

*Роды при аномалиях вставления
головки плода*





Знать:

- Причины возникновения акушерской патологии;
- Особенности течения и ведения беременности;
- Биомеханизм родов через естественные родовые пути;
- Показания для операции кесарева сечения;

Уметь:

- Диагностировать эти патологические состояния;
- Продемонстрировать биомеханизм родов на фантоме.





Содержание



- Разгибательные предлежания головки плода
- Асинклитические вставления головки плода
- Высокое прямое стояние головки плода
- Низкое поперечное стояние



Разгибательные предлежания головки плода



- Разгибательными предлежаниями и вставлениями головки плода называют такие акушерские ситуации, при которых нарушается членорасположение плода, головка плода не прижимается подбородком к его грудной клетке и находится в разогнутом состоянии.
- Встречаются с частотой 0,5-1,0%, преимущественно у многорожавших.



Общие причины разгибания всех степеней



- узкий таз;
- многоводие, маловодие;
- аномалии развития матки;
- многоплодие;
- несвоевременное излитие вод;
- деформация позвоночника матери;
- несостоятельность передней брюшной стенки (дряблый и отвислый живот) и тазового дна;
- подслизистые миомы матки;
- опухоли в области шеи плода;
- предлежание плаценты;
- очень большая или очень маленькая головка плода;
- потеря плодом упругости (мертвый плод) и др.





Классификация



Различают три степени разгибания головки плода.

- При *первой степени*, называемом **переднеголовным предлежанием**, головка проходит через родовой канал таким образом, что ведущей точкой является область большого родничка.
- *Вторая степень* или **лобное предлежание**, характеризуется более значительным разгибанием головки. Последняя проходит через родовой канал со лбом (ведущая точка-лоб), опущенным ниже остальных частей головки.
- При *третьей степени* или **лицевом предлежании**. При этом головка разогнута так резко, что ведущей точкой становится подбородок плода.

Так же существуют промежуточные, переходные состояния.



Классификация



переднеголовное



лобное



лицевое





Биомеханизм родов



- Общие особенности биомеханизма при разгибательных предлежаниях головки плода по сравнению со сгибательными характеризуются двумя главными отличительными чертами: во-первых, при затылочном предлежании биомеханизм родов начинается со сгибания головки и заканчивается разгибанием в выходе таза; при разгибательных предлежаниях, наоборот, биомеханизм начинается с разгибания и заканчивается сгибанием; во-вторых, при сгибательном вставлении внутренний поворот головки совершается так, что когда головка устанавливается в выходе, плод находится в переднем виде и, как исключение, - в заднем; при разгибательном вставлении поворот совершается так, что головка устанавливаясь в выходе таза, находится в заднем виде и, как исключение, - в переднем.





Переднеголовное предлежание



- **Переднеголовное предлежание** - первая степень разгибания головки, при которой ведущей точкой становится большой родничок, а плоскость большого сегмента проходит через средним косым размер головки плода, равный 10 см (окружность 33см).
- **Диагностика:** диагноз устанавливают с помощью влагалищного исследования, когда обнаруживают стояние большого и малого родничков на одном уровне или стояние большого родничка ниже малого, головка имеет брахицефалическую форму (башенная головка), родовая опухоль расположена в области большого родничка, стреловидный шов находится в поперечном размере или в одном из косых. УЗИ.





Биомеханизм родов



- Первый момент механизма родов - **умеренное разгибание головки**. Головка устанавливается стреловидным и частью лобного шва в поперечном или очень редко - в одном из косых размеров плоскости входа малого таза. Головка вставляется прямым размером - **измеряется от переносицы до затылочного бугра**, равен 12 см. Окружность головки составляет 34 см. По мере продвижения головки ведущей точкой становится большой родничок. Часто наблюдается асинклитическое вставление.
- Второй момент механизма родов - **внутренний <<неправильный>> поворот**. Головка осуществляет поворот при переходе из широкой в узкую часть полости малого таза. Стреловидный шов из поперечного размера входа в малый таз переходит в прямой размер выхода малого таза, затылком кзади, к крестцу, а под нижний край симфиза подходит область надпереносья - точка фиксации.





