**Введение.**

Вопрос о ведении беременности и родов при тазовых предлежаниях плода является весьма актуальным, что обусловлено прежде всего повышением перинатальной смертности при родах в тазовых предлежаниях плода, которая в 3-5 раз выше, чем при родах в головных предлежаниях. У детей, родившихся в тазовых предлежаниях, наблюдается повышенная заболеваемость и неблагоприятные отдаленные резуоьтаты, в виде центральных параличей, эпилепсии, гидроцефалии, отставание в умственном развитии и друное. Среди осложнений у матери следует отметить большую частоту несвоевременного излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, затяжных родов, оперативных вмешательств и другое.

В 1979-1980 гг. на страницах журнала "Акушерство и гинекология была проведена дискуссия по ведению беременности и родов при тазовых предлежаниях плода. Предлагалось обсудить вопрос о том, к какому состоянию отнести роды при тазовых предлежаниях плода к физиологическим или патологическим, а также обсудить тактику при тазовых предлежаниях плода во время беременности, принципах ведения родов (показания к кесареву сечению, стимулирование родовой деятельности, оказания пособия в период изгнания и другое). Дискуссия позволила обобщить взгляды акушеров по ведению беременности и родов при тазовых предлежаниях плода, однако многие вопросы требуют более тщательного изучения. Большинство участников дискуссии высказали точку зрения о необходимости относить роды в тазовом предлежании к патологическим, а беременных - к группе повышенного риска. Многие осложнения, возникающие при родах в тазовом предлежании плода, можно предотвратить, если использовать современные методы диагностики, правильно вести беременность и роды.

**2. Понятие о тазовом предлежании плода.**

**2.1. Классификация тазовых предлежаний.**

Принято различать следующие разновидности тазовых предлежаний:

***Ягодичные предлежания*** делятся на **чисто ягодичные** (неполные) и **смешанные ягодичные** (полные) предлежания.

При чисто ягодичных предлежаниях во вход в таз выступают ягодицы; ножки вытянуты вдоль туловища (тазобедренные суставы согнуты, колени – разогнуты). При смешанных ягодичных предлежаниях ягодицы обращены к просвету таза матери вместе с ножками, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах.

***Ножные предлежания***  бывают **полные** – предлежат обе ножки, слегка разогнутые в тазобедренных и коленных суставах, **и неполные** – предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах, другая согнута в тазобедренном суставе и лежит выше.

В редких случаях наблюдаются разновидности ножных предлежаний – коленное предлежание (предлежат согнутые колени), переходящее во время родов в ножное.

Ножные предлежания образуются во время родов.

Ягодичные предлежания встречаются почти вдвое чаще ножных (чаще у первородящих) и наблюдаются в 30-33% всех случаев тазового предлежания. Из ножных предлежаний неполные встречаются вдвое чаще полных. Коленное предлежание встречается крайне редко.

**2.2. Частота, этиология, диагностика**

**тазовых предлежаний плода.**

Частота тазовых предлежаний по данным отечественных и зарубежных авторов колеблется от 3 до 5%. Наиболее часто встречается чисто ягодичное предлежание (63,2 – 68%), реже смешанное ягодичное (20,6-23,4%) и ножное (11,4 – 13,4 %). Нередко в родах наблюдается переход одного типа тазового предлежания в другой. Смешанное тазовое предлежание в 1/3 случаев переходит в полное ножное, что является неблагоприятным и часто служит показанием для кесарева сечения. Чисто ягодичное предлежание чаще отмечается у первородящих женщин, смешанное ягодичное и ножное – у повторородящих. Тазовое предлежание у повторорожящих наблюдается примерно в 2 раза чаще, чем у первородящих. Чисто тазовое предлежание уменьшается по мере прогрессирования срока беременности. По данным при сроке беременности 21-24 недели тазовое предлежание наблюдалось у 33,3%, при сроке 29-32 недели у14 % при сроке 37-40 недель у 6,7 ? женщин..

***Этиология*** тазовыз предлежаний плода остается недостаточно выясненной. В норме матка имеет форму овоида с более значительным диаметром у дна. Живой доношенный плод при нормальном членорасположении также представляет собой овоид (с большим диаметром у тазового конца). Таким образом, устанавливаясь в головном предлежании, плод приспосабливается к форме матки. Различные изменения формы матки способствуют формированию тазового предлежания или другого неправильного положения плода.

Рекомендуется разделять этиологические факторы тазовых прележаний на материнские, плодовые и плацентарные.

К материнским факторам относятся: аномалии развития матки, опухоли матки, узкий таз, опухоли таза, повторные роды, снижение или повышение тонуса и возбудимости матки, рубец на матке после кесарева сечения.

Плодовые факторы: врожденные аномалии плода, неправильное членорасположение плода, недоношенность, сниженная двигательная активность и мышечный тонус плода, нейромышечные расстройства, многоплодие.

Плацентарные факторы: предлежание плаценты, локализация плаценты в области дна, трубных углов матки, многоводие и маловодие, короткость пуповины

Среди этиологических факторов наиболее часто встречается недоношенность (20,6 %), далее по частоте идут случаи многоплодия (13,1 %), большого числа родов в аномнезе (4,4%), узкость таза (1,5%) и другие.

