

# ТАЗОВІ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА

## **План лекції:**

- 1) Визначення передлежання плода та його різновидності.
- 2) Причини виникнення тазового передлежання плода.
- 3) Класифікацію тазових передлежань плода.
- 4) Діагностика тазових передлежань плода.
- 5) Коригувальна гімнастика вагітних, при тазових передлежаннях плода
- 6) Особливості ведення пологів при тазових передлежаннях.
- 7) Можливі ускладнення при тазових передлежаннях плода.

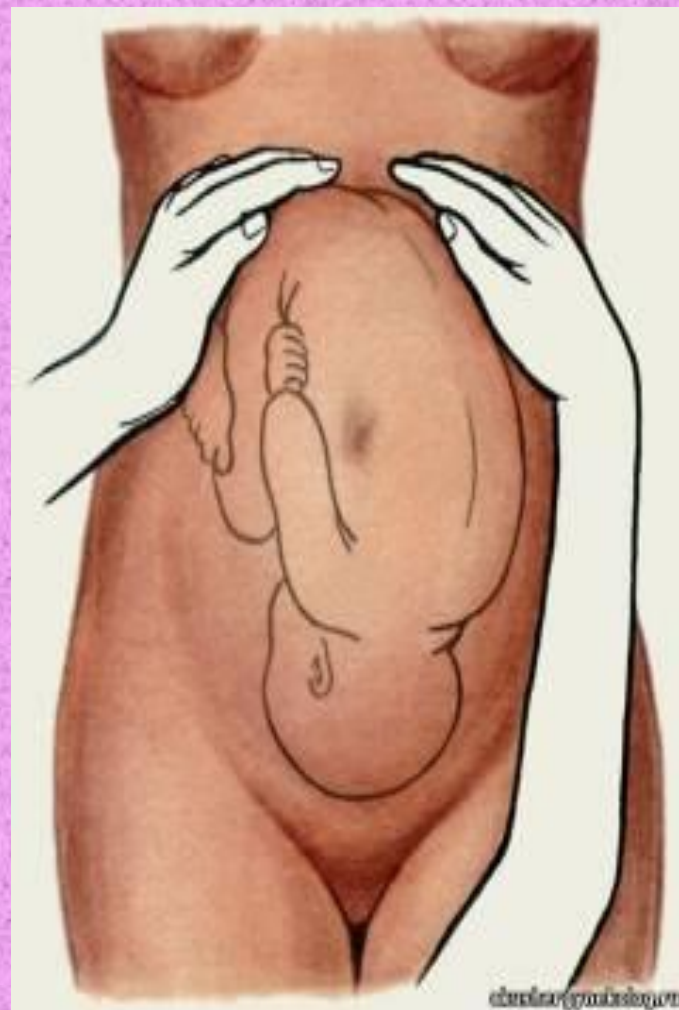
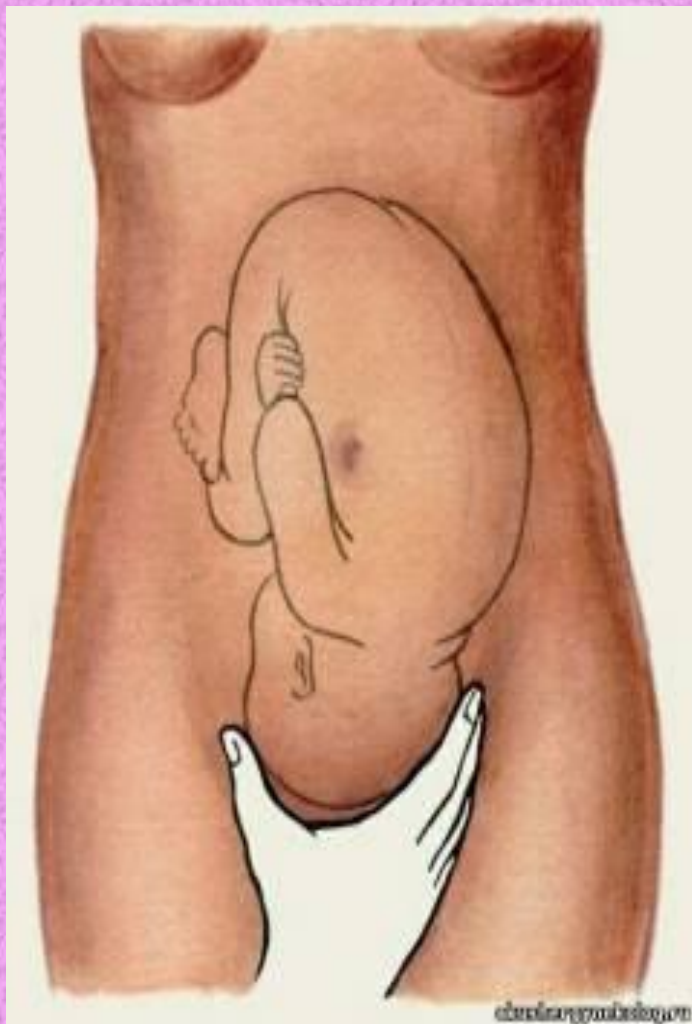
Частота тазових передлежань плода коливається від 3% до 5%.

