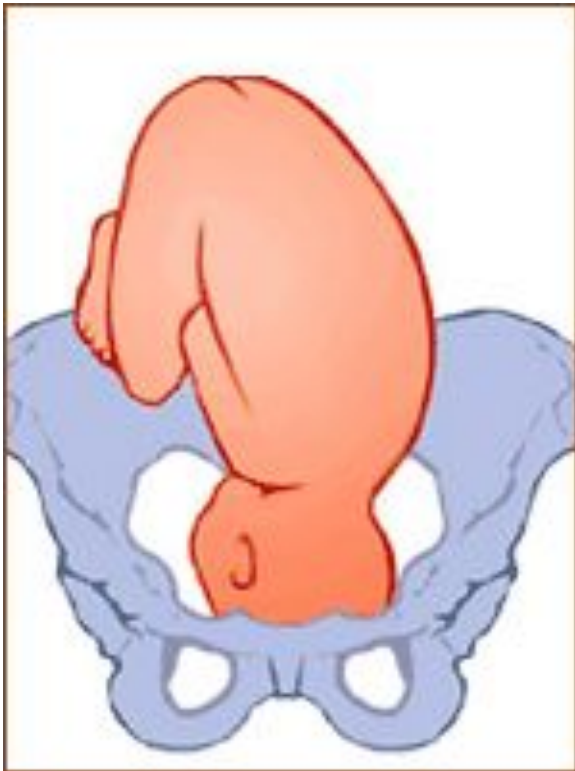


Разгибательные предлежания головки плода: переднеголовное, лобное, лицевое.



Подготовила: ординатор
Чотчаева З.Д.

Ярославль, 2017

Неправильные предлежания головки.

- 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, плоскоррахитический 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.



Роды при переднеголовном предлежании.

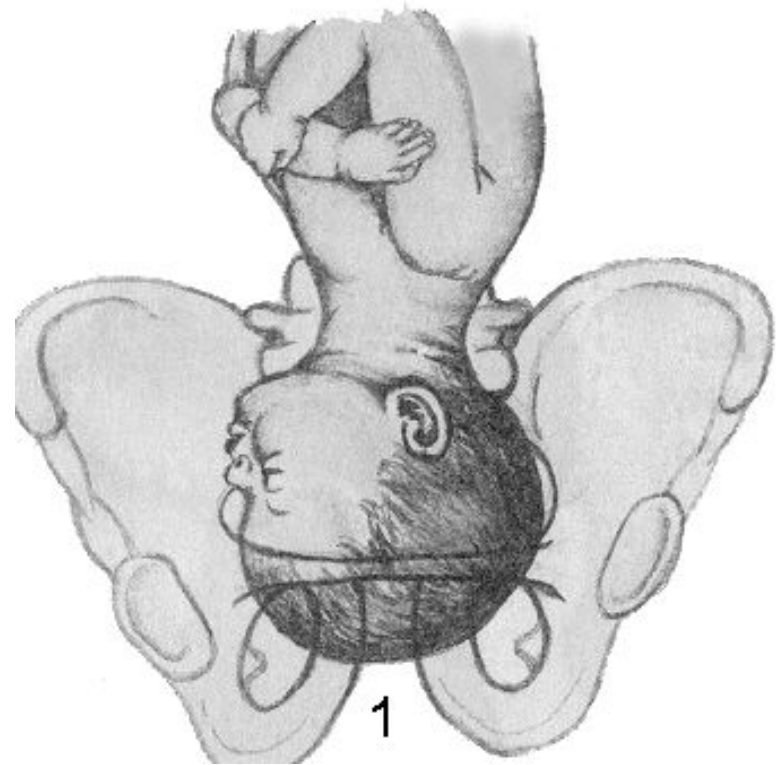
Диагностика:

- 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.

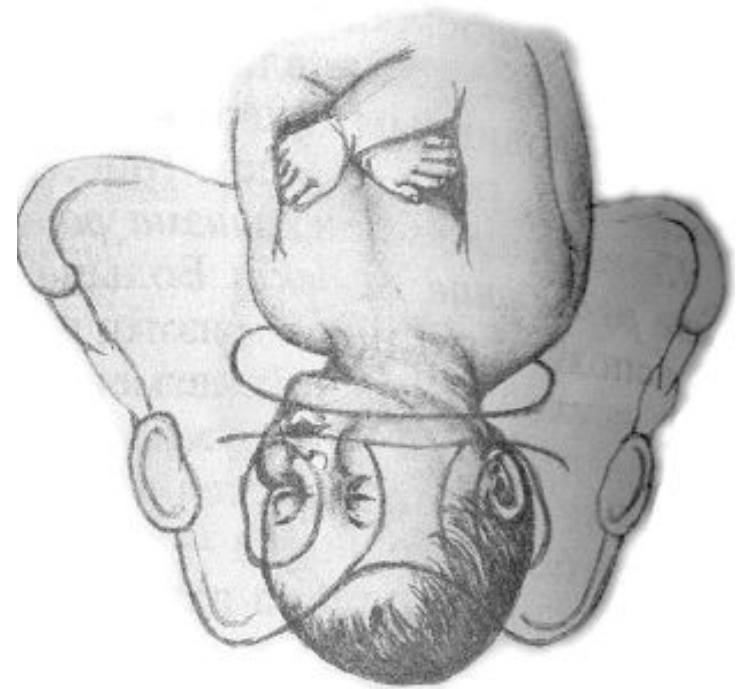
1. Незначительное разгибание головки - головка устанавливается стреловидным швом в поперечном размере плоскости входа в малый таз. Проводная точка – большой родничок



