

# Методы обследования беременных, рожениц и родильниц.

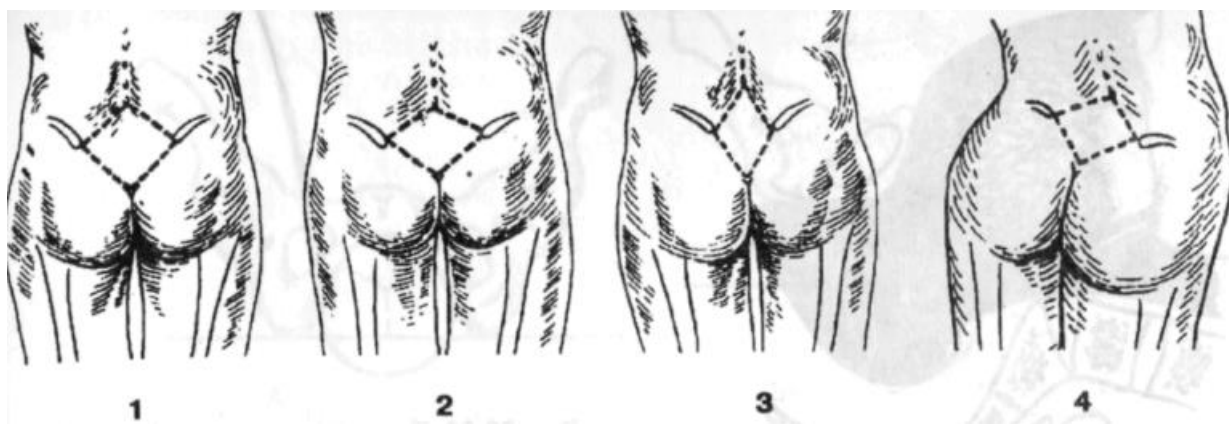
При обследовании беременной женщины или роженицы с целью оценки общего состояния организма используют данные общего и специального анамнеза, проводят общее объективное и специальное акушерское обследование, лабораторные и дополнительные методы исследования (ультразвуковое, рентгенологическое, урологическое и др.), из которых особое значение имеет ультразвуковая диагностика и функциональное исследование состояния плода и матки (кардиотокография, гистерография, электро- и фонокардиография и т.п.).

Специальное акушерское обследование

**а) наружное акушерское исследование: осмотр, измерение, пальпация и аускультация.**

**Осмотр** позволяет выявить соответствие общего вида беременной ее возрасту, при этом обращают внимание на рост женщины, телосложение, состояние кожных покровов, молочных желез и сосков, упитанность. Особое внимание обращают на величину и форму живота, наличие рубцов беременности, эластичность кожи, очертание ромба Михаэлиса.

На основании формы и размеров ромба можно оценить строение костного таза, обнаружить его сужение или деформацию, что имеет большое значение в определении тактики ведения родов.



При нормальном тазе форма ромба приближается к квадрату. Его размеры: горизонтальная диагональ ромба 10-11 см, вертикальная - 11 см. При различных сужениях таза горизонтальная и вертикальная диагонали Ромб Михаэлиса : Это площадка на задней поверхности крестца

### *Границы:*

- верхний угол – углубление между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня;
- боковые углы – задние верхние ости подвздошных костей;
- нижний – верхушка крестца;
- сверху и снаружи ромб ограничен выступами больших спинных мышц;
- снизу и снаружи – выступами ягодичных мышц.

Форма крестцового ромба: 1 – нормальный; 2 – плоскоррахитический таз; 3- общеравномерносуженный таз; 4 – кососуженный таз. (Акушерство : учебник /В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко. – М. : Медицина, 1995. – 495 с.: ил.).

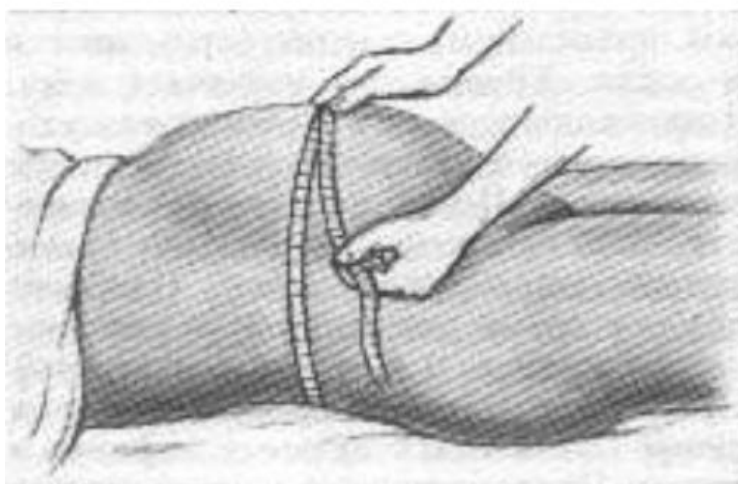
### **Размеры ромба Михаэлиса:**

- вертикальный (между верхним и нижним углом) – 11 см;
- горизонтальный (между боковыми углами) – 10 см.

Измерения производят сантиметровой лентой и акушерским циркулем (тазомером) с целью определения окружности живота, высоты стояния дна матки, размеров и формы таза.

**Измерение.** Сантиметровой лентой измеряют наибольшую окружность живота на уровне пупка (в конце беременности она равна 90-100 см) и высоту стояния дна матки: расстояние между верхним краем лонного сочленения и дном матки. В конце беременности высота стояния дна матки равна 32-34 см.

Измерение живота позволяет акушеру определить срок беременности, предполагаемую массу плода, выявить нарушение жирового обмена, многоводие и многоплодие.



По наружным размерам большого таза можно судить о величине и форме малого. Измерение таза производят тазомером.

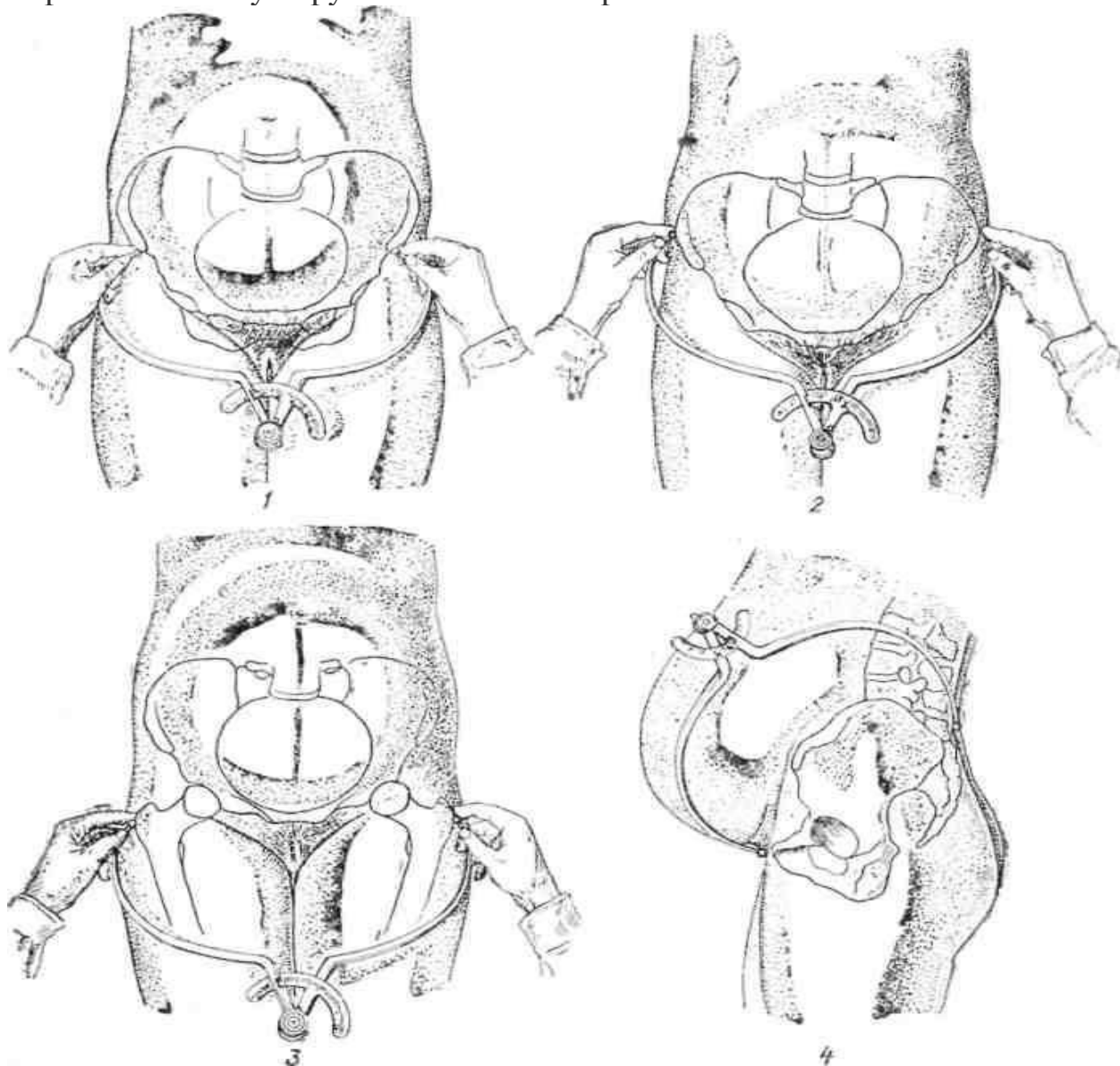
Обследуемая находится в положении на спине, акушер сидит сбоку от нее и лицом к ней. В наружном тазе выделяют следующие размеры:

