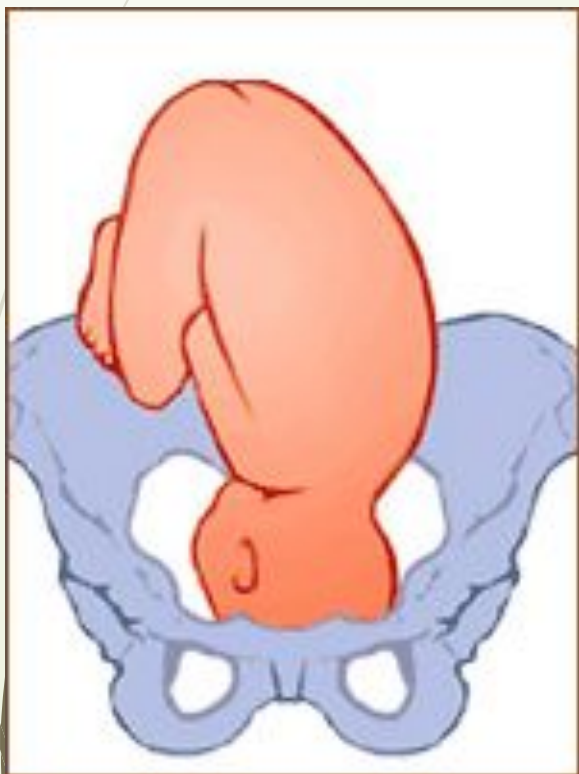


Разгибательные предлежания головки плода. Патологическое вставление плода. Неправильное положение плода




Головка плода в ряде случаев вступает во вход в таз в состоянии разгибания. Различают 3 вида разогнутого предлежания:

а) переднеголовное - умеренное разгибание

б) лобное - средняя степень разгибания

в) лицевое - максимальное разгибание.



Факторы, способствующие формированию разгибательных вставлений:

- отклонения от нормы формы и размеров таза (простой плоский, плоскорихитический таз);
- понижение тонуса мускулатуры матки;
- снижение тонуса плода;
- наличие большой или малой величины головки плода;
- нарушение членорасположения плода (запрокидывание ручек за шею);
- особенности строения атлантозатылочного сочленения, затрудняющие сгибание головки;
- многоводие и многоплодие;
- отвислый и дряблый живот; деформация скелета у матери (кифоз).

Роды при переднеголовном предлежании.

Диагностика:

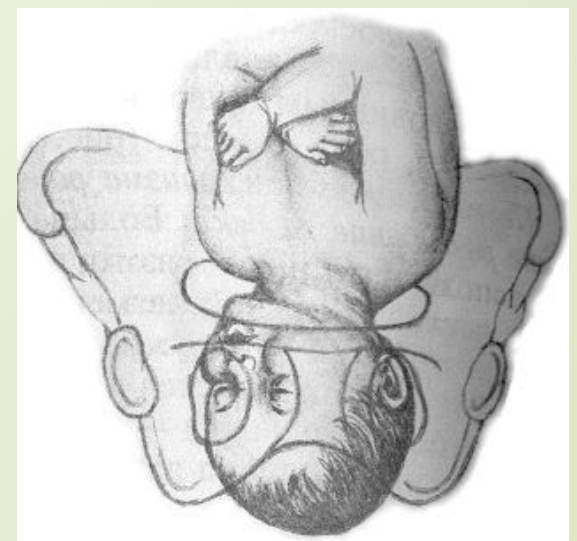
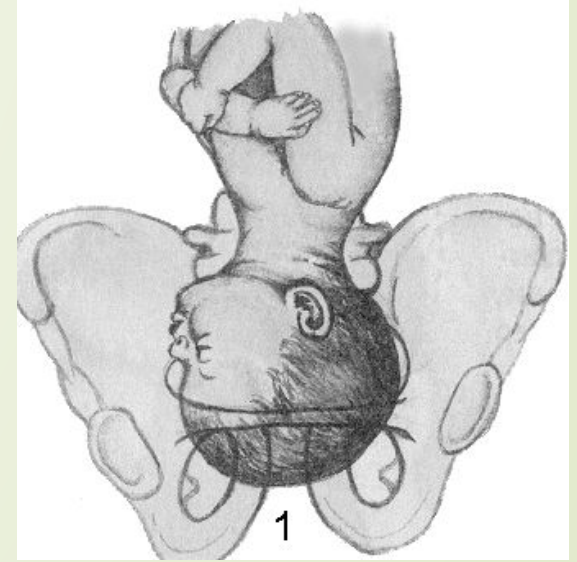
- а) ультразвуковое сканирование
- б) влагалищное исследование: оба родничка находятся на одном уровне, в периоде изгнания большой родничок опускается ниже и становится проводной точкой. Стреловидный шов во входе таза стоит в поперечном или слегка в одном из косых размеров.



