

**Разгибательные
предлежания головки плода.
Патологическое вставление
головки плода. Неправильное
положение плода**

Выполнила:
студентка л2 – с – о – 155В
2-го медицинского
факультета
Шабаета Э.Р.

Разгибательные предлежания головки плода

- Встречаются в 0,5-1% родов.
- Головка во вход в таз вставляется разогнутой.
- Различают 3 варианта разгибания: переднеголовное, лобное и лицевое. Вариант разгибательного предлежания определяется ведущей точкой и размером, которым головка проходит все плоскости таза.



Варианты разгибательного предлежания	Ведущая точка	Наибольший размер головки	диаметр, см	окружность, см
Переднеголовное	большой родничок	прямой	12	34-35
Лобное	надпереносье (<i>glabella</i>)	большой косой	13,5	41-42
Лицевое	подбородок	вертикальный	9,5	32

ПЕРЕДНЕГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

- **Диагностика** осуществляется при влагалищном исследовании с начала вставления головки во вход в таз. В первом периоде родов при раскрытии шейки матки на 2 см и более можно выявить, что стреловидный (сагиттальный) шов располагается чаще в поперечном или слегка косом размере, а роднички, большой и малый, находятся на одном уровне. Если стреловидный шов расположен в косом размере, то большой родничок находится спереди. Нередко выявляется определенный асинклитизм - первой вступает во вход в таз теменная кость, обращенная кпереди, а стреловидный шов отклоняется кзади.
- Если роды происходят через естественные родовые пути, то форма головки может подтвердить данный вариант предлежания - головка имеет брахиоцефалическую форму.

- **Механизм родов.** Первый момент родов - умеренное разгибание головки происходит во входе в таз. Вторым моментом родов - внутренний поворот головки осуществляется в широкой части полости малого таза с образованием заднего вида. Поворот заканчивается в полости выхода таза, стреловидный шов устанавливается в прямой размер. После этого начинается третий момент родов - сгибание головки после образования точки фиксации - область надпереносья подходит под нижний край лона, из-за промежужности рождаются теменные бугры. Затылок образует вторую точку фиксации, упираясь в копчик. Разгибание головки происходит после образования второй точки фиксации - четвертый момент родов. Из-под лона рождается лицевая часть. Пятый момент родов - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки, совершается так же, как и при затылочном предлежании.

- 
- **Течение и ведение родов.** Из-за отсутствия пояса прилегания нередко происходит дородовое излитие околоплодных вод. Затяжное течение первого и второго периодов родов может приводить к гипоксии и травматизации плода.
 - Переднеголовное предлежание требует индивидуального подхода к выбору способа родоразрешения. Следует тщательно оценить соотношение размеров таза и головки. При сомнении в их соразмерности следует произвести кесарево сечение, особенно если при полном открытии шейки матки появляется тенденция к образованию переднего вида или продвижение головки отсутствует. Кесарево сечение показано также при перенашивании. В случае слабой родовой деятельности или гипоксии плода при расположении головки в узкой части полости малого таза показана вакуум-экстракция, а при расположении в выходе таза - эпизиотомия.


ЛОБНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

- Лобное предлежание встречается очень редко (0,021-0,026%). Большой сегмент головки при лобном предлежании проходит через большой косой размер (13,5 см), который является наибольшим при разгибательных предлежаниях. Лобное предлежание (II степень разгибания) нередко является переходным состоянием от переднеголового в лицевое.
- Диагностика лобного предлежания наружными приемами затруднительна. Можно лишь предполагать лобное предлежание по высокому стоянию дна матки и углу между затылком и спинкой плода. Сердцебиение плода лучше выслушивается со стороны грудной клетки, а не спинки. При влагалищном исследовании определяется лобная часть головки плода: пальпируется лобный шов, который заканчивается с одной стороны переносицей (определяются также надбровные дуги и глазницы), с другой -
- большим родничком.
- После рождения по конфигурации головки можно подтвердить лобное вставление. Родовая опухоль, расположенная в области лба, придает головке своеобразный вид пирамиды или башни

- 
- **Механизм родов.** *Первый момент родов - разгибание в плоскости входа в малый таз.* Лобный шов располагается, как правило, в поперечном размере. Ведущей точкой являются лобные кости, на которых в процессе родов образуется выраженная родовая опухоль. По мере дальнейшего продвижения головки начинается *второй момент родов - внутренний поворот головки*, который заканчивается в плоскости выхода. При этом плод поворачивается спинкой кзади, лобный шов располагается в прямом размере. *Третий момент родов - сгибание головки.* Верхняя челюсть прижимается к нижнему краю лонного сочленения, образуя первую точку фиксации. Происходит сгибание, головки и рождению темя и затылка плода. *Четвертый момент - разгибание головки* - начинается после образования второй точки фиксации - подзатылочной ямки, упирающейся в вершину копчика. Вокруг этой точки фиксации происходит разгибание головки, в результате чего головка рождается полностью. *Пятый момент - внутренний поворот плечиков* (и наружный поворот головки) происходит так же, как и при других вариантах головного предлежания.



