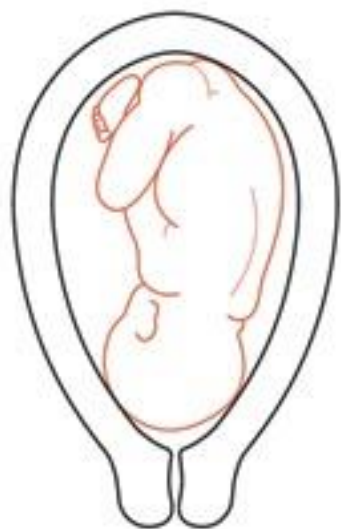


Роды при неправильных положениях и предлежаниях плода

Выполнила: Кашковал Д.Г.

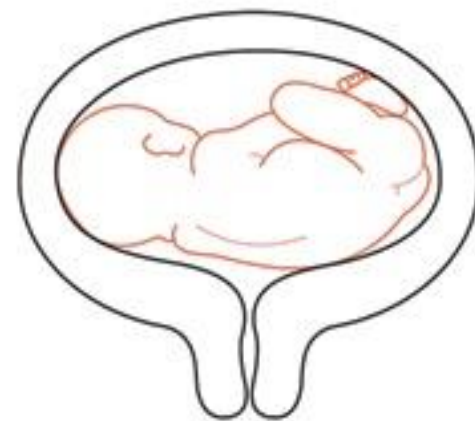
Положение плода



Продольное



Косое



Поперечное

Предлежание плода, деноминатор предлежания



Переднеголовное



Лобное



Лицевое



Тазовое
(ягодичное)



Поперечное
(косое, плечевое)

Этиология

Материнские факторы:

- Пороки развития матки — из-за неправильного развития матки плод принимает патологическое положение или предлежание. Это может быть седловидная или двурогая матка, перегородка в маточной полости, гипоплазированная матка и другие
- Опухолевидные образования в матке — различные опухоли (как правило, миоматозные узлы) часто мешают плоду правильно развернуться. Не исключаются полипы матки (фиброзные).
- Повышенный или сниженный маточный тонус
- Рубцы на матке
- Перерастяжение матки — в данном случае может повлиять многоводие либо большое количество родов в анамнезе.
- Сужение таза — значительно суженный таз (3 – 4 степени) или искривленный и имеющий неправильную форму таз также препятствуют физиологическому расположению малыша в матке
- Опухоли таза

Отягощенный гинекологический и/или акушерский анамнез — многочисленные аборты и выскабливания, роды с осложнениями, воспаление матки.

Плодовые факторы:

- Низкий вес плода или недоношенность
- Многоплодие — беременность не одним плодом зачастую (в 13%) осложняется неправильным положением.
- Врожденные аномалии развития — в эту подгруппу входят пороки ЦНС (водянка мозга, анэнцефалия, опухоли и грыжи мозга), пороки мочевыводящей системы, аномалии сердечно-сосудистой и мышечно-скелетной системы (вывих бедра, миотоническая дистрофия).

Плацентарные факторы От того, как развиваются органы плацентарной системы, также зависит расположение плода в матке:

- Предлежание плаценты — препятствует более крупной части плода (головке) расположиться у входа в малый таз
- Короткая пуповина — ограничивает подвижность плода
- Избыток или недостаток околоплодных вод — способствует либо повышенной активности малыша, либо снижает его подвижность
- Фетоплацентарная недостаточность — приводит к внутриутробной задержке развития плода и его гипотрофии, что повышает его двигательную активность Обвитие пуповиной — не дает плоду правильно развернуться в матке

Диагностика

- Наружное исследование
- Влагалищное исследование
- УЗИ



Тазовое предлежание

Тактика введения родов.

- При сроке беременности 35 недель применяется наружный (профилактический) поворот на головку, или поворот по Архангельскому. Однако, этот поворот небезопасен в отношении отслойки плаценты, сдавления пуповины, возникновения преждевременных родов. Поэтому в настоящее время многие акушеры наружный поворот не рекомендуют, предпочитая вести роды в тазовом предлежании.

Беременные с тазовым предлежанием плода госпитализируются в отделение патологии беременных за 2 недели до родов с целью проведения дородовой подготовки и выбора метода родоразрешения.