Найчастіше ускладнення у вагітної та роділлі – передчасне або раннє вилиття навколоплідних вод, слабкість пологових сил, травми пологових шляхів, збільшується кількість оперативних пологів, у плодів – перинатальна смертність і травматизм, так перинатальна смертність у 405 разів переважає втрату дітей у пологах при головному передлежанні. А однією з найважливіших соціальних проблем медицини є зниження перинатальної смертності.

Тому пологи при тазових передлежаннях плода вважаються межевими між нормальними та патологічними.

**Передлежання плода – відношення великої частини плода (голівки або таза) до входу в малий таз.**

**При поздовжньому положенні може бути передлеглою частиною або голівка або тазова частина плода.**







# **Причини виникнення тазового передлежання плода**

- 1) Слабкість передньої черевної стінки роділлі:
  - Багаторазова вагітність;
  - Недоношеність плода;
- 2) Підвищена чи, навпаки, обмежена рухова активність плода:
  - Багатоводдя;
  - Маловоддя;
  - Недоношена вагітність;
  - Багатоплідна вагітність;
  - Аномалії плода (аменцефалія, гідроцефалія);
  - Аномалії розвитку матки (сідловидна, дворога матка, наявність перегородки в маткці);
  - Наявність перешкод до вставлення голівки у вхід в малий таз (вузький таз, передлежання плаценти, пухлини нижнього сегмента матки та яєчників);
  - Зниження тонуса матки і збудливості її рецепторного апарату.

# **Класифікація тазових передлежань плода**

Залежно від членорозташувань частин плода, тазові передлежання поділяють на:

- Сідничні, або згинальні;
- Ножні, або розгинальні.

## **Сідничні передлежання плода поділяють на:**

- Суто сідничні (неповні): до входу в малий таз передлежать лише сідниці, а стопки розташовані вище; ніжки зігнуті в кульшових і розігнуті в колінних суглобах і витянуті вздовж тулуба плода.
- Змішані (повні): сіднички плода передлежать разом зі стопами.

## **Ножні передлежання плода поділяють на:**

- Повні ножні: передлежать обидві ніжки плода, розігнуті в кульшових і колінних суглобах;
- Неповні ножні: передлежить одна ніжка, розігнута в кульшовому і колінному суглобі, а інша ніжка зігнута в кульшовому суглобі і лежить вище;
- Колінне передлежання: зігнуті ніжки обернені до входу в малий таз колінами.

Суто сідничні передлежання плода виявляють удвічі частіше порівняно з ножними. Останні діагностують приблизно у 33% випадків усіх тазових передлежань.

Різноманітність тазових передлежань формується лише в родах.



