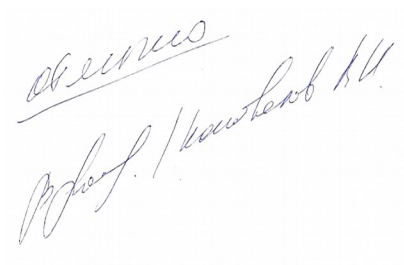


**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета**



В.Б. Цай

**Заведующий  
кафедрой:**

ДМН, Профессор Цхай В.Б.

**РЕФЕРАТ**

на тему: «Тазовое предлежание плода»

**Выполнила:**

Клинический ординатор  
кафедры  
перинатологии,  
акушерства и  
гинекологии  
Ларина Ю. Р.

**Проверил:**

Ассистент Коновалов В.Н

Красноярск 2019

## **Содержание**

1. Термины и определения	3
2. Актуальность проблемы	3
3. Этиология ТП	4
4. Диагностика	4
5. Ведение беременности при тазовом предлежании плода	5
6. Наружный поворот плода на головку	6
7. Родоразрешение.	9
8. Плановое кесарево сечение.	10
9. Экстренное кесарево сечение.	10
10. Роды через естественного родовые пути.	11
11. Список литературы	15

## Термины и определения

**Тазовое предлежание** (*praesentatio pelvica*) - предлежание, при котором ягодицы и/или ножки/ножка плода являются предлежащей частью.

**Самопроизвольные роды в тазовом предлежании неосложненные** - это роды одним плодом в тазовом предлежании, которые начались спонтанно, прошли без осложнений, при которых ребенок родился в тазовом предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

*Классификация тазовых предлежаний плода*

### 1. Ягодичные предлежания:

- **Чистое ягодичное предлежание (неполное)** (встречается в 63,2-68% случаев) - ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных; предлежат только ягодицы плода.

- **Смешанное ягодичное предлежание (полное)** (встречается в 20,6-23,4% случаев) - ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; предлежат стопы и ягодицы.

### 2. Ножное предлежание (встречается в 11,4-13,4% случаев):

- **Неполное ножное предлежание** - предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп) плода. При этом одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставе.

- **Полное ножное предлежание** - предлежат обе ножки (стопы) плода, при этом обе ножки разогнуты в тазобедренных суставах.

- **Коленное предлежание** - предлежат колени (одно или оба) плода (редкая разновидность ножного предлежания).

В родах возможен переход одного вида тазового предлежания в другой.

**Позиция плода при ТП** определяется традиционно - по отношению спинки плода к левому (I) или правому (II) рёбрам матки, а вид - по отношению спинки к передней/задней стенке матки (соответственно передний или задний).

*Шифр по МКБ-10*

O32.1 Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери.

O80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании.

O80.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды (в данном протоколе данный код МКБ подразумевает и иные роды в тазовом предлежании (помимо родов в чисто ягодичном предлежании): полное/неполное ножное предлежание, смешанное ягодичное предлежание и т.д.).

## Актуальность проблемы

Роды в тазовом предлежании не относятся к патологическим. Однако, ассоциируются с увеличением перинатальной заболеваемости и смертности ввиду более высокой частоты преждевременных родов, врожденных аномалий, асфиксии и травмы.

Вопрос о способе родоразрешения при тазовом предлежании остается, по-прежнему



окончательно нерешенным. Большинство РКИ было показано, что запланированное КС снижает перинатальную заболеваемость и смертность по сравнению с влагалищными родами, что приводит к 2-5-кратному снижению перинатальной смертности и ранней неонатальной заболеваемости. Это привело к тому, что в ряде клиник кесарево сечение в плановом порядке является ведущим.

