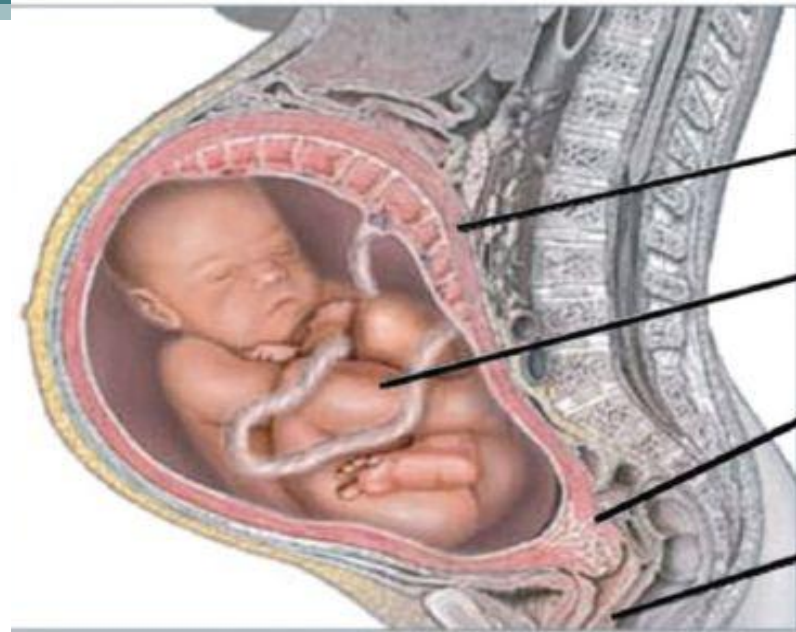




Роды при тазовом предлежании плода.

МКБ-О32.1



План занятия:

- 1) Роды при тазовом предлежании;
- 2) Классификация, диагностика, госпитализация, обследование;
- 3) Ведение родов при чисто ягодичном предлежании;
- 4) Осложнения;
- 5) Классическое ручное пособие при тазовом предлежании;
- 6) Вопросы и задачи.

Определение:

- **Тазовое предлежание** - вариант расположения плода в матке, при котором его тазовый конец предлежит к входу в малый таз женщины.

Классификация:



Тазовое
предлежание



Чисто ягодичное
предлежание
плода

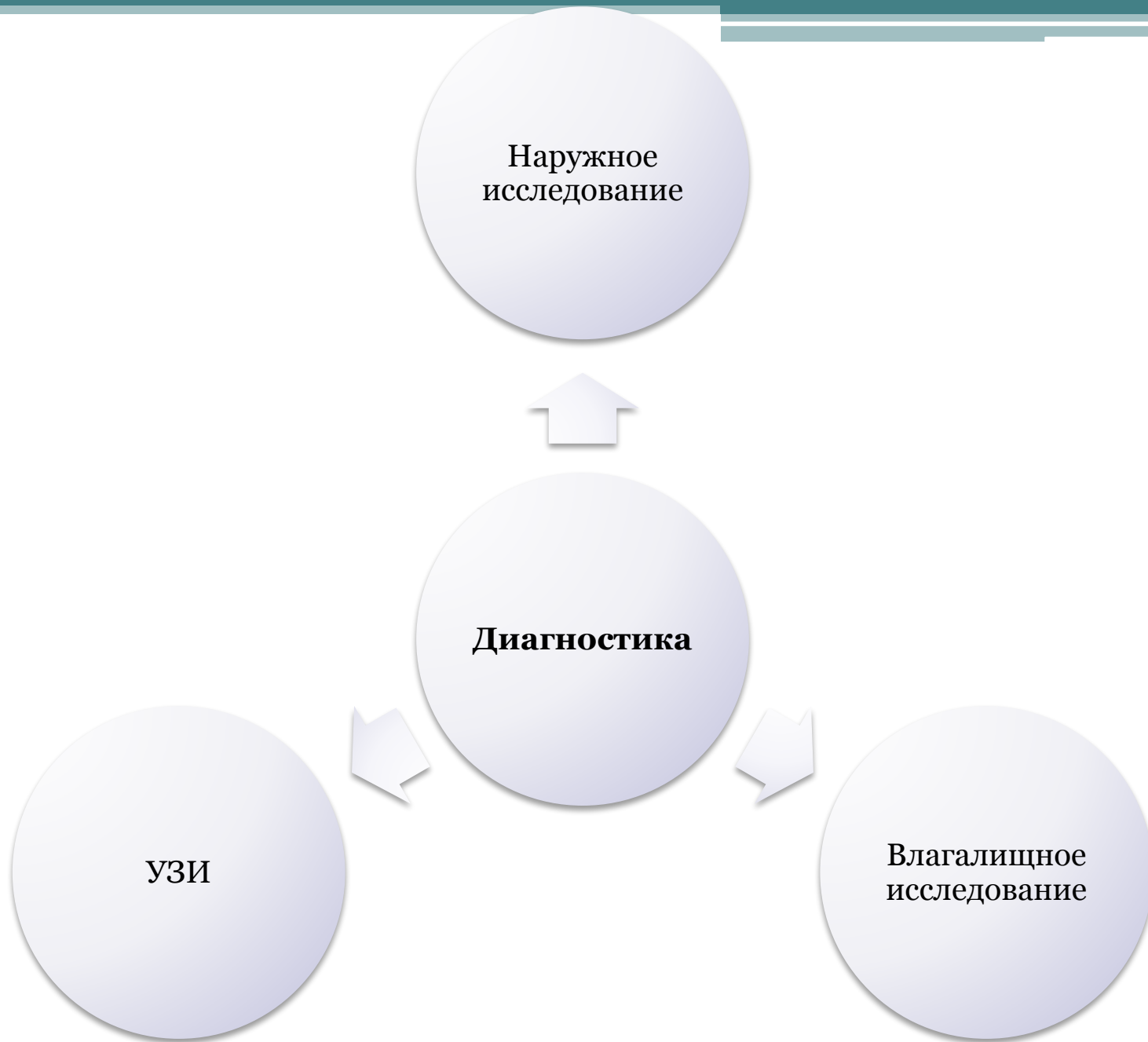
Смешанное
ягодичное
предлежание
плода

Полное и
неполное ножное
предлежание
плода.





Варианты тазовых предлежаний. А - чистое ягодичное предлежание; Б - смешанное ягодично-ножное предлежание; В - полное ножное предлежание; Г - неполное ножное предлежание



Госпитализация:

Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации

Плановая госпитализация при доношенной беременности, когда имеются показания к кесаревому сечению.

Экстренная с началом родовой деятельности.

Физикальное обследование:

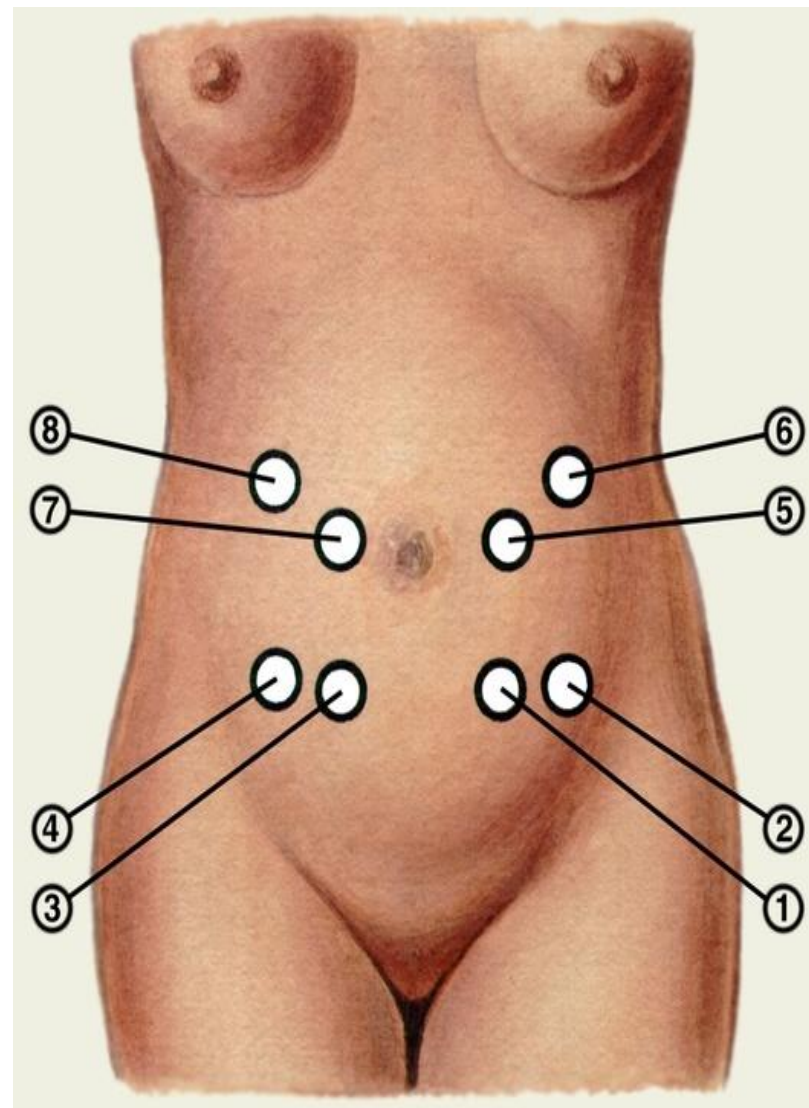
1. Высокое стояние дна матки, обусловленное расположением тазового конца плода над входом в таз.