**Distantia spinarum** — расстояние между наиболее отдаленными точками передневерхних остей подвздошных костей; в норме оно составляет приблизительно 26 см.

**Dislantia cristarum** — расстояние между наиболее отдаленными точками гребешков подвздошных костей в норме оно около 28 см.

**Dictantia trochanterica** — расстояние между большими вертелами бедренных костей; в норме этот размер не менее 30 см.

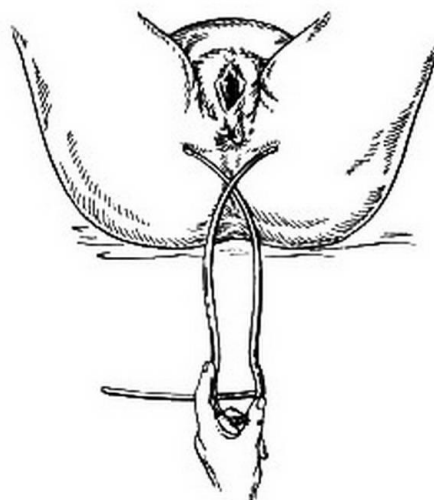
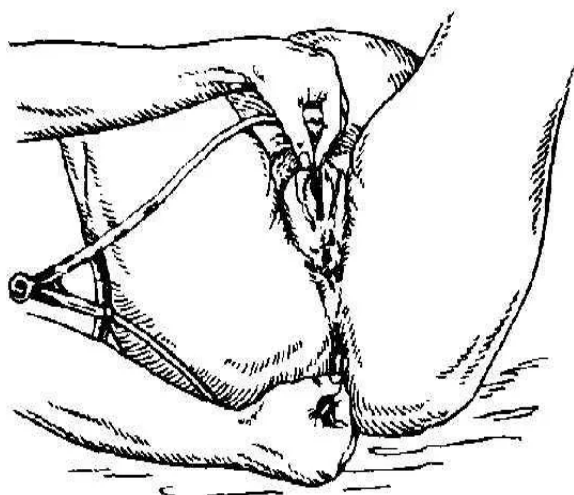
**Conjugata externa** — расстояние между остистым отростком V поясничного позвонка и верхним краем лонного сочленения. В нормальном тазу наружная конъюгата равна 20 см и более.



Для измерения наружной конъюгаты обследуемая поворачивается на бок, нижележащую ногу сгибает в тазобедренном и коленном суставах, а вышележащую вытягивает. Сзади пуговку тазомера надо ставить между остистыми отростками V поясничного позвонка и I крестцового позвонка, т.е. в надкрестцовую ямку, совпадающую с верхним углом ромба Михаэлиса, спереди — на середину верхнего края лонного сочленения.

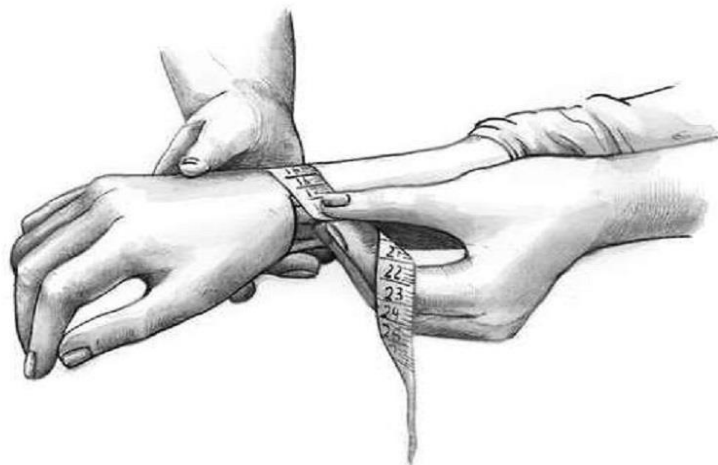
**Прямой размер выхода таза** — это расстояние между серединой нижнего края лонного сочленения и верхушкой копчика. При обследовании больная лежит на спине с разведенными и полусогнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами. Одну пуговку тазомера устанавливают на середине нижнего края лонного сочленения, другую — на вершине копчика: этот размер, равный 11 см, больше истинного на 1,5 см за счет толщины мягких тканей. Поэтому надо из полученной цифры 11 см вычесть 1,5 см, чтобы найти прямой размер выхода полости малого таза, который равен 9,5 см.

**Поперечный размер выхода таза** — это расстояние между внутренними поверхностями седалищных бугров. Он определяется в положении беременной на спине, когда она максимально прижимает ноги к животу. Измерение производят специальным тазомером или сантиметровой лентой, которые прикладываются не непосредственно к седалищным буграм, а к тканям, покрывающим их; поэтому к полученным размерам 9-9,5 см необходимо прибавить 1,5-2 см (толщина мягких тканей). В норме поперечный размер выхода таза равен 11 см.



**Индекс Соловьева** — окружность в области лучезапястного сустава, измеренная сантиметровой лентой. При оценке результатов измерений таза необходимо учитывать и толщину костей беременной; тонкими считаются кости, если величина индекса Соловьева до 14 см.

