
БИБЛИОТЕКА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

**Н.Н. РУХЛЯДА, С.Н. ГАЙДУКОВ
Т.И. ПРОХОРОВИЧ, М.В. КОНОВАЛОВА
Т.А. ЛИБОВА, И.Н. ВОРОБЦОВА
В.В. ВАСИЛЬЕВ**

**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ
ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ
ПЛОДА**

Санкт-Петербург

Министерство
здравоохранения
Российской Федерации



Санкт-Петербургский
Государственный
Педиатрический
Медицинский
Университет

Н.Н. РУХЛЯДА
С.Н. ГАЙДУКОВ
Т.И. ПРОХОРОВИЧ
М.В. КОНОВАЛОВА
Т.А. ЛИБОВА
И.Н. ВОРОБЦОВА
В.В. ВАСИЛЬЕВ

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ
ПРИ ТАЗОВОМ
ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

Учебно-методическое
пособие

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
2020

УДК 618.2-055+618.432
ББК 57.16
В26

- В26 Ведение беременности и родоразрешение при тазовом предлежании плода. Учебно-методическое пособие. / Н.Н. Рухляда, С.Н. Гайдуков, Т.И. Прохорович, М.В. Коновалова, Т.А. Либова, И.Н. Воробцова, В.В. Васильев / Под ред. проф. Рухляды Н.Н. – СПб.: СПбГПМУ, 2020. – 32 с.

ISBN 978-5-907321-01-4

Пособие посвящено проблеме тазового предлежания плода. Роды в тазовом предлежании наблюдаются в 3–5% и относятся к патологическим. При тазовом предлежании отмечается достаточно высокий процент осложнений родового акта: несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, дискоординация и др. Перинатальная смертность и родовой травматизм у детей, родившихся в тазовом предлежании, отмечается в 3–5 раз чаще, чем при родах в головном предлежании. Характерной особенностью является нарушение ортопедического статуса. При дальнейшем развитии у таких детей довольно часто обнаруживается психоневрологическая патология. В пособии использованы данные отечественной и зарубежной литературы, а также разработки кафедры. Особое внимание в пособии обращено на вопросы, имеющие практическое значение. С современных позиций освещены вопросы диагностики, ведения беременности, подходы к выбору родоразрешения, ручные пособия, оказываемые при ведении родов в тазовом предлежании; показания к операции кесарева сечения. Частота абдоминального родоразрешения при тазовом предлежании составляет 60–70% и имеет тенденцию к дальнейшему повышению. Вместе с тем, следует учитывать и ряд осложнений, свойственных данной операции. Поэтому в пособии уделяется достаточное внимание наружному профилактическому повороту плода на головку; приводится усовершенствованная его методика.

Данное пособие будет полезным для студентов старших курсов; врачей специализирующихся в области акушерства, а также педиатрии.

Рецензент:

Резник Виталий Анатольевич, к.м.н., главный врач клиники СПбГПМУ

УДК 618.2-055+618.432
ББК 57.16

Утверждено учебно-методическим советом Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Выпускается при поддержке Фонда научно-образовательных инициатив
«Здоровые дети – будущее страны»

ISBN 978-5-907321-01-4

© СПбГПМУ, 2020

Введение

Продольное положение плода, при котором над входом в малый таз предлежит его тазовый конец, носит название тазового предлежания. Роды при тазовом предлежании значительно чаще приобретают осложненное течение и сопровождаются большой перинатальной смертностью, более высокой частоты преждевременных родов, врожденных аномалий, асфиксии и травмы (уровень доказательности А). В связи с этим они относятся к числу патологических. Тазовое предлежание встречается приблизительно в 3–5% всех родов [1, 4, 16, 19].

Шифр по МКБ-10

О32.1 Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери.

О80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании.

О80.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды (в данном протоколе данный код МКБ подразумевает и иные роды в тазовом предлежании (помимо родов в чисто ягодичном предлежании): полное/неполное ножное предлежание, смешанное ягодичное предлежание и т.д.).

Краткие исторические сведения. О родах в тазовом предлежании упоминается в «Книге жизни» индусского врача Сусруты, который относил тазовые предлежания, к опасным осложнениям родов и рекомендовал низводить обе ножки и извлекать плод. У Гиппократ (460–377 гг. до н. э.) уже можно найти подробные сведения о родах в тазовом предлежании. Он рекомендовал путем операции поворота переводить тазовое предлежание в головное. Большую роль в развитии акушерской помощи при тазовых предлежаниях сыграла французская школа акушеров. Ф. Морисо (1637–1709) предложил свой метод ручного пособия для выведения последующей головки. Однако данный метод не получил признания. Только в 1747 г. он вновь был рекомендован выдающимся французским акушером Левре; им также было предложено наложение обычных щипцов на ягодицы плода. Ляшапель внесла изменения в метод и предложила вводить в ротик плода не два, а один палец. Поэтому метода выведения головки по праву называется методом Морисо–Левре–Ляшапель. В первом отечественном руководстве по акушерству «Искусство Повивания или наука о бабичьем деле» (1786) Н.А. Амбодик подразделяет тазовые предлежания на ягодичные, полные и неполные ножные и коленные предлежания. Роды в тазовом предлежании Амбодик относил к «сверхъестественным», которые в случае необходимости могут быть закончены с помощью акушерского искусства. Для благополучного исхода родов он считал необходимым наличие следующих условий: обширный таз роженицы, не слишком крупный плод и правильное его положение (передний вид). Амбодик высказывался за возможность самопроизвольных родов в большинстве случаев при тазовом предлежании плода. Начиная с первой половины XIX столетия, тазовое предлежание было признано нормальным, а вопрос об оперативном вмешательстве решался строго по показаниям. Большой вклад был внесен отечественным акушером Н.А. Цовьяновым, который предложил оригинальный метод ведения родов при тазовом предлежании (1928), позволивший существенно снизить мертворождаемость и

травматизацию плода. Следует указать Е. Bracht (1936), предложившего метод близкий к методу Цовьянова. Московский проф. М.Колосов (1929) рекомендовал во всех случаях тазового предлежания осуществлять наружный поворот плода. Он писал: «Прием, которым для этого надо пользоваться – просты: одной рукой охватывают голову, другой – тазовый конец и, – в момент полной расслабленности матки, – отводят их в противоположные стороны, при чем, однако, головку надо отводить всегда в сторону брюшка, а не спинки. Делать это нужно достаточно быстро, чтобы матка не успела сократиться, пока акушер превращает продольное положение в поперечное. Если к этому моменту матка сократилась, необходимо остановиться, дать передышку и ждать вновь посланного расслабления матки.

Как только оно наступило, продолжить рукодействие и стремиться отдавить головку ко входу в таз, а тазовый конец – в дно матки. Достигнув этого, оставить беременную в покое в лежащем положении в течение получаса. В течение этого времени последовательные сокращения матки фиксируют плод в головном предлежании, а иногда даже головка успевает вступить во вход. К сожалению, тираж книжки М.Колосова «Оперативное акушерство», предназначенной для участковых врачей, был мал; всего напечатано 3065 экз. Одним из популяризаторов наружного поворота плода на головку является Б.А. Архангельский(1950). Так, по данным клиники, которой руководил Б.А. Архангельский, из 950 операций наружного поворота на головку (844 при тазовом предлежании и 106 – при поперечном и косом положении плода) преждевременное отхождение вод наблюдалось в 2,4%, преждевременные роды – 1,5%, мертворождаемость – 2,1%; операции наружного поворота не удалась в 12,7% случаев. Вместе с тем, Н.А. Цовьянов (1950) считал наружный профилактический поворот при тазовых предлежаниях излишним и попытки к нему не всегда безопасными как для матери, так и плода. Эту же точку зрения поддерживали Н.Н. Чукалов с соавт. (1960). На 4 пленуме Совета по родовспоможению и гинекологической помощи МЗ СССР и МЗРФ (1952) был обсужден вопрос о наружном повороте плода при тазовом предлежании и принято соответствующее решение по этому поводу. Следует отметить, что эти положения практически без исключений сохранили свою актуальность и по настоящее время.

В 80-е годы отмечается тенденция к оперативному родоразрешению при тазовых предлежаниях. По-прежнему привлекает повышенный интерес наружный поворот плода на головку, что связано с появлением препаратов, позволяющих осуществить токолиз. Среди работ, опубликованных в последнее время, следует отметить сборник научных работ «Тазовое предлежание плода (клинико-морфологические параллели)» под ред. Н.В. Кобозевой, 1982; Е.А.Чернуха и Т.К. Пучко «Тазовое предлежание плода» 1999 и др.

Большое международное мультицентровое рандомизированное исследование, законченное в 2000-м году, показало, что более частые случаи ранних тяжелых осложнений и смерти среди новорожденных зафиксированы при родах через естественные родовые пути (при исключении фатальных пороков развития), в сравнении с плановым КС (5,7% против 0,4% для стран с низким уровнем перинатальной смертности) [21]. Результаты этого исследования значи-

тельно повлияли на практику акушеров в большинстве развитых стран. Были изменены национальные рекомендации и протоколы ведения беременности и родов при тазовом предлежании плода. Резко повысилась доля родов путем планового КС. Высокий процент абдоминальных родов привел к тому, что новое поколение врачей-акушеров не имеет навыков и практики вагинальных родов в тазовом предлежании. Частота КС при тазовом предлежании колеблется от 80–90–98% до 40%. Выбор, в основном, зависит от политики конкретного учреждения, опыта врачей, доступности дополнительных методов диагностики, качества информированности пациенток. Дальнейшие исследования середины 2000-х доказали, 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 [1, 20]. Кроме того, более широко стал применяться профилактический поворот на головку при доношенной беременности. Таким образом, на сегодняшний день в большинстве развитых стран при диагностике тазового предлежания в сроке 36 нед., беременной сначала предлагается наружный поворот (при отсутствии абсолютных противопоказаний) и только после неудачной попытки или отказа от манипуляции решается вопрос о методе родоразрешения.

