

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА. РАЗГИБАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДЛЕЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА

*Выполнила: Журавлева К.Л.
Группа Л1-С-О-163(1)*

Преподаватель: и.о. зав. каф. Акушерства и гинекологии Румянцева З.С.

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.

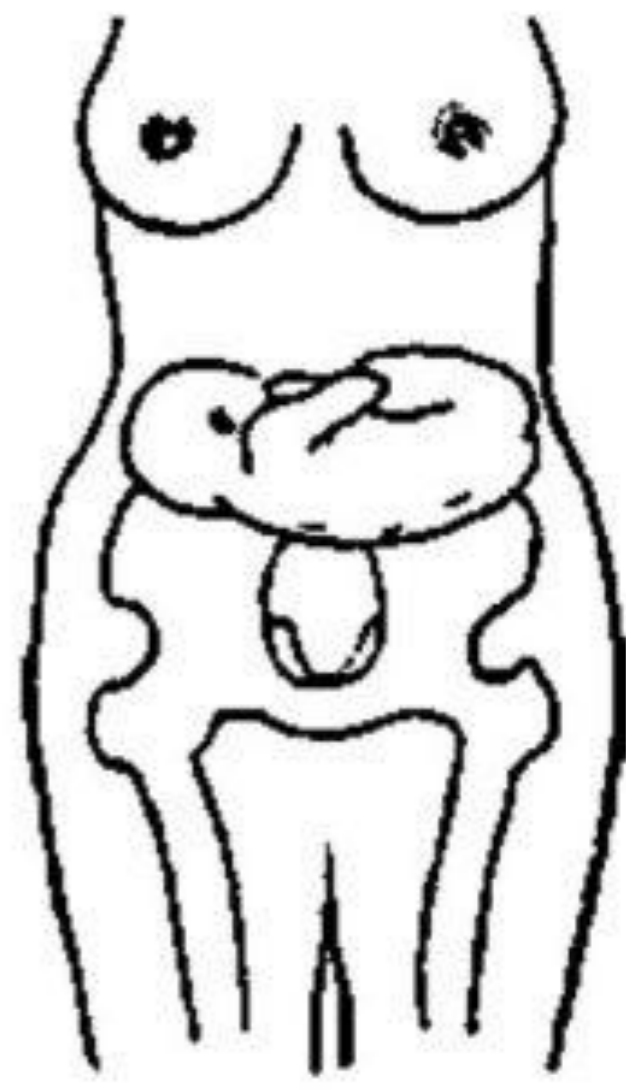
Косое или поперечное положение плода определяют по отношению крупной части плода к линии, соединяющей гребни подвздошных костей. При косом положении плода одна из крупных его частей (головка или тазовый конец) располагается ниже гребня подвздошной кости. При поперечном положении и головка, и тазовый конец плода находятся выше линии, соединяющей гребни подвздошных костей.



продольное



косое



поперечное

Эпидемиология

Неправильное положение плода обнаруживают с частотой 1:200-1:350 родов (0,3-0,7%) при доношенной беременности, причем у многорожавших (начиная с 4-ых родов) - в 10 раз чаще, чем у первородящих. При сроке гестации менее 32 нед неправильные (патологические) положения плода в матке отмечаются в 6 раз чаще, чем при доношенной беременности и достигают 2%. Перинатальная смертность при неустойчивом или поперечном положении плода (за исключением пороков развития плода и глубокой недоношенности) варьирует от 3,9 до 24%, материнская смертность - до 10%.

Материнская смертность обусловлена восходящим инфицированием при преждевременном излитии вод, кровотечением при аномальном расположении плаценты, осложнениями оперативных пособий и разрывом матки. Перинатальные потери при отсутствии пороков развития и хромосомных аномалий обусловлены острой гипоксией плода при выпадении пуповины и родовой травмой. Выпадение петель пуповины происходит в 20 раз чаще, чем при продольном положении и головном предлежании плода.

Этиология

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 тоне 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.

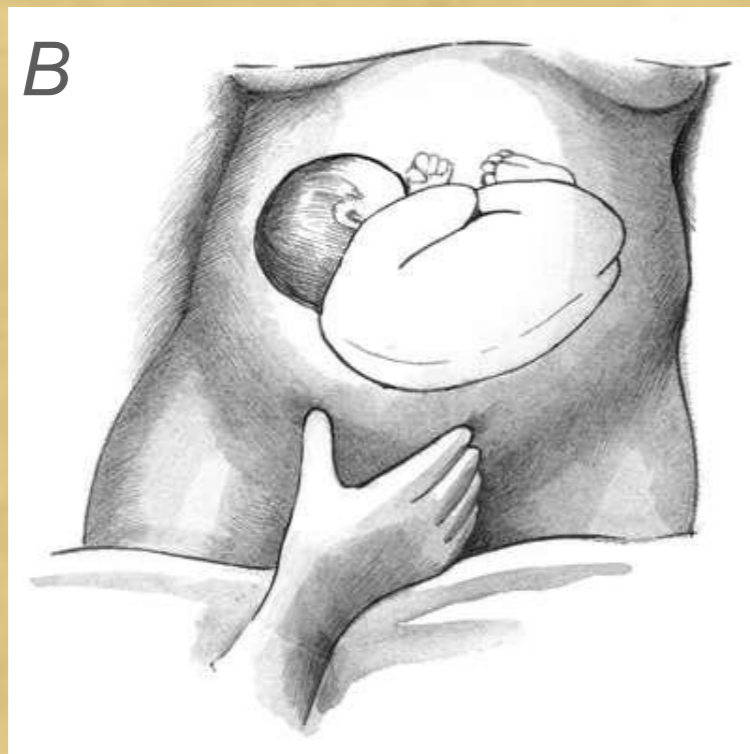
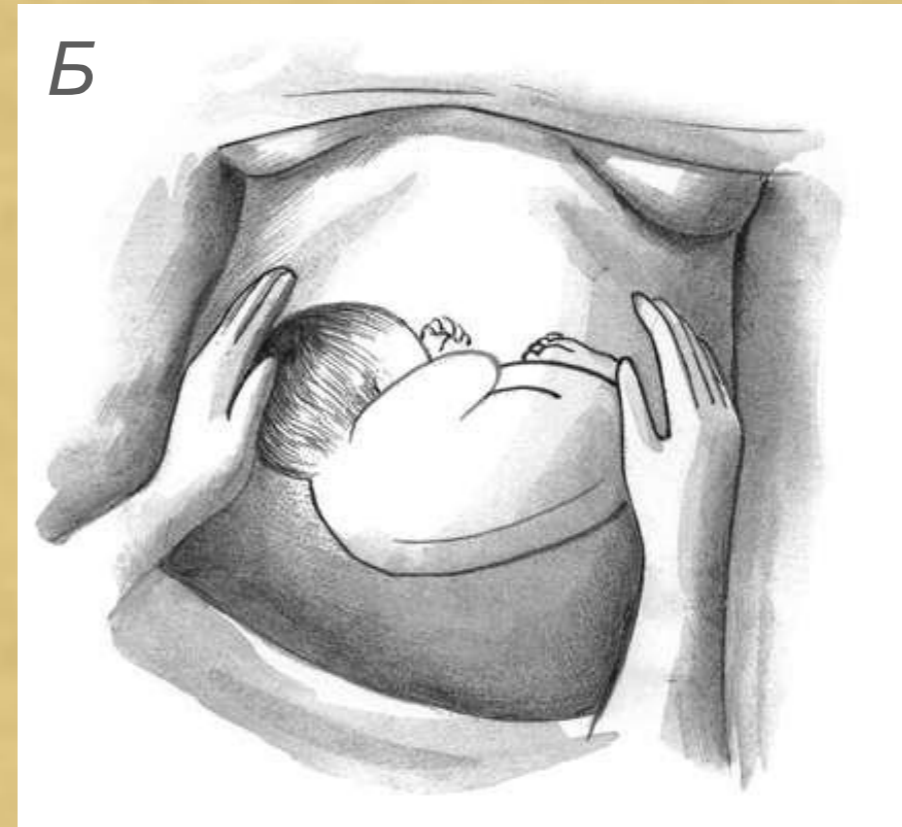
Диагностика

