

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра «Перинатологии акушерства и
гинекологии лечебного факультета»
Зав. кафедрой: д.м.н. проф. Цхай В.Б.

В.Б. Цхай
В.Н. Коновалов

РЕФЕРАТ:

Тазовые предлежания плода. Классификация. Диагностика. Особенности
ведения беременности и родов.

Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
Кочинян Г.Г.

Проверил: ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск 2020

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета.

Рецензия асс.кафедры Коновалова Вячеслава Николаевича на реферат ординатора первого года обучения по специальности «Акушерство и Гинекология» Кочинян Гоар Гамлетовны по теме : «Тазовые предлежания плода. Классификация. Диагностика. Особенности ведения беременности и родов»

Основные оценочные критерии рецензии:

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	+
2	Наличие орфографических ошибок	+
3	Соответствие текста реферата теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Использование известных научных источников	-
9	Умение сделать общий вывод	+

10. ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА ПО МЕТИЧКАМ ИТОГОВОЙ ШКАЛЕ

Всего: 7

Итоговая оценка: положительная / отрицательная

Комментарий рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Оглавление

Введение

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ

ЭТИОЛОГИЯ

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Признаки тазовых предлежаний при наружном и влагалищном исследованиях

Ультразвуковое исследование

ВВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ПЛОДА НА ГОЛОВКУ

АБДОМИНАЛЬНЫЕ РОДЫ

1 период

2 период

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПРИ РОДАХ ДВОЙНЕЙ

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЕДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОВ ПРИ
ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЛИТЕРАТУРА

Тазовое предлежание - предлежание, при котором ягодицы и/или ножки/ножка плода являются предлежащей частью.

Самопроизвольные роды в тазовом предлежании неосложненные - роды одним плодом в тазовом предлежании, которые начались спонтанно, прошли без осложнений, при которых ребенок родился в тазовом предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Классификация тазовых предлежаний плода:

1. Ягодичные предлежания:

- Чистое ягодичное предлежание (неполное) (63,2-68%) - ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных; предлежат только ягодицы.
- Смешанное ягодичное предлежание (полное) (20,6-23,4%) - ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; предлежат стопы и ягодицы.

2. Ножное предлежание (11,4-13,4%):

- Неполное ножное предлежание - предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп). При этом одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставе.
- Полное ножное предлежание - предлежат обе ножки (стопы), при этом обе ножки разогнуты в тазобедренных суставах.
- Коленное предлежание - предлежат колени (одно или оба) (редко).

В родах возможен переход одного вида тазового предлежания в другой.

Позиция плода при ТП определяется по отношению спинки плода к левому (I) или правому (II) ребрам матки, а вид - по отношению спинки к передней/задней стенке матки (соответственно передний или задний).

Шифр по МКБ-10

O32.1 Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери.

O80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании.

O80.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды (иные роды в тазовом предлежании (помимо родов в чисто ягодичном предлежании): полное /неполное ножное предлежание, смешанное ягодичное предлежание и т.д.).

Эпидемиология

Частота ТП плода при доношенной беременности составляет 3-5%.

Чем меньше срок, тем выше частота ТП.

При сроке <28 недель и массе плода менее < 1000 г, частота ТП 35%.

В сроке 34-36 недель при массе плода 2000-2499 г - 8%, снижаясь к сроку родов до 3-5%. Поэтому клинически важна диагностика в сроке 36 недель.

Актуальность проблемы

Роды в ТП не относятся к патологическим. Но ассоциируются с увеличением перинатальной заболеваемости и смертности в виду более высокой частоты ПР, врожденных аномалий, асфиксии и травмы.

В связи с дискутабельностью вопроса о способе при диагностике тазового предлежания в сроке 36 недель беременной сначала предлагается наружный поворот и только после неудачной попытки или отказа от манипуляции решается вопрос о методе родоразрешения.

I период

- С началом родов провести контрольное УЗИ.

