

Роды при тазовых предлежаниях плода

Выполнила Оноприйчук А.Р.

- Определение: Предлежание, при котором над входом в малый таз находятся ягодицы или ножки плода, называют **тазовым**.
- КОД ПО МКБ-10: O32.1 Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери.
- Частота: 3%

Этиология

Органические причины:

- ✧ сужение таза, аномальная форма таза;
 - ✧ пороки развития матки;
 - ✧ чрезмерная или ограниченная подвижность плода при многоводии, маловодии, многоплодии;
 - ✧ миоматозные узлы в нижнем сегменте матки, опухоли придатков матки;
 - ✧ предлежание плаценты;
 - ✧ пороки развития плода (анэнцефалия, гидроцефалия).
- **Функциональные причины** — дискоординация родовой деятельности, приводящая к перераспределению тонуса миометрия между дном, телом и нижним сегментом матки. Крупная плотная часть плода (головка) отталкивается от входа в таз и плод переворачивается.

Классификация

- Чистое ягодичное предлежание (частота 63,2–68%)
- Смешанное ягодичное предлежание (частота 20,6–23,4%)
- Ножное предлежание (полное/неполное) (частота 11,4–13,4%)

Чистое ягодичное предлежание чаще отмечают у первородящих, смешанное ягодичное и ножное — у повторнородящих женщин. Тазовое предлежание у повторнородящих возникает примерно в 2 раза чаще, чем у первородящих.



Рис. 73. Тазовые предлежания:

a — чистое ягодичное; *б* — смешанное; *в* — ножное

Клиническая картина

Данные наружного исследования плода:

- Высокое стояние дна матки, связанное с 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 таз.
- Сердцебиение плода выслушивают на уровне пупка или выше.

Данные влагалищного исследования во время родов:

- при ягодичном предлежании предлежащая часть мягкая, можно прощупать щель между ягодицами, крестец, половые органы плода;
- при чистом ягодичном предлежании можно найти паховый сгиб;
- при смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицами прощупывают стопу, при пальпации крестца уточняют позицию и вид;
- при ножных предлежаниях, чтобы ошибочно не принять ножку за выпавшую ручку, следует помнить отличительные признаки конечностей плода:
 - у ножки есть пяточная кость, пальцы ровные, короткие, большой палец не отставлен, его нельзя прижать к подошве в отличие от большого пальца ручки, легко прижимающегося к ладони;
 - с ручкой можно «поздороваться»;
 - колено отличают от локтя по подвижному надколеннику;
 - стопа переходит в голень под прямым углом.
- по расположению подколенной ямки можно определить позицию плода. При первой позиции подколенная ямка обращена влево, при второй — вправо.

- Характер предлежания плода окончательно формируется к 34–36-й неделе беременности. Тазовое предлежание, диагностируемое до 28-й недели беременности, не требует лечения, достаточно динамического наблюдения. Поворот на голову происходит спонтанно до родов у 70% повторнобеременных с тазовым предлежанием и у 30% первобеременных женщин. Диагноз тазового предлежания следует установить до 32–34-й недели на основании данных наружного и внутреннего акушерского исследования.

Дополнительные методы диагностики

- ЭКГ: желудочковой комплекс *QRS* плода обращён книзу (а не кверху, как при головном предлежании).
- УЗИ: определение предлежания, размеров плода, выраженных аномалий развития (анэнцефалия, гидроцефалия), локализацию плаценты. Очень важно установить вид тазового предлежания, проследить расположение нижних конечностей при ягодичном предлежании, определить, согнута головка или разогнута, каково расположение пуповины.

