

# Поперечное и косое положение плода

## **Составил:**

доцент кафедры акушерства и гинекологии, медицинской генетики, к.м.н. Андреев К.П.

# РОДЫ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ ПЛОДА

Неправильным положением плода называют клиническую ситуацию, когда ось плода пересекает ось матки под каким-либо углом.

## Коды по МКБ-10

О32.0 Неустойчивое положение плода, требующее представления медицинской помощи матери

О32.2 Поперечное или косое положение плода, требующее предоставления медицинской помощи матери

О32.6 Комбинированное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери

О32.8 Другие формы неправильного предлежания плода, требующие предоставления медицинской помощи матери

О32.9 Неправильное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери, неуточненное

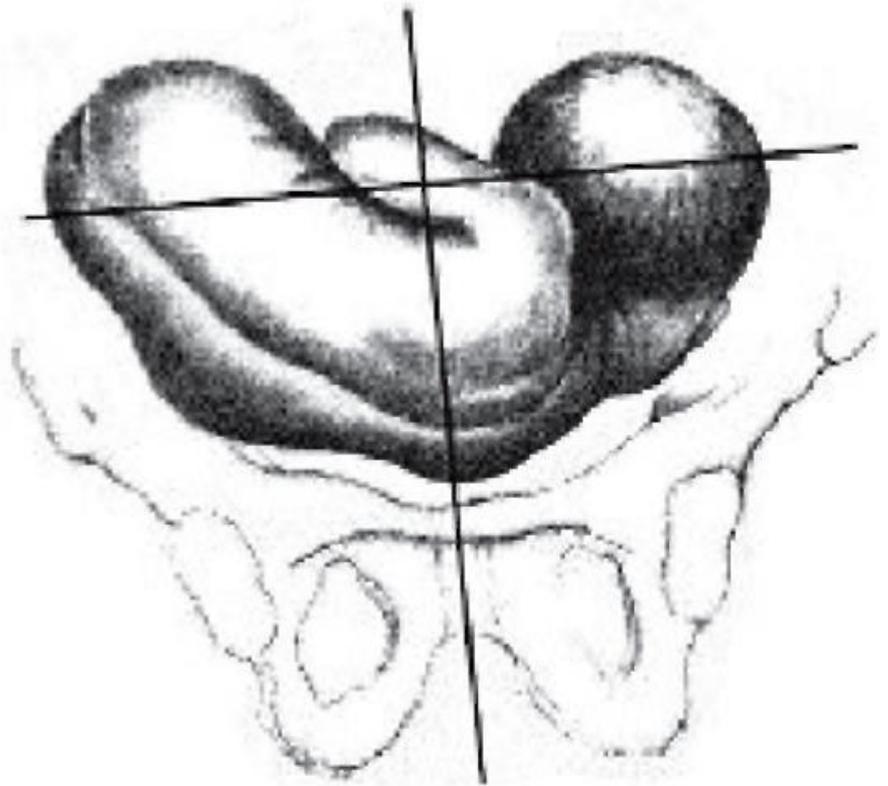
# Эпидемиология

- Неправильное положение плода обнаруживают с частотой 1:200-1:350 родов (0,3-0,7%) при доношенной беременности, причем у многорожавших (начиная с 4-ых родов) - в 10 раз чаще, чем у первородящих.
- При сроке гестации менее 32 нед неправильные (патологические) положения плода в матке отмечаются в 6 раз чаще, чем при доношенной беременности и достигают 2%.
- Перинатальная смертность при неустойчивом или поперечном положении плода (за исключением пороков развития плода и глубокой недоношенности) варьирует от 3,9 до 24%, материнская смертность - до 10%.
- Материнская смертность обусловлена восходящим инфицированием при преждевременном излитии вод, кровотечением при аномальном расположении плаценты, осложнениями оперативных пособий и разрывом матки.
- Перинатальные потери при отсутствии пороков развития и хромосомных аномалий обусловлены острой гипоксией плода при выпадении пуповины и родовой травмой. Выпадение петель пуповины происходит в 20 раз чаще, чем при продольном положении и головном предлежании плода.