- разгибание головки;
- внутренний поворот головки;
- сгибание головки

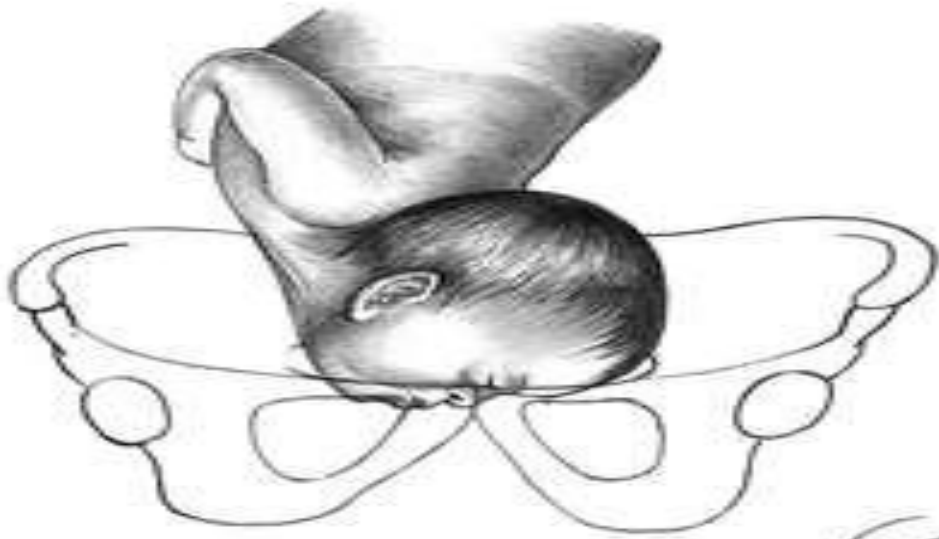
- 
- **Течение и ведение родов.** При лобном предлежании нередко происходит несвоевременное излитие околоплодных вод ввиду отсутствия внутреннего пояса прилегания.
 - Роды при лобном предлежании могут произойти в заднем виде только при очень малых размерах плода и больших размерах таза. Роды также возможны, если лобное предлежание во входе в таз переходит в лицевое. При нормальных размерах таза и средней величине плода роды через естественные родовые пути невозможны, следует произвести кесарево сечение. Промедление с операцией может привести к разрыву матки из-за возникающего клинически узкого таза. В случае гибели плода во время родов показана перфорация головки.

ЛИЦЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

- Лицевое предлежание, как правило, возникает в процессе родов и является результатом максимального разгибания головки. Из всех разгибательных предлежаний лицевое (III степень разгибания) является самым благоприятным, так как большой сегмент проходит через вертикальный размер, равный 9,5 см. Ведущей точкой является подбородок. При опухолях шеи, многократном обвитии пуповины лицевое предлежание образуется во время беременности. Лицевое предлежание может образовываться из лобного при увеличении разгибания во время родов.

- 
- **Диагностика.** Лицевое предлежание можно заподозрить при проведении четвертого приема наружного акушерского обследования, когда головка расположена в плоскости входа в таз. Между стенкой и затылком определяется выраженное углубление, а с противоположной стороны может пальпироваться острая выступающая часть - подбородок.
 - Сердцебиение плода лучше прослушивается со стороны грудки. При УЗИ четко видно разгибательное предлежание.
 - При влагалищном исследовании и раскрытии шейки матки на 2-3 см определяются подбородок, рот, нос, надбровные дуги. Иногда лицевое предлежание дифференцируют с чисто ягодичным, когда анус принимают за рот, а копчик, седалищные бугры - за лицевые кости. При лицевом предлежании, так же как и при тазовом, исследование должно быть осторожным, так как при лицевом предлежании можно повредить глаза, а при тазовом - половые органы плода.
 - Позицию и вид плода легче определять по подбородку, который направлен в противоположную спинке сторону. Если подбородок определяется слева и спереди, то у плода задний вид, вторая позиция.

- 
- **Механизм родов.** *Первый момент* - максимальное разгибание головки - происходит в плоскости входа в малый таз. В результате ведущей точкой становится подбородок. Лицевая линия, проходящая через лобный шов и нос, устанавливается в одном из косых размеров таза или в поперечном. При лицевом предлежании головка идет самым малым размером (9,5 см) из всех разгибательных предлежаний. *Второй момент* - *внутренний поворот головки*, который начинается при переходе в широкую часть плоскости таза с образованием заднего вида. Только при рождении в заднем виде затылок может размещаться в крестцовой впадине. В переднем виде роды невозможны! Внутренний поворот заканчивается в плоскости выхода из таза. *Третий момент механизма родов при заднем виде лицевого предлежания* - *сгибание головки* происходит после образования точки фиксации - подъязычная кость находится под лоном. Сначала из половой щели появляются отечные подбородок и губы, а затем рождается затылочная часть. *Четвертый момент* - *внутренний поворот плечиков* (и наружный поворот головки) происходит так же, как и при других видах головных предлежаний.

