

Особенности ведения родов при поперечных и косых положениях плода

ЛЕКЦИЯ №8

Неправильное положение плода (НП) .

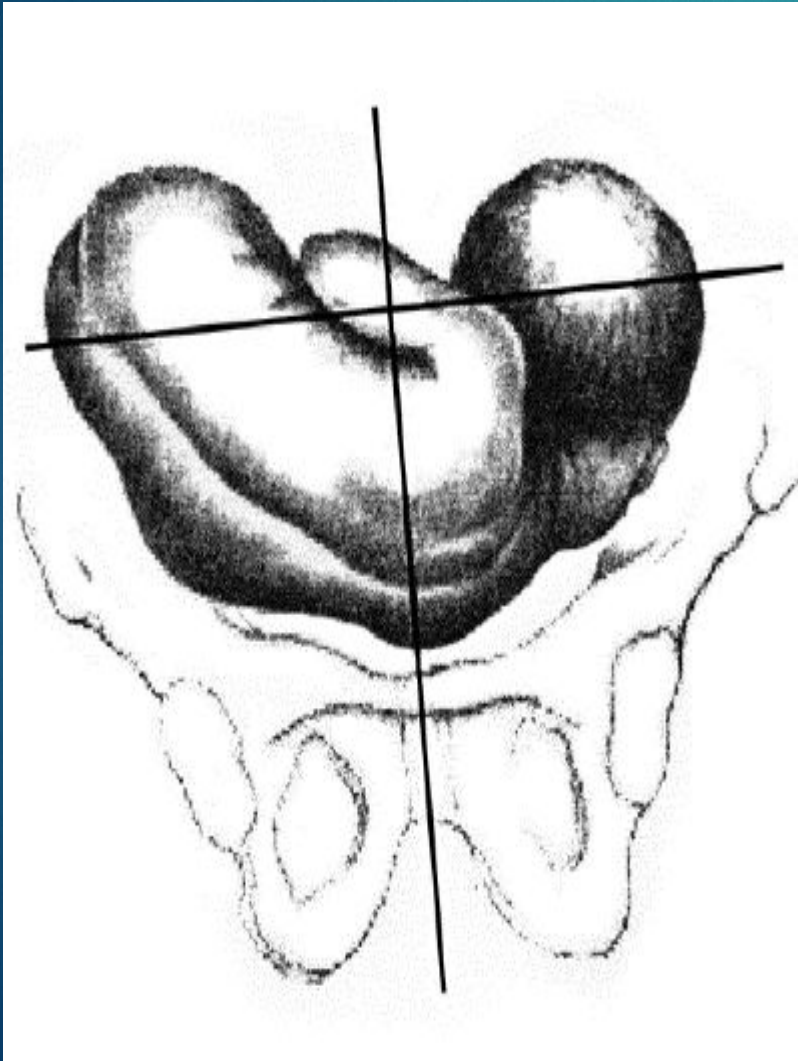
- Неправильным положением плода называют клиническую ситуацию, когда ось плода пересекает ось матки.

К неправильным положениям плода относят:

- поперечные положения;
- косые положения.