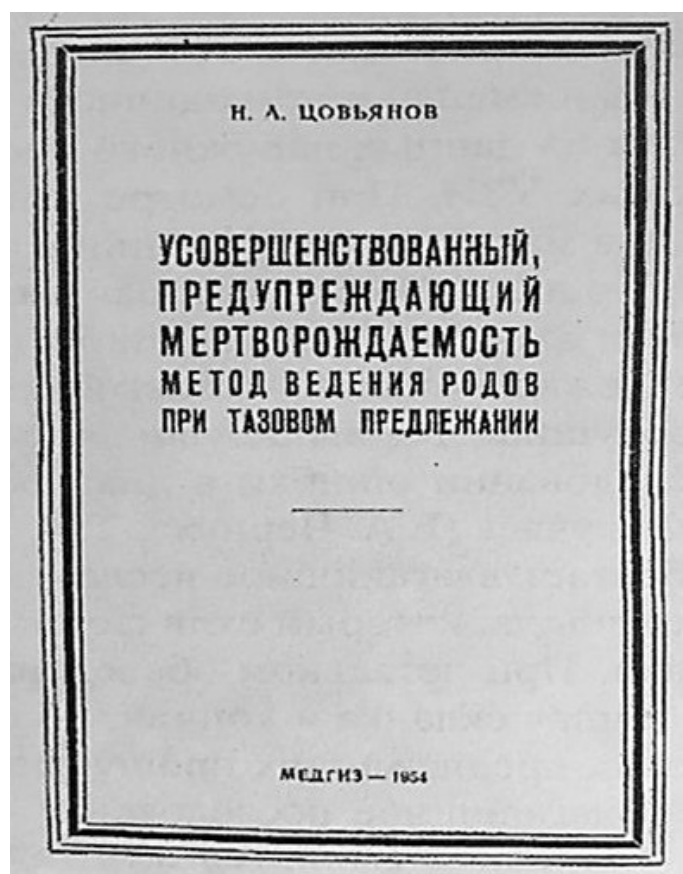


Рис. 1. Третье исправленное издание книги Н.А. Цовьянова, 1954.

Различают ряд факторов способствующих развитию тазового предлежания:

- а) материнские;
- б) плодовые;
- в) плацентарные

К ним относятся нарушение тонуса мускулатуры матки, обусловленное повреждением ее рецепторного аппарата при абортах, а также морфологическими изменениями миометрия после перенесенных воспалительных заболеваний матки, аномалии ее развития (седловидная, двурогая матка, наличие в ней перегородки). Причиной тазового предлежания могут служить препятствия для становления во входе в таз головки (например, предлежание плаценты, суженый таз, миома матки), нарушение подвижности плода (многоводие, маловодие), многоплодие, а также нарушение развития самого плода (анэнцефалия, задержка развития плода, аномалии конечностей и др.), особенности его вестибулярного аппарата.

Классификация тазовых предлежаний. Различают ягодичные и ножные предлежания. Ягодичные предлежания подразделяют на чистые и смешанные. При чистом ягодичном предлежании ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных; при смешанном ягодичном предлежании ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах. Ножные подразделяются на полные (предлежат обе ножки) и неполные (предлежит одна ножка). Разновидностью ножного является коленное предлежание, которое так же может быть полным и неполным. Чистое ягодичное предлежание чаще отмечается у первородящих женщин, смешанное ягодичное и ножное у повторнородящих [2].

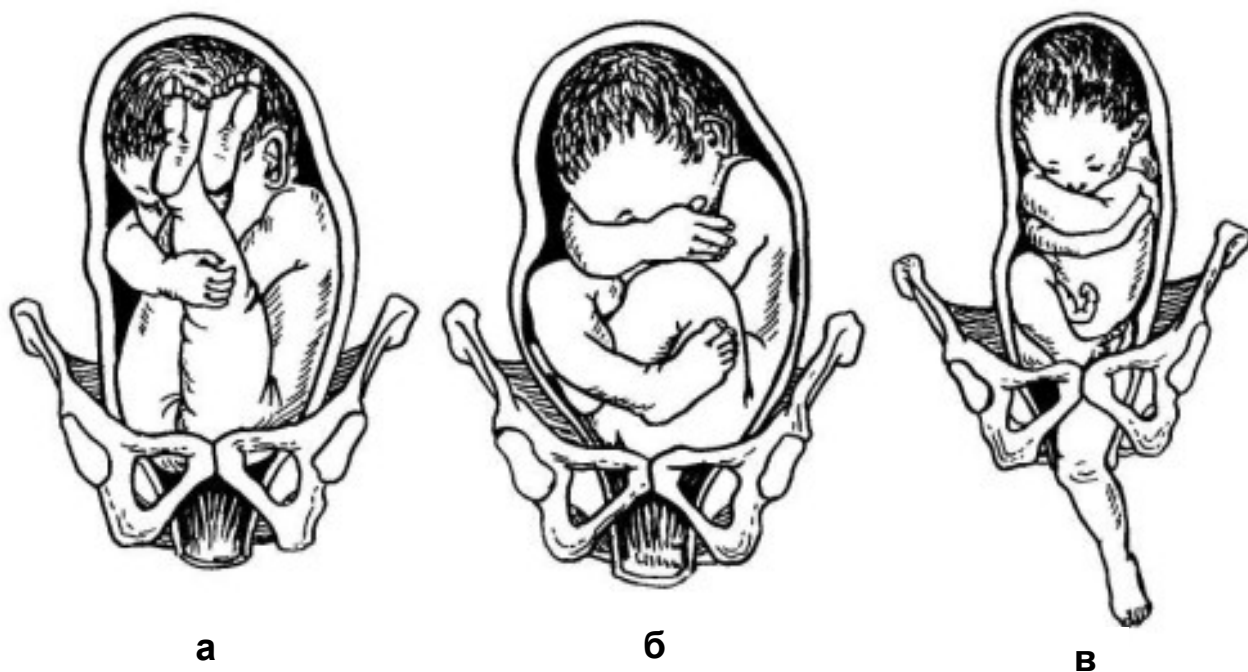


Рис. 2. Тазовые предлежания плода.

Частота различных видов тазового предлежания: чисто ягодичное предлежание встречается в 63–76,0% случаев, ножное – в 11,4% и смешанное ягодичное – в 20,6–24 % [15].

Диагностика основывается на данных наружного и внутреннего акушерского исследования и результатах УЗИ. При осмотре живота обращает на себя внимание высокое стояние дна матки. При пальпации в дне матки определяется крупная, плотная, ballotирующая головка, которая чаще всего отклонена от

средней линии в сторону. Над входом в малый таз, пальпируется менее крупная, мягкая, небаллотирующая предлежащая часть – тазовый конец плода. Сердцебиение плода лучше всего прослушивается выше уровня пупка. Вместе с тем, при наружном акушерском исследовании ошибки в диагностики тазового предлежания встречается в каждом третьем случаев [15]. Поэтому, важное значение приобретает влагалищное исследование, при котором обнаруживается тазовый конец плода, который отличается по форме и консистенции от предлежащей головки. При детальном обследовании определяются седалищные бугры, межъягодичная складка и копчик, по которым можно судить о позиции плода. При ножных предлежаниях прощупываются пяточный бугор и короткие пальцы стопы. Влагалищное исследование следует производить с осторожностью, чтобы не повредить сфинктер заднепроходного отверстия и наружные половые органы плода. Обязательным методом исследования является ультразвуковое исследование. При УЗИ определяется разновидность тазового предлежания,

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, обвитое вокруг шеи плода);
- аномалии развития плода;

Устанавливается согнута или разогнута головка, что имеет важное значение при решении вопроса о способе родоразрешения. Для этого измеряется угол между позвоночником и затылком плода. Различают следующие варианты:

- а) согнутая;
- б) слабо разогнутая – поза «военного» при этом угол между позвоночником и затылочной костью плода 100–110 градусов;
- в) умеренно разогнутая – угол от 90 до 100 градусов;
- г) чрезмерно разогнутая – «плод смотрит на звезды» угол меньше 90.

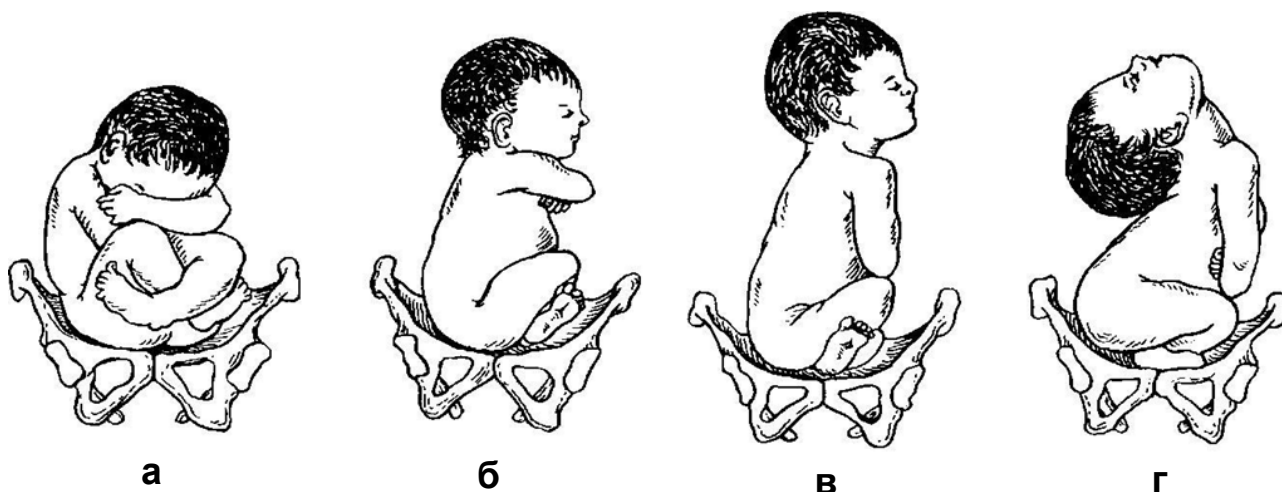


Рис. 3. Варианты разгибания головки плода при тазовом предлежании.

