

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Задорожная Людмила Ивановна
Должность: Проректор по учебной работе
Дата подписания: 05.09.2022 16:47:20
Уникальный программный ключ:
faa404d1aeb2a023b5f4a331ee5ddc540496512d

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
Майкопский государственный технологический университет
Медицинский институт
Кафедра акушерства и гинекологии

Шехова А.Н.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Методические рекомендации

УДК 618.2 (07)

ББК 57.1

Ш 54

Составитель:

А.Н. Шехова – кандидат медицинских наук, доцент

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ. Методические рекомендации. – Майкоп: 2019 -22 с.

Методические рекомендации предназначены для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология»

I. Мотивационная характеристика темы: Тазовое предлежание, встречающиеся с частотой 3-5%, считается пограничными между физиологией и патологией. Ведение родов при тазовом предлежании до сих пор относят к трудному разделу практического акушерства, поскольку тазовое предлежание остается одной из причин роста патологии беременности и родов, перинатальной заболеваемости, смертности и детской инвалидности. Многие осложнения, возникающие при родах в тазовом предлежании предотвратимы, если использовать современные методы своевременной диагностики тазового предлежания и дифференцированную тактику ведения беременности и родов при различных видах тазового предлежания.

II. Цель: совершенствование знаний студентов 4-6 курсов медицинских ВУЗов, врачей-интернов в современной диагностике тазового предлежания, тактике ведения беременности и родов у женщин с тазовым предлежанием плода, принципов родоразрешения с тазовым предлежанием плода с позиции перинатального акушерства.

I. Исходные требования:

а. Перед началом обучения студенты должны знать:

1. Частоту тазовых предлежаний
2. Классификацию тазовых предлежаний
3. Этиологию тазовых предлежаний
4. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях

б. Перед началом обучения студенты должны владеть:

1. Диагностикой тазовых предлежаний
2. Знать и уметь объяснить комплекс упражнений, направленных на перевод тазового предлежания в головное (корректирующая гимнастика).

II. Конечные результаты по теме:

а. Студенты должны приобрести знания по:

1. Тактике ведения беременности и родов у женщин с тазовыми предлежаниями плода
2. Выбору метода родоразрешения
3. Показания к плановому и экстренному кесареву сечению

6. Студенты должны уметь произвести на фантоме:

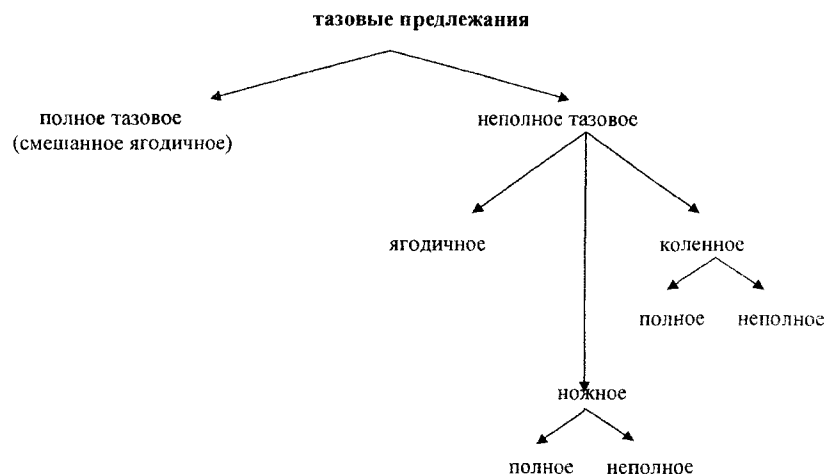
1. Пособие по Цовьянову
2. Классическое ручное пособие
3. Экстракцию плода за тазовый конец