а



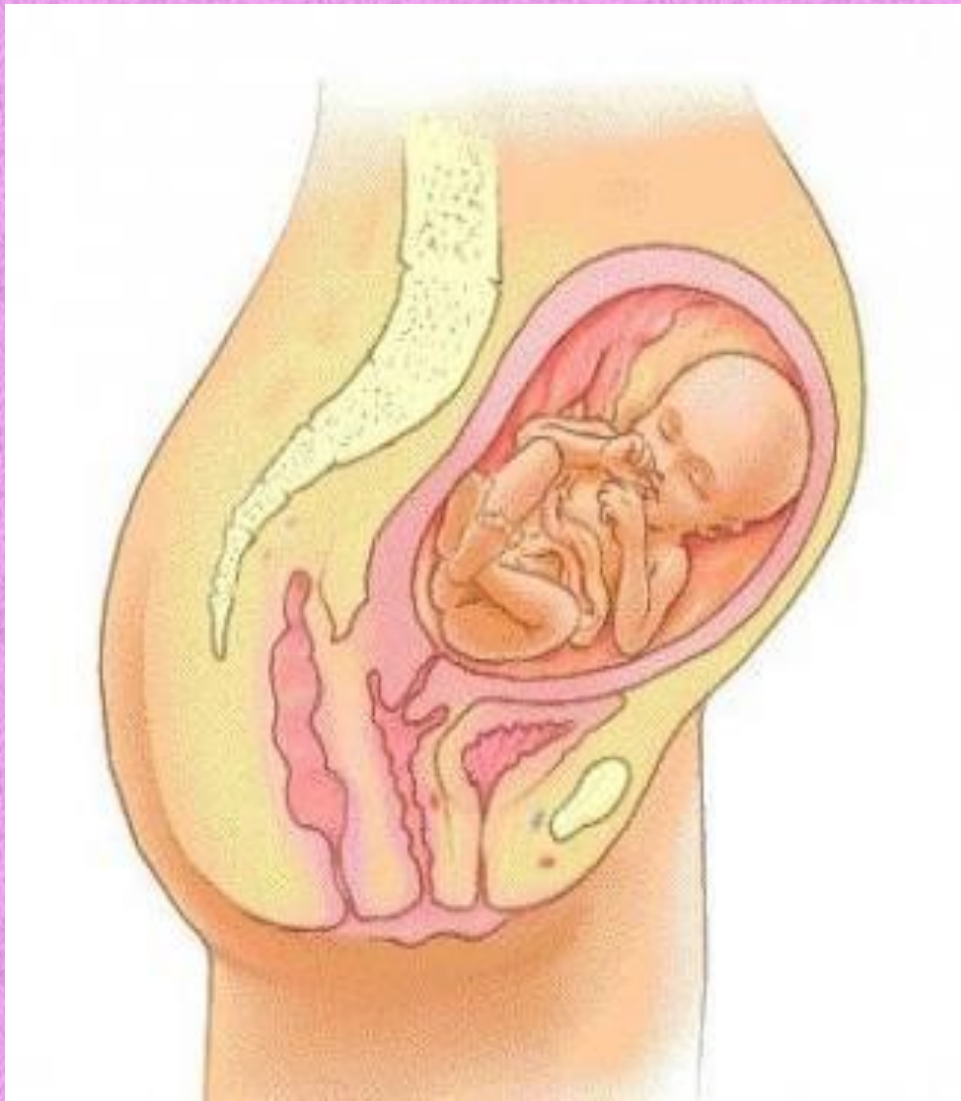
б



в



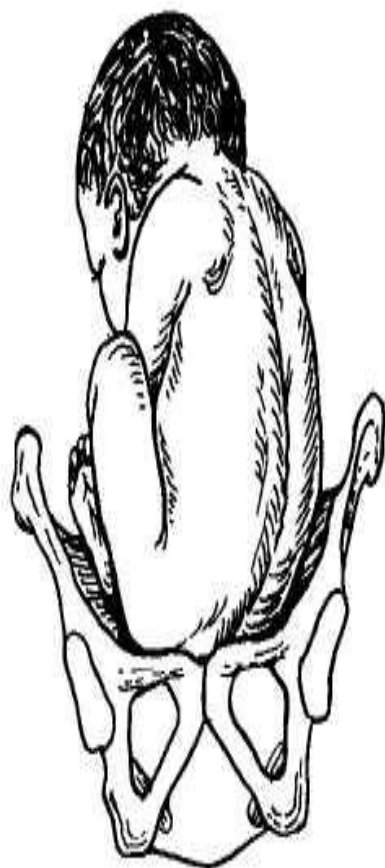
г



# Діагностика тазових передлежань плода

## Зовнішнє акушерське обстеження (прийоми Леопольда-Левицького):

- Матка овоїдної форми, біля дна пальпується голівка плода: велика частина, щільна, округлої форми, з чіткими межами та здатна до балотування;
- Високе стояння дна матки (біля мечеподібного відростку);
- Тазовий кінець плода міститься над входом у малий таз жінки. Сідниці пальпуються як велика мякувата частина плода неправильної форми без чітких меж і не здатна до балотування;
- Аукультация: серцебиття плода найвираженіше вислуховується над пупком праворуч або ліворуч залежно від позиції плода.



