

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2008

УДК 618.532 (075.8)

ББК 57.16 я 73

Т 13

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 27.06.2007 г., протокол № 10

А в т о р ы: Л. Ф. Можейко, О. С. Лобачевская, Л. С. Гуляева, Н. С. Акулич

Р е ц е н з е н т ы: доц. каф. акушерства и гинекологии Белорусской медицинской академии последипломного образования, канд. мед. наук В. И. Дуда; доц. каф. акушерства и гинекологии Белорусского государственного медицинского университета, канд. мед. наук В. Н. Сидоренко

Тазовые предлежаия плода : учеб.-метод. пособие / Л. Ф. Можейко [и др.]. – Т 13 Минск : БГМУ, 2008. – 24 с.

ISBN 978–985–462–784–7.

Отражены современные взгляды на этиологию, диагностику, тактику ведения беременности и родов при тазовых предлежаиях плода, подробно изложены принципы коррекции тазовых предлежаиях с учетом противопоказаний.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов всех факультетов, клинических ординаторов и врачей-стажеров.

УДК 618.532 (075.8)

ББК 57.16 я 73

Учебное издание

Можейко Людмила Федоровна
Лобачевская Ольга Станиславовна
Гуляева Людмила Станиславовна
Акулич Наталья Станиславовна

ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск О. С. Лобачевская
Редактор Н. В. Тишевич
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 28.06.07. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,03. Тираж 100 экз. Заказ 91.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.

ISBN 978–985–462–784–7

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2008

Введение

Роды при тазовом предлежании, имеющие место в 3–5 % случаев от общего числа родов, в настоящее время относят к патологическому акушерству. Хотя такие роды могут протекать нормально, они чаще, чем при головном предлежании, сопровождаются осложнениями: родовыми травмами, асфиксией плода и другими. Кроме того, при тазовых предлежаниях значительно чаще приходится прибегать к хирургическому вмешательству. Одной из основных причин тазового предлежания считают снижение тонуса и возбудимости матки, что приводит к уменьшению ее способности сокращениями мускулатуры корректировать положение плода в полости матки.

Перинатальная заболеваемость и смертность при тазовых предлежаниях значительно выше, чем при головных, и обусловлены многими причинами: недоношенностью, гипоксией, родовой травмой, повреждениями органов брюшной полости и спинного мозга, аномалиями развития плода и другими.

Перинатальные потери при тазовом предлежании при различных методах родоразрешения составляют от 0,5 до 14,3 %, что в 3–5 раз выше по сравнению с этим показателем при головных предлежаниях.

В данном издании представлены классификация, современные методы диагностики и профилактики тазовых предлежаний плода, основные моменты биомеханизма, особенности ведения родов и показания для родоразрешения кесаревым сечением.

Классификация и этиология тазовых предлежаний

Тазовым предлежанием называется такое, при котором над входом в малый таз находится тазовый конец плода, а у дна матки — головка плода.

Частота родов при тазовых предлежаниях — 3–5 % от общего количества родов; чаще всего встречаются чисто ягодичные предлежания (67 %), реже — смешанные ягодичные (20 %) и ножные (13 %).

Классификация:

1. Ягодичные предлежания (сгибательные) составляют 80–90 % от всех тазовых (рис. 1 а, б):

– чисто ягодичные (неполные) — ко входу в таз обращены ягодичцы, а ножки вытянуты вдоль туловища, т. е. согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах, стопы расположены в области подбородка и лица;

– смешанные ягодичные (полные) — ко входу в таз обращены ягодичцы вместе с ножками, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, несколько разогнутыми в голеностопных суставах, плод в позе «на корточках».

2. Ножные предлежания (разгибательные) составляют 10–15 % (рис. 1 в, г):

– полные — ко входу в таз предлежат обе ножки плода, слегка разогнутые в тазобедренных и согнутые в коленных суставах;

– неполные — предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах, а другая, согнутая в тазобедренном и коленном суставах, располагается выше; встречаются чаще, чем полные;

– коленные (0,1–0,3 %) — ножки разогнуты в тазобедренных суставах и согнуты в коленных, а колени предлежат ко входу в таз.

Этиология остается недостаточно выясненной. Факторы, способствующие возникновению тазовых предлежаний можно разделить на материнские, плодовые и плацентарные.

Материнские причины:

- аномалии развития матки;
- опухоли матки;
- узкий таз;
- опухоли таза;
- снижение или повышение тонуса матки;
- многорожавшие женщины;
- рубец на матке после операции и другие.

Плодовые причины:

- недоношенность;
- многоплодие;
- задержка внутриутробного развития;

- врожденные аномалии плода (анэнцефалия, гидроцефалия);
- неправильное членорасположение плода;
- особенности вестибулярного аппарата у плода.