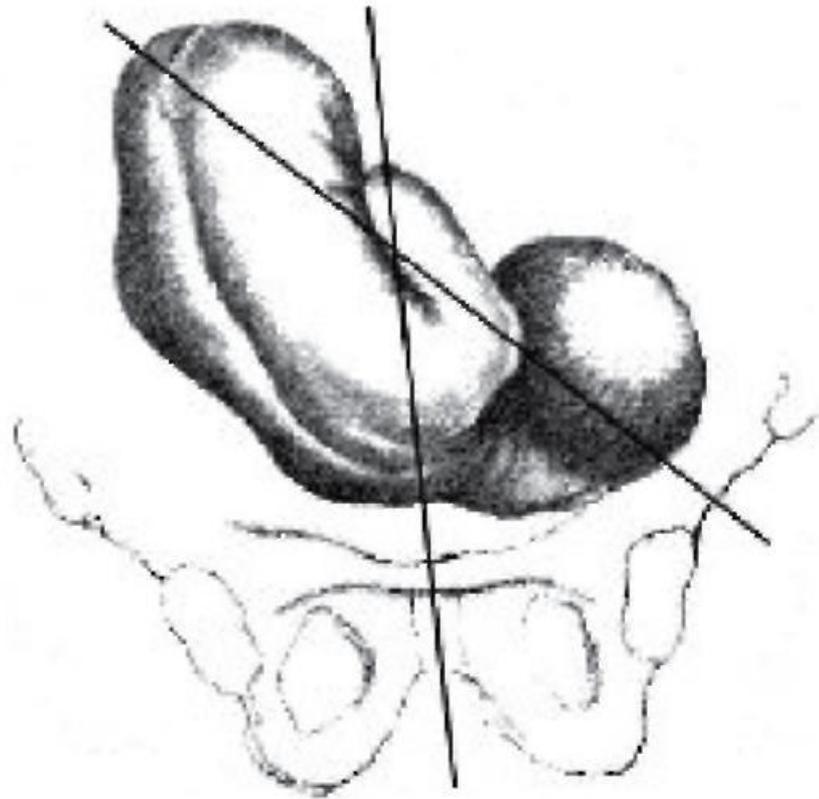
# Классификация

## Поперечное положение плода

- К неправильным положениям плода относят поперечные и косые положения, а также неустойчивое положение плода.
- Поперечным положением (*situs transversus*) называют такое расположение плода, при котором ось его туловища пересекает ось матки под прямым углом, а крупные части плода расположены выше гребней подвздошных костей



# Косое положение плода



- Косым положением (*situs obliquus*) называют такое положение плода, при которой ось его туловища пересекает ось матки под острым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещена в одной из подвздошных впадин большого таза (рис. 51.18). Косое положение считают переходным состоянием: в конце периода гестации и во время родов оно превращается в продольное либо в поперечное. Косое положение, как правило, нестабильно, является временным вариантом, и часто называется **неустойчивым**. Положение плода может охарактеризовано как неустойчивое, если плодные оболочки интактны, околоплодные воды целы, отмечается повышенная двигательная активность и подвижность плода в полости матки, приводящая к частой смене положения и предлежания.

- Позицию плода при неправильных положениях определяют по головке: если она расположена слева от срединной линии тела беременной - первая позиция, если справа - вторая. Вид, как и при продольном положении плода, 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.