Механизм родов при тазовых предлежаниях

Механизм родов при тазовых предлежаниях

1. Уменьшение размеров и опускание тазового конца. Ягодицы вступают в таз таким образом, что поперечный размер их (l. Intertrochanterica) совпадает с одним из косых размеров таза. В косом размере ягодицы опускаются в таз; ягодица, обращенная кпереди, стоит ниже задней; она играет роль проводной точки, на передней ягодице образуется родовая опухоль.

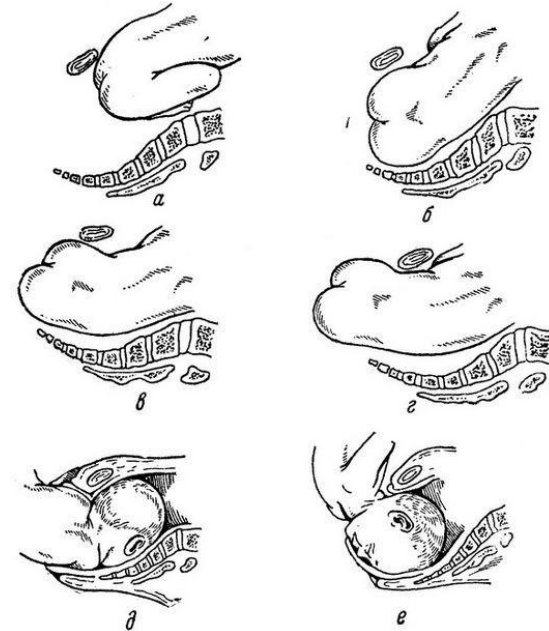
2. Внутренний поворот ягодиц происходит в полости таза одновременно с их продвижением. На дне таза межвертельная линия стоит в прямом размере, передняя ягодица подходит к лобку, задняя к крестцу.

3. Врезывание и прорезывание ягодиц. Первой прорезывается ягодица, обращенная кпереди; область подвздошной кости плода (между трохантером и краем подвздошной кости) упирается в лобковую дугу, образуя точку фиксации. Вокруг этой точки фиксации происходит сильное боковое сгибание туловища по проводной оси таза. Во время сгибания туловища рождаются задняя ягодица и весь тазовый конец плода. После рождения тазового конца туловище выпрямляется и в несколько потуг рождается до пупка, а затем до нижнего угла лопаток, при этом спинка поворачивается несколько кпереди.

4. Рождение плечевого пояса. Плечики вступают своим поперечным размером в косой размер таза, в выходе таза переходят в прямой размер. Переднее плечико фиксируется под лобковым симфизом, а заднее выкатывается над промежностью. Ручки, скрещенные на грудной клетке, выпадают сами, или освобождаются при помощи ручного пособия.

5. Рождение головки. Головка в согнутом состоянии вступает в косой размер таза (противоположный тому, через который проходили ягодицы и плечики); в полости она совершает поворот затылком кпереди. Когда в половой щели показывается шея плода, головка упирается в нижний край лобковой дуги областью подзатылочной ямки, образуя точку фиксации, вокруг которой происходит прорезывание.

Таким образом, при тазовых предлежаниях головка прорезывается окружностью, соответствующей малому косому размеру. Вследствие быстрого прорезывания конфигурация головки отсутствует, форма ее округлая.