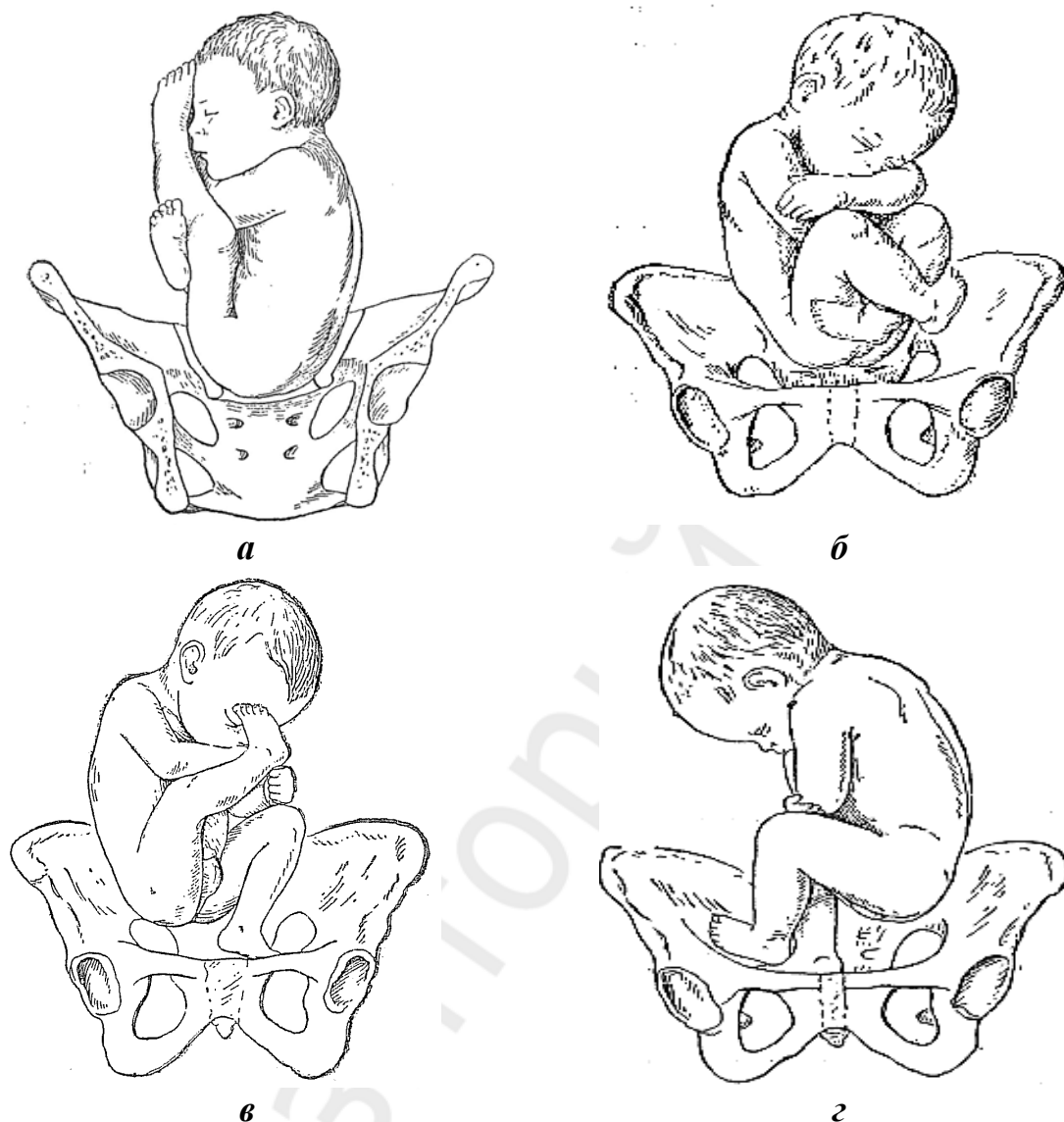


Рис. 1. Варианты тазовых предлежаний.

a — чисто ягодичное, первая позиция, передний вид; *б* — смешанное ягодичное, вторая позиция, задний вид; *в* — неполное ножное, вторая позиция, задний вид; *г* — полное ножное, первая позиция, передний вид

Плацентарные причины:

- предлежание плаценты;
- маловодие или многоводие;
- короткая пуповина.

Заслуживает внимания точка зрения о том, что формирование тазового предлежания плода зависит от зрелости его вестибулярного аппарата, а поэтому чем меньше срок беременности, тем чаще выявляются тазовые

предлежания: при сроке беременности 21–24 нед. — в 33 %, а при доношенной беременности — 3,5–4,5 %.

Диагностика тазовых предлежаний

Диагностика тазового предлежания заключается в следующем:

1. Диагноз тазового предлежания ставят в 32–34 нед. беременности, т. е. после 34 нед. положение плода, как правило, фиксируется.

2. При наружном акушерском исследовании следует использовать четыре приема по Леопольду:

– первым приемом определяется более высокое стояние дна матки; в дне матки пальпируется округлая, плотная, баллотирующая головка, нередко смещенная от средней линии живота вправо или влево;

– вторым приемом определяют спинку и мелкие части плода (по положению спинки судят о позиции и виде);

– при третьем приеме над входом или во входе в таз прощупывается крупная, неправильной формы предлежащая часть мягковатой консистенции, неспособная к баллотированию;

– при четвертом приеме предлежащая часть обычно до конца беременности находится над входом в малый таз.

3. Сердцебиение плода при тазовых предлежаниях выслушивается выше, иногда на уровне пупка, справа или слева (в зависимости от позиции). Позиция и ее виды определяются по спинке (как при головном предлежании).

4. Большое значение имеет ультразвуковое сканирование, которое позволяет определить не только предлежание, но и пол, вид, массу плода, положение головки (согнута, разогнута), обвитие пуповины, локализацию плаценты, размеры и степень ее зрелости, количество вод, аномалии развития плода и др.

5. Порой для определения состояния плода при тазовом предлежании и доношенной или переношенной беременности прибегают к **амниоскопии** (наблюдению плода и околоплодных вод сквозь плодные оболочки через трубочку, введенную в шейку матки беременной). Амниоскопия — метод небезопасный (возможно повреждение плодных оболочек и истечение околоплодной жидкости), поэтому применяют его только для диагностики угрожающих состояний плода (при гипоксии, переношенной беременности и др.).

6. Независимо от типа предлежания, каждой беременной производят пельвиометрию — измерение размеров таза. Во многих случаях (в частности, при подозрении на патологическое предлежание) обычных наружных измерений оказывается недостаточно, поэтому используют два метода:

рентгенопельвиометрию или компьютерную томографическую пельвиометрию. Применение этих методов позволяет также диагностировать и уточнить тип тазового предлежания.

7. Диагноз уточняется при влагалищном исследовании:

– через передний свод влагалища при беременности прощупывается объемная мягковатой консистенции предлежащая часть (в отличие от округлой плотной головки плода);

– во время родов можно пропальпировать копчик, седалищные бугры, ножки плода при смешанном ягодичном и ножном предлежаниях.

Дифференциально-диагностические *отличия стопы и ручки*: у ножки имеется пяточная кость, пальцы ровные, короткие, большой палец не отстает и не обладает большой подвижностью; *отличия колена и локтя*: у колена имеется округлая подвижная надколенная чашечка.

Различают *четыре варианта положения головки плода при тазовом предлежании* (угол измеряется между позвоночником и затылочной костью головки плода):

– головка согнута (угол больше 110°);

– головка слабо разогнута (поза военного) — **I** степень разгибания (угол от 100° до 110°);

– головка умеренно разогнута — **II** степень разгибания (угол от 90° до 100°);

– чрезмерное разгибание головки («смотрит на звезды») — **III** степень разгибания (угол меньше 90°).

Положение головки плода наиболее четко определяется при УЗИ. Клиническими признаками разгибания головки плода являются несоответствие размеров головки плода предполагаемой его массе (размеры головки представляются большими), расположение головки в дне матки, наличие выраженной шейно-затылочной борозды.

8. При записи ЭКГ плода желудочковый комплекс QRS плода обращен книзу, а не кверху, как при головном предлежании.

9. При амниоскопии можно установить характер предлежания плода, количество и цвет околоплодных вод, возможное предлежание петель пуповины.

10. При необходимости используют рентгенографию.

Течение беременности и родов при тазовых предлежаниях

Многочисленные патогенетические факторы формирования тазового предлежания плода являются причиной высокого риска осложнений при беременности и течении родов.

В первой половине беременности наиболее часто возникают:

- угроза прерывания беременности (45 %);
- ранний гестоз (27,5 %).

Во второй половине беременности отмечаются следующие осложнения:

- угроза прерывания беременности (39,3 %); преждевременные роды (20–40 % случаев);
- гестоз различной степени тяжести (35,6 %);
- обвитие пуповины (40,8 %);
- маловодие (25,3 %);
- гипотрофия плода (4,9 %);
- предлежание плаценты в 7 раз чаще;
- преждевременная отслойка плаценты в 3 раза чаще.