# Этиология

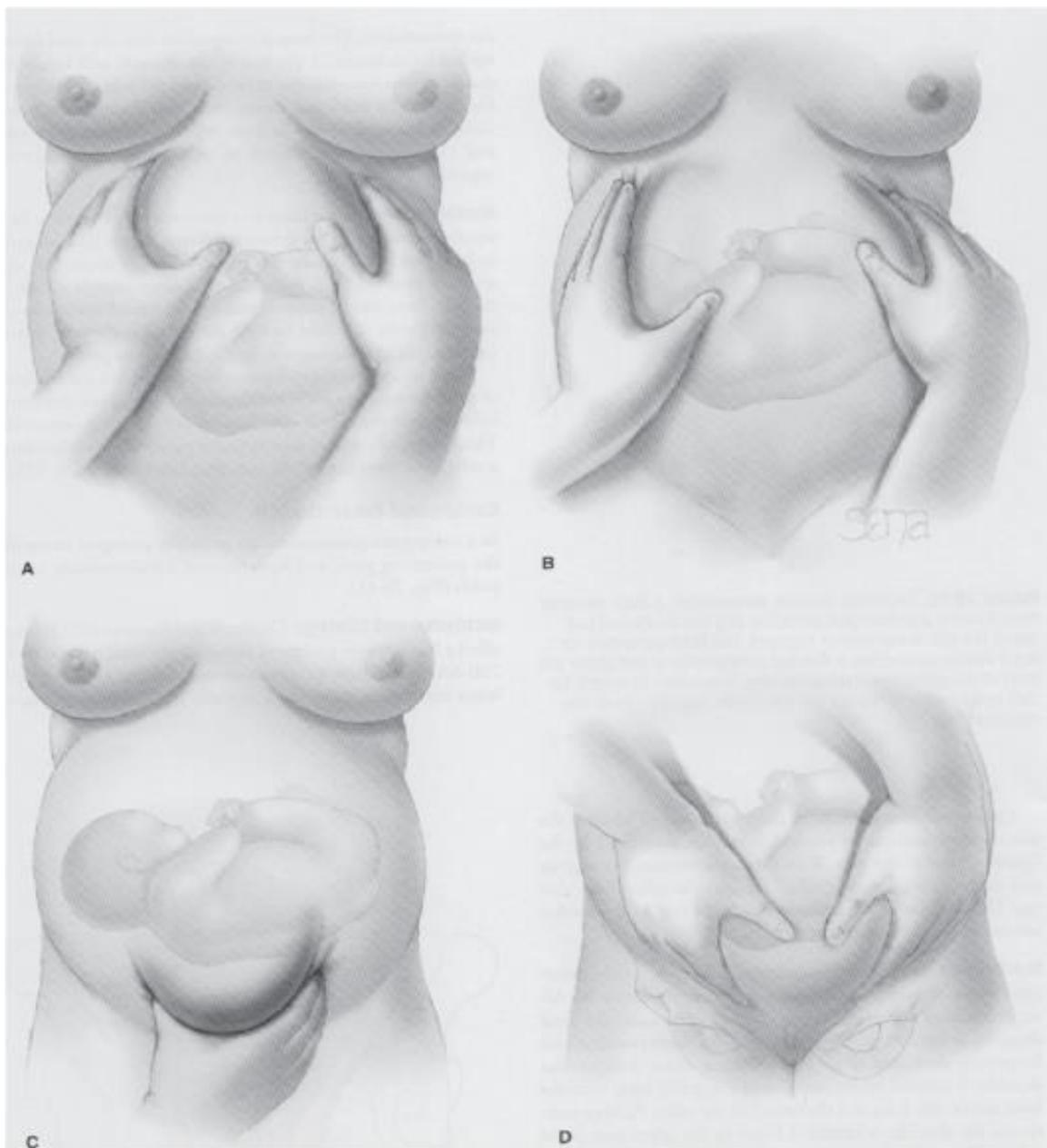
- Причины возникновения поперечного или косого положения плода разнообразны. Сюда относятся:
- чрезмерная (при недоношенной беременности, многоводии, синдроме задержки роста плода, дряблости мышц передней брюшной стенки высоком паритете родов) или ограниченная (при маловодии, крупном плоде, многоплодии, миоме матки, повышенном тонеусе матки при угрозе прерывания беременности) подвижность плода;
- препятствия вставлению головки (предлежание или низкое расположение плаценты, анатомически узкий таз, в том числе за счет наличия в полости малого таза опухолей матки и придатков, узлы миомы в области нижнего сегмента матки);
- аномалии развития матки (двуругая, седловидная матка, перегородка в ней);
- пороки развития плода (гидроцефалия, анэнцефалия, синдром каудальной регрессии и др.).
- Пониженный тонус мышц передней брюшной стенки и перерастянутая кожа живота у многорожавших приводят к отклонению дна матки кпереди, при этом длинная ось туловища плода отклоняется от оси родового канала, приводя к формированию поперечного или косого положения плода. Аналогично к формированию неправильных положений плода приводит наличие препятствия во входе в малый таз (предлежание плаценты, узлы миомы и т.д.). Крайне редко возможно формирование косого или поперечного положения плода в родах при исходно нормальном продольном положении (чаще при тазовом предлежании).

