

**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»**

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

**Неправильные положения плода.
Разгибательные предлежания
головки плода. Патологические
вставления головки плода**

**Выполнила
Студентка 5 курса
1-го мед.факультета
163(1) группы
Кордовская Е.А.
Преподаватель: и.о. зав.каф.
Румянцева З.С.**

I. Разгибательные предлежания

ГОЛОВКИ ПЛОДА

Определение	Разгибательные предлежания головки плода - акушерские ситуации, при которых головка плода в первом периоде родов стойко устанавливается в той или иной степени разгибания.
Код по МКБ-10	O32.3 Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери
Эпидемиология	Частота возникновения разгибательных вставлений головки - не более 1% случаев всех родов
Классификация	По степени разгибания головки различают варианты разгибательных предлежаний: переднеголовное вставление, лобное лицевое вставления.



а



б



в

Разгибательные предлежания головки плода, а —
переднеголовное; б — лобное; в — лицевое.

Этиология

- аномическое сужение таза (особенно плоский таз);
- крупный и (или) гигантский плод или гипотрофия плода;
- снижение тонуса матки и дискоординация родовой деятельности;
- короткость пуповины;
- снижение тонуса мышц передней брюшной стенки;
- снижение тонуса мускулатуры тазового дна;
- опухоль щитовидной железы плода;
- тугоподвижность атлантозатылочного сустава плода.

Клиническая картина и диагностика

Варианты разгибательных предлежаний	Клиника	Диагностика
Переднеголовное вставление	относится к легкому разгибанию головки.	данные влагалищного исследования: можно одновременно пропальпировать большой и малый роднички головки плода, которые расположены на одном уровне, либо большой родничок располагается ниже малого. Сагиттальный шов во входе в таз стоит обычно в поперечном, иногда - в слегка косом размере. Вид традиционно как в классическом акушерстве (передний, задний) определяют по отношению спинки плода к передней брюшной стенке.
Лобное вставление	следует относить к умеренному разгибанию головки плода. Лобное вставление, являясь переходным, от переднего к лицевому, встречается крайне редко - 1 случай на 5000 родов и, опустившись на тазовое дно, головка прорезывается большим косым размером	основана на данных наружного акушерского и влагалищного исследования. Что касается сердцебиения плода, то его можно прослушать со стороны грудной поверхности плода. При отсутствии ожирения в ходе наружного акушерского исследования с одной стороны можно пропальпировать острый выступ подбородка, а с другой - угол между спинкой плода и затылком. Однако, достоверный диагноз может быть поставлен лишь при УЗИ и влагалищном исследовании. При этом определяют лобный шов, передний край большого родничка, надбровные дуги, глазницы и переносицу.

Варианты разгибательных предлежаний	Клиника	Диагностика
<p>Лицевое вставление</p>	<p>являясь крайней степенью разгибательных головных вставлений, встречается в 10 раз чаще лобного (0,23%). Данный вид разгибательного головного предлежания образуется обычно во время родов, но может возникнуть и задолго до них, чаще наблюдаются у повторнородящих. Лицевое предлежание и вставление могут иметь место к моменту начала родов, но, в большинстве случаев, лицевое вставление возникает вторично, из лобного. В таких случаях головка оказывается первоначально вставленной во вход таза лбом, причем, лобный шов и прилегающая к нему часть лицевой линии (линия, идущая от переносья к подбородку через спинку носа и рот) находятся в поперечном или, значительно реже, в одном из косых размеров таза.</p> <p>Различают первичное и вторичное лицевое предлежание. Первое возникает до начала родов вследствие опухоли щитовидной железы плода и наблюдается очень редко; вторичное лицевое предлежание возникает чаще, например, при плоском тазе. Обычно, вначале входа в таз, возникает лобное вставление, которое по мере опускания и разгибания головки превращается в лицевое.</p> <p>Проводная точка - подбородок.</p> <p>Ряд авторов определяют вид плода по расположению спинки, однако более логичным следует определять вид плода по подбородку, поскольку именно от этого будет зависеть тактика родоразрешения.</p>	<p>основана на данных наружной пальпации, аускультации и влагилицного исследования. При наружном исследовании над входом в таз определяют с одной стороны выступающий подбородок, с другой - ямку между затылком и спинкой. Сердцебиение плода лучше слышно со стороны груди, а не со стороны спинки плода. Наиболее убедительны данные влагилицного исследования, при котором можно определить подбородок, нос, надбровные дуги, лобный шов. При значительном отеке лица возникает опасность постановки ошибочного диагноза ягодичного предлежания.</p>