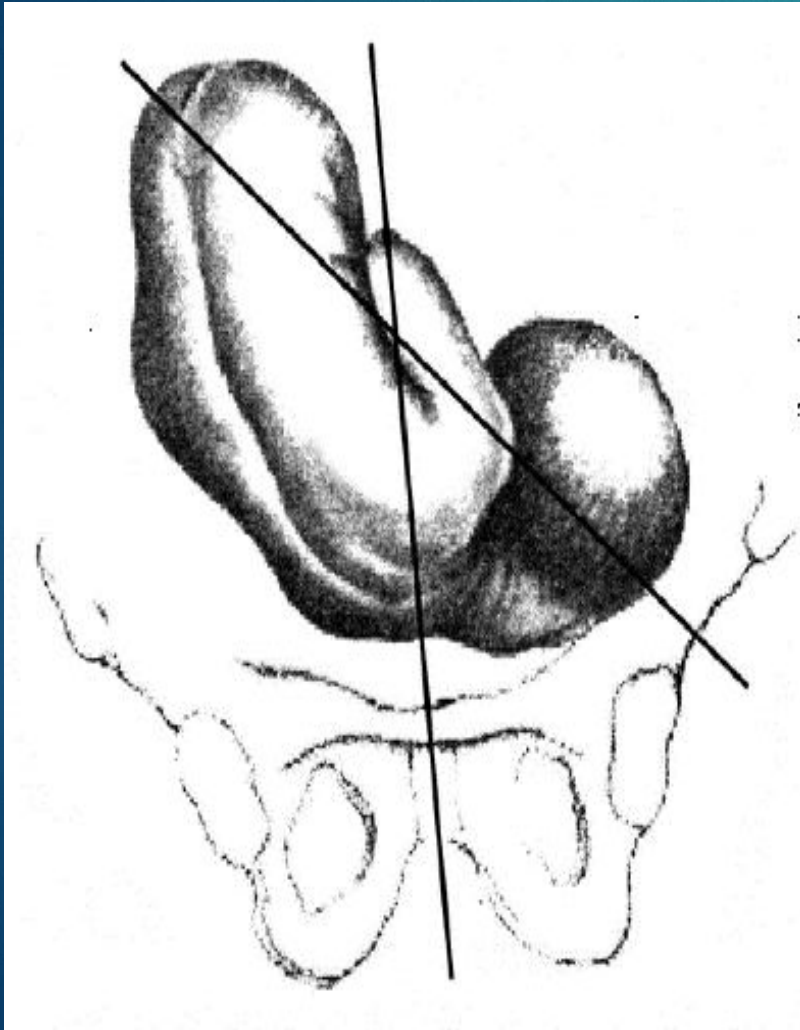


Поперечное положение плода.



Клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под прямым углом, а крупные части плода расположены выше гребней подвздошных костей.

Косое положение плода.



Клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под острым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещена в одной из подвздошных впадин большого таза.

Косое положение считают переходным состоянием:

- во время родов оно превращается в продольное либо поперечное.

Позицию плода при поперечном положении определяют по головке:

- если она расположена слева от срединной линии тела беременной
 - – I позиция,
- если справа
 - – II позиция.



Вид, 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.



Причины возникновения неправильного положения плода.

Материнские факторы:

- узкий таз;
- миома матки;
- аномалии матки;
- дряблость передней брюшной стенки;
- многорожавшие;
- рубец на матке после кесарева сечения.

Факторы со стороны плода:

- недоношенность;
- врожденные аномалии плода;
- многоплодие;
- неправильное членорасположение плода

Причины возникновения неправильного положения плода.

Плацентарные факторы:

- предлежание плаценты;
- многоводие или маловодие;
- короткость пуповины.

До 28-29 недель беременности неправильное положение плода не имеют существенного значения, потому что плод может принять головное предлежание.

Диагностика

При осмотре беременной обращают на себя внимание

- поперечно-овальная или косоовальная форма живота,
- низкое стояние дна матки.

