

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БССР  
ВИТЕБСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОТДЕЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

---

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ  
ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ  
ПЛОДА

г. Витебск  
1981 г.

Информационное письмо составлено  
заведующим кафедрой акушерства и  
гинекологии Витебского государст-  
венного медицинского института  
профессором Н.А. ЛЕВИНСКИМ

Тазовое предлежание плода наблюдается у 3-5% рожениц. Частота их увеличивается с уменьшением срока беременности. Предлежание плода формируется, как правило, к 28-30 неделям беременности. Различают ягодичные и ножные предлежания плода. Ягодичные предлежания плода подразделяют на чистые и смешанные. Последние могут быть полными и неполными. Ягодичные предлежания плода встречаются в два раза чаще ножных. Имеются полные, неполные и коленные ножные предлежания плода. У повторнородящих тазовое предлежание наблюдается в 2 раза чаще, чем у первородящих.

По мнению большинства акушеров, основной причиной тазовых предлежаний плода является снижение тонуса и возбудимости матки, особенно нижнего сегмента ее. Формированию тазовых предлежаний способствуют предлежание плаценты, уродства плода, многоплодие, многоводие, узкий таз, аномалии развития и опухоли матки, влагалища и яичников.

Диагноз тазового предлежания плода устанавливается на основании результатов наружного и внутреннего акушерского обследования. Тазовый конец плода имеет мягкую консистенцию, не балотируется, головка плода твердая, округлой формы балотируется. Сердцебиение плода при тазовом предлежании лучше прослушивается на уровне пупка или выше. Данные

эластичного исследования оказывают большую помощь в диагностике тазового предлежания и его характера. Если имеются сомнения в характере предлежания частей плода, то целесообразно использовать электрокардиографию плода, ультразвуковое сканирование. При ЭКГ желудочки комплекса плода, находящегося в тазовом предлежании, обращены книзу. Ультразвуковое исследование определяет не только характер предлежания плода, но и размеры его, аномалии развития, локализацию плаценты.

Вопрос о ведении беременности и родов при тазовом предлежании плода издавна привлекал внимание акушеров-гинекологов. Это обуславливается прежде всего тем, что при данной патологии перинатальная смертность в 5-5,5 раз выше, чем при родах в головном предлежании, чаще наблюдаются осложнения в родах (несвоевременное излитие околоплодных вод, выпадение лоповины, слабость родовой деятельности, асфиксия и черепно-мозговая родовая травма плода), оперативные вмешательства, развитие инфекции, высокая заболеваемость новорожденных, неблагоприятны и отдаленные исходы для детей. Поэтому роды в тазовом предлежании следует относить к патологическим, а таких беременных необходимо выделять в группу повышенного риска.

Настоящее информационное письмо написано на основании результатов ретроспективного анализа ведения беременных с тазовым предлежанием плода в женских консультациях и отделении патологии беременных, ведения и исходов родов для матери и плода, а также данных литературы последних лет.

При правильной организации работы по профилактике тазовых предлежаний плода частота этой патологии не превышает 2%. Диагноз тазового предлежания плода в амбулаторной карте необходимо выставить начиная с 28 недель беременности.

С целью перевода тазового предлежания в головное в сроки от 29 до 32-х недель беременности назначаются специальные физкультурные упражнения. Предварительно беременная осматривается врачом-терапевтом.

КОРРЕГИРУЮЩАЯ ГИМНАСТИКА противопоказана беременным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и наличием явлений декомпенсации, резко выраженными заболеваниями печени, почек, поздними токсикозами беременных, кровянистыми выделениями, угрозой недоношивания, сужением таза ниже второй степени и другими изменениями в половом аппарате, при которых невозможны роды через естественные родовые пути.

Физкультурные упражнения состоят из вводного, основного и заключительного комплексов.

ВВОДНОЕ УПРАЖНЕНИЕ подготавливает организм к выполнению более сложных движений. Начинается оно с ходьбы /можно на месте/ с размахом рук в течение 1-2 минут. Затем приступают к собственно упражнению. Исходное положение: стоя, ноги расставлены на ширину плеч, руки опущены вдоль туловища. Выполнение:

по счету: "раз" руки нужно поднять в стороны, ладони вниз, одновременно следует подтянуться на носки, немного прогнуть спину и глубоко вдохнуть. По счету "два" руки необходимо опустить в исходное положение и сделать выдох. Такие движения нужно повторить 3—4 раза.