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.

Поперечное положение плода. Наружное акушерское исследование. А - первый прием; Б - второй прием; В - третий прием; Г - четвертый прием



Верификация диагноза происходит при проведении УЗИ. При проведении ультразвукового исследования необходимо исключить тяжелые пороки развития плода или аномальное расположение плаценты.

Влагалищное исследование во время беременности и в первом периоде родов не дает четких результатов.

Исследование следует производить очень осторожно, так как вскрытие плодных оболочек и излитие вод при неполном раскрытии маточного зева значительно ухудшает прогноз родов. При влагалищном исследовании после излития вод и раскрытия зева на 4 см и больше прощупывают бок плода (ребра, межреберные промежутки), лопатку, подмышечную впадину, иногда локти или кисть ручки.

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).

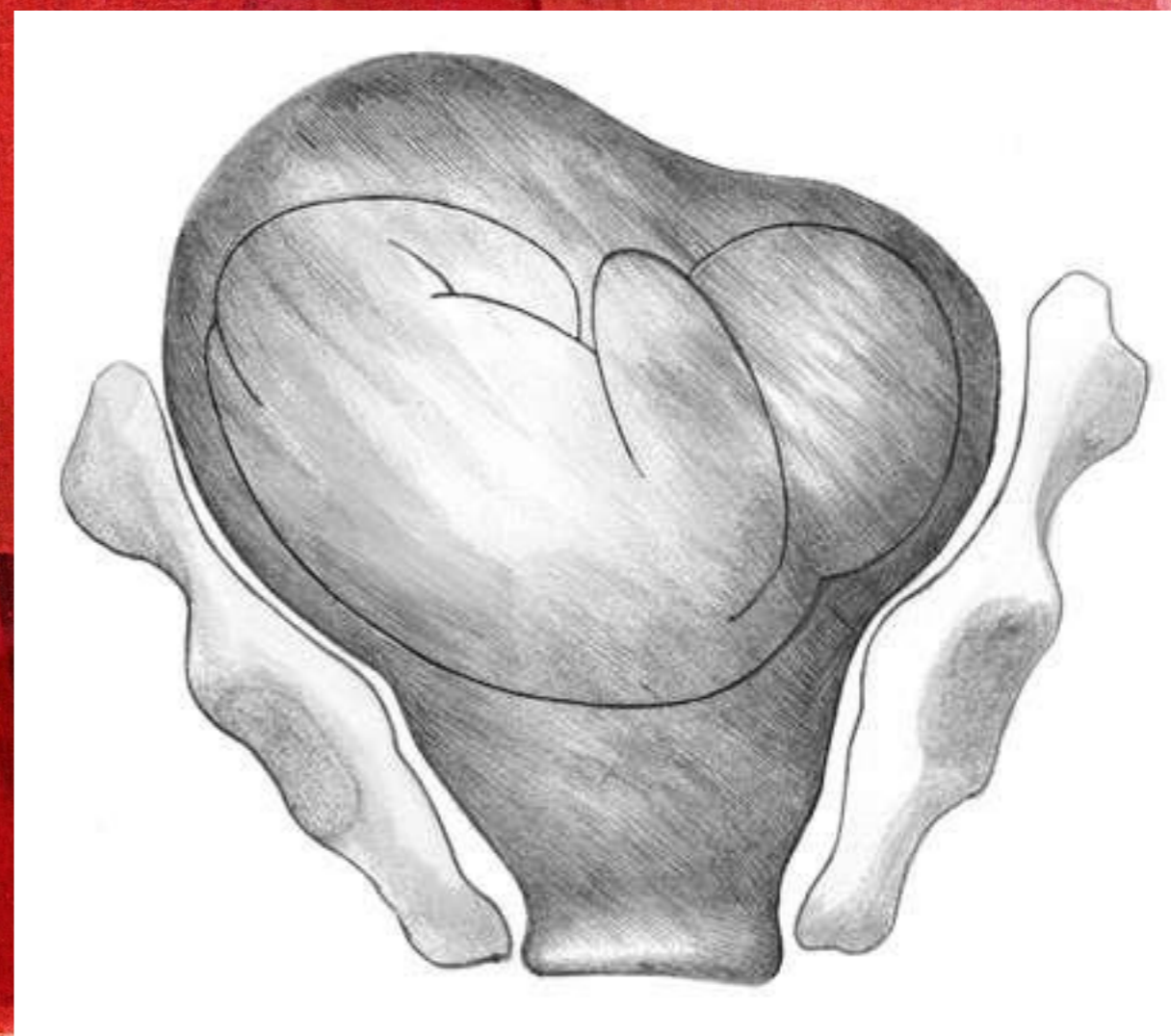
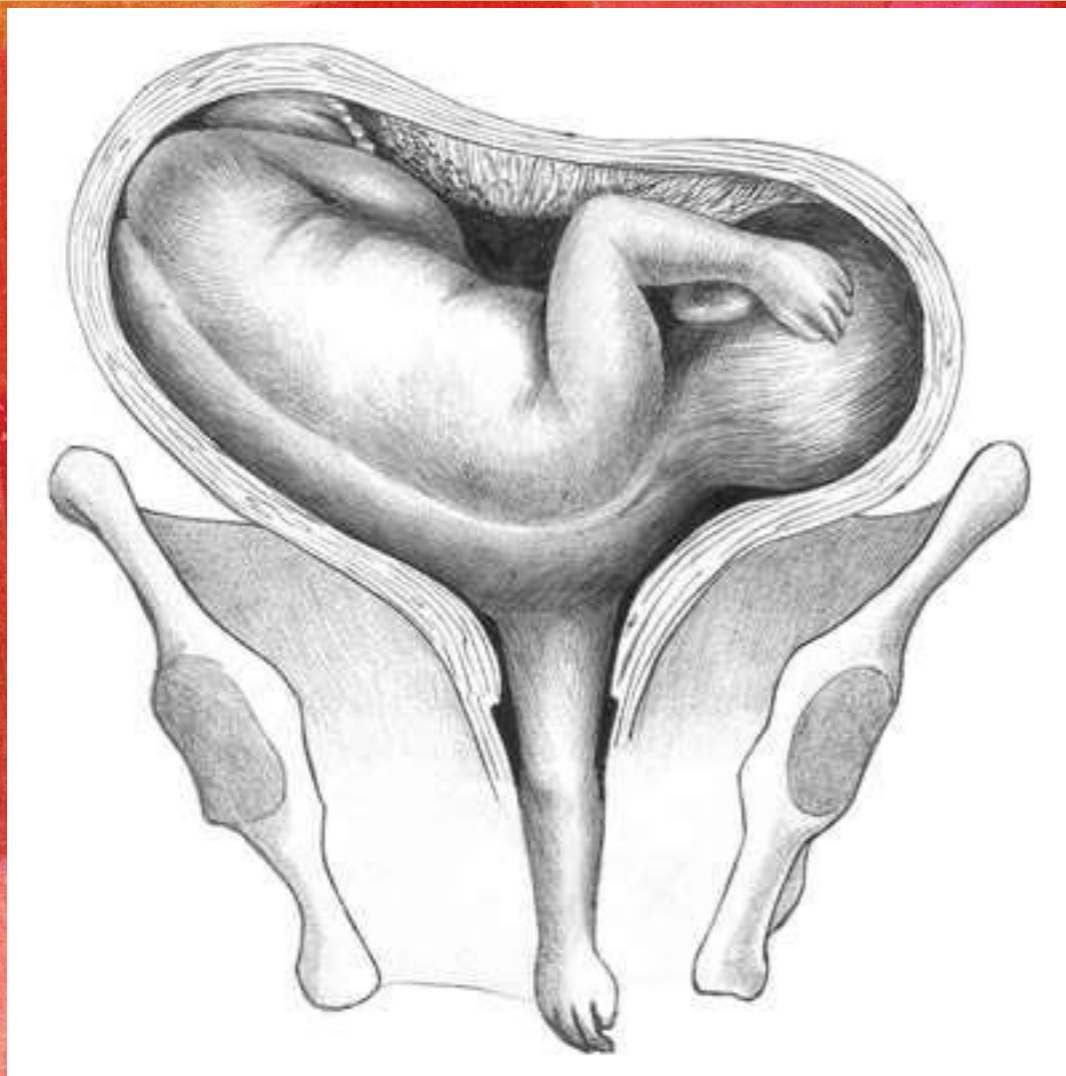
Осложнения беременности при поперечном положении плода: преждевременные роды с дородовым излитием околоплодных вод, которое сопровождается выпадением мелких частей плода; гипоксия и инфицирование плода; кровотечение при предлежании плаценты.