Следует учитывать, что при влагалищном родоразрешении чрезмерное разгибание головки осложняет примерно 5% доношенных беременностей с тазовым предлежанием плода.

Ведение беременности при тазовых предлежаниях.

Наружный поворот плода на головку

Тактика ведения беременности при установлении диагноза тазового предлежания (срок 29–30 нед) должна быть направлена на исправление тазового предлежания плода на головное. До этого срока ведение беременной осуществляется в соответствии со стандартами ведения женщин во время беременности. Обязательным является прием фоллатов, играющих важную роль в профилактике пороков развития, а также имеющих значение в коррекции гомоцистеин-зависимой эндотелиальной дисфункции [14]. Следует учитывать тот факт, что частота тазового предлежания пропорциональна сроку беременности: до 30 нед. она достигает 35% и в конце беременности только 3% [1]. На сегодняшний день существуют две возможности. Во-первых, применение лечебно-гимнастических упражнений, способствующих самоповороту плода и формирование головного предлежания и, во-вторых, использование операции наружного профилактического поворота плода на головку. Женщин с тазовым предлежанием плода необходимо госпитализировать в стационар при сроке беременности 38–39 нед беременности [15].

Большинство отечественных акушеров предпочитают лечебно-гимнастические упражнения. На сегодняшний день находят применения ряд методик: И.Ф. Дикань (1961), И.И. Грищенко, А.Е. Шулешова (1968), В.В. Фомичева (1979), В.В. Абрамченко (1998) и др.

Наиболее простыми являются методики:

а) И.Ф.Дикань. Беременная на кровати, 3–4 раза поворачивается попеременно на правый и левый бок и лежит на каждом из них по 10 минут. Упражнения выполняются 3 раза в сутки перед едой до получения положительного результата. По данным авторов обычно через нескольких занятий (как правило, в первые 7 дней) происходит поворот плода на головку. После установления головки над входом в таз для предупреждения рецидива тазового предлежания беременной рекомендуется лежать на боку, соответствующей позиции плода и носить бандаж. При рецидиве проводят дополнительные занятия. При пороках развития матки метод не эффективен. Наиболее высока эффективности метода у повторнородящих женщин.

б) В.В. Абрамченко. После 30 нед беременности 2 раза в сутки утром и вечером беременную укладывают в положении на спине с приподнятым тазом (30 см). В таком положении беременная находится 10–15 мин, в состоянии максимального расслабления, глубокого и равномерного дыхания. Курс – 2–3 недели. Эффективность по данным автора 90%.

Несмотря на значительный опыт в применении корригирующей гимнастики имеется мнение о ее неэффективности и отсутствии признанных *эффективных* методик для поворота плода на головку (уровень доказательности IA) [13].

В случае отсутствия эффекта от корригирующей лечебной физкультуры возможно производство наружного профилактического поворота плода на головку, который должен осуществляться в условиях акушерского стационара. Под наружным поворотом понимают операцию совершаемую с помощью только наружных приемов, без введения руки по влагалище или матку.

У нас в стране так и в ряде других стран для устранения тазового предлежания плода широко применяется наружный поворот на головку, эффективность которого 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% (уровень доказательности IA).

Ниже приводится методика наружного профилактического поворота плода на головку

Наружный поворот плода на головку [15].

Наружный поворот осуществляется у первородящая женщина (от 36 недель и более) или повторнородящая (от 37 недель и более) с одноплодной неосложненной беременностью и неполным тазовым предлежанием плода до начала родов при отсутствии противопоказаний для выполнения наружного поворота и давшая письменное информированное добровольное согласие. Осуществляет врач акушер-гинеколог, владеющий техникой наружного поворота плода на головку и операцией кесарева сечения, акушерка, врач УЗИ, анестезиологическая служба. Местом проведения является акушерский стационар 2–3-его уровня с возможностью выполнения экстренного кесарева сечения или в условиях дневного стационара акушерского стационара [12].

Оснащение.

- Токолиз с использованием бета-адреномиметиков. Использование бета-адреномиметиков увеличивает число успешных попыток (уровень доказательности I) [8]. Однако нет необходимости в рутинном использовании бета-адреномиметиков (особенно у повторнородящих).
- Фетальный кардиомонитор.
- Аппарат УЗИ.
- Готовность к экстренному кесареву сечению.
- Для резус-отрицательных беременных – наличие лабораторной базы для определения резус-антител в крови и наличие анти-резус иммуноглобулина.

Документация

- Обменная карта беременной
- Информация для пациентки и протокол информированного добровольного согласия.
- Протокол и алгоритмы наружного акушерского поворота и УЗИ.
- Лист регистрации порядка выполнения процедуры и наблюдения за пациенток.
- Ленты-записи КТГ.

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 приёму 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

Осуществлять постоянный вербальный контакт с пациенткой.

1. 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.

2. Получить письменное информированное добровольное согласие пациентки.

3. Оценить и записать исходные данные матери: пульс, дыхание и АД.

4. Выполнить КТГ в течение 20 минут.

5. Антациды: ранитидин 150 мг перорально, однако, нет необходимости рутинного выполнения данной процедуры.

6. 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 гексопреналина следует прекратить [5, 13].

7. Через 30 минут после токолиза (или когда пульс матери станет >100 уд/мин) выполнить наружный поворот плода:

8. Оснований использовать рутинно острый токолиз нет, особенно у повторнородящих.

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:

- движения должны быть постоянными и длительными; пациентку просят во время процедуры расслабиться и глубоко дышать;

- 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.

Возможные осложнения при проведении наружного акушерского поворота плода:

- преходящая брадикардия плода;
- дистресс плода;
- отслойка плаценты;
- фето-материнская трансфузия.

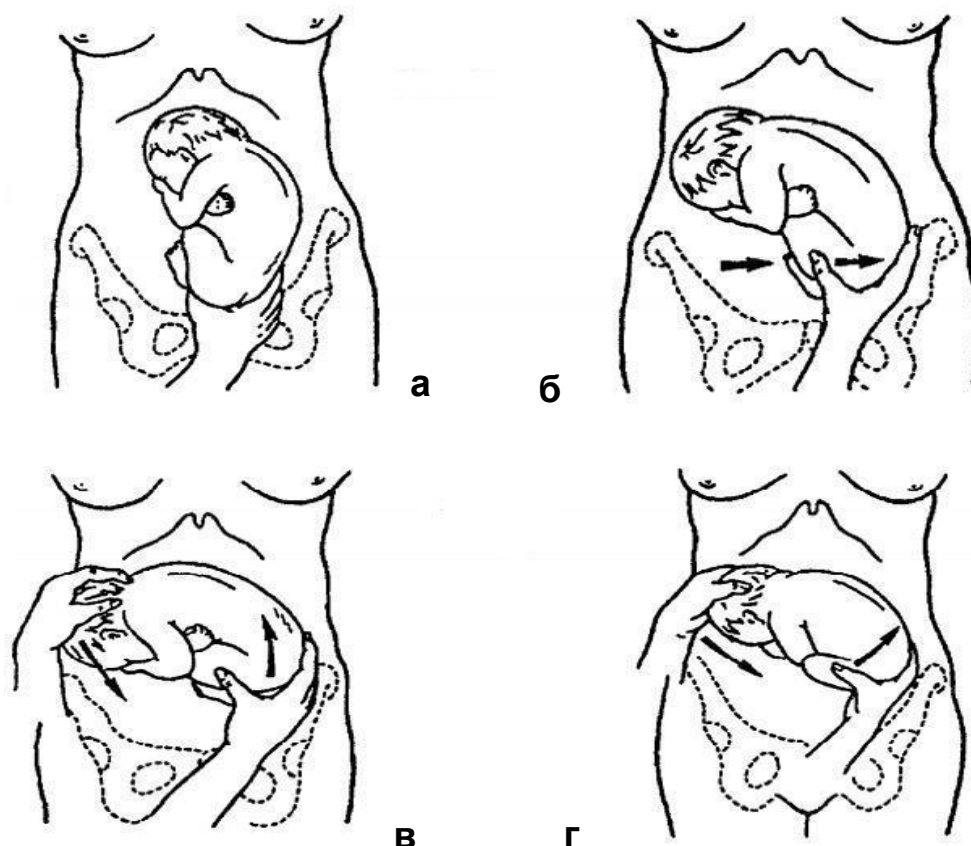


Рис. 4. Наружный профилактический поворот плода на головку.