Дифференциальная диагностика

переднеголовное вставление

проводится с задним видом затылочного вставления и основывается на следующих принципиальных моментах:

- при переднеголовном вставлении можно пропальпировать большой и малый роднички, при этом, часто, большой родничок находится ниже малого, в то время как при заднем виде затылочного вставления, пальпируется, как правило, только малый родничок;
- при переднеголовном вставлении точками фиксации головки будут надпереносье и затылочный бугор, а при заднем виде затылочного вставления - передний край волосистого покрова головки и область подзатылочной ямки.
- родовая опухоль при переднеголовном вставлении будет располагаться в области большого родничка, такая форма головки плода получила название «башенной».

лобное вставление

в плане дифференциальной диагностики, рот и подбородок плода при осмотре недостижимы!

Лицевое вставление

основана на определении положения костных образований. При лицевом вставлении можно пропальпировать подбородок, надбровные дуги, верхнюю часть глазницы. При тазовом же предлежании и неполном ягодичном вставлении пальпируют копчик, крестец, седалищные бугры. Исследование следует производить очень осторожно, чтобы не повредить глазное яблоко, слизистую оболочку рта, наружные половые органы; введение исследующего пальца в рот плода нежелательно, так как это связано с опасностью преждевременного рефлекторного начала дыхательных движений.

Примеры формулировки диагноза

Беременность II 39-40 нед. Продольное положение. Головное предлежание. Переднеголовное вставление. Первый период срочных родов. Раннее излитие околоплодных вод.

Биомеханизм родов

Варианты разгибательных предлежаний	Механизм родов
Биомеханизм родов при переднеголовном вставлении	<ul style="list-style-type: none">• Первый момент родов - вместо сгибания головки происходит незначительное разгибание.• Второй момент - по мере опускания головки в полость таза, происходит внутренний поворот, кпереди обращен большой родничок. На тазовом дне сагиттальный шов стоит в прямом размере, лоб обращен к симфизу, затылок - к копчику.• Третий момент - сгибание. При этом врезывание головки происходит таким образом, что первыми из половой щели рождается область большого родничка и соседние участки теменных костей. <p>После выхождения из - под лонной дуги лобных бугров происходит фиксация головки областью надпереносья у нижнего края лобковой дуги и сгибание, над промежностью рождаются теменные бугры.</p> <ul style="list-style-type: none">• Пятый момент - внутренний поворот плечиков, наружный поворот головки и рождение туловища плода происходит так же, как и при затылочном вставлении. <p>Проводная точка при переднеголовном вставлении - большой родничок.</p> <p>При прорезывании головки возникают две точки фиксации: область надпереносья и затылочный бугор.</p> <p>Через вульварное кольцо прорезывается окружность, соответствующая прямому размеру головки плода.</p>

**Варианты
разгибательных
предлежаний**

Механизм родов

**Механизм родов при
лобном вставлении**

состоит из 5 этапов.

В первый этап во входе в таз происходит разгибание головки, расположенной лобным швом в поперечном или слегка косом размере. Во второй этап родов, опустившись на дно таза, головка поворачивается личиком кпереди, затылком кзади, то есть формируется задний вид. При врезывании из половой щели показываются лоб, корень носа и часть темени.

На третьем этапе появляются две точки фиксации: вначале под лонной дугой фиксируется верхняя челюсть плода и происходит легкое сгибание головки и рождение затылка.

В ходе четвертого этапа область затылка фиксируется над промежностью, происходит легкое разгибание головки и рождение нижней части лица и подбородка.

Пятый этап практически ничем не отличается от биомеханизма при затылочном вставлении и заключается во внутреннем повороте плечиков и наружном повороте головки.

Следовательно, проводной точкой при лобном вставлении будет лоб, а при прорезывании головки возникают две точки фиксации: верхняя челюсть и затылочный бугор.

Таким образом, головка при лобном вставлении проходит плоскости таза большим косым размером и рождается окружностью, которая проходит через верхнюю челюсть и теменные бугры. Родовая опухоль образуется на лбу.

Варианты разгибательных предлежаний

Механизм родов

Механизм родов при лицевом вставлении

При первом моменте во входе в таз происходит разгибание головки. Лицевая линия, идущая от лобного шва по спинке носа к подбородку, стоит во входе в таз в поперечном или слегка косом размере.