Однако, более поздние РКИ показали, что строгие критерии отбора в группу вагинальных родов позволяют снизить материнскую заболеваемость, связанную с КС, при уровне перинатальной смертности не более 2 на 1000 родившихся. Поэтому в отделениях, где запланированное влагалищное родоразрешение является рутинной практикой и где соблюдаются строгие правила ведения родов, влагалищное родоразрешение при одноплодной беременности в тазовом предлежании является безопасным выбором по сравнению с кесаревым сечением. По данным мета-анализа Berhan Y. (2016) сделан вывод, что роды через естественные родовые пути имеют низкий абсолютный риск, несмотря на высокую частоту кесарева сечения при ТП (70-95%).

В связи с дискуссируемостью вопроса о способе родоразрешения в большинстве развитых стран при диагностике тазового предлежания в сроке 36 недель беременности сначала предлагается наружный поворот (при отсутствии абсолютных противопоказаний) и только после неудачной попытки или отказа от манипуляции решается вопрос о методе родоразрешения.

### **Этиология ТП**

1. Сужение таза, аномальная форма таза.
2. Пороки развития матки (двурогая, седловидная, с перегородкой).
3. Чрезмерная или ограниченная подвижность плода (первобеременные, многорожавшие).
4. Многоводие или маловодие.
5. Многоплодная беременность.
6. Новообразования внутренних половых органов (миоматозные узлы, опухоли придатков).
7. Патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты).
8. Пороки развития матки.
9. ВПР плода (анэнцефалия, гидроцефалия).
10. Короткая пуповина.
11. Синдром задержки роста плода.

### **Диагностика**

- Наружное акушерское исследование.
- Влагалищное исследование.
- УЗИ.
- МРТ, КТ (не является рутинной процедурой).
- Рентгенопельвиометрия (не является рутинной процедурой).



### **Признаки тазовых предлежаний при наружном и влагалищном исследованиях:**

- высокое стояние дна матки, так как тазовый конец плода высоко расположен над входом в таз;
- головка плода (округлое плотное баллотирующее образование) расположена в дне матки, а ягодицы (крупная, неправильной формы, не баллотирующая предлежащая часть) - над входом в таз, что определяют при пальпации живота беременной;
- сердцебиение плода выслушивают на уровне пупка или выше.

*Во время родов данные влагалищного исследования:*

- при ягодичном предлежании предлежащая часть мягкая, можно прощупать щель между ягодицами, крестец, половые органы плода;
- при чистом ягодичном предлежании можно найти паховый сгиб;
- при смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицами прощупывают стопу, по локализации крестца уточняют позицию и вид;
- при ножных предлежаниях определяется ножка или ножки плода.

*Ультразвуковое исследование*

УЗИ при тазовом предлежании наиболее информативно и должно включать определение следующих параметров:

- вид тазового предлежания плода (полное, неполное);
- подсчет предполагаемой массы плода;
- количество вод (амниотический индекс);
- локализация плаценты;
- описание пуповины (расположение, обвитое вокруг шеи плода);
- аномалии развития плода;
- определение степени разгибания головки плода (согнута, разогнута, нейтральное

положение) и запрокидывания ручек; - доплерометрия магистральных сосудов плода.

### **Ведение беременности при тазовом предлежании плода**

*Клинически важно подтверждение тазового предлежания в 36 недель. Однако около 8% плодов совершают самопроизвольный поворот на головку и после 36 недель.*

**При подтверждении тазового предлежания в 36 недель необходимо :**

- Провести консультирование в консультативно-диагностическом отделении перинатального центра.
- При отсутствии противопоказаний пациентке должен быть предложен наружный акушерский поворот.
- Следует ознакомить пациентку с рисками, связанными с родами в тазовом предлежании, и медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить этот риск, о методах родоразрешения и их рисках в плане материнской заболеваемости, о потенциальных учреждениях родовспоможения, на базе которых возможно родоразрешение пациенток с тазовым предлежанием плода (не ниже второго уровня и т.д.)

**Женщина должна быть проинформирована :**

- Плановое кесарево сечение ведет к небольшому уменьшению перинатальной смертности в сравнении с плановыми родами в тазовом предлежании. Любое решение о проведении кесарева сечения должно быть рассмотрено с позиций возможных побочных последствий операции.