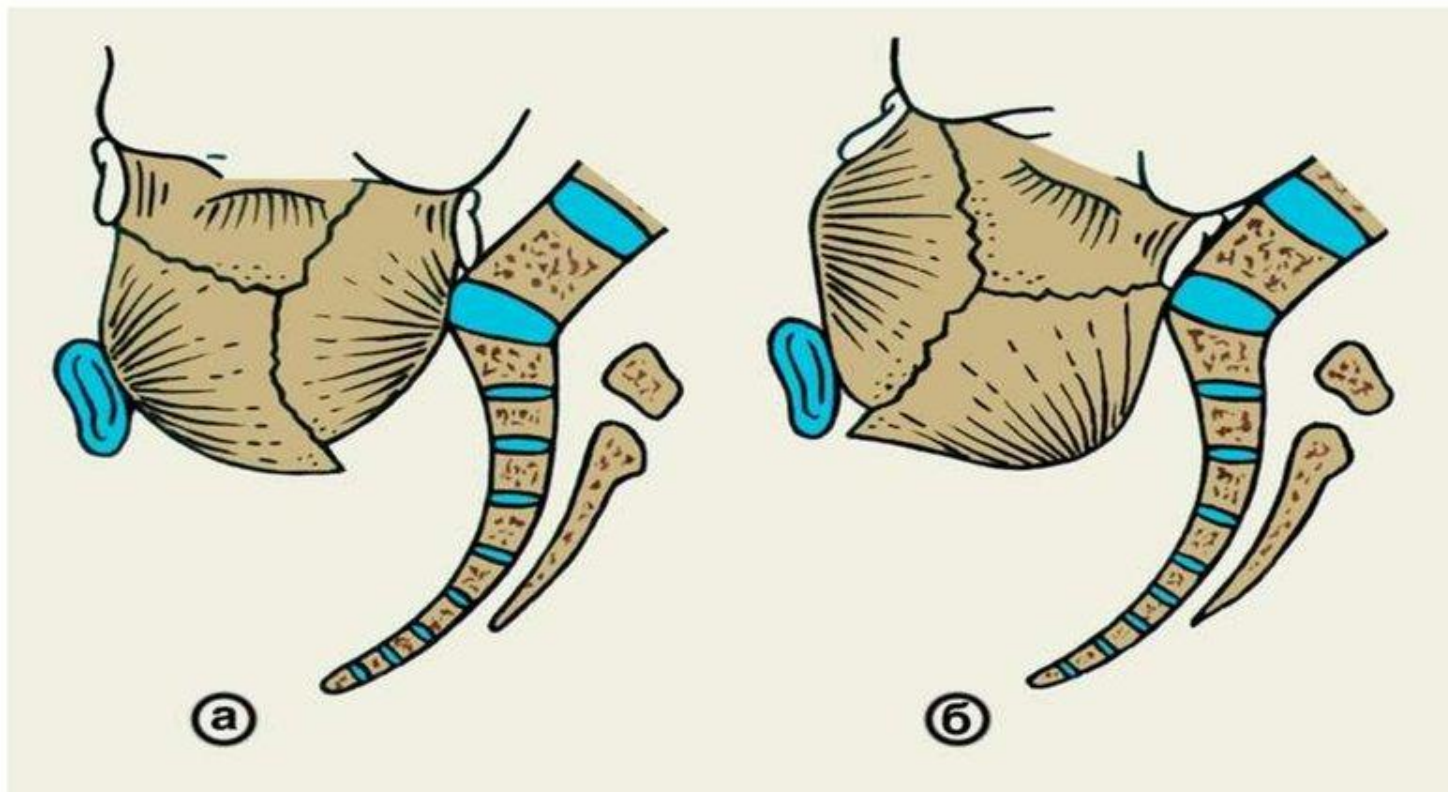


- 
- **Течение и ведение родов.** Роды нередко осложняются преждевременным излитием околоплодных вод (отсутствие пояса прилегания) и становятся затяжными. При нормальных размерах таза и средних размерах плода роды заканчиваются для плода благоприятно, но протекают более длительно, чем при затылочном предлежании, так как для максимального разгибания требуется больше времени, чем для сгибания. Разрывы промежности встречаются чаще, чем при затылочном предлежании, так как затылочная часть головки не конфигурируется.
 - Ведение родов при лицевом предлежании при нормальном тазе и некрупном плоде должно быть выжидательным. Необходимо постоянно следить за родовой деятельностью и сердцебиением плода.
 - В первом периоде родов обязательно тщательное наблюдение за сохранением заднего вида, так как в случае возникновения переднего вида роды через естественные пути невозможны и необходимо произвести кесарево сечение.
 - Кесарево сечение показано также при появлении признаков клинически узкого таза, гипоксии плода, слабости родовой деятельности, выпадении пуповины.
 - При родах через естественные родовые пути и угрозе разрыва промежности производится эпизиотомия.


Патологическое вставление головки плода

- В начале нормальных родов головка устанавливается над входом в таз или вставляется во вход таким образом, что стреловидный шов, совпадая с проводной линией таза, располагается во входе на одинаковом расстоянии от лона и мыса, что благоприятствует ее прохождению по родовому каналу. В большинстве случаев головка вставляется во вход таким образом, что передняя теменная кость оказывается глубже задней (стреловидный шов находится ближе к мысу) – асинклитическое вставление. Слабо и умеренно выраженный передний асинклитизм благоприятствуют прохождению головки по недостаточно просторному для нее родовому каналу.
- Иногда асинклитизм бывает выражен настолько, что препятствует дальнейшему продвижению головки по родовому каналу - патологический асинклитизм.