Роды при переднеголовном предлежании

Биомеханизм родов:

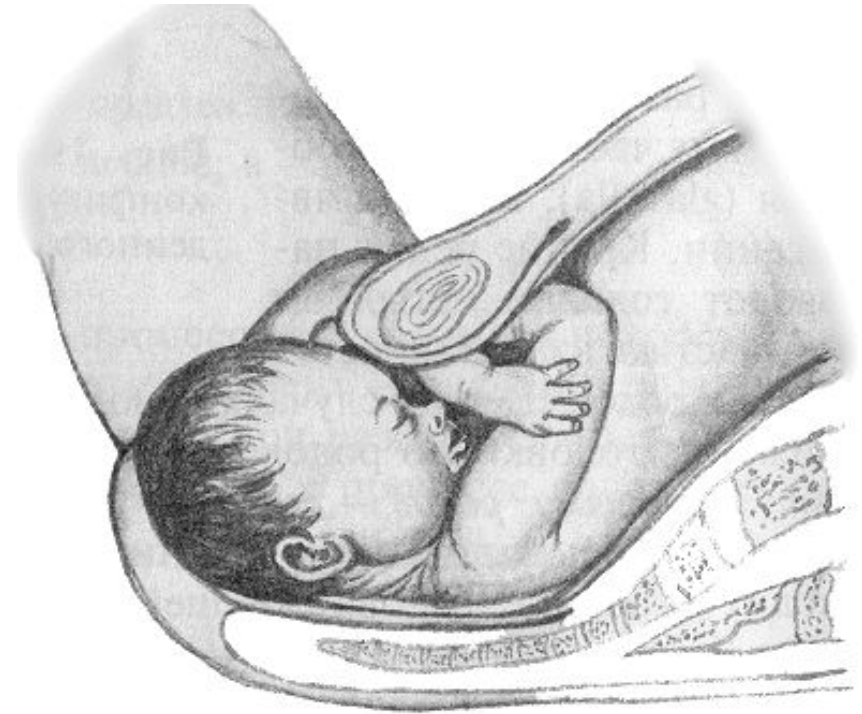
2. Внутренний поворот головки - начинается в полости малого таза и заканчивается установлением стреловидного шва в прямом размере плоскости выхода малого таза. Особенность внутреннего поворота – обязательное образование заднего вида (затылком к крестцу). Стреловидный шов становится в прямом размере



Роды при переднеголовном предлежании

Биомеханизм родов:

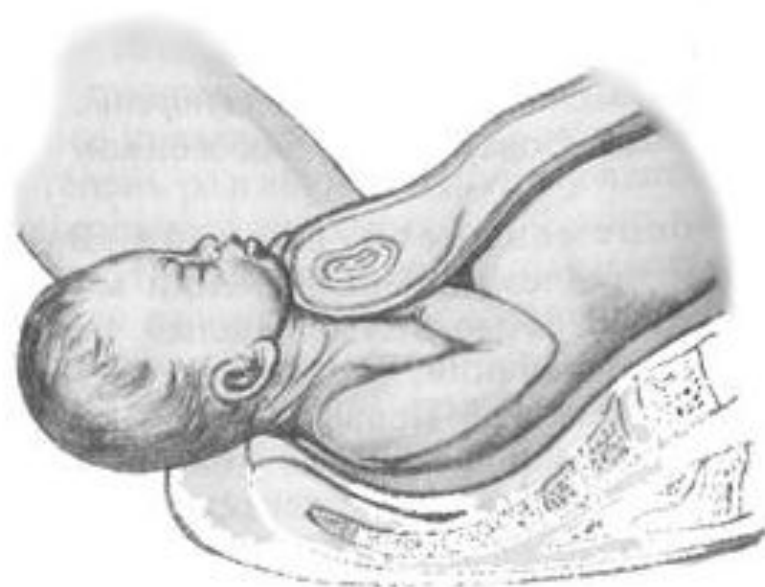
3. Сгибание головки. После прорезывания темени и лба область переносья подходит под лонную дугу и образует первую точку фиксации, вокруг которой происходит сгибание. Во время сгибания происходит рождение затылка