При наружном акушерском исследовании

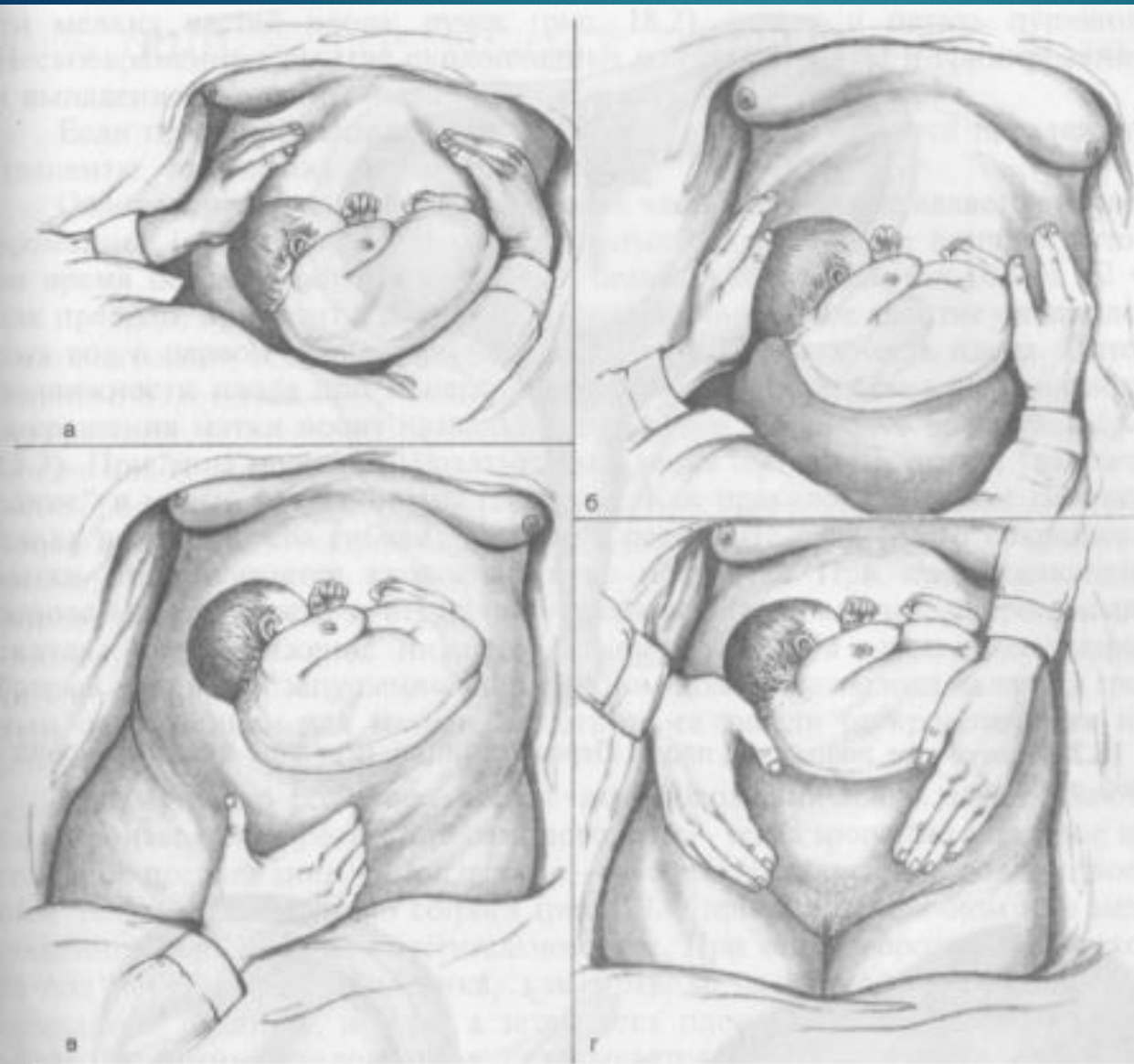
- предлежащая часть плода не определяется.
- Крупные части (головка, тазовый конец) пальпируются в боковых отделах матки .
- Сердцебиение плода лучше прослушивается в области пупка.

При влагалищном исследовании

- предлежащая часть плода не определяется.

УЗИ.

Наружное акушерское исследование при поперечном положении плода.



а — первый прием;
б — второй прием;
в — третий прием;
г — четвертый прием.

Течение беременности.

Наиболее характерными осложнениями беременности при поперечном положении плода являются преждевременные роды, которые часто начинаются с дородового излития околоплодных вод ввиду отсутствия внутреннего пояса прилегания.

Дородовое излитие околоплодных вод может сопровождаться выпадением мелких частей плода: ручек, ножек и петель пуповины.

Выпадение пуповины способствует развитию гипоксии плода.

Ведение родов при поперечном положении плода.

- При поперечном положении плода обоснованным методом родоразрешения нужно считать только кесарево сечение в плановом порядке.