Осложнения родов: раннее излитие околоплодных вод; инфицирование плода; формирование запущенного поперечного положения плода – потеря подвижности плода при интенсивном раннем излитии околоплодных вод; выпадение мелких частей плода; гипоксия; перерастяжение и разрыв нижнего сегмента матки.

А) 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.

Б) Выпадение пуповины. Если при влагалищном исследовании через плодный пузырь прощупываются петли пуповины, говорят о ее предлежании. Определение петель

Поперечное положение плода. Первая позиция, передний вид. Выпадение правой ручки



При малых размерах плода (недоношенность, гипотрофия) и больших размерах таза редко может произойти самоповорот плода в продольное положение или самоизворот. Еще реже происходят роды сдвоенным телом, когда плод складывается в позвоночнике вдвое и в таком состоянии рождается. При этом плод часто погибает.

Ведение беременности и родов

Во время беременности предпринимают меры к исправлению неправильных положений плода.

1. Режим дня. Рекомендуется лежание на том боку, где находится крупная, нижерасположенная часть плода (головка, тазовый конец)

2. Корректирующая гимнастика

При сроке беременности 29-34 нед следует назначить беременной комплекс специальных упражнений, способствующих повороту плода в головное предлежание. Корректирующие упражнения выполняют при отсутствии противопоказаний (рубец на матке, угрожающие преждевременные роды, миома матки, предлежание и низкое расположение плаценты, соматическая патология беременной и др.) под непосредственным наблюдением врача женской консультации. Можно использовать схему, предложенную И.Ф. Диканем (беременная лежа поворачивается попеременно на правый и левый бок, лежит после каждого поворота 10 мин; процедуру повторяют 2-3 раза, занятия проводят 3 раза в день).

Если поперечное положение сохраняется, то женщину госпитализируют в 35-36 нед. для поворота в продольное положение наружными способами с целью своевременного предупреждения и устранения тех осложнений, которые могут возникнуть при поперечном положении плода.

