

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра акушерства и гинекологии №2 СамГМУ

**БАЛТЕР Р.Б.
ЗВЕНЗЛОВСКАЯ О.А.**

**БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ
ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА.**

Учебное пособие для студентов педиатрического
и медико – профилактического факультета.

Самара 2015

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра акушерства и гинекологии №2 СамГМУ

**БАЛТЕР Р.Б.
ЗВЕНЗЛОВСКАЯ О.А.**

**БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ
ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА.**

**Учебное пособие для студентов педиатрического
и медико – профилактического факультета.**

Самара 2015

УДК 618. 331 – 532.6

ФИО авторов Балтер Р.Б., Звензловская О.А.

Название учебного пособия: Беременность и роды при тазовом предлежании плода.

Учебное пособие для студентов педиатрического и медико – профилактического факультетов – Самара: Издательство «.....», 2011, -с.

В пособии отражен многолетний опыт заведующей кафедры акушерства и гинекологии №2, профессора Целкович Л.С.

Использованы самые современные материалы отечественной и зарубежной литературы, сведения последних международных форумов.

Учебное пособие предназначено для студентов педиатрического и медико – профилактического факультетов

Рецензенты:

- В.А. Мельников, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1, профессор, д.м.н.
- С.А. Вдовенко, руководитель Управления отделом помощи женщинам и детям Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области.

Учебное пособие утверждено ЦКМС СамГМУ (протокол № 4 от 23 марта 2011 г.)

УДК 618. 331 – 532.6

ФИО авторов Балтер Р.Б., Звензловская О.А.

Беременность и роды при тазовом предлежании плода.

Учебная цель: Изучить течение и ведение беременности, родов и послеродового периода при тазовых предлежаниях, а также влияния родов на плод и новорожденного.

Студент должен

иметь представление: об особенностях течения родового акта при тазовом предлежании плода, что необходимо в повседневной работе неонатолога, акушера-гинеколога и санитарного врача.

знать:

- методику обследования беременных с тазовым предлежанием;
- методы ведения родов при этом виде предлежаний;
- классификацию тазовых предлежаний;
- показания к операции извлечение плода за тазовый конец.

уметь:

- распознать тазовое предлежание плода;
- составить план ведения родов, решить вопрос об оперативном методе родоразрешения при тазовых предлежаниях, выпадении мелких частей плода и пуповины;
- на фантоме показать биомеханизм родов при различных видах тазового предлежания, извлечение плода за тазовый конец.

Общее время: 5 учебных часов (225 минут).

Оснащение занятия: графы логической структуры, фантом, таз, кукла, рисунки, фотографии УЗ – сканирования при различных видах тазового предлежания, истории родов с данной патологией.

Место проведения занятия: Учебная комната, отделение патологии беременных, родильное отделение, родовой – операционный блок.

Контрольные вопросы для определения исходного уровня знаний студентов.

1. Течение беременности при тазовых предлежаниях, роль женской консультации в патронаже таких беременных.
2. Причины тазовых предлежаний.
3. Классификация тазовых предлежаний.
4. Основные методы диагностики различных видов тазовых предлежаний.
5. Осложнения в течение первого периода родов при тазовых предлежаниях.
6. Осложнения в течение периода изгнания при тазовых предлежаниях.
7. Ведение послеродового и последового периодов при тазовых предлежаниях, профилактика акушерских маточных кровотечений.
8. Прогноз для женщины при тазовом предлежании плода.
9. Влияние родов на плод и новорожденного.

План самостоятельной работы студентов

Название этапа	Описание этапа	Цель этапа	Время, мин
1. Педагогический показ	Продemonстрировать на фантоме моменты биомеханизма родов при различных видах ягодичных предлежаний, а также классическое ручное пособие для выведения плечевого пояса и ручек плода. Извлечение плода за тазовый конец.	Тренировка и закрепление теоретических знаний и умений	25
2. Самостоятельная работа студентов в палате патологии, предродовой и приемной Леопольда - Левицкого для постановки диагноза.	Студенты курируют беременных, рожают. Осуществляют пальпацию, аускультацию живота, пользуются приемами Леопольда - Левицкого для постановки диагноза.	Закрепление теоретических знаний	65
3. Групповой разбор с преподавателем результатов самостоятельной работы студентов на примере 1-2 беременных	На примере 2-3 конкретных женщин, разобрать и обсудить клинику, диагностику тазовых предлежаний, методы обследования и родоразрешения.	Выработка умения анализировать и давать заключение	30
4. Групповой контроль результатов	Рабочей группе студентов предлагают 2 контрольных нетиповых задачи.	Закрепление полученных умений и навыков	30

Методика и содержание занятия

Частота родов при тазовом предлежании составляет 3,5% от общего числа родов. Этиологические моменты тазового предлежания разнообразны. Это – чрезмерная подвижность плода при многоводии, маленьких размерах плода (недоношенная беременность), при многоплодии; понижение тонуса нижнего сегмента матки и передней брюшной стенки у многорожавших женщин; ограниченная подвижность плода при пониженной растяжимости стенок матки у первородящих старшего возраста, маловодия и I многоплодия. Препятствия для установления головки во входе в таз (предлежание плаценты, узкий таз, опухоли в малом тазу). Несоответствие формы плода и формы матки: пороки развития матки – однорогая или двурогая матка; пороки развития плода (гидроцефалия, анэнцефалия).

