**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ.02. Осуществление лечебно-диагностической деятельности**

**МДК 02.04. Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме «Диагностика и лечение осложнений беременности »**

**Лекция**

***Диагностика и лечебная тактика узкого таза, неправильного положения плода и предлежания головки***

**План лекции.**

1.Определение понятия анатомически узкого таза.

2.Этиология. Классификация по форме и степени сужения

3.Диагностика узкого таза в женской консультации.

4.Наблюдение и ведение беременных с анатомически узким тазом.

5. Дифференциальная диагностика поперечносуженного таза с нормальным тазом.

6.Обследование, уход, наблюдение и ведение беременности и родов при поперечносуженном тазе. Профилактика акушерского травматизма

7.Дифференциальная диагностика плоского таза с поперечносуженным и нормальным тазом.

8.Обследование, уход, наблюдение и ведение беременности и родов при плоских тазах. Профилактика акушерского травматизма

9.Дифференциальная диагностика общеравномерносуженного таза с поперечносуженным и нормальным тазом.

10.Обследование, уход, наблюдение и ведение беременности и родов при общеравномерносуженном тазе. Профилактика акушерского травматизма

11.Клинически узкий таз Определение понятия. Этиология.

12.Течение родов при клинически узком тазе. Диагностика клинически узкого таза. Определение признака Вастена и Цангемейстера.

13. Асинклитическое вставление головки.

***Сл 3 1.Определение понятия анатомически узкого таза.***

«**Оказание медицинской помощи при анатомически и клинически узком тазе**» Клинические рекомендации (протокол) 2017 г



***Сл 4***

***Анатомически узким называют таз***, в котором хотя бы один из главных размеров, уменьшен на 1,5 -2см и более.

В настоящее время произошли изменения, как в частоте, так и в структуре анатомически узкого таза в связи с изменением социальных условий, в которых происходит развитие организма девушек:

* значительное увеличение психофизических нагрузок,
* усиленные занятия спортом девочек с раннего возраста,
* процессы акселерации.

Практически исчезли грубо деформированные тазы, а также сужения таза III-IV степени. В основном преобладают так называемые «стертые» формы узкого таза. Механизм родов при этих формах таза, как правило, не нарушается, однако в ряде случаев возможны осложнения, приводящие к травматизму плода. Диагностика таких форм узкого таза возможна лишь с помощью специальных методов исследования.

***Сл 5***

***2.Этиология и классификация по форме и степени сужения***

Возможными причинами формирования анатомически узкого таза являются:

* нерациональное питание,
* частые острые и хронические заболевания в детстве и пубертатном возрасте,
* перенесенный рахит и заболевания позвоночника и суставов,
* травмы костей и сочленений таза,
* чрезмерные нагрузки и эмоциональные перегрузки в пре- и пубертатном возрасте и др.

**Сл 6**



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Форма таза** | **Distantia spinarum** | **Distantia cristarum** | **Distantia trochanterica** | **Conjucata externa** | **Conjugata diagonalis** |
| **Поперечносуженный** | 23 | 26 | 29 | 20 | 13 |
| **Простой плоский** | 26 | 29 | 31 | 18 | 11 |
| **Равномерносуженный** | 24 | 26 | 28 | 18 | 11 |
| **Плоскорахитический** | 26 | 26 | 31 | 18 | 11 |

**Сл 7** Систематизация имеющихся в настоящее время, в том числе и «стертых», форм малого таза, позволила выделить 4 основные группы анатомически узких тазов:

I - тазы с уменьшением поперечных размеров (поперечносуженные);

II - тазы с уменьшением прямых размеров (плоские);

III - тазы с уменьшением как прямых, так и поперечных размеров (общесуженные);

IV — прочие (кососмещенные тазы и др.).

Колдуэлл и Молой предложили классификацию женского таза, основанную на данных рентгенологического исследования, в которой выделили 4 основные формы таза:

* гинекоидный (женский тип),
* андроидный (мужской тип),
* антропоидный (присущий приматам),
* плоский

***В отечественном акушерстве принята следующая классификация.***

**Сл 8**

**А. Часто встречающиеся формы:**

1.***Поперечносуженный таз.***

***2.Плоский таз:***

а) простой плоский таз;

б) плоскорахитический таз;

в) таз с уменьшенным прямым размером плоскости широкой части полости малого таза.

***3.Общеравномерносуженный таз.***

**Сл 9**

**Б.Редко встречающиеся формы:**

***1Кососмещенный и кососуженный таз.***

***2Таз, деформированный переломами, опухолями, экзостозами.***

***Существует 2 классификации степеней сужения таза***

***сужения в зависимости от показателей истинной конъюгаты (ИК).***

 ***По классификации Литцмана:***

* I степень – ИК уменьшена до 9 см;
* II степень – ИК уменьшена до 7,5 см;
* III степень – ИК уменьшена до 5,5 см;
* IV степень – ИК меньше 5,5 см.

**Сл 10**

При I и II степени возможны естественные роды. При III и IV степени показано кесарево сечение.

***По классификации Крассовского разделяют:***

* I степень – ИК от 9,5 см до 11 см;
* II степень – ИК от 6,5 см до 9,5 см;
* III степень – ИК меньше 6,5 см.

Анатомически узкий таз обычно очень часто ставится при росте беременной менее 150 см.

***Сл 11***

***3.Диагностика узкого таза в женской консультации.***

* измерение таза с помощью тазомера;
* в анамнезе: перенесённый рахит; туберкулёзный спондилит; травмы костей таза; осложненное течение и неблагоприятный исход предшествующих родов (оперативное родоразрешение, мертворождение, черепно-мозговую травму новорожденного);
* низкий рост женщины (менее 145см);
* нарушение телосложения (укорочение ноги, деформации позвоночника и др.);
* неправильное положение (поперечное, косое) или предлежание плода.

**Сл 12**

* определение формы живота – остроконечная у первородящих беременных или отвислая форма у повторнородящих;
* рентгенологическое и ультразвуковое исследование таза;
* определение размеров и формы пояснично-крестцового ромба, то есть ромба Михаэлиса;



**Сл 13**

* измерение толщины костей – длина окружности лучезапястного сустава при показателе более 16 см может свидетельствовать о большой толщине костей и об уменьшение емкости таза;

Для суждения о размерах и форме таза измеряют прямой и поперечный размеры выхода таза. При влагалищном исследовании определяют диагональную конъюгату.

***Сл 14***

***4.Наблюдение и ведение беременных с анатомически узким тазом..***

Узкий таз на течение беременности не влияет вплоть до ее последних недель, когда появляется несоответствие между тазом и головкой, не вставляющейся в суженный таз.

Плод стоит высоко; у молодых первородящих образуется остроконечный живот, у повторнородящих с дряблой брюшной стенкой — отвислый живот.



