

**УДК 612.63**

**ББК 57.16**

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ**

Марахина С.А., Егорова Н.А.

МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский  
институт высшего сестринского образования»  
Краснодар, Россия

Многочисленные осложнения у плода и матери при родах с тазовыми предлежаниями всегда являлись поводом для дискуссий о тактике ведения беременности и родоразрешения женщин с данной патологией. Ведение беременных с тазовым предлежанием плода - важная и сложная акушерская проблема. Частота тазовых предлежаний варьирует в пределах от 2,7% до 5,4%. Перинатальная смертность в 4—5 раз выше, чем при головных предлежаниях.

Роды при тазовых предлежаниях относят к патологическим, так как сопровождаются рядом осложнений:

- околоплодные воды часто отходят преждевременно из-за отсутствия пояса соприкосновения;
- нередко возникает выпадение пуповины, приводящее к гипоксии и гибели плода;
- затяжной характер родовой деятельности;
- запрокидывание ручек или разгибание головки, нередко приводящее к гибели плода;
- сдавление пуповины, особенно при ножном предлежании, что также может привести к тяжёлой асфиксии и гибели плода;
- спазм маточного зева с ущемлением туловища или шеи плода.

Исходя из выше изложенного, расширились показания к операции кесарева сечения, которое осуществляется в 50 - 70% случаев и более.

Поэтому очень важным в деятельности акушерки является своевременная диагностика тазового предлежания плода, проведение мероприятий по исправлению неправильного предлежания плода при отсутствии противопоказаний, ранняя дородовая госпитализация в акушерский стационар и адекватное родоразрешение.

Ведение беременных женщин с тазовым предлежанием наряду с соблюдением традиционных принципов оптимальной диспансеризации имеет ряд особенностей. Женщина приходит на прием 1 раз в неделю, при необходимости - чаще. Заслуживают внимания и рекомендуются с целью перевода тазовых предлежаний в головные различные комплексы гимнастических упражнений. Обучение проводит акушерка. Беременные женщины с тазовыми предлежаниями плода должны быть заблаговременно госпитализированы для родоразрешения (за 10 - 15 дней). Им показаны во время беременности более частые кардиомониторные, гистерокардиографические, ультразвуковые и другие исследования по пренатальной оценке состояния плода.

Ведение родов при тазовых предлежаниях осуществляется согласно приказу №572н. При этом учитываются все данные обследования беременной (состояние женщины и плода), на основании которых принимается решение о ведении родов через естественные родовые пути или о родоразрешении операцией кесарево сечение в плановом порядке.

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

Цель работы - изучить особенности течения и ведения беременности и родов при тазовом предлежании.

Задачи исследования:

- проанализировать теоретические источники причин, диагностики, течения и ведения беременности и родов при тазовом предлежании плода;

- провести эмпирическое исследование и выявить особенности течения и ведения беременности и родов при тазовом предлежании на практике.

Объект исследования - беременная с тазовым предлежанием плода.

Предмет исследования - особенности течения и ведения беременности и родов при тазовом предлежании.

Методы исследования: статистический, аналитический.

База исследования: ГБУЗ «ККБ №2» (Перинатальный центр) г. Краснодара.

Гипотеза исследования: знание акушеркой особенностей ведения беременности и родов при тазовом предлежании позволит снизить риск осложнений и сохранить здоровье матери и плода.

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования результатов теоретического и эмпирического исследований в практической деятельности акушерки для профилактики осложнений при данной патологии в условиях лечебного учреждения.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ ККБ № 2 (Перинатальный центр), где было проанализировано 20 историй родов беременных с тазовым предлежанием плода.

Анализ репродуктивной функции респондентов выявил, что 5 женщин - первородящие (25%) и 15 женщин - повторнородящие (75%).

По возрасту женщины распределились следующим образом: от 20 до 25 лет - 4 женщины (20%) и от 26 до 33 лет – 16 женщин (80%).

У 10 женщин (50%) было чисто ягодичное предлежание плода, у 5 (25%) - смешанное ягодичное, у остальных 5 женщин (25%) - ножное.

У 8 женщин (40%) предрасполагающим фактором риска возникновения тазового предлежания выявлено многоводие, у 2-х (10%) – седловидная матка, у 4 женщин (20%) – рубец на матке, у 2-х (10%) – узкий таз и у остальных 4-х (20%) – маловодие.

У 15-ти женщин (75%) во время беременности проводилась корригирующая гимнастика по исправлению неправильного предлежания

плода (по Диканю). У 5-ти беременных (25%) ЛФК не проводилась, так как были противопоказания (угроза невынашивания, рубец на матке).

Все беременные были заблаговременно госпитализированы в акушерский стационар для оценки акушерской ситуации и решения вопроса о способе родоразрешения: 8 женщин (40%) в 37 недель; 8 женщин (40%) в 38 недель; 4 женщины (20%) в 39 недель.

10 беременных (50%) родоразрешились самостоятельно. Им было оказано пособие по Цовьянову I (чисто ягодичное предлежание), которое оказывал врач; 10 беременных (50%) родоразрешились в плановом порядке операцией кесарево сечение.

Показанием к операции кесарева сечения была сопутствующая акушерская патология: рубец на матке у 4 женщин (40%), узкий таз у 2 женщин (20%) и крупный плод весом более 3500 г у 4 женщин (40%).

