**НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА
ОПЕРАЦИИ, ИСПРАВЛЯЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА. АКУШЕРСКИЕ ПОВОРОТЫ ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ**

**Цель занятия:** изучить неправильные положения плода в матке и операции, исправляющие положения плода во время беременности и в родах, акушерские повороты и методы извлечения плода за тазовый конец; показания, противопоказания, условия, предоперационную подготовку, технику операций, обезболивание, осложнения.

**Студент должен знать:** неправильные положения плода (поперечное и косое), причины их развития, диагностику и осложнения, возникающие во время беременности и в родах, методы родоразрешения, способы поворотов и методы извлечения плода за тазовый конец, показания к операциям, противопоказания, условия, технику, обезболивание, осложнения.

**Студент должен уметь:** показать на фантоме с куклой неправильные положения плода в матке и этапы каждой операции.

**Содержание занятия**

**АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА**

Положение плода называют правильным, когда ось (длинник) плода совпадает с осью матки. Если ось плода пересекает ось матки под каким-либо углом, возникает неправильное положение плода, при котором течение родов становится опасным для матери и плода. К неправильным положениям относят поперечное и косое положения плода.

*Поперечным положением плода*называют такое положение плода, когда его ось пересекает ось матки под прямым углом.

*Косым положением плода* называют такое положение плода, когда его ось пересекает ось матки под острым углом.

Практически важным является то, что при поперечном положении плода обе его крупные части располагаются выше гребней подвздошных костей, а при косом – одна из крупных частей плода расположена в подвздошной ямке, т.е. ниже гребня подвздошной кости. Позицию плода при поперечном и косом положении определяют по головке плода: если она находится слева, то это - первая позиция, если справа – вторая позиция. Вид плода определяют по спинке.

***Этиология*** – пониженная возбудимость матки, недостаточность брюшного пресса, пространственное несоответствие полости матки и размеров плода.

***Распознавание.*** При поперечном положении живот имеет шарообразную форму, головка плода или ягодицы располагаются в боковых отделах матки, предлежащей части над входом в малый таз нет.

Роды при поперечном положении плода могут закончиться самостоятельно при хорошей родовой деятельности и небольших размерах плода. Возможны осложнения: дородовое излитие околоплодных вод, выпадение мелких частей плода и пуповины, аномалии родовых сил, гипоксия плода, запущенное поперечное положение плода, эндометрит в родах, разрыв матки

***Ведение родов:*** при живом плоде – кесарево сечение, при мертвом плоде –плодоразрушающая операция

***Профилактика*:** гимнастика во время беременности для исправления неправильного положения плода, госпитализация в родильное отделение в 34-35 недель беременности.

**ОПЕРАЦИИ, ИСПРАВЛЯЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА**

К операциям, исправляющим положение плода, относят:

- акушерский поворот наружный;

- акушерский поворот комбинированный при полном открытии маточного зева;

- акушерский поворот комбинированный при неполном открытии маточного зева.

*Акушерским поворотом* называют операцию, с помощью которой неблагоприятное при данной акушерской ситуации положение плода переводят в другое, благоприятное, при том всегда продольное.

**НАРУЖНЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА НА ГОЛОВКУ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ (по Б.А. Архангельскому)**

Показанием к операции является тазовое предлежание плода.

***Подготовка к операции.*** Производят операцию натощак, после очищения кишечника слабительными или клизмой (накануне вечером). Мочевой пузырь опорожняют непосредственно перед операцией.

Беременную укладывают на твердую кушетку, на спину, одетую только в рубашку. Врач садится справа от нее. Устанавливают наружными приемами положение, позицию, вид и предлежание плода. Наркоз не показан.

***Техника операции.*** Очень бережно, манипулируя одновременно обеими руками, отодвигают ягодицы от входа в таз высоко кверху - выше гребешка подвздошной кости, а головку - книзу. Поворот считается законченным, когда головка располагается над входом в таз, а ягодицы - в дне матки.

По окончании операции по обе стороны матки кладут небольшие мягкие валики из пеленок и весь живот не туго забинтовывают длинным полотенцем, чтобы удержать плод в матке в достигнутом положении.

***Исход операции.*** Далеко не во всех случаях, даже при удачно проведенном наружном повороте, достигнутое продольное положение плода сохраняется.

*В современных условиях операцию наружного профилактического поворота практически не применяют ввиду недостаточной эффективности и значительной частоты серьезных осложнений (ПОНРП, разрыв матки, преждевременное начало родов и т.д.).*

**КОМБИНИРОВАННЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПРИ ПОЛНОМ ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА**

***Показания:*** поперечное (и косое) положение плода; неблагоприятное предлежание головки - лобное вставление, передний вид лицевого вставления (подбородок кзади) высокое прямое стояние стреловидного шва; выпадение мелких частей плода и пуповины - при поперечном положении и головном предлежании; угрожаемые состояния роженицы и плода, требующие немедленного окончания родов.