При пальпации живота беременной определяют, что головка плода (округлое плотное баллотирующее образование) расположена в дне матки, а ягодицы (крупная неправильной формы не баллотирующая предлежащая часть) - над входом в малый таз.

Сердцебиение плода выслушивают выше пупка или на его уровне.

✧ При аускультации сердцебиение плода определяется выше, чем при головном предлежании.

5 — передний вид, первая позиция, тазовое предлежание; 6 — задний вид, первая позиция, тазовое предлежание, 7 — передний вид, вторая позиция, тазовое предлежание; 8 — задний вид, вторая позиция, тазовое предлежание"



Обследование:

2. Влагалищное исследование. При влагалищном исследовании над входом в малый таз определяется мягковатая предлежащая часть, не баллотируется.
- При наличии раскрытия шейки матки можно пальпировать борозду между ягодицами, крестец, половые органы плода.
 - При чисто ягодичном предлежании можно найти паховый сгиб.
 - При смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицами прощупывают стопу. С помощью пальпации крестца уточняют позицию и вид.

Обследование

- Лабораторные исследования: нет

Инструментальные исследования -УЗИ

Показания для консультации специалистов –
нет

Дифференциальный диагноз - нет

Обследование:

- С помощью ультразвукового исследования определяют **состояние плода**, производят расчет предполагаемой массы плода, принимая при этом во внимание.
- Роды через естественные родовые пути при ягодичном предлежании плода могут быть проведены, когда вес плода колеблется от 2500,0 гр. до 3999,0 гр.
- Нет доказательных данных о влиянии родов в тазовом предлежании при мужском поле плода

Ведение родов:



**Все роды в тазовом
предлежании плода
обязательно должны проходить
в стационаре.**

Управление родами. Основные принципы ведения вагинальных родов:

- Роды ведутся по партограмме.
- Клиническое обследование таза проводится для исключения патологического сужения таза (Ш-В).
- Рентгенологическая пельвиометрия не является необходимой для безопасных родов; положительный прогресс родов является наилучшим показателем адекватных пропорций «плод-таз» (Ш-В).
- Длительный электронный мониторинг сердца плода предпочтителен в первом периоде родов и является обязательным во втором периоде родов.(I-A)

Управление родами. Основные принципы ведения вагинальных родов:

- - При разрыве плодных оболочек рекомендуется незамедлительное влагалищное исследование (исключить выпадение пуповины).(III-B)
- При отсутствии адекватного прогресса в родах в течение 2-х часов, рекомендуется кесарево сечение (II-IA), решать в индивидуальном порядке.
- При ягодичном предлежании плода возбуждение родовой деятельности не рекомендуется.(II-3B).
- Уменьшение частоты и силы маточных сокращений (маточная дистоция) вследствие эпидуральной анестезии может лечиться при помощи введения окситоцина.

Управление родами. Основные принципы ведения вагинальных родов:

- - Пассивный второй период без активных потуг может длиться до 90 минут, давая возможность плоду с ягодичным предлежанием опуститься в таз.
- Роды должны происходить при доступной операционной, во время родов необходимо присутствие неонатолога, владеющего навыками оказания реанимационной помощи в полном объеме (Ш-А)
- Если с началом активных потуг роды не происходят в течение 60 минут, рекомендуется кесарево сечение (I-А).

Методы (приемы и пособия) используемые при родах с ягодичным предлежанием

При родах в ягодичном предлежании очень важно активное участие матери, поэтому следует избегать воздействия седативными препаратами и эпидуральной анестезией, чтобы максимально использовать потуги.

