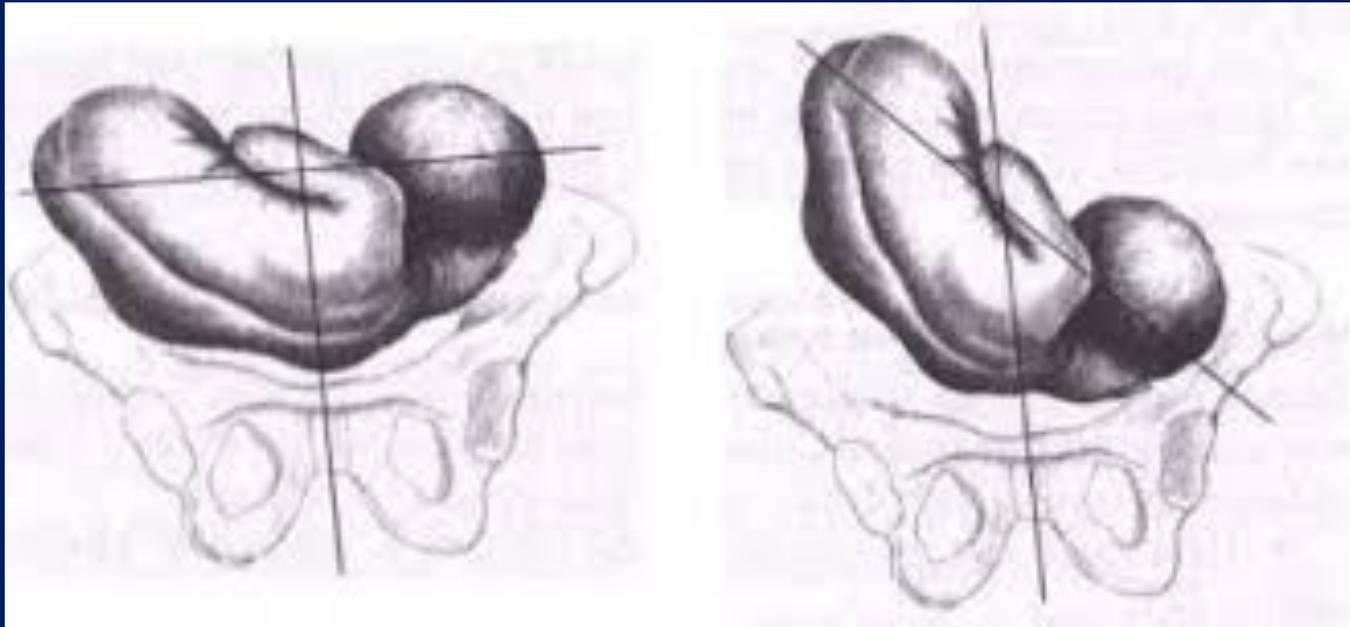


Неправильные положения плода (поперечное и косое)



Неправильное положение плода (НП)