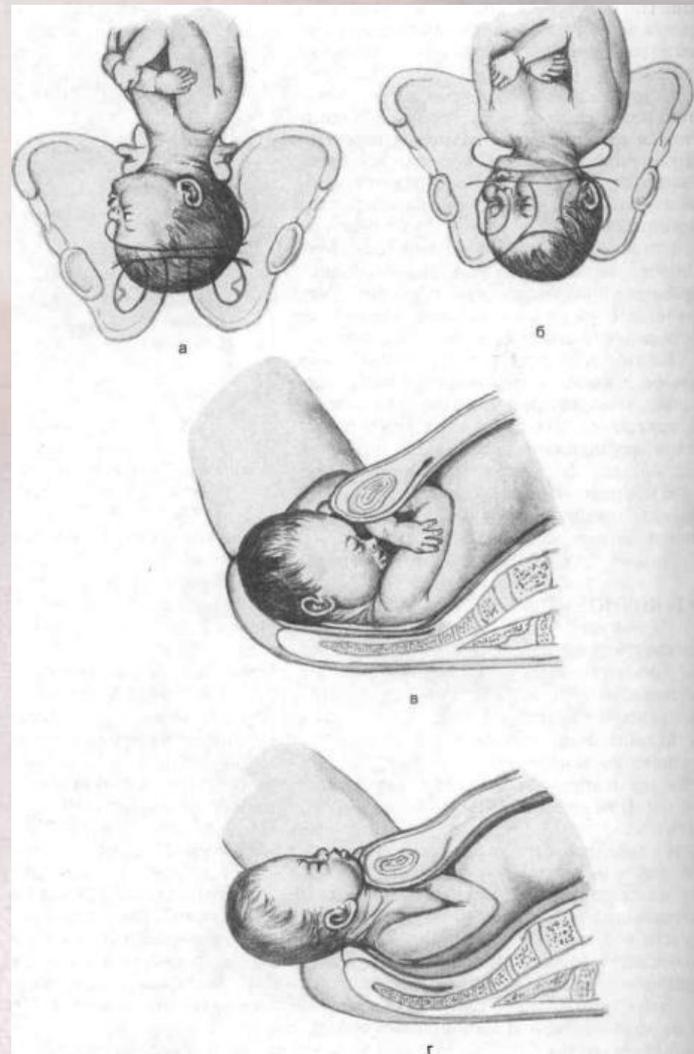
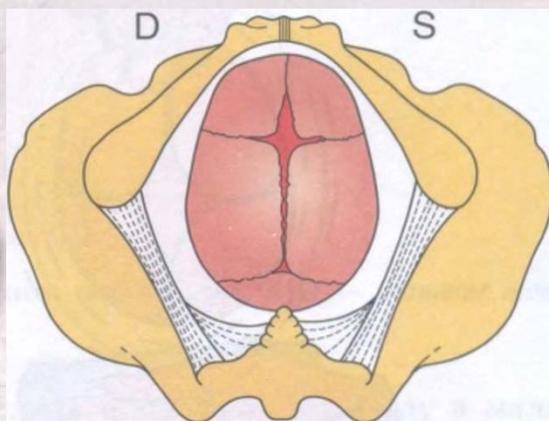
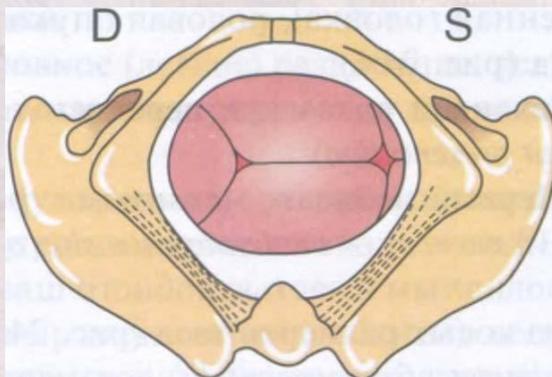
Биомеханизм родов



- Третий момент механизма родов - **сгибание головки**. Сгибание головки происходит в шейной части позвоночника. Точка фиксации - надпереносье, а точка опоры - нижний край лонного сочленения. Так рождаются темя и затылок плода.
- Четвертый момент механизма родов - **разгибание головки**. Образуется вторая точка фиксации - затылочный бугор, а точка опоры - передняя поверхность копчика. Совершается разгибание головки, так рождается лицо плода.
- Пятый момент механизма родов - **внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки**. Совершаются как при затылочном предлежании.