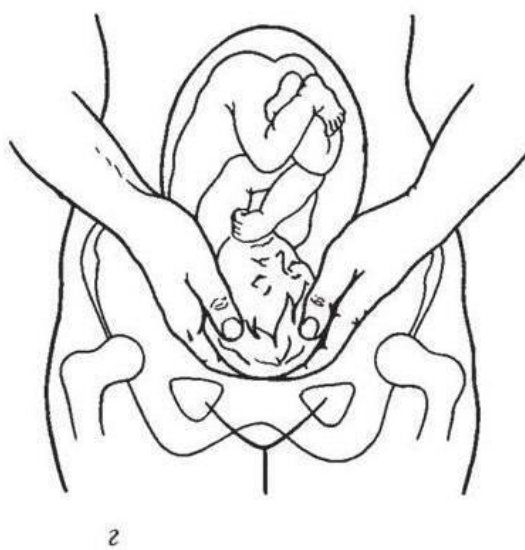
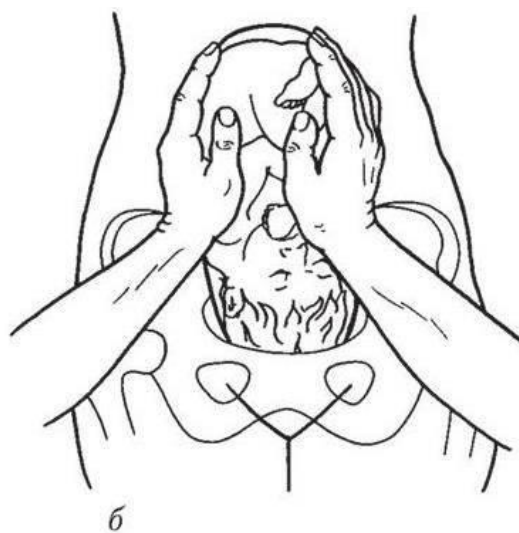
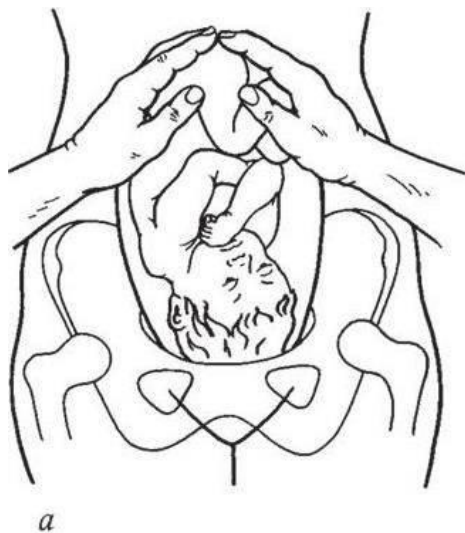
В зависимости от толщины костей при одинаковых наружных размерах таза внутренние его размеры могут быть разными. Например, при наружной конъюгате: 20 см и индексе Соловьева 12 см надо из 20 см вычесть 8, получим истинную конъюгату, равную 12 см; при индексе Соловьева 14 см надо из 20 см вычесть 9 см; при индексе Соловьева 16 см, надо вычесть 10 см, истинная конъюгата будет равна 10 см и т. д.



**Пальпация. Приемы наружного акушерского исследования** — это последовательно проводимая пальпация матки, состоящая из ряда определенных приемов. Обследуемая находится в положении на спине. Врач сидит справа от беременной лицом к ней.

- 1. Первый прием** наружного акушерского исследования применяют для определения высоты стояния дна матки и его формы. Для этого акушер ладонные поверхности обеих рук располагает на матке таким образом, чтобы они охватывали ее дно.
- 2. Второй прием** наружного акушерского исследования позволяет определить положение плода и его позицию. Для этого акушер постепенно спускает руки со дна матки на правую и левую ее стороны и, осторожно надавливая ладонями и пальцами рук на боковые поверхности матки, определяет с одной стороны спинку плода по ее широкой и плотной поверхности, с другой — мелкие части плода (ручки, ножки). Этим приемом можно также определить круглые маточные связки, их напряжение, болезненность, симметричность.
- 3. Третий прием** наружного акушерского исследования позволяет определить предлежащую часть плода. Для этого одной рукой охватывают предлежащую часть и определяют головка это или тазовый конец.
- 4. Четвертый прием** наружного акушерского исследования применяют для определения местонахождения головки по отношению ко входу в малый таз. Для выполнения этого приема акушер становится

лицом к ногам обследуемой, кладет руки по обеим сторонам нижнего отдела матки таким образом, чтобы пальцы обеих рук как бы сходились друг с другом над плоскостью входа в малый таз, и пальпирует предлежащую часть. Если при этом пальцы рук подведены под головку, то она находится над входом в малый таз. При головке, стоящей во входе в малый таз малым сегментом, пальцы обеих рук будут параллельны друг другу, если головка стоит во входе в таз большим сегментом, то пальцы рук при обратном движении ладоней будут сходиться.



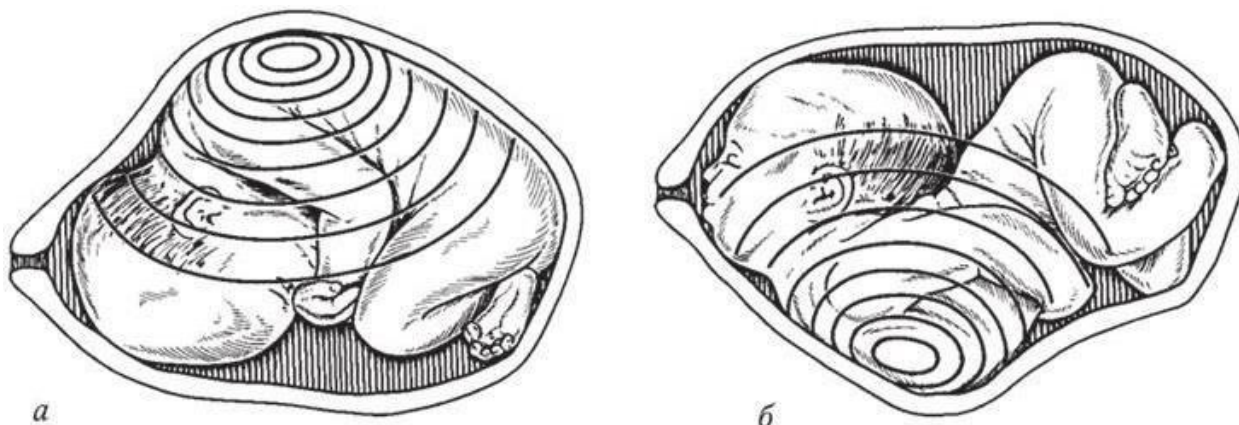
**Аускультация.** При аускультации можно выслушивать тоны сердца плода, что позволяет установить наличие беременности, живого плода или многоплодной беременности. Аускультацию сердечных тонов плода производят акушерским стетоскопом, имеющим широкий раструб, стетофонендоскопом или ультразвуковым аппаратом, работающим на принципе эффекта Доплера. Плотно прижимая датчик аппарата к передней брюшной стенке и постепенно передвигая его по всему животу, находят точку наиболее ясного сердцебиения плода.

Сердцебиение внутриутробного плода имеет три основные аускультативные характеристики: частоту, ритм и ясность. Частота ударов в норме колеблется от 120 до 160 в 1 мин. Сердцебиение должно быть ритмичным и ясным.



При головных предлежаниях сердцебиение плода лучше всего прослушивается ниже пупка, при тазовых предлежаниях — выше пупка. По сердцебиению можно предположительно определить позицию, положение и вид позиции плода.

Чаще всего наилучшая слышимость сердцебиения плода отмечается в месте расположения его переднего плечика. Поэтому рекомендуется перед аускультацией полпатрона найти это место, где и выслушивать сердцебиение.



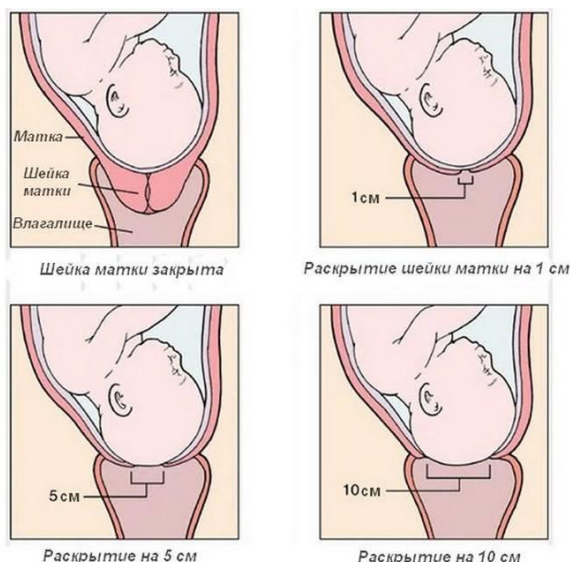
**Амниотомия** – акушерское вмешательство, представляющее собой инструментальный прокол плодного пузыря с целью подготовки родовых путей к изгнанию плода. Чаще всего к амниотомии прибегают в следующих ситуациях: при необходимости родовозбуждения, многоводии, невозможности самостоятельного вскрытия плодных оболочек, краевом предлежании плаценты и др. В зависимости от времени выполнения различают преждевременную (дородовую), раннюю, своевременную и запоздалую амниотомию. Для

инструментального вскрытия плодного пузыря используют амниотом или браншу пулевых щипцов. Через шейечный канал инструмент осторожно подводят к стенке плодного мешка, при этом акушер указательным пальцем направляет его продвижение. Во время излития околоплодных вод необходимо регулировать скорость вытекания жидкости, поскольку при слишком быстром опорожнении пузыря возможно выпадение пуповины и мелких частей плода.



