**Тазовое предлежание плода**

"Для достижения желаемого нам не хватает скорее настойчивости, чем средств".

Демокрит

Предлежание плода определяется предлежащей частью - частью плода, пальпируемой (нащупываемой) через шейку матки и первой проходящей родовые пути во время родов. Роды при тазовом предлежании могут протекать нормально, но часто возникают осложнения: родовая травма, асфиксия плода, мертворождение.

При тазовых предлежаниях значительно чаще применяют ручные пособия и хирургические вмешательства, поэтому роды при тазовых предлежаниях рассматривают как пограничные между нормальными и патологическими. Частота тазовых предлежаний колеблется от 2,7 до 5,4%.

Возникновению тазовых предлежаний способствуют следующие факторы:

- Сужение таза, аномальная форма таза

- Пороки развития матки

- Чрезмерная подвижность плода при многоводии

- Миоматозные узлы в нижнем сегменте матки (узлообразование)

- Дискоординация родовой деятельности, приводящая к перераспределению тонуса миометрия (мышечного слоя матки) между дном, телом и нижним сегментом матки; в таких случаях крупная плотная часть плода (головка) отталкивается от входа в таз, и плод переворачивается.

При тазовом предлежании раньше рекомендовали проведение наружного акушерского поворота для превращения тазового предлежания в головное, однако поворот в ряде случаев оказался неэффективным. Акушерский поворот небезопасен: могут наступить отслойка плаценты, сдавление и обвитие пуповины, преждевременные роды. С 35 недель беременности рекомендуют занятия лечебной корригирующей гимнастикой по Грищенко и Шулешовой, по Кайо или по Дикань.

Не имеет противопоказаний и абсолютно безопасна гимнастика по Дикань: беременная лежит на твёрдой жёсткой поверхности по 10 минут на каждом боку в течение часа. Упражнения повторяют три раза в день перед едой.

Роды при тазовых предлежаниях (возможные неприятные ситуации):

- После разрыва плодных оболочек околоплодные воды изливаются полностью.Кроме того, околоплодные воды часто отходят преждевременно.

- Нередко возникает выпадение пуповины, приводящее к асфиксии и гибели плода.

- Затяжные роды.

- При тазовых предлежаниях головка рождается последней. Тазовый конец не может расширить родовые пути до степени, необходимой для беспрепятственного прохождения плечевого пояса и головки, поэтому может произойти запрокидывание ручек или разгибание головки, нередко приводящее к асфиксии и гибели плода. При прохождении верхней части туловища и головки неизбежно возникает сдавление пуповины, особенно при ножном предлежании, что также может привести к тяжёлой асфиксии и гибели плода.

- Спазм маточного зева с ущемлением туловища или шеи плода.

Ведение родов при тазовом предлежании осуществляют под строгим врачебным контролем:

1. В периоде раскрытия проводят профилактику преждевременного разрыва плодного пузыря. Показан строгий постельный режим. После отхождения околоплодных вод необходимо влагалищное исследование для уточнения диагноза и исключения выпадения пуповины.

2. Второй период родов, При родах в тазовом предлежании различают 4 этапа: рождение плода до пупка; рождение до нижнего угла лопаток; рождение ручек; рождение головки. После рождения плода до уровня пупка головка прижимает пуповину. Если роды не заканчиваются в течение 10 минут, плод погибает от асфиксии. Также возникает угроза отслойки плаценты. Поэтому после рождения нижней части туловища необходима быстрая акушерская помощь.

3. Предупреждения осложнений - запрокидывания ручек и разгибания головки.

Показания к операции кесарево сечение при тазовых предлежаниях:

- Сочетание тазового предлежания с отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом (бесплодие, мертворождения, рождение ребёнка с травмой), миомой матки, пороками развития матки, сужением таза, гестозами, переношенной беременностью, возрастом первородящей 30 лет и более.

- Рубец на матке

- Крупный плод

- Предлежание пуповины

- Частичное предлежание плаценты

**Нечто интересное**

Кесарево сечение - одна из наиболее важных хирургических операций в акушерстве. Ее начали применять около 700 года до н.э. в Риме для извлечения младенцев у женщин, умерших на поздних сроках беременности; в 1610 году кесарево сечение впервые было выполнено на живой женщине. Материнская смертность была высокой вплоть до конца ХIX века. Достижения в хирургии и анестезиологии, усовершенствование техники гемотрансфузии (переливание крови) и открытие новых эффективных антибиотиков привели к резкому снижению материнской смертности.

Почему операций кесарева сечения сейчас гораздо больше, чем раньше? Оттого, что легче стало заранее диагностировать акушерские осложнения и состояние не родившегося ребенка. Ультразвук определит массу плода, его положение, "увидит" пороки развития, покажет, где расположена плацента, и даст понять о ее преждевременной отслойке. С помощью ультразвука можно узнать о серьезном осложнении - обвит ли плод пуповиной.

Наука преуспела и в методах оценки размеров таза женщины, можно даже "промоделировать", пройдет ли через него головка ребенка. А современные достижения в лечении бесплодия, экстракорпоральное оплодотворение (когда эмбрион перенесен в полость матки), искусственное зачатие делают кесарево сечение необходимым: ведь для женщины, которая наконец-то стала матерью, нельзя допустить и тени риска в рождении живого здорового малыша.