Асинклитизм - это внеосевое вставление головки во входе в таз, при котором стреловидный шов отклоняется от проводной оси таза



а — передний асинклитизм;
б — задний асинклитизм

- 
- а) **передний (асинклитизм Негеле)** - стреловидный шов приближен к крестцу, и передняя теменная кость опускается первой в плоскость входа малого таза, на ней расположена ведущая точка
 - б) **задний (асинклитизм Литцмана)** - первой в таз опускается задняя теменная кость, стреловидный шов отклонен кпереди к лону
 - Причины: расслабленное состояние брюшной стенки, расслабленное состояние нижнего сегмента матки, размеры головки плода и состояние таза роженицы (его сужение и особенно уплощение - плоский таз, а также степень угла наклона таза).
 - **Диагностика:** стреловидный шов отклонен от оси таза в сторону симфиза или крестца и устойчиво сохраняет такое положение.

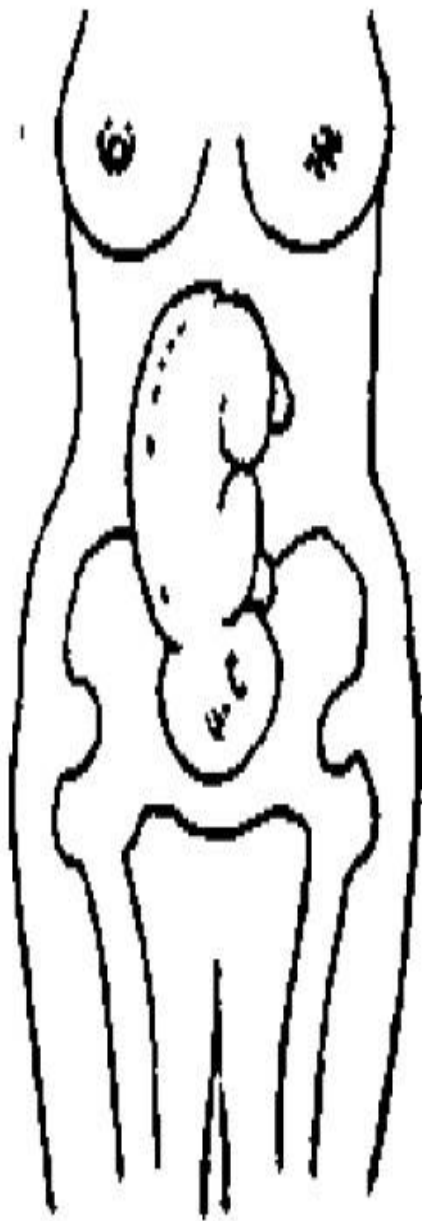
- **Прогноз родов при переднем асинклитизме** благоприятен в случае нерезко выраженного несоответствия между размерами таза роженицы и головки плода. Головка подвергается сильной конфигурации, приобретая косую форму с явлениями вдавливания в костях черепа. Под влиянием сильной родовой деятельности предлежащая теменная кость все глубже внедряется в таз и только после этого опускается другая теменная кость, задержавшаяся у мыса.
- **Задний асинклитизм** чаще является следствием родов при общесуженном плоском и плоскорахитическом тазах. Первой вставляется заднетеменная кость в поперечном размере. При боковом сгибании головки плода стреловидный шов отклоняется к симфизу. Головка вставляется в состоянии легкого разгибания.
- Выраженная степень переднего и особенно заднего асинклитизма является показанием к кесареву сечению.

- **1. Высокое прямое стояние стреловидного шва** – состояние, плод в начале родов обращен спинкой прямо кпереди (передний вид) или кзади (задний вид), а головка его стоит стреловидным швом над прямым размером входа в малый таз.
- **Этиология:** нарушение соотношений между головой и тазом (узкий таз, широкий таз), недоношенность плода (малые размеры его головки), изменения формы его головки (широкий плоский череп) и формы таза (круглая форма входа малого таза при поперечном его сужении).
- Роды возможны при определенных условиях: плод не должен быть крупным, головка его хорошо конфигурировать, таз матери нормальных размеров, родовая деятельность достаточной силы. Головка плода продвигается по родовому каналу в прямом размере всех плоскостей малого таза, не совершая внутренний поворот. Роды затяжные.
- **Осложнения:** слабость родовой деятельности, затруднение в продвижении головки, сдавление мягких тканей родовых путей, гипоксия плода, внутричерепная травма плода.
- Родоразрешение: при переднем виде – самостоятельные роды; при заднем – самостоятельные роды редко, чаще кесарево сечение, акушерские щипцы, краниотомия.

- **2. Низкое поперечное стояние стреловидного шва** - патология родов, характеризующаяся стоянием головки стреловидным швом в поперечном размере выхода таза, при котором не происходит внутренний поворот головки.
- **Этиология:** сужение таза (плоские тазы, особенно, плоскорохитический), маленькие размеры головки плода, сниженный тонус мышц тазового дна.
- **Осложнения:** сдавление и омертвление мягких тканей родовых путей и мочевого пузыря, восходящая инфекция, разрыв матки, гипоксия плода.
- **Родоразрешение:** при активной родовой деятельности роды заканчиваются самопроизвольно, в противном случае прибегают к кесареву сечению, наложению акушерских щипцов, краниотомии.

