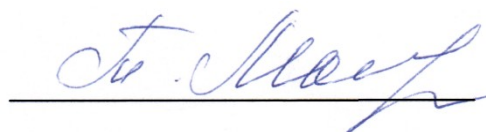


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Зав.каф. д.м.н., доц Макаренко Т.А.



Реферат
«Тазовое предлежание плода»

Выполнила:
Ординатор 1го года обучения
Шелковникова Евгения Игоревна
каф. Оперативной гинекологии ИПО

2018г

Введение	3
1. Определение	4
2. Классификация	5
3. Этиология	6
4. Диагностика	7
5. Механизм родов	9
6. Течение беременности и родов	12
7. Ведение беременности и родов	14
8. Классическое ручное пособие	23
9. Прогноз	26
Заключение	27
Список литературы	28

ВВЕДЕНИЕ

Вопрос о ведении беременности и родов при тазовых предлежаниях плода является весьма актуальным, что обусловлено, прежде всего, повышением перинатальной смертности при родах в тазовых предлежаниях плода, которая в 3-5 раз выше, чем при родах в головных предлежаниях. У детей, родившихся в тазовых предлежаниях, наблюдается повышенная заболеваемость и неблагоприятные отдаленные результаты, в виде центральных параличей, эпилепсии, гидроцефалии, отставание в умственном развитии и другие. Среди осложнений у матери следует отметить большую частоту несвоевременного излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, затяжных родов, оперативных вмешательств и другие.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Тазовое предлежание - это такое предлежание, при котором над входом в малый таз находится тазовый конец плода, а у дна матки – головка плода.

Частота тазового предлежания составляет 3-5% всех родов.

Беременность и роды при тазовом предлежании относятся к патологическим, так как при данном виде предлежания чаще, чем при головном, наблюдаются осложнения как у матери (разрывы шейки, влагалища, промежности, повреждения подвздошно-крестцового и лобкового сочленений, послеродовые кровотечения и послеродовые инфекционные заболевания), так и у плода (травмы ЦНС, асфиксия, кровоизлияния в мышцы шеи, переломы конечностей, вывихи суставов, повреждения плечевого нервного сплетения, дисплазия или врожденные вывихи тазобедренных суставов).

Неблагоприятные перинатальные исходы обусловлены тем, что первой рождается менее объемная часть плода - тазовый конец, а за ним следует большая по размеру головка, в связи с чем могут возникать затруднения при ее рождении.

2. КЛАССИФИКАЦИЯ

Различают следующие варианты тазовых предлежаний: чистое ягодичное, ягодично-ножное, и ножное.

Чистое ягодичное предлежание называют еще неполным, а смешанное ягодично-ножное - полным.

При чисто ягодичных предлежаниях к плоскости входа в малый таз предлежат только ягодицы: ножки согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах, в результате чего они вытянуты вдоль туловища. Стопы при этом расположены в области личика.

При смешанных ягодично-ножных предлежаниях ко входу в малый таз вместе с ягодицами предлежат ступни ножек. Ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разогнуты в голеностопных суставах - плод как бы сидит на корточках.

Ножные предлежания образуются только во время родов после излития околоплодных вод. При ножных полных предлежаниях ко входу в таз предлежат обе ножки, разогнутые в тазобедренных и коленных суставах. Неполное ножное предлежание означает предлежание одной ножки, разогнутой в тазобедренном и коленном суставах. Другая ножка, согнутая в тазобедренном суставе и разогнутая в коленном, расположена вдоль туловища плода. При коленных предлежаниях ножки, согнутые в коленных суставах, предлежат ко входу в малый таз.

Среди вариантов тазового предлежания наиболее часто (64%) встречаются ягодичные предлежания, крайне редко - коленные предлежания (0,3%).

3. ЭТИОЛОГИЯ

Причины тазовых предлежаний можно разделить на материнские, плодовые и плацентарные. Эти причины могут препятствовать вставлению головки ко входу в малый таз, ограничивать или повышать подвижность плода в матке.

К материнским факторам, способствующим тазовым предлежаниям, относятся аномалии развития матки (двурогая, седловидная и т.д.); миома, особенно расположенная в нижнем сегменте матки; деформации и опухоли костей таза; узкий таз; снижение тонуса матки у многорожавших или его повышение при угрозе прерывания беременности; функциональная неполноценность мышц матки.

Плодовые факторы включают в себя многоплодие, задержку роста плода, недоношенность, врожденные аномалии плода (анэнцефалия, гидроцефалия), неправильные членорасположения плода, маловодие, многоводие, незрелость

вестибулярного аппарата плода. При тазовом предлежании структуры мозга, в частности продолговатого, менее зрелые по сравнению с головным, даже при доношенной беременности.

