Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Цхай В.Б.

Реферат

«Разгибательные и асинклитические вставления головки плода »

Выполнил:

Ординатор 1-го года обучения Докторова О.И.

Проверил: асс. Коновалов В.Н,

Красноярск 2023г

Содержание:

1. Введение
2. Определение и классификация
3. Диагностика и акушерская тактика
4. Заключение
5. Список литературы

**Введение**

Из всех частей доношенного зрелого плода особого изучения требует головка. Это обусловлено целым рядом причин. Во-первых, головка плода является наиболее объемной и плотной частью и, продвигаясь, как правило, первой по родовому каналу, испытывает наибольшие затруднения. Во-вторых, от степени плотности костей черепа и их подвижности зависит в значительной степени способность головки сжиматься в одном направлении и увеличиваться в другом. Благодаря этому головка плода может приспосабливаться к размерам таза и преодолевать имеющиеся препятствия. Кроме того, от плотности черепа, их подвижности и размеров головки зависит вероятность травмирования мягких родовых путей женщины и, в известной степени, возникновение внутричерепных травм плода. В-третьих, четко пальпируемые во время родов швы и роднички позволяют уточнить характер вставления головки, ее положение в малом тазу.

Разгибательные вставления играют немалую роль в структуре родовой травмы. Родовая травма характеризуется местным повреждением тканей плода в течение родового акта, возникшим вследствие воздействия механических сил непосредственно на плод, проявляющимся разрывами и переломами, растяжением или размозжением ткани с кровоизлияниями или местными расстройствами кровообращения (венозный застой, отек, стаз, тромбоз) в месте приложения этих сил.

 **Определение и классификация**

Разгибательное головное предлежание плода – предлежание, при котором головка плода находится в разогнутом положении во входе в таз матери. В зависимости от степени разгибания формируется переднеголовное, лобное или лицевое предлежание.

Переднеголовное предлежание – вариант головного предлежания плода, который формируется в результате ее легкого разгибания. При этом ведущей точкой является область большого родничка, а плоскость большого сегмента головки проходит через прямой размер (12см).

Лобное предлежание – вариант головного предлежания плода, который формируется в результате ее умеренного разгибания. При этой ведущей точкой является надбровье, плоскость большого сегмента проходит через большой косой размер (13см).

Лицевое предлежание – вариант головного предлежания плода, который формируется в результате ее максимального разгибания. При этом ведущей точкой является подбородок, а плоскость большого сегмента головки проходит через вертикальный размер (9,5 см).

К разгибательным предлежаниям головки плода наиболее часто приводят:

■ анатомическое сужение таза (особенно плоский таз);

■ крупный плод или задержка роста плода;

■ снижение тонуса матки и дискоординация родовой деятельности;

■ короткость пуповины;

■ снижение тонуса мышц передней брюшной стенки;

■ снижение тонуса мускулатуры тазового дна;

■ опухоль щитовидной железы плода;

■ тугоподвижность атлантозатылочного сустава плода.

**Асинклитизмом** называют аномалию положения головки во входе или в полости малого таза, при которой стреловидный шов отклоняется кпереди или кзади (к лону или крестцу). В этом случае одна из теменных костей находится ниже другой. Существуют два основных вида асинклитизма: передний, при котором первой опускается передняя теменная кость головки, обращенная к лону, стреловидный шов отклонен кзади (асинклитизм Негеле) задний, при котором первой опускается задняя теменная кость (обращенная к крестцу), стреловидный шов отклонен кпереди (асинклитизм Литцмана)

Асинклитические вставления головки:

- передний асинклитизм (Негеле);

- задний асинклитизм (Литцмана);

- косое асинклитическое вставление стреловидного шва (при поперечносуженном тазе);

- высокое прямое стояние стреловидного шва;

- низкое поперечное стояние стреловидного шва.

 - асинклитизм Родерера (общеравномерносуженный таз)

**Диагностика и акушерская тактика**

Переднеголовное предлежание

Диагноз ставят при влагалищном исследовании: большой родничок определяется ниже малого, по проводной оси таза. Диагностике помогает также наличие заднего вида.

Биомеханизм родов:

При переднеголовном предлежании в первом моменте биомеханизма родов происходит вставление головки плода во вход в малый таз не в согнутом, как при физиологических родах, а в несколько разогнутом состоянии. Вставление головки при этом предлежании происходит не малым косым размером (9,5 см), как при затылочном предлежании, а прямым (12 см). Второй момент биомеханизма родов - внутренний поворот головки (затылком кзади) и поступательное движение головки по родовому каналу. Третий момент- дойдя до тазового дна, головка проделывает дополнительное сгибание, связанное с изменением направления оси родового канала. При этом головка фиксируется у нижнего края лонного сращения областью надпереносья. При сгибании головки прорезываются темя и затылок. Четвертый момент биомеханизма родов начинается после фиксации подзатылочной ямки у верхушки копчика и представляет собой разгибание головки. При этом головка полностью рождается из половых путей. Ведущей точкой является большой родничок. Прорезывание головки происходит прямым размером (diameter frontooccipitalis), равным 12 см, и окружностью, равной 35 см, ему соответствующей.

Основным отличием клиники родов при переднеголовном предлежании является длительное течение II периода, что может повлечь за собой слабость родовой деятельности и страдание плода (гипоксия). Самопроизвольные роды возможны, однако перинатальная смертность значительно выше, чем при физиологических родах, нередкими осложнениями являются асфиксия и черепно-мозговая травма плода. Материнский травматизм также значительно выше (разрывы шейки матки, промежности). В современных условиях переднеголовное предлежание следует считать относительным показанием к операции кесарева сечения. При отсутствии условий или наличии противопоказаний к операции (отсутствие операционной, невозможность транспортировки в лечебное учреждение, эндометрит в родах и т.д.) роды могут быть закончены через естественные пути. Операция наложения акушерских щипцов может быть произведена только опытным акушером.

Лобное предлежание

Лобным предлежанием называется вариант разгибателыного предлежания головки, при котором ведущая точка находится в лобной области головки. Диагноз лобного предлежания ставят в родах, когда при влагалищном исследовании ниже других отделов головки находится лоб. При этом, проходя пальцем по лобному шву, с одной стороны можно определить корень носа и глазницу, с другой - передний край большого родничка.

Биомеханизм родов:

Первый момент биомеханизма родов - среднее разгибание головки. Во втором моменте головка совершает внутренний поворот подбородком кпереди и опускается по проводной оси таза. В третьем моменте биомеханизма родов головка проделывает дополнительное сгибание, необходимость которого вызвана направлением оси родового канала. При этом головка фиксируется верхней челюстью у нижнего края лонного сращения. При сгибании головки из половых путей рождаются темя и затылок плода. Четвертый момент биомеханизма родов - разгибание головки. Фиксируясь затылочным бугром у верхушки копчика, головка разгибается и полностью рождается. В пятом моменте биомеханизма родов происходит внутренний поворот плечиков и связанный с ним наружный поворот головки.

Проводная точка находится в области лба плода. Прорезывание головки происходит большим косым размером (diameter mentooccipitalis), равным 13 см, и окружностью, равной 42 см, ему соответствующей.

Клиника родов при лобном предлежании характеризуется длительным, затяжным течением. Нередко возникает вторичная слабость родовой деятельности в связи с утомлением мышцы матки. При хорошей родовой деятельности могут появляться симптомы угрожающего разрыва матки как следствие клинически узкого таза. Часто определяются симптомы асфиксии плода, так как затяжное течение II периода родов ведет к ухудшению маточно-плацентарного кровообращения. Самопроизвольные роды при лобном предлежании могут произойти только при наличии недоношенного плода или при очень больших размерах таза. Роды доношенным плодом при нормальных размерах таза невозможны из-за несоответствия размеров головки, которыми она проходит по родовому каналу, размерам таза. Учитывая большую опасность для роженицы (угроза разрыва матки, образование свищей при длительном стоянии головки в полости малого таза) и плода (асфиксия, черепно-мозговая травма), лобное предлежание при живом плоде следует считать абсолютным показанием к операции кесарева сечения. При внутриутробной смерти плода производится плодоразрушающая операция – краниотомия.

Лицевое предлежание

Лицевым предлежанием называют головное предлежание при максимально разогнутой головке. Ведущей точкой при этом становятся губы и нос плода. Диагностика: Разгибание головки иногда можно распознать при наружном исследовании, при этом над входом в малый таз с одной стороны определяется подбородок, с другой -затылок плода; шейная кривизна резко выражена. Окончательно подтверждает диагноз влагалищное исследование: определяется неоднородная, мягкая (вследствие отека) предлежащая часть. Пальпируются носик, глазницы, скуловые кости, ротик плода.

Биомеханизм родов:

Первый момент биомеханизма родов - максимальное разгибание головки. При этом лицевая линия (linea facialis), идущая от переносья к подбородку по спинке носа через рот, находится в поперечном размере таза (значительно реже -в косом). Во втором моменте биомеханизма родов головка совершает внутренний поворот, как правило, затылком к крестцу и опускается в полость малого таза. В третьем моменте биомеханизма родов головка фиксируется подъязычной костью у нижнего края лонного сращения и, разгибаясь, рождается из половых путей. При этом появляются подбородок, рот, нос, глаза, лоб, темя и затылок. Четвертый момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки - протекает так же, как при любом головном предлежании. Роды при лицевом предлежании могут закончиться самопроизвольно, однако частота асфиксии и родовой травмы (сдавление сосудисто-нервных пучков шеи) у детей выше, чем при физиологических родах. Чаще наблюдается родовой травматизм у матерей - разрыв промежности. Проводная точка располагается в области носа и губ. Прорезывание головки происходит вертикальным размером (diameter hyobregmaticus), равным 9,5 см, и окружностью, равной 32 см, ему соответствующей. К числу возможных осложнений в родах при лицевом предлежании относятся преждевременное излитие вод, выпадение петли пуповины, слабость родовой деятельности и связанная с ней асфиксия плода. Плечевой пояс и головка, находясь на одном уровне, не могут одновременно пройти через вход малого таза. Лицевое предлежание, учитывая больший процент осложнений для матери и плода, чем при физиологических родах, следует считать относительным показанием к операции кесарева сечения. У повторнородящих при заднем виде лицевого предлежания второго плода при многоплодной беременности, при недоношенном плоде, а также при наличии емкого таза и отсутствии других осложнений (слабость родовой деятельности, преждевременное излитие вод) роды могут быть проведены через естественные родовые пути.

Роды при асинклитических вставлениях головки

В последнее время отмечено увеличение частоты поперечносуженного таза, для которого характерным является косое асинклитическое вставление стреловидного шва в плоскости входа в малый таз, когда стреловидный шов находится в одном из косых размеров входа, и первой опускается передняя или задняя теменная кость. Небольшой асинклитизм является физиологическим и связан с существующим наклонением таза.

Основные причины образования резко выраженного, патологического асинклитизма:

- слабость передней брюшной стенки, при которой продольная ось матки и плода отклоняется кпереди;

- расслабление нижнего сегмента матки, сужение таза (особенно плоские формы и поперечносуженный таз).

Диагноз ставят при влагалищном исследовании во II периоде родов по отклонению стреловидного шва от проводной оси таза. Особенности биомеханизма родов состоят в том, что в полость малого таза опускается вначале одна теменная кость (передняя -при переднем асинклитизме, задняя - при заднем), затем - другая. В ряде случаев (например, при плоскорахитическом и поперечно-суженном тазе) асинклитизм представляет собой полезный приспособительный механизм, позволяющий головке пройти через уменьшенный прямой размер плоскости входа. Эти ситуации следует считать патологическими, потому что из-за неблагоприятных соотношений размеров головки и таза продвижение плода по родовому каналу в большинстве случаев становится невозможным без применения тех или иных акушерских операций. При умеренном асинклитизме роды могут заканчиваться самопроизвольно. Выраженный асинклитизм, особенно задний, - это тяжелая патология как для плода (асфиксия), так и для матери (инфекция вследствие затяжных родов, опасность разрыва матки и образования пролежней при длительном стоянии головки). При умеренном асинклитизме роды можно вести выжидательно, при функциональной оценке таза и строгом наблюдении за динамикой родов. Нельзя допускать длительного стояния головки в одной плоскости (более 1 ч) и проявления других признаков клинически узкого таза. Роды в этом случае следует закончить операцией кесарева сечения. Если плод мертв, то в интересах здоровья и жизни матери (опасность разрыва матки, образования свищей) следует произвести краниотомию. При установлении резко выраженного асинклитизма, особенно заднего, следует в интересах матери и плода немедленно произвести кесарево сечение. К этим патологическим состояниям относят: высокое прямое стояние стреловидного шва и низкое поперечное стояние стреловидного шва. Высокое прямое стояние стреловидного шва — такое положение, при котором головка находится во входе в малый таз стреловидным швом в прямом размере. Основными причинами данной патологии являются изменения формы таза (особенно, поперечносуженный таз) и головки (выраженная брахицефалия). В ряде случаев возможны самопроизвольные роды, которые происходят без совершения головкой внутреннего поворота. Это наблюдается при условии, если поперечный размер таза сужен, прямые размеры остаются нормальными или увеличенными, а головка обращена затылком кпереди (передний вид). Поэтому при данной клинической ситуации таз должен быть тщательно измерен и по возможности точно определена истинная конъюгата. При суженных прямых размерах таза или высоком прямом стоянии стреловидного шва при заднем виде вопрос должен быть решен в пользу кесарева сечения в связи с опасностью разрыва матки и внутриутробной смерти плода.

Низкое поперечное стояние стреловидного шва - такое положение, при котором стреловидный шов находится в поперечном размере выхода таза. Такими причинами являются: сужение таза (особенно плоские тазы), маленькие размеры головки и сниженный тонус мышц тазового дна. В ряде случаев возможны самопроизвольные роды. При длительном стоянии головки в плоскости выхода (до 1 ч) и при показаниях со стороны плода (асфиксия) роды должны быть закончены с помощью наложения акушерских щипцов. Однако функция щипцов здесь атипична - не только влечение, но и вращение головки, поэтому такая операция должна производиться опытным акушером. Наложение щипцов в такой акушерской ситуации является крайне травматичным как для плода, так и для матери.

Асинклитизм Родерера: с большим трудом сагиттальный шов на головке плода устанавливается в одном из косых размеров плоскости входа в таз, при этом малый родничок располагается строго по проводной оси таза. Продвижение головки не будет до тех пор, пока кости головки плода не «зайдут» одна за другую и головка не уменьшится в размере. Такой вид асинклитизма встречается при общеравномерносуженном тазе.

**Заключение**

Разгибательные и асинклитические вставления нередко бывают причинами клинически узкого таза, родового травматизма и гибели плода, именно поэтому знания биомеханизмов, тактики ведения и помощи так необходима врачу акушеру-гинекологу.

**Список литературы:**

1. Клинические рекомендации «Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода. Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери» от 2023г.
2. Акушерство : учебник / Савельева Г. М., Шалина Р. И., Сичинава Л. Г., Панина О. Б., Курцер М. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Vasily Vlasyuk & Antonio Malvasi (2020): The importance of asynclitism in birth trauma and intrapartum sonography, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, DOI: 10.1080/14767058.2020.1777270
4. Акушерство и гинекология: Учебник в 4 кн. Кн 2. Патологическое акушерство / И.С. Сидорова, А.И. Ищенко, Н.А. Никитина. – Москва: ООО «Издательство» Медицинское информационное агентство, 2019. – 536 с. : ил.
5. Акушерство фантомный курс: учебник / Н.И. Жиляев, Н.Н. Жиляев, В.Вю Сопель. «Книга плюс» 2002.