

Тазовое предложение

Термины и определения

- **Тазовое предлежание** (*praesentatio pelvica*) - предлежание, при котором ягодицы и/или ножки/ножка плода являются предлежащей частью.
- **Самопроизвольные роды в тазовом предлежании неосложненные** - это роды одним плодом в тазовом предлежании, которые начались спонтанно, прошли без осложнений, при которых ребенок родился в тазовом предлежании. После родов роженица и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Классификация тазовых предлежаний

ПЛОДА

1. Ягодичные предлежания:

- **Чистое ягодичное предлежание** (встречается в 63,2-68% случаев) - ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных; предлежат только ягодицы плода.
- **Смешанное ягодичное предлежание** (встречается в 20,6-23,4% случаев) - ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; предлежат стопы и ягодицы, плод «сидит по-турецки».

2. Ножное предлежание (встречается в 11,4-13,4% случаев):

- **Неполное ножное предлежание** - предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп) плода. При этом одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставе.
- **Полное ножное предлежание** - предлежат обе ножки (стопы) плода, при этом обе ножки разогнуты в тазобедренных суставах.
- **Коленное предлежание** - предлежат колени (одно или оба) плода (редкая разновидность ножного предлежания).

В родах возможен переход одного вида тазового предлежания в другой.

- **Позиция плода при ТП** определяется традиционно - по отношению спинки плода к левому (I) или правому (II) рёбрам матки, а вид - по отношению спинки к передней/задней стенке матки (соответственно передний или задний).

- **Эпидемиология**

- Частота тазового предлежания плода при доношенной беременности составляет 3-5% [1].
- Чем меньше срок, тем выше частота тазового предлежания. Так, при сроке беременности менее 28 недель и массе плода менее 1000 г, частота тазового предлежания достигает 35%, в то время как в сроке 34-36 недель при массе плода 2000-2499 г, она не превышает 8%, снижаясь к сроку родов до 3-5% [2, 3]. Поэтому клинически важна диагностика в сроке 36 недель.

Актуальность проблемы

- Роды в тазовом предлежании не относятся к патологическим. Однако, ассоциируются с увеличением перинатальной заболеваемости и смертности в виду более высокой частоты преждевременных родов, врожденных аномалий, асфиксии и травмы.
- Вопрос о способе родоразрешения при тазовом предлежании остается, по-прежнему окончательно нерешенным. Большинство РКИ было показано, что запланированное КС снижает перинатальную заболеваемость и смертность по сравнению с влагалищными родами, что приводит к 2-5-кратному снижению перинатальной смертности и ранней неонатальной заболеваемости. Это привело к тому, что в ряде клиник кесарево сечение в плановом порядке является ведущим. Однако, более поздние РКИ показали, что строгие критерии отбора в группу вагинальных родов позволяют снизить материнскую заболеваемость, связанную с КС, при уровне перинатальной смертности не более 2 на 1000 родившихся. Поэтому в отделениях, где запланированное влагалищное родоразрешение является рутинной практикой и где соблюдаются строгие правила ведения родов, влагалищное родоразрешение при одноплодной беременности в тазовом предлежании является безопасным выбором по сравнению с кесаревым сечением. По данным мета-анализа Verhan Y. (2016) сделан вывод, что роды через естественные родовые пути имеют низкий абсолютный риск, несмотря на высокую частоту кесарева сечения при ТП (70-95%).
- В связи с дискутабельностью вопроса о способе родоразрешения в большинстве развитых стран при диагностике тазового предлежания в сроке 36 недель беременной сначала предлагается наружный поворот (при отсутствии абсолютных противопоказаний) и только после неудачной попытки или отказа от манипуляции решается вопрос о методе родоразрешения.

Наружный поворот плода на головку

- Показано, что наружный поворот плода на головку значительно снижает частоту родов в ТП и частоту кесарева сечения, но не влияет на перинатальную заболеваемость и смертность.
- Наружный поворот может быть осуществлен только в условиях, где имеется возможность ~~выполнить экстренное кесарево сечение. Согласно мета-анализу Grootscholten K. (2008),~~ риск антенатальной смерти при наружном повороте плода на головку составляет 1 на 5000 процедур, риск серьезных осложнений - 6,1%. Потребность в экстренном кесаревом сечении колеблется от 0,35% до 0,5% .
- Протокол рекомендует наружный поворот не ранее 34 недель гестации. Наиболее оптимальным сроком для наружного поворота при тазовом предлежании является срок 36 недель для первородящих и срок после 37 недель - для повторнородящих.
- Большие многоцентровые рандомизированные исследования показали, что наружный поворот плода на головку в более ранних сроках (в 34-35 недель гестации) по сравнению с 37 неделями и более, увеличивает вероятность родов в головном предлежании с 41,1% до 49,1%) и почти не влияет на частоту кесарева сечения (52% и 56%) и преждевременных родов (6,5% по сравнению с 4,4%>), а также не имеет различий в оценке новорожденных по шкале Апгар и не влияет на перинатальную смертность.

Этиология тазового предлежания

1. Сужение таза, аномальная форма таза.
2. Пороки развития матки (двурогая, седловидная, с перегородкой).
3. Чрезмерная или ограниченная подвижность плода (первобеременные, многорожавшие).
4. Многоводие или маловодие.
5. Многоплодная беременность.
6. Новообразования внутренних половых органов (миоматозные узлы, опухоли придатков).
7. Патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты).
8. Пороки развития матки.
9. ВПР плода (анэнцефалия, гидроцефалия).
10. Короткая пуповина.
11. Синдром задержки роста плода.

Методы диагностики

- Наружное акушерское исследование.
- Влагалищное исследование.
- УЗИ.
- МРТ, КТ (не является рутинной процедурой).
- Рентгенопельвиометрия (не является рутинной процедурой)¹.

Признаки тазовых предлежаний при наружном акушерском исследовании

- высокое стояние дна матки, так как тазовый конец плода высоко расположен над входом в таз;
- головка плода (округлое плотное ballotирующее образование) расположена в дне матки, а ягодицы (крупная, неправильной формы, не ballotирующая предлежащая часть) - над входом в таз, что определяют при пальпации живота беременной;
- сердцебиение плода выслушивают на уровне пупка или выше.

Признаки тазовых предлежаний при влагалищном исследовании:

- при ягодичном предлежании, предлежащая часть мягкая, можно прощупать щель между ягодицами, крестец, половые органы плода;
- при чистом ягодичном предлежании, можно найти паховый стиб;
- при смешанном ягодичном предлежании, рядом с ягодицами прощупывают стопу, по локализации крестца уточняют позицию и вид;
- при ножных предлежаниях, определяется ножка или ножки плода.

Ультразвуковое исследование

УЗИ при тазовом предлежании наиболее информативно и должно включать определение следующих параметров:

- вид тазового предлежания плода (полное, неполное);
- подсчет предполагаемой массы плода;
- количество вод (амниотический индекс);
- локализация плаценты;
- описание пуповины (расположение, обвитие вокруг шеи плода);
- аномалии развития плода;
- определение степени разгибания головки плода (согнута, разогнута, нейтральное положение) и запрокидывания ручек; 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°).
- доплерометрия магистральных сосудов плода.

Ведение беременности при тазовом предлежании плода

Клинически важно подтверждение тазового предлежания в 36 недель. Однако около 8% плодов совершают самопроизвольный поворот на головку и после 36 недель.

