

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ИНТЕРНАТУРЫ

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ЗАТЫЛОЧНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ.

638 группа

Алпысбаева Л.Ж.

План

Определения

Определения варианта предлежания

Диагностика

Биомеханизм родов

Особенности течения родов

Акушерская тактика

Биомеханизм родов

- это закономерная совокупность поступательных и вращательных движений, которые производит плод, проходя по родовому каналу.

Затылочное предлежание

- ▣ — это вариант сгибательного головного предлежания при котором наиболее низко расположенной областью головки является затылок. При затылочном предлежании может быть передний и задний вид; Роды в переднем виде затылочного предлежания являются физиологическими и составляют около 96 % всех родов.

- Точкой фиксации или точкой опоры называется точка на костном образовании предлежащей части плода, которая упирается (фиксируется) в костную часть малого таза матери, вокруг этой точки происходит сгибание или разгибание предлежащей части плода, ее прорезывание и рождение.
- Размер вставления — размер (и окружность ему соответствующая) на предлежащей части плода, которым она вставляется в один из размеров плоскости входа в малый таз.
- Размер прорезывания — размер (и окружность ему соответствующая) на предлежащей части плода которыми она прорезывается через ткани вульвы.

- Плод изгоняется таким образом, чтобы головка плода проходила наименьшими своими размерами через большие размеры таза женщины. Движения головки в процессе биомеханизма сопровождаются определенными движениями туловища.
- Оценка большинства движений головки (поступательных, вращательных, сгибательных, разгибательных) производится по смещению стреловидного шва из одного размера таза в другой и по взаиморасположению большого и малого родничков головки плода.

По расстоянию от стреловидного шва до мыса и лона выделяются три варианта вставления головки:

- Передняя и задняя половины черепа плода одинаково глубоко вступили во вход таза, а стреловидный шов проходит посредине тазового канала на одинаковом расстоянии от лона до мыса - осевое, или синклитическое, вставление (норма).
- Задняя теменная кость вставилась ниже, передняя - выше, стреловидный шов расположен ближе к лону, ось плода попадает позади оси тазового входа - заднетеменное вставление (патология), задний асинклитизм (асинклитизм Литцмана),
- Передняя теменная кость опустилась ниже, задняя - выше, стреловидный шов расположен ближе к мысу, ось плода проходит впереди оси тазового входа - переднетеменное вставление (патология), передний асинклитизм (асинклитизм Кегеле).

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

- Первый момент умеренное сгибание головки. Начинается со вставления головки во вход малого таза при развивающейся родовой деятельности. Вставление головки происходит в поперечном или в одном из косых размеров входа в малый таз (при первой позиции в правом косом размере, при второй — в левом косом размере). Вставление головки осуществляется в состоянии умеренного ее сгибания, в результате чего по .проводной линии продвигается макушка. Головка вставляется таким образом, что стреловидный шов располагается на одинаковом расстоянии от лона до мыса – синклитическоре вставление.

- Размер вставления -малый крской размер от центра большого родничка до подзатылочной ямки. Равен 9,5см, окружность, соответствующая ему, равна 32 см;
- Можно считать, что проводной точкой является малый родничок, однако на самом деле малый родничок будет, ведущей точкой в том случае имеется максимальное сгибание головки. Это наблюдается при общеравномерносуженном тазе.

- Второй момент. Правильный внутренний поворот головки и ее поступательное движение. Второй момент биомеханизма родов начинается после того, как головка согнулась и вставилась во вход в малый таз. Затем головка в состоянии умеренного сгибания в одном из косых размеров проходит широкую часть полости малого таза, где и начинается внутренний поворот. В узкой части полости малого таза головка заканчивает вращательное движение на 45° с образованием переднего вида (поэтому здесь внутренний поворот называется правильным, при неправильном повороте образуется задний вид затылочного предлежания). В результате этого головка из косого размера переходит в прямой. Поворот завершается, когда головка достигает плоскости выхода из малого таза. Поворот завершается, когда головка установилась стреловидным швом в прямом размере выхода малого таза, начинается третий момент биомеханизма родов — разгибание головки.

- Третий момент разгибание головки начинается тогда, когда между лонным сочленением и подзатылочной ямки головки плода образуется точка фиксации, вокруг которой и происходит разгибание головки.
- Точкой фиксации здесь является подзатылочная ямка и нижний край симфиза.
- В данном случае головка рождается малым косым размером 9,5 см, и окружностью 32 см, ему соответствующей; Результатом (конец) третьего момента является рождение предлежащей части плода целиком.