# Клиническая картина

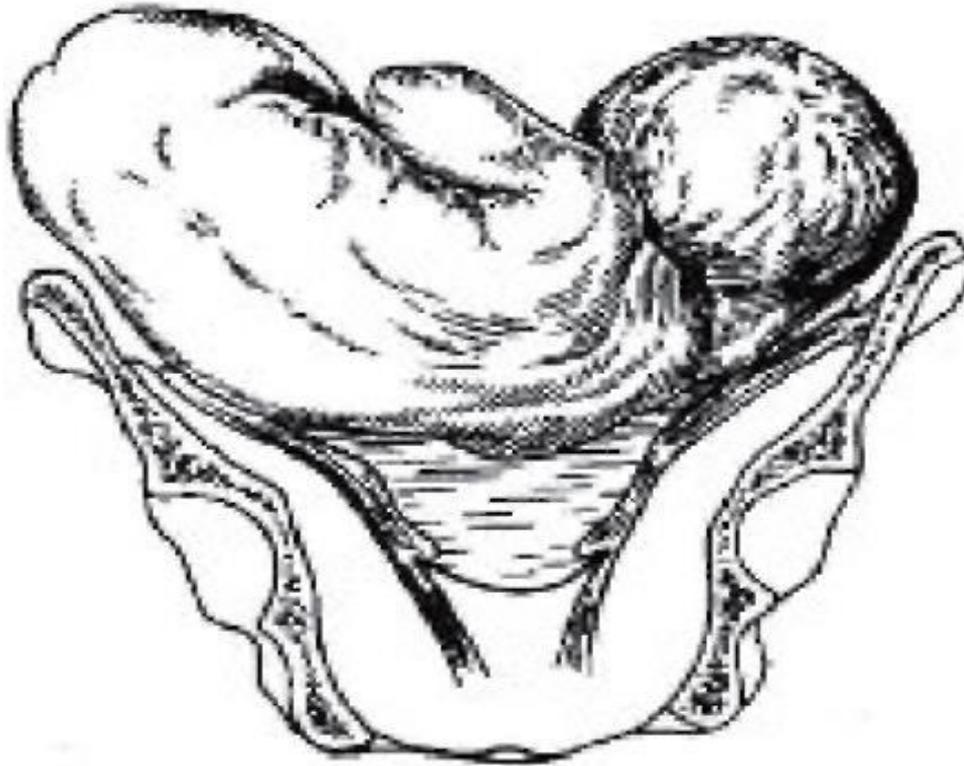
- Поперечное и косое положение плода устанавливают на основании данных осмотра беременной, пальпации живота, влагалищного исследования, ультразвукового исследования. Одним из признаков неправильного положения плода при наружном осмотре является поперечно-овальная или косо-овальная форма живота беременной, низкое стояние дна матки.
- Матка имеет не удлинненно-овальную, а шарообразную форму, так как растянута поперек. При пальпации подлежащую часть плода определить не удастся; головка прощупывается слева или справа от срединной линии тела беременной, на уровне поперечника матки, выше или ниже его (рис. 51.19). При многоплодии, многоводии, значительном повышении тонуса матки пальпация малоинформативна, и не всегда возможно определить положение и позицию плода. Сердцебиение плода лучше прослушивается в области пупка.
- При влагалищном исследовании также подлежащая часть плода не определяется. После излития околоплодных вод можно определить плечо или ручку плода, петлю пуповины, иногда пальпируются ребра, позвоночник плода, лопатка, ключица.
- По направлению подмышечной впадины можно определить сторону тела матери, к которой обращено плечико и головка плода, а, следовательно, позицию.

# Диагностика

- Верификация диагноза происходит при проведении УЗИ. При проведении ультразвукового исследования необходимо исключить тяжелые пороки развития плода или аномальное расположение плаценты.
- Влагалищное исследование во время беременности и в первом периоде родов не дает четких результатов. Исследование следует производить очень осторожно, так как вскрытие плодных оболочек и излитие вод при неполном раскрытии маточного зева значительно ухудшает прогноз родов.
- При влагалищном исследовании после излития вод и раскрытия зева на 4 см и больше прощупывают бок плода (ребра, межреберные промежутки), лопатку, подмышечную впадину, иногда локти или кисть ручки.
- При выпадении из половой щели ручки диагноз поперечного положения не вызывает сомнений.



**Роды при поперечном положении плода. I позиция, передний вид; период раскрытия, плодный пузырь цел**



# Течение беременности и родов

- Беременность протекает без особенностей, но чаще происходят преждевременные роды. При отсутствии медицинской помощи роды сопровождаются рядом серьезных и крайне опасных для жизни матери и плода осложнений (раннее излитие вод, выпадение мелких частей плода, возникновение запущенного поперечного положения плода, разрыв матки, кровотечение из половых путей при аномалиях расположения плаценты, смерть матери и плода). Раннее излитие вод происходит в результате чрезмерного напряжения нижнего полюса плодного яйца, что обусловлено отсутствием пояса соприкосновения предлежащей части к нижнему сегменту матки и разделению околоплодных вод на передние и задние. При раннем излитии вод роды протекают длительно.
- Стремительное излитие вод часто приводит к выпадению пуповины или ручки плода, вклинению плечика плода во вход в малый таз, потере подвижности плода (запущенное поперечное положение). Выпадение пуповины при поперечном положении плода может привести к острой гипоксии и гибели плода. Выпадение ручки повышает опасность восходящей инфекции во время родов.
- Плод становится совершенно неподвижен в матке; возникает очень опасная ситуация - запущенное поперечное положение плода (рис. 51.21). Запущенное поперечное положение плода часто сопровождается вколачиванием во вход таза плечика плода.