Осложнения при родах:

- преждевременное и раннее излитие околоплодных вод (до 36 нед. беременности преждевременное излитие вод встречается с одинаковой частотой при тазовом и головном предлежаниях, после 36 нед. — чаще при тазовом, соотношение 25 : 15 %);
- выпадение петель пуповины и мелких частей встречается в 5 раз чаще при тазовом предлежании, чем при головном;
- аномалии родовой деятельности (чаще слабость), в результате чего роды затягиваются;
- нарушение маточно-плацентарного кровообращения и развитие гипоксии у плода, что связано с несвоевременным излитием околоплодных вод и затяжными родами;
- увеличение частоты инфицирования оболочек, плаценты, матки и плода при родах;
- вколачивание ягодиц в таз, что является проявлением клинического несоответствия плода и таза матери;
- при повороте плода спинкой кзади, когда подбородок фиксируется под лобковым симфизом, и головка разгибается, возникает угроза гипоксии, травмы плода и матери;
- при вступлении в таз плечевого пояса могут возникнуть осложнения, опасные для плода: запрокидывание ручек и разгибание головки (ущемление головки). При этом возникает гипоксия плода и возможна его гибель. Различают три степени запрокидывания ручек по Г. Г. Гентеру: I — ручка запрокинута кпереди от ушка, II — на уровне ушка и III — кзади от ушка плода (рис. 2);

– при прохождении через таз верхнего отдела туловища и головки плода неизбежно возникает сдавление пуповины; если изгнание туловища и головки затягивается свыше 3–5 мин, возникает тяжелая гипоксия плода, которая может привести к его смерти.

– травматизация плода: кровоизлияния в ЦНС (35 %), травмы спинного мозга (20–23 %), травмы периферической НС (20–25 %);

– травмы у матери: разрывы шейки матки, влагалища и промежности;

– гипотоническое кровотечение в послеродовом периоде.



Рис. 2. Степени запрокидывания ручек по Г. Г. Гентеру

При тазовых предлежаниях увеличивается также частота врожденных аномалий развития плода, среди которых наблюдаются анэнцефалия, гидроцефалия, врожденный вывих бедра, пороки ЖКТ, дыхательных путей, ССС, мочевыводящей системы.

Послеродовой период часто осложняется гипотоническим кровотечением, послеродовыми септическими осложнениями.

Биомеханизм родов

Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях:

1. *Вставление ягодиц* (сжатие и опускание их; 1. intertrochanterica находится в одном из косых размеров) (рис. 3, а).

2. *Внутренний поворот ягодиц* (начинается при переходе из широкой в узкую часть полости малого таза, заканчивается в плоскости выхода, когда 1. intertrochanterica становится в прямом размере выхода).

3. *Боковое сгибание поясничной части позвоночника плода*. Образуется точка фиксации между нижним краем лона и крылом подвздошной кости ягодицы, расположенной спереди. Происходит боковое сгибание позвоночника в пояснично-крестцовом отделе, рождение ягодицы, которая помещалась сзади, а затем второй, которая находилась спереди в прямом размере. В это время плечики вступают своим поперечным размером в тот же косой размер входа в таз, через который прошли ягодицы (рис. 3, б).

4. *Внутренний поворот плечиков* (из косого размера в прямой) и связанный с ним *наружный поворот туловища*. Плод рождается до пупка, затем до нижнего угла лопаток. Переднее плечико устанавливается под лонном, образуется точка фиксации между плечиком (на границе верхней и средней трети) и лонным сочленением матери (рис. 3, в).

5. *Боковое сгибание в шейно-грудном отделе позвоночника*. Рождение плечевого пояса и ручек (рис. 3, г).

6. *Внутренний поворот головки* затылком кпереди. Стреловидный шов переходит в прямой размер выхода из малого таза, подзатылочная ямка фиксируется под лонном.

7. *Сгибание головки* вокруг точки фиксации. Последовательно рождаются подбородок, рот, нос, темя и затылок.