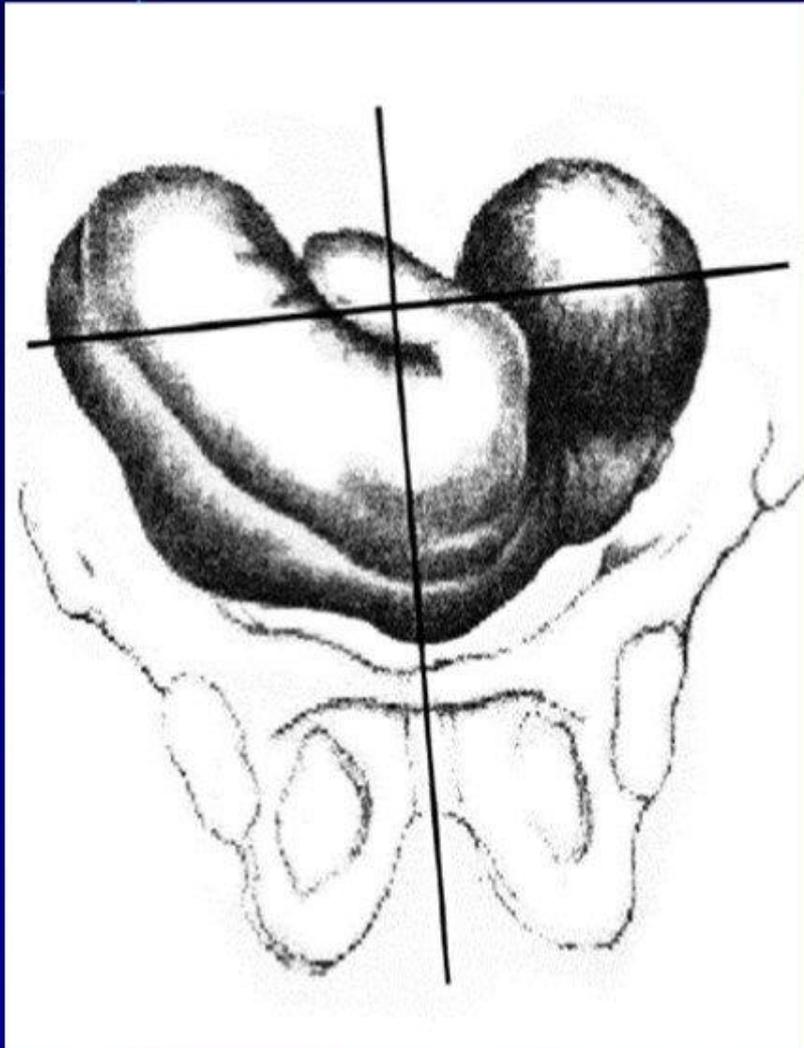
Неправильным положением плода называют клиническую ситуацию, когда ось плода пересекает ось матки

Частота – 0,5-0,7%, причем у многорожавших в 10 раз чаще, чем у первородящих.

К неправильным положениям плода относят поперечные и косые положения.