~~При подтверждении тазового предлежания в 36 недель необходимо:~~

- Провести консультирование в консультативно-диагностическом отделении перинатального центра.
- При отсутствии противопоказаний пациентке должен быть предложен наружный акушерский поворот.
- Следует ознакомить пациентку с рисками, связанными с родами в тазовом предлежании, и медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить этот риск, о методах родоразрешения и их рисках в плане материнской заболеваемости, о потенциальных учреждениях родовспоможения, на базе которых возможно родоразрешение пациенток с тазовым предлежанием плода (не ниже второго уровня).

Женщина должна быть проинформирована:

- Плановое кесарево сечение ведет к небольшому уменьшению перинатальной смертности в сравнении с плановыми родами в тазовом предлежании. Любое решение о проведении кесарева сечения должно быть рассмотрено с позиций возможных побочных последствий операции.
- Уменьшение риска перинатальной смертности обусловлено тремя факторами: исключением риска мертворождения после 39 недель беременности, исключением рисков, обусловленных процессом родов; исключением рисков, обусловленных вагинальными родами в тазовом предлежании.
- Риск перинатальной смертности при вагинальных родах в тазовом предлежании составляет около 2/1000 родов, при кесаревом сечении после 39 недель беременности 0,5/1000 родов. При родах в головном предлежании 1 /1000.
- Вагинальные роды в тазовом предлежании увеличивают риск низкой оценки по шкале Апгар и серьезных осложнений в раннем неонатальном периоде, но нет указаний на увеличение частоты осложнений в отдаленном периоде.

- Плановое кесарево сечение в доношенном сроке при тазовом предлежании сопровождается незначительным увеличением частоты ближайших осложнений для матери по сравнению с плановыми вагинальными родами.
- Осложнения для матери наименьшие при удачно завершившихся вагинальных родах, плановое кесарево сечение увеличивает риск, но наибольший риск имеется при экстренном кесаревом сечении, которое требуется примерно у 40% женщин с плановыми вагинальными родами.
- Кесарево сечение увеличивает риск осложнений при будущих беременностях, включая риски попытки родов через естественные родовые пути, повышенный риск осложнений повторной операции кесарева сечения и риски нарушения прикрепления плаценты.
- Женщине должна быть дана индивидуализированная оценка последующих рисков кесарева сечения, основанная на индивидуальном профиле и репродуктивном прогнозе, и соответствующая консультация.

Неэффективно:

- Постуральная гимнастика для уменьшения частоты тазового предлежания к моменту родов.
- Нет признанных **эффективных** методик для поворота плода на головку.

Наружный поворот плода на головку

- В ряде стран для устранения тазового предлежания плода широко применяется наружный поворот на головку, эффективность которого крайне вариабельна и колеблется от 30 до 80%. В среднем частота успешных попыток достигает 40% у первородящих и 60% - у повторнородящих. При успешном наружном повороте плода на головку спонтанная реверсия может достигать 5%.
- **NB!** Настоящий протокол рекомендует проводить наружный поворот плода на головку *только подготовленными специалистами* ввиду серьезности его осложнений (отслойка плаценты; дистресс-синдром плода; фето-материнская трансфузия (резус-иммунизация) и т.д.
- Женщинам с тазовым предлежанием в сроке 36 недель следует предложить наружный поворот плода на головку при отсутствии противопоказаний. Они должны быть предупреждены о его рисках, преимуществах и последствиях для способа родоразрешения.

- Пациентки, которые имеют тазовое предлежание после неудачной попытки наружного поворота плода на головку или отказались от этой манипуляции, должны быть проконсультированы о рисках и преимуществах плановых вагинальных родов в тазовом предлежании по сравнению с планируемыми кесаревым сечением.
- При сохранении тазового предлежания плода к моменту родов беременной должна быть **повторно** предоставлена информация о возможных способах родоразрешения, о преимуществах и рисках, связанных с каждым из них.
- В результате консультирования должно быть получено *письменное информированное добровольное согласие на выбранный метод родоразрешения.*
- **Родоразрешение осуществляется только в стационарах не ниже второй группы [13].** При отсутствии спонтанного поворота плода на головку необходимо обследование и коллегиальный выбор тактики ведения родов в условиях информированного добровольного согласия пациентки на избранный метод родоразрешения.

Условия для наружного акушерского поворота

- Срок гестации не менее 36 недель.
- Отсутствие противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути.
- Удовлетворительное состояние плода (кардиотокография - нестрессовый тест, доплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины и средней мозговой артерии плода, маточных артериях).
- Адекватное количество амниотической жидкости.
- Возможность экстренного абдоминального оперативного родоразрешения.

Абсолютные противопоказания к проведению наружного акушерского поворота:

- Планируемое оперативное родоразрешение путем кесарева сечения по другим показаниям (предлежание плаценты, анатомическое сужение таза, тяжёлая экстрагенитальная патология и т.д.).
- Кровотечения второй половины беременности или последние 7 дней.
- Противопоказания к приему бета-адреномиметиков (тиреотоксикоз, аритмия, болезни сердца, при которых использование препаратов этой группы противопоказано).
- Патологическая/пограничная КТГ, нарушение кровотока в системе мать-плацента-плода по данным доплерометрического исследования.
- Маловесный к сроку гестации с аномальными показателями доплерометрии.
- Аномалии матки, опухоли матки или ее придатков, препятствующие повороту.
- Многоплодие (кроме поворота второго плода).
- Рубец на матке.

- Грубые пороки развития плода, мертвый плод.
- Разгибание головки плода.
- Обвитие пуповины вокруг шеи плода.
- Тяжелая преэклампсия или высокая артериальная гипертензия.
- Разрыв плодных оболочек.

Относительные противопоказания:

- Синдром задержки роста плода с патологическими параметрами доплерометрии.
- Преэклампсия с протеинурией или значительная артериальная гипертензия.
- Маловодие, многоводие.
- Неустойчивое положение плода.

Возможные осложнения при проведении акушерского поворота

- Преждевременная отслойка плаценты.
- Преждевременные роды.
- Дородовое излитие околоплодных вод.
- Разрыв матки.
- Фето-материнская трансфузия (резус-иммунизация).
- Эмболия околоплодными водами.
- Преходящая брадикардия плода.
- Дистресс плода.

Предикторы успешного наружного акушерского поворота:

- Многорожавшие.
- Абдоминальная пальпация головки.
- Низкий индекс массы тела матери.
- Расположение плаценты на задней стенке.
- Чисто ягодичное предлежание.
- Амниотический индекс более 10 см.

Порядок выполнения

NB! Осуществлять постоянный вербальный контакт с пациенткой.

- Подтвердить тазовое предлежание и местоположение пуповины относительно шеи плода по УЗИ. Наличие пуповины рядом с шеей не является противопоказанием. УЗИ должно быть выполнено не позже, чем за 24 часа до процедуры.
- Получить письменное информированное добровольное согласие пациентки.
- Оценить и записать исходные данные матери: пульс, дыхание и АД.
- Выполнить КТГ в течение 20 минут.
- Антациды: ранитидин 150 мг перорально, однако, нет необходимости рутинного выполнения данной процедуры.