Течение беременности и родов

- При тазовом предлежании плода в 2–2,5 раза чаще, чем при головном, обнаруживают ВПР плода, происходят преждевременные роды.
- высокая перинатальная смертность, превышающая смертность детей при родах в головном предлежании в 4–5 раз.
- В первом периоде родов в 2–2,5 раза чаще, чем при головном предлежании, возникает преждевременное излитие ОВ, слабость родовой деятельности, выпадение пуповины, гипоксия плода.
- возможны осложнения с со стороны плода (интранатальная гипоксия, черепно-мозговая травма с кровоизлиянием в мозг), и матери (затяжные роды, травмы родовых путей, послеродовые септические заболевания).
- Период изгнания плода при тазовых предлежаниях может начаться при неполном открытии маточного зева, что объясняется меньшими размерами тазового конца плода по сравнению с головкой. Могут возникнуть разрывы или спастическое сокращение шейки матки, задерживающее рождение головки. Возможно запрокидывание ручек.
- При прохождении головки по родовому каналу наиболее ответственный момент — прижатие пуповины к стенкам малого таза. При задержке рождения головки высок риск асфиксии и смерти плода.
- ПС при тазовом предлежании существенно возрастает при родах крупным или маловесным плодом.
- При возникновении слабости родовой деятельности использование окситоцина опасно для плода.

Биомеханизм родов

- 1 момент: вставление ягодиц во вход в малый таз. Межвертлужная линия в одном из косых размеров входа, крестец кпереди или кзади.
- 2 момент: опускание ягодиц.
- 3 момент: крестцовая ротация
- 4 момент: внутренний поворот ягодиц. Межвертлужная линия из косого размера переходит в прямой размер плоскости выхода малого таза.
- 5 момент: рождение ягодиц и туловища плода до нижнего угла передней лопатки
- 6 момент: наружный поворот ягодиц и внутренний поворот головки. Межвертлужная впадина устанавливается в том же размере, что и плечики.
- 7 момент: рождение головки. Средний косой размер 10 см