**Сл 15**

В конце беременности высоко стоящая головка плода недостаточно охватывается поясом прилегания, в результате чего нередко беременность осложняется преждевременным отхождением вод. Характерны токсикозы, а также одышка и сердцебиение. Последнее связано с тем, что головка плода не входит в узкий вход таза, а слишком высокое дно матки оттесняет вверх диафрагму.

Во время беременности требуется тщательное медицинское наблюдение на случай осложнений и аномалий положения плода. Кроме того, узкий таз провоцирует перенашивание, которое в этом случае особенно опасно и сроки беременности должны устанавливаться как можно тщательнее.

**Течение родов**

Течение родов при узком тазе может осложняться несвоевременным излитием околоплодных вод, выпадением пуповины и мелких частей плода, клиническим несоответствием головки плода и таза матери (клинически или функционально узкий таз), затяжным течением родов, внутриутробной гипоксией и травмой плода, инфекцией и т.д. Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относят к наиболее трудным разделам акушерства. Тактика ведения родов при узком тазе зависит от степени сужения, формы таза, предполагаемой массы плода, сопутствующей акушерской и экстрагенитальной патологии. Принцип ведения родов при узком тазе – *активно выжидательный*: под кардиомониторным наблюдением за состоянием плода и сократительной деятельностью матки, с функциональной оценкой таза, с адекватным поэтапным обезболиванием, применением спазмолитических средств, профилактикой гипоксии плода, введением цервипроста, препидил-геля в цервикальный канал при отсутствии готовности родовых путей к родам. При анатомическом сужении таза 2 степени и более, а также при сочетании 1 степени сужения таза и крупных размеров плода, тазового предлежания плода, гидроцефалии и др. патологии беременной производят кесарево сечение в плановом порядке. Акушерские щипцы при узком тазе считают травматичным способом родоразрешения как для матери, так и для плода.

Анатомически узкий таз является основной причиной возникновения в родах клинически, или *функционально*, узкого таза. Клинически узким тазом называют все случаи несоответствия между головкой плода и тазом матери, независимо от его размеров. Причинами его возникновения могут быть анатомически узкий таз, крупный плод, разгибательные вставления головки плода, переношенная беременность, гидроцефалия у плода, опухоли и пороки развития плода, таза матери, опухоли матки и т.д. Признаки клинически узкого таза возможно диагностировать при открытии шейки матки более 7-8 см, отсутствии плодного пузыря, опорожненном мочевом пузыре и нормальной сократительной деятельности матки. Функциональная оценка таза включает в себя *признак Вастена и Цангемейстера*, длительность стояния головки плода в одной плоскости, высоту стояния контракционного кольца, симптомы прижатия мочевого пузыря, состояние шейки матки (наличие отека, который может распространяться на влагалище и наружные половые органы), конфигурацию головки и размеры родовой опухоли. Для клинически узкого таза характерна непроизвольная потужная деятельность и появление симптомов угрожающего разрыва матки. Клиническая картина родов зависит от степени несоответствия и наличия осложнений. Кесарево сечение производят при выявлении признаков клинически узкого таза и угрожающего разрыва матки.

*Профилактические мероприятия* включают в себя своевременное распознавание аномалий костного таза, крупного плода, особенностей вставления головки и аномалий родовой деятельности, своевременную дородовую госпитализацию для выбора способа родоразрешения и подготовки к родам.

***Сл 16***

***5.Биомеханизм родов при поперечносуженном тазе***

***Поперечносуженный таз*** характеризуется уменьшением более чем на 0,5 см поперечных размеров малого таза. Прямые размеры не уменьшены, а у некоторых женщин даже увеличены. Поставить точный диагноз такой формы таза возможно только на основании данных рентгено- или ультразвуковой пельвиометрии. Наружная пельвиометрия малоинформативна.



Обычное акушерское обследование дает возможность ***заподозрить*** поперечносуженный таз. У женщины может быть мужской тип телосложения, большой рост. Развернутость крыльев подвздошных костей несколько уменьшена, сужена лобковая дуга, поперечный размер пояснично-крестцового ромба менее 10 см. При влагалищном обследовании можно обнаружить сближение седалищных остей и узкий лобковый угол.

**Сл 17**

Особенности архитектоники такого таза могут отражаться на особенностях биомеханизма родов (характерно ***косое асинклитическое вставление головки плода*** в одном из косых размеров***).*** При небольших размерах плода и незначительном уменьшении поперечных размеров таза биомеханизм родов может быть обычным, как при затылочном вставлении.

Если уменьшение поперечных размеров малого таза выражено и сочетается с увеличением прямого размера входа в малый таз, то отличия в биомеханизме родов существуют. Они выражаются в том, что головка сагиттальным швом вставляется в прямой размер входа в малый таз. Чаще затылок обращается кпереди.

Затем происходит усиленное сгибание головы, и в таком виде она проходит все плоскости малого таза, не совершая поворота. На тазовом дне малый (задний) родничок подходит под нижний край лобка. Разгибание происходит как при переднем виде затылочного вставления.

Однако не всегда головка может преодолеть вход в малый таз; в таких случаях выявляется несоответствие ее размеров и размеров входа в малый таз со всеми клиническими проявлениями.

**Сл 18**

При ***высоком прямом стоянии головки*** (особенно заднем виде) нередко возникают осложнения, являющиеся показанием к кесареву сечению.

Узкий таз увеличивает вероятность осложнений во время родов:

* раннее излитие околоплодных вод;
* гипоксия плода;
* слабость родовой деятельности;
* выпадение петли пуповины;
* внутричерепная травма плода;
* восходящая инфекция в родах;
* мочеполовые свищи;
* разрыв матки.

***Сл 19***

***6.Биомеханизм родов при плоских тазах.***

***Плоскорахитический таз*** не представляет трудности для диагностики. У женщин, перенесших тяжелую форму рахита в детстве, сохраняются его явные признаки: квадратная форма черепа, выступающие лобные бугры, «куриная» грудная клетка, саблевидные голени.

Характерные признаки дает пельвиометрия. Развернутые крылья подвздошных костей сближают размеры distantia spinarum и distantia cristarum. Уменьшена наружная конъюгата (например, distantia spinarum — 26 см; distantia cristarum - 27 см; distantia trochanterica - 30 см; conjugata externa — 17,5 см). Пояснично-крестцовый ромб деформирован: его верхняя часть уплощена, вертикальный размер уменьшен.

**Сл 20**

При влагалищном исследовании обнаруживают выступающий мыс, уплощение крестца и отклонение его кзади, что увеличивает размеры выхода из малого таза.

Связанные с уменьшением прямого размера плоскости входа в малый таз затруднения в продвижении головки плода преодолеваются в результате особенностей ***механизма родов***, имеющих приспособительный характер.