Наибольшее число тазовых предлежаний при преждевременных родах объясняют несоразмерностью между величиной плода и полостью матки. Так при массе тела плода до 2500 г. оно встречается в 5 раз чаще, чем при родах в срок. По мере наростания массы тела плодачастота тазовых предлежаний уменьшается. У многородивших женщин отмечаются дряблость передней брюшной стенки и неполноценность мускулатуры матки, обусловленная структурно-анатомическими изменениями в матке.

По нашим данным у женщин с тазовым предлежанием плода отмечается высокая частота нарушений менструального цикла (40%), гинекологических заболеваний (85%), бесплодия (13, 7%), что ведет к нарушению нервно-мышечного аппарата матки и к формированию тазового предлежания. Даже после завершения родов в тазовом предлежании порой трудно сказать, что явилось его причиной. Характер предлежания плода окончательно формируется к 34-36-й неделе беременности.

***Диагностика*** тазового предлежания плода обычно не вызывает затруднений, кроме случаев, когда имеется выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и повышен тонус матки, при ожирении, двойне, анэнцефалии и другое. Тазовое предлежание, диагностируемое в срок беременности до 28 недель, не требует лечения, кроме "выжидательного наблюдения".

Диагноз тазового предлежания должен быть установлен в срок беременности до 32-34 недель, а по мнению некоторых авторов, - до 30 недель на основании данных наружного и внутреннего исследования. При наружном исследовании предлежащая часть плода мягкой консистенции, не баллотирует, шейная борозда не определяется. В верхних отделах живота пальцируется твердая, крупная баллотирующая часть плода – головка. Сердцебиение плода обычно выслушивается на уровне пупка или вымя. Большую помощь в диагностике тазового предлежания оказывают данные влагалищного исследования. Во время беременности через своды прощупывается объемистая, мягковидная часть плода. В родах, особенно после разрыва плодного пузыря и при достаточном раскрытии маточного зева. легко установить характер тазового предлежания.

Из дополнительных методов исследования электрокардиографию плода, амниоскопию, ультразвуковое исследование, рентгенографию.

Для диагностики тазового предлежания проводят амниоскопию, при которой устанавливают характер предлежания плода, количество и цвет околоплодных вод, предлежание петель пуповины.

При ультразвуковом исследовании можно определить не только предлежание и размеры плода, но и наличие возможных аномалий развития локализацию плаценты, наличие миоматозных узлов, расположение пуповины. Очень важно установить вид тазового предлнжания, проследить рсаположение ножных конечностей при чисто ягодичном предлежании, определить согнута головка или разогнута и каково расположение пуповины.

Различают четыре варианта положения головки плода при тазовом предлежании: головка согнутв (угол больше 110), головка слабо разогнута ( 1степень разгибания от 100 до 110), головка умеренно разогнута (2 степень разгибания, угол от 90 до 100), чрезмерное разгибание головки (3 степень разгибания, угол меньше 90).

Клиническими признаками разгибания головки плода являются: несоответствие размеров головки плода предполагаемой массе тела, расположение головки в дне матки со стороны позиции плода, наличие выраженной шейно-затылочной борозды. Причины чрезмерного разгибания головки, кроме наличия опухоли в области плода неясны.

Для диагностики тазового предлежания и его разновидностей целесообразно во всех случаях проводить ультразвуковое исследование и рентгенопельвиметрию с целью определения размеров таза

***Дифференциальная диагностика*** *–* при использовании только клинических методов исследования иногда трудно отличить тазовое предлежание от головеного. Проводя влагалищное исследование, можно установить диагноз тазового или головного предлежания. Значительно труднее даже при влагалищном исследовании дифференцировать тазовое предлежание от лицевого. При излившихся водах также сложно отличить рот плода от заднепроходного отверстия. При вхождении в рот плода пальцируются альвеолярные выступы, для уточнения диагноза следует попытаться определить крестец с копчиком, паховый сгиб, стопу. Важно отличить предлежащую ножку от ручки плода. При этом надо ориентироваться на длину пальцев и большой палец, который на руке отставлен, а также на наличие или отсутствие пяточного бугра. Колено отличается от локтя округлой подвижной надколенной чашечкой и более округлой формой.

Окончательный диагноз тазового предлежания в родах и его характер устанавливают проводя влагалищное исследование, при достаточном раскрытии маточного зева (не менее 4-5 см.),отсутствии плодного пузыря и при прижатом тазовом конце.

Очень важно разработать тактику момента установления диагноза тазового предлежания до срока родов и избрать метод родоразрешения (таблица № 1).

Поскольку до 32-й недели беременности амниотическая полость значительно превышает размеры плода и головка больше ягодиц, в силу приспособительных особенностей она смещается ко дну матки, а его тазовый конец – книзу. Тактика ведения беременности при установлении диагноза тазовых предлежаний должна быть направлена на их предупреждение и совершенствование методов дородового исправления тазового предлежания плода на головное..

Основным условием для выполнения наружного поворота плода является отсутствие гипертонуса и спонтанной активности беременной матки.

Противопоказаниями для проведения наружного поворота плода на головное при тазовом предлежании являются: уродства плода, рубец на матке, угроза прерывания беременности, возраст беременной более 30 лет, бесплодие в аномнезе, поздний гестоз, артериальная гипертония, локализация плаценты на передней стенке матки, предлежание плаценты, аномалия развития матки. маловодие, многоводие, узкий таз, расположение спинки плода кпереди или кзади, тяжелые экстрагенитальные заболевания и другое.

При противопоказаниях к исправлению тазового предлежания на головное и при сохранении тазового предлежания в III триместре беременности целесообразно назначать комплекс медикаментозных препаратов, витаминов, способствующих профилактике аномалий родовой деятельности, рациональное питание, что позволяет уменьшить частоту рождения крупных детей.

