

**ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНКУРС НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ,
ИЗОБРЕТАТЕЛЬСКИХ И ТВОРЧЕСКИХ РАБОТ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

«НАУКА, ТВОРЧЕСТВО, ДУХОВНОСТЬ»

Направление: МЕДИЦИНА

**Тема: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ
ПЛОДА**

Соискатель: Авакян Ева Владимировна

Научный руководитель: Егорова Наталья Александровна

**Место выполнения работы: Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Краснодарский краевой базовый медицинский
колледж» министерства здравоохранения Краснодарского края**

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА	5
1.1. Историческая справка о тазовом предлежании плода	5
1.2. Этиология и классификация тазового предлежания	7
1.3. Диагностика тазового предлежания	8
1.4. Течение беременности и родов при тазовом предлежании плода	9
1.5. Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода	11
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА НА БАЗЕ ПЦ ГБУЗ «ДККБ» МЗ КК	17
2.1. Характеристика базы исследования.....	17
2.2. Анализ статистических данных по количеству беременных с тазовым предлежанием плода в Российской Федерации и Краснодарском крае.....	18
2.3. Определение и ранжирование факторов риска и осложнений в родах при тазовом предлежании плода	21
2.3.1. Анализ данных историй родов при тазовом предлежании плода.....	21
2.4. Разработка и реализация плана деятельности акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода на клиническом примере.....	25
2.5. Определение осведомлённости пациенток о мерах профилактики тазовых предлежаний плода.....	27
2.5.1. Разработка анкеты и анкетирование пациентов.....	27
2.5.2. Анализ результатов анкетирования.....	31
2.6. Санитарно-просветительная работа акушерки.....	31
2.6.1. Разработка памятки для беременных «Профилактика тазового предлежания плода».....	32
ВЫВОДЫ.....	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	34
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	35
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	36

АННОТАЦИЯ

Работа посвящена исследованию особенностей ведения родов при тазовом предлежании плода. Показана актуальность проблемы и возможные пути решения.

Работа состоит из титульного листа, содержания, аннотации, введения, двух глав, выводов, заключения, списка литературы, приложения.

Во введении аргументируется актуальность темы выпускной квалифицированной работы, устанавливаются цели и задачи исследования.

В первой главе рассматриваются теоретические аспекты ведения родов при тазовом предлежании плода: классификация, методы диагностики, родоразрешение; проведен анализ литературных источников по теме исследования, сделаны выводы.

Во второй главе проведено исследование особенностей ведения родов при тазовом предлежании плода на примере Перинатального центра ГБУЗ «ДККБ» МЗ КК.

При выполнении работы использованы нормативная документация по ведению родов при тазовом предлежании плода, учебники, монографии, периодические медицинские издания, в которых данная тема проанализирована различными авторами.

ВВЕДЕНИЕ

Ведение беременных с тазовым предлежанием (далее – ТП) плода – важная и сложная акушерская проблема. Частота тазовых предлежаний в течение последних нескольких десятков лет остается постоянной и составляет в среднем 3–5%. Перинатальная смертность в 4–5 раз выше, чем при головных предлежаниях [3,20].

В настоящее время частота тазовых предлежаний по данным зарубежных авторов колеблется в пределах 3–4%. Наиболее часто встречается чисто ягодичное предлежание (63,2–68%), реже смешанное ягодичное (20,6–23,54%) и ножное (11,4–13,4%). Тазовое предлежание у повторнородящих наблюдается примерно в 2 раза чаще, чем у первородящих. Процент тазового предлежания уменьшается по мере увеличения срока беременности. При сроке беременности 21–24 недели тазовое предлежание наблюдается у 30–31%, при сроке 29–32 недели у 10–11%, при сроке 37–40 недель у 3–4% беременных женщин [1,4].

Роды при тазовых предлежаниях сопровождаются рядом осложнений: преждевременное отхождение околоплодных вод из-за отсутствия пояса соприкосновения; выпадение пуповины, приводящее к асфиксии и гибели плода; затяжной характер родовой деятельности; запрокидывание ручек или разгибание головки, нередко приводящее к асфиксии и гибели плода.

Исходя из выше изложенного, расширились показания к операции кесарева сечения, которое осуществляется в 50–70% случаев и более [2,4,10].

Среди управляемых причин перинатальной смертности тазовое предлежание плода занимает 3-е место (15,2%) после аномалий родовой деятельности (39,5%) и гипоксии плода (24,7%). Перинатальная смертность при тазовом предлежании плода при различных методах родоразрешения колеблется от 5 до 14,3%. Нередко тазовое предлежание сочетается с клиническими проявлениями плацентарной недостаточности (далее – ПН) (гипоксия плода и синдром задержки его роста), пороками развития плода, нарушениями его функционального состояния на фоне внутриутробного инфицирования.

Основными причинами гибели детей при родах в тазовом предлежании являются родовой травматизм, церебральные поражения, тяжелая асфиксия при задержке рождения головки, выпадение и сдавление петель пуповины. По данным ряда авторов травматические повреждения у плода в родах при тазовом предлежании наблюдаются в 10–13, а асфиксия – в 3–8 раз чаще, чем при головном.

Наиболее частыми последствиями перенесенной асфиксии и родовой травмы являются параличи, эпилепсия, косоглазие, неврозы, эндокринные заболевания, отставание психомоторного и физического развития, синдром минимальных мозговых дисфункций, миелорадикулопатия шейного отдела позвоночника. Общая заболеваемость новорожденных при родах в тазовом предлежании превышает 15% [2,7,14].

Исследования, проведенные среди детей дошкольного возраста, свидетельствуют о большей частоте неврологических нарушений среди родившихся в тазовом предлежании. Согласно данным литературы у детей 9–13 лет родившихся в тазовом предлежании, выявлены парезы центрального происхождения в 4,2%, эпилепсия – 3%, признаки отставания умственного развития – 5% наблюдений, 3,8% подобных детей в возрасте 3,5–10,5 лет имеют органическое поражение центральной нервной системы, 1% – отставание в нервно-психическом развитии [5,11].

Выше перечисленное определяет повышенное внимание, уделяемое ведению беременности и родов при тазовом предлежании.

Поэтому очень важным в деятельности акушерки является своевременная диагностика тазового предлежания плода, профилактика осложнений, ранняя дородовая госпитализация в акушерский стационар и адекватное родоразрешение.

Ведение беременности и родов при тазовых предлежаниях плода требует глубоких знаний и высокого профессионального мастерства от акушерки для оказания квалифицированной помощи пациентке и плоду.

Объект исследования: профессиональная деятельность акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода.

Предмет исследования: нормативная документация, регламентирующая ведение беременных с тазовым предлежанием плода, статистические данные по количеству тазовых предлежаний плода среди беременных в РФ и Краснодарском крае, истории родов при тазовом предлежании плода, медицинская литература по теме исследования.

Цель работы: исследование особенностей ведения родов при тазовом предлежании плода.

Задачи:

1. Провести аналитический обзор нормативной документации, литературных источников по проблеме тазового предлежания плода.
2. Закрепить, расширить, углубить знания по ведению родов при тазовом предлежании плода, подтвердить освоение видов деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.02 Акушерское дело.
3. Дать характеристику базы исследования.
4. Выполнить анализ статистических данных по количеству тазовых предлежаний плода среди беременных в Российской Федерации и Краснодарском крае.
5. Определить и ранжировать факторы риска тазового предлежания плода и осложнения в родах путем анализа медицинской документации.
6. Разработать план деятельности акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода на клиническом примере.
7. Определить осведомлённость пациенток о мерах профилактики тазовых предлежаний плода.
8. Разработать памятку для беременных «Профилактика тазовых предлежаний плода».

Методы исследования:

- теоретический анализ литературных источников по теме исследования;
- метод научного исследования (анализ, синтез, сравнение, сопоставление);
- метод социологического опроса (анкетирование);
- методы математической статистики (вычисление процентных соотношений).

Практическая значимость: данное исследование позволило расширить, углубить и систематизировать знания о деятельности акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода.

Подтверждено освоение видов деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.02 Акушерское дело.

Разработан план деятельности акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода на клиническом примере для реализации в практическом здравоохранении.

Разработана памятка для беременных «Профилактика тазовых предлежаний плода».

Полученные материалы могут быть использованы в учебном процессе медицинского колледжа при изучении ПМ 02. МДК 02.02 «Медицинская помощь пациентам в период беременности, родов, послеродовый период» для специальности 31.02.02 Акушерское дело.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

1.1. Историческая справка о тазовом предлежании плода

Роды при тазовом предлежании с древнейших времен считались неблагоприятными как для матери, так и для плода, но и давали обильную пищу для суеверия. Считалось, что дети, рождающиеся при тазовом предлежании, обречены жить в горе и несчастьи, как и их близкие. Примером служат история Агриппы, Нерона, Ричарда III, Людовика XV. Упоминания о родах при тазовом предлежании можно встретить в священных книгах индусов, в египетских папирусах; такие роды относились к числу опасных.

Особую значимость в сведения о ведении беременности и родов при тазовом предлежании плода внес известный ученый Гиппократ (460–377 г.г. до н.э.). Он установил, что такие роды могут быть продолжительными и могут сопровождаться осложнениями. В целях улучшения исхода родов, Гиппократ рекомендовал, применяя операцию поворота, переводить тазовое предлежание в головное, а при неудавшемся повороте – приступать к операции эмбриотомии. Методы Гиппократа сохранили свое значение вплоть до новой эры.

В начале новой эры врач Корнелий Цельс выяснил, что при тазовом предлежании возможен благоприятный исход родов. В VII веке н.э. Павел Эгинский расценивал ножное предлежание, как нормальное и описывал технику выполнения операции по извлечению плода за ножки [14].

Следующий период в истории акушерства характеризуется периодом застоя и продолжается девять веков. В частности, в странах Ближнего Востока в силу религиозного запрета, врачи не занимались акушерством; дело родовспоможения велось бабками и знахарками. В Западных странах практика ведения родов так же переживала кризис. Так, повивальные бабки и монахи, далекие от знаний акушерства, участвовали в процессе родовспоможения.

Абу Али Ибн Сины, таджикский врач и философ, известный в Европе как Авиценна, вносит огромный вклад в медицинскую науку. Его книга «Канон медицины» – итог тысячелетнего развития медицины, и уже не одно столетие является настольной книгой для врачей. Авиценна высказывает мысль о возможности представления родов в тазовом предлежании силам природы.

В XVI в. Амбруаз Паре (французский хирург) использует в акушерской практике и доводит до совершенства поворот на ножку, как средство для искусственного окончания родов.

Французский акушер Ф. Морисо рекомендует при достаточных размерах таза женщины и небольшом размере плода вести роды через естественные родовые пути, а приступать к извлечению плода за ножку лишь по показаниям. В 1668 г. французский акушер описал метод ручного пособия для выведения последующей головки. Данный метод не утрачивает своего значения по сей день. В 1747 г. Левре предлагает метод наложения обычных (головных) щипцов на ягодицы плода. Некоторые изменения в данный метод вносит акушерка Лашапелль, предлагая вводить в рот младенца один палец вместо двух. Данный метод получил название Мориссо-Левре-Лашапелль [3,14].

В. Смелли рекомендовал при трудном извлечении плода использовать специальный тупой крючок, а для выведения головки предложил метод, сходный с методом Морисо. Однако, различные виды крючков не получили своего распространения из-за высокой травматичности данной операции для плода.

В отечественном акушерстве основоположником является Н. М. Максимович-Амбодик. Его труд «Искусство повивания, или Наука о бабичьем деле» – первое российское руководство по

акушерству, считается лучшим трудом XVIII в. в этой области. Амбодик подразделил тазовое предлежание на ягодичное, полное и неполное ножное и коленное.

Начиная с первой половины XIX в., тазовое предлежание большинство акушеров считало нормальным, а вопрос об оперативном вмешательстве решался в зависимости от акушерской ситуации. Сторонниками идеи консервативного ведения родов при тазовом предлежании были известные акушеры Г.И. Кораблев, И.П. Лазаревич, А.Я. Крассовский, Н.Н. Феноменов, М.С. Малиновский, Н.А. Цовьянов и др.

Цовьянов Н.А. предложил и успешно применил в практике технически простой и весьма эффективный метод ведения родов при ножном предлежании плода. При тазовом предлежании плода выбор метода родоразрешения в конце беременности приобретает особую важность.

Архангельский Б.А. предложил технику операции наружного (профилактического) поворота плода на головку при тазовом предлежании во время беременности.

Итак, проблема ведения беременности и родов при тазовом предлежании изучалась с древних веков и пережила долгий путь развития.

1.2. Этиология и классификация тазового предлежания

Тазовое предлежание (далее – ТП) – клиническая ситуация, при которой предлежащей частью являются ягодицы и/или ножки/ножка плода.

Причины формирования тазовых предлежаний плода разнообразны, многочисленны и до конца ещё не изучены. Считается, что плод при правильном членорасположении, имеющий овоидную форму, должен соответствовать овоиду полости матки; более объемистый тазовый конец занимает обширную верхнюю часть полости матки. При этом и плод, и матка являются активными участниками процесса приспособления: плод – за счет нервно-рефлекторных реакций на гравитационные и механические раздражители, матка – за счет пластического тонуса мускулатуры, особенно в области нижнего сегмента. При нарушении этих механизмов формируются тазовые предлежания и поперечные положения плода. Определенную роль приписывают форме и размерам полости матки, величине и подвижности плода и, главное, пластическому тону маточной мускулатуры.

К этиологическим факторам ТП плода относятся:

- недоношенность;
- ТП плода в анамнезе у близких родственников; сужение таза, аномальная форма таза;
- пороки развития матки (двурогая, седловидная, с перегородкой);
- чрезмерная или ограниченная подвижность плода (первобеременная, многоплодная);
- многоводие или маловодие;
- многоплодная беременность;
- новообразования внутренних половых органов (миоматозные узлы, опухоли придатков);
- патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты);
- врожденные пороки развития (ВПР) плода (анэнцефалия, гидроцефалия, крестцово-копчиковая тератома, объемное образование в области шеи);
- короткая пуповина;
- задержка роста плода (ЗРП).

Классификация ТП, представлена на рис.1.:

1. Ягодичное предлежание: чистое и смешанное;
2. Ножное предлежание: неполное, полное и коленное предлежание [5,9,17].