- Положение пациентки - постельный режим на боку, а после излития ОВ (при не прижатом тазовом конце) - строгий постельный режим с постоянным КТГ.
 - Удовлетворительный прогресс родов: I период - раскрытие шейки матки не менее 1 см/час. Ведение партограммы обязательно.
 - ЧСС плода менее 100 и более 180 уд/мин при родах в ТП - показание к КС.
 - Не рекомендуется забор крови из ягодиц плода во время родов.
 - Влагалищное исследование проводится строго по показаниям. После отхождения ОВ обязателен.
 - КС должно быть выполнено на любом этапе при отсутствии прогресса и отсутствии условий для экстракции плода за тазовый конец, а также начальных признаках гипоксии плода.
 - Амниотомия должна проводиться по показаниям, так как повышает риск выпадения и сдавления пуповины.
 - Мониторинг сократительной деятельности матки при излитии ОВ, перед- и после обезболивания обязателен.
 - Слабость РД, осложнения со стороны плода и/или матери - показание к КС. Родостимуляция не рекомендуется. Введение окситоцина допускается только при редких схватках (<4 за 10 минут) на фоне ЭДА.
- При излившихся ОВ при ТП использование окситоцина показано для профилактики слабости РД в активную фазу родов.
- В родах не должна рутинно использоваться перидуральная анестезия, поскольку она снижает рефлекторный ответ тазового дна. Предпочтение следует отдать медикаментозному виду анестезии.
 - В родах оказание пособия при рождении ягодиц обязательно.
 - Присутствие анестезиолога и неонатолога во 2 периоде родов обязательно.

II период родов

- Во 2 периоде родов опускание ягодиц на тазовое дно должно происходить пассивно без активных потуг роженицы.
- Если ягодицы пассивно не опустились на тазовое дно в течение 2 часов 2 периода родов - выполнить КС.
- Продолжительность латентной стадии II периода родов (без активных потуг) - не > 90 мин. Продолжительность активных потуг - не > 60 мин.
- Мониторинг КТГ продолжается непрерывно.
- Нет необходимости в рутинной эпизиотомии.
- Нет данных о введении атропина сульфата с целью предупреждения спазма шейки матки во время рождения головки

Пособие при рождении ребенка

Необходимо присутствие ассистента, имеющего опыт приема родов в ТП. На родах должен присутствовать врач-неонатолог, владеющий навыками оказания реанимационной помощи в полном объеме.

Рекомендуемое положение - литотомическое;

Ягодицы плода должны самостоятельно опуститься до тазового дна без активных потуг

- При рождении ягодиц, только поддерживайте их, (не тянуть!) - пока не будет видно нижнюю часть спины и затем нижний угол лопаток.

- При родах в чистом ягодичном предлежании после пререзывания ягодиц используют ручное акушерское пособие по Н.А.Цовьянову-1.

Цель пособия по Цовьянову - сохранение нормального членорасположения плода.

Ножки при рождении плода прижимают к туловищу, не давая им родиться раньше времени. Ножки плода прижимают к груди скрещенные ручки, что предупреждает их запрокидывание и разгибание головки, при этом головка рождается без затруднений.

-При ножном предлежании должно быть использовано пособие по Цовьянову-2.

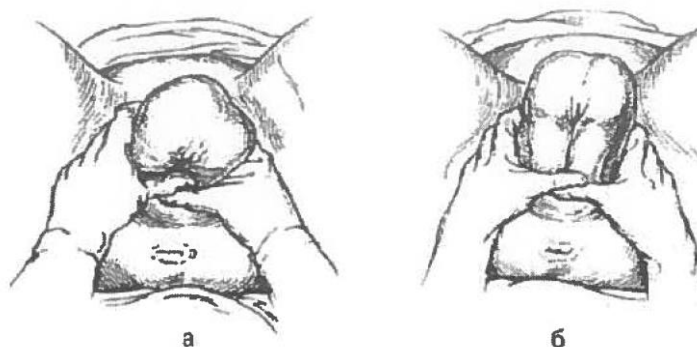
Основная цель - перевод чисто ножного в смешанное, что способствует увеличению объема предлежащей части и профилактике разгибания головки.