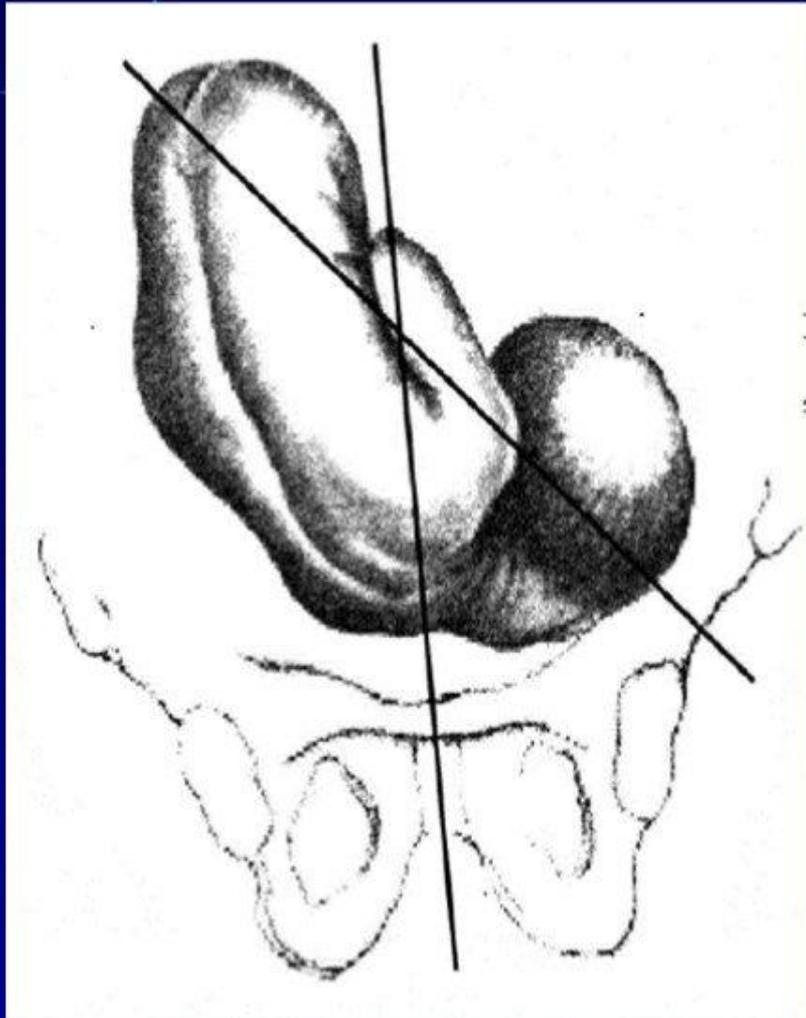


Поперечное положение плода



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

Косое положение плода

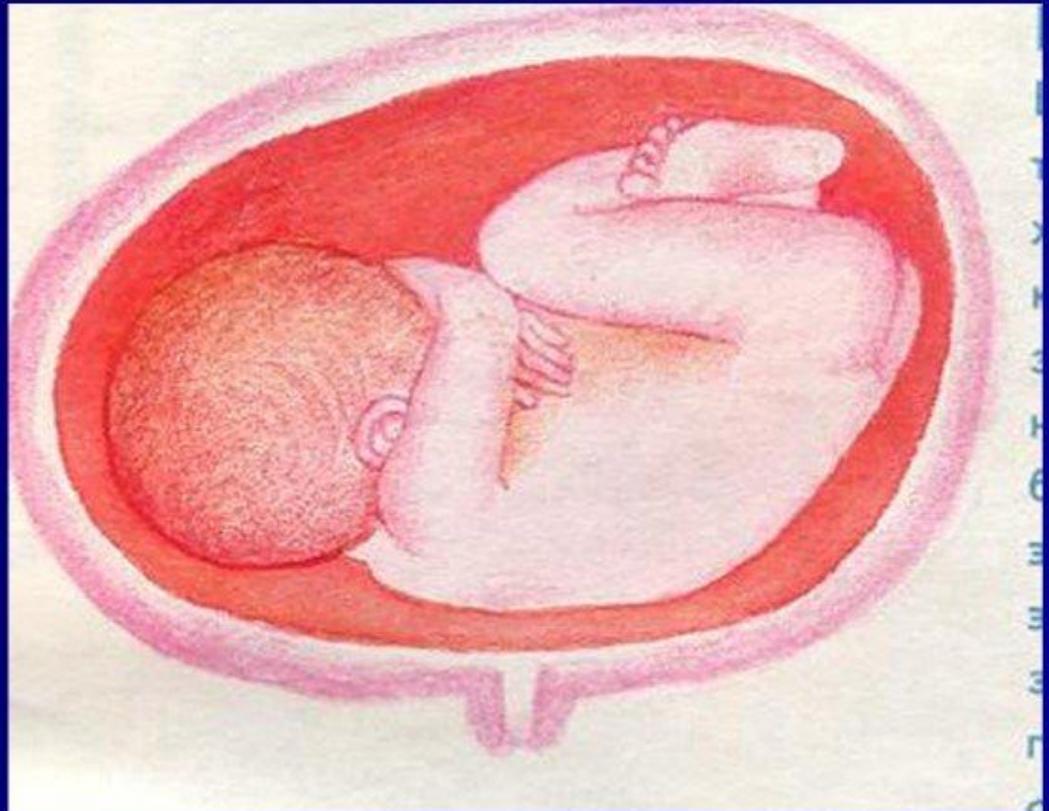


Клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под острым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещена в одной из подвздошных впадин большого таза.

Косое положение считают переходным состоянием: во время родов оно превращается в продольное либо поперечное.

Позицию плода при 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 НП разнообразны:

1. Материнские факторы: узкий таз, миома матки, аномалии матки, дряблость передней брюшной стенки, много-рожавшие, рубец на матке после кесарево-сечения.

2. Плодовые факторы: недоношенность, врожденные аномалии плода, многоплодие, неправильное члено-расположение плода.

3. Плацентарные факторы: предлежание плаценты, многоводие или маловодие, короткость пуповины.

