

ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ



Тазовое предлежание

- *предлежание, при котором ко входу в малый таз предлежит тазовый конец.*

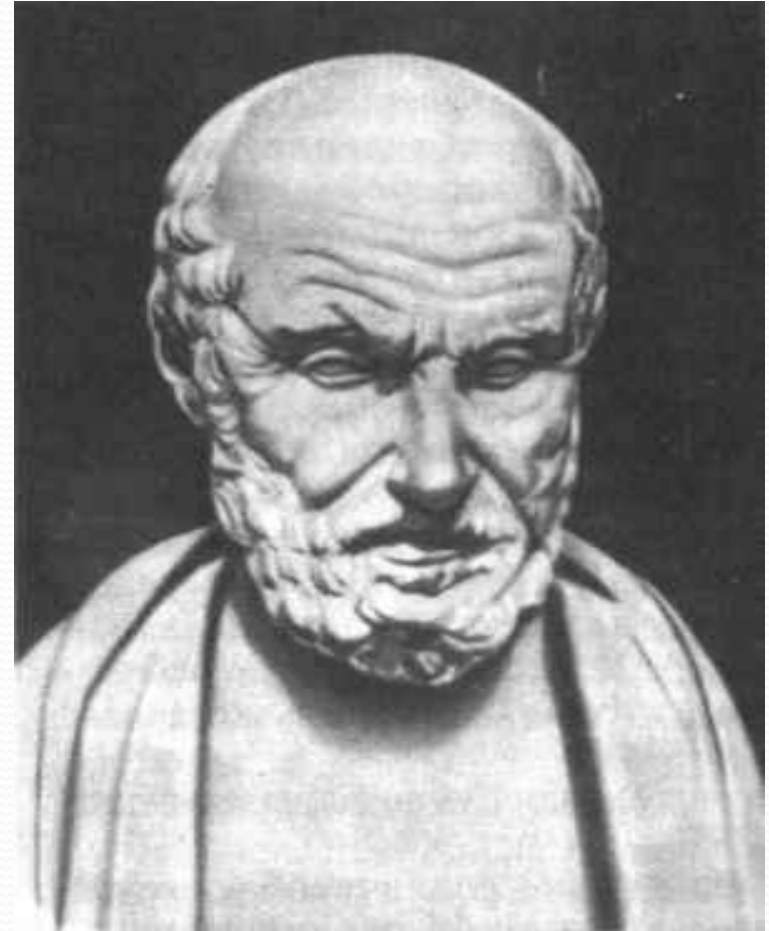




С древнейших времен роды в тазовом предлежании не только считались неблагоприятными для матери и плода «partus agrippinus», но и давали обильную пищу для суеверия. Считалось, что дети, рожденные в тазовом предлежании, обречены на несчастье, как и их близкие. В качестве примера приводили имена Агриппы (царь Иудеи (Израиль), прославившийся своей жестокостью, имя нарицательное), Нерона (взбаламошный Римский император, в порыве гнева поджог Рим, сжигал на кострах христиан, вскармливал их львам, человек крайне жестокий, его закололи), Ричарда III (король Англии, Львиное сердце – храбрый воин, мужественный человек, умный, судьба его настигла в крестовом походе, взят в плен, за это время готовился к коронации его брат, который разорил страну).

История вопроса

- Более полные сведения о родах в тазовом предлежании имелись у **Гиппократ** (460-377 г.г. до н.э.). Он предложил делать поворот на головку при тазовом предлежании, при неудавшейся попытке – эмбриотомию.
- **Корнелий Цельс** установил, что роды при тазовом предлежании могут иметь благоприятный исход.
- **Павел Эгинский** (VII век н.э.) расценивал роды ножным предлежанием как нормальные, описал технику извлечения плода за ножки.



- Новый виток развития медицины, и акушерства в том числе, начался с именем таджикского врача **Авиценны**. Он высказывался за возможность предоставления родов в тазовом предлежании силам природы. Его капитальный труд «Канон медицины» служит до сих пор настольной книгой для врачей всего мира.
- В 1668 французский акушер **Ф.Морисо** описал метод для выведения последующей головки (введение в ротик двух пальцев). Он был на какое-то время забыт.
- Вновь описал его французский акушер в 1747 г. **Левре**. Он же предложил накладывать обычные (головные) акушерские щипцы на тазовый конец.
- Французская акушерка **Ляшапелль** предложила вводить один палец в ротик ребенка, а не два. Метод носит названия трех авторов **Морисо-Левре-Ляшапелль**.