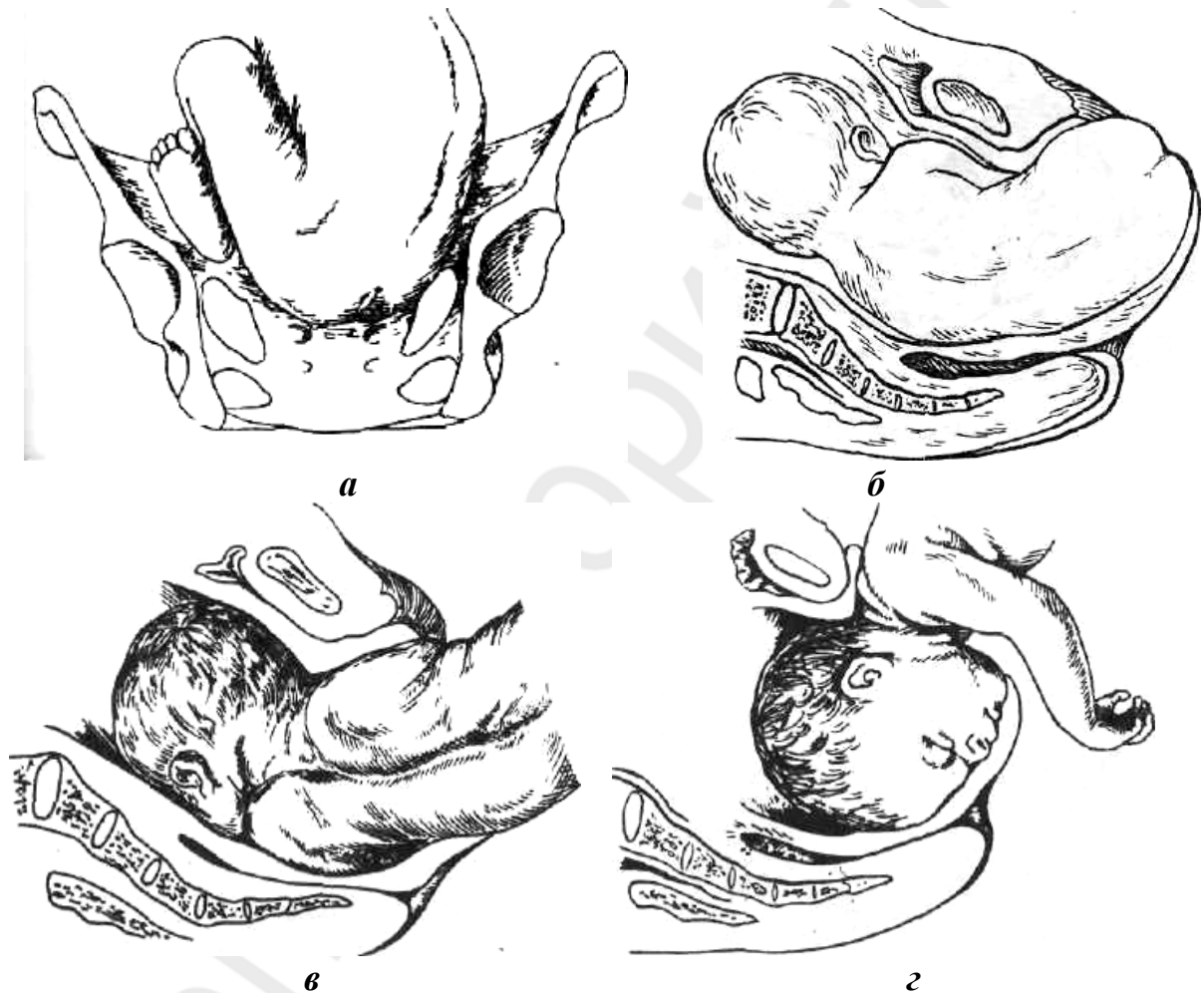


Рис. 3. Биомеханизм родов при тазовом предлежании: а — вступление ягодиц во вход малого таза (первый момент); б — боковое сгибание туловища, прорезывание ягодиц (третий момент); в — поворот плечиков закончился, они находятся в прямом размере выхода таза (четвертый момент); г — последующее рождение головки (пятый момент)

При ножных предлежаниях биомеханизм родов тот же, только первыми из половой щели показываются не ягодицы, а ножки плода.

Родовая опухоль при ягодичных предлежаниях располагается больше на одной из ягодиц: при первой позиции — на левой ягодице, при второй — на правой. Часто родовая опухоль переходит с ягодиц на наружные половые органы плода, что проявляется отеком мошонки или половых губ.

При ножных предлежаниях родовая опухоль располагается на ножках, которые становятся отечными и сине-багровыми.

Вследствие последующего быстрого рождения головки не происходит ее конфигурации, и она имеет округлую форму.

Ведение беременности и родов при тазовых предлежаниях

Тазовое предлежание, диагностируемое до 28 нед. беременности, требует только выжидательного наблюдения.

У 70 % повторнородящих и 30 % первородящих беременных поворот на головку происходит спонтанно до родов и у немногих во время родов.

Если учесть, что тазовое предлежание является неблагоприятным для течения родов и исхода для плода, то своевременная диагностика способствует проведению мероприятий, направленных на изменение тазового предлежания на головное. С этой целью многие авторы рекомендуют назначать *комплекс гимнастических упражнений* в сроки 29–34 нед. беременности. Самый простой комплекс: беременная, лежа на кушетке, попеременно поворачивается на правый и левый бок и лежит на каждом из них по 10 мин. Процедуру повторяют 3–4 раза. Занятия проводят 3 раза в день. Поворот плода на головку может произойти в течение первой недели занятий. Положительный эффект наблюдается в 76,3 % случаев.

Противопоказаниями для корригирующей гимнастики являются заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, болезни печени и почек, поздние токсикозы беременных, явления угрозы прерывания беременности, кровяные выделения из влагалища, рубец на матке, аномалии таза и мягких родовых путей, препятствующие родоразрешению.

При неэффективности корригирующей гимнастики возможно проведение *наружного профилактического поворота плода на головку по Б. А. Архангельскому* (рис. 4). В отношении наружного профилактического поворота плода единое мнение отсутствует, хотя эффективность достаточно высока (67–70 %). Операция наружного поворота требует соблюдения ряда условий: выполняется в стационаре в сроки 32–34 нед. беременности (однако в последнее время предлагается проводить поворот после 36–37 нед.) при достаточном количестве околоплодных вод, под контролем УЗИ проводится мониторинг за сердечной деятельностью плода до пово-

рота и в течение часа после его выполнения; обязательно назначаются β -миметики для снижения тонуса матки. *Противопоказаниями* для выполнения наружного поворота плода на головку являются угроза прерывания беременности, узкий таз, возраст первородящей более 30 лет, бесплодие или невынашивание беременности в анамнезе, отсутствие хорошей подвижности плода, поздний гестоз, сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации, маловодие и многоводие, многоплодие, пороки развития плода, рубец на матке, пороки развития матки и придатков, аномалии таза и мягких родовых путей, препятствующие естественному родоразрешению.

В случае отсутствия эффекта от корригирующей гимнастики необходима госпитализация беременной в стационар на сроке в 38 нед. беременности.

Выбор способа родоразрешения при тазовом предлежании плода зависит от возраста женщины, срока беременности, состояния и предполагаемой массы плода, степени разогнутости головки плода, размеров малого таза, зрелости шейки матки, сопутствующей экстрагенитальной патологии, осложнений при данной беременности.

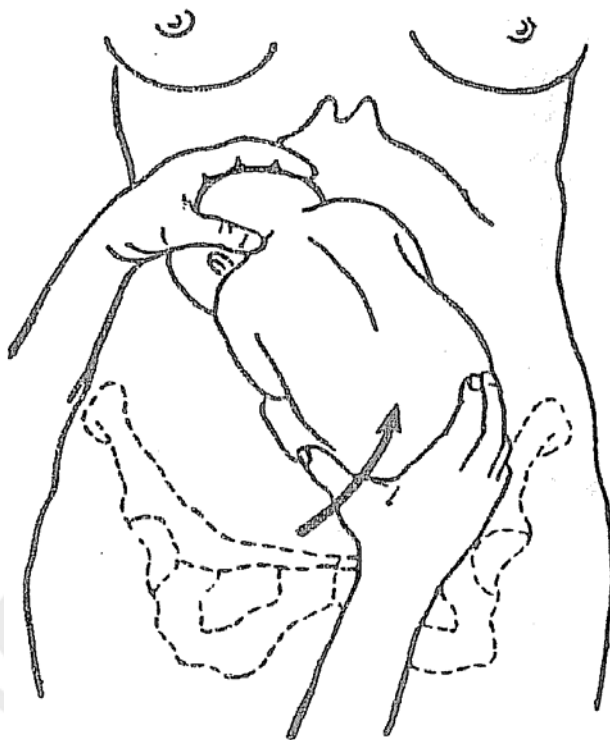


Рис. 4. Наружный профилактический поворот плода по Б. А. Архангельскому

Тактика родоразрешения при тазовом предлежании плода должна быть определена до родов. Она может быть следующей:

- спонтанное начало родов и родоразрешение через естественные родовые пути;
- родовозбуждение в срок или до срока родов;
- кесарево сечение в плановом порядке.

Для выбора способа родоразрешения все клинические данные и результаты, полученные при объективных методах исследования, целесообразно оценивать по балльной шкале прогноза родов при тазовом предлежании доношенного плода (Е. А. Чернуха, Т. К. Пучко, 1991), см. табл. 1.