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерии** | **Рахитический таз** |
| 1-й момент | 1.Долгое стояние головки плода в плоскости входа.2.Умеренное разгибание головки.3.Стреловидный шов только в поперечном размере.4.Асинклитическое вставление головки (Негеля.) |
| 2-й момент | Внутренний поворот головки при переходе из широкой в узкую часть таза |
| 3-й момент | Разгибание головки |
| 4-й момент | Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки |
| Проводная точка | Большой родничок |
| Точка фиксации | Подзатылочная ямка — нижний внутренний край лонного сочленения. |
| Размер, которым рождается головка | Прямой — 12 см |
| Родовая опухоль | В области большого родничка. |
| Форма головы | Сплющенная. |

**Сл 21**

***Первая особенность -*** продолжительное высокое стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере таза «вследствие сужения входа головка может находиться в таком положении несколько часов даже при хорошей родовой деятельности.

***Вторая особенность*** — небольшое разгибание головки, в результате которого большой родничок располагается ниже малого. При таком разгибании через наименьший размер – ***истинную конъюгату*** - головка будет проходить малым поперечным размером (8,5 см). Большой поперечный размер (9,5 см) отклоняется в сторону, где больше пространства. Головка в таком состоянии приспособляется ко входу и потому, что размер слегка разогнутой головки (12 см) меньше поперечного размера входа (13—13,5 см).

***Третья особенность -***асинклитическое вставление головки. Обычно наблюдается передний асинклитизм (переднетеменное вставление головки); при этом задняя теменная кость упирается в выступающий кпереди мыс и задерживается на этом месте, а передняя теменная кость постепенно опускается в полость таза. Сагиттальный шов располагается ближе к мысу.

**Сл 22**



В таком положении головка стоит во входе в таз до тех пор, пока не произойдет достаточно сильная конфигурация. После этого задняя теменная кость соскальзывает с мыса, асинклитизм исчезает, головка сгибается.

В дальнейшем механизм родов такой же, как при переднем виде затылочного предлежания (внутренний поворот, разгибание, наружный поворот головки). Реже наблюдается задний асинклитизм (заднетеменное вставление головки), характеризующийся более глубоким вставлением заднетеменной кости; иногда наблюдается вдавление вследствие длительного прижатия к мысу.

***Сл 23***

***Биомеханизм родов при простом плоском тазе.***



|  |  |
| --- | --- |
| **Критерии** | **Простой плоский таз** |
| 1-й момент | 1.Долгое стояние в плоскости входа.2.Умеренное разгибание головки.3.Асинклитическое вставление головки (Негеля).4.Стреловидный шов только в поперечном размере. |
| 2-й момент | 1.Внутренний поворот головки плода при переходе из широкой в узкую часть таза при наличии хорошей родовой деятельности и небольших размерах плода.2.Низкое поперечное стояние стреловидного шва. |
| 3-й момент | Разгибание головки |
| 4-й момент | Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. |
| Проводная точка |  Большой родничок |
| Точка фиксации | Подзатылочная ямка — нижний внутренний край лонного сочленения |
| Размер, которым рождается головка |  Прямой — 12 см |
| Родовая опухоль | В области большого родничка |
| Форма головы | Сплющенная |

Нужны энергичные сокращения матки, чтобы головка, фиксированная в поперечном размере входа, прошла через него (***долгое стояние головки*** – ***первая особенность*** биомеханизма родов). В зависимости от ряда особенностей головка то сгибается, то разгибается. Когда под влиянием сильной схватки она устанавливается над входом в таз в ***состоянии некоторого разгибания (вторая особенность***, над укороченным прямым размером таза оказывается малый поперечный размер головки (8 см), наиболее благоприятный при данной ситуации.

Боковое склонение головки (асинклитическое прохождение ее через вход таза) - это ***третья особенность биомеханизма родов при плоском тазе.***

Много часов нужно для того, чтобы при выраженном несоответствии между размерами головки и входа в таз было преодолено препятствие со стороны таза.

***Сл 24***

***Биомеханизм родов при общесуженном плоском тазе***. Сочетание общего сужения таза с его уплощением неблагоприятно сказывается на продвижении головки плода по родовому каналу. Головка длительно стоит над входом в таз. Проходит много времени, пока она фиксируется в нем хотя бы небольшим своим полюсом. При этом головка вставляется во вход стреловидным швом в поперечный размер таза.



В дальнейшем течение биомеханизма родов смешанное. Течение родов при этой комбинации сужения таза обычно тяжелое. Нередко наблюдаются резко выраженные патологические вставления переднетеменное и особенно тяжело протекающее заднетеменное.

**Сл 25**

Течение родов при анатомически узком тазе зависит прежде всего от степени его сужения. При III и IV степени сужения таза роды через естественные родовые пути при живом доношенном плоде невозможны, поэтому показано плановое кесарево сечение.

При I и II степени сужения таза и средних размерах плода роды можно вести через естественные родовые пути. При наличии крупного плода или других отягощающих факторов (например, перенашивание беременности, неправильное положение или тазовое предлежание плода, бесплодие или мертворождение в анамнезе, экстрагенитальные заболевания) проводится плановое кесарево сечение.

***Сл 26***

***Общеравномерносуженный таз*** характеризуется уменьшением всех размеров таза на одинаковую величину. Он встречается у женщин небольшого роста (менее 152 см), имеющих правильное телосложение.

Ромб Михаэлиса симметричный, с равномерным уменьшением вертикального и горизонтального размеров. При влагалищном обследовании определяют равномерное уменьшение емкости малого таза.



***Биомеханизм родов.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерии** | **Равномерносуженный таз** |
| 1-й момент | 1.Долгое стояние в плоскости входа. 2.Максимальное сгибание головки.·3.Стреловидный шов только в косом размере. |
| 2-й момент | 1.Внутренний поворот головки с резкой конфигурацией головки.·2.Асинклитизм Редерера. |
| 3-й момент | Разгибание головки |
| 4-й момент | Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. |
| Проводная точка | Малый родничок |
| Точка фиксации | Теменные бугры — внутренняя поверхность лонных дуг. |
| Размер, которым рождается головка | Малый косой — 9,5 см |
| Родовая опухоль | В области малого родничка |
| Форма головы | Резко долихоцефалическая |

***Механизм родов при общеравномерносуженном тазе***. Головка плода встречает со всех сторон одинаковое сопротивление. Оно преодолевается тем, что головка очень сильно сгибается и вступает в таз наименьшим размером, определяемым от темени до подзатылочной ямки. Этот размер меньше малого косого размера, которым головка вставляется при нормальном механизме родов.

***Сл 27***

***Первая особенность*** механизма родов при общеравномерносуженном тазе - сильное (максимальное) сгибание головки; малый родничок при этом приближается к геометрическому центру таза (располагается на осевой линии таза). Максимальное сгибание головки происходит при переходе головки из широкой части полости таза в узкую и представляет собой важный момент приспособления предлежащей части к родовым путям.

****

***Вторая особенность*** заключается в том, что сагиттальный шов опускающейся в таз головки всегда располагается в одном из косых размеров входа. При этом большой поперечный размер головки проходит через косой размер таза, который больше прямого. Сильно согнутая головка постепенно опускается в полость таза и в дальнейшем совершает такие же движения, какие происходят при нормальном механизме родов:

* внутренний поворот,
* разгибание,
* наружный поворот.