Классификация тазового предлежания по сгибательному типу членорасположения плода и разгибательному. К сгибательному типу относятся простое (неполное, чистое) ягодичное предлежание и смешанное (ягодично-ножное, полное ягодичное). Разгибательный тип членорасположения плода: ножное предлежание полное (когда предлежат обе ножки) и неполное (предлежит одна ножка). Разновидность ножных предлежаний – коленное предлежание. Ягодичные предлежания встречаются в два раза чаще ножных. Подробнее остановимся на диагностике тазового предлежания путем пальпаторного отличия головки от ягодиц. Ягодицы менее плотные, менее округлые, не баллотируют; высокое стояние дна матки, в дне матки определяется головка; сердцебиение плода выслушивается выше пупка. При внутреннем исследовании и раскрытии зева прощупывается объемистая мягковатая часть, определяются крестец, копчик, половые органы плода. По расположению крестца можно распознать позицию и вид плода. При смешанном предлежании определяют стопу, лежащую рядом с ягодицами, при ножном – пяточный бугор, короткие и ровные пальцы, отсутствие отставленного большого пальца (отличие ножки от ручки).

Роды при тазовом предлежании возможны, их можно отнести к нормальным физиологическим родам в связи с тем, что плод находится в продольном положении. Эти роды рассматриваются как пограничные между нормальными и патологическими. Однако течение родов при тазовом предлежании отличается от родов в головном некоторыми особенностями. В первом периоде родов возможна

первичная слабость родовых сил, раннее излитие околоплодных вод. Второй период родов нередко осложняется вторичной слабостью родовой деятельности. В период изгнания может наступить запрокидывание ручек, разгибание головки плода, в результате чего неизбежно прижимается пуповина вставляющейся головкой. Жизнь плода будет зависеть от скорости прохождения головки.

С момента рождения плода до нижних углов лопаток возникает опасность прижатия пуповины опускающейся головкой. Такое состояние плод может выдержать не более 5 минут. Если прижатие пуповины будет продолжаться свыше 5 минут, плод может родиться в асфиксии, а через 15 минут от момента прижатия пуповины — мертвым. В отношении всех этих осложнений более благоприятными являются ягодичные предлежания, особенно полные, лучше расширяющие родовые пути для последующего прохождения головки плода.

Механизм родов в тазовом предлежании.

Биомеханизм родов при простом (неполном, чистом) ягодичном предлежании первой позиции переднего вида

Простым (неполным, чистым) ягодичным предлежанием называется предлежание ягодиц с согнутыми нижними конечностями в тазобедренных суставах и разогнутыми в коленных суставах.

Первый момент. Внутренний поворот ягодиц. Ягодицы вступают во вход в малый таз своей проводной линией (I. Inter — trochanterica) в левый косой размер (рис.1). Поворот совершается так, что в выходе таза поперечный размер ягодиц устанавливается в прямой размер выхода из малого таза. Передняя ягодица подходит под лоно, задняя — у копчика. По проводной оси таза продвигается передняя ягодица, она является проводной точкой. Родовая опухоль располагается на передней ягодице. При дальнейшем продвижении ягодиц из половой щели первой показывается левая ягодица, под нижний край лона подходит точка фиксации — гребешок подвздошной кости — гипомохлион при тазовом предлежании (рис. 2).

Второй момент. Боковое сгибание поясничной части позвоночника плода. Вокруг точки фиксации над промежностью выкатывается задняя (правая) ягодица. Рождение ягодиц сопровождается сильным боковым сгибанием позвоночника

плода, и проводная линия их будет находиться перпендикулярно к горизонтальной плоскости.



Рис. 1. Вставление ягодиц. I позиция, передний вид

Рис. 2. Прорезывание ягодиц при I позиции. Левая ягодица под лоном; правая выкатывается из-за промежности.

Третий момент. Внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища. После рождения ягодиц в прямом размере туловище плода переходит в левый косой размер, в таком положении туловище проходит всю полость малого таза. Момент этот соответствует рождению нижнего угла передней левой лопатки (рис. 3). В дальнейшем плечевой пояс устанавливается в прямом размере выхода из малого таза. Переднее левое плечико подходит под лono, а заднее правое плечико – у копчика. Спинка плода обращена влево.

Четвертый момент. Боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника. С этим моментом связано рождение плечевого пояса и ручек.

Пятый момент. Внутренний поворот головки. Головка вступает во вход в малый таз стреловидным швом в правом косом размере (противоположном размеру, в каком проходили ягодицы и плечевой пояс). На тазовом дне завершается внутренний поворот головки, и стреловидный шов устанавливается в прямой размер выхода из малого таза. Под нижний край лона подходит подзатылочная ямка – точка фиксации (гипомохлион).

Шестой момент. Сгибание головки. Вокруг точки фиксации головка делает сгибание, и из вульварного кольца последовательно выкатываются над

промежностью подбородок, рот, нос, лоб и темя плода. Головка прорезывается малым косым размером (9,5 см, окр. 32 см) (рис. 4).