Биомеханизм родов



Течение и ведение беременности и родов



- Беременность протекает без осложнений. Возможны преждевременное излитие околоплодных вод и выпадение мелких частей плода и петель пуповины. Роды при переднеголовном предлежании затяжные, особенно в период изгнания. Врач следит за продвижением головки по родовому каналу и в динамике оценивает признаки клинически узкого таза, угрожающего разрыва матки, гипоксии плода. Развитие перечисленных осложнений - показание к экстренному абдоминальному родоразрешению.



Лобное предлежание



- **Лобное предлежание** – вторая степень разгибания головки, при которой ведущей точкой служит лоб, а плоскость большого сегмента проходит через большой кривой размер головки плода, равный 13,5 см (окружность 42 см).
- **Диагностика:** диагноз при влагалищном исследовании: по проводной оси таза обнаруживают лоб с лобным швом, к которому с одной стороны примыкают переносица и надбровные дуги, а с другой - передний угол большого родничка, сердцебиение плода выслушивается со стороны грудки. Родовая опухоль расположена в области лба на всем протяжении от переносья до большого родничка.





Биомеханизм родов



- Первый момент механизма родов – **разгибание головки.** Головка устанавливается во входе в таз своим большим косым размером – равен 13,5 см. Проводная точка – лоб. Лобный шов находится в поперечном размере входа в таз. Головка резко конфигурируется и с большим трудом проходит в полость малого таза.
- Второй момент механизма родов – **внутренний поворот головки.** Головка производит внутренний неправильный поворот затылком кзади – к крестцу, глазницами кпереди – к симфизу. Лобный шов переходит в косой, а затем в прямой размер выхода таза. Образуется точка фиксации верхняя челюсть и точка опоры – нижний край лонного сочленения.



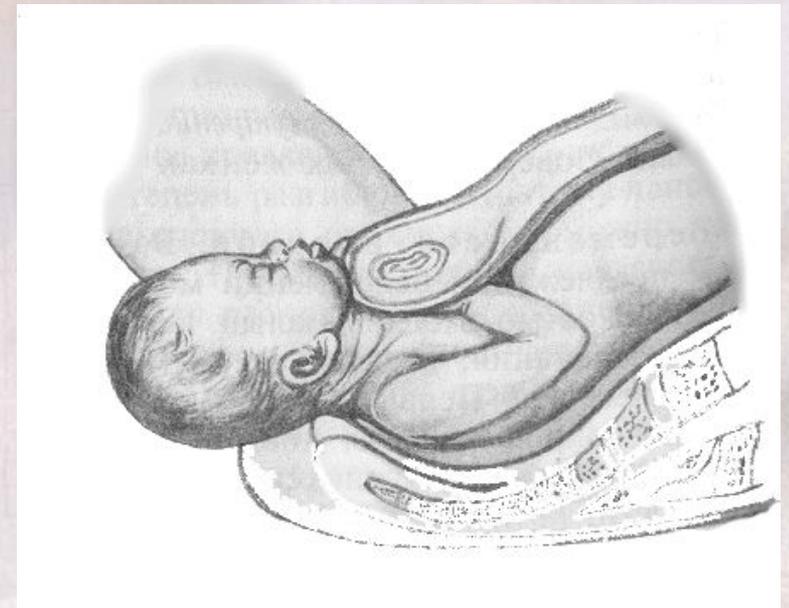
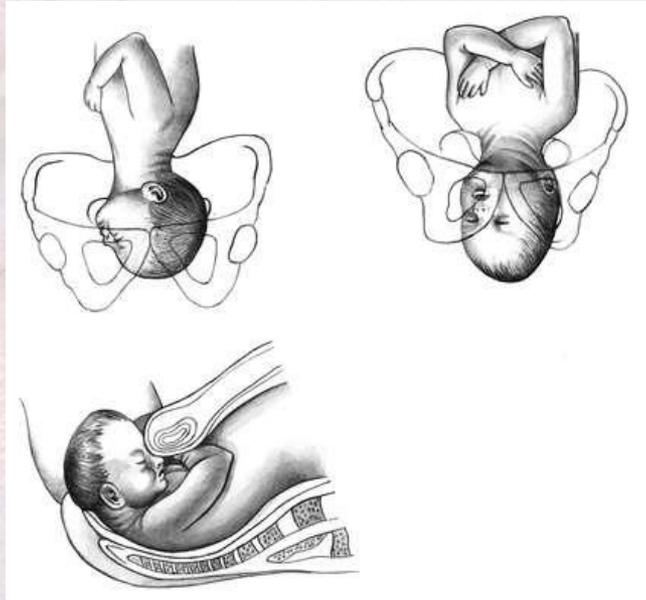