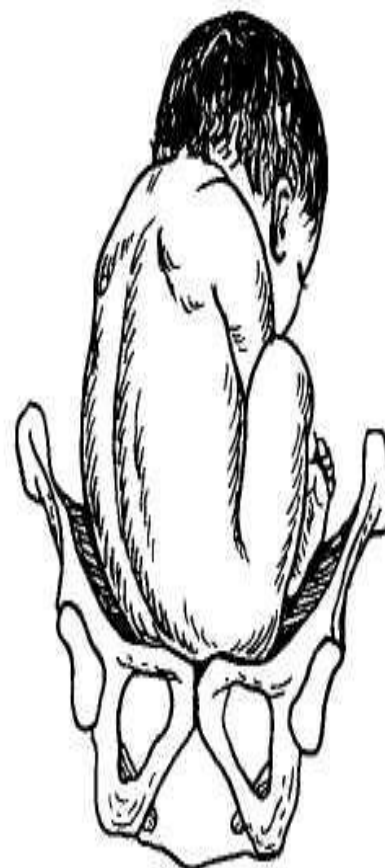
a



б



в



г

### **Піхвове обстеження:**

- Краще діагностується після розриву плодового міхура і при достатньому розкритті маткового вічка (не менше ніж на 4-5 см);
- На великій м'якій передлеглої частині плода визначають сідничні горби, щілину між сідницями, статеві органи (особливо у хлопчиків), відхідник;
- У разі неповного сідничного передлежання слідом за ніжкою можна пальпувати пахвинний згин;
- У разі змішаного передлежання плода нерідко пальпується топа, яка лежить поруч із сідницями;
- Пальпація крижів дає змогу уточнити позицію і вид передлежання плода (де крижі, там і спинка плода).



## **Додаткові методи дослідження:**

1) Ультразвукове дослідження (УЗД), яке проводять під час вагітності тричі.

УЗД- найінформативніший метод діагностики, який дає змогу визначити:

- ☐ Тазове передлежання;
- ☐ Очікувану масу тіла плода;
- ☐ Положення голівки плода (ступінь розгинання);
- ☐ Локалізацію плаценти;
- ☐ Кількість навколоплідних вод;
- ☐ Обвиття пуповиною;
- ☐ Наявність аномалії розвитку плода тощо.

2) Амніоскопія: у навколоплідних водах можна виявити меконій (при задовільному стані плода).

## **Коригувальна гімнастика при тазових передлежаннях плода.**

При диспансерному нагляді за вагітною в жіночій консультації попередній діагноз тазового передлежання плода встановлюють у терміні вагітності 30 тижнів. У терміні вагітності 30 тижнів уживають заходів, що *сприяють самоповороту плода на голівку*.

**Для цього рекомендують:**

- Положення на боку протилежному позиції плода;
- Колінно-ліктьове положення по 15 хв 2-3 рази на добу.

З 32-го по 37-й тиждень призначають комплекс корегувальних гімнастичних вправа за однією із існуючих методик, розроблених І.Ф. Диканем, Б.Г.Кайо, В.І. Грищенком і А.Є.Шуляковою та ін.

## **Протипоказання до проведення гімнастичних вправ:**

- Загроза передчасних пологів;
- Передлежання плаценти;
- Низьке прикріплення плаценти;
- Анатомічно вузький таз II-III ступеня.

**Елементи гімнастичних вправ при тазовому  
передлежанні за В.І.Грищенком та А.Є.  
Шуляковою**

- 1) Нахилення тулуба в бік спинки плода;
- 2) Згинання ніг у колінних та кульшових суглобах з одночасним згинанням тулуба в бік позиції плода;
- 3) Вигинання спини, спираючись на поперечну шведської стінки;
- 4) Вигинання спини (вихідне положення колінно-локтьове);
- 5) Згинання ніг у положенні лежачі на спині; приведення колін до живота. Півоберти таза за допомогою зігнутих ніг у бік позиції плода.

## **Елементи гімнастичних вправ по І.Ф. Диканем**

Вагітна повертається поперемінно з правого на лівий бік і лежить на кожному з них по 10 хв. повторюють 3-4 рази у кожний бік.

Заняття проводять 3 рази на добу.

Нерідко поворот плода на голівку відбувається протягом 7 діб.

## **Перебіг пологів при тазовому передлежанні**

Враховуючи те, що під час пологів у тазовому передлежанні нерідко виникають ускладнення, небезпечні для плода, а іноді і для матері, їх повинен вести лікар.

Перебіг пологів зазвичай нормальний за умовами:

- Гарної пологової діяльності;
- Нормальному тазі;
- Невеликому плоді.

Передусім вагітних з тазовим передлежанням плода направляють у стаціонар відділення патології вагітності за 2 тижня до пологів для проведення обстеження і підготовки до пологів та вирішення питання про метод розродження.

Пологи можуть закінчитися оперативним та консервативним шляхом (через натуральні пологові шляхи).

