

Erratum

Georg Thieme Verlag

Gynäkologie und Geburtshilfe für die Pflege

ISBN der Printausgabe: 978-3-13-243534-6

Liebe Leserinnen und Leser,

wir möchten Sie auf die Korrektur folgenden Fehlers hinweisen:

Auf S. 265, in der linken Spalte, unten, sind Maßnahmen aufgeführt, die zum Einsatz kommen, um eine Schulterdystokie zu überwinden. Diese Passage muss lauten:

„In diesem Fall wird versucht, den Beckenausgang durch eine Lageveränderung der Mutter zu erweitern (McRoberts-Lagerung). Am Kopf darf nicht gezogen werden. Ist die McRoberts-Lagerung nicht erfolgreich, kann z. B. eine vaginale Rotation der vorderen Schulter mit 2 Fingern das Problem beheben (nach Rubin).“

Bitte ignorieren Sie die Darstellung in Abb. 19.36.

Wir bedauern diesen Fehler und bitten um Beachtung

Ihr Georg Thieme Verlag



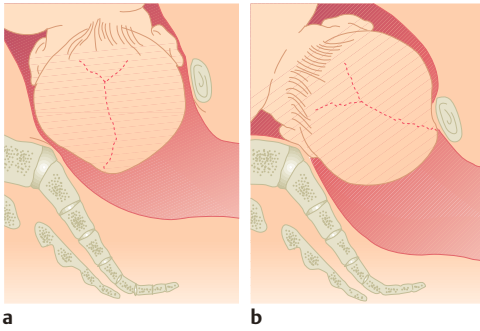


Abb. 19.33 Scheitelbeineinstellung. a Vordere Scheitelbeineinstellung: Das vorne liegende Scheitelbein hat sich über das hintere gelegt (nach Breckwoldt M, Kaufmann M, Pfeleiderer A. Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme 2007). b Hintere Scheitelbeineinstellung: Das hinten liegende Scheitelbein hat sich über das vordere gelegt.

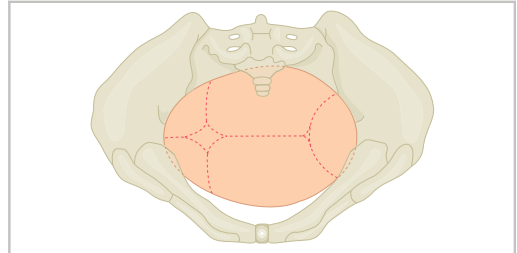


Abb. 19.34 Tiefer Querstand. Hier steht die Pfeilnaht quer auf dem Beckenboden (nach Breckwoldt M, Kaufmann M, Pfeleiderer A. Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme 2007).

Hintere Hinterhauptslage

Wenn sich der kindliche Rücken bei regelrecht gebeugtem Kopf nach hinten dreht, spricht man von einer hinteren Hinterhauptslage. Das Hinterhaupt ist das führende Teil und wird zuerst geboren (► Abb. 19.35). Die Kinder schauen dann bei der Geburt nach oben. Diese Anomalie macht meist keine größeren Probleme.

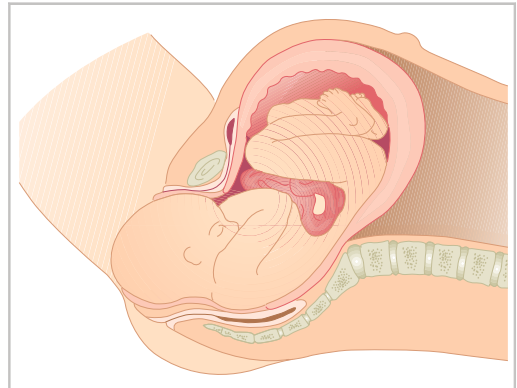


Abb. 19.35 Hintere Hinterhauptslage. Geburtsmodus bei der hinteren Hinterhauptslage. Das Kind hat den Kopf gebeugt, so dass das Hinterhaupt zuerst geboren wird. Eine Verstärkung der Beugung macht den Durchtritt durch den Damm möglich. Der Rücken des Kindes liegt hinten.

Schulterdystokie

Bleibt die Schulterdrehung nach der Entwicklung des Kopfes aus, kann sich die vordere Schulter hinter der Symphyse verhaken. Man spricht dann von hohem Schultergeradstand. Bleibt die Schulter im Beckenausgang hängen, liegt ein tiefer Schulterquerstand vor.

Merke



Diese im Einzelfall nicht vorauszusehende Komplikation tritt häufiger bei großen Kindern mit einem Geburtsgewicht von mehr als 4000 g auf wie sie v. a. bei Diabetikerinnen vorzufinden sind.

Eine verzögerte oder eine zu schnelle Entbindung sind weitere Risikofaktoren. Erkennbar ist die Schulterdystokie am sog. „Aufpfropfen“ des Kopfes. Die Schultern folgen nicht nach, wenn der Kopf schon geboren ist, das Kind steckt also in der Vulva fest. In diesem Fall wird versucht, den Beckenausgang durch eine Lageveränderung der Mutter zu erweitern (McRoberts-Lagerung). Am Kopf darf nicht gezogen werden. Ist die McRoberts-Lagerung nicht erfolgreich, kann z. B. eine vaginale Rotation der vorderen Schulter mit 2 Fingern das Problem beheben (nach Rubin). Manchmal ist jedoch eine Narkose notwendig, um das Kind aus seiner Lage zu befreien. Häufiger treten hierbei Verletzungen des Kindes in Form einer Klavikularfraktur oder einer Plexusschädigung auf.