К плацентарным факторам относятся предлежание плаценты и ее расположение в области дна или углов матки.

На ранних сроках гестации (24-26 нед) в силу незрелости вестибулярного аппарата у плода тазовые предлежания встречаются часто (в 33%). В последующем, по мере прогрессирования беременности, иногда даже в последние дни, тазовое предлежание переходит в головное. Предлежание плода, как правило, окончательно формируется к 35-37 нед гестации.

4. ДИАГНОСТИКА

Диагностика основывается на данных наружного акушерского, влагалищного, ультразвукового исследования.

Наружное акушерское исследование (четыре приема Леопольда) позволяет заподозрить тазовое предписание.

В процессе осуществления первого приема в дне матки определяют округлую, плотную, баллотирующую головку, нередко смещенную от средней линии живота вправо или влево. Дно матки при тазовых предлежаниях стоит выше, чем при головном предлежании, при одном и том же сроке беременности. Это обусловлено тем, что тазовый конец плода в отличие от головного обычно находится над входом в малый таз до конца беременности и начала родов.

При втором приеме наружного акушерского исследования по спинке плода определяют его позицию и вид.

При третьем приеме над входом или во входе в таз прощупывается крупная, неправильной формы предлежащая часть мягковатой консистенции, не способная к баллотированию.

Четвертый прием позволяет уточнить характер предлежащей части и ее отношение ко входу в малый таз. Тазовый конец плода, как правило, располагается высоко над входом в малый таз.

Сердцебиение плода при тазовых предлежаниях наиболее отчетливо прослушивается выше пупка, иногда на его уровне, справа или слева (в зависимости от позиции).

Во время наружного акушерского исследования при хорошо развитых мышцах брюшной стенки, повышенном тоне матки, нарушении жирового обмена, двойне, анэнцефалии диагностика тазового предлежания затруднена.

При влагалищном исследовании через передний свод прощупывается объемистая мягковатой консистенции предлежащая часть плода, которая более плотная и круглая по сравнению с головкой.

Тазовое предлежание без труда диагностируется при УЗИ, позволяющем определить не только тазовое предлежание, но и его вариант, массу плода, положение головки (согнута, разогнута), количество вод и др.

При УЗИ по величине угла между позвоночником и затылком выделяют четыре варианта положения головки плода: при размерах угла более 110° - головка согнута; от 100 до 110° - слабое разгибание (I степень, "поза военного"); от 90 до 100° - умеренное разгибание (II степень); менее 90° - чрезмерное разгибание (III степень, "смотрит на звезды")

При наружном акушерском исследовании заподозрить разгибание головки плода можно на основании несоответствия размеров определяемой в дне матки головки плода и предполагаемой его массе, а также по выраженной шейнозатылочной борозде. Чрезмерное разгибание встречается крайне редко.

5. МЕХАНИЗМ РОДОВ

Продвижение плода по родовому каналу начинается в конце первого периода родов, после излития околоплодных вод. В начале родов ягодичи, как правило, располагаются поперечным размером (*linea intertrochanterica*) над одним из косых или поперечных размеров плоскостей входа в малый таз.

При тазовых предлежаниях различают шесть моментов механизма родов:

Первый момент - внутренний поворот ягодичи. Он начинается при переходе ягодичи из широкой в узкую часть полости малого таза. Поворот совершается таким образом, что в выходе таза поперечный размер ягодичи оказывается в прямом размере таза.

Первой опускается ягодича плода, обращенная кпереди. Она подходит под лобковую дугу, образуется точка фиксации между нижним краем лонного сочленения таза матери и подвздошной костью плода, обращенной кпереди.

Второй момент - боковое сгибание поясничной части позвоночника плода. Дальнейшее поступательное движение приводит к боковому сгибанию позвоночника плода. При этом ягодича, обращенная кзади, выкатывается над промежностью и вслед за ней из-под лобкового сочленения окончательно рождается ягодича, обращенная кпереди. В это время плечики вступают своим поперечным размером в тот же косой размер входа в таз, через который прошли ягодичи, так, что спинка плода поворачивается кпереди.

Третий момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища.

Поворот завершается установлением плечиков в прямом размере выхода. Спинка плода поворачивается к бедру роженицы в соответствии с позицией (при первой позиции - к левому бедру, при второй позиции - к правому). Плечико плода, обращенное кпереди (граница верхней и средней трети плечевой кости), подходит под лобковую дугу, образуя точку фиксации. Плечико, обращенное кзади, располагается впереди копчика над промежностью. После образования точки фиксации в результате бокового сгибания шейно-грудной части позвоночника (четвертый момент) рождаются плечевой пояс и ручки.

