**Текст лекции по теме занятия №13: Многоплодная беременность. Роды при аномалиях вставления головки.**

**Изучаемые вопросы:**

Введение

Этиология многоплодия

Методы диагностики многоплодия

Особенности течения и ведения родов и послеродового периода.

Три степени разгибания головки

Причины, методы распознавания аномалий вставления головки

Особенности биомеханизма родов

Исходы для матери и плода при аномалиях вставления головки

**Введение**

За последние десятилетия в экономически развитых странах увеличилось число случаев многоплодной беременности, в частности беременности тремя плодами и более. Причина этого - распространение с середины 1980-х гг. вспомогательных репродуктивных технологий - ЭКО и подсадки эмбриона, а также использование в гинекологической практике стимуляторов овуляции.

Частота многоплодной беременности после применения вспомогательных

репродуктивных технологий возрастает в 10 раз.

**Этиология многоплодия**

Среди причин наступления многоплодной беременности определенное место занимает наследственность.

Чем старше возраст беременной (от 35 лет и выше), тем чаще встречается многоплодная беременность. Риск наступления многоплодной беременности увеличивается в течение первого месяца после отмены оральных контрацептивов, принимаемых не менее 6 мес. Вспомогательные репродуктивные технологии повышают этот риск.

*Двуяйцовая двойня возникает:*

• при оплодотворении одновременно двух созревших яйцеклеток в одном или обоих яичниках (в одном фолликуле могут созреть несколько яйцеклеток) сперматозоидами одного или разных мужчин;

• при оплодотворении яйцеклетки, овулировавшей на фоне уже существующей беременности в пределе одного менструального цикла;

• при оплодотворении яйцеклетки, овулировавшей на фоне уже существующей беременности во время следующего менструального цикла.

Разнояйцовые близнецы могут быть одного или разного пола. Их генотип не идентичен.

*Однояйцовая двойня возникает:*

• при оплодотворении многоядерной яйцеклетки;

Однояйцовые двойни встречаются реже, чем двуяйцовые. Однояйцовые близнецы имеют одинаковый генотип, похожи друг на друга, имеют одну и ту же группу крови, гистологически и иммунологически совместимы, но имеют индивидуальные отпечатки пальцев.

При дизиготной двойне оплодотворенные яйцеклетки развиваются независимо друг от друга. После имплантации у каждого эмбриона образуются свой амнион и свой хорион; в дальнейшем каждый плод имеет свою пла центу, их системы кровообращения разделены.

**Особенности течения и ведения родов и послеродового периода.**

До внедрения в акушерскую практику УЗИ клиническими признаками многоплодной беременности были увеличение размеров матки по сравнению с предполагаемым сроком беременности, пальпирование при наружном акушерском исследовании трех и более крупных частей плода, прослушивание двух или более точек определения сердцебиения и зоны «молчания» между ними.

Прогноз беременности и родов при многоплодной беременности менее благоприятен, чем при одном плоде, поэтому наблюдение беременных с многоплодием осуществляют с учетом возможных нарушений, выделяя их в группу риска по развитию перинатальных осложнений.

При малейшем отклонении от нормального течения беременности показана госпитализация. Госпитализацию в дородовое отделение осуществляют в 37 нед с целью обследования беременной и определения срока и метода родоразрешения. Рекомендовано родоразрешать беременную с двойней не позднее 38 нед, с тройней - не позднее 36 нед.

*Течение и ведение родов*

При ведении родов у беременных двойней наиболее важен выбор способа родоразрешения - через естественные родовые пути или путем операции кесарева сечения. Выбор зависит от предлежания, положения и массы плодов. В идеальных случаях решение должно быть принято до начала родовой деятельности.

Основные факторы, определяющие тактику ведения родов при многоплодной беременности, - положение и предлежание плодов, а также их масса (срок беременности).

Ведение родов через естественные родовые пути требует большого внимания, четкой ориентации в акушерской ситуации.

Во втором периоде родов часто возникает слабость потуг, поэтому для профилактики аномалий родовой деятельности в периоде изгнания вводят окситоцин внутривенно капельно через инфузомат со скоростью 5-8 капель в минуту (5 МЕ окситоцина на 500 мл 5% раствора глюкозы).

Сразу после рождения первого плода накладывают зажим на пуповину и производят влагалищное исследование.