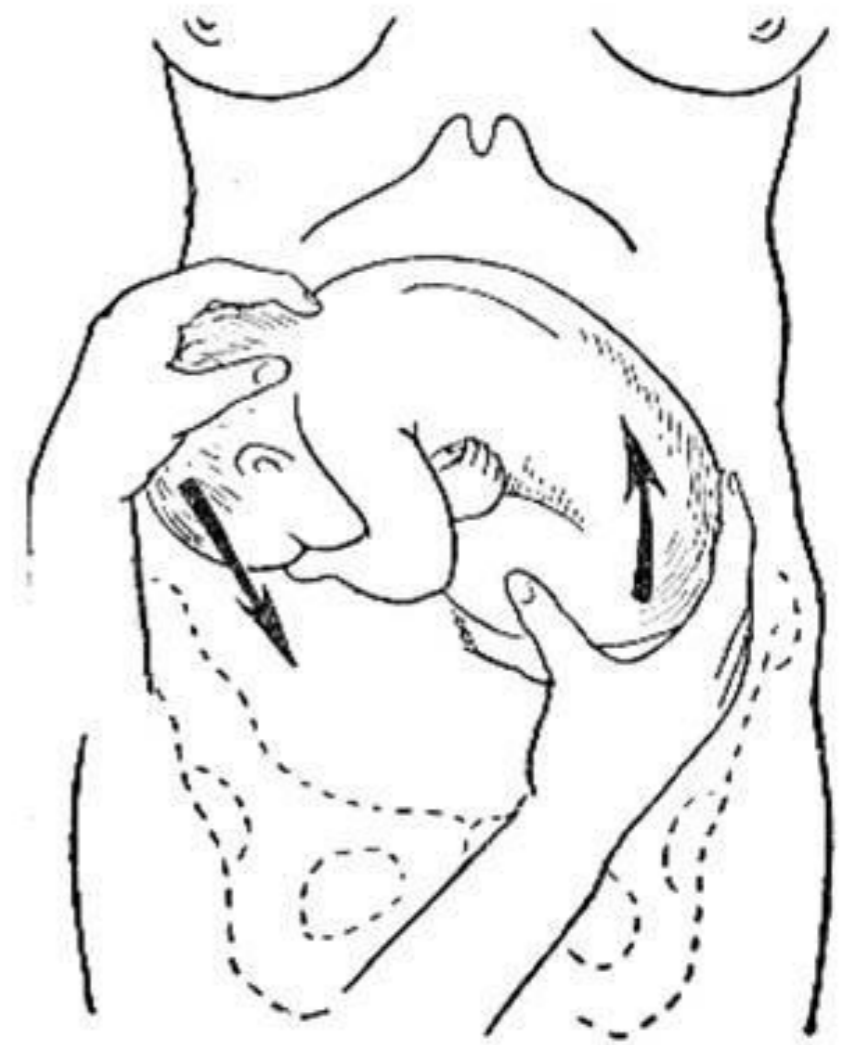
3. Наружный поворот плода в продольное положение.

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.

Наружный профилактический поворот

- а — отведение ягодиц от входа в таз;**
- б — отведение ягодиц в сторону левой подвздошной области;**
- в — смещение ягодиц по левой поверхности матки вверх, а головки — в противоположном направлении;**
- г — смещение ягодиц в сторону почки и захват головки;**
- д — охват головки при заднем виде**



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, к 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.

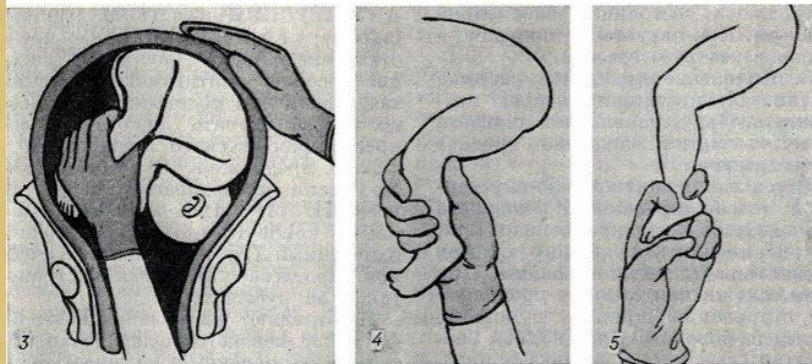
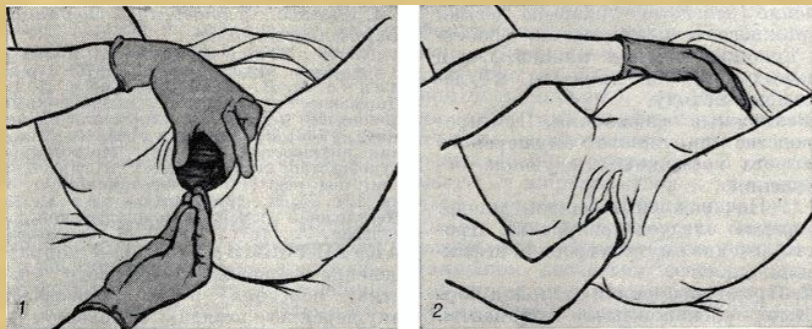
Акушерский поворот плода



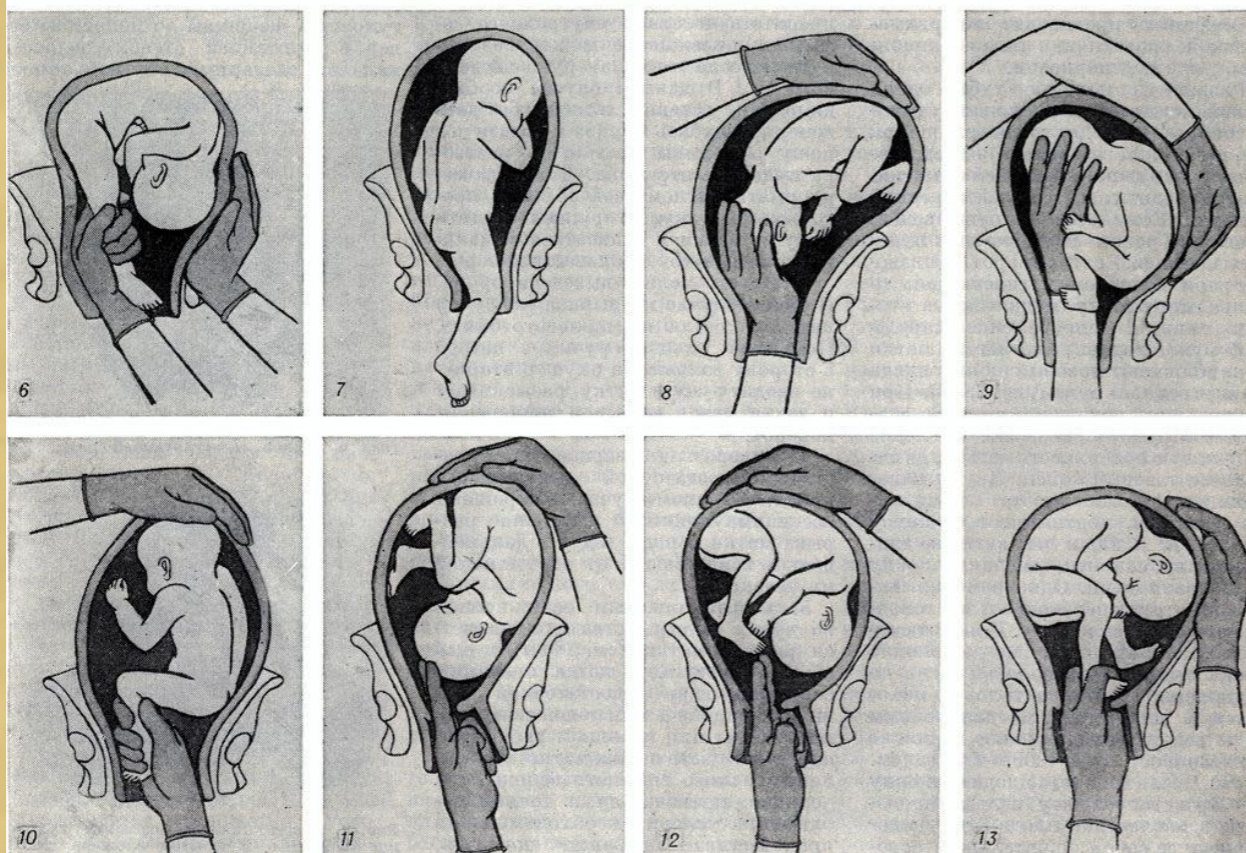
- акушерская операция, с помощью которой можно изменить неблагоприятное, при данной акушерской ситуации, для течения родов положение или предлежание плода на благоприятное.