III. Учебно-целевые вопросы:

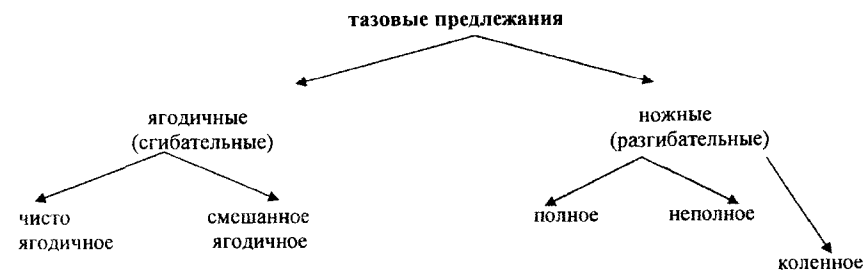
1. Частота тазовых предлежаний.
2. Классификация тазовых предлежаний.
3. Причины возникновения тазовых предлежаний.
4. Диагностика тазовых предлежаний.
5. Ведения беременных с тазовым предлежанием плода.
6. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях плода.
7. Течение и ведение родов при тазовых предлежаниях.
8. Ручные пособия при тазовых предлежаниях.
9. Операции при тазовых предлежаниях.

IV. Основные положения занятий и программа деятельности студентов:

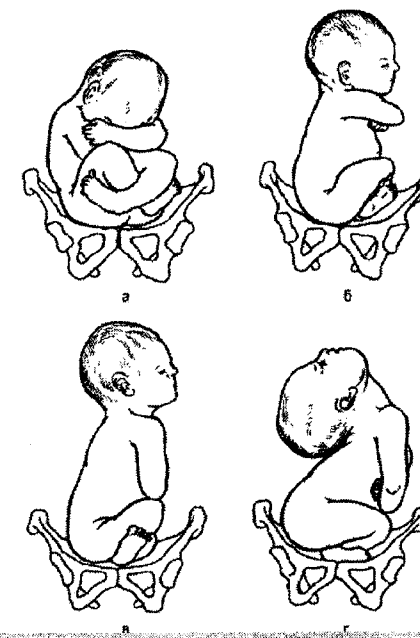
1. Частота тазовых предлежаний – 3-3,5%.
2. Классификация тазовых предлежаний



Отечественная классификация:



Варианты положения головки при тазовом предлежании (на основании величины угла, измеряемого между позвоночником и затылочной костью головки плода):



- Головка согнута, угол больше 110° (рис.1,а)
- Головка слабо разогнута, «поза военного» - I степень разгибания, угол от 100 до 110° (рис.1,б)
- Головка умеренно разогнута – II степень разгибания, угол от 90 до 100° (рис.1,в)
- Чрезмерное разгибание головки, плод «смотрит на звезды» - III степень разгибания, угол меньше 90° (рис.1,г).

3. Этиология тазовых предлежаний:

1) Материнские факторы

- Аномалии развития матки
- Опухоли матки и яичников
- Узкий таз
- Снижение или повышение тонуса матки у многорожавших женщин
- Рубец на матке

2) Плодовые факторы

- Недоношенность
- Многоплодие
- Задержка внутриутробного развития плода и врожденные аномалии плода
- Мертвый плод

3) Плацентарные факторы

- Предлежание плаценты
- Мало- и многоводие
- Патология пуповины (обвитие: абсолютная или относительная короткость).

4. Диагностика тазовых предлежаний.

- 1) При сборе анамнеза обратить внимание на факторы риска.
- 2) При наружном акушерском исследовании следует использовать четыре приема Леопольда.

Первый прием позволяет определить в дне матки округлую, плотную, баллотирующую головку. Дно матки при тазовых предлежаниях стоит выше, чем при головном предлежании, при одном и том же сроке гестации, что обусловлено тем, что тазовый конец плода находится над входом в малый таз до конца беременности и начала родов.

При втором приеме определяют спинку плода, которая расположена с одной стороны живота, а мелкие части – с другой.

При третьем приеме над входом или во входе в таз прощупывается крупная, неправильной формы предлежащая часть мягкой консистенции, неспособная к баллотированию.

При четвертом приеме уточняется предлежащая часть и ее отношение ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода при тазовых предлежаниях наиболее отчетливо прослушивается выше пупка.

2) Для уточнения диагноза тазового предлежания и определения его разновидности используют влагалищное исследование (**внутриутробное акушерское исследование**). При влагалищном исследовании во время беременности через передний свод прощупывается объемистая, мягкой консистенции часть плода, отличающаяся от головки, которая более плотная и круглая.

3) Вспомогательные методы диагностики:

- **УЗИ** - позволяет определить не только тазовое предлежание, но и пол, вид, массу плода, положение головки, патологию пуповины, локализацию плаценты, размеры, степень ее зрелости, количество вод, определить аномалии развития плода.
- **ЭКГ** - желудочковый комплекс QRS плода обращен книзу, а не кверху, как при головном предлежании.
- **Амниоскопия** – устанавливается характер предлежащей части, количество и цвет околоплодных вод, возможное предлежание петель пуповины.