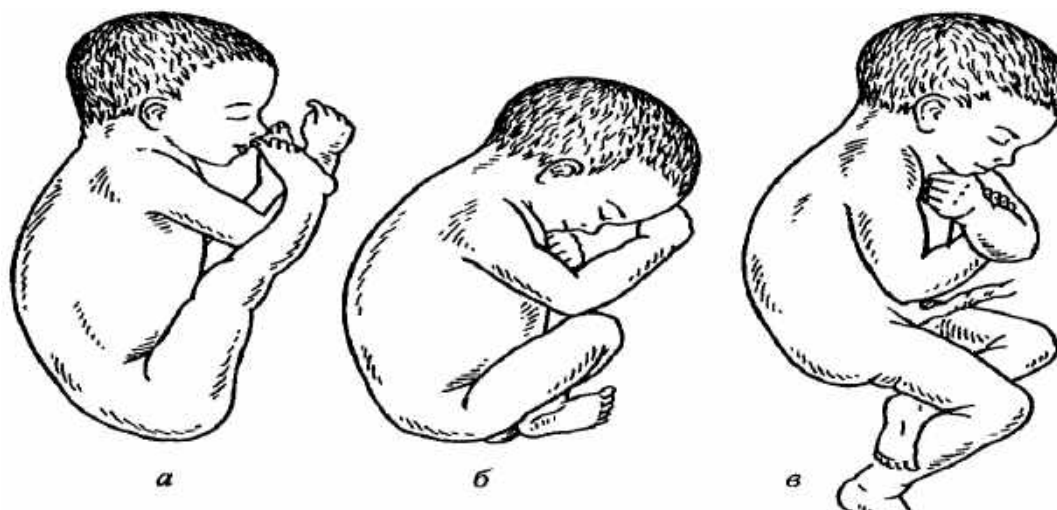


Рис. 1. Тазовые предлежания:

а – чистое ягодичное; б – смешанное; в – ножное

При чисто ягодичных (неполных) предлежаниях ко входу в таз обращены ягодицы: ножки вытянуты вдоль туловища – согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах и стопы расположены в области подбородка и лица. При смешанных ягодичных предлежаниях ягодицы обращены ко входу в малый таз вместе с ножками, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, несколько разогнуты в голеностопных суставах, плод в позе на «корточках».

Ножные предлежания разделяют на полные, неполные и коленные. При полных ножных предлежаниях ко входу в таз предлежат обе ножки плода, слегка разогнутые в тазобедренных и согнутые в коленных суставах. При неполных ножных предлежаниях – предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах, а другая, согнутая в тазобедренном и коленном суставе, располагается выше. При коленных предлежаниях ножки разогнуты в тазобедренных суставах и согнуты в коленных, а колени предлежат ко входу в таз. Ножные предлежания образуются во время родов.

1.3. Диагностика тазового предлежания

При физиологическом течении беременности, приспособляясь к форме матки, плод устанавливается головкой вниз к 22–24 нед. Однако это положение остается неустойчивым еще 11–13 нед. В течение этого периода сократительная деятельность матки отличается несинхронностью, высокой частотой и малой амплитудой, разнонаправленным сокращением отдельных участков матки. Такой тип сокращений сохраняет запирательную функцию внутреннего зева матки, способствует оптимизации миометрального и маточно-плацентарного кровотока. Плод многократно, даже в течение дня может менять свое положение. Окончательно плод устанавливается предлежащей частью над входом в малый таз к 35-й неделе. К этому времени в коре большого мозга беременной формируется родовая доминанта, и сократительная деятельность матки приобретает синхронный характер; преобладает тонус симпатической части вегетативной нервной системы над парасимпатической. Это способствует повышению функциональной активности дна и тела матки. Усиливаются сокращения продольно и косо расположенных гладкомышечных пучков с одновременным расслаблением поперечных, циркулярных и спиралеобразных пучков миометрия. Если к 34–35-й неделе плод устанавливается в тазовом предлежании, то с высокой долей вероятности следует предполагать и роды в тазовом предлежании.

Следовательно, формулировка диагноза «тазовое предлежание плода» целесообразна именно к этому сроку беременности, так как более ранняя диагностика может быть ошибочной и будет вводить в заблуждение беременную, ее родственников и других консультантов по смежным специальностям, наблюдающих данную пациентку, создавая излишнюю эмоциональную напряженность [6,15,20].

Тазовое предлежание плода диагностируют без особых затруднений. Применяв приемы Леопольда–Левицкого, в дне матки определяют плотную, крупную, округлую часть – головку. Высокое стояние дна матки, связанное с расположением тазового конца плода над входом в таз. У входа в таз пальпируется крупная мягкая часть, не имеющая четких контуров, что представлено в приложении 2. Сердцебиение плода выслушивается справа или слева выше пупка.

Позиции и виды позиций плода при тазовом предлежании определяются, как при головном – по спинке плода.

При влагалищном обследовании во время беременности через своды определяют крупную мягковатую часть или мелкие части, во время родов – пальпируют крестец, копчик, межъягодичную складку, половые органы, анус (если плод находится в чистом ягодичном предлежании) и стопы (если плод находится в ножном или ягодично-ножном предлежании). По расположению крестца определяют позицию и вид. Чистое ягодичное предлежание дифференцируют от лицевого предлежания и анэнцефалии; ножное и ягодично-ножное – от косого и поперечного положения плода.

К дополнительным методам диагностики прибегают не только для определения характера предлежания, но и для оценки состояния плода.

Данные ЭКГ и ФКГ позволяют судить о состоянии плода и его функциональных возможностях. Желудочковый комплекс QRS, обращенный книзу, свидетельствует о тазовом предлежании плода.

Больше всего информации можно получить с помощью ультразвукового исследования. Уточняют характер предлежания и массу плода, выявляют пороки развития плода, наличие миомы матки, расположение плаценты и пень пуповины. В настоящее время придается большое значение некоторым особенностям членорасположения плода. Вытянутые вдоль туловища и разогнутые в коленных суставах ножки плода могут играть роль пружины и препятствовать прохождению плода через родовые пути. Разогнутая головка не сможет быстро преодолеть костное кольцо малого таза матери.

1.4. Течение беременности и родов при тазовом предлежании плода

Многочисленные патогенетические факторы формирования тазового предлежания плода являются причиной более высокого числа осложнений беременности. Ряд авторов отмечают, что наиболее частыми осложнениями при тазовых предлежаниях плода в первой половине беременности являются угроза прерывания (45%), которая у каждой пятой беременной протекает с клиническими признаками истмико-цервикальной недостаточности, токсикоз беременных (27,5 %) и др. [6,21].

Во второй половине беременности отмечают следующие осложнения: преэклампсия (35,6%), угроза прерывания беременности (39,3%), гипотрофия плода (4,9 %) , обвитие пуповиной (40,8 %) , маловодие (25,3 %) и др.

При тазовом предлежании плода в 2–2,5 раза чаще, чем при головном, происходят преждевременные роды. Значительное количество родов (35–40%) в тазовом предлежании наступают при сроке беременности менее 34 нед [7,13].

Течение родов при тазовых предлежаниях характеризуется большим числом осложнений. В первом периоде родов наиболее частым является раннее или преждевременное излитие околоплодных вод. Особенно часто это осложнение наблюдается при ножных предлежаниях. Тазовый конец меньше головки, при вступлении в таз он не прилегает плотно к родовому каналу. Пояс соприкосновения отсутствует, передние и задние воды не разграничены. При каждой схватке околоплодные воды устремляются в нижний отдел матки, оболочки не выдерживают большого напряжения и разрываются преждевременно. В момент излития вод может произойти выпадение петель пуповины и мелких частей плода. Выпадение петель пуповины при тазовых предлежаниях встречается в 5 раз чаще, чем при головном. Однако и при тазовом предлежании, хотя и реже, чем при головном, может быть сдавление выпавшей петли пуповины, приводящее к гипоксии и гибели плода, если своевременно не оказать помощь.

При тазовых предлежаниях нередко наблюдается слабость родовой деятельности, особенно при раннем и преждевременном излитии околоплодных вод. При этом раскрытие шейки матки происходит медленно, тазовый конец довольно долго остается над входом в таз, роды затягиваются. Несвоевременное излитие вод и затяжные роды ведут к нарушению маточно-плацентарного кровообращения и развитию гипоксии у плода, а также способствуют проникновению инфекции в матку. При этом возможно инфицирование оболочек, плаценты, матки и плода.

Период изгнания при тазовых предлежаниях имеет свои особенности, связанные с тем, что наиболее крупная часть плода – головка – рождается последней. Первым продвигается по родовому каналу менее объемный тазовый конец, который не может расширить родовые пути до такой степени, которая необходима для бережного прохождения плечевого пояса и головки [8,19].

Поэтому при вступлении в таз плечевого пояса могут возникнуть осложнения, опасные для плода: запрокидывание ручек и разгибание головки (ущемление головки). При этих осложнениях рождение плечевого пояса и головки задерживается, плоду грозит гипоксия и гибель.

При прохождении через таз верхнего отдела туловища и головки неизбежно возникает сдавление пуповины. Если изгнание туловища и головки затягивается свыше 3–5 мин, возникает тяжелая гипоксия плода, которая может привести к его смерти. Эти осложнения чаще всего встречаются при ножных предлежаниях, потому что ножки при малом их объеме недостаточно расширяют родовые пути.

Одним из грозных осложнений является вколачивание ягодиц в таз при ягодичном предлежании и это часто является проявлением клинического несоответствия плода и таза матери. Серьезное осложнение – поворот плода спинкой кзади, когда подбородок фиксируется под лобковым симфизом, головка разгибается: возникает угроза гипоксии, травмы плода и матери.

При родах в тазовом предлежании нередко возникают травмы у матери в виде разрывов шейки матки, влагалища и промежности. Нередко в родах наблюдается переход одного типа тазового предлежания в другой. Так, переход неполного ножного предлежания в полное отмечается в 30% случаев. Такой переход считается неблагоприятным и является основанием для расширения показаний к кесареву сечению [11,16].

Для правильного ведения родов необходимо знать *биомеханизм родов* при тазовом предлежании плода, состоящий из следующих моментов:

Первый момент – внутренний поворот ягодиц. Он начинается при переходе ягодиц из широкой части полости таза в узкую и происходит таким образом, что в выходе таза поперечный размер ягодиц стоит в прямом размере таза, передняя ягодица подходит под лонную дугу, а задняя

установлена над копчиком. При этом туловище плода совершает незначительное боковое сгибание выпуклостью вниз в соответствии с изгибом оси таза.

Второй момент – боковое сгибание поясничной части позвоночника плода. Дальнейшее поступательное движение плода приводит к 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 из косых размеров входа в таз, через который прошли и ягодицы. Туловище при этом поворачивается несколько кпереди.

Третий момент – внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища. Этот поворот завершается установлением плечиков в прямом размере выхода. При этом переднее плечико плода подходит под лонную дугу, а заднее устанавливается впереди копчика над промежностью.

Четвёртый момент – боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника. В этот момент происходит рождение плечевого пояса и ручек.

Пятый момент – внутренний поворот головки. Головка вступает малым косым размером в косой размер входа в таз, противоположный тому, в котором проходили плечики. При переходе из широкой в узкую часть таза головка совершает внутренний поворот, в результате которого стреловидный шов оказывается в прямом размере выхода, а подзатылочная ямка – под лонным сочленением.

Шестой момент – сгибание головки и её прорезывание: над промежностью последовательно выкатываются подбородок, рот, нос, лоб и темя плода.

Прорезывается головка малым косым размером, как и при затылочном предлежании. Реже происходит прорезывание головки подзатылочно-лобным размером, что приводит к сильному растяжению и разрыву промежности.

Механизм родов при ножных предлежаниях отличается тем, что первыми из половой щели вместо ягодиц показываются 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 расположена на ягодицах (при первой позиции – на левой ягодице, при второй – на правой), при ножных – на ножках, которые от этого становятся отёчными и сине-багровыми. Часто родовая опухоль переходит с ягодиц на наружные половые органы плода, что выглядит как отёк мошонки или половых губ [1,4,20].

1.5. Ведение беременности и родов с тазовым предлежанием плода

Учитывая многочисленные этиологические факторы формирования тазового предлежания плода, естественно ожидать высокую частоту осложнений во время беременности и в родах.

При подтверждении ТП плода в 36 недель рекомендовано ознакомить пациентку с рисками, связанными с родами в ТП плода, медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить этот риск, и возможными методами родоразрешения и их осложнениями [6, 18].

При подтверждении ТП плода пациентке рекомендовано предложить наружный поворот плода на головку (при отсутствии противопоказаний к естественным родам) для снижения вероятности кесарева сечения. Эффективность наружного поворота плода на головку составляет 30-80%. При успешном наружном повороте плода на головку в 5% наблюдений отмечается спонтанная реверсия плода. Необходимо предупредить пациентку о том, что успех манипуляции зависит от многих факторов и никогда не может быть гарантирован на 100%.

При подтверждении ТП плода не рекомендовано предлагать пациентке проведение корректирующей гимнастики и акупунктуры для самостоятельного поворота плода на головку.

Проводит наружный поворот плода на головку только подготовленный врач акушер-гинеколог, владеющий техникой наружного поворота, в акушерском стационаре 2-й или 3-й группы. Акушерка готовит беременную к операции, assisteрует во время операции.

Наружный поворот плода на головку необходимо проводить в акушерском стационаре 2-й или 3-й группы с наличием условий для экстренного КС, анестезиологической и неонатальной служб, ультразвуковой диагностики.

Наружный поворот плода на головку рекомендовано проводить при отсутствии противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути, удовлетворительном состоянии плода (по данным кардиотокографии (КТГ), доплерографического исследования кровотока в артерии пуповины), нормальном количестве амниотической жидкости.

Наружный поворот плода на головку не рекомендовано проводить при наличии следующих противопоказаний: планируемое оперативное родоразрешение путем КС; кровотечение во второй половине беременности; патологическая/сомнительная КТГ; нарушение кровотока в системе мать плацента-плод по данным доплерометрического исследования; ЗРП с нарушением кровотока в артерии пуповины; аномалии матки, опухоли матки или ее придатков, препятствующие повороту; многоплодие (кроме поворота второго плода после рождения первого плода); рубец на матке; грубые пороки развития плода, мертвый плод; разгибание головки плода; преэклампсия или артериальная гипертензия; разрыв плодных оболочек; отсутствие добровольного информированного согласия на проведение операции наружного поворота; маловодие и многоводие; неустойчивое положение плода.

Перед проведением наружного поворота плода на головку рекомендовано информировать пациентку о возможных осложнениях, риск которых не превышает 0,5%.

К возможным осложнениям наружного акушерского поворота, требующих проведения экстренного КС, относятся: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; преждевременные роды; родовое излитие околоплодных вод; разрыв матки; эмболия околоплодными водами; дистресс плода.