- Четвертый момент: внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики плода производят внутренний поворот на 90° из поперечного размера широкой и узкой плоскостей таза (начало); к результате (конец) они устанавливаются в прямом размере выхода малого таза так, что одно плечо (переднее) располагается под лоном, а другое (заднее) обращено к копчику. Родившаяся головка плода поворачивается затылком к левому бедру матери (при первой позиции) или к правому (при второй позиции).

- Пятый момент: сгибание позвоночника в шейно-грудном отделе. Между передним плечиком (в месте прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости) или передним акромионом и нижним краем симфиза образуется вторая точка фиксации (начало). Происходит сгибание туловища плода в грудном отделе и рождение заднего плечика и ручки(конец), после чего легко рождается остальная часть туловища, Второй размер прорезывания: поперечный размер плечиков, равный 12 см, по окружности—35см.

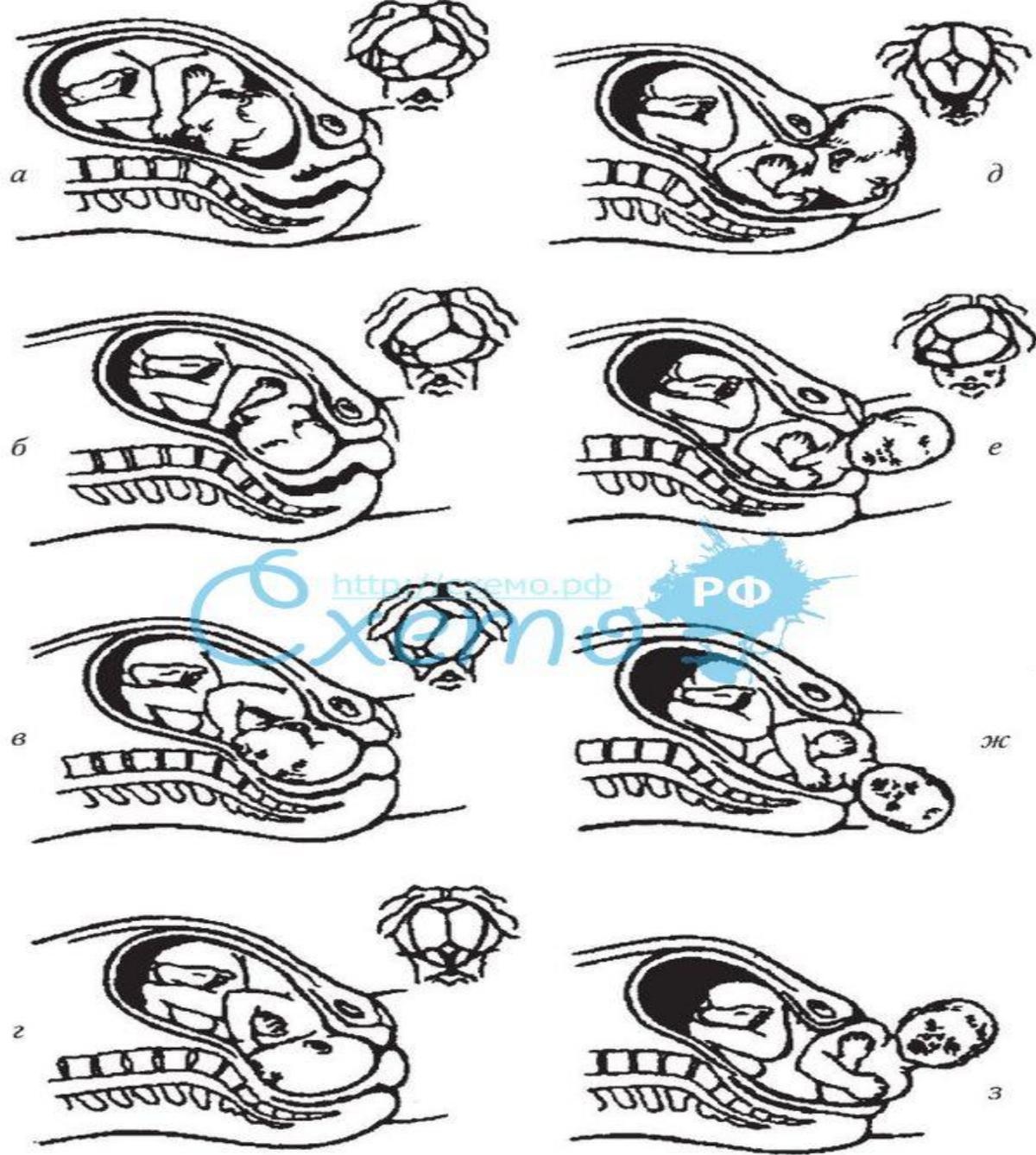


Рис. 36. Биомеханизм родов (а—з) в переднем виде затылочного предлежания (по: Williams Obstetrica, 1989)

Особенности:

- Биомеханизм родов: при переднем виде затылочного предлежания является наиболее физиологичным и благоприятным для матери и плода, так как при данном варианте биомеханизма головка проходит через все плоскости таза и рождается своими наименьшими размерами.

Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания

- Родами в заднем виде затылочного предлежания называется вариант биомеханизма родов, при котором рождение головки происходит в положении, когда затылок обращен кзади, к крестцу.
- Этиологическими моментами в образовании заднего вида считаются изменения формы таза и особенности формы головки плода (например при недоношенном или мертвом плоде). Этот вариант биомеханизма родов наблюдается в 1 % от общего числа родов, причем значительно чаще отмечается вторая позиция плода.
- Диагноз ставится при влагалищном исследовании, когда определяется, что малый родничок головки плода слагается сзади (ближе к крестцу), а большой —спереди (ближе к лонному сочленению). Точный диагноз может быть поставлен во втором периоде родов, не ранее второго момента биомеханизма.

Первый момент

- минимальное сгибание головки.
Стреловидный шов чаще располагается в поперечном размере входа. Начало: плоскость входа в малый таз. Проводная точка (дать определение) располагается между малым и большим родничком, ближе к большому. Размер вставления: средний косой размер — от подзатылочной ямки до границы волосистой части головы; равен 10 см; окружность, ему соответствующая—33 см

Второй момент

- момент заключается в поступательном движении головки и неправильном внутреннем ее повороте, головка поворачивается на 90° (реже — на 45°) затылком к крестцу. Начало: плоскость широком части малого таза. Поворот заканчивается в плоскости выхода малого таза, когда стреловидный шов устанавливается в прямом размере, малый родничок находится у копчика, а большой — под симфизом. Второй момент может осуществляться в виде правильной ротации, то есть с образованием переднего вида — в этом случае поворот будет на 45° , а дальнейший механизм родов будет протекать как при переднем виде затылочного предлежания.

Третьи момент:

- дальнейшее (максимальном) сгибании головки. Когда головка доходит границей волосистой части лба до нижнего края лонного сочленения (первая точка фиксации, определение), происходит ее фиксация и дополнительно сгибание, в результате рождается затылок до подзатылочной ямки.

Четвертый момент:

- разгибании головки. После того как подзатылочная ямка плода подойдёт к верхушке копчика (вторая точка фиксации) головка начинает разгибаться и рождается из половых путей личиком, обращенным кпереди. Прорезывание головки происходит средним косым размером, который равен 10 см. Окружность—33см.

Пятый момент:

- поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики производят внутренний поворот на 90° из поперечного размера широкой и узкой плоскостей таза, в результате они устанавливаются в прямом размере выхода из малого таза так, что одно плечо (переднее) располагается под лоном, другое (заднее) обращено к копчику. Родившаяся головка плода поворачивается затылком к левому бедру матери при первой позиции или к правому при второй позиции.

Шестой момент:

- сгибание позвоночника в шейно-грудном отделе. Между передним плечиком (в месте прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости) и нижним краем симфиза, образуется третья точка фиксации. Происходит сгибание туловища плода в грудном отделе и рождение заднего плечика и ручки, после чего легко дается остальная часть туловища. Второй размер прорезывания: поперечный размер плечиков, равный 12см, по окружности—35см.

Особенности:

- Поворот головки затылком кзади (неправильная ротация) и ее прохождение по родовому каналу в заднем виде приводят к несовпадению кривизны головки и проводной оси таза, вследствие чего возникает необходимость дополнительного (максимального) сгибания головки на тазовом дне. Это требует дополнительной работы мышц матки и брюшного пресса, в результате период изгнания затягивается. Чаще возникают вторичная слабость родовой деятельности и слабость потуг.
- В силу повышенной функциональной нагрузки на миометрий в родах, чаще возникают кровотечения в 3 и послеродовом периоде.
- Кроме этого, прорезывание головки через вульварное кольцо большей окружностью, чем при родах в первом виде, нередко приводят к родовому травматизму (разрывы промежности).

Акушерская тактика:

- Консервативное ведение родов (при отсутствии показаний к оперативному родоразрешению).
- В родах: кардиомониторинг плода (непрерывная запись кардиотахограммы плода) и регистрация сократительной деятельности матки (гистерография).
Профилактика слабости родовой деятельности, гипоксии плода, акушерского травматизма.

Литература:

- Акушерство, Айламазан Э.К.
- Акушерство, Бодяжина В.И.
- Рекомендации ВОЗ по соответствующей технологии родовспоможения, Форталеза, Бразилия, 22-26 апреля, 1985.