5. Ведение беременных с тазовым предлежанием плода.

- 1) Диагноз устанавливается в **29 недель**.

2) Назначается **корректирующая гимнастика** (эффективность 76- 94%):

- По Дикань И.Ф. – в 29 – 37 недель, при повышенном тонусе матки
- По Фомичевой В.В. – с 32 – 37 недель, при нормальном и пониженном тонусе матки
- По Брюхиной Е.В. – с 32 –37 недель, при неравномерном тонусе

3) **Наружный профилактический поворот плода** на головку (эффективность 67- 92%) - операция, направленная на перевод плода из ягодичного в головное предлежание.

Показание:

- тазовое предлежание плода при нормальных размерах таза.

Условия:

- срок беременности 34 –36 нед. при живом плоде
- точная диагностика предлежания, позиции и вида плода
- удовлетворительное состояние плода, нет аномалий развития
- хорошая подвижность плода
- податливость и отсутствие напряжения брюшной стенки
- нормальный тонус матки

Противопоказания:

- осложнение беременности кровотечением
- невынашивание беременности или бесплодие в анамнезе
- мало- или многоводие
- многоплодие
- возраст первородящей 30 лет и старше
- предлежание плаценты
- тяжелая экстрагенитальная патология
- рубец на матке после кесарева сечения
- пороки развития плода

- опухоли матки и придатков
- аномалии развития матки
- II степень сужения таза
- Осложнение беременности гестозом

Операцию выполняют в условиях стационара.

Обезболивание не применяют.

Операцию проводят под контролем УЗИ.

При необходимости показан: токолиз.

После операции проводят НСТ.

4) В III триместре показано:

- Рациональное питание (предупредить рождение крупного ребенка)
- Проведение оценки состояния плода:
 - НСТ (нестрессовый тест)
 - Доплерометрия
 - УЗИ
- Мероприятия по профилактике: в/утробной гипоксии плода, аномалий родовой деятельности
- Оценка размеров и формы малого таза.

5) **Госпитализация в стационар в 37-38 недель** для обследования и выбора тактики ведения родов (схема 1).

6) **Шкала прогноза родов** для выбора способа родоразрешения (на основе шкалы Westin):

Оценка включает 13 параметров – от 0 до 2 баллов каждый.

При сумме баллов 16 и > роды можно вести консервативно.

Параметры	Баллы		
	0	1	2
Срок беременности, нед	37-38 и > 41	40-41	38-39
Предполагаемая масса плода, г	4000 и >	3500-3999	2500-3499
Разновидность тазового предлежания	Ножное	Смешанное	Часто ягодичное
Положение головки плода	Чрезмерно разогнута	Умеренно разогнута	Согнута
Зрелость шейки матки	Незрелая	Недостаточно зрелая	Зрелая
Состояние плода	Хроническое страдание	Начальные признаки страдания	Удовлетворительное
Размеры малого таза, см:			
▪ Прямой входа	<11,5	11,5-12,0	>12,0
▪ Поперечный входа	<12,5	12,5-13,0	>13,0
▪ Прямой плоскости	<12,0	12,0-13,0	>13,0
▪ Межостный	<10,0	10,0-10,5	>10,5
▪ Битуберозный	<10,0	10,0-11,0	>11,0
▪ Прямой выхода	<10,5	10,5-11,0	>11,0

Кесарево сечение показано:

- Если хотя бы один из внутренних размеров таза оценен в 0 баллов
- Если выявлено чрезмерное разгибание головки плода
- Предполагаемая масса плода 4000 г и более
- При выраженном в/угробном страдании плода
- При незрелой шейке матки
- Переношенной беременности
- При массе плода 3500-3999 г и размерах таза, оцененных в 1 балл у первородящих женщин

7) Выбор метода родоразрешения

По классификации ВОЗ при тазовом предлежании плода показаны методы ведения родов:

- Спонтанные роды
- Частичная экстракция плода
- Полная экстракция плода
- Наложение щипцов на последующую головку
- Кесарево сечение

8) Показания к кесареву сечению:

Абсолютные:

- Полное предлежание плаценты
- Эклампсия
- Рубец на матке
- Опухоли органов малого таза, препятствующие рождению ребенка
- Рубец на промежности после ее полного разрыва при предыдущих родах
- Крупный плод(>3500 г) у первобеременных
- Анатомически узкий таз
- Угрожающий или начавшийся разрыв матки
- Клинически узкий таз
- ПОНРП
- Неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением при неподготовленных родовых путях
- Разгибание головки плода III степени
- Экстрагенитальные заболевания (тяжелые)
- Тяжелые формы гестоза при безуспешности консервативного лечения и неподготовленных родовых путях

Относительные:

- Мертворождаемость в анамнезе
- Выраженные аномалии развития матки
- Перенашивание беременности
- Наличие в анамнезе бесплодия, привычного невынашивания
- Изменение сердечной деятельности плода
- I и II слабость родовой деятельности, не поддающаяся терапии
- Преждевременное излитие о/плодных вод, особенно у первородящих и отсутствии эффекта от родовозбуждения
- Предлежание и выпадение петель пуповины
- Гипотрофия плода при неподготовленных родовых путях
- Многоплодная беременность (тазовое предлежание первого плода).

6. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях по И.Ф. Жорданиа:

Первый момент - внутренний поворот ягодиц.

Второй – боковое сгибание поясничной части позвоночника плода.

Третий – внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища.

Четвертый - боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника плода.

Пятый - внутренний поворот головки.

Шестой – сгибание головки.

Проводной точкой является: передняя ягодица.

Точки фиксации:

- Подвздошная кость
- Граница в/3 и с/3 плечевой кости
- Подзатылочная ямка

Прорезывание головки – малым косым размером.

При родах в тазовом предлежании различают 4 этапа:

1. Рождение плода до пупка
2. Рождение плода от пупка до нижнего угла лопаток
3. Рождение плечевого пояса и ручек
4. Рождение головки

7. Течение и ведение родов при тазовом предлежании.

I период родов:

- Мониторный контроль за: состоянием плода, сократительной деятельностью матки
- Ведение партограммы
- Своевременное обезболивание и введение спазмолитических препаратов
- Профилактика в/утробной гипоксии плода
- Своевременная диагностика осложнений для их коррекции и определения дальнейшей тактики ведения

Осложнения в I периоде родов:

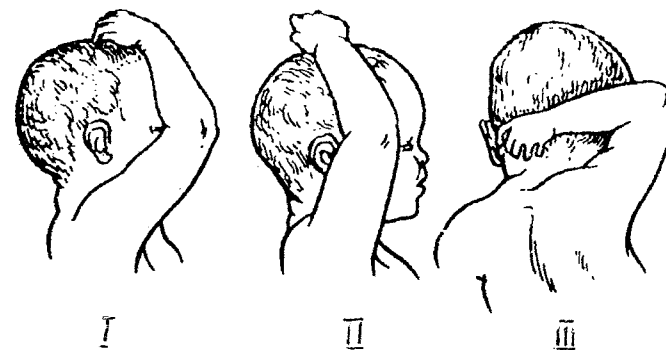
- Несвоевременное излитие о/плодных вод
- Аномалии родовой деятельности
- Выпадение мелких частей плода, петель пуповины
- Асфиксия плода
- Затяжное течение родов
- Инфицирование

II период родов:

- Мониторный контроль за: состоянием плода, сократительной деятельностью матки
- В/в введение утеротонических средств (профилактика слабости потуг)
- В/в введение спазмолитиков в конце II периода родов (профилактика спазма шейки матки)
- Пудендальная анестезия, рассечение промежности
- Ручное пособие в зависимости от типа тазового предлежания

Осложнения II периода родов:

- Вколачивание ягодиц
- Образование заднего вида
- Запрокидывание ручек (три степени) - рис. 2



- Спазм шейки матки
- Острая гипоксия плода
- Затрудненное выведение ручек и головки плода
- Травмы шейки матки, мягких родовых путей и промежности у женщины.

III период родов: не отличается от таковых при родах в головном предлежании. Проводится на фоне утеротонических средств.

8. Ручные пособия при тазовых предлежаниях:

• По Цовьянову при чисто ягодичном предлежании

Цель – удержание ножек в течение периода изгнания вытянутыми и прижатыми к туловищу плода, что способствует сохранению его нормального членорасположения.