Пятый момент - внутренний поворот головки (в норме затылком кпереди). После рождения плечевого пояса головка вступает в косой размер плоскости входа в малый таз косым размером, противоположным тому, в котором проходили плечики. При переходе из широкой в узкую часть таза головка совершает внутренний поворот, в результате которого сагиттальный

(стреловидный) шов оказывается в прямом размере выхода, а подзатылочная ямка - под лобковым сочленением, где образуется точка фиксации.

После образования точки фиксации происходит сгибание головки (шестой момент). Следствием сгибания является рождение головки. Над промежностью последовательно рождаются подбородок, рот, нос, темя и затылок. Чаще головка прорезывается малым косым размером. Вследствие быстрого рождения конфигурации головки не происходит, и она имеет округлую форму.

Особенности родов при ножных предлежаниях. При полном ножном предлежании первыми из половой щели показываются ножки, при неполном предлежании, как правило, ножка, обращенная к симфизу. Когда ножки или одна ножка родились до подколенной ямки, ягодицы вступают во вход в таз в одном из косых размеров, и в дальнейшем механизм родов не отличается от такового при ягодичном предлежании.

В норме ножки появляются из половой щели при полном раскрытии шейки матки. Однако выпадение ножки может произойти и при неполном раскрытии шейки, что неблагоприятно для плода.

Родовая опухоль при ягодичных предлежаниях располагается на одной из ягодиц: при первой позиции - на левой, при второй - на правой. Отек тканей может переходить на наружные половые органы - мошонку или половые губы. При ножных предлежаниях родовая опухоль располагается на ножках, в результате чего они становятся сине-багровыми.

Отклонения от нормального механизма родов. При продвижении по родовым путям плод может повернуться спинкой кзади с образованием заднего вида. При согнутой головке в момент ее рождения область переносицы упирается в симфиз, и над промежностью выкатывается затылок. Продвижение головки при заднем виде замедляется.

При заднем виде может произойти тяжелое осложнение - чрезмерное разгибание (запрокидывание) головки. При этом подбородок задерживается над симфизом. Без оказания пособия рождение головки невозможно.

Запрокидывание ручек. При продвижении плода ручки могут терять типичное расположение, отходить от грудки и задерживаться в матке. Ручки могут располагаться впереди личика, по бокам головки, запрокинуться за затылок (I, II и III степени запрокидывания). Запрокидывание ручек чаще всего возникает при неправильном оказании пособия и преждевременных попытках извлечения плода.

При нарушении механизма родов без акушерской помощи рождение плода невозможно. Плод нередко при этом может погибать от асфиксии.

6. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

В первой половине беременности часто наблюдаются угроза прерывания (45,9%), токсикоз (27,5%), истмико-цервикальная недостаточность (9%).

Во второй половине беременности чаще, чем при головном предлежании отмечаются угроза преждевременных родов (39,3%), задержка роста плода (5,3%), маловодие (5,3%).

Осложнения родов. Наиболее частым осложнением при родах в чисто ягодичном, ягодично-ножном и особенно в ножном предлежании является несвоевременное (преждевременное или раннее) излитие околоплодных вод. Это осложнение обусловлено отсутствием плотного пояса соприкосновения между предлежащей частью и родовым каналом, вследствие чего нет деления вод на передние и задние. При каждой схватке околоплодные воды перемещаются в нижний отдел матки, оказывая большое давление на околоплодные оболочки, способствуя их разрыву. При длительном безводном промежутке возможно инфицирование оболочек, плаценты, матки и плода.

Выпадение петель пуповины и мелких частей плода может происходить в момент излития околоплодных вод. При не плотном поясе соприкосновения между тканями плода и матери выпадение петель пуповины - не столь грозная патология, как при головном предлежании. При наличии более плотного пояса соприкосновения, когда тазовый конец вставляется в таз, не исключено сдавливание выпавшей пуповины, приводящее к гипоксии и гибели плода.

Первичная и вторичная слабость родовой деятельности развивается при тазовом предлежании в 2-3 раза чаще, чем при головном, и обусловлена как функциональной неполноценностью матки, так и отсутствием давления на нижний сегмент матки плотной части. Слабость родовой деятельности, как правило, сочетается с несвоевременным излитием околоплодных вод. Раскрытие шейки матки происходит медленно. Тазовый конец долго остается над входом в таз.

В период изгнания имеются особенности, в результате которых роды в тазовом предлежании относятся к патологическим. Одна из них заключается в том, что наиболее крупная и плотная часть плода - головка - рождается последней. Первым по родовому каналу продвигается менее объемный тазовый конец, который не может расширить родовые пути до такой степени, которая необходима для благополучного прохождения плечевого пояса и головки. При вступлении в таз плечевого пояса могут возникнуть затруднения для продвижения головки.