Рис. 3. Прохождение плечиков через половую щель.



Рис. 4. Нормальный механизм рождения последующей головки (туловище и ручки приподняты)

Биомеханизм родов при простом (неполном, чистом) ягодичном предлежании второй позиции переднего вида

Биомеханизм родов при простом ягодичном предлежании переднего вида второй позиции принципиально такой же, как и при том же предлежании первой позиции.

Отличительным является следующее: ягодицы, вступившие вход в таз своим поперечным размером — I. Intertrochanterica — в *правом косом размере*, проходят всю полость малого таза в этом же *правом косом размере* до дна таза.

Плечевой пояс, войдя в поперечный размер таза, переходит в *правый косой размер таза*, а затем в прямой размер выхода таза. Внутренний поворот плечиков вызывает наружный поворот туловища, причем спинка плода поворачивается к *правому бедру* роженицы (вторая позиция!).

Головка вступает в малый таз в согнутом положении, причем стреловидный шов совпадает с *левым косым* размером входа малого таза. Проходя полость малого таза, головка совершает внутренний поворот затылочком кпереди (к лону) *по часовой стрелке*. Родовая опухоль образуется на правой передней ягодице и на

половых органах плода.

Биомеханизм родов при смешанном (полном, ягодично-ножном)

ягодичном предлежании первой позиции переднего вида

При смешанном ягодичном предлежании одновременно с ягодицами предлежат ступни ножек, последние согнуты в тазобедренных и коленных суставах и несколько разогнуты в голеностопных.

При внутреннем исследовании мы определяем, что копчик и крестцовая кость, анальное отверстие плода находятся слева спереди, половые органы и ступни ножек – справа сзади.

Эти данные дают возможность сделать следующие заключения:

1. Поскольку пальпируется крестец и анальное отверстие и стопы ножек, мы имеем смешанное (полное, ягодично-ножное) ягодичное предлежание.
2. Поскольку анальное отверстие и крестец располагаются слева спереди, то и область поясницы и спинка также находятся слева спереди – мы устанавливаем первую позицию переднего вида.

В связи с хорошей родовой деятельностью в полость малого таза вступают одновременно ягодицы и ножки, согнутые в тазобедренных и коленных суставах. Биомеханизм родов при том будет полностью совпадать с биомеханизмом родов при простом ягодичном предлежании первой позиции переднего вида, отличаясь только тем, что рядом с ягодичками будут наводиться ступни ножек и при рождении ягодичек тут же рождаются и ножки.

Биомеханизм родов при смешанном (полном, ягодично-ножном)

ягодичном предлежании второй позиции переднего вида.

При внутреннем исследовании мы определяем, что копчик и крестцовая кость, анальное отверстие находятся справа спереди, половые органы и ступни ножек – слева сзади.

Эти данные дают нам возможность установить смешанное ягодичное предлежание во второй позиции переднего вида.

Биомеханизм родов будет совпадать с биомеханизмом родов при простом ягодичном предлежании второй позиции переднего вида, отличаясь только тем, что

рядом с ягодичками будут находиться ступни ножек и при рождении ягодичек тут же рождаются и ножки.

Биомеханизм родов при неполном ножном предлежании

первой позиции переднего вида

При неполном ножном предлежании предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах, а другая согнута в коленном суставе (стопа направлена книзу) разогнута и коленном суставе (стопа направлена кверху).

Начнем описание биомеханизма родов с момента рождения ножки из вульварного кольца. При рождении ножки мы должны определить, родилась передняя или задняя ножка. Для решения этого вопроса мы должны знать: а) родилась ли левая или правая ножка и б) какая имеется позиция плода — первая или вторая.

Для определения, какая ножка родилась — левая или правая, мы применяем следующий прием: ножку устанавливаем пяточной кверху и обращаем внимание, в какую сторону направлен большой палец ноги. Если влево, то левая ножка, если вправо, то правая ножка. Для решения вопроса, какая имеется позиция в данном случае, мы сделаем внутреннее исследование — при этом обнаружим: копчик и крестцовая кость находятся слева сбоку.

Поскольку копчик и крестец находятся слева сбоку, то и поясница и спинка должны находиться слева сбоку, т. е. мы имеем первую позицию.

Родившаяся *левая* ножка может быть только передней (рис. 5).

Под влиянием родовой деятельности биомеханики родов будет протекать как при простом ягодичном предлежании первой позиции переднего вида.

Другая возможность. Повернув стопу пяточкой кверху, мы видим, что большой палец «указывает» на правое бедро матери — следовательно, родилась правая ножка. При внутреннем исследовании мы определяем копчик и крестец слева сзади. Следовательно, поясница и спинка будут находиться также слева сзади, т. е. мы имеем первую позицию заднего вида (рис. 6). Легко понять, мысленно представив себя в соответствующем положении, что при первой позиции, родившаяся правая ножка может быть только *задней*.

