



ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

Подготовила студентка 5 курса
Группы л1-с-о-163(1)
Удальцова Дана Сергеевна

- **Тазовое предлежание** — вариант расположения плода в матке, при котором его тазовый конец предлежит ко входу в малый таз женщины. Роды в тазовом предлежании встречаются в 3 — 5 % случаев и считаются патологическими из-за большого числа осложнений, особенно у плода. Перинатальная смертность в 4 — 5 раз выше, чем при головных предлежаниях.



- **Причины формирования** тазовых предлежаний плода разнообразны, многочисленны и до конца ещё не изучены. К ним относятся следующие из перечисленных:
- Препятствия к установлению головки плода во входе в малый таз (миома матки, анатомическое сужение таза или аномальные формы таза, опухоли органов малого таза, увеличение размеров головки плода из-за гидроцефалии или цефалоцеле, предлежание плаценты или её низкое расположение)
- Патологический гипертонус нижнего сегмента матки и снижение тонуса её верхних отделов. При этом головка плода отталкивается от входа в таз и занимает положение в верхней части матки. Такие нарушения сократительной активности матки могут быть обусловлены дистрофическими изменениями миометрия из-за воспалительных процессов, неоднократных выскабливаний, многократных беременностей и осложненных родов. Отрицательное влияние на сократительную активность миометрия оказывает и рубец на матке, в том числе и после кесарева сечения.

- С другой стороны совершенно не обязательно, что при подтвержденном наличии перечисленных факторов обязательно сформируется тазовое предлежание плода. В целом ряде случаев бывает достаточно сложно установить очевидную причину тазового предлежания плода.
- Различают ягодичные и ножные предлежания. Ягодичные предлежания в свою очередь делятся на чисто ягодичное (неполное) предлежание, когда во вход в малый таз обращены ягодицы плода, а его ноги вытянуты вдоль туловища, и смешанное ягодичное предлежание, при котором во вход в малый таз обращены ягодицы плода вместе с ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах.
- К разновидностям ножных предлежаний относят: полное - предлежат обе ноги плода; неполное - предлежит одна нога плода; коленное - предлежат колени плода.



- Если при небольших размерах плода в чисто ягодичном предлежании, нормальных размерах таза роженицы, роды через естественные родовые пути возможны без осложнений, то при смешанном и ножном предлежании прогноз для здоровья и жизни новорожденного значительно ухудшается. Ножное предлежание плода является наиболее неблагоприятным вследствие частого возникновения в родах таких осложнений, как асфиксия плода, выпадение петель пуповины и тяжелая травма плода.
- При физиологическом течении беременности плод окончательно устанавливается предлежащей частью над входом в малый таз только к 34 - 35 неделям. До этого срока он многократно даже в течение дня может менять свое положение.
- Следовательно, формулировка диагноза "Тазовое предлежание плода" целесообразна именно к 34 - 35 неделям беременности и не ранее. Более ранняя диагностика может быть ошибочной и будет вводить в заблуждение беременную, её родственников и других консультантов по смежным специальностям, наблюдающих данную пациентку, и создавать излишнюю эмоциональную напряженность.

Диагностика тазовых предлежаний

- Диагностика тазовых предлежаний, прежде всего, основывается на данных наружного акушерского и влагалищного исследования. Для уточнения диагноза используют ультразвуковое исследование. С помощью эхографии возможно определение не только самого тазового предлежания, но и в целом ряде случаев и его вида. Неоценимую помощь в диагностике тазовых предлежаний плода оказывает и трехмерная эхография.
- Важно определить положение головки плода и степень её разгибания. Чрезмерное разгибание головки плода, которое не выявлено во время беременности, может привести к таким серьезным осложнениям в родах, как травма мозжечка, шейного отдела спинного мозга и другим повреждениям.



- О состоянии плода позволяют судить и результаты функциональной оценки с помощью доплерографии и КТГ. Течение беременности при тазовых предлежаниях чаще, чем при головном, сопровождается различными осложнениями. Наиболее типичными среди них являются: угроза и преждевременное прерывание беременности, гестоз и фетоплацентарная недостаточность. Эти осложнения нередко сопровождаются гипоксией и задержкой развития плода, аномальным количеством околоплодных вод, обвитием пуповины.
- Частота врожденных аномалий развития при тазовых предлежаниях почти в 3 раза выше, чем при головном. Среди них встречаются пороки развития центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата.
- По данным доплерографии отмечается более частое и более выраженное нарушение маточно-плацентарного кровотока. Более чем в половине наблюдений выявляются признаки хронической фетоплацентарной недостаточности.

- При выявленном тазовом предлежании плода с 34 - 35 недель рекомендуется применение корригирующей гимнастики, основанной на изменении тонуса мышц передней брюшной стенки и матки для перевода тазового предлежания в головное. Сущность этой гимнастики заключается в следующем: беременная, лежа на твердой жесткой поверхности, 3-4 раза через каждые 10 минут попеременно поворачивается на правый и левый бок. Упражнения повторяют 3 раза в день перед едой в течение 7-10 дней. Однако применение таких упражнений не может гарантировать перевод тазового предлежания в головное.
- Беременную с тазовым предлежанием плода необходимо госпитализировать в акушерский стационар не позже, чем в 38 недель для полного обследования, определения срока родов, выбора оптимального метода родоразрешения и подготовки к родам.

Выбор способа родоразрешения

- Выбор способа родоразрешения требует весьма осторожного и индивидуального подхода. Так, в частности, расширение показаний к кесареву сечению при тазовых предлежаниях еще не является гарантией благоприятного исхода родов. Во время операции плод может получить родовую травму. В значительной степени риск травмы плода при кесаревом сечении увеличивается при недоношенном или крупном плоде, разогнутом положении его головы, при несвоевременном излитии околоплодных вод, при недостаточном операционном доступе. Оптимальная частота кесарева сечения составляет 60%-70%.
- Следует подчеркнуть, что в подавляющем большинстве случаев сами по себе тазовые предлежания не являются показаниями к кесареву сечению. Однако достаточно часто имеет место сочетание с различными осложняющими факторами. Принимая во внимание, что роды в тазовом предлежании относятся к разряду патологических, в этих ситуациях существенно осложняется их течение и исход, что и заставляет решать вопрос в пользу кесарева сечения.
- Кесарево сечение в плановом порядке при тазовых предлежаниях даже без сопутствующих осложнений показано при: ножном предлежании плода; заднем виде тазового предлежания; разгибательном положении головы плода.

- **Опасность ножного предлежания** заключается в том, что после излития околоплодных вод ножки, а затем ягодицы и туловище плода начинают быстро продвигаться вперед по родовому каналу при недостаточно еще сглаженной и раскрытой шейке матки. При этом голова плода, как более плотная и крупная часть, не в состоянии пройти через недостаточно раскрытый или спазмированный шейечный зев, что приводит к асфиксии и травме плода или к его гибели.
- Во время родов исходное разгибательное положение головы ещё больше усугубляется, нарушается биомеханизм родов, что приводит к значительной травме плода.
- При заднем виде тазового предлежания также нарушается биомеханизм родов, существенно замедляется их течения, что приводит к асфиксии и травме плода.

- На сроке 34 — 38 недель можно применить **наружный профилактический поворот плода** на головку. Однако, его выполнение несет риск травматизации плода, а в некоторых случаях может оказаться неэффективным из-за того, что плод переворачивается обратно.



1. Плод в тазовом предлежании



2. Придерживая плод за голову и ягодицы, врач производит наружный поворот



3. Плод в правильном положении