При втором и третьем моментах головка совершает внутренний поворот, в результате которого на тазовом дне подбородок обращен кпереди. Такое положение плода носит принципиальный характер, поскольку при заднем виде лицевого вставления, когда подбородок повернут к крестцу, самопроизвольные роды механически невозможны.

В ходе 4 момента головка совершает сгибание и из половой щели первым показывается отечный рот с синюшными толстыми губами. Под лоном фиксируется область подъязычной кости, при сильном растяжении промежности прорезывается лоб, темя и затылок.

Таким образом, окружность, которой прорезывается головка, соответствует вертикальному размеру.

При пятом моменте биомеханизма родов происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки, которые также, практически, не отличается от такового, при физиологических родах в затылочном вставлении. У новорожденных отмечается сильная отечность щек (больше на одной стороне), носа, губ, иногда кровоподтеки, новорожденный в первые дни лежит с разогнутой головкой.

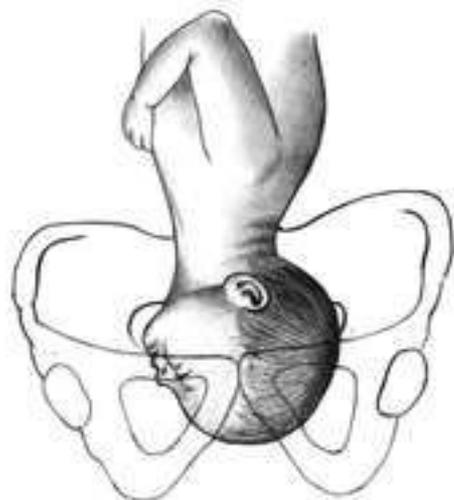
Механизм родов при разгибательных вставлениях

Критерии	Переднеголовное	Лобное	Лицевое
1-й момент	1 степень разгибания	2 степень разгибания	3 степень разгибания
2-й момент	Внутренний поворот головки при переходе из широкой части таза в узкую с образованием заднего вида	Внутренний поворот головки при переходе из широкой части таза в узкую	Внутренний поворот головки с образованием заднего вида
3-й момент	Сгибание головки	Сгибание головки	Сгибание головки
4-й момент	Разгибание головки	Разгибание головки	
5-й момент	Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки	Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки	Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки

Проводная точка	Большой родничок	Лоб	Подбородок
Точка фиксации	Переносица к лонному сочленению; затылочный бугор к вершине копчика	Верхняя челюсть к лонному сочленению; затылочный бугор к вершине копчика	Подъязычная кость к лонному сочленению
Размер, которым рождается головка	Прямой 12 см	Верхняя челюсть - затылочный бугор 12,5-13 см	Вертикальный 9,5 см
Родовая опухоль	В области большого родничка	В области лба	В области подбородка
Форма головы	Башенная	Треугольная	Нестандартная

Механизм родов при лобном предлежании плода.

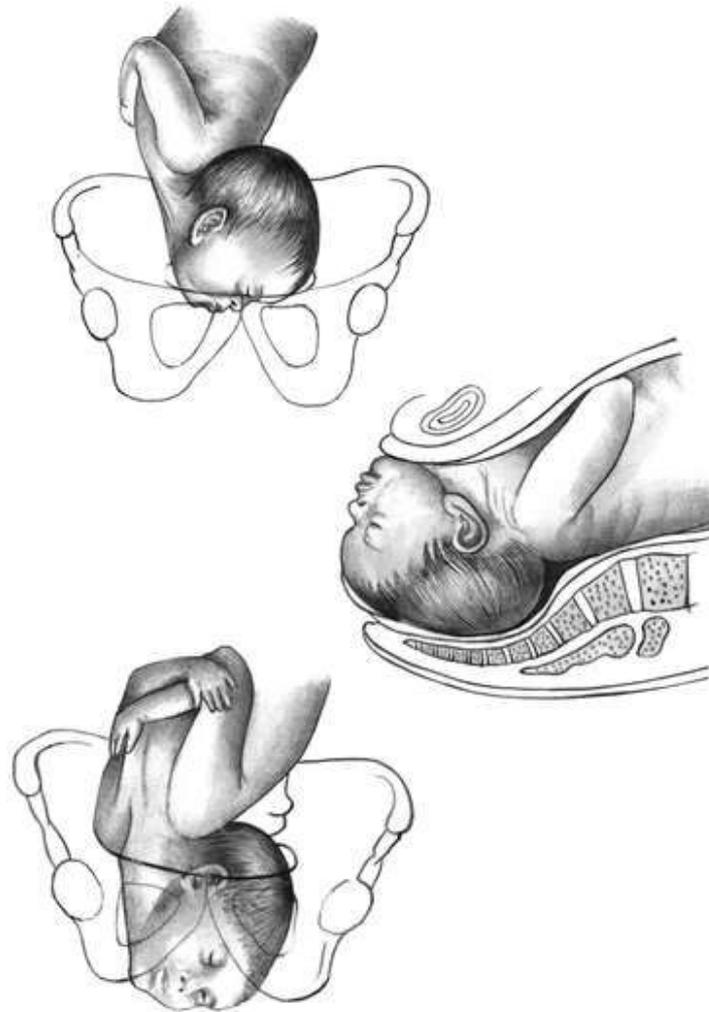
А - разгибание головки; Б - внутренний поворот головки; В - сгибание головки