- Врач и акушерка, ведущие роды при ягодичном предлежании плода, должны иметь необходимые навыки и опыт (II-1A).
- Опытный акушер-гинеколог, уверенно принимающий роды через естественные родовые пути при ягодичном предлежании плода, должен присутствовать при родах, чтобы наблюдать за действиями других специалистов. (I-A)
- На всех родах должен присутствовать врач-неонатолог, владеющий навыками оказания реанимационной помощи в полном объеме;
- Рекомендуемое положение – литотомическое.

Методы (приемы и пособия) используемые при родах с ягодичным предлежанием

- - В случае возникновения необходимости проведения кесарева сечения требуется наличие квалифицированных врачей, готовой операционной, операция должна быть выполнена в пределах 30-минут от момента принятия решения об оперативных родах. (III-A)
- Акушер-гинеколог должен четко представлять план предполагаемых действий (алгоритм) и быть готовым к тому, чтобы предпринять срочные меры при развитии осложнений (например: запрокидывание головки плода). (III-B)
- Для безопасности родов большое значение имеет подготовленность роженицы к процессу рождению ребенка. (II-1A)
- При рождении головки, акушерка, либо ассистент врача должны быть готовы к применению надлобкового давления, которое поможет сгибанию и вставлению головки плода (II-3B)

Методы (приемы и пособия) используемые при родах с ягодичным предлежанием

- - При ягодичном предлежании плода приемлемы как самостоятельные роды, так и роды с оказанием акушерских пособий. Следует избегать принудительного извлечения плода, причём воздействие на плод допустимо только при самостоятельных родах, когда плод родился до уровня пупка. (III-A)
- При запрокидывании ручек следует оказывать классическое ручное пособие. (III-B).
- Появление головки плода может происходить самостоятельно, либо с помощью надлобкового давления или с использованием метода Морисо-Смелли (Mauriceau- Smellie-Veit). (III-B). Приём Морисо-Левре (Морисо-Смелли) применяется для освобождения головки, если её рождение задерживается.

Медикаментозное лечение: нет

Другие виды лечения: нет

Хирургическое вмешательство: плановое и экстренное кесарево сечение

Показания к плановому кесареву сечению:

- Предлежание пуповины (II-3A)
- Задержка развития плода или макросомия (при массе 4000,0 г и более) (I-A)
- Ножное предлежание плода
- Полное ягодичное предлежание плода с разогнутым или нейтральным положением головки (III-B)
- Клинически узкий или деформированный таз матери (III-B)
- Аномалии плода, несовместимые с родами через естественные родовые пути (III-B)

Хирургическое вмешательство: плановое и экстренное кесарево сечение

- **Показания к экстренному кесареву сечению:**

- Отсутствие адекватного прогресса в родах в течение 2-х часов, решать в индивидуальном порядке (II-IA)
- Отсутствие родов в течение 60 минут от начала активных потуг (I-A)

Профилактические мероприятия

- Не существуют доказательной базы по наружному акушерскому повороту и по применению упражнения Кегеля.
- Теоретическое и практическое обучающее моделирования ведения родов при ягодичном предлежании плода должно быть частью обучающих программ по акушерству и гинекологии.
- В задачи данного вида обучения входит подготовка специалистов, способных оказать своевременную и квалифицированную медицинскую помощь при ягодичном предлежании плода (III-B).

Чисто ягодичное предлежание

- После прорезывания ягодиц приступают к оказанию ручного акушерского пособия по **Цовьянову**.
- Метод применяют при родах в чистом ягодичном предлежании для сохранения нормального членорасположения плода, что предупреждает запрокидывание ручек и разгибание головки.