При продольном положении второго плода во время влагалищного исследования следует немедленно вскрыть плодный пузырь, что способствует сокращению перерастянутой матки и служит эффективным средством профилактики отслойки плаценты. При кровотечении, развитии гипоксии второго плода или его поперечном положении с целью быстрого родоразрешения показаны классический наружно-внутренний акушерский поворот плода на ножку с последующим его извлечением за тазовый конец или операция кесарева сечения. При многоплодных родах необходимо присутствие двух акушерок и двух неонатологов.

Особенно опасны третий период родов и ранний послеродовый период из-за возможности кровотечения.

С целью профилактики гипотонического кровотечения введение утеротонических средств продолжают в течение 2 ч после родов. После рождения послед тщательно осматривают для выяснения его целостности и предварительного определения вида двойни (одно или двуяйцовые). В послеродовом периоде необходимо тщательное наблюдение за родильницей.

В период раскрытия проявляется функциональная недостаточность растянутой и истонченной мускулатуры матки, развивается слабость родовых сил, период раскрытия затягивается. Период изгнания также может затягиваться из-за развития аномалий родовой деятельности. Затянувшиеся роды представляют опасность для матери (кровотечения, инфекция) и плода (гипоксия). Возможны отслойка плаценты до рождения второго плода с его внутриутробной гибелью, кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах, задержка инволюции матки и послеродовые инфекционные заболевания.

Редкое осложнение при родах двойней - сцепление (коллизия) близнецов. Это клиническая ситуация при многоплодной беременности, когда в малый таз одновременно вступают крупные части обоих плодов. Коллизия близнецов возникает при очень ранних преждевременных родах, когда головки обоих плодов одновременно опускаются в полость малого таза. Сцепление близнецов возникает при тазовом предлежании первого плода и головном предлежании второго плода. Роды могут протекать без осложнений до рождения туловища первого плода, далее головка первого плода не рождается, так как между его телом и головкой вклинивается головка второго плода. В большинстве случаев роды заканчиваются гибелью первого плода. При выявлении сцепления (коллизии) близнецов срочно требуется кесарево сечение. Учитывая высокий уровень перинатальной смертности при многоплодной беременности, в современном акушерстве существует тенденция расширения показаний к абдоминальному родоразрешению в интересах плодов. Показаниями к кесареву сечению, связанными с многоплодием, считают тройню, поперечное положение обоих или одного из плодов, тазовое предлежание обоих плодов или первого из них, моноамниотическую двойню, недоношенность (менее 34 нед беременности), выпадение пуповины, преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, сочетание многоплодия с акушерскими осложнениями или экстрагенитальным заболеванием. Сама по себе многоплодная беременность служит относительным показанием для кесарева сечения.

**Роды при аномалиях вставления головки. Три степени разгибания головки.**

Разгибательными предлежаниями и вставлениями головки плода называют такие акушерские ситуации, при которых нарушается членорасположение плода, головка плода не прижимается подбородком к его грудной клетке и находится в разогнутом состоянии.

При предлежании головка стоит в разогнутом состоянии над входом в малый таз или находится во входе только малым сегментом и еще не фиксирована.

При вставлении головка находится в разогнутом состоянии во входе или более глубоких отделах малого таза большим сегментом.

Различают три степени разгибания головки: переднеголовное вставление, лобное, лицевое.

Первая степень разгибания - переднеголовное предлежание, когда головка плода проходит через родовой канал таким образом, что ведущей точкой становится область большого родничка.

• Вторая степень разгибания - лобное предлежание, характеризуется более значительным разгибанием головки, ведущая точка - лоб.

• Третья степень разгибания - лицевое предлежание. При этом головка разогнута максимально, ведущей точкой становится подбородок плода.

Между этими тремя основными степенями разгибания головки существуют промежуточные, переходные состояния.

**Причины, методы распознавания аномалий вставления головки**

Разгибательные предлежания головки возникают иногда до родов, но с началом родовой деятельности устраняются самопроизвольно. Однако иногда головка начинает разгибаться в начале родов и в таком состоянии продвигается по родовому каналу в той или иной степени разгибания. Это разгибание приводит к изменению механизма родов. Причины образования разгибательных предлежаний: аномалии развития матки (двурогая, с перегородкой и др.), миома матки, снижение тонуса и некоординированные сокращения матки, особенно нижнего сегмента, узкий таз, предлежание плаценты, маловодие, многоводие, многоплодие, кифоз позвоночника у матери, недостаточность передней брюшной стенки (дряблый и отвислый живот) и тазового дна, опухоли в области шеи плода, очень большая или очень маленькая головка плода, потеря плодом тонуса (мертвый плод) и др.