Рисунок 2. Ручное пособие при ножном предлежании

Техника выполнения пособия по Цовьянову:

При пререзывании ягодиц их захватывают обеими руками так, чтобы большие пальцы легли на прижатые к животу бедра плода, а остальные пальцы - на поверхности крестца. Так удобно способствовать физиологическому течению механизма родов - движению рождающегося туловища вверх, по оси родового канала. По мере рождения туловища врач, держа руки у вульварного кольца, придерживает корпус плода, осторожно прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы, перемещая по спинке. Следует стремиться к тому, чтобы ножки плода не выпали раньше, чем родится плечевой пояс.



- После рождения плода до пупка, роды следует вести активно:

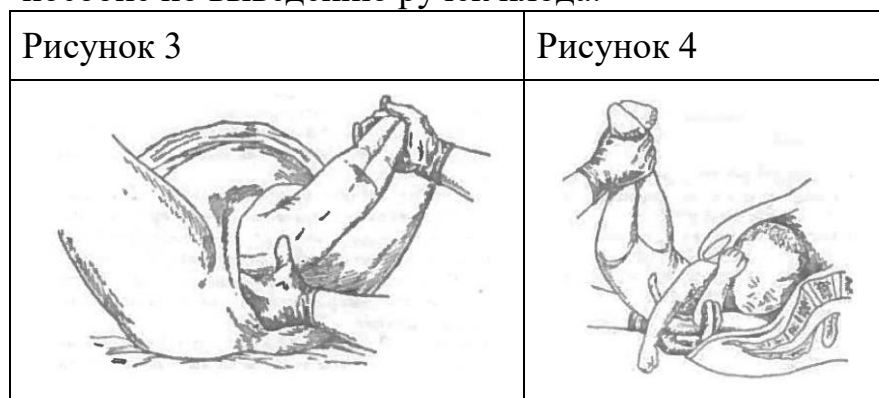
- во-первых, в этот момент происходит натяжение и прижатие пуповины головкой, вступившей в таз;

- во-вторых, при вступлении головки в полость таза и уменьшении объема матки возможны ПОНРП и острая гипоксия плода;

- Необходимо избегать тракций и манипуляций пока плод рождается от пупка: необходимо только ослабить петли пуповины, если она находится в натянутом состоянии. При сильном натяжении пуповины, препятствующем продвижению туловища и головки, пуповину нужно пересечь между двумя зажимами и ускорить рождение ребенка;
- следует поддерживать туловище ребенка, завернув его в сухую теплую пеленку.

Рождение ручек:

- После самостоятельного рождения первой ручки необходимо поднять ягодицы вперед к животу матери для того, чтобы родилась вторая ручка.
- При задержке рождения ручек и головки - оказывают классическое ручное пособие по выведению ручек плода:



- ручка плода освобождается одноименной рукой акушера (правая - правой, левая - левой);
- первой освобождается задняя ручка, так как емкость крестцовой впадины больше;
- если запрокидывание ручки произошло в задней позиции плода (грудь и подбородок кпереди), то высвобождать начинают ту ручку, которая располагается ближе к крестцовой впадине (можно туловище немного потянуть или отвести туловище вверх и в сторону);
- для освобождения 2-ой ручки туловище плода поворачивают на 180°. Акушер захватывает ножки плода (при первой позиции левой рукой, при второй позиции правой рукой) и отводит их к паховой складке, противоположной позиции плода. Одноименной рукой акушер освобождает ручку плода, расположенную со стороны крестцовой впадины. Врач надавливает на локтевой сгиб двумя пальцами и ручка, совершая "омывательное движение", рождается. Затем двумя руками акушер захватывает грудку плода (четыре пальца - спереди, большой - сзади) и поворачивает ее на 180°, проводя спинку под лонным сочленением. Передняя ручка плода при этом становится задней и освобождается одноименной рукой акушера, как и первая.