- Уменьшение риска перинатальной смертности обусловлено тремя факторами: исключением риска мертворождения после 39 недель беременности, исключением рисков, обусловленных процессом родов; исключением рисков, обусловленных вагинальными родами в тазовом предлежании.
- Риск перинатальной смертности при вагинальных родах в тазовом предлежании составляет около 2/1000 родов, при кесаревом сечении после 39 недель беременности 0,5/1000 родов. При родах в головном предлежании 1/1000.
- Вагинальные роды в тазовом предлежании увеличивают риск низкой оценки по шкале Апгар и серьезных осложнений в раннем неонатальном периоде, но нет указаний на увеличение частоты осложнений в отдаленном периоде.
- Плановое кесарево сечение в доношенном сроке при тазовом предлежании сопровождается незначительным увеличением частоты ближайших осложнений для матери по сравнению с плановыми вагинальными родами.
- Осложнения для матери наименьшие при удачно завершившихся вагинальных родах, плановое кесарево сечение увеличивает риск, но наибольший риск имеется при экстренном кесаревом сечении, которое требуется примерно у 40% женщин с плановыми вагинальными родами.
- Кесарево сечение увеличивает риск осложнений при будущих беременностях, включая риски попытки родов через естественные родовые пути, повышенный риск осложнений повторной операции кесарева сечения и риски нарушения прикрепления плаценты.
- Женщине должна быть дана индивидуализированная оценка последующих рисков кесарева сечения, основанная на индивидуальном профиле и репродуктивном прогнозе, и соответствующая консультация.

#### **Неэффективно:**

- Постуральная гимнастика для уменьшения частоты тазового предлежания к моменту родов
- Нет признанных *эффективных* методик для поворота плода на головку

Пациенток с тазовым предлежанием плода необходимо госпитализировать в стационар в 38-39 недель для дополнительного обследования и выбора рациональной тактики ведения родов.

Госпитализация проводится в стационар, который обеспечен хорошо подготовленными кадрами, оснащен современным оборудованием, имеет круглосуточную анестезиологическую и неонатологическую службу, в том числе и реанимацию новорожденных.

#### **Наружный поворот плода на головку**

**NB!** Настоящий протокол рекомендует проводить наружный поворот плода на головку *только подготовленными специалистами* ввиду серьезности его осложнений (отслойка плаценты; дистресс-синдром плода; фето-материнская трансфузия (резус-иммунизация) и т.д.

- Женщинам с тазовым предлежанием в сроке 36 недель следует предложить наружный поворот плода на головку при отсутствии противопоказаний. Они должны быть предупреждены о его рисках, преимуществах и последствиях для способа родоразрешения
- Пациентки, которые имеют тазовое предлежание после неудачной попытки наружного поворота плода на головку или отказались от этой манипуляции, должны быть проконсультированы о рисках и преимуществах плановых вагинальных родов в тазовом предлежании по сравнению с планируемым кесаревым сечением (GPP).
- При сохранении тазового предлежания плода к моменту родов беременной должна



быть **повторно** предоставлена информация о возможных способах родоразрешения, о преимуществах и рисках, связанных с каждым из них.

- В результате консультирования должно быть получено **письменное информированное добровольное согласие на выбранный метод родоразрешения**.

**Родоразрешение осуществляется только в стационарах не ниже второй группы.** При отсутствии спонтанного поворота плода на головку необходимо обследование и коллегиальный выбор тактики ведения родов в условиях информированного добровольного согласия пациентки на избранный метод родоразрешения.

**Цель** - перевод тазового предлежания плода в головное.

1) **Модель пациента:** первородящая женщина (от 36 недель и более) или повторнородящая (от 37 недель и более) с одноплодной неосложненной беременностью и неполным тазовым предлежанием плода до начала родов при отсутствии противопоказаний для выполнения наружного поворота и давшая письменное информированное добровольное согласие.

**Штат:** врач акушер-гинеколог, владеющий техникой наружного поворота плода на головку и операцией кесарева сечения, акушерка, врач УЗИ, анестезиологическая служба.