- Использование токолитиков (повышает вероятность успешного поворота): 10 мкг (1 ампула по 2 мл) гексопреналина сульфата развести в 10 мл изотонического раствора и ввести болюсно в течение 5-10 минут, с последующим 10-минутным контролем пульса, АД матери и ЧСС плода (КТГ). При увеличении ЧСС у матери более 140 уд/мин инфузию гексоприналина следует прекратить [4].
- Через 30 минут после токолиза (или когда пульс матери станет менее 100 уд/мин) выполнить наружный поворот плода:
- Оснований использовать рутинно острый токолиз нет, особенно у повторнородящих. [2, 21].
- **Условия:** опорожнить мочевой пузырь, положение женщины на боку, под углом 10-15 градусов (для профилактики синдрома нижней полой вены). Можно успешно выполнить поворот и на спине, главное, чтобы женщине было удобно лежать и не развивался синдром сдавления нижней полой вены.

Техника проведения наружного акушерского поворота

- движения должны быть постоянными и длительными;
- пациентку просят во время процедуры расслабиться и глубоко дышать;
- сочетанными движениями обеих кистей, акушер плавно воздействует на головку, сохраняя её согнутое положение, и тазовый конец плода, пытаясь через поперечное положение плода перевести его в головное предлежание;
- процедура может сопровождаться дискомфортом, но не должна вызывать резких болезненных ощущений. Выраженная болезненность может быть причиной для остановки процедуры;
- периодически (не менее 2 раз за 5 минут) контролировать сердцебиение плода - при появлении брадикардии процедуру следует немедленно остановить;
- если ЧСС плода возвращается к норме, то процедуру продолжают. Если нормальный ритм не восстанавливается - вернуть плод в исходное положение, а пациентку перевести в операционную для немедленного родоразрешения путем КС;
- продолжительность процедуры не должна быть более 5 минут;
- после неудачной попытки поворота: прекратить процедуру и запланировать elective кесарево сечение [4].

Возможные осложнения при проведении наружного акушерского поворота плода:

- Преходящая брадикардия плода.
- Дистресс плода.
- Отслойка плаценты.
- Фето-материнская трансфузия.
- Дородовое излитие околоплодных вод.

Наблюдение после завершения процедуры:

- Выполнить УЗИ: оценить, успешен ли поворот и расположение пуповины.
- КТГ в течение 30-40 минут.
- В течение 30 минут контролировать у матери пульс, АД, болевые ощущения, вагинальные выделения (сразу после окончания процедуры, затем через 15 минут).
- Если женщина резус-отрицательная, не имеет RhD-антител и ей ранее не проводилась профилактика резус-сенсibilизации, следует профилактически ввести антирезусный иммуноглобулин 625 МЕ.

Можно отпустить женщину домой через 1 час после процедуры при условии:

- результаты наблюдения за матерью нормальные;
- нормальный реактивный тип КТГ;
- нет признаков начавшихся родов, аномальных вагинальных выделений или болей в животе.
- ***NB!*** Женщине следует рекомендовать срочно обратиться за медицинской помощью, если возникнут любые из этих нарушений или нарушения двигательной активности плода.

Показания к выполнению планового кесарева сечения:

- экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг;
- выраженное нарушение жирового обмена - ожирение ($\text{ИМТ} > 35 \text{ кг/м}^2$);
- бесплодие (решается индивидуально);
- пороки развития внутренних половых органов матери;
- сужение размеров таза;
- рубец на матке;
- предполагаемая масса плода менее 2500 г или более 3600 г;
- разгибание головки III степени по данным УЗИ и/или запрокидывание ручек плода;
- ножное предлежание плода у первородящих;
- при многоплодии: любой вид тазового предлежания первого плода при двойне;
- отказ женщины от родов через естественные родовые пути.

Алгоритм действий при планировании КС

- Для родоразрешения методом кесарева сечения назначается обследование в объеме, соответствующем плановой операции.
- Рекомендуемый срок родоразрешения оперативным путем *не ранее 39 недель гестации*. Если у пациентки с запланированным оперативным родоразрешением роды начнутся раньше запланированного срока, следует выполнить экстренное кесарево сечение, по возможности, с применением УЗИ, подтверждающим тазовое предлежание плода.
- Перед операцией необходимо проинформировать женщину о необходимости кесарева сечения и возможных рисках для неё и плода.
- При плановой госпитализации для подтверждения тазового предлежания необходимо выполнить УЗИ непосредственно перед родоразрешением. Женщина должна быть проинформирована, что в случае обнаружения головного предлежания и отсутствия других показаний для кесарева сечения (кроме тазового предлежания), операция будет отменена, и ей могут предложить вернуться домой и ожидать спонтанного наступления родов.
- При отсутствии дополнительных показаний со стороны матери и/или плода беременная с тазовым предлежанием поступает на оперативное родоразрешение накануне или в день назначенной даты операции и проходит подготовку в соответствии с протоколом «Кесарево сечение».
- Женщина должна быть заранее проконсультирована врачом-анестезиологом для выбора метода анестезии.
- Операция кесарева сечения проводится по обычной методике. Хирургом должен быть назначен врач, имеющий опыт выполнения подобных операций.

Роды через естественные родовые пути

- **NB!** *Роды через естественные родовые пути должен вести только врач, имеющий опыт ведения родов в тазовом предлежании плода и способный оказать пособия при их осложнениях.*
- Вагинальные роды в тазовом предлежании должны проводиться в учреждении не ниже второй группы с готовностью к экстренному кесареву сечению.
- **Влагалищные роды в тазовом предлежании в учреждении 1 группы возможны только в экстренной ситуации, например:**
- Быстрые роды, когда нет времени для перевода женщины или кесарева сечения.

Условия для родов в тазовом предлежании через естественные родовые пути:

- отсутствие сужения таза и других причин, препятствующих неосложненным родам, как в головном, так и тазовом предлежании;
- отсутствие синдрома задержки роста плода, гипоксии плода;
- предполагаемая масса плода не менее 2500 и не более 3600 г.;
- предлежание ягодичное (полное или неполное);
- отсутствует разгибание головки и/или запрокидывание ручек;
- нет в анамнезе кесарева сечения.

Неблагоприятные факторы для влагалищных родов

Сам по себе диагноз тазовое предлежание не является противопоказанием к вагинальным родам. Однако неблагоприятными факторами при влагалищном родоразрешении являются:

- Наличие общих (не связанных с тазовым предлежанием) противопоказаний для вагинальных родов (например, субкомпенсированное/декомпенсированное состояние плода).
- Отсутствие специалиста, имеющего опыт принятия родов в тазовом предлежании.
- Полное (неполное) предлежание плаценты, предлежание пуповины.
- Ножное предлежание (за исключением, если женщина поступила во 2 периоде родов с адекватной родовой деятельностью).
- Разгибание головки плода и/или запрокидывание ручек, подтвержденное УЗИ.
- Предполагаемый вес плода: $< 2000-2500$ г или $> 3600-3800$ г (в зависимости от роста и размеров таза женщины).
- Особенности строения плода, которые могут вызвать механические трудности.
- Ожирение ($\text{ИМТ} > 35 \text{ кг/м}^2$).
- Отказ беременной от родов через естественные родовые пути.

Основные принципы ведения вагинальных родов

Нормальные роды в тазовом (чисто ягодичном или смешанном) предлежании предполагают:

- 1) постоянное мониторирование состояния плода;
- 2) максимальное сохранение плодного пузыря;
- 3) нормальный характер родовой деятельности и скорость раскрытия шейки матки;
- 4) активное участие роженицы во втором периоде родов;
- 5) оказание акушерского пособия;
- 6) оказания классического ручного пособия;
- 7) ведение третьего периода родов и послеродового периода.

При вагинальных родах не рекомендованы:

1. инвазивный фетальный мониторинг;
2. рутинная эпидуральная анальгезия;
3. индукция родов проводится ***в исключительных случаях по коллегиальному решению специалистов;***
4. активное «растуживание» женщины до того, как предлежащая часть не опустится на тазовое дно.

