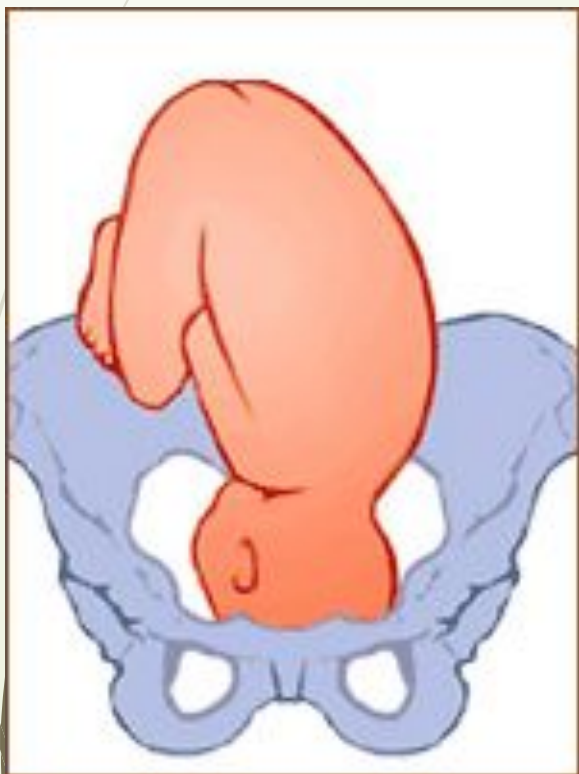


# Разгибательные предлежания головки плода. Патологическое вставление плода. Неправильное положение плода




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:

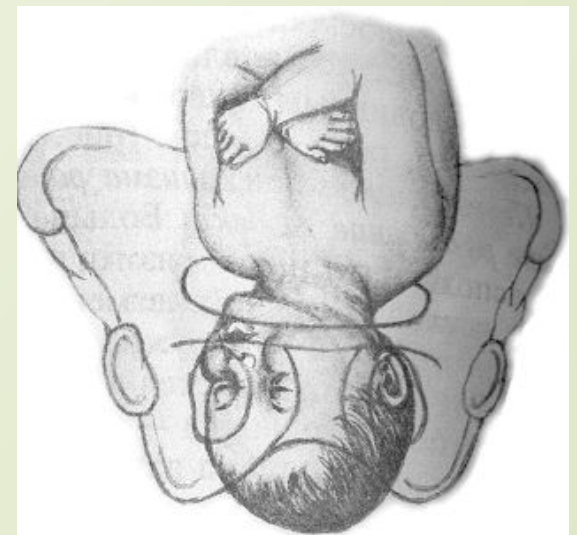
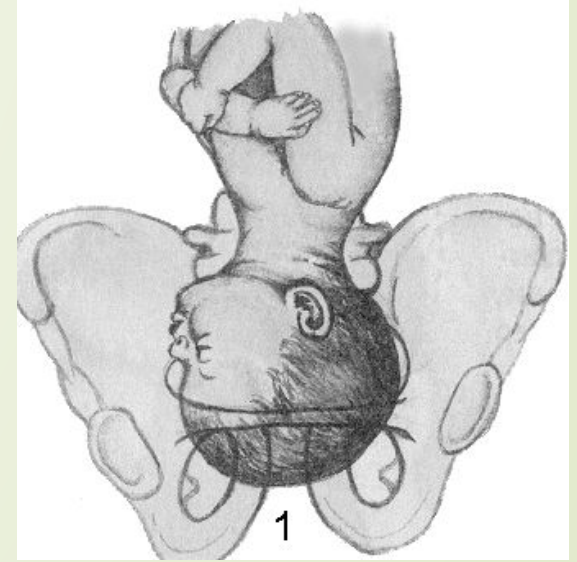
- а) ультразвуковое сканирование
- б) влагалищное исследование: оба родничка находятся на одном уровне, в периоде изгнания большой родничок опускается ниже и становится проводной точкой. Стреловидный шов во входе таза стоит в поперечном или слегка в одном из косых размеров.