Перед проведением наружного поворота плода на головку рекомендовано учитывать предикторы его успешного выполнения, к которым относятся: высокий паритет; абдоминальная пальпация головки плода; отсутствие ожирения; прикрепление плаценты на задней или боковых стенках матки; чисто ягодичное предлежание плода; индекс амниотической жидкости более 10 см.

Для повышения частоты успеха при выполнении наружного поворота плода на головку рекомендован токолиз гексопреналином. Токолиз бета-миметиками повышает вероятность головного предлежания плода на момент родов, снижает количество операций кесарева сечения и уменьшает частоту неудачи наружного поворота плода.

Для токолиза используют симпатомиметики (токолитические препараты (гексопреналин 2 мл в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида перфузором со скоростью 1,5 мл за 15 мин и во время процедуры).

Рекомендовано при выраженной болезненности процедуры наружного поворота плода на головку использовать спинальную или эпидуральную анестезию для повышения частоты успеха и степени удовлетворенности пациентки [24].

Порядок действий следующий: 1) при ультразвуковом исследовании устанавливают тазовое предлежание, позицию, вид, количество вод, локализацию плаценты, отсутствие аномалий развития, обвития пуповины; 2) записывают КТГ; 3) обеспечивается надежный венозный доступ,

проводится токолиз; 4) выполняется поворот; 5) записывают КТГ после процедуры независимо от успеха.

До выполнения манипуляции необходимо иметь свежие клинико-биохимические тесты (не исключена вероятность кесарева сечения), опорожнить мочевой пузырь и в случае риска развития изоиммунизации ввести Анти-Д иммуноглобулин. Процедура выполняется натошак.

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.

Беременная укладывается на спину. Живот можно смазать ультразвуковым гелем для улучшения скольжения рук (а также удобно выполнять ультразвуковое исследование). Первоначально определяют степень фиксации предлежащих ягодиц плода и деликатно их приподнимают над входом в малый таз, что может быть ключевым моментом, ведущим к успеху. При этом ассистент может помочь в этом, приподнимая ягодицы при влагалищном исследовании. Затем головка плода смещается в направлении к тазу матери, а ягодицы плода к дну матки. Это можно сделать, выполняя плодом «кувырок вперед» или «кувырок назад». Если не получилось одним способом, можно попробовать другой. Все манипуляции должны быть деликатными, сохраняющими флексорную позицию плода.

Живой, функционально полноценный плод сохраняет флексорную позу. Поэтому можно выполнять поворот в сторону более легкого смещения ягодиц плода, а не только в сторону позиции, что представлено на рисунке 2.



Рис. 2. Наружный поворот плода на головку.

В случае успешного наружного поворота плода на головку рекомендовано вести беременность согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность», при спонтанном начале родовой деятельности роды вести через естественные родовые пути.

Наблюдение после завершения процедуры:

- Выполнить УЗИ: оценить, успешен ли поворот и расположение пуповины.
- КТГ в течение 30-40 минут.
- В течение 30 минут контролировать у матери вагинальные выделения (сразу после окончания процедуры, затем через 15 минут).

- Если женщина резус-отрицательная, не имеет RhD-антител и ей ранее не проводилась профилактика резус-сенсibilизации, следует профилактически ввести антирезусный иммуноглобулин 625 МЕ.

В случае неэффективного наружного поворота плода на головку рекомендовано вести роды через естественные родовые пути при отсутствии противопоказаний для естественного родоразрешения [24].

Если тазовое предлежание плода сохраняется, то за 2 нед. до родов беременную направляют в стационар.

В родовом отделении после тщательного обследования беременной составляют план родоразрешения: плановое кесарево сечение или ведение родов через естественные родовые пути. В современном акушерстве существует тенденция к расширению показаний для оперативного родоразрешения при тазовом предлежании. Основными показаниями к нему служат: анатомически узкий таз, крупный плод (для тазового предлежания – более 3600 г), переносная беременность, разогнутое состояние головки, рубец на матке, отягощенный анамнез (мертворождения, травмированные дети), бесплодие, возраст первородящей (старше 30 лет). Во многих акушерских учреждениях кесарево сечение производят в тех случаях, когда женщина с тазовым предлежанием плода рождает преждевременно – до 32-недельного срока. Глубоко недоношенный плод плохо переносит роды в тазовом предлежании. Однако такая линия поведения имеет право на существование при наличии оборудованного отделения для выхаживания недоношенных новорожденных.

Тактика ведения родов при тазовом предлежании плода зависит от возраста беременной, акушерского анамнеза, готовности материнского организма к родам, размеров таза, функционального состояния и предполагаемой массы плода, вида тазового предлежания, числа родов в анамнезе, срока беременности, разогнутости головки плода и других факторов.

Многие осложнения, возникающие при родах в тазовом предлежании плода, можно предотвратить, если использовать современные методы диагностики, правильно вести беременность и роды.

Роды через естественные родовые пути ведет врач акушер-гинеколог, имеющий опыт ведения родов в ТП плода и способность оказать пособия при возникновении осложнений. Роды через естественные родовые пути в ТП плода рекомендовано вести в акушерском стационаре 2-й или 3-й группы.

В нашей стране наибольшее распространение при чисто ягодичном и ножных предлежаниях получили пособия по методу Н.А.Цовьянова (1929) и метод Морисо–Левре–Лашапель для выведения последующей головки плода [2,18].

Основные принципы ведения вагинальных родов

Роды в тазовом (чисто ягодичном или смешанном) предлежании предполагают:

- 1) постоянное мониторирование состояния плода;
- 2) максимальное сохранение плодного пузыря;
- 3) нормальный характер родовой деятельности и скорость раскрытия шейки матки;
- 4) активное участие роженицы во втором периоде родов;
- 5) оказание пособия;
- 6) оказания классического ручного пособия;
- 7) ведение третьего периода родов и послеродового периода.

Тактика ведения самопроизвольных родов:

I период родов:

– положение пациентки в родах - постельный режим на боку, а после излития околоплодных вод (при не прижатом тазовом конце) – строгий постельный режим с постоянным мониторингом;

- мониторный контроль состояния плода, сократительной деятельности матки (КТГ);
- ведение партограммы;
- своевременное обезболивание и введение спазмолитических препаратов;
- своевременная диагностика осложнений, их коррекция и определение дальнейшей тактики.

II период родов:

- мониторный контроль КТГ;
- рассечение промежности по показаниям;
- ручное пособие в зависимости от типа тазового предлежания;
- присутствие анестезиолога и неонатолога во втором периоде родов обязательно.

Ведение родов через естественные родовые пути требует мониторингового наблюдения. Для профилактики раннего вскрытия плодного пузыря роженица должна соблюдать постельный режим. Необходимо проводить профилактику гипоксии плода, своевременно выявлять слабость родовой деятельности и правильно ее лечить. Появившиеся гипоксия плода и слабость родовой деятельности, плохо поддающиеся лечению, заставляют изменить план родов и перейти к операции кесарева сечения. Только хорошая родовая деятельность может привести к благоприятному исходу родов через естественные родовые пути.

Во II периоде родов врач-акушер приступает к оказанию пособия, которое предложил Н. А. Цовьянов еще в 1929 г. Это пособие выдержало проверку временем.

При чисто ягодичном предлежании проводят пособие по Цовьянову I, которое помогает сохранить правильное членорасположение плода и обеспечить физиологическое течение периода изгнания, что представлено в приложении I.

Пособие по Цовьянову I обеспечивает благоприятный результат только при хорошей родовой деятельности. Оказание пособия начинают с момента прорезывания ягодиц. Акушер располагает руки так, что большие пальцы охватывают бедра плода и прижимают их к туловищу, не давая разогнуться. Остальные пальцы акушера располагаются на крестце плода.

Во избежание выпадения ножек плода большие пальцы акушера по мере рождения ребенка передвигаются вверх. Когда туловище родилось до нижнего угла передней лопатки, акушер направляет ягодицы на себя, вниз и в сторону бедра роженицы, чтобы облегчить самостоятельное рождение из-под лобковой дуги передней ручки. Затем туловище плода круто поднимают вверх на живот роженицы: рождается задняя ручка, и в половой щели показывается ротик плода. При хорошей родовой деятельности головка рождается самостоятельно.

Способ Цовьянова II при ножных предлежаниях основан на том, что при наличии в родах препятствия для продвижения плода родовая деятельность усиливается. Такое препятствие создает врач. Как только ножки плода рождаются во влагалище, акушер ладонью, наложенной на стерильную пеленку, при каждой схватке противодействует изгнанию ножек за пределы половой щели. Такое противодействие оказывается до полного раскрытия маточного зева, к этому времени ягодицы опускаются на тазовое дно: плод как бы садится на корточки, и ножное предлежание переходит в смешанное ягодичное, мягкие родовые пути хорошо растягиваются. Момент, когда следует прекратить противодействие, определяется тем, что ножки плода начинают выступать из-под ладони акушера. При следующей потуге плод, не встречая препятствий, изгоняется из родовых путей.

Если при оказании пособия по Цовьянову при чистом ягодичном или ножном предлежании плод родится до углов лопаток и дальнейшее поступательное движение его прекращается, необходимо сразу же приступить к классическому ручному пособию для освобождения ручек и головки. В распоряжении врача не более 5 мин.

Акушер захватывает ножки плода и отводит их к правой (при первой позиции) или левой (при второй позиции) паховой складке. Акушер одноименной рукой со стороны крестцовой впадины выводит заднюю ручку плода. Двумя пальцами акушер надавливает на локтевой сгиб и выводит ручку «омывательными движениями», скользя ею по грудке плода. Затем двумя руками акушер захватывает грудку плода и поворачивает его, не подтягивая вниз, на 180° так, что передняя ручка плода становится задней. Затем она выводится одноименной рукой акушера, как и первая.

Следующий этап пособия – выведение головки плода способом Морисо–Левре–Ляшапель, что представлено в приложении 2. Во влагалище вводится кисть руки акушера (при первой позиции – левая, при второй – правая). Плод «усаживают верхом» на предплечье этой руки. Указательным пальцем, введенным в ротик плода, удерживают головку в согнутом положении. Указательным и средним пальцами наружной руки захватывают плечевой пояс плода. Тракции производят наружной рукой сначала вниз на себя, до образования точки фиксации подзатылочной ямки под лобком, затем вверх. Головка рождается: сначала ротик, лицо, лоб и, наконец, теменные бугры. Все движения необходимо совершать бережно, ибо грубые манипуляции во время оказания пособия могут привести к травме в шейном отделе позвоночника и повреждению спинного мозга.

При острой гипоксии плода или при упорной слабости родовой деятельности, когда нет условий для оказания пособия по Цовьянову или для классического ручного пособия, прибегают к операции извлечения плода за ножку, хотя это вмешательство весьма травматично.

В профилактике тазового предлежания плода важную роль отводят:

- выделению групп риска по формированию тазовых предлежаний плода;
- медикаментозной профилактике и терапии угрозы прерывания беременности, гестоза, ФПН;
- предупреждению крупного плода (рациональное и сбалансированное питание во время беременности);
- физиопсихопрофилактической подготовке к родам.

Для снижения перинатальной смертности и травматизма плода необходимо своевременно выявлять эту патологию, содействовать переходу в головное предлежание, а при устойчивом тазовом предлежании – госпитализировать в родовое отделение для выработки оптимального плана ведения родов и подготовки к его осуществлению [10,12].

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА НА БАЗЕ ПЦ ГБУЗ «ДККБ» МЗ КК

2.1. Характеристика базы исследования

Исследовательская часть работы проводилась на базе Перинатального центра ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края.

На сегодняшний день больница имеет:

- 826 коек в 18 клинических отделениях,
- реанимационное отделение на 24 койки,
- отделение реанимации и интенсивной терапии на 12 коек;
- Перинатальный центр на 130 коек и 12 отделений.
- 14 вспомогательных подразделений,
- 4 поликлинические отделения;
- дневной стационар.

Краевой перинатальный центр открыт на базе Детской краевой клинической больницы 11 апреля 2011 года. В своем составе он имеет акушерский стационар, педиатрический стационар и консультативно-диагностические отделения.

В структуре акушерского стационара функционируют следующие отделения: акушерское наблюдательное отделение, отделение акушерской патологии беременности, акушерское физиологическое отделение, родовое отделение, отделение анестезиологии-реанимации, операционное отделение и гинекологическое отделение.

Акушерское отделение патологии беременности было открыто 11 апреля 2011 года. Здесь осуществляют лечение истмико-цервикальной недостаточности, плацентарной недостаточности, фето-фетального синдрома плода; проводится терапия при пролонгированном пузыре, предлежании плаценты. В отделении 21 палата на 45 мест, каждая оснащена функциональными кроватями, консольной установкой (на которой располагаются электрические розетки, кнопка вызова медицинского персонала, дневной и ночной свет), прикроватные тумбочки с выдвижными столиками. В каждой палате имеется санузел и душевая комната.

Акушерское наблюдательное отделение существует с открытия перинатального центра. Развернуто было на 15 коек, с 2012 года коечный фонд увеличен до 30 коек. Отделение предназначено, в основном, для внутренней изоляции беременных, рожениц и родильниц с гнойно-септической инфекцией.

Родовое отделение Перинатального центра сочетает в себе традиции классического акушерства и новейшие перинатальные технологии. В родовом отделении проводится в среднем 3 тысячи родов в год. Медицинская помощь оказывается круглосуточно бригадой высококвалифицированных врачей, куда входят акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, неонатологи, владеющие всеми методами оказания экстренной помощи. Роды ведутся в индивидуальных родильных боксах, где роженица находится под непрерывным контролем врача и акушерки. Родильные залы рассчитаны на одну роженицу.

Каждый бокс оснащен современной аппаратурой для непрерывного мониторингового наблюдения за состоянием матери и плода, сократительной деятельностью матки, а также ультразвуковым аппаратом, инфузоматами, системой подачи медицинских газов и централизованной системой климат-контроля, позволяющей поддерживать оптимальную температуру и влажность воздуха в родильном зале. В родовых палатах имеется централизованная очистка воздуха.

Отделение перинатальной диагностики организовано 11 апреля 2011 года. Функционирование и развитие медицины в настоящий момент не представляется возможным без развитой диагностической службы.

В отделении обследования проводятся более чем по 20 методикам, среди которых основное место занимает УЗ диагностика. За сутки здесь проходят более 130 пациентов. Возможности и ресурсы отделения постоянно растут за счет получения нового оборудования, повышения квалификации медицинского персонала.

Женская консультация является структурным подразделением Перинатального центра ДККБ, организована 5 апреля 2011 г.