***Условия:*** полное или почти полное раскрытие маточного зева; абсолютная подвижность плода; точное знание положения плода; состояние матки и твердых частей родового канала, допускающее рождение плода через естественные родовые пути; хорошее состояние плода.

***Первые два условия являются абсолютными***; при неполном раскрытии маточного зева нельзя проникнуть всей рукой в полость матки, при ограниченной подвижности плода, а тем более при неполной его неподвижности производство классического поворота на ножку во избежание неминуемого в таких случаях разрыва матки ***противопоказано.***

***Подготовка к операции.*** Подготовка к операции - обычная для влагалищных операций. Глубокий наркоз показан для расслабления матки и брюшной стенки. Подробно изучают положение плода и состояние родовых путей наружными приемами и влагалищным исследованием. Врач выполняет операцию стоя.

***Техника операции*** слагается из трех этапов:

- выбор руки и ее введение в матку;

- нахождение и захват ножки;

- собственно поворот.

***Первый этап операции - выбор и введение руки***

При выполнении первого этапа следует обратить внимание на следующие три момента.

1. Поворот может быть произведен любой рукой, введенной в матку. Однако он удается при соблюдении легко запоминающегося правила: вводят руку, одноименную позиции.
2. Руку вводят, конусообразно сложив кисть. Для этого все пять пальцев руки вытягивают до отказа и сближают один с другим с виде конуса. Пальцами второй ("наружной") руки раздвигают в стороны половые губы, после чего кисть, сложенная конусом, тыльная поверхность которой обращена кзади, легко может быть введена через влагалищное отверстие в полость матки, отдавливая промежность кзади. Руку вводят обязательно вне схватки. Если плодный пузырь цел, его вскрывают в центре, причем кисть тут же проводят в полость матки. При этом следует по возможности помешать быстрому излитию вод из матки.
3. Кисть руки следует проводить мимо мыса. Если продвижению кисти в полость матки мешает предлежащая головка, то ее отталкивают вверх внутренней рукой и отводят в сторону спинки наружной рукой. Таким же образом отодвигают в сторону предлежащее плечико плода при поперечном положении.

***Второй этап операции - нахождение и захват ножки***

 В этом этапе следует последовательно выполнить также три момента:

1. Для дальнейших манипуляций выгодно найти ножку, лежащую кпереди, т.е. ближе к брюшной стенке роженицы. Эта ножка, обычно, лежит ниже другой, вследствие чего ее находят легко.
2. Чтобы найти ножку, кисть руки, ладонная поверхность которой обращена к брюшной поверхности плода, продвигают вне схватки вдоль плода. При этом введенная в матку кисть или прямо продвигается к тому месту, где предполагают расположение ножек, или скользит по заднему боку плода по головке до ягодичной области; здесь кисть переводят на переднее бедро, а затем на голень. Следуя по длинному пути, акушер последовательно определяет части плода, начиная с головки, и искомую ножку. Что это ножка, а не ручка, убеждает наличие на ножке пяточного бугра, коротких пальцев, расположенных в один ряд, трудность и незначительность отведения большого пальца в сторону. При головном предлежании предпочтительнее разыскивать ножку по длинному пути, при поперечном - по короткому. Чтобы легче достичь ножку плода, наружную руку располагают на дне матки и фиксирует ее.
3. Найденную ножку во избежание ее перелома лучше всего захватить всей кистью за голень, расположив большой палец по ее длине.

**Третий этап операции - собственно поворот**

Поворот осуществляют низведением книзу ножки сразу же после ее захвата. Одновременно с этим наружная рука отводит головку ко дну матки. При этих манипуляциях обе руки действуют сочетано. Поворот считают законченным, когда из половой щели показывается подколенная ямка, а головка находится в дне матки, т.е. создано полное ножное предлежание плода. После этого обычно приступают к извлечению плода.

***Возможные осложнения:***

- выпадение пульсирующей петли пуповины, после вскрытия плодного пузыря;

- спазм внутреннего зева во время осуществления поворота;

- выведение ножки вместо ручки плода;

- гипоксия плода;

- невозможность совершения поворота вследствие недостаточной подвижности плода;

- разрыв матки.

***Исход*** операции благоприятен и для матери и для плода, если она была выполнена при строгом соблюдении условий и технически безупречно.