• По Цовьянову при полном ножном предлежании

Цель – препятствовать преждевременному выпадению ножек из влагалища, что способствует полному раскрытию маточного зева.

• Классическое ручное пособие при тазовом предлежании

Цель – освобождение ручек и головки плода.

Применяется на III и IV этапах родов.

Показания: замедленное изгнание плода (если после рождения туловища до нижнего угла лопаток роды не завершаются в течение 2-3 мин, не дожидаясь появления признаков острой гипоксии плода, приступают к ручному пособию).

Оказывают без наркоза.

Этапы:

1. Подготовительный.
2. Освобождение ручек (соблюдение трех правил).
 - Каждую ручку освобождают одноименной рукой акушера.
 - Первой всегда освобождают «заднюю» ручку, расположенную у промежности.
 - Вторую ручку также освобождают у промежности, для чего туловище плода поворачивают на 180°.
3. Освобождение головки (прием Морисо-Левре-Ляшапель).

9. Операции при тазовых предлежаниях.

1) **Извлечение плода за тазовый конец** – операция, посредством которой плод, рождающийся в одном из вариантов тазового предлежания, искусственно выводится из родового канала.

Классификация:



Показания:

- тяжелое состояние роженицы (кровотечение, преэклампсия, эклампсия, нарушение компенсации системы кровообращения или дыхания и др.)
- острая в/утробная гипоксия плода
- только что выполненный классический акушерский поворот плода на ножку

Условия:

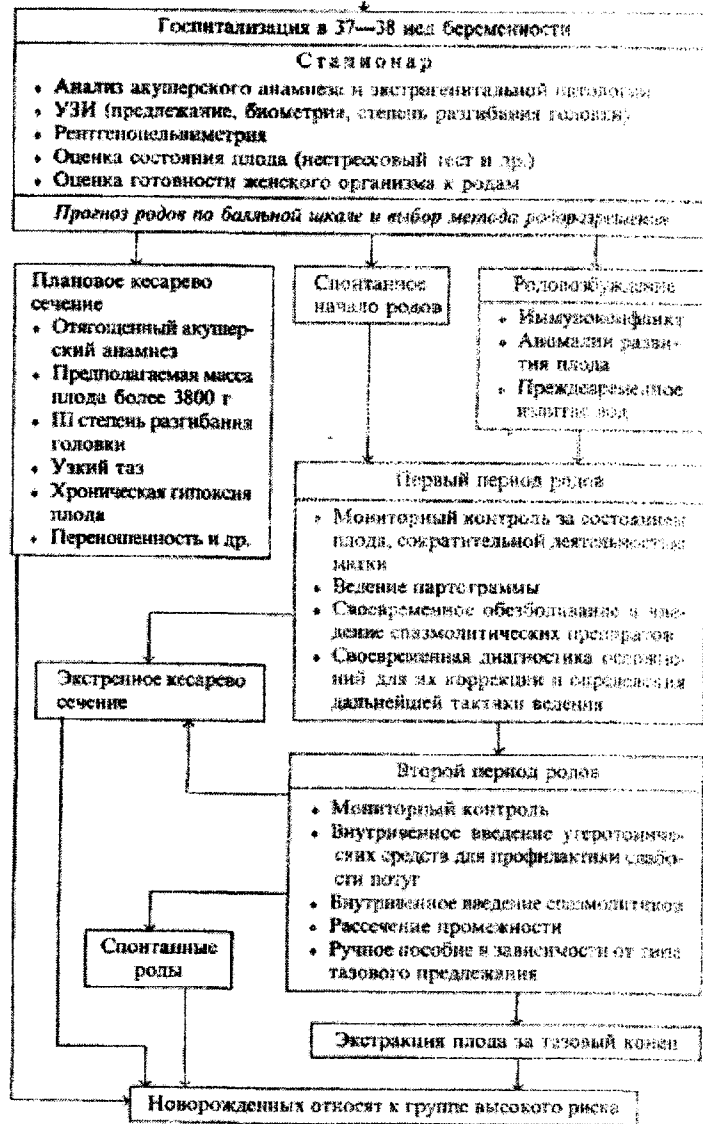
- полное раскрытие шейки матки
- отсутствие плодного пузыря
- соответствие размеров таза роженицы и головки плода.