**Место проведения:** акушерский стационар 2-3-ей группы с возможностью выполнения экстренного кесарева сечения

**Оснащение:**

- Токолиз с использованием бета-адреномиметиков. Использование бета-адреномиметиков увеличивает число успешных попыток (уровень доказательности I). Однако нет необходимости в рутинном использовании бета-адреномиметиков (особенно у повторнородящих).
- Фетальный кардиомонитор.
- Аппарат УЗИ.
- Готовность к экстренному кесареву сечению.
- Для резус-отрицательных беременных - наличие лабораторной базы для определения резус-антител в крови и наличие анти-резус иммуноглобулина.

**Документация**

- Обменная карта беременной.
- Информация для пациентки и протокол информированного добровольного согласия.
- Протокол и алгоритмы наружного акушерского поворота и УЗИ.
- Лист регистрации порядка выполнения процедуры и наблюдения за пациенткой.
- Ленты-записи КТГ.

**Условия для наружного акушерского поворота**

- Срок гестации не менее 36 недель.
- Отсутствие противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути.
- Удовлетворительное состояние плода (кардиотокография - нестрессовый тест, доплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины и средней мозговой артерии плода, маточных артериях).
- Адекватное количество амниотической жидкости.
- Возможность экстренного абдоминального оперативного родоразрешения.

**Абсолютные противопоказания к проведению наружного акушерского поворота**

- Планируемое оперативное родоразрешение путем кесарева сечения по другим показаниям (предлежание плаценты, анатомическое сужение таза, тяжёлая

экстрагенитальная патология и т.д.).

- Кровотечения второй половины беременности или последние 7 дней [22].
- Противопоказания к приему бета-адреномиметиков (тиреотоксикоз, аритмия, болезни сердца, при которых использование препаратов этой группы противопоказано).
- Патологическая/пограничная КТГ, нарушение кровотока в системе мать-плацента-плода по данным доплерометрического исследования.

- Маловесный к сроку гестации с аномальными показателями доплерометрии [3].
- Аномалии матки, опухоли матки или ее придатков, препятствующие повороту.
- Многоплодие (кроме поворота второго плода).
- Рубец на матке.
- Грубые пороки развития плода, мертвый плод.
- Разгибание головки плода.
- Обвитие пуповины вокруг шеи плода.
- Тяжелая преэклампсия или высокая артериальная гипертензия.
- Разрыв плодных оболочек.

#### **Относительные противопоказания:**

- Синдром задержки роста плода с патологическими параметрами доплерометрии.
- Преэклампсия с протеинурией или значительная артериальная гипертензия.
- Маловодие, многоводие.
- Неустойчивое положение плода.

#### **Возможные осложнения при проведении акушерского поворота**

- Преждевременная отслойка плаценты.
- Преждевременные роды.
- Дородовое излитие околоплодных вод.
- Разрыв матки.
- Фето-материнская трансфузия (резус-иммунизация).
- Эмболия околоплодными водами.
- Преходящая брадикардия плода.
- Дистресс плода.

#### **Предикторы успешного наружного акушерского поворота**

- Многорожавшие
- Абдоминальная пальпация головки.
- Низкий индекс массы тела матери.
- Расположение плаценты на задней стенке.
- Чисто ягодичное предлежание.
- Амниотический индекс более 10 см.

#### **Порядок выполнения**

***NB! Осуществлять постоянный вербальный контакт с пациенткой.***

1. Подтвердить тазовое предлежание и местоположение пуповины относительно шеи плода по УЗИ. Наличие пуповины рядом с шеей не является противопоказанием. УЗИ должно быть выполнено не позже, чем за 24 часа до процедуры.
2. Получить письменное информированное добровольное согласие пациентки.
3. Оценить и записать исходные данные матери: пульс, дыхание и АД.
4. Выполнить КТГ в течение 20 минут.
5. Антациды: ранитидин 150 мг перорально, однако, нет необходимости рутинного выполнения данной процедуры

6. Использование токолитиков (повышает вероятность успешного поворота) 10 мкг (1 ампула по 2 мл) гексопреналина сульфата развести в 10 мл изотонического раствора и ввести болюсно в течение 5-10 минут, с последующим 10-минутным контролем пульса, АД матери и ЧСС плода (КТГ). При увеличении ЧСС у матери более 140 уд/мин инфузию гексопреналина следует прекратить

7. Через 30 минут после токолиза (или когда пульс матери станет >100 уд/мин) выполнить наружный поворот плода

8. Оснований использовать рутинно острый токолиз нет, особенно у повторнородящих.