# Роды при переднеголовном предлежании.

## Биомеханизм родов.

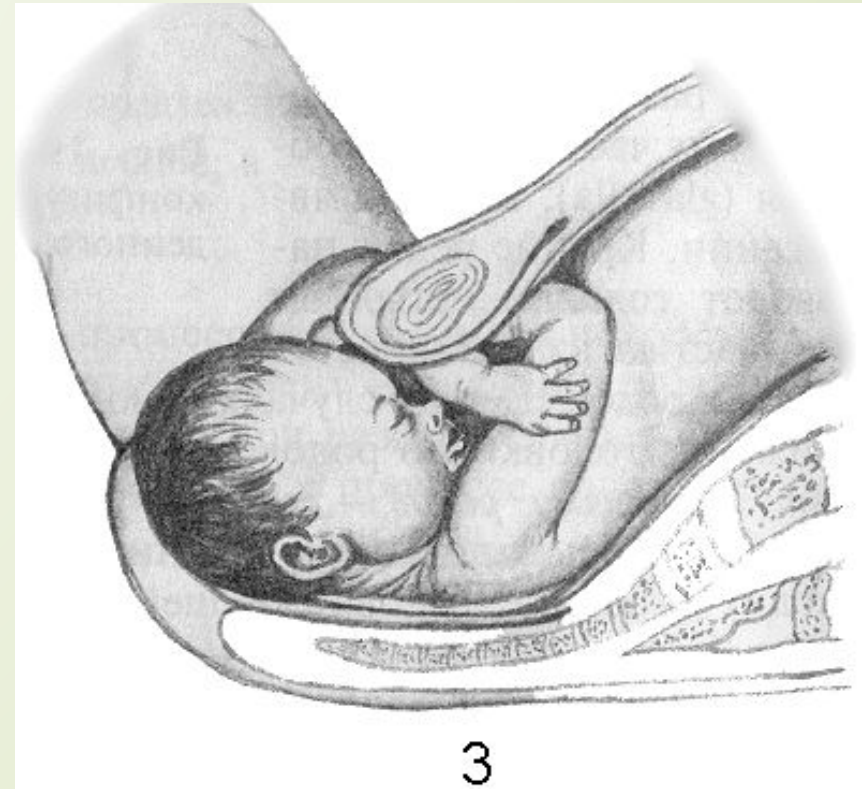
1. Незначительное разгибание головки - головка устанавливается стреловидным швом в поперечном размере плоскости входа в малый таз. Проводная точка – большой родничок
2. Внутренний поворот головки - начинается в полости малого таза и заканчивается установлением стреловидного шва в прямом размере плоскости 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