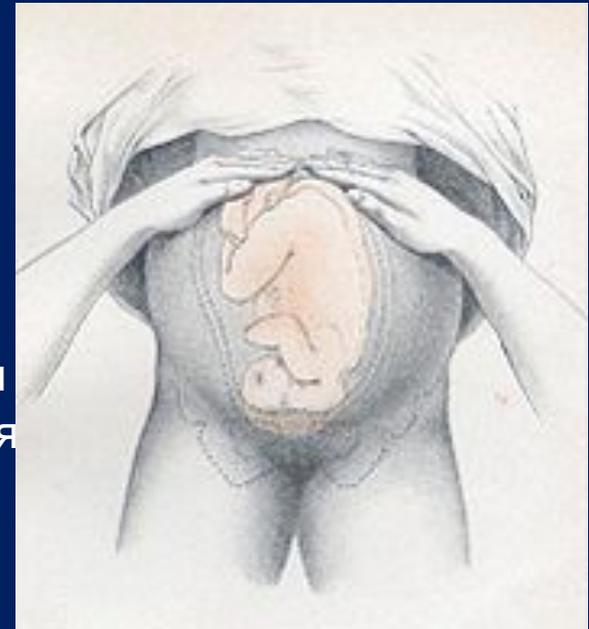
Клиническая картина

Неправильное положение устанавливают, основываясь на данных осмотра беременной, пальпации живота, влагалищного исследования. С целью определения положения, предлежания и позиции плода применяют приемы пальпации по **Леопольду**:

1 прием:

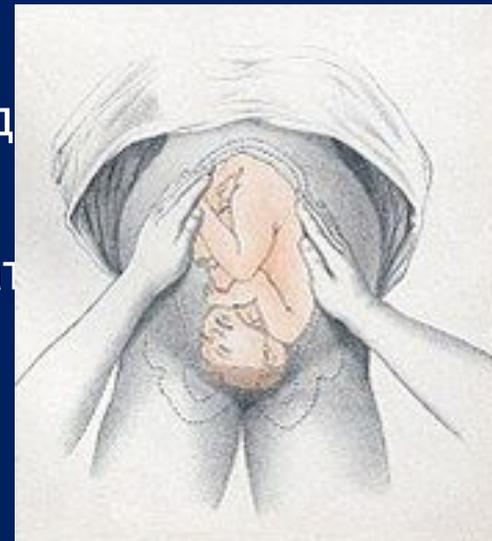
Цель приёма — определение высоты стояния дна матки и той части плода, которая находится в дне. Ладони обеих рук располагаются на дне матки, пальцы направлены друг к другу, но не соприкасаются. После того, как установлена высота стояния дна матки по отношению к мечевидному отростку или пупку, определяют часть плода, находящуюся в дне.

При продольном положении это может быть либо тазовый конец, который имеет более крупные размеры по сравнению с головкой и менее четкие контуры, либо головка, она более круглая и плотная, а так же ballotируется. При поперечных и косых положениях дно матки оказывается пустым, а крупная часть плода (голова или тазовый конец) определяется либо сбоку на уровне пупка (при поперечных положениях), либо в одной из подвздошных областей (при косом положении).



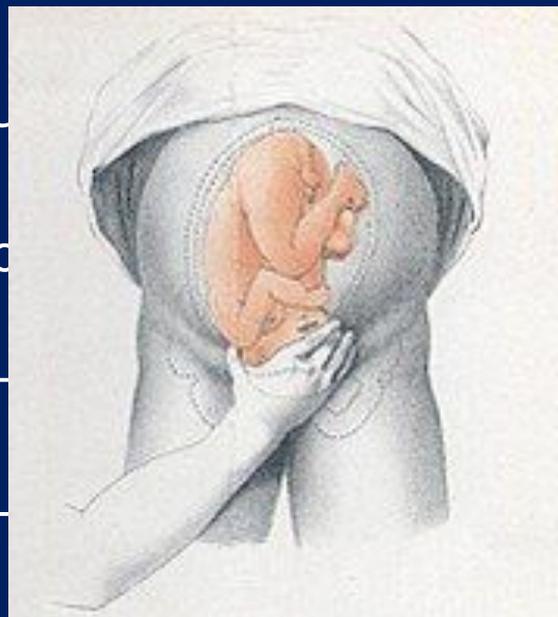
2 прием:

Цель приёма — определить положение, позицию и вид плода. Кисти рук сдвигают с дна матки на боковые поверхности, ладонными поверхностями пальпируют матку. Спинка плода пальпируется как гладкая, ровная поверхность без выступов.