Сотрудником кафедры акушерства и гинекологии Педиатрической медицинской академии к.м.н. В.В. Васильевым наружный профилактический поворот плода на головку был произведен у 70 беременных женщин с тазовым предлежанием плода в сроки 36–39 недель беременности, у которых проводимая корригирующая гимнастика в условиях женской консультации оказалась не эффек-

тивной. Диагноз тазового предлежания подтверждался на основе наружного и внутреннего акушерского исследования, а также при ультразвуковом исследовании. Все беременные женщины давали письменное согласие на проведение наружного профилактического поворота плода на головку. В 92,8% случаев поворот на головку плода был осуществлен. Это имело принципиальное значение в снижении частоты кесарева сечения [5]. В 5 (7,2%) случаях наружный поворот на головку произвести не удалось.

Биомеханизм родов при тазовом предлежании

Биомеханизм родов состоит из шести моментов:

1-й момент, внутренний поворот ягодиц, соответствует внутреннему повороту головки при переднем виде затылочного предлежания. Он начинается при переходе ягодиц из широкой части полости малого таза в узкую и завершается на тазовом дне, где ягодицы устанавливаются своим межвертельным размером в прямом размере выхода из малого таза. Как правило, 1-й момент биомеханизма родов совершается в конце периода раскрытия и в начале периода изгнания. Иногда внутренний поворот ягодиц происходит лишь после наступления полного раскрытия, т. е. с началом второго периода родов.

2-й момент – боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника. Он происходит под влиянием тех же факторов, что и разгибание головки и совершается в периоде изгнания после врезывания передней ягодицы, когда к нижнему краю лона подходит гребень подвздошной кости плода (точка фиксации). В результате второго момента происходит прорезывание задней ягодицы и, следовательно, всего тазового конца.

3-й момент – внутренний поворот плечиков. После рождения ягодиц плечики вступают во вход в малый таз в косом размере и проходят родовой канал по тому же принципу, что и тазовый конец плода. Таким образом, внутренний поворот плечиков совершается на 45° и заканчивается на тазовом дне, где плечики устанавливаются своим небольшим, биакромиальным размером в прямом размере выхода таза.

4-й момент, боковое сгибание в шейном отделе позвоночника, происходит после врезывания переднего плечика, когда под нижний край лона подходит шейно-плечевой угол (точка фиксации). В результате бокового сгибания в шейном отделе позвоночника происходит рождение заднего плечика и, вместе с ним, всего плечевого пояса.

5-й момент – внутренний поворот головки. При рождении плечевого пояса в широкую часть полости малого таза вставляется головка, которая располагается стреловидным швом в поперечном размере таза. Совершая поступательное движение, при переходе в узкую часть полости малого таза головка постепенно поворачивается затылком кпереди, так что на тазовом дне стреловидный шов устанавливается в прямом размере выхода из таза.

6-й момент – сгибание головки. В результате внутреннего поворота головки к нижнему краю лона подходит ее подзатылочная ямка (точка фиксации). При дальнейшем поступательном движении, следуя по продольной оси таза, головка совершает сгибание. При этом происходит ее постепенное прорезывание ок-

ружностью, соответствующей среднему косому размеру. Рождением головки завершается биомеханизм родов и заканчивается период изгнания.

На рис. 5 представлены последовательные этапы механизма родов при тазовом предлежании.

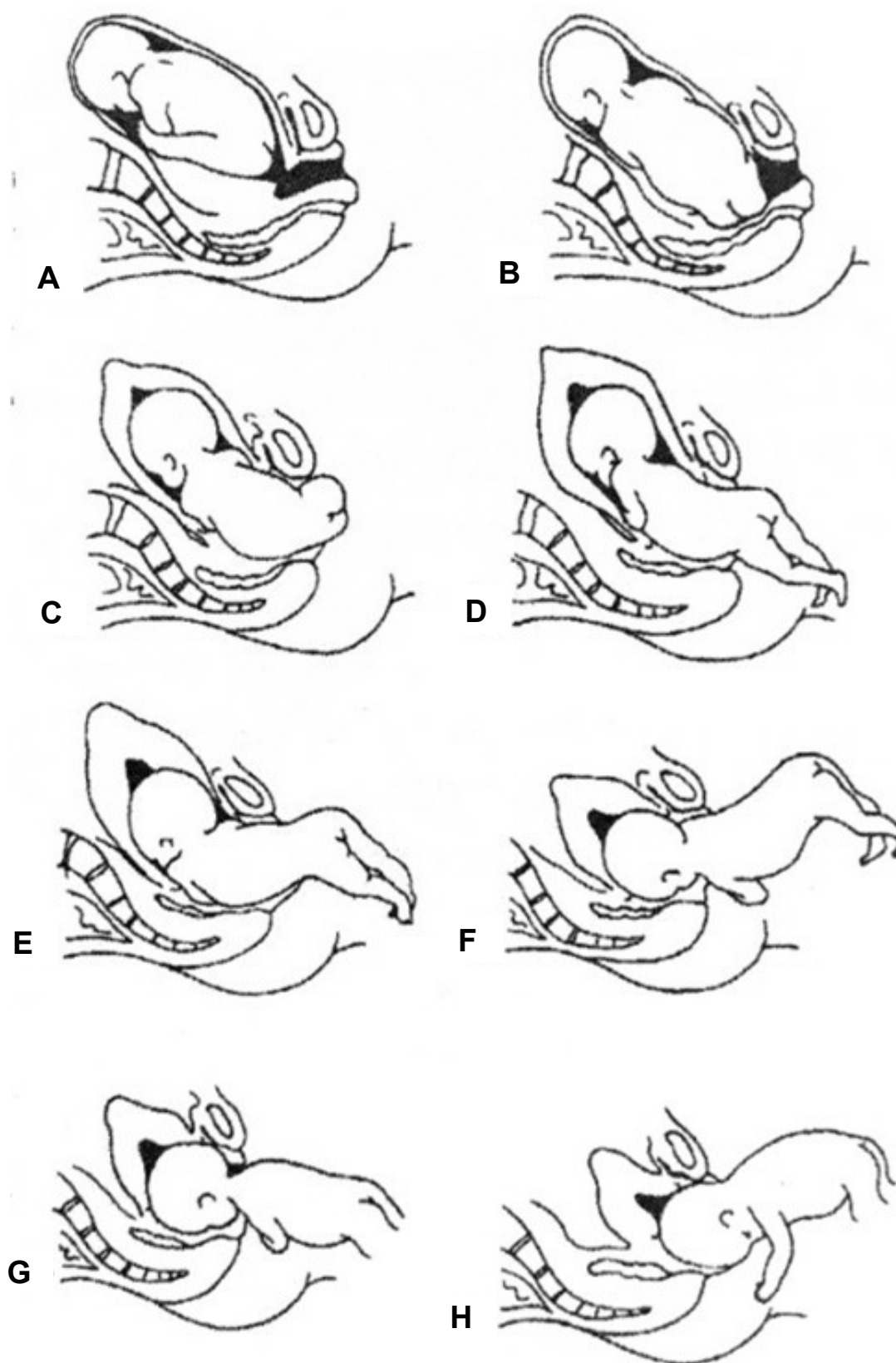


Рис.5. Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода
(Oxorn H., Foote W. Human Labor and Birth. NY, Appleton-Centry-Crofts, 1975).

Особенности клинического течения и ведения в периоде раскрытия

Сам по себе диагноз тазовое предлежание не является противопоказанием к вагинальным родам (уровень доказательности С). В письме МЗРФ от 2017 г. [13] приводятся следующие 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.

К неблагоприятным факторам для влагалищных родов относятся:

- 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.
- ножное предлежание (за исключением, если женщина поступила во 2 периоде родов с адекватной родовой деятельностью) (уровень доказательности IV).
- разгибание головки плода и/или запрокидывание ручек, подтвержденное УЗИ.
- предполагаемый вес плода: $< 2000\text{--}2500$ г (В-2b) или $> 3600\text{--}3800$ г (в зависимости от роста и размеров таза женщины) (В-2b).
- 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 при 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 опуститься на тазовое дно.

Преждевременное и раннее излитие околоплодных вод при тазовом предлежании наблюдается нередко. Подобное осложнение отмечается в 30% и более случаев. Это обусловлено тем, что ягодичы имеют меньший объем по сравнению с головкой, поэтому не образуется хорошо выраженный пояс внутреннего соприкосновения и не происходит разделение околоплодных вод на передние и задние. Наибольший объем предлежащей части при несвоевременном излитии околоплодных вод способствует выпадению пуповины. Частота данной патологии зависит от вида тазового предлежания; в среднем встречается в 3–5%, и обуславливает перинатальную смертность в 30–50% случаев. Предупреждение несвоевременного излития околоплодных вод при тазовых предлежаниях плода в настоящее время ограничивается назначением роженице постельного режима. При этом ножной конец кровати может быть несколько приподнят.

Следующая особенность заключается в частом развитии слабости родовой деятельности (в 2–4 раза чаще). Недостаточная сила схваток нередко связана с причиной возникновения самого тазового предлежания, т.е. обусловлена функционально-морфологической неполноценностью мускулатуры матки. Кроме того, тазовый конец плода по сравнению с головкой в меньшей степени раздражает рецепторы нижнего сегмента и шейки матки и тем самым снижает рефлекторный механизм, поддерживающий начавшуюся родовую деятельность на достаточно интенсивном уровне. Усилению схваток способствует положение роженицы на боку, соответствующему позиции плода, с несколько притянутыми к животу бедрами. Такое положение не только усиливает родовую деятельность, но также благоприятствует вставлению предлежащей части во вход в таз и предохраняет пуповину от выпадения. При развитии слабости родовой деятельности от применения родостимуляции следует воздержаться. В настоящее время профилактика гипоксии плода не проводится.