- В 1744 **Смелли В.** предложил при трудном выведении ягодич использовать тупой крючок, получивший в последствии его имя, в настоящее время его используют только на мертвом плоде.
- Биомеханизм описан в 1717 **В.Девентером**, 1721 Морисо, 1871 Негелем, **1896 Шредером.**
- Основоположник отечественного акушерства по праву считается **Н.М.Максимович (Амбодик)**. Он первый описал классификацию тазовых предлежаний.

- Длительное время их относили к *физиологическим родам*, ведущие отечественные акушеры в 50-70-е годы, ввиду большого количества осложнений в родах при тазовых предлежаниях – относили их к *пограничному состоянию*. После дискуссии ведущих специалистов нашей страны на страницах журнала «Акушерство и гинекология»- роды в тазовом предлежании стали считать *патологическими родами*.

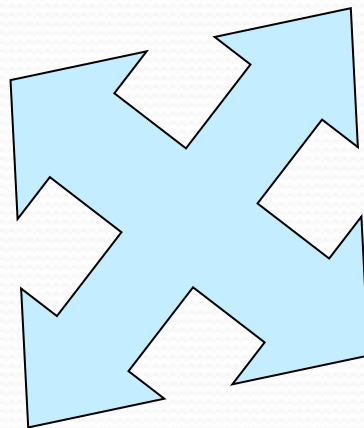
Почему же сейчас тазовое предлежание относится к патологии?

- При ТП значительно выше, чем при головном материнская смертность (хотя, прежде всего, связана с причинами приводящими к ТП).
- **Высокая перинатальная смертность от 0,5 до 14%.**
- **Высокая перинатальная заболеваемость.**

- **Доказана связь с ТП таких отдаленных осложнений у детей, как церебральные парезы, эпилепсии, врожденные вывихи тазобедренных суставов, нарушение фертильности у мальчиков.**
- **Материнский травматизм при ТП, существенно выше чем при родах в головном предлежании.**

У детей, родившихся в тазовых предлежаниях:

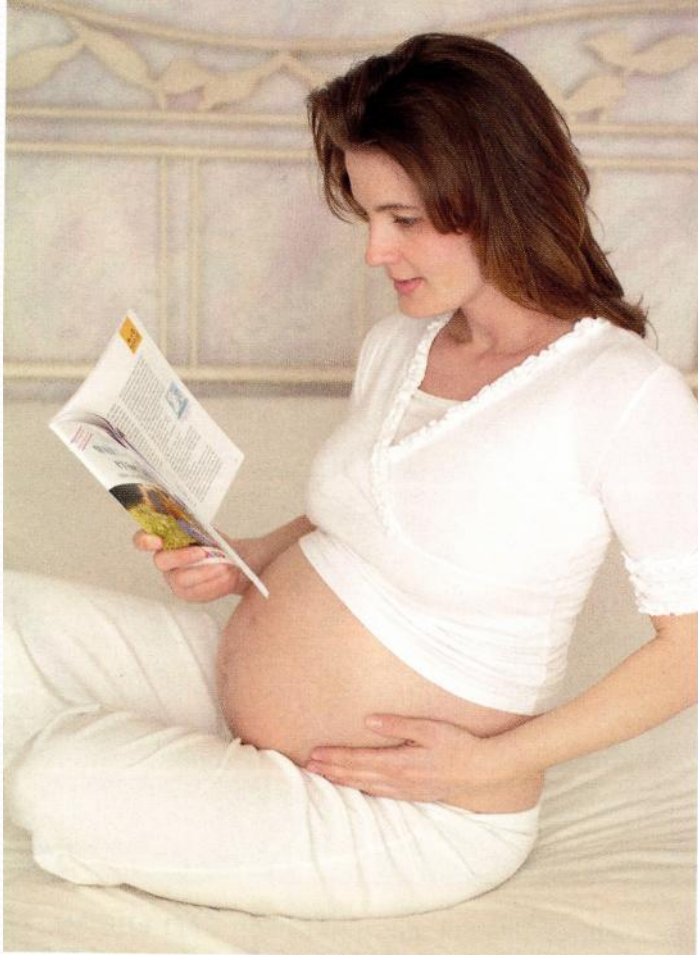
- в 5-10 раз выше процент травм головного и шейного отдела спинного мозга