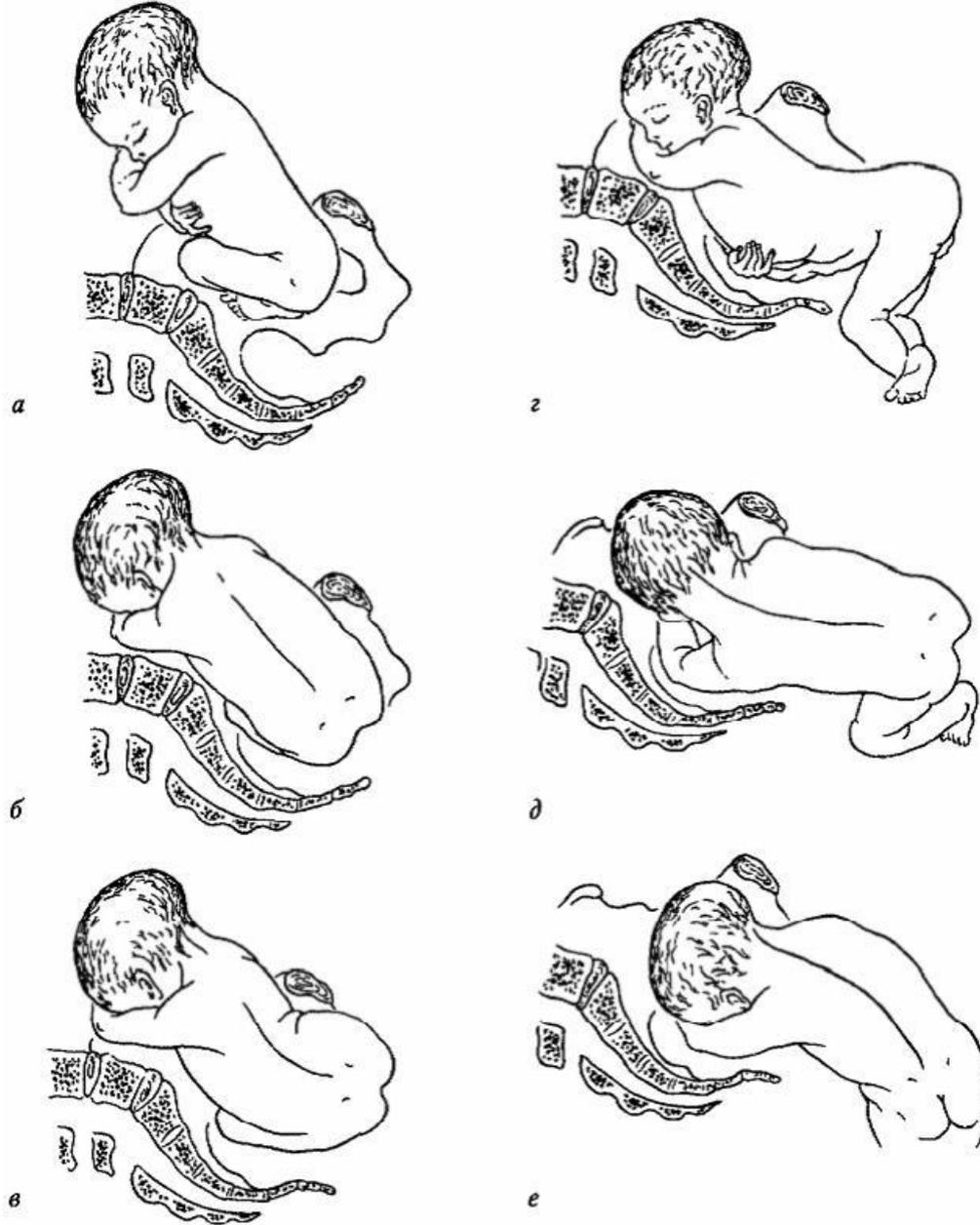


Рис. 74. Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода:

а — вставление, опускание и крестцовая ротация ягодиц; *б* — внутренний поворот ягодиц; *в* — рождение ягодиц; *г* — рождение туловища до пупочного кольца; *д* — рождение туловища до нижнего угла передней лопатки; *е* — рождение плечевого пояса

Б\М родов в Национальном руководстве

- Первый момент — внутренний поворот ягодиц
- Второй момент — боковое сгибание поясничной части позвоночника плода.
- Третий момент — внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища.
- Четвёртый момент — боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника
- Пятый момент — внутренний поворот головки.
- Шестой момент — сгибание головки и её прорезывание.

Тактика ведения беременности

В женской консультации:

- После подтверждения тазового предлежания на сроке 32–37 нед беременности назначают комплекс гимнастических упражнений для исправления тазового предлежания на головное по методу Грищенко И.И., Шулешиной А.Е. или по Диканю И.Ф.
- Попытка наружного профилактического поворота плода на головку на сроке 37–38 нед под контролем УЗИ и с использованием β -адреномиметиков.
- Госпитализация на сроке 38–39 нед беременности.

В стационаре:

- Производят дообследование беременной:
 - ✧ изучение акушерского анамнеза и экстрагенитальной патологии;
 - ✧ УЗИ — предлежание, биометрия, степень разгибания головки;
 - ✧ рентгенопельвиметрия (компьютерная томографическая пельвиметрия, магнитно-резонансная пельвиметрия) по показаниям;
 - ✧ амниоскопия по показаниям;
 - ✧ оценка состояния плода (нестрессовый тест и др.);
 - ✧ оценка готовности организма женщины к родам.
- Определяют прогноз родов и выбор акушерской тактики. В ходе обследования всех беременных разделяют на 3 группы по степени риска предстоящих родов для плода (Радзинский В.Е., 2006 г.):
 - ✧ К группе I относят беременных высокой степени риска (предполагаемая масса плода более 3600 г, сужение таза, гипоксия плода, экстрагенитальные заболевания, влияющие на состояние плода и родовую деятельность, первородящие старше 30 лет и др.). Этим беременным, как правило, выполняют операцию КС в плановом порядке.
 - ✧ В группу II входят беременные, у которых возможно развитие осложнений в родах. Роды в данной группе должны проходить под обязательным интенсивным наблюдением (мониторный контроль) состояния родовой деятельности и сердцебиения плода. При возникновении осложнений производят операцию КС.
 - ✧ К группе III относят беременных малой степени риска. Роды у них проводят с обычным наблюдением, хотя применение мониторингового контроля также оправданно.

Показания к выполнению планового Кесарева сечения

- возраст старше 30 лет;
- экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг;
- выраженное нарушение жирового обмена;
- беременность после ЭКО;
- перенашивание беременности;
- пороки развития внутренних половых органов;
- сужение размеров таза;
- рубец на матке;
- предполагаемая масса плода менее 2000 г или более 3600 г.

Ведение родов

Тактика ведения самопроизвольных родов:

- I период родов:

- ✧ мониторинг состояния плода, сократительной деятельности матки;

- ✧ ведение партограммы;

- ✧ своевременное обезболивание и введение спазмолитических препаратов;

- ✧ своевременная диагностика осложнений, их коррекция и определение дальнейшей тактики.