К операциям А. п. относятся:

1. наружный профилактический А. п. по Архангельскому - поворот на головку.
2. наружно-внутренний классический (комбинированный) А. п. при полном открытии наружного зева шейки матки.
3. наружно-внутренний (комбинированный) А. п. при неполном открытии зева матки, так наз. поворот по Брекстону-Гиксу.



Наружно-внутренний классический поворот плода на ножку



Ведение родов при неправильных положениях плода

Роды при поперечном положении не могут завершиться самопроизвольно (самоповорот и самоизворот наблюдаются очень редко). При поперечном положении плода обоснованным методом родоразрешения нужно считать только абдоминальное кесарево сечение в плановом порядке. Комбинированный наружно-внутренний акушерский поворот при поперечном или косом положении плода при одноплодной беременности с последующей экстракцией плода за тазовый конец противопоказан в связи с высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью (25-90%).

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

Неправильные положения плода, особенно при излитии околоплодных вод, влияют на выбор разреза на матке при кесаревом сечении. Несмотря на то, что поперечный разрез в нижнем маточном сегменте имеет много преимуществ, в 25% требуется расширение доступа в вертикальном направлении для атравматичного извлечения плода. Кроме того, при неправильных положениях плода нижний сегмент матки плохо сформирован. Интраоперационный поворот на головку может позволить провести кесарево сечение в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом, но при излитии вод или маловодии это не представляется возможным. В связи с этим при поперечном или косом положении плода, излитии околоплодных вод и несформированном нижнем сегменте более бережным и оптимальным является продольный разрез на матке («донное» кесарево сечение).

РАЗГИБАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА

Разгибательные предлежания головки встречаются в 0,5-1% родов - головка во вход в таз вставляется разогнутой.

3 варианта разгибания: переднеголовное, лобное и лицевое. Вариант разгибательного предлежания определяется ведущей точкой и размером, которым головка проходит все плоскости таза.

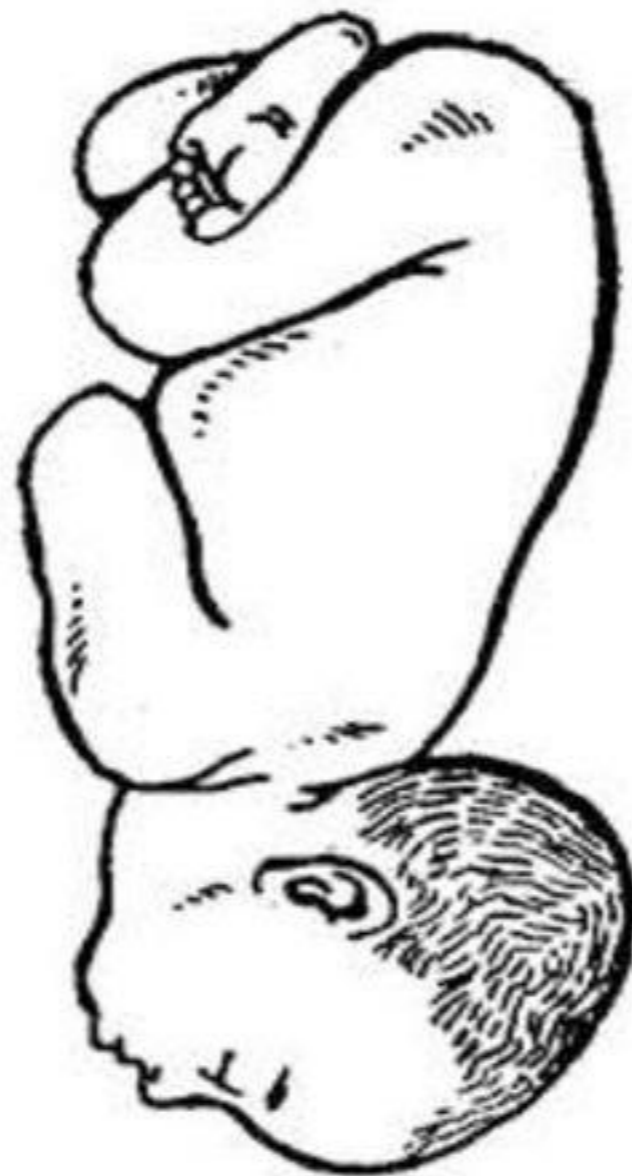
| Варианты разгибательного предлежания | Ведущая точка | Наибольший размер головки | Диаметр, см | Окружность, см |
|--------------------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| Переднеголовное | Большой родничок | Прямой | 12 | 34-35 |
| Лобное | Надпереносье (glabella) | Большой косой | 13.5 | 41-42 |
| Лицевое | Подбородок | Вертикальный | 9.5 | 32 |