Роды при переднеголовном предлежании.

Биомеханизм родов.

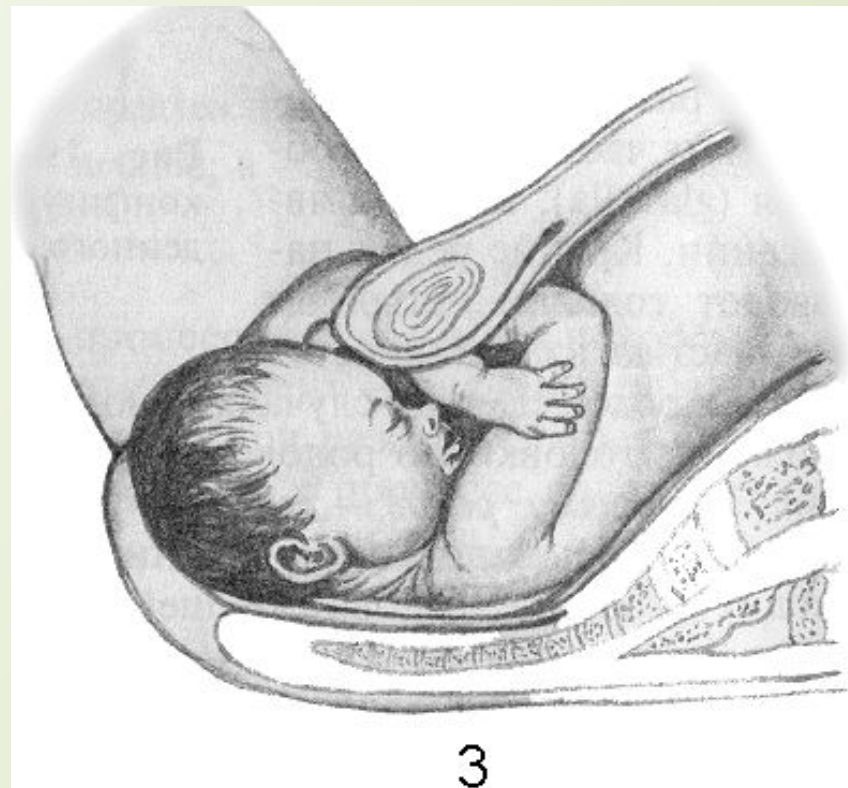
1. Незначительное разгибание головки - головка устанавливается стреловидным швом в поперечном размере плоскости входа в малый таз. Проводная точка – большой родничок
2. Внутренний поворот головки - начинается в полости малого таза и заканчивается установлением стреловидного шва в прямом размере плоскости выхода малого таза. Особенность внутреннего поворота – обязательное образование заднего вида (затылком к крестцу). Стреловидный шов становится в прямом размере



Роды при переднеголовном предлежании

Биомеханизм родов:

3. Сгибание головки. После прорезывания темени и лба область переносья подходит под лонную дугу и образует первую точку фиксации, вокруг которой происходит сгибание. Во время сгибания происходит рождение затылка



Роды при переднеголовном предлежании

Биомеханизм родов:

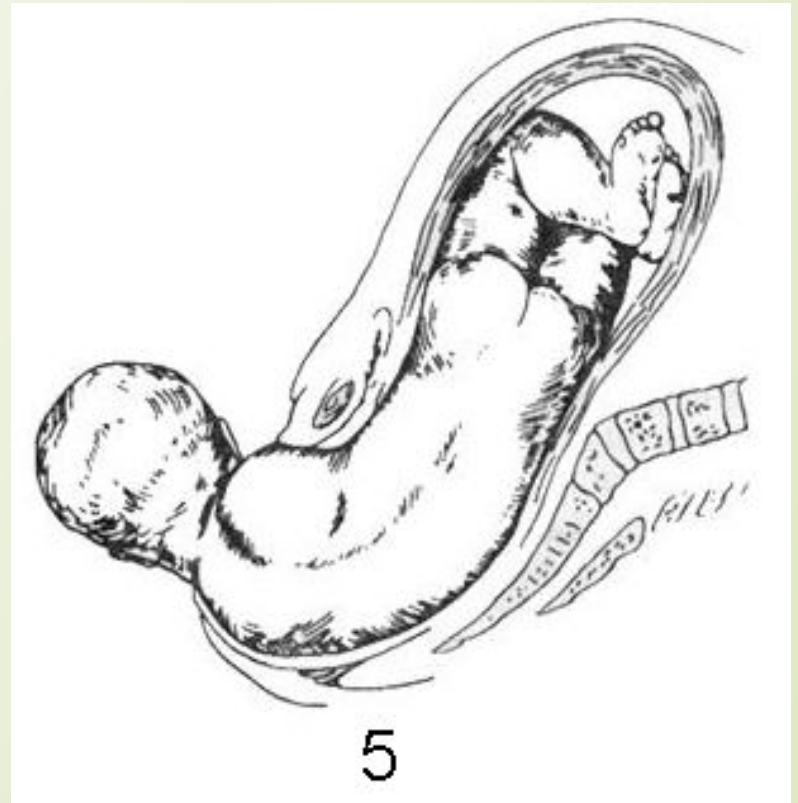
4. Разгибание головки после рождения теменных бугров и затылка, когда подзатылочная ямка, упиравшись в верхушку копчика, образует вторую точку фиксации. В этот момент рождается головка. Диаметр прорезывания – большой прямой размер головки



Роды при переднеголовном предлежании

Биомеханизм родов:

5. Наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков с последующим рождением туловища.



Роды при лобном предлежании.

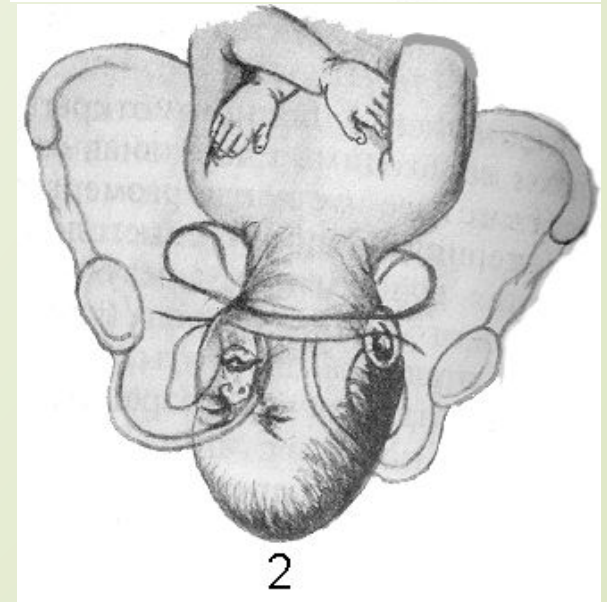
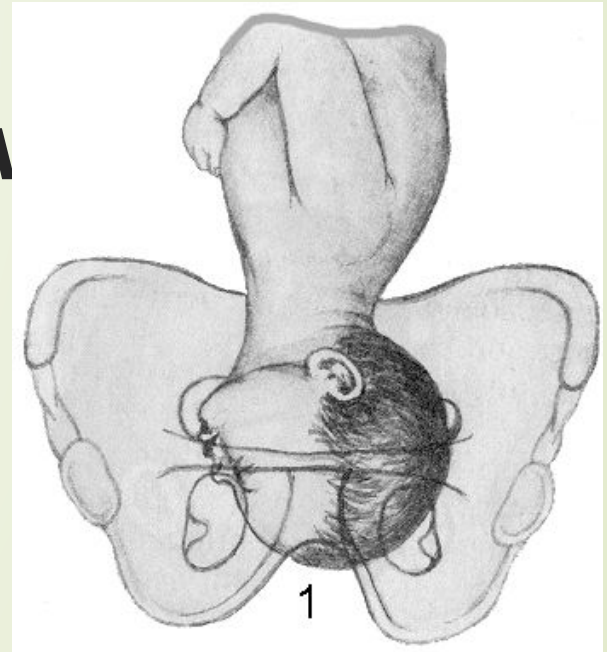
Диагностика:

- а) аускультация: сердцебиение плода наиболее отчетливо выслушивается со стороны грудной поверхности, а не со спинки
- б) наружное исследование: определяется угол между спинкой и разогнутой головкой
- в) влагалищное исследование: определяется лобный шов, с одной стороны его – передний угол большого родничка, с другой – надбровные дуги с глазницами и переносица.

Роды при лобном предлежании

Биомеханизм родов:

1. Разгибание головки средней степени - лобный шов устанавливается в поперечном или слегка косом размере плоскости входа в малый таз; проводная точка – середина лба
2. 2. Внутренний поворот головки - заканчивается установлением лобного шва в прямом размере плоскости выхода малого таза. Особенность внутреннего поворота: а) обязательное образование заднего вида (затылком к крестцу); б) внутренний поворот начинается и заканчивается на тазовом дне. Лобный шов сначала оказывается в слегка косом, а затем в прямом размере выхода таза

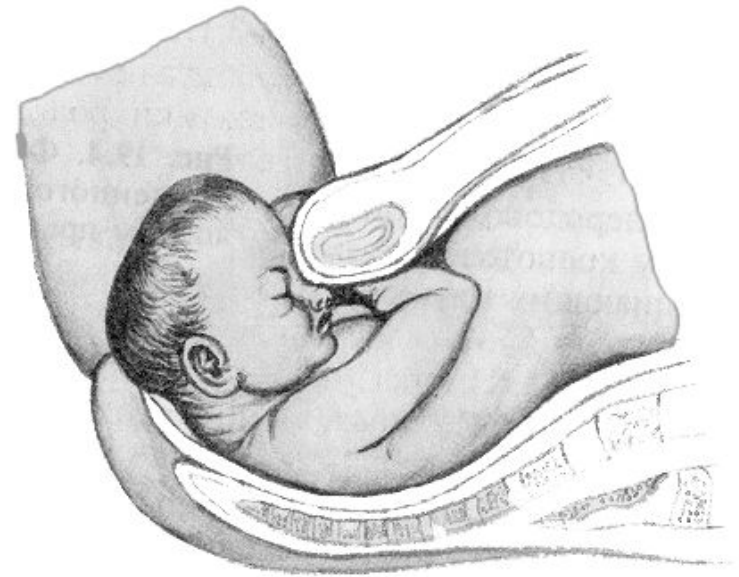


Роды при лобном предлежании

Биомеханизм родов:

3. Сгибание головки - происходит вокруг первой точки фиксации – верхней челюсти, которая упирается в нижний край симфиза. В результате этого прорезывается лобная часть черепа, затем – темя и затылок

