

Неправильные положения  
плода (поперечное, косое).  
Причины. Диагностика. Ведение  
беременности и родов.



- **Неправильное положение плода** - клиническая ситуация, при которой ось плода образует с продольной осью матки прямой или острый угол, подлежащая часть отсутствует.
- К неправильным положениям плода относятся поперечные и косые положения.
- **Поперечное положение** –клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под прямым углом.
- **Косое положение** - клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под острым углом. При этом нижерасположенная часть плода размещается в одной из подвздошных впадин большого таза. Косое положение является переходным состоянием: во время родов оно превращается либо в продольное, либо в поперечное.
- **Этиологические факторы:**
  - а) Чрезмерная подвижность плода: при многоводии, многоплодной беременности (второго плода), при гипотрофии или недоношенном плоде, при дряблости мышц передней брюшной стенки у повторнородящих.
  - +б) Ограниченная подвижность плода: при маловодий; крупном плоде; многоплодии; при наличии миомы матки, деформирующей полость матки; при повышенном тонусе матки при угрозе прерывания беременности, при наличии короткой пуповины.
  - в) Препятствие вставлению головки: предлежание плаценты, узкий таз, наличие миомы матки в области нижнего сегмента матки.
  - г) Аномалии развития матки: двурогая матки, седловидная матки, перегородка в матке.
  - д) Аномалии развития плода: гидроцефалия, анэнцефалия.

- **1. Осмотр живота.** Форма матки вытянутая в поперечном размере. Окружность живота всегда превышает норму для срока беременности, при котором проводится обследование, а высота стояния дна матки всегда меньше нормы.
- **+2. Пальпация.** В дне матки отсутствует какая-либо крупная часть, в боковых отделах матки обнаруживают крупные части (с одной стороны - круглую плотную, с другой - мягкую), предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода лучше всего прослушивается в области пупка.
- **Позицию плода определяют по головке:** при первой позиции головка пальпируется слева, при второй - справа. Вид плода, как обычно, распознают по спинке: спинка обращена кпереди - передний вид, спинка кзади - задний.
- **3. Влагалищное обследование.** В начале родов при целом плодном пузыре малоинформативно, только подтверждает отсутствие предлежащей части. После излития околоплодных вод при достаточном раскрытии зева (4-5 см) можно определить плечико, лопатку, остистые отростки позвонков, подмышечную впадину. По расположению остистых отростков и лопатки определяют вид плода, по подмышечной впадине - позицию: если впадина обращена вправо, то позиция - первая, при второй позиции подмышечная впадина открыта влево.

- **Течение беременности и родов.**
- Чаще беременность при поперечных положениях протекает без осложнений. Иногда при повышенной подвижности плода наблюдается неустойчивое положение - частая смена положения (продольное - поперечное – продольное).
- Осложнения беременности при поперечном положении плода: преждевременные роды с дородовым излитием околоплодных вод, которое сопровождается выпадением мелких частей плода; гипоксия и инфицирование плода; кровотечение при предлежании плаценты.
- +Осложнения родов: раннее излитие околоплодных вод; инфицирование плода; формирование запущенного поперечного положения плода – потеря подвижности плода при интенсивном раннем излитии околоплодных вод; выпадение мелких частей плода; гипоксия; перерастяжение и разрыв нижнего сегмента матки.

- При выпадении конечностей необходимо уточнить, что выпало во влагалище: ручка или ножка. Ручку, лежащую внутри родового канала, можно отличить от ножки по большей длине пальцев и по отсутствию пяточного бугра. Кисть соединена с предплечьем по прямой линии. Пальцы разведены, особенно отведен большой палец. Важно также определить, какая ручка выпала - правая или левая. Для этого как бы «здороваются» правой кистью с выпавшей ручкой; если это удастся, выпала правая ручка, если не удастся - левая. По выпавшей ручке облегчается распознавание положения, позиции и вида плода. Ручка не мешает совершить внутренний поворот плода на ножку, ее вправление является ошибкой, затрудняющей поворот плода или эмбриотомию. Выпавшая ручка повышает опасность восходящей инфекции во время родов и служит показанием к более быстрому родоразрешению.