При рождении плода в тазовом предлежании неизбежно происходит сдавление пуповины головкой. Прижатие пуповины к родовым путям начинается с того момента, когда плод рождается до пупка и головка вступает в таз. Если в течение 3-5 минут задерживается рождение туловища и головки, то возникает гипоксия плода, которая может привести к его гибели.

Одним из осложнений является вколачивание ягодиц в таз при ягодичном предлежании. Это зачастую становится следствием клинического несоответствия плода и таза матери.

7. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Беременные с тазовым предлежанием до 28-30 нед нуждаются только в выжидательном наблюдении, поскольку у большинства (у 70% повторнородящих и у 30% первородящих) происходит спонтанный поворот плода на головку. С 30 нед беременности рекомендуют упражнения, направленные на изменение тазового предлежания в головное. Беременная, лежащая на кушетке, попеременно поворачивается на правый и левый бок и лежит на каждом из них по 10 мин. Процедуру повторяют 3-4 раза 3 раза в день. Поворот плода на головку может произойти в течение 1-й недели.

При использовании гимнастических упражнений повышается тонус мышц передней брюшной стенки и матки в результате раздражения барорецепторов матки. Одновременно происходит раздражение вестибулярного аппарата плода.

Исправить предлежание позволяет наружный профилактический поворот плода на головку под контролем УЗИ. В настоящее время рекомендуется проводить его в 38 нед беременности в условиях стационара с учетом противопоказаний и осложнений. Для проведения наружного поворота обязательно применяют б-миметики с целью снижения тонуса матки и проводят кардиомониторинг плода до поворота и в течение 1 ч после его выполнения.

Метод родоразрешения при тазовом предлежании должен быть определен до родов. С учетом этого целесообразна госпитализация беременных с тазовым предлежанием в стационар при сроке 39 нед. Стационар должен быть обеспечен хорошо подготовленными кадрами, оснащен современным оборудованием, иметь круглосуточную анестезиологическую и реанимационную службы.

При тазовом предлежании родоразрешение возможно как с применением кесарева сечения, так и через естественные родовые пути.

Выбор метода родоразрешения при тазовом предлежании плода определяется возрастом, паритетом, соматическим и акушерским анамнезом, сроком беременности, готовностью женского организма к родам, размерами таза, целостностью плодного пузыря, разновидностью тазового предлежания плода, положением его головки, состоянием и массой плода.

Из-за осложнений при родоразрешении через естественные родовые пути у беременных с тазовым предлежанием большинство акушеров расширяют показания к кесареву сечению. Частота кесарева сечения в различных клиниках варьирует от 50 до 90-100%.

Показаниями к кесареву сечению во время беременности у первородящих являются:

- возраст старше 30 лет;
- экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг;
- выраженное нарушение жирового обмена;
- пороки развития внутренних половых органов;
- беременность после ЭКО, особенно неоднократного;
- сужение размеров таза;
- рубец на матке после кесарева сечения и консервативной миомэктомии;
- предполагаемая масса плода менее 2000 г или более 3600-3800 г;
- задержка роста плода III степени;
- перенашивание беременности;
- признаки гипоксии плода по данным кардиотокографии;
- нарушение кровотока в системе мать-плацента-плод при доплерометрии;
- гемолитическая болезнь плода;
- разгибание головки III степени по данным УЗИ;
- тазовое предлежание первого плода при многоплодной беременности;
- дополнительные показания к срочному прерыванию беременности;
- настойчивое требование пациентки.

Показаниями к кесареву сечению во время беременности у повторнородящих являются:

- неблагоприятный перинатальный исход предыдущих родов;
- предполагаемая масса плода 3800 г и более;
- гипоксия, задержка роста плода III степени, их сочетание;
- беременность после ЭКО и дополнительные осложнения;

- неподготовленность родовых путей при перенесенной беременности;
- рубец на матке;
- сужение таза;
- разгибание головки III степени;
- тяжелая форма гемолитической болезни плода;
- экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг.

Возраст первородящих 30 лет и более предполагает слабость родовой деятельности, часто вторичную во втором периоде родов, когда необходимы интенсивные сокращения матки для изгнания плода.

Важность паритета родов при тазовом предлежании определяется тем, что у повторнородящих ткани родовых путей создают меньшие препятствия для прохождения плода из-за растяжения при первых родах.

Огромное значение при тазовом предлежании плода имеют оценка размеров и формы малого таза. При тазовом предлежании плода даже небольшое уменьшение одного из размеров таза может привести к травме плода в процессе родов, поскольку при рождении головка не успевает приспособиться к тазу матери. Объективную оценку размеров и формы костного таза можно получить при рентгенопельвиметрии.

