

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

В. М. САВИЦКАЯ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО АКУШЕРСТВУ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2017

УДК 618.2(075.8)
ББК 57.16я73
С13

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 19.04.2017 г., протокол № 8

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии Белорусской
медицинской академии последипломного образования П. С. Русакевич; канд. мед. наук,
доц. каф. общей хирургии Белорусского государственного медицинского университета
А. И. Лемешевский

Савицкая, В. М.
С13 Практическое руководство по акушерству: учебно-методическое пособие /
В. М. Савицкая. – Минск : БГМУ, 2017. – 47 с.

ISBN 978-985-567-862-6.

Приводится описание основных методов обследования беременных женщин, интерпретируются
результаты кардиотокографии плода, описываются способы защиты промежности в родах, особен-
ности ведения родов при тазовых предлежаниях, оценка состояния новорожденного по шкале Апгар,
описываются основные инструментальные обследования в послеродовом периоде.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов лечебного факультета по дисциплине «Акушерство
и гинекология», врачей-интернов, клинических ординаторов, субординаторов.

УДК 618.2(075.8)
ББК 57.16я73

ISBN 978-985-567-862-6

© Савицкая В. М., 2017
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2017

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема занятия: данный материал рассматривается по дисциплине «Акушерство и гинекология» в рамках учебной и типовой программ по темам «Организация медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», «Роды физиологические», «Физиология послеродового периода».

Цель занятия: изучить основные методы и особенности обследования беременных женщин, сформировать представление о ведении родов при головном и ягодичном предлежании, изучить методы обследования плода, дать оценку состояния шейки матки, определить готовность родовых путей к родам, изучить технику рассечения промежности, ручного обследования полости матки.

План и методика проведения занятия. Студенты под контролем преподавателя участвуют в обследовании беременных женщин, проводят аускультацию сердцебиения плода. Обучение проводится с разбором качества оказания помощи пациенткам на основании медицинской документации, акцентируется внимание на биомеханизме родов, течении родов, послеродовом периоде, оперативных методах родоразрешения. Практические навыки разработаны в соответствии с типовой и учебной программой кафедры по дисциплине «Акушерство и гинекология».

Задачи занятия:

1. Изучить основные методы обследования беременных женщин.
2. Изучить методы обследования плода и новорожденного.
3. Изучить специальные методы акушерского исследования.
4. Изучить оценку готовности родовых путей к родам.
5. Изучить особенности ведения третьего периода родов.
6. Овладеть техникой записи кардиотокографии (КТГ) плода.
7. Изучить ведение родов при головном и ягодичном предлежании.
8. Овладеть техникой рассечения промежности в родах.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы необходимо повторить:

– из анатомии человека: строение женских половых органов, их иннервацию, кровоснабжение, топографическую анатомию передней брюшной стенки;

– нормальной физиологии: эндокринную систему, систему крови, физиологические изменения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе женщин;

– биохимической химии: реологические свойства крови, гормоны и их биологическое действие;

– гистологии: гистологическое строение органов половой системы;

– пропедевтики внутренних болезней: методы диагностики заболеваний органов мочеполовой системы, эндокринной системы, лабораторные методы исследования;

– микробиологии, вирусологии, иммунологии: специфические и неспецифические инфекции.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Что относится к органам половой системы у женщин, каковы их строение и функции?
2. Какие существуют специальные методы обследования беременных женщин?
3. Методы обследования в акушерстве.
4. Химический состав и реологические свойства крови.
5. Показания для проведения эпизиотомии.
6. Какие пособия в родах оказываются при ягодичном предлежании?
7. По какой шкале оценивают состояние новорожденных детей?
8. Показания для ручного обследования полости матки.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Организация оказания медицинской помощи беременным женщинам.
2. Когда проводится ручное отделение последа?
3. Как проводится оценка состояния новорожденного?
4. Как оценивается состояние шейки матки в родах?
5. Какие особенности ведения родов при тазовых предлежаниях?
6. Какие дополнительные методы обследования применяются в акушерстве?
7. Как правильно проводить запись КТГ?
8. Когда производится рассечение промежности в родах?
9. Когда проводится ручное обследование полости матки?

ОПРОС БЕРЕМЕННОЙ И РОЖЕНИЦЫ

Опрос беременной и роженицы отличается от опроса гинекологической пациентки и состоит из общей и специальной частей. Все полученные данные заносят в индивидуальную карту беременной, обменную карту на амбулаторном этапе, в стационаре — в историю родов.

Общий анамнез. Паспортные данные: фамилия, имя, отчество, возраст, место рождения, место жительства. Также нужно узнать место работы и профессию, данные супруга или другого члена семьи, с кем проживает беременная.

Причины, заставившие женщину обратиться за медицинской помощью: жалобы.

Условия труда и быта: наличие вредных факторов, профессиональных вредностей.

Наследственность и перенесенные заболевания. Обязательно необходимо указать, какие имеются наследственные заболевания у беременной, полового партнера, а также у родственников обеих сторон, потому что они могут оказать неблагоприятное влияние на развитие плода. Указываются вредные привычки, такие как алкоголизм и наркомания у родителей. Необходимо указать все имеющиеся инфекционные и неинфекционные заболева-

ния (важно отметить компенсацию или декомпенсацию хронических заболеваний), все перенесенные оперативные вмешательства, в том числе в раннем детстве (особенно перенесенный рахит, который может привести к аномалиям костного таза). Необходимо отметить аллергоanamнез, перенесенные гемотрансфузии (когда они возникли и по какой причине, с предыдущими беременностями, родами и т. д.).

Специальный анамнез. Менструальная функция: время появления менархе, длительность цикла, продолжительность, количество теряемой крови, наличие болей и пр.; изменились или не изменились менструации после начала половой жизни, какой характер менструаций стал после родов, абортов; дата последней менструации (позволяет определить срок беременности). Эти данные нужны, так как менструальная функция определяет состояние здоровья женщины.

Секреторная функция: характер выделений из влагалища, их количество, цвет, запах, связь с менструальной функцией.

Половая функция: с какого возраста беременная начала половую жизнь, какой брак по счету, срок от начала половой жизни до наступления первой беременности, использовался ли какой-нибудь метод контрацепции.

Возраст и здоровье мужа. Важное значение имеет наследственный анамнез и вредные привычки, имеющиеся профессиональные вредности, возраст.

Детородная (генеративная) функция. Необходимо собрать анамнез в хронологической последовательности: сколько было беременностей, как протекали предыдущие беременности; были ли какие-либо осложнения (особенно наличие гестозов), в каком сроке прерывалась беременность, какой метод использовался, были ли какие-либо осложнения, как протекал послеоперационный период, продолжительность родов, проводились ли какие-либо оперативные вмешательства; пол, масса, рост плода, его состояние при рождении, оценка по Апгар; как протекал послеродовой период, на какие сутки родильница была выписана домой, наличие или отсутствие послеродовых осложнений, какая по счету настоящая беременность. Обязательно выяснить, есть ли какие-либо хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени, эндокринной системы, органов зрения и др. Наличие каких-либо хронических заболеваний требует особенно пристального внимания при наблюдении за женщиной во время настоящей беременности. При необходимости эта информация поможет своевременно госпитализировать беременную в стационар по профилю или назначить консультацию узких специалистов. Правильно собранный анамнез способствует предупреждению осложнений во время настоящей беременности и во время родов.

Перенесенные гинекологические заболевания: какие, когда возникли, длительность заболевания, какое проводилось или не проводилось лечение, какой исход, были ли рецидивы заболевания, перенесенные гинекологические операции, по поводу чего, проводилась ли метропластика и т. д.

Течение настоящей беременности (по триместрам):

– 1-й триместр (до 13 недель беременности) — наличие хронических заболеваний, осложнений беременности (токсикоз, угроза прерывания и др.), дата первой явки в женскую консультацию и срок беременности при первой явке, проводимые, особенно генетическое (скрининговое) УЗИ, проведенные лабораторные обследования, особенно ИППП. При наличии хронических заболеваний выявить противопоказания для пролонгирования беременности (если таковые имеются) или определить срок последующей госпитализации;

– 2-й триместр (13–28 недель) — наличие госпитализаций, проводимое лечение, наличие имеющихся осложнений беременности, какая прибавка в весе, какое артериальное давление, результаты анализов (особенно мочи), дата первого шевеления плода, проводимые скрининговые УЗИ. При наличии хронических заболеваний обязательная госпитализация для выявления компенсации или декомпенсации процесса и т. д.;

– 3-й триместр (29–40 недель) — какова прибавка веса за беременность, какое артериальное давление, анализы крови и мочи, наличие перенесенных заболеваний и осложнений данной беременности, причины госпитализации, в какие сроки все это проводилось, проводимое лечение. При наличии сопутствующей патологии — дородовая госпитализация в 38–39 недель беременности для решения вопроса о методе родоразрешения.