Клиническое течение и ведение родов в периоде изгнания. Период изгнания при тазовых предлежаниях разделяют на 4 этапа: 1) рождение плода до пупочного кольца; он включает 1-й и 2-й моменты биомеханизма родов и означает вставление во вход в таз плечевого пояса плода; 2) рождение плода до нижнего угла передней лопатки. Этот этап совершается в результате 3-го момента биомеханизма родов и означает вставление во вход в малых таз головки. Из-за сдавления пуповины с этого момента до завершения рождения плода не должно пройти более 3 мин.; 3) рождение плечевого пояса и ручек. Является результатом завершения 3-го момента, происходившего на предыдущем этапе, а также 4-го момента биомеханизма родов; 4) рождение головки, происходит в результате 5-го и 6-го моментов биомеханизма родов[4].

При тазовом предлежании головка рождается последней. Тазовый конец не может подготовить родовые пути до степени, необходимой для прохождения последующего плечевого пояса и головки. Поэтому возможен ряд осложнений. К осложнениям в периоде изгнания относятся:

- а) запрокидывание ручек;
- б) разгибание головки;
- в) спазм маточного зева с ущемлением шеи плода;
- г) спазм шеи плода;
- д) образование заднего вида.

Запрокидывание ручек осложнение, зависящее от нарушения правильного членорасположения плода, при этом ручки отходят от грудки и запрокидываются кверху. Различают три степени запрокидывания ручек: первая степень – с размещением их впереди лица, вторая – по сторонам головки и третья – позади затылка (Рис. 6).

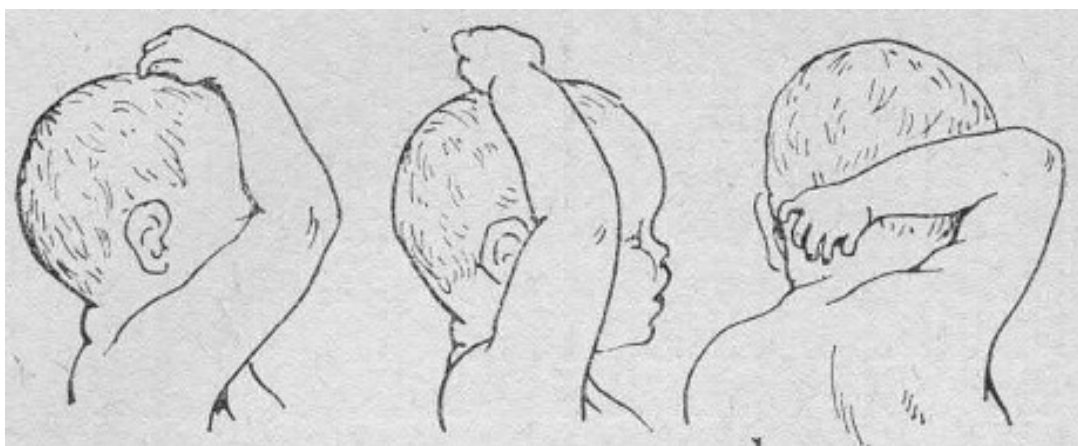


Рис.6. Различные степени запрокидывания ручек.

Задний вид тазового предлежания является неблагоприятным вариантом. Он устанавливается в начале рождения тазовой части плода, когда последний поворачивается спинкой кзади. Если немедленно не перевести задний вид в передний путем вращения туловища плода (до момента прорезывания лопаток), то рождение верхней части туловища, ручек и головки представит большие трудности.

Методика ведения II периода родов при тазовых предлежаниях предложена Н.А. Цовьяновым. В основе метода лежат поддержание при рождении плода сгибательного членорасположения и направление родившейся части по проводной оси таза с учетом позиции плода. Метод Цовьянова применим лишь при неосложненных родах. Важнейшим условием, обеспечивающим успех метода Цовьянова, является хорошая родовая деятельность в периоде изгнания. Поэтому в периоде изгнания для усиления родовой деятельности необходимо внутривенное капельное введение окситоцина, начиная с 8 кап/мин, постепенно увеличивая скорость введения (5 ЕД окситоцина в 400 мл 0,9% раствора NaCl). Возможно дробное внутримышечное введение окситоцина по 0,25–0,5 мл через 15–20 мин. Однако в настоящее время от него отказались. В конце второго периода родов для профилактики спастического сокращения маточного зева следует внутримышечно или в/в ввести один из спазмолитиков (но-шпа 2,0–4,0 мл, атропина сульфат 0,1% – 1,0); проводят профилактику гипоксии плода. В качестве средства уменьшающего риск развития гипоксии плода и новорожденного

у рожениц с тазовым предлежанием ранее рекомендовался пирацетам. Одним из его свойств является способность защищать клетки ЦНС от гипоксического поражения путем активации метаболизма, повышения концентрации АТФ. Причем рекомендовалось его применение на фоне внутривенного введения трентала.

При спазме маточного зева с ущемлением туловища и шеи плода необходимо осуществить острый токолиз внутривенным струйным введением 2,0 мл гинипрала [9].

Метод Цовьянова дифференцируется от вида тазового предлежания: при ягодичных предлежаниях используют метод Цовьянова I и при ножных – метод Цовьянова II.

Пособие при ягодичных предлежаниях (метод Цовьянова I). Рождение плода до пупочного кольца происходит самостоятельно. Во время врезывания передней и прорезывания задней ягодицы уточняется позиция плода. Сразу после рождения ягодиц они захватываются обеими руками. При этом большие пальцы удерживают ножки от разгибания, и рождающаяся часть плода направляется вверх, по направлению проводной оси таза (Рис. 5). При обильной сыровидной смазке, во избежание соскальзывания рук, родившаяся часть плода поддерживается через марлевую салфетку. Поступательное движение плода совершается силой потуг, и каких-либо к извлечению его производить нельзя. Вследствие такого положения ножек тело плода имеет форму конуса, постепенно расширяющегося кверху. Конус этот достигает своего максимального на уровне плечевого пояса. При среднем весе плода 3000 г окружность плечевого пояса составляет 42–44 см, а окружность головки – 33–34 см. За счет этого происходит подготовка мягких родовых путей для последующего прохождения головки, а также предупреждается запрокидывания ручек и разгибания головки, которые являются главными осложнениями, ведущими к задержке родов и гипоксии плода (Цовьянов Н.А., 1954).

Для предупреждения разрыва промежности и ускорения последующих этапов родов целесообразно устранить сопротивление со стороны промежности путем перинеотомии. Рассечение промежности производится в момент прорезывания ягодиц (Шунева З.С., 1982). С последующими потугами происходит рождение туловища. По мере рождения плода большие пальцы перемещаются по ножкам к задней спайке. При этом они должны только удерживать ножки от разгибания и выпадения.

С появлением нижнего угла передней лопатки родившаяся часть плода несколько отклоняется вниз и в сторону бедра роженицы, обращенного к спинке плода. Тем самым облегчается рождение передней ручки, а шейно-плечевой угол плода становится точкой фиксации (Рис. 7). Вслед за этим для рождения задней ручки и всего плечевого пояса плод снова приподнимают кверху, и из крестцовой впадины легко рождается задняя ручка.

Со следующей потугой происходит рождение головки: после того, как завершится ее внутренний поворот и подзатылочная ямка окажется у нижнего края лона, туловище плода круто направляется к лону роженицы. При энергичной потуге рождение головки происходит быстро и без затруднений.



а



б

Рис.7. Пособие по Цовьянову I
а. Выведение переднего плечика.
б. Рождение нижнего плечика.

Задержку продвижения последующей головки связывают с тем, что при тазовом предлежании плода довольно часто наблюдаются отклонения от нормального биомеханизма родов. Чем крупнее плод, тем чаще при самопроизвольном течении родов плечевой пояс плода своим большим размером проходит вход в малый таз в поперечном размере. Клиническим выражением прохождения плечевого пояса через поперечный размер входа в малый таз является поворот спинки плода кпереди при рождении туловища. Последующая головка при таких взаимоотношениях таза и туловища вступает в плоскость входа стреловидным швом в неблагоприятном для течения родов прямом размере. Вставление головки стреловидным швом в прямой размер входа в малый таз приводит к задержке ее продвижения и, в дальнейшем, к развитию внутриутробной гипоксии плода.

Чтобы предупредить это осложнение, обеспечив быстрое и бережное проведение головки через вход плода в таз, а также сохранить естественное членорасположение плода, сотрудником кафедры акушерства и гинекологии ЛПМИ к.м.н. З.С. Шуневой был предложен при оказании пособия новый прием. Он направлен на обеспечение наиболее рационального, а потому и легкого прохождения головки через родовой канал. Этот прием заключается в том, что туловище и плечевой пояс плода проводятся в прямом размере входа в малый таз с тем, чтобы последующая головка вступала во вход в таз стреловидным швом в поперечном размере. Ягодицы плода, как известно, прорезываются в прямом размере. При рождении туловища, а затем плечевого пояса мы удерживаем плод так, чтобы рождающееся вслед за ягодицами туловище и плечевой пояс прорезывались тоже в прямом размере (при переднем виде первой позиции туловище должно быть обращено спинкой к левому бедру роженицы, при второй позиции – спинкой к правому бедру). Когда туловище проводится в прямом размере, плечики плода вступают во вход в малый таз также в прямом размере. Этот размер входа в малый таз на 2 см меньше поперечного. Возникают благоприятные пространственные взаимоотношения, при которых не происходит за-

прокидывание ручек. При рождении плечевого пояса в прямом размере головка вступает во вход в таз стреловидным швом в поперечном размере, что является наиболее выгодным вставлением (Рис.8).