Ведение родов при косом положении плода

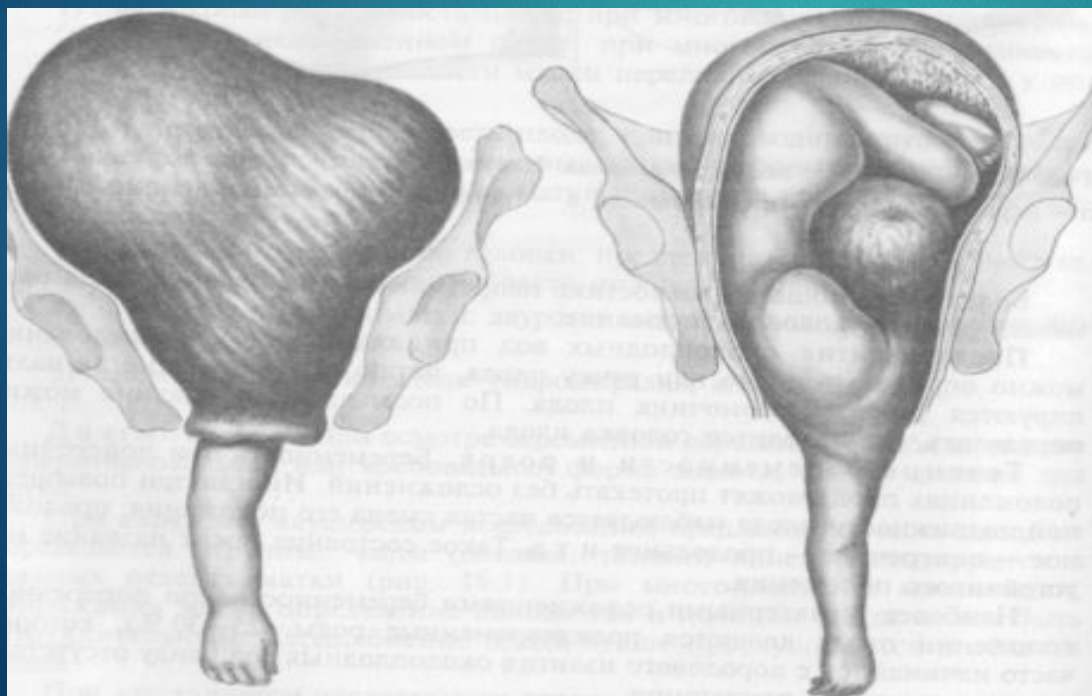
- При косом положении плода роженицу укладывают на бок, соответствующий нахождению крупной части в подвздошной области.
- При опускании - тазовый конец плода нередко занимает продольное положение. Если положение роженицы «на боку» не исправляет косого положения плода, вопрос должен быть решен в пользу кесарево сечения.

Осложнения родов.

- Раннее излитие вод;
- выпадение мелких частей плода и пуповины;
- возникновение запущенного поперечного положения плода;
- разрыв матки;
- смерть матери и плода.

Запущенное поперечное положение плода

Это ограничение подвижности плода, может сопровождаться выпадением пуповины или ручки плода, а также возможно вколачивание в малый таз одного из плечиков.



Ведение родов

- Если роженица поступает в родильный дом с запущенным поперечным положением с живым плодом производят кесарево сечение.

Запущенное поперечное положение плода при наличии мертвого плода является показанием для плодоразрушающей операции.

Плодоразрушающие операции.

Плодоразрушающие операции (синоним эмбриотомия)

- это акушерские операции, целью которых является уменьшение объёма и размеров плода для его извлечения через естественные родовые пути.
- Операцию проводят на мертвом плоде.

Краниотомия

Краниотомия (греч. cranium — череп, tome — разрез, рассечение)

- акушерская плодоразрушающая операция, заключающаяся в перфорации головки плода с последующим удалением вещества головного мозга.

Показания:

- несоответствие размеров таза беременной и головки плода, выявленное во II периоде родов;
- смерть плода в родах при наличии другой акушерской патологии (слабость родовой деятельности);
- разгибательное предлежание плода (лобное, передний вид лицевого);
- невозможность извлечь головку при родах в тазовом предлежании.

Условия для краниотомии:

- полное открытие маточного зева;
- фиксация головки;
- отсутствие плодного пузыря;
- отсутствие абсолютного сужения таза (истинная конъюгата должна быть больше 6,5 см).

Для выполнения краниотомии необходимы следующие инструменты:

- влагалищные зеркала;
- пулевые щипцы;
- копьевидный или трепановидный перфоратор;
- кюретка;
- катетер двойного тока;
- краниокласт. Брауна.

МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ.

Операция производится под наркозом, который необходим не только для обезболивания, но и для расслабления брюшной стенки и матки.

- Перед операцией необходимо опорожнить мочевой пузырь, дезинфицировать наружные половые органы.

Техника выполнения краниотомии.

Первый момент

- обнажение головки с помощью плоских акушерских влагалищных зеркал.

Второй момент

- рассечение мягких тканей головки. Для этого кожу головки захватывают в центре двумя парами крепких двузубцев или пулевых щипцов, натягивают и рассекают между ними на 2–3 см ножницами или скальпелем.

Разрез выгоднее сделать перпендикулярно к стреловидному шву.

Техника выполнения краниотомии.

Третий момент — перфорация; заключается в пробурывании головки.

Натягивая пулевые щипцы, достигают дополнительной фиксации головки, в чём помогает ассистент, который фиксирует головку плода к входу в таз.

После этого берут в правую руку перфоратор, приставляют копьём к центру головки, к шву или родничку таким образом, чтобы ось инструмента была направлена на головку перпендикулярно, а не наискось.

При лобном и лицевом предлежании лучше приставить перфоратор к лобному шву или к глазнице.

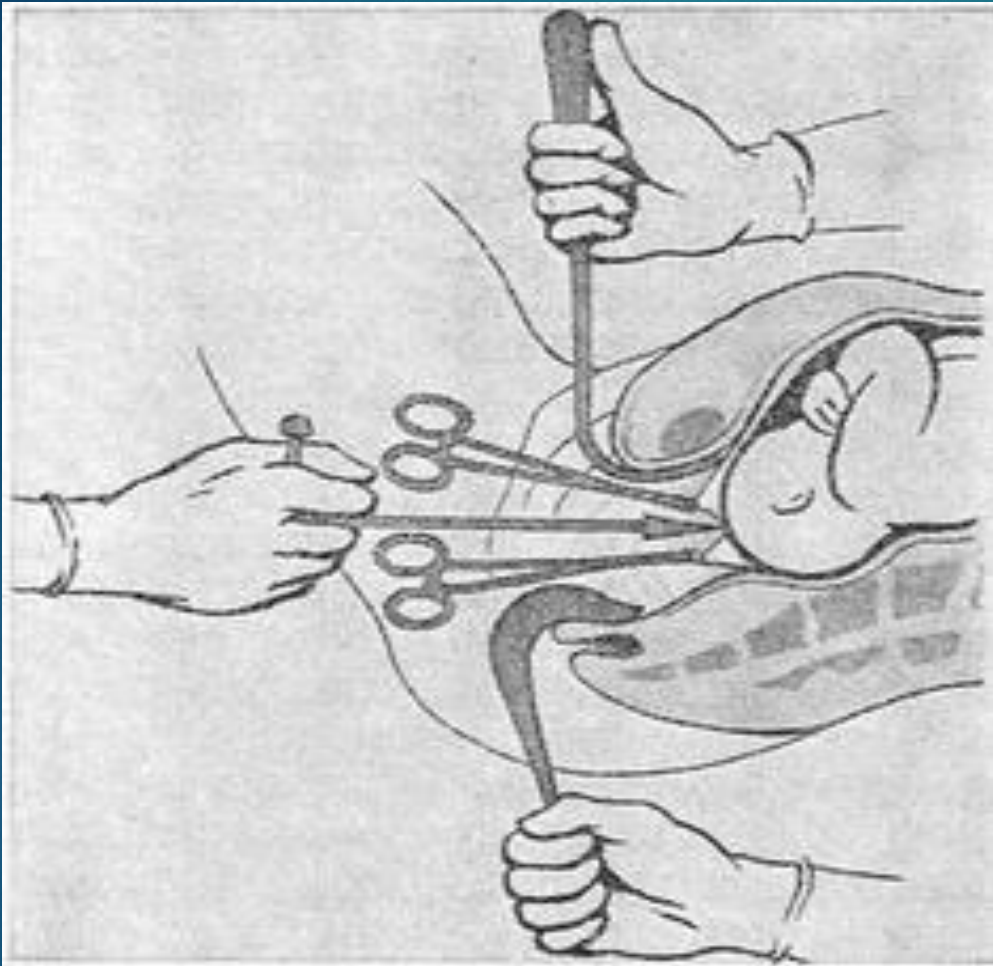


Рис. 1. Перфорация подлежащей головки по Феноменову.