Оценка ведется по 13 параметрам от 0 до 2 баллов. Если сумма баллов равняется 16 и более, то роды можно вести через естественные родовые пути. Кесарево сечение показано, если хотя бы один из внутренних размеров таза (объективная оценка возможна при рентгенопельвиометрии) оценивается в 0 баллов, имеется чрезмерное разгибание головки плода, предполагаемая масса плода 4000 г и более, при выраженном внутриутробном страдании плода, незрелой шейке матки, переносимой беременности, а также при массе плода 355–3999 г и размерах таза, оцененных в 1 балл, у первородящих.

Таблица 1

Шкала прогноза родов при тазовом предлежании доношенного плода

Параметр	Балл		
	0	1	2
Срок беременности, нед.	37–38 и более 41	40–41	38–39
Предполагаемая масса плода, г	4000 и более	3500–3999	2500–3499
Разновидность тазового предлежания	Ножное	Смешанное	Чисто ягодичное
Положение головки плода	Чрезмерно разогнутая	Умеренно разогнутая	Согнутая
Зрелость шейки матки	Незрелая	Недостаточно зрелая	Зрелая
Состояние плода	Хроническое страдание	Начальные признаки страдания	Удовлетворительное
Размеры малого таза, см:			
прямой входа	Менее 11,5	11,5–12,0	Более 12,0
поперечный входа	» 12,5	12,5–13,0	» 13,0
прямой полости	» 12,0	12,0–13,0	» 13,0
межостный	» 10,0	10,0–10,5	» 10,5
битуберозный	» 10,0	10,0–11,0	» 11,0
прямой выхода	» 10,5	10,0–11,0	» 11,0

В настоящее время в связи с опасностью травматизации плода при родоразрешающих операциях через естественные родовые пути большинство акушеров считают обоснованным расширение показаний к кесареву сечению при тазовых предлежаниях (операция проводится в 80–90 % случаев).

Показания для проведения **планового кесарева сечения** при тазовых предлежаниях:

- переносимая беременность;
- отсутствие биологической готовности к родам при доношенной беременности;
- анатомически узкий таз;
- аномалии развития половых органов;

- масса плода 3500 г и менее 2000 г;
- выраженная хроническая гипоксия плода;
- чрезмерное разгибание головки плода;
- отягощенный акушерский анамнез;
- длительное бесплодие;
- возраст первородящей старше 30 лет;
- предлежание пуповины;
- предлежание и отслойка плаценты;
- рубец и аномалии развития матки;
- тяжелые формы гестоза;
- экстрагенитальная патология;
- двойня при тазовом предлежании первого плода и др.

Ведение родов через естественные родовые пути предполагает в первый период родов профилактику несвоевременного разрыва плодного пузыря и выпадение мелких частей и пуповины плода (строгий постельный режим; укладывание на тот бок, куда обращена спинка, т. е. соответствующий позиции плода).

При развившейся регулярной родовой деятельности и открытии шейки матки на 3–4 см показано введение обезболивающих и спазмолитических средств.

Во время родов обязательно проведение мониторингового наблюдения за сердечной деятельностью плода и сократительной деятельностью матки. Для оценки динамики родового процесса необходимо вести партограмму.

Необходимо проводить профилактику гипоксии плода по Николаеву, использовать 1%-ный раствор сигетина (2 мл), 0,5%-ный раствор курантила (2 мл), галаскорбин (0,5 г), кокарбоксилазу (0,05 г).

После излития околоплодных вод следует выслушать сердцебиение плода и произвести влагалищное исследование для исключения или подтверждения выпадения мелких частей и пуповины. Выпавшую петлю пуповины можно попытаться заправить при чисто ягодичном предлежании плода, если попытка не удалась, необходимо выполнить кесарево сечение.

Важной задачей является своевременная диагностика аномалий родовой деятельности и их лечение.

Во второй период родов с профилактической целью показано введение окситоцина или простагландина капельно внутривенно. К концу данного периода для предупреждения спазма шейки матки рекомендуется ввести 2 мл 2%-ного раствора папаверина гидрохлорида, 2 мл 1,5%-ного раствора ганглерона, 1,0 мл 1%-ного раствора сульфата атропина или другие спазмолитические средства.

При прорезывании ягодиц необходимо произвести эпизиотомию.

При родах в тазовом предлежании различают 4 этапа:

- рождение плода до пупка;

- рождение от пупка до нижнего угла лопаток;
- рождение ручек;
- рождение головки.

Во избежание прижатия головкой плода пуповины, после рождения туловища до нижнего угла лопатки, дальнейшее рождение не должно длиться более 5 мин. При этом из-за несвоевременного вмешательства могут возникнуть такие осложнения, как запрокидывание ручек, спазм внутреннего зева, образование заднего вида, гипоксия плода.

В нашей республике роды при чисто ягодичном и ножных предлежаниях ведут по методу Цовьянова, а для последующего выведения головки плода применяют метод по Морисо–Левре–Лашапелль.

К оказанию *ручного пособия при чисто ягодичном предлежании по методу Цовьянова I* приступают в момент прорезывания ягодиц, их поддерживают без каких-либо попыток извлечения плода (рис. 5). Основная цель — способствовать нормальному членорасположению плода, не дать ножкам преждевременно родиться, для чего большими пальцами их удерживают прижатыми к туловищу плода. Остальные пальцы обеих рук располагают на крестце плода. По мере рождения плода руки передвигают по туловищу к задней спайке роженицы. В косом размере туловище рождается до нижнего угла передней лопатки, плечевой пояс устанавливается в прямом размере. В этот момент целесообразно направить ягодицы на себя, чтобы облегчить самостоятельное рождение из-под лонной дуги плечика, идущего впереди. Для рождения ручки, расположенной сзади, плод снова приподнимают кпереди.

