**Текст лекции по теме занятия №12: Тазовые предлежания, поперечные и косые положения плода.**

**Изучаемые вопросы:**

Введение

Группы риска тазовых предлежаний, поперечные и косые положения плода.

Классификация тазовых предлежаний, поперечных и косых положений плода.

Течение и контроль беременности и родов при тазовых предлежаниях, поперечных и косых положениях плода.

 Методы коррекции тазовых предлежаний

Возможные осложнения тазовых предлежаний, поперечные и косые положения плода.

Методы профилактики тазовых предлежаний, поперечные и косые положения плода.

**Введение**

Частота тазового предлежания плода снижается с 40% в 24 нед до 3% в 40 нед, так как большинство плодов (более 90%) самостоятельно устанавливаются в конце беременности в головное предлежание. Тазовое предлежание может быть связано с аномалией самого плода, патологическим объемом околоплодных вод, особенностями локализации плаценты, относительной короткостью пуповины вследствие ее обвития вокруг шеи. Более высокие показатели неонатальной смертности и заболеваемости при тазовом предлежании связаны в первую очередь с незрелостью плода, врожденны ми аномалиями развития (преимущественно ЦНС), а также с асфиксией в родах или травмой.

**Группы риска тазовых предлежаний, поперечных и косых положений плода**

В группу риска по возникновению тазового предлежания входят женщины, имеющие чрезмерную подвижность плода при недоношенной беременности и многоводии, ограниченную подвижность плода при многоплодной беременности и маловодии, предлежание плаценты, препятствия к установлению головки во входе в малый таз при узком тазе, опухолях матки и придатков и пороках ее развития, когда есть несоответствие между формой плода и формой матки.

Неправильные положения плода чаще возникают у повторнородящих и многорожавших женщин, что включает этих женщин в группу риска по развитию данной патологии.

• Ведение последового и послеродового периодов при тазовых предлежани-ях не отличается от их ведения при головных предлежаниях.

К неправильным положениям плода относят косое и поперечное; к неправильным предлежаниям головки плода - ее разгибательные предлежания, асинклитические вставления, высокое прямое и низкое поперечное стояние стреловидного шва.

Неправильные положения плода и неправильные предлежания головки плода чаще возникают у повторнородящих и многорожавших женщин, что вкючает их в группу риска по развитию данной патологии. Кроме них в группу риска входят женщины с изменением формы матки (пороки развития, миома матки и др.), снижением тонуса матки, различными формами сужения таза, нарушением тонуса мышц плода, наличием у него опухоли шеи и др.

**Классификация тазовых предлежаний, поперечных и косых положений плода.**

Тазовое предлежание - ситуация, когда при продольном положении плода предлежащей частью является тазовый конец плода (ягодицы, ягодицы и стопы, стопы, коленки).

Различают следующие варианты членорасположения плода при тазовом предлежании :

• чисто ягодичное предлежание - ножки согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах;

• смешанное ягодичное предлежание - предлежат ягодицы и стопы плода, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах - «плод сидит по-турецки»;

• ножные предлежания:

 -полное (предлежат обе ножки) или неполное - предлежит одна ножка;

редко встречается коленное предлежание, которое может быть полным и неполным.

К неправильным положениям плода относят косое и поперечное. Неправильное положение плода - клиническая ситуация, при которой ось плода (условная линия, проходящая вдоль позвоночника плода) пересекается с осью матки (условная линия, проходящая от внутреннего зева шейки матки до середины дна). Поперечное положение плода - клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под прямым углом, а крупные части плода (головка и тазовый конец) находятся выше гребней подвздошных костей.

Косое положение плода - клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под острым углом, а одна из крупных частей плода находится в одной из подвздошных впадин большого таза. Косое положение - переходное состояние: во время родов оно превращается либо в продольное, либо в поперечное.

**Течение и контроль беременности и родов при тазовых предлежаниях, поперечных и косых положениях плода.**

Учитывая возможность развития осложнений в родах, беременные с тазовым предлежанием за 7 дней до предполагаемого срока родов должны быть госпитализированы в родовспомогательное учреждение второго или третьего уровня.

За это время беременную необходимо полностью обследовать: оценить массу и состояние плода с помощью УЗИ с допплерометрией и КТГ, оценить состояние родовых путей. Учитывая высокий риск родового травматизма плода, метод родоразрешения определяют индивидуально на основании оценки факторов перинатального риска для плода и матери. *Операции, исправляющие положение плода (акушерские повороты).*

Противопоказания для родов через естественные родовые пути при тазовых предлежаниях:

• предлежание пуповины;

• ножное предлежание;

• разгибание головки (по данным УЗИ);

• несоответствие размеров таза матери размерам плода;

• предполагаемая масса плода менее 2500 г или более 3600 г;

• ожирение (индекс массы тела более 30);

• многоплодие;

• наличие других показаний для кесарева сечения.

С самого начала родов могут возникать осложнения. Раскрытие зева обычно идет медленнее, даже при целом плодном пузыре. Ягодицы долго находятся над входом в таз, не образуется пояс прилегания, не происходит разделения вод на передние и задние. Это приводит к преждевременному излитию или раннему излитию околоплодных вод, нередко к выпадению петли пуповины, развитию первичной слабости родовой деятельности. Длительное течение первого периода родов и безводного промежутка способствует развитию гипоксии плода.

Период изгнания осложняет вторичная слабость родовых сил.

Осложнение родов при ножном предлежании - преждевременное изгнание плода при недостаточно раскрывшемся маточном зеве. Ножки, а затем ягодицы и туловище начинают быстро продвигаться по родовому каналу при недостаточно раскрытом маточном зеве. В результате более плотная и крупная часть плода - головка - не может пройти через недостаточно раскрытый маточный зев, что приводит к острой гипоксии и гибели плода, а попытка извлечь задержавшуюся головку вызывает разрыв шейки матки или даже нижнего маточного сегмента. Плод также может получить родовую травму, не совместимую с жизнью.