- Таким образом, большая часть плода находится в полости растянутого нижнего маточного сегмента и шейки матки. При запущенном поперечном положении плода и продолжающейся родовой деятельности возможен разрыв матки.
- Смерть роженицы может наступить вследствие кровотечения, разлитого перитонита или сепсиса. Генерализованная инфекция возникает в результате длительного течения родов, обусловленного вторичной слабостью родových сил, ранним излитием вод; плод погибает от гипоксии.
- Крайне редко роды при поперечном положении плода заканчиваются самопроизвольно путем самоизворота (*evolutio foetus spontanea*), или рождения плода сдвоенным туловищем (*paztus conduplicatio corporis*). Подобный исход родов возможен как исключение при сильных схватках, глубоко недоношенном (масса плода менее 800 г) или мертвом мацерированном плоде.
- Механизм самоизворота следующий: головка плода задерживается выше пограничной линии таза, в полость таза вколочивается одно плечико; шейка плода резко растягивается и из половой щели рождается плечико, за ним, соскальзывая мимо головки, туловище, таз и ножки плода и, наконец, головка. При родах сдвоенным туловищем первым рождается плечико, затем туловище и головка, вдавленная в живот, а далее таз плода и ножки.

# Ведение беременности при неправильных положениях плода

- Ведение беременности имеет целью своевременное предупреждение и устранение тех осложнений, которые могут возникнуть при поперечном положении плода. При сроке беременности 36 нед положение плода становится стабильным, поэтому при диагнозе поперечного положения необходимо принять решение о дальнейшем ведении беременной и сообщить ей об этом. Беременную следует госпитализировать в родильный дом не позже 37 нед беременности; ей необходимо объяснить, что своевременная госпитализация способствует благоприятному исходу родов.
- В родильном доме беременную тщательно обследуют, проводят психопрофилактическую подготовку к родам; необходимо предупредить женщину, что о начале схваток или излитии вод нужно немедленно сообщить дежурному врачу (акушерке). В большинстве наблюдений (исключая предлежание плаценты и т.д.) показана выжидательная тактика с тщательным контролем за состоянием и положением плода. В 83% возможен самоизворот плода в тазовое или головное предлежание.

- Операцию исправления поперечного положения плода наружными приемами (наружный поворот на головку), ранее широко применявшуюся на 35-36-й неделе беременности, в настоящее время не применяют.
- Эффективность такой операции невысока, плод часто вновь занимает поперечное положение, так как причина патологии не устранена.
- В ряде случаев операция поворота приводит к тяжелым осложнениям (отслойка плаценты, разрыв матки, гипоксия плода).
- При преждевременном излитии околоплодных вод, при развитии родовой деятельности и наличии неправильного положения плода, методом выбора является экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

# Корригирующая гимнастика

- При сроке беременности 29-34 нед следует назначить беременной комплекс специальных упражнений, способствующих повороту плода в головное предлежание. Корригирующие упражнения выполняют при отсутствии противопоказаний (рубец на матке, угрожающие преждевременные роды, миома матки, предлежание и низкое расположение плаценты, соматическая патология беременной и др.) под непосредственным наблюдением врача женской консультации.
- Можно использовать схему, предложенную И.Ф. Диканем (беременная лежа поворачивается попеременно на правый и левый бок, лежит после каждого поворота 10 мин; процедуру повторяют 2-3 раза, занятия проводят 3 раза в день).
- Возможно применение системы корригирующих упражнений, разработанную И.И. Грищенко и А.Е. Шулешовой. Система состоит из упражнений, обеспечивающих ритмичное сокращение мышц брюшного пресса, туловища и тазового дна в сочетании с ритмичным и глубоким дыханием.
- При положительном результате занятия прекращают. Для закрепления создавшегося головного предлежания к бандажу прикрепляют продольные валики. Пояс с валиками беременная носит до полной стабилизации головного предлежания (головка прижата ко входу в малый таз).
- В случае безуспешности занятий дальнейшая тактика ведения беременной определяется в акушерском стационаре.