В женской консультации имеется регистратура, 4 консультативных кабинета акушеров-гинекологов, два из которых имеют отдельные смотровые комнаты, дневной стационар, кабинет ультразвуковой диагностики, кабинеты смежных специалистов: терапевта, уролога-андролога, психотерапевта, социального работника, кабинет психопрофилактической подготовки к родам, зал ЛФК, физиотерапевтический кабинет, конференц-зал, а также архив, хозяйственные помещения. Кроме того, на этаже базируются кабинеты окулиста, генетика, которые числятся за общероддомовским штатом.

Женская консультация осуществляет: ведение амбулаторного приема, оказание помощи на дому, своевременное выявление и амбулаторное обследование беременных женщин, профилактику и раннее выявление осложнений беременности, экстрагенитальных и послеродовых заболеваний, выявление беременных из групп повышенного риска и осуществление дифференцированного наблюдения.

Проводятся мероприятия по повышению санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, профилактики заболеваний передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции, подготовки к беременности и родам, профилактики материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Женская консультация имеет тесные контакты в работе со всеми лечебными учреждениями города – кожно-венерологическим диспансером, онкологическим диспансером, медико-генетической консультацией и другими лечебными учреждениями города и края.

Основной документ, по которому осуществляется работа в женской консультации, Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869) Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология».

2.2. Анализ статистических данных по количеству беременных с тазовым предлежанием плода в Российской Федерации и Краснодарском крае

Частота ТП плода при доношенной беременности составляет 3–5%. Среди всех ТП доля чисто ягодичного предлежания составляет 63,2–68%, смешанного ягодичного – 20,6–23,4%, ножного – 11,4–13,4%.

Чем меньше срок беременности, тем выше частота ТП плода. При сроке беременности < 28 недель и массе плода < 1000 г, частота ТП плода достигает 35%, в то время как при сроке 34–36 недель при массе плода 2000–2499 г она не превышает 8%, что определяет необходимость клинического установления предлежания плода при сроке 36 недель беременности.

При тазовом предлежании плода, по данным отечественных и зарубежных авторов, число кесарева сечения (КС) колеблется от 45 до 83%.

Смертность женщин при КС, произведенном по поводу тазового предлежания плода, составляет 0,1–0,15%.

Частота тазовых предлежаний плода среди беременных в Российской Федерации за 2021 г. составила 3,7%, за 2022 г. – 4,2%, за 2023 г. – 5%. Данные представлены на рисунке 3.

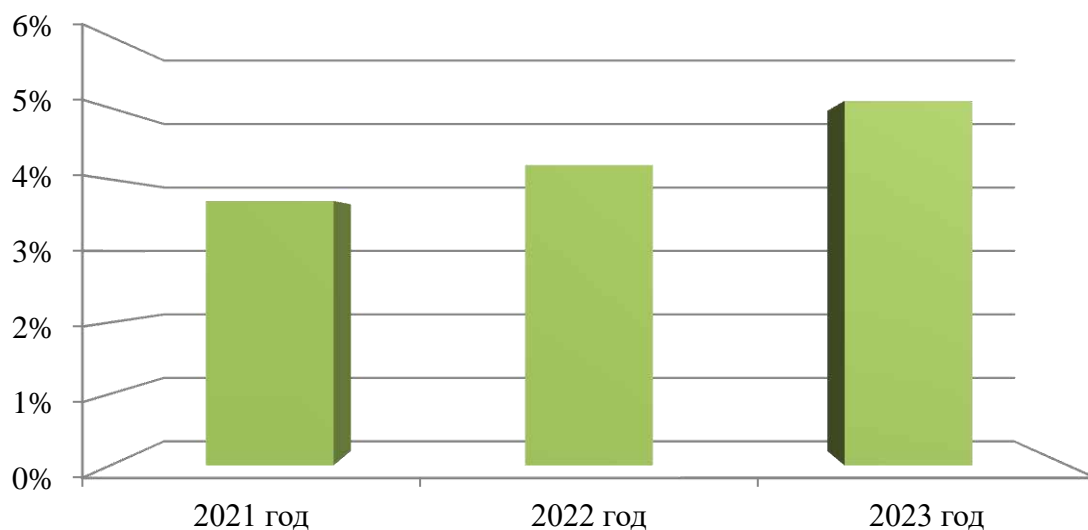


Рис. 3. Частота тазовых предлежаний плода в Российской Федерации за период 2021–2023 гг.

Анализ статистических данных частоты тазовых предлежаний плода в Российской Федерации с 2021 г по 2023 г выявил увеличение данной патологии у беременных на 1,3 %.

Частота тазовых предлежаний плода в Краснодарском крае за 2021 г составила 3,9%, за 2022 г – 4,5%, за 2023 г – 5%. Данные представлены на рисунке 4.

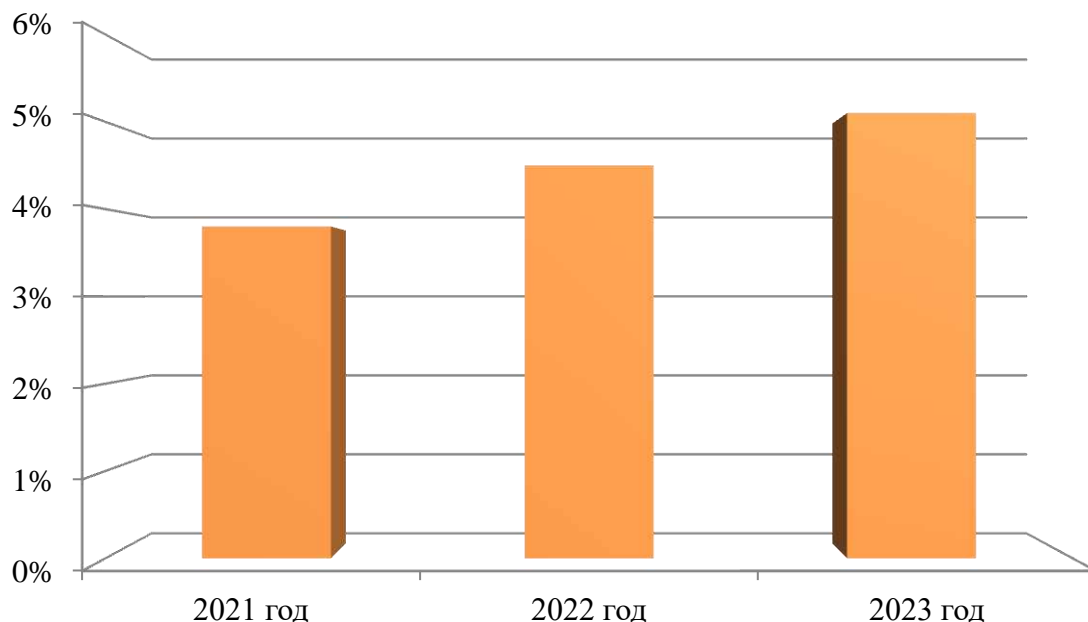


Рис. 4. Частота тазовых предлежаний плода в Краснодарском крае за период 2021–2023 гг. Анализ статистических данных частоты тазовых предлежаний плода в Краснодарском крае с 2021 г по 2023 г выявил увеличение данной патологии у беременных на 1,1 %.

По данным Перинатального центра на базе ДККБ:

- в 2022 г на 8147 родов пришлось 332 случая в тазовом предлежании, что составило 4%;
- в 2023 г. на 8997 родов пришлось 364 случаев тазовых предлежаний, что составило 4,1%;

– в 2024 г. на 9103 родов – 391 случай тазовых предлежаний, что составило 4,4%. Данные представлены на рисунке 5.

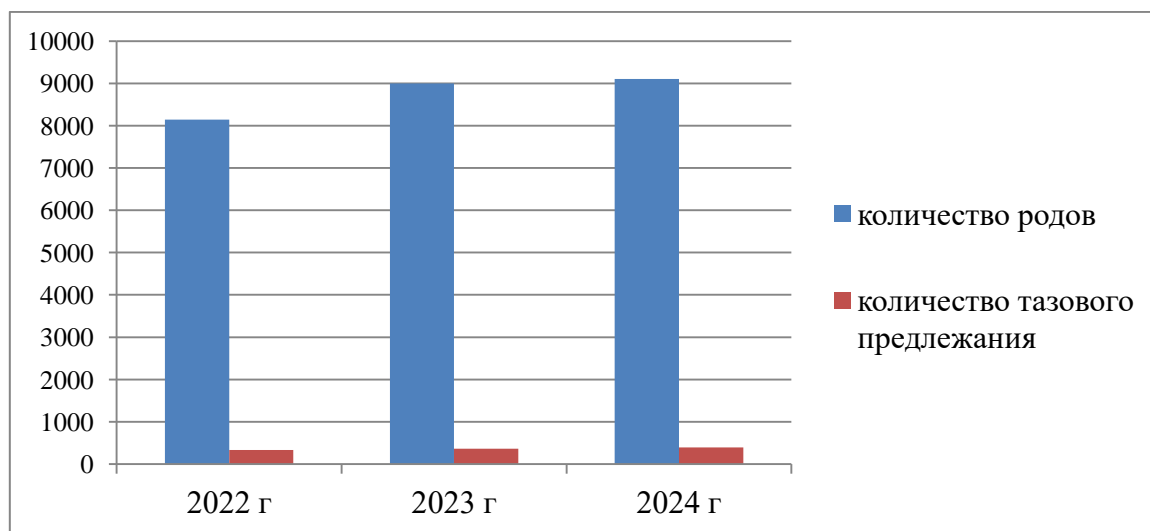


Рис. 5. Частота тазовых предлежаний плода в ПЦ ДККБ за период 2022–2024 гг.

По данным Перинатального центра на базе ДККБ также отмечен незначительный рост тазовых предлежаний плода у беременных с 2022 г. по 2024 г. на 0,4%.

Из 1087 случаев тазового предлежания плода в период с 2022 по 2024 гг. только 118 случаев закончились консервативными родами, что составило 11%. В 89% случаев роды закончились операцией кесарева сечения, что представлено на рисунке 6.

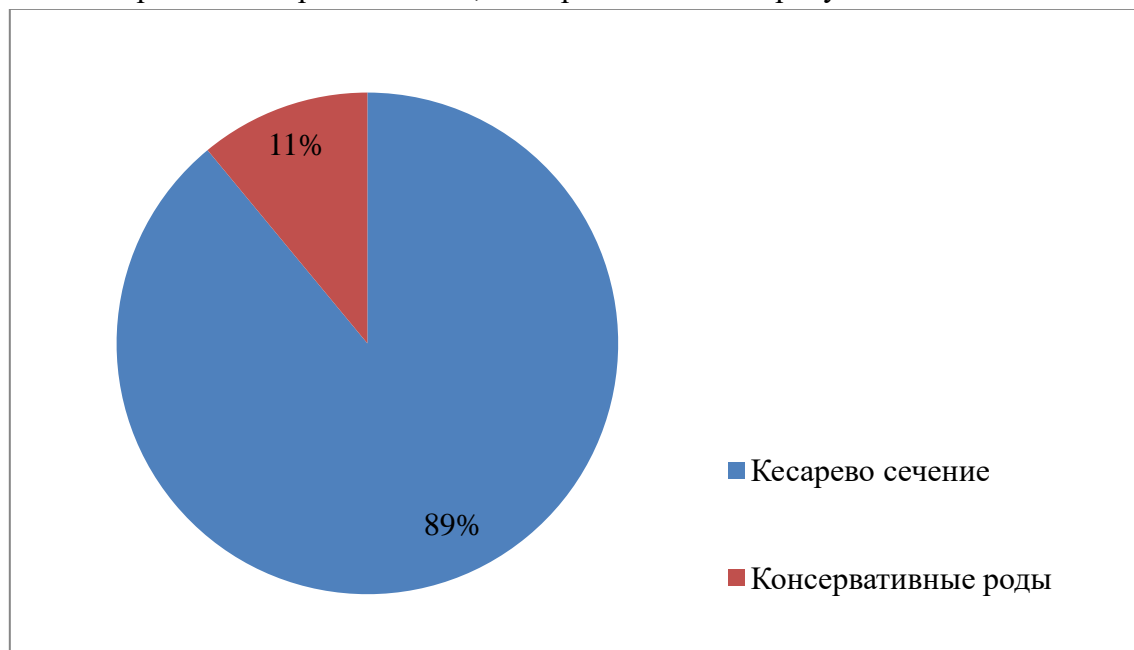


Рис. 6. Частота оперативного родоразрешения беременных с тазовым предлежанием плода в ПЦ ДККБ за период 2022–2024 гг.

Таким образом, анализ статистических данных по количеству беременных с тазовым предлежанием плода в Российской Федерации и Краснодарском крае выявил, что данная патология имеет тенденцию к росту, что связано с увеличением факторов риска, которые способствуют формированию неправильного предлежания плода: рубец на матке, многорожавшие, воспалительные заболевания матки, многоплодие, недоношенность, опухоли матки и яичников.

2.3. Определение и ранжирование факторов риска и осложнений в родах при тазовом предлежании плода

2.3.1. Анализ данных историй родов при тазовом предлежании плода

Исследование проводилось на базе ПЦ ГБУЗ «ДККБ» МЗ КК, где был проведен анализ 30 историй родов при тазовом предлежании плода.

Все роженицы по возрасту распределились следующим образом: с 20 до 30 лет – 10 человек (33%), с 31 до 40 лет – 12 человек (40%), старше 40 лет – 8 человек (27%). Данные представлены на рисунке 7.

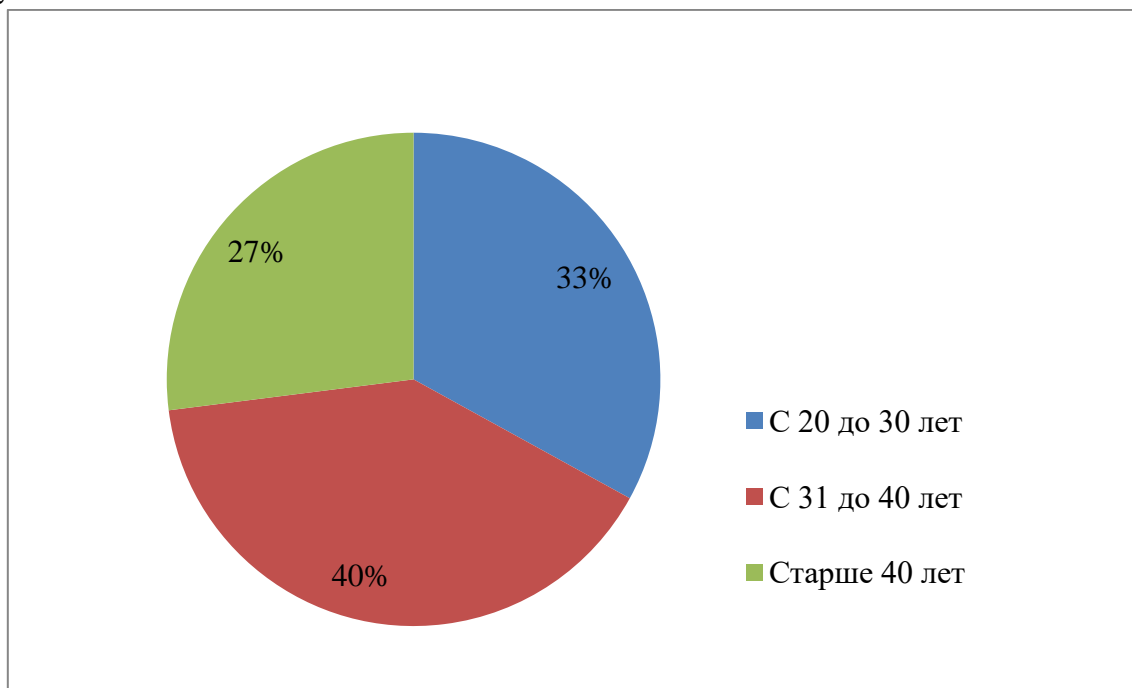


Рис. 7. Распределение по возрасту.