- II период родов:

- ✧ мониторинг состояния;

- ✧ внутривенное введение утеротонических средств для профилактики слабости

потуг;

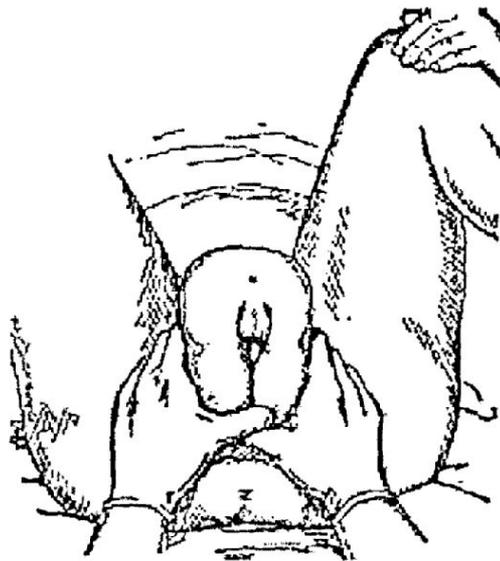
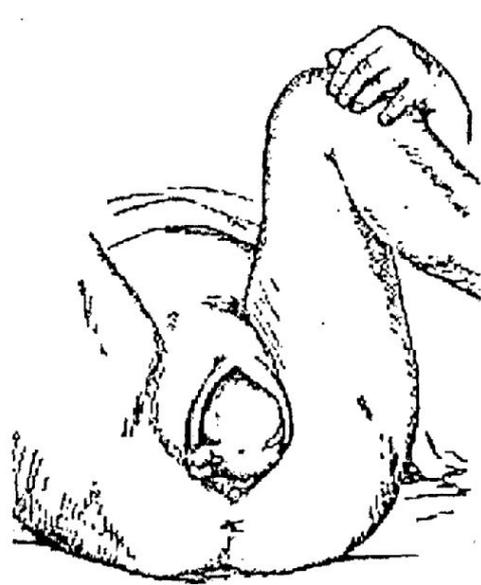
- ✧ внутривенное введение спазмолитиков;

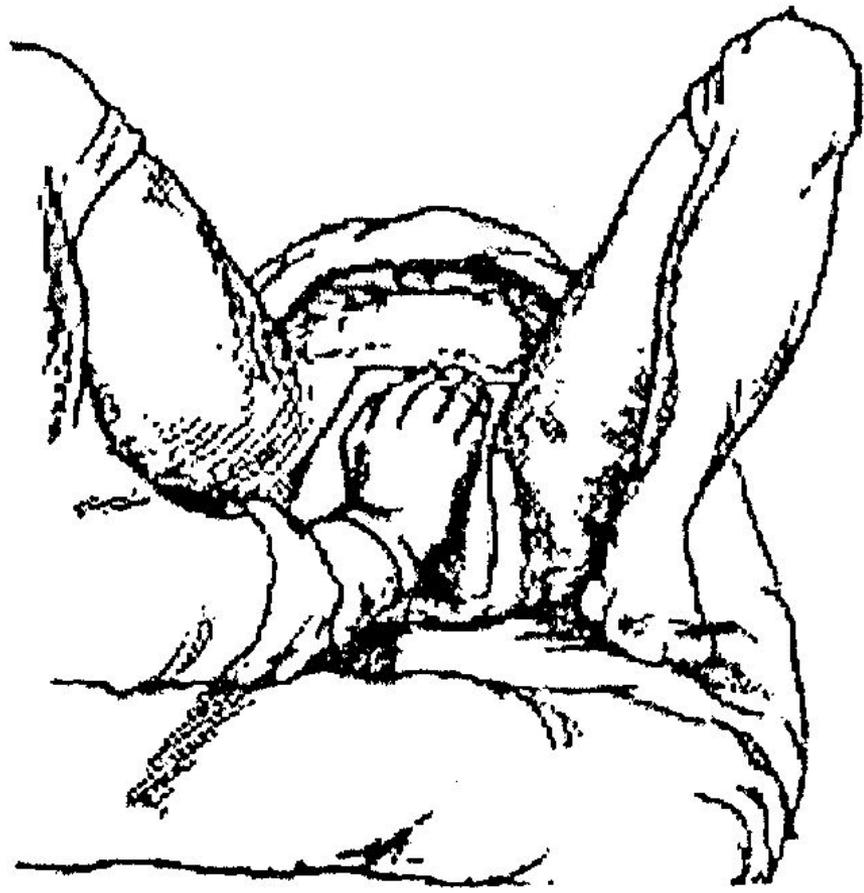
- ✧ рассечение промежности;

- ✧ ручное пособие в зависимости от типа тазового предлежания.