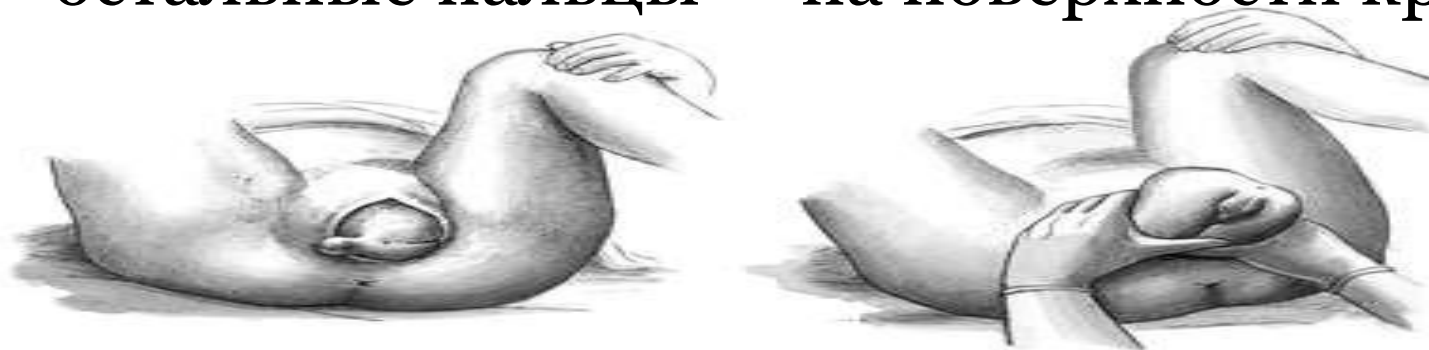


Чисто ягодичное предлежание:

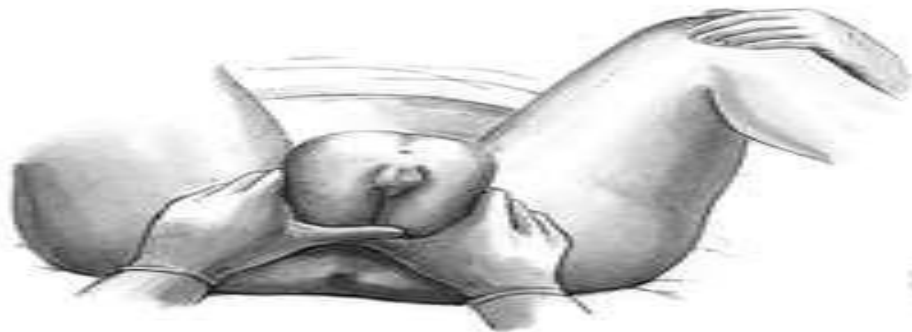
- Нормальное членорасположение достигают тем, что ножки при рождении плода прижимают к туловищу, не давая тем самым им родиться раньше времени и прижимают к груди скрещённые ручки, что предупреждает их запрокидывание.



- При прорезывании ягодиц их удерживают обеими руками так, чтобы большие пальцы легли на прижатые к животу бёдра плода, а остальные пальцы — на поверхности крестца.

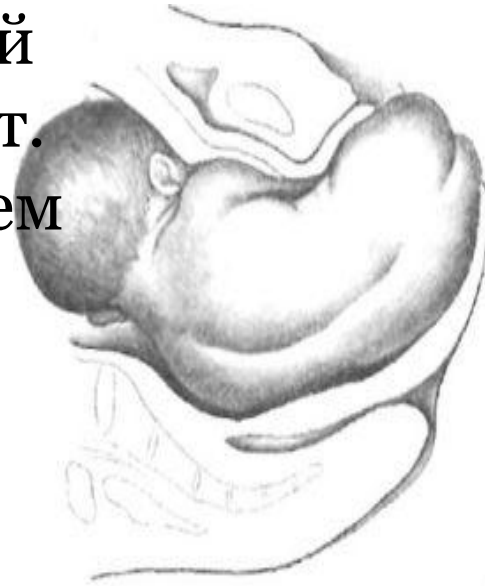


- По мере рождения туловища плода врач, держа руки у вульварного кольца, придерживает корпус плода, осторожно прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы перемещая по спинке.

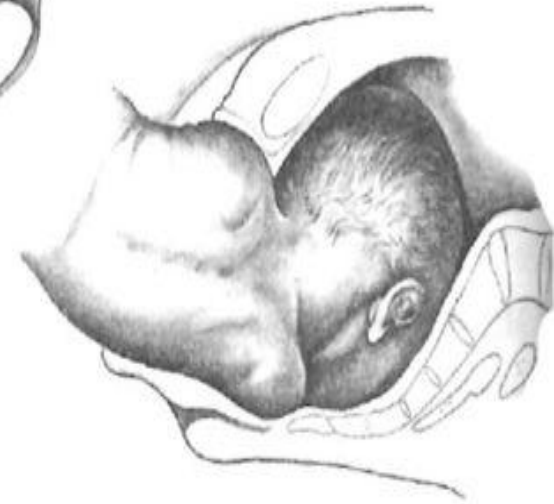


- Следующая после прорезывания ягодиц потуга обычно приводит к быстрому рождению плода до пупочного кольца, а затем и до нижних углов лопаток. В это время поперечник плода переходит в один из косых размеров, а к моменту рождения плечевого пояса — в прямой размер выхода.
- Ягодицы плода необходимо направлять в этот момент несколько на себя, чтобы облегчить рождение передней ручки

- В момент рождения задней ручки плод приподнимают. Одновременно с рождением задней ручки выпадают ножки плода, из половой щели прорезывается подбородок.