Рождение головки

Изгнание плечевого пояса и головки должно произойти в ближайшие 3-5 мин. Задержка рождения плода >5-6 мин чревата развитием острой гипоксии и интранатальной гибелью плода, требуется речное пособие.

- Для облегчения рождения головки ассистент надавливает над лоном для сгибания головки, врач при этом поднимает туловище плода к симфизу матери (метод Брахта);

- если при этом рождение головки не произошло, нужно применить приемы Мориссо-Левре-Лашапель или Вейта-Смелли;
- если и при этом рождение головки не произошло, то целесообразно наложение щипцов на головку.

Техника:

- обернуть тельце ребенка пеленкой;
- ложки щипцов располагают в поперечном размере. Ложки вводят, как и при затылочных предлежаниях выходных щипцов;
- при введении левой ложки, тельце ребенка отводят вправо, при введении правой - наоборот;
- тракции кзади и книзу (пока не образуется точка фиксации под лоном), потом кпереди.

Необходимости в рутинном проведении экстракции плода за тазовый конец нет в виду высокого риска осложнений со стороны матери и плода. Исключение - ОРДС плода, интранатальное кровотечение, наличие условий для выполнения экстракции плода за тазовый конец.

Осложнения II периода родов:

Запрокидывание ручек - нарушение типичного членорасположения ручек, когда ручки отходят вверх к головке. Возникает при преждевременном потягивании за ножки. **3 степени:**

I степень - располагается спереди лица плода.

II степень - по бокам головки.

III степень - запрокинуты за затылок.

Рождение туловища в задней позиции - поворот туловища спинкой кзади.

Ситуация чревата осложнением - разгибание головки, когда подбородок застревает поверх лона. Но если головка сохраняет свое максимально согнутое положение, то роды заканчивают благополучно по механизму: область корня носа упирается в лонную дугу, а затылок ротируется над промежностью.

Во всех перечисленных случаях могут быть использованы акушерские приемы:

- 1) При задержке вставления головки - давление выше лобка ассистентом для сгибания головки или прием Мориссо-Смелли-Вейта (продвижение головки выше и поворот в косой размер для облегчения вставления).
- 2) При запрокидывании ручек - пособие низведения ручек или прием Ловсета.
- 3) Освобождение последующей головки при помощи акушерских щипцов, приемов Мориссо-Смелли-Вейта I или II, метода Бернс-Маршала.
- 4) При необходимости тракций при приеме Мориссо-Смелли-Вейта, целесообразно наложение акушерских щипцов.
- 5) При разгибании головки - прием Виганд-Мартин-Винкеля: врач вводит в таз пальцы руки, потягиванием за нижнюю челюсть пытается восстановить сгибание головки в поперечном положении, а другой рукой нажимает на переднюю брюшную стенку с целью вытолкнуть головку.

Если разогнутая головка зацепилась подбородком за лонно и нет возможности ввести руку в полость таза, давлением над лоном способствуют рождению головки, приподнимая при этом туловище ребенка кверху. Сначала рождается затылок, а потом подбородок.

Тактика родоразрешения

- Отсутствуют доказательства эффективности КС при ПР в тазовом предлежании, необходимо обсудить ситуацию с женщиной и ее партнером. - Сокращение смертности недоношенных новорожденных при КС вдвое. Взвешенный риск смертности новорожденных при ПР 3,8% при КС и 11,5% при вагинальных родах.

Но очень важен период родов: течение ПР в ТП может быть длительное и непредсказуемое, а быстрое КС может препятствовать эффекту ГКС для профилактики РДС плода и нейропротективному действию магнезии.

- Непосредственно перед КС необходимо оценить положение ягодиц плода.

- Влагищные ПР в ТП должны вестись как роды в срок.

- Следует избегать амниотомии.