Если после применения корригирующей гимнастики в условиях женской консультации не удается провести тазовое предлежание в головное, то женщин с тазовым предлежанием необходимо госпиталтзировать в стационар при сроке беременности 38-39 недель для обследования и выбора рационального ведения родов.

Желательно, чтобы стационар, в который госпитализируют беременных с тазовыми предлежаниями плода, был обеспечен хорошо подготовленными кадрами, оснащен современным оборудованием, имел постоянную службу анестезиологов и неонатологов.

При обследовании женщин с тазовым предлежанием плода тщательно изучают общий и акушерский анамнез, уточняют срок беременности, производят наружное и внутреннее акушерское исследование, определяют предполагаемую массу тела плода, оценивают размеры таза, "зрелость" шейки матки., видтазового предлежания, степень разгибания головки.

Очень важно определить тактику при тазовои предлежании плода у женщин с доношенной беременностью. Можно вести роды через естественные родовые пути, родоразрешение путем операции кесарева сечения в плановом порядке или провести родовозбуждение.

Тактика ведения родов при тазовом предлежании плода зависит от возраста женщины, акушерского анамнеза, готовности материнского организма к родам, размеров тела, состояния плодового пузыря, функционального состояния и размеров плода, вида тазового предлежания, состояния головки плода и других моментов.

Наиболее информативной в прогностическом плане является балльная оценка различных патологических состояний и в том числе исхода родов и возможных осложнений при тазовых предлежаниях плода.

В прогностических шкалах учитывается число родов в анамнезе, срок беременности, предполагаемая масса плода, вид тазового предлежания, разогнутость головки плода, состояние плода, зрелость шейки матки, размеры малого таза.

Установлено, что самая низкая смертность при тазовом предлежании плода имеет место при его массе от 2500 г. до 3500 г. Плод более 3600 граммов при тазовом предлежании принято считать крупным. Серьёзным и опасным осложнением при процессе рождения головки плода является её чрезмерное разгибание, вследствие чего нередко возникает кровоизлеяние в мозжечок, субдуральные гематомы, травмы шейного отдела спинного мозга. Для первой и второй степени разгибания во время оказания ручного пособия при рождении головки плода требуется осторожность при выведении головки. Наличие третьей степени разгибания головки требует обязательного родоразрешения путём кесаревого сечения.

Огромное значение для тазового предлежания плода имеет оценка размера и формы малого таза, даже небольшое сужение одного из размеров таза может привести к травматизму плода в процессе родов, поскольку при его рождении последующая головка не успевает приспособиться к тазу матери.

“Зрелость” шейки матки является одним из важных факторов при выборе метода родоразрешения. При тазовом предлежании плода и доношенной беременности использовалась прогностическая шкала, по которой оценка ведётся в баллах от нуля до двух по тринадцати параметрам. Максимум баллов – 26. При сумме баллов 16 и более возможны бережные роды через естественные родовые пути. Кесарево сечение показано, если хотя бы один из внутренних размеров таза оценивают в 0 баллов, или имеется чрезмерное разгибание головки, масса плода более 4000 грамм, выраженная хроническая гепоксия плода, “незрелость” шейки матки.

Данную шкалу, но с меньшей прогностической ценностью, можно использовать и при отсутствии возможности проведения рентгенопельвиметрии. При этом необходимопроводить клиническую оценку таза. Максимум баллов – 14. При сумме баллов 9 и более возможны роды через естественные родовые пути.

В акушерской практике при хорошем состоянии беременной и плода, нормальных размерах таза, средних размерах плода и согнутой головки, “зрелой” шейки матки роды следует вести через естественные родовые пути под мониторным контролем. Естественно, что в процессе родов могут выявиться осложнения со стороны матери или плода, и план ведения родов может быть изменён.

**Показания к кесаревому сечению** в плановом порядке являются анатомически узкий таз, крупный плод и плод с массой тела менее 2000 г, отягощённый акушерский анамнез (мёртворождение, невынашивание, длительное бесплодие), возраст первородящей старше 30 лет, переношенная беременность, предлежание плаценты, рубец на матке, аномалия развития и опухоли матки, гипоксия плода, плацентарная недостаточность, переразгибание головки плода, тяжёлые формы гестоза, экстрагенетальные заболевания, отсутствие готовности родовых путей к родам, отсутствие эффекта от родовозбуждения, тазовое предлежание первого плода при многоплодии.

Частота планового кесаревого сечения при тазовом предлежании плода колеблится от 15 до 44,7%.

**Течение первого периода родов при тазовых предлежаниях плода** отличаются от головного предлежания. Из осложнений следует отметить большую частоту несвоевременного излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, выпадения мелких частей плода, и петель пуповины (в пять раз чаще, чем при головном предлежании), развитие асфиксии плода, затяжное течение родов, инфицирование.

Заслуживает внимание предложение о том, что в начале родов у женщин с тазовым предлежанием проводить рентгенологическое исследование с целью исследования запрокидывания ручек плода, что авторы данного исследования считают показанием абдоминального родоразрешения доминанта.

Во втором периоде родов могут быть такие осложнения, как вколачивание ягодиц, образование заднего вида, запрокидывание ручек, спазм шейки матки, затруднённое выведение головки, повреждение костного таза.