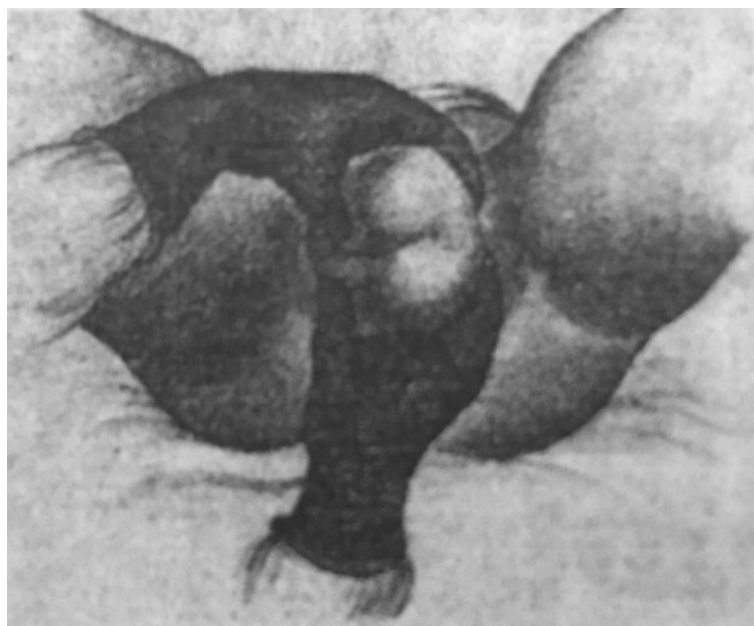


Рис.8. Дополнение к методу Цовьянова при I позиции плода (по З.С. Шуневой).

Удерживая плод по методу Н.А. Цовьянова с указанным дополнением (при I позиции спинка плода обращена влево, при II позиции – вправо) стремятся к тому, чтобы после рождения туловища до пупочного кольца роды закончились самостоятельно за 1–2 потуги, т.е. в ближайшие 1–2 минуты. После пререзывания ягодиц роженице разрешается короткий отдых: две-три потуги купируются глубоким вдыханием кислорода из системы, после чего потуги обычно усиливаются, становятся более эффективными и в ближайшие 1–2 минуты самостоятельно рождается плечевой пояс и головка. Для укорочения периода изгнания производится перинеотомия в момент пререзывания ягодиц, чтобы ускорить их пререзывание и сберечь силы роженицы для последующих потуг.

Изложенные выше дополнительные приемы были применены у 179 рожениц, родоразрешенных в акушерской клинике ЛПМИ; из них у 142 рожениц в сочетании с методом Н.А.Цовьянова, у 29 – с методом Цовьянова II (при ножных предлежаниях) у 7 – при извлечении плода за тазовый конец и у 1 при оказании классического ручного пособия. В асфиксии родилось 33 ребенка (18%). Из них, у 29 наблюдалась легкая асфиксия, а у 4 – тяжелая. 178 детей выписаны домой в удовлетворительном состоянии, но в периоде новорожденности отмечены следующие осложнения: у 4 – явления внутричерепной родовой травмы (масса тела при рождении: 4000 г, 3750 г, 3500 г и 3400 г), у 11 – врожденный вывих одного или двух тазобедренных суставов, у 3 – перелом ключицы, у 1 – парез лицевого нерва, у 2 – косолапость и у 2 – кривошея. Таким образом, среди 179 рожениц с тазовым предлежанием, где при оказании пособия в период изгнания применялись дополнительные приемы, отмечено 1 мертворождение (0,5%).

Оказание пособия при ножных предлежаниях (метод Цовьянова II). Ножные предлежания относятся к разгибательным членорасположениям плода. Поэтому, возможность запрокидывания ручек и разгибание головки в период изгнания увеличивается. Кроме того, одна или обе ножки рождаются во влагалище при еще неполном раскрытии шейки, и в последующем имеется опасность ущемления головки в зеве шейки матки. Для предупреждения перечисленных осложнений метод Цовьянова II предусматривает перевод ножных (разгибательных) предлежаний в ягодично-ножное, т.е. сгибательное предлежание. С этой целью, как только в глубине влагалища показываются ножки плода, половая щель роженицы прикрывается стерильной пленкой, через которую акушер ладонной поверхностью руки во время каждой схватки оказывает противодействие ножкам и препятствует их рождению до того момента, когда на тазовое дно вместе с ножками не опустятся ягодичцы.



Рис.8.1. Пособие по Цовьянову II

Опускание ягодичц на тазовое дно происходит лишь при полном раскрытии шейки. Признаком наступления полного раскрытия и расположения ягодичц на тазовом дне служит появление, несмотря на оказываемое противодействие, из-под боковых сторон ладони акушера ножек плода и ощущение давления опустившихся ягодичц. Кроме того, о наступлении полного раскрытия можно судить по высоте стояния пограничного кольца, а так же по появлению потуг. С наступлением полного раскрытия и переводом ножного предлежания в ягодично-ножное, противодействие прекращают и в дальнейшем оказывают пособие как при методе Цовьянова или Брахта, т.е. удерживают ножки в состоянии сгибания и направляют туловище плода по проводной оси таза с учетом позиции плода. Следует учитывать, что при ведении родов по Цовьянову при ножном предлежании за счет противодействия продвижению плода, может возникнуть травма спинного мозга. Поэтому, при ножном предлежании и полном раскрытии маточного зева пособие по Цовьянову II оказывать не следует. Действительно, в настоящее время показания к оказанию пособия по Цовьянову при

ножном предлежании сужены. Это пособие допустимо у повторно родящих при хорошей родовой деятельности, средних размерах плода, отказе женщины от кесарева сечения (Чернуха Е.А., Пучко Т.К., 2007). С подобным подходом следует согласиться.

Пособие по Цовьянову оказывается эффективным в 60–80% случаев. При запрокидывании ручек или разгибании головки, задержке рождения плода до нижнего угла лопатки более 3 мин. потребуется переход на классическое ручное пособие.

Под операцией классического ручного пособия при тазовом предлежании понимается извлечение плода, родившегося до нижнего угла передней лопатки (рис.9), т.е. освобождение ручек и последующей головки. Классическое ручное пособие начинается с извлечения задней ручки (рис.10,11) и последующим поворотом плода на 180 градусов для перевода передней ручки в крестовую впадину и ее выведением (рис.12,13).



Рис.9. Выведение туловища до нижнего угла лопаток.



Рис.10. Выведение нижней ручки

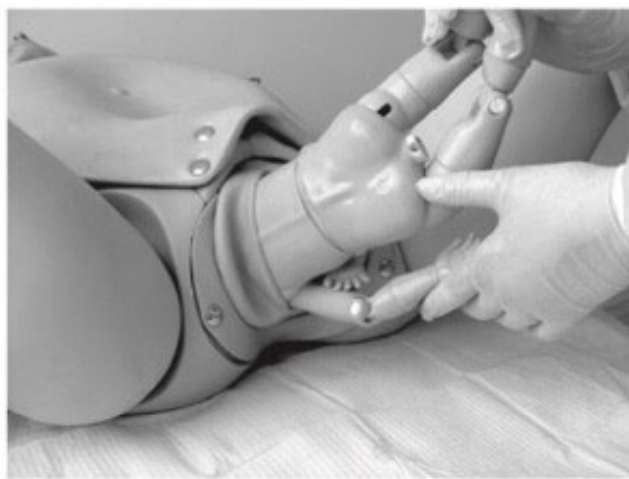


Рис.11. Рождение нижней ручки



Рис.12. Поворот туловища на 180°
(спинка плода должна пройти под симфизом)



Рис.13. Освобождение второй ручки после поворота туловища на 180°
(вид со стороны животика плода)



Рис.14. Выведение головки плода методом Мориса–Левре–Ляшпель.



Рис.15. Выведение головки плода методом Файта–Смелли.

Выведение головки производится в результате ее сгибания после подведения под нижний край лона подзатылочной ямки. Для этого обычно используется метод Морисо–Левре–Лашапель, при котором туловище плода располагают на предплечье и в ротик плода вводится указательный палец. Второй рукой плод охватывается за плечики. Этой рукой осуществляются тракции по направлению оси родового канала. Тракциями направленными на себя и вниз, подзатылочную ямку подводят под нижний край лона, в затем тракции производят вверх (Рис.14).

По мнению ряд авторов достаточно эффективным способ освобождения плечиков и ручек плода является способ А.Мюллера-М.Я.Мартыншина, при котором для освобождения и вывода ручек плода не требуется осуществления наружного поворота плода на 180 градусов. Способ сводится к оттягиванию туловища плода сильно книзу, в результате чего переднее плечико плода подходит под симфиз. При этом происходит или самопроизвольное рождение передней ручки или ее можно легко вывести. Затем туловище плода отклоняется кверху благодаря чему освобождается заднее плечико с задней ручкой.