Определение срока родов и срока беременности. Продолжительность беременности составляет 280 дней, если считать от 1-го дня последней менструации, т. е. это так называемый акушерский срок беременности. Так рассчитывается дородовый отпуск и предполагаемый срок родов, а также оцениваются размеры плода по данным УЗИ в сроки беременности более 12 недель.

Предполагаемый срок родов рассчитывается следующим образом: от даты 1-го дня последней менструации необходимо отнять 3 месяца и прибавить 7 дней. Однако следует учитывать, что предполагаемый срок родов — это не какая-то фиксированная дата, это промежуток времени, составляющий ± 10 –12 дней, когда наиболее вероятно произойдут роды.

Для подсчета срока родов может использоваться расчет эмбрионального срока беременности от момента зачатия, который совпадает с датой овуляции. Необходимо помнить, что созревшая яйцеклетка способна к оплодотворению в течение 2 суток после овуляции, а сперматозоиды обладают оплодотворяющей активностью в течение 4 суток после эякуляции. В таком случае период наиболее вероятного зачатия составляет приблизительно 6 дней. Эмбриональный срок получается короче акушерского на 14–16 дней.

Дополнительным ориентиром для определения предполагаемого срока беременности является время появления первых шевелений плода. Обычно у первородящих это происходит в 20 недель беременности, а у повторнородящих — в 18 недель. Этот признак субъективный и принимается во внимание только в совокупности с другими данными.

Общее объективное исследование направлено на выявление заболеваний (если они не были раньше диагностированы) или обострений (компенсацию, декомпенсацию) имеющихся хронических заболеваний органов и систем, которые могут осложнить течение имеющейся беременности и родов. Объективное исследование начинается с оценки общего состояния, измерения температуры, осмотра кожных покровов и видимых слизистых, склер, измерения артериального давления. Затем необходимо обследовать (по возможности) все органы и системы (кровообращение, дыхание, органы пищеварения, мочевыделительную, нервную, эндокринную, костно-мышечную системы, органы зрения).

СПЕЦИАЛЬНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Специальное акушерское обследование включает три основных раздела:

- наружное акушерское исследование;
- внутреннее акушерское исследование;
- инструментальные методы исследования.

Наружное акушерское исследование производится путем осмотра, измерения, пальпации, перкуссии и аускультации.

Осмотр позволяет выявить соответствие вида беременной ее возрасту. Измеряется рост женщины (при росте менее 150 см отмечается узкий таз; более 180 см — таз широкий, мужского типа), оценивается ее телосложение, состояние кожных покровов, подкожно-жировой клетчатки, молочных желез и сосков, выделение молозива. Необходимо обратить внимание на величину и форму живота, наличие рубцов беременности (*striae gravidarum*), эластичность кожи.

Исследование таза имеет важное значение в акушерстве, потому что его строение и размеры оказывают решающее влияние на течение и исход родов. Отклонения в строении таза, особенно уменьшение его размеров, затрудняют течение родов или представляют непреодолимые препятствия для родоразрешения. Исследование таза производится путем осмотра, пальпации и измерения его размеров. Осматривается вся область таза, но особое значение имеет пояснично-крестцовый ромб (*ромб Михаэлиса*). Ромбом Михаэлиса называют очертания в области крестца, которые имеют контуры ромбовидной площади. Верхний угол ромба соответствует остистому отростку V поясничного позвонка, нижний — верхушке крестца (место отхождения больших ягодичных мышц), боковые углы — верхне-задним остям подвздошных костей. По форме и размерам ромба оценивается строение костного таза (его сужение или деформация), что имеет большое значение для ведения родов. При нормальном тазе ромб соответствует форме квадрата. Его размеры следующие: горизонтальная диагональ ромба равна 10–11 см, вертикальная — 11 см. При различных сужениях таза горизонтальная и верти-

кальная диагонали будут разного размера, что приведет к изменению формы ромба.

Наружное акушерское исследование производится сантиметровой лентой (измеряется окружность лучезапястного сустава, размеры ромба Михаэлиса, окружность живота и высота стояния дна матки над лоном), тазомером измеряют размеры таза и оценивают форму таза.

Сантиметровой лентой измеряют 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 37 см. Измерение живота и высоты стояния дна матки над лоном позволяет косвенно определить срок беременности (срок беременности соответствует ВДМ), предполагаемый вес плода (вычисляется по формулам), выявить нарушения жирового обмена, наличие многоводия или многоплодия.

По наружным размерам большого таза судят о величине и форме малого таза. Наружные размеры таза измеряются тазомером (измеряются размеры самого таза, без мягких тканей). Только выход таза можно измерить сантиметровой лентой. При измерении наружных размеров таза пациентка находится в положении на спине. Измеряются следующие размеры таза (три поперечных и один прямой):

- *distantia spinarum* — расстояние между наиболее отдаленными точками передне-верхних остей подвздошных костей (*spina iliaca anterior superior*) равно 25–26 см;

- *distantia cristarum* — расстояние между наиболее отдаленными точками гребешков подвздошных костей (*crista ossis ilei*) равно 28–29 см;

- *distantia trochanterica* — расстояние между большими вертелами бедренных костей (*trochanter major*) равно 31–32 см;

- *conjugata externa* (наружная конъюгата) — расстояние между остистым отростком V поясничного позвонка и верхним краем лонного сочленения равно 20–21 см.

Для измерения наружной конъюгаты беременная поворачивается на бок, нижележащую ногу сгибает в тазобедренном и коленном суставах, а вышележащую вытягивает. «Пуговку» тазомера ставят между остистым отростком V поясничного и I крестцового позвонка (надкрестцовая ямка) сзади и на середину верхнего края лонного сочленения спереди. Истинная конъюгата (*conjugata vera*) зависит от величины наружной конъюгаты, а также толщины крестца, симфиза и мягких тканей. Чтобы определить толщину костей, необходимо измерить окружность лучезапястного сустава: индекс Соловьева, который равен $1/10$ окружности лучезапястного сустава. Если окружность лучезапястного сустава до 14 см, следовательно, кости таза тонкие, если больше 14 см, кости таза толстые. Таким образом, при одинаковых наружных размерах таза его внутренние размеры могут быть разными. Например, при наружной конъюгате 20 см и окружности Соловьева 12 см

(индекс Соловьева — 1,2) надо от 20 см отнять 8 см, и получим величину истинной конъюгаты, равную 12 см. При окружности Соловьева 14 см надо от 20 см отнять 9 см, истинная конъюгата будет равна 11 см, а при 16 см отнять 10 см, следовательно, истинная конъюгата будет равна 10 см.

Более точно истинную конъюгату можно определить по диагональной конъюгате (*conjugata diagonalis*), которая определяется при влагалищном исследовании. Это расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца (равно 13 см). В зависимости от индекса Соловьева отнимается 1,5 или 2 см, и полученное число будет соответствовать истинной конъюгате.

Прямой размер выхода таза — это расстояние между серединой нижнего края лонного сочленения и верхушкой копчика; оно измеряется тазомером, равно 11 см, больше истинного на 1,5 см за счет толщины мягких тканей. Надо из полученной цифры 11 см вычесть 1,5 см, получим прямой размер выхода из полости малого таза, который равен 9,5 см. При обследовании беременная лежит на спине с разведенными и полусогнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами.

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

Косые размеры таза измеряют при кососуженных тазах. Для выявления асимметрии таза измеряют следующие косые размеры: расстояние от передне-верхней ости одной стороны до задне-верхней ости другой стороны (21 см); от середины верхнего края симфиза до правой и левой задне-верхних остей (17,5 см) и от надкресцовой ямки до правой и левой передне-верхних остей (18 см). Косые размеры одной стороны сравнивают с соответствующими косыми размерами другой стороны. При нормальном строении таза величина парных косых размеров одинакова. Разница, превышающая 1 см, указывает на асимметрию таза.