**Пологи закінчують оперативним шляхом (здійснюють кесарів розтин) за відповідними показаннями:**

- Очікувана маса плода 3700,0 і більше;
- Ножне передлежання плода;
- Розгинання голівки плода ІІІ ступеня за даними УЗД;
- Пухлини ший плода та гідроцефалія;
- Анатомічно звужений таз.

## **Особливості ведення пологів через натуральні пологові шляхи при тазовому передлежанні.**

- Після складання плану ведення пологів упевнюються в наявності всіх необхідних умов для безпечного проведення через природні пологові шляхи і відсутності показань до кесаревого розтину.
- Стежать за перебігом І-го періоду пологів шляхом ведення партограми, реєстрації даних кардіотокографії протягом 15 хв кожні 2 год;

- У разі розриву плодових оболонок негайно проводять акушерське обстеження для виключення випадіння пупкового канатика;
- II період пологів ведуть з мобілізованою веною для в/в введення 5 ОД окситоцину у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду (до 20 крапель за 1 хв).
- Проводять двухсторонню пудендальну анестезію та епізіотомію за показаннями (якщо промежина погано розтягується).
- Надають ручну допомогу за Цовяновим-I, Цовяновим II та класичну ручну допомогу в залежності від різновидності тазового передлежання плода.