Техника выполнения краниотомии.

Четвёртый момент — эксцеребрация (удаление головного мозга).

Вглубь черепа через образованное отверстие вводят большую тупую ложку, с помощью которой разрушают и вычерпывают мозг.

Особое внимание обращают на разрушение продолговатого мозга.

Разрушенный мозг удаляют путём вымывания стерильным изотоническим раствором **натрия хлорида** через катетер, введённый в полость черепа.

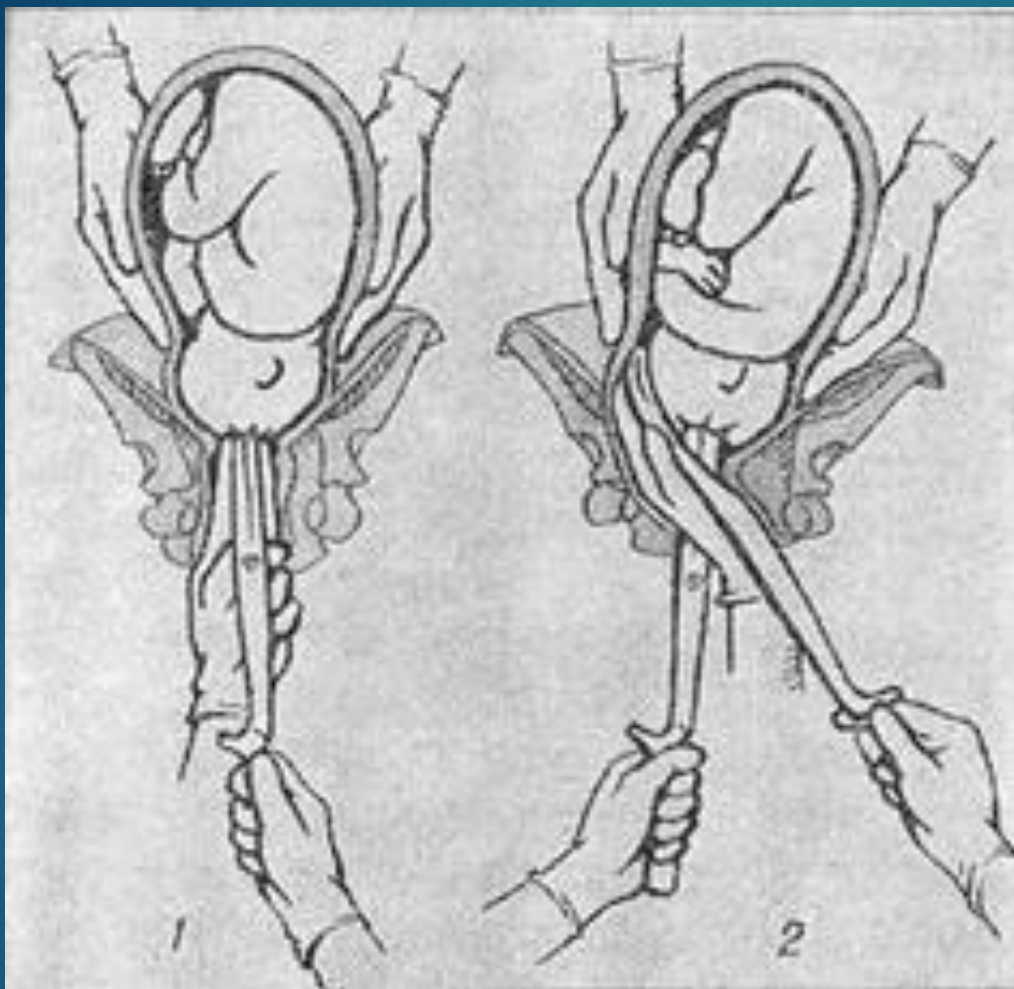


Рис. 2. Наложение краниокласта на подлежащую головку:
1 — введение «внутренней» бранши, фиксация головки (первый момент);
2 — введение «наружной» бранши, давление на головку ослаблено (второй момент).