С целью профилактики раннего вскрытия плодного пузыря, роженница должна соблюдать постельный режим (лежать на боку, в сторону которого обращена спинка плода). В настоящее время большинством авторов операция с целью сохранения плодного пузыря и стимуляция родовой деятельности не применяется из-за недостаточной эффективности и опасности инфицирования.

Для тазового предлежания характерна тахикардия, поэтому снижение частоты сердечных сокращений до 110 в минуту следует рассматривать, как брадикардию, при которой требуется лечение.

Для наблюдением за состоянием плода, по показаниям определяют кислотно-основное состояние крови из предлежащей ягодицы плода. При нормальном течении родов скорость раскрытия шейки матки в активную фазу родов должна быть не менее 1,2 см/ч у первородящих и не менее 1,5 см/ч у повторородящих. При установившейся регулярной родовой деятельности и открытии шейки матки на 3-4 см показано введение обезболивающих и спазмолитических средств.

В родах необходимо проводить профилактику гипоксии плода, используя 1 % раствор сигетина (2 мл), кокарбоксилазу (500-100 мг) и другое.

После излияния околоплодных вод следует выслушать сердцебиение плода и произвести влагалищное исследование для уточнения диагноза и исключения или подтверждения выпадения мелких частей плода или петель пуповины. Выпавшую петлю пуповины можно попытаться заправить при чисто ягодичном предлежании. При ножных предлежаниях подобные попытки безуспешны. Если попытка заправления пуповины не удалась, то следует выполнить кесарево сечение. При выпадении пуповины в конце первого периода родов допустимо консервативное ведение родов. Выпавшую петлю пуповины следует осторожно завернуть в стерильную салфетку, смоченную теплым изотоническим раствором натрия хлорида и следить за состоянием плода по пульсации пуповины.

Важной задачей является своевременная диагностика аномалий родовой деятельности и их лечение. При наличии большего числа аномалий родовой деятельности при тазовом предлежании, чем при головном, в родах следует чаще ставить вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения.

Во время операции ребенка необходимо извлекать за ножку или паховый сгиб. В случае недоношенной беременности, когда не развернут нижний сегмент матки, при тазовом предлежании плода, массе его до 2000 г. предпочтительно производить корпоральное кесарево сечение.

Наиболее частыми показаниями к экстренному проведению операции кесарева сечения у женщин с тазовым предлежанием плода является слабость родовой деятельности (38, 4%), отсутствие схваток в течении 2-3 часов после излития околоплодных вод (33,3%), гипоксии плода (11,1).

Во втором периоде родов с профилактической целью показано внутривенное капельное введениеокситоцина. К концу второго периода родов для предупреждения спазма шейки матки на фоне продолжающегося введения утеротонических средств следует ввести один из спазмолитических препаратов (2 млношпы, 1мл 1 % раствора папаверина гидрохлорида).

В механизме родов при тазовом предлежании различают четыре этапа:

1. рождение плода до пупка;
2. рождение от пупка до нижнего угла лопатки;
3. рождение плечевого пояса и ручек;
4. рождение головки.

В нашей стране найбольшее распространение при чисто ягодичном предлежании получили ручное пособие по методу Н.А. Цовьянова и классический прием Мориса Левре для выведения голвки плода.

Роды в тазовом предлежании принимает опытный акушер-гинеколог, которомк ассистирует врач или акушерка. Целесообразно присутствие на родах неонатолога и анестезиолога.

В третьем периоде родов следует проводить профилактику кровотечения путем введения метилэргометрина или окситоцина внутривенно, капельно или одномоментно медленно.

Оптимальная длительность родов у первородящих женщин с тазовым предлежанием плода составляет от 6 до 18 часов, а у поаторородящих – от4 до 12 ч. Из осложнений в родах часто наблюдаются несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, реже выпадение петель пуповины, отслойка плаценты, вколачивание ягодиц, образование заднего вида, запрокидывание ручек, повреждения костного таза и другие. При выявлении аномалий родовой деятельности необходимо своевременно разрабатывать дальнейшую тактику – вести ли роды через естественные родовые пути с применением эффективных средств или выполнить кесарево сечение. В наши дни обычно склоняются к абдоминальному родоразрешению.

Вколачивание ягодиц в таз происходит вследствиие несоответствия размеров плода и таза матери или при слабости родовой деятельности. Если при крупном плоде и наличии эффективной родовой деятельности, хорошей , хорошей динамике раскрытия шейки матки тазовый конец не вставляется во вход в таз, то это указывает на несоответствие между тазом матнри и плодом.

**Механизм родов при тазовых предлежаниях.**

Плод, рождающийся в тазовом предлежании, совершает ряд последовательных движений, совокупность которых называется механизмом родов.

1. ***Уменьшение размеров и опускание тазового конца.*** Ягодицы вступают в таз таким образом, что поперечный размер их совпадает с одним из косых размеров таза. Спинка плода при переднем виде обращена кпереди и влево или вправо (в зависимости от позиции, призаднем виде больше кзади (в левую или правую сторону). При переднем виде первой позиции ягодичная линия проходит в левом косом размере, при втором – в правом. В косом размере ягодицы опускаются в таз, ягодица, обращенная кпереди, стоит ниже задней; она играет роль проводной точки, на передней ягодице образуется родовая опухоль.

2. ***Внутренний поворот ягодиц***. Происходит в полости таза одновременно с их продвижением. На дне таза межвертельная линия стоит в прямом размере, передняя ягодица подходит к лобку, задняя -к крестцу.