- значительно выше количество таких травм, как переломы и вывихи конечностей и ключиц

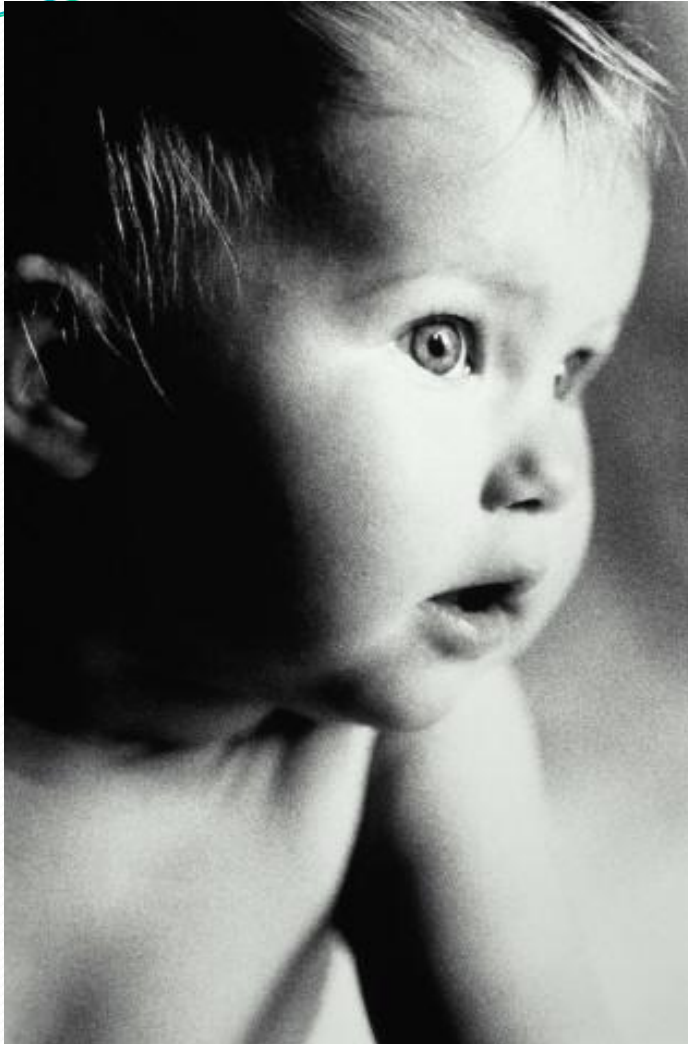
- 20-25% детей страдают дисплазиями тазобедренных суставов

- повреждения плечевого сплетения, травмы яичек и мошонки у мальчиков



Материнские факторы.

- **аномалии развития матки**
- **опухоли матки**
- **узкий таз**
- **деформации и опухоли костей таза**
- **гипер- или гипотония мускулатуры матки**
- **рубец на матке после кесарева сечения**
- **многорожавшие женщины**



Плодовые факторы

- врожденные аномалии развития плода (анэнцефалия, гидроцефалия и т. д.)
- неправильное членорасположение плода
- недоношенность
- ЗВРП
- снижение мышечного тонуса плода (чаще всего – хроническая гипоксия плода, реже – миодистрофии)

Плацентарные факторы

- **предлежание плаценты и низкая плацентация**
- **многоводие**
- **маловодие**
- **короткая пуповина**

Классификация

- Ягодичные (сгибательные):
- Чисто ягодичное предлежание
- Смешанное ягодичное предлежание

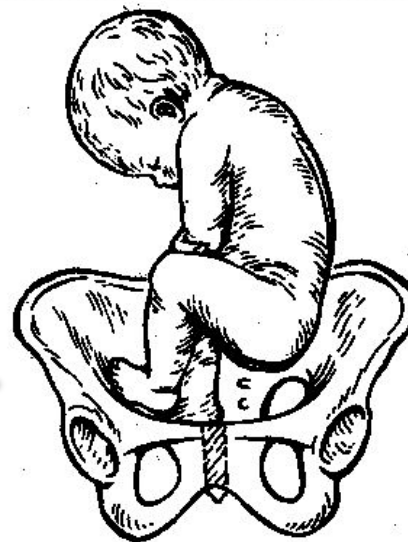


● **Ножное
(разгибательное):**

● **Полное**

● **Неполное**

● **Коленное**



- Нередко один вид тазового предлежания может перейти в другой, например: из чисто ягодичного в смешанное, из смешанного в ножное и т. д.

