

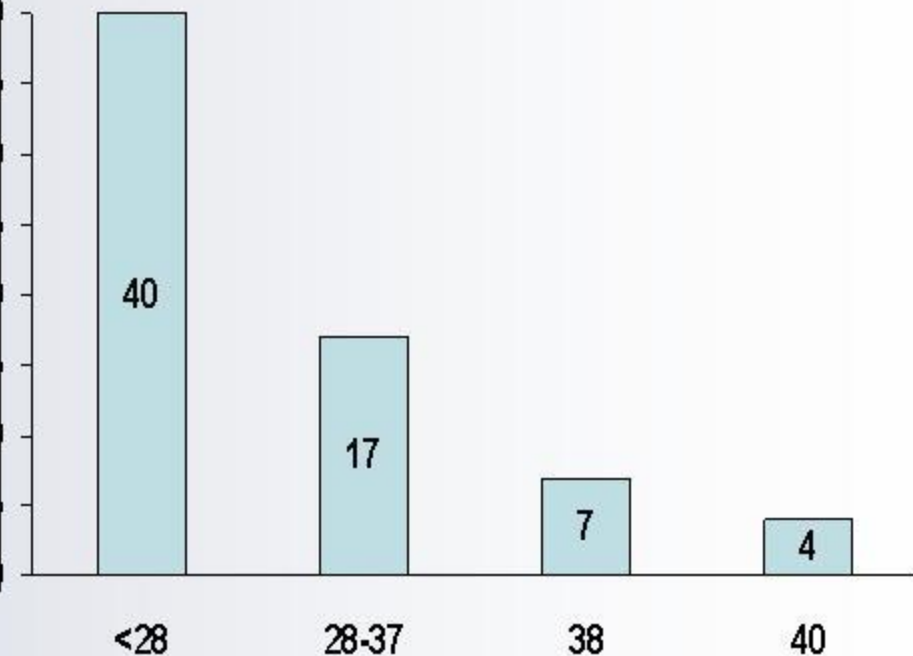
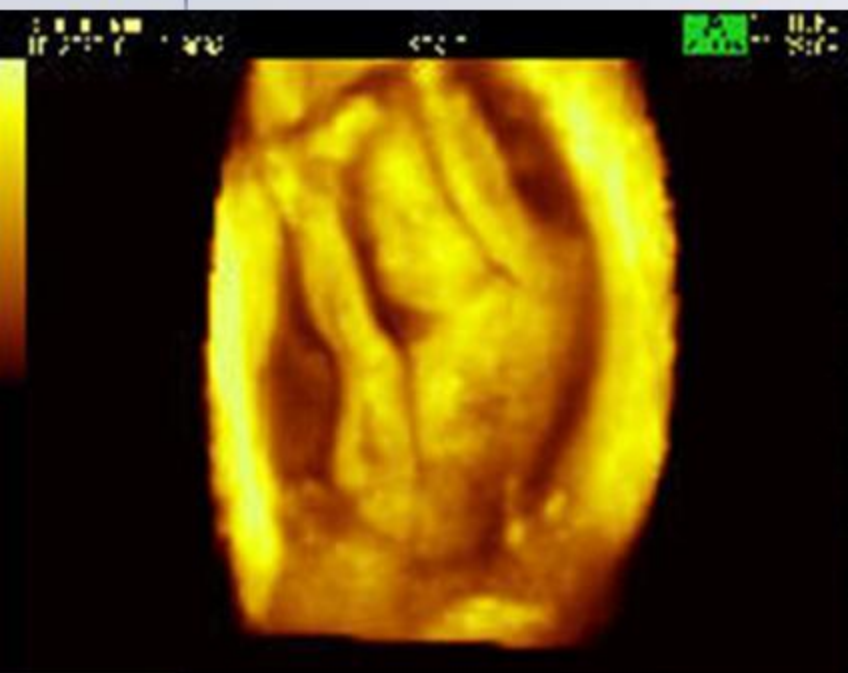
Тазовое предлежание плода

Ведение беременности и родов

Тазовое предлежание плода

- Тазовое предлежание плода, подтверждённое в 36 недель беременности является огромной проблемой не только для беременной женщины ,но и для акушера-гинеколога, который будет участвовать в процессе родоразрешения этой женщины!