3. ***Врезывание и прорезывание ягодиц.*** Первой прорезывается ягодица, обращенная кпереди; область подвздошной кости плода (между трохантером и краем подвздошной кости) упирается в лобковую дугу, образуя ***точку фиксации***. Вокруг этой точки фиксации происходит ***сильное боковое сгибание туловища по проводной оси таза.*** Во время сгибания туловища рождаются задняя ягодица и весь тазовый конец плода. При смешанном ягодичном предлежании ножки рождаются вместе с ягодицами или немножко позже, когда туловище родится до пупка. При чистом ягодичном предлежании ножки выпадают после рождения туловища. После рождения тазового конца оно выпрямляется и в несколько потуг рождается до пупка, а затем до нижнего угла лопаток; туловище при этом немного поворачивается спинкой кпереди.

4. ***Рождение плечевого пояса***. Плечики вступают своим поперечным размером в косой размер таза ( тот же, через который проходили ягодицы), в выходе таза переходят в прямой размер. Переднее плечико фиксируется под лобковым симфизом, а заднее выкатывается над промежностью. Ручки, скрещенные на грудной клетке, выпадают сами или освобождаются при помощи ручного пособия.

5. ***Рождение головки.*** Головка в согнутом состоянии вступает в косой размер таза (противоположный тому, через который проходили ягодицы и плечики); в полости она совершает поворот затылком кпереди (к лобку), личиком кзади. Когда в половой щели появляется шея плода, головка упирается в нижний край лобковой дуги ***областью подзатылочной*** ямки, являющейся ***точкой фиксации,*** вокруг которой происходит прорезывание. Над промежностью последовательно появляются подбородок, лицо, лоб, темя, затылок. Таким образом, при тазовых предлежаниях головка прорезывается окружностью, соответствующей малому косому размеру. Вследствие быстрого прорезывания конфигурация головки отсутствует, форма ее округлая.

При ножных предлежаниях механизм родов в основном такой же, как и при ягодичных. Разница заключается в том, что первыми из половой щели показываются не ягодицы, а одна или обе ножки. Впереди идущей является передняя ножка, обращенная к симфизу. Когда ножка родилась до колена, ягодицы вступают в таз. Дальнейший процесс родов происходит по типу ягодичных. Следует помнить, что выпадение ножки во влагалище и за пределы половой щели может произойти при неполном раскрытии зева.

При тазовых предлежаниях нередко возникают ***отклонения от типичного механизма родов***, которые могут привести к неблагоприятным последствиям главным образом для плода.

Одним из серьезных осложнений является запрокидывание ручек. Ручки отходят от грудной клетки, располагаются на лице, рядом с головкой или затылком. Объем головки вместе с ручками настолько увеличивается, что роды благополучно окончиться не могут; без оказания немедленной помощи плод погибнет от асфиксии. В таких случаях прибегают к специальным приемам для освобождения ручек и головки.

При нормальном механизме спинка во время рождения туловища вращается кпереди (передний вид). В некоторых случаях спинка плода поворачивается кзади, возникает задний вид. Этот вид в процессе изгнания может самостоятельно перейти в передний. Если этот период не произойдет, течение родов замедляется. Если головка идет в согнутом состоянии, то область переносицы упирается в симфиз и над промежностью выкатывается затылок.

Нередко возникает тяжелое осложнение в связи с разгибанием головки; подбородок задерживается над симфизом, головка должна родиться в состоянии крайнего разгибания. Без акушерской помощи рождение головки задерживается и плод гибнет от асфиксии. Головка должна быть освобождена быстро и бережно.

**Ручное пособие при чисто ягодичном предлежании**

**по методу Цовьянова.**

Метод основан на сохранении нормального членорасположения плода. Тем самым предупреждается возникновение таких неблагоприятных осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки. При нормальном членорасположении ножки вытянуты по длине туловища и прижимают скрещенные ручки к грудной клетке; стопа вытянутой ножки достигает уровня лица и поддерживает сгибание подбородка по направлению к грудной клетке. При пособии по методу Цовьянова такое членорасположение поддерживается посредством того, что ножки прижимают к туловищу, не дают им преждевременно родиться.

Сохранение нормального членорасположения чрезвычайно важно и в том отношении, что происходит достаточное расширение родовых путей для рождения последующей головки. На уровне грудной клетки объем туловища вместе со скрещенными ручками и вытянутыми ножками значительно больше (в среднем 42 см.) объема головки (32-34 см.), поэтому рождение ее произойдет без препятствий.

***Техника ручного пособия по Цовьянову*** при чисто ягодичном предлежании заключается в следующем. Как только прорезалтсь ягодицы, их захватывают руками таким образом, чтобы большие пальцы располагались на прижатых к животу ножках, а остальные пальцы обеих рук – вдоль крестца. Такое расположение рук предупреждает преждевременное выпадание ножек, свисание туловища вниз. Рождающееся туловище направляется вверх, по продолжению оси родового канала. По мере рождения туловища плода руки врача продвигаются по направлению к половой щели роженицы, продолжая осторожно прижимать вытянутые ножки к животу большими пальцами, остальные пальцы рук перемещаются кверху по спине. Надо стремиться к тому, чтобы ножки не выпадали раньше рождения плечевого пояса. При прорезывании плечевого пояса ручки обычно выпадают сами. Если ручки самостоятельно не рождаются, их освобождают следующим простым приемом. Не меняя положения рук, устанавливают плечевой пояс в прямом размере таза и отклоняют туловище плода кзади (книзу). При этом передняя ручка выходит из-под лобковой дуги. Затем туловище поднимают кпереди (кверху) и над промежностью рождается задняя ручка. Одновременно с задней ручкой выпадают ножки (пятки) плода. После этого в глубине половой щели появляются подбородок и рот плода. При сильных потугах головкиа рождается самостоятельно; при этом туловище следует направлять кверху.