- Для последующего рождения головки по методу Цовьянова туловище плода приподнимают вверх и постепенно укладывают на живот роженицы.





Ручное пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода. А - после рождения передней ягодицы уточняется позиция плода; Б - туловище плода переходит в левый косой размер таза; В - туловище плода переходит в поперечный размер таза спинкой кпереди; Г - большие пальцы акушера по мере рождения плода передвигаются по задней поверхности бедер по направлению к задней стенке влагалища

Ножное предлежание

- В случае ножного предлежания родоразрешение обычно проводится посредством кесарева сечения

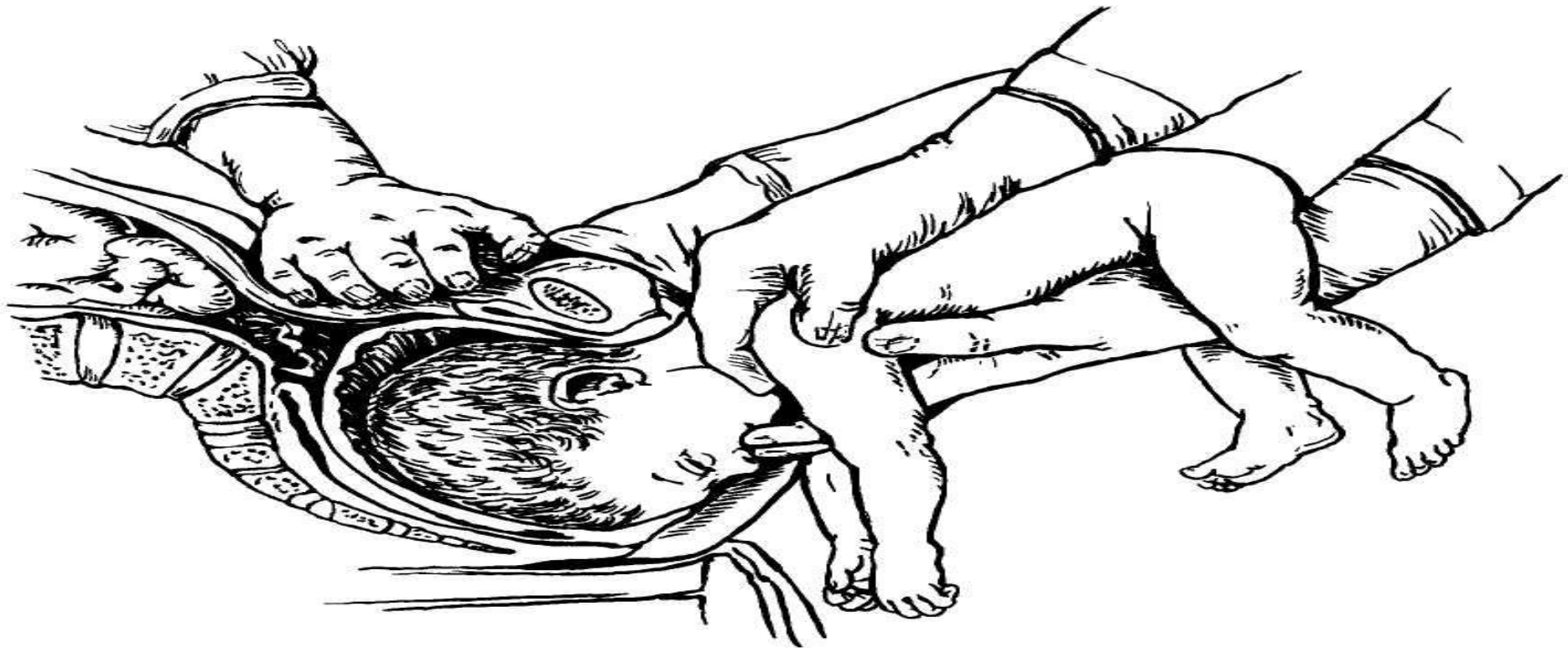


Неполное ножное предлежание, предлежит одна ножка разогнутая в коленном и тазобедренном суставах

Проводите влагалищные роды при ножном предлежании только в случаях:

- поступления женщины с активной родовой деятельностью при полностью раскрытой шейке матки;
- преждевременных родов, если недоношенный ребенок не может быть жизнеспособным после рождения;
- рождения второго (последующего) ребенка при многоплодной беременности.