Частота тазового предлежания в зависимости от срока беременности



Тазовое предлежание плода

- **Частота тазового предлежания :**

>20% при сроке беременности 28 недель.

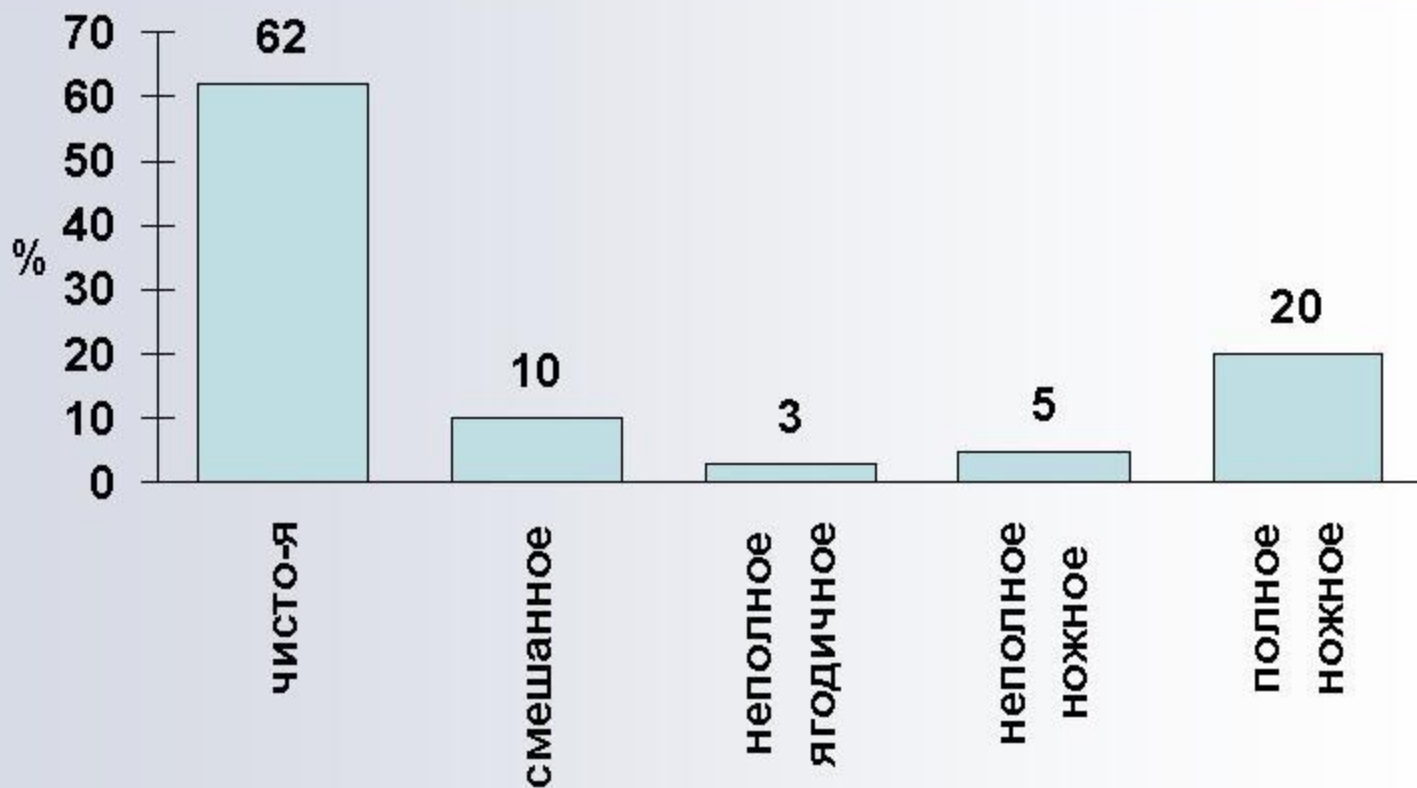
3-4% при сроке беременности 37 недель

Тазовое предлежание плода

Основные причины:

- **Недоношенность**
- **Повышенная подвижность плода**
 - Повторные роды, многорожавшие женщины
 - многоводие
- **Сниженная подвижность плода**
 - Маловодие
 - Аномалии развития плода
 - Аномалии развития матки
 - Опухоли органов малого таза
 - Аномалии развития таза
 - Предлежание плаценты
- **Предыдущие роды в тазовом предлежании**