Операция извлечения плода за ножку показана при начавшейся внутриутробной гипоксии плода, вторичной слабости родовой деятельности не поддающейся медикаментозной коррекции, необходимости выключения потуг. Операция осуществляется под общим обезболиванием, так как требуется более полное расслабление произвольной мускулатуры, сокращение которой может препятствовать извлечению плода. Операция складывается из трёх этапов. Производится захватывание ножки и извлечение плода до нижнего угла передней лопатки. Тракции производят на себя и вниз, а после врезывания передней ягодичицы – на себя и вверх, пока не родятся задняя ягодичица и вторая ножка плода. После рождения ягодичиц акушер располагает руки на бёдрах и крестце и тракциями на себя и вниз извлекает плод до нижнего угла передней лопатки. Со следующего этапа извлечение плода аналогично объёму при оказании классического ручного пособия: освобождение плечевого пояса и ручек, освобождение последующей головки.

Пособия при запрокидывании ручек и заднем виде (по А.И. Петченко, 1965).

В тех случаях, когда обычным приёмом вывести ручки скольжением по лицу и грудке не удастся, – прибегают к специальным приемам выведения запрокинутой кверху ручки (ручек). При первой и второй степени запрокидывания ручки, можно применить прием Преображенского, который заключается в надавливании на лопаточные углы и смещении их по направлению к позвоночнику, что способствует опусканию плечевой кости, а с ним и локтевого сгиба. После применения этого приема переходят к извлечению ручек со стороны крестцовой впадины. При третьей степени запрокидывания ручки плод вдвигают обратно, в родовой канал, акушер подводит свою руку по спинке плода к предплечью его и переводит предплечье через головку в нормальное положение или вращает плод в направлении пальцев запрокинувшейся ручки. После этого извлекают ручку описанным выше способом. При запрокидывании обеих ручек извлечение их представляется более трудным. В таких случаях извлечение ведут атипично; можно испытать приемы, что и при запрокидывании одной ручки. В крайнем случае, следует извлечь плод несмотря на запрокинутые ручки.

Задний вид тазового предлежания. Если акушер в начале родов замечает, что плод находится в заднем виде тазового предлежания, следует немедленно перевести его в передний путем вращения туловища плода. Если же плод родился до лопаток и вращение уже не удастся, то приходится заканчивать роды при заднем виде, что может представить большие трудности как при извлечении ручек, так и при выведении головки. В легких случаях, когда ручки не запрокинуты, их без особого труда извлекают пальцами из-под лонного сочленения. В случаях запрокидывания ручек (что встречается чаще) снова делают попытку вращения плода для перевода заднего вида в передний.

Если это не удастся, то переходят к освобождению одной или обеих ручек специальным приемом. Для этого одной рукой приподнимают плод за ножки кверху, а другую руку подводят по спинке и плечевому суставу к ручке плода, надавливая на плечо, после чего ножки быстро опускают вниз. В случае успеха в полой щели из-под лона появляется локоток, и за локтевой сгиб извлекают

предплечье. Так же извлекают и вторую ручку. Иногда, после извлечения одной ручки, поворачивают плод на 180° и извлекают другую ручку обычным способом.

Выведение головки. Если головка в полость таза и находится в состоянии сгибания, то применяют обратный прием Морисо–Левре–Лашапель. Он заключается в том, что плод укладывают спинкой на ладонь акушера, расположив указательный и средний пальцы на предплечье плода; пальцы другой руки вводят в ротик и сгибают головку. Тракции совершают на себя и вниз, чтобы вывести головку до области большого родничка, а затем круто кверху – для выведения затылка (головка при этом прорезывается малым косым размером).

Если головка находится в состоянии разгибания и подбородок «зацепился» за лono, то прибегают к «обратному пражскому приему». Он состоит в том, что акушер вводит руку во влагалище ладонью кверху и захватывает плод пальцами за надплечия; другой рукой он подхватывает плод за ножки. Помощник в это время надавливает со стороны живота на головку плода. Производя тракции внутренней рукой вниз и на себя, а наружной приподнимая плод за ножки, акушер дугообразным движением выводит головку из-под лона, причем она прорезывается так, что первым рождается затылок, последним – личико (Рис.16).



Рис.16. Извлечение головки в заднем виде. «Обратный пражский прием».

Высокий уровень осложнений, сопровождающий роды в тазовом предлежании, сложная техника ряда операций и пособий в родах; все это привело к закономерному росту родоразрешения путем операции кесарева сечения. Уже в 70-е годы по данным E.Quilligan, F. Zuspan частота родоразрешения путем операции кесарева сечения составляла 31,7%. В настоящее время расширены показания к родоразрешению операцией кесарева сечения у женщин с тазовым предлежанием. Е.А.Чернуха, Т.К. Пучкова (2007) считают, что оптимальная частота кесарева сечения при тазовом предлежании составляет 60–70%. Gregori R.D. с соавт., (2001) приводят данные по Лос-Анджелесу, Калифорнии. Так, в муници-

пальных больницах родоразрешаются через естественные родовые пути в ягодичном предлежании 28,4% женщин и в частных клиниках – 5,4%. Заслуживает внимания мнение профессора Н.В Кобозевой (1982) о том, что оптимальным способом родоразрешения при тазовом предлежании следует признать абдоминальное кесарево сечение, выполненное в плановом порядке.

На сегодняшний день показания к кесареву сечению можно сформулировать следующим образом:

1. наличие сочетания относительных показаний к кесареву сечению и тазового предлежания;
2. ножное предлежание плода у первородящих женщин;
3. масса плода более 3600 г (некоторые зарубежные акушеры указывают 3500 г);
4. срок беременности < 34 нед и более 25 нед при отсутствии летальных пороков развития плода;
5. нарушенное членорасположение плода – разгибание головки плода; запрокидывание ручек;
6. диспропорция между размерами таза матери и плода;
7. выпадение петель пуповины при невозможности быстрого родоразрешения через естественные родовые пути.

Особенности ведения при преждевременных родах и многоплодной беременности

Тазовое предлежание при преждевременных родах

В настоящее время остаются спорными вопросы относительно способа родоразрешения при тазовом предлежании в сроки менее 34 недель беременности. Способ родоразрешения должен быть выбран в зависимости от периода родов, варианта тазового предлежания, состояния плода и наличия врача, имеющего навыки ведения вагинальных родов в ягодичном предлежании (уровень доказательности C) [19]. Не рекомендуется кесарево сечение при тазовом предлежании на сроках 22-25⁺⁶ недель беременности (уровень доказательности C). В сроке 26-29⁺⁶ нед. предпочтительно кесарево сечение (уровень доказательности IV). По мнению большинства авторов, при тазовом предлежании и массе плода от 1500 до 2000 г, ввиду его большой травматизации в родах показано родоразрешение с помощью кесарева сечения [2, 3, 15]. Кесарево сечение при преждевременных родах рекомендуется, если помимо тазового предлежания есть показания со стороны матери и/или плода (GPP). До 25% всех преждевременных родов обусловлены осложнениями беременности, такими как преэклампсия, задержка роста плода, кровотечение во время беременности. У женщин, требующих запланированного досрочного родоразрешения в тазовом предлежании по показаниям со стороны матери и/или плода, рекомендуется кесарево сечение (уровень доказательности 4) [19]. Проблема, с которой сталкиваются при влагалищных преждевременных родах в тазовом предлежании, является рождение туловища плода при неполном раскрытии шейки матки (частота 14%). При кесаревом сечении после извлечения туловища может также произойти ущемление головки плода (частота, как при вагинальных родах, око-

ло 14%). Если произошло ущемление головки плода, при влагиалищных родах можно выполнить разрезы на шейке матки; при кесаревом сечении следует дополнительно произвести вертикальный разрез на матке (J-образный или T-образный) (уровень доказательности 3) с токолизом или без него (уровень доказательности D). Крупномасштабное исследование в 2007 году в Швеции (2674 женщин) продемонстрировало сокращение смертности недоношенных новорожденных при кесаревом сечении вдвое (уровень доказательности 2). По данным систематического обзора 2014 года, взвешенный риск смертности новорожденных при преждевременных родах составлял 3,8% при кесаревом сечении и 11,5% при вагинальных родах[17].

Тазовое предлежание при родах двойней

В настоящее время недостаточно доказательств относительно тактики ведения вагинальных родов двойней и ТП плода. Вагинальные роды ассоциированы с высоким риском сцепления близнецов. В связи с этим не следует менять практику планового кесарева сечения при двойне и ТП первого плода в сроки от 37 недель беременности (уровень доказательности рекомендаций 1+). Если преждевременные роды не произошли, рекомендуется родоразрешение в 37 недель беременности. Предлежание второго плода при родах двойней не всегда предсказуемо. Шанс головного предлежания второго плода может быть повышен при фиксации его головки у входа в таз матери сразу после рождения первого плода. Если после рождения первого плода диагностировано ТП второго плода, рутинное кесарево сечение не рекомендуется ни при родах в срок, ни при преждевременных родах (уровень доказательности В), поскольку нет доказательств того, что оно улучшает исходы для плода [19].

Исходы для плода. При физиологическом течении беременности, при неосложненном родовом акте и бережном родоразрешении через естественные родовые пути течение острой фазы адаптации и ранний неонатальный период протекают с выраженным напряжением механизмов регуляции гомеостаза, чего нет при головном предлежании. В свое время проф. В.В. Абрамченко (1999) проведя анализ литературы за предшествующие 30 лет, пришел к выводу, что в основном имеются 4 главные причины перинатальных потерь. К ним относятся:

- недоношенность с рождением детей с низкой массой тела в 25% случаев всех тазовых предлежаний;
- врожденные пороки развития до 6%;
- выпадение петель пуповины до 10 при ножных предлежаниях, и до 5% при чистом ягодичном предлежании;
- родовая травма в виде паралича плечевого сплетения, переломы ключиц и длинных костей, травмы мягких тканей, внутрижелудочковые кровоизлияния.