*Условия:* опорожнить мочевой пузырь, положение женщины на боку, под углом 10-15 градусов (для профилактики синдрома нижней полой вены). Можно успешно выполнить поворот и на спине, главное, чтобы женщине было удобно лежать и не развивался синдром сдавления нижней полой вены.

*Техника:*

- движения должны быть постоянными и длительными;
- пациентку просят во время процедуры расслабиться и глубоко дышать;
- процедура может сопровождаться дискомфортом, но не должна вызывать резких болезненных ощущений. Выраженная болезненность может быть причиной для остановки процедуры;
- периодически (не менее 2 раз за 5 минут) контролировать сердцебиение плода - **при появлении брадикардии процедуру следует немедленно остановить;**
- если ЧСС плода возвращается к норме, то процедуру продолжают. Если нормальный ритм не восстанавливается - вернуть плод в исходное положение, а пациентку перевести в операционную для немедленного родоразрешения путем КС;
- продолжительность процедуры не должна быть более 5 минут;
- после неудачной попытки поворота: прекратить процедуру и запланировать электрокесарево сечение

#### **Возможные осложнения при проведении наружного акушерского поворота плода:**

- Преходящая брадикардия плода.
- Дистресс плода.
- Отслойка плаценты.
- Фето-материнская трансфузия.

#### **Родоразрешение.**

Тактика родоразрешения при тазовом предлежании зависит от числа предшествующих родов, акушерского анамнеза, срока беременности, готовности к родам, размеров таза и плода, степени разгибания головки.

*В 38-39 недель в акушерском стационаре проводится обследование:*

общеклинические методы, определение

степени зрелости шейки матки,

УЗИ- предполагаемая масса плода, локализация плаценты, вид и позиция плода, степень разгибания головки, наличие патологии пуповины,



нестрессовый тест (КТГ).

**Показания к кесареву сечению в плановом порядке при доношенной беременности:**

- первородящая, старше 30 лет, выраженное нарушение жирового обмена, гестоз тяжелой степени,
- экстрагенитальные заболевания, требующие выключения потуг, сужение размеров таза,
- предполагаемая масса плода более 3600 грамм у первородящих и более 4000 грамм у повторнородящих,
- дистресс плода (КТГ), нарушение кровотока по УЗИ, разгибание головки 3 степени по УЗИ, перенашивание, ножное предлежание плода,
- резус-иммунизация, тазовое предлежание при многоплодной беременности,
- беременность после ЭКО, рубец на матке после кесарева сечения, миомэктомии,
- осложненное течение предыдущей беременности, отказ женщины от естественных родов.

При хорошем состоянии беременной и плода, доношенной беременности, нормальных размерах таза, средних размерах плода, согнутой головки или её незначительном разгибании, наличии зрелой шейки матки при чистоягодичном или смешанном ягодичном предлежании плода – роды следует вести через естественные родовые пути.

При необходимости досрочного родоразрешения при сроке беременности более 28 недель и менее 37 недель, массе плода от 1000 до 2000 грамм и тазовом предлежании – **методом выбора является кесарево сечение.**

**Показания к экстренному кесареву сечению в родах при тазовом предлежании плода**

Излитие о. вод при неподготовленной шейке матки; ножное предлежание плода; аномалии родовой деятельности,

признаки гипоксии плода по данным кардиомониторного наблюдения; отсутствие продвижения тазового конца и «вклинивание» тазового конца плода; предлежание или выпадение петель пуповины в I периоде родов;

выпадение ножки (ножек) плода при неполном открытии шейки матки у первородящих.