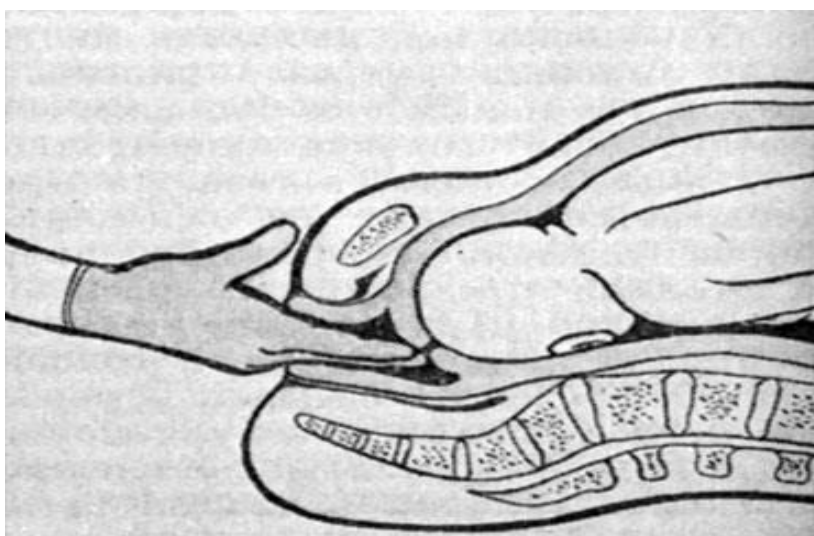
При влагалищном исследовании роженица лежит на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и разведены в стороны.левой рукой раздвигают большие и малые половые губы и осматривают вульву, слизистую входа, клитор, промежность. Затем во влагалище вводят II и III пальцы правой руки. Исследование производят в следующем порядке – определяют ширину просвета, растяжимость стенок влагалища, патологические изменения, если они есть; находят шейку матки и определяют ее длину (сохранена, укорочена, сглажена), степень открытия маточного зева в сантиметрах (рис. 8), состояния краев зева (тонкие, толстые, растяжимые, ригидные); открытие маточного зева на 10-12 см считается полным. Затем выясняют состояние плодного пузыря, его целостность, степень напряжения; вне схватки определяют предлежащую часть, ее отношение ко входу в малый таз (подвижна над входом в малый таз, прижата ко входу в малый таз, фиксирована во входе в таз малым сегментом, большим сегментом; большим сегментом в полости таза, в выходе таза – см. табл. № 5); отмечают опознавательные пункты на ней (швы, роднички на головке, крестец и крестцовый гребень на тазовом конце) и их отношение к опознавательным точкам плоскостей таза; определяют плотность костей черепа.



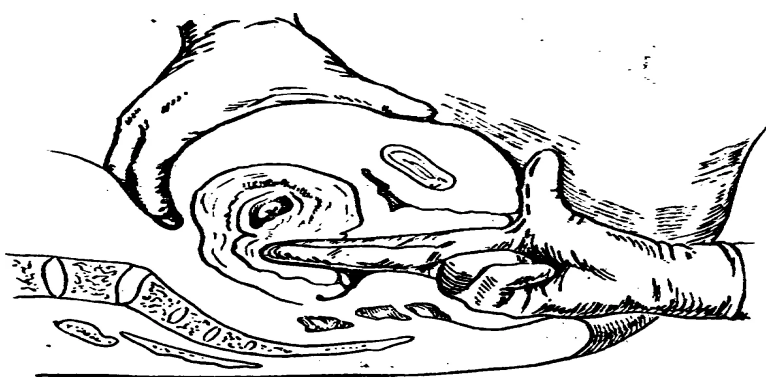


Влагалищное исследование в родах: оценка степени раскрытия шейки матки. В зависимости от стояния головки по отношению к плоскостям малого таза, ее считают подвижной (баллотирующей), прижатой или фиксированной во входе в таз, находящейся в полости или в выходе малого таза таб№ 5

Влагалищное (пальцевое) исследование беременной. Пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы; пальцы правой руки (II и III) вводят во влагалище, I палец отводится кверху, IV и V — прижаты к ладони, упираясь в промежность. Исследуется состояние мышц тазового дна, стенок влагалища (складчатость, растяжимость, разрыхление), сводов влагалища, шейки матки (длина, форма, консистенция) и наружного зева шейки матки (закрыт, открыт, форма круглая или щелевидная).



Двуручное (бимануальное) исследование беременной. Рис. 4.6. Двуручное влагалищно - абдоминальное исследование. После пальпации шейки матки приступают к двуручному исследованию (рис. 4.6). Пальцами левой руки бережно надавливают на брюшную стенку по направлению к полости малого таза навстречу пальцам правой руки, находящимся в переднем своде влагалища. Сближая пальцы обеих исследующих рук, пальпируют тело матки и определяют ее положение, форму, величину и консистенцию, после чего приступают к исследованию маточных труб и яичников. Для этого пальцы обеих рук постепенно перемещают от угла матки к боковым стенкам таза. Для определения вместимости и формы таза исследуют внутреннюю поверхность костей таза, крестцовой впадины, боковых стенок таза и симфиза.



**Таб№5 Определение положения головки плода по отношению к плоскостям таза при затылочном предлежании**

Место положение головки плода	Данные акушерского исследования (IV прием)	Данные влагалищного исследования	Соответствие моменту биомеханизма родов
Головка плода большим сегментом во входе в малый таз	Над входом в малый таз пальпируется меньшая часть головки. Пальцы исследующих рук сближаются	Головка прикрывает верхнюю треть лонного сочленения и крестца. Мыс не достижим. Стреловидный шов в одном из косых размеров	Поступательное движение головки.
Головка плода в широкой части полости малого таза	Над лоном прощупывается незначительная часть головки	Две трети внутренней поверхности лонного сочленения и верхняя половина крестцовой впадины заняты головкой. Седалищные ости прощупываются. Стреловидный шов расположен в одном из косых размеров	Начало внутреннего поворота головки
Головка плода в узкой части полости малого таза	Над лоном головка не определяется	Вся внутренняя поверхность лонного сочленения и две трети крестцовой впадины заняты головкой. Седалищные ости достигаются с трудом. Стреловидный шов расположен в одном из косых размеров ближе к прямому размеру.	Внутренний поворот головки почти завершен.
Головка плода в выходе малого таза (на тазовом дне)	Над лоном головка не определяется	Крестцовая впадина полностью заполнена головкой. Седалищные ости не достигаются. Стреловидный шов в прямом размере выхода из таза	Внутренний поворот головки завершен полностью

## **Оказание акушерского пособия в родах при головном предлежании**

Во время прорезывания головки необходимо оказывать ручное пособие. При разгибании головка плода оказывает сильное давление на тазовое дно, происходит его растяжение, что может привести к разрыву промежности. Стенки родового канала сдавливают головку плода, возникает угроза нарушения кровообращения головного мозга. Оказание ручного пособия при головном предлежании снижает риск возникновения этих осложнений. Ручное пособие при головном предлежании направлено на предотвращение разрывов промежности. Оно состоит из нескольких моментов, совершаемых в определённой последовательности.