Разница заключается лишь в том, что все повороты происходят значительно медленнее, с большей затратой сил роженицы.

Проходя через выход таза, область подзатылочной ямки не может подойти к симфизу вплотную ввиду узости лобкового угла. Поэтому головка устремляется в сторону промежности в большей степени, чем при нормальном тазе; ткани промежности сильнее растягиваются и, если не оказывается помощь, происходит глубокий разрыв промежности.

Головка родившегося плода вытянута в сторону затылка (выраженная долихоцефалическая конфигурация), в области малого родничка образуется родовая опухоль.

К началу родов при нормальных размерах таза и при наиболее частом варианте их (передний вид затылочного предлежания) у первородящей женщины головка находится во входе в таз в слегка согнутом положении; у повторнородящих головка в таком состоянии находится над входом в таз.

В отличие от этого при общеравномерносуженном тазе головка подвижна над входом не только у повторнородящих, но и у первородящих женщин вследствие сопротивления, оказываемого таким тазом несоразмерной ему головке.

**Сл 28**

Беременность и роды при узком тазе должны проходить под постоянным врачебным контролем. Во второй половине беременности нужно обязательно носить специальный бандаж, который в значительной мере предупреждает возникновение возможных осложнений. Для того чтобы избежать родовых осложнений рекомендуется последние 2-3 недели беременности провести в роддоме.

***Тактику ведения родов при узком тазе*** определяют индивидуально с учётом всех данных объективного обследования и прогноза для роженицы и плода. В настоящее время общепризнана активно-выжидательная тактика ведения родов. Осуществляют особый контроль родовой деятельности.

- Средства, усиливающие сокращения матки, следует применять осторожно.

- Во избежание раннего излития околоплодных вод (ОВ) роженице не рекомендуют вставать.

- В процессе родов неоднократно проводят профилактику гипоксии плода.

- При выявлении в I или II периоде признаков несоответствия головки плода и таза матери необходимо закончить роды операцией КС.

 Необходимо своевременное распознавание и лечение гормональных нарушений, также влияющих на формирование костного таза.

***Сл 29***

***Клинически узким считают таз*** в том случае, если в родах возникают препятствия (иногда непреодолимые) для прохождения плода. Анатомически нормальный таз может оказаться клинически узким (например, при крупном и гигантском плоде, гидроцефалии) и, наоборот, анатомически узкий таз может быть функционально полноценным (например, при малых размерах плода). Анатомически узкий таз встречается у 1,0-7,7%, клинически узкий таз - у 0,6—1,7% рожениц.

**Сл 30**

Осложнения в процессе изгнания плода ведут к проблемам, угрожающим жизни матери. Длительное стояние головки во входе или в полости таза способствует сдавливанию мягких тканей родовых путей костями таза и головкой плода. Сдавливаются шейка матки, влагалище, мочевой пузырь, уретра и прямая кишка.

Из-за нарушения кровообращения возникает отек шейки матки, стенок мочевого пузыря и наружных половых органов. Возможно прекращение мочеиспускания в результате пережима уретры, а также некроз тканей. Через неделю после родов омертвевшие участки отторгаются и образуются прямокишечно-влагалищные или мочеполовые свищи.

Длительные роды ведут к нарушению маточно-плацентарного кровообращения и гипоксии плода, следствием чего бывают кровоизлияния в мозг и другие его органы.

Все это говорит в пользу того, что

**Сл 31**

**нормальные роды у женщин с узким тазом возможны только при непрерывной акушерской помощи с расчетом на то, чтобы при малейших отклонениях немедленно оказать ей нужную помощь.**

При ведении родов через естественные родовые пути у женщин с I и II степенью сужения таза необходимы мониторный контроль состояния плода и сократительной деятельности матки, функциональная оценка таза в процессе родов. Для определения соответствия размеров таза и головки плода наблюдают за ее положением и продвижением.

****

**Сл 32**

Симптомы клинического несоответствия размеров головки плода и таза роженицы:

* длительное стояние головки над входом в таз, несмотря на хорошую родовую деятельность, большая родовая опухоль на головке;
* положительный симптом Вастена и Цангемейстера при излившихся водах и прижатой ко входу в таз головке плода, полном или почти полном открытии маточного зева;
* нарушение мочеиспускания вследствие прижатия мочеиспускательного канала головкой плода;
* отёчность наружных половых органов и краёв маточного зева;
* перерастяжение нижнего сегмента матки. Болезненность при пальпации, высокое стояние контракционного кольца.



Значительные трудности в функциональной оценке таза и выборе метода родоразрешения возникают при выраженном **сужении широкой части полости таза, так как признаки несоответствия возникают на поздних этапах родов.**

В ряде случаев диагностирование функциональной неполноценности таза возможно при открытии шейки матки 6-7 см. При появлении 3-4 признаков абсолютного несоответствия (в любых сочетаниях) показано немедленное родоразрешение путем операции кесарева сечения в целях уменьшения травматизации плода и матери. Наиболее часто функциональная неполноценность таза возникает при общесуженных тазах.

**13.Асинклитические вставления и неправильные стояния головки плода.**

.***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 стреловидный шов находится ближе к мысу или крестцу ***(асинклитическое вставление)***.

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.

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.***



 1 2

Асинклитизм: 1 — передний (переднетеменное вставление головки); 2 — задний (заднетеменное вставление головки).

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.

Если, несмотря на принятые меры или независимо от них, наступают явления клинически узкого таза, роды должны быть закончены операцией кесарево сечение.

**II. Диагностика тазовых предлежаний, осложнения беременности и родов**

1. Определение понятия.
2. Классификация.
3. Этиология и патогенез
4. Диагностика тазовых предлежаний.
5. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях. Осложнения.
6. Неправильное положение плода. Определение понятия косое и поперечное положение плода.
7. Этиология. Диагностика.
8. Запущенное поперечное положение плода.
9. Обследование, уход, наблюдение и ведение беременных и рожениц при неправильных положениях плода

10.Определение понятия разгибательных предлежаний головки плода.

11.Этиология. Классификация.

**Сл 33**

«**Тазовое предлежание плода**». Ведение беременности и родов. **Клинические рекомендации** (протокол). 2017г

***1.Определение понятия.***

***Тазовое предлежание* –** это такое продольное положение плода, при котором тазовый конец плода находится над входом в малый таз женщины. Роды в тазовом предлежании встречаются в 3—5% случаев. Из-за большого числа осложнений в родах у матери и плода их следует отнести к патологическим. Перинатальная смертность в 4—5 раз выше, чем при головных предлежаниях.