Для прогнозирования характера родовой деятельности важным признаком является зрелость шейки матки, определяемая по шкале Бишопа и по данным УЗИ. "Незрелая" шейка матки при доношенной беременности, особенно при преждевременном излитии околоплодных вод, предполагает слабость родовой деятельности, что неблагоприятно при тазовом предлежании плода.

При родоразрешении учитывают массу плода. Самая низкая смертность при тазовом предлежании установлена при массе плода от 2000 до 3500 г. При тазовом предлежании у первородящих крупным считается плод массой более 3600-3800 г.

Серьезным осложнением в процессе рождения головки является чрезмерное ее разгибание (III степень), которое затрудняет прохождение через плоскости малого таза, создавая условия для травм головного и спинного мозга.

Для определения метода родоразрешения важное значение имеет состояние плода. Хроническая гипоксия плода, задержка роста плода требуют осторожного родоразрешения, поскольку осложнения в родах усугубляют тяжесть состояния плода. Следует принимать во внимание осложнения беременности, приводящие к гипоксии плода (перенашивание, гемолитическая болезнь плода и т.д.).

При доношенной беременности, нормальных размерах таза, средних размерах плода, согнутой или незначительно разогнутой головке, "зрелой" шейке матки, при чисто ягодичном предлежании у первородящей, при чисто ягодичном или смешанном ягодичном предлежании у повторнородящей роды можно вести через естественные родовые пути. В процессе родов могут появиться осложнения со стороны матери и/или плода. В таких случаях приходится прибегать к оперативному родоразрешению (экстренное кесарево сечение, крайне редко экстракция плода за тазовый конец).

Ведение родов через естественные родовые пути. При ведении родов через естественные родовые пути в первом периоде родов необходимы: уточнение характера предлежания, профилактика раннего излития околоплодных вод и выпадения петель пуповины, мониторинг за состоянием плода и развитием родовой деятельности, обезболивание схваток.

Для профилактики раннего вскрытия плодного пузыря, выпадения петель пуповины роженице рекомендуют соблюдать постельный режим. Лучше лежать на том боку, куда обращена спинка плода. Это способствует усилению родовой деятельности, правильному вставлению предлежащей части. После излития околоплодных вод обязательно влагалищное исследование для уточнения диагноза и исключения выпадения пуповины. При выпадении петли пуповины и отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути производят кесарево сечение.

С началом родовой деятельности при целом плодном пузыре роды следует вести выжидательно. При отсутствии возможности проведения УЗИ необходимо наружными ручными приемами и при влагалищном исследовании уточнить характер предлежащей части. Во время влагалищного исследования при чисто ягодичном предлежании пальпируется часть плода мягковатой консистенции, определяется крестец, копчик, седалищные бугры, щель между ягодичами, заднепроходное отверстие, половые органы плода, паховый сгиб. По расположению крестца распознают позицию и вид плода: при переднем виде первой позиции он обращен влево и кпереди, при заднем виде второй позиции вправо и кзади. При смешанном ягодичном предлежании рядом

с ягодицами прощупывается стопа. При ножном предлежании определяются стопы плода и ягодицы выше них.

Пальпацию половых органов и заднепроходного отверстия следует проводить очень осторожно, чтобы не нанести травму. При отсутствии УЗИ возникает необходимость проведения дифференциальной диагностики ягодичного и лицевого предлежания, ручки и ножки плода.

При лицевом предлежании рот и молярные возвышения имеют прямоугольную форму, а седалищные бугры и анус располагаются на одной линии.

При ножных предлежаниях пяточный бугор, короткие и ровные пальцы, отсутствие отведения большого пальца позволяют отличить ножку от ручки плода. Колено отличается от локтя подвижным надколенником.

Возможность определения предлежащей части повышается после излития околоплодных вод.

В процессе наблюдения за сердечной деятельностью плода необходимо учитывать ее особенности, связанные со сдавлением животика ножками и раздражением п. splanchnicus, что приводит к тахикардии, особенно в конце первого и второго периодов родов. При кардиомониторном наблюдении, помимо высокой базальной частоты сердечных сокращений (БЧСС), нередко появляются акцелерации в ответ на схватку и ранние децелерации во время потуг. К начальным признакам гипоксии плода в первом периоде родов относят тахикардию (БЧСС 175-190 в минуту) или брадикардию (БЧСС до 100 в минуту), периодическую кратковременную аритмию или монотонность ритма; во втором периоде родов - снижение БЧСС до 80 в минуту, периодическую монотонность ритма в сочетании с аритмией. К выраженным признакам гипоксии в первом периоде родов относятся тахикардия до 200 в минуту или брадикардия до 80 в минуту, стойкая монотонность ритма или аритмия, длительные поздние урежения ЧСС. Во втором периоде родов - тахикардия более 200 в минуту или брадикардия ниже 80 в минуту, стойкая аритмия в сочетании с монотонностью или длительным поздним урежением ЧСС.