Роды при разгибательных предлежаниях чаще всего протекают с образованием заднего вида. При разгибании головки плода наиболее объемной ее частью становится затылок, который и поворачивается в крестцовую впадину, в сторону, где больше свободного пространства.

Распознавание переднеголовного предлежания во время беременности затруднено. При наружном акушерском исследовании определяют высокое стояние дна матки; прямой размер головки, измеренный тазомером через переднюю брюшную стенку, равен 12 см, что свидетельствует о ее разгибании. УЗИ позволяет уточнить диагноз.

Во время родов переднеголовное предлежание может перейти в затылочное, лобное или лицевое. Правильный диагноз ставят при влагалищном исследовании, когда обнаруживают стояние большого и малого родничков на одном уровне или стояние большого родничка ниже малого. Стреловидный шов в плоскости входа малого таза находится чаще в поперечном размере или в одном из косых размеров.

Диагноз подтверждают после родов по форме головки плода и расположению родовой опухоли.

При переднеголовном предлежании головка резко конфигурирована, имеет брахицефалическую форму («башенная головка»), родовая опухоль расположена в области большого родничка.

*Лобное предлежание*

Лобное предлежание - вторая степень разгибания головки, при которой ведущей точкой служит лоб, а плоскость большого сегмента проходит через большой косой размер головки плода, равный 13,5 см (окружность 42 см).

Лобное предлежание встречается значительно реже переднеголовного и лицевого предлежаний.

Поскольку при лобном предлежании роды доношенным плодом через естественные родовые пути невозможны, механизм родов не рассматривается.

*Лицевое предлежание.*

Лицевое предлежание - третья степень разгибания головки (максимальная), при которой ведущей точкой служит подбородок, а плоскость большого сегмента проходит через вертикальный размер головки плода, равный 9,5 см (окружность 32 см).

Распознают лицевое предлежание во время беременности с помощью приемов пальпации и влагалищного исследования. При наружном акушерском исследовании определяют углубление между головкой и спинкой плода, что свидетельствует о максимальном разгибании головки. УЗИ позволяет уточнить диагноз. Сердечные тоны более четко выслушиваются со стороны грудки плода.

При влагалищном исследовании определяют надбровные дуги, нос, рот и подбородок - ведущую точку. Лицевое предлежание необходимо дифференцировать с ягодичным предлежанием, при котором опознавательными точками служат копчик, крестец, седалищные бугры. Влагалищное исследование следует проводить осторожно, так как при лицевом предлежании можно повредить глаза, а при ягодичном - наружные половые органы.Позицию и вид при лицевом предлежании определяют по спинке плода.

При первой позиции спинка плода слева, при второй позиции - справа. При заднем виде спинка сзади, при переднем виде - спереди.

После рождения головка имеет резко выраженную долихоцефалическую форму, на лице - выраженный отек, деформация. Новорожденный находится в разогнутой позе.

**Особенности биомеханизма родов**

*Механизм родов при переднеголовном предлежании*

Механизм родов при переднеголовном предлежании включает пять моментов.

• Первый момент механизма родов - умеренное разгибание головки. Головка устанавливается стреловидным швом и частью лобного шва в поперечном размере плоскости входа малого таза или очень редко в одном из косых размеров. Головка плода вставляется своим прямым размером от надпереносья до затылочного бугра (длина 12 см, окружность 34 см). Возможно асинклитическое вставление. По мере продвижения головки ведущей точкой становится большой родничок.

• Второй момент механизма родов - внутренний («неправильный») поворот головки. Головка осуществляет поворот при переходе из широкой в узкую часть полости малого таза.

• Третий момент механизма родов - сгибание головки. Сгибание головки происходит в шейной части позвоночника. Точкой фиксации служит надпереносица, а точкой опоры - нижний край лонного сочленения. Головка сгибается, и рождаются темя и затылок плода.

Четвертый момент механизма родов - разгибание головки. После рождения затылка плода образуется вторая точка фиксации - затылочный бугор. Точкой опоры становится передняя поверхность копчика. Совершается разгибание головки, и рождается лицо плода.