Разгибательные предлежания головки плода



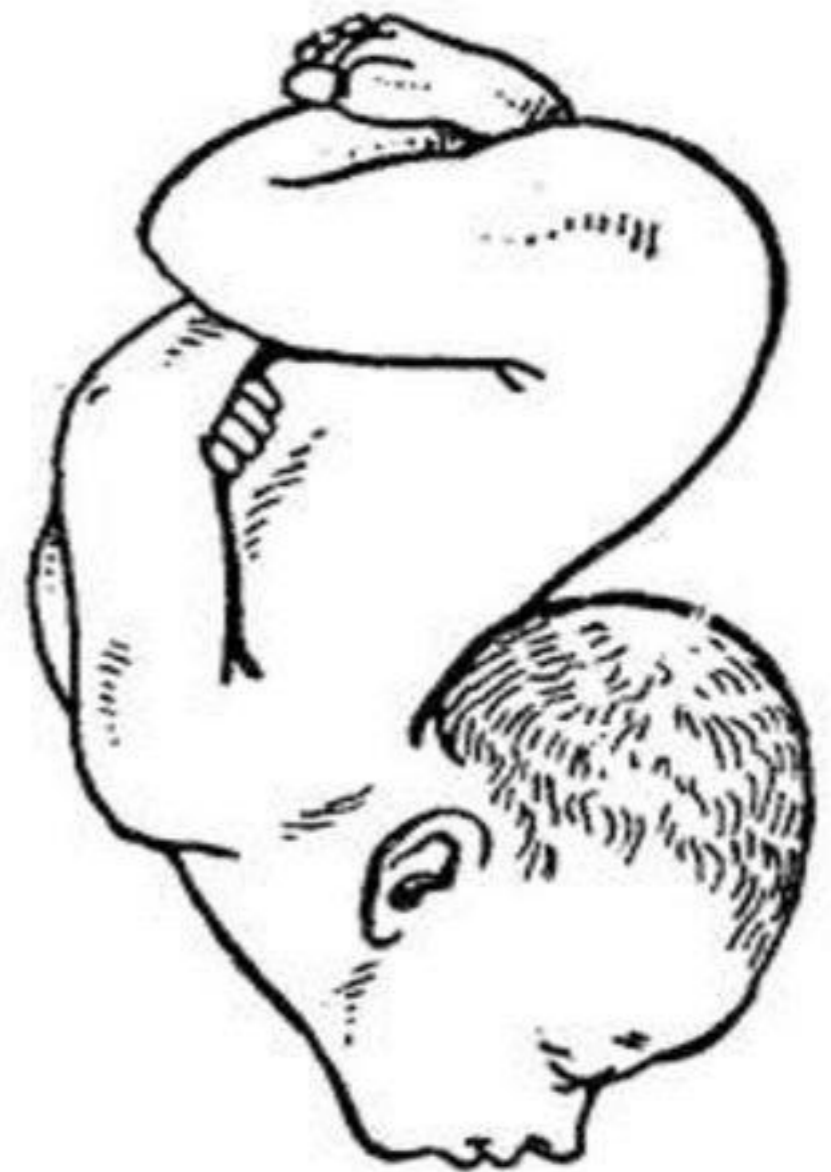
А.

А. Начинающееся разгибание головки (I степень) — переднеголовное предлежание.



Б.

Б. Прогрессирующее разгибание головки (II степень) — лобное предлежание.



В.

В. Полное разгибание головки (III степень) — лицевое предлежание.

ПЕРЕДНЕГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Переднеголовное предлежание заключается в разгибании I степени. По сравнению с затылочным предлежанием головка проходит большим размером (большой сегмент проходит через прямой размер головки - 12 см), ведущей точкой является большой родничок.

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 брахицефалическую форму.

Механизм родов. *Первый момент родов - умеренное разгибание головки* происходит во входе в таз. *Второй момент 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 промежности 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

