**Государственное бюджетное образовательное**

**учреждение высшего профессионального образования**

**«Дагестанская государственная медицинская академия »**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**УТВЕРЖДАЮ**

**Заведующий кафедрой\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_Алиханова З.М \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись)**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ СТУДЕНТАМ

ПО ТЕМЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

**ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА**

**Факультет стоматологический**

Курс III

**Авторы:**

**Алиханова З.М., Бегова С.В.**

Продолжительность занятия - 180 минут.

**Цель занятия:** ознакомить студентов с классификацией, диагностикой, особенностями течения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода.

**Студент должен знать:** этиологию, классификацию, биомеханизм родов, особенности течения родов, применяемые пособия в родах, осложнения, возникающие в I и II периодах родов при тазовых предлежаниях плода.

**Студент должен уметь:** наружными методами обследовать беременную и роженицу, диагностировать тазовые предлежания плода; на фантоме продемонстрировать все моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода; распознавать их при внутреннем исследовании; определить место нахождения предлежащей части в родовом канале; оказать ручное пособие по Цовьянову и Брахту; классическое акушерское пособие; продемонстрировать выведение головки плода по методу Мориссо-Левре- Ла Шапель и Смелли-Файту; правильно записать данные обследования в истории родов; поставить диагноз и определить тактику ведения родов (роды через естественные родовые пути или операция кесарева сечения).

**План организации занятия:**

Организационные вопросы и обоснование темы - 5 минут.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 40 минут.

Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода, занятия на фантоме, курация беременных или рожениц - 130 мин.

Итоги занятия, домашнее задание - 5 минут.

**Место занятия:** учебная комната, родильный зал, отделение патологии беременных.

**Оснащение:** фантом, кукла, модель костного таза, таблицы с видами тазового предлежания плода и моментами биомеханизма родов, акушерскими пособиями по Цовьянову, основными моментами классического ручного пособия, осложнениями родов (запрокидывание ручек, разгибание головки, образование заднего вида), диапозитивы, видеофильмы.

**Содержание занятия.**

Роды при тазовом предлежании плода существенно отличаются от таковых при головном предлежании. Основным отличием является высокая перинатальная смертность, превышающая потерю детей при родах в головном предлежании в 4-5 раз.

Тазовое предлежание встречается в среднем в 3,5% всех родов. При преждевременных родах и многоплодии частота тазовых предлежаний плода увеличивается в 1,5-2 раза.

80 из 1000 детей, родившихся в тазовом предлежании, имеют травмы центральной нервной системы (кровоизлияния в мозжечок, субдуральные гематомы, травмы шейного отдела спинного мозга и разрывы мозжечкового намета). Общая частота заболеваемости новорожденных при родах в тазовом предлежании составляет 15-16%.

При тазовых предлежаниях могут быть следующие варианты членорасположения плода:

1. чистоягодичное предлежание, когда ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных суставах и прижимают ручки к туловищу плода,
2. смешанное ягодичное предлежание (предлежат ягодицы и стопы плода, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах - плод "сидит по-турецки"),
3. ножные предлежания - полное (предлежат обе ножки) или неполное (предлежит одна ножка). Редко встречается коленное предлежание, которое может быть полным и неполным.

ЭТИОЛОГИЯ. Причинами возникновения тазовых предлежаний могут быть чрезмерная подвижность плода при недоношенной беременности, многоводии, ограниченная подвижность плода при многоплодной беременности, маловодии, предлежании плаценты, препятствиях к установлению головки во входе в таз при узком тазе,опухолях матки и ее придатков, пороках ее развития, когда имеет место несоответствие формы плода и формы матки.

^ БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ.

***Биомеханизм родов при чисто ягодичном предлежании.***

В конце беременности и в начале родов ягодицы стоят своим поперечным размером (linea intertrochanterica) над одним из косых размеров входа в таз (при переднем виде первой позиции - над левым косым размером). При влагалищном исследовании межвертельная линия (linea intertrochanterica) выполняет роль стреловидного шва, а роль малого родничка - крестец и копчик плода. Дополнительными ориентирами служат: седалищные бугры, межъягодичная борозда, заднепроходное отверстие, наружные половые органы и стопы плода (при смешанном ягодичном предлежании). Продвижение плода по родовому каналу начинается обычно после излития околоплодных вод.

