**РАЗГИБАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ И ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ АСИНКЛИТИЧЕСКИЕ ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ
НЕПРАВИЛЬНЫЕ СТОЯНИЯ ГОЛОВКИ**

**Цель занятия:** изучить причины неправильных предлежаний и вставлений головки, асинклитических вставлений головки и неправильных стояний головки; диагностику, биомеханизмы и клинику родов, осложнения во время и после родов.

**Студент должен знать:** причины возникновения разгибательных предлежаний и вставлений головки, асинклитических вставлений головки и неправильных стояний головки плода, при каких из перечисленных патологических состояний роды можно провести через естественные родовые пути и биомеханизм этих родов, какие являются показанием для кесарева сечения.

**Студент должен уметь:** диагностировать эти патологические состояния и продемонстрировать биомеханизмы родов на фантоме.

**Содержание занятия**

**ЭТИОЛОГИЯ**

Общими для всех степеней разгибания являются следующие причины: недостаточность нижнего сегмента матки, узкий таз, особенно плоский, многоводие, многоплодие, раннее излитие вод, кифоз позвоночника матери, недостаточность передней брюшной стенки (дряблый и отвислый живот) и тазового дна, подслизистые миомы матки, предлежания плаценты, очень большая или наоборот, очень маленькая головка плода, опухоли в области шеи плода, потеря плодом обычной своей упругости (мертвый плод) и др. Все степени разгибания головки плода встречаются преимущественно у повторнородящих.

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

Различают три степени разгибания головки.

При *первой степени* разгибания, называемом также *переднеголовным предлежанием*, головка проходит через родовой канал таким образом, что ведущей точкой является область большого родничка.

*Вторая степень* разгибания 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* разгибания создается *лицевое предлежание*. При этом головка разогнута так резко, что ведущей точкой становится подбородок плода.

Между этими тремя основными степенями разгибания головки существуют промежуточные, переходные, состояния.

О разгибательном предлежании можно говорить в тех случаях, когда головка стоит в разогнутом состоянии над входом в таз или находится во входе только малым сегментом и еще не фиксирована. При разгибательном вставлении головка находится в разогнутом состоянии во входе или в более глубоких отделах таза большим сегментом.

**БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ**

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

***Переднеголовное предлежание***

Правильный диагноз ставят лишь при помощи влагалищного исследования, когда обнаруживают стояние большого и малого родничков на одном уровне или стояние большого родничка ниже малого. Диагноз подтверждают после родов по состоянию формы головки плода и следов на ней, которые имеют место в первые часы и дни ребенка. При переднеголовном предлежании головка имеет брахицефалическую форму (башенная головка).

***Первый момент биомеханизма родов*** при переднеголовном предлежании - *умеренное разгибание головки,* при этом головка устанавливается своим стреловидным и частью лобного шва в поперечном, или, очень редко, в одном из косых размеров таза. Головка плода вставляется своим прямым размером 12 см. По мере продвижения головки ведущей точкой становится большой родничок. Возможно асинклитическое вставление.

***Второй момент биомеханизма родов*** *- внутренний поворот*: стреловидный шов из поперечного размера входа в малый таз переходит в прямой размер выхода из малого таза, затылком кзади, к копчику. Головка осуществляет поворот при переходе через плоскость узкой части полости малого таза.

***Третий момент биомеханизма родов*** - *сгибание головки.* Сгибание головки происходит в шейной части позвоночника. Точкой фиксации является надпереносица, а точкой опоры - нижний край лонного сочленения. Рождаются лоб, темя и затылок плода.

***Четвертый момент биомеханизма родов*** *- разгибание головки.* Точкой фиксации является подзатылочная ямка или затылочный бугор, точкой опоры - передняя поверхность копчика. Рождается лицо плода.

***Пятый момент биомеханизма родов*** *- внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки* - совершается так же, как и при затылочном предлежании.

Течение родов при переднеголовном предлежании – затяжное, особенно в период изгнания. Поэтому для предупреждения асфиксии плода проводят ее профилактику. Врач следит за продвижением головки по родовым путям и не допускает, чтобы головка стояла в одной плоскости более 1 часа.

К оперативным вмешательствам приходится прибегать лишь при показаниях со стороны матери (клиника узкого таза, опасность образования мочеполовых свищей и др.) и плода (острая гипоксия плода).

***Лобное предлежание***

Распознавание лобного предлежания происходит при влагалищном исследовании: по проводной оси таза обнаруживают лоб с лобным швом, к которому с одной стороны примыкают переносье и надбровные дуги, а с другой - передний угол большого родничка. Родовая опухоль расположена в области лба на всем протяжении от переносицы до большого родничка.

***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. Даже, если плод маленький, а размеры таза нормальные, роды сопровождают тяжелые осложнения. Материнская смертность довольно высока, еще выше - смертность плодов и новорожденных.