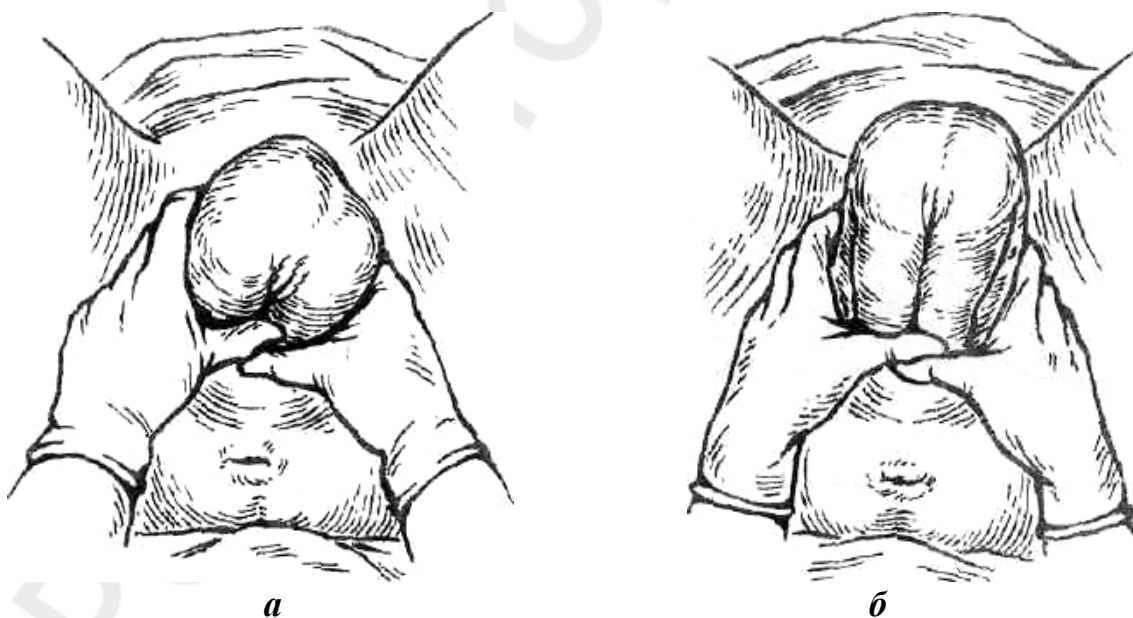


Рис. 5. Ручное пособие по Цовьянову I при чисто ягодичном предлежании.
а — захватывание туловища; *б* — по мере рождения туловища руки продвигаются к половой щели

Вступившая в малый таз в косом разрезе головка плода задерживает свой внутренний поворот, опускается на тазовое дно при хорошей родовой деятельности и рождается самостоятельно.

Ручное пособие при ножных предлежаниях по методу Цовьянова II до недавнего времени широко применялось (рис. 6). При этом методе ножки плода удерживались во влагалище до полного раскрытия маточного зева. На полное раскрытие указывают сильное выпячивание промежности напиряющими ягодицами, зияние заднепроходного отверстия, частые и сильные потуги и стояние пограничного кольца на 4–5 поперечных пальца выше симфиза.



Рис. 6. Ручное пособие при ножных предлежаниях по Цовьянову II

Под напором опускающихся ягодиц половая щель раскрывается и ножки плода, несмотря на противодействие, показываются из-под краев ладони. При наличии признаков полного раскрытия зева, противодействие продвижению ножек прекращают, в дальнейшем роды ведут по общим правилам, принятым для тазовых предлежаний.

При затруднениях, возникших во время рождения плечевого пояса, а тем более при запрокидывании ручек, следует перейти к освобождению ручек и головки плода при помощи *классического ручного пособия* (рис. 7). Его используют также при смешанных ягодичных и ножных предлежаниях плода. Данное пособие следует применять после рождения плода до нижнего угла передней лопатки. Первой освобождается ручка плода, причем одноименная рука акушера вводится со стороны спинки плода, два пальца ее скользят по плечу, достигая плечевого сгиба. Туловище плода, отведенное в сторону, противоположную позиции при достижении локтевого сгиба, выводят в срединное положение, нажимая на локтевой сгиб. «Умыва-

тельным» движением из половой щели выводят ручку. Ладонями обеих рук охватывают с боков туловище и освобожденную ручку плода «лодочкой» и вращательным движением поворачивают так, чтобы ручка, идущая впереди, перешла из под лона в заднее положение. При этом спинка должна пройти под лоном, чтобы сохранить передний вид. Аналогично освобождают вторую ручку.

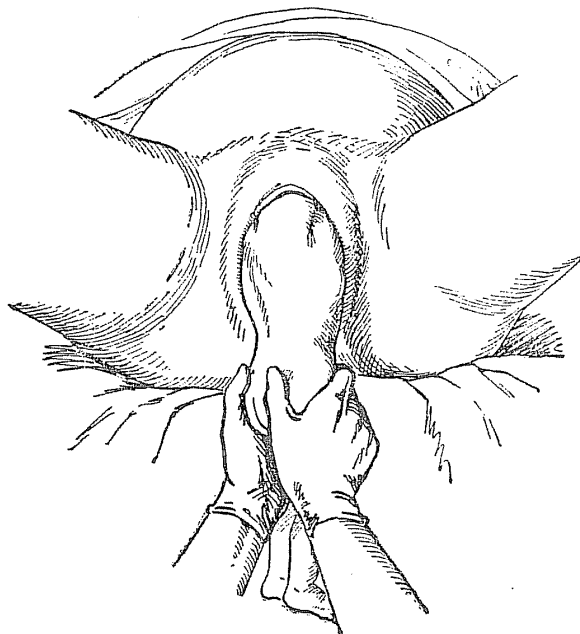
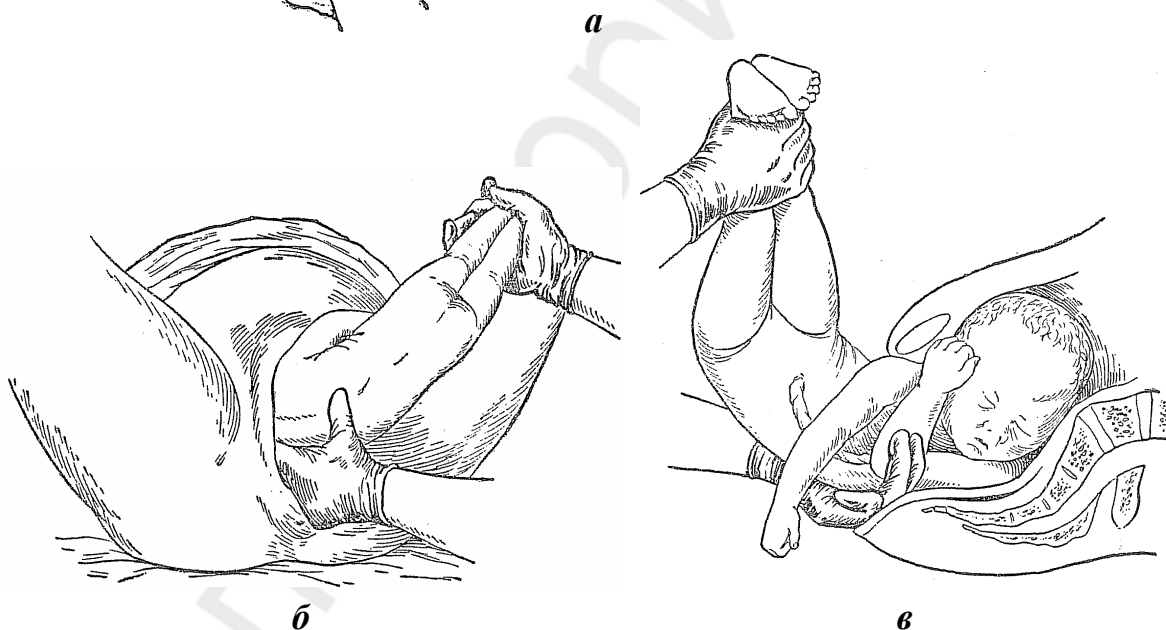


Рис. 7. Классическое ручное пособие:
a — выведение туловища до нижнего угла лопаток (первый этап); *б* — ножки сильно отведены в сторону противоположного пахового сгиба; *в* — освобождение второй ручки после поворота туловища на 180°. Вид со стороны животика плода



Выведение головки по Морисо–Левре–Лашапелль: плод усаживают в позу «наездника» на левую руку акушера, головка плода в это время переходит в прямой размер. Средний палец левой руки вводят в ротик плода и легким нажатием на нижнюю челюсть обеспечивают сгибание головки. Указательный и средний пальцы второй руки захватывают вилкообразно плечевой пояс плода сверху (осторожно, ключицы!). Этой же рукой произ-

водят тракции на себя и вниз (до появления волосистой части головки и образования точки фиксации между подзатылочной ямкой и лоном), а затем вверх (рис. 8).