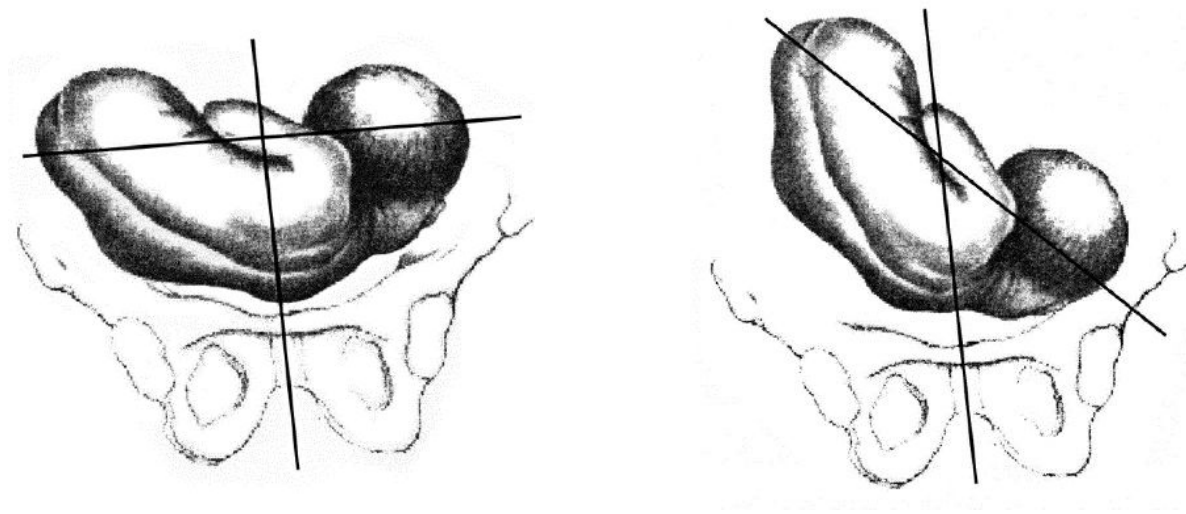


Косое и поперечное положение плода

При поперечном положении плода женщина в течение дня должна лежать несколько раз на том боку, где расположена головка, а при косом - на стороне ниже расположенной крупной части. Женщину предупреждают о необходимости немедленной госпитализации в случае излития околоплодных вод. В срок 38-39 нед пациентку госпитализируют в акушерский стационар. При отсутствии противопоказаний делают попытку произвести наружный акушерский поворот плода в продольное положение. При сохранении поперечного положения плода вне зависимости от паритета родов единственным методом родоразрешения становится кесарево сечение.

При выпадении мелких частей плода (пуповина, ручка) попытка вправления их в матку не только бесполезна, но и опасна, так как способствует инфицированию и увеличивает время до оперативного родоразрешения. Ведение родов при выпадении мелких частей плода через естественные родовые пути возможно лишь при глубоко недоношенном плоде, жизнеспособность которого вызывает большие сомнения.

Комбинированный поворот жизнеспособного плода на ножку с последующим извлечением используется крайне редко, так как он небезопасен для плода. Такой поворот производят в основном при поперечном положении второго плода у роженицы с двойней.

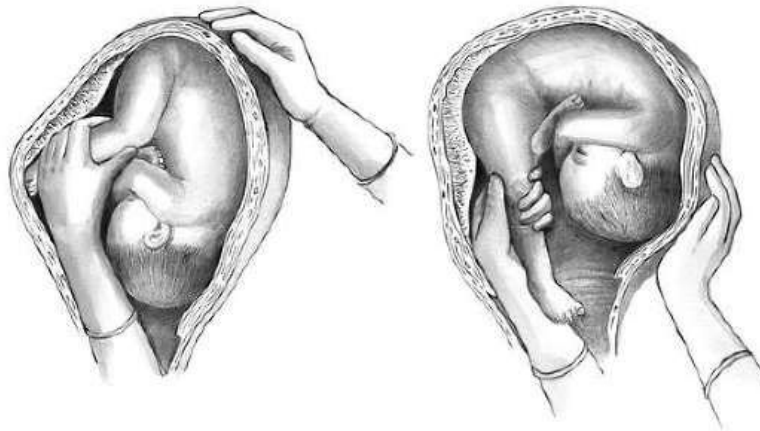


Акушерский поворот плода на ножку

1 этап – введение руки врача в матку. Выбирают, какую руку вводить. Правило: при 1-й позиции (головка слева) - введение левой руки, при второй (головка справа) - правой. Для облегчения введения руки в родовые пути левой рукой раздвигают малые половые губы, а правую руку с вытянутыми и собранными вместе пальцами — рука акушера — вводят во влагалище. Руку следует вводить вне схватки. Если плодный пузырь цел, то его вскрывают и руку тут же вводят в матку, чтобы избежать выпадения пуповины. Левую руку перемещают на дно матки снаружи.

2 этап состоит в нахождении ножки. Этому способствует рука, расположенная снаружи, которой при необходимости подводят к дну матки головку и подают тазовый конец к внутренней руке. Обычно захватывают одну ножку, а выбирают ее в зависимости от вида. При переднем виде (спинка кпереди) захватывают нижележащую ножку, а при заднем (спинка кзади) — вышележащую. При правильном выборе ножек поворот заканчивается образованием переднего вида тазового предлежания.

3 этап — непосредственно поворот плода, осуществляемый с помощью двух рук. "Внутренней" рукой подтягивают ножку сначала к внутреннему зеву матки, а затем выводят ее из влагалища, а "наружной" рукой энергично отводят головку к дну матки. Поворот считается законченным, когда ножка плода выведена из влагалища до коленного сустава, а плод принял продольное положение. Весьма целесообразно проводить комбинированный поворот плода на ножку под контролем УЗИ.