ОСНОВНОЕ УПРАЖНЕНИЕ. Женщина ложится на топчан или жесткую кровать /при первой позиции плода на левый бок, а при второй — на правый/ с согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах. В таком положении она соблюдает покой в течение 5 минут. Затем делает глубокий вдох, поворачивается через спину на противоположный бок в течение 5 минут, лежит спокойно с согнутыми ногами. После этого, оставаясь на том же боку, она выпрямляет ногу, соответствующую позиции плода, вторая нога продолжает оставаться согнутой в коленном и тазобедренном суставах. Затем делает глубокий вдох, резко сгибает выпрямленную ногу в коленном и тазобедренном суставах и обхватывает руками колено, отводит его в сторону спинки плода, при этом туловище наклоняет вперед, описывая согнутой ногой полукруг внутрь, касаясь передней брюшной стенки. Выполнять этот прием вначале беременной следует помочь). Сделав глубокий удлиненный выдох, расслабляясь, женщина выпрямляет и отпускает ногу.

новое упражнение повторяется через 5 секунд после полного вдоха и выдоха в течение 10 минут. писанный комплекс упражнений беременная повторяет 6 раз в день. Через день она осматривается врачом-кушером.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ УПРАЖНЕНИЕ. Исходным является положение лежа на спине с согнутыми ногами и несколько разведенными в стороны бедрами с упором расставленных на ширину плеч стоп, руки вытянуты вдоль туловища. По счету "раз" беременная поднимает тазовый конец туловища, опираясь на плечевой пояс и стопах, затем делает вдох. По счету "два" она принимает исходное положение и делает выдох. Далее, в положении лежа на спине с вытянутыми ногами и руками вдоль туловища, она сокращает мышцы ягодиц, стягивает живот и промежность; одновременно делает замедленный вдох и расслабив мышцы, совершает выдох. Это упражнение выполняется 6-7 раз и имеет своей целью укрепление мышц промежности,

При выполнении заключительного комплекса происходит ритмичное сокращение мышц брюшного пресса и туловища в сочетании с глубоким дыханием, изменяется внутриматочное давление, которое способствует изменению положения плода.

6.

Важное значение для перехода плода в головное предлежание имеют сгибание и разгибание ног в коленном и тазобедренном суставах, опирание согнутой ногой полукруга и правильное чередование при этом вдоха и выдоха. Комплекс физических упражнений способствует общему укреплению организма, развитию мускулатуры брюшного пресса, тазового дна, играющих важную роль в родах.

Если произошел поворот плода на головку, женщина продолжает выполнять только заключительный комплекс физических упражнений до конца беременности. Целесообразно наложить фиксирующую повязку, состоящую из дородового пояса и шин, последние беременная носит до установления устойчивого головного предлежания плода. После беременности продолжает носить до родов.

Беременная после исправления тазового предлежания плода на головное один раз в неделю явится к врачу для контрольного осмотра. В случае отсутствия эффекта от корригирующей гимнастики женщину необходимо направить в стационар в 32 недели беременности /при выявлении ограниченной подвижности плода и в более ранние сроки/.



на намеренный профилактический поворот плода на головку. Беременным, которые не могут лечь в стационар, этот поворот необходимо производить в женских консультациях. Кандидаты, у которых тазовое предлежание плода установлено в сроки беременности более 32 недель, должны будущей гимнастикой заниматься только 3-5 дней; если самоповорот плода не происходит у них, приступают к наружному повороту плода на головку.

### ПРЕПЯТСТВИЯ К ПОВОРОТУ ПЛОДА:

1. Недостаточная подвижность плода;
2. Заболевания матки и заболеваний в области наружных половых органов;
3. Заболевания, осложняющие аборт и преждевременные роды в прошлом;
4. Многоплодие;
5. Болезни шейки плода;
6. Рубцы на матке;
7. Изгибы позвоночника матки;
8. Сужения матки и придатков;
9. Степень тазовая более второй степени; 10. Сужение влагалища и наличие рубцов, препятствующих родам через естественные пути.