## Ведение родов при неправильных положениях плода

- Роды при поперечном положении не могут завершиться самопроизвольно (самоповорот и самоизворот наблюдаются очень редко). При поперечном положении плода обоснованным методом родоразрешения нужно считать только абдоминальное кесарево сечение в плановом порядке.
- Комбинированный наружно-внутренний акушерский поворот при поперечном или косом положении плода при одноплодной беременности с последующей экстракцией плода за тазовый конец противопоказан в связи с высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью (25-90%).
- Если роженица поступает в родильный дом с запущенным поперечным положением вне зависимости от состояния плода производят кесарево сечение.

# Ведение родов при неправильных положениях плода

- Неправильные положения плода, особенно при излитии околоплодных вод, влияют на выбор разреза на матке при кесаревом сечении. Несмотря на то, что поперечный разрез в нижнем маточном сегменте имеет много преимуществ, в 25% требуется расширение доступа в вертикальном направлении для адекватного извлечения плода. Кроме того, при неправильных положениях плода нижний сегмент матки плохо сформирован. Интраоперационный поворот на головку может позволить провести кесарево сечение в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом, но при излитии вод или маловодии это не представляется возможным. В связи с этим при поперечном или косом положении плода, излитии околоплодных вод и несформированном нижнем сегменте более бережным и оптимальным является продольный разрез на матке («донное» кесарево сечение).
- Эмбриотомия при запущенном поперечном положении плода и его гибели даже при малых размерах плода нередко приводит к разрыву матки и в настоящее время ее не применяют.

# КЛАССИЧЕСКИЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА ПРИ ПОЛНОМ РАСКРЫТИИ ШЕЙКИ МАТКИ

- В историческом плане, необходимо упомянуть классический акушерский поворот плода, применявшийся при поперечном или косом положении второго плода при родах двойней. Он не применяется при неблагоприятном предлежании или вставлении головки (лобное, задний вид лицевого предлежания, заднетеменное вставление), выпадении ручки или пуповины при головном предлежании. В этих случаях показано кесарево сечение.

## УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ:

- Полное раскрытие шейки матки.
- Абсолютная подвижность плода.
- Отсутствие абсолютного сужения таза.

# ТЕХНИКА:

1. Классический поворот плода производят под наркозом с хорошей релаксацией мускулатуры матки.
2. Техника операции включает три последовательных этапа:
  - Выбор и введение руки в полость матки. При первой позиции поперечного положения плода тазовый конец плода располагается слева от акушера, в этом случае вводят левую руку, при второй позиции - правую руку.
  - Отыскивание и захват ножки. При переднем виде поперечного положения плода захватывают нижележащую ножку, при заднем виде – вышележащую.
  - Собственно поворот плода. После захвата внутренней рукой ножки плода наружную руку кладут на головку плода, и медленно смещают её ко дну матки. После появления из половой щели ножки до уровня коленного сустава поворот можно считать законченным.

- **ОСЛОЖНЕНИЯ:**

- Отслойка нормально расположенной плаценты.
- Разрыв матки.
- Интранатальная гибель и травматизация плода.

# ИЗВЛЕЧЕНИЕ (ЭКСТРАКЦИЯ) ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ.

Операцию производят для быстрого окончания родов в интересах матери и плода. Применяют извлечение за ножку и извлечение за паховый сгиб.

## **ПОКАЗАНИЯ:**

- Начавшаяся асфиксия плода.
- Слабость родовой деятельности особенно на фоне эндометрита.
- Тяжелая форма гестоза.
- ПОНРП.
- Экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации.
- Поперечное и косое положение плода.
- Прекращение поступательного движения плода.

## **УСЛОВИЯ:**

- Полное открытие шейки матки.
- Отсутствие плодного пузыря
- Средние размеры плода.
- Отсутствие абсолютного сужения таза

## **ТЕХНИКА:**

- Извлечение плода производится в четыре этапа:
- Извлечение до уровня пупка.
- Извлечение до нижнего угла лопаток.
- Рождение плечевого пояса.
- Рождение головки плода.
- Экстракцию плода производят под наркозом в соответствии с направлением проводной оси таза и особенностями механизма родов при тазовом предлежании

## **ОСЛОЖНЕНИЯ:**

- Запрокидывание ручек.
- Разгибание головки.
- Поворот головки подбородком кпереди.
- Травматизация плода.
- Травматизация родового канала.

## Использованная литература:

Акушерство : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1088 с.