Форма головки новорожденного,
родившегося при лобном предлежании



Механизм родов при лицевом предлежании плода.
А - максимальное разгибание головки; Б - внутренний поворот головки;
В - внутренний поворот головки завершился



Тактика ведения родов

Течение родов при переднеголовном вставлении	<p>второй период затягивается, что влечет за собой опасность гипоксии и травмы плода; прорезывание головки происходит окружностью, соответствующей прямому размеру головки, что часто приводит к чрезмерному растяжению и разрыву промежности.</p> <p>При переднеголовном вставлении плода возможно выжидательное ведение родов, но с позиций перинатального акушерства данное состояние следует считать относительным показанием для операции кесарева сечения.</p> <p>В случае появления признаков внутриутробной гипоксии плода и наличии условий и показаний для родоразрешения накладывают акушерские щипцы с соблюдением механизма родов или проводят вакуум-экстракцию плода.</p>
Ведение родов при лобном вставлении	<p>роды протекают длительно.</p> <p>Достаточно часто возникают травмы не только у матери, включая такие грозные как мочеполовые свищи и разрывы матки, но и плода.</p> <p>Ввиду опасности, указанных осложнений лобное вставление является абсолютным показанием для абдоминального родоразрешения.</p> <p>В случае внутриутробной гибели плода следует выполнять краниотомию.</p>
Роды при лицевом вставлении	<p>средняя продолжительность родов в полтора раза больше, чем при затылочном.</p> <p>Преждевременное излитие околоплодных вод встречается в 2 раза чаще.</p> <p>В связи с этим высок риск родовых травм и гипоксии плода, мертворождений, хориоамнионитов.</p> <p>Самопроизвольные роды при заднем виде лицевого вставления, когда подбородок повернут к крестцу, невозможны, так как резко разогнутая головка не может пройти через таз.</p> <p>Роды при переднем виде лицевого вставления следует вести консервативно-выжидательно и, в подавляющем большинстве случаев, они заканчиваются самостоятельно.</p> <p>В начале родов роженицу следует уложить на тот бок, к которому обращен подбородок плода.</p> <p>При заднем виде (подбородок повернут кзади) лицевого вставления, если головка еще не фиксирована во входе в малый таз, следует выполнить кесарево сечение.</p> <p>В случае анте-, интранатальной гибели показана плодоразрушающая операция - краниотомия.</p>

2. РОДЫ ПРИ АСИНКЛИТИЧЕСКИХ ВСТАВЛЕНИЯХ ГОЛОВКИ ПЛОДА

Определение	<p>Асинклитизмом называют аномалию положения головки во входе или в полости малого таза, при которой стреловидный шов отклонен от срединной линии таза кпереди (к лону) или кзади (к крестцу). В этом случае одна из теменных костей находится ниже другой (внеосевое вставление головки).</p> <p>Слабо выраженный асинклитизм не оказывает отрицательного влияния на течение родов, а иногда даже благоприятствует прохождению головки через плоскость входа в таз. Однако возможны случаи, при которых асинклитизм выражен настолько резко, что затрудняет или препятствует продвижению головки.</p> <p>Резко выраженные варианты внеосевого вставления головки называют патологическим асинклитизмом.</p>
Эпидемиология	Патологический асинклитизм возникает с частотой 0,1-0,3% всех родов
Классификация	передний асинклитизм - Негелевский (переднетеменное вставление головки, когда <i>стреловидный шов приближен к мысу</i>) задний асинклитизм (заднетеменное вставление головки, когда <i>стреловидный шов приближен к лону</i>)



Патологический передний асинклитизм при плоскорихитическом тазе
(асинклитизм Негеле)



Патологический задний асинклитизм при плоскоррахитическом тазе
(асинклитизм Литцманна)

**Этиология
патогенез**

и

- 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. В зависимости от того, к какому плечу склонится головка, возникает заднетеменное или переднетеменное вставление головки.