Если рождение головки задерживается ее освобождают приемом Морисо-Левре.

**Ручное пособие при ножных предлежаниях**

**по методу Цовьянова.**

При ножных предлежаниях осложнения родов и мертворождаемость встречаются чаще, чем при ягодичных. Возникновение осложнений связано с тем, что рождающиеся ножки не могут расширять родовые пути для безпрепятственного рождения объемистого плечевого пояса и головки. Поэтому при ножных предлежаниях нередко наблюдаются запрокидывание ручек, разгибание головки и ущемление ее в судоржно сократившейся шейке матки. Эти осложнения можно предупредить, если к моменту изгнания плечевого пояса зев матки будет раскрыт полностью. С этой целью Н.А. Цовьянов предложил прием, которым ножки удерживаются во влагалище до полного раскрытия зева.

Уточнив путем влагалищного исследования ножное предлежание, покрывают стерильной салфеткой наружные половые органы роженицы и ладонью, приложенной к вульве, препятствуют преждевременному выпадению ножек из влагалища. Задерживание ножек способствует полному раскрытию зева потому, что при этом плод как бы садится на корточки и образует смешанное ягодичное предлежание.

Плод, продвигаясь по родовому каналу, оказывает сильное давление на нервное крестцовое сплетение, усиливая схватки и поткги.

На полное раскрытие зева указывает сильное выпячивание промежности напирающими ягодицами, зияние заднепрходного отверстия, частые и сильные потуги и стояние пограничного кольца на 4-5 поперечных пальцев выше симфиза. Под напором опускающихся ягодиц половая щель раскрывается и ножки плода, несмотря на противодействие, показываются из-под краев ладони.

При наличии признаков, указывающих на полное раскрытие зева, противодействие продвижению ножек прекращают; в дальнейшем роды ведут по общим правилам, принятым для тазовых предлежаний.

В некоторых случаях ручное пособие по Цовьянову не предупреждает преждевременного выпадания ножек и затруднений при выведении ручек и головки. В таких случаях переходят к так называемому ***классическому ручному пособию*** то есть к акушерской помощи, которая применяется на третьем и четвертом (реже с третьего) этапах родов при тазовом предлежании; до пупка или нижнего угла лопаток плод родится самостоятельно.

Таким образом ***классическим ручным пособием*** называется совокупность приемов, имеющих целью освобождение ручек и головки плода, рождающегося в тазовом предлежании.

Освобождение ручек и головки при ручном пособии производится такими же приемами, что и при ***экстракции*** (извлечение) плода за тазовый конец. Однако при тождественности приемов, применяемых для освобождения ручек и головки, ручное пособие отличается от экстракции плода принципиально.

Экстракция за тазовый конец – акушерская операция, при которой искусственно воспроизводятся все четыре этапа родов при тазовом предлежании и плод извлекается полностью (от пяток до темени).

Ручное пособие оказывается при самопроизвольных родах, после рождения нижнего отдела туловища, с целью освобождения ручек и головки (если их рождение не совершается в течение2-3 минут).

При заднем виде тазовых предлежаний возникают серьезные осложнения, особенно при освобождении ручек и головки. В процессе родов задний вид нередко переходит в передний. Туловище медленно вращается по продольной оси и спинка поворачивается кпереди. Если самопроизвольный поворот не совершается, прибегают к следующему пособию с целью переведения заднего вида в передний. Выпавшую заднюю ножку задерживают рукой, подтягивают книзу и одновременно осторожно перемещают ее по направлению к симфиту с таким расчетом, чтобы она стала передней. Одновременно происходит поворот туловища. При заднем виде чисто ягодичного предлежания прорезывающееся туловище осторожно поворачивают вокруг продольной оси спинкой кпереди, вправо или влево, в зависимости от позиции. Если поворот затруднителен, роды ведут в заднем виде.

При осложненном течении родов (сочетание с эстрагенитальными заболеваниями, узкий таз, упорная слабость родовых сил, аномалия предлежания плаценты, отслойка нормально расположенной плаценты, асфиксия плода и другое) возникают показания для кесарева сечения.

Третий период родов при тазовых предлежаниях имеет обычное течение.

Послеродовой период у большинства родильниц пртекает нормально. Однако послеродовые заболевания наблюдаются чаще, чем при головных предлежаниях. Это связано с более частым повреждением мягких тканей родовых путей. Имеет значение более частое применение пособий и хирургических вмешательств в связи с возникающим осложнениями.

Прогноз для плода менее благоприятен, чем при головных предлежаниях, - чаще возникает асфиксия и родовые травмы. Новорожденные нуждаются в особо тщательном наблюдении и уходе.

**Акушерские пособия и операции**

**при тазовом предлежании плода.**

**Ручное пособие при тазовом предлежании**.

Под этим термином понимают освобождение ручек и последующей головки. Показанием к ручному пособию является замедленное изгнание плода. Если после рождения туловища до нижнего угла лопаток роды не завершаются в течение 2-3 минут, приступают к ручному пособию.