Возможно развитие таких осложнений, как образование заднего вида и запрокидывание ручек.

Под термином «запрокидывание ручек» понимают такое нарушение типичного членорасположения плода, при котором ручки, покинув свое положение на груди плода, отходят вверх, располагаясь впереди лица плода или по бокам головки либо даже за затылком.

Травматические повреждения плода и матери происходят во втором периоде родов при оказании пособия по Цовьянову, при выведении ручек и головки плода.

Длительное течение родов и длительный безводный промежуток способствуют развитию инфекционных осложнений у матери и новорожденного.

*Контроль и ведение родов*

До прорезывания ягодиц вмешиваться в течение родов не следует. Как только ягодицы начали врезываться, роженицу укладывают на родильную кровать. Во время потуг ей рекомендуют прижимать руками бедра к животу. Особенно важно это делать в конце периода изгнания: уменьшающийся при этом угол наклонения таза способствует более легкому прохождению головки через полость таза. При прорезывании ягодиц следует оценить необходимость эпизиотомии (рутинно она не показана) для более легкого рождения головки.

Пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании (метод Цовьянова I). После прорезывания ягодиц при чисто ягодичном предлежании приступают к оказанию роженице ручного пособия по методу Н.А. Цовьянова.

Потужная деятельность приводит к быстрому рождению плода до пупочного кольца, а вслед за этим и до нижних углов лопаток. При этом поперечник плода переходит в один из косых размеров, а к моменту рождения плечевого пояса - в прямой размер выхода.

В следующую потугу из половой щели выпадают ножки и ручки плода. На этом пособие по Цовьянову I заканчивается.

Для рождения плечевого пояса ягодицы (туловище) плода необходимо направлять несколько кзади, чтобы облегчить образование точки фиксации переднего плечика под нижним краем лонного сочленения. Для рождения задней ручки туловище плода приподнимают кпереди. После этого в глубине зияющей половой щели роженицы становятся видны подбородок, ротик и ноздри плода.

*Роды при ножном педлежании.*

Первый момент - противодействие рождающимся ножкам следует оказывать до тех пор, пока не наступило полное раскрытие маточного зева, на что указывают сильное выпячивание промежности предлежащей частью, зияние заднепроходного отверстия, частые и энергичные потуги. Когда ягодицы опускаются до преддверия влагалища, ножки плода, несмотря на оказываемое им противодействие, начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушера. Это соответствует полному открытию маточного зева. Как только установлено полное раскрытие маточного зева, противодействия ножкам больше не оказывают (конец пособия по Цовьянову II), и ножки, а вслед за ними ягодицы и туловище плода рождаются без затруднений до пупочного кольца, а затем до нижних углов лопаток.

• Второй момент - освобождение переднего плечика и ручки.

Освобождение последующей головки по методу Морисо-Левре-Лашапель для сгибания головки указательный палец врач вводит в ротик плода, вторая рука располагается сзади на плечиках плода, причем средний и безымянный пальцы находятся по сторонам шеи плода.

Ведение последового и послеродового периодов не отличается от их ведения при головных предлежаниях.

**Течение родов и контроль состояния матери и плода при неправильных положениях плода.**

Беременную госпитализируют в акушерский стационар после 37 нед для обследования, выбора метода родоразрешения и рассмотрения вопроса о профилактическом повороте плода на головку.

Очень редко при доношенной беременности с началом родов может произойти самоповорот плода в продольное положение, обычно из косого или неустойчивого, и тогда роды происходят через естественные родовые пути.

При самопроизвольном развитии родовой деятельности и позднем обращении первое осложнение неправильного положения плода заключается в раннем излитии околоплодных вод, что нередко приводит к выпадению ручки плода или петли пуповины.

При выпадении мелких частей плода и пуповины не надо пытаться их заправить, так как это неэффективно и приводит к инфицированию матки.

При продолжающейся родовой деятельности матка плотно охватывает плод, ограничивая его подвижность, плечико плода вколачивается во вход в таз, выпавшая ручка отекает, приобретает цианотичный цвет. Вследствие родовой деятельности нарушается маточно-плацентарное кровообращение, плод страдает от гипоксии, а затем погибает.

Из-за несоответствия размеров плода и таза матери при длительных родах возможны развитие вторичной слабости родовой деятельности и запущенного поперечного положения плода, появление симптомов угрожающего разрыва матки, признаков ее инфицирования (хориоамнионит, эндометрит).

Запущенное поперечное положение плода - акушерская ситуация, сопровождаемая следующими клиническими признаками: плотное охватывание плода стенками матки и отсутствие его подвижности, вколачивание плечика плода во вход таза, длительный безводный промежуток, хориоамнионит или эндометрит в родах, мертвый плод, выпадение ручки.

При продолжающихся сильных и частых сокращениях матки возникает картина клинически узкого таза с перерастяжением нижнего сегмента, и происходит разрыв матки.

При запущенном поперечном положении необходимо немедленно дать наркоз для прекращения родовой деятельности и закончить роды плодо-разрушающей операцией - произвести декапитацию. При неоказании помощи возникают симптомы угрожающего разрыва матки, а в дальнейшем происходит и ее разрыв.

Если плод жив, показано экстренное кесарево сечение.

Поперечное и косое положения плода служат показанием к плановому кесареву сечению.

Классический комбинированный поворот жизнеспособного плода на ножку с последующим извлечением его за тазовый конец в настоящее время почти не применяют, так как прогноз для плода неблагоприятный.

**Профилактика** образования тазового предлежания, неправильного положения плода - это устранение вызывающих его причин.