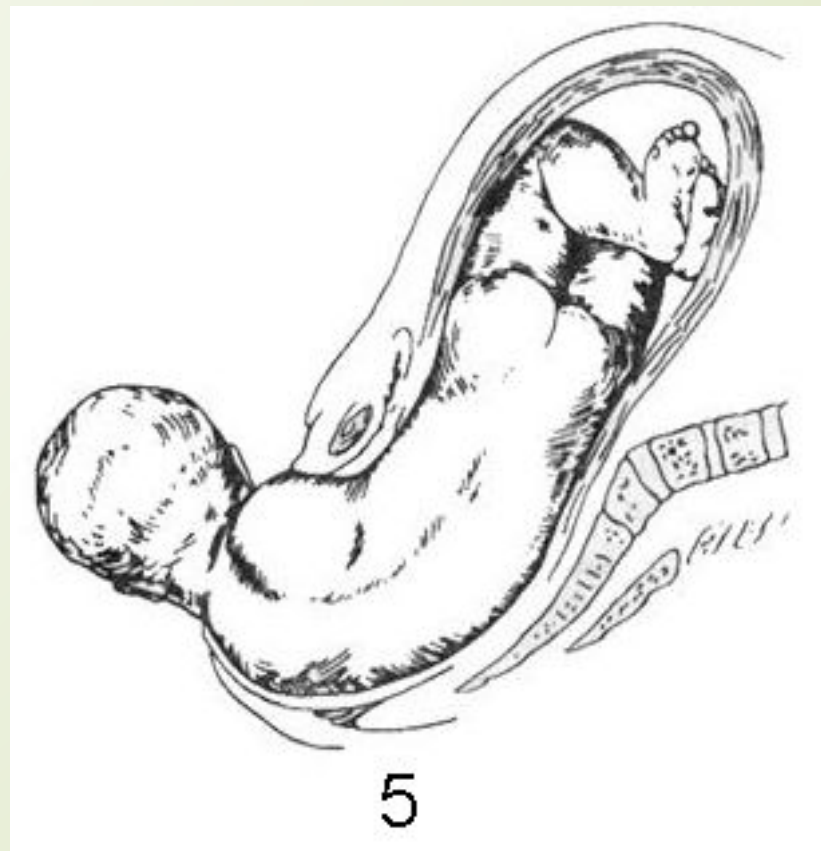
4. Разгибание головки вокруг второй точки фиксации – подзатылочной ямки, фиксирующейся в области копчика. Диаметр прорезывания – средний косой размер головки. Происходит рождение головки




Роды при лобном предлежании

Биомеханизм родов:

5. Наружный поворот головки и
внутренний поворот плечиков





Роды при лицевом предлежании.

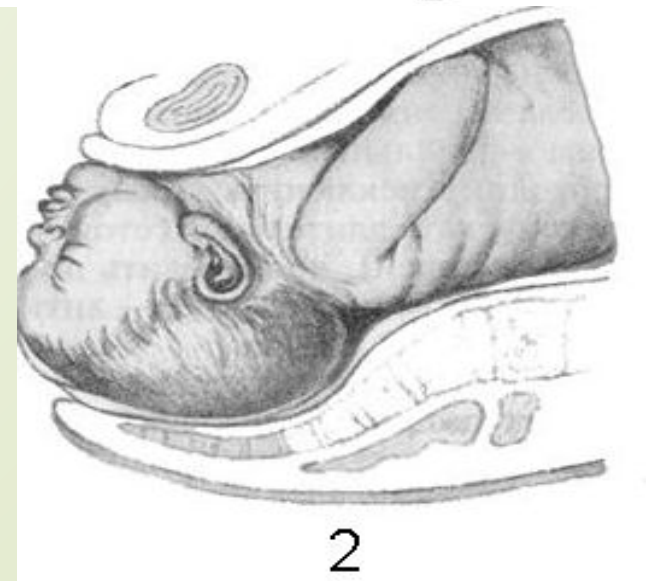
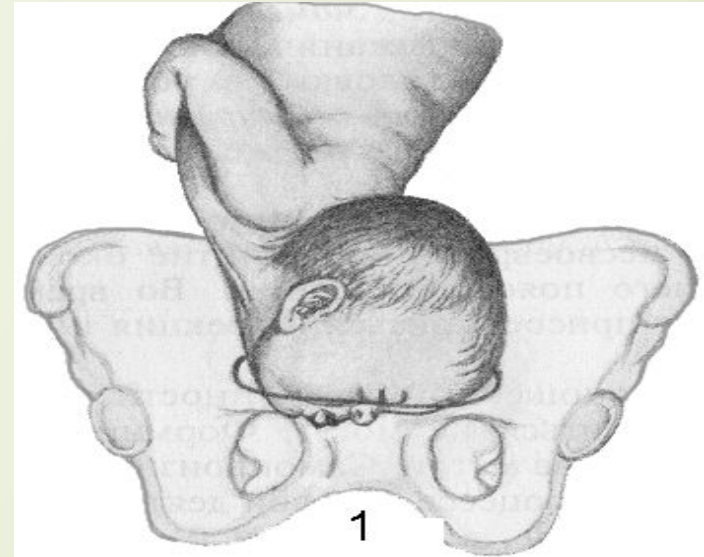
Диагностика:

- а) наружное исследование: углубление между спинкой и разогнутой головкой, сердцебиение отчетливо выслушивается со стороны груди, а не спинки
- б) влагалищное исследование: прощупывается лобный шов, надбровные дуги, нос, рот (прощупывается язык, челюсти, твердое небо, палец ощущает сосательные движения), подбородок.
- в) УЗИ

Роды при лицевом предлежании

Биомеханизм родов:

1. Максимальное разгибание головки - проводная точка – подбородок. Продольная лицевая линия устанавливается в поперечном размере плоскости входа в малый таз
2. 2. Внутренний поворот головки затылком кзади, подбородком к симфизу (передний вид). Поворот головки подбородком кзади делает невозможным роды через естественные родовые пути. Внутренний поворот начинается и заканчивается на тазовом дне



Роды при лицевом предлежании

Биомеханизм родов:

3. Сгибание головки – точка фиксации – подъязычная кость фиксируется к лонной дуге, при этом рождается головка. Диаметр прорезывания – вертикальный размер головки
4. Наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков.



3



4

Осложнения при неправильных предлежаниях головки:

- слабость родовой деятельности,
- гипоксия плода,
- родовые травмы.

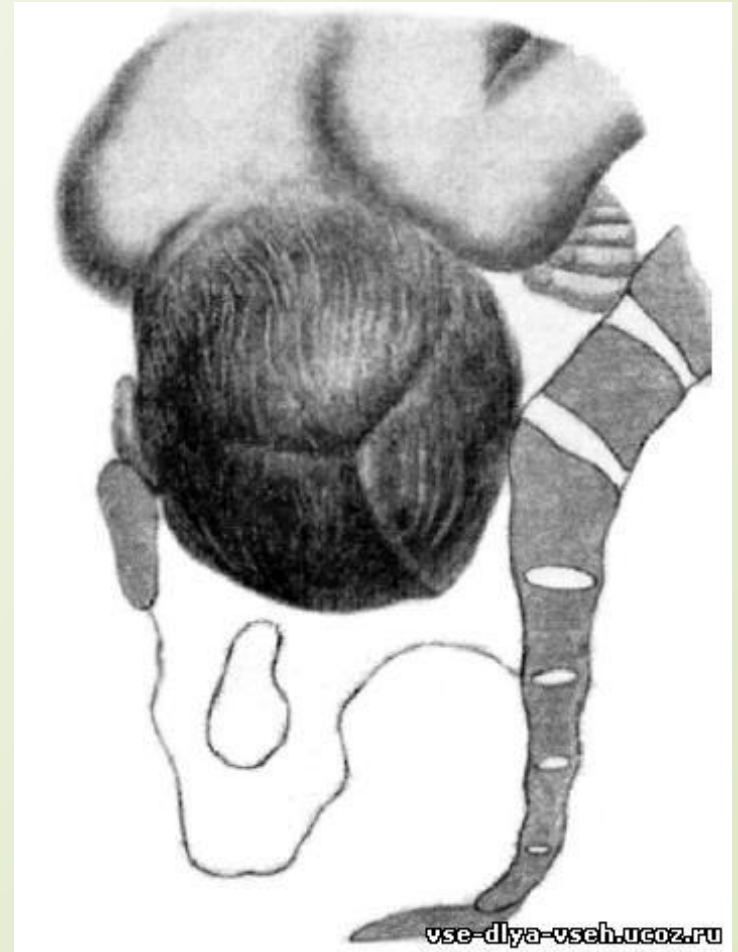
Неправильные (асинклитические) вставления головки.