В Европе при родах в тазовом предлежании используется *метод Bracht*, при котором плод спонтанно рождается до пупка. Затем тело ребенка удерживают и отклоняют в сторону симфиза матери. Применяемая сила при этой процедуре должна быть умеренной. Удержание ребенка в этой позиции усиливает маточные сокращения и умеренного давления ассистента над лобком на головку плода часто достаточно, чтобы завершить роды спонтанно.

Течение и ведение третьего периода родов не отличается от такового при головном предлежании.

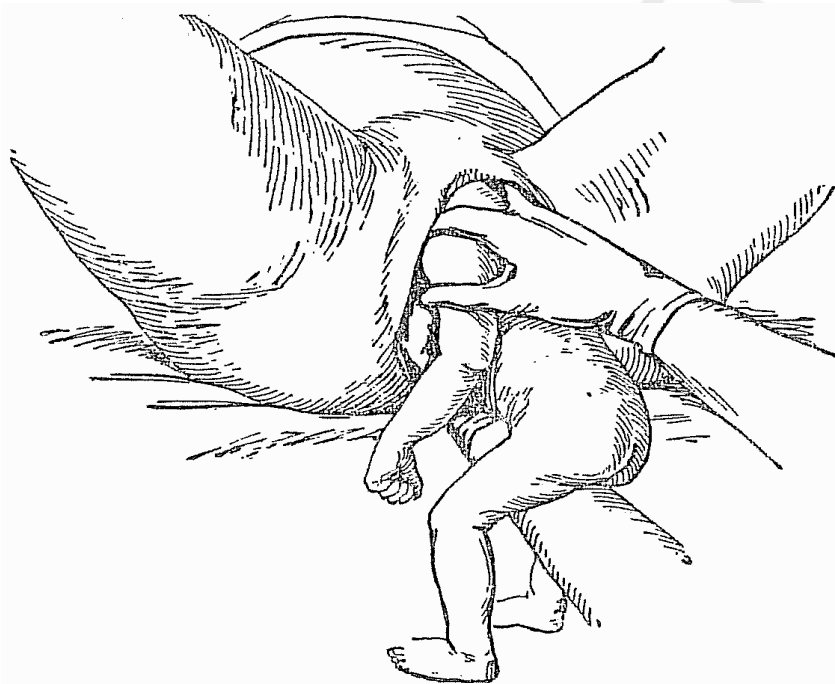


Рис. 8. Освобождение головки. Плод сидит верхом на левой руке акушера

Извлечение плода за тазовый конец предполагает следующие показания:

- необходимость срочного влагалищного родоразрешения в связи с тяжелым соматическим заболеванием роженицы (сердечно-сосудистая патология);
- угрожающая гипоксия плода и отсутствие условий для кесарева сечения;
- после классического поворота плода на ножку.

Условия проведения:

- полное раскрытие маточного зева;
- отхождение околоплодных вод;
- соответствие размеров плода и таза роженицы.

Техника операции:

– первый момент. Различают два способа:

1. Извлечение плода за паховый сгиб. Указательным пальцем руки захватывают переднюю ножку плода за паховый сгиб, извлечение производят во время потуги. Для захватывания тазового конца большие пальцы рук располагают на ягодицах, указательные на паховом сгибе, а остальные на бедрах плода. Извлекают плод до пупочного кольца (рис. 9, *a*).

2. Извлечение плода за ножку. Ножку захватывают в области коленного сустава и тянут вниз, вторую не освобождают, она рождается самостоятельно.

– второй момент — плод извлекают до уровня нижнего угла лопаток;

– третий и четвертый моменты — ручки и головку плода высвобождают, как при классическом ручном пособии.

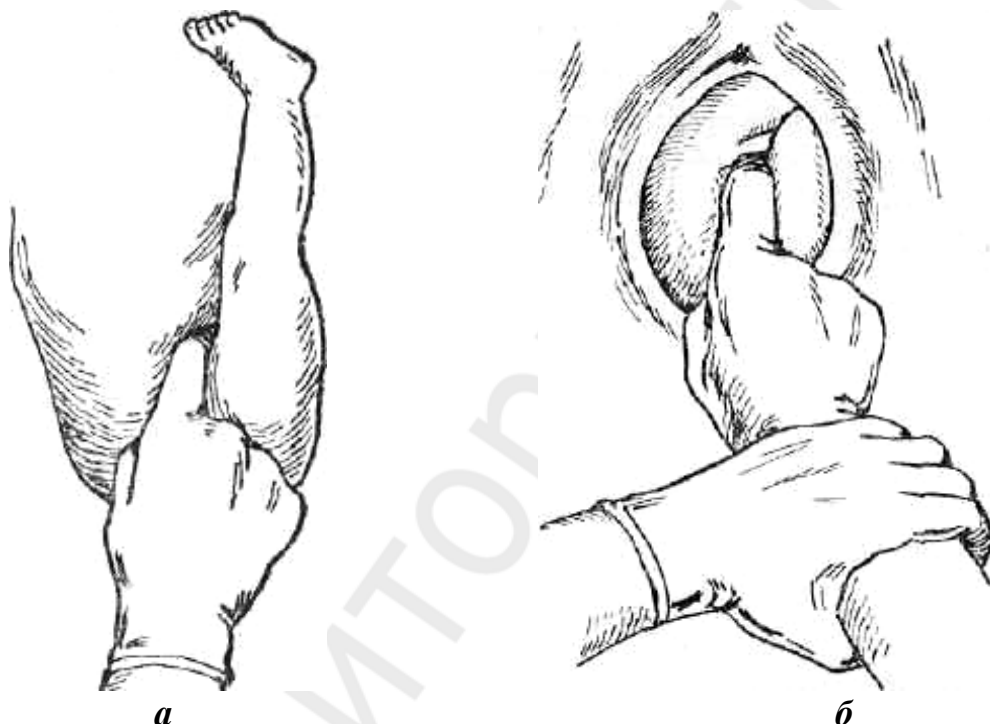


Рис. 9. Извлечение плода за тазовый конец:

a — извлечение плода за паховый сгиб; *б* — извлечение за ягодицы. Палец введен в передний паховый сгиб

Послеродовой период у большинства рожениц протекает нормально. Прогноз для плода менее благоприятен, чем при головных предлежаниях в плане ближайших и отдаленных последствий.