*^ Первый момент* - внутренний поворот ягодиц.

Он начинается при переходе ягодиц из широкой части полости малого таза в узкую. Поворот совершается таким образом, что в выходе таза поперечный размер ягодиц оказывается в прямом размере таза, передняя ягодица подходит под лонную дугу, задняя же устанавливается над копчиком. При этом туловище плода подвергается незначительному боковому сгибанию, обращенному выпуклостью кзади в соответствии с изгибом оси таза. Ведущая точка расположена на передней ягодице.

*^ Второй момент* - боковое сгибание поясничной части позвоночника плода.

Дальнейшее поступательное движение плода приводит к образованию точки фиксации (передняя подвздошная кость плода) и точки опоры (нижний край лонного сочленения), что способствует большему боковому сгибанию позвоночника плода. При этом задняя ягодица выкатывается над промежностью и вслед за ней из-под лонного сочленения окончательно выходит передняя ягодица. В это время плечики вступают своим поперечным размером в тот же косой размер входа в таз, через который прошли и ягодицы. Туловище при этом поворачивается спинкой несколько кпереди.

*^ Третий момент* - внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища.

Этот поворот происходит в узкой части полости малого таза и завершается установлением плечиков в прямом размере выхода. При этом спинка поворачивается в сторону, переднее плечико плода проходит под лонную дугу, а заднее устанавливается впереди копчика над промежностью.

*^ Четвертый момент* - боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника.

Благодаря поступательному движению плода образуется вторая точка фиксации на переднем плече плода в месте прикрепления дельтовидной мышцы (верхняя треть плечевой кости). Точкой опоры является нижний край лона. Под действием родовых сил происходит сгибание туловища в шейно-грудном отделе позвоночника и рождение из родового канала плечевого пояса и ручек. В это время головка вступает своим малым косым размером в косой размер входа в таз, противоположный тому, в котором проходили плечики плода.

*^ Пятый момент* - внутренний поворот головки.

При переходе из плоскости широкой части полости малого таза в узкую головка совершает внутренний поворот, в итоге которого стреловидный шов оказывается в прямом размере выхода, а подзатылочная ямка (третья точка фиксации) фиксируется под лонным сочленением.

*^ Шестой момент* - сгибание головки.

Следствием этого является прорезывание головки: последовательно выкатываются над промежностью подбородок, рот, нос, лоб и темя плода. Прорезывается головка малым косым размером, как и при затылочном предлежании. Реже наблюдают прорезывание головки подзатылочно-лобным размером, что приводит к сильному растяжению промежности и, обычно, к ее разрыву.

^ БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ СМЕШАННОМ ЯГОДИЧНОМ

И НОЖНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ.

Биомеханизм родов при данных предлежаниях отличается тем, что первыми из половой щели показываются вместо ягодиц либо ягодицы и ножки плода (при смешанном ягодичном предлежании), либо ножки (при полном ножном предлежании) или ножка (при неполном ножном предлежании). В последнем случае разогнутой (предлежащей) ножкой бывает, как правило, передняя.

Родовая опухоль при ягодичных предлежаниях располагается на ягодицах, которые от этого становятся отечными и сине-багровыми. Часто родовая опухоль переходит с ягодиц на наружные половые части плода, что проявляется отеком мошонки или половых губ. При смешанном ягодичном и ножных предлежаниях родовая опухоль расположена на передней ножке.

^ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.

Течение беременности при тазовых предлежаниях не отличается от течения беременности при головных предлежаниях. Роды при тазовом предлежании могут закончиться самопроизвольно, без осложнений. Однако течение родов при тазовом предлежании отличает от течения родов при головном предлежании ряд особенностей, которые могут оказаться опасными для плода, а иногда и для матери. Особенно неблагоприятны роды при тазовом предлежании для плода. Учитывая возможность развития осложнений в родах, все беременные с тазовыми предлежаниями должны быть госпитализированы в родильный дом за две недели до предполагаемого срока родов.

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

Период изгнания нередко осложняет *вторичная слабость родовых сил.* Особенно это опасно в тех случаях, когда потуги прекращаются в то время, когда ягодицы вставились в полость малого таза. Если при этом возникает показание к родоразрешению со стороны матери или плода, выполнить это, обычно, не удается без риска нанести серьезную травму матери и особенно плоду.

Серьезным осложнением родов при ножом предлежании является *преждевременное изгнание плода при недостаточно раскрывшемся маточном зеве*, когда ножки после излития околоплодных вод опускаются в родовые пути и энергично раздражают их стенки, усиливая этим родовую деятельность. Ножки, а затем ягодицы и туловище начинают быстро продвигаться вперед при недостаточно еще сглаженной и раскрытой шейке матки. В результате более плотная и крупная часть плода - головка - не в состоянии пройти через недостаточно раскрытый или спазмированный шеечный зев, что приводит к асфиксии и гибели плода, а при попытке извлечь задержавшуюся головку, кроме того, и к разрыву шейки матки или даже нижнего сегмента матки.

При прохождении головки по родовому каналу всегда имеет место прижатие петли пуповины головкой к стенкам таза. При задержке рождения головки это может привести к *внутричерепной травме плода, асфиксии и его гибели.* Кроме того, возможно развитие таких осложнений, как образование заднего вида и запрокидывание ручек. Длительное течение родов и длительный безводный промежуток способствуют развитию инфекции у матери и новорожденного.

Таким образом, при ведении родов в тазовом предлежании плода следует чаще прибегать к плановому или экстренному родоразрешению путем кесарева сечения. Акушерская или экстрагенитальная патология у беременных при тазовом предлежании являются основанием для выполнения планового кесарева сечения.

Осложнения во время родов - слабость родовой деятельности, гипоксия плода, предлежание плаценты и др. должны являться показаниями для экстренного проведения кесарева сечения. Особое место занимает крупный плод или плод с малой массой тела. Крупным плодом при тазовых предлежаниях считают плод с массой тела 3600г и более. Самопроизвольные роды при тазовом предлежании оправданы при средней массе тела плода, отсутствии тяжелых заболеваний и акушерских осложнений у матери; в остальных случаях более оправдано кесарево сечение.

^ ВЕДЕНИЕ РОДОВ.

При ведении родов при тазовых предлежаниях следует учесть, что хотя плод лежит в матке продольно с типичным членорасположением и, следовательно, роды в этих случаях являются физиологическими, однако, они легко переходят в патологические. Наиболее серьезные осложнения, как, например, спазм внутреннего зева, образование заднего вида, нарушение членорасположения плода возникают, как правило, от несвоевременного или неуместного вмешательства в естественное течение родов.

***Ведение периода раскрытия.***

Основной задачей при ведении первого периода родов при тазовых предлежаниях считают сохранение целости плодного пузыря до наступления полного или почти полного открытия шейки матки. Для этого роженицу укладывают в кровать в положение на боку. Роженицу укладывают на ту сторону, где находится спинка плода, что препятствует предлежанию и выпадению пуповины. Мочеиспускание и дефекацию она должна производить на подкладном судне.

Операцию *кольпейриза* при тазовых предлежаниях плода в настоящее время не применяют.

В первом периоде родов целесообразно проводить наблюдение за состоянием плода и родовой деятельностью.

Независимо от целости плодного пузыря необходимо осуществлять профилактику внутриутробной гипоксии плода внутренним введением препаратов, улучшающих микроциркуляцию и маточно-плацентарный кровоток через каждые 2-3 часа.

При несвоевременном (дородовом или раннем) излитии околоплодных вод с целью подготовки шейки матки к родам или для родовозбуждения назначают простагландины внутривенно капельно или в виде свечей и гелей во влагалище. Если через 3-4 часа хорошая родовая деятельность не развивается, роды необходимо закончить операцией кесарева сечения.

При возникновении в родах слабости родовой деятельности родостимуляцию должны производить только при открытии шейки матки на 5 см и более, при меньшем открытии шейки матки роды в интересах плода должны быть закончены операцией кесарева сечения.

***Ведение периода изгнания.***

В периоде изгнания тактика врача должна быть выжидательной.

Роженица лежит на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами; подошвы обеих ног упираются в матрац. В таком положении она в состоянии развить хорошую потужную деятельность, что является непременным условием правильного ведения родов в тазовом предлежании.

При тазовых предлежаниях клинически различают четыре этапа родов: рождение плода до пупка, от пупка до нижнего угла лопаток, рождение плечевого пояса и рождение головки.

Как только плод рождается до пупка, головка начинает вставляться во вход в малый таз и прижимает пуповину. Если с момента рождения плода до пупка роды не заканчиваются в течение ближайших 5 минут, то плод родится в асфиксии. Если же это время составит 10 минут и больше, то плод, обычно, погибает.

В случае отсутствия мониторного контроля сердцебиение плода при тазовых предлежаниях в периоде изгнания необходимо выслушивать после каждой потуги.

Следует помнить, что в периоде изгнания при тазовых предлежаниях нередко наблюдается заметное ускорение сердцебиения плода вследствие раздражения n. splanchnicus в результате сдавления животика плода ножками. Это не должно быть показанием к оперативному родоразрешению.

Физиологическим является и выделение мекония при тазовых предлежаниях.

Для предупреждения спазма шейки матки после прорезывания ягодиц необходимо внутривенное введение спазмолитиков.

До прорезывания ягодиц вмешиваться в течение родов не следует. Как только ягодицы начали врезываться, роженицу укладывают на поперечную 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 таз.*

При прорезывании ягодиц с целью ускорения второго периода родов всегда показана перинео- или эпизиотомия.

После прорезывания ягодиц при чисто ягодичном предлежании приступают к оказанию роженице ручного пособия по методу Н. А. Цовьянова. Основная цель, которую преследует метод Цовьянова, - сохранить физиологическое членорасположение плода (ножки вытянуты и прижаты к туловищу скрещенными в области грудной клетки ручками плода) и обеспечить продвижение плода по проводной линии таза.

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.

Ягодицы плода необходимо направлять несколько книзу, чтобы облегчить рождение передней ручки из-под лонной дуги. Для рождения задней ручки туловище плода приподнимают кверху и из крестцовой впадины освобождают заднюю ручку. После этого в глубине зияющей половой щели роженицы становится видным подбородок, ротик и ноздри плода. При нормальной потужной деятельности, для освобождения головки плода достаточно направить ягодицы плода книзу и кпереди, и головка рождается без какого-либо дополнительного вмешательства.

Основная цель, которую преследует метод ручного пособия при ножном предлежании (метод Цовьянова – II), сводится к предупреждению рождения ножек плода до **полного** раскрытия маточного зева.

Для этого, покрыв половую щель роженицы стерильной пеленкой, ладонной поверхностью правой руки, приставленной к половой щели, противодействуют преждевременному рождению ножек. Во время каждой потуги плод как бы "садится на корточки" внутри полового канала. В связи с этим ягодицы оказывают давление на шеечный канал и способствуют его раскрытию. Ягодицы плода опускаются во влагалище и образуют с находящимися там ножками смешанное ягодичное предлежание. Противодействие рождающимся ножкам следует оказывать до тех пор, пока не наступило полное раскрытие маточного зева, на что указывает сильное выпячивание промежности предлежащей частью, зияние заднепроходного отверстия, частые и энергичные потуги, стояние контракционного кольца на 5 поперечных пальцев выше лона. 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, и ножки, а вслед за ними ягодицы и туловище плода рождаются без затруднений до пупочного кольца, а затем до нижних углов лопаток.

*После рождения туловища до нижних углов лопаток, в связи с нарушением физиологического членорасположения плода - оказывают классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях (освобождение плечевого пояса и освобождение последующей головки плода).*

*^ Освобождение плечевого пояса* слагается из двух моментов.

Первый момент - *освобождение заднего плечика и ручки.* Для этого плод захватывают рукой за обе голени, а туловище приподнимают вверх и отводят в сторону, пока ножки не займут положение, параллельное паховому сгибу, противоположному стороне освобождаемой ручки. После этого два или четыре пальца вводят в родовые пути со стороны той половины крестцовой впадины, к которой обращена спинка плода, до тех пор, пока они не дойдут до плечика плода, и, обогнув его, до локтевого сустава. Сгибают руку в этом суставе и, надавливая на предплечье, выводят ее из родовых путей по передней поверхности грудной клетки плода умывательным движением.

Одновременно с выведением задней ручки передняя часто рождается сама. Если этого не произошло, приступают ко второму моменту освобождения плечевого пояса - *освобождению переднего плечика и ручки.* Для этого необходимо предварительно перевести переднюю ручку кзади. С этой целью захватывают обеими руками туловище с родившейся ручкой в области грудной клетки и поворачивают его в косой размер таза, противоположный тому, в котором оно находится. При этом нужно следить за тем, чтобы спинка, а, следовательно, и затылок были обращены кпереди к лону.

*^ Освобождение последующей головки*- слагается из двух моментов: сгибания головки и ее выведения из половой щели.

Первый момент - сгибание головки - достигают следующим образом. Плод сажают на предплечье врача с перекинутыми по обе стороны его ножками. Указательный и средний пальцы той же руки осторожно прижимают к верхней челюсти по сторонам носика, средний палец приставляют к подбородку, одноименные пальцы второй руки прижимают к плоду, причем средним пальцем надавливают на затылок, а остальные два пальца вилообразно располагают по бокам шеи, не надавливая на ключицы. Ладонь плотно прилегает к спинке плода. После этого палец, приставленный к подбородку, бережно приближает его к грудке плода, приставленный же к затылку - давит на затылок. Такое сочетанное воздействие на головку заставляет ее совершить сгибание.

Одновременно с этим и при том же положении рук врача осуществляется и второй момент операции - *прорезывание головки.* Для этого производят влечение головки сначала кзади, до появления волосистой части (подзатылочная ямка, точка фиксации), затем книзу и кпереди. Благодаря этому над промежностью выкатывается рот, нос, лоб и, наконец, затылок (метод Смелли-Файта). По методу Морисо-Левре для сгибания головки указательный и средний пальцы врач вводит в ротик плода.

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

**Контрольные вопросы:**

1. Определение понятия "тазовое предлежание плода".

2. Классификация тазовых предлежаний плода.

3. Частота тазового предлежания плода.

4. Этиология тазовых предлежаний плода.

5. Диагностика тазовых предлежаний плода.

6. Моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода.

7. Особенности течения беременности при тазовом предлежании лода.

8. Особенности течения и осложнения первого периода родов при тазовом предлежании плода.

9. Особенности течения и осложнения второго периода родов при тазовом предлежании плода.

10. Современные показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода.

11. Методы ручных пособий, применяемых в родах при тазовых предлежаниях плода.

12. Осложнения, возникающие при оказании пособий по Цовьянову и Брахту в родах при тазовом предлежании плода.

13. Классическое акушерское пособие при тазовом предлежании плода.

**Задача № 1**

В родильное отделение поступила первородящая 17-ти лет с доношенной беременностью, без родовой деятельности, с излитием околоплодных вод два часа тому назад. На учете в женской консультации с 28 недель.

Общая прибавка в весе – 13 кг, неравномерная, особенно за последние три недели.

Данная беременность - первая.

На учете в женской консультации с 28 недель, посещения нерегулярные.

Общая прибавка в весе - 13 кг, неравномерная, особенно за последние три недели.

При поступлении: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, АД 140/100, 145/105 мм рт. ст., рост 162 см, вес 73 кг. Отеки нижних и верхних конечностей. Размеры таза: 26-28-30-19 см. Индекс Соловьева 13,5 см. Ромб Михаэлиса 10х10 см. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Предполагаемая масса плода 3800,0 г.

При влагалищном исследовании диагностировано тазовое предлежание плода. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Подтекают светлые воды.

Диагноз? План ведения родов.

**Задача № 2**

В родильное отделение поступила повторнородящая 30-ти лет со сроком беременности 38 недель с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение двух часов. Беременности: 1-я (8 лет назад) закончилась срочными родами в головном предлежании (3650, 0,53), без осложнений; 2-я (4 года назад) закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке 12 недель с выскабливанием стенок полости матки, без осложнений; данная беременность - 3-я.

Гинекологические заболевания отрицает.

Течение данной беременности без осложнений. Общая прибавка в весе - 7 кг, равномерная. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 68 кг. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Индекс Соловьева 15 см. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х10 см. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Предполагаемая масса плода 3600,0 г.

Объективно: схватки через 6-7 минут по 35 секунд хорошей силы, умеренной болезненности. Положение плода продольное, спинка определяется слева, мелкие части плода - справа. В дне матки определяется головка плода, предлежит тазовый конец, прижат ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Воды целы.

Влагалищное исследование: шейка матки укорочена до 1,5-2,0 см, мягкая, центрированная, канал свободно пропускает 1 палец. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода, прижаты ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено.

Диагноз? План ведения родов.