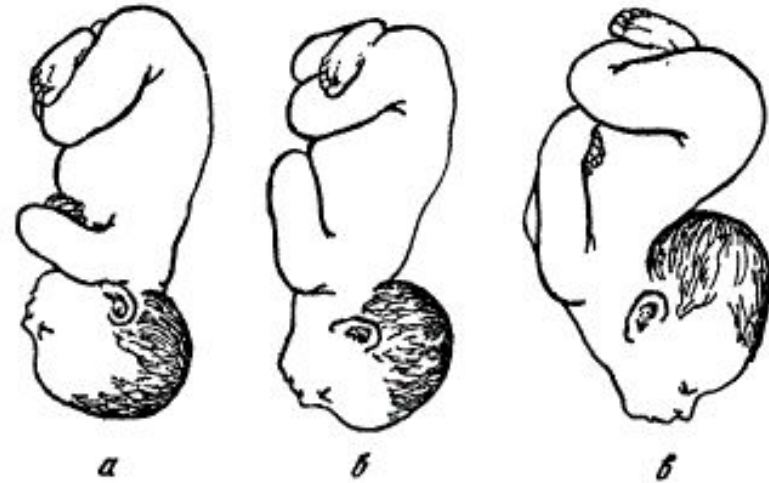


Разгибательные предлежания ГОЛОВКИ ПЛОДА

1. Переднеголовное
(ведущая точка — большой
родничок).

2. Лобное (ведущая точка —
центр лба).

3. Лицевое (ведущая точка
— подбородок).



Три степени разгибания головки плода.
а — I степень, переднеголовное предлежание; б — II степень, лобное предлежание; в — III степень, лицевое предлежание.

Переднеголовное предлежание

- Первый момент биомеханизма родов - умеренное разгибание головки. Головка устанавливается стреловидным швом и частью лобного шва в поперечном размере плоскости входа малого таза или, очень редко, в одном из косых размеров. Головка плода вставляется своим прямым размером от надпереносья до затылочного бугра, длиной 12 см (окружность- 34 см). Ведущая точка - большой родничок.
- Второй момент биомеханизма родов - внутренний «неправильный» поворот головки. Головка осуществляет поворот при переходе из широкой в узкую часть полости малого таза. Стреловидный шов из поперечного размера плоскости входа в малый таз переходит в прямой размер выхода малого таза, затылок поворачивается кзади, к копчику, а под нижний край лонного сочленения подходит часть головки областью надпереносья, которое является точкой фиксации.
- Третий момент биомеханизма родов - сгибание головки. Сгибание головки происходит в шейной части позвоночника. Точкой фиксации является надпереносица, а точкой опоры - нижний край лонного сочленения. Головка сгибается, и рождаются темя и затылок плода.
- Четвертый момент биомеханизма родов - разгибание головки. После рождения затылка плода образуется вторая точка фиксации - затылочный бугор. Точкой опоры становится передняя поверхность копчика. Совершается разгибание головки, и рождается лицо плода.
- Пятый момент биомеханизма родов - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки совершаются аналогично тому, как и при затылочном предлежании.

Родовая опухоль – в области родничка.

Форма головки – брахиоцефалическая, «башенный череп».



Лобное предлежание

- Первый момент биомеханизма родов - разгибание головки. Головка устанавливается в поперечном размере входа таза, своим большим косым размером, который равен 13,5 см. Головка резко конфигурируется и с большим трудом проходит в полость малого таза.

- Второй момент биомеханизма родов - внутренний неправильный поворот головки затылком к копчику— происходит при переходе через плоскость узкой части полости малого таза. Лобный шов устанавливается в прямом размере выхода из малого таза. Образуется точка фиксации верхняя челюсть и точка опоры - нижний край лонного сочленения.