***Нахождение тазового конца плода в широкой части полости малого таза не является противопоказанием для проведения кесарева сечения.***

Во время операции кесарева сечения ребёнка необходимо извлекать за ножку или паховый сгиб. При чрезмерном разгибании головки, чтобы избежать её травмы, требуется особая осторожность при её выведении (использовать прием Морисо-Левре-Лашапелль).

***При***

***недоношенной беременности, когда не сформирован нижний сегмент матки, и предполагаемой массе плода до 2000 грамм предпочтительно производить корпоральное кесарево сечение.***

В настоящее время при ножном предлежании плода, особенно при выпадении ножки (или ножек) плода при неполном открытии маточного зева, методом выбора родоразрешения считают кесарево сечение.

#### **Роды через естественного родовые пути.**

Избежать вагинальных родов при тазовом предлежании не всегда возможно, так как некоторые женщины могут настаивать на вагинальных родах при тазовом предлежании, роды в тазовом предлежании могут быть стремительными, когда женщине с запланированным кесаревым сечением операция уже не может быть выполнена или в особых ситуациях, как, например, тазовое предлежание второго плода в случае двойни. Поэтому абсолютно необходимо, чтобы врачи-акушеры-гинекологи, оказывающие помощь в родах, хорошо знали и умели родоразрешать случаи тазового предлежания естественным путем .

*Ведение первого небриода родов*

***Роды в тазовом предлежании принимает опытный акушер-гинеколог, ему ассистирует врач или акушерка.*** В родильном зале должны быть неонатолог, владеющий реанимационными приемами, и анестезиолог.

Родовая деятельность часто начинается самостоятельно.

*Подготовка шейки матки к родам.*

При целом плодном пузыре и недостаточно «зрелой» шейке матки для подготовки к родам используют введение простагландинов E2 и F2 альфа в/в, интрацервикально или интравагинально: Динопрост 5 мг в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно, через день, 2 введения или Динопрост в задний свод влагалища 0,5 мг 1 раз в сутки, через день, 2 введения.

*Родовозбуждение*

В ряде случаев при тазовом предлежании плода (преждевременное излитие околоплодных вод, иммуноконфликт, аномалии развития плода, отказ от абдоминального родоразрешения и другое) возникает необходимость родовозбуждения.





При тазовом предлежании плода, даже чистоягодичном, не следует начинать родовозбуждение с амниотомии. Наиболее целесообразно проводить родовозбуждение путем в/в капельного введения утеротонических средств: Динопрост 2,5 мг + окситоцин 2,5 ЕД (в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида) в/в капельно, начиная с 10-15 капель/минуту и увеличивая скорость введения каждые 15-20 минут на 4-5 капель до 40 капель/минуту, до развития родовой деятельности.

При развитии регулярной родовой деятельности целесообразно произвести амниотомию.

В отсутствие эффекта в течение 5-6 часов повторное родовозбуждение при тазовом предлежании проводить не рекомендуется. В таком случае ставить вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения.

Для родовозбуждения также применяют ламинарии, которые вводят интрацервикально в количестве, необходимом для заполнения канала шейки матки.

***При преждевременном излитии околоплодных вод у беременных с тазовым предлежанием плода и «незрелой» шейкой матки методом выбора является кесарево сечение.*** В этой же ситуации, но при «зрелой» шейке матки, родовозбуждение следует начать через 2-3 часа после излития околоплодных вод путем введения окситоцина или простагландина, или их сочетания в/в капельно: Динопрост 2,5 мг + окситоцин 2,5 ЕД (в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида) в/в капельно со скоростью 8-10 капель/минуту, до развития родовой деятельности.

*Обезболивание родов.*

В первом периоде родов применяют обезболивающую и спазмолитическую терапию: Дротаверин 2% раствор, в/в 2-4 мл каждые 3-4 часа или Папаверина гидрохлорид, 2% раствор в/м каждые 3-4 часа + Тримеперидин 2% раствор, в/м 1 мл, однократно.