Анализ репродуктивной функции выявил, что 9 женщин (30%) были первородящие и 21 женщина (70%) были повторнородящие, что представлено на рисунке 8.

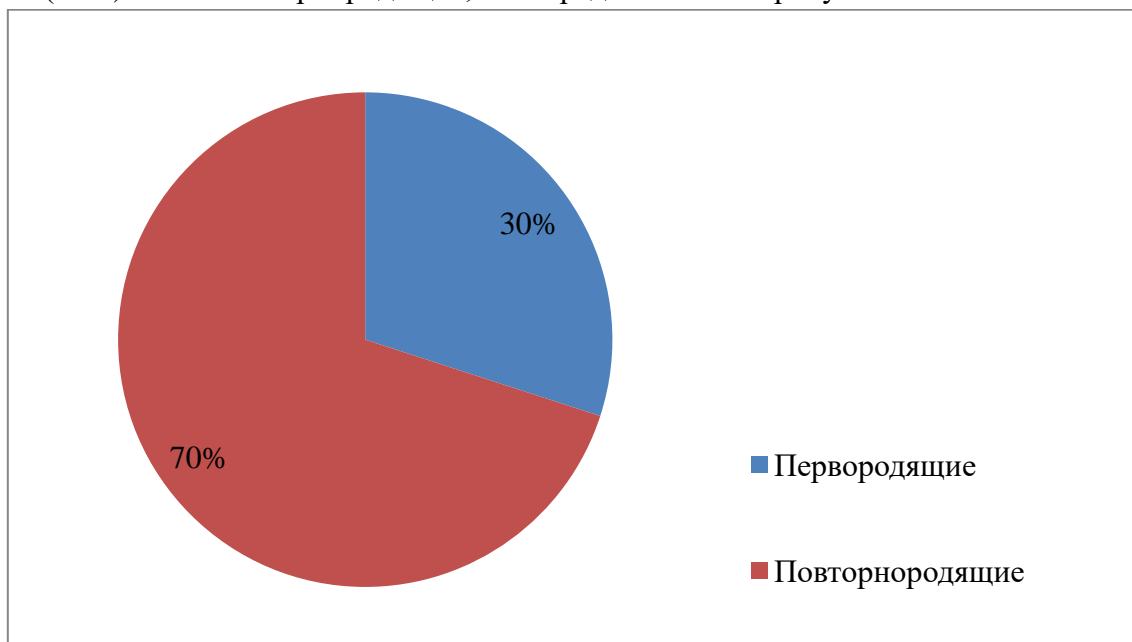


Рис. 8. Репродуктивная функция.

Анализ акушерско-гинекологического анамнеза выявил, что у 12 женщин были медицинские аборт (40%), у 8 женщин были воспалительные заболевания матки (26%), у 6

женщин был рубец на матке (20%), у 2 женщин была миома матки (7%) и 2 женщины были многорожавшие (7%), что представлено на рисунке 9.

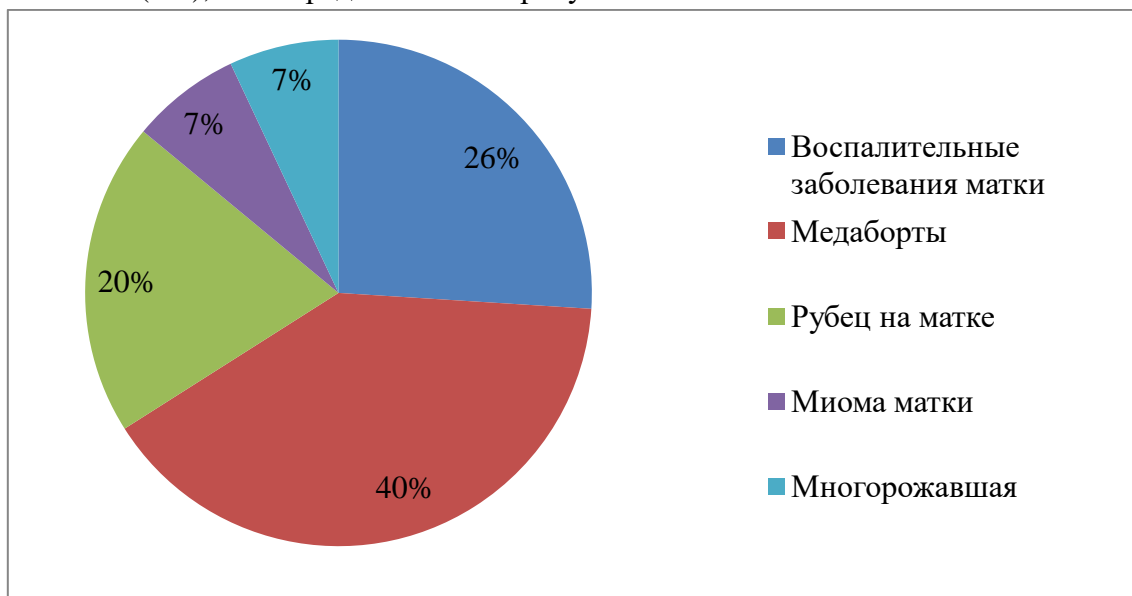


Рис. 9. Акушерско-гинекологический анамнез.

Данная беременность осложнилась угрозой преждевременных родов у 10 женщин (34%), многоводием у 6 женщин (20%), маловодием у 6 женщин (20%), преэклампсией у 4 женщин (13%), ЗВУР у 4 женщин (13%). Данные представлены на рисунке 10.

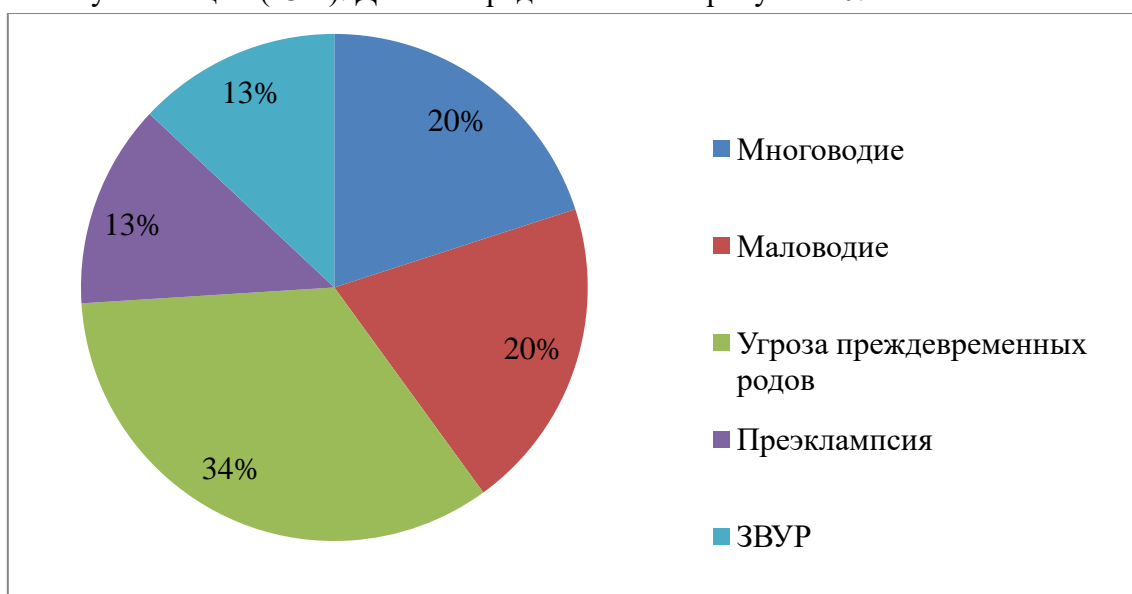


Рис. 10. Осложнения беременности.

Ягодичное предлежание плода выявлено у 26 женщин (87%) и ножное предлежание плода – у 4 женщин (13%). Данные представлены на рисунке 11.

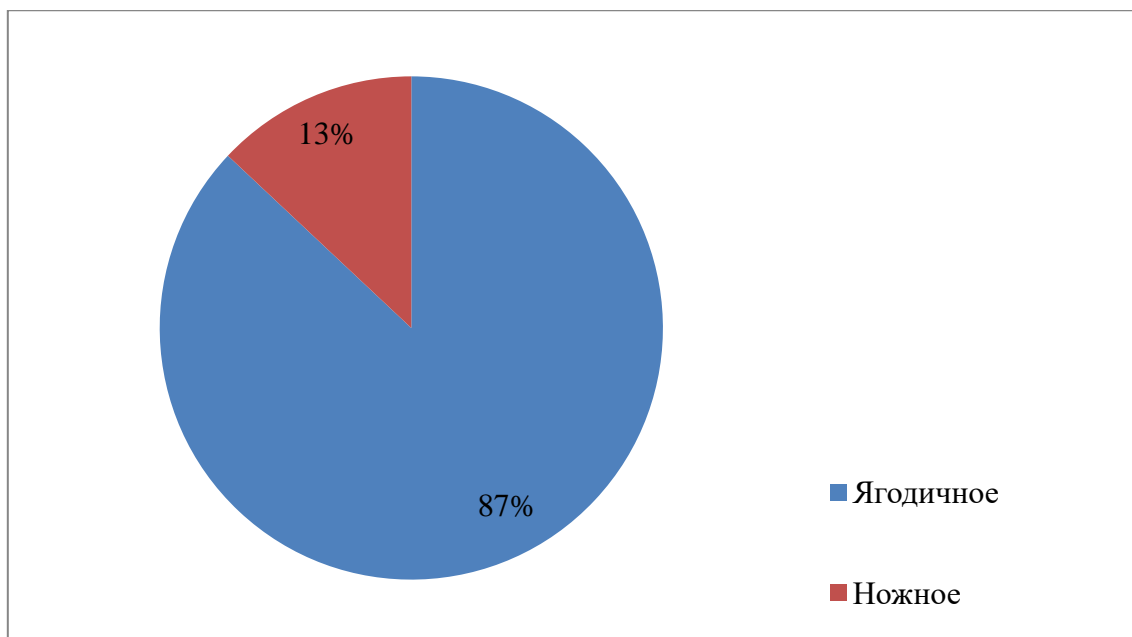


Рис. 11. Виды тазового предлежания плода.

Акушерка в женской консультации при ведении беременной согласно приказу №1130н проводила сбор анамнеза (выявляла проблемы и факторы риска), диагностику тазового предлежания (приёмы Леопольда-Левицкого, измерение ВДМ, ОЖ, пельвиметрия, выслушивание сердцебиения плода), выписывала направления на различные исследования, проводила беседы о питании, контролировала раннюю дородовую госпитализацию в роддом, по назначению врача проводила профилактику осложнений беременности.

16 пациенткам предложено проведение наружного поворота плода на головку (при отсутствии противопоказаний к естественным родам) для снижения вероятности кесарева сечения, при проведении которого удалось исправить тазовое предлежание на головное у 12 женщин, что составило 75%. Данные представлены на рисунке 12.

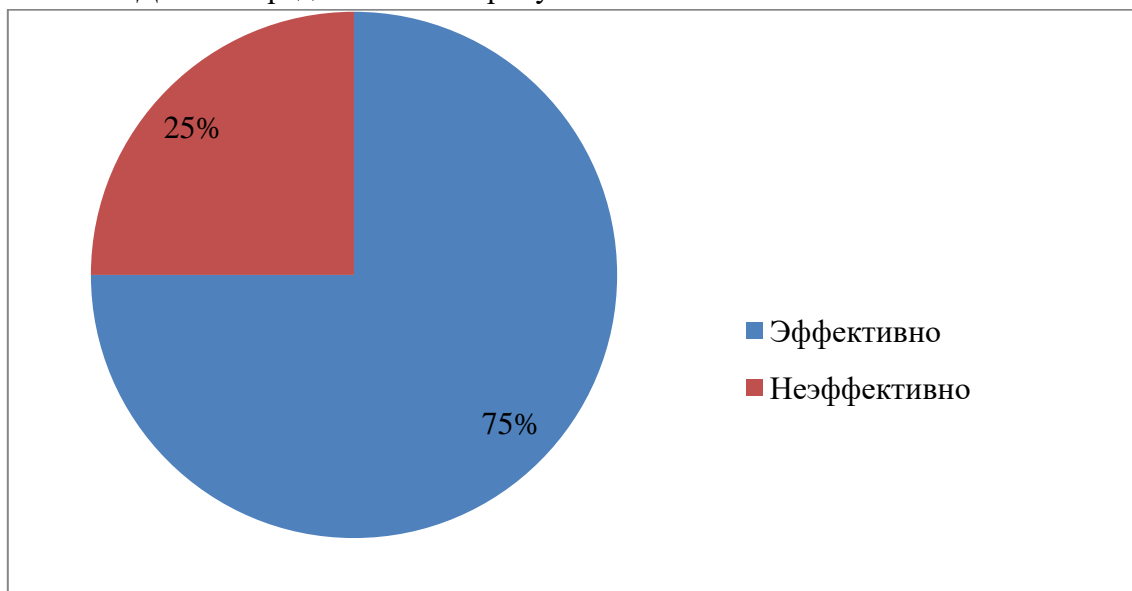


Рис. 12. Эффективность наружного акушерского поворота.

18 беременных с устойчивым тазовым предлежанием плода заблаговременно госпитализированы в акушерский стационар для оценки акушерской ситуации и решения вопроса о способе родоразрешения.