***Лицевое предлежание***

Диагноз лицевого предлежания ставят на основании данных наружного исследования и подтверждают данными влагалищного исследования, при котором прощупывают нос, рот и подбородок, который является ведущей точкой.

***Первый момент биомеханизма родов*** в лицевом предлежании - *разгибание головки.* Разгибание происходит в шейной части позвоночника. В результате предлежащей частью становится лицо. В поперечном или в одном из косых размеров входа в таз устанавливается лицевая линия. При достижении головкой полного разгибания она проходит через родовой канал окружностью, соответствующей вертикальному размеру 9,5 см.

***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 головки совершается подбородком к копчику. В таком положении роды не возможны (сдвоенное тело – головка и туловище плода).

***Третий момент биомеханизма родов*** *- сгибание головки,* когда, вслед за уже родившимся подбородком, последовательно выкатываются над промежностью рот, нос, глаза, лоб, темя и затылок.

***Четвертый момент биомеханизма родов*** *- внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки* затылком в сторону позиции.

Роды через естественные родовые пути при лицевом предлежании заднем виде возможны, если нет других осложняющих моментов (крупный плод, слабость родовой деятельности и др.). После родов головка имеет резко выраженную долихэцефалическую форму, на лице – выраженный отек, деформация. Новорожденный находится в привычной разогнутой позе При переднем виде лицевого предлежания роды через естественные родовые пути не возможны. При такой ситуации необходимо произвести кесарево сечение.

***Асинклитические вставления***

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. Такое осевое или синклитическое вставление головки благоприятствует ее прохождению по родовому каналу. Однако в большинстве случаев головка вставляется во вход таким образом, что передняя теменная кость оказывается глубже задней. (стреловидный шов находится *ближе к мысу*). Слабо и умеренно выраженный передний асинклитизм благоприятствуют прохождению головки по недостаточно просторному для нее родовому каналу.

Иногда асинклитизм бывает выражен настолько, что препятствует дальнейшему продвижению головки по родовому каналу. Такие резко выраженные степени внеосевого вставления головки называют патологическими асинклитизмами. Различают два вида асинклитизма: *передний (асинклитизм Негеле)*, когда стреловидный шов приближен к крестцу, и передняя теменная кость опускается первой в плоскость входа малого таза, на ней расположена ведущая точка, и *задний (асинклитизм Литцмана)*, при котором первой в таз опускается задняя теменная кость, стреловидный шов отклонен кпереди к лону

К причинам внеосевого вставления головки в таз относят: расслабленное состояние брюшной стенки, оказывающейся не в состоянии противодействовать отклоняющемуся вперед дну матки, в результате чего образуется переднетеменное вставление, или расслабленное состояние нижнего сегмента матки, не оказывающего должного сопротивления отклоняющейся вперед головке, вследствие чего образуется заднетеменное вставление. Влияют на формирование асинклитизма в родах размеры головки плода и состояние таза роженицы (его сужение и особенно уплощение - плоский таз, а также степень угла наклонения таза). Степень асинклитизма определяют при влагалищном исследовании по месту расположения и возможности достижения стреловидного шва.

Роды при сильных и средних степенях асинклитизма (стреловидный шов не определяют или определяют с трудом) протекают так же, как и роды при узком тазе, и при том тем тяжелее, чем резче выражен асинклитизм и причины его вызывающие. Пока головка еще прочно не вколочена во вход в таз, асинклитизм можно в ряде случаев исправить, изменяя положение роженицы в кровати. Для исправления переднего асинклитизма роженице предлагают лечь на спину, а заднего - на живот. Влиять на вставление головки можно путем изменения угла наклонения таза: при переднетеменном асинклитизме - увеличением этого угла (валик под поясницу, вальхеровское положение), при заднетеменном - уменьшением его (валик под крестец, притягивание бедер роженицы к животу, полусидячее положение).

Переднетеменное вставление этим простым вмешательством почти всегда устраняют, даже в резко выраженных случаях. При заднетеменном вставлении его полного или значительного устранения достигают значительно реже. Если, несмотря на принятые меры или независимо от них, наступают явления клинически узкого таза, роды должны быть закончены операцией кесарево сечение.

***Неправильные стояния головки плода***

К неправильным стояниям головки относят: высокое (во входе) прямое и низкое (в выходе) поперечное стояние стреловидного шва.

Каждое из этих отклонений от физиологического течения биомеханизма родов может привести к серьезным осложнениям.