*С позиции современного акушерства классический комбинированный поворот плода может быть произведен только в случае, когда невозможна операция кесарева сечения.*

**КОМБИНИРОВАННЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПРИ НЕПОЛНОМ ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА**

**(поворот по Брекстон-Гиксу)**

***Показанием*** к операции считали предлежание плаценты при недоношенном (нежизнеспособном) или мертвом плоде.

***Условия:***

- открытие маточного зева на 2,5-3 пальца;

- полная подвижность плода.

***Подготовка к операции*** такая же, как и к операции поворота при полном открытии зева.

***Техника операции.*** Всю кисть руки вводят во влагалище, после чего указательный и средний пальцы проникают в полость матки. Если плодный пузырь цел, оболочки разрывают корнцангом в пределах маточного зева. Если просвет последнего покрыт изнутри тканью предлежащей плаценты (при центральном ее предлежании), последнюю также пробуравливают корнцангом. После чего в полость матки через это искусственно созданное отверстие вводят два пальца. Наружная рука сильно надавливает на тазовый конец плода по направлению к входу в таз. Ягодицы плода приближают к находящимся в матке пальцам. Любую ножку захватывают пальцами и низводят книзу. Захватывают ножку в области голеностопного сустава. В это время наружную руку перемещают на головку и оттесняют ее кверху - к дну матки.

Выведя ножку из половой щели, на нее надевают петлю из марлевого бинта, к которому подвешивают груз в 200 г; этот груз снимают после прорезывания ягодиц. Цель операции - прижать предлежащую плаценту низведенной ножкой и ягодицами и остановить этим кровотечение. Поэтому извлечение плода после произведенного поворота строго противопоказано, так как оно, обычно, влечет за собой разрыв нижнего сегмента матки и обильное кровотечение из находящейся здесь плохо сокращающейся плацентарной площадки.

***Возможные осложнения.*** Не всегда удается захватить ножку, а захваченная ножка не всегда выводится через зев. В таком случае под контролем пальца подводят к ножке марлевую петлю, а при мертвом плоде пулевыми щипцами захватывают стопу, которую и низводят.

***Исходы.*** Матери угрожает кровотечение и инфекция, а иногда и разрыв нижнего сегмента. Жизнеспособные плоды погибают в родах. Поэтому при жизнеспособном плоде прибегают к операции кесарево сечение.

*В современном акушерстве поворот по Брекстон-Гиксу полностью вытеснен операцией кесарева сечения.*

**ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ**

Извлечением плода за тазовый конец называют операцию, посредством которой плод, рождающийся в одном из вариантов тазового предлежания, искусственно выводят из родового канала, начиная все манипуляции более активно, когда весь плод или большая его часть находится в родовом канале.

Различают извлечение плода за ножку, обе ножки и паховый сгиб.

***Показания***: нарушение компенсации сердечно-сосудистой системы роженицы, тяжелое заболевание почек, эклампсия, воспаление легких, эндометрит в родах, гипоксия плода. Операция извлечения плода за тазовый конец чаще является продолжением классического наружно-внутреннего поворота плода при полном открытии маточного зева.

***Условия*** для проведения операции: полное открытие маточного зева, соответствие головки плода родовому каналу, отсуисивие плодного пузыря, околоплодные воды только что излились.

***Подготовка к операции***: введение спазмолитиков и глубокий ингаляционный наркоз.

***Техника операции.*** Извлечение плода за ножку. Операция слагается из трех этапов.

***Первый этап*** – нахождение, захват ножки и извлечение плода до нижнего угла лопаток. Ножку плода предварительно выводят наружу до голени, захватывают голень рукой так, чтобы большой палец располагался вдоль икроножной мышцы, а остальные пальцы охватывают ножку спереди. Влечение производят кзади и книзу с таким расчетом, чтобы пятка, а затем подколенная ямка были обращены к лону. Извлекая бедро плода, необходимо следить, чтобы туловище плода помещалось в косом размере таза. После прорезывания ягодиц руки врач располагает так, чтобы большие пальцы лежали вдоль крестца, а остальные пальцы охватывали тазовый пояс плода. Вторая ножка при тракциях рождается сама. При появлении из половой щели нижних углов лопаток головка плода вступает во вход в малый таз и прижимает пуповину к костному кольцу. Чтобы не допустить глубокую гипоксию плода, от рождения углов лопаток до рождения головки плода должно пройти не более 5-7 минут.

***Второй этап*** – освобождение плечевого пояса. Первый момент – освобождение заднего плечика и ручки плода. Для этого захватывают рукой обе голени плода и его туловище отводят кпереди и в сторону, пока ножки не займут положение, параллельное паховому сгибу, противоположенному стороне освобождаемой ручки. Полуруку, введенную в крестцовую впадину малого таза, осторожно проводят по спинке, плечевому поясу и ручке плода до локтевого сгиба. Умывательным движением по передней поверхности груди плода заднюю ручку выводят из родовых путей. Второй момент – освобождение переднего плечика и ручки плода. Для этого достаточным может быть отклонение туловища плода кзади. Если передняя ручка самостоятельно не родилась, то для освобождения необходимо перевести переднюю ручку в крестцовую впадину. С этой целью врач захватывает обеими руками туловище с родившейся ручкой в области грудной клетки и поворачивает плод в косой размер таза, противоположенной позиции. При этом спинка и затылок плода должны быть обращены к лону.