Биомеханизм родов

- Третий момент механизма родов – происходит во время прорезывания и состоит из **а) сгибания и б) разгибания**. При очень сильных потугах из половой щели показываются лоб, глаза, нос. Верхняя челюсть упирается в нижний край симфиза- первая точка фиксации. Головка сгибается, над промежностью выкатываются темя и затылок. Затылочный бугор упирается в крестцово-копчиковое соединение. Происходит разгибание головки. Из-под лобка появляются рот и подбородок.
- Четвертый момент механизма родов – **наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков**. Как при обычных родах.
- В современном акушерстве роды при лобном предлежании через естественные родовые пути невозможны, поэтому лобное предлежание является абсолютным показанием для кесарева сечения.



Биомеханизм родов



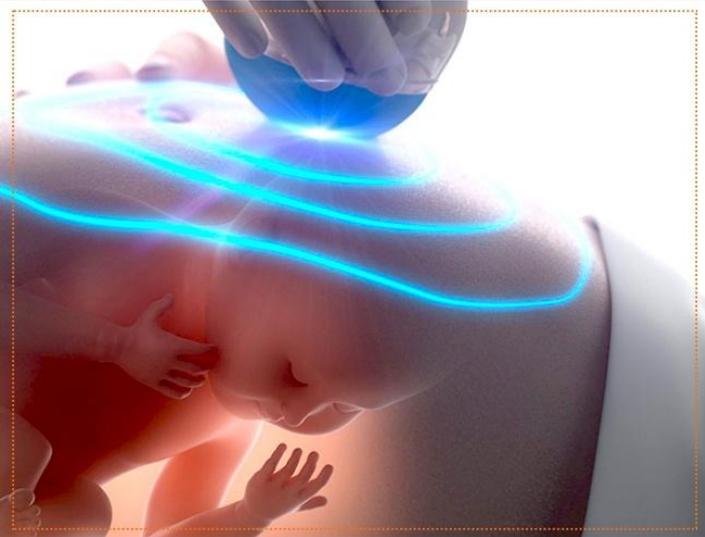
Течение и ведение беременности и родов



- При лобном предлежании головка плода предлежит ко входу в малый таз самым большим размером (большой крест), поэтому роды при лобном предлежании через естественные родовые пути невозможны. Даже при небольших размерах плода и нормальных размерах таза роды сопровождаются тяжелыми осложнениями - материнским травматизмом, тяжелыми травмами плода, заболеваемостью и смертностью новорожденных. Лобное предлежание - абсолютное показание для кесарева сечения.



Лицевое предлежание



- **Лицевое предлежание** - третья степень разгибания головки, при которой ведущей точкой служит подбородок, а плоскость большого сегмента проходит через вертикальный размер головки плода, равный 9,5 см (окружность 32 см).
- **Диагностика:** на основании данных наружного исследования: при третьем приеме Леопольда-Левецкого запрокинутый затылок прощупывается как твердый бугор (опухоль), отделенный от спинки глубокой впадиной или выемкой. Сердцебиение плода лучше слышно со стороны груди, а не со стороны спинки плода. При влагалищном исследовании: определяется подбородок, нос, надбровные дуги, лобный шов. УЗИ.