3 прием:

Приём проводят правой рукой, ее располагают выше лона, большой палец максимально остальных четырех и захватывают часть большим и средним пальцами. Цель — определить предлежащую часть; если



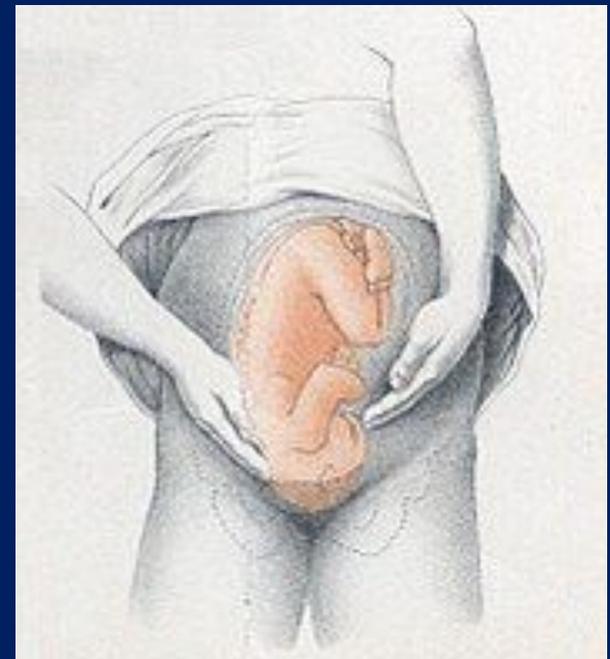
предлежит

головка — присутствует симптом

4 прием:

Цель приема — определить предлежащую часть и ее местоположение по отношению к плоскостям таза. Кисти рук располагают над горизонтальными ветвями лобковых костей, постепенно продвигая их между предлежащей частью и плоскостью входа в малый таз.

Если пальцы рук соприкасаются — головка располагается над входом в малый таз, если пальцы параллельны друг другу — головка малым сегментом находится во входе в малый таз, если пальцы расходятся — головка находится большим сегментом во входе в малый таз.



Диагностика

Окончательный диагноз ставят на основании УЗИ.

Влагалищное исследование (ВИ) во время беременности не дает четких результатов. ВИ следует производить очень осторожно, так как вскрытие плодных оболочек и излитие вод при неполном раскрытии маточного зева значительно ухудшает прогноз родов. При ВИ после излития вод и раскрытия зева на 4 см и больше прощупывают бок плода, лопатку, подмышечную впадину, локти или кисть ручки

Течение родов

При отсутствии медицинской помощи роды сопровождаются рядом серьезных и крайне опасных для жизни матери и плода осложнений (раннее излитие вод, выпадение мелких частей плода и пуповины, возникновение запущенного поперечного положения плода, разрыв матки, смерть матери и плода)





Ведение родов при НП плода

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

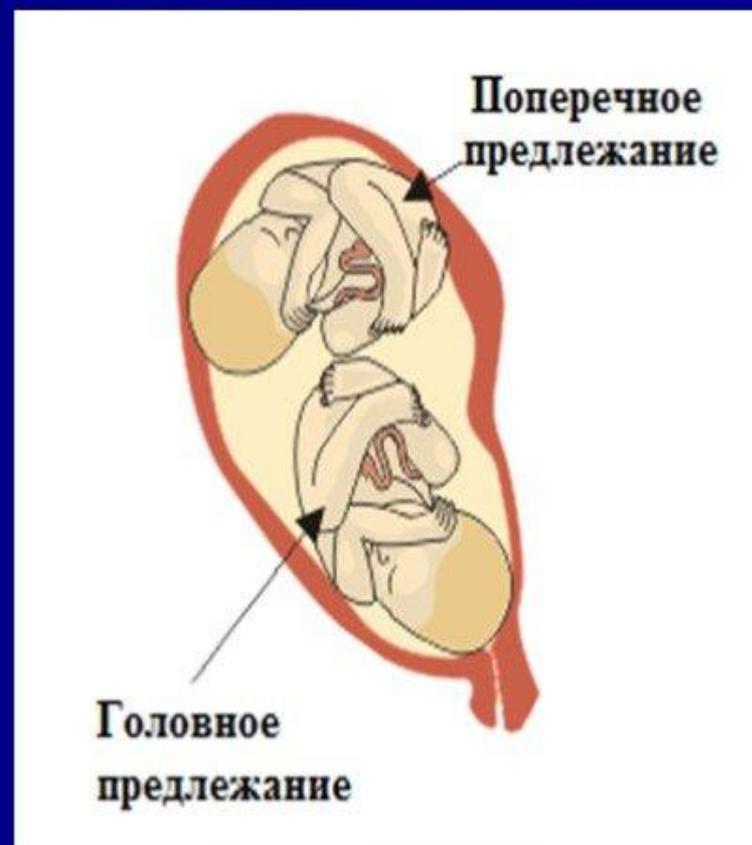
Ведение родов при НП плода

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 КС.