Виды тазовых предлежаний



Тазовое предлежание плода

Классификация

Variations of the breech presentation



Complete
breech



Incomplete
breech



Frank
breech

Тазовое предлежание плода

Диагностика

- **Наружное и внутреннее исследование**

- **Ультразвуковое исследование**

- уточнение вида тазового предлежания
- Определение массы плода
- - исключение:
 - Аномалий развития плода
 - Разгибательной позиции головы плода
 - Замедления развития плода (ОГ>ОЖ)
 - Маловодия
 - Относительной макросомии >3800 гр
 - Ножного предлежания
 - Предлежания плаценты
 - Предлежания пуповины

- **МРТ** - пельвиометрия

Тазовое предлежание плода

тактика ведения в антенатальном периоде

- Предоставление полной информации о родах в тазовом предлежании.
- При отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение наружного поворота плода на головку при сроке беременности >37 недель.



Тазовое предлежание плода

тактика ведения в антенатальном периоде



- Использование лечебной гимнастики включающей использование коленно-локтевого положения.
- 4 рандомизированных исследования для оценки эффективности данной процедуры при тазовом предлежании плода
- Не получено данных об увеличении частоты спонтанных поворотов при её проведении

Hofmeyr GJ, Kulier R. Cochraine Database Syst Rev Issue 2000

Тазовое предлежание плода

тактика ведения в антенатальном периоде

- При отказе беременной от проведения наружного поворота плода на головку рекомендовано оперативное родоразрешение.
- Кесарево сечение проводится при сроке беременности 39+недель, так как сохраняется возможность спонтанного поворота плода.



Тазовое предлежание плода

тактика ведения в антенатальном периоде

- Родоразрешение через естественные родовые пути возможно при настойчивом желании беременной .
- Условия:
 - нормальные размеры таза матери
 - вес плода менее 4000грамм
 - чисто-ягодичное предлежание плода
 - отсутствие разгибания головки плода

наружный поворот плода на головку



Успешность наружного поворота на головку



Тазовое предлежание плода

наружный поворот плода на головку

- Значительное снижение риска операции кесарева сечения при отсутствии риска для здоровья матери и плода.
- Снижение частоты оперативного родоразрешения при тазовом предлежании плода.

Тазовое предлежание плода

наружный поворот плода на головку

- **наружный поворот плода на головку**
–**факторы успеха:**

Повторнородящие женщины

Достаточное количество околоплодных вод

Нахождение ягодиц плода над входом в малый таз

Тазовое предлежание плода

наружный поворот плода на головку

Условия проведения :

Возможность экстренного

родоразрешения беременной

Использование β -миметиков для лучшей релаксации матки

Непрерывное кардиомониторное и ультразвуковое наблюдение за состоянием плода .

Тазовое предлежание плода

наружный поворот плода на головку

Оптимальное время для наружного поворота: Первородящие – 36/37 недель

- Повторнородящие – 37/38 недель
- Эффективность -60-70%, что позволяет снизить частоту КС на 50% при тазовом предлежании и на 2% общую частоту КС

Противопоказания для наружного поворота

- Диспропорция размеров головки плода и таза матери
- Макросомия > 3800
- Маловодие
- Предлежание плаценты
- Аномалии развития плода
- Аномалии развития матки
- Нарушения состояния плода
- Повышение тонуса матки не купируемое токолитиками

Тазовое предлежание плода

наружный поворот плода на головку

- Перед проведением наружного акушерского поворота необходимы следующие исследования:

КТГ

УЗД(вес плода, амниотический индекс, вид предлежания, позиция плода, обвитие пуповины вокруг шеи плода)

Необходимо информированное согласие женщины на проведение операции.

Тазовое предлежание плода наружный поворот плода на головку



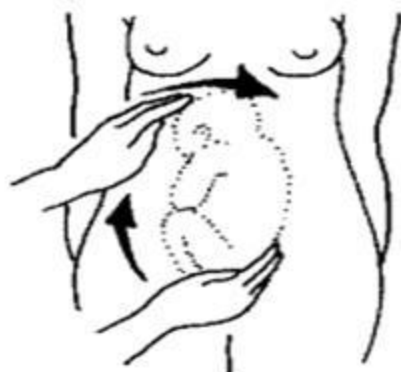
A. Mobilization of the breech



B. Manual forward rotation using both hands, one to push the breech and the other to guide the vertex



C. Completion of forward roll



D. Backward roll

Тазовое предлежание плода

наружный поворот плода на головку

■ Техника операции:

Беременная находится в положении на спине или на боку.