Лобное предлежание

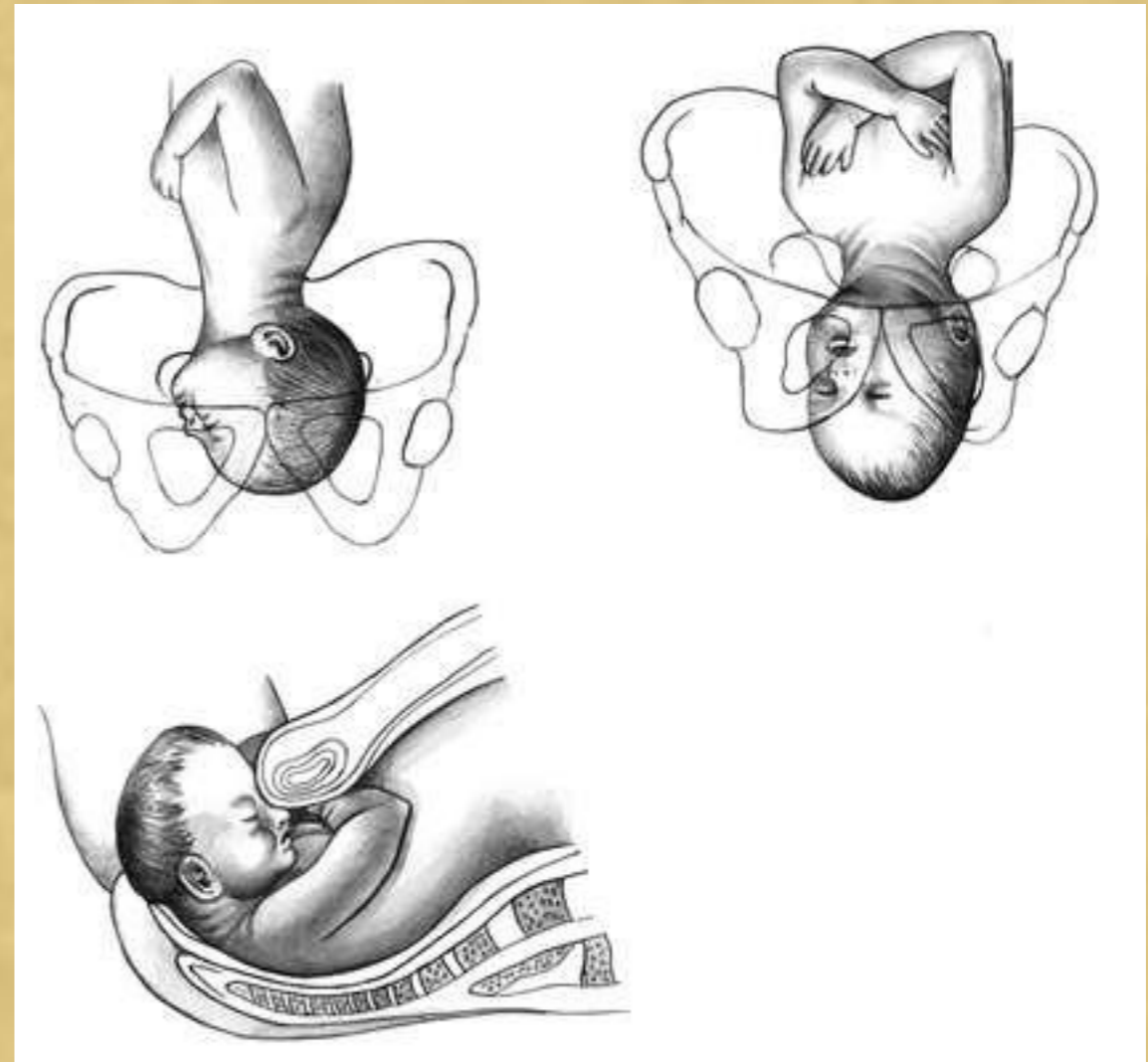
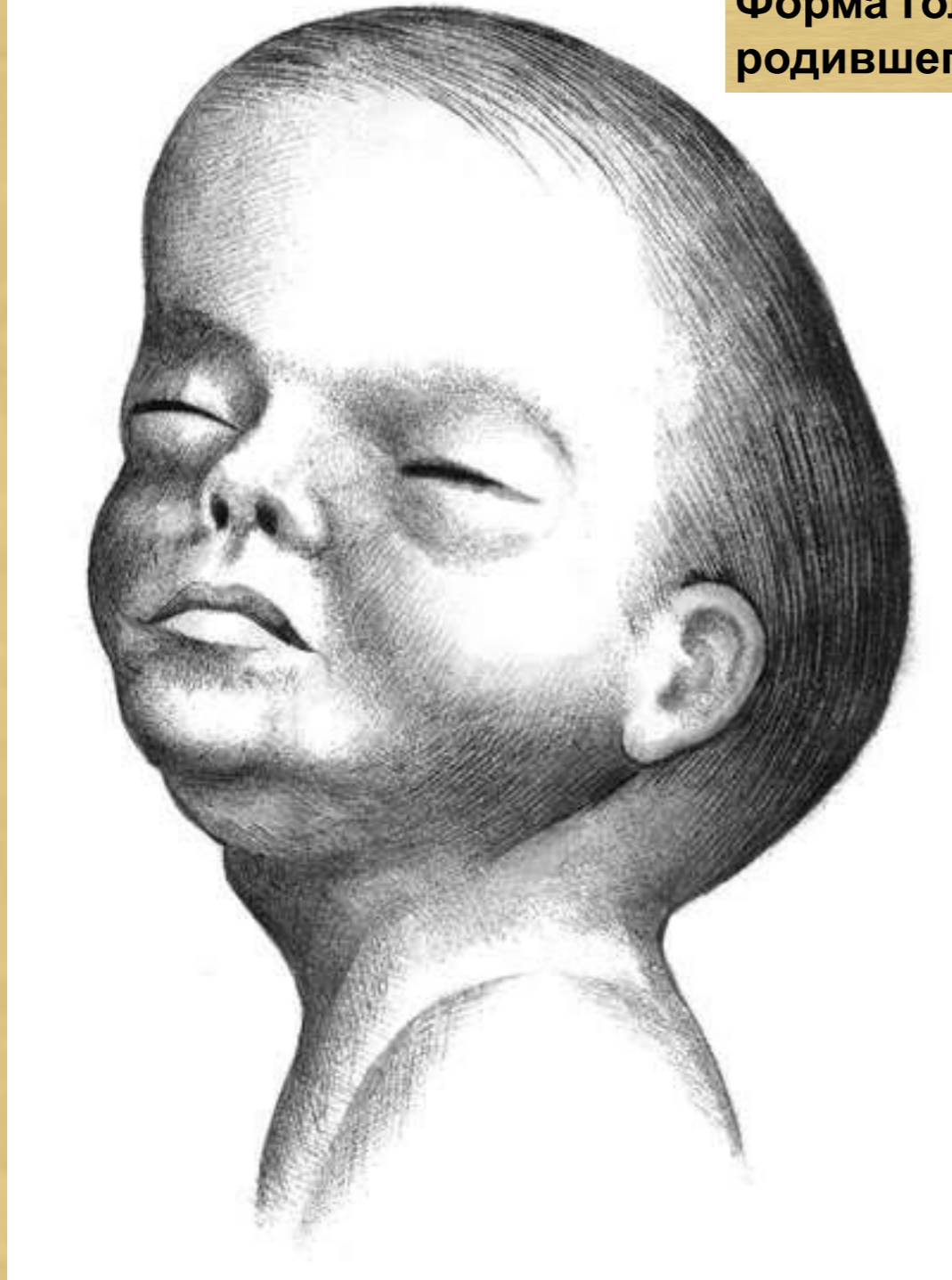
Лобное предлежание встречается очень редко (0,021-0,026%). Большой сегмент головки при лобном предлежании проходит через большой косой размер (13,5 см), который является наибольшим при разгибательных предлежаниях. Лобное предлежание (II степень разгибания) нередко является переходным состоянием от переднеголового 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 рождении темя и затылка плода.

Четвертый момент - разгибание головки - начинается после образования второй точки фиксации - подзатылочной ямки, упирающейся в вершину копчика.

**Форма головки новорожденного,
родившегося при лобном предлежании**



*Механизм родов при лобном
предлежании*

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.

