

ФЕТАЛНА ДИСТОКИЯ

ПАТОЛОГИЧНИ ГЛАВИЧНИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ НА ПЛОДА

Доц. д-р Надежда Хинкова, д.м.,
Факултет "Здравни грижи",
Медицински университет – Плевен

ФЕТАЛНА ДИСТОКИЯ

- АНОМАЛИИ В РОТАЦИЯТА НА ПРЕДЛЕЖАЩАТА ГЛАВА
- ВИСОКО ПРАВО ПОЛОЖЕНИЕ. Противоположно на нормалния механизъм на раждане, при който главата се разполага във входа на таза със стреловиден шев в един от косите или в напречния диаметър, при това отклонение главичката на плода застава със стреловидния си шев в най-късия диаметър на плоскостта на входа на таза-правия диаметър. При това могат да се представят два варианта: тилът да бъде напред към симфизата (**positio occipitalis anterior s. pubica**) или да бъде назад (**positio occipitalis posterior s. sacralis**).
- Диагнозата се поставя само с вагинално изследване, при условие, че не е сформирал значителен caput succedaneum. При вагинално изследване при високо стояща глава стреловидният шев е застанал в правия диаметър на входа на таза. Дали се касае за преден или заден вид, решава се в зависимост от разположението на малката фонтанела.

ФЕТАЛНА ДИСТОКИЯ

- При спонтанно раждане главата е силно конфигурирана (куловиден череп), ражда се при предния вид по механизма на нормалното тилно предлежание, а при задния вид - като дълбоко задно право тилно.
- В около 25% от случаите е възможно спонтанно раждане - при наличие на благоприятни съотношения плод - костен таз. Раждането е продължително, свързано със значителна конфигурация на главичката на плода, което влече сериозни рискове от родилен травматизъм за майката и плода.

ФЕТАЛНА ДИСТОКИЯ

- ДЪЛБОКО ПРАВО ЗАДНО ТИЛНО ПРЕДЛЕЖАНИЕ. При тази аномалия в ротацията на предлежащата главичка ротационното движение вместо да ориентира тилната част към симфизата, я насочва в обратна посока, при което тилът се ориентира към сакралната кост. При това положение когато главата на плода е към тазовото дъно стреловидният шев се намира в плоскостта на правия диаметър, а малката фонтанела, оставайки водещ пункт, се намира по-близко към сакралната кост.
- В периода на изгонването врязва сегмент от тилната част на главата на плода, докато под *arcus rubis* се роди предният ръб на голямата фонтанела (той става първи хипомохлион). Следва хиперфлексия на главата на плода около първия хипомохлион, докато се роди над перинеума вторият хипомохлион – *linea nuchae superior*. Около последния се осъществява дефлексионно движение на главата на плода, при което над *arcus rubis* се ражда челото, лицето и брадичката на плода. Роденият плод е обърнат с лице напред – към симфизата. Плоскостта на прорязването е *planum suboccipitofrontale* – 32.5см.

ФЕТАЛНА ДИСТОКИЯ

Този механизъм на раждане се подозира, когато “без видима причина” значително се удължава периодът на изгонването. Диагнозата, обаче, се поставя след вагинално изследване: глава – на тазовото дъно, стреловиден шев – в правия диаметър на тазовия изход, но малката фонтанела - ориентирана към os sacrum. Раждането се води очаквателно, спонтанното му завършване е възможно. Често е необходима епизиотомия. При акушерски показания раждането завършва с налагането на форцепс.

При подобно главично предлежание родилният акт значително се удължава, ДСТ по-често се забавят, тилната част на детската глава натоварва значително тазовото дъно, поради което значителните травматични увреждания са по-чести.

ФЕТАЛНА ДИСТОКИЯ

ДЪЛБОКО НАПРЕЧНО ГЛАВИЧНО ПРЕДЛЕЖАНИЕ.

Аномалията се формира към тазовото дъно, и то най-често при задните видове тилно предлежание. Вместо ротационното движение на главата на плода да се осъществява на 135° и тилът на същата да застане към симфизата, детската глава се ротира на 45° и стреловидният шев застава на плоскостта на акушерския напречник. Спонтанното раждане при това предлежание обикновено е невъзможно, но спонтанното завършване на ротацията се осъществява сравнително често.

Диагнозата се поставя чрез вагинално изследване. Поведението цели завършване на ротационното движение на главата на плода. В тази насока се провеждат следните мероприятия: засилване на обикновено слабата родилна дейност чрез венозна перфузия с окситоцин, поставяне на раждащата в странично положение и то към страната, към която е насочен тилът на главата на плода. Ако ротацията на главата не завърши в течение на 2 часа или се проявят белези на заплахата за плода, раждането трябва да бъде завършено с форцепс или *vacuum extractio*.