Тазовый конец беременной приподнят.

Смещение тазового конца плода над входом в малый таз.

Сгибание головки плода.

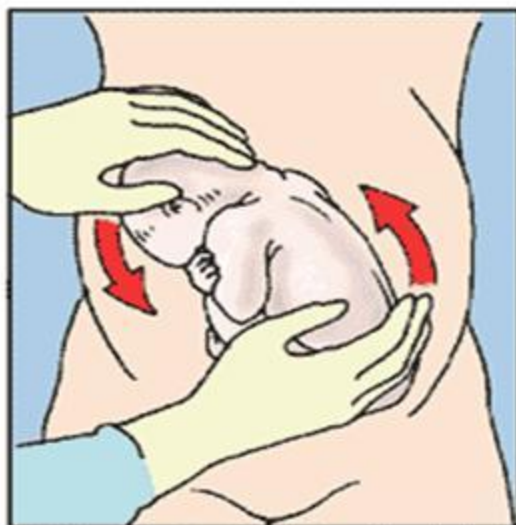
Рекомендовано проведение не более 3 попыток наружного поворота плода.

Постоянный контроль сердцебиения плода.

Procedure for Turning the Baby



1. The baby is in breech position.



2. The doctor feels for the baby's head and bottom.



3. The doctor turns the baby around.



4. The baby is in position for normal delivery.

Тазовое предлежание плода

наружный поворот плода на головку

- **Техника операции:**
- После проведения наружного поворота плода необходима запись КТГ в течение 30-60 минут.
- При наличии Rh-отрицательной принадлежности крови у беременной - рекомендуется введение антиD-иммуноглобулина .
- При удовлетворительном состоянии беременной и плода продолжается наблюдение в амбулаторных условиях .

Наружный поворот плода на головку

- В 2004 году на базе роддома №11 С-Пб было проведено пилотное исследование оценки эффективности проведения наружного поворота плода на головку при наличии тазового предлежания при доношенном сроке беременности.
- Наружный акушерский поворот предлагался всем беременным с доношенным сроком беременности при выявлении тазового предлежания плода.
- Исследуемая группа включила 36 беременных.
- Все попытки наружного акушерского поворота проводились под контролем КТГ и УЗИ в условиях родильного отделения.
- Токолитическая терапия проводилась во всех случаях.

Наружный поворот плода на головку

- **Наружный поворот плода на головку:**
- **был удачным у 22 пациенток- 61.1% (первая группа)**
- **был неудачным у 14 пациенток- 38.9%(вторая группа)**
- **Родоразрешение через естественные родовые пути в первой группе – 91%.**
- **2 пациентки (9%) были прооперированы по поводу слабости родовой деятельности в экстренном порядке в одном случае и по поводу отсутствия биологической готовности к родам при тенденции к перенашиванию в другом.**

Наружный поворот плода на головку

- **Во второй группе 7 пациенток (50%) были прооперированы .**
- **2 –плановое кесарево сечение (крупный плод)**
- **5 –экстренное кесарево сечение (слабость родовой деятельности, дистресс плода, выпадение петель пуповины).**
- **В 7 случаях имело место родоразрешение через естественные родовые пути.**

Наружный поворот плода на головку

- Обратный поворот плода на тазовый конец не был зарегистрирован.
- В 5.5% случаев имело место кратковременное урежение сердцебиения плода, имевшее транзиторный характер.
- Осложнения имели место в 2 случаях:
 - Преждевременное излитие вод через 3 часа от момента проведения операции
 - Появление кровянистых выделений из половых путей.
- Оценка по шкале Апгар во всех анализируемых случаях от 7/8-9/10 баллов .Только в одном случае 5/8 баллов(дистресс плода)

Наружный поворот плода на головку

- Выводы:
- Наружный поворот плода на головку приводит к значительному снижению неправильных положений плода и частоты кесарева сечения.
- Перинатальные исходы в обеих группах практически одинаковы.
- Риск проведения наружного поворота плода на головку не подтверждён.

Выбор метода родоразрешения при тазовом предлежании плода

- В 1993 году были проведены 2 рандомизированных исследования, сравнивавших плановое кесарево сечение и роды через естественные родовые пути.