При поступлении пациентки:

- По возможности необходимо с помощью УЗИ оценить положение и вес плода, расположение ножек, состояние головки (есть ли разгибание) и шеи (есть обвитие пуповиной), исключить запрокидывание ручек.
- Планируемые вагинальные роды в ТП следует проводить в стационаре, где в случае необходимости экстренное кесарево сечение должно быть выполнено в течение ближайших 30 минут.
- У женщин с незапланированными вагинальными родами в ТП тактика их ведения зависит от периода родов, наличия или отсутствия факторов риска развития осложнений, подтвержденных соответствующими клиническими исследованиями и наличия письменного информированного добровольного согласия пациентки на роды «per vias naturales».
- Родильницам в конце первого/начале второго периода родов или в активном втором периоде родов не должно настойчиво предлагаться кесарево сечение.
- Все родильные отделения должны обеспечить квалифицированную помощь при вагинальных родах в ТП и иметь разработанные протоколы ведения таких родов.

Ведение первого периода родов

- С началом самопроизвольных родов желательно провести контрольное УЗИ (см. выше).
- Положение пациентки в родах - постельный режим на боку, а после излития околоплодных вод (при не прижатом тазовом конце) - строгий постельный режим с постоянным мониторингом.
- Удовлетворительный прогресс родов: I период - раскрытие шейки матки в среднем не менее 1 см/час. Ведение партограммы обязательно.
- В родах показан непрерывный кардиомониторный контроль состояния плода. ЧСС плода менее 100 и более 180 уд/мин при родах в тазовом предлежании является показанием к кесареву сечению. При выявлении начальных признаков гипоксии плода также целесообразно рассмотреть вопрос об оперативном абдоминальном родоразрешении.
- Не рекомендуется забор крови из ягодиц плода во время родов.
- Влагалищное исследование проводится строго по показаниям.

Какие ориентиры используют при влагалищном исследовании для распознавания вариантов тазовых предлежаний?

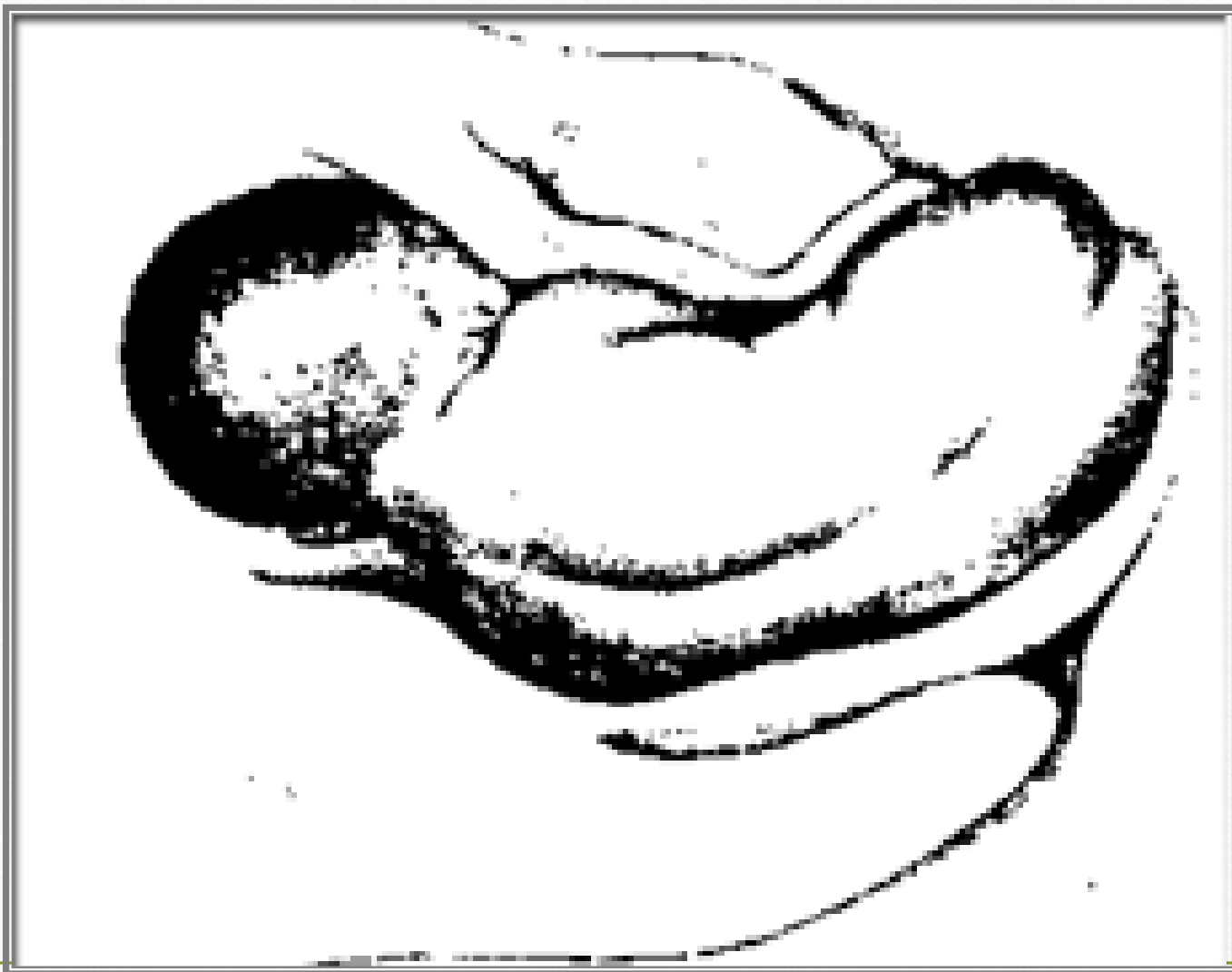
- При влагалищном исследовании роль стреловидного шва играет межвертельная линия (lin. intertrochanterica), а роль малого родничка — крестец и копчик плода.
- Дополнительными ориентирами служат: седалищные бугры, ягодичная складка, заднепроходное отверстие, наружные половые органы и стопы плода (при смешанном ягодичном предлежаний).
- Однако следует помнить, что неосторожное пальцевое исследование области наружных половых органов плода может привести к дефлорации (разрыву девственной плевы) у девочек, а у плода мужского пола раздражение рефлексогенной зоны мошонки — к появлению дыхательных движений и аспирации околоплодных вод.