- Выпадение пуповины. Если при влагалищном исследовании через плодный пузырь прощупываются петли пуповины, говорят о ее предлежании. Определение петель пуповины во влагалище при разорванном плодном пузыре называют выпадением пуповины. Пуповина обычно выпадает во время отхождения вод. Поэтому для своевременного выявления такого осложнения следует сразу же произвести влагалищное исследование. Выпадение пуповины при поперечном (косом) положении плода может привести к инфицированию и в меньшей степени к гипоксии плода. Однако во всех случаях выпадения пуповины при живом плоде необходима срочная помощь. При поперечном положении, полном открытии зева матки и подвижном плоде такой помощью является поворот плода на ножку и последующее извлечение его. При неполном раскрытии зева производят кесарево сечение.

- **Ведение беременности и родов.**
- Во время беременности предпринимаяют меры к исправлению неправильных положений плода.
- **1. Режим дня.** Рекомендуется лежание на том боку, где находится крупная, нижерасположенная часть плода (головка, тазовый конец)
- Если поперечное положение сохраняется, то женщину госпитализируют в 35-36 нед для поворота в продольное положение наружными способами.
- **+3. Наружный поворот плода в продольное положение.** Возможен при хорошей подвижности плода, податливости брюшной стенки, нормальных размерах таза, удовлетворительном состоянии матери и плода. Наружный поворот делают на головку или тазовый конец в зависимости от того, что находится ближе к входу малого таза. Беременной опорожняют мочевой пузырь, укладывают на твердую кушетку и предлагают согнуть ноги, с целью обезболивания и снятия тонуса матки подкожно вводят 1 мл 2 % раствора промедола. Врач садится с правой стороны, одну руку кладет на головку, другую - на тазовый конец плода. Затем осторожными движениями смещает головку к входу таза, а тазовый конец плода продвигает ко дну матки. Если же делают поворот на тазовый конец, то ягодицы смещают к входу таза, а головку - ко дну матки. После завершения поворота для сохранения продольного положения плода вдоль его спинки и мелких частей (живота, груди) укладывают два валика и прибинтовывают их в этом положении к животу беременной. Если попытки совершить наружный поворот оказались безуспешными, то в дальнейшем родоразрешение проводят через естественные родовые пути осуществлением классического наружно-внутреннего поворота плода на ножку с последующим его извлечением, или кесаревым сечением.



- **4. Комбинированный наружно-внутренний поворот плода на ножку.** Проводится при неправильных положениях плода, выпадении мелких частей плода и петель пуповины как при поперечном (косом) положении плода, так и при его головном предлежании, при осложнениях и заболеваниях, угрожающих состоянию матери и плода, и других неблагоприятных обстоятельствах. Для выполнения этой операции необходимы следующие условия: полное открытие маточного зева, наличие достаточной подвижности плода в полости матки, соответствие размеров плода размерам таза матери, целый плодный пузырь или только что отошедшие воды.
- Для сохранения целого плодного пузыря рекомендуется строгий постельный режим (она должна лежать на боку, где ниже находится головка или тазовый конец плода) с приподнятым тазовым концом.

- **Этапы операции:** введение руки во влагалище и матку, отыскание и захват ножки плода, совершение поворота с последующим извлечением плода. Во влагалище и в полость матки вводят ту руку, которой врач лучше владеет. Однако рекомендуется при первой позиции вводить левую руку, при второй - правую, что облегчает поиск и захватывание ножки плода. Пальцы руки складывают конусом, вводят во влагалище и осторожно продвигают к зеву. Как только концы пальцев дойдут до зева, наружную руку переносят на дно матки. Затем разрывают плодный пузырь и вводят руку в матку. При поперечном положении плода при выборе ножки руководствуются видом плода: при переднем виде захватывают нижележащую ножку, при заднем - вышележащую. Чтобы отыскать ножку, нащупывают бок плода, скользят по нему рукой от подмышечной впадины к тазовому концу и далее по бедру до голени. Голень захватывают всей рукой. Четыре пальца ее обхватывают голень спереди, большой палец располагается вдоль икроножных мышц, причем конец его достигает подколенной ямки. Захватив ножку, наружную руку с тазового конца плода переносят на головку и осторожно отодвигают ее кверху, ко дну матки. Внутренней рукой ножку в это время низводят и через влагалище выводят наружу. Поворот считается законченным (плод переведен в продольное положение), когда ножка выведена из половой щели до подколенной ямки. Сразу после поворота приступают к извлечению плода за ножку.
- В настоящее время рекомендуется **плановое кесарево сечение.**