Оценка родовой деятельности проводится с помощью токографии и ведения партограммы. При нормальном течении родов скорость раскрытия шейки матки в активную фазу родов при тазовом предлежании плода должна быть не менее 1,2 см/ч у первородящих и не менее 1,5 см/ч у повторнородящих.

Использование токографии и партограмм позволяет своевременно диагностировать аномалии родовой деятельности и своевременно изменить тактику ведения родов.

При болезненных схватках и установившейся родовой деятельности целесообразно обезболивание. С этой целью применяют анальгетики (промедол), спазмолитики (но-шпа, папаверин, бускопан), эпидуральную анестезию. При применении эпидуральной анестезии возможно профилактическое введение окситоцина в небольших дозах, чтобы избежать развития слабости родовой деятельности.

Во втором периоде родов необходимы тщательное наблюдение за состоянием плода (кардиомониторинг), его продвижением по родовым путям. В зависимости от вида тазового предлежания (при рождении ребенка в тазовом предлежании оказывается то или иное пособие).

При хорошей родовой деятельности, продвижении плода по родовому каналу до прорезывания ягодиц вмешиваться в родовой процесс не следует.

В периоде изгнания плода при тазовом предлежании, в отличие от головного, появление мекония не является признаком гипоксии, так как он механически выдавливается из кишечника в момент прохождения по родовым путям.

С профилактической целью в конце первого - начале второго периода начинают внутривенное введение окситоцина. В конце второго периода при прорезывании ягодиц для предупреждения спазма шейки матки и ущемления в ней головки внутривенно вводят 1,0 мл 0,1% раствора сульфата атропина или другие спазмолитики, проводят эпизио- или перинеотомию.

После прорезывания ягодиц для оказания пособия целесообразно различать четыре этапа рождения плода: до пупка; от пупка до нижнего угла лопаток; плечевого пояса и ручек; головки.

Ответственный момент наступает после рождения плода до пупка. С этого времени, во-первых, происходят натяжение и прижатие пуповины головкой, вступившей в таз, поэтому изгнание плечевого пояса и головки должно произойти в ближайшие 3-5 мин. Задержка рождения плода более 5-6 мин чревата развитием острой гипоксии и антенатальной гибелью плода. Во-вторых, при вступлении головки в полость таза и уменьшении объема матки возможны преждевременная отслойка плаценты и острая гипоксия плода.

Если в процессе рождения плода имеется значительное натяжение пуповины, препятствующее продвижению туловища и головки, то пуповину можно пересечь между двумя зажимами и ускорить рождение ребенка.

Для того чтобы роды в тазовом предлежании закончились благоприятно для матери и плода, во втором периоде необходимо оказать ручное пособие в зависимости от вида тазового предлежания.

При чисто ягодичном предлежании в нашей стране наибольшее распространение получило пособие по методу Н.А. Цовьянова (1929) и метод Морисо-Левре-Лашапелль для выведения последующей головки плода.

Ручное пособие при чисто ягодичном предлежании по методу Цовьянова. Цель этого пособия - сохранить нормальное членорасположение плода. В период изгнания необходимо удерживать ножки вытянутыми и прижатыми к туловищу плода. Ножки прижимают скрещенные ручки к грудной клетке и препятствуют их запрокидыванию, а стопы, располагаясь на уровне личика, сохраняют сгибание головки. Ножки, вытянутые вдоль туловища, превращают тело плода в конус, постепенно расширяющийся кверху. На уровне плечевого пояса он достигает максимального объема (в среднем 42 см), который складывается из объема грудной клетки, обеих скрещенных на груди ручек и прижатых к ним ножек. Все это превышает объем последующей головки (32-34 см), поэтому ее рождение происходит без затруднения.

Техника ручного пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании. Пособие начинают оказывать после прорезывания ягодич в прямом размере выхода таза, когда они переходят или уже перешли в один из косых его размеров. Большие пальцы охватывают бедра плода, располагаясь на задней их поверхности и осторожно прижимая их к туловищу, остальные четыре пальца помещают на поверхности крестца. По мере рождения тазового конца плода руки, перемещаясь по туловищу плода, постоянно находятся на промежности роженицы. При этом категорически не следует потягивать плод, так как это способствует запрокидыванию ручек и разгибанию головки.

При оказании пособия по Цовьянову с целью профилактики образования заднего вида туловища удерживают спинкой кпереди.

При хорошей родовой деятельности плод быстро рождается до пупка, затем туловище постепенно переходит в косой размер и к моменту рождения плода до нижнего угла лопаток туловище вновь устанавливается в прямом размере выхода таза. Плечико, обращенное кпереди, подходит под лонную дугу.