2) **Кесарево сечение**

Техника кесарева сечения и методы обезболивания не отличаются от таковых при головном предлежании.

При тазовом предлежании плод извлекают за паховые сгибы (при чисто ягодичном предлежании) или за ножку, обращенную кпереди. Последующую головку через разрез матки часто выводят приемом, идентичным приему Морисо-Левре-Ляшапель.

Тактика ведения беременных с тазовым предлежанием плода



Ситуационные задачи и тесты

Задача 1.

Первородящая доставлена в родильное отделение по поводу срочных родов. Предлежит тазовый конец, родовая деятельность активная. В процессе исследования излились околоплодные воды, после чего сердцебиение плода стало редким, до 90 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается ножка плода и выпавшая пуповина. Ягодицы плода во входе таза. *Что должен предпринять врач, ведущий роды?*

- Заправить пуповину, продолжить консервативное ведение родов
- Вскрыть плодный пузырь
- Приступить к операции кесарево сечение
- Вскрыть плодный пузырь и усилить родовую деятельность внутривенным введением окситоцина
- Ничего из вышеперечисленного

Задача 2.

Первородящая, 34 года, находится во втором периоде родов. Ягодицы плода в полости малого таза. Схватки потужного характера через 2-3 минуты по 40-45 секунд средней силы. Предполагаемый вес плода 3,500г., сердцебиение плода 140 ударов в минуту, промежность высокая. *Что следует предпринять в плане ведения настоящих родов?*

- Перинео-или эпизиотомия
- Внутривенное введение атропина
- Оказание ручного пособия по Цовьянову
- Капельное внутривенное введение окситоцина
- Все вышеперечисленное

Задача 3.

У повторнородящей, у которой установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 ударов в минуту и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено, что ягодицы и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины. *Какую тактику следует избрать?*

- Заправить петлю пуповины, продолжить консервативное ведение родов
- Провести лечение асфиксии плода
- Продолжить консервативное ведение родов с оказанием пособия по Цовьянову
- Произвести экстракцию плода за тазовый конец
- Произвести операцию кесарево сечение в экстренном порядке

Задача 4.

Тазовое предлежание плода выявлено у повторнородящей в срок 32 нед. беременности. *Тактика врача женской консультации?*

- A. Для оценки состояния плода провести эхографию
- B. Рекомендовать выполнение корригирующей гимнастики
- C. Произвести наружный акушерский поворот
- D. Госпитализировать беременную в стационар

Задача 5.

Повторно беременная 25 лет, поступила в родильное отделение с преждевременным излитием околоплодных вод при сроке беременности 38 нед. В анамнезе одни своевременные роды, закончившиеся наложением полостных акушерских щипцов по поводу тяжелой нефропатии. Родовой деятельности нет, АД 150/90 мм рт.ст, отмечаются постозность лица и передней брюшной стенки, выраженные отеки ног. Положение плода продольное, тазовый конец подвижен, находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, до 140 уд/мин. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, плотная, канал шейки матки проходим для одного пальца, плодного пузыря нет, тазовый конец плода над входом в малый таз. Мыс недостижим. *Какой метод родоразрешения целесообразнее применить в данной ситуации?*

- A. Провести комплексную терапию гестоза, создать глюкозо-витамино-гормонально-кальциевый фон
- B. Начать лечение гестоза с одновременным родовозбуждением окситоцином
- C. Закончить роды путем выполнения кесарева сечения
- D. Произвести экстракцию плода за тазовый конец
- E. Начать лечение гестоза с одновременным родовозбуждением простогландами.