- Проблема, с которой сталкиваются при влагищных ПР в ТП - рождение туловища плода при неполном раскрытии ШМ (14%).

- При КС после извлечения туловища может произойти ущемление головки (14%).

Если произошло ущемление головки плода, при влагищных родах можно выполнить разрезы на шейке матки (на 2, 6 и 10 ч);

При КС следует дополнительно произвести вертикальный разрез на матке (J-образный или инвертированный Т-образный) с токолизом или без него.

- У женщины после КС в сравнении с вагинальными родами чаще возникала лихорадка.

Тазовое предлежание при родах двойней

Вагинальные роды ассоциированы с высоким риском сцепления близнецов. В связи с этим не следует менять практику планового КС при двойне и ТП первого плода в сроки от 37 недель беременности.

- Около половины всех беременных с двойней рожают досрочно, поэтому решение относительно способа родоразрешения должно быть принято заблаговременно. Если ПР не произошли, рекомендуется родоразрешение в 37 недель.

- Предлежание второго плода при родах двойней не всегда предсказуемо. Шанс головного предлежания может быть повышен при фиксации его головки у входа в таз сразу после рождения первого плода. Некоторые врачи предпочитают ускорять рождение второго плода внутренним поворотом на ножку и быстрым его извлечением в ТП.

- Если после рождения первого плода диагностировано ТП второго плода, рутинное КС не рекомендуется ни при родах в срок, ни при ПР.

Заключение

Необходимым условием для повышения качества подготовки остаются тренинги на местах с использованием симуляторов, учебных видеоматериалов и решения ситуационных задач в реальном времени, не реже 1 раза каждые 6 месяцев.

Информированное добровольное согласие

на наружный поворот плода при тазовом предлежании

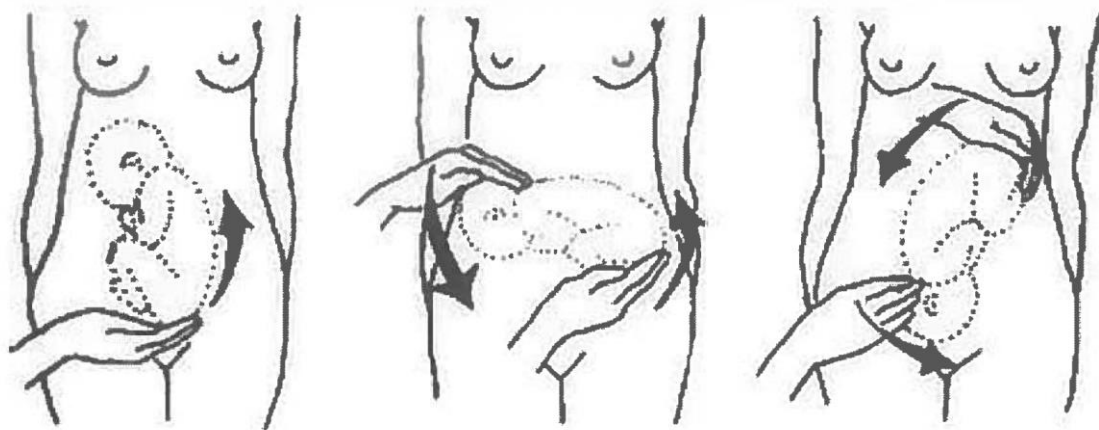
Самостоятельные роды в ТП и выполнение КС по поводу ТП не являются безопасными и связаны с определенным риском для здоровья матери и/или ребенка. При сохранении ТП к сроку родов необходимо определиться с

дальнейшим ведением Вашей беременности и выбрать способ для рождения Вашего ребенка.

Настоящая форма разработана для того, чтобы помочь принять информированное добровольное согласие/отказ о коррекции тазового предлежания плода путем проведения попытки наружного акушерского поворота. Пожалуйста, обсудите содержание данной формы с Вашим врачом, остановитесь на каждом пункте и примите решение о дальнейшем ведении Вашей беременности и родов.