- Выводы:

Частота перинатальной смертности одинакова в обеих группах

Частота перинатальной заболеваемости выше во второй группе.

Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term.
Obstet Gynecol 1993;82:605-18

Тазовое предлежание и показания для планового Кесарева Сечения

- Предполагаемая масса менее 2500 гр
- Предполагаемая масса более 3800 гр
- Ножные предлежания
- Разгибание головки
- Диспропорция размеров головки плода и таза матери
- Маловодие
- Предлежание плаценты
- Аномалии развития матки
- Подозрение на нарушения состояния плода
- Замедление развития плода
- Значимая преэклампсия
- Значимые сопутствующие заболевания матери

Тазовое предлежание плода



- Canadian Medical Research Council финансировал проведение международного мультицентрового рандомизированного контролируемого исследования ("The Term Breech Trial").



"The Term Breech Trial"

- 26 стран, 121 центр
- рандомизированно 2088 женщин: КС-Вагинальные роды
- исключены: < 37 нед, вес >4 кг, разгибание головки, ножные предлежания
- В группе кес.сеч. 90% родоразрешены путем операции кесарева сечения
- в группе родов через естественные родовые пути 57% женщин родоразрешены путем операции кесарева сечения
- Hannah et al, Lancet 2000; 356:1375-83



“The Term Breech Trial”

Проводилось сравнение исходов родов в тазовом предлежании через естественные родовые пути и путём операции кесарева сечения.

В 2000 году исследование было остановлено, так как к тому моменту было чётко доказано снижение риска перинатальной смертности при родоразрешении оперативным путём при тазовых предлежаниях на 75% по сравнению с родами через естественные родовые пути.

“ плановое кесарево сечение является самым оптимальным методом для родоразрешения плода при тазовом предлежании при доношенном сроке беременности”

Hannah et al, Lancet 2000

“ есть ли место для планового родоразрешения через естественные родовые пути после этого исследования?”

Lumley, Lancet 2000, Oct 21

Материнская смертность, связанная с операцией кесарева сечения

CaseTown 1975-86, 108 смертей, 263 000 родов, из них 8500 плановых и 20600 экстренных КС (случаи гибели беременных до родов и тяжелых соматических заболеваний были исключены)

Lilford et al BJOG 1990;97:883-92

	Риск/10000	RR
Роды через естественные родовые пути	0.60	
плановое К.С. (до родов)	3.52	5.9
Экстр.К.С. (в родах)	5.83	9.7

Материнская смертность, связанная с операцией кесарева сечения

Швеция (1973-79), 20 случаев смерти в родах или после родов, 704 000 родов, из них 63 000 КС (случаи гибели беременных до родов и тяжелых соматических заболеваний

были исключены) Moldin et al, AOGS, 1984; 63:7-11

	Риск/10000	RR
Роды через естественные родовые пути	0.11	
Кес.сеч. (в родах)	1.27	11.5

Материнская заболеваемость увеличивается в 38 раз по сравнению с влагалищным родоразрешением

Выводы

- Недостатки абдоминального родоразрешения :
- Риск осложнений для матери
- Увеличение риска КС при следующих родах
- Минимальные или отсутствие преимуществ перед правильно проведенными естественными родами
- Экономически невыгодный способ родоразрешения

Родоразрешение через естественные родовые пути

- Женщина предпочитает родоразрешение через естественные родовые пути
- 10% беременных, подготовленных для оперативного родоразрешения, могут досрочно вступить в роды.

Родоразрешение через естественные родовые пути

- **Планирование родов**
- **Необходимые акушерские навыки**
- **обученный персонал**

Родоразрешение через естественные родовые пути

Планирование родов:

Сотрудничество с роженицей

- пельвиометрия
- Определение размеров плода
- Исключение
 - Ножного предлежания
 - Разгибания головки плода
 - Предлежания петель пуповины
- Создание необходимых условий
- Персонал, владеющий навыками ведения родов в тазовом предлежании