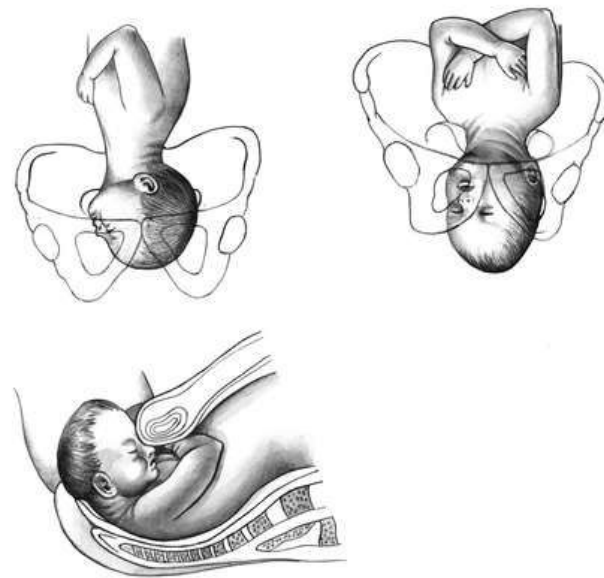
- Третий момент биомеханизма родов - сгибание головки. При этом над промежностью выкатывается темя и затылок плода. Образуется вторая точка фиксации (подзатылочная ямка) и вторая точка опоры (верхушка копчика).

- Четвертый (разгибание) и пятый (внутренний поворот головки и наружный поворот плечиков) моменты биомеханизма родов происходят так же, как при переднеголовном предлежании.

Роды при лобном предлежании через естественные родовые пути невозможны, поэтому лобное предлежание является *абсолютным показанием для кесарева сечения*.

Родовая опухоль, расположенная в области лба, придает головке своеобразный вид пирамиды.

Форма головки – вытянутая в направлении лба.



Лицевое предлежание

- Первый момент - максимальное разгибание головки, происходит в плоскости входа в малый таз. Разгибание происходит в шейной части позвоночника. В результате предлежащей частью становится лицо. Лицевая линия устанавливается в поперечном или одном из косых размеров входа в таз. Головка проходит через родовой канал окружностью 32 см, соответствующей вертикальному размеру 9,5.

- Второй момент - внутренний поворот головки. Лицевая линия постепенно переходит из поперечного размера в косой, а затем, когда головка достигает выхода, в прямой размер, при этом она упирается подъязычной костью в нижний край лонного сочленения. Очень редко поворот совершается подбородком к копчику и образуется передний вид. В таком положении роды не возможны (сдвоенное тело - головка и туловище плода), так как лоб упирается в лонное сочленение, а подбородок в крестцовую впадину, плечевой пояс вколачивается в поперечном размере в седалищные ости. Такую ситуацию называют «запущенное лицевое вставление».

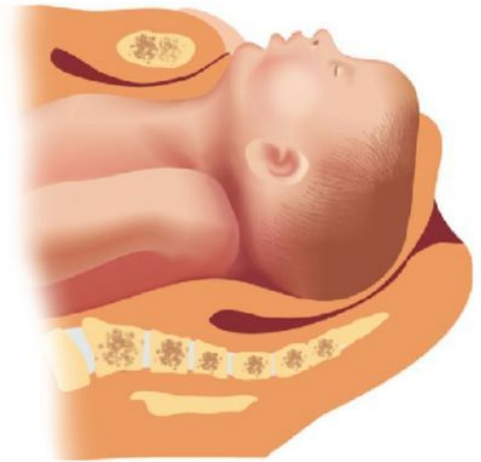
- Третий момент биомеханизма родов при заднем виде лицевого вставления - сгибание головки, которое происходит в плоскости выхода после образования точки фиксации (подъязычная кость) и точки опоры (нижний край лонного сочленения). Вслед за уже родившимся подбородком последовательно выкатываются над промежностью рот, нос, глаза, лоб, темя и затылок.

- Четвертый момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки затылком в сторону позиции, так же как при любом головном предлежании.

При переднем виде лицевого предлежания роды через естественные родовые пути не возможны. По этой причине передний вид лицевого предлежания является *абсолютным показанием к кесареву сечению*.

Родовая опухоль – угол рта и щека.

Форма головки – долихоцефалическая.