Роды при переднеголовном предлежании

Биомеханизм родов:

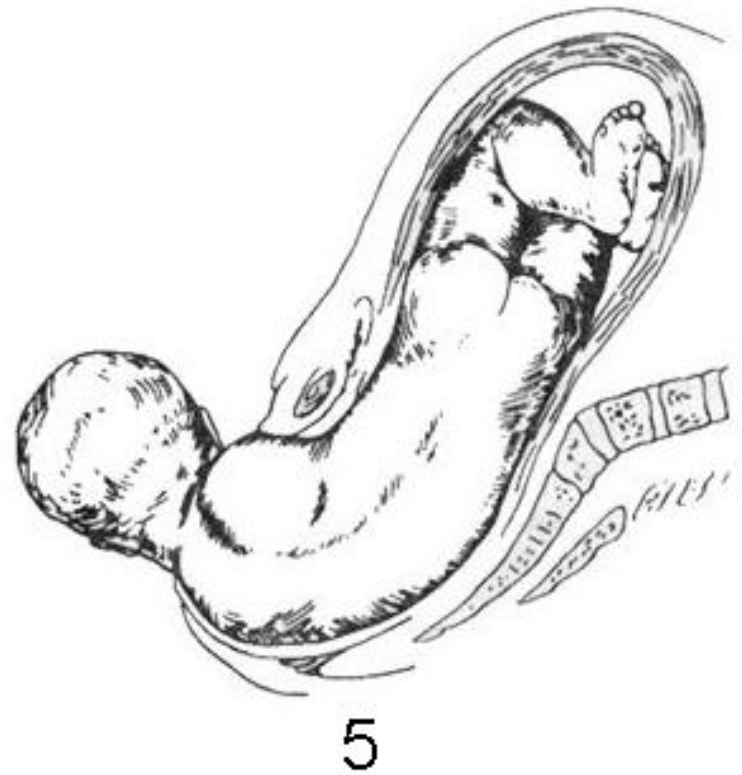
4. Разгибание головки после рождения теменных бугров и затылка, когда подзатылочная ямка, упираясь в верхушку копчика, образует вторую точку фиксации. В этот момент рождается головка. Диаметр прорезывания – большой прямой размер головки



Роды при переднеголовном предлежании

Биомеханизм родов:

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



Роды при переднеголовном предлежании

Родовая опухоль располагается в области большого родничка. При наличии показаний операцию заканчивают наложением акушерских щипцов или путем вакуум-экстракции плода.

Роды при лобном предлежании.

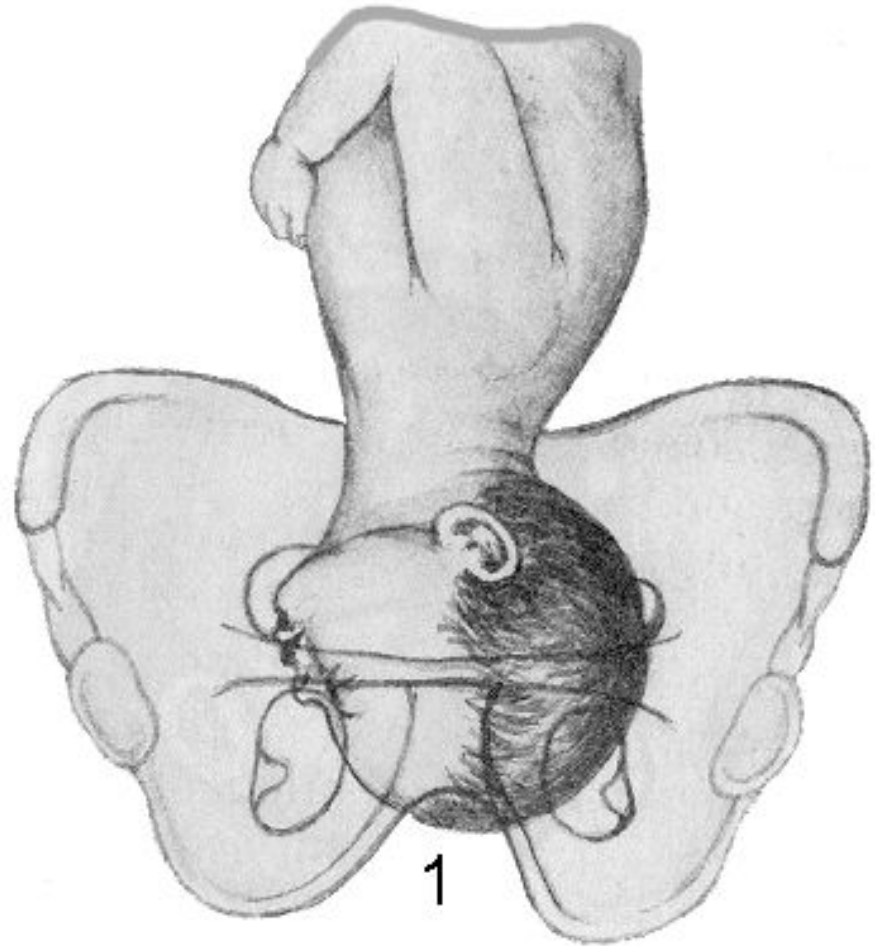
Диагностика:

- 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:

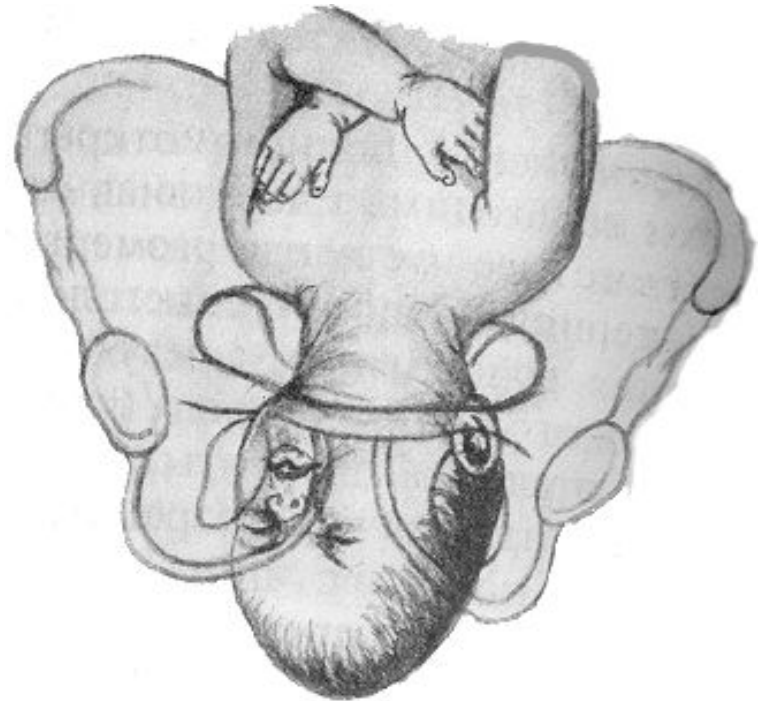
1. Разгибание головки
средней степени -
лобный шов
устанавливается в
поперечном или
слегда косом разmere
плоскости входа в
малый таз; проводная
точка – середина лба



Роды при лобном предлежании

Биомеханизм родов:

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

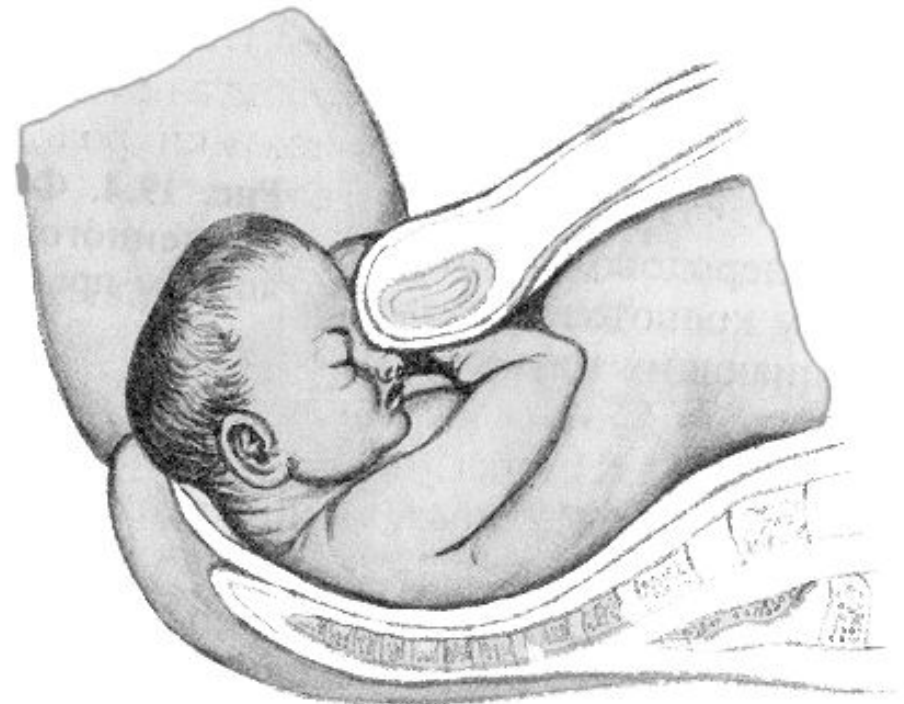


2

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



Роды при лобном предлежании

Биомеханизм родов:

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



4

Роды при лобном предлежании

Биомеханизм родов:

5. Наружный поворот
головки и внутренний
поворот плечиков



5

Роды при лобном предлежании

Проводной точкой является лоб. Родовая опухоль располагается в области лба. Лобное предлежание является показанием к кесареву сечению.