4 беременных (22%) родоразрешились самостоятельно. Им было оказано врачом пособие по Цовьянову I, так как было чисто ягодичное предлежание. 14 беременных (78%) были родоразрешены операцией кесарево сечение. Данные представлены на рисунке 13.

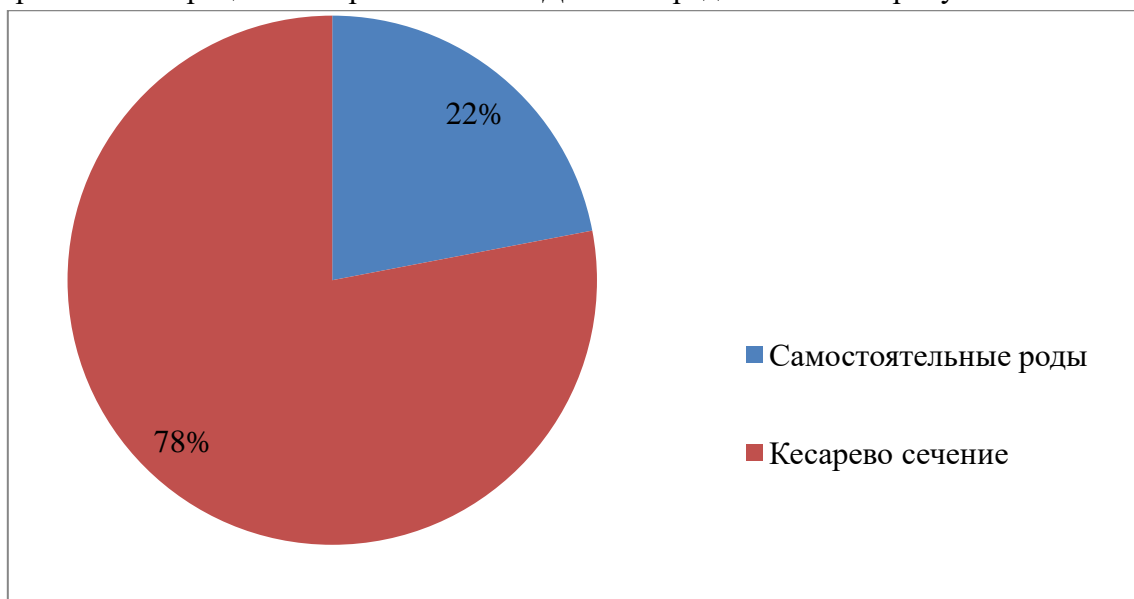


Рис. 13. Частота оперативного родоразрешения.

Показанием к операции кесарева сечения была сопутствующая акушерско-гинекологическая патология: рубец на матке у 6 женщин (42%), преэклампсия у 4 женщин (29%), ножное предлежание плода у 4 женщин (29%). Данные представлены на рисунке 14.

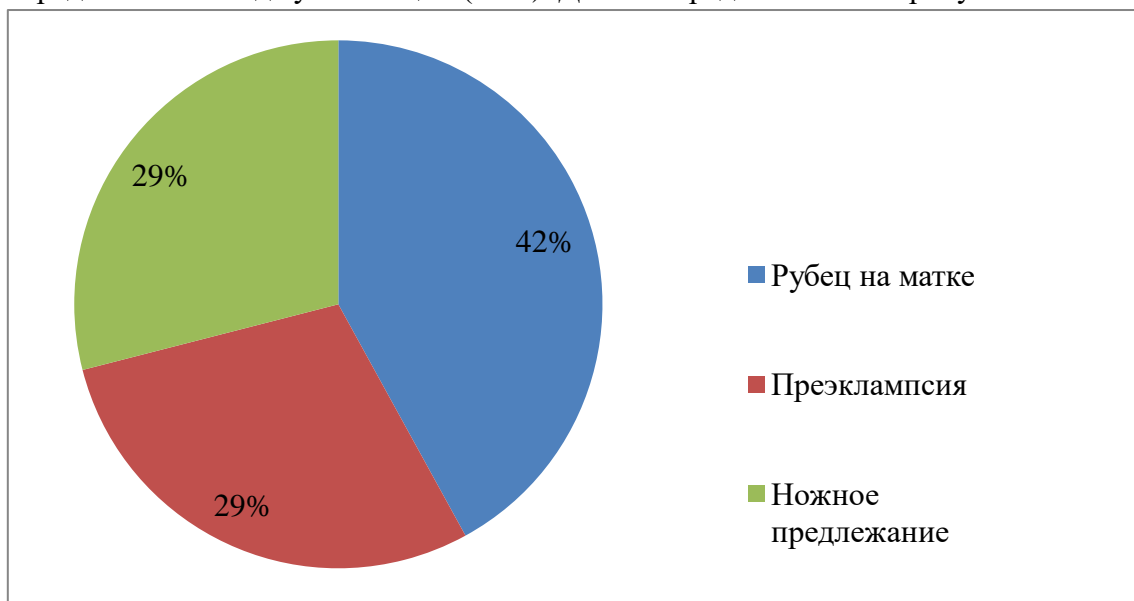


Рис. 14. Показания к кесареву сечению.

При ведении беременных в акушерском стационаре акушерка в родах выполняла: оценку общего состояния роженицы (оценка окраски кожных покровов, измерение АД, подсчет пульса, частоты дыхания); контроль состояния плода (выслушивание сердцебиения плода, запись КТГ); по назначению врача профилактику в родах гипоксии плода и кровотечения; проведение туалета новорождённого, оценку новорожденного по шкале Апгар, ассистенцию во время проведения реанимационных мероприятий при асфиксии новорожденного; подготовку к операции кесарева сечения, осуществление послеоперационного ухода за родильницей.

Таким образом, в ходе эмпирического исследования было выявлено, что:

1. Среди беременных с тазовым предлежанием плода преобладали повторнородящие (70%) в возрасте с 31 до 40 лет (40%).
2. Из факторов риска чаще всего встречались медицинские аборт (40%), воспалительные заболевания матки (26%) и рубец на матке (20%).
3. В 87% случаев выявлено ягодичное предлежание.
4. Эффективность НАП составила 75%.
5. Родоразрешение в 78% случаев было операцией кесарева сечения.

2.4. Разработка и реализация плана деятельности акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода на клиническом примере

В родильное отделение доставлена повторнородящая женщина 30 лет в сроке 38 нед. Родовая деятельность началась 2 часа назад, воды не изливались. Схватки по 25–30 сек. через 4–5 минут, умеренной силы.

В анамнезе 2 срочных родов и 2 искусственных аборта без осложнений. Женщина наблюдалась в женской консультации, беременность протекала без осложнений. Объективно: АД – 120/80 мм рт.ст., пульс – 80 уд. в минуту удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Гинекологические заболевания отрицает.

При наружном акушерском исследовании над входом в малый таз обнаружена крупная мягкая часть плода, а в дне матки ballotирующая, плотная, округлой формы крупная часть (головка). Сердцебиение ясное ритмичное слева выше пупка 142 уд. в минуту. Окружность живота – 96 см, высота стояния дна матки – 35 см. Наружные размеры таза 26-29-31-20 см.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище емкое, шейка сглажена, раскрытие 4 см. Плодный пузырь цел, хорошо наливается во время схватки, ко входу в малый таз предлежат ягодички. Мыс не достигается.

Акушерка провела сбор анамнеза, оценку выявленных проблем, объективное обследование (оценка общего состояния пациентки, общий осмотр), специальное акушерское исследование (приемы Леопольда-Левицкого, выслушивание и подсчет сердцебиения плода, измерение ОЖ и ВДМ, влагалищное исследование).

Настоящие проблемы: боль во время схватки, беспокойство за исход родов.

Потенциальные проблемы: риск развития затяжных родов, раннего излития околоплодных вод, выпадения пуповины, гипоксии плода.

Состояние женщины удовлетворительное.

На основании данных субъективного и объективного исследования поставлен предварительный диагноз: роды 3-и, срочные в сроке 38 нед, первый период родов. Тазовое предлежание плода.

Составлен план деятельности акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода, который представлен в таблице 1.

Таблица 1.

План деятельности акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода

Действия акушерки	Мотивация
1. Вызов врача акушера	Роды при тазовом предлежании плода относят к патологическим
2. Уложить женщину на бок, соответствующий позиции плода.	Профилактика раннего отхождения околоплодных вод

3. Оказать психоэмоциональную поддержку	Уменьшение стрессовых воздействий
4. Измерение АД, пульса, ЧД, температуры тела	Контроль за общим состоянием роженицы
5. Ведение партограммы	Контроль за раскрытием шейки матки
6. Проведение КТГ	Мониторинг внутриутробного состояния плода и характера родовой деятельности
7. Проведение влагалищного исследования в родах	Оценка продвижения плода, степени опускания тазового конца и динамики раскрытия шейки матки
8. Контроль функции мочевого пузыря и кишечника пациентки	Для профилактики слабости родовой деятельности
9. Обезболивание и введение спазмолитических препаратов по назначению врача	Профилактика осложнений в родах
10. Рассечение промежности по показаниям	Ускорение родоразрешения во 2 периоде
11. Вызов анестезиолога и неонатолога	Своевременное оказание помощи при осложнениях
12. Ассистенция врачу при проведении пособия по Цовьянову 1	Профилактика запрокидывания ручек и разгибания головки плода
13. Оценка новорожденного по шкале Апгар	Диагностика асфиксии новорожденного
14. Проведение первого туалета новорожденного	Профилактика инфекционных заболеваний глаз, отделение от матери

В результате проведенных акушеркой совместно с врачом мероприятий родился доношенный новорожденный в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, деятельность акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода заключается в умении своевременно распознать тазовое предлежание плода (сбор анамнеза); провести наружные акушерские исследования (приемы Леопольда-Левицкого, расчет предполагаемой массы плода, аускультация сердцебиения плода, измерение ОЖ и ВДМ, оценка таза, подготовка к УЗИ). Акушерка должна знать осложнения беременности при тазовом предлежании и проводить их профилактику, знать показания и противопоказания к НАП; проводить раннюю дородовую госпитализацию в роддом и подготовить женщину к адекватному родоразрешению.

При ведении самостоятельных родов в первом периоде акушерка контролировала родовую деятельность, продвижение плода по родовым путям, проводила профилактику гипоксии плода; во втором периоде акушерка ассистировала врачу при оказании пособия, проводила первый туалет новорожденного.

Профессиональное ведение акушеркой беременной при тазовом предлежании плода позволило достичь снижения осложнений у матери и плода.

2.5. Определение осведомлённости пациенток о мерах профилактики тазовых предлежаний

2.5.1. Разработка анкеты и анкетирование пациентов

Для выявления осведомленности пациенток о мерах профилактики тазовых предлежаний и их удовлетворенности деятельностью акушерки проведен опрос 30 беременных из группы риска развития ТП, для чего была разработана анкета, включающая 10 вопросов, которая представлена в приложении 3.

По возрасту респонденты распределились следующим образом: с 20 до 30 лет – 6 женщин, что составило 20%; с 30 до 40 лет – 21 женщина, что составило 70%; старше 40 лет – 3 женщины, что составило 10%. Данные представлены на рисунке 15.

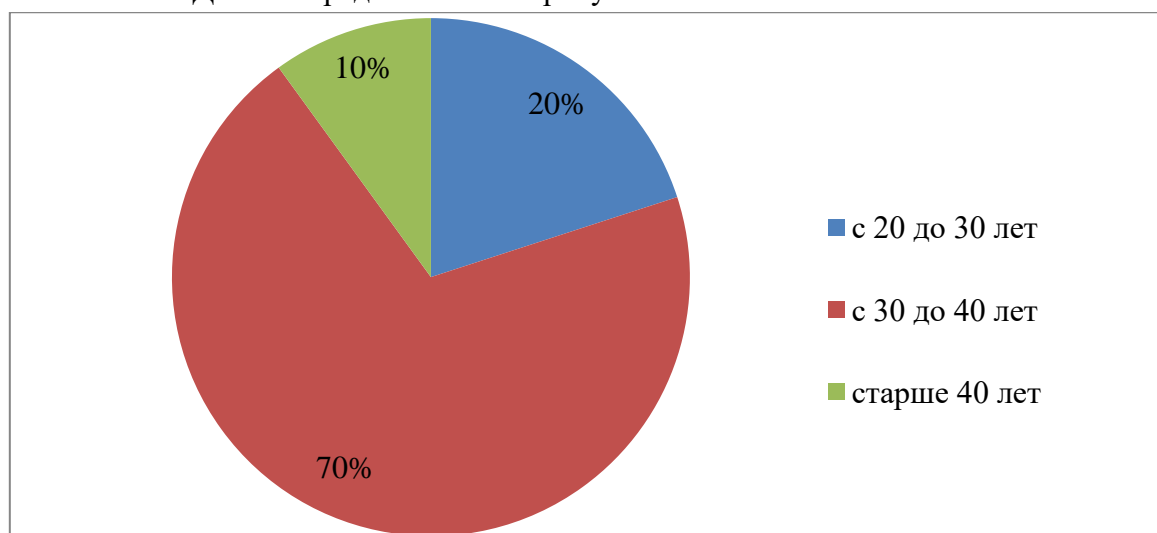


Рис.15. Распределение респондентов по возрасту.

По профессиональной деятельности респонденты распределились следующим образом: домохозяйки – 9 беременных (30%); студентки – 6 беременных (20%); педагоги – 3 беременных (10%); медработники – 6 беременных (20%); юристы – 2 беременных (7%); офисные работники – 4 беременных (13%), что представлено на рисунке 16.

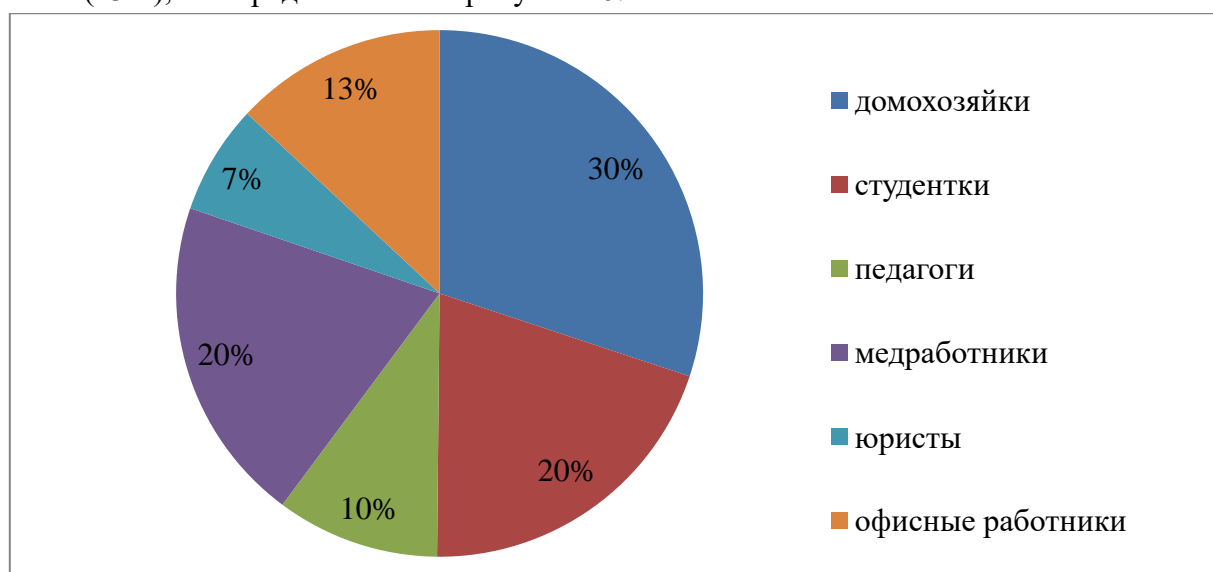


Рис. 16. Распределение респондентов по профессии.