- Первый момент — воспрепятствование преждевременному разгибанию головки. Необходимо, чтобы в ходе прорезывания головка прошла через половую щель наименьшей своей окружностью (32 см), соответствующего малому косому размеру (9,5 см) в состоянии сгибания. Акушер, стоя справа от роженицы, кладёт ладонь левой руки на лоно, располагая четыре пальца на головке плода таким образом, чтобы закрыть всю её поверхность, выступающую из половой щели. Лёгким давлением задерживает разгибание головки и предупреждает её быстрое продвижение по родовому каналу.
- Второй момент — уменьшение напряжения промежности (рис. 1.). Акушер кладёт правую руку на промежность так, чтобы четыре пальца были плотно прижаты к левой стороне тазового дна в области большой половой губы, а большой палец — к правой

стороне тазового дна. Всеми пальцами акушер осторожно натягивает и низводит мягкие ткани по направлению к промежности, уменьшая растяжение. Ладонь этой же руки поддерживает промежность, прижимая её к прорезывающейся головке. Уменьшение напряжения промежности описанным образом позволяет восстановить кровообращение и предотвратить появление разрывов.

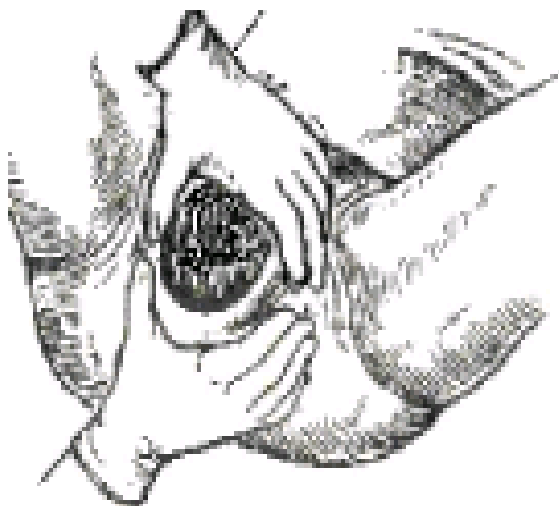


Рис.1 Уменьшение напряжения промежности

- Третий момент — выведение головки из половой щели вне потуг (рис. 2.). По окончании потуги большим и указательным пальцами правой руки акушер бережно растягивает вульварное кольцо над прорезывающейся головкой. Головка постепенно выходит из половой щели. При наступлении следующей потуги акушер прекращает растягивание вульварного кольца и вновь препятствует разгибанию головки. Действия повторяют до тех пор, пока теменные бугры головки не приблизятся к половой щели. В этот период происходит резкое растяжение промежности и возникает риск разрывов.



Рис. 2. Выведение головки из половой щели вне потуг.

В этот момент чрезвычайно важным является регулирование потуг. Наибольшее растяжение промежности, угроза её разрыва и травмы головки плода, возникает, если головка рождается во время потуги. Для избежания травмы матери и плода необходимо регулирование потуг — выключение и ослабление, или, наоборот, удлинение и усиление.

Регулирование осуществляют следующим образом: когда теменные бугры головки плода проходят половую щель, а подзатылочная ямка находится под лонным сочленением, при возникновении потуги акушер даёт роженице указание дышать глубоко, чтобы снизить силу потуги, так как во время глубокого дыхания потуги невозможны. В это время акушер обеими руками задерживает продвижение головки до конца схватки. Вне потуги правой рукой акушер сдавливает промежность над личиком плода таким образом, что она соскальзывает с личика.левой рукой акушер

медленно приподнимает головку вверх и разгибает её. В это время женщине дают указание потужиться, чтобы рождение головки происходило при малом напряжении. Таким образом акушер командами тужиться и не тужиться достигает оптимального напряжения тканей промежности и благополучного рождения самой плотной и крупной части плода — головки.

- Четвёртый момент — освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода (рис. 3.). После рождения головки роженице дают указание тужиться. При этом происходит наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков (из первой позиции головка лицом поворачивается к правому бедру матери, из второй позиции — к левому бедру). Обычно рождение плечиков протекает самопроизвольно. Если самопроизвольного рождения плечиков плода не произошло, то акушер захватывает обеими ладонями головку в области височных костей и щёчек. Легко и осторожно оттягивает головку книзу и кзади до тех пор, пока переднее плечико не подойдёт под лонное сочленение. Затем акушер левой рукой, ладонь которой находится на нижней щеке плода, захватывает головку и приподнимает её верх, а правой рукой бережно выводит заднее плечико, сдвигая с него ткани промежности. Таким образом происходит рождение плечевого пояса. Акушер вводит указательные пальцы рук со стороны спинки

плода в подмышечные впадины, и приподнимает туловище кпереди (на живот матери).



Рис. 3. Освобождение плечевого пояса плода.

В зависимости от состояния промежности и размеров головки плода не всегда удаётся сохранить промежность, происходит её разрыв. Так как заживление резаной раны протекает лучше, чем рваной, в случаях, где неминуем разрыв, производят перинеотомию или эпизиотомию.

#### **Перинеотомия. Эпизиотомия.**

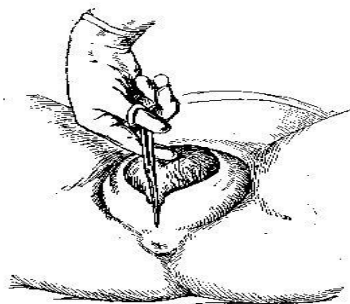
Рекомендуется производить: 1) у первородящих женщин старше 28 лет с ригидными тканями родового канала; 2) при прорезывании через вульварное кольцо головки крупного плода; 3) при преждевременных родах для профилактики черепно-мозговой травмы у плода; 4) у инфантильных женщин с узким вульварным кольцом; 5) при угрожающем разрыве промежности при прорезывании головки; 6) при дистоции плечиков плода; 7) при наложении акушерских щипцов, вакуум-экстракции плода. Операцию производят во время наибольшего растяжения вульварного кольца.

Рассекают ткань на высоте потуги. Перед рассечением кожу обрабатывают антисептиком. Затем желательнее произвести местную инфильтрационную анестезию 0,25%-0,5% раствором новокаина. Перинеотомия – срединный разрез промежности, при котором разрезают кожу и поверхностные мышцы промежности (рис. 13-а). Разрез длиной 3 см расширяет вульварное кольцо на 6 см, головка рождается свободно. По окончании родов после местной инфильтрационной анестезии раствором новокаина края разреза промежности сопоставляются, мышцы и слизистая зашиваются узловыми викриловыми швами, на кожу промежности накладывают узловые

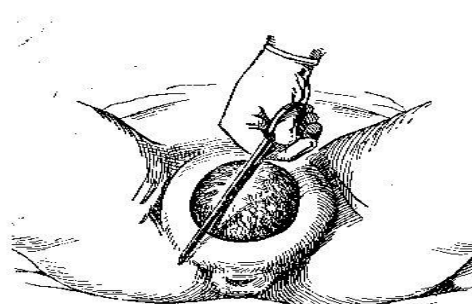
капроновые или шелковые швы. Линия швов обрабатывается настойкой йода.

## Профилактика разрывов промежности

Перинеотомия



Эпизиотомия



**Эпизиотомия** выполняется на одной или с обеих сторон на 2-3 см выше задней спайки. Разрез выполняют ножницами, длина и глубина его должна быть не менее 3 см. При этом обычно рассекают кожу и часть мышечных пучков констриктора влагалища (рис. 13-б). По окончании родов производят эпизиоррафию – на рану слизистой накладывают викриловые швы, на кожу – узловые шелковые или капроновые швы.