Боковые размеры таза — расстояние между передне-верхней и задне-верхней остями подвздошных костей одной и той же стороны (14 см), его измеряют тазомером. Боковые размеры должны быть симметричными и не менее 14 см. При боковой конъюгате 12,5 см роды через естественные родовые пути невозможны.

Угол наклона таза — это угол между плоскостью входа в таз и плоскостью горизонта. В положении беременной стоя он равен 45–50°. Определяется с помощью тазоугломера.

Пальпация живота — это основной прием акушерского исследования. Начиная со второй половины беременности при пальпации живота

можно определить размер матки, ее форму, консистенцию, ВДМ, положение плода в матке, предлежание, головку плода, спинку и мелкие части (конечности), отношение предлежащей части ко входу в малый таз. Для пальпации частей плода применяют **приемы наружного акушерского исследования (приемы Леопольда–Левицкого)**. Обследуемая пациентка лежит в положении на спине. Приемов четыре, и они проводятся последовательно.

Первым приемом наружного акушерского исследования определяют высоту стояния дна матки, его форму и часть плода, располагающуюся в дне матки (головка, ягодицы). Для этого ладонные поверхности обеих рук располагают на матке таким образом, чтобы они охватывали ее дно.

Вторым приемом определяют спинку и мелкие части плода, по которым судят о положении плода в матке, его позиции и виде плода. При этом руки, не отрывая, опускают со дна матки на правую и левую ее стороны и, осторожно надавливая ладонями и пальцами рук на боковые поверхности матки, определяют, с какой стороны находится спинка плода, с какой — мелкие части плода (ручки, ножки). Этот прием позволяет определить тонус матки и ее возбудимость, прощупать круглые связки матки, их толщину, болезненность и расположение, определить позицию плода и вид (спинка слева — первая позиция, спереди-передний вид; спинка справа — вторая позиция, сзади-задний вид).

Третий прием служит для определения предлежащей части плода, ее отношения к плоскости входа в малый таз (определяется подвижность головки). Для этого одной рукой (большой палец с одной стороны, четыре других с другой стороны) охватывают предлежащую часть и определяют, головка это (симптом баллотирования головки плода) или тазовый конец.

Четвертый прием является дополнением и продолжением третьего, позволяет определить не только характер предлежащей части, но и местонахождение головки по отношению к плоскостям малого таза. 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. Во время родов важно выяснить, в какой плоскости таза головка находится своей наибольшей окружностью или большим сегментом. Большой сегмент головки — это наибольшая ее часть, которая проходит через вход в таз при данном предлежании. При затылочном предлежании головки граница большого ее сегмента будет проходить по линии малого косога размера, при передне-головном — по линии прямого ее размера, при лобном — по линии большого косога размера, при лицевом — по линии вертикального размера. Малым сегментом головки называют любую часть головки, расположенную ниже большого сегмента.

О степени вставления головки большим или малым сегментом судят по данным пальпации. При четвертом наружном приеме пальцы продвигают вглубь и скользят ими по головке вверх. Если при этом кисти рук сходятся,

головка стоит большим сегментом во входе в таз или опустилась глубже, если пальцы расходятся, то головка находится во входе малым сегментом. Если головка в полости таза, она наружными приемами не определяется.

Перкуссия имеет значение для диагностики беременности. Приглушение перкуторных звуков дает беременная матка, а также опухоли брюшной полости.

Сердечные тоны плода выслушиваются акушерским стетоскопом, начиная со второй половины беременности, в виде ритмичных, ясных ударов, частотой 120–160 уд./мин. Если наблюдается головное предлежание, то сердцебиение прослушивается ниже пупка, при тазовых предлежаниях — выше пупка.

М. С. Малиновский предложил следующие правила для выслушивания сердцебиения плода:

- при затылочном предлежании — вблизи головки ниже пупка на той стороне, куда обращена спинка, при задних видах — сбоку живота по передней подмышечной линии;
- при лицевом предлежании — ниже пупка с той стороны, где находится грудка (при первой позиции — справа, при второй — слева);
- при поперечном положении — около пупка, ближе к головке;
- при предлежании тазовым концом — выше пупка, вблизи головки, на той стороне, куда обращена спинка плода.

Изучение сердцебиения плода в динамике проводится с помощью мониторинга КТГ и данных УЗИ.

Внутреннее акушерское исследование. Влагалищное исследование акушер выполняет одной рукой, двумя пальцами, указательным и средним, введенными во влагалище, остальные пальцы согнуты. Необходимо определить предлежащую часть, состояние родовых путей, динамику раскрытия шейки матки в родах, механизм вставления и продвижения предлежащей части и др.

Гинекологическое исследование начинается с осмотра наружных половых органов (необходимо оценить степень оволосения, развитие наружных половых органов, наличие варикозного расширения вен), далее осматривается промежность (оценивается высота, ригидность, наличие рубцов) и преддверие влагалища, исключается отек вульвы. Затем проводится обследование с помощью зеркал. При исследовании влагалища оценивается его ширина просвета, длина, складчатость, цвет, растяжимость стенок влагалища, наличие рубцовых изменений, опухолей, перегородок, экзостозов и других патологических состояний. Далее оценивается состояние шейки матки: ее форма, величина, консистенция, цвет, степень зрелости, укорочение, размягчение, расположение по продольной оси таза, проходимость зева, сглаженность, степень раскрытия в родах, состояние краев маточного зева (мягкие или плотные, толстые или тонкие, растяжимые или ригидные). После оценки шейки матки переходят к двуручному обследованию. Для этого

пальцы правой руки вводят во влагалище, а левой рукой надавливают (осторожно) со стороны брюшной стенки на матку; определяют величину матки, ее консистенцию, состояние стенок (гладкие, бугристые, наличие тонуса матки). Оценивается состояние плодного пузыря (целостность, степень напряжения, плоский ли он, количество передних вод). Обязательно определяют подлежащую часть (ягодицы, головка, ножки), где они находятся (над входом в малый таз, во входе малым или большим сегментом, в полости, в выходе таза). Оpoznательными пунктами на головке являются швы, роднички, на тазовом конце — крестец, копчик и седалищные ости. Пальпируются все доступные костные поверхности таза: крестец, копчик, мыс, боковые стенки таза — для исключения или наличия экзостозов, опухолей, исходящих из мягких тканей. В конце исследования по возможности измеряется диагональная конъюгата (*conjugata diagonalis*). Для этого пальцами, введенными во влагалище, необходимо достичь мыса и концом среднего пальца коснуться его, указательный палец свободной руки подводится под нижний край симфиза, и на руке отмечается то место, которое непосредственно соприкасается с нижним краем лонной дуги. Затем выводятся из влагалища пальцы, обмываются, и на руке измеряется отмеченное расстояние сантиметровой лентой или тазомером.

Определение положения головки плода во время родов (при разгибательных вставлениях). При первой степени разгибания головки (передне-головное вставление) окружность, которой головка будет проходить через полость малого таза, соответствует прямому ее размеру. Эта окружность является большим сегментом при передне-головном вставлении.

При второй степени разгибания (лобное вставление) наибольшей окружности головки соответствует большой кривой размер. Эта окружность является большим сегментом головки при лобном ее вставлении.

При третьей степени разгибания головки (лицевое вставление) наибольшей является окружность, соответствующая «вертикальному» размеру. Эта окружность соответствует большому сегменту головки при лицевом ее вставлении.

Как только диагностировали разгибательные вставления головки, родоразрешение заканчивается путем операции кесарево сечение.

Определение степени вставления головки плода во время родов. В основе определения высоты стояния головки при влагалищном исследовании лежит возможность определения отношения нижнего полюса головки к *linea interspinalis*.

Головка над входом в малый таз: в данном случае при надавливании пальцем вверх головка отодвигается и затем возвращается в первоначальное положение. Пальпации доступна вся передняя поверхность крестца и задняя поверхность лобкового симфиза.

Головка малым сегментом во входе в малый таз: нижний полюс головки определяется на 3–4 см выше *linea interspinalis* или на ее уровне, крестцо-

вая впадина свободна на 2/3 (при влагалищном исследовании). Задняя поверхность лобкового симфиза пальпируется в нижнем и среднем отделах.

