

Неправильные положения плода. Патологические вставления головки плода

- **Неправильное положение плода** - клиническая ситуация, при которой ось плода образует с продольной осью матки прямой или острый угол, предлежащая часть отсутствует.

Виды неправильного 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.

Причины

- **Наличие фиброзных либо миоматозных узлов в полости или шейки матки**
- **Узкий таз**
- **Аномалии в строении матки**
- **Нарушения, связанные с местонахождением плаценты**
- **Погрешности в развитии плода**
- **Наличие нескольких плодов в матке**
- **Гипертонус матки**
- **Много- или маловодие**
- **Слабость мышц брюшины**

Диагностика

- **Наружный осмотр.** 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.
- **Внутренний осмотр.** 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.
- **Пальпация живота.** 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.
- **Ультразвуковое исследование**

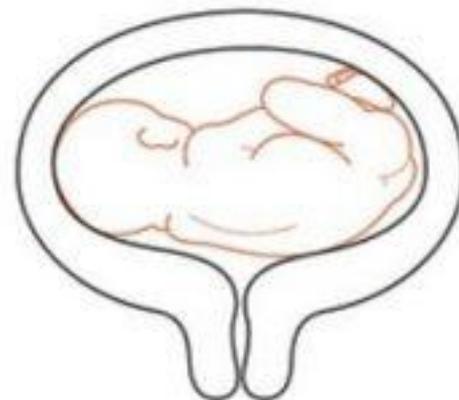
Положение плода



Продольное



Косое



Поперечное

Предлежание плода, деноминатор предлежания



Переднеголовное



Лобное



Лицевое



Тазовое
(ягодичное)



Поперечное
(косое, плечевое)

Ведение беременности и родов

- 1. **Режим дня.** Рекомендуется лежание на том боку, где находится крупная, нижерасположенная часть плода (головка, тазовый конец)
- 2. **Корректирующая гимнастика** (см. вопр. 1 в разделе «Патологическое акушерство»)
- 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.

Разгибательное головное предлежание

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.

Причины

- Узкий таз;
- Многократное обвитие пуповины вокруг шеи плода;
- Малые или большие размеры головки;
- Нарушения родовой деятельности;
- Дряблость мышц передней брюшной стенки;
- Снижение тонуса матки.

- **При переднеголовном предлежании** подбородок немного отходит от грудной клетки, разгибание головки не сильно выражены. Роды обычно заканчиваются самопроизвольно, но могут быть затяжными. В первом и втором периоде родов обязательно проводят профилактику гипоксии плода.
- **Лобное предлежание** является второй степенью разгибания головки. Самопроизвольные роды возможны только при больших размерах таза, небольшом весе ребенка и достаточной силы схваток. Однако ведение родов через естественные пути может привести к ряду осложнений (затяжные роды, гипоксия плода и др.), поэтому предпочтительнее родоразрешать женщину оперативным путем.
- **Лицевое предлежание** проявляется вставлением головки в таз лицевой частью. Это крайняя степень разгибательного предлежания. Родоразрешение через естественные пути практически невозможно, приводит к серьезным осложнениям, вплоть до гибели плода. В данном случае целесообразно проводить экстренное родоразрешение женщины путем кесарева сечения.

Лечение

- Существуют специальные гимнастические упражнения, способствующие переворачиванию плода. Оптимальный срок для таких методик – 30-32 недели. Упражнения можно проводить и в более поздние сроки, но тогда плод имеет уже большие размеры, и вероятность его переворота крайне мала.
- **Комплекс упражнений необходимо выполнять 3-4 раза в день в течение 7-10 дней:**
- **Повороты.** Лежа на кровати, поворачиваться с одного бока на другой 3-4 раза (на каждом боку следует лежать 7-10 минут);
- **Наклоны таза.** Необходимо лечь на твердую поверхность и приподнять таз, чтобы он был выше головы на 25-30 см. В таком положении следует находиться 5-10 минут. Упражнение можно повторять до 2-3 недель;
- **Упражнение «Кошка».** Стать на колени и опереться руками в пол. На вдохе поднять голову и копчик, прогнуть поясницу. На выдохе голову опустить и выгнуть спину. Упражнения повторяют до 10 раз;
- **Коленно-локтевое положение.** Встать на локти и колени, таз должен находиться выше головы. В таком положении следует оставаться 15-20 минут;
- **Полумост.** Лечь на пол, под ягодицы подложить несколько подушек, чтобы таз был на 35-40 см выше, и поднять ноги. Плечи, колени и таз должны находиться на одном уровне;
- Лежа на спине. Лечь на твердую поверхность, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах, стопами опереться в пол. На вдохе приподнять и удерживать таз. На выдохе опустить таз и выпрямить ноги. Упражнения следует повторять 6-7 раз.
- Гимнастические упражнения часто являются эффективными и приводят к перевороту плода уже в первые 7 дней
-

Противопоказания к лечебной гимнастике

- Рубцы на матке после операций
- Предлежание плаценты
- Опухоли матки
- Тяжелые заболевания других органов и систем у матери

Асинклитические вставления ГОЛОВКИ

- **передний (асинклитизм Негеле)** - стреловидный шов приближен к крестцу, и передняя теменная кость опускается первой в плоскость входа малого таза, на ней расположена ведущая точка
- **задний (асинклитизм Литцмана)** - первой в таз опускается задняя теменная кость, стреловидный шов отклонен кпереди к лону

Причины

- Снижение тонуса мышц брюшной стенки, не препятствующей отклоняющемуся вперед дну матки, в результате чего происходит переднетеменное вставление;
- расслабление нижнего сегмента матки, не оказывающего противодействия отклоняющейся вперед головке, вследствие чего происходит заднетеменное вставление;
- сужение, уплощение или большой угол наклона таза роженицы;
- даже при правильном положении матки и находящегося в ней плода возможно возникновение условий, благоприятных для образования как переднетеменного внеосевого вставления головки (при значительном уменьшении угла наклона таза), так и для заднетеменного внеосевого вставления головки (при значительном увеличении угла наклона таза);
- Состояние плода. Раздражение центра, расположенного в шейном отделе спинного мозга плода, вызывает так называемый «шейный рефлекс Магнуса», который проявляется вращением головки по сагиттальной оси, боковым сгибанием головки.

Диагностика

- Распознать патологический асинклитизм путем наружного исследования очень трудно. В этой связи решающее значение имеет влагалищное исследование, при котором можно пропальпировать стреловидный шов, установить его приближение к мысу (при переднем асинклитизме) или к лону (при заднем асинкли-тизме). В случае резко выраженного асинклитизма под лоном (передний асинкли-тизм) или ниже мыса (задний асинклитизм) определяют ушко или щечку плода (ушное или щечное предлежание).

Роды

- 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.

Спасибо за внимание