### Перинеоррафия.

**Перинеоррафия** – восстановление целостности тканей акушерской промежности путем наложения швов.

### Классификация разрывов промежности:

☒ **I степень** – разрыв кожи промежности на протяжении задней спайки;

☒ **II степень** – разрыв переходит на мышцу, поднимающую задний проход

(m. levator ani), кроме сфинктера прямой кишки, который остается

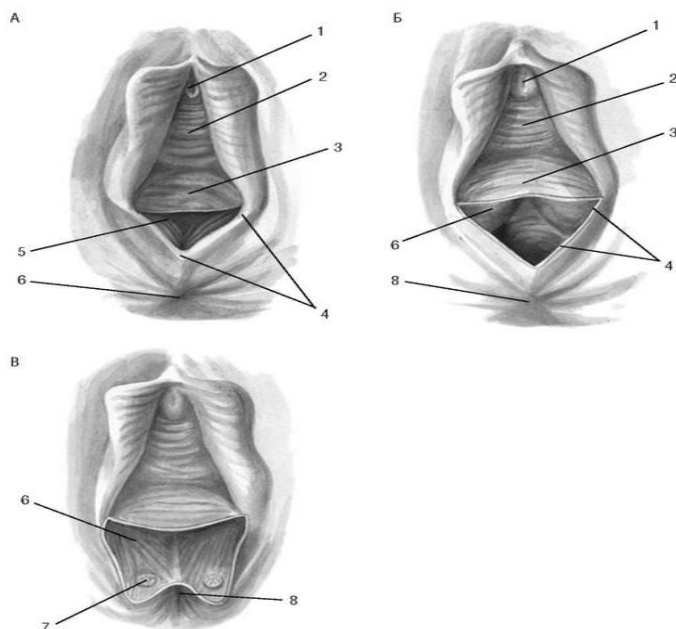
неповрежденным;

☐ **III степень** – кроме кожи, фасций и мышц, надывается или разрывается

наружный сфинктер заднего прохода (*m. sphincter ani externus*) без повреждения стенки прямой кишки (неполный разрыв III степени);

☐ **IV степень** – нарушение целостности наружного сфинктера заднего

прохода с повреждением стенки прямой кишки (полный разрыв III степени).



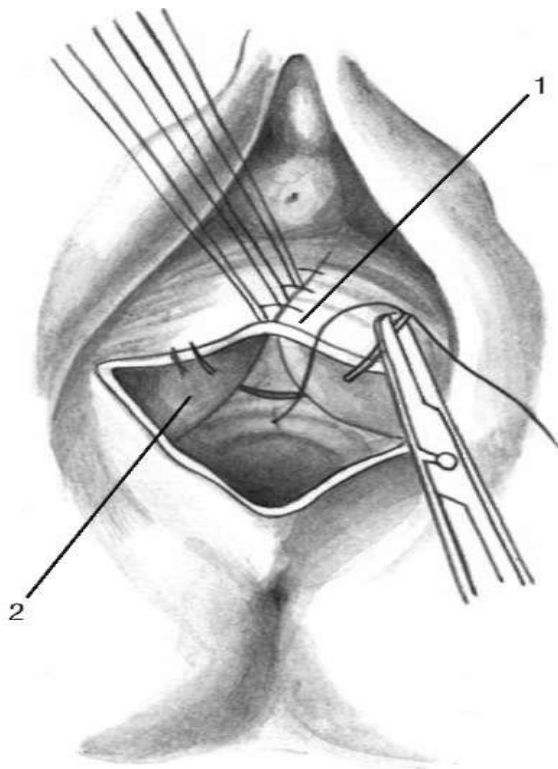
### Этапы ушивания разрыва промежности I и II степени

☐ шов на верхний угол разрыва;

☐ наложение 3–4 швов на мышцы промежности (рис. 15-а);

☐ восстановление слизистой влагалища;





☐ Накладывать швы необходимо таким образом, чтобы восстановить нормальные анатомические взаимоотношения. Техника восстановления промежности при травмах I и II степени представлены на данной картинке

Ушивание разрыва промежности II степени: 1 - однорядными швами ушита задняя стенка влагалища; 2 - наложение швов на мышцы

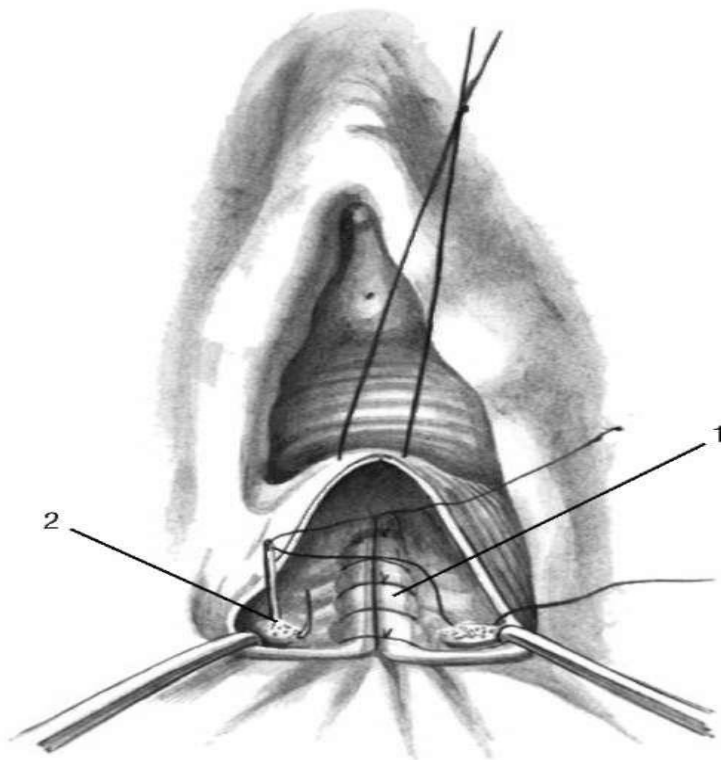
При разрывах промежности I степени операцию следует начинать с наложения шва на верхний угол разрыва влагалища, который должен быть хорошо

обнажен зеркалами или пальцами левой руки. Затем осуществляют восстановление задней стенки влагалища с помощью отдельных лигатур или непрерывного шва с захватыванием подлежащих тканей до формирования задней стенки. Следующий этап - восстановление кожи промежности с помощью отдельных лигатур или подкожного косметического шва.

Восстановление тканей при разрыве II степени начинают с наложения шва на угол раны, слизистую оболочку влагалища до задней спайки. Затем накладывают погружные швы на мышцы промежности и однорядные швы на кожу.

Восстановление разрывов промежности III степени начинают с восстановления стенки прямой кишки. Накладывают отдельные швы на слизистую оболочку прямой кишки с погружением узлов в ее просвет, узлы завязывают в просвет раны. Затем сопоставляют мышечную стенку прямой кишки. Вторым этапом является восстановление сфинктера прямой кишки. При этом необходимо

отыскать и извлечь зажимом сократившиеся части круговой мышцы и восстановить ее целостность несколькими матрачными швами. После этого меняют инструменты, обрабатывают руки и приступают к следующему этапу операции, который не отличается от такового при разрыве II степени. В послеродовом периоде этих пациенток ведут так же, как после операций на прямой кишке.