Головка в полости малого таза: нижний полюс головки на 4–6 см ниже *linea interspinalis*, седалищные ости не определяются, почти вся крестцовая впадина занята головкой (при влагалищном исследовании). Задняя поверхность лобкового симфиза пальпации не доступна.

Головка на тазовом дне: головка занимает всю крестцовую впадину, включая и область копчика, прощупываются лишь мягкие ткани; внутренние поверхности костных опознавательных пунктов труднодоступны для исследования, ориентир — ости седалищных костей.

Во время беременности наблюдается постепенное, частичное замещение в шейке матки мышечной ткани соединительной, кроме того, происходит образование молодых коллагеновых волокон, обладающих высокой гидрофильностью. Частичное рассасывание коллагеновых волокон и изменение состава основного вещества начинаются с влагалищной части шейки матки, распространяясь постепенно от наружного зева к внутреннему. С наличием этих структурно-биохимических сдвигов связано появление клинических признаков зрелости шейки матки в виде ее разрыхления, укорочения и постепенно увеличивающейся проходимости шеечного канала. Все признаки положены в основу классификации, разработанной проф. Г. Г. Хечинашвили, в которой рассматриваются четыре разновидности состояния шейки матки (рис. 1).

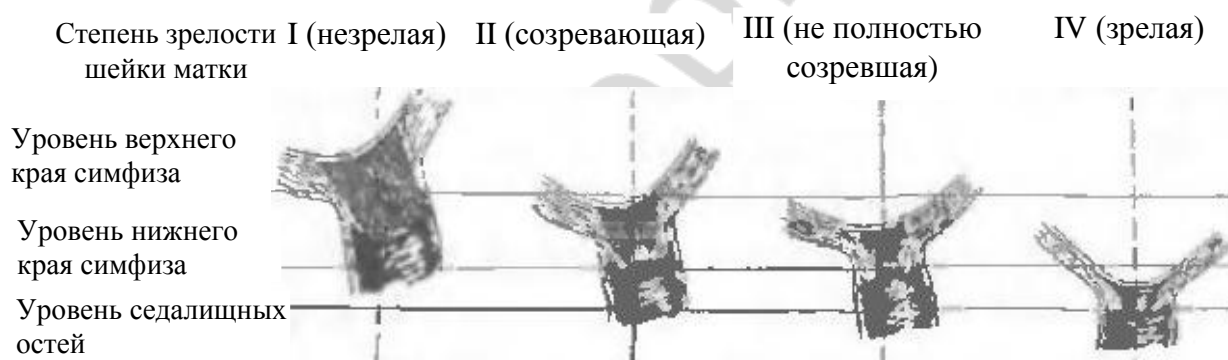


Рис. 1. Состояние шейки матки в зависимости от степени выраженности ее зрелости (Г. Г. Хечинашвили, 1969 г.)

Состояние готовности к родам выявляется по изменениям, обнаруживаемым в половой системе женщины. Важное значение для возникновения родовой деятельности и правильной ее регуляции на фоне общей подготовки организма к родам имеет готовность шейки матки и нижнего сегмента, а также чувствительность миометрия к воздействию контрактильных веществ.

Роды — это сложный многозвеньевый процесс, в котором важную роль играют блокирующие и активирующие механизмы. Блокирующие механизмы предупреждают развитие активной родовой деятельности до наступления родового акта, активирующие — стимулируют и поддерживают сокращения миометрия. Сами роды — это результат усиления действия ак-

тивирующих систем и ослабления блокирующих. При этом матка становится эстрогендоминантной с преобладанием активности α -адрено-, m-холино-, серотонино- и гистаминорецепторов и снижением активности β -адрено-рецепторов. Эстрогены, подавляя активность окситоциназы, способствуют сохранению эндогенного окситоцина. Повышение активности окситоциназы в крови сопровождается снижением уровня холинэстеразы и увеличением количества свободного ацетилхолина, оказывающего мощное действие на сокращения матки.

Важную роль в развитии родового процесса играют простагландины, а также катехоламины (адреналин, норадреналин), гипофизарно-надпочечниковая система плода. Окситоцин плода обладает свойством, аналогичным окситоцину матери. Наиболее достоверным и легко выполнимым является способ пальпаторного определения зрелости шейки матки: при этом определяется ее консистенция (степень размягчения), длина влагалищной части, проходимость цервикального канала (если он проходим, то определяется его длина и сопоставляется с длиной влагалищной части шейки матки: чем меньше разница, тем более выражена степень зрелости шейки матки) и расположение шейки матки по отношению к проводной оси таза. Все указанные признаки положены в основу классификации различных степеней зрелости шейки матки, представленной в табл. 1.

Таблица 1

Шкала оценки степени зрелости шейки матки

Признаки	Баллы		
	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, но в области внутреннего зева плотная	Мягкая
Длина шейки матки	2 см и более	1–1,5 см	Меньше 1 см или сглажена
Проподимость цервикального канала	Наружный зев закрыт. Проникает кончик пальца	Канал пропускает один палец. Но определяется уплотнение в области внутреннего зева	Канал пропускает больше 1 пальца. При сглаженной шейке открытие больше 2 см
Положение шейки	Кзади (к крестцу)	Кпереди (срединное)	В проводной оси таза

Инструментальные методы исследования. КТГ является безопасным и доступным методом для диагностики состояний плода. Запись КТГ проводится с третьего триместра беременности, обычно с 30-й недели (иногда исследование проводят с 28-й недели), но критерии для диагностики считаются достоверными именно с 30-й недели, поскольку к этому времени у плода стабилизируется цикл активность–покой, т. е. уже существует тесная взаимосвязь между вегетативной и центральной нервной системами и сердечной мышцей, а также установился цикл сна и бодрствования. Это помогает исключить ложноположительные результаты.

КТГ плода записывается при каждом посещении беременной женской консультации. Если женщина находится в стационаре, запись производится ежедневно (при наличии показаний — 2 раза/день) (рис. 2).



Рис. 2. Запись кардиотокографии

Показания (дополнительные) для проведения КТГ:

- выявленная на УЗИ патология со стороны плаценты;
- подозрение на задержку развития плода;
- рубец на матке;
- риск преждевременных родов;
- гестоз;
- переносимая беременность;
- уменьшение активности плода;
- сопутствующие хронические заболевания у беременной;
- уменьшение количества околоплодных вод или их увеличение;
- отклонения в прошлой КТГ;
- обвитие вокруг шеи пуповины плода, выявленное на УЗИ.

Расшифровка КТГ осуществляется по следующим критериям, каждый из которых оценивается от 0 до 2 баллов (шкала Фишера):

1. Базальный ритм (среднее между значениями сердцебиения плода, неменяющееся на протяжении 10 мин и дольше):

- меньше 100 или больше 180 уд./мин — 0 баллов;
- 100–119 уд./мин и 161–180 уд./мин — 1 балл;
- 120–160 уд./мин — 2 балла.

2. Вариабельность (амплитуда):

- меньше 3 уд./мин — 0 баллов;
- 3–5 уд./мин — 1 балл;
- 6–25 уд./мин — 2 балла.

3. Вариабельность (частота в 1 минуту):

- меньше 3 — 0 баллов;
- 3–5 — 1 балл;
- больше 6 — 2 балла.

4. Акселерации (повышение частоты сердечных сокращений плода на 15–20 уд./мин относительно базовой частоты, возникающее в ответ на шевеление плода, прижатие пуповины, сокращение матки) за 30 мин:

- 0 (отсутствие) — 0 баллов;
- 1–4 (периодические) — 1 балл;
- от 5 и выше (спорадические) — 2 балла.

5. Децелерации (снижение частоты сердечных сокращений в ответ на шевеление или сокращение матки) за 30 мин:

- тяжелые атипичные децелерации — 0 баллов,
- легкие среднетяжелые децелерации — 1 балл,
- отсутствие или короткие неглубокие децелерации — 2 балла.

В норме КТГ при беременности по шкале Фишера составляет от 8 до 10 баллов. Результат в 7 баллов считается предпатологическим. Оценка КТГ в 6 баллов и меньше указывает на начавшуюся внутриутробную гипоксию плода.

Метод КТГ является вспомогательным или дополнительным, поэтому его результаты оцениваются в совокупности с результатами других диагностических исследований: оценка двигательной активности, проведение доплерометрии плода.

ВЕДЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

Первый период родов (период раскрытия шейки матки). Первый период родов начинается от момента развития регулярной родовой деятельности и заканчивается полным (10–12 см) раскрытием шейки матки. Продолжительность этого периода у первородящих приблизительно 12 ч, у повторнородящих — 7–8 ч. В начале родов схватки повторяются через каждые 20 мин, затем паузы между схватками постепенно укорачиваются, продолжительность схватки удлиняется, сила сокращений повышается. Сокращения матки (схватки) ведут к сглаживанию шейки матки и открытию маточного зева. Образуется контракционное кольцо, которое со схватками становится все более выраженным и поднимается вверх над лонным сочленением. К концу первого периода родов контракционное кольцо поднимается на 4–5 поперечных пальца выше лонного сочленения. В первом периоде родов роженица находится в предродовой палате, проводится контроль ее гемодинамики и состояния плода (сердцебиение плода выслушивают акушерским стетоскопом, также проводится запись КТГ (обязательно записывается сразу после появления схваток), оценивается степень раскрытия шейки матки). Историю родов записывают каждый час. Наблюдение за вставлением и продвижением головки плода по родовому каналу производят с помощью наружных приемов пальпации, влагалищного исследования. Влагалищное исследование проводится обязательно при поступлении в родильный зал, излитии околоплодных вод, а также по показаниям для уточнения акушерской ситуации. Для диагностики излития околоплодных вод необходимо во вла-

галище ввести зеркало так, чтобы на ложку зеркала попали выделения, и с помощью пробы с бромтимолом (или лакмусовой полоски) определить характер этих выделений. Околоплодные воды имеют щелочную реакцию и окрашивают тест-полоску в темно-синий цвет. Проба с бромтимолом окрашивает околоплодные воды в зеленый цвет. Важно определить характер околоплодных вод: примесь мекония свидетельствует о гипоксии плода, если воды окрашены кровью, то нужно исключить отслойку плаценты, желтоватая окраска может свидетельствовать о резус-сенсibilизации.

В первом периоде родов оценивается развитие родовой деятельности, нужно следить за развитием и болезненностью схваток (при необходимости проводить обезболивание, особенно в активную фазу родов), состоянием матери. Женщина может сходить в душ, сделать массаж области крестца и т. д.

В связи с неравномерностью процесса раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу различают несколько фаз I периода родов:

– I латентная фаза (схватки безболезненны или малоболезненны): начинается с момента появления регулярной родовой деятельности и заканчивается сглаживанием и раскрытием шейки матки на 3–4 см. Во время этой фазы происходит синхронность сокращений всех отделов матки, тройной нисходящий градиент и полное совпадение пиков сокращений всех отделов матки. Латентная фаза продолжается в среднем 5–6 ч. Скорость раскрытия шейки матки составляет 0,35 см/ч.

– II активная фаза: начинается с раскрытия шейки матки от 4 см и заканчивается раскрытием в 8 см. Для этой фазы характерна интенсивная родовая деятельность и сравнительно быстрое раскрытие маточного зева. Продолжается в среднем около 3–4 ч. Скорость раскрытия шейки матки у первородящих составляет 1,5–2 см/ч, у повторнородящих быстрее — 2–2,5 см/ч.

– III фаза замедления: начинается от раскрытия шейки матки на 8 см до ее полного раскрытия. У первородящих длительность составляет от 40 мин до 2 ч, у повторнородящих фаза даже может отсутствовать.

Показания к влажной исследованию в родах:

- первоначально при поступлении женщины в акушерский стационар;
- обязательно при излитии околоплодных вод для уточнения акушерской ситуации;
- с началом родовой деятельности для уточнения состояния шейки матки;
- в динамике родового акта для определения раскрытия маточного зева (каждые 3 ч);
- при аномалиях родовой деятельности для уточнения акушерской ситуации;
- перед проведением обезболивания для определения степени раскрытия маточного зева;
- при появлении кровянистых выделений из родовых путей для определения причины их появления;

- при изменении сердцебиения плода для уточнения степени раскрытия маточного зева и принятия решения о дальнейшем методе родоразрешения;
- при неясности положения и предлежания плода, вставления предлежащей части;
- при двойне после рождения первого плода для определения плодного пузыря, предлежания;
- при предстоящей операции для определения акушерской ситуации.

Второй период родов (период изгнания). Он начинается полным раскрытием шейки матки и заканчивается рождением плода. У первородящих в среднем это длится около 50 мин, может быть до 2 ч, у повторнородящих — около 20 мин. В начале второго периода женщина находится в предродовой палате, затем ее переводят в родильный зал. В этот период оценивается общее состояние роженицы, характер родовой деятельности (схватки и потуги), продвижение предлежащей части по родовым путям и состояние плода (аускультативно и по записи КТГ). При полном открытии маточного зева, под влиянием усиливающихся схваток и потуг головка плода начинает постепенно опускаться по родовым путям (происходят поступательные и вращательные движения головки плода). Одновременно с продвижением головки начинают постепенно рефлекторно сокращаться мышцы тазового дна. Продвижение головки плода в период изгнания должно проходить непрерывно и постепенно. Головка плода не должна оставаться в одной и той же плоскости более часа. При более длительных потугах происходит ухудшение маточно-плацентарного кровообращения, сдавление мягких тканей родового канала. Поступательные движения головки заметны на глаз: образуется выпячивание промежности, она становится более обширной и цианотичной, задний проход начинает зиять, половая щель раскрывается, происходит врезывание и прорезывание головки.

С момента прорезывания головки оказывается ручное пособие (защита промежности), так как при преждевременном 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. Оно состоит из нескольких моментов, совершаемых в определенной последовательности.

Первый момент — препятствие преждевременному разгибанию головки. Чем больше согнута головка, тем меньшей окружностью она прорезывается через половую щель (32 см), соответствующую малому косому размеру (9,5 см) в состоянии сгибания. Акушерка, стоя справа от роженицы, кладет ладонь левой руки на лоно, располагая четыре пальца на головке плода плашмя (не концами пальцев, так как их давление может повредить головку) таким образом, чтобы закрыть всю ее поверхность, выступающую из

половой щели. Этим она задерживает разгибание головки и предупреждает ее быстрое продвижение по родовому каналу.

Второй момент — уменьшение напряжения промежности (рис. 3). Цель — сделать промежность более податливой за счет «заимствованных» тканей и способствовать бережному появлению головки. Акушерка кладет правую руку ладонной поверхностью 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 осторожно натягивает и низводит мягкие ткани по направлению к промежности, уменьшая растяжение. Ладонь этой же руки поддерживает промежность, прижимая ее к прорезывающейся головке. Уменьшение напряжения промежности описанным образом позволяет восстановить кровообращение и питание тканей и предотвратить появление разрывов.

Третий момент — выведение головки из половой щели вне потуг, не на их пике, когда давление головки бывает очень сильным (рис. 4). По окончании потуги большим и указательным пальцами правой руки акушерка бережно растягивает вульварное кольцо над прорезывающейся головкой. Благодаря этому головка постепенно выходит из половой щели. Как только начинается следующая потуга, акушерка 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 может возникнуть риск ее разрыва.

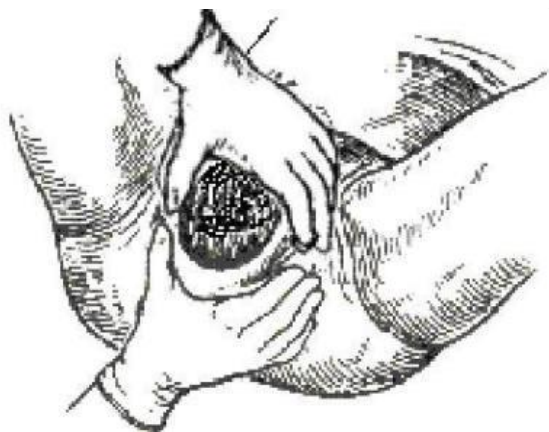


Рис. 3. Уменьшение напряжения промежности

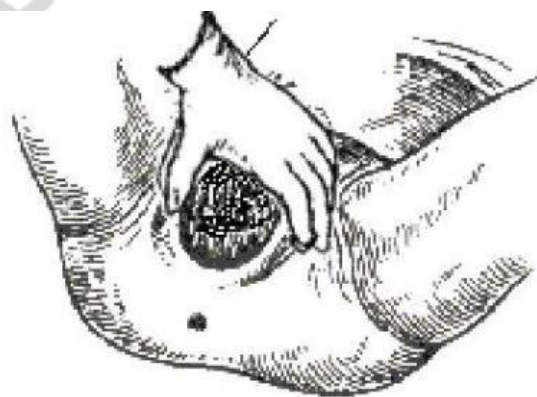


Рис. 4. Выведение головки из половой щели вне потуг

Четвертый момент — регулирование потуг (выключение и ослабление или, наоборот, удлинение и усиление). Наибольшее растяжение промежности, угроза ее разрыва и травмы головки плода возникают, если головка появляется во время потуги.