На вопрос: «Была ли Ваша беременность запланированной?» – 15 женщин (50%) ответили положительно и 15 женщин (50%) ответили отрицательно, что представлено на рисунке 17.

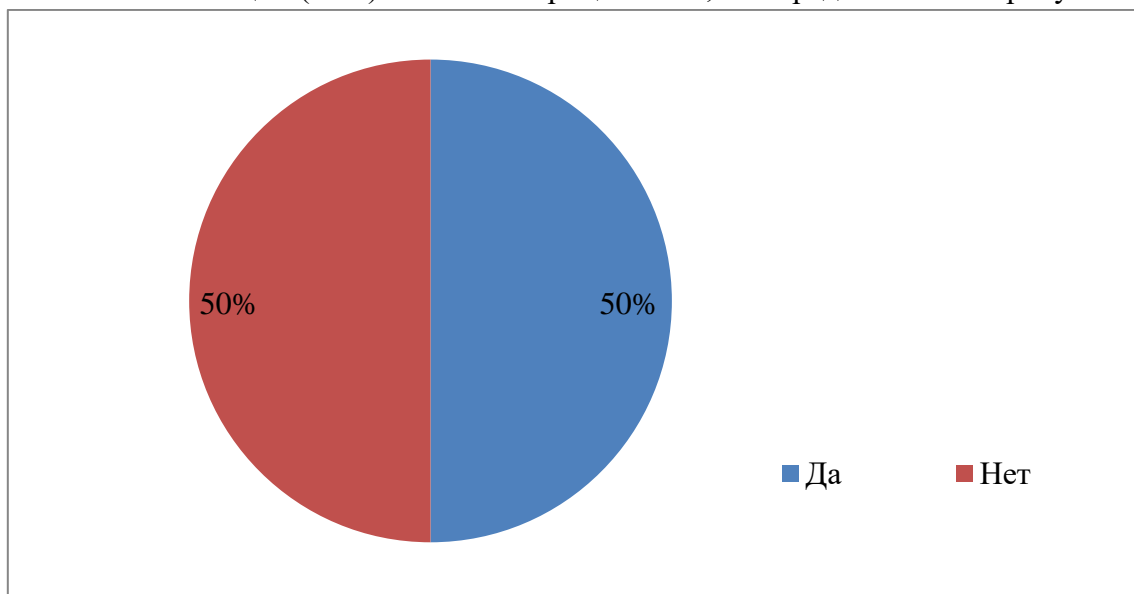


Рис. 17. Информированность респондентов о планировании беременности.

На вопрос: «Знаете ли Вы о необходимости ранней постановки на учет по беременности до 12 недель?» – 27 беременных (90%) ответили, что знают и 3 беременных (10%) ответили, что не знают. Данные представлены на рисунке 18.

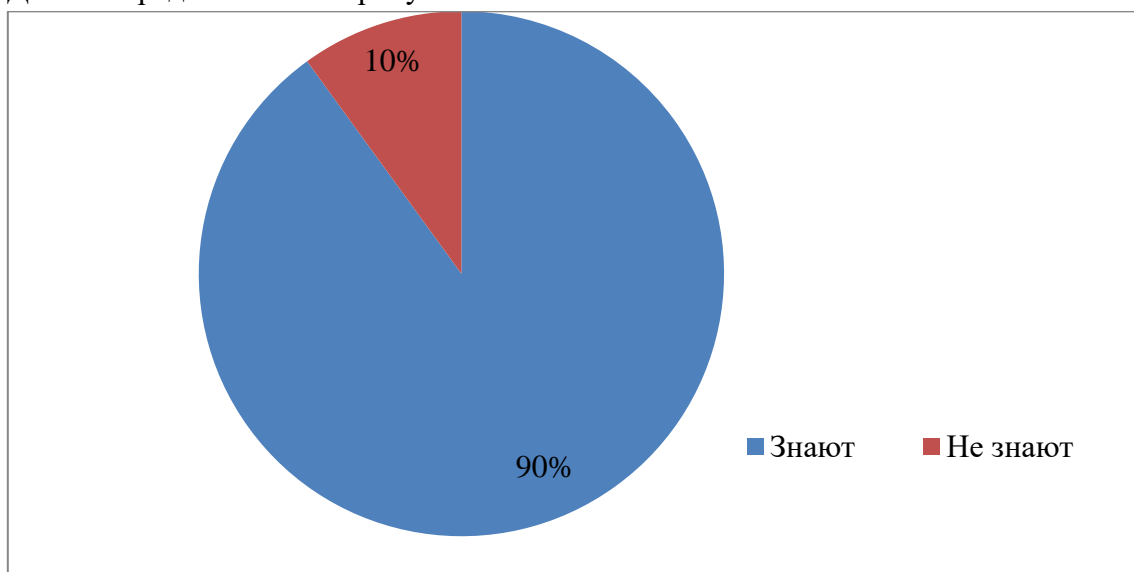


Рис. 18. Информированность респондентов о необходимости ранней постановки на учет по беременности.

На вопрос: «Знаете ли Вы, что регулярное посещение врача способствует своевременному выявлению и исправлению неправильного предлежания плода?» – 28 женщин (93%) ответили положительно и 2 женщины (7%) ответили отрицательно, что представлено на рисунке 19.

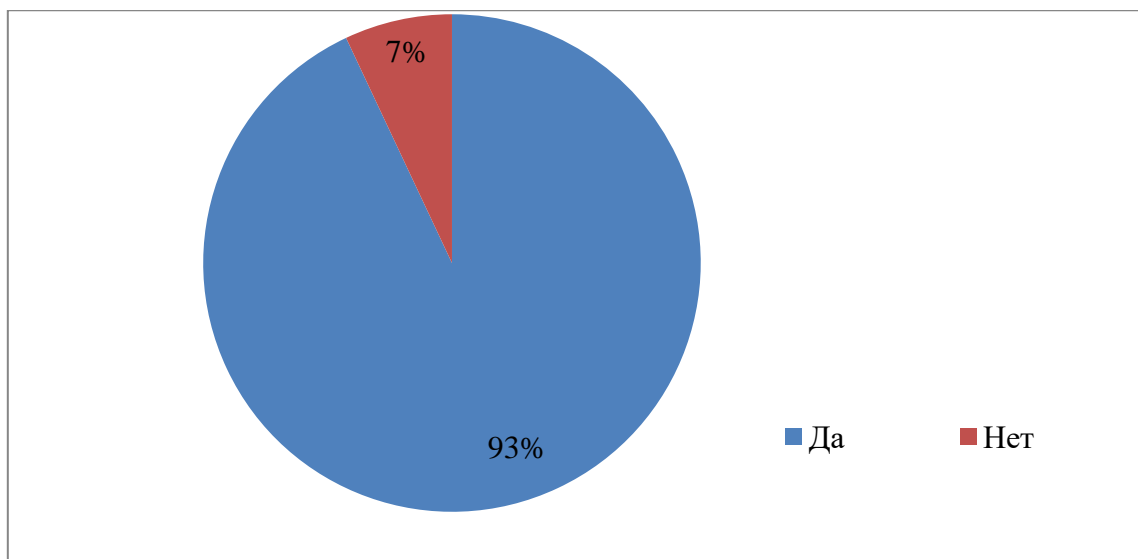


Рис. 19. Информированность респондентов о необходимости регулярного посещения врача.

На вопрос: «Знаете ли Вы, что аборт могут быть фактором риска формирования неправильного предлежания плода?» – 21 респондент (70%) ответили, что знают и 9 респондентов (30%) ответил, что не знает (рис.20).

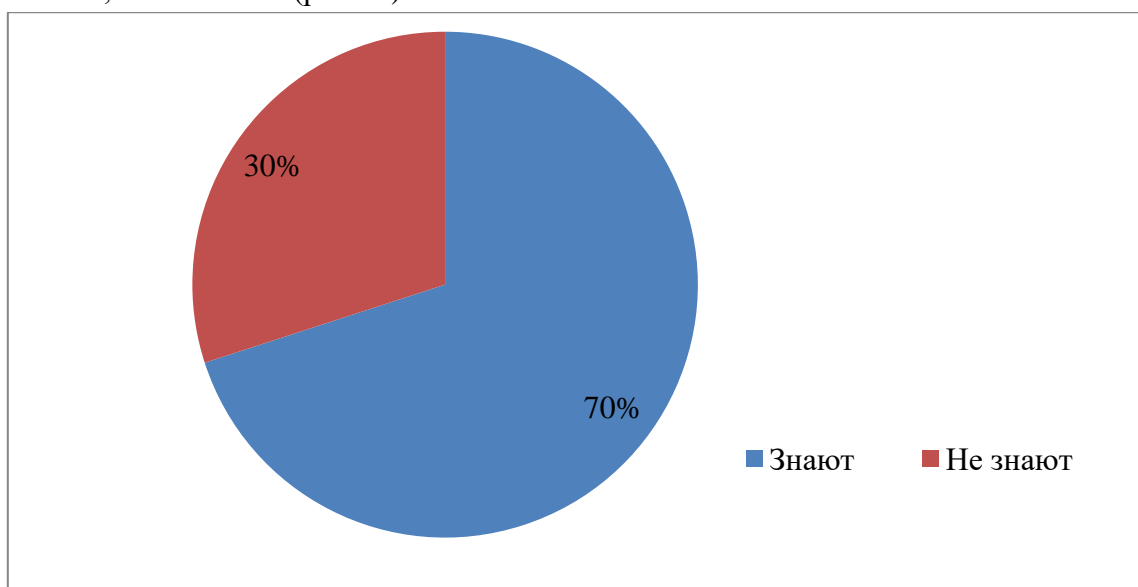


Рис. 20. Информированность респондентов о влиянии абортов на формирование неправильного предлежания плода.

На вопрос: «Знаете ли Вы, что воспалительные процессы половой системы могут быть фактором риска формирования неправильного предлежания плода?» – 22 респондента (73%) ответили, что знают и 8 респондентов (27%) ответили, что не знает (рис.21).

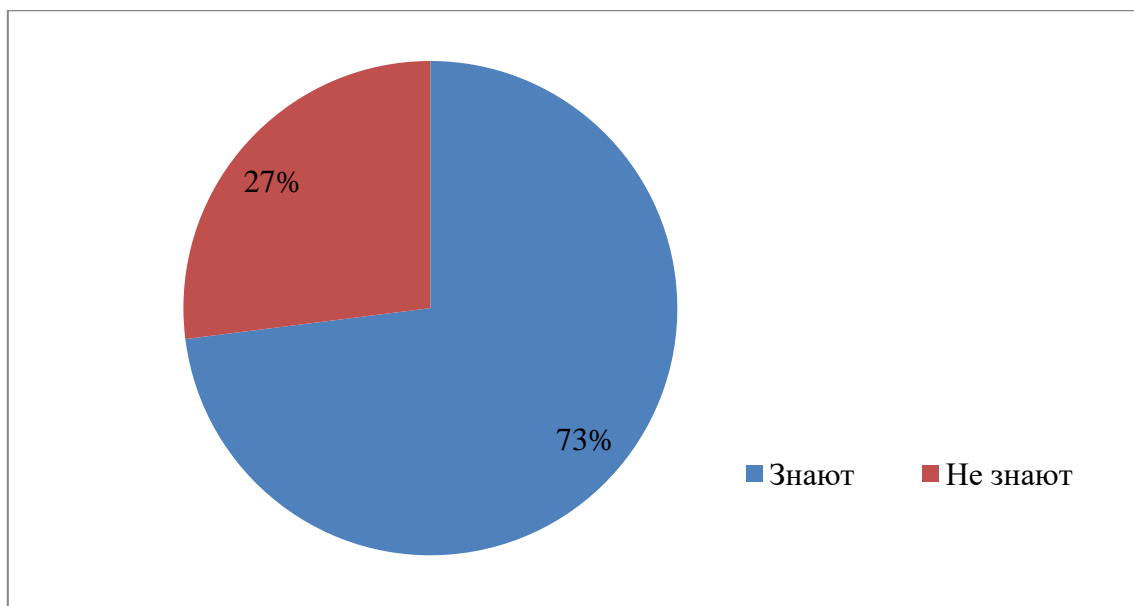


Рис. 21. Информированность респондентов о влиянии инфекций половой системы на формирование неправильного предлежания плода.

На вопрос: «Знаете ли Вы, что опухоли матки способствуют возникновению неправильного предлежания плода?» – 24 беременных (80%) ответили, что знают и 6 беременных (20%) ответили, что не знают (рис.22).