***Третий этап*** – освобождение последующей головки плода (способы Смелли-Файта и Морисо-Левре).

***Возможные осложнения:***

- Образование заднего вида. Предотвратить это осложнение можно ротацией туловища плода во время тракций в один из косых размеров таза со спинкой, обращенной к лону.

- Запрокидывание ручек за головку плода (три степени). Предотвратить это осложнение можно, если ассистент во время тракций будет прижимать дно матки к головке плода, не позволяя ей разгибаться.

- Спазм маточного зева, ригидность промежности, не позволяющие освободить головку плода.

- Острая гипоксия и травматические повреждения плода.

- Гибель плода

*Извлечение плода за обе ножки*. К этой операции прибегают при полном ножном предлежании плода или при низведении обеих ножек плода при классическом акушерском повороте плода. Этапы операции те же.

*Извлечение плода за паховый сгиб*. Если ягодицы плода находятся над входом в малый таз, то низводят ножку плода и производят его извлечение, как при неполном ножном предлежании. Если ягодицы плода вколочены в малый таз и ножку низвести не удается, то извлечение производят за паховый сгиб. Исход для плода, как правило, - неблагоприятный.

**Контрольные вопросы:**

1. Этиология неправильных положений плода.
2. Методы диагностики неправильных положений плода.
3. Осложнения во время беременности и в родах при неправильных положениях плода.
4. Наружный поворот при поперечных и косых положениях плода. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения.
5. Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот при полном открытии маточного зева. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения;
6. Наружно-внутренний поворот при неполном открытии шейки матки по Брекстон-Гиксу. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения.
7. Осложнения со стороны матери при производстве акушерских поворотов.
8. Осложнения со стороны плода при производстве акушерских поворотов.
9. Комплексы гимнастических упражнений, исправляющих неправильные положения и тазовые предлежания плода.
10. Операции извлечения плода за тазовый конец. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание.
11. Операция извлечения плода за ножку; техника (этапы) и моменты операции, осложнения.
12. Операция извлечения плода за обе ножки; техника (этапы) и моменты операции, осложнения.
13. Операция извлечение плода за паховый сгиб; техника (этапы) и моменты операции, осложнения.
14. Исходы операций извлечения плода за тазовый конец для матери.
15. Исходы операций извлечения плода за тазовый конец для плода.
16. Запущенное поперечное положение плода, этиология, клиника, диагностика, методы родоразрешения.

**Задача № 1**

В родильное отделение поступила роженица 33-х лет. В анамнезе 2 срочных родов без осложнений и 4 медицинских аборта, без осложнений. Схватки начались 8 часов тому назад, через 2-3 мин по 45-50 сек. Воды не изливались. При обследовании: размеры таза 26, 28, 31, 20 см. Окружность живота 99 см, высота стояния матки 31 см. Головка плода определяется справа, тазовый конец слева, выше гребней подвздошных костей, спинка обращена к зеву матки. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Воды целы. Влагалищное исследование: влагалище свободное, емкое, рожавшей женщины, заполнено умеренно напряженным плодным пузырем. Открытие зева полное. Предлежащая часть не определяется. Предлежит спинка плода, лопатка обращена к лону. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет.

Диагноз? Что делать?

**Задача № 2**

Роженица В., 38 лет, направлена в родильный дом при беременности сроком 38 недель спустя 6 ч от начала регулярных схваток. Предыдущие пять беременностей закончились срочными родами. Четверо первых детей родились в головном предлежании, а пятый - в тазовом. Все дети живы. Настоящая беременность протекала без осложнений. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не выявлено. Размеры таза: 26, 29, 32, 21. Окружность живота - 109 см, высота стояния дна матки над лоном - 29 см. Живот отвислый, округлой формы. Предлежащая часть не пальпируется. Крупная, плотная баллотирующая часть плода определяется слева, выше гребня подвздошной кости, другая – справа, ниже гребня подвздошной кости. Сердцебиение плода слева на уровне пупка, ясное, ритмичное, 140 уд./мин. Околоплодные воды не изливались. *Данные влагалищного исследования.* Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, раскрытие маточного зева на 8 см. Плодный пузырь цел, напрягается во время схваток. Предлежащая часть плода не определяется. Мыс не достижим. Деформации костей таза не выявлено.

Диагноз? Что делать?