Ручное вмешательство производится без наркоза. Освобождение ручек осуществляется следующим образом. Освобождают первой заднюю ручку, для чего одной рукой берут ножки плода и голеностопных суставов и поднимают их резко вперед и в сторону, противоположную спинке плода. Во влагалище по спинке плода , ближе к крестцовой впадине, вводят два пальца ( II и III) соответствующей руки (например, для освобождения правой руки плода – пальцы правой руки акушера) и, или по спинке, а затем по плечику плода, доходят до локтевого сгиба. Влечение производят за локтевой сгиб (не за плечо, так как возможен передом) и опускают ручку так, чтобы она совершила "умывательное" движение; из влагалища показывается вначале локоть, а затем предплечье и кисть. Вторую (переднюю) ручку освобождают, предварительно переводя ее в заднюю. Для этого захватывают двумя руками (4 пальца спереди, 1 палец сзади) плод за грудную клетку и поворачивают его на 180. Этот прием применяют, только убедившись в невозможности вывести переднюю ручку из-под лобка. Вращение туловища надо совершать так, чтобы спинка (и затылок) прошла под лобковым симфизом. Вторую ручку также освобождают, захватив плод за голени, подняв ножки кпереди и в сторону, противоположную спинке, и введя два пальца до локтевого сгиба.

Для освобождения последующей головки предложено много способов. Лучшим из них является способ Морисо-Левре: туловище плода акушер кладет верхом на предплечье руки и II или III палец руки, на которой находится плод, вводит во влагалище по задней его стенке, а затем в рот плода, надавливая на нижнюю челюсть; вторая рука охватывает плод за плечи. Головку выводят соответственно родовому механизму; если головка стоит во входе в таз, вначале рукой, охватывающей шею, плечи производят влечение резко кзади (акушер сидит); когда головка опустится в полость таза, делают тракции кзади и вниз; если головка опустилась настолько, что область большого затылочного отверстия находится у нижнего края лобковой дуги, туловище плода приподнимают резко кпереди (акушер встает), и из половой щели показываются подбородок, лицо, лоб, а затем затылок. Рука, охватившая видообразно плечи и производящая влечение, не должна сдавливать область надключичной ямки.

**Извлечение плода за тазовый конец.**

Извлечение плода за тазовый конец, как правило, производится ручными приемами. Различают два способа этой операции: извлечение за паховый сгиб и извлечение за ножку (ножки).

При инструментальном извлечении (крючком, петлей) процент тяжелых повреждений плода очень высок. Подобный способ извлечения допустим лишь, если плод мертвый. Применение щипцов для извлечения за тазовый коней плода также не может быть рекомендовано в связи с большим процентом неудач и осложнений.

***Показания к операции ручного извлечения плода за тазовый конец:***

1) тяжелые заболевания роженицы (например, нарушение функции сердечно-сосудистой системы), требующее срочное окончание родов через естественные родовые пути;

2) угрожающая гипоксия плода (аритмия, стойкое резкое ускорение или замедление сердцебиения плода, глухость сердечных тонов, выпадение пуповины) и отсутствие условий для кесарева сечения;

3) после операции классического поворота плода за ножку.

***Условия для операции:***

1) полное раскрытие зева матки;

2) правильное соотношение размеров плода (головки)

и таза роженицы;

3) вскрытие плодного пузыря.

Роженицу кладут на операционный стол или поперечную кровать. Операцию производят под наркозом.

**Техника операции**.

Операция извлечения плода за тазовый конец состоит из четырех моментов.

***Первый момент.*** Извлечение плода за паховый сгиб. II палец акушер вводит в паховый сгиб передней ножки; влечение производят крючкообразно изогнутым пальцем во время потуги; для усиления влечения целесообразно охватить предплечье кистью второй руки. Тазовый конец плода захватывают так: большие пальцы кладут сзади на ягодицы, один палец – спереди в паховый сгиб и три на бедро (но не на живот). Извлечением плода (тракции впереди) до пупочного кольца заканчивается первый момент операции. Во время извлечения ассистент надавливает на дно матки, чтобы предупредить разгибание головки.

***Второй момент***. Плод извлекают до уровня нижнего угла лопаток. Этот момент выделяется вследствие того, что:

а) к освобождению ручки можно приступить лишь после того, как плод родился до уровня нижнего угла лопаток;

б) со временем рождения плода до уровня пупка последующая головка, вступившая во вход в таз, может ущемить пуповину, что грозит гипоксией. Не рекомендуется подтягивание пуповины

***Третий и четвертый моменты***. Освобождение ручек и головки производится также, как при ручном пособии при тазовом предлежании.

***Инструментальное извлечение плода за паховый сгиб*.** Извлечение с помощью крючка допустимо только при мертвом плоде (опасность перелома бедра, повреждение мягких тканей, крупных сосудов).

***Извлечение плода за ножку***. Операция извлечения плода за ножку (при полном или неполном ножном предлежании) легче, чем предидущая, так как с самого начала можно захватить ножку и удобно тянуть за нее.

***Первый момент.*** Ножку захватывают всей рукой, причем лучше в области коленного сустава, выше и ниже его, чтобы предупредить растяжение сустава. Влечение за ножку производится книзу. Вторая ножка не освобождается, а рождается самостоятельно. После рождения ножек и тазового конца плод захватывают и извлекают до уровня пупочного кольца..