- **Этапы операции:** введение руки во влагалище и матку, отыскание и захват ножки плода, совершение поворота с последующим извлечением плода. Во влагалище и в полость матки вводят ту руку, которой врач лучше владеет. Однако рекомендуется при первой позиции вводить левую руку, при второй - правую, что облегчает поиск и захватывание ножки плода. Пальцы руки складывают конусом, вводят во влагалище и осторожно продвигают к зеву. Как только концы пальцев дойдут до зева, наружную руку переносят на дно матки. Затем разрывают плодный пузырь и вводят руку в матку. При поперечном положении плода при выборе ножки руководствуются видом плода: при переднем виде захватывают нижележащую ножку, при заднем - вышележащую. Чтобы отыскать ножку, нащупывают бок плода, скользят по нему рукой от подмышечной впадины к тазовому концу и далее по бедру до голени. Голень захватывают всей рукой. Четыре пальца ее обхватывают голень спереди, большой палец располагается вдоль икроножных мышц, причем конец его достигает подколенной ямки. Захватив ножку, наружную руку с тазового конца плода переносят на головку и осторожно отодвигают ее кверху, к дну матки. Внутренней рукой ножку в это время низводят и через влагалище выводят наружу. Поворот считается законченным (плод переведен в продольное положение), когда ножка выведена из половой щели до подколенной ямки. Сразу после поворота приступают к извлечению плода за ножку.
- В настоящее время рекомендуется **плановое кесарево сечение.**

53. Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода: классификация и диагностика тазовых предлежаний плода; течение и ведение беременности и родов.

- **Тазовое предлежание** - это такое предлежание, при котором над входом в малый таз находится тазовый конец плода, а у дна матки – головка плода.
- Тазовые предлежания относятся к патологическому акушерству, а роды в тазовом предлежании – к патологическим.
- **Классификация:**
  - 1. Ягодичные предлежания (сгибательные):
    - а) **чисто ягодичные (неполные)** – ко входу в таз обращены ягодицы: ножки вытянуты вдоль туловища, т.е. согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах и стопы расположены в области подбородка и лица;
    - +б) **смешанные ягодичные (полные)** – ко входу в таз обращены ягодицы вместе с ножками, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, несколько разогнутыми в голеностопных суставах, плод в позе «на корточках».
  - 2. Ножные предлежания (разгибательные):
    - а) **полные** – ко входу в таз предлежат обе ножки плода, слегка разогнутые в тазобедренных и согнутые в коленных суставах;
    - б) **неполные** – предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах, а другая, согнутая в тазобедренном и коленном суставах, располагается выше; встречаются чаще, чем полные;
    - в) **коленные** – ножки разогнуты в тазобедренных суставах и согнуты в коленных, а коленки предлежат ко входу в таз.

- **Факторы, способствующие возникновению тазовых предлежаний:**
- а) Материнские причины: аномалии развития матки; опухоли матки; узкий таз; опухоли таза; снижение или повышение тонуса матки; многорожавшие женщины; рубец на матке.
- б) Плодовые причины: недоношенность; многоплодие; задержка внутриутробного развития; врожденные аномалии плода (анэнцефалия, гидроцефалия); неправильное членорасположение плода; особенности вестибулярного аппарата у плода.
- в) Плацентарные причины: предлежание плаценты; маловодие или многоводие; короткая пуповина.

- **Диагностика тазового предлежания.**
- 1. Диагноз тазового предлежания ставят в 32-34 нед. беременности, т. к. после 34 нед. положение плода как правило фиксируется.
- 2. При наружном акушерском исследовании следует использовать четыре приема по Леопольду:
- а) 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;
- б) при третьем приеме над входом или во входе в таз прощупывается крупная, неправильной формы предлежащая часть мягковатой консистенции, неспособная к баллотированию;
- в) при четвертом приеме предлежащая часть обычно до конца беременности находится над входом в малый таз.
- +3. Сердцебиение плода при тазовых предлежаниях выслушивается выше пупка, иногда на уровне пупка, справа или слева (в зависимости от позиции). Позиция и виды позиции определяются по спинке (как при головном предлежании)

- 4. Диагноз уточняется при влагалищном исследовании:
- а) через передний свод влагалища при беременности прощупывается объемная мягковатой консистенции предлежащая часть (в отличие от округлой плотной головки плода)
- б) в родах можно пропальпировать копчик, седалищные бугры, ножки плода при смешанном ягодичном и ножном предлежаниях.
- Дифференциально-диагностические отличия стопы и руки: 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.
- +5. В диагностике тазовых предлежании 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.