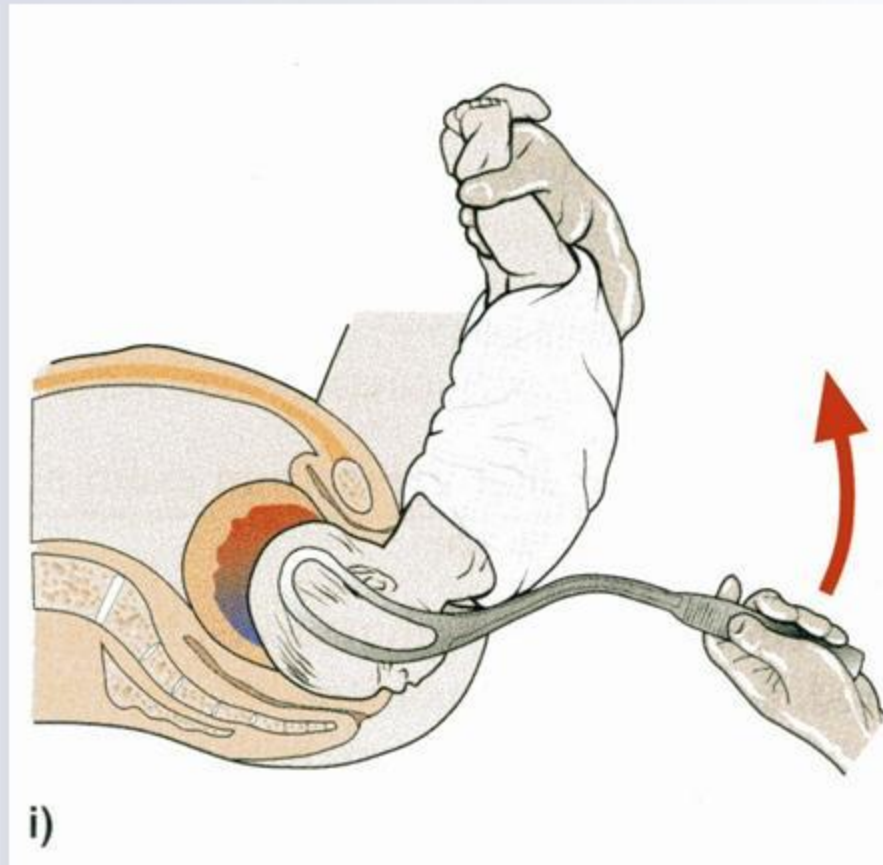
Родоразрешение через естественные родовые пути

Необходимые акушерские
навыки:

Теоретические

- Обучение на муляже
- Возможность использования щипцов

Наложение щипцов на последующую головку



Родоразрешение через естественные родовые пути

- **Готовность операционной и анестезиологической службы**
- **Частое мониторирование сердцебиения плода в родах**
- **Ведение партограммы**

(по данным полученным в ходе "The Term Breech Trial" 2 основные причины экстренного кесарева сечения -слабость родовой деятельности 50%;дистресс плода 29%)

Родоразрешение через естественные родовые пути

- **Свободное поведение женщины в родах**
- **Исключение активных потуг до того момента, когда ягодицы плода опустились на тазовое дно**
- **Проведение эпизиотомии для облегчения рождения головки плода**
- **Проведение манипуляций для облегчения рождения плода при развитии осложнений**

Родоразрешение через естественные родовые пути

обученный персонал:

3 - 4 человека

—2 доктора

—2 акушерки/сестры

■ неонатолог

■ анестезиолог

Выбор метода родоразрешения при преждевременных родах и тазовом предлежании плода

- Масса плода <1500 гр (32 нед) – Кесарево Сечение сочетается с достоверным снижением частоты перинатальной смертности при отсутствии влияния на частоту стойкой инвалидизации детей после рождения
- Масса плода 1500-2500 гр (32 нед) – Кесарево Сечение сочетается с достоверным снижением частоты перинатальной смертности и заболеваемости

Необходимо помнить!!! – что механизм травматизации новорожденного одинаков как при вагинальных родах так и при КС

Выводы

- Наружный поворот на головку более чем на 50% может снизить необходимость КС при тазовом предлежании
- Родоразрешение через естественные родовые пути после неудавшегося наружного поворота на головку возможно в 50 % чисто-ягодичных предлежаний
- При тщательном отборе возможно родоразрешить еще 20% тазовых предлежаний через естественные родовые пути.
- В литературе есть данные о более низком проценте КС и хороших исходах для новорожденного

Laubach, Belgium (53%), O'Connell, Ireland (23%)

Leeuw et al JOG 2002;22:127 (66%)