*Профилактика слабости родовой деятельности.*

Во втором периоде родов с целью профилактики вторичной родовой слабости показано введение окситоцина: Окситоцин 5 ЕД в 400 мл 0,9% раствора хлорида натрия в/в капельно со скоростью 20-30 капель/минуту, в течение всего второго периода.

*Риск развития осложнений:*

несвоевременное излитие вод,

гипоксия плода,

аномалии родовой деятельности,

выпадение петель пуповины.

Роженица при тазовом предлежании должна соблюдать полупостельный режим. Положение на боку, в сторону которого обращена спинка плода.

контроль КТГ плода,

ведение партограммы,

В первом периоде родов ЧСС плода 125-170 уд/мин. Скорость раскрытия маточного зева у первородящих не менее 1 см/час и не менее 1,5 см/час у повторнородящих.



## *Ведение второго периода родов*

### *Предупреждение спазма шейки матки.*

К концу второго периода родов для предупреждения спазма шейки матки на фоне продолжающегося введения утеротонических средства следует ввести одно из спазмолитических лекарственных средств: Атропина сульфат 0,1% раствор, в/в 1 мл, однократно, ИЛИ Дроперидин 2% раствор, в/в 2-4 мл, однократно ИЛИ Папаверина гидрохлорид 2% раствор, в/в 2 мл.

#### *1. Смешанное и чисто ягодичное предлежание*

##### 1.1 Рождение ягодич и ножек:

- 1) во время врезывания ягодич предлагают женщине тужиться;
- 2) позволяют ягодичам рождаться самостоятельно до пупка, поддерживая ножки вытянутыми вдоль туловища и приведенными к животу, в соответствии с биомеханизмом родов;
- 3) большие пальцы рук врача располагают на задней поверхности бедер, а четыре пальца на пояснично-крестцовой области плода;
- 4) осторожно поддерживают ягодичы, но не тянут их.

Не следует преждевременно тянуть плод за паховый сгиб, ягодичы, если для этого не имеется показаний (дистресс плода).

Плод поддерживают за бедра, а не за бока и живот, поскольку можно повредить почки или печень плода.

##### 1.2 Рождение ручек :

- 1) плод, родившийся до пупка захватывают большими пальцами в области ягодич и крестца, четыре пальца располагают в области бедер спереди;
- 2) туловище отклоняют вниз (кзади) пока не появляется нижний угол лопаток. Плечики плода в это время расположены в прямом или слегка косом размере плоскости выхода из малого таза;
- 3) во время тракции вниз (кзади) из-под симфиза рождается передняя ручка;
- 4) после самостоятельного рождения передней ручки, поднимают ягодичы кпереди, чтобы дать возможность задней ручке родиться самостоятельно;
- 5) в случае, когда ручки плода не рождаются самостоятельно, это состояние расценивается как запрокидывание ручек и немедленно переходят к оказанию классической ручной помощи для вывода плечевого пояса плода.

##### 1.3 Классическая ручная помощь по выводу ручек плода:

- 1) одной рукой (при I позиции - левой) берут ножки плода в области голеностопных суставов и отводят их вверх (вперед) и в сторону противоположную спинке плода, ближе к бедру роженицы (при I позиции - к правому бедру);



- 2) вводят вторую руку во влагалище до крестцовой впадины роженицы по спинке плода, а затем по плечу доходят до локтевого сгиба и выводят заднюю ручку;
- 3) высвобождение ручки плода проводят за локтевой сгиб (не за плечевую кость!) таким образом, чтобы она сделала "умывальное" движение;
- 4) переднюю ручку выводят, после перевода ее в заднюю, также с стороны крестцовой впадины;
- 5) захватывают обеими руками плод за таз и переднюю часть бедер (не касаться живота плода - 4 пальца каждой руки на бедрах, а большие пальцы на ягодицах плода) и поворачивают его на 180 градусов;
- 6) спинка плода в это время проходит под симфизом;
- 7) освобождают вторую ручку аналогично первой со стороны крестцовой впадины. 1.4 Рождения головки