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

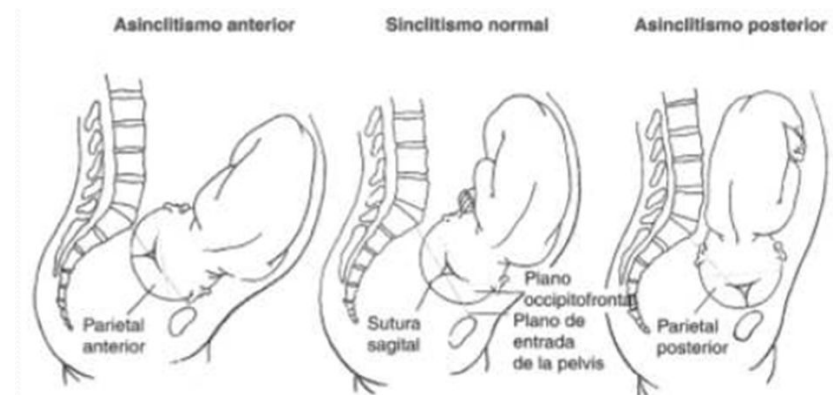
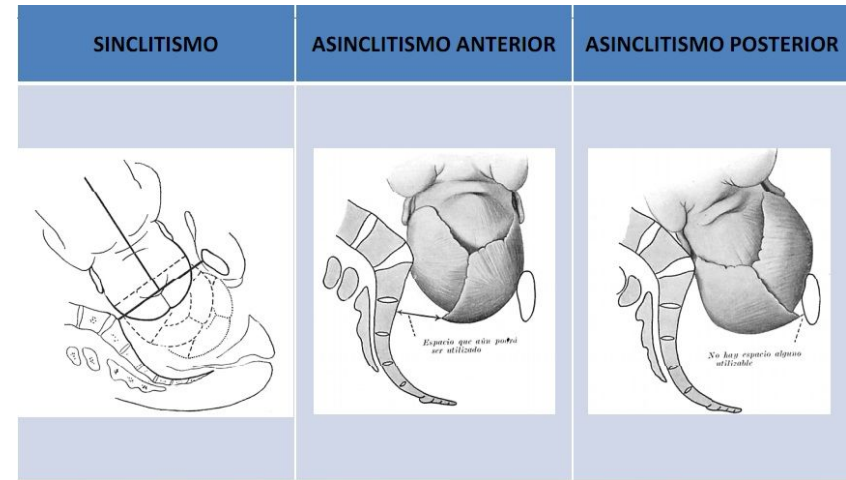
Причины: расслабленное состояние брюшной стенки, расслабленное состояние нижнего сегмента матки, размеры головки плода и состояние таза роженицы (его сужение и особенно уплощение - плоский таз, а также степень угла наклона таза).

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 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.



Неправильное стояние стреловидного шва

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.

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).

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.

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

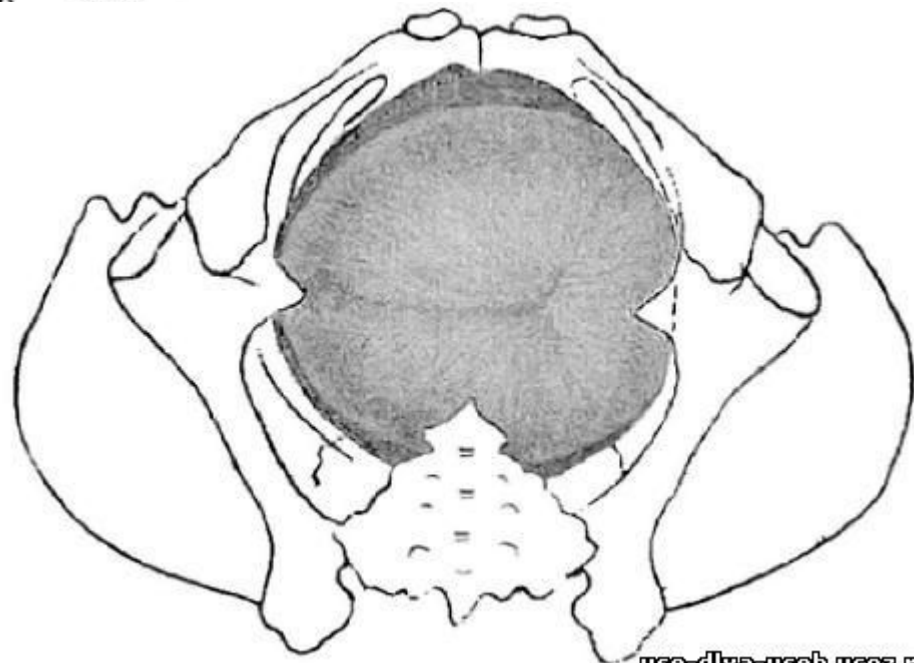
Родоразрешение: при переднем виде — самостоятельные роды; при заднем — самостоятельные роды редко, чаще кесарево сечение, акушерские щипцы, краниотомия.

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.

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

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

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



Спасибо за внимание!

