Конспект презентації :

 **"Тазові передлежання плода. Наш погляд на стару проблему."**

 **Член-кор. НАМН України Л.Б.Маркін**

Частота тазового передлежання (ТП) в популяції – 2,7-5,4% .Чисте сідничне – 65% . Змішане сідничне – 22% , Ніжне – 13% .

* На частку ТП припадає ¼ частина всіх перинатальних втрат
* Травматизм у пологах в ТП (6,7%) в 13 разів вище, ніж при пологах в головному передлежанні (0,51%)
* Перинатальна смертність при ТП в 3-4 рази є вищою при розродженні через природні пологові шляхи, ніж при плановому КР
* Розрив мозочкового намету
* Кефалогематоми
* Пошкодження спинного мозку
* Параліч плечового нервового сплетення
* Перелом трубчатих кісток
* Пошкодження наднирників, печінки, геніталій, ануса
* Порушення кровоплину головного мозку
* Розлади неврологічного статусу
* Затримка моторного розвитку у дітей
* Центральні парези
* Епілепсія

Від намагання знизити перинатальну смертність –до забезпечення народження

здорової дитини

* *Вагітність-асоційована патологія*

*Анемія вагітних – 36,5%*

* Профілактика дефіциту заліза під час вагітності та в період лактації
* Лікування латентного та клінічно вираженого дефіциту заліза
* Залізодефіцитна анемія –
ІІІ-валентне залізо *пані Зоні*

*Вправи для переведення ТП в головне (з 32 тиж) - валик під поперек (20-30 см)*

голівка плода впирається в дно матки

дитині це не подобається

* Басейн – стійка на руках
* Навіювання – говорити дитині, що вона повинна перевернутися
* Розміщення джерела світла або музики над лоном
* Профілактичний зовнішній поворот плода на голівку (34-37 тиж)
* Протипокази: загроза невиношування, обвиття пуповиною, патологічна локалізація плаценти (всього 22)
* Ускладнення: відшарування плаценти, передчасні подоги, дистрес, емболія навколоплодовими водами (всього 10)
* Найбезпечніший спосіб появи на світ здорових малюків в ТП – КР

*Хол Лоуренс, віце-президент Американського* *коледжу Акушерства та*

*Гінекології, 2010*

" Ви не знайдете акушера на Східному узбережжі США, який би погодився приймати вагінальні пологи в ТП плода "

*Washington Post,* *05.01.2010*

* Частота КР при ТП
* Японія – 44%
* Норвегія – 60%
* Данія – 85%
* Північна Америка – 95%
* Комітет перинатального здоров’я FIGO рекомендує при ТП проводити елективний КР в 90% випадків
* Анатомічно вузький таз І-ІІ ступеню звуження або деформований таз;
* Передбачувана маса плода менше 2000 г або більше 3600 г;
* Обтяжений акушерський анамнез (мертвонародження, невиношування вагітности, тривале непліддя та ін.);
* Вагітність після ЕКЗ і штучної інсемінації, стимуляції овуляції;
* Першонароджуюча старше 30 років;
* Переношена вагітність (непідготовленість пологових шляхів);
* Передлежання плаценти
* Ніжне передлежання плода;
* Змішане сідничне передлежання у першонароджуючих;
* Рубець на матці;
* Рубцеві зміни шийки матки, піхви, промежини;
* Аномалії розвитку і пухлини матки;
* Внутрішньоутробна затримка росту плода ІІ і ІІІ ступеню;
* Гіпоксія плода за даними КТГ, порушення кровоплину в системі мати-плацента-плід при допплерометрії;
* Доношений плід чоловічої статі;
* Розгинання голівки плода ІІІ ступеню за даними УЗД
* Гемолітична хвороба плода при непідготовлених пологових шляхах;
* Виражене порушення жирового обміну;
* Важкі форми гестозу;
* Екстрагенітальні захворювання матері, які вимагають виключення потуг;
* Відсутність готовності пологових шляхів до пологів при доношеній вагітності;
* Відсутність ефекту від родозбудження;
* Тазове передлежання першого плода при багатоплідній вагітності;
* Деякі аномалії плода, які можуть створювати механічні перешкоди в пологах (гастрошизис, тератома в ділянці крижів та ін.)
* Передлежання калитки плода чоловічої статі
* Піхвове дослідження, холодовий вплив при народженні викликає передчасний вдих й аспірацію навколоплодових вод;
* Непліддя внаслідок перенесеної травми яєчок
***Розгинання голівки плода***

Розгинання голівки плода Причини :

* Кисти шиї
* Спазм шийної мускулатури
* Аномалії розвитку матки
* 75% випадків – причина невідома

Візуалізація ВА здійснюється від виходу її з каналу поперечного відростка 2-го шийного хребця до входу в череп через великий потиличний отвір

ВА піднімається догори через отвір в поперечних відростках шийних хребців плода.