Декапитация плода.

Декапитация (decapitatio) — операция отделения головки плода от туловища в области шейных позвонков.

- В настоящее время даже при мёртвом плоде заменяется кесарево сечением.

Показания:

- запущенное поперечное положение плода.

Противопоказания:

- Истинная конъюгата менее 6–6,5 см;
- наличие во влагалище резко суживающих его рубцов;
- предлежание плаценты;
- маточное кровотечение;
- рубец на матке;
- пороки развития (двуорогая матка) и опухоли матки.

Условия для проведения декапитации.

- ▶ полное или почти полное открытие маточного зева;
- ❖ отсутствие плодного пузыря;
- ❖ доступность шеи плода для исследующей руки;
- ❖ состояние родовых путей, допускающее рождение через них уменьшенного в объёме плода (истинная конъюгата не менее 6–6,5 см, отсутствие во влагалище резко суживающих его рубцов).

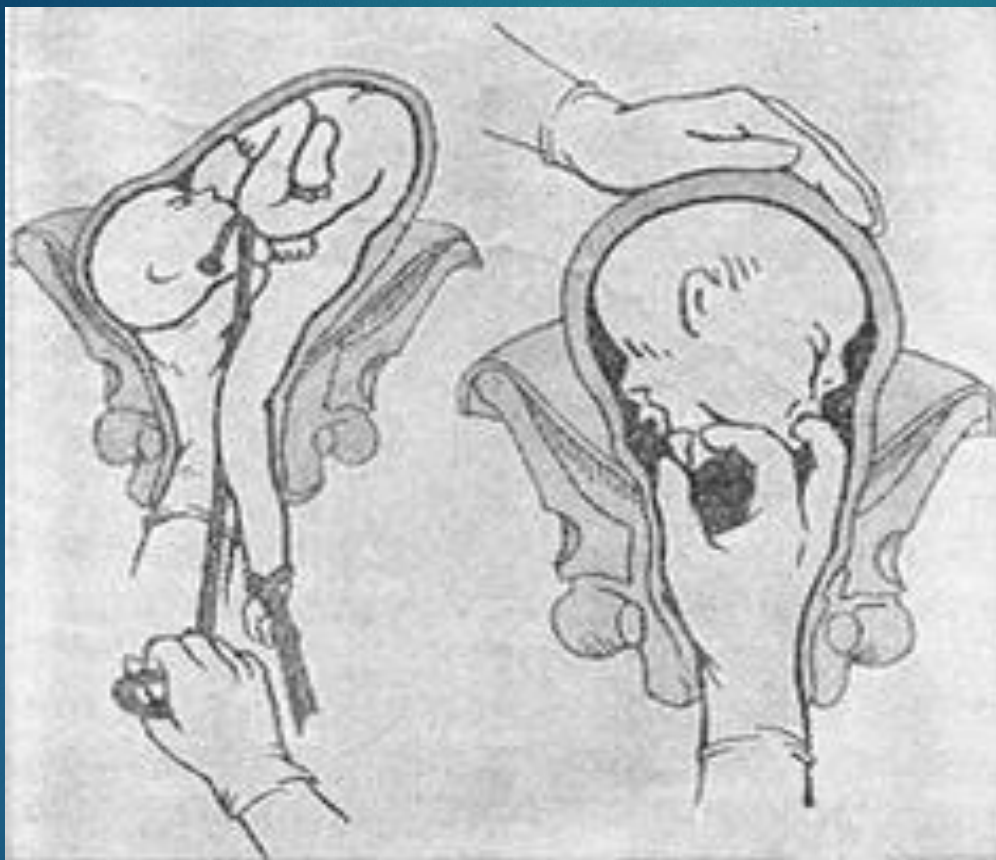


Рис. 3.

Рис. 4.

Рис. 3. Декапитация
крючком Брауна.

Рис. 4. Извлечение
отсеченной головки.