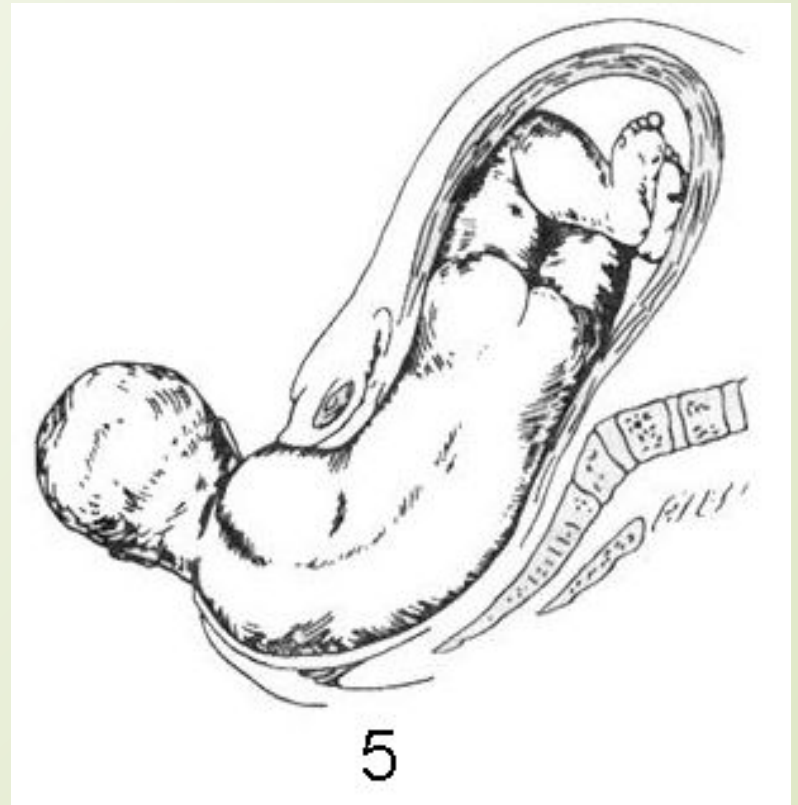


4

# Роды при переднеголовном предлежании

## Биомеханизм родов:

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



# Роды при лобном предлежании.

## Диагностика:

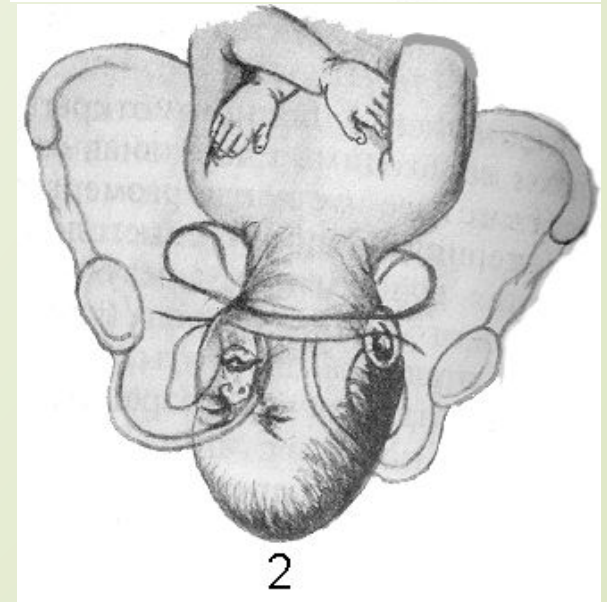
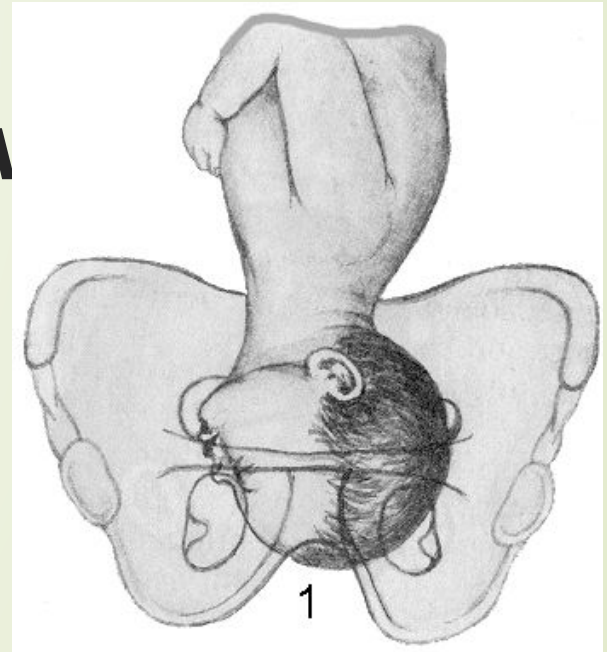
- а) аускультация: сердцебиение плода наиболее отчетливо выслушивается со стороны грудной поверхности, а не со спинки
- б) наружное исследование: определяется угол между спинкой и разогнутой головкой
- в) влагалищное исследование: определяется лобный шов, с одной стороны его – передний угол большого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