Биомеханизм родов

при чисто ягодичном предлежании

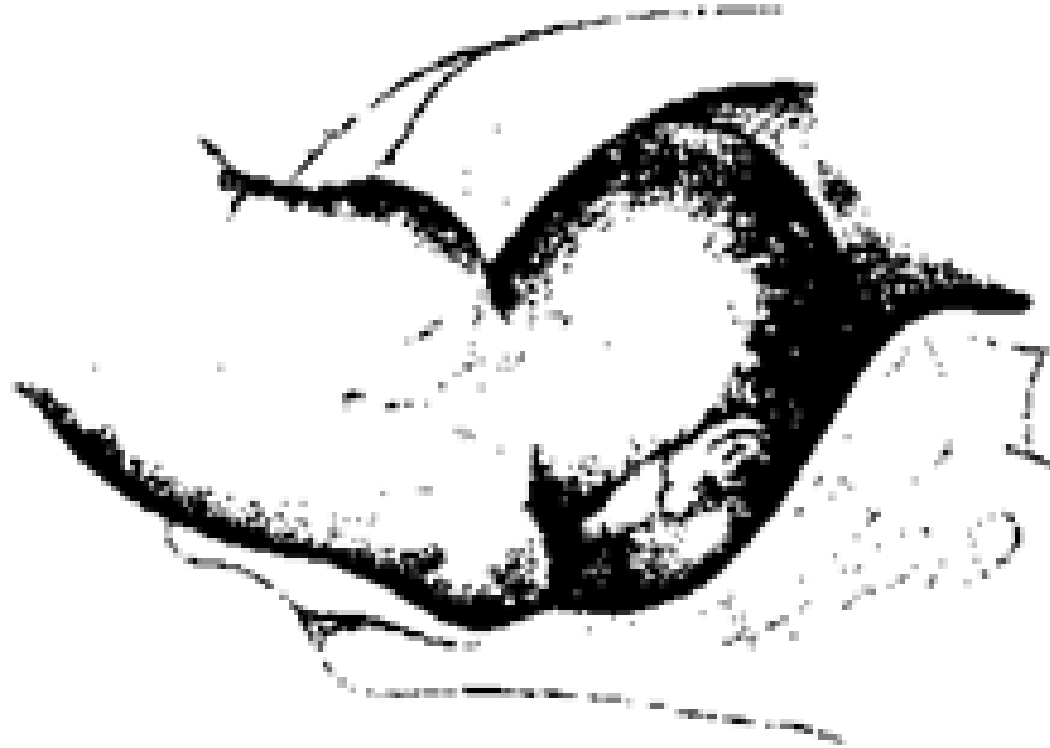
- **Первый момент биомеханизма родов** — внутренний поворот ягодиц. Ягодицы плода вставляются своим межвертельным размером в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз. Под действием родовых изгоняющих сил ягодицы опускаются в широкую часть полости малого таза и совершают внутренний поворот при переходе из широкой части в узкую, устанавливаясь межвертельной линией в прямом размере выхода малого таза.
- **Второй момент биомеханизма родов** называют боковым сгибанием в поясничном отделе позвоночника плода, обусловленное направлением родового канала. Передняя ягодица (на которой располагается проводная точка) врезывается, но не рождается из половых путей, так как образуется точка фиксации между передней подвздошной костью плода и лонным сращением. За счёт бокового сгибания вокруг точки фиксации рождается сначала задняя ягодица, затем передняя, и плод выходит из родовых путей до пупочного кольца

Второй момент биомеханизма родов при ягодичном предлежании
(боковое сгибание поясничного отдела позвоночника)



-
- **Третий момент биомеханизма родов** — внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища плода. Третий момент — внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища — происходит при переходе плечиков из широкой части полости малого таза в узкую часть полости малого таза и завершается установлением плечиков в прямом размере выхода. При этом спинка поворачивается в сторону, переднее плечико плода врезывается, проходит под лонную дугу, а заднее устанавливается впереди копчика над промежностью

Закончен третий момент биомеханизма родов при ягодичном предлежании (внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища)



-
- **Четвертый момент** — боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника. При этом из половых путей рождаются ручки и плечевой пояс. Благодаря поступательному движению плода образуется вторая точка фиксации на переднем плече плода в месте прикрепления дельтовидной мышцы (верхняя треть плечевой кости]. Точкой опоры является нижний край лона. Под действием родовых сил происходит сгибание туловища в шейно-грудном отделе позвоночника и рождение из родового канала плечевого пояса и ручек, сначала заднее плечико, затем переднее. В это время головка вступает своим малым косым размером в косой размер входа в таз, противоположный тому, в котором проходили плечики плода.

-
- **Пятый момент биомеханизма родов** - при переходе из плоскости широкой части полости малого таза в узкую головка совершает внутренний поворот, в итоге которого стреловидный шов оказывается в прямом размере выхода, а подзатылочная ямка (третья точка фиксации) фиксируется под лонным сочленением.
 - **Шестой момент биомеханизма родов** – рождение головки плода за счёт сгибания вокруг точки фиксации, рождаются подбородок, рот, нос, лоб и темя плода. Головка прорезывается своим малым косым размером 9,5 см.

Шестой момент биомеханизма родов при ягодичном предлежании
(рождение головки в разгибании)



Отличия клиники родов при тазовых предлежаниях от клиники родов при головных предлежаниях

- Период изгнания плода при тазовых предлежаниях может начаться при неполном открытии маточного зева. Это объясняется меньшими размерами тазового конца плода (особенно при ножных предлежаниях) по сравнению с головкой. При прохождении плечевого пояса плода и головки через родовой канал при неполном раскрытии могут возникнуть разрывы или спастическое сокращение шейки матки, задерживающее рождение головки и приводящее к асфиксии плода.
- Нередко наблюдается запрокидывание ручек, требующее определенных врачебных манипуляций (выведение запрокинутых ручек).
- При прохождении головки по родовому каналу всегда наблюдается прижатие пуповины к стенкам малого таза. При задержке рождения головки это может привести к асфиксии и смерти плода.

- Акушер должен помнить, что в родах при тазовых предлежаниях плода могут возникнуть осложнения с неблагоприятными последствиями как для плода (интранатальная гипоксия, черепно-мозговая травма с кровоизлиянием в мозг), так и для матери (затяжные роды, травмы родовых путей, послеродовые септические заболевания).
- В настоящее время наиболее целесообразным при ведении родов через естественные родовые пути следует считать метод, предложенный Н. А. Цовьяновым. Однако даже при применении этого метода мертворождаемость остается высокой - достигает 3-6 % и более.
- **Все это дает основание (Радзинский В.Е, и др. 2015) считать роды при тазовых предлежаниях патологическими.**

Осложнения первого периода родов

В первом периоде родов чаще, чем при головном предлежании, наблюдается преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, выпадение пуповины, гипоксия плода.

- Большая частота преждевременного излития околоплодных вод объясняется тем, что тазовый конец в поперечном сечении меньше головки, а поэтому, вставляясь во вход в малый таз, он не заполняет собой полностью нижний сегмент матки. Отсутствие герметического охватывания предлежащей части ведет к переполнению и перенапряжению нижней части плодного пузыря и как следствие — преждевременному разрыву пузыря и излитию вод.
- С ранним разрывом плодного пузыря и отсутствием разделения вод на задние и передние связано и другое осложнение — выпадение пуповины и мелких частей плода. Причем выпадение пуповины при тазовых предлежаниях встречается в пять раз чаще, чем при головных предлежаниях.
- Частое развитие слабости родовой деятельности в ряде случаев объясняется теми же причинами, которые обусловили само тазовое предлежание (пороки развития, перерастяжение матки и т. д.]. Нельзя также исключить влияние на характер родовой деятельности и самого тазового предлежания: тазовый конец плода более мягкий, чем головка плода, и, по-видимому, оказывает меньшее влияние на рецепторный аппарат нижнего сегмента и шейки матки.

Ведение первого периода родов

- В отличие от родов в затылочном предлежании при родах в тазовом предлежании кесарево сечение должно быть выполнено на любом этапе при отсутствии прогресса и отсутствии условий для экстракции плода за тазовый конец, а также начальных признаках гипоксии плода.
- Амниотомия должна проводиться по строгим клиническим показаниям, так как повышает риск выпадения и сдавления пуповины. Необходимости в проведении рутинной амниотомии при родах в тазовом предлежании нет.
- Мониторинг сократительной деятельности матки при излитии околоплодных вод, перед- и после обезболивания обязателен.
- Влагилицный осмотр после отхождения околоплодных вод обязателен.