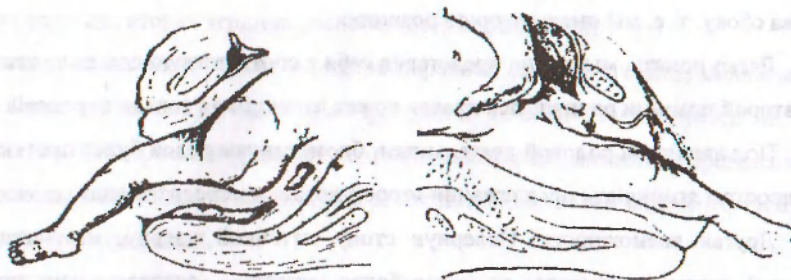


Рис. 5. Рождение передней (левой) ножки при неполном ножном предлежании 1-й позиции переднего вида. Рис. 6. Рождение задней (правой) ножки при неполном ножном предлежании 1-й позиции заднего вида.

Под влиянием родовой деятельности плод, как правило, поворачивается вокруг своей оси (по часовой стрелке) на 180° в сторону большого пальца, т. е. переходит из первой позиции во вторую, так что родившаяся задняя правая ножка станет передней.

Описанный поворот объясняется тем, что при рождении правой задней ножки передняя левая упирается в верхний край лона и не может вступить в таз: под влиянием родовой деятельности она как бы скользит по горизонтальной ветви лонной кости вбок и кзади. Это движение передается туловищу плода, и весь плод поворачивается в другую позицию. При этом крестец плода описывает дугу и проходит мимо мыса. В дальнейшем биомеханизм родов будет протекать так же как при простом ягодичном предлежании второй позиции переднего вида.

Биомеханизм родов при неполном ножном предлежании второй позиции переднего вида

Начнем описание биомеханизма родов с момента рождения ножки из Бульварного кольца.

Повернув стопу пяточкой кверху, мы видим, что большой палец «указывает» на правое бедро матери. Следовательно, родилась правая ножка.

Сделав внутреннее исследование, мы определяем, что копчик, крестцовая

кость находятся справа сбоку, следовательно, поясница и спинка также находятся справа сбоку, т. е. мы имеем вторую позицию.

Легко понять, мысленно представив себя в соответствующем положении, что при второй позиции родившаяся правая ножка может быть только передней.

Под влиянием родовой деятельности биомеханизм родов будет протекать как при простом ягодичном предлежании второй позиции переднего вида.

Другая возможность. Повернув стопу пяточкой вверх, мы видим, что большой палец «указывает» на левое бедро матери — следовательно, родилась левая ножка.

При внутреннем исследовании мы определяем копчик и крестец справа сзади. Следовательно, поясница и спинка будут находиться также справа сзади, т. е. мы имеем вторую позицию заднего вида. При второй позиции родившаяся левая ножка может быть только задней.

Под влиянием родовой деятельности плод, как правило, поворачивается вокруг своей оси (против часовой стрелки) на 180° в сторону большого пальца, т. е. переходит из второй позиции в первую, так что родившаяся задняя левая ножка станет передней. При этом вращении крестец плода описывает дугу и проходит мимо мыса матери.

В дальнейшем биомеханизм родов будет протекать так же, как при простом ягодичном предлежании первой позиции переднего вида.

Биомеханизм родов при полных ножных предлежаниях

При полном ножном предлежании обе ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах.

Биомеханизм родов при полных ножных предлежаниях такой же, как при полном или неполном тазовых предлежаниях. Отличие заключается в том, что первыми из вульварного кольца показываются вместо ягодичек ножки.

Биомеханизм родов при простом (неполном, чистом) ягодичном предлежании первой позиции заднего вида

При внутреннем исследовании мы определяем, что копчик, крестец, анальное отверстие плода находятся слева и сзади, половые органы справа спереди.

Середина передней ягодицы (большой вертел *trochanter major*) располагается ниже всегда слева спереди; вторая ягодица располагается справа сзади.

Поскольку ниже всего лежит середина передней (левой) ягодицы областью большого вертела, то она и является проводной точкой. Пальпируется и I. *intertrochanterica* (поперечный размер ягодиц), последняя является проводной линией. Поскольку передняя левая ягодица стоит несколько ниже задней (правой), то она является предлежащей.

После продолжавшейся хорошей родовой деятельности туловище рождается с обращенным кпереди животиком – крестцом и спинкой кзади, – задний вид! В дальнейшем иногда туловище плода, выходя из родовых путей, медленно поворачивается вокруг своей продольной оси так, что спинка в конце концов все же обращается кпереди. Задний вид переходит в передний вид, и биомеханизм родов протекает по вышеописанному биомеханизму родов для первой позиции переднего вида. Но может случиться, что этот поворот не совершится. В этом случае изгнание верхней половины туловища и головки должно совершиться в заднем виде, т. е. личико будет обращено кпереди, а затылочек кзади, что может представить крупное осложнение. В этих случаях рождение головки может произойти по двум вариантам. По первому головка вступает в таз в состоянии сгибания. Тогда при низко стоящем подбородке освобождается лицо до лба, область корня носа (*glabella*) упирается в нижний край лона, образуя гипомохлион, и затылок выкатывается над промежностью. Максимальное растяжение вульварного кольца происходит в тот момент, когда головка рождается окружностью с диаметром, совпадающим с прямым размером головки (12,0 см), а не малым косым размером (9,5 см), как при переднем виде.