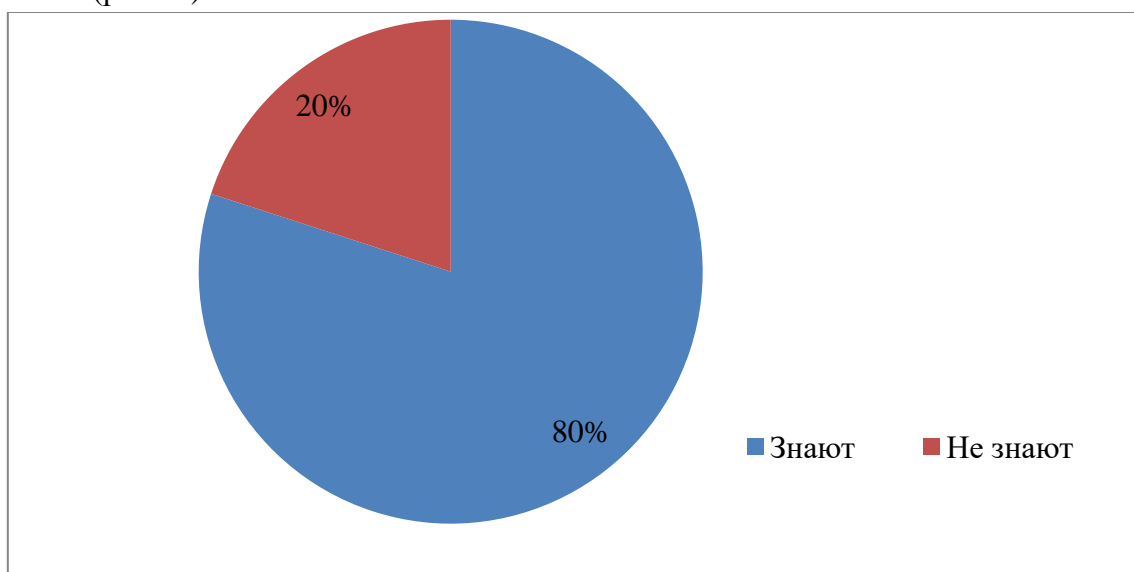


Рис. 22. Информированность респондентов о возникновении неправильного предлежания плода при опухолях матки.

На вопрос: «Знаете ли Вы о методах исправления во время беременности неправильного предлежания плода?» – 18 респондентов (60%) ответили: «Да» и 12 респондентов (40%) ответили: «Нет», что представлено на рисунке 23.

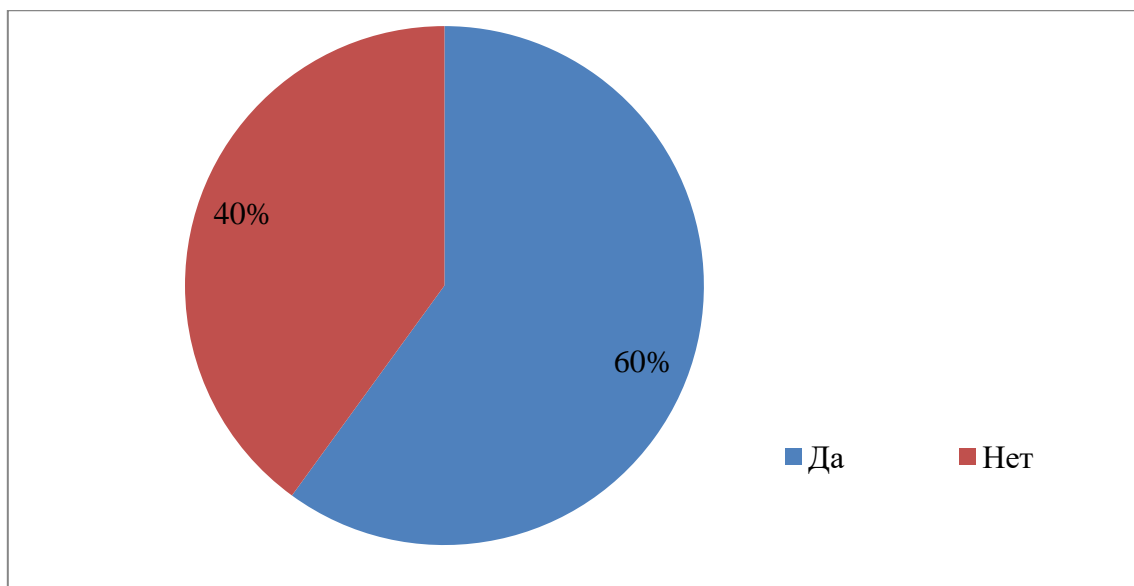


Рис. 23. Информированность респондентов о методах исправления во время беременности неправильного предлежания плода.

2.5.2. Анализ результатов анкетирования

Анкетирование среди беременных из группы риска развития ТП показало, что 70% респондентов были в возрасте с 30 до 40 лет.

Профессия у 70% респондентов связана с эмоциональными нагрузками, что является фактором риска неправильного предлежания плода.

У половины респондентов беременность была не запланированной, и следовательно, им не проводилась прегравидарная подготовка.

90% респондентов хорошо информированы о необходимости ранней постановки на диспансерный учет по беременности, что способствует своевременному выделению беременных в группу риска по неправильному предлежанию плода и проведению профилактических мероприятий.

97% респондентов знают, что регулярное посещение врача способствует своевременному выявлению и исправлению неправильного предлежания плода.

О влиянии абортов и инфекций половой системы на возникновение неправильного предлежания плода информировано большинство респондентов, что составило 70% и 73% соответственно.

80% респондентов информированы, что опухоли матки способствуют возникновению неправильного предлежания плода.

О методах исправления во время беременности неправильного предлежания плода осведомлены 60% женщин.

100% опрошенных женщин удовлетворены деятельностью акушерки, что свидетельствует о её профессионализме.

2.6. Санитарно-просветительная работа акушерки

Санитарное просвещение – раздел профилактической деятельности акушерки, направленный на гигиеническое обучение и воспитание населения с целью его привлечения к активному участию в охране здоровья.

Санитарно-просветительная работа – совокупность образовательных, воспитательных, агитационных и пропагандистских мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний, сохранение и укрепление здоровья, повышения трудоспособности людей, продление их активной жизни. Она является неотъемлемой частью в работе акушерки и может проводиться в виде телепередач, радиопередач, выставок, бесед с населением, издания научно-популярной литературы, статей, листовок, плакатов, санитарных бюллетеней, памяток и так далее.

Санитарно-просветительная работа в лечебно-профилактическом учреждении представляет собой комплекс дифференцированных, целенаправленных санитарно-просветительных мероприятий, предусматривающих гигиеническое воспитание женского населения и органически связанных с деятельностью лечебно-профилактических учреждений.

Акушерка должна предоставлять максимально полную информацию о различных аспектах здоровья, помогать населению в формировании ответственного и позитивного отношения к своему здоровью и здоровью общества в целом.

Для продвижения идей и донесения знаний используются пропагандистские, агитационные, образовательные и воспитательные методы.

Практическое воплощение задач реализуется доступными способами – это печатные материалы, лекции и устное просвещение в условиях женской консультации.

2.6.1. Разработка памятки для беременных «Профилактика тазового предлежания плода»

Для проведения санитарно-просветительной работы с пациентками была разработана памятка «Профилактика тазового предлежания плода», которая представлена в приложении 4.

ВЫВОДЫ

1. Выполненный аналитический обзор нормативной документации, литературных источников и интернет ресурсов по теме исследования показал, что проблема родов при тазовом предлежании плода остается одной из кардинальных проблем в акушерстве.
2. Систематизированы, углублены, расширены и закреплены знания о деятельности акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода, подтверждено освоение вида деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.02 Акушерское дело.
3. Проведенный анализ статистических данных по количеству беременных с тазовым предлежанием плода в Российской Федерации и Краснодарском крае выявил, что данная патология имеет тенденцию к росту.
4. По данным анализа историй родов при тазовом предлежании плода определены основные факторы риска патологии: медицинские аборты, воспалительные заболевания матки, маловодие и многоводие.
5. Разработанный и реализованный план деятельности акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода на клиническом примере, был одобрен врачом акушером и способствовал благополучному родоразрешению.
6. Анкетирование пациенток о мерах профилактики тазовых предлежаний показало удовлетворительную их осведомлённость.
7. Разработанная памятка «Профилактика тазового предлежания плода» использована в качестве раздаточного материала среди пациенток для проведения санитарно-просветительской работы акушерки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аналитический обзор нормативной документации, литературных источников и интернет ресурсов по теме исследования показал, что ведение родов при тазовом предлежании плода остается актуальной проблемой современного акушерства. Предупреждение этой патологии способствует снижению перинатальной смертности и возникновению серьезных осложнений.

Систематизированы, углублены, расширены и закреплены знания о деятельности акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода, подтверждено освоение вида деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.02 Акушерское дело.

Цель и задачи исследования выполнены.

Подтверждена практическая значимость дипломной работы. Данное исследование позволило расширить, углубить и систематизировать знания об особенностях работы акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода.

Подтверждено освоение видов деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.02. Акушерское дело.

Разработан и выполнен план действий акушерки при ведении родов при тазовом предлежании плода на примере конкретного клинического случая, который был одобрен врачом акушером, способствовал благополучному родоразрешению.

Разработана памятка «Профилактика тазового предлежания плода» для проведения санитарно-просветительной работы с пациентками.

Полученные материалы могут быть использованы в учебном процессе медицинского колледжа при изучении ПМ 02. МДК 02.02 «Медицинская помощь пациентам в период беременности, родов, послеродовый период» для специальности 31.02.02 Акушерское дело.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
2. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»: приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н.
3. Акушерство: Национальное руководство / Г.М. Савельева [и др.]. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2020. – 1088 с.
4. Акушерство /Под редакцией Г.М. Савельевой. – М.: Медицина, 2020. – 816 с.
5. Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. – 10–е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР–Медиа, 2020. – 704 с.
6. Бекманн Ч.Р. Акушерство и гинекология / Ч.Р. Бекманн. – М.: Медицинская литература, 2020 – 260 с.
7. Бодяжина В. И. Акушерство / В.И. Бодяжина, И.Б. Семенченко. – М.: Феникс, 2021. – 480 с.
8. Дементьев А.С. Акушерство и гинекология. Стандарты медицинской помощи / А.С. Дементьев. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2021. – 316 с.
9. Здравоохранение в России. Статистический сборник. М. – 2024.–171 с.
10. Ильин А. А. Акушерство и гинекология: конспект лекций / А.А. Ильин. – М.: Научная книга, 2022. – 546 с.
11. Капительный В.А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом / В.А. Капительный. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2021. – 342 с.
12. Клинические ситуации по акушерству и гинекологии: тазовое предлежание плода//Справочник фельдшера и акушерки. – 2021. –№7. –С. 35–36.
13. Кретьева Н. Е. Акушерство и гинекология / Н.Е. Кретьева, Л.М. Смирнова. – СПб. [и др.]: Питер, 2020. – 320 с.
14. Линева О. И. Акушерство / О.И. Линева, О.В. Сивочалова, Л.В. Гаврилова. – М.: Академия, 2021. – 272 с.
15. Натан Лорен. Акушерство и гинекология. В 2 томах. Том 1. Акушерство / Лорен Натан. – М.: МЕДпресс–информ, 2021. – 776 с.
16. Радзинский В.Е. Акушерство: учебник /В.Е. Радзинский, А.М. Фукс. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2020. – 1034 с.
17. Радзинский В.Е. Акушерство: учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений / В.Е. Радзинский. – М., ГЭОТАР–Медиа, 2022. – 700 с.
18. Славянова И.К. Акушерство и гинекология: учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования / И.К. Славянова. – Изд. 4-е. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2021. – 573 с.
19. Смирнова Л. М. Акушерство и гинекология / Л.М. Смирнова, Р.А. Саидова, С.Г. Брагинская. – М.: Медицина, 2020. – 435 с.
20. Стрижаков А. В. Акушерство: учебник / А. В. Стрижаков. – М., ГЭОТАР–Медиа, 2020. – 960 с.
21. Тазовое предлежание плода. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации (год утверждения 2024).

Пособие по Цовьянову 1



Прием Морисо-Левре-Лашапель



Анкета

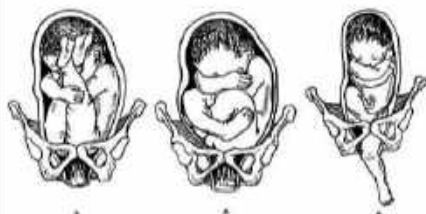
1. Возраст.
2. Профессия.
3. «Была ли Ваша беременность запланированной?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
4. «Знаете ли Вы о необходимости ранней постановки на учет по беременности?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
5. «Знаете ли Вы, что регулярное посещение врача способствует своевременному выявлению и исправлению неправильного предлежания плода?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
6. «Знаете ли Вы, что опухоли матки способствуют возникновению неправильного предлежания плода?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
7. «Знаете ли Вы, что аборты могут быть фактором риска формирования неправильного предлежания плода?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
8. «Знаете ли Вы, что воспалительные процессы половой системы могут быть фактором риска формирования неправильного предлежания плода?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
9. «Знаете ли Вы о методах исправления во время беременности неправильного предлежания плода?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
10. «Удовлетворены ли Вы деятельностью акушерки?» - «удовлетворены в полном объеме», «удовлетворены не в полном объеме», «не удовлетворены» (нужное подчеркнуть).

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРОФИЛАКТИКА ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ

Тазовое предлежание плода Основные причины:

- Недоношенность
- Повышенная подвижность плода
 - Повторные роды, многоплодные беременности
 - 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



ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

У детей, рожденных в тазовом предлежании, нередко определяются:

- интратрактовые травмы,
- энцефалопатия,
- травмы и отслоения,
- дисплазия тазобедренных суставов.

При выявлении асфиксии плода или аспирации околоплодных вод требуются соответствующие реанимационные мероприятия.

Новорожденные в ранний неонатальный период подлежат тщательному обследованию неврологу.

К типичным для тазового предлежания плода родовым травмам у женщин относятся:

- разрыв промежности, шейки матки,
- вагинальный и вульварный,
- повреждения костей таза

Как делают наружный акушерский поворот



Профилактическое направление предусматривает тщательное обследование и коррекцию нарушений у женщины, планирующих беременность: выявление беременных групп риска по развитию тазового предлежания плода и проведение своевременной и адекватной подготовки к родам, заблаговременный выбор тактики родов и их ведения с подкрепленным контролем акушера-гинеколога.

Тазовое предлежание плода — это ситуация, когда плод головкой располагается у дна матки, а у малого таза матери находится его ягодички и/или ножки.

Обычно это состояние считается нормальным до 32-х недель, после этого срока тазовое предлежание относят к патологиям.

Тазовое предлежание может быть двух основных типов:

- Ягодичное. Во время родов первыми появляются ягодички младенца. При этом его ножки располагаются вдоль туловища и расправлены в коленках.
- Ножное. При ножном положении первыми из родовых путей показываются ножки, а затем —

Рекомендации для будущей мамы

1. Регулярно посещать акушера-гинеколога.
2. Выполнять рекомендации врача по режиму, питанию, приёму лекарств, госпитализации. Это поможет сохранить физиологическое течение беременности.
3. Посещать специальные занятия для будущих матерей («Школа матерей»).
4. Заблаговременно выбрать роддом и при возможности заранее поступить в отделение патологии беременности (до начала родов).
5. Спать на боку с подушкой между ног. Это даст ребёнку больше места для физиологического поворота.
6. Заниматься плаванием. В воде мышцы матки расслабляются, а её объём увеличивается, в результате у ребёнка появится больше пространства для поворота.