Частота

- Частота тазовых предлежаний стабильна в течение длительного времени практически во всех странах – 3 – 5%.
- Самый частый вариант - чисто ягодичное предлежание – 63 – 68%.
- Смешанное ягодичное – 20 – 23%.
- Ножное предлежание – 11 – 13%.

Характер предлежания плода окончательно формируется к 34-36 неделям беременности.

Диагностика

- **Анамнез:** выяснение обстоятельств, способствовавших тазовому предлежанию.
- **Осмотр** (форма живота)
- **Наружное акушерское обследование** (приемы Леопольда, высота стояния дна матки, аускультация сердечных тонов плода выше пупка на стороне позиции).
- **Вагинальный осмотр** – пальпируется мягковатая часть плода с ограниченной подвижностью, либо мелкая часть. По расположению крестца плода устанавливается позиция и ее вид.

**Дифференцировать с
лицевым предлежанием.**

УЗИ:

- ❖ Характер тазового предлежания
- ❖ Наличие обвития пуповины
- ❖ Расчет массы плода
- ❖ Пол
- ❖ Степень разгибания
ГОЛОВКИ

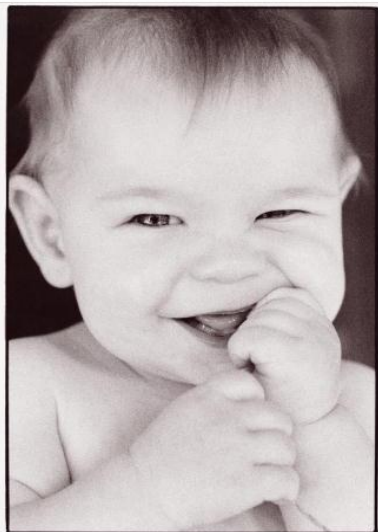


Различают 4 степени разгибания головки (Е.А. Чернуха (1999):

- головка согнута – угол больше 110°
- головка слабо разогнута («поза военного») – угол $100 - 110^\circ$
- головка умеренно разогнута – II степень разгибания – угол $90 - 100^\circ$
- чрезмерное разгибание головки («смотрит на звезды») – угол меньше 90° .

ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ:

- **Диагноз:** Тазовое предлежание ставится с момента его диагностики, однако, окончательно в 34-36 недель.



Корригирующая гимнастика

- При отсутствии противопоказаний (предлежание плаценты, явления угрозы прерывания, отягощенный акушерский анамнез, многоводие и т.п.) беременным с тазовым предлежанием плода назначают корригирующую гимнастику после 29-30 недель и до срока 37-38 недель.

Наружный профилактический поворот на головку (по Архангельскому)

- Эффективность – 60-65%.

Условия:

1. Срок беременности 34-36 недель
2. Отсутствие противопоказаний
3. Стационар
4. Хорошая подвижность плода
5. Для решения вопроса о проведении профилактического поворота необходимо тщательно провести УЗ исследование плода и плаценты и оценить функциональную оценку плода.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- рубец на матке
- многоводие и маловодие
- патология предлежания плаценты
- гипоксия плода
- ОАА (длительное бесплодие, возрастные первородящие, привычное невынашивание, мертворождение)



А так же,

- **угроза прерывания беременности**
- **ожирение III и IV степени**
- **гестоз**
- **тяжелые экстрагенитальные заболевания (пороки сердца, мочекаменная болезнь и т. д.)**
- **хроническая ФПН**
- **ЗРП**

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:

- 1. Дородовое излитие околоплодных вод
- 2. Преждевременные роды
- 3. Антенатальная гибель плода
- 4. Отслойка нормально расположенной плаценты