Роды при лицевом предлежании.

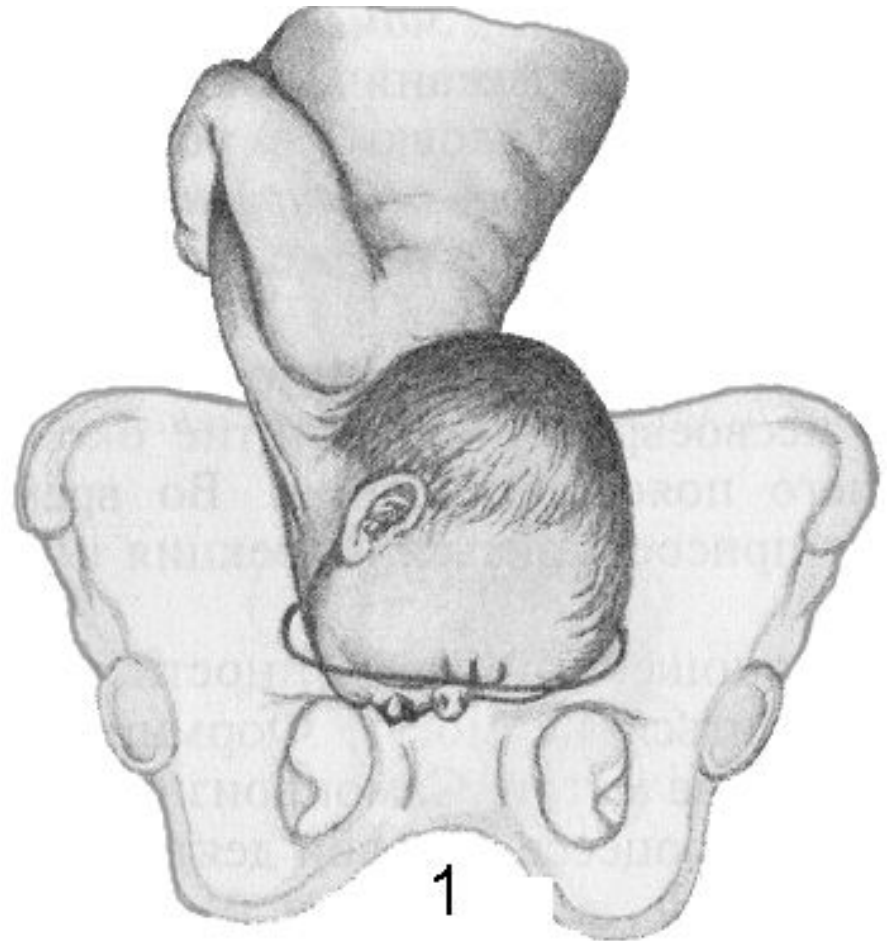
Диагностика:

- 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

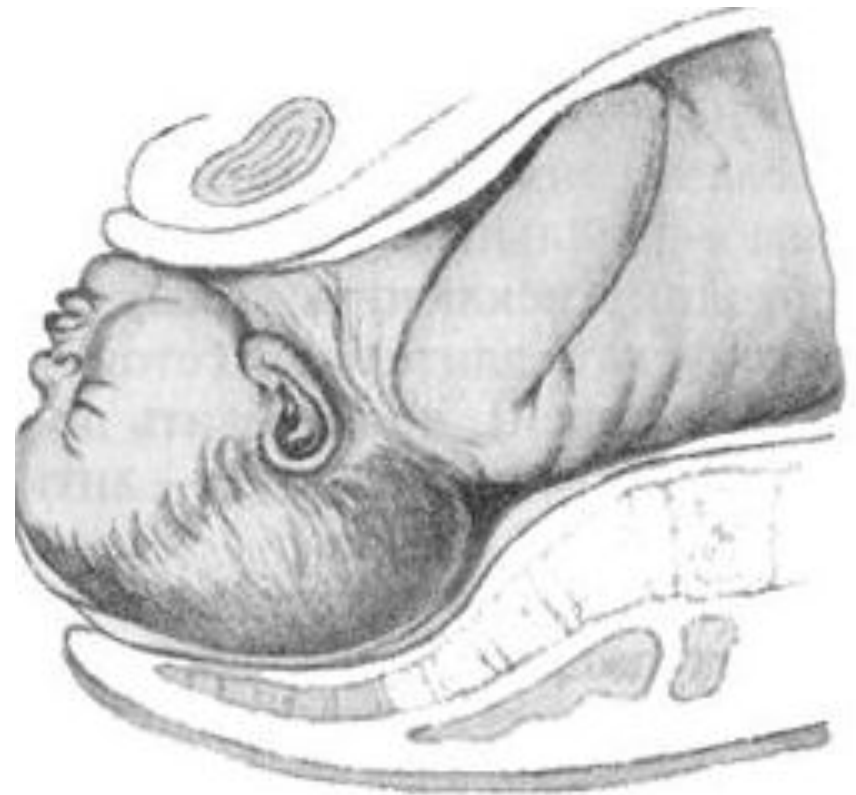


Роды при лицевом предлежании

Биомеханизм родов:

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

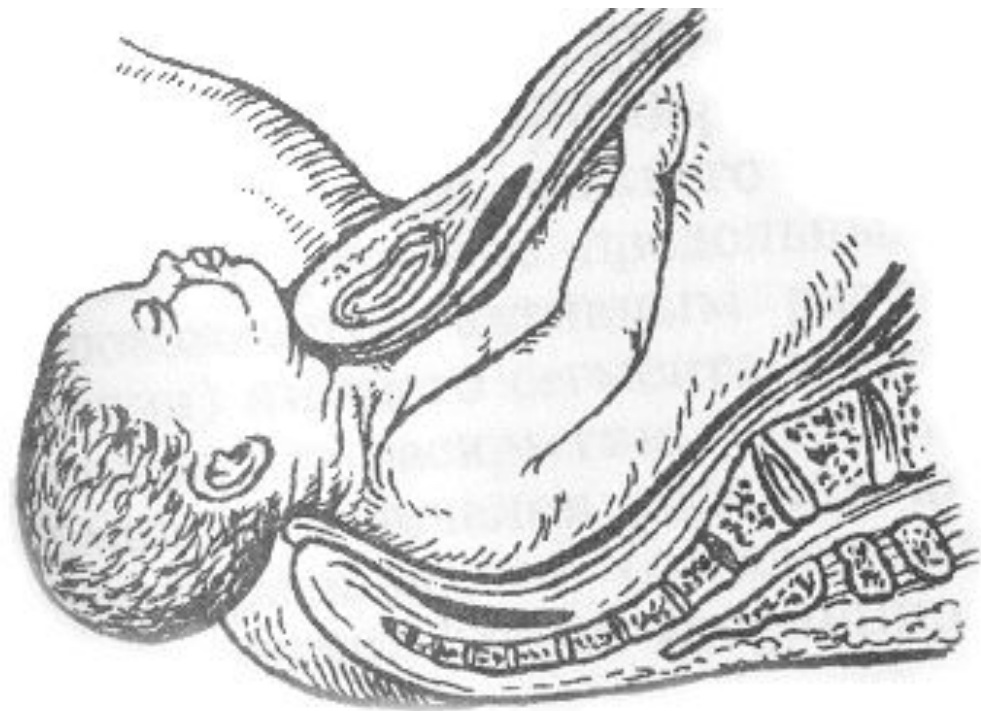


2

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



Роды при лицевом предлежании

Биомеханизм родов:

4. Наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков.



4

Роды при лицевом предлежании

Родовая опухоль располагается на лице, глазах, подбородке. Лицевое предлежание является показанием к кесареву сечению.

Осложнения при неправильных предлежаниях головки:

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

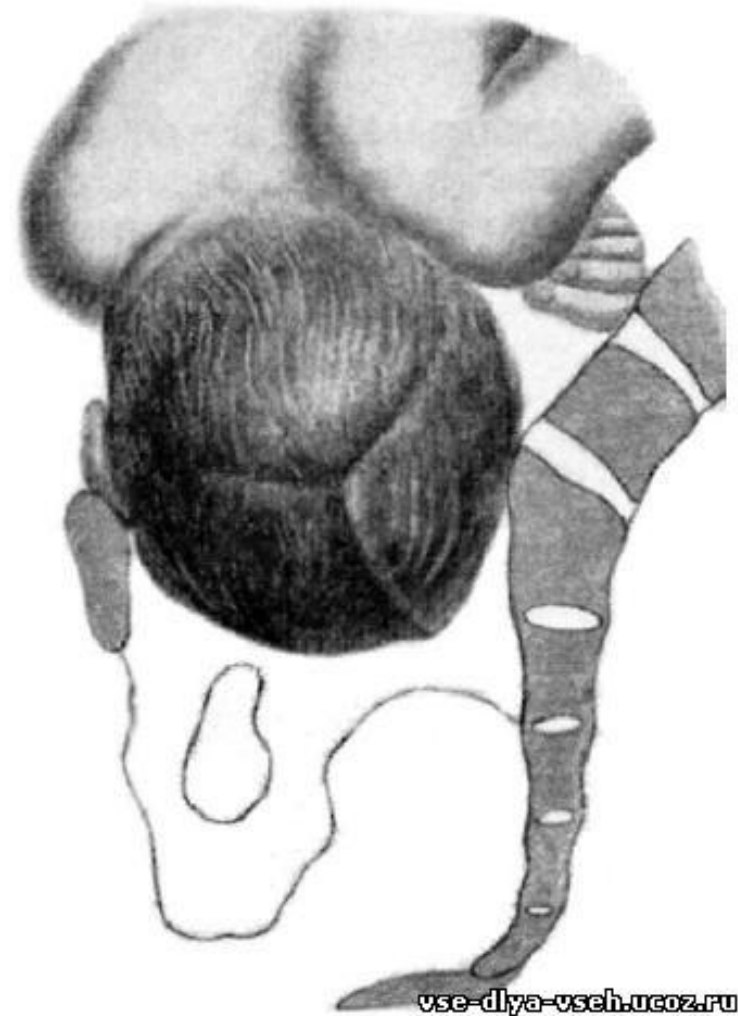
Неправильные (асинклитические) вставления головки.

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

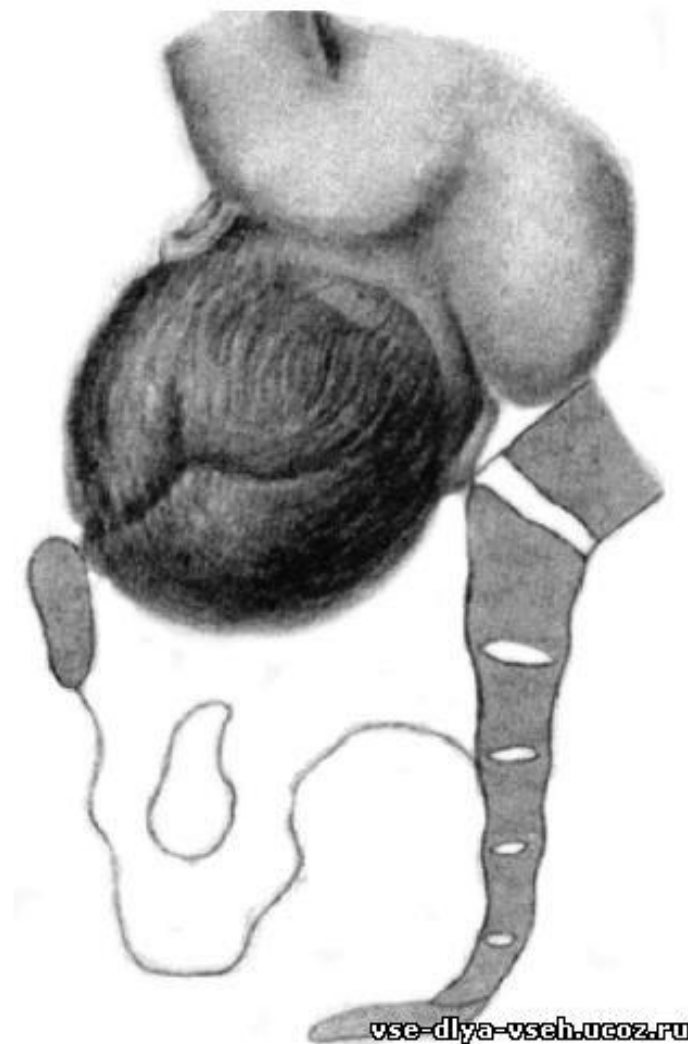
Иногда асинклитизм бывает выражен настолько, что препятствует дальнейшему продвижению головки по родовому каналу - **патологический асинклитизм.**

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 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.