Регулирование прорезывания головки необходимо осуществлять следующим образом: когда теменные бугры головки плода проходят половую

щель, а подзатылочная ямка находится под лонным сочленением, при возникновении потуги роженица должна дышать глубоко, чтобы снизить силу потуги, так как глубокое дыхание задерживает потуги (в таком состоянии невозможно потужиться). В это время акушерка обеими руками задерживает продвижение головки до конца потуги. Вне потуги правой рукой акушерка сдавливает промежность над личиком плода таким образом, что она соскальзывает с личика, левая же рука медленно приподнимает головку вверх и разгибает ее. Если в это время потребуется потуга, роженице предлагают потужиться, чтобы рождение головки происходило при малом напряжении. Следовательно, командами тужиться и не тужиться достигается оптимальное напряжение тканей промежности и рождение самой плотной и крупной части плода — головки.

Пятый момент — освобождение плечевого пояса и появление туловища плода. В этот момент происходит наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков: из первой позиции головка лицом поворачивается к правому бедру роженицы, из второй позиции — к левому бедру (рис. 5). После прохождения головки роженица должна потужиться.



Рис. 5. Освобождение плечевого пояса плода

Обычно появление плечиков протекает самопроизвольно. Если это не произошло, то акушерка захватывает обеими ладонями головку в области височных костей и щечек. Легко и осторожно оттягивает головку книзу и кзади до тех пор, пока переднее плечико не подойдет под лонное сочленение. Затем акушерка левой рукой, ладонь которой находится на нижней щеке плода, захватывает головку и приподнимает ее вверх, а правой рукой бережно выводит заднее плечико, сдвигая с него ткани промежности.

В процессе родов происходит конфигурация головки плода (обусловлено захождением костей черепа друг под друга) и образование родовой опухоли. По конфигурации головки родившегося плода и расположению на ней родовой опухоли можно судить о биомеханизме родов, характере вставления головки (синклитизм или асинклитизм), степени ее сгибания и др.

Третий период родов (последовый). Последовый период ведется выжидательно (до 30 мин), обычно плацента отделяется и появляется в течение

10–15 мин. Пока плацента не отделилась, нежелательно пальпировать матку, плацента должна отделиться самостоятельно, чтобы не нарушить естественный ход последовых схваток и правильное отделение плаценты, что позволяет избежать кровотечения. Важно следить за признаками отделения последа.

Обязательно моча выпускается катетером для профилактики кровотечения.

Признаки отделения последа. *Признак Шредера:* при отделении плаценты и ее опускании в нижний отдел матки происходит уплощение матки, поднятие дна матки выше пупка и отклонение вправо, что заметно при пальпации. При этом нижний сегмент выпячивается над лоном, так как плацента опустилась в нижний сегмент и влагалище, отодвинув матку кверху (рис. 6).

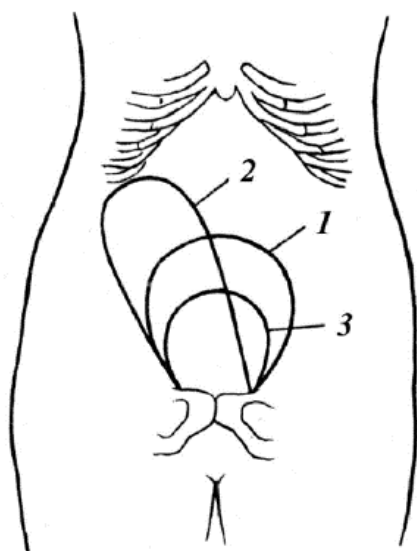


Рис. 6. Расположение матки в последовом периоде:

1 — до отделения плаценты; 2 — после отделения плаценты (признак Шредера); 3 — после рождения последа

Признак Альфельда: если отделение плаценты произошло, то лигатура, наложенная на культю пуповины у вульварного кольца, опустится на 10–12 см вместе с пуповиной (рис. 7).

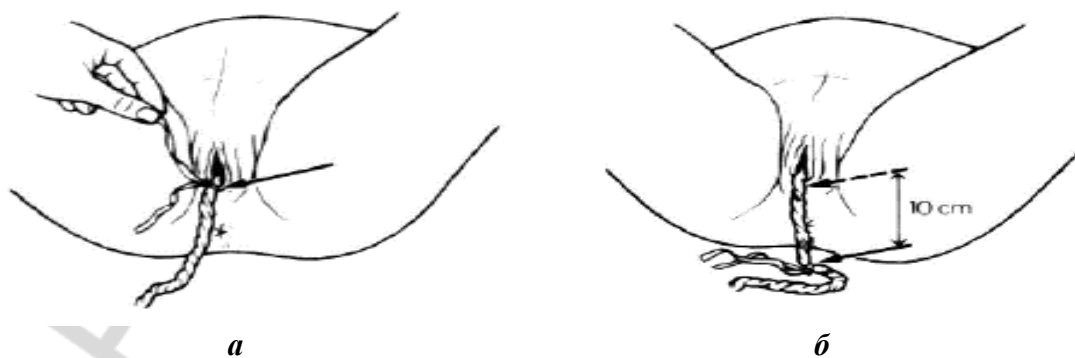


Рис. 7. Признак отделения плаценты по Альфельду:

а — наложение зажима у вульварного кольца; б — опущение лигатуры на 10 см, если отделился послед

Признак Кюстнера–Чукалова: происходит втяжение пуповины во влагалище при надавливании ребром кисти над лоном, если плацента не отделилась. Если отделилась, пуповина не втягивается во влагалище (рис. 8).

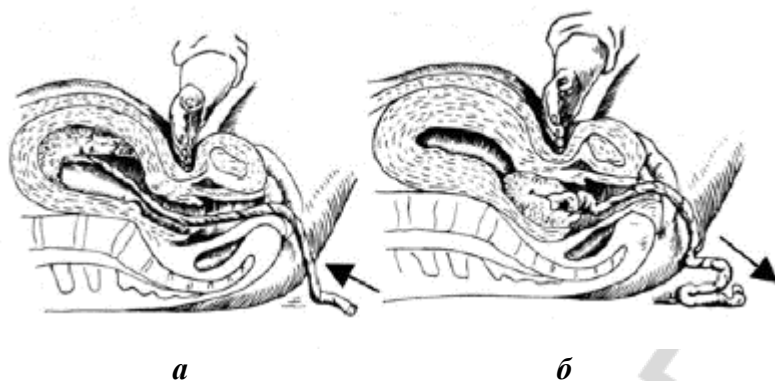


Рис. 8. Признак отделения плаценты по Кюстнеру–Чукалову:
а — плацента не отделилась; б — плацента отделилась

Признак Довженко: роженице предлагают сделать глубокий вдох и выдох. Если плацента отделилась, то на вдохе пуповина не втягивается во влагалище.

Признак Кляйна: роженице предлагают потужиться. Если плацента отделилась, то пуповина не втягивается, если плацента не отделилась, пуповина после потуг втягивается во влагалище.

Диагноз отделения плаценты ставят по совокупности перечисленных признаков. Чтобы родить послед, роженица должна потужиться. Под действием мышц брюшного пресса послед легко рождается. Если признаки отделения последа положительные, его рождение не происходит; послед может ущемляться, следовательно, необходимо применить наружные способы выделения отделившегося последа из матки.

Выделение последа по способу Абуладзе (усиление брюшного пресса): после опорожнения мочевого пузыря переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в складку так, чтобы прямые мышцы живота были плотно охвачены пальцами. Происходит уменьшение объема брюшной полости и устранение расхождения мышц. Роженица тужится, происходит отделение последа с последующим его рождением (рис. 9).