4



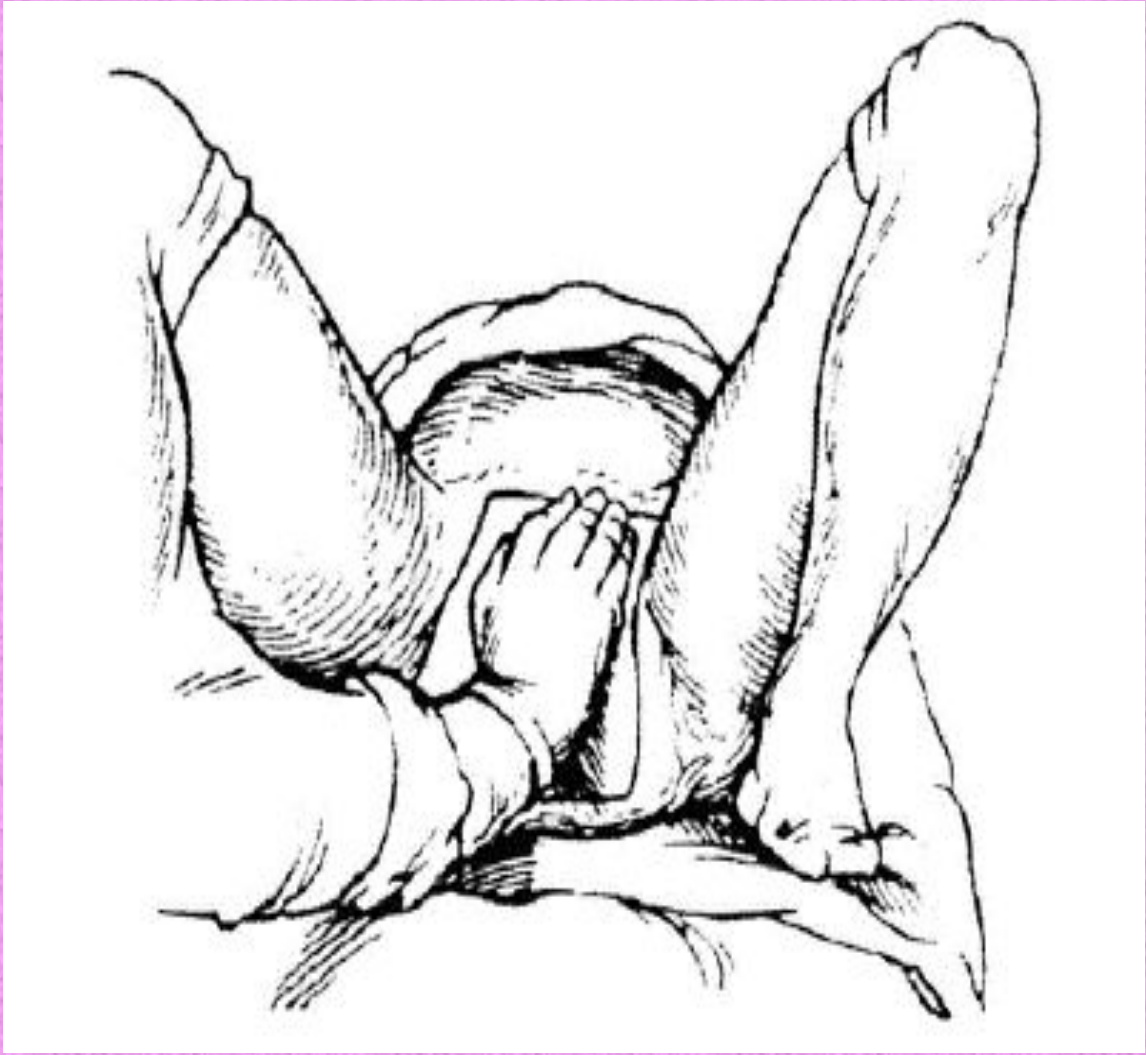
5

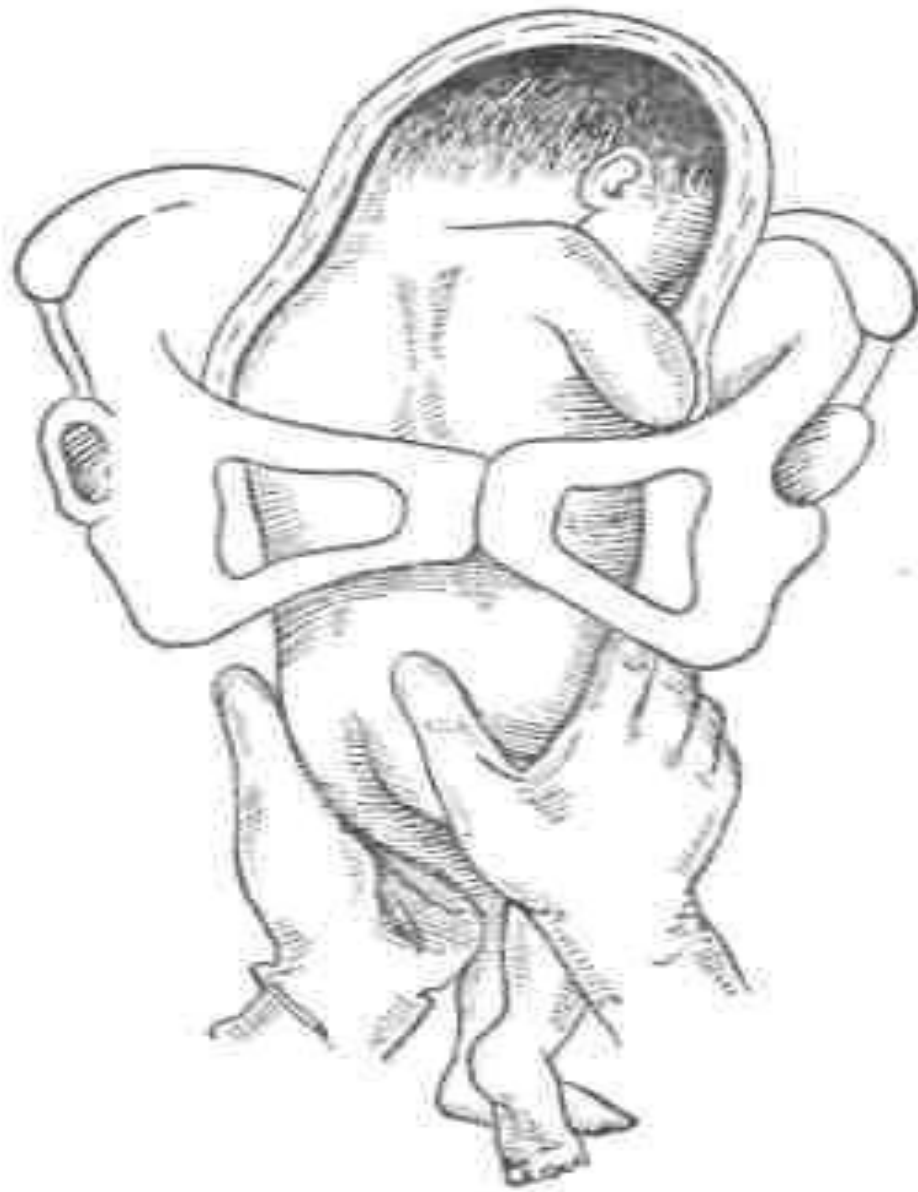


6





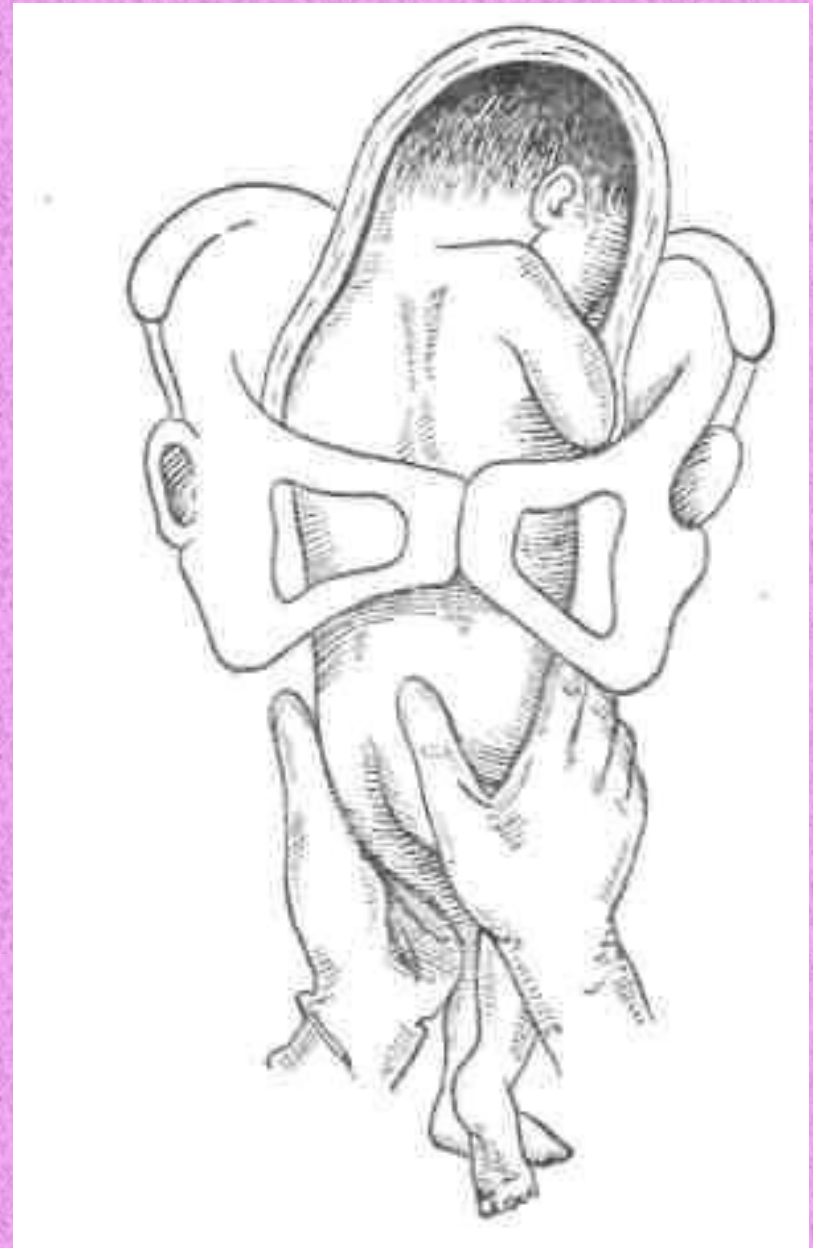






## **Основні моменти народження плода в тазовому передлежанні у II періоді пологів.**

- Прорізування та народження сідничок;
- Народження плода до пупка;
- Народження плода до нижніх кутів лопаток;
- Народження плечового поясу та голівки, голівка повина народитись в зігнутому виді (малим косим розміром та мати передній вид позиції).