• Пятый момент механизма родов - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки совершаются так же, как и при затылочном предлежании.

При лобном предлежании головка плода вставляется во вход в таз самым большим своим размером (большой косой размер), равным 13,5 см, поэтому роды при нормальных размерах таза (самый большой размер малого таза - поперечный размер плоскости входа - составляет лишь 13 см, все остальные размеры еще меньше) и доношенном плоде через естественные родовые пути невозможны.

Механизм родов при лицевом предлежании включает четыре момента.

• Первый момент - максимальное разгибание головки - происходит в плоскости входа в малый таз. Разгибание осуществляется в шейной части позвоночника. В результате предлежащей частью становится лицо. Лицевая линия устанавливается в поперечном или одном из косых размеров входа в таз. Головка проходит через родовой канал окружностью 32 см, соответствующей вертикальному размеру 9,5 см.

Второй момент - внутренний («неправильный») поворот головки. Лицевая линия постепенно переходит из поперечного размера в косой, а затем, когда головка достигает выхода, в прямой, при этом она упирается подъязычной костью в нижний край лонного сочленения. Очень редко поворот совершается подбородком к копчику и образуется передний вид. В таком положении роды невозможны (сдвоенное тело - головка и туловище плода), так как лоб упирается в лонное сочленение, а подбородок - в крестцовую впадину, плечевой пояс вколачивается в поперечном размере в седалищные ости. Такую ситуацию называют запущенным лицевым вставлением.

• Третий момент механизма родов при заднем виде лицевого вставления - сгибание головки - происходит в плоскости выхода после образования точки фиксации (подъязычная кость) и точки опоры (нижний край лонного сочленения). Вслед за уже родившимся подбородком последовательно выкатываются над промежностью рот, нос, глаза, лоб, темя и затылок.

Четвертый момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки затылком в сторону позиции - происходит так же, как при любом головном предлежании.

**Исходы для матери и плода при аномалиях вставления головки**

При переднеголовном предлежании к оперативным вмешательствам в родах приходится прибегать по показаниям со стороны матери (клиническая картина узкого таза, опасность образования мочеполовых свищей и др.) и плода (острая гипоксия). Во втором периоде родов, когда головка плода находится в полости малого таза, при развитии вторичной слабости родовой деятельности или острой гипоксии плода роды заканчивают наложением акушерских щипцов. При перенашивании беременности, крупном плоде, узком тазе, упорной слабости родовой деятельности выполняют операцию кесарева сечения.

Беременность протекает, как правило, без осложнений. В конце беременности или с началом родов возможно преждевременное излитие околоплодных вод вследствие отсутствия внутреннего пояса прилегания.

При лобном вставлении учитывая большую опасность для роженицы (клинически узкий таз, угроза разрыва матки) и плода (гипоксия, черепно-мозговая травма), лобное предлежание при живом плоде служит абсолютным показанием для кесарева сечения.

При мертвом плоде показана плодоразрушающая операция - краниотомия.

При лицевом вставлении беременность протекает, как правило, без осложнений. В конце беременности или с началом родов возможно преждевременное излитие околоплодных вод и выпадение мелких частей плода и петли пуповины. Это происходит в тех случаях, когда головка плода остается подвижной над плоскостью входа в малый таз, и не образуется внутренний пояс прилегания, разделяющий околоплодные воды на передние и задние. При установлении диагноза лицевого предлежания показана госпитализация беременной для обследования и выяснения причин разгибательного предлежания.

При переднем виде лицевого предлежания роды через естественные родовые пути невозможны. В связи с этим передний вид лицевого предлежания служит абсолютным показанием к кесареву сечению.

При переднем виде лицевого предлежания возникает клиническая картина узкого таза, происходит разрыв матки с гибелью плода. При длительном стоянии головки в одной плоскости развивается некроз ущемленных тканей с образованием свищей, инфицированием. Роды в заднем виде лицевого предлежания возможны через естественные родовые пути, если нет других осложняющих моментов (крупный плод, слабость родовой деятельности и др.). Длительность таких родов может быть несколько больше, чаще происходит разрыв промежности. Возможны внутричерепные травмы плода.

В первом периоде родов необходимо наблюдать за сохранением заднего вида. При образовании переднего вида показана операция кесарева сечения. Кесарево сечение также производят при появлении признаков клинически узкого таза, слабости родовой деятельности, гипоксии плода и выпадении петли пуповины.