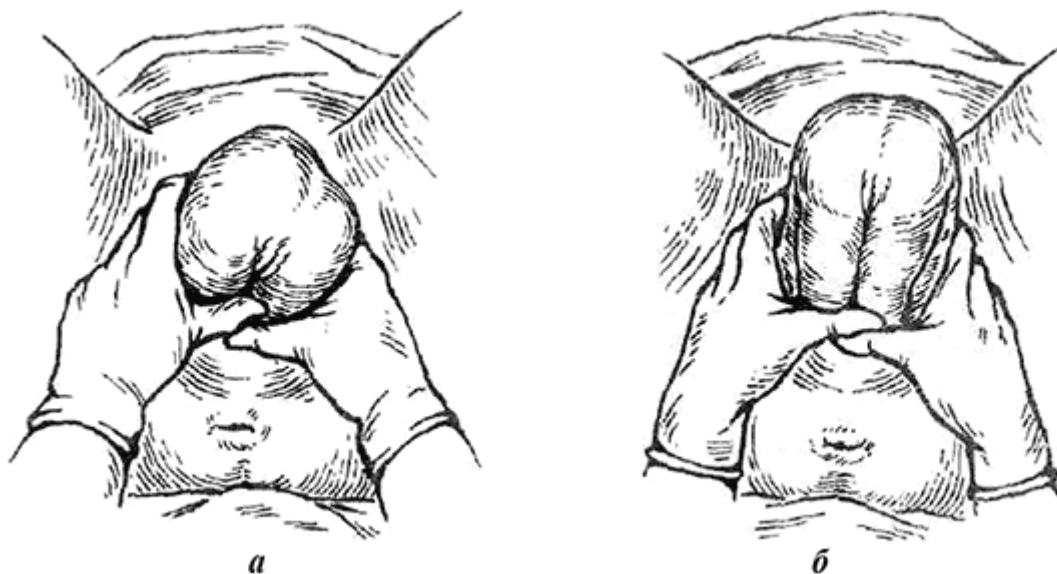


Ушивание разрыва промежности III степени: 1 - шов на стенке прямой кишки; 2 - наложение швов на сфинктер прямой кишки

*Профилактика* разрывов промежности заключается в правильном оказании ручного пособия при головном предлежании, своевременном рассечении промежности при угрозе ее разрыва, особенно при оперативных родах.

## Акушерское пособие по Цовьянову. Теория и практика

Оказанию ручного пособия при чисто ягодичном предлежании по методу Цовьянова I приступают в момент прорезывания ягодиц, их поддерживают без каких-либо попыток извлечения плода (рис. 5). Основная цель — способствовать нормальному членорасположению плода, не дать ножкам преждевременно родиться, для чего большими пальцами их удерживают прижатыми к туловищу плода. Остальные пальцы обеих рук располагают на крестце плода. По мере рождения плода руки передвигают по туловищу к задней спайке роженицы. В косом размере туловище рождается до нижнего угла передней лопатки, плечевой пояс устанавливается в прямом размере. В этот момент целесообразно направить ягодицы на себя, чтобы облегчить самостоятельное рождение из-под лонной дуги плечика, идущего впереди. Для рождения ручки, расположенной сзади, плод снова приподнимают кпереди.



*Рис. 5.* Ручное пособие по Цовьянову I при чисто ягодичном предлежании. *а* — захватывание туловища; *б* — по мере рождения туловища руки продвигаются к половой щели

Вступившая в малый таз в косом разрезе головка плода задерживает свой внутренний поворот, опускается на тазовое дно при хорошей родовой деятельности и рождается самостоятельно.

**Ручное пособие при ножных предлежаниях по методу Цовьянова II** до недавнего времени широко применялось (рис. 6). При этом методе ножки плода удерживались во влагалище до полного раскрытия маточного зева. На полное раскрытие указывают сильное выпячивание промежности напиряющими ягодицами, зияние заднепроходного отверстия, частые и сильные потуги и стояние пограничного кольца на 4–5 поперечных пальца выше симфиза.

Вступившая в малый таз в косом разрезе головка плода задерживает свой внутренний поворот, опускается на тазовое дно при хорошей родовой деятельности и рождается самостоятельно.

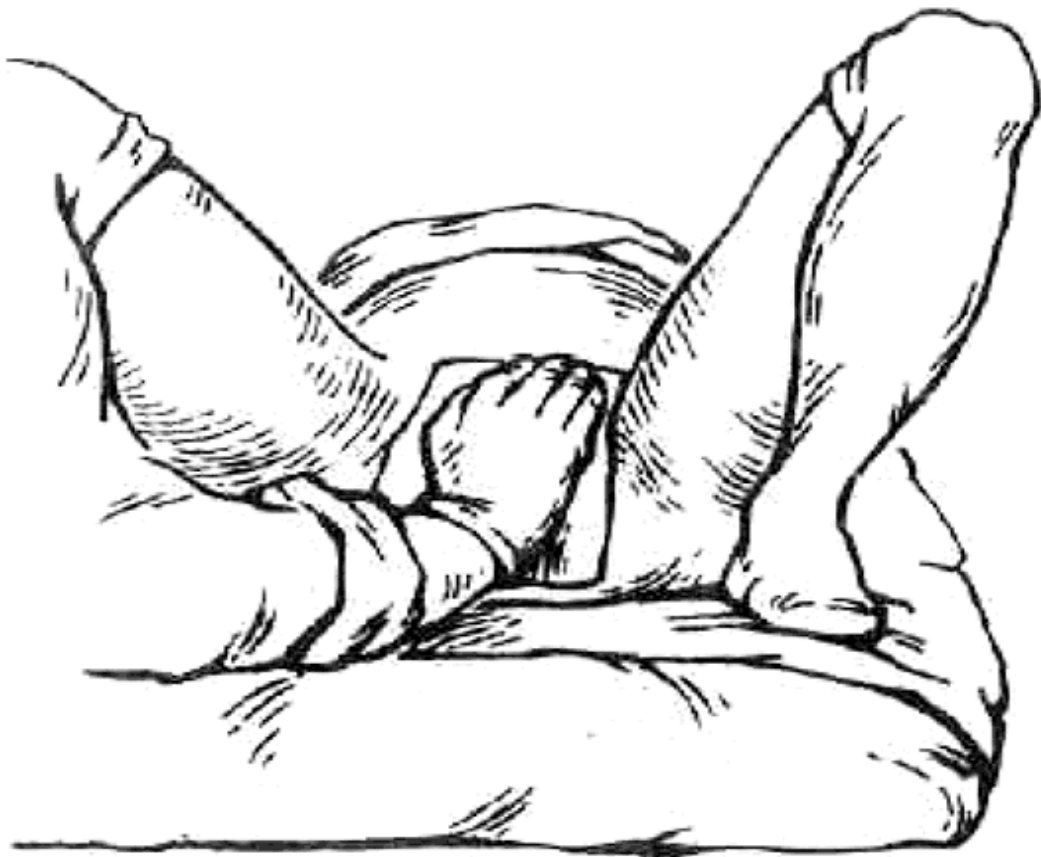


Рис. 6. Ручное пособие при ножных предлежаниях по Цовьянову II

Под напором опускающихся ягодиц половая щель раскрывается и ножки плода, несмотря на противодействие, показываются из-под краев ладони. При наличии признаков полного раскрытия зева, противодействие продвижению ножек прекращают, в дальнейшем роды ведут по общим правилам, принятым для тазовых предлежаний.

При затруднениях, возникших во время рождения плечевого пояса, а тем более при запрокидывании ручек, следует перейти к освобождению ручек и головки плода при помощи классического ручного пособия (рис. 7). Его используют также при смешанных ягодичных и ножных предлежаниях плода. Данное пособие следует применять после рождения плода до нижнего угла передней лопатки. Первой освобождается ручка плода, причем одноименная рука акушера вводится со стороны спинки плода, два пальца ее скользят по плечу, достигая плечевого сгиба. Туловище плода, отведенное в сторону, противоположную позиции при достижении локтевого сгиба, выводят в срединное положение, нажимая на локтевой сгиб. «Умывательным» движением из половой щели выводят ручку. Ладонями обеих рук охватывают с боков туловище и освобожденную ручку

плода «лодочкой» и вращательным движением поворачивают так, чтобы ручка, идущая впереди, перешла из под лона в заднее положение. При этом спинка должна пройти под лоном, чтобы сохранить передний вид. Аналогично освобождают вторую ручку.