**Сл 34**

***2.Классификация***

***Тазовые предлежания могут быть в следующих вариантах:***

* чисто ягодичное предлежание (предлежат ягодицы);

****

* смешанное ягодичное предлежание (когда ягодицы находятся вместе со стопами);

****

**Сл 4**

* ножное предлежание (ножки разогнуты в тазобедренных суставах):

 а) полное (предлежат обе ножки);

****

* в) неполное (предлежит только одна ножка);

****

Изредка встречаются коленные предлежания, когда ножки согнуты в коленных суставах и разогнуты в тазобедренных; в этих случаях предлежащей частью является колено.

Наиболее благоприятными вариантами тазовых предлежаний следует считать ***ягодичные***, так как при этих предлежаниях тазовый конец имеет наибольшую окружность и наилучшим образом подготавливает родовые пути для последующего рождения головки. Кроме того, при чисто ягодичном предлежании вытянутые вдоль туловища ножки удерживают ручки от запрокидывания.

Позицию плода при тазовых предлежаниях определяют, как и при головном предлежании по отношению спинки плода к боковым сторонам стенки матки - левая, или первая, позиция, когда спинка обращена влево, и правая, или вторая, позиция, когда спинка обращена вправо. Ввиду того что матка обычно повернута по часовой стрелке несколько вправо, преобладает передний вид при первой позиции и задний вид при второй позиции.

***Сл 35***

***3.Этиология и патогенез***

Факторы, предрасполагающие к возникновению тазовых предлежаний, подразделяются на ***материнские, плодовые и плацентарные***.

К ***материнским факторам*** относят: аномалии развития матки, миому, узкий таз, большое число родов в анамнезе, снижение и повышение тонуса маточной мускулатуры, нарушение осанки.

***Плодовыми факторами*** являются: аномалии развития плода, недоношенность, сниженная двигательная активность плода, многоплодие.

К ***плацентарным факторам*** относятся: предлежание плаценты, локализация плаценты в области трубных углов и дна.

Устойчивое тазовое предлежание плода формируется к 35—36 неделям беременности, до этого срока плод может менять свое предлежание, что объясняется изменением соотношения количества амниотической жидкости и объема плода.

Чаще тазовое предлежание наблюдается у повторнобеременных женщин, с гиперстенической конституцией, нормальным тазом, небольшого роста, ведущих малоподвижный образ жизни. Некоторыми авторами было замечено, что имеется наследственная предрасположенность к тазовым предлежаниям. Возможно, это связано с наследственной конституцией.

***Сл36***

***4.Диагностика тазовых предлежаний.***

Тазовое предлежание можно диагностировать, применив ***приёмы Лепольда—Левицкого.*** При этом в дне матки определяют плотную, крупную, округлую часть — головку. У входа в таз пальпируется крупная мягкая часть, не имеющая четких контуров.

Дно матки стоит высоко, так как тазовый конец плода в конце беременности не вставляется во вход в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается выше пупка. Для уточнения диагноза нужно третьим приемом наружного акушерского пособия захватить предлежащую часть и одновременно другой рукой захватить крупную часть, расположенную в области дна матки и сравнить. Более крупная, плотная и округлая часть плода, вероятнее всего, является головкой. При ножном предлежании предлежащая часть наименее объёмна и наиболее подвижна.

***Сл37***

***При влагалищном исследовании*** во время беременности через своды определяют крупную мягковатую часть или мелкие части. Во время родов - при значительном раскрытии и вставлении ягодиц можно прощупать крестец плода, седалищные бугры, большие вертелы бедренных костей, анальное отверстие. Следует соблюдать осторожность и исключить травму, особенно половых органов.

При чисто ягодичном предлежании определяют паховый сгиб. При смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицей находят стопы.

Легче, чем ягодичные, распознаются ножные предлежания. При достаточном раскрытии ножки выпадают во влагалище, и они видны при осмотре с помощью зеркал. Позиция и вид при тазовом предлежании определяют по расположению крестца.

Чисто ягодичное предлежание следует отличать от лицевого предлежания и анэнцефалии, ножное и ягодично-ножное — от косого и поперечного положения плода.

Дополнительные методы диагностики (особенно УЗИ) позволяют определить не только характер предлежания, но и оценить состояние плода, его массу, пороки развития, расположение плаценты и петель пуповины.

***Сл 38***

***5.Биомезанизм родов при ягодичном и ножных предлежаниях.***

При изучении биомеханизма родов при тазовом предлежании можно увидеть четкую закономерность: чередование трех поворотов и трех сгибаний.

 **6*.Течение беременности и родов при тазовых предлежаниях плода.***

Установив диагноз тазового предлежания во время беременности, необходимо приложить все усилия для его исправления, используя корригирующую гимнастику в период с 32 недель до 36 недель беременности. Если тазовое предлежание сохраняется, то за 2 недели до родов беременную направляют в стационар за 7-10 дней до предлагаемого срока родов.

За это время беременную необходимо полностью обследовать. Должны быть произведены ультразвуковая диагностика, тестовое определение состояния плода и готовности матки к родам, при необходимости ультразвуковая пельвиометрия. В ходе обследования всем беременным определяются факторы риска предстоящих родов для плода и для матери. Все факторы риска делят на две большие группы: пренатальные и интранатальные.

***Сл 39***

***Роды*** при тазовом предлежании могут закончиться самопроизвольно и без осложнений. Однако течение родов имеет ряд особенностей, которые могут оказаться опасными для плода и для матери. Высокий перинатальный риск у женщины с тазовым предлежанием является показанием к плановому оперативному родоразрешению.

Раскрытие зева обычно идет медленнее, даже при целом плодном пузыре. Ягодицы довольно долго находятся над входом в малый таз, не образуется пояс прилегания, не происходит разделения вод на передние и задние. Это ведет к преждевременному излитию околоплодных вод, развитию первичной слабости родовой деятельности, и, не редко, к выпадению петли пуповины.

**Сл 40**

Длительное течение первого периода родов и безводного промежутка способствуют развитию **гипоксии плода**.

Период изгнания нередко осложняет вторичная слабость родовых сил. Особенно это опасно в тех случаях, когда потуги прекращаются в то время, когда ягодицы вставились в полость малого таза. Если при этом возникает показания к родоразрешению со стороны матери или плода**, выполнить это обычно не удается без риска нанести серьезную травму матери и особенно плоду.**

Преждевременное изгнание тазового конца, особенно ножек плода при недостаточно раскрывшемся маточном зеве делает крайне затруднительным рождение плотной и крупной часть плода – головки.

Задержка рождения головки может привести к внутричерепной травме плода, асфиксии и его гибели Попытка извлечь задержавшуюся головку ведёт к разрыву шейки матки или даже нижнего сегмента матки.

**Сл 41**

При прохождении головки по родовому каналу всегда имеет место прижатие петли пуповины головкой к стенке таза. Кроме того, возможно развитие таких осложнений, как образование заднего вида и запрокидывание ручек, когда ручки с грудки отходят вверх, располагаясь или впереди лица плода, или по бокам головки, или даже запрокидываются за затылок.