Биомеханизм родов



- Первый момент механизма родов в лицевом предлежании – **максимальное разгибание головки**. 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. При достижении головкой полного разгибания головка проходит через родовой канал окружностью, соответствующей вертикальному размеру 9,5 см. Проводная точка- подбородок.
- Второй момент механизма родов - **внутренний поворот головки** затылком кзади, подбородком кпереди. 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.





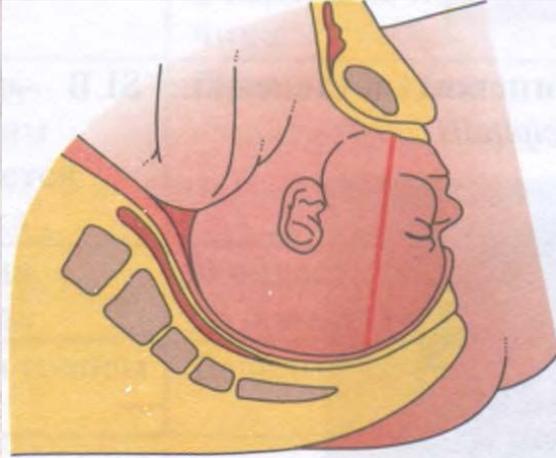
Биомеханизм родов



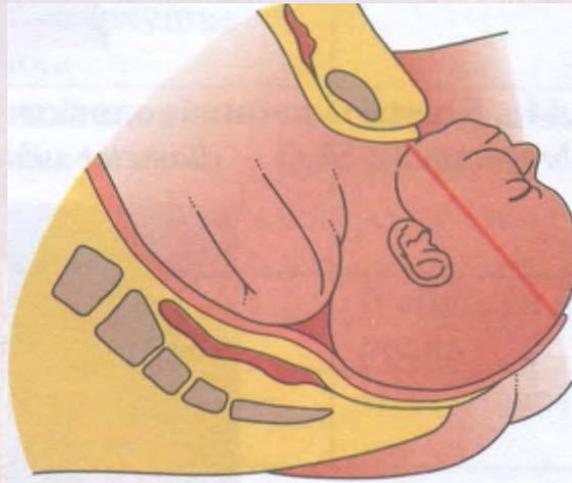
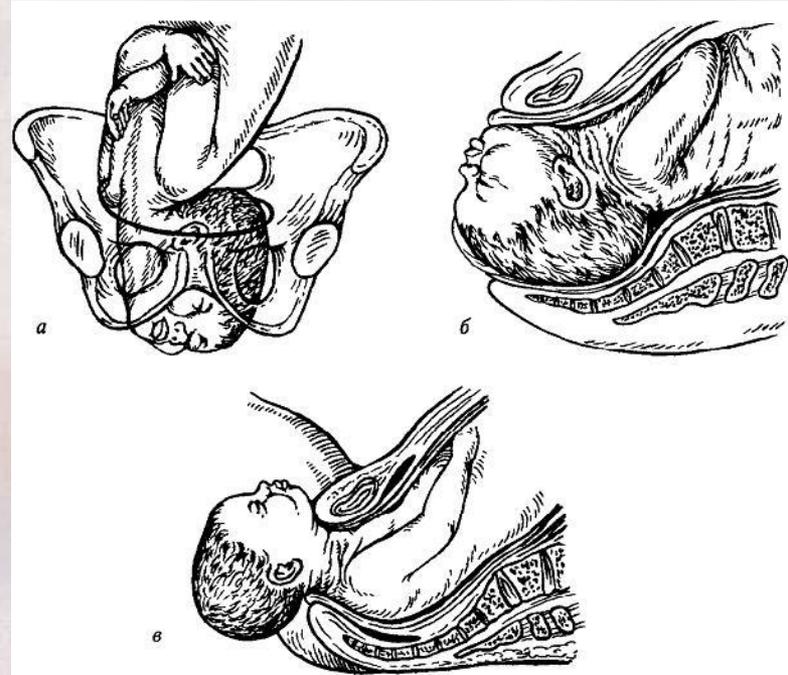
- Третий момент механизма родов - **сгибание головки**, когда вслед за родившимся подбородком последовательно выкатываются над промежностью рот, нос, глаза, лоб, темя и затылок.
- Четвертый момент механизма родов - **внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки затылком в сторону позиции.** Так же как при обычных родах.