Для рождения ручки, обращенной кзади, плод поднимают кпереди (к животу матери). При этом из крестцовой впадины рождается задняя ручка и обычно выпадают ножки плода. После этого в глубине зияющей половой щели появляются подбородок, рот, нос плода. Для освобождения головки достаточно направить ягодицы плода на себя и кпереди. При этом головка рождается без какого-либо дополнительного вмешательства.

Во время оказания пособия для удержания головки в согнутом состоянии ассистент осторожно надавливает на нее через переднюю брюшную стенку таким образом, чтобы рука постоянно находилась в соприкосновении с опускающейся головкой.

Пособие при смешанном ягодичном предлежании. При рождении до нижнего угла лопатки проводится выжидательная тактика. Плод удерживают руками, не сдавливая его и отклоняя в сторону симфиза. После рождения до нижнего угла лопатки все манипуляции производят так же, как при чисто ягодичном предлежании, начиная с рождения нижних углов лопаток. Если плод не рождается быстро и без затруднений, оказывают классическое ручное пособие.

Ручное пособие по методу Цовьянова при ножных предлежаниях. При ножных предлежаниях осложнения у плода наблюдаются чаще, чем при ягодичных. Осложнения связаны с тем, что рождающиеся ножки не способны подготовить родовые пути для последующего прохождения плечевого пояса и головки. При ножных предлежаниях, кроме классических осложнений (запрокидывание ручек, разгибание головки), возможно ущемление головки при неполном раскрытии шейки или при ее судорожном сокращении. Эти осложнения можно предотвратить, если к моменту изгнания крупных частей плода шейка матки будет раскрыта полностью. С этой целью ножки удерживают во влагалище до полного раскрытия шейки.

При диагностике ножного предлежания и решении вести роды через естественные родовые пути устанавливают тщательное наблюдение за состоянием роженицы и плода. При появлении в вульварном кольце пяток плода их прикрывают стерильной пеленкой и ладонью, приложенной к наружным половым органам, препятствуют преждевременному выпадению ножек из влагалища.

По мере продвижения и опускания ягодиц во влагалище вместе с находящимися там ножками образуется смешанное ягодично-ножное предлежание.

Противодействие рождающимся ножкам следует оказывать до тех пор, пока не наступило полное раскрытие маточного зева, на что указывают сильное выпячивание промежности подлежащей частью плода и зияние заднепроходного отверстия. Когда ягодичы спускаются до преддверия влагалища, ножки плода, несмотря на оказываемое им противодействие, начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушера. После этого противодействие ножкам больше не оказывают, и они, а вслед за ними ягодичы и туловище плода, рождаются без затруднений до угла лопаток.

Если при оказании пособий при тазовом предлежании задерживается рождение плечевого пояса, ручек и головки, то применяют классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях (см. ниже).

Указанные манипуляции производят также при запрокидывании ручек и затруднениях при их выведении, а также при разгибании головки.

В момент оказания пособий по Цовьянову при отсутствии показаний к быстрому извлечению плода все манипуляции следует производить медленно, не спеша, без потягивания плода за туловище и несвоевременного отклонения его кпереди, что особенно актуально при рождении головки. Отклонение туловища резко кпереди до образования точки фиксации между нижним краем лобкового сочленения и подзатылочной ямкой может привести не только к ее разгибанию, но и к повреждению мышц шеи, позвоночных артерий, шейного отдела позвоночника, спинного мозга.

В процессе родов при тазовом предлежании может возникать необходимость оказания классического ручного пособия.

8. КЛАССИЧЕСКОЕ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ

Классическое ручное пособие при тазовом предлежании плода заключается в выведении ручек и головки во втором периоде родов.

Показанием к ручному пособию является задержка рождения ручек и головки, которая находится в полости малого таза. Если после рождения туловища до нижних углов лопатки не произошло рождение ребенка, в течении 2-3 мин, то приступают к ручному пособию.

Методика. Сначала освобождают ручки, а затем головку плода. Ручки начинают освобождать после рождения туловища плода до угла лопатки обращенной кзади. Первой освобождают ручку, обращенную кзади (к промежности), так как только в этом отделе родовых путей акушер может ввести руку и достичь локтевого сгиба ручки плода.

• Каждая ручка плода выводится одноименной рукой акушера - правая ручка - правой, левая ручка - левой.

- Первой всегда освобождается ручка, обращенная кзади.

• Для освобождения обращенной кпереди ручки туловище плода поворачивают так, чтобы вторая ручка находилась со стороны промежности.