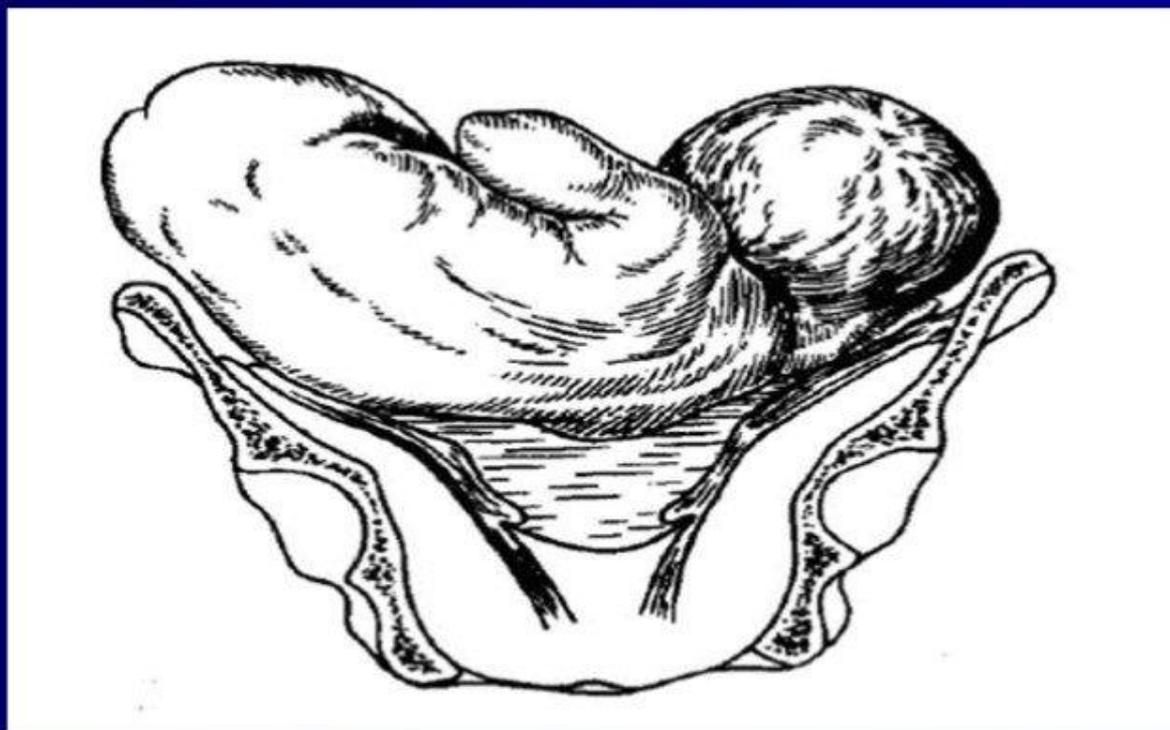
Ведение родов при НП плода

Ведение родов естественным путем при поперечном положении и операция поворота плода на ножку допустимы только при глубоко недоношенном плоде либо при родах двойней, когда второй плод лежит в поперечном положении.



Ведение родов при НП плода

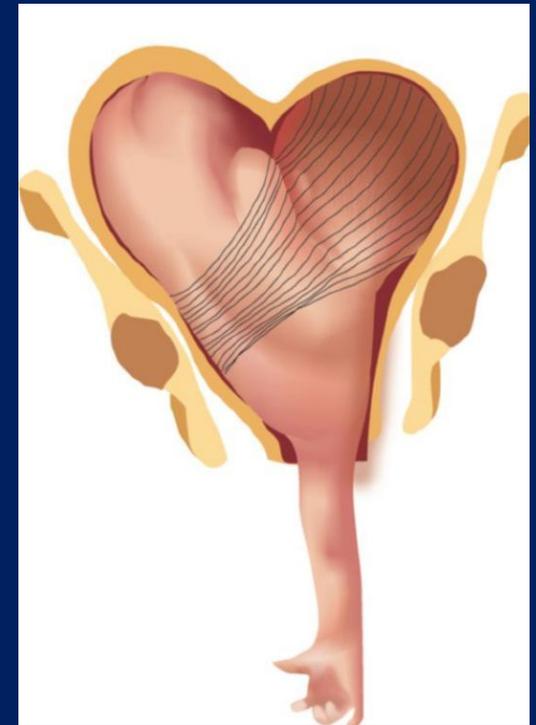
Если роженица поступает в родильный дом с запущенным поперечным положением вне зависимости от состояния плода производят КС.