Биомеханизм родов



образование точки фиксации в области подъязычной кости



сгибание головки

Течение и ведение беременности и родов



- Беременность протекает без осложнений. Роды через естественные родовые пути при лицевом предлежании в заднем виде возможны. После рождения головка имеет резко выраженную долихоцефалическую форму, на лице определяются выраженный отек, деформация. При переднем виде лицевого предлежания роды через естественные родовые пути невозможны, так как во вход в таз одновременно вступают головка и плечики плода (вколачивание плечиков). Необходимо экстренное кесарево сечение, служит абсолютным показанием.



Асинклитическое вставление головки плода



- **Асинклитизм, или внеосевое вставление-** это аномалии положения головки плода во входе или в полости малого таза, при которых стреловидный шов отклонен от срединного положения кпереди или кзади (к лону или к крестцу). В этих случаях одна из теменных костей находится ниже другой.
- В начале нормальных родов головка устанавливается над входом в таз или вставляется во вход таким образом, что стреловидный шов, совпадая с проводной линией таза, располагается во входе на одинаковом расстоянии от лона и мыса (**синклитическое вставление**).



Классификация



*передний
асинклитизм*

- **Передний асинклитизм (Негеле):**
стреловидный шов отклонен к крестцу, передняя теменная кость обращена к лону и первой опускается в полость малого таза, на ней расположена ведущая точка.
- **Задний асинклитизм (Литцмана):**
стреловидный шов отклонен кпереди к лону, а задняя теменная кость обращена к крестцу и первой опускается в полость малого таза, на ней расположена ведущая точка.



*задний
асинклитизм*



Этиология



- Расслабленное состояние мышц передней брюшной стенки, не в состоянии противодействовать отклоняющемуся вперед дну матки, ось матки смещается кпереди, и образуется переднетеменное вставление. Расслабленное состояние нижнего сегмента матки не оказывает должного сопротивления отклоняющейся вперед головке, и образуется заднетеменное вставление.
- Влияют на формирование асинклитизма размеры головки плода и таза роженицы (его сужение и особенно его уплощение – плоский таз, а также степень угла наклона таза).



Диагностика



- Степень асинклитизма определяют при влагалищном исследовании.
- При слабой степени стреловидный шов легко достижим. При умеренной степени достигается с трудом. При резкой степени не достигается совсем, а определяют под лоном или ниже мыса ухо или щеку плода.





Течение и ведение родов



- Роды могут закончиться самопроизвольно. Пока головка еще прочно не вколочена во вход, асинклитизм можно исправить, изменяя положение роженицы. Для исправления переднего асинклитизма роженице предлагают лечь на спину, а заднего - на живот. Влиять на вставление головки можно путем изменения угла наклона таза: при переднетеменном кладут валик под поясницу (Вальхеровское положение), при заднетеменном валик под крестец, притягивание бедер роженицы к животу (полусидячее положение).



Высокое прямое стояние стреловидного шва



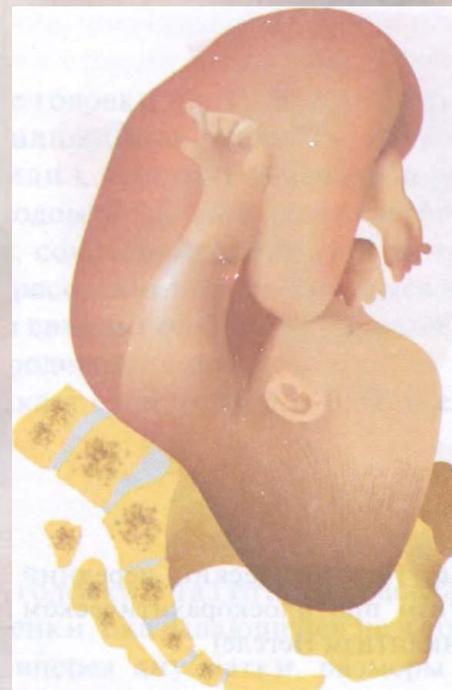
- **Высокое прямое стояние стреловидного шва** – такое положение, при котором головка плода находится во входе в малый таз стреловидным швом в прямом размере. В дальнейшем, после отхождения вод, оно может перейти в высокое прямое вставление стреловидного шва.
- В зависимости от того, куда обращен малый родничок – кпереди, к лону или кзади, к мысу, – различают передний и задний виды высокого стояния стреловидного шва.
- **Диагностика:** влагалищное исследование (обнаруживают с.ш. в прямом размере).