Прогноз родов

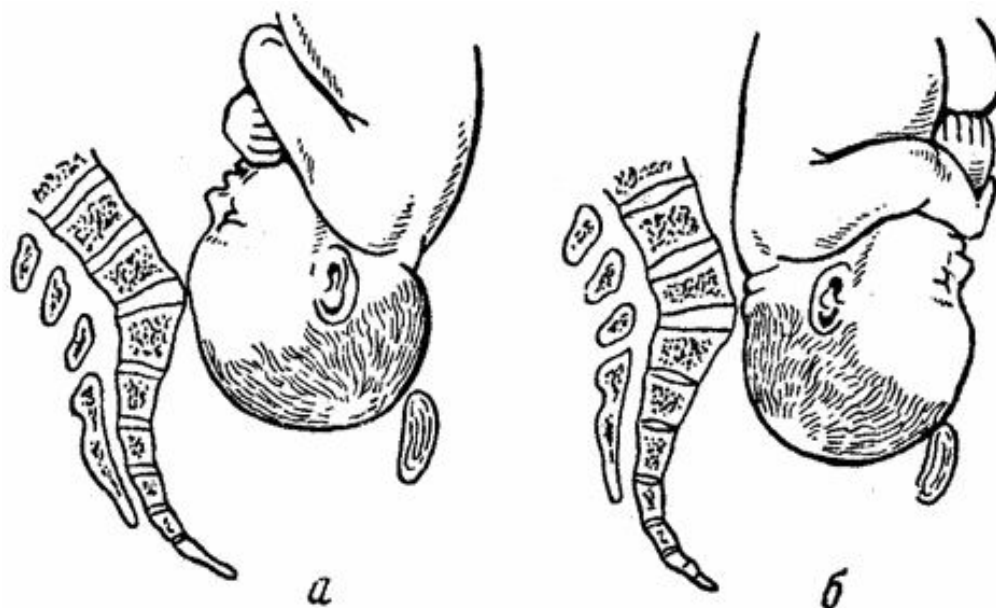
При заднем асинклитизме чаще является следствием родов при общесуженном плоском и плоскорахитическом тазах. Первой вставляется заднетеменная кость в поперечном размере. При боковом сгибании головки плода стреловидный шов отклоняется к симфизу. Головка вставляется в состоянии легкого разгибания.

- Выраженная степень переднего и особенно заднего асинклитизма является показанием к кесареву сечению.

Неправильные стояния головки (отклонения от нормального биомеханизма родов при затылочных предлежаниях)

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.



Высокое прямое стояние стреловидного шва

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).

Высокое прямое стояние стреловидного шва

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.

Высокое прямое стояние стреловидного шва

- **Осложнения:** слабость родовой деятельности, затруднение в продвижении головки, сдавление мягких тканей родовых путей, гипоксия плода, внутричерепная травма плода.

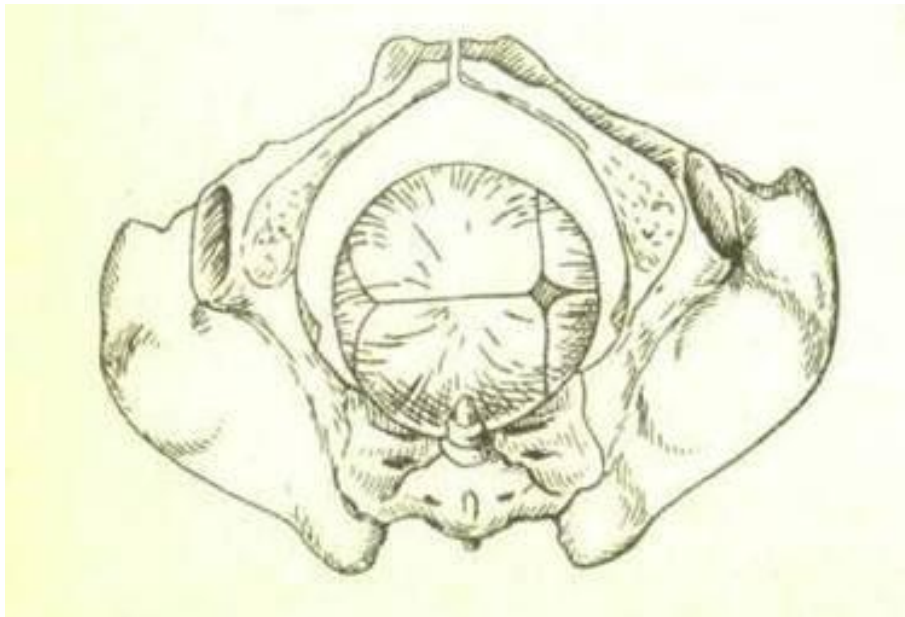
Высокое прямое стояние стреловидного шва

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.



Низкое поперечное стояние стреловидного шва

Этиология: сужение таза (плоские тазы, особенно, плоскорахитический), маленькие размеры головки плода, сниженный тонус мышц тазового дна.

Низкое поперечное стояние стреловидного шва

Осложнения: сдавление и омертвление мягких тканей родовых путей и мочевого пузыря, восходящая инфекция, разрыв матки, гипоксия плода.

Низкое поперечное стояние стреловидного шва

Родоразрешение: при активной родовой деятельности роды заканчиваются самопроизвольно, в противном случае прибегают к кесареву сечению, наложению акушерских щипцов, краниотомии.

Спасибо за внимание!