- **Течение беременности и родов при тазовых предлежаниях.**
- **Осложнения тазового предлежания:**
- а) В первой половине беременности: угроза прерывания беременности; ранний гестоз
- б) Во второй половине беременности: угроза прерывания беременности; преждевременные роды; гестоз различной степени тяжести; обвитие пуповины; маловодие; гипотрофия плода; предлежание плаценты; преждевременная отслойка плаценты
- +в) В родах: преждевременное и раннее излитие околоплодных вод; выпадение петель пуповины и мелких частей; слабость родовой деятельности; нарушение маточно-плацентарного кровообращения и развитие гипоксии у плода; увеличение частоты инфицирования оболочек, плаценты, матки и плода; вколачивание ягодиц в таз; поворот плода спинкой кзади; запрокидывание ручек и разгибание головки ; сдавление пуповины; гипоксия плода; травматизация плода; травмы у матери: разрывы шейки матки, влагалища и промежности; гипотоническое кровотечение в последовом периоде.
- 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.

- **Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях:**
- 1. Вставление ягодиц
- 2. Внутренний поворот ягодиц .
- 3. Боковое сгибание поясничной части позвоночника плода. Образуется точка фиксации между нижним краем лона и крылом подвздошной кости передней ягодицы. Происходит боковое сгибание позвоночника в пояснично-крестцовом отделе, рождение задней ягодицы, а затем передней в прямом размере. В это время плечики вступают своим поперечным размером в тот же косой размер входа в таз, через который прошли ягодицы.
- +4. Внутренний поворот плечиков (из косо́го размера в прямой) и связанный с ним наружный поворот туловища. Плод рождается до пупка, затем до нижнего угла лопаток. Переднее плечико устанавливается под лоном, образуется точка фиксации между плечиком (на границе верхней и средней трети) и лонным сочленением матери.
- 5. Боковое сгибание в шейно-грудном отделе позвоночника – с этим моментом связано рождение плечевого пояса и ручек.
- 6. Внутренний поворот головки затылком кпереди (стреловидный шов переходит в прямой размер выхода из малого таза, подзатылочная ямка фиксируется под лоном).
- 7. Сгибание головки вокруг точки фиксации. Последовательно рождаются подбородок, рот, нос, темя и затылок.

- **Ведение беременности и родов при тазовых предлежаниях.**
- +Тазовое предлежание, диагностируемое до 28 недель беременности, требует только выжидательного наблюдения. У 70% повторнородящих и 30% первородящих беременных поворот на головку происходит спонтанно до родов и в небольшом проценте во время родов.

- Мероприятия, направленные на изменение тазового предлежания на головное:
- 1) **Комплекс гимнастических упражнений** в сроки 29-34 недели беременности. Самый простой комплекс упражнений: 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. Положительный эффект наблюдается в 76,3% случаев.
- **+Противопоказания:** 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.

- **2) Наружного профилактического поворота плода на головку по Архангельскому.** Операция наружного поворота требует соблюдения ряда условий: выполняется в стационаре в сроки 32-34 недели беременности (однако в последнее время предлагается проводить поворот после 36-37 нед.) при достаточном количестве околоплодных вод под контролем УЗИ; необходим мониторный контроль за сердечной деятельностью плода до поворота и в течение часа после его выполнения; обязательным является назначение  $\beta$ -миметиков для снижения тонуса матки.
- **+Противопоказания:** 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 родоразрешению через естественные родовые пути.
- В случае отсутствия эффекта от корригирующей гимнастики и наружного поворота необходима госпитализация беременной в стационар в сроке 38 недель 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 данной беременности.

- **Показания к кесареву сечению при тазовых предлежаниях:** переносенная беременность, отсутствие биологической готовности к родам при доношенной беременности, анатомически узкий таз, аномалии развития половых органов, масса плода более 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.

- **1. Ручное пособие при чисто ягодичном предлежании по методу Цовьянова.** К нему приступают в момент прорезывания ягодиц, рождающиеся ягодицы поддерживают без каких-либо попыток извлечения плода. Основная цель – способствовать нормальному членорасположению плода, не дать ножкам преждевременно родиться, для чего большими пальцами их удерживают прижатыми к туловищу плода. Остальные 4 пальца 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 переднего плечика. Для рождения задней ручки плод снова приподнимают кпереди. Вступившая в малый таз в косом разрезе головка плода задерживает свой внутренний поворот, опускается на тазовое дно при хорошей родовой деятельности и рождается самостоятельно.