Ведение первого периода родов

- *Слабость родовой деятельности, осложнения со стороны плода и/или матери - показание к КС*
- Родостимуляция не рекомендуется. Введение окситоцина допускается только при редких схватках (менее 4 за 10 минут) на фоне эпидуральной анальгезии. При излившихся околоплодных водах при ТП использование окситоцина показано для профилактики слабости родовых сил в активную фазу родов.
- В родах не должна рутинно использоваться эпидуральная анестезия. По возможности её следует максимально избегать, поскольку она снижает рефлекторный ответ тазового дна, играющий важную роль в сохранении нормального биомеханизма родов при тазовом предлежании. Предпочтение следует отдать медикаментозному виду анестезии.
- В родах при тазовом предлежании оказание пособия при рождении ягодиц обязательно.
- Присутствие анестезиолога и неонатолога во втором периоде родов обязательно.

II период родов

При тазовых предлежаниях клинически различают четыре этапа изгнания плода: рождение плода до пупка, от пупка до нижнего угла лопаток, рождение плечевого пояса и рождение головки.

- Как только плод рождается до пупка, головка начинает вставляться во вход в малый таз и прижимает пуповину к стенке таза. Если с момента рождения плода до пупка роды не закончатся в течение ближайших 5 мин, то плод родится в асфиксии. Если же это время составит 10 мин и больше, то плод обычно погибает.
- В случае отсутствия мониторингового контроля сердцебиение плода при тазовых предлежаниях в периоде изгнания необходимо выслушивать после каждой потуги.

II период родов

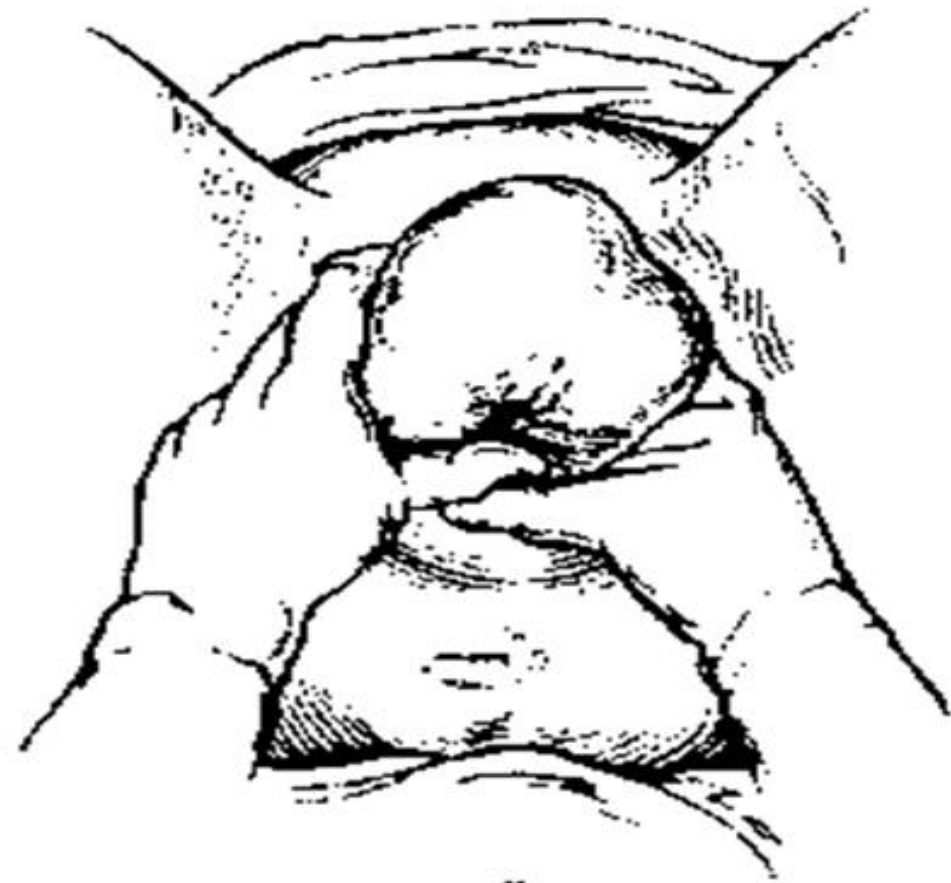
- Во втором периоде родов опускание ягодиц на тазовое дно должно происходить пассивно без активных потуг роженицы. Если отмечена остановка опускания предлежащей части плода в следствии диспропорции размеров плода и таза матери, целесообразно обсудить показания к кесареву сечению.
- Если ягодицы пассивно не опустились на тазовое дно в течение 2 часов второго периода родов, рекомендовано выполнить кесарево сечение .
- Продолжительность латентной стадии II периода родов (без активных потуг) - не > 90 мин. Продолжительность активных потуг - не > 60 мин.
- Мониторинг КТГ продолжается непрерывно.
- Нет необходимости в рутинной эпизиотомии. Эпизиотомия может быть проведена, если это необходимо для оказания помощи в родах.

Пособие при рождении ребенка

- Необходимо присутствие ассистента, имеющего опыт приема родов в тазовом предлежании.
- На родах должен присутствовать врач-неонатолог, владеющий навыками оказания реанимационной помощи в полном объеме.
- Рекомендуемое положение – литотомическое.
- Ягодицы плода должны самостоятельно опуститься до тазового дна без активных потуг.
- При рождении ягодиц, только поддерживайте их, не оказывая никаких дополнительных тракций (не тянуть) - позвольте ягодицам родиться самостоятельно, пока не будет видно нижнюю часть спины и затем нижний угол лопаток.
- В отечественной клинической практике при родах в чистом ягодичном предлежании после прорезывания ягодиц используют ручное акушерское пособие по Н.А. Цовьянову.

Ручное пособие при чистом ягодичном предлежании по методу Цовьянова

При прорезывании ягодиц их захватывают обеими руками так, чтобы большие пальцы располагались на прижатых к животу бедрах плода, а остальные пальцы — на поверхности крестца. Благодаря такому положению рук, сохраняется оптимальное членорасположение плода, что способствует физиологическому течению биомеханизма родов — движению рождающегося туловища вверх, по продолжению оси родового канала.



Ручное пособие при чистом ягодичном предлежании по методу Цовьянова

По мере того как рождается туловище плода, врач, держа руки у вульварного кольца, постепенно пропускает через них рождающееся туловище плода, в то же время осторожно прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы рук перемещает по спинке плода. При этом надо обязательно стремиться к тому, чтобы ножки плода не выпали раньше, чем родится плечевой пояс.