Клиническая картина и диагностика	<p>решающее значение имеет влагалищное исследование, при котором можно пропальпировать стреловидный шов, установить его приближение к мысу (при переднем асинклитизме) или к лону (при заднем асинклитизме).</p> <p>В случае резко выраженного асинклитизма под лоном (передний асинклитизм) или ниже мыса (задний асинклитизм) определяют ушко или щечку плода (ушное или щечное предлежание).</p>
Примеры формулировки диагноза	<p>Первый период срочных родов. Простой плоский таз, I степень сужения. Передний асинклитизм (легкая степень)</p> <p>Первый период срочных родов. Первичная слабость родовой деятельности. Плоскорахитический таз, I степень сужения. Задний асинклитизм.</p>

Механизм родов

При **переднем асинклитизме** через родовой канал первой проходит передняя теменная кость, заднюю некоторое время задерживает мыс. После того как передняя теменная кость преодолевает сопротивление лона и опускается в плоскость широкой части полости малого таза, задняя теменная кость попадает в углубление, образованное крестцовой впадиной.

При **заднем асинклитизме** через вход в таз, преодолевая сопротивление мыса, первой проходит задняя теменная кость. Опустившись в широкую плоскость полости малого таза, кость выполняет крестцовую впадину, однако опускание в таз нависающей над лоном передней теменной кости затруднено.

Если асинклитизм выражен нерезко, то при наличии хорошей родовой деятельности, незначительном сужении таза и небольшой головке плода происходит преодоление сопротивления таза благодаря конфигурации головки.

Значительно опаснее роды при резко выраженном асинклитизме.

В любом случае течение родов зависит от причин, вызвавших асинклитическое вставление головки, и от степени выраженности асимметрии.

Слабо или умеренно выраженный асинклитизм способствует прохождению головки через вход в таз.

В дальнейшем происходит самостоятельное корректирование асинклитизма.

Обычно роды принимают осложненное течение при резко выраженном (патологическом) асинклитизме, когда стреловидный шов вплотную подходит под мыс или лоно или поднимается выше. В таких случаях самой низкорасположенной частью головки становится щечка и часть ушка плода.

Тактика ведения родов	Роды при слабо выраженном асинклитизме (особенно переднем - Негелевский) следует начать вести выжидательно, так как в подавляющем большинстве случаев происходит самопроизвольное исправление положения головки плода. Вместе с тем недопустимо длительное стояние головки - <i>более 1 часа</i> в плоскости входа в таз, и появление признаков клинически узкого таза. В этом случае, а также при диагностике резко выраженного асинклитизма, роды следует закончить операцией экстренного кесарева сечения. Если плод мертв, то в интересах здоровья и жизни матери следует произвести краниотомию.
Прогноз	Прогноз при патологическом асинклитизме сомнителен как для матери, так и для плода и зависит главным образом от своевременного распознавания и своевременного родоразрешения. Сегодня предпочтительна тактика абдоминального родоразрешения, путем операции кесарева сечения в интересах плода.

3. РОДЫ ПРИ ВЫСОКОМ ПРЯМОМ И НИЗКОМ ПОПЕРЕЧНОМ СТОЯНИИ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА

Определение	Высокое прямое и низкое поперечное стояние стреловидного шва - патологические положения, при которых из-за неоптимальных соотношений размеров головки и таза продвижение по родовому каналу в большинстве случаев невозможно без применения тех или иных акушерских операций.
Эпидемиология	Частота высокого прямого стояния стреловидного шва, по данным различных авторов, составляет 0,2-1,2%. Низкое поперечное стояние стреловидного шва встречается крайне редко.
Классификация	высокое (во входе) прямое и низкое (в выходе) поперечное стояние стреловидного шва. Если плод в начале родов спинкой обращен прямо кпереди или кзади, а головка стоит стреловидным швом над прямым размером входа , говорят о высоком прямом стоянии стреловидного шва (головки) , которое в дальнейшем (после излития околоплодных вод) может перейти в высокое прямое вставление стреловидного шва (головки) . В зависимости от того, куда обращен малый родничок (кпереди - к лону или кзади - к мысу), различают передний и задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва - <i>positio occipitalis pubica et sacralis</i> .