Запущенное поперечное-положение плода:

Возникает при сильной родовой деятельности , длительном безводном периоде. Плод опускается в нижний сегмент, плотно обтягивается маткой, плечико вколачивается в полость входа в малый таз, если выпадает ручка она синеет и отекает.

Если не оказать помощь (кесарево сечение) в срочном порядке, то может произойти разрыв матки с тяжелыми последствиями для матери и плода



Классический наружно-внутренний поворот плода на ножку.

• Показания:

- поперечные положения плода;
- неблагоприятные предлежания и вставления головки;
- задний вид лицевого предлежания;
- выпадение пуповины и мелких частей при головных предлежаниях.

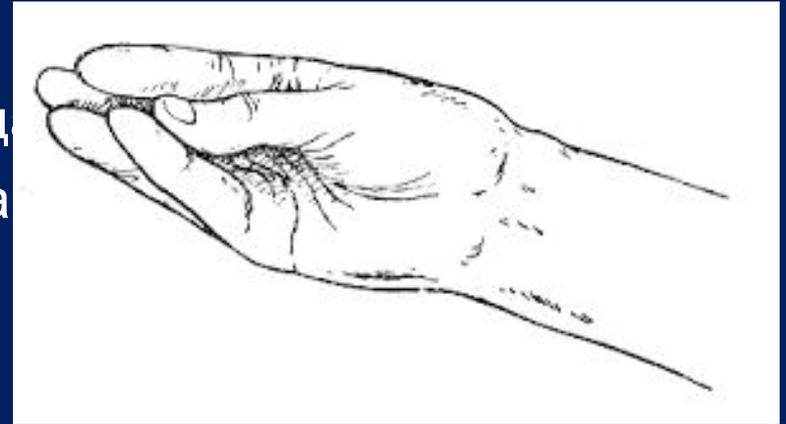
• Условия:

- полное открытие маточного зева;
- плодный пузырь цел или воды только что отошли;
- подвижность плода в полости матки;
- соответствие между величиной плода и размерами матки.

Внимание: В настоящее время наружно-внутренний поворот производят при двойне, когда первый плод рождается в головном предлежании, а второй принимает поперечное положение.

Техника:

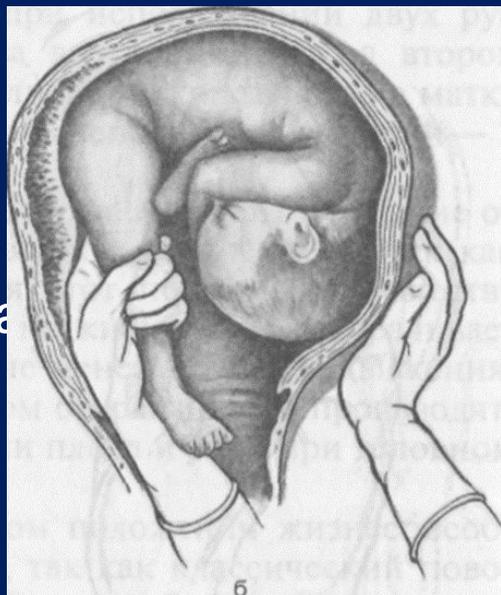
1. **Введение руки.** Вводим руку, соответствующему тазовому концу плода (поперечное) или мелким частям плода (продольное).



2. **Отыскивание ножки:** нащупать бок плода и скользить рукой от подмышечной впадины к тазовому концу и далее по бедру до голени и захватить ножку.

3. Захватывание ножки

Голень захватывают всей рукой, четыре пальца обхватывают голень спереди, большой палец располагается вдоль икроножных мышц, конец его достигает подколенной ямки. Указательным и средним пальцами ножку плода захватывают в области лодыжек, большой палец поддерживает стопу.



4. Собственно поворот плода – наружную руку перенести с тазового конца плода на головку и оттолкнуть ее кверху, ко дну внутренней рукой ножку выводят через влагалище наружу.



**Поворот закончен
после того, как
ножка выведена
из половой щели
до подколенной
ямки.**