Неправильное положение плода

- **Неправильное положение плода** - клиническая ситуация, при которой ось плода образует с продольной осью матки прямой или острый угол, предлежащая часть отсутствует.
- К неправильным положениям плода относятся поперечные и косые положения.
- **Поперечное положение** –клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под прямым углом.
- **Косое положение** - клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под острым углом. При этом нижерасположенная часть плода размещается в одной из подвздошных впадин большого таза. Косое положение является переходным состоянием: во время родов оно превращается либо в продольное, либо в поперечное.



продольное



косое



поперечное



- **Этиологические факторы:**


- а) Чрезмерная подвижность плода: при многоводии, многоплодной беременности (второго плода), при гипотрофии или недоношенном плоде, при дряблости мышц передней брюшной стенки у повторнородящих.
- б) Ограниченная подвижность плода: при маловодий; крупном плоде; многоплодии; при наличии миомы матки, деформирующей полость матки; при повышенном тонусе матки при угрозе прерывания беременности, при наличии короткой пуповины.
- в) Препятствие вставлению головки: предлежание плаценты, узкий таз, наличие миомы матки в области нижнего сегмента матки.
- г) Аномалии развития матки: двурогая матки, седловидная матки, перегородка в матке.
- д) Аномалии развития плода: гидроцефалия, анэнцефалия.


- **Диагностика.**
- **1. Осмотр живота.** Форма матки вытянутая в поперечном размере. Окружность живота всегда превышает норму для срока беременности, при котором проводится обследование, а высота стояния дна матки всегда меньше нормы.
- **2. Пальпация.** В дне матки отсутствует какая-либо крупная часть, в боковых отделах матки обнаруживают крупные части (с одной стороны - круглую плотную, с другой - мягкую), предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода лучше всего прослушивается в области пупка.
- Позицию плода определяют по головке: при первой позиции головка пальпируется слева, при второй - справа. Вид плода, как обычно, распознают по спинке: спинка обращена кпереди - передний вид, спинка кзади - задний.
- **3. Влагалищное обследование.** В начале родов при целом плодном пузыре малоинформативно, только подтверждает отсутствие предлежащей части. После излития околоплодных вод при достаточном раскрытии зева (4-5 см) можно определить плечико, лопатку, остистые отростки позвонков, подмышечную впадину. По расположению остистых отростков и лопатки определяют вид плода, по подмышечной впадине - позицию: если впадина обращена вправо, то позиция - первая, при второй позиции подмышечная впадина открыта влево.