По второму, варианту головка вступает в таз в разогнутом состоянии. Подбородок зацепляется за лоно или за горизонтальную ветвь лонной дуги. Оставаясь над входом в таз, мозговой череп опускается в таз, и головка рождается в состоянии крайнего разгибания: первым над промежностью выходит затылок, темя, последним рождается лицо

Биомеханизм родов при простом (неполном, чистом) ягодичном предлежании второй позиции заднего вида

Биомеханизм родов при простом (неполном, чистом) ягодичном предлежании второй позиции заднего вида похож на биомеханизм родов при том же предлежании первой позиции. Отличительным является следующее.

Во входе в таз крестец, копчик, анальное отверстие плода будут располагаться справа сзади, половые органы слева спереди. Передняя правая ягодица будет располагаться спереди справа, а задняя левая ягодица будет располагаться сзади слева и I. intertrochanterica будет совпадать с левым косым размером входа в малый таз.

Если при продолжающейся хорошей родовой деятельности туловище родится с обращенным кпереди животиком, а крестцом и спинкой кзади - задний вид, то биомеханизм будет протекать так же, как и при первой позиции заднего вида; если же туловище плода медленно повернется вокруг своей продольной оси по часовой стрелке так, что спинка повернется кпереди, то в дальнейшем биомеханизм родов будет протекать как при второй позиции переднего типа.

Студенты демонстрируют различные биомеханизмы родов при тазовом предлежании на фантоме.

В период раскрытия необходимо предупредить раннее излитие околоплодных вод — не разрешать роженице вставать, уложить на тот бок, где находится спинка плода; введение кольперинтера. В начале второго периода родов в целях профилактики вторичной слабости родовой деятельности капельное введение в вену окситоцина 1 мл (5 ед) в 500 мл 5%-ного раствора глюкозы. Активная профилактика внутриутробной асфиксии плода. В конце второго периода родов (с момента прорезывания ягодиц) вводится раствор атропина 1:1000,0 — 1 мл в целях предупреждения спазма шейки матки в момент прохождения плечевого пояса и головки. Для ведения второго периода родов при чистом ягодичном и ножном предлежаниях применяют метод Н. А. Цовьянова. Студенты должны себе четко усвоить его принцип сохранения нормального членорасположения плода в целях предупреждения возможного запрокидывания ручек при рождении головки.

Пособие по методу Н. А. Цовьянова при чистом ягодичном предлежании

Н. А. Цовьянов (1929) предложил свой оригинальный метод ведения родов

при ягодичных предлежаниях.

По Н. А. Цовьянову чистое ягодичное предлежание плода у первородящих объясняется сильным сжатием ягодиц при прохождении их через мало податливую шейку матки. При этом ножки сгибаются в тазобедренных и разгибаются в коленных суставах. Такое членорасположение плода следует считать благоприятным для благополучного исхода родов, так как ножки прижимают скрещенные ручки к грудной клетке плода и препятствуют их запрокидыванию; в то же время ножки, касаясь личика, препятствуют разгибанию головки. Чистое ягодичное предлежание превращает туловище и конечности плода в конус, расширяющийся кверху. Максимальная окружность этого конуса на уровне плечевого пояса составляет в среднем 42 см, в то время как наибольшая окружность головки не превышает 34—36 см.

В отличие от общепринятого метода Н. А. Цовьянов предложил вести роды при ягодичном предлежании следующим образом. Акушер захватывает ягодицы и поддерживает их уже в момент их прорезывания, не пытаясь, однако, производить извлечение плода; чтобы захватить ягодицы, большие пальцы располагают на задней поверхности бедер плода, а остальные четыре пальца — на крестце. Этим ослабляется пружинящее действие вытянутых ножек, а ягодицы направляются кверху. Во избежание выпадения ножек большие пальцы акушера по мере рождения плода продвигаются ближе к задней спайке. Вытянутые и прижатые к грудной клетке ножки плода способствуют сохранению нормального членорасположения ручек и головки. Когда туловище родилось до нижнего угла передней лопатки, акушер направляет ягодицы на себя, вниз и в сторону бедра роженицы, чтобы облегчить самостоятельное рождение из-под лонной дуги передней ручки. Для рождения задней ручки плод снова приподнимают кверху. Под защитой вытянутых ножек головка плода беспрепятственно опускается на тазовое дно; в это время ножки выпадают из влагалища, и в глубине половой щели можно увидеть подбородок, ротик и носик плода. С этого момента можно не торопиться с извлечением головки, так как плод имеет возможность дышать. При энергичной родовой деятельности головка рождается самостоятельно. В случае задержки ее можно вывести по способу Морисо – Левре – Лашапель. Головку выводят медленно, малым косым размером (рис. 7).



Рис. 7. Извлечение последующей головки по способу Морисо – Левре – Лашапель. Сгибает головку внутренняя рука, тракции совершает наружная.

Н. А. Цовьянов придает большое значение хорошим потугам в момент извлечения головки, при этом надавливание снаружи на головку необязательно. Для усиления потуг автор рекомендует придавать роженице полусидячее положение на рахмановской кровати с помощью подставки.