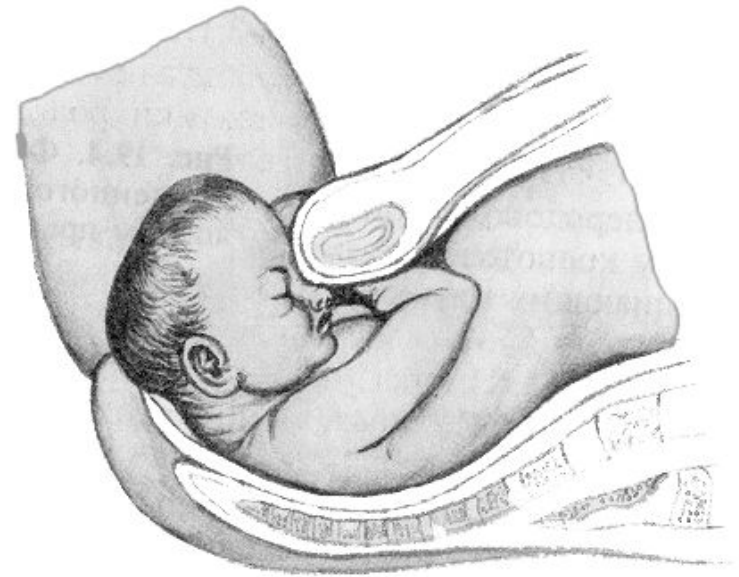


# Роды при лобном предлежании

## 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

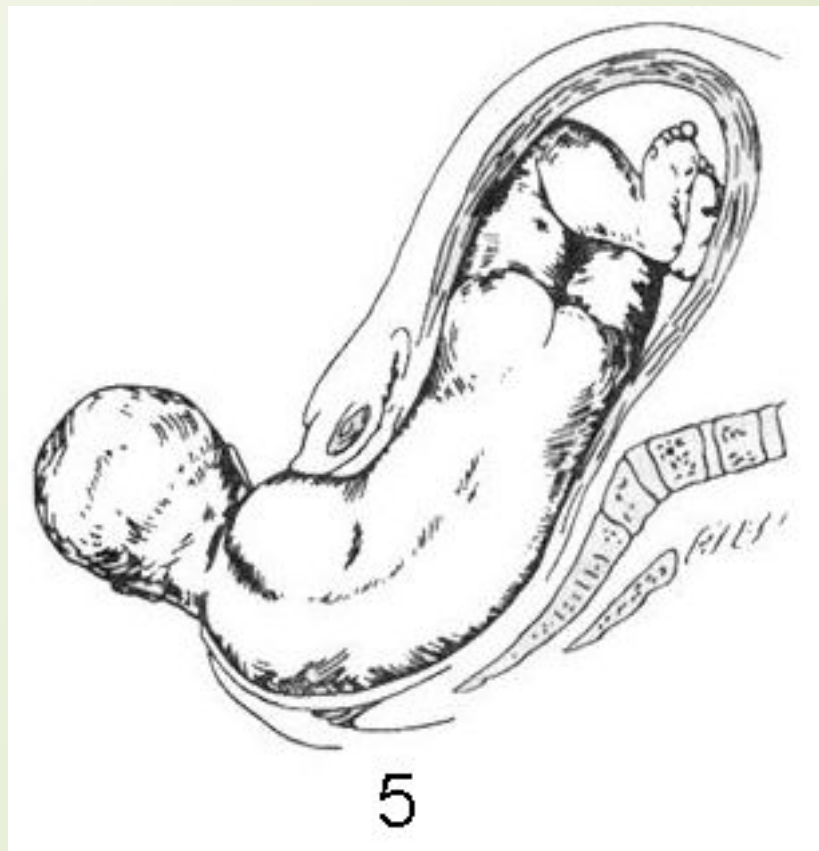
4. Разгибание головки вокруг второй точки фиксации – подзатылочной ямки, фиксирующейся в области копчика. Диаметр прорезывания – средний косой размер головки. Происходит рождение головки