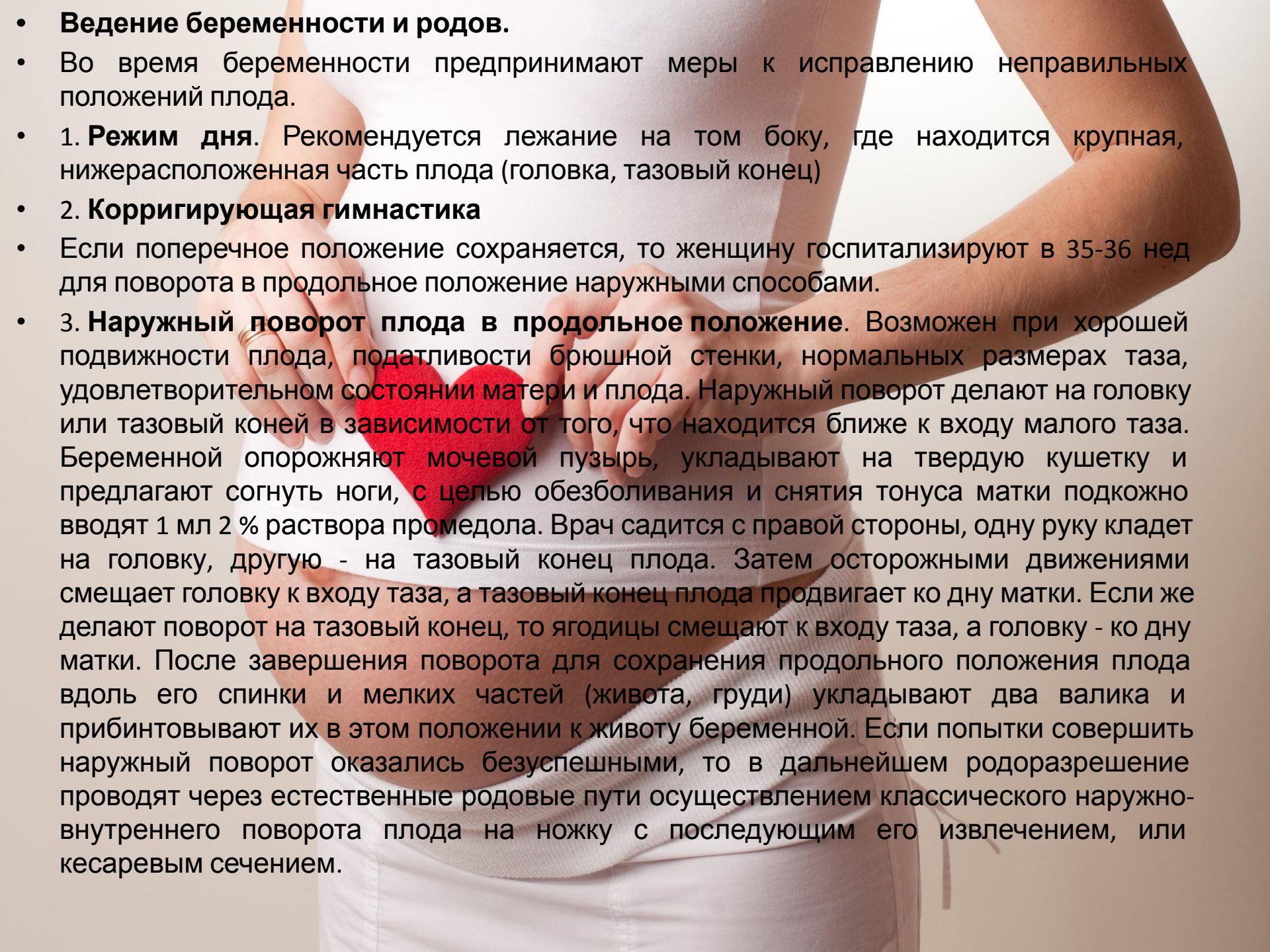


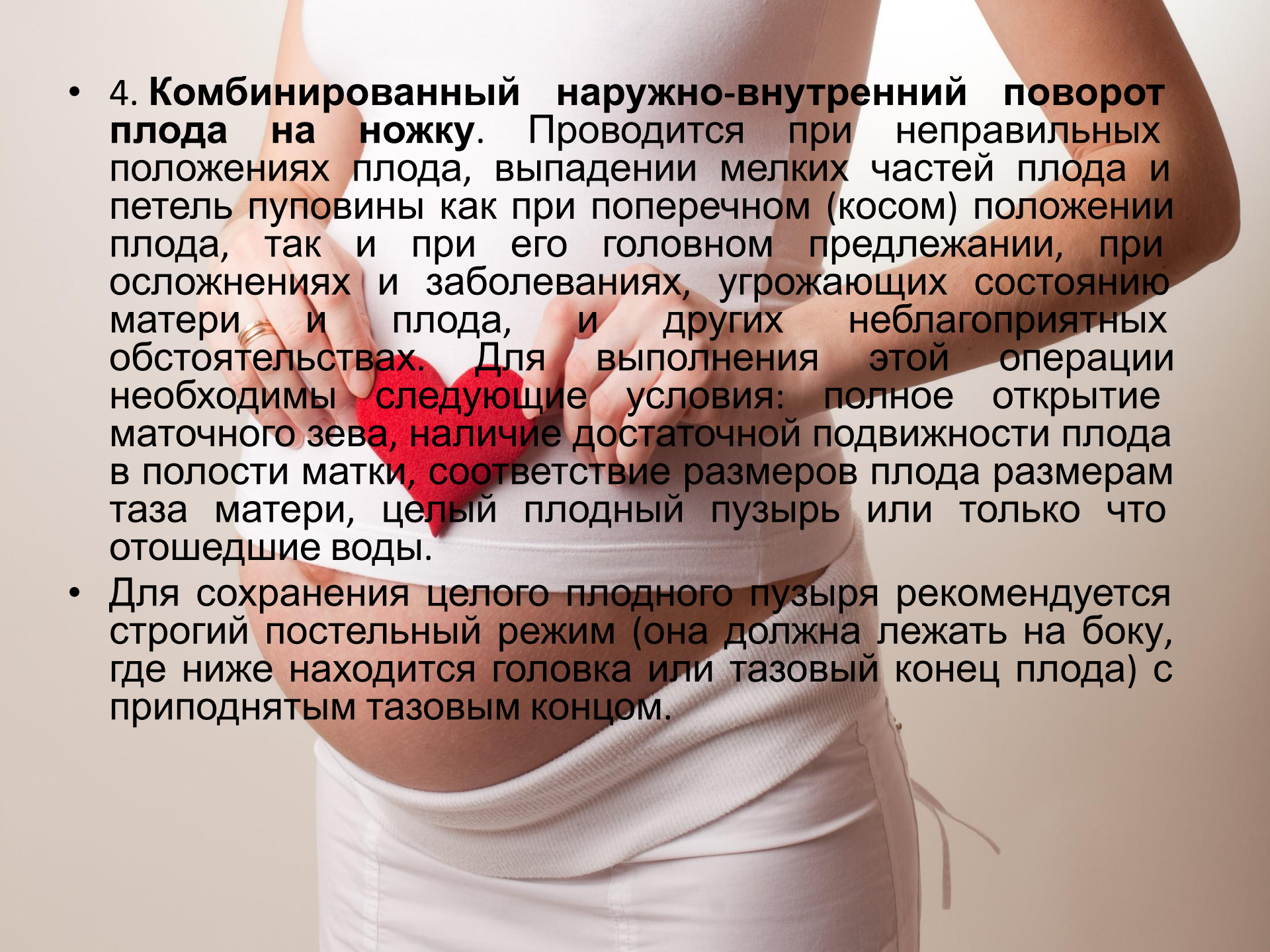
- **Течение беременности и родов.**


- Чаще беременность при поперечных положениях протекает без осложнений. Иногда при повышенной подвижности плода наблюдается неустойчивое положение - частая смена положения (продольное - поперечное – продольное).
- Осложнения беременности при поперечном положении плода: преждевременные роды с дородовым излитием околоплодных вод, которое сопровождается выпадением мелких частей плода; гипоксия и инфицирование плода; кровотечение при предлежании плаценты.
- Осложнения родов: раннее излитие околоплодных вод; инфицирование плода; формирование заупущенного поперечного положения плода – потеря подвижности плода при интенсивном раннем излитии околоплодных вод; выпадение мелких частей плода; гипоксия; перерастяжение и разрыв нижнего сегмента матки.