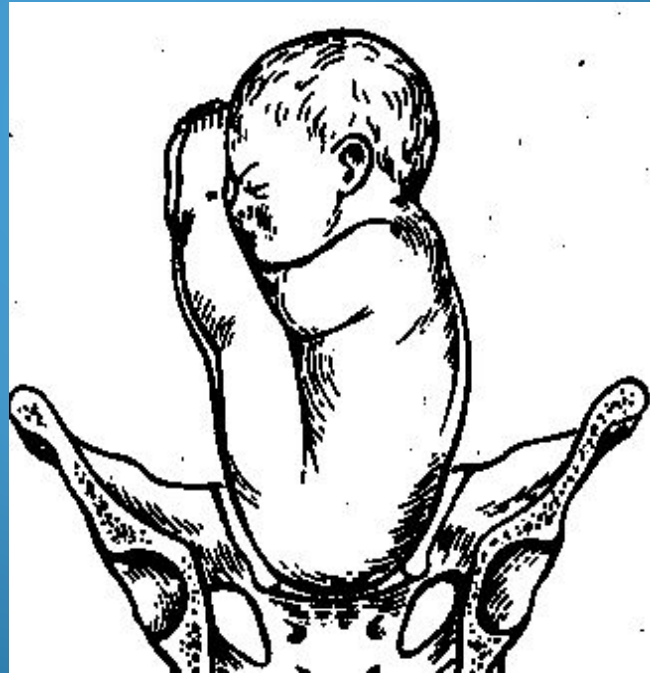
Учитывая большую группу противопоказаний, которые имеют значительный удельный вес в непосредственно самой этиологии тазового предлежания и возможные осложнения, наружный профилактический поворот на головку - может применяться у очень ограниченного круга беременных и не способен оказать существенного снижения частоты тазовых предлежаний в родах.

Дородовая госпитализация

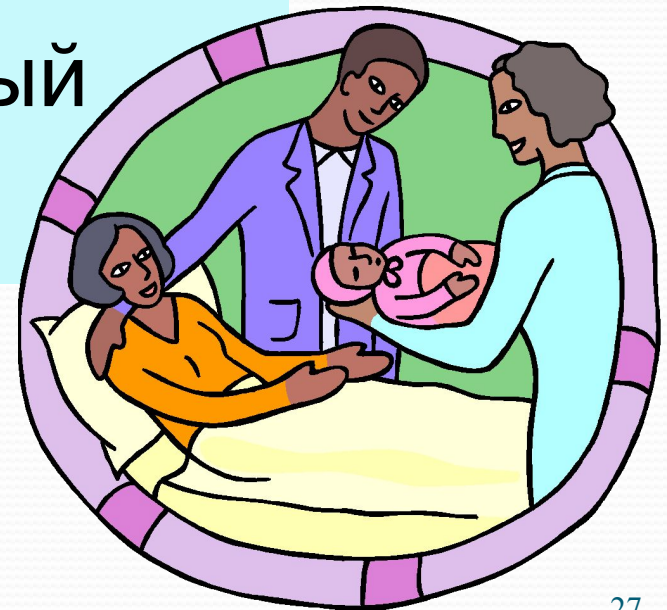
в 37-38 недель

- Анализ акушерского и экстрагенитального анамнеза
- УЗИ (характер тазового предлежания, предполагаемая масса плода, размеры головки, разгибание головки, пол плода)
- Амниоскопия (характер вод, вид предлежания, пол)
- КТГ, доплерометрия
- Оценка степени готовности женского организма к родам: «зрелость шейки матки»

Ведение родов при тазовом предлежании



- Роды в тазовом предлежании должны вестись под кардиомониторным контролем, при этом следует помнить, что в первом периоде родов при ТП отмечается физиологическая тахикардия плода.
- В первом периоде родов показан строго постельный режим.



БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

- До
 - **Уменьшение размеров и опускание тазового конца.** Ягодицы вступают в таз таким образом, что поперечный размер их *linia intertrochanterica* совпадает с одним из косых размеров таза. **Проводная точка на передней ягодице.**
- I
 - **Внутренний поворот ягодиц** происходит в полости таза одновременно с их продвижением. На дне таза межвертельная линия стоит в прямом размере, передняя ягодица подходит к лобку, задняя — к крестцу.
- II
 - **Врезывание и прорезывание ягодиц.** Прорезывается передняя ягодица, **середина между трохантером и гребнем подвздошной** кости фиксируется у нижнего края лона, образуя точку фиксации. Происходит боковое сгибание туловища по проводной оси таза.
- III
 - **Внутренний поворот плечиков**, наружный поворот туловища, плечики устанавливаются в прямом размере плоскости выхода из малого таза. Образуется точка фиксации на **переднем плечике.**
- IV
 - Боковое сгибание шейно-грудного отдела позвоночника.
- V
 - Внутренний поворот головки
- VI
 - Сгибание головки – рождение ее. **Подзатылочная ямка** фиксируется у нижнего края лона. Рождается головка средним косым размером.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ:

- **несвоевременное излитие околоплодных вод**
- **слабость родовой деятельности**
- **выпадение мелких частей и пуповины плода** (если пуповина выпала в начале или в середине первого периода родов – экстренное кесарево сечение, если в конце первого периода – роды могут быть продолжены через естественные родовые пути, пуповина оборачивается влажной стерильной салфеткой).

ОСЛОЖНЕНИЯ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ:

- вколачивание ягодиц (особенно часто при сочетании крупного плода и слабости родовой деятельности)
- образование заднего вида
- запрокидывание ручек
- спазм шейки матки
- затрудненное выведение головки, особенно при ее разгибании

Особенности ведения первого периода родов

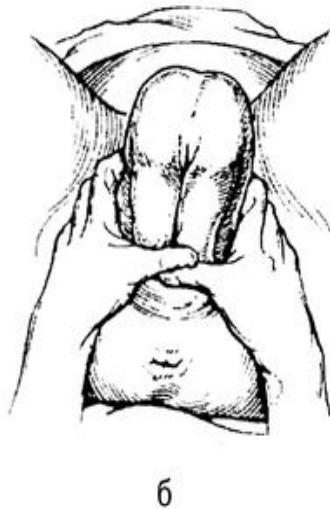
1. Сохранение целостности плодного пузыря, роженицу укладывают на сторону спинки плода.
2. Мочеиспускание на судно.
3. После открытия шейки матки на 4 см следует проводить обезболивание назначать спазмолитики.
4. Проводить профилактику слабости родовой деятельности и гипоксии внутриутробного плода.
5. При слабости родовой деятельности родостимуляция начинается при открытии 5 см и более, до этого момента – кесарево сечение в интересах плода.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ:

**РОДЫ ПРИНИМАЕТ ВРАЧ! НА РОДАХ ПРИСУТСТВУЮТ
АНЕСТЕЗИОЛОГ, НЕОНАТОЛОГ, РОДЫ ВЕДУТСЯ С ИГЛОЙ В ВЕНЕ!**

- С целью профилактики последующего спазма шейки матки, во время врезывания (прорезывания) ягодиц следует вводить в/в 0,1% р-р атропина.
- *Оказание акушерских пособий*