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 втавление**. Слабо и умеренно выраженный передний асинклитизм благоприятствуют прохождению головки по недостаточно просторному для нее родовому каналу.

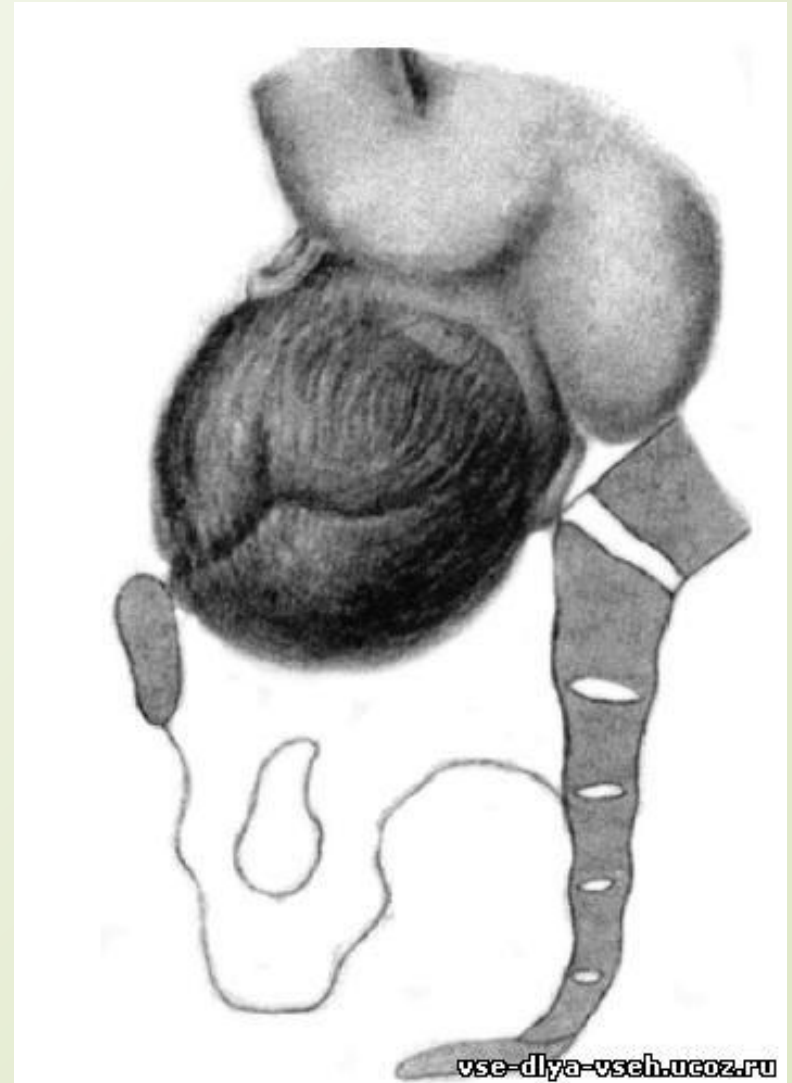
Иногда асинклитизм бывает выражен настолько, что препятствует дальнейшему продвижению головки по родовому каналу - **патологический асинклитизм**.

Различают два вида асинклизма:

- а) **передний (асинклизм 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 асинклизме 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.
- При заднем асинклизме чаще является следствием родов при общесуженном плоском и плоскорохитическом тазах. Первой вставляется заднетеменная кость в поперечном размере. При боковом сгибании головки плода стреловидный шов отклоняется к симфизу. Головка вставляется в состоянии легкого разгибания.

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА.