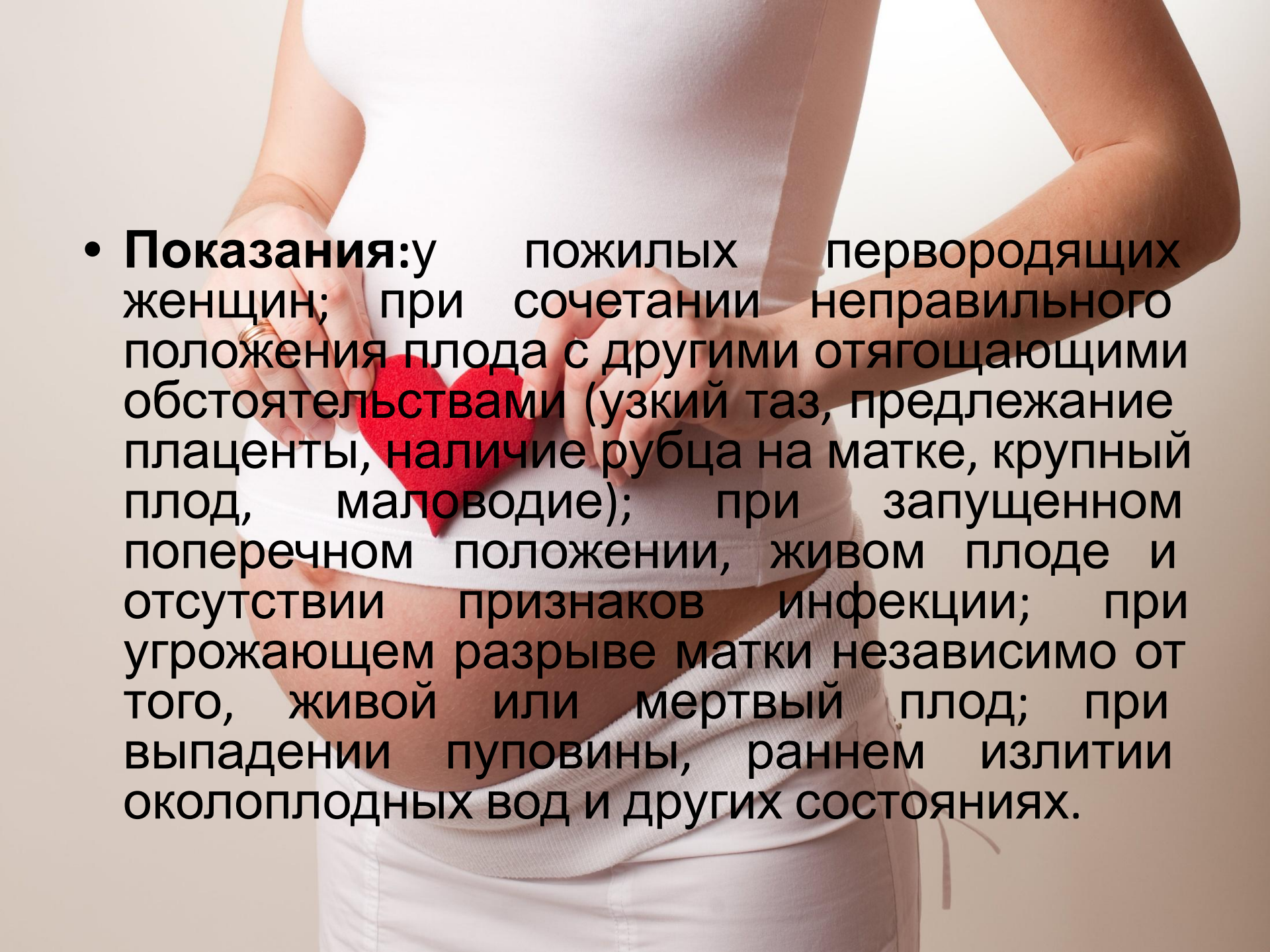
- 
- При выпадении конечностей необходимо уточнить, что выпало во влагалище: ручка или ножка. Ручку, лежащую внутри родового канала, можно отличить от ножки по большей длине пальцев и по отсутствию пяточного бугра. Кисть соединена с предплечьем по прямой линии. Пальцы разведены, особенно отведен большой палец. Важно также определить, какая ручка выпала - правая или левая. Для этого как бы «здороваются» правой кистью с выпавшей ручкой; если это удастся, выпала правая ручка, если не удастся - левая. По выпавшей ручке облегчается распознавание положения, позиции и вида плода. Ручка не мешает совершить внутренний поворот плода на ножку, ее вправление является ошибкой, затрудняющей поворот плода или эмбриотомию. Выпавшая ручка повышает опасность восходящей инфекции во время родов и служит показанием к более быстрому родоразрешению.