Высокое прямое стояние стреловидного шва: а - передний вид; б - задний вид



**Этиология
патогенез**

и Следующие друг за другом схватки и потуги могут способствовать фиксации головки во входе в таз.

Одна из причин возникновения высокого прямого стояния головки - **функциональная недостаточность матки, особенно нижнего сегмента, либо расслабленная брюшная стенка.**

Причины высокого прямого стояния головки довольно разнообразны:

- нарушение соотношения размеров головки и таза (узкий таз, широкий таз);
- недоношенность плода (малые размеры головки);
- изменения формы таза (круглая форма входа при поперечном его сужении);
- изменение формы головки плода (широкий плоский череп);
- случайное прямое стояние стреловидного шва над входом в момент излития околоплодных вод.

Факторы, способствующие возникновению низкого поперечного стояния стреловидного шва:

- сужение таза (плоский таз, общесуженный плоский таз с умеренным сужением поперечника выхода);
- обширность таза (широкий таз);
- переднеголовное предлежание;
- малые размеры головки плода (недоношенность, беременность двойней); недостаточная упругость тканей матери (тазового дна) и плода (связок позвоночника), особенно у мертвого плода (отсутствие напряжения позвоночника, пружинящего действия, способствующего физиологическому механизму родов);
- выпадение рядом с небольшой головкой ручки плода.

Особое значение имеет несостоятельность мышц тазового дна. Если по какой-либо причине функция мышц тазового дна нарушена (механическое повреждение, прекращение иннервации, поражение ЦНС и т.п.), внутреннего поворота головки не происходит.

**Клиническая
картина и
диагностика**

Диагноз высокого прямого стояния стреловидного шва устанавливается после излития околоплодных вод и фиксации головки. Клиническая картина: при высоко стоящей головке схватки чрезмерно сильны и болезненны, **головка** необычно узка (поперечник 9-10 см) и **нависает над лоном (положительный признак Вастена)**.

Окончательный диагноз при влагалищном исследовании - стояние стреловидного шва в прямом размере входа с расположением родничков у мыса и у лонного сочленения. Резкая конфигурация головки и наличие большой родовой опухоли нередко затрудняют диагностику.

Низкое поперечное стояние стреловидного подразумевает хорошую родовую деятельность и нахождение головки в узкой части или выходе малого таза.

При влагалищном исследовании - головка, находящаяся большим сегментом в выходе таза при стоянии стреловидного шва в поперечном размере.

Во избежание ошибок при влагалищном исследовании следует пальпаторно проследить стреловидный шов до перехода в лобный шов и определить с одной стороны большой родничок, а с другой - малый.

Признак Вастена-Генкеля

Жирной линией обозначена траектория движения руки исследующего



- а – признак Вастена-Генкеля положительный
- б – признак Вастена-Генкеля «вровень»
- в – признак Вастена-Генкеля отрицательный

Механизм родов	<p>При переднем виде высокого прямого стояния стреловидного шва первый момент родов - сгибание головки, которое тем сильнее, чем короче истинная конъюгата.</p> <p>В течение всего времени сгибания, головка, испытывающая сильное давление со стороны мыса и лона, резко конфигурирует: вытягивается долихоцефалически (в сторону затылка), становится сплюсненной в прямом (лобно-затылочном) размере и расширенной в поперечном. Свод черепа уплощается, так как во время прохождения головки через таз сначала теменная часть с большим родничком, а затем и лоб в течение долгого времени прижаты к мысу и внутренней поверхности крестца.</p> <p>Если головка преодолела препятствие со стороны входа в таз, она простым поступательным движением, не совершая внутреннего поворота, опускается в широкую, а затем и узкую часть таза. Далее механизм родов проходит, как при затылочных предлежаниях.</p> <p>При заднем виде высокого прямого стояния стреловидного шва роды заканчиваются самопроизвольно только при внутреннем повороте головки затылком кпереди</p>
Течение родов	<p>При переходе стреловидного шва из прямого в поперечный или в один из косых размеров входа роды протекают также, как и при обычном затылочном предлежании.</p> <p>При превращении высокого прямого стояния головки в высокое прямое вставление роды приобретают выраженный патологический характер и отличаются чрезмерно сильной родовой деятельностью, болезненностью и продолжительностью.</p> <p>Долгое стояние головки в узкой части и в выходе таза, равно как и необходимая для устранения этого нарушения продолжительная и сильная родовая деятельность чревата осложнениями:</p> <ul style="list-style-type: none">■ вторичная слабость родовых сил,■ затяжные роды,■ эндометрит в родах,■ ущемление и некроз мягких тканей родового канала,■ гипоксия и внутричерепная травма плода. <p>Патологическое стояние стреловидного шва мертвого плода - показание для краниотомии.</p>

Прогноз

при высоком прямом и низком поперечном стоянии стреловидного шва неблагоприятный.