Травматические повреждения плода и матери происходят во втором периоде родов при оказании пособия по Цовьянову, при выведении ручек и головки плода. К осложнениям со стороны плода относятся переломы ручек при их выведении, разрыв мозжечкового намета и гибель плода при чрезмерном разгибании головки. Длительное течение родов и длительный безводный промежуток способствуют развитию инфекции у матери и новорожденного.

Осложнения во время родов - слабость родовой деятельности, гипоксия плода, предлежание плаценты и др.являются показаниями для экстренного кесарева сечения.

***7.Ведение беременности и родов при тазовых предлежаниях плода.***

Роды при тазовых предлежаниях, оказание роженице ручного пособия по методу Цовьянова, классического ручного пособия, освобождение последующей головки и других оперативных пособий выполняет врач акушер. Однако, при определенных обстоятельствах, знание и владение подобными приемами и навыками необходимо акушеркам.

***Ведение периода раскрытия.***

Сохранение целостности плодного пузыря до наступления полного или почти полного открытия шейки матки является задачей ведения первого периода родов при тазовых предлежаниях плода. Для этого роженицу укладывают в положение на боку на ту сторону, где находится спинка плода, что препятствует предлежанию и выпадению пуповины. Мочеиспускание и дефекация производится на подкладном судне. При несвоевременном излитии околоплодных вод и недостаточной «зрелой» шейки матки роженице производят операцию кесарева сечения.

В первом периоде родов целесообразно проводить наблюдение за состоянием плода и родовой деятельностью с помощью КТГ. Необходимо осуществлять профилактику гипоксии плода внутривенным введением препаратов, улучшающих микроциркуляцию и маточно-плацентарный кровоток через каждые 2-3 часа по назначению врача.

При возникновении в родах слабости родовой деятельности, родостимуляцию должны производить только при открытии маточного зева на 5 см и более, при меньшем открытии шейки матки роды в интересах плода должны быть закончены операцией кесарева сечение.

***Ведение периода изгнания.***

В периоде изгнания тактика **должна быть активно – выжидательной**. Роженица лежит на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами: подошвы обеих ног упираются в ногодержатели. В таком положении она в состоянии развить хорошую потужную деятельность, что является непременным условием правильного ведения родов в тазовом предлежании.

При тазовых предлежаниях клинически различают четыре этапа ролов:

* рождение плода до пупка,
* от пупка до нижнего угла лопаток,
* рождение плечевого пояса
* рождение головки.

Как только плод рождается до пупка, головка начинает вставляться во вход в малый таз и прижимает пуповину. Если с момента рождения плода до пупка роды не заканчиваются в течение ближайших 5 минут, то плод родится в асфиксии. Если же это время составляет 10 мин и более, то плод, обычно, погибает.

В случае отсутствии мониторного контроля сердцебиение плода при тазовых предлежаниях в период изгнания необходимо выслушивать после каждой потуги. Следует помнить, что в период изгнания при тазовых предлежаниях нередко наблюдается заметное ускорения сердцебиения плода в результате сдавления животика плода ножками. Это не должно быть показанием к оперативному родоразрешению. Физиологическим является и выделение мекония при тазовых предлежаниях.

Для предупреждения спазма маточного зева после прорезывания ягодиц необходимо внутривенное введении спазмолитиков (2мл 2% р-ра но-шпы или 4мл 2% р-ра папаверина гидрохлорида).

До прорезывания ягодиц вмешиваться в течение родов не следует. При прорезывании ягодиц с целью ускорения второго периода родов всегда показанаперинео - или эпизиотомия.

После прорезывания ягодиц при чисто ягодичном предлежании приступают к оказанию роженице ручного пособия по методу Н.А. Цовьянова I.

***Цель:*** сохранение до конца родов физиологического членорасположения, присущего для плода при чисто ягодичном предлежании.

***Операция извлечения плода за тазовый конец*** в настоящее время крайне ограничена из-за осложнений у плода и матери.

**8.Неправильные положения плода**

***1.Определение понятия косое и поперечное положение плода.***

Поперечное и косое положение плода наблюдаются примерно в 0,5–0,7% случаев по отношению к общему количеству родов. Их относят к неправильным положениям. Ось плода образует с продольной осью матки прямой или острый угол, и плод не имеет предлежащей части.

При ***косом положении плода*** голова или тазовый конец располагается ниже линии, проходящей через гребни подвздошных костей. При ***поперечном положении*** все крупные части плода находятся выше этой линии. Позиция плода определяется по головке: при расположении головки плода слева первая позиция, справа – вторая позиция. Вид плода определяется по отношению положения спинки к передней или задней стенке матки (передний или задний вид).



***2.Этиология. Диагностика.***

***1.Чрезмерная подвижность плода*** – при многоводии, дряблости мышц передней брюшной стенки у многорожавших.

***2.Ограниченная подвижность плода*** – при маловодии, многоплодии, крупном плоде, аномалиях строения матки, наличии миомы матки, повышенном тонусе матки.

***3. Наличие препятствий к вставлению головки*** – предлежание плаценты, наличие миомы матки в области нижнего сегмента, при узком тазе

***4. Врожденные аномалии развития плода***: гидроцефалия, анэнцефалия.

***Диагноз*** ставится на основе визуальной оценки. Определяется поперечно-овальная или косо-овальная форма живота, низкое стояние дна матки.

***При наружном акушерском осмотре*** предлежащую часть плода определить не представляется возможным. Крупные части (головка, тазовый конец) определяются при пальпации в боковых отделах матки. При помощи аускультации выслушивается сердцебиение плода в пупочной области.

***При вагинальном исследовании*** предлежащую часть плода определить не удается. По подмышечной впадине можно определить, где находится головка плода. Большое значение уделяется методу УЗИ.

***3.Запущенное поперечное положение плода.***

Среди часто встречающихся осложнений первого периода родов отмечается раннее отхождение околоплодных вод, которое ограничивает подвижность плода и может сопровождаться выпадением пуповины или ручки плода, а также возможно вколачивание в малый таз одного из плечиков. Это состояние носит название ***запущенного поперечного положения плода.***



Очень часто при этом наблюдается гипоксия плода, в ряде случаев приводящая к его гибели, так как сократившаяся матка уменьшает кровоснабжение плаценты. Если родовая деятельность продолжается и плод не продвигается по родовым путям, сначала перерастягивается нижний сегмент, а затем происходит разрыв матки.

Длительный безводный промежуток, длящийся 12 часов и более, способствует инфицированию плодного яйца, матки и распространению инфекции на область брюшины

***4.Обследование, уход, наблюдение и ведение беременных и рожениц при неправильных положениях плода***

***Течение беременности и родов***. Во время беременности при неправильных положениях плода наиболее частыми осложнениями могут быть преждевременное отхождение околоплодных вод ввиду отсутствия внутреннего пояса прилегания, а также и преждевременные роды.

При **предлежании плаценты**, которое может стать причиной неправильного положения плода, **возможно кровотечение**.

