

Поперечное и косое положения плода.
Запущенное поперечное положение плода.
Плодоразрушающие операции.

Неправильное положение плода (НП) .

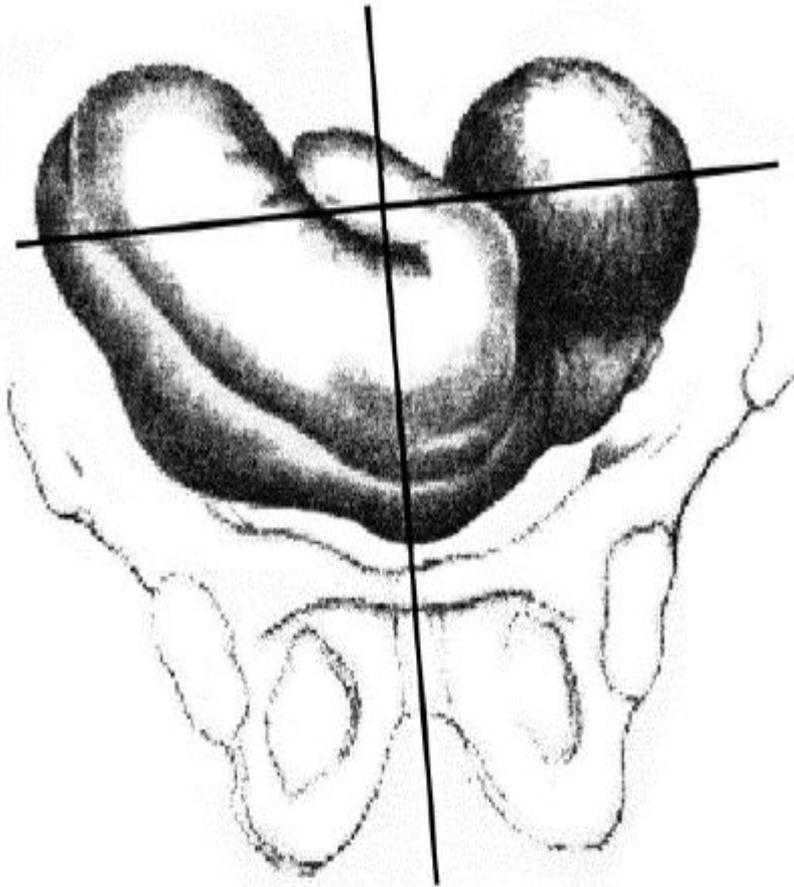
Неправильным положением плода называют клиническую ситуацию, когда ось плода пересекает ось матки.

К неправильным положениям плода относят:

- ✓ поперечные положения;
- ✓ косые положения.