В случае неосложненного течения родов, отсутствия запрокидывания ручек головка плода рождается в состоянии сгибания:

- 1) подводят руку под туловище плода, чтобы он расположился сверху ладони и предплечья;
- 2) ассистент может помогать рождению головки плода путем умеренного давления над лонном, что предотвращает разгибание головки;
- 3) опускают туловище плода ниже уровня промежности для формирования точки фиксации подзатылочной ямки с нижним краем лонного сочленения;
- 4) поднимают туловище плода выше уровня промежности; следует избегать переразгибания в области шеи плода;
- 5) головка плода рождается в состоянии сгибания самостоятельно, вокруг сложившейся точки фиксации.

Если в родах оказывалась классическая ручная помощь для выведения плечевого пояса и ручек плода, рождению головки помогают приемом *Морисо-Левре-Ляшпель*:

- 1) подводят руку под туловище плода, чтобы он расположился сверху ладони и предплечья;
- 2) располагают указательный и безымянный палец этой руки на скуловых костях верхней челюсти плода, а средний палец вводят в рот плода, для сгибания головки давление оказывается на верхнюю челюсть, а не на нижнюю;
- 3) другую руку используют для захвата плечиков плода со стороны спинки;
- 4) указательным и средним пальцами осторожно сгибают головку плода по направлению к груди; давление на верхнюю челюсть преследует целью сгибание головки, в то время как основной изгоняющей силой остаются маточные сокращения;
- 5) ассистент нажимает ладонной поверхностью руки над лонным сочленением роженицы, фиксируя головку плода в положении сгибания;



б) в случае отсутствия спонтанного рождения головки осторожно делают тракцию вверх (вперед) для рождения головки плода в согнутом положении, следует избегать переразгибания в области шеи плода.

### *2. Ножное предлежание:*

В общем случае при ножном предлежании родоразрешение проводят путем кесарева сечения, так как существует высокая (15%) вероятность выпадения петель пуповины. Через естественные родовые пути в случае ножного предлежания роды проводят только в следующих ситуациях:

- 1) во II периоде родов - оказывают ручную помощь по методу Н.А. Цовьянова II с целью полного раскрытия шейки матки и опускания ягодиц плода;
- 2) рождения второго плода при многоплодной беременности.

### *3. Дистресс плода во II периоде родов*

В случае дистресса плода во II периоде родов, когда ягодицы плода на тазовом дне или врезаются, родоразрешение проводят путем операции экстракции плода за паховый сгиб.

### *Ведение третьего периода родов*

В третьем периоде родов следует проводить профилактику кровотечения:

*Метилэргометрин 0,02% раствор, в/в 1 мл, однократно +*

*Окситоцин 5ЕД в 0,9% растворе хлорида натрия в/в капельно со скоростью 20 капель/минуту, однократно.*



## Список литературы

1. Клинический протокол МЗ РФ «Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода»
2. Приказ Минздрава России N 572н (Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) от 12 ноября 2012 г.
3. Стандарт специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании (от 23 января 2013 г.)
4. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии [Текст] // под ред. Г.М. Савельевой. - М.: МИА, - 2013. - 20 с.
5. Радзинский, В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Текст] / Е.М. Радзинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 944 с.
6. Акушерство : нац. рук. / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой ; АСМОК, Российское о-во акушеров-гинекологов. - крат. изд. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -608 с. : ил. -Предм. указ.: с. 601-606.
7. Акушерство и гинекология: клин. рек. / гл. ред. В. н. Серов, Г. Т. Сухих. -4-е изд., перераб. и доп. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -1024 с. : ил. -Предм. указ.: с. 1006-1011
8. Макаров, И. О. Кардиотокография при беременности и в родах [Текст] : учеб. пособие / И. О. Макаров, Е. В. Юдина. -Москва : Медпресс-информ, 2012. -112 с. : ил. -Библиогр.: с. 110.