Тестовый контроль

1. В этиологии тазового предлежания, вероятнее всего, имеет значение следующее:

- а) многоводие;
- б) многоплодие;
- в) предлежание плаценты;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

2. Частота тазового предлежания обычно составляет, %:

- а) 4–5;
- б) 6–7;
- в) 8–9;
- г) 10–11;
- д) 12–13.

3. При тазовом предлежании доношенного плода худший прогноз, как правило, имеет место:

- а) при чисто ягодичном предлежании;
- б) ножном предлежании;
- в) смешанном ягодичном предлежании;
- г) разогнутой головке плода.

4. В прогнозе родов при тазовом предлежании важное значение имеет:

- а) срок беременности;
- б) масса плода;
- в) разновидность тазового предлежания;
- г) вид (передний, задний);
- д) все перечисленное.

5. При осмотре головки новорожденного сразу после родов обращает на себя внимание ее брахицефалическая («башенная») конфигурация. Это характерно для биомеханизма родов при следующем предлежании:

- а) затылочном, передний вид;
- б) затылочном, задний вид;
- в) переднеголовном;
- г) лобном;
- д) лицевом.

6. Частота тазового предлежания при преждевременных родах:

- а) повышена;
- б) понижена;
- в) зависит от общего состояния женщины;
- г) зависит от наличия гипоксии плода;

д) правильно в) и г).

7. Диагноз тазового предлежания плода при влагалищном исследовании в родах устанавливается обычно (на фоне отошедших околоплодных вод) при открытии маточного зева на расстояние не менее (см):

а) 1; б) 2; в) 3 и более.

8. Корректирующую гимнастику при тазовом предлежании плода проводят обычно в сроки беременности (нед.):

а) 14–20; б) 21–27; в) 28–35; г) 36–40.

9. Условиями для операции извлечения плода за тазовый конец являются:

- а) наличие целого плодного пузыря;
- б) полная соразмерность головки плода и таза матери;
- в) раскрытие маточного зева не менее чем на 7–8 см;
- г) все перечисленные;
- д) ничего из перечисленного.

10. При ножном предлежании плода и выявлении его хронической гипоксии (в 38 нед. беременности) наиболее правильным является следующий метод родоразрешения:

- а) амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина;
- б) кесарево сечение в плановом порядке;
- в) роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец;
- г) роды через естественные родовые пути с систематическим применением спазмолитиков;
- д) правильно в) и г).

11. К клиническим критериям разгибательного положения головки при тазовом предлежании плода относятся:

- а) несоответствие величины головки предполагаемой массе тела плода;
- б) расположение головки в дне матки со стороны позиции плода;
- в) наличие выраженной глубокой шейно-затылочной борозды при определении позиции плода;
- г) все перечисленные;
- д) ничего из перечисленного.

12. Классическое ручное пособие применяется при следующем варианте тазового предлежания плода:

- а) смешанном ягодичном;
- б) полном ножном;
- в) неполном ножном;
- г) при всех перечисленных;

д) ни при каком из перечисленных.

13. Пособие по Цовьянову применяют при следующем предлежании плода:

- а) чисто ягодичном;
- б) смешанном ягодичном;
- в) полном ножном;
- г) неполном ножном;
- д) при всех перечисленных.

14. Чисто ягодичное предлежание плода характеризуется следующим:

- а) ножки согнуты в тазобедренных суставах;
- б) ножки разогнуты в коленных суставах;
- в) ножки вытянуты вдоль туловища;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

15. Смешанное ягодичное предлежание плода характеризуется следующим:

- а) ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах;
- б) ножки разогнуты в голеностопных суставах;
- в) вместе с ягодичами предлежит одна или обе ножки плода;
- г) правильно а) и в);
- д) все правильно.

16. Полное ножное предлежание плода характеризуется следующим:

- а) одна ножка разогнута в тазобедренном суставе и предлежит;
- б) другая ножка согнута в тазобедренном суставе и вытянута вдоль туловища;
- в) предлежат ножки плода вместе с ягодичами;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

17. При операции извлечения плода за паховый сгиб палец акушера вводят:

- а) в передний паховый сгиб;
- б) в задний паховый сгиб;
- в) принципиального значения не имеет;
- г) зависит от нахождения ягодиц в той или иной плоскости малого таза.

18. Показаниями для извлечения плода за тазовый конец являются:

- а) асфиксия плода;
- б) живой плод;
- в) крупные размеры плода;
- г) все перечисленные;
- д) ничего из перечисленного.

19. Наиболее частым осложнением во второй период родов при тазовом предлежании плода является:

- а) запрокидывание ручек плода за головку;
- б) разгибание головки плода;
- в) поворот плода спинкой кпереди;
- г) правильно а) и б);
- д) все перечисленное.

20. При операции извлечения плода за ножку акушер захватывает ножку:

- а) обращенную кзади;
- б) обращенную кпереди;
- в) принципиального значения не имеет;
- г) зависит от плоскости, в которой находятся ягодицы плода.

21. К пособию по методу Цовьянова при чисто ягодичном предлежании плода приступают, когда:

- а) прорезывается передняя ягодица;
- б) прорезывается задняя ягодица;
- в) плод рождается до пупочного кольца;
- г) плод рождается до угла лопаток;
- д) прорезываются обе ягодицы.

Литература

1. *Акушерство* : учеб. / Г. М. Савельева [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. М. : Медицина, 2000. С. 249–267.
2. *Акушерство и гинекология* : справ. Калифорнийского университета / под ред. Г. М. Савельевой, Л. Г. Сачиновой. М. : ГЭОТАР Медицина, 1998. С. 281–290.
3. *Ариас, Ф.* Беременность и роды высокого риска / Ф. Ариас. М. : Медицина, 1989. С. 557–582.
4. *Герасимович, Г. И.* Акушерство : учеб. пособ. для студентов учреждений, обеспечивающих получение высш. мед. образования / Г. И. Герасимович. Минск : Беларусь, 2004. С. 483–500.
5. *Клинические лекции по акушерству и гинекологии* / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова, Л. Д. Белоцерковцевой. М. : Медицина, 2000. 379 с.
6. *Малиновский, М. С.* Оперативное акушерство : рук. для студентов и врачей / М. С. Малиновский. М. : Медгиз, 1955. С. 204–239.
7. *Руководство к практическим занятиям по акушерству* / под ред. В. Е. Радзинского. М. : Мед. инф. агенство, 2004. С. 193–197.
8. *Чернуха, Е. А.* Родовой блок / Е. А. Чернуха. М. : Триада–Х, 1999. С. 396–422.

Оглавление

Введение	3
Классификации и этиология тазовых предлежаний	4
Диагностика тазовых предлежаний	6
Течение беременности и родов при тазовых предлежаниях	7
Биомеханизм родов.....	9
Ведение беременности и родов при тазовых предлежаниях	11
Тестовый контроль	20
Литература.....	23