Необходимо своевременно производить кесарево сечение.

3. РОДЫ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ ПЛОДА

Определение	Неправильным положением плода называют клиническую ситуацию, когда ось плода пересекает ось матки под каким-либо углом.
Коды по МКБ-10	O32.0 Неустойчивое положение плода, требующее представления медицинской помощи матери O32.2 Поперечное или косое положение плода, требующее предоставления медицинской помощи матери O32.6 Комбинированное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери O32.8 Другие формы неправильного предлежания плода, требующие предоставления медицинской помощи матери O32.9 Неправильное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери, неуточненное

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.

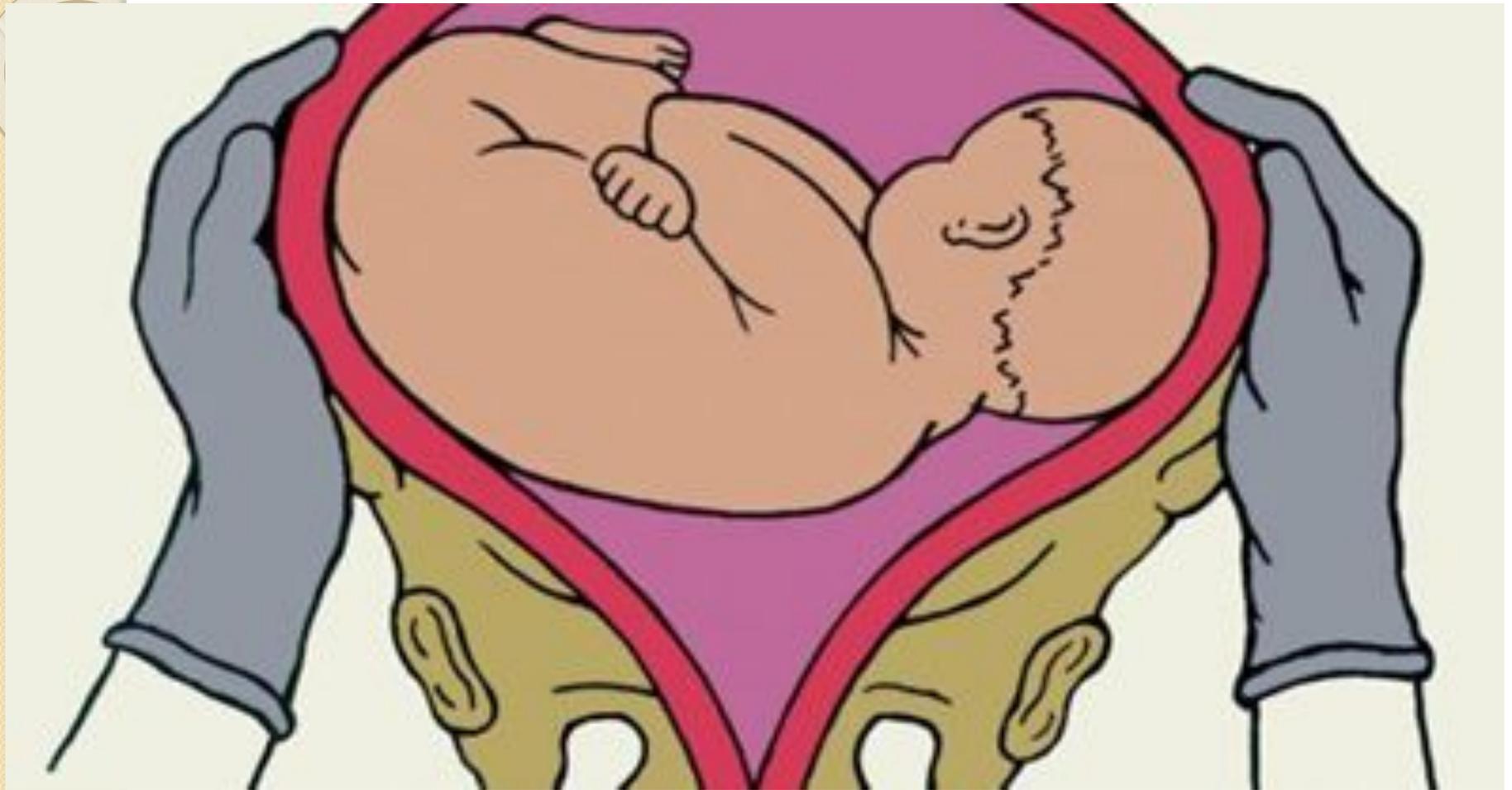
Классификация

Поперечным положением (*situs transversus*) называют такое расположение плода, при котором ось его туловища пересекает ось матки под прямым углом, а крупные части плода расположены выше гребней подвздошных костей.

Косым положением (*situs obliquus*) называют такое положение плода, при которой ось его туловища пересекает ось матки под острым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещена в одной из подвздошных впадин большого таза.

Косое положение считают переходным состоянием: в конце периода гестации и во время родов оно превращается в продольное либо в поперечное. Косое положение, как правило, нестабильно, является временным вариантом, и часто называется **неустойчивым**. Положение плода может охарактеризовано как неустойчивое, если плодные оболочки интактны, околоплодные воды целы, отмечается повышенная двигательная активность и подвижность плода в полости матки, приводящая к частой смене положения и предлежания.





Поперечное положение плода, ВЫПАДЕНИЕ правой ручки





Kocoe

Позицию плода при
неправильных положениях
определяют :

по головке: если она
расположена слева от
срединной линии тела
беременной - первая
позиция, если справа -
вторая.

Определение вида

Вид, как и при продольном
положении плода,
определяют по спинке: если
она обращена кпереди -
передний вид, кзади -
задний.

Имеет значение
расположение спинки плода
по отношению ко дну матки
и входу в малый таз.

Этиология

- чрезмерная (при недоношенной беременности, многоводии, синдроме задержки роста плода, дряблости мышц передней брюшной стенки высоком паритете родов) или ограниченная (при маловодии, крупном плоде, многоплодии, миоме матки, повышенном тонусе матки при угрозе прерывания беременности) подвижность плода;