Надмірне розгинання голівки або її ротація може обумовити геморагію в ділянці стінки судини, іритацію хребтового нерва з наступним розвитком вертебробазилярної ішемії.

* *А.Н.Стрижаков, И.В.Игнатко, 2006*

У 38% випадків при ТП внаслідок надмірного розгинання голівки або її ротації антенатально відмічаються порушення гемодинаміки у вертебральних артеріях плода (С/Д>4,0), які створюють преморбідний фон для розвитку мозкових дисфункцій у новонародженого

Навіть обережне виконання прийому Морісо-Левре-Лашапель при розладах кровоплину у вертебральних артеріях може обумовити травматичне пошкодження ЦНС у новонародженого

При веденні пологів в ТП через природні пологові шляхи у випадках розладів вертебробазилярного кровоплину нейросонографічне дослідження виявляє:

* Гіпоксичне ураження ЦНС – у 46% дітей
* Травматичне ураження ЦНС (субарахноідальний крововилив в басейні середньої мозкової артерії) – у 14% дітей
* Чисто сідничне передлежання
* Термін вагітності 34 тиж і більше
* Передбачувана маса плода 2000-3500 г
* Згинальне положення голівки
* Адекватні розміри малого тазу матері, подтверджені рентгенографічною пельвиметрією (поперечний діаметр входу в малий таз 11,5 см, а передньо-задній – 10,5 см; поперечний діаметр в середній частині порожнини малого тазу 10 см, а передньо-задній – 11,5 см)
* Відсутність показів для КР у матері і плода
* Сумнівна життєздатність плода (вік<25 тиж, вага <700 г)
* Поступлення жінки до стаціонару у стані прогресуючих пологів при відсутності ускладнень з боку плода або матері
* Якщо різниця між справжньою кон"югатою і БПР голівки >15 мм
* Якщо різниця між прямим розміром широкої частини порожнини тазу і БПР голівки >10 мм
* Індекс Соловйова <17 см; висота лона <4 см

Створити умови для реалізації рефлексу вигнання плода.

Активна поведінка в пологах має на увазі, що жінка активно прислуховується до того, що говорить її тіло – адже воно не обманює

НІ - родостимуляції і родозбудженню

НІКОЛИ не роби щось,аби щось робити

* Придуши в собі спокусу ВИТЯГНУТИ дитину
* Найбільшу небезпеку для дитини являє травма, нанесена приймаючим пологи у стані СТРАХУ

*Пінта пива, обличчям в кут і чекати, доки народиться*

* Анальгетичний ефект
* Регуляція родової діяльності
* Релаксація м’язів тазового дна

*Якщо пологи в ТП не прогресують мимовільно – доцільний КР*

* В періоді вигнання для зменшення кута нахилу тазу притиснути руками стегна до живота
* но-шпа в/в
* окситоцин мати під рукою
* При нормальному перебігу пологів в ТП:
1. Руками не рухати

2. Епізіотомія

* При нормальному перебігу пологів в ТП:

3. Після народження ніжок і ручок – підтримуйте тіло плода

* При нормальному перебігу пологів в ТП:

4. Прийом Морісо-Левре-Лашапель (середній палець лівої руки в рот, середній палець правої руки на підпотиличну ділянку).

5. Злегка підтовшхнути голівку плода донизу (асистент).

*Після народження тулуба плода є безпечний проміжок часу до 10 хв для завершення пологів*

* Партнеру НЕМАЄ МІСЦЯ в періоді вигнання при ТП

*"Ці люди були у паніці, коли тільце Джонні народилось, а голова НЕ з’являлась. Педіатр закрила обличчя руками і відвернулася».*

Батько дитини Венді Севедж,

Нью-Йорк, 2008