Метод Н. А. Цовьянова применяют главным образом у первородящих, у которых часто встречается чистое ягодичное предлежание. У повторнородящих обычно бывает ягодично-ножное предлежание. Ягодицы вместе с ножками сильно растягивают податливые родовые пути и способствуют быстрому изгнанию плода. Ручное пособие в этих случаях ограничивается большей частью выведением последующей головки.

Метод Н. А. Цовьянова при ножных предлежаниях

При родах с ножным предлежанием плода по сравнению с ягодичным наблюдается большой процент осложнений, особенно у первородящих.

В этих случаях из-за недостаточной подготовленности родовых путей, слабости схваток и неполного раскрытия шейки матки весьма часто запрокидываются ручки и ущемляется головка. Н. А. Цовьянов предложил при ножных предлежаниях эффективный метод ручного пособия, основанный на том, что при наличии в родах препятствия для продвижения плода матка вначале сокращается более активно.

Метод Н.А. Цовьянова заключается в следующем: с момента потуги

вульварное кольцо прикрывают стерильной пеленкой, акушер ладонью, положенной на пеленку, противодействует изгнанию ножек наружу. Ножки удерживают до того момента, пока акушер не будет уверен, что изгнание плода не встретит препятствия с стороны мягких родовых путей роженицы, особенно шейки матки. Этот момент определяется тем, что ягодицы опускаются до преддверия влагалища, и ножки

Применяя метод Н. А. Цовьянова, акушер обязан выслушивать сердцебиение плода после каждой потуги, а также следить за возможностью перерастяжения нижнего сегмента. Метод этот, по мнению автора, дает благоприятные результаты, особенно у первородящих.

Классическое ручное пособие

Роды при тазовых предлежаниях должны вестись консервативно, выжидательно, до момента появления из половой щели нижнего угла передней лопатки.

С момента рождения плода до пупка роженицу заставляют тужиться. Акушер должен предварительно подготовить роженицу (дезинфекция наружных гениталий) и свои руки. С момента появления в половой щели лопатки и до рождения плода должно пройти не более 2—3 минут.

Техника ручного пособия заключается в освобождении ручек и освобождения последующей головки.

Освобождение ручек плода производят со стороны крестцовой впадины роженицы, так как здесь имеется необходимый простор для этой манипуляции. Выведение начинают с задней (у крестцовой впадины) ручки одноименной рукой акушера, вводя ее со стороны спинки плода; таким образом, при первой позиции, когда у крестцовой впадины будет правая ручка плода акушер будет пользоваться своей правой рукой.

Прежде чем выводить ручку, плод за ножки отводят вверх -к паху матери: к правому при первой позиции и левому при второй (рис. 8). При этом заднее плечико опускается в крестцовую впадину и выведение ручки облегчается. Двумя пальцами, введенными во влагалище, акушер достигает плечика и, скользя по нему до локтевого сгиба и надавливая, выводит ручку, омывательным движением

скользя ручкой плода по его грудке.



Рис. 8. Ручное пособие. Освобождение задней (левой) ручки; ножки плода отведены в сторону и кверху.

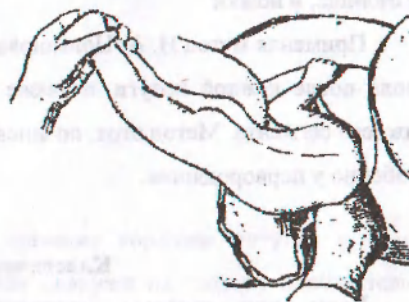


Рис. 9. Ручное пособие. Освобождение второй ручки (правой) после поворота туловища плода на 180°.

После освобождения задней ручки приступают к извлечению второй ручки, находящейся за симфизом (рис. 9). Чтобы найти доступ к этой ручке, необходимо перевести ее в крестцовую впадину. С этой целью поворачивают плод на 180° по продольной оси; поворачивать его следует медленно и осторожно, во избежание запрокидывания ручки; во время вращения нельзя тянуть вниз. После того, как вторая ручка будет подведена к крестцовой впадине, ее выводят одноименной рукой так же, как и первую.

Тотчас после освобождения ручек приступают к освобождению головки. Если не произошло разгибания головки, то она, проделав свой обычный механизм, будет находиться в выходе таза в продольном размере. Подзатылочная ямка головки плода, установившаяся под симфизом, является гипомохлионом, вокруг которого головка вращается и затем рождается малым косым размером. Этому механизму необходимо подражать при выведении головки, и этому требованию удовлетворяет способ выведения головки Морисо—Левре. Способ этот заключается в следующем. Акушер вводит во влагалище кисть руки (при первой

позиции — левую, при второй — правую). Плод «усаживают верхом» на предплечье этой руки. Ногтевую фалангу указательного пальца внутренней руки акушер вводит в ротик плода и таким образом удерживает головку согнутой во время выведения ее. Указательным и средним пальцами правой руки при первой позиции, левой — при второй захватывают плечевой пояс плода, располагая пальцы по бокам шейки. Тракции производят исключительно наружной рукой. Для выведения головки наименьшим размером подводят затылочную ямку под лонную дугу, для чего первую тракцию производят на себя и вниз. Затем ягодичы плода приподнимают, и головка, вращаясь вокруг точки фиксации (подзатылочная ямка) у лонной дуги, рождается, причем над промежностью показываются постепенно ротик, лицо, лобик и темя. Ассистент, сверху, через брюшные покровы, надавливая на головку, помогает акушеру. Преподаватель подчеркивает, что иногда роды в тазовом предлежании необходимо закончить операцией.