- 
- Выпадение пуповины. Если при влагалищном исследовании через плодный пузырь прощупываются петли пуповины, говорят о ее предлежании. Определение петель пуповины во влагалище при разорванном плодном пузыре называют выпадением пуповины. Пуповина обычно выпадает во время отхождения вод. Поэтому для своевременного выявления такого осложнения следует сразу же произвести влагалищное исследование. Выпадение пуповины при поперечном (косом) положении плода может привести к инфицированию и в меньшей степени к гипоксии плода. Однако во всех случаях выпадения пуповины при живом плоде необходима срочная помощь. При поперечном положении, полном открытии зева матки и подвижном плоде такой помощью является поворот плода на ножку и последующее извлечение его. При неполном раскрытии зева производят кесарево сечение.

- 
- **Ведение беременности и родов.**
 - Во время беременности предпринимают меры к исправлению неправильных положений плода.
 - 1. **Режим дня.** Рекомендуются лежание на том боку, где находится крупная, нижерасположенная часть плода (головка, тазовый конец)
 - 2. **Корректирующая гимнастика**
 - Если поперечное положение сохраняется, то женщину госпитализируют в 35-36 нед для поворота в продольное положение наружными способами.
 - 3. **Наружный поворот плода в продольное положение.** Возможен при хорошей подвижности плода, податливости брюшной стенки, нормальных размерах таза, удовлетворительном состоянии матери и плода. Наружный поворот делают на головку или тазовый конец в зависимости от того, что находится ближе к входу малого таза. Беременной опорожняют мочевой пузырь, укладывают на твердую кушетку и предлагают согнуть ноги, с целью обезболивания и снятия тонуса матки подкожно вводят 1 мл 2 % раствора промедола. Врач садится с правой стороны, одну руку кладет на головку, другую - на тазовый конец плода. Затем осторожными движениями смещает головку к входу таза, а тазовый конец плода продвигает ко дну матки. Если же делают поворот на тазовый конец, то ягодицы смещают к входу таза, а головку - ко дну матки. После завершения поворота для сохранения продольного положения плода вдоль его спинки и мелких частей (живота, груди) укладывают два валика и прибинтовывают их в этом положении к животу беременной. Если попытки совершить наружный поворот оказались безуспешными, то в дальнейшем родоразрешение проводят через естественные родовые пути осуществлением классического наружно-внутреннего поворота плода на ножку с последующим его извлечением, или кесаревым сечением.

- 
- **4. Комбинированный наружно-внутренний поворот плода на ножку.** Проводится при неправильных положениях плода, выпадении мелких частей плода и петель пуповины как при поперечном (косом) положении плода, так и при его головном предлежании, при осложнениях и заболеваниях, угрожающих состоянию матери и плода, и других неблагоприятных обстоятельствах. Для выполнения этой операции необходимы следующие условия: полное открытие маточного зева, наличие достаточной подвижности плода в полости матки, соответствие размеров плода размерам таза матери, целый плодный пузырь или только что отошедшие воды.
 - Для сохранения целого плодного пузыря рекомендуется строгий постельный режим (она должна лежать на боку, где ниже находится головка или тазовый конец плода) с приподнятым тазовым концом.

- 
- **Этапы операции:** введение руки во влагалище и матку, отыскание и захват ножки плода, совершение поворота с последующим извлечением плода. Во влагалище и в полость матки вводят ту руку, которой врач лучше владеет. Однако рекомендуется при первой позиции вводить левую руку, при второй - правую, что облегчает поиск и захватывание ножки плода. Пальцы руки складывают конусом, вводят во влагалище и осторожно продвигают к зеву. Как только концы пальцев дойдут до зева, наружную руку переносят на дно матки. Затем разрывают плодный пузырь и вводят руку в матку. При поперечном положении плода при выборе ножки руководствуются видом плода: при переднем виде захватывают нижележащую ножку, при заднем - вышележащую. Чтобы отыскать ножку, нащупывают бок плода, скользят по нему рукой от подмышечной впадины к тазовому концу и далее по бедру до голени. Голень захватывают всей рукой. Четыре пальца ее обхватывают голень спереди, большой палец располагается вдоль икроножных мышц, причем конец его достигает подколенной ямки. Захватив ножку, наружную руку с тазового конца плода переносят на головку и осторожно отодвигают ее кверху, ко дну матки. Внутренней рукой ножку в это время низводят и через влагалище выводят наружу. Поворот считается законченным (плод переведен в продольное положение), когда ножка выведена из половой щели до подколенной ямки. Сразу после поворота приступают к извлечению плода за ножку.
 - В настоящее время рекомендуется **плановое кесарево сечение.**

- 
- A pregnant woman is shown from the waist up, wearing a white long-sleeved top and white pants. She is holding a red heart-shaped object over her belly with both hands. The background is a plain, light color.
- **Показания:** у пожилых первородящих женщин; при сочетании неправильного положения плода с другими отягощающими обстоятельствами (узкий таз, предлежание плаценты, наличие рубца на матке, крупный плод, маловодие); при запущенном поперечном положении, живом плоде и отсутствии признаков инфекции; при угрожающем разрыве матки независимо от того, живой или мертвый плод; при выпадении пуповины, раннем излитии околоплодных вод и других состояниях.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!