***Высокое прямое стояние стреловидного шва***

Если плод в начале родов обращен спинкой прямо кпереди или кзади, а головка его стоит стреловидным швом над прямым размером входа в малый таз, говорят о высоком прямом стоянии стреловидного шва (головки), которое в дальнейшем, после отхождения вод может прейти в высокое прямое вставление стреловидного шва (головки). Такое вставление приводит обычно к серьезным осложнениям родов, так как головка плода, фиксированная прямым своим размером (12 см) в прямом размере входа в таз (11 см), встречает со стороны лонного сочленения и мыса трудно преодолимое препятствие; головка подвергается во входе в таз давлению в переднезаднем направлении - от лба к затылку, т.е. в направлении, обладающем меньшей по сравнению с поперечным конфигурационной способностью.

В зависимости от того, куда обращен малый родничок - кпереди к лону или кзади к мысу, различают передний вид высокого стояния стреловидного шва и задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва. Частота этой патологии от 0,2% до 1,2%.

Этиология высокого прямого стояния головки довольно разнообразна. Сюда относят 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), случайное, в момент излития, вод прямое стояние стреловидного шва над входом в таз. При этом, быстро друг за другом следующие, схватки или потуги могут вогнать головку плода во вход малого таза и фиксировать ее в этом положении.

Роды при высоком прямом стоянии стреловидного шва 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. Исход родов может быть не благоприятным для матери (клиника узкого таза и др.) и плода (гипоксия, травма), поэтому родоразрешение, как правило, проводят с помощью кесарева сечения.

***Низкое поперечное стояние стреловидного шва***

Низким поперечным стоянием стреловидного шва называют патологию родов, характеризующуюся стоянием головки стреловидным швом в поперечном размере выхода таза. Сюда же должны быть отнесены и те случаи, когда головка стоит стреловидным швом длительное время (свыше 2 часов) в поперечном размере узкой части полости малого таза, несмотря на хорошую родовую деятельность. Причинами самопроизвольных родов, при которых головка плода не совершает внутренний поворот, могут быть сужение таза (плоские тазы, особенно, плоскорахитический), маленькие размеры головки плода, сниженный тонус мышц тазового дна. При активной родовой деятельности роды заканчиваются самопроизвольно. Ведение родов выжидательное (до двух часов) до появления осложнений со стороны матери или плода (гипоксия). В таких случаях, при живом плоде показано наложение атипических акушерских щипцов.

**Контрольные вопросы:**

1. Причины образования разгибательных предлежаний.

2. Биомеханизм родов при I степени разгибания головки.

3. Биомеханизм родов при лицевом предлежании в заднем виде.

4. Какие разгибательные предлежания являются абсолютным показанием к кесареву сечению?

5. Какие моменты биомеханизма родов являются общими для всех разгибательных предлежаний?

6. Какие осложнения у матери возникают в родах при разгибательных предлежаниях?

7. Какие осложнения у ребенка, родившегося в разгибательных предлежаниях?

8. Причины асинклитического вставления?

9. Какие виды асинклитического вставления вы знаете?

10. Как Вы будете родоразрешать роженицу, у которой высокое прямое стояние стреловидного шва?

**Задача № 1**

Повторнородящая 33 лет после 10 ч хорошей родовой деятельности поступила в родильный дом. Размеры таза нормальные. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Предполагаемая масса плода 4000.0, сердцебиение плода 136 уд. в мин. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки почти полное, стреловидный шов в поперечном размере, справа малый родничок, слева большой ниже малого. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача?

**Задача № 2**

Повторнородящая 20 лет доставлена машиной скорой помощи с диагнозом: Беременность 26 недель. Головное предлежание. I период родов. Воды излились час тому назад. Сердцебиение плода 140 уд. в мин. ясное, ритмичное. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, лобный шов в поперечном размере таза, достигается передний угол большого родничка, глазницы, корень носа. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача?

**Задача № 3**

Повторнородящая 28 лет поступила с хорошей родовой деятельностью в течение 6 часов с целыми водами. Таз нормальных размеров. Предполагаемая масса плода - 3200.0, Сердцебиение 140 уд. в мин. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, плодный пузырь цел, предлежит головка плода, лицевая линия в правом косом размере входа в малый таз, подбородок слева спереди, надбровные дуги и нос - справа сзади.

Диагноз? Тактика врача?

**Задача № 4**

Многорожавшая женщина поступила с жалобами на сильные и очень болезненные схватки, между которыми нет расслабления матки. Родовая деятельность в течение 6 часов. Обнаружено: передняя брюшная стенка перерастянута, живот отвислый. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода после схватки учащается до 180 уд. в 1 мин. и плохо восстанавливается. Предполагаемая масса плода 4100,0. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, стреловидный шов в поперечном размере, близко к лону, во время схватки отмечается резкая конфигурация, задняя теменная косточка находит на переднюю. Мыс не достигается. Экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача?

**Задача № 5**

Первородящая 20 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 16 часов. В приемном покое излились воды в количестве 1,5 л., светлые. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, стреловидный шов в прямом размере входа в малый таз, малый родничок спереди, большой сзади. Мыс не достигается.

Диагноз? Тактика врача?