Классическое ручное пособие при тазовом предлежании плода



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.

Освобождение ручек

- 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.

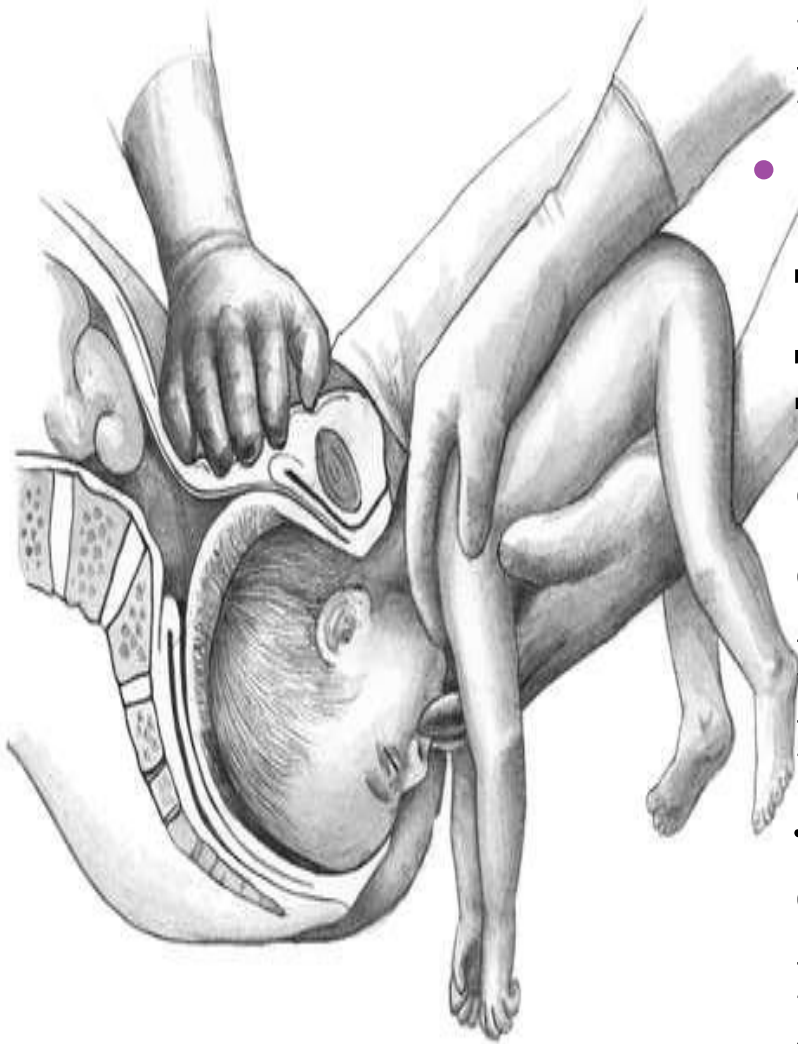
- Правой рукой входят со стороны промежности в родовые пути и доходят до локтевого сгиба ручки плода.
- Умывательным движением (перед личиком) извлекают ручку.
- При этом следует избегать сильного давления на плечевую кость и предплечье из-за опасности их повреждения.
- Ручка, обращенная кпереди, иногда рождается сама.

Освобождение ручек

- 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.

Освобождение ручек

- 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.

Процесс извлечения 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.

- 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.

Извлечение головки

- 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.

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

- процент новорожденных, родившихся в тазовом предлежании, переведенных в ПИТ;
- частота родовых травм у новорожденных, родившихся в тазовом предлежании;
- мертворождаемость среди детей, родившихся в тазовом предлежании.

Литература

1. Протоколы заседаний Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, 2013
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG Green Top Guidelines: The management of breech presentation. Guideline no. 20b. London: RCOG, December 2006.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 340, Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108:235–7.