1. Показания к кесареву сечению при тазовом предлежании:

- A. Тяжелый гестоз
- B. Высокая степень близорукости
- C. Крупный плод
- D. Ножное предлежание

2. Для родоразрешения при ножном предлежании используют:

- A. Классическое акушерское пособие
- B. Пособие по Цовьянову
- C. Извлечение плода за ножку
- D. Кесарево сечение

3. При каком виде тазового предлежания оказывают пособие по Цовьянову:

- A. Ножном
- B. Смешанном ягодичном
- C. Коленном
- D. Чисто ягодичном

4. Какие осложнения возможны во втором периоде родов при чисто ягодичном предлежании:

- A. Образование заднего вида
- B. Запрокидывание ручек
- C. Разгибание головки
- D. Выпадение ножки

5. Мероприятия, необходимые во втором периоде родов при чисто ягодичном предлежании:

- A. Внутривенное капельное введение окситоцина
- B. Применение спазмолитиков
- C. Эпизиотомия
- E. Оказание пособия по Цовьянову

6. Проводная точка при тазовом предлежании:

- A. Передняя ягодица
- B. Задняя ягодица
- C. Передняя ножка
- D. Задняя ножка

7. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании предусматривает:

- A. Перевод ножного предлежания в смешанное ягодичное
- B. Освобождение последующей головки
- C. Сохранение правильного членорасположения плода
- D. Освобождение плечевого пояса

8. При смешанном ягодичном предлежании:

- A. Оказывают пособие по Цовьянову
- B. Используют метод ведения родов по Цовьянову
- C. Производят низведение ножки
- D. Применяют классическое ручное пособие

9. Какие осложнения возможны в первом периоде родов при тазовом предлежании:

- A. Слабость родовой деятельности
- B. Несвоевременный разрыв плодного пузыря
- C. Выпадение пуповины
- D. Запрокидывание ручек

10. В чем преимущество правильного членорасположения плода при чисто ягодичном предлежании:

- A. Головка в согнутом состоянии
- B. Ножки препятствуют запрокидыванию ручек
- C. Объем грудной клетки больше объема головки
- D. Головка разогнута

11. В какой части малого таза происходит внутренний поворот ягодиц:

- A. Во входе в малый таз
- B. В широкой части полости малого таза
- C. В узкой части полости малого таза
- D. На тазовом дне

12. Дородовая госпитализация беременной при тазовом предлежании необходима для:

- A. Оценки состояния плода
- B. Выбора метода родоразрешения
- C. Подготовки родовых путей к родам
- D. Проведения классического акушерского поворота

13. Перечислите показания к экстракции плода за тазовый конец:

- A. Острая гипоксия плода во втором периоде родов при тазовом предлежании
- B. Выпадение ножки плода
- C. Состояние после классического поворота плода
- D. Острая гипоксия плода в первом периоде родов

14. Назовите условия для выполнения экстракции плода за тазовый конец:

- A. Полное раскрытие маточного зева
- B. Отсутствие плодного пузыря
- C. Расположение предлежащей части в полости или на дне малого таза
- D. Соответствие размеров таза женщины и головки плода

15. Укажите основные этапы экстракции плода за тазовый конец:

- A. Извлечение до пупка и нижних углов лопаток
- B. Освобождение последующей головки

- C. Освобождение плечевого пояса
- D. Выведение ножки до подколенной ямки

16. При наличии показаний к срочному родоразрешению экстракцию плода за тазовый конец производят при расположении предлежащей части:

- A. В полости малого таза
- B. Во входе в малый таз
- C. На дне малого таза
- D. Над входом в малый таз

17. Пособие по Цовьянову предусматривает:

- A. Освобождение плечевого пояса
- B. Перевод ножного предлежания в смешанное ягодичное
- C. Освобождение последующей головки
- D. Сохранение сгибательного типа членорасположения плода

18. К оказанию пособия по Цовьянову приступают:

- A. После рождения плода до нижних углов лопаток
- B. С момента врезывания ягодиц
- C. После рождения плода до пупка
- D. После прорезывания ягодиц

19. Четвертый момент механизма родов при тазовом предлежании:

- A. Внутренний поворот ягодиц спинкой кпереди
- B. Опускание ягодиц на тазовое дно
- C. Врезывание и прорезывание ягодиц
- D. Опускание ягодиц в полость малого таза
- E. Внутренний поворот ягодиц спинкой кзади

20. Третий момент механизма родов при тазовом предлежании:

- A. Опускание ягодиц
- B. Сжатие ягодиц
- C. Внутренний поворот ягодиц
- D. Врезывание тазового конца
- E. Прорезывание ягодиц

21. Где располагается плечевой пояс плода при нахождении ягодиц на тазовом дне:

- A. Над входом в малый таз
- B. Во входе в малый таз
- C. В широкой части полости малого таза
- D. В узкой части полости малого таза
- E. В плоскости выхода малого таза