ПРИ ЧИСТО ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

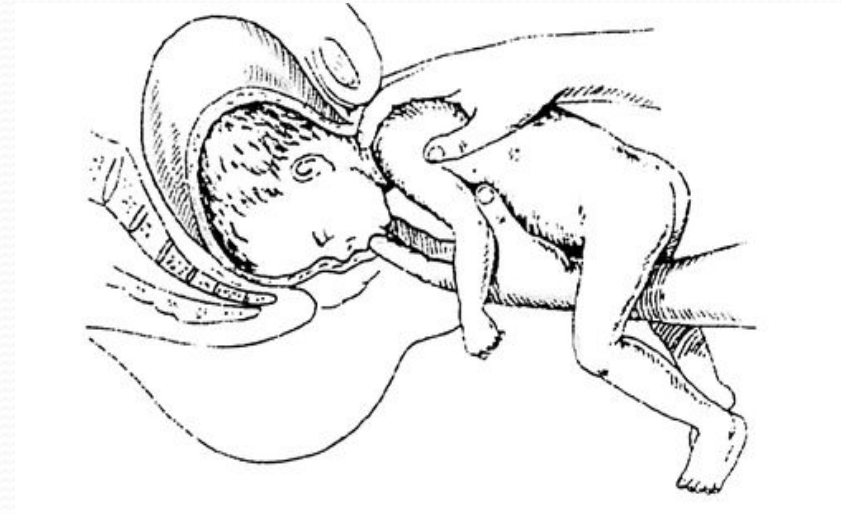


- ▶ **ПОСОБИЕ ПО ЦОВЬЯНОВУ**
- ▶ **ЦЕЛЬ:** сохранить нормальное членорасположение плода, предупредить запрокидывание ручек.
- ▶ **ТЕХНИКА:** с момента прорезывания ягодиц руки укладывают параллельно позвоночника – 4 пальца, большие пальцы на бедрах. По мере рождения ребенка руки продвигают к половой щели.

ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

- Классическое ручное пособие при тазовом предлежании .
- **Цель:** освобождение плечевого пояса и последующей головки, оказывается с момента рождения ребенка до угла лопаток.

- Рождение головки – пособие по Морисо-Левре-Лашапель



Второй период родов

● При родах в тазовом предлежании различают 4 этапа во втором периоде:

- рождение плода до пупка
- **рождение плода до нижних углов лопаток**
- рождение ручек
- рождение головки

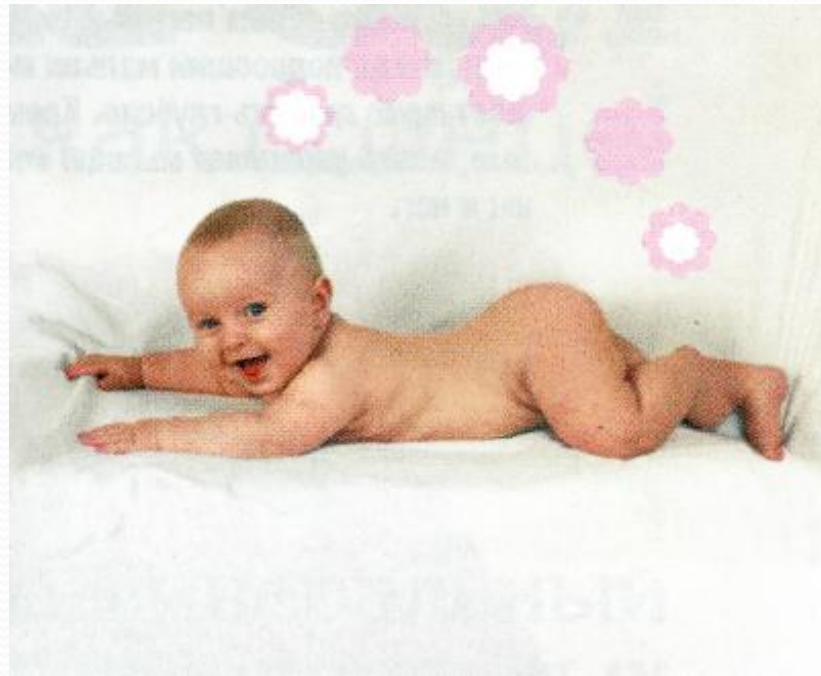
Для плода критический момент для плода – в полость малого таза вступает головка и прижимается пуповина.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ РОДОВ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ

заключается в:

- тщательном отборе беременных с ТП на естественные роды,
- правильном ведении родов, своевременного отказа от родов через естественные родовые пути в случае возникновения тех или иных осложнений;
- правильном ведении 2-го периода родов – оказание акушерских пособий исходя из ситуаций – **пособие по Цовьянову**, классическое ручное пособие, прием **Морисо – Левре – Ляшапель**.

Ведение третьего периода родов не отличается от ведения при головных предлежаниях.



Показания к плановому родоразрешению при ТП:

- ОАА (длительное бесплодие, мертворождаемость и т. д.)
- **Ножное предлежание**
- хроническая ФПН с ЗВРП
- преждевременные роды в 32 – 37 нед.
- разгибательное состояние головки (особенно 3-4 степени)
- возрастная первородящая

- «незрелая шейка» матки при доношенной беременности
- переносенная беременность
- анатомически узкий таз –
- крупный плод (при ТП более 3600)
- тазовое предлежание первого плода при многоплодии.



Благодарю за внимание!