Рис. 9. Способ выделения отделившегося последа по Абуладзе

Выделение последа по способу Креде–Лазаревича (имитация схваток). Метод травматичный при несоблюдении основных условий выполнения данной манипуляции. Необходимые условия: катетеризация мочевого пузыря с целью его опорожнения, приведение матки в срединное положение, легкое поглаживание матки для того, чтобы стимулировать ее сокращения. Техника: дно матки обхватывается кистью правой руки, ладонные поверхности четырех пальцев расположены на задней стенке матки; ладонь — на ее дне, большой палец — на передней стенке матки, одновременно всей кистью необходимо надавить на матку в сторону лонного сочленения до тех пор, пока послед не родится (рис. 10).

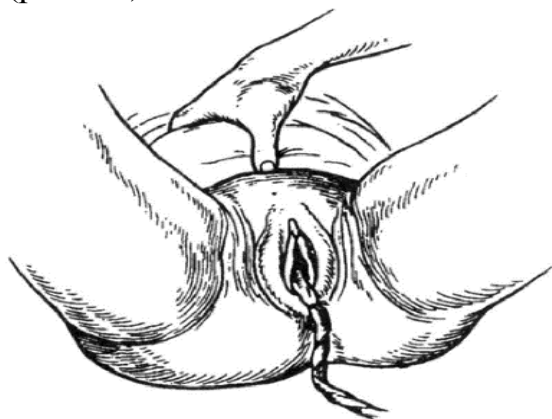


Рис. 10. Способ выделения отделившегося последа по Креде–Лазаревичу

Выделение последа по способу Гентера (имитация родовых сил). После опорожнения мочевого пузыря кисти обеих рук, сжатые в кулаки, кладут тыльными сторонами на дно матки (матка должна находиться в срединном положении) в области трубных углов. При плавном давлении книзу и кнутри происходит постепенное рождение последа (рис. 11).

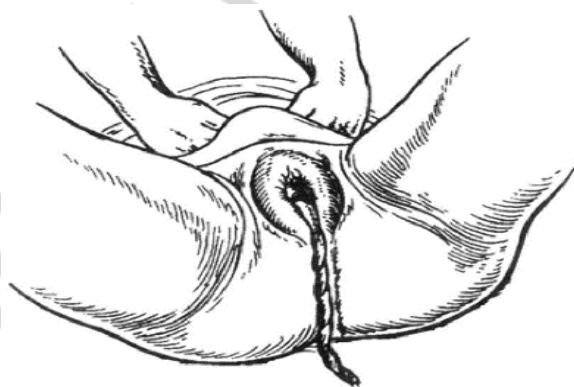


Рис. 11. Способ выделения отделившегося последа по Гентеру

Если признаки отделения плаценты отсутствуют в течение 30 мин после рождения плода, показано ручное отделение и выделение последа.

Последовательность проведения ручного отделения и выделения последа: одной рукой придерживают дно матки, другую руку (правую) вводят в полость матки (ориентиром является пуповина), и аккуратно плаценту от-

деляют от ее стенок пилообразными движениями. Затем послед удаляется и осматривается на ровной поверхности (осматривается материнская часть, плодные оболочки). Поверхность долек материнской части должна быть гладкой и блестящей, не должно быть отходящих, оборванных сосудов. Если имеется нарушение целостности последа или обнаружен дефект плаценты или плодных оболочек (рваные оболочки, плодные оболочки должны быть целыми, без оборванных сосудов), то делают ручное обследование полости матки и удаляют остатки плаценты. Нужно обратить внимание, не проходят ли по оболочкам кровеносные сосуды, что характерно при существовании добавочной дольки плаценты.

Далее осматривают наружные половые органы, затем инструментами (влагалищными зеркалами) — стенки влагалища и шейка матки. Имеющиеся разрывы должны быть ушиты.

После рождения последа наступает послеродовой период, роженицу называют родильницей. В течение раннего послеродового периода (2 ч после отделения последа) родильница находится в родильном отделении. Необходимо следить за гемодинамикой, состоянием матки, величиной кровопотери. Через 2 ч родильницу переводят в послеродовое отделение.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР

В 1952 г. американский врач-анестезиолог Вирджиния Апгар на конгрессе анестезиологов официально представила систему оценки состояния новорожденного в первые минуты жизни по пяти показателям: дыханию, сердцебиению, мышечному тону, рефлексам и цвету кожных покровов (табл. 2).

Таблица 2

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Признаки	0 баллов	1 балл	2 балла
Пульс	Отсутствует	Менее 100 уд./мин	Более 100 уд./мин
Дыхание	Отсутствует	Медленное, нерегулярное	Хорошее, крик
Мышечный тонус	Слабый	Сгибает ручки и ножки	Активно двигается
Рефлексы	Отсутствуют	Слабо выражены	Вызываются
Цвет кожи	Синюшный, бледный	Нормальный, но ручки и ножки синюшные	Нормальный по всему телу

Каждого новорожденного осматривают и присваивают 0, 1 или 2 балла по каждому признаку. Оценка в 2 балла означает, что признак выражен ярко, 1 балл — выражен слабо, 0 баллов — признак отсутствует. Подсчет баллов обязательно проводится дважды: на первой и пятой минуте жизни. Поэтому оценки по Апгар всегда две, например, 8/9 баллов.

Результат от 8 до 10 баллов считается хорошим, и новорожденного после перевода матери в послеродовое отделение переводят на пост совместного пребывания с мамой. При оценке от 4 до 6 баллов могут оказаться нужны

некоторые реанимационные мероприятия. Результат ниже 4 баллов требует немедленного проведения реанимационных мероприятий.

Характеристика основных признаков оценки по шкале Апгар. Работа сердца. Частота сердечных сокращений новорожденного составляет 130–140 уд./мин. Это оценивается в 2 балла. Частота сердечных сокращений менее 100 уд./мин оценивается в 1 балл, отсутствие пульсовой волны — 0 баллов.

Частота дыхания. Новорожденный совершает до 40–45 дыхательных движений в минуту, т. е. делает вдох-выдох практически каждую секунду, это оценка в 2 балла. Если слышится стон, дыхание медленное, затрудненное и нерегулярное, то ставится 1 балл. Отсутствие дыхательных движений и крика — 0 баллов.

Мышечный тонус. Новорожденные находятся в определенной позе: голова приведена к груди, кисти сжаты в кулачки, руки согнуты в локтевых, а ноги в коленных и тазобедренных суставах, в положении на боку голова слегка запрокинута (повышен тонус мышц-сгибателей). Его движения не скоординированы, хаотичны (может двигать ножками и размахивать ручками, совершенно не владея этим) — оценка 2 балла. Если конечности ребенка лишь слегка согнуты, а движения вялые и редкие, ставится 1 балл. Отсутствие активных движений и слабый мышечный тонус — 0 баллов.

Рефлексы. Все безусловные рефлексы начинают функционировать у детей сразу после рождения: первый крик, вдох, сосательный и глотательные рефлексы, рефлексы ходьбы и ползания. Если они выражены в полной мере, ставится 2 балла, если рефлексы неуверенные — 1 балл. Их полное отсутствие 0 баллов.

Цвет кожных покровов у новорожденного варьируется от бледно- до ярко-розового. Это оценивается в 2 балла. У новорожденных с другим цветом кожи (например, мулатов) обследуются белки глаз, цвет слизистых оболочек рта, губы, ладони и нижние поверхности стоп. Если имеется синюшность кожных покровов (ручек, ножек), то ставится 1 балл. При равномерно бледном или синюшном цвете кожных покровов ставится 0 баллов.

Низкая оценка по шкале Апгар может быть связана как с одномоментной ситуацией при рождении (острой гипоксией или асфиксией), так и с хроническим состоянием (хронической гипоксией), а также с физиологической незрелостью новорожденного (в случае недоношенности).

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ (ЯГОДИЧНОМ) ПРЕДЛЕЖАНИИ

Тазовое предлежание плода является пограничной акушерской ситуацией, так как роды через естественные родовые пути сопровождаются повышенным риском интранатальной гипоксии плода, асфиксии, родовой травмы и гибели плода, а также детской инвалидности и смертности. Поэтому при наличии любых акушерских осложнений, особенно при разгибательных по-

положениях головки плода (рис. 12), методом выбора при родоразрешении является операция кесарево сечение. Встречается тазовое предлежание в среднем в 3,5 % случаев, чаще у рожавших женщин и при преждевременных родах.