Мой доктор (Ф.И.О.) _____ объяснил мне, что в настоящее время мой плод находится в ТП, и после изучения моего анамнеза и результатов обследований, для улучшения исхода беременности и родов, мне предложена попытка наружного поворота на головку.

- Цель процедуры наружного поворота плода - перевод ребенка из ТП в головное. Роды в головном предлежании естественны и безопасны.
- При удачной попытке поворота нет необходимости в фиксировании плода бандажом и дальнейшем стационарном наблюдении за беременной.
- Преимущества. Естественные роды в головном предлежании безопасны для матери и ребенка. Удачная попытка наружного поворота позволяет избежать риска и осложнений, связанных с самостоятельными родами в ТП и выполнением КС.
- Наружный поворот плода проводится только специально обученными врачами-акушерами в условиях стационара.
- Сроки проведения наружного поворота: от 36 недель вплоть до начала родов (при целом плодном пузыре).
- При тщательном отборе кандидатов для попытки наружного поворота при доношенной беременности осложнения встречаются редко, однако процедура не лишена риска.
- Использование расслабляющих матку препаратов увеличивает шансы на успех. Во время поворота доктор обеими руками бережно приподнимает и поворачивает ребенка головкой вниз, как изображено на рисунке.



- Средняя частота успешных попыток - 40% для первородящих женщин, 50% - для повторнородящих. У 5% беременных после успешного поворота плода на головку происходит обратный поворот на тазовый конец.

Пожалуйста, обсудите с Вашим доктором все Ваши сомнения и опасения.

- Возможны побочные эффекты используемых для расслабления матки препаратов (сердцебиение, слабость, сонливость, познабливание). Побочные эффекты редки, проходят самостоятельно в течение нескольких минут.
- Осложнения наружного поворота крайне редки - необходимость проведения экстренного КС 0,5%.
- Я понимаю, что попытка наружного поворота может сопровождаться определенным риском и ограничениями:
- Во время подготовки и проведения процедуры я должна буду постоянно информировать Врача о моем самочувствии и ощущениях.
- Проведение поворота плода может сопровождаться дискомфортом, о возникновении резких болезненных ощущений необходимо немедленно сообщить врачу.
- Попытка поворота может оказаться неудачной. Ребенок может не повернуться или может возвратиться в исходное положение вскоре после успешного поворота. При моем желании и согласии может быть произведена повторная попытка поворота.
- В редких случаях возможно возникновение отслойки плаценты и кровотечения.
- Попытка поворота может сопровождаться урежением ЧСС плода (брадикардия). Если после паузы в производстве поворота сердцебиение плода не восстановится, мне выполнят экстренное КС.
- Во время процедуры возможно излитие околоплодных вод;
- В некоторых случаях возможно попадание крови плода в систему кровообращения матери. Обычно это не приводит к возникновению проблем. При резус-отрицательной принадлежности крови матери и отсутствии антител профилактически вводят анти-RhD иммуноглобулин.
- После попытки поворота мне необходимо наблюдать за шевелениями и поведением моего плода, выделениями из влагалища. При уменьшении двигательной активности и изменении поведения плода нужно срочно сообщить об этом медицинскому персоналу.
- Я понимаю, что при попытке наружного поворота при ТП существует риск осложнений, связанных с моими индивидуальными особенностями и обстоятельствами.
- Я понимаю, что невозможно гарантировать успех попытки наружного поворота. Даже при удачной попытке поворота существует 5% вероятность обратного поворота плода на тазовый конец.
- Я понимаю, что существует риск и опасности, связанные с необходимостью выполнения неотложного КС при ухудшении состояния плода во время попытки поворота и после него.

Я подтверждаю, что доктор информировал меня о наружном повороте при ТП и альтернативных вариантах ведения беременности и родов. Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, и я получила на них исчерпывающие ответы.

Я согласна на проведение попытки наружного поворота моего плода, находящегося в ТП.