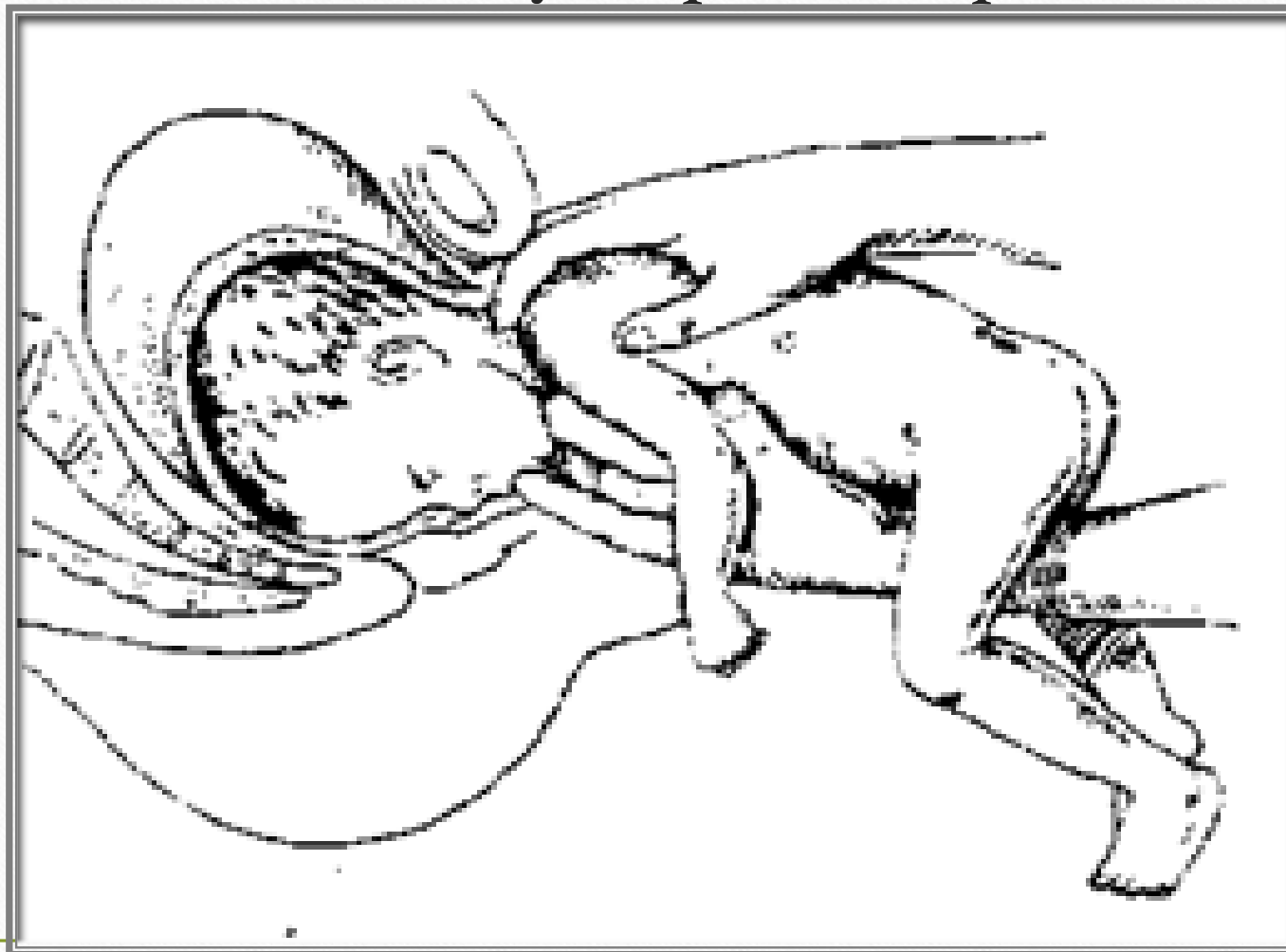


-
- Ближайшая потуга обычно приводит к быстрому рождению плода до пупочного кольца, а затем и до нижних углов лопаток. В это время поперечник плода переходит в один из косых размеров, а к моменту рождения плечевого пояса — в прямой размер выхода. Ягодицы плода необходимо направлять в этот момент несколько на себя, чтобы облегчить рождение передней ручки, для рождения задней ручки плод приподнимают, и при этом рождается задняя ручка. Одновременно с рождением задней ручки выпадают ножки плода и из половой щели прорезывается подбородок плода. Для последующего рождения головки по методу Цовьянова родившееся туловище плода поднимают вверх и постепенно укладывают на живот роженицы

Рождение головки по методу Цовьянова



При затрудненном рождении головка плода может быть выведена по методу Морисо-Левре-ЛеШапель

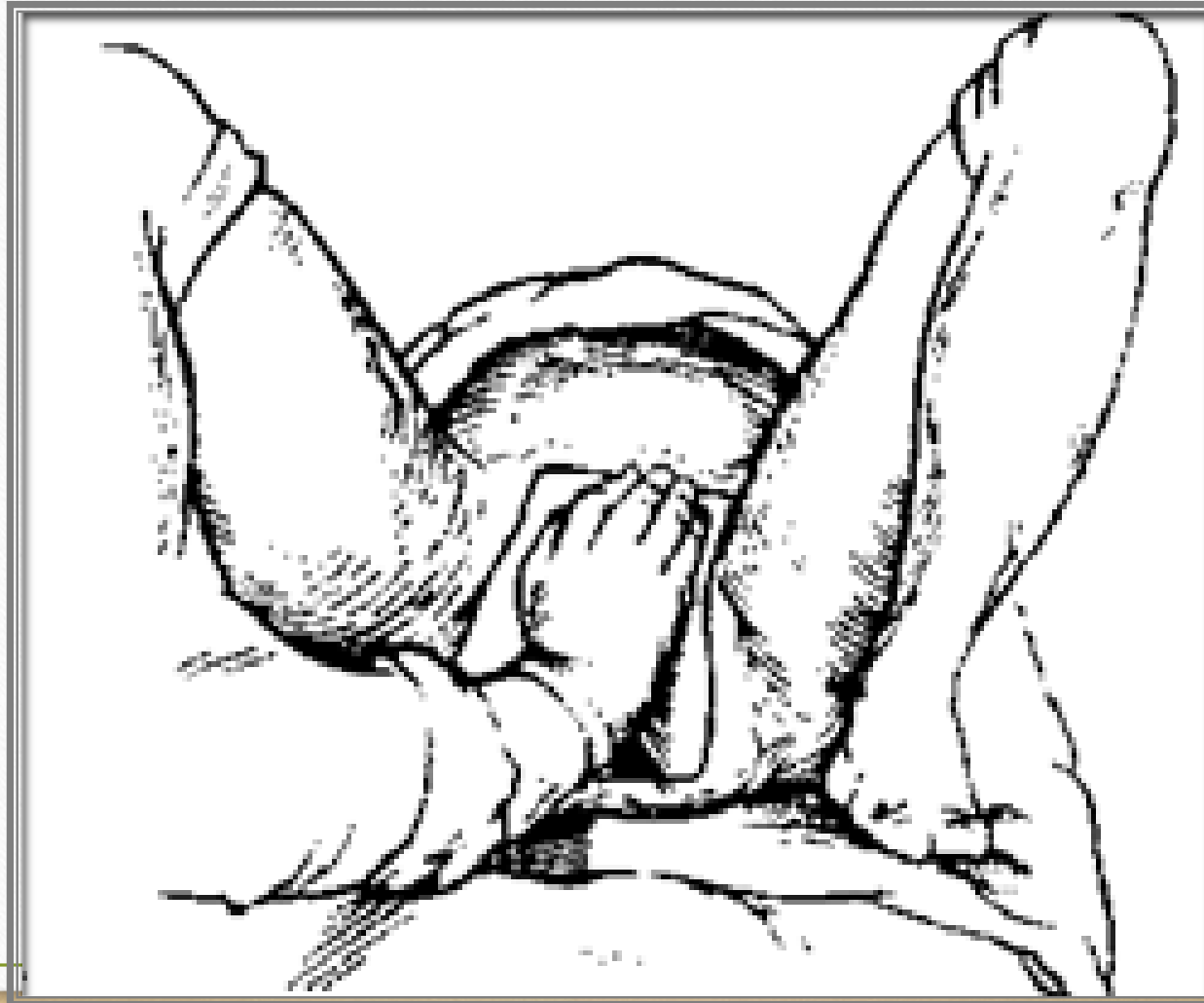


Ручное пособие по методу Цовьянова при ножных предлежаниях

Рождающиеся ножки не могут расширить родовые пути настолько, чтобы по ним беспрепятственно прошли плечевой пояс и головка плода. Поэтому при ножных предлежаниях часто возникают такие осложнения, как запрокидывание ручек, разгибание головки и ее ущемление в маточном зеве.