# Роды при лобном предлежании

## Биомеханизм родов:

5. Наружный поворот головки и  
внутренний поворот плечиков





# Роды при лицевом предлежании.

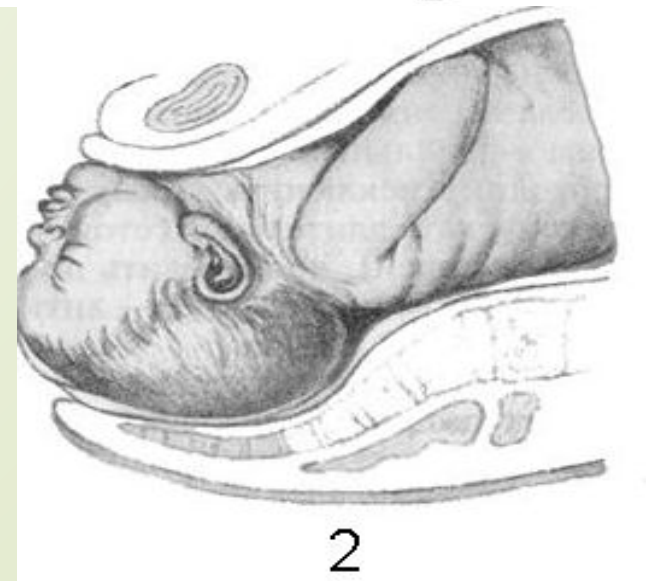
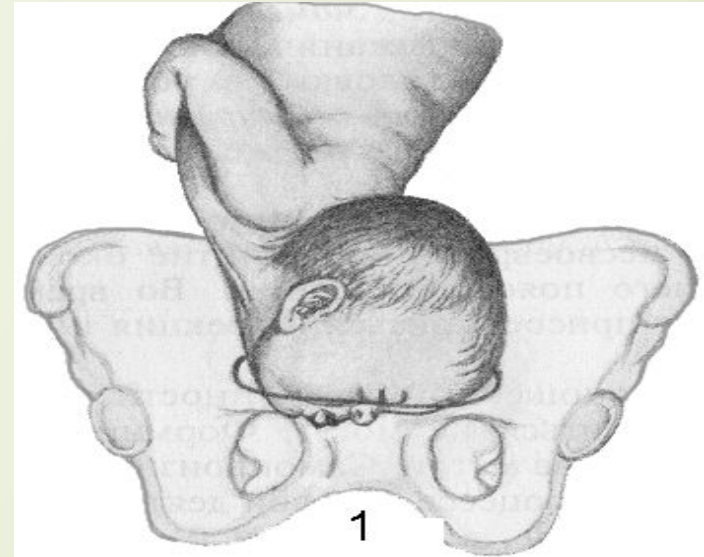
## Диагностика:

- 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.

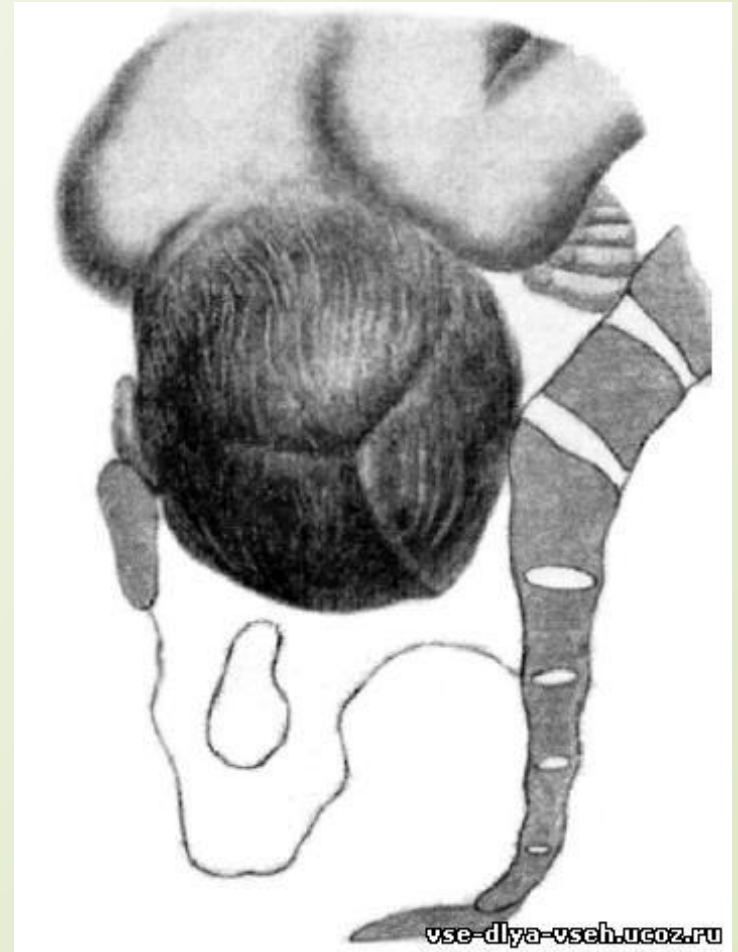
В начале нормальных родов головка устанавливается над входом в таз или вставляется во вход таким образом, что стреловидный шов, совпадая с проводной линией таза, располагается во входе на одинаковом расстоянии от лона и мыса, что благоприятствует ее прохождению по родовому каналу. В большинстве случаев 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**.