ФЕТАЛНА ДИСТОКИЯ

- АНОМАЛИИ ВЪВ ФЛЕКСИЯТА НА ГЛАВАТА НА ПЛОДА.
- ПРЕДНО ЧЕРЕПНО ПРЕДЛЕЖАНИЕ. Главата на плода при това предлежание стои в индиферентно положение. Водеща точка е голямата фонтанела. В ротационното си движение при спускането на главата към тазовото дъно тилът се ориентира към сакралната кост. Поради това при задните видове се осъществява ротация на 45° , а при предните видове – на 135° , докато стреловидният шев съвпадне с правия диаметър на тазовия изход.
- Раждането на главата на плода става по следния механизъм: врязва се по-голямата част от главата на плода около голямата фонтанела, докато под *arcus rubis* се роди *glabella*. Тя става първи хипомохлион. След осъществяване на флексия на раждащата се глава, при което над перинеума се ражда тилната част на главата на плода до *protuberantia occipitalis externa*. Последната става втори хипомохлион, около който главата се дефлектира, и под *arcus rubis* се ражда лицето на плода. Родената глава е обърната с лице напред към симфизата. Плоскостта на прорязване на главата е *planum frontooccipitale* – 34см.

ФЕТАЛНА ДИСТОКИЯ

- **Nota bene!** Механизмът на раждането значително наподобява този при дълбоко право задно тилно предлежание. Различават се по водещите пунктове, по хипомохлионите и по плоскостта на прорязването!
- Диагнозата се поставя при вагинално изследване. Поведението при раждане е очаквателно, раждането може да завърши спонтанно. При акушерски показания то завършва с налагане на форцепс.
- **ЧЕЛНО ПРЕДЛЕЖАНИЕ.** Главата на плода е в умерена степен на дефлексия с водещата точка средата на glabella-та. И тук ротационното движение на главата се осъществява така, че тилът се ориентира към sacrum`а. При завършване на ротацията към тазовото дъно sutura frontalis застава в правия диаметър на тазовия изход и тилът е насочен назад.

ФЕТАЛНА ДИСТОКИЯ

При раждането врязва сегмент от челото на плода, докато под *arcus pubis* се роди коренът на носа, който става първи хипомохлион. Главата на плода започва да се флектира около първия хипомохлион при което теменната и тилната част на същата се ражда над перинеума до *protuberantia occipitalis externa*. Последната става втори хипомохлион, около който главата на плода дефлектира, вследствие на което под *arcus pubis* се ражда лицевата част на главата. Роденият плод е обърнат с лице напред към симфизата. Плоскостта на прорязването е *planum maxilloparietale post.* – 35.3см.

ФЕТАЛНА ДИСТОКИЯ

- Дианозата се поставя чрез вагинално изследване. Воденето на раждането е възможно *per vias naturales*, но е протрахирано и носи значителни рискове от родилни травми за майката и плода, както и от често развиващи се асцендиращи инфекции, свързани с необходимостта от редовни вагинални изследвания. При акушерски показания раждането може да бъде завършено с форцепс – той почти винаги е много тежък, с рискове от значителни травматични увреждания за майката и плода. При ротация на главата на плода с чело към *sacrum*-а при спусната в тазовата празнина глава, раждането завършва с *perforatio cranii*. Все по-често в последно време клиницистите се ориентират към елективно *sectio caesarea*.
- ЛИЦЕВО ПРЕДЛЕЖАНИЕ. Главата на плода е в максимална дефлексия. Водеща точка е брадата. При спускане на главата в тазовата празнина ротационното движение се осъществява така, че тилът на главата се ориентира към сакралната кост. При завършена ротация средната лицева линия застава в правия диаметър на тазовия изход.

ФЕТАЛНА ДИСТОКИЯ

- Раждането на главата се осъществява по следния механизъм: връзва сегмент от лицето на плода, докато под *arcus pubis* се роди подезичната кост, която става хипомохлион. Около нея при напъните главичката се ражда над перинеума с флексия, като последователно се раждат лицето, теменната област и тилът. Родената глава е обърната с лице напред – към симфизата. Плоскостта на прорязване е *planum tracheloperietale posterior* – 34.7см.
- Диагнозата се поставя при вагинално изследване. Поведението при раждането по принцип е очаквателно, но с повишено внимание. При акушерски показания раждането завършва с форцепс.
- Ако ротационното движение се осъществи по такъв начин, че брадата се ориентира назад – към сакралната кост и главата е вмъкната в малкия таз, раждането завършва с *perforatio cranii*. Новороденото е със силно изразен родилен оток по лицето, с грозен външен вид и рискове от оток на ларингеалната област с механично обусловена диспнея. Макар и значително по-рядко от челното предлежание, предвид описаните рискове при раждане *per vias naturales*, при лицевото предлежание индикациите за *sectio caesarea* са значително разширени.

ФЕТАЛНА ДИСТОКИЯ

- АСИНКЛИТИЧНИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ. Асинклитизмите се срещат главно при раждащи жени с тесен таз.
- В хода на родилния процес главата на плода се ориентира към стреловидния шев в акушерския напречник на плоскостта на входа на таза. Спускането на главата в празнината на таза става чрез латерална флексия, при която стреловидният шев се приближава или към симфизата, или към сакралната кост. В първия случай към празнината на таза се спуска задната теменна кост до формирането на задно ушно предлежание (т.нар. Литцманов обликвитет), която форма е по-неблагоприятна. Във втория случай се спуска предната теменна кост, при което се осъществява предно-теменно до предно-ушно предлежание (т.нар. Негелов обликвитет), който се приема като по-благоприятен.
- Диагнозата се поставя при вагинално изследване. При преден асинклитизъм раждането се води съобразно изискванията за водене на раждане при тесни тазове. При заден асинклитизъм се съветва *sectio caesarea*.