## **Можливі ускладнення в родах при тазовому передлежанні плода**

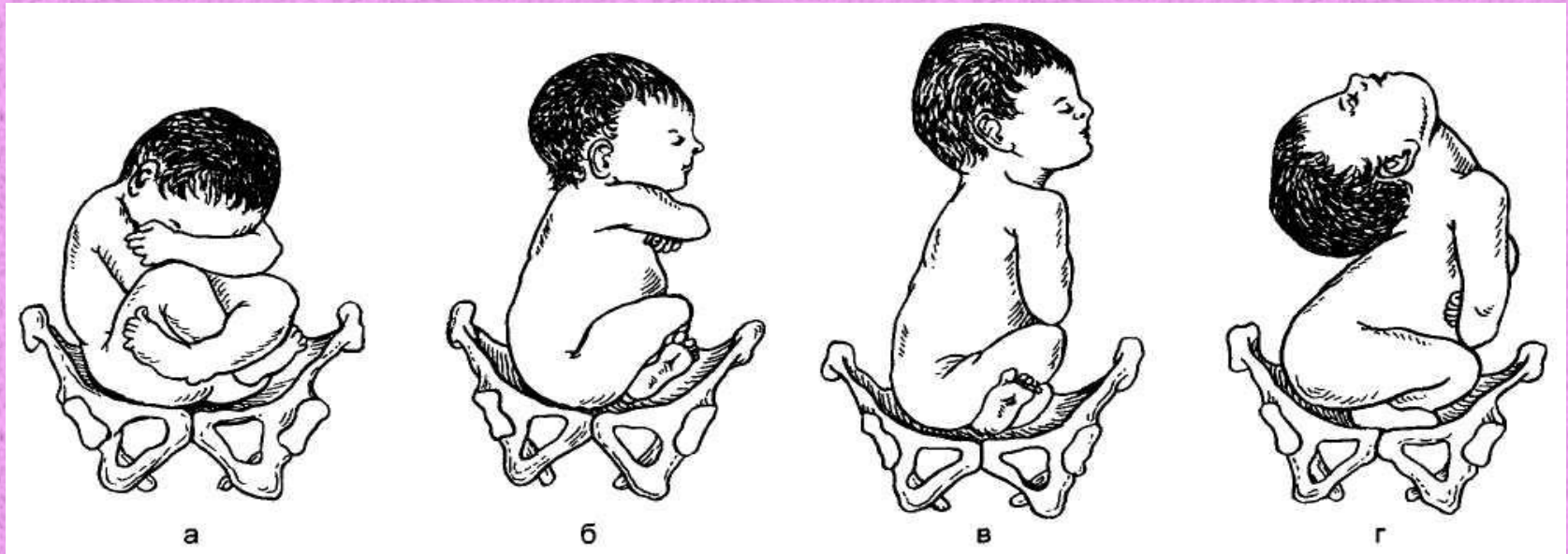
- 1) Найчастішим і найсприятливішим за своїми наслідками ускладненням є раннє або передчасне злиття навколоплідних вод, у момент злиття може випасати петля пуповини. Ці ускладнення трапляються у 5 разів частіше, ніж при головних передлежаних.
- 2) Слабкість пологової діяльності плода, удвічі частіше, ніж при головних передлежаннях плода. При проходженні через таз верхнього відділу тулуба і голіки неминуче стискається пупковий канатик. Якщо згання верхнього відділу тулуба триває понад 5 хв., розвивається гіпоксія плода, яка може призвести до його загибелі.
- 3) Несвоєчасне вилиття вод і затяжні пологи є чинниками ризику щодо виникнення дистрес-синдрому плода.
- 4) Запрокидання ручок плода при народженні голівки в сідничному передлежанні.

## Ступені запрокидання ручок:

- При I ступені ручки плода відходять від грудної клітки і розташовуються на рівні обличчя;
- При II ступені ручки плода — на рівні скроні;
- При III ступені ручки плода розташовані за потилицею. Об'єм голівки разом з ручками наскільки збільшується, що пологи самостійно закінчитись не можуть без надання невідкладної допомоги.



- 5) Народжування голівки в задньому виді, вона затримується підбороддям над лобковим симфізом. Якщо не буде надана допомога, плід загине від асфіксії.



- 6) Нерідко виникають травми плода, які можуть призводити до його загибелі і травми роділлі (розриви шийки матки, піхви, іноді й матки, а також промежини).

# ЗАПИТАННЯ ДО РОЗДІЛІВ

# Додаток № 1



## Запитання:

1. Якими методами зовнішнього обстеження вагітних можна визначити передлежання плоду?
2. Які бувають тазові передлежання плода?
3. Які основні моменти народження плода в тазовому передлежанні Ви знаєте?
4. Скільки ступенів запрокидання ручок буває?
5. Яким розміром голівка плода повинна народитись при тазовому передлежанні?
6. Які можливі ускладнення під час родорозрішення при ранньому злиті навколоплідних вод?

# Ситуаційні завдання



?????  
?????

## Задача № 1

У вагітної 34-35 тижнів медична сестра, користуючись прийомами Леопольда\_левицького визначила, що над входом в малий таз пальпується неправильної форми предлегла частина, м'якої консистенції, не балотує.

- ☐ Про що подумає медична сестра?
- ☐ Яку пораду дасть вагітній?

## Задача № 2

У роділлі в I періоді лікар визначив ножне передлежання плода.

- ☐ Які можливі ускладнення?
- ☐ Який шлях родорозрішення оптимальний?



**ДЯКУЮ ЗА  
УВАГУ!**