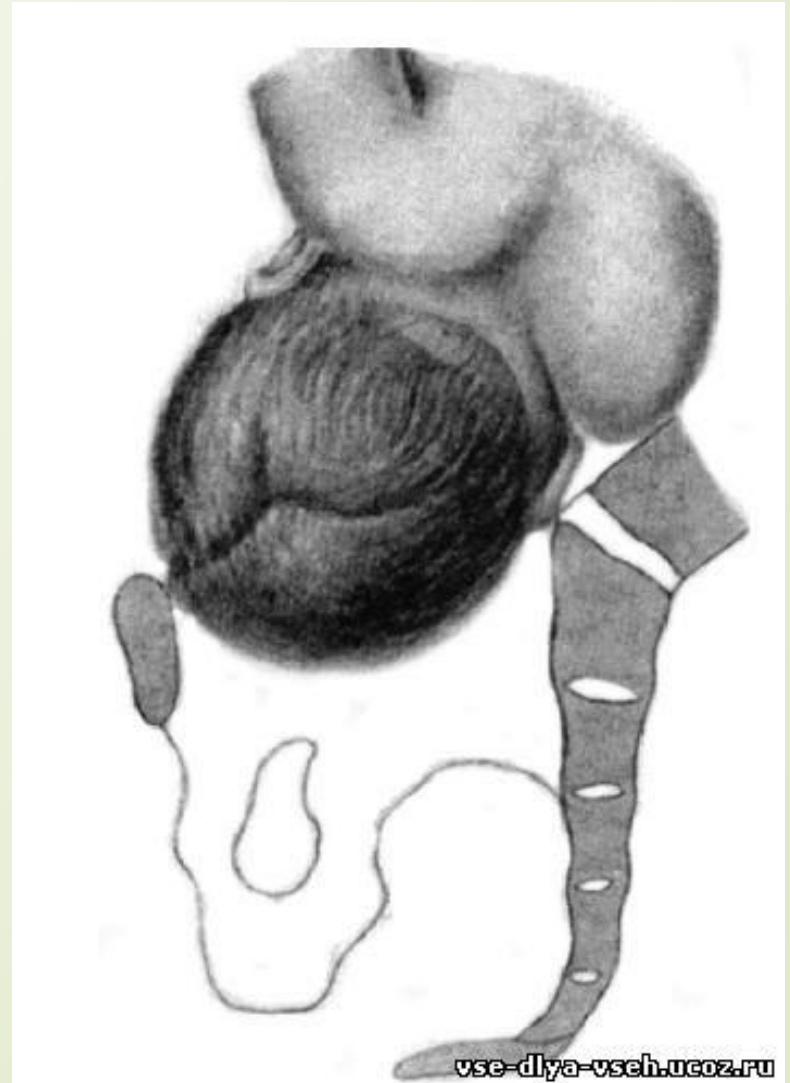


# Различают два вида асинклитизма:

- 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 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 плоскоррахитическом 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

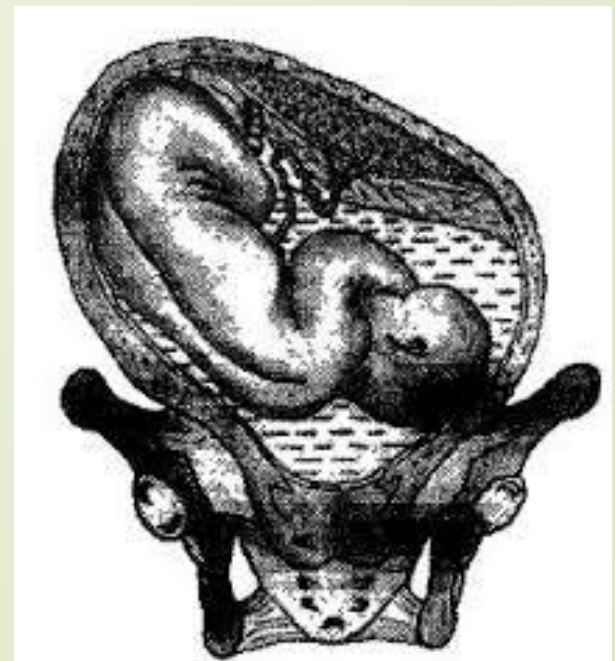
Частота – 0,5-0,7%, причем у многорожавших в 10 раз чаще, чем у первородящих.




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) Корригирующая 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.**