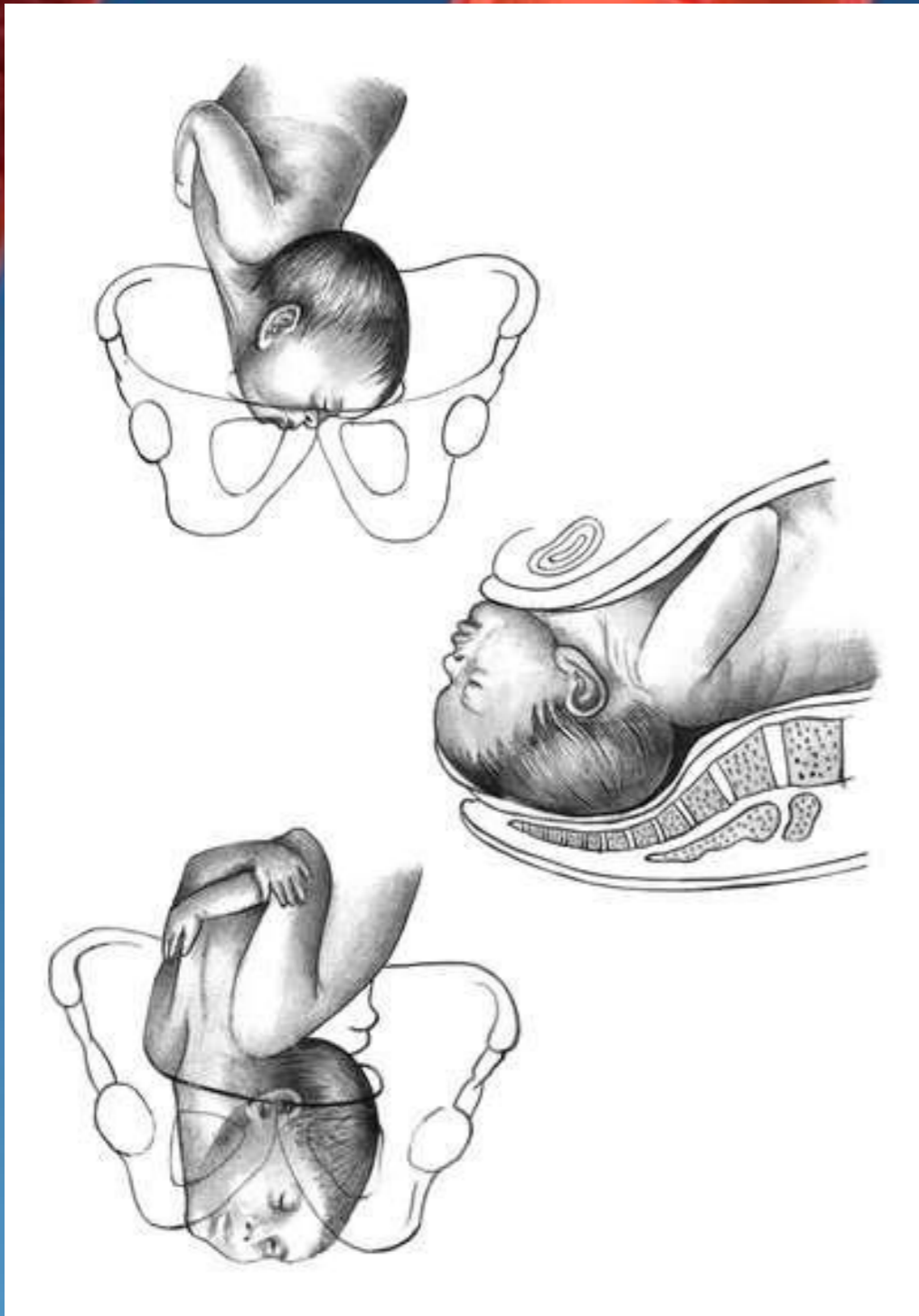
Второй момент - внутренний поворот

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 -



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.

АСИНКЛИТИЗМ

Асинклитизмом называют аномалию положения головки во входе или в полости малого таза, при которой стреловидный шов отклонён от срединной линии таза кпереди или кзади (к лону или к крестцу). В этом случае одна из теменных костей находится ниже другой (внеосевое вставление головки).

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

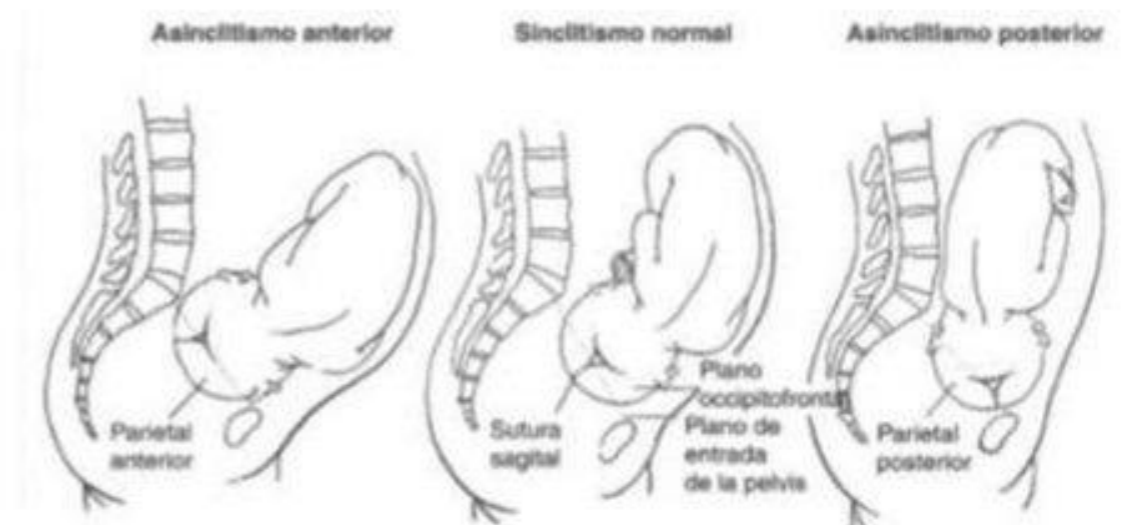
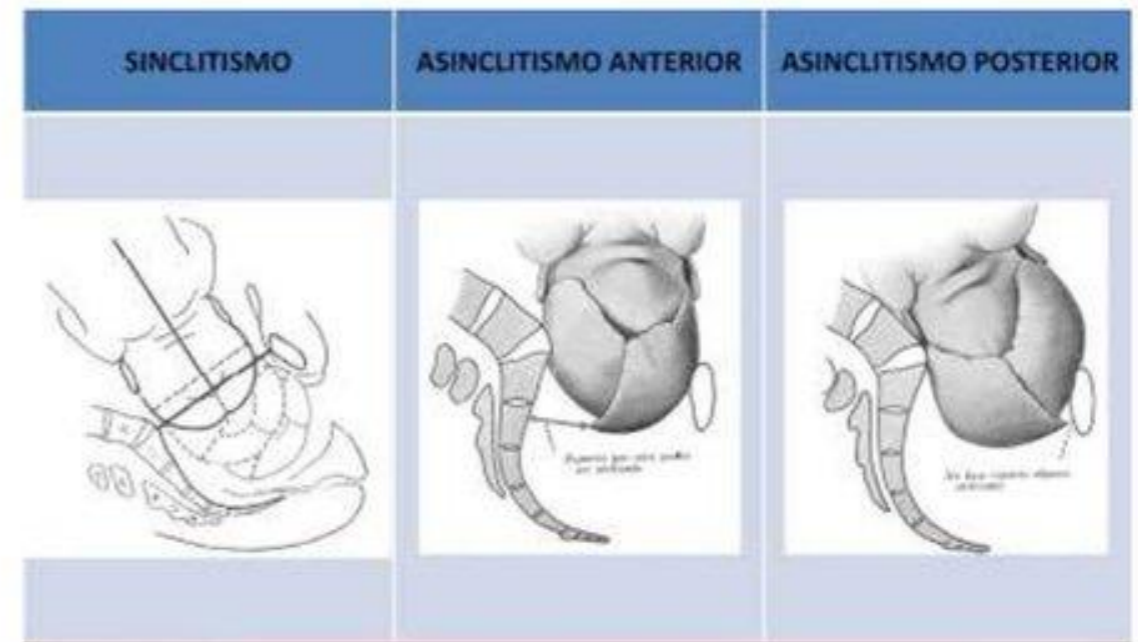
Причины: расслабленное состояние брюшной стенки, расслабленное состояние нижнего сегмента матки, размеры головки плода и состояние таза роженицы (его сужение и особенно уплощение - плоский таз, а также степень угла наклона таза).

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.

Задний асинклитизм чаще является следствием родов при общесуженном плоском и плоскорихитическом 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.



Спасибо за внимание!