***Второй момент***. Плод извлекают до уровня нижнего угла лопаток. Этот момент выделяется вследствие того, что:

а) к освобождению ручки можно приступить лишь после того, как плод родился до уровня нижнего угла лопаток;

б) со временем рождения плода до уровня пупка последующая головка, вступившая во вход в таз, может ущемить пуповину, что грозит гипоксией. Не рекомендуется подтягивание пуповины

***Третий и четвертый моменты***. Освобождение ручек и головки производится также, как при ручном пособии при тазовом предлежании.

***Профилактическое низведение ножки***. Вмешательство это грозит травмой роженицы и ребенку и нередко влечет за собой гипоксию плода. Попытка извлечения ножки при опускании ягодиц в полость или выход таза должна быть категорически отвергнута.

**Трудности и осложнения при извлечении плода и ручном пособии при тазовом предлежании.**

***Первый момент***. Придавлении не в паховой складке, а на бедро возможен перелом его и повреждение кожных покровов. Поэтому необходимо хорошо ориентироваться в правильном захвате плода за паховый сгиб. Затруднения могут зависеть также от наличия у плода опухоли крестцовой области или асцита. В первом случае показано удаление опухоли, во втором – прокол брюшной стенки и выпускание асцитной жидкости.

***Второй момент***. Обычно трудностей не представляет. Во избежание соскальзывания рук таз ребенка покрывают стерильной салфеткой.

***Третий момент***. При освобождении плечевого пояса и ручек могут встретиться большие трудности. Первая трудность при освобождении ручек может зависеть от того, что приступают к вмешательству раньше, чем оно технически осуществимо; до появления нижнего угла лопаток плода. В этих случаях может произойти серьезное осложнение: не имея возможности дойти до локтевого сгиба, акушер производит давление на плечо плода и переламывает плечевую кость. С целью предупреждения подобного осложнения следует освобождать ручки только после рождения плода до нижнего угла лопаток и после введения пальцев до локтевого сгиба.

Вторая большая трудность при освобождении ручек – их запркидывание, возникающее вследствие чрезмерно быстрого извлечения за тазовый конец или несоответствия размеров таза роженицы и плода. Пути устранения одной из причин запрокидывания ручек понятны – отказ от торопливости и предварительное тщательное исследование роженицы. При обнаружении запрокидывания ручек рекомендуют следующие приемы. Вводят во влагалище 2-4 пальца (или всю кисть) и стараются вывести запрокинутую ручку. В крайнем случае, если не удается низвести ручку (ручки), при недоношенном плоде пытаются извлечь головку вместе с ручками. Однако необходимо помнить, что при повторных попытках освободить запрокинутые ручки теряется время и плод может погибнуть от гипоксии. Это необходимо учитывать при принятии решения о довольно травматической операции извлечения головки вместе с запрокинутыми ручками. Следует категорически отвергнуть предложения некоторых авторов извлечь ручки путем предварительного перелома плечевой кости.

Затруднения при извлечении ручек могут возникнуть при заднем виде тазового предлежания. Возможность образования заднего вида должна быть предупреждена во время извлечения ножек и туловища плода. Если это все же произошло, необходимо перевести головку в прямой или косой размер малого таза; при этом следует учитывать, в какую сторону легче совершается этот поворот. Когда поворот головки (и туловища) совершен, выведение ручек не встречает затруднений. Поворот головки из косого в прямой размер тазас поворотом затылка кпереди, осуществляется путем комбинированного давления пальцев двух рук, введенных во влагалище, на головку; пальцы одной руки располагаются на височной кости, второй – позади уха плода противоположной стороны.

При извлечении последующей головки могут встретиться наибольшие и самые разнообразные затруднения и осложнения.

***Разгибание головки***. Головка разгибается, если, например, прием Морисо-Левре применяют неправильно; поднимают туловище кпереди ранее фиксации области подзатылочной ямки у нижнего края лобкового симфиза. При диагнозе разгибания головки стремятся достигнуть сгибания ее акушер вводит II или III палец в рот, а ассистент надавливает на головку сверху.

***Поворот головки подбородком кпереди***. В случае образования заднего вида можно испытать один из следующих способов:

1) если это возможно вводят кончик II или III пальца в рот плода, стремятся произвести сгибание головки и вывести из-под лобкового симфиза путем тракции кзади подбородок и лицо до образования точки фиксации под лобком; затем туловище плода резко отклоняют кпереди и головку выводят над промежностью.

Если этот прием не удается, то удерживая палец во рту, быстро поднимают туловище за ножки кпереди и выводят головку. В этом случае точка фиксации – переносица или скуловые кости; затем над промежностью выкатывается затылок, а затем при опускании ножек – лицо. Если подбородок расположен весьма высоко и не удается достичь рта, производят давление на подбородок снизу вверх, стремясь увеличить разгибание. В это же время захватывают пальцами второй руки плечики и поднимают из резко кпереди. При подобном извлечении точка фиксации плода спереди находится на передней поверхности шеи, а над промежностью выкатывается затылок и при дальнейшем поднимании ребенка кпереди и кверху параллельно передней брюшной стенке рождаются лицо и, наконец, подбородок. Если подбородок находится слева или справа в полости таза, то стремятся повернуть его кзади. Для этого применяют один из следующих приемов:

1) одной рукой, введенной во влагалище, надавливают на подбородок сбоку, стремясь повернуть его кзади, а затем производят обычное двуручное извлечение головки;

2) поворачивают головку подбородком кзади при помощи пальцев двух рук; одной рукой надавливают на щеку, а другой – на область затылка с противоположной стороны.