- препятствия вставлению головки (предлежание или низкое расположение плаценты, анатомически узкий таз, в том числе за счет наличия в полости малого таза опухолей матки и придатков, узлы миомы в области нижнего сегмента матки);
- аномалии развития матки (двурогая, седловидная матка, перегородка в ней);
- пороки развития плода (гидроцефалия, анэнцефалия, синдром каудальной регрессии и др.).

Клиническая картина

Поперечное и косое положение плода устанавливают на основании данных осмотра беременной, пальпации живота, влагалищного исследования, ультразвукового исследования. Одним из признаков неправильного положения плода при наружном осмотре является поперечно-овальная или косо-овальная форма живота беременной, низкое стояние дна матки. Матка имеет не удлиненно-овальную, а шарообразную форму, так как растянута поперек. При пальпации предлежащую часть плода определить не удастся; головка прощупывается слева или справа от срединной линии тела беременной, на уровне поперечника матки, выше или ниже его.

При многоплодии, многоводии, значительном повышении тонуса матки пальпация малоинформативна, и не всегда возможно определить положение и позицию плода. Сердцебиение плода лучше прослушивается в области пупка. При влагалищном исследовании также предлежащая часть плода не определяется.

После излития околоплодных вод можно определить плечо или ручку плода, петлю пуповины, иногда пальпируются ребра, позвоночник плода, лопатка, ключица.

По направлению подмышечной впадины можно определить сторону тела матери, к которой обращено плечико и головка плода, а, следовательно, позицию.

Диагностика

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.

При выпадении из половой щели ручки диагноз поперечного положения не вызывает сомнений.

Примеры формулировки диагноза

- Беременность 36 нед. Поперечное положение плода. I позиция, передний вид.
- Беременность 39-40 нед. Преждевременное излитие вод. Косое положение плода.
- Первый период третьих своевременных родов. Поперечное положение плода. II позиция, задний вид.

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).

Эмбриотомия при запущенном поперечном положении плода и его гибели даже при малых размерах плода нередко приводит к разрыву матки и в настоящее время ее не применяют.

СПАСИБО

з а в н и м а н и е