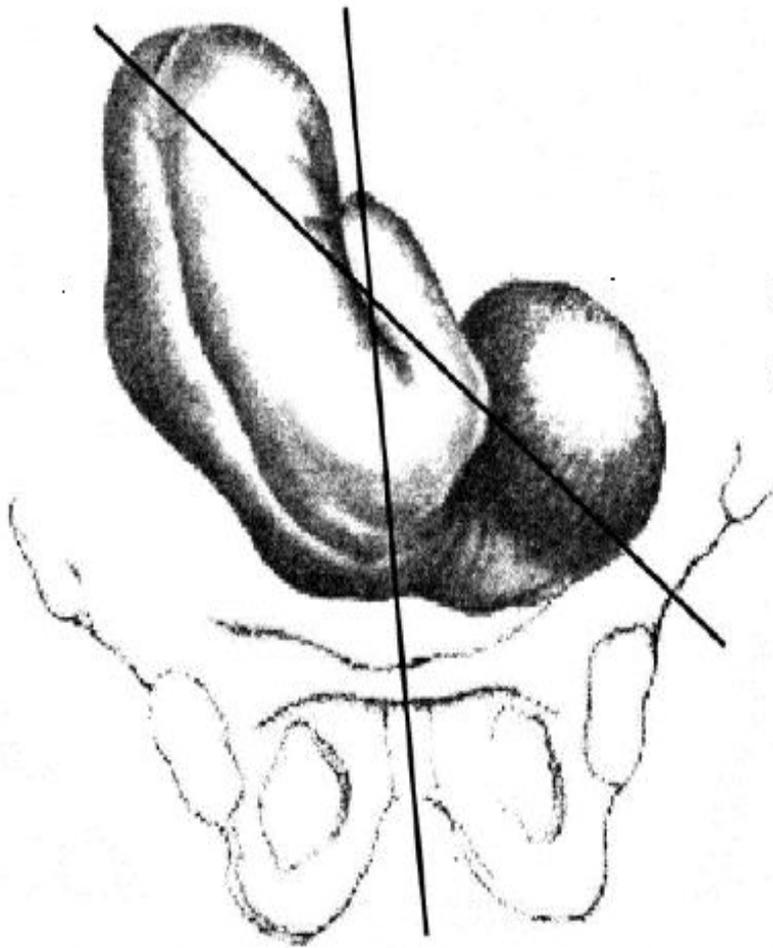


Поперечное положение плода.



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

Косое положение плода.

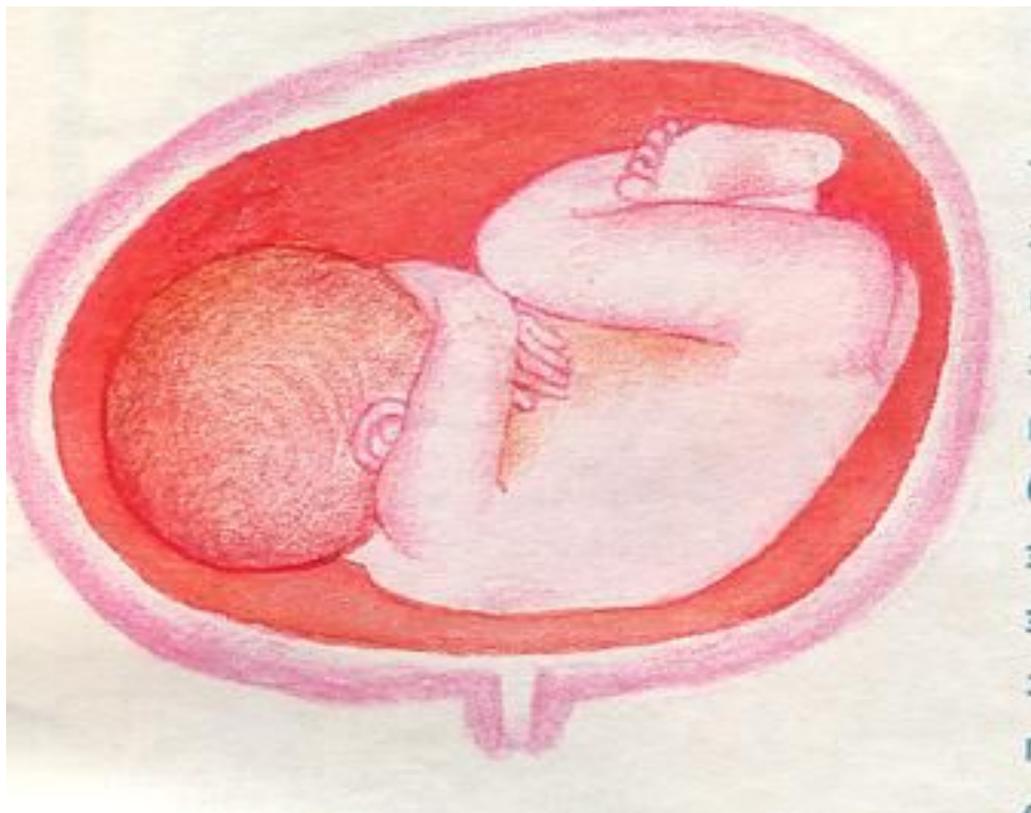


Клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под острым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещена в одной из подвздошных впадин большого таза.

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:

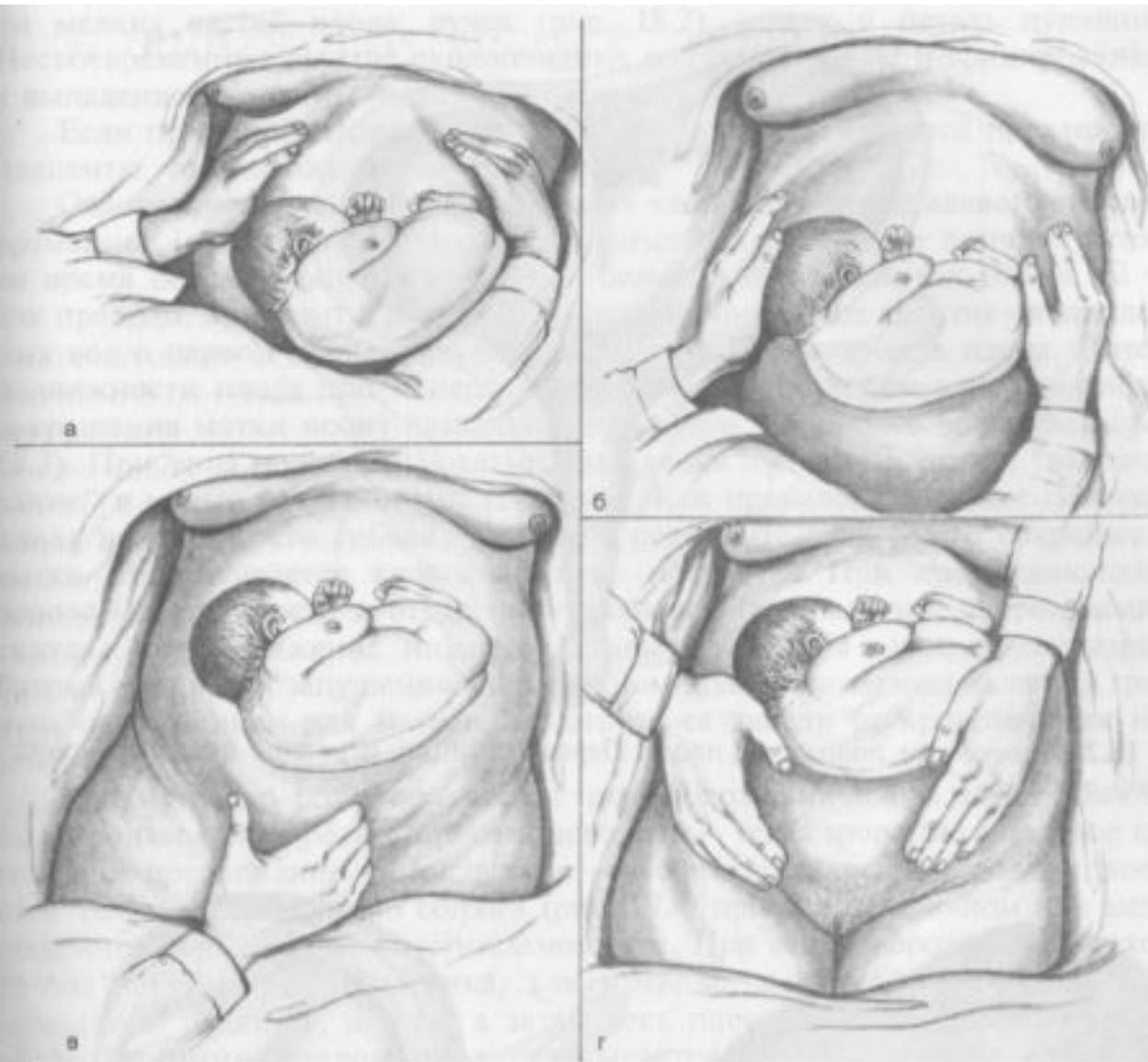
- предлежание плаценты;
- многоводие или маловодие;
- короткость пуповины.

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.

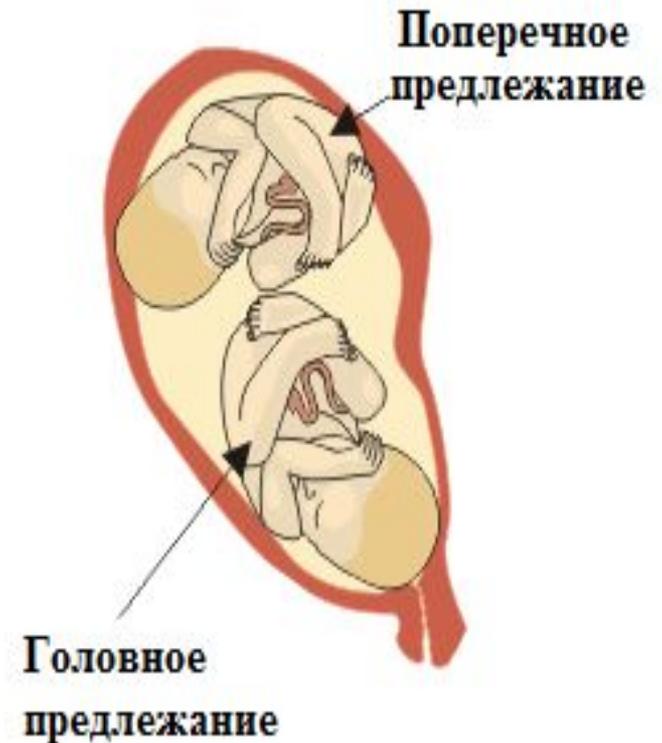
При поперечном положении плода обоснованным методом родоразрешения нужно считать только кесарево сечение в плановом порядке.

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.

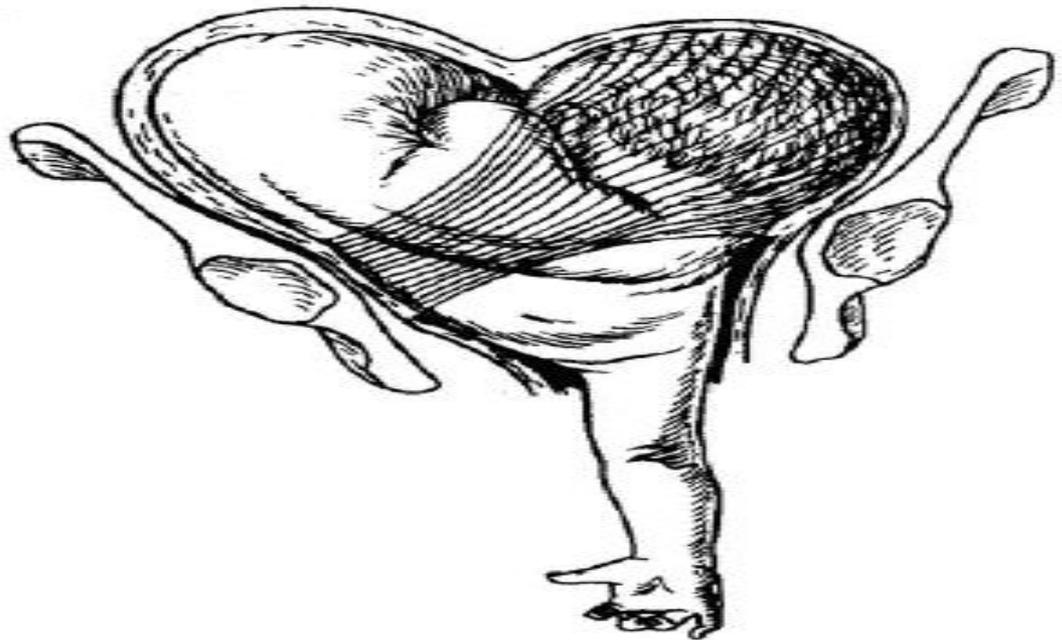
Ведение родов при НП плода.

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.



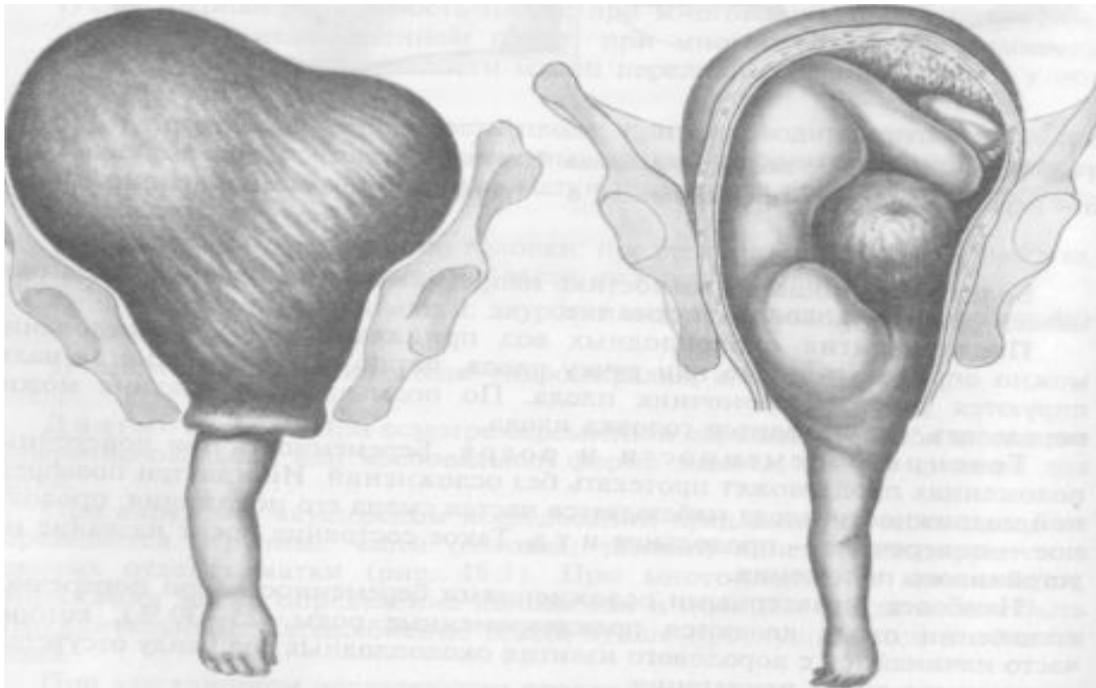
Осложнения родов.

- ❖ 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. Края разреза отворачивают в сторону, обнажая кость или фиброзную ткань (родничок, шов).

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.

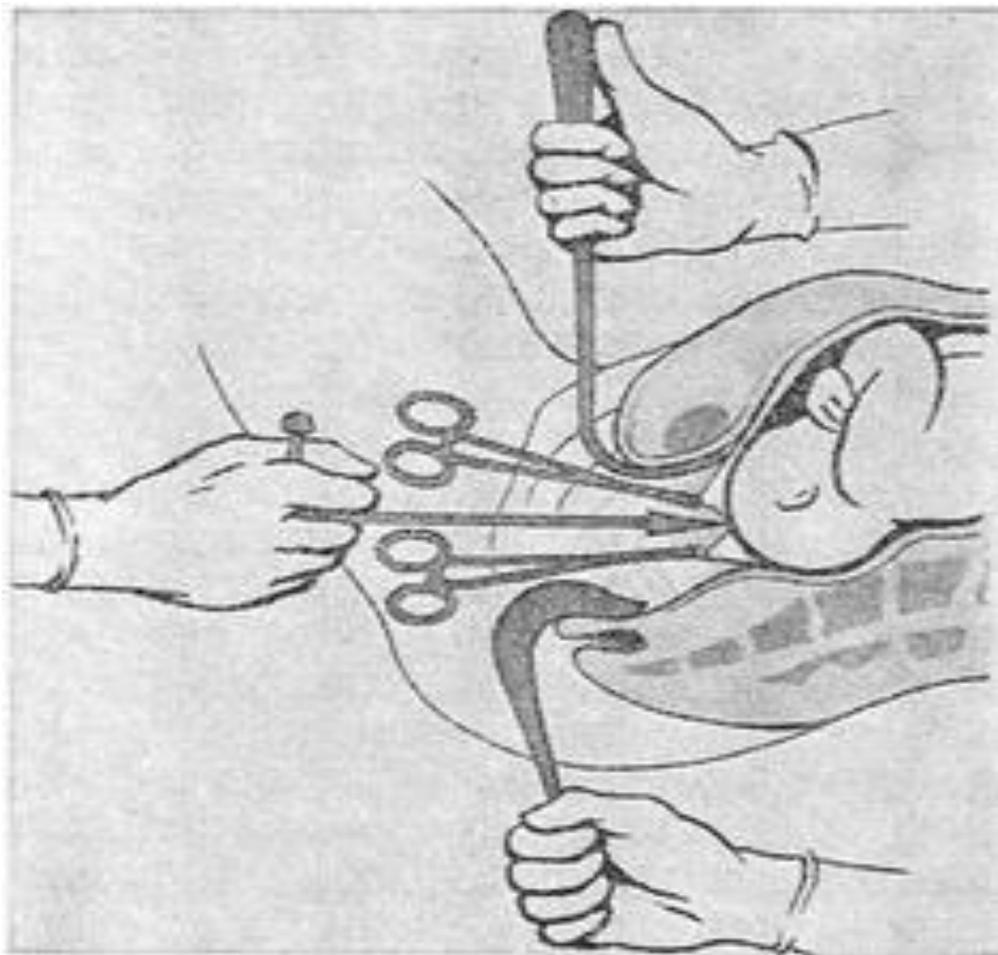


Рис. 1. Перфорация предлежащей головки по Феноменову.

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.

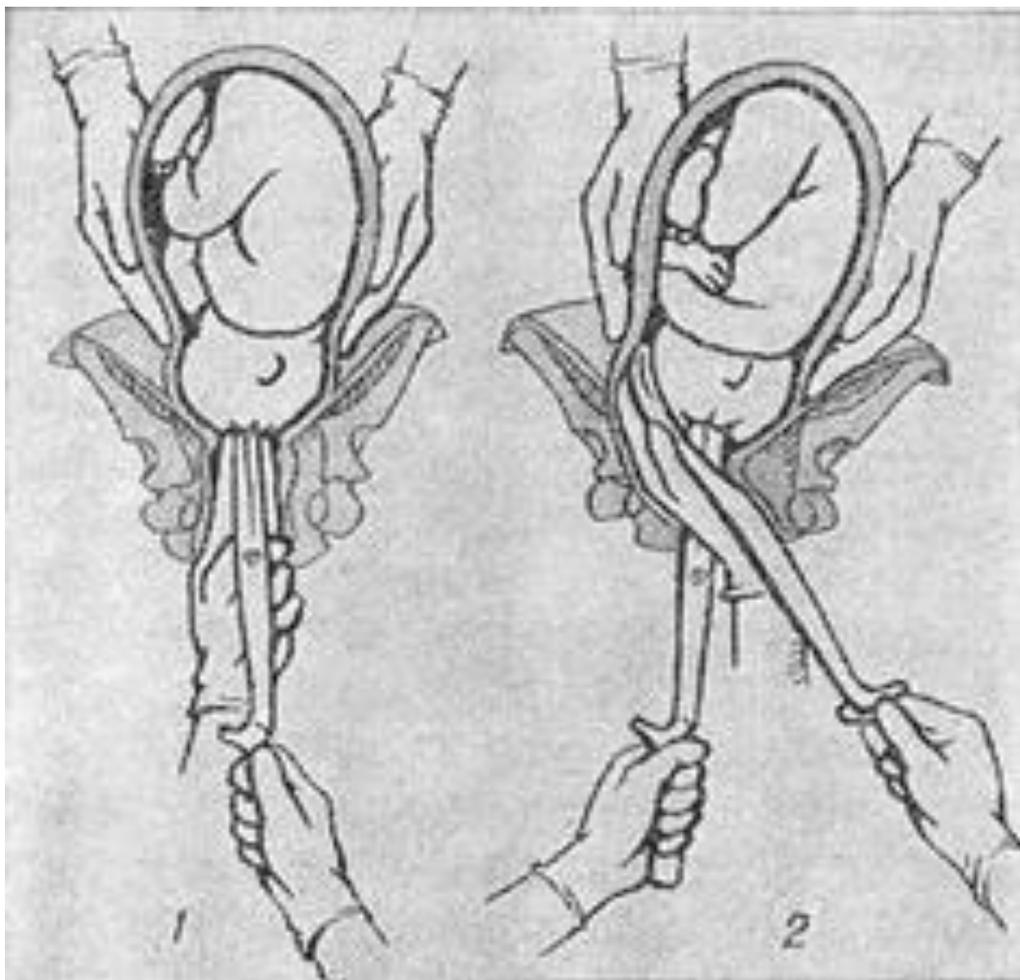


Рис. 2. Наложение краниокласта на предлежащую головку:
1 — введение «внутренней» бранши, фиксация головки (первый момент);
2 — введение «наружной» бранши, давление на головку ослаблено (второй момент).

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 (двурогая 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).

Декапитация плода.

Для выполнения декапитации необходимы следующие инструменты:

- декапитационный крючок Брауна;
- ножницы Феноменова или Зибольда.

Техника выполнения:

- Операцию производят под контролем введенной в матку руки, которой охватывают шейку плода.
- С помощью декапитационного крючка осуществляют перелом шейного отдела позвоночника (рис 3) мягкие ткани рассекают ножницами.
- После отсечения головки туловище легко извлекается за ручку. Головку выводят ручными приемами (рис. 4).
- При невозможности достижения рукой шеи плода прибегают к эвисцерации и спондилотомии.

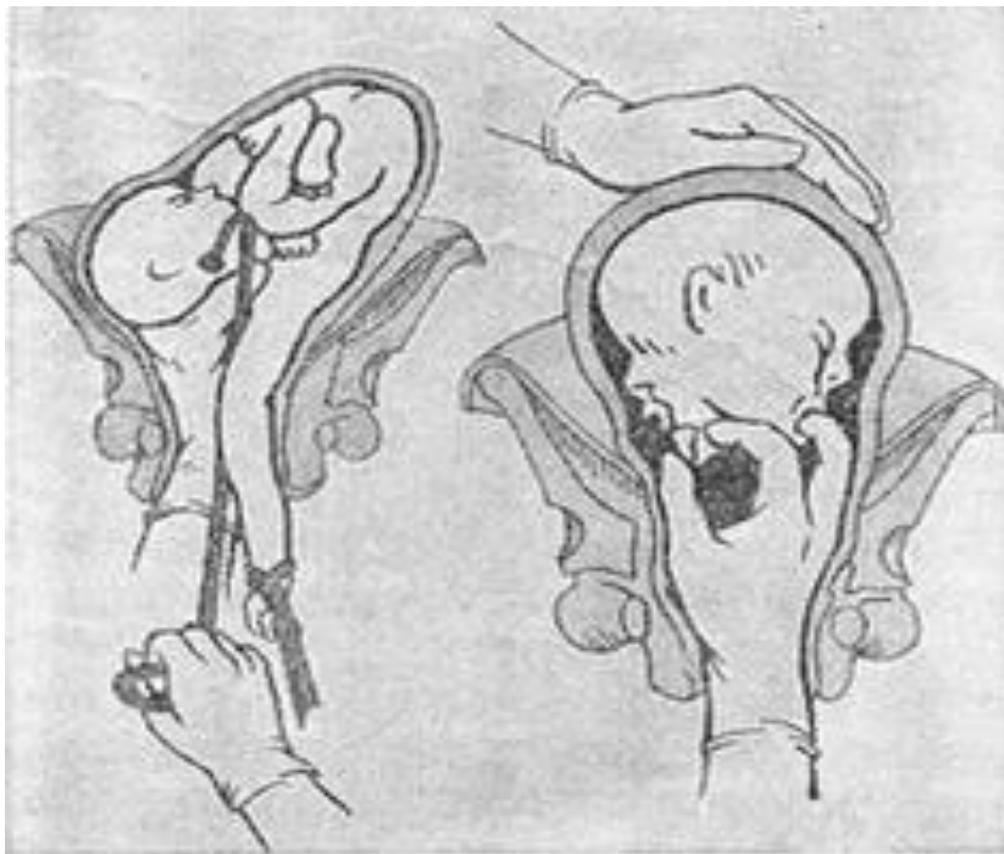


Рис. 3.

Рис. 4.

Рис. 3. Декапитация
крючком Брауна.

Рис. 4. Извлечение
отсеченной головки.

Клейдотомия.

Клейдотомия (cleidotomia; греч. kleis — ключица, tome — резание, рассечение) — операция рассечения ключицы плода с целью уменьшения объёма плечевого пояса для облегчения его прорезывания при родах.

Показания:

- Операцию производят только на мёртвом плоде в тех случаях, когда нет возможности вывести плечики крупного или гигантского плода.

Противопоказания:

- истинная конъюгата менее 6–6,5 см;
- наличие во влагалище суживающих его рубцов или образований;
- предлежание плаценты;
- маточное кровотечение.

Условия для проведения клейдотомии.

- ✓ полное или почти полное открытие маточного зева;
- ✓ отсутствие плодного пузыря;
- ✓ доступность ключицы 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).

Методы обезболивания:

- Общая анестезия (внутривенный наркоз) или продлённая регионарная анестезия.

Техника выполнения клейдотомии.

- Техника операции разработана Н.Н. Феноменовым.
- Под контролем четырёх пальцев левой руки врач проникает кончиком крепких ножниц с закруглёнными концами к той ключице, которая расположена ближе, и одним/двумя ударами рассекает (ломает) её.
- После этого плечевой пояс спадается и легко проходит через родовой канал.
- Если этого не произошло, тогда рассекают и вторую ключицу.

ЭВИСЦЕРАЦИЯ, ЭВЕНТЕРАЦИЯ И ЭКЗЕНТЕРАЦИЯ.

- **Эвисцерация, эвентерация и экзентерация** — операции опорожнения грудной и брюшной полости плода от внутренностей для уменьшения их объёма.

Показания:

- Показания и условия проведения данных операций те же, что и при декапитации.

Противопоказания:

- ✓ Живой плод;
- ✓ истинная конъюгата менее 6–6,5 см;
- ✓ наличие во влагалище суживающих его рубцов или образований;
- ✓ предлежание плаценты;
- ✓ маточное кровотечение.

Условия для проведения эвисцерации, эвентерации и экзентерации

- Полное или почти полное открытие маточного зева;
- отсутствие плодного пузыря;
- 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).

Метод обезболивания:

- Общая анестезия (внутривенный наркоз).

Техника выполнения эвисцерации, эвентерации и экзентерации

- Перфоратором или ножницами делают щелеобразный надрез в наиболее доступном месте груди или живота.
- Сделанное отверстие расширяют и извлекают внутренности корнцангом или костными щипцами.
- После полного удаления внутренностей плод извлекается легко.

Спондилотомия.

- Спондилотомия (spondylos — позвонок, tome — рассечение) — операция рассечения позвоночника плода, выполняемая при запущенном поперечном положении плода.
- Чаще данную операцию производят как вспомогательную при проведении эвисцерации.

ПОКАЗАНИЯ:

- Запущенное поперечное положение плода.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- Живой плод;
- истинная конъюгата менее 6–6,5 см;
- наличие во влагалище суживающих его рубцов или образований;
- предлежание плаценты;
- маточное кровотечение.

Условия для проведения спондилотомии.

- Полное или почти полное открытие маточного зева;
- отсутствие плодного пузыря;
- 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).

Метод обезболивания:

- Общая анестезия (внутривенный наркоз) или продлённая регионарная анестезия.

Техника выполнения спондилотомии.

- Под защитой пальцев левой руки ножницами Феноменова или Зибольда разрезают связки между отдельными позвонками, вскрывают туловище плода, удаляют внутренности и перерезают позвоночник.

Осложнения при плодоразрушающих операциях:

- ранения мягких тканей при соскальзывании инструментов, применяемых для этих операций, чаще всего перфоратора;
- разрывы шейки матки и других мягких тканей родовых путей;
- разрывы матки;
- повреждения мочевыводящих путей.

Особенности ведения послеоперационного периода.

- Во всех случаях родов, заканчивающихся плодоразрушающими операциями, необходимо после рождения последа провести ручное обследование стенок матки, осмотреть влагалище и шейку матки с помощью влагалищных зеркал, чтобы установить их целостность.
- В заключение выполняют катетеризацию мочевого пузыря для исключения повреждений мочевыводящих путей.

- В настоящее время плодоразрушающие операции проводятся нечасто в связи с достаточным развитием акушерско-гинекологической службы и расширением показаний для оперативного родоразрешения путём операции кесарево сечения.