При ведении самостоятельных родов для профилактики раннего отхождения околоплодных вод у 10-ти беременных в I периоде соблюдался постельный режим на боку, а также тщательно контролировалось состояние плода и осуществлялся контроль родовой деятельности (подсчет схваток, КТГ); проводилась профилактика гипоксии плода в родах.

Во II периоде контролировалось сердцебиение плода и родовая деятельность. Врач оказывал пособие по Цовьянову I (сохранение нормального членорасположения плода), так как было чисто ягодичное предлежание. Для ускорения родоразрешения проводилась эпизиотомия, в/в капельное введение раствора окситоцина в начале II периода. Для предупреждения спазма маточного зева после пререзывания ягодиц вводили спазмолитик (2 мл 2% раствора но-шпы). Проводилась профилактика кровотечения в родах.

III период родов протекал без осложнений. В раннем послеродовом периоде был проведен осмотр мягких родовых путей и ушивание эпизиотомной раны. В послеродовом периоде роженицам проводилась

обработка швов (2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени). Швы с промежности сняли на 5-е сутки, осложнений не было.

Родильницы после самостоятельных родов были выписаны вместе с ребенком на 5-е сутки, родильницы после кесарева сечения выписаны на 7 сутки в удовлетворительном состоянии под дальнейшее наблюдение в женской консультации.

В ходе проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1. Среди беременных с тазовым предлежанием преобладают повторнобеременные женщины, что составило 75% в возрасте старше 25 лет.
2. Чаще встречалось чисто ягодичное предлежание - в 50 % случаях.
3. Среди причин тазовых предлежаний были выявлены многоводие, маловодие, седловидная матка, узкий таз, рубец на матке.
4. У 75% беременных проводилась корригирующая гимнастика по Диканю.
5. У всех беременных с тазовым предлежанием была ранняя дородовая госпитализация в акушерский стационар в 37-39 недель.
6. В 50% случаях родоразрешение проводилось операцией кесарево сечение, так как была сопутствующая акушерская патология: рубец на матке, узкий таз, крупный плод.

Таким образом, выявлены следующие особенности ведения беременности и родов при тазовом предлежании плода:

- необходимо регулярное наблюдение за беременной в женской консультации (кардиомониторные, гистерокардиографические, ультразвуковые и другие исследования по пренатальной оценке состояния плода);
- проведение для исправления неправильного предлежания плода корригирующей гимнастики при отсутствии противопоказаний в сроки с 30 по 35 нед;
- ранняя дородовая госпитализация в акушерский стационар для обследования и решения вопроса о способе родоразрешения;

- в I периоде родов мониторинговое наблюдение, постельный режим на боку, соответствующий позиции плода, профилактика гипоксии плода, контроль родовой деятельности;

- во II периоде применяются пособия по Цовьянову, классическое ручное пособие для выведения ручек, прием Морисо-Левре для быстрого выведения головки плода; в/в капельно используется раствор окситоцина (в начале II периода), при прорезывании головки - спазмолитики, проводится эпизиотомия, профилактика кровотечения.

Таким образом, выявлены следующие особенности ведения беременности и родов при тазовом предлежании плода:

1. Регулярное наблюдение за беременной в женской консультации (кардиомониторные, гистерокардиографические, ультразвуковые и другие исследования по пренатальной оценке состояния плода).
2. Проведение для исправления неправильного предлежания плода корригирующей гимнастики при отсутствии противопоказаний в сроки с 30 по 35 нед.
3. Ранняя дородовая госпитализация в акушерский стационар для обследования и решения вопроса о способе родоразрешения.
4. В I периоде родов мониторинговое наблюдение, постельный режим на боку, соответствующему позиции плода, профилактика гипоксии плода, контроль родовой деятельности; во II периоде применяются пособия по Цовьянову, классическое ручное пособие для выведения ручек, прием Морисо-Левре для быстрого выведения головки плода; в/в капельно используется раствор окситоцина (в начале II периода), при прорезывании головки - спазмолитики, проводится эпизиотомия, профилактика кровотечения.

Список литературы:

1. Алехин, М.Н. Беременность и роды высокого риска / М.Н. Алехин, О.Ю. Халева, Б.А. Сидоренко // Акушерство, 2012. — № 11.-С. 9-13.

2. Алехин, М.Н. Современные подходы к беременности с группой риска / М.Н. Алехин, Б.А. Сидоренко // Акушерство, - 2009. - № 7. - С. 4-12.
3. Аронов, Д.М. Беременность и роды / ДМ. Аронов. - М.: Медицина, 2014. - 68 с.
4. Аронов, Д.М. Осложнения при беременности / Д.М. Аронов // Акушерство. - 2009. - № 3. - С. 74-82.
5. Бокерия, Л.А. Акушерство / Л.А. Бокерия, Ю.И. Бузиашвили. - М.: Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2009. - 156 с.
6. Погосова, Г.В. Справочник для беременных / Г.В. Погосова // Акушерство. - 2012. - № 4. - С. 86-90.
7. Радзевич, А.Э. Беременность и роды / А.Э. Радзевич, А.С. Сметнев, В.В. Попов и др. // Акушерство. - 2011. - № 6. - С. 99-104.
8. Седов, В.П. Беременность / В.П. Седов, М.Н. Алехин, Н.В. Корнеев.- М.: ЗАО «Наука», 2010. -152 с.