Извлечение плода за тазовый конец

Извлечение плода за тазовый конец должно производиться только по показаниям: 1) со стороны матери — эклампсия, преждевременное отделение плаценты, пороки сердца (особенно митральный стеноз), нефриты, пневмонии, повышение температуры; 2) со стороны плода — асфиксия плода.

Гидроцефалия является противопоказанием для извлечения последующей головки: в этом случае во избежание тяжелых повреждений родовых путей матери показана своевременная перфорация головки. Важнейшее условие для извлечения плода полное открытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря и резкого несоответствия между размерами головки плода и размерами таза матери (conjugata vera должна быть не меньше 8 см).

Извлекать плод можно за ножку (за одну или обе) и за ягодичы.

Наркоз необязателен. Для усиления родовой деятельности помощник может надавливать на головку плода книзу через брюшную стенку.

При неполном ножном предлежании акушер захватывает предлежащую ножку плода всей рукой за голень, причем большой палец располагается по оси голени. Тракцию производят вниз. Бедро удобнее захватить двумя руками, передвигая их все время поближе к половой щели. Из-под лона рождается паховой

сгиб и *spina iliaca anterior superior*, а подвздошная кость подходит под симфиз,



Рис. 10. Ручное пособие. Правильное захватывание ягодиц и бедер. Тракции вниз и на себя.

образуя *punctum fixum* для прорезывающейся задней ягодицы плода. Переднее бедро поднимают круто кверху и в сторону; над промежностью рождается задняя ягодица. Заднюю ножку извлекать не следует, так как она помогает расширять половые пути; через небольшой промежуток времени она родится сама.

После рождения ягодиц приступают к извлечению туловища. Преподаватель обращает внимание студентов на правильное захватывание ягодиц и бедер. Для этого большие пальцы кистей рук акушера располагают на крестце плода, остальные — охватывают бедра и тазовые кости его. Нельзя захватывать область живота, так как при этом легко травмируется печень. Туловище плода извлекают путем тракций, которые совершают вниз и на себя (рис. 10).

Н. А. Цовьянов предлагает захватывать части плода обратно: большие пальцы располагать на бедрах, а остальные четыре — на крестце плода и по мере прорезывания ягодицы направлять кверху, по направлению родового канала. Туловище рождается в косом разрезе спинкой кверху. Как только из-под лона появится передняя лопатка, приступают к извлечению ручек, а затем и выведению головки, как было описано выше.

При полном ножном предлежании извлечение начинают с захватывания ножек одноименными руками. Руки акушера постепенно перемещаются на бедра и на таз плода. Туловище, ручки и головку извлекают так же, как это было описано.

Извлечение за ягодицы производят тогда, когда низведение ножки уже невозможно.

Техника извлечения: указательный палец руки (лучше одноименной с позицией плода) вводят со стороны спинки в передний паховый сгиб. Тракцию

ведут вниз, следя за тем, чтобы сила влечения была направлена не к бедру, что может вызвать перелом его, а к тазовым костям плода. Тракцию лучше всего производить во время потуги. Для усиления тракций акушер своей второй рукой обхватывает лучезапястный сустав влекущей руки.

Как только прорежется передняя ягодица, указательный палец второй руки вводят со стороны спинки плода в задний паховый сгиб и таким образом выводят заднюю ягодицу. После рождения ягодиц ножки рождаются самостоятельно. Туловище и головку извлекают описанным выше способом.

Извлечение плода рукой за паховые сгибы – труднейшая в акушерстве операция, ибо пальцы оператора, быстро утомляясь, не могут развить достаточной влекущей силы. Поэтому крайне необходимой является умелая помощь ассистента, который способствует извлечению, своей одной рукой осторожно выжимая плод через брюшные покровы.

Операция при высоком стоянии ягодиц: при высоком стоянии ягодиц, когда введение пальца в передний паховый сгиб (задний при этом вовсе недоступен) затруднительно, приходится, если возможно, ждать более глубокого опускания ягодиц или же применить инструментальное извлечение — при помощи петли, тупого крючка или щипцов.

Извлечение при помощи петли. Конец марлевого бинта или широкой тесьмы вводят двумя пальцами (указательным и средним) со стороны спинки в передний паховый сгиб плода, где оставляют; теми же пальцами отыскивают оставленный конец с противоположной стороны пахового сгиба и проводят бинт или тесьму через сгиб. Избегая неравномерного потягивания за один из концов, чтобы не протереть кожных покровов плода, осторожно производят тракции петель, следя за тем, чтобы она не переместилась на бедро (опасность перелома). Это извлечение при помощи петли необходимо сочетать с давлением на дно матки через брюшные покровы. Способ применяется довольно редко.