Высокое прямое стояние стреловидного шва



передний вид



задний вид





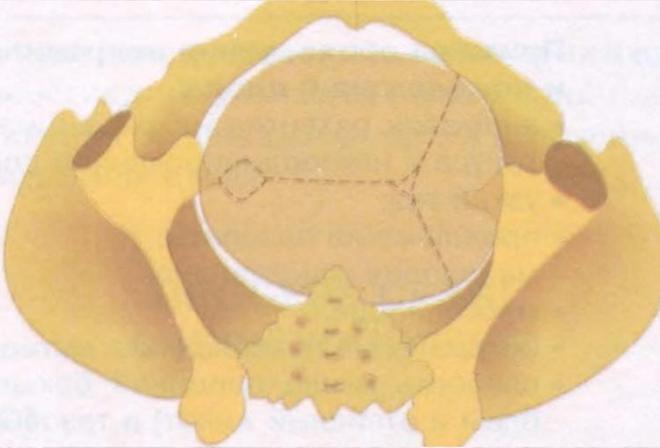
Причины



- нарушение соотношений между головкой и тазом (узкий таз или, наоборот, большой таз),
- недоношенность плода (малые размеры головки)
- изменения формы головки (широкий плоский череп) и формы таза (круглая форма входа в малый таз при его поперечном сужении)
- Неправильные положения и предлежания плода
- случайное (преходящее) прямое стояние стреловидного шва над входом в таз в момент излития вод.



Низкое поперечное стояние стреловидного шва



- **Низкое поперечное стояние стреловидного шва** - это стояние головки стреловидным швом в поперечном размере узкой части полости или выхода малого таза. Продвижение по родовому каналу становится невозможным, наблюдают длительное (более 2 ч) стояние головки в одной плоскости, несмотря на хорошую родовую деятельность.
- **Причины:** Головка не совершает внутренний поворот из-за сужения таза (плоский таз, особенно простой плоский), маленьких размеров головки плода, сниженного тонуса мышц тазового дна.





- **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ**
- В ряде случаев при высоком прямом стоянии стреловидного шва возможны самопроизвольные роды без совершения головкой внутреннего поворота. Это происходит, если поперечный размер таза сужен, прямые размеры нормальные или увеличены, а головка обращена затылком кпереди (передний вид). При данной клинической ситуации таз следует тщательно измерить и максимально точно определить истинную конъюгату.
- При суженных прямых размерах таза или высоком прямом стоянии стреловидного шва при заднем виде следует прибегнуть к КС во избежание разрыва матки и внутриутробной смерти плода.
- Вести роды при низком поперечном стоянии стреловидного шва следует выжидательно, так как при хорошей родовой деятельности и нормальных размерах таза возможны самопроизвольные роды. При длительном стоянии головки в плоскости выхода (до 1 ч) и при показаниях со стороны плода (гипоксия) роды необходимо закончить путём наложения акушерских щипцов. Функция щипцов в данном случае атипична — не только влечение, но и вращение головки, поэтому такую операцию должен производить опытный акушер прямыми (русскими) щипцами без тазовой кривизны.
- Вращательное движение головка осуществляет самостоятельно в процессе извлечения. Задача оператора ограничивается приданием нужного направления внутреннему повороту головки. Наложение щипцов в данной акушерской ситуации крайне травматично как для плода, так и для матери.
- Патологическое стояние стреловидного шва мёртвого плода — показание для краниотомии.
- **ПРОГНОЗ**
- Прогноз родов при высоком прямом и низком поперечном стоянии стреловидного шва неблагоприятный. Необходимо своевременно производить КС.