Освобождение ручек проводят при расположении туловища плода в прямом размере. При первой позиции левой рукой берут за голеностопные суставы ножек и туловище плода размещают параллельно правому паховому сгибу матери. Правой рукой входят со стороны промежности в родовые пути и доходят до локтевого сгиба ручки плода. Умывательным движением (перед личиком) извлекают ручку. При этом следует избегать сильного давления на плечевую кость и предплечье из-за опасности их повреждения. Ручка, обращенная кпереди, иногда рождается сама. Если этого не происходит, то плод следует повернуть на 180° так, чтобы оставшаяся ручка была бы обращена к промежности. Для этого двумя руками обхватывают грудку плода (большие пальцы расположены на спинке) и осторожно поворачивают плод так, чтобы спинка прошла под лоном. С целью облегчения такого сложного движения плод следует слегка подтолкнуть вверх, внутрь матки. Для освобождения второй ручки туловищу плода вновь придается положение, параллельное паховому сгибу матери, и ручка извлекается за локтевой сгиб перед личиком плода (умывательное движение).

После освобождения ручек приступают к освобождению головки. При извлечении головка должна совершить такие же движения в полости малого таза, как и при самопроизвольных родах: сгибание, внутренний поворот и затем фиксироваться подзатылочной ямкой под лоном с тем, чтобы во время сгибания родился сначала подбородок, а затем личико с волосистой частью головки. В процессе извлечения головки важно правильно ее захватить и делать влекущие движения строго в соответствии с направлением проводной оси таза.

Головку захватывают чаще всего приемом Морисо-Левре-Лашапель. При этом туловище плода располагается на предплечье левой руки акушера, II и III пальцы этой руки располагаются на верхней челюсти плода, способствуя сгибанию головки. Иногда II палец вводят в рот, чтобы, нажав на нижнюю челюсть, согнуть головку. II и IV пальцы правой руки располагают на плечиках плода, а III - на затылке, помогает сгибанию головки.

Тракции проводятся по направлению проводной оси таза, следуя за поворотом головки, которая к концу изгнания располагается в прямом размере таза. Если головка находится в широкой части полости малого таза, то влечение осуществляют косо кзади, книзу и кпереди, при нахождении головки в узкой части полости малого таза - книзу и кпереди. Во время извлечения головки ассистент придерживает дно матки, препятствуя разгибанию головки.

Во время оказания ручных пособий при тазовых предлежаниях необходимо обращать внимание на то, чтобы спинка плода поворачивалась кпереди, так как образование заднего вида чревато осложнениями, связанными с рождением головки.

Ввиду большого количества осложнений для плода и новорожденного при тазовых предлежаниях нередко встает вопрос о кесаревом сечении во время родов. Показаниями к экстренному кесареву сечению в родах являются:

- излитие околоплодных вод при неподготовленной шейке матки;
- ножное предлежание плода;
- аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация);
- признаки гипоксии плода по данным кардиомониторинга;
- отсутствие продвижения тазового конца плода;
- предлежание или выпадение петель пуповины в первом периоде родов;

- выпадение ножки (ножек) плода при неполном раскрытии шейки матки у первородящих.

Расположение тазового конца плода в широкой части полости малого таза не является препятствием для кесарева сечения.

Течение и ведение третьего периода родов не отличаются от таковых при головном предлежании.

9. ПРОГНОЗ

Послеродовый период у большинства родильниц протекает нормально, но послеродовые заболевания наблюдаются чаще, чем при головных предлежаниях. Это связано с более частым повреждением мягких родовых путей из-за применения пособий и хирургических вмешательств при тазовом предлежании плода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Показатели смертности и осложнений в перинатальном периоде увеличиваются, что требует более квалифицированной подготовки медицинских кадров и точного знания базовых моментов акушерства и гинекологии.

Несмотря на современное развитие медицины, расширение знаний в области акушерства и гинекологии, проблема, рассмотренная в работе, остаётся весьма значимой и в данное время, а, следовательно, пути её решения должны развиваться и рационализироваться, достигая наилучших результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лекции по акушерству и гинекологии.
2. Савельева Г.М. и др. - Акушерство: учебник для вузов. - М. 2009. - 656 с.
3. Радзинский В.Е. - Руководство к практическим занятиям по гинекологии. - М. 2005.
4. Радзинский В.Е., Фукс А.М. - Акушерство. – М. 2016.
5. Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Кулаков В.И., Савельева Г.М. - Акушерство. Национальное руководство. – М. 2009 .
6. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. - Акушерская тактика при тазовых предлежаниях. - М. 2009.
7. Дубиле П., Бенсон К.Б. - Атлас по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии. – М. 2009.
8. О.В.Макарова. - Акушерство. Клинические лекции. – М. 2007.
9. Де Черни А.Х., Натан Л. - Акушерство и гинекология. Т.1 – М. 2009.