Второй способ — проведение петли через оба сгиба и позади спинки — технически трудновыполним. Этот способ, равно как и пользование специальным петлеводом, в настоящее время почти не применяют.

Извлечение при помощи крючка. Взамен петли для извлечения плода можно пользоваться тупым ягодичным крючком, который вводится в паховый сгиб также

со стороны спинки под контролем двух пальцев. Ввиду тяжелых травм, которые крючок наносит плоду (ссадины покровов, травма мышц, переломы бедра, разрывы сосудов), его на живом плоде не применяют. Г. Г. Гентер рекомендовал вместо крючка накладывать при мертвом плоде краниокласт, сплошную браншу которого вводят в задний проход и прямую кишку плода, а окончатую на крестец (рис. 11).

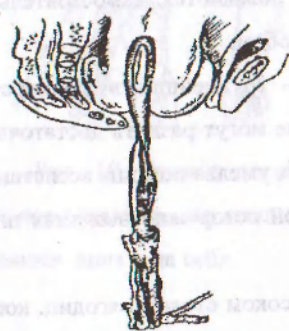


Рис. 11. Наложение краниокласта на ягодицы по Г. Г. Гентеру (мертвый плод).

Извлечение при помощи щипцов допустимо только при ягодицах в полости малого таза или на дне таза. Щипцы должны захватить ягодицы поперек.

Течение беременности при тазовых предлежаниях ни чем не отличается от такового при головных предлежаниях. Но, учитывая возможность развития осложнений в родах, все беременные с тазовыми предлежаниями должны быть госпитализированы в родильный дом за две недели до предполагаемого срока родов. За это время беременную необходимо полностью обследовать: должны быть произведены ультразвуковая диагностика и тестовое определение состояния плода и готовности матки к родам, при необходимости – ультразвуковая или рентгеновская пельвиометрия. В ходе обследования все беременные разделяются на три группы по степени риска предстоящих родов для плода.

К I группе относят беременных высокой степени риска (крупные размеры плода — более 3600 г, сужение таза, гипоксия плода, экстрагенитальные заболевания, которые оказывают влияние на состояние плода и родовую деятельность, первородящие старше 30 лет и др.). Этим беременным, как правило, производится родоразрешение путем операции кесарева сечения в плановом

порядке.

Во II группу риска входят беременные, у которых возможно развитие осложнений в родах, однако осложнения эти не являются обязательными. Беременные данной группы должны рожать при обязательном интенсивном наблюдении (мониторном контроле) за состоянием родовой деятельности и сердцебиением плода. При возникновении осложнений производится операция кесарева сечения.

К III группе относят беременных малой степени риска. Роды у них проводят с обычным наблюдением, хотя применение мониторного контроля оправдано и в данной группе.

Основные практические навыки, подлежащие усвоению

Освоить на фантоме продвижение плода по родовому каналу при различных видах тазового предлежания, уточняя отдельные моменты биомеханизма родов. Освоить методику ведения родов по Н.А. Цовьянову, классического ручного пособия и экстракции плода за тазовый конец.

Клиническая задача для определения конечного уровня знаний студентов

Первородящая, 30 лет. Роды первые срочные. Продолжительность родов 14 часов. Положение плода продольное, ягодицы прижаты ко входу в малый таз. Схватки через 8 – 10 минут по 20 – 25 секунд. Сердцебиение плода глухое, ритмичное, 150 уд. в одну минуту. Околоплодные воды не отходили. Наружные размеры таза в пределах нормы. При внутреннем акушерском исследовании: шейка матки сглажена, открытие 6 см, плодный пузырь цел. Ягодицы занимают плоскость входа в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок у лона. Мыс недостижим, экзостозов костей нет. Предполагаемый вес плода 4200 г.

Диагноз? План ведения родов?

Диагноз: роды первые, срочные, первый период родов. Тазовое предлежание плода. II позиция, передний вид. Крупный плод, острая гипоксия плода. Первичная слабость родовой деятельности. Первые роды в 30 лет.

План ведения родов: учитывая начавшуюся острую гипоксию крупного

плода в тазовом предлежании при слабости родовой деятельности у роженицы старшего возраста, решено закончить родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке.

Рекомендуемая литература.

Обязательная.

1. Айламазян Э.К. Акушерство. СПб., 2008.
2. Бодяжкина В.И. с соавт. Акушерство. М., 1995.
3. Бодяжкина В.И. Акушерство. М., 1998.
4. Савельева Г.М. Акушерство. М., 2000
5. Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству. М., 2010.

Дополнительная

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. Руководство для врачей. СПб. «Специальная литература», 1996. – 667 с.
2. Дуда И.В. , Дуда В.И. Клиническая акушерство. Минск, «Высшая школа», 1997. – 604 с.
3. Ланковиц А.В. Операция наложения акушерских щипцов. М., 1956.
4. Яковлев И.И. Наложение акушерских щипцов. Вакуум – экстрактор. Руководство по акушерству и гинекологии. М. 1961., гл. VI.
5. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Тазовое предлежание плода. М., 2006. – с.134.