Неправильным положением плода называют клиническую ситуацию, когда ось плода пересекает ось матки

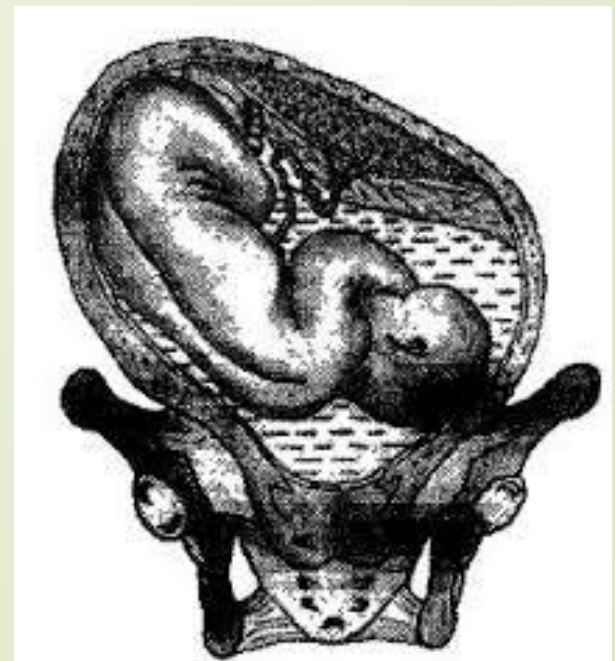
Частота – 0,5-0,7%, причем у многорожавших в 10 раз чаще, чем у первородящих.




К неправильным положениям плода относят поперечные и косые положения.

□ Поперечным положением называют клиническую ситуацию, при которой ось плода пересекает ось матки под прямым углом, а крупные части плода расположены выше гребней подвздошных костей.

□ Косым положением называют клиническую ситуацию, при которой ось плода пересекает ось матки под острым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещена в одной из подвздошных впадин большого таза. Косое положение считают переходным состоянием: во время родов оно превращается в продольное либо поперечное





**Причины возникновения НП разнообразны.
Сюда относят:**

Материнские факторы: Узкий таз, миома матки, аномалии матки, дряблость передней брюшной стенки, многорожавшие, рубец на матке после кесарева сечения

Плодовые факторы: Недоношенность, врожденные аномалии плода, многоплодие, неправильное членорасположение плода

Плацентарные факторы: Предлежание плаценты, многоводие или маловодие, короткость пуповины

До 28-29 недель беременности НП не имеет существенного значения, потому что плод может принять головное предлежание.

Клиническая картина

НП устанавливают, основываясь на данных осмотра беременной, пальпации живота, влагалищного исследования.

При осмотре обращают внимание на необычную поперечно-растянутую форму живота. При пальпации подлежащую часть плода определить не удастся, головка прощупывается слева или справа от срединной линии тела беременной.

Диагностика

Окончательный диагноз ставят на основании УЗИ.

Влагалищное исследование (ВИ) во время беременности не дает четких результатов. ВИ следует производить очень осторожно, так как вскрытие плодных оболочек и излитие вод при неполном раскрытии маточного зева значительно ухудшает прогноз родов. При ВИ после излития вод и раскрытия зева на 4 см и больше прощупывают бок плода, лопатку, подмышечную впадину, локти или кисть ручки

Течение беременности

Беременность протекает без особенностей, на чаще происходят преждевременные роды

Ведение беременности

- 1) Госпитализация не позже 37 недель беременности для тщательного обследования.
- 2) Наружный поворот на головку в настоящее время применяют редко. Эффективность такой операции невысока и приводит к тяжелым осложнениям.
- 3) Корректирующая гимнастика в сроке 29-34 недель при отсутствии противопоказаний.

Ведение родов при НП плода

При поперечном положении плода обоснованным методом родоразрешения нужно считать только кесарево сечение (КС) в плановом порядке.

При косом положении плода роженицу укладывают на бок, соответствующий нахождению крупной части в подвздошной области. При опускании тазовый конец плода нередко занимает продольное положение. Если положение роженицы «на боку» не исправляет косоного положения плода, вопрос должен быть решен в пользу КС.

Ведение родов при НП плода

Ведение родов естественным путем при поперечном положении и операция поворота плода на ножку допустимы только при глубоко недоношенном плоде либо при родах двойней, когда второй плод лежит в поперечном положении.

Если роженица поступает в родильный дом с запущенным поперечным положением вне зависимости от состояния плода производят КС.