В исключительных случаях роды при поперечном положении плода могут закончиться самопроизвольно в результате самоповорота плода в тазовое или головное предлежание, самоизворота.

 Еще реже могут произойти роды сдвоенным телом, когда плод складывается в позвоночнике вдвое, и в таком состоянии происходит его рождение. Чаще всего такие роды заканчиваются рождением мертвого плода.

***Ведение беременности и родов.*** При беременности до 34–35 недель положение плода (поперечное или косое) называется неустойчивым, потому что в этот период плод очень подвижен. Положение плода может измениться и перейти в продольное. Беременным предлагается как можно больше лежать на боку на стороне нижерасположенной крупной части плода. После 35 недель беременности плод принимает более стабильное положение. Если положение осталось неправильным, для выяснения его причины и определения тактики ведения беременности и родоразрешения беременную госпитализируют.

***Сл 19***

***Наружный профилактический поворот плода,*** часто использовавшийся ранее, в настоящее время практически не применяется ввиду неэффективности и большого количества противопоказаний. Кроме того, в процессе проведения наружного поворота **возможны тяжелые осложнения: отслойка плаценты, разрыв матки, что влечет за собой маточные кровотечения.**

***Операция кесарева сечения*** является оптимальным методом родоразрешения при поперечном или косом положении плода. Первый период родов наиболее благоприятен для оперативного родоразрешения. Иногда при возникновении первых схваток плод меняет поперечное или косое положение на продольное.

До начала родовой деятельности показаниями к кесареву сечению является:

* перенашивание;
* предлежание плаценты;
* преждевременное отхождение околоплодных вод;
* гипоксия плода;
* рубцы на матке.

При выпадении мелких частей плода (пуповины, ручки) недопустима попытка их вправления, так как это приводит к инфицированию и удлиняется время дооперативного родоразрешения.

***Ведение родов через естественные родовые пути возможно лишь при***

***глубоко недоношенном плоде.***

***Эмбриотомия*** под общим наркозом выполняется при запущенном поперечном положении и мертвом плоде.

При наличии инфекционного процесса при длительном безводном промежутке, если плод жизнеспособен, проводят кесарево сечение, экстирпацию матки, дренирование брюшной полости во избежание развития перитонита.

В отдельных случаях при инфицировании проводится операция кесарева сечения экстраперитонеальным доступом. При мертвом плоде показано проведение плодоразрушающей операции.

**9.Разгибательные предлежания головки плода.**

1.***Определение понятия разгибательных предлежаний головки плода.***

О разгибательном предлежании головки плода можно говорить в тех случаях, когда она большим сегментом стоит ***в разогнутом состоянии*** во входе или в более глубоких отделах таза.

Правильный диагноз ***переднеголовного предлежания*** 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 форме головки (башенная головка) плода и следов на ней, которые имеют место в первые часы и дни жизни ребенка.

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.

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.



***2.Этиология. Классификация.***

Причины разгибательных вставлений:

* + аномалии таза,
	+ увеличение щитовидной железы у плода,
	+ наследственные факторы,
	+ нарушения тонуса мышц брюшной стенки.

Роды в этом случае проходят с осложнениями: родовой травматизм матери и плода, аномалии родовой деятельности, кровотечения и др.

***Различают три степени разгибания головки.***

При первой степени разгибания – ***переднеголовное предлежание***, 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, при котором ведущей точкой становится лоб.

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.

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.

Роды через естественные родовые пути при заднем виде ***лицевого предлежания*** возможны, если нет других осложняющих моментов (крупный плод, слабость родовой деятельности и др. При переднем виде лицевого предлежания роды через естественные родовые пути не возможны. При такой ситуации необходимо произвести кесарево сечение.

Акушерка должна уметь заподозрить аномалии вставления, опасность клинического несоответствия, вызвать врача, оказать доврачебную помощь. В родах с целью профилактики травмы родовых путей применить разрез промежности. Провести профилактику кровотечения. Помогать врачу при родоразрешении, оказать акушерское пособие, провести профилактику послеродовых осложнений.

***Акушерская тактика.***

Лицевое предлежание, учитывая больший процент осложнений для матери и плода, чем при физиологических родах, следует считать относительным показанием к операции кесарева сечения. У повторнородящих, а также при наличии емкого таза и отсутствии других осложнений (слабость родовой деятельности, преждевременное излитие вод, длительный безводный период, гипоксия плода и проч.) роды могут быть проведены через естественные родовые пути.

Наличие заднего вида является абсолютным показанием к оперативному родоразрешению (кесарево сечение). Учитывая значительно большую опасность для матери и плода при неправильных его положениях и предлежаниях головки, в современном акушерстве есть тенденция к расширению показаний к операции кесарева сечения и к отказу от попыток исправления положения плода и изменения предлежаний.

**Материнский травматизм**

Родовые пути женщины во время родов подвергаются значительному растяжению. В результате этого в ряде случаев возникают повреждения тканей влагалища, промежности и шейки матки, в основном носящие характер поверхностных ссадин и трещин, которые бессимптомны и самостоятельно заживают в первые дни послеродового периода.

Патологическое течение родового акта, нарушение пространственных взаимоотношений между величиной плода и родовыми путями, отсутствие должной регуляции продвижения плода по родовому каналу, несвоевременное или неправильное оказание акушерских пособий приводит к значительным повреждениям родовых путей и осложнениям.

**К родовому травматизму матери относят:**

1. повреждения наружных половых органов;
2. разрывы промежности;
3. разрывы стенок влагалища;
4. разрывы шейки матки;
5. разрывы тела матки;
6. вывороты матки;
7. разрывы сочленений таза;
8. кишечно-половые и мочеполовые свищи.

**Во II половине беременности и в родах- кровотечения возможны по причине предлежания плаценты.**

При физиологической беременности плацента располагается в области тела матки, развиваясь чаще всего в слизистой оболочке задней ее стенки. Более редко является прикрепление детского места на передней стенке матки и еще реже – в области дна. Прикрепляясь в нормальных условиях в области тела матки, плацента своим нижним краем не доходит до внутреннего зева на 7 см и более.

**Предлежание плаценты** – состояние, при котором происходит прикрепление плаценты в области нижнего сегмента над внутренним зевом, прикрывая его в той или иной степени.

Материнская смертность при предлежании плаценты колеблется от 0 до 0,9%, причинами которой являются шок и кровотечение.

**Классификация:**

1. Полное или центральное предлежание - плацента полностью перекрывает внутренний зев шейки матки
2. Неполное - область внутреннего зева частично перекрыта плацентой или спускается только ее край.
3. Низкое прикрепление плаценты - локализуется в области нижнего сегмента, но ее край не доходит до внутреннего зева 7 см.

**Этиология и патогенез.**

Причины возникновения аномального расположения плаценты условно можно разделить на две группы.