При наличии поворота следует измерить артериальное давление, вызвать сердцебиение плода, провести беседу с беременной с целью снятия страха, добиться

расслабления повышенного тонуса матки и мышц брюшного пресса, обучить брюшному типу дыхания, управлению им. При появлении болезненности во время поворота его следует временно прекратить, не снимая рук с живота беременной и недопуская возвращения плода в исходное положение,

ТЕХНИКА ПОВОРОТА ПЛОДА. Беременную укладывают на талчан на спину с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Врач становится лицом к ногам беременной слева при первой позиции плода, а при второй позиции - справа. Пальцы обеих рук погружаются между лобком и предлежащей частью плода при каждом вдохе все глубже. Тазовый конец плода легкими толчками пальцев приподнимается вверх и смещается в сторону спинки как можно выше. Акушер затем поворачивается лицом к животу беременной. При первой позиции левая рука акушера остается на тазовом конце плода и обхватывает его так, что он как бы садится на руку акушера. Правая рука акушера тыльной поверхностью пальцев, согнутых в кулак, располагается в области затылка плода. Левая рука при каждом глубоком вдохе сообщает движения ягодицам, а правая рука препятствует разгибанию головки и этим способствует сохранению овоидной формы плода. Когда

лод смещается до поперечного положения, акушер не тнимая рук от плода, переходит на противоположную сторону, становится лицом к ногам женщины, левой лужой во время вдоха смещает тазовый конец плода несколько кверху, а правой рукой препятствует разгибанию головки плода, направляя ее ко входу в малый таз. При второй позиции поворот плода производится по ходу часовой стрелки, а при первой позиции плода против хода ее. Если тазовый конец плода расположен низко, то целесообразно через прямую кишку указательным пальцем осторожно приподнять тазовый конец плода, а ребром левой руки, ладонью, обращенной к предлежащей части плода обхватывают тазовый конец и смещают его в сторону спинки.

После наружного профилактического поворота плода на головку при тазовом предлежании необходимо проследить за состоянием плода с целью своевременной диагностики возможной в редких случаях отслойки плаценты.

Беременных, у которых корректирующей гимнастикой и наружным профилактическим поворотом не удается перевести тазовое предлежание плода в головное, необходимо направить в стационар при сроке беременности 36-39 недель для выбора рациональной тактики ведения родов.

При обследовании беременных с тазовым предлежанием необходимо чаще прибегать к амниоскопии, данные которой нередко позволяют уточнить характер предлежания плода, количество и цвет околоплодных вод, диагностировать предлежание пуповины и др.

Тактика врача при ведении родов в тазовых предлежаниях плода должна быть дифференцированной. При хорошем состоянии беременной и плода, нормальных размерах таза и средних размерах плода роды при тазовом предлежании необходимо вести через естественные родовые пути. Если по время родов возникают аномалии родовой деятельности, не поддающиеся консервативной терапии, возникает выпадение петли пуповины или начинается асфиксия плода, при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути, необходимо приступить к операции кесарева сечения. При иммунологическом конфликте между матерью и плодом, тенденции к перенашиванию беременности, необходимо проводить родо-возбуждение. В случаях преждевременного излития околоплодных вод и тазовом предлежании плода при составлении плана ведения беременности и родов необходимо учитывать продолжительность промежутка излития околоплодной жидкости и степень готовности организма беременной к родам /зрелость шейки матки

## II.

профилактики асфиксии и черепно-мозговой травмы да, а также для спонтанного развития родовой деятельности всем таким беременным целесообразно назначить сразу при поступлении в роддом триаду Николаева, 1% раствор хлористого кальция 10 мл внутривенно, утръ рутин 0,04 г или викасол 0,01 г, ингаляции кислорода, внутривенно 40 мл 40% раствора глюкозы, 0,5 мл раствора аскорбиновой кислоты, 50 мг кокарбоксилазы 1 мл 3% раствора тиамин бромид /витамин В<sub>1</sub>/, внутримышечно вводим 0,1% раствора фолликулина или эстра-исл дипропионата 20 000 ЕД или 2% раствор синестрола 20 мг/ 1 мл через 2 часа три раза/"ускоренный гормональный фон"/. Если родовая деятельность не появляется течение 6-7 часов, то необходимо приступить к родо-возбуждению путем внутривенного капельного введения кситоцина. При отсутствии эффекта от родовозбуждения кситоцином в течение 2 часов, необходимо ставить вопрос о родоразрешении путем операции Кесарева сечения.

### ПЛАНОВОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖА-

НИЯХ ПЛОДА ПОКАЗАНО: при анатомически узком тазе, крупном плоде, отягощенном акушерском анамнезе, у первородящих старше 30 лет, при перенашивании беременности, предлежании пуповины, рубце на матке, отслойке нормальной и низко расположенной плаценты, аномалиях развития и спущениях матки, предшествующем беременности бесплодию, гипоксии плода, экстрагенитальных заболеваниях пороки сердца с нарушением кровообращения, патология органа зрения и др./. Учитывая опасность травмирования

плода при родоразрешающих операциях через естественные родовые пути, большинство акушеров считает целесообразным расширение показаний к кесареву сечению при тазовых предлежаниях плода.

В настоящее время тазовое предлежание плода принято считать акушерской патологией, которая при родах через естественные пути ухудшает исходы их. По нашим данным, в группе здоровых женщин, у которых кроме тазового предлежания плода не было других осложнений беременности перинатальная смертность составила 4,23%, а заболеваемость новорожденных тяжелой патологией - 6,6%. При сочетании тазового предлежания плода с другими осложнениями беременности и родов исходы родов через естественные пути еще хуже. Так, перинатальная смертность при тазовых предлежаниях плода у женщин с отягощенным акушерским анамнезом увеличивается до 9,1%, в группе женщин с преждевременным излитием околоплодных вод возрастает до 9,37%; при слабости родовой деятельности - до 14,28%, еще выше она у женщин с поздним токсикозом беременных.

Из осложнений в родах при тазовых предлежаниях плода следует отметить большую частоту несвоевременного излития околоплодных вод, выпадение мелких частей плода, пуповины, развитие асфиксии, аномалий родовой деятельности, инфекций. Для предупреждения

после излития околоплодных вод роженица с тазовым предлежанием плода должна соблюдать постельный режим. Вспейриз с целью сохранения плодного пузыря в настоящее время большинство акушеров не применяет. После излития околоплодных вод необходимо произвести влагалищное исследование для исключения выпадения мелких частей плода и пуповины.

Женщинам с регулярной родовой деятельностью и раскрытием шейки матки на 3-4 см для обезболивания родов следует ввести 1 мл 2% р-ра промедола или дать ингаляционно закись азота с кислородом, назначить спазмолитические средства: 2 мл Но-шпы, 1 мл 1% р-ра апрофена или 1 мл 2,5% р-ра спазмоверина.

Для профилактики асфиксии плода необходимо проводить триаду Николаева, вводить в вену 2 мл 1% раствора сипетина, кокарбоксилазу 50 мг, внутрь галаскорбин по 0,5 г.

Важное значение имеет своевременная диагностика и лечение аномалий родовой деятельности. В родах при тазовых предлежаниях плода особое внимание необходимо уделять поддержанию хорошей родовой деятельности и достаточного тонуса матки, а также профилактике спазма шейки ее, особенно в завершающий период родов для предупреждения нарушения нормального членорасположения плода и запрокидывания ручек. С этой целью в конце второго периода родов следует ввести спазмолитические

#### 14.

средства — Но-шпы 2 мл, папаверина 1 мл 1% раствора. Как только начинает врезываться тазовый конец плода необходимо приступить к внутривенному капельному введению окситоцина или ввести 0,5 мл окситоцина внутримышечно. При прорезывании ягодиц нужно произвести перинеотомию или эпизиотомию.

Роды в тазовом предлежании плода должны проводиться под наблюдением врача-акушера. Он же обязан оказывать и ручное пособие по Цовьянову или классическое.

Такие осложнения в родах при тазовом предлежании плода, как образование заднего вида, запрокидывание ручек, спазм шейки матки, трудность выведения головки плода нередко являются следствием нерационального ведения родов и неправильного оказания ручного пособия.

При экстракции плода за тазовый конец каждый третий-четвертый ребенок погибает. Эту операцию следует считать несовершенной. Наиболее частыми причинами гибели детей, родившихся при тазовом предлежании плода являются асфиксия и черепно-мозговая родовая травма. Высока при этой патологии заболеваемость новорожденных постгипоксической энцефалопатией, внутричерепной родовой травмой, повреждением плечевого сплетения, переломами, дисплазией тазобедренного сустава и др. У них в два раза чаще отмечаются неврологические нарушения и задержка моторного развития. Поэтому детей, родившихся в тазовом предлежании, необходимо относить к группе высокого риска



Исходы родов в тазовом предлежании плода для матери также хуже, чем при головном предлежании. Процент осложнений и оперативных вмешательств в родах, травматических повреждений родовых путей, развития инфекции у них высок. Показатель материнской смертности при тазовых предлежаниях колеблется от 0 до 2%.

В связи с этим, важное значение имеет работа женской консультации по исправлению тазовых предлежаний плода

Главный акушер-гинеколог  
Витебского облздравотдела *Либ* В.В.ЧИБИНЦЕВА