Ручное пособие по Цовьянову

- В основе пособия по Цовьянову лежит сохранение нормального членорасположения плода, что предупреждает развитие таких серьезных осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки.
- При чистом ягодичном предлежании: с момента прорезывания ягодиц больше пальцы рук акушера охватывают бедра плода и прижимают их к туловищу, не давая разогнуться, остальные пальцы на крестце плода. После рождения туловища до нижнего угла лопатки акушер направляет ягодицы на себя, вниз и в сторону бедра роженицы, обеспечивая рождение передней ручки. Затем туловище плода поднимают резко вверх- рождается задняя ручка, показывается ротик плода.
- При ножном предлежании: ножки плода во влагалище- акушер ладонью, наложенной на стерильную пеленку, препятствует выходу ноже из половой щели при каждой схватке- до полного раскрытия маточного зева. После ягодицы опускаются на тазовое дно- перевод в смешанное предлежание . Противодействие до тех пор, пока ножки не будут выступать из-под руки акушера.

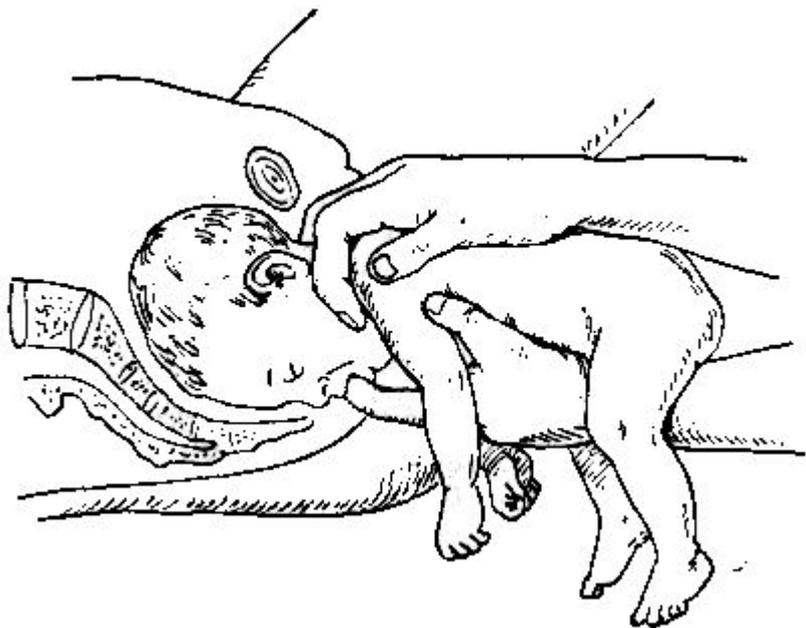




- Если при оказание пособия по Цовьянову поступательное движение плода прекратилось, то приступают к классическому ручному пособию для освобождения ручек и головки. Акушер захватывает ножки плода и отводит их к правой или левой паховой складке, одноименной рукой со стороны крестца выводит заднюю ручку плода. Затем двумя руками охватывает грудку плода и поворачивает на 180 гр. Так, что задняя ручка становится передней. Затем она выводится одноименной рукой акушера.

Метод Мориса-Левре- Ляшапель

- Выведение головки
- Во влагалище вводится кисть руки акушера, плод усаживают верхом на предплечье этой руки акушера. Указательным пальцем, введенным в ротик плода удерживают головку в согнутом положении. Указательным и средним пальцем противоположной руки захватывают плечевой пояс плода. Тракции проводят наружной рукой сначала вниз на себя до образования точки фиксации, затем вверх. Рождается головка.



Спасибо за внимание!