С.В. Пальчевская с соавт. (2002) приводит данные о том, что оценку по шкале Апгар 7 и более баллов на первой минуте жизни получили 66% новорожденных, родившихся в тазовом предлежании, в то время как при кесаревом сечении – в 94% случаев. Большой интерес представляет уровень перинатальной заболеваемости при экстренной и плановой операции кесарева сечения при тазо-

вом предлежании. По данным З.М. Мусаева с соавт., (2004) низкая оценка по шкале Апгар (7 баллов и менее) наблюдалась в 47,7% новорожденных, гипоксически-травматические поражения ЦНС – в 43,2%, гипоксически-ишемические поражения ЦНС – у 31,8% и судорожный синдром – у 22,7% при экстренном родоразрешении операцией кесарева сечения; при плановой операции кесарева сечения – 14,7%, 20,6%, 23,5% и 2,9% соответственно. При этом основными показаниями для экстренного родоразрешения были слабость родовой деятельности, неэффективность родостимуляции, хроническая внутриутробная гипоксия плода. И.В. Игнатко с соавт. (2005) показали, что при тазовом предлежании плода в сроках 36/39 нед в 38,4% наблюдали нарушения кровотока в вертебробазилярной области, обусловленной положением головки. С этим связывают высокую частоту неврологической заболеваемости новорожденных; гипоксически-ишемическое поражение ЦНС – 17,4 %, гипоксически-травматические поражения – 26,1%. Тенденция к компенсации ацидоза у детей, родившихся в тазовом предлежании, отмечались лишь с 3 часа постнатального периода, в то время как при головном с 1 часа. Имеется предположение, что незрелость нейронов продолговатого мозга при тазовом предлежании (как показывают данные морфологических исследований Г.Ф. Кутушева и В.Г. Баласанян) затрудняет становление внешнего дыхания у новорожденных родившихся в тазовом предлежании (Кобозева Н.В., 1982). Одной из основных причин заболеваемости и смертности детей, родившихся в тазовом предлежании, является асфиксия и родовой травматизм, который соответственно отмечается в 10–13 и 3–8 раз чаще. Чем при головном. Из-за особенностей биомеханизма родов у плодов страдает гемоликвородинамика, происходит нарушение структур головного мозга. При этом могут отмечаться повреждения мозжечкового намета, кровоизлияния в мозжечок, субдуральные гематомы. При родах в тазовом предлежании следует помнить о возможности травматизации шейного отдела позвоночника; нередко происходит поражение периферической нервной системы (паралич Эрба, лицевого нерва); травма мышц, повреждение внутренних органов (печень, селезёнка) у плода. Так, при чрезмерном разгибании головки плода перинатальная смертность достигает 13,7%, частота травм спинного мозга и позвоночника – 20,6%. В свое время в монографии Грищенко И.И. и Шулепова А.Е., (1979) были представлены сведения о перинатальной смертности при тазовых предлежаниях в зависимости от метода ведения родов: при методе Цовьянова – 7,4%, при классическом ручном пособии – 4,7% извлечение плода за ножку – 39,7% и при кесаревом сечении перинатальной смертности не было. При этом следует учитывать, что в 70-е годы прошлого столетия акушеры хорошо владели пособиями, оказываемыми при тазовых предлежаниях. Ниже представлена структура заболеваемости доношенных новорождённых, родившихся в тазовом предлежании.

У детей, родившихся в тазовом предлежании, в 15% случаев выявляются нарушения ортопедического статуса. Из них мышечная кривошея встречается в 41,6%. С высокой частотой встречается вывих бедра (12,5–30%). Более низкие цифры приводят Y.Y. Hsien с соавт., при обследовании 183 детей, родившихся в тазовом предлежании. По их данным мышечная кривошея встречается в 1,78%

**Структура заболеваемости доношенных новорождённых, родившихся
в тазовом предлежании (Е.А. Чернуха, Т.К. Пучко, 2007)**

Заболевание	%
Внутриутробная гипотрофия	6,9
Синдром гипервозбудимости	6,9
Синдром угнетения ЦНС	3,0
Травматическая миелорадикулопатия шейного отдела позвоночника	2,0
Дисплазия тазобедренных суставов	14,9
Врожденный везикулёз	2,0
Врождённая пневмония	2,0
Врождённые пороки сердца	3,0
Мышечная кривошея	1,0
Болезнь Дауна	1,0
Shina bifida	1,7

против 0,3% в контрольной группе; врождённые вывихи бедра – 0,9% и 0,06% соответственно. Отмечается высокая частота стигм у детей, родившихся в тазовом предлежании. Так, например, низкое расположение ушных раковин имело место в 20,5% случаев, в контроле – только в 0,3%. Все это требует относить детей родившихся в тазовом предлежании в группу высокого риска. Необходимо наблюдение таких детей невропатологом и ортопедом.

Литература

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. Руководство для врачей. СПб.: Специальная литература; 1996: 480.
2. Акушерство: учебник /Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава и др. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018: 576.
3. Акушерство: учебник /под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016: 1040.
4. Гайдуков С.Н. Очерки акушерской патологии. Руководство для врачей и студентов. СПб.: Изд. ГПМА; 2002: 372.
5. Гайдуков С.Н., Ключ О.С., Резник В.А., Васильев В.В. Должен ли стать общепринятой практикой профилактический поворот при тазовом предлежании плода? Журнал акушерства и женских болезней. 2007; 56(2): 105–10.
6. Грищенко И.И., Шулешова А.Е. Дородовые исправление неправильных положений и тазовых предлежаний плода. Киев: Здоровья; 1979.
7. Доброхотова Ю.Э. Роды при тазовых предлежаниях. Акушерство: национальное руководство /под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015: 755–65.
8. Игнатко И.В., Липницкая Т.Е., Минская Т.В. Выбор акушерской практики при тазовом предлежании с учетом гемодинамики в вертебробазиллярной системе плода и новорождённого. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2005; 4(2).
9. Клинические протоколы (акушерство) / А.А. Шмидт, Т.К. Тихонова, Д.И. Гайворонских [и др.]. СПб.: СпецЛит; 2016: 255.
10. Кобозева Н.В. Тазовое предлежание в современном акушерстве. Тазовое предлежание плода (клинико-морфологические параллели). Сб. научных трудов. Под ред. Н.В.Кобозевой. Л.; 1982: 5–10.
11. Мусаев З.М., Липницкая Т.Е., Минкина Т.В. Тазовое предлежание: перинатальная заболеваемость при экстренной и плановой операции кесарева сечения. Материалы 6 Российского форума «Мать и дитя». М.; 2004: 135–6.
12. Орел В.И., Гайдуков С.Н., Резник В.А. Стационарные замещающие технологии в акушерстве. СПб.: Изд. ГПМА; 2002: 120.
13. Письмо МЗ РФ от 18.05.2017 №15-4/10/2-3299 Клинические рекомендации (протокол). «Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов)». Коллектив авторов. М.; 2017: 39.
14. Тапильская Н.И., Гайдуков С.Н. Устранение дефицита фолатов – основная стратегия коррекции гомоцистеинзависимой эндотелиальной дисфункции. Гинекология. 2013; 15(3): 70–4.
15. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Тазовое предлежание плода. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007: 176.
16. Шабалов Н.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф., Кочеровец В.И., Пальчик А.Б., Бескровный С.В., Кириченко В.Ф., Лисс В.Л., Софронова Л.И., Шапкайтц В.А., Беженарь В.Ф., Берлев И.В., Васильев В.Е., Иванов Д.О., Карева И.В., Петренко Ю.В., Рябинин Г.Б. Основы перинатологии. Под редакцией Н.П. Шабанова и

Ю.В. Цвелева 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: МЕДпресс-информ; 2002: 576.

17. Юстус Хофмаейр Г. Роды при тазовом предлежании. Беременность высокого риска: протоколы, основанные на доказательной медицине/Дж. Т. Квинан, Кэтрин И. Спонг, Чарльз Дж. Локвуд; пер. с англ. под ред. А.Д. Макацарии, В.О. Бицадзе. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018: 481–5.

18. Bergenhenegouwen L.A., Meertens U., Schaaf J., Nijhuis J.G., Mol B.W., Kok M., Scheepers H.C. Vaginal delivery versus caesarean section in preterm breech delivery: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014 Jan; 172: 1–6.

19. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Breech Presentation. RCOG Guideline No. 20a, 2010: 8.

20. Impey LWM., Murphy D.J., Griffiths M., Penna L.K., RCOG Green-top Guideline No. 20b. *BJOG*, 2017. Management of Breech Presentation.

21. Goffinet F., Carayol M., Foidart J.M., Alexander S., Uzan S., Subtil D., et al. PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194: 1002–11.

22. Hannah M.E., Hannah W.J., Hewson S.A., Hodnett E.D., Saigal S., Willan A.R., et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. *Lancet.* 2000; 356: 1375–83.

Учебное издание

Рухляда Николай Николаевич, **Гайдуков** Сергей Николаевич,
Прохорович Татьяна Ивановна, **Коновалова** Марина Вячеславовна,
Либова Татьяна Александровна, **Воробцова** Ирина Николаевна,
Васильев Владимир Владимирович

Под редакцией **Рухляды** Николая Николаевича

Ведение беременности и родоразрешение при тазовом предлежании плода

Учебно-методическое пособие

Подписано в печать 03.03.2020 г. Формат 60х84 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Объем 2,0 печ. л. Тираж 50 экз. Заказ № 16.

Отпечатано в ЦМТ СПбГПМУ

ISBN 978-5-907321-01-4