Подпись пациента _____ (Ф.И.О.) _____

Дата _____ Время _____

или

Я отказываюсь от попытки наружного поворота при тазовом предлежании.

Подпись пациента _____ (Ф.И.О.) _____

Дата _____ Время _____

Врач (Ф.И.О.) _____

Я подтверждаю, что я объяснил цели проведения попытки наружного поворота, методику выполнения процедуры, обсудил возможные риски и осложнения.

Я предоставил возможность задать вопросы и ответил на них.

Подпись врача _____ (Ф.И.О.) _____

Дата _____ Время _____

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОК

Частота ТП плода (ко входу в таз матери предлежит таз или ножки плода) в доношенном сроке беременности составляет 3,5 - 5%. Тазовое предлежание чаще, чем головное, сочетается с ПР, гипоксией плода, нарушениями РД. Чаще встречается травматизм плода, если возникает необходимость оказания пособий при извлечении плечевого пояса, ручек и головки плода. Тазовое предлежание плода, диагностируемое до 28 недель беременности, требует только наблюдения, т.к. у 70% повторнородящих и у 30-40% первородящих поворот на головку происходит спонтанно до родов. В сроки 28-36 недель можно назначить беременной (с учетом противопоказаний) комплекс гимнастических упражнений, направленных на исправление тазового предлежания плода. Однако эффективность этой гимнастики не доказана.

В сроке после 36-37 недель можно провести попытку произвести наружный поворот плода на головку (в условиях стационара 2-3 группы (ПЦ)), обладающего возможностью быстрого проведения экстренного КС. Существует ряд противопоказаний для наружного поворота (рубец на матке, разгибание головки плода, обвитие пуповиной, маловодие и другие).

Выбор оптимального способа родоразрешения при ТП плода требует индивидуального подхода в каждом конкретном случае.

При обсуждении вопроса о тактике родоразрешения беременная должна знать, что:

- Плановое КС несколько снижает риск ПС, по сравнению с родами в тазовом предлежании через естественные родовые пути. Так вероятность ПС составляет 0,5 на 1000 при кесаревом сечении и 2 на 1000 при родах в ТП. При родах в головном предлежании ПС около составляет 1/1000.

- При родах в ТП повышен риск рождения ребенка с низкими баллами по шкале Апгар, но в дальнейшем риск заболеваемости не повышается.

- Влияние ЭДА в настоящее время изучено недостаточно. Однако имеется высокая вероятность, что ее применение будет сопровождаться увеличением частоты необходимых вмешательств в родах (назначения окситоцина, пособий при рождении ребенка, КС).

- По сравнению с плановыми родами в тазовом предлежании плода плановое КС незначительно повышает риск ранних осложнений для матери. Однако наиболее высокий риск осложнений имеет экстренное КС, необходимость которого возникает приблизительно у 40% женщин с запланированными вагинальными родами.

- Следует учитывать, что КС повышает риск осложнений при последующей беременности, включая риски при родоразрешении через естественные родовые пути при наличии рубца на матке, увеличение риска осложнений при повторном кесаревом сечении, риск нарушения расположения плаценты и ее вставания.

Типичные показания к плановому КС в тазовом предлежании:

- Обвитие пуповиной.
- Разгибание головки и запрокидывание ручек плода.
- Относительно крупные размеры плода (более 3600 г).
- Низкая масса плода (менее 2500 г).
- Ножное предлежание плода.
- Недоношенная беременность.
- Если женщина вступила в роды спонтанно, без подготовленного плана, то тактика родоразрешения зависит от стадии родов, наличия факторов риска осложнений, экспертной оценки врачей и наличия информированного согласия роженицы на тот, или иной вид родоразрешения. Если женщина находится во 2 периоде родов, то обычно КС выполняют только при наличии показаний со стороны матери или плода.

Литература

1. Клинический протокол «Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов)» [письмо Минздрава РФ от 18 мая 2017 г. №15-4/10/2-3299]
2. Национальное руководство. Акушерство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1080 с.
3. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н.