- Единственным способом предотвращения этих осложнений является достижение полного открытия шейки матки к моменту изгнания плечевого пояса и головки.
- Для этого необходимо задержать рождение ножек до полного открытия шейки матки. С этой целью применяют метод, предложенный Цовьяновым.
- Это пособие выполняют следующим способом. Покрывают стерильной салфеткой наружные половые органы роженицы и ладонной поверхностью правой руки противодействуют преждевременному выпадению ножек из влагалища. В результате плод как бы «садится на корточки» во влагалище и ножное предлежание переходит в смешанное ягодичное предлежание. Происходит сильное раздражение тазового сплетения, в результате чего усиливаются схватки и потуги. Противодействие рождающимся ножкам следует оказывать вплоть до полного открытия маточного зева.

Ручное пособие по методу Цовьянова
при ножных предлежаниях



- О полном открытии свидетельствуют сильное выпячивание промежности, зияние заднепроходного отверстия, частые и сильные потуги и высокое стояние контракционного кольца. Под напором ягодиц половая щель постепенно раскрывается, и ножки плода, несмотря на противодействие руки врача, показываются из-под ладони.
- После полного открытия маточного зева прекращают оказывать пособие по Цовьянову (руку отпускают) и роды ведут как при чисто ягодичном предлежании.
- После рождения туловища до нижних углов лопаток при нарушении физиологического членорасположения плода оказывают классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях (освобождение плечевого пояса и освобождение последующей головки плода)].

Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях

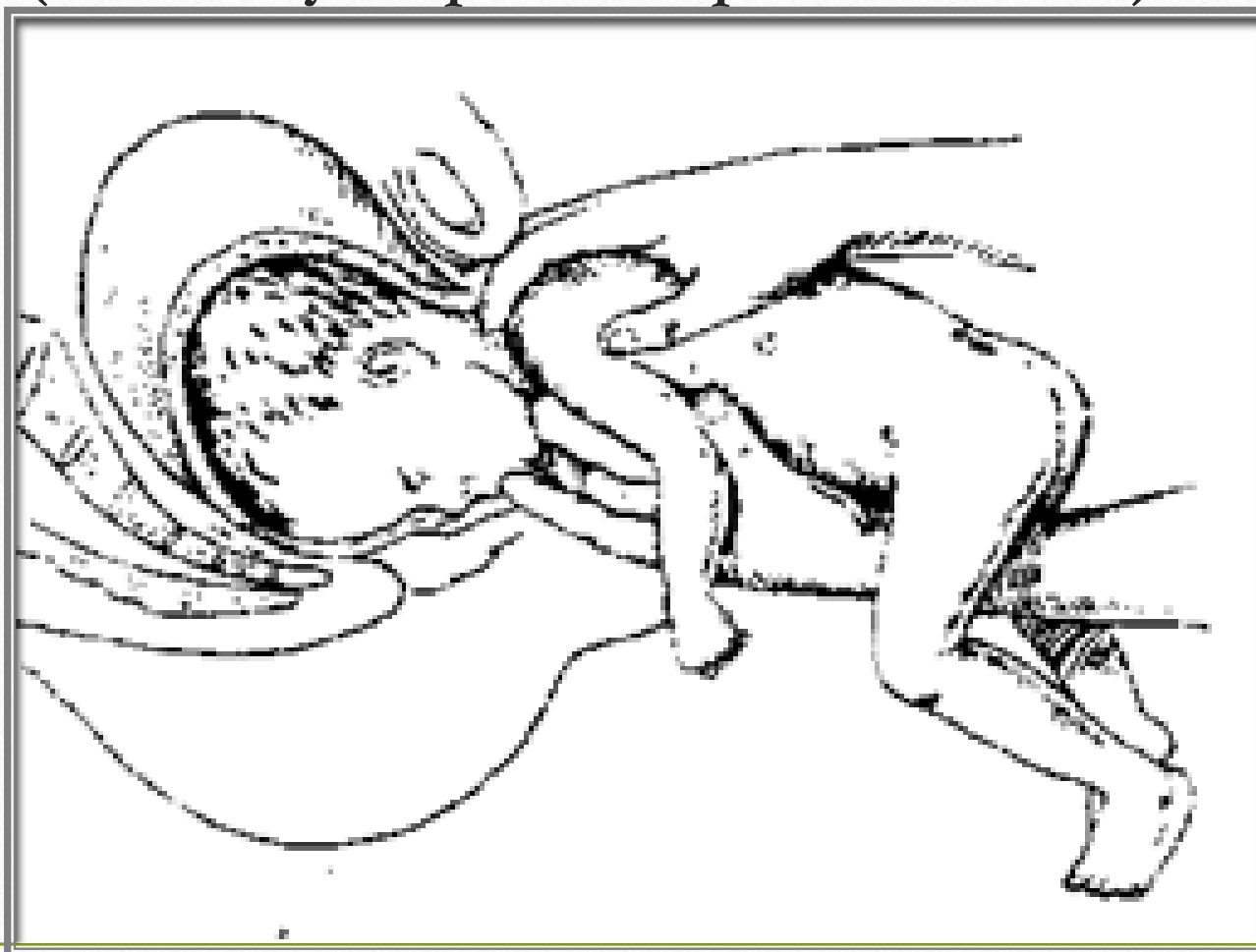
Освобождение плечевого пояса:

- первой освобождается задняя ручка, так как емкость крестцовой впадины больше и больше пространство для маневра, одноименная ручка плода – одноименной рукой акушера;
- **Первый момент** — освобождение заднего (нижнего) плечика и ручки. Для этого плод захватывают рукой за обе голени, а туловище приподнимают вверх и отводят в сторону, пока ножки не займут положение, параллельное соименному паховому сгибу. После этого два или четыре пальца вводят в родовые пути со стороны той половины крестцовой впадины, к которой обращена спинка плода до тех пор, пока они не дойдут до плечика плода, и, обогнув его, до локтевого сустава. Сгибают руку в этом суставе и выводят ее из родовых путей по передней поверхности грудной клетки плода «умывательным» движением.
- Одновременно с выведением задней ручки передняя часто рождается сама. Если этого не произошло, **приступают ко второму моменту** освобождения плечевого пояса — освобождению переднего плечика и ручки. Для этого необходимо предварительно перевести переднюю ручку кзади. С этой целью захватывают обеими руками туловище с родившейся ручкой в области грудной клетки и поворачивают его в косою размер таза, противоположный тому, в котором оно находится. Поворота туловища осуществляется через передний вид.

Освобождение левой (нижней) ручки плода



**Освобождение последующей головки слагается из двух моментов:
стибание головки и её выведение из половой щели
(по методу Морисо-Левре-Ле Шапель).**



Список литературы:

1. Акушерство: учебник для вузов / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. 2009. - 656 с.
2. Практикум по акушерству. Радзинский В.Е. – М. 2015.
3. Национальное руководство. Акушерство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1080 с.