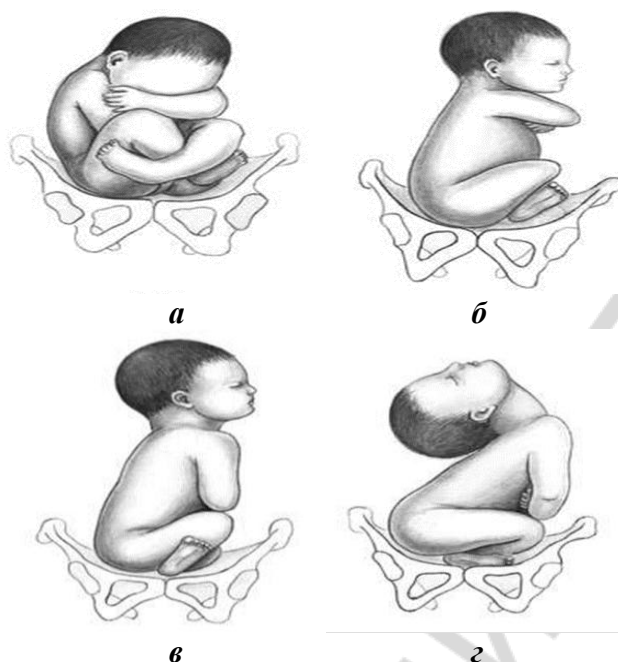


Рис. 12. Варианты положения головки плода при тазовом предлежании: *а* — головка согнута; *б* — I степень разгибания (поза военного); *в* — II степень разгибания; *г* — III степень разгибания («смотрит на звезды»)

Ягодичное предлежание классифицируют, исходя из положения ног и ягодиц плода (рис. 13).

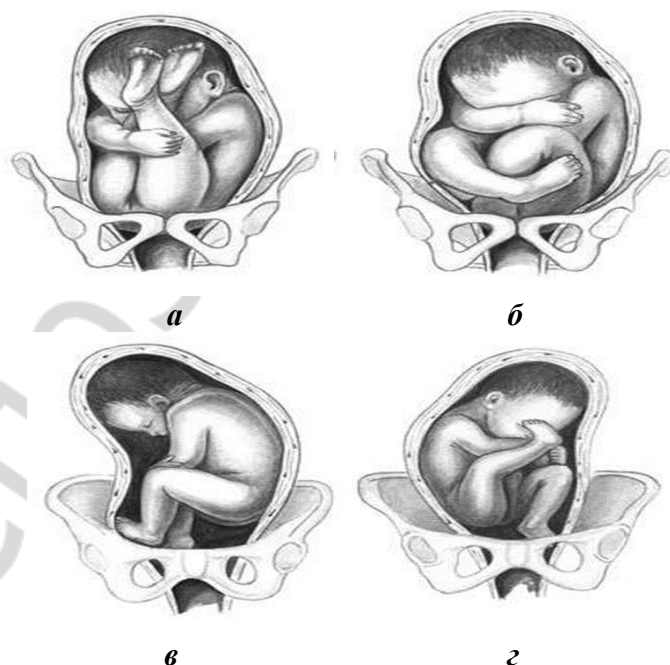


Рис. 13. Варианты тазовых предлежаний: *а* — чистое ягодичное предлежание; *б* — смешанное ягодично-ножное предлежание; *в* — полное ножное предлежание; *г* — неполное ножное предлежание

Чисто ягодичное предлежание. Предлежат ягодичцы, ножки плода согнуты в тазобедренных суставах, разогнуты в коленных суставах и вытянуты вдоль туловища. Такой вид наблюдается в 60–65 % случаев тазового предлежания. При таком виде предлежания роды могут проводиться через естественные родовые пути при отсутствии противопоказаний.

Смешанное ягодичное предлежание. Ножки полностью согнуты в коленных суставах и прижаты к животу плода. Данное предлежание наблюдается в 25–35 % случаев.

Ножное предлежание. Предлежат одна или обе стопы либо (крайне редко) колени плода.

Полное и неполное ножные предлежания. При полном ножном предлежании предлежат обе ножки, при неполном — одна ножка или колени плода. Данный вид предлежания наблюдается в 5 % случаев.

Факторы риска, приводящие к возникновению ягодичных предлежаний плода:

1. Материнские факторы:
 - паритет родов (многорожавшие женщины);
 - аномалии развития матки;
 - узкий таз, аномальные формы таза;
 - наличие миоматозных узлов, особенно в нижнем сегменте матки, шеечно-перешеечной области;
 - снижение и повышение тонуса миометрия.
2. Плодовые факторы:
 - пороки развития плода (анэнцефалия, гидроцефалия, синдром Дауна);
 - малая масса плода или недоношенность;
 - неустойчивое положение плода (при многоводии);
 - снижение двигательной активности плода или чрезмерная подвижность;
 - многоплодная беременность.
3. Плацентарные факторы:
 - патология плаценты (предлежание);
 - низкое расположение плаценты;
 - локализация плаценты в дне матки;
 - многоводие;
 - маловодие.

Диагностика тазовых предлежаний плода. Наружное акушерское исследование:

1. Высокое стояние дна матки: в дне матки пальпируется головка плода, в нижнем сегменте — тазовый конец плода (при пальпации приемами Леопольда–Левицкого).

2. Сердцебиение плода прослушивается выше пупка или на уровне пупка.

Влагалищное исследование:

1. Пальпируется тазовый конец плода (ягодицы плода мягче, чем тазовый конец).
2. Могут пальпироваться ягодицы, копчик, анус плода, половые органы.
3. Пальпируются ножки плода, можно найти паховый сгиб, стопу (при смешанном предлежании).

При пальпации имеются отличительные признаки конечностей: пальпируется пяточная кость, пальцы короткие, большой палец не отставлен, с ручкой можно «поздороваться», стопа переходит в голень. При пальпации предлежащая часть подвижна над входом в малый таз.

При УЗИ четко определяется членорасположение плода.

При доношенной беременности, нормальных размерах таза, некрупном плоде (не более 3500 г), зрелой шейке матки, при чисто ягодичном предлежании у первородящей, чисто ягодичном или смешанном ягодичном предлежании у повторнородящей роды можно вести через естественные родовые пути, следя за развитием родовой деятельности, гемодинамикой, проводя постоянный КТГ-мониторинг плода.

Ведение родов через естественные родовые пути. В первом периоде родов необходимо:

- уточнить характер предлежания;
- проводить профилактику раннего излития околоплодных вод и выпадения петель пуповины (что может привести к асфиксии и гибели плода);
- проводить постоянный КТГ-мониторный контроль за состоянием плода и развитием родовой деятельности, так как роды могут затягиваться;
- при необходимости проводить обезболивание схваток.

Желательно соблюдать постельный режим с целью профилактики раннего излития околоплодных вод, выпадения петель пуповины. Лучше лежать на том боку, куда обращена спинка плода, что способствует родоактивации. После излития околоплодных вод обязательно влагалищное исследование для уточнения акушерской ситуации.

В процессе наблюдения за сердечной деятельностью плода нужно учитывать ее особенности, связанные со сдавлением животика ножками и раздражением *n. splanchnicus*, что приводит к тахикардии, особенно в конце первого и второго периодов родов.

Родовая деятельность оценивается с помощью токографии и ведения партограммы. При нормальном течении родов скорость раскрытия шейки матки в активную фазу родов при тазовом предлежании плода должна быть не менее 1,2 см/ч у первородящих и не менее 1,5 см/ч у повторнородящих.

Во втором периоде родов необходимо тщательное наблюдение за состоянием плода (КТГ-мониторинг), продвижением предлежащей части по родовым путям. Особенностью родов при тазовых предлежаниях является то, что во втором периоде родов появление мекония не является признаком гипоксии, потому что он механически выдавливается из кишечника в момент прохождения плода по родовым путям.

После прорезывания ягодиц для оказания пособия целесообразно различать четыре этапа рождения плода: до пупка, до нижнего угла лопаток, рождение плечевого пояса и ручек, рождение головки. Необходимо помнить, что тазовый конец не может достаточно растянуть ткани родового канала, что может привести к запрокидыванию ручек и разгибанию головки.

Очень важно рождение плода до пупка, потому что происходит натяжение и прижатие пуповины головкой, вступившей в