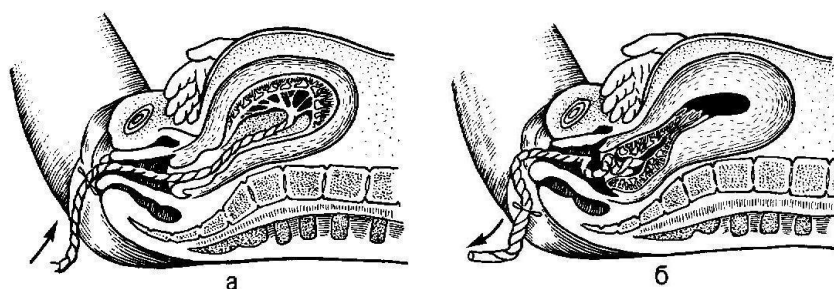


Рис. 7. Классическое ручное пособие: а — выведение туловища до нижнего угла лопаток (первый этап); б — ножки сильно отведены в сторону противоположного пахового сгиба; в — освобождение второй ручки после поворота туловища на 180°. Вид со стороны животика плода

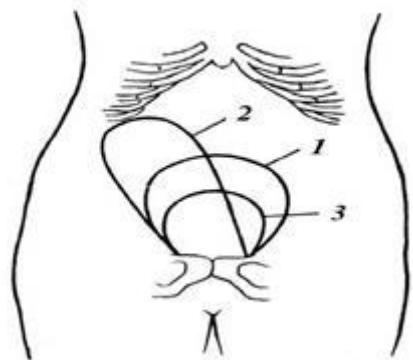
## Ведение последового периода.

Последовый период продолжается не более 30 минут, состоит из фаз отделения плаценты и выделения последа, ведется выжидательно по принципу “руки прочь от матки”. Момент отделения плаценты определяют по следующим признакам:

- 1) изменение формы и высоты стояния дна матки. Непосредственно после рождения плода форма матки округлая, дно ее находится на уровне пупка. После отделения плаценты матка уплощается, дно ее поднимается выше пупка, нередко при этом матка отклоняется вправо (**признак Шредера**, см. );
- 2) удлинение наружного отрезка пуповины – отслоившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки или во влагалище. В связи с этим лигатура, наложенная на пуповину у половой щели перед ее перерезкой, опускается на 10-12 см (**признак Альфельда**);
- 3) появление выпячивания над симфизом. Когда отделившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки, передняя стенка этого сегмента вместе с брюшной стенкой приподнимается и образует выпячивание над симфизом;
- 4) позыв на потугу, когда отделившаяся плацента опускается во влагалище (**признак Микулича**);
- 5) при натуживании конец пуповины, выступающий из половой щели, удлиняется. Если после натуживания отрезок пуповины не втягивается обратно во влагалище, значит плацента отделилась; если же втягивается – не отделилась (**признак Клейна**)
- 6) если надавить ребром ладони на надлобковую область, пуповина при не отделившейся плаценте втягивается во влагалище; при отделившейся плаценте – не втягивается (**признак Кюстнера-Чукалова**,). На практике об отделении плаценты обычно судят по совокупности нескольких признаков.

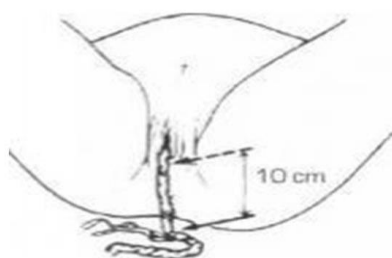


## Признак Кюстнера-Чукалова



Признак Шредера

## Признак Альфельда



## Способы выделения последа:

При физиологическом течении последового периода отделившийся послед выделяется из половых путей самостоятельно. Если этого не происходит, то предпринимают меры по его выделению. Прежде всего предлагают роженице потужиться. При напряжении брюшного пресса отделившейся послед легко рождается. В случае безуспешности этого приема, пользуются следующими способами выделения последа:

**Способ Абдуладзе.** Производят легкий массаж матки. Затем обеими руками захватывают брюшную стенку в продольную

складку и предлагают роженице потужиться. Отделившейся послед обычно рождается легко.

1. Прием Абуладзе - потуживание при захватывании передней брюшной стенки.



2. **Способ Гентера.** Дно матки приводят к срединной линии. Становятся сбоку от роженицы, спиной к женщине, кисти рук, сжатые в кулаки, тыльной поверхностью основных фаланг кладут на дно матки на области трубных углов и постепенно надавливают в направлении книзу и внутрь; роженица при этом должна тужиться.



3. **Способ Креде–Лазаревича,** травматичен по сравнению со способами Абдуладзе и Гентера, поэтому к нему прибегают после

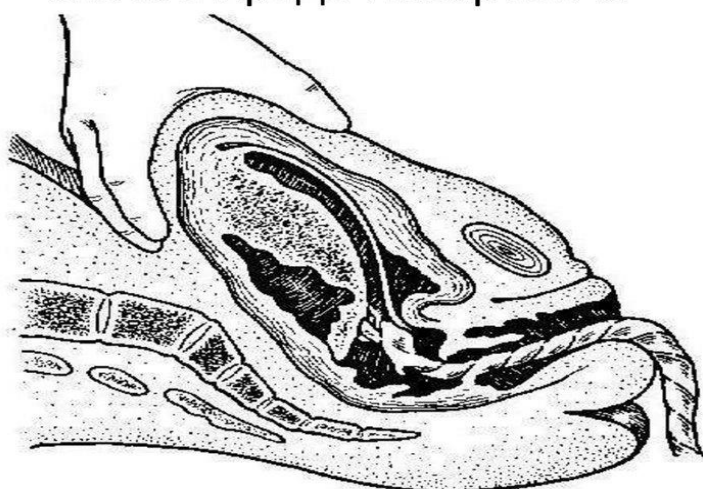


безуспешного применения одного из этих способов. Перед этим для предупреждения спазма маточного зева и ущемления в нем последа необходимо ввести спазмолитики, либо дать общий наркоз.

Техника: 1) опорожняют мочевой пузырь; 2) приводят дно матки в срединное положение; 3) легким движением стараются вызвать сокращение матки; 4) становятся слева спиной к роженице, дно матки обхватывают правой рукой таким образом, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь – на дне, а 4 пальца – на задней поверхности матки;

5) производят выжимание последа: сжимают матку в переднезаднем размере и одновременно надавливают на ее дно по направлению вниз и вперед вдоль оси таза. Отделившейся послед при этом способе легко выходит наружу. Обычно послед рождается сразу полностью, иногда обнаруживают, что плодные оболочки задерживаются в матке. В таких случаях родившуюся плаценту берут и медленно вращают в одном направлении обеими руками. При этом происходит скручивание оболочек, способствующее постепенному их отслоению от стенок матки без обрыва. При задержке оболочек они могут быть выделены по Гентеру: после рождения плаценты роженице предлагают опереться на ступни и поднять таз. При этом плацента свисает вниз и своей тяжестью способствует отслоению оболочек.

### Способ Креде-Лазаревича



**Осмотр и определение целостности последа.**

Плаценту раскладывают на гладком подносе или на ладонях материнской поверхностью вверх и внимательно осматривают одну дольку за другой. Необходимо внимательно осмотреть края плаценты – края целой плаценты гладкие и не имеют отходящих от них оборванных сосудов; отмечают на плаценте участки жировой дегенерации, кальциноз, инфаркты, вдавления, плотные сгустки крови, кисты; обращают внимание на цвет, консистенцию плацентарной ткани



Осмотрев плаценту, переходят к осмотру оболочек. Плаценту переворачивают материнской стороной вниз, а плодовой – кверху. Края разрыва оболочек берут пальцами и расправляют их, стараясь восстановить целостность плодного пузыря, в котором находился плод вместе с водами. Осматривают место прикрепления пуповины, целостность водной и ворсистой оболочек и отмечают наличие или отсутствие оборванных сосудов, отходящих от края плаценты. Наличие таких сосудов указывает на добавочную дольку плаценты, которая осталась в полости матки. При осмотре оболочек обращают внимание на место их разрыва, что позволяет судить о месте прикрепления плаценты к стенке матки.