* **Факторы, зависящие от состояния организма женщины:** дистрофические изменения в слизистой оболочке матки, вызванные различными факторами: воспалительные заболевания эндометрия, аборты, многократные роды, наличие рубца на матке после кесарева сечения, аномалии развития половых органов, опухоли, гипотрофия эндометрия в связи с общим и генитальным инфантилизмом, воздействие на эндометрий химических препаратов.
* **Факторы, связанные с особенностями плодного яйца.**

**Кровотечение** – основной симптом предлежания плаценты. Кровотечения могут возникать в различные сроки беременности (начиная с I триместра и до срока родов). Однако чаще всего они наблюдаются во второй половине беременности .

Провоцирующими факторами возникновения кровотечения при беременности могут быть физическая нагрузка, резкое кашлевое движение, влагалищное исследование, поэтому его проводят при обезболивании

В целом кровотечение при предлежании плаценты характеризуется, как правило, следующими особенностями:

* всегда наружное;
* внезапное;
* алой кровью;
* без видимой внешней причины;
* не сопровождается какими-либо болевыми ощущениями;
* часто начинается в покое, ночью (беременная просыпается «в луже крови»);
* внезапно может прекратиться;
* обязательно повторяется.

***Классификация акушерских кровотечений в родах и послеродовом периоде.***

**1.Кровотечения в первый период родов**:

• Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

• Предлежание плаценты.

• Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

• Травмы мягких тканей.

**2.Кровотечения во второй период родов:**

• Предлежание плаценты.

• Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

• Травмы мягких родовых путей.

• Спонтанный и насильственный разрыв матки.

**З.Кровотечения в третий период родов:**

• Интимное (чрезмерно плотное) прикрепление плаценты.

• Истинное приращение плаценты.

**4.Кровотечения в послеродовый период**

• Акушерский травматизм.

• Задержка частей плаценты (дефект последа).

• Гипотония и атония матки

• Несостоятельность системы гемостаза (коагулопатическое кровотечение

Преждевременные роды чаще всего имеют место у пациенток с полным предлежанием плаценты.

Предлежание плаценты часто сопровождается фетоплацентарной недостаточностью, гипоксией плода и задержкой его развития. степень гипоксии зависит от площади отслойки плаценты.

**При предлежании плаценты нередко формируется неправильное положение плода (косое, поперечное) или тазовое предлежание, которые в свою очередь сопровождаются определенными осложнениями**.

Частота предлежания плаценты во II триместре беременности в 8—10 раз выше, чем к началу родов, что обусловлено ее «миграцией» во II и III триместрах в сторону верхних отделов матки.

###  Диагностика

Диагностика предлежания плаценты не представляет особых сложностей. При диагностике предлежания плаценты принимают во внимание следующие обстоятельства.

* ▲ Жалобы пациентки (появление наружного маточного кровотечения, особенно повторного с учетом его особенностей). Повторяющиеся кровотечения со второй половины беременности, как правило, связаны с полным предлежанием плаценты. Кровотечение в конце беременности или в начале первого периода родов чаще связано с неполным предлежанием плаценты.
* ▲ Данные анамнеза (наличие факторов риска).
* ▲ Результаты наружного акушерского исследования (ВСДМ всегда выше, чем должна быть в данный срок беременности из-за высокого расположения предлежащей части плода), обнаружение косого или поперечного положения плода.
* ▲ Выявление при аускультации шума сосудов плаценты в нижнем сегменте матки (место прикрепления плаценты).
* ▲ Следует осмотреть стенки влагалища и шейку матки при помощи зеркал для исключения травмы, патологии шейки матки (полип, опухоль шейки матки и др.).
* ▲ Данные влагалищного исследования. При полном предлежании плаценты и закрытом наружном зеве через своды предлежащая часть не определяется. Пальпируется мягкое массивное образование через все своды влагалища при полном предлежании плаценты, а при неполном предлежании — в переднем или одном из боковых сводов.

**В настоящее время наиболее объективным и безопасным методом диагностики предлежания плаценты является УЗИ**

**Задание.**

1. Внимательно прочитать тест лекции, составить конспект.
2. Составить словарь терминов по теме лекции.
3. Выучить материал лекции к практическому занятию «Назначение лечения беременных, родильниц».
4. Устно ответить на контрольные вопросы по теме:

Узкий таз. Понятие, этиология, классификация, диагностика, течения родов.

Неправильные положения плода.

* Определение понятия косое и поперечное положение плода. Причины. Диагностика.
* Запущенное поперечное положение плода.
* Ведение беременных и рожениц при неправильных положениях

Разгибательные предлежания головки плода.

* Определение понятия. Причины.
* Биомеханизм родов при переднеголовном, лобном и лицевом предлежании.

Асинклитические вставления и неправильные стояния головки плода.

* Определение понятия, причины.
* Высокое прямое и низкое поперечное стояние стреловидного шва. Диагностика. Течение беременности и родов при асинклитических вставлениях и неправильных стояниях головки
1. Решить ситуационные задачи:

***Задача №1***

К фельдшеру обратилась знакомая, первобеременная 26 лет. Приехала к мужу в город из области с целью получить квалифицированную помощь при родах. Прописки нет, но имеется медицинский страховой полис. Состояла на учете у акушерки ФАПа. Срок беременности 37-38 недель. Менструальная функция без особенностей. Гинекологические заболевания отрицает. Беременность протекала без осложнений (со слов). Пациентка тревожится из-за того, что она не наблюдается сейчас в ЖК, а также за исход родов.

В детстве перенесла тяжелый рахит, пневмонию, ветряную оспу, часто болела вирусными заболеваниями.

АД – 110/70, 100/60 мм рт. ст., пульс – 78 уд. в мин., удовлетворительных качеств. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. При наружном акушерском исследовании обнаружено, что головка плода находится справа по ребру матки, а тазовый конец слева. Над входом в малый таз нет предлежащей части. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 142 уд. в мин. Матка в обычном тонусе. Наружные размеры таза: 27, 28, 32, 17 см.

***Задания:***

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику в данной ситуации.
3. Составьте дальнейший план ведения данной пациентки.

***Задача №2***

 Роженица 30 лет поступила в родильное отделение в связи с отхождением вод и регулярными схватками. Беременность 39 – 40 недель. Из анамнеза выяснено, что в детстве жила в Заполярье, ходить начала около двух лет, росла болезненным ребенком, перенесла все детские болезни. Роды вторые. Первые роды, со слов женщины, были тяжелыми, ребенок родился с внутричерепной травмой. Вес его был 3200 г при рождении. Рост женщины 152 см. Небольшое искривление нижних конечностей. Ромб Михаэлиса уплощен. Размеры таза 27-26-30-17 см. Диагональная конъюгата 10 см. Индекс Соловьева 16. Предполагаемый вес плода 3500 г. Посещала женскую консультацию.

***Задания:***

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику в данной ситуации.
3. Составьте дальнейший план ведения данной пациентки.
4. Контроль выполнения задания на занятии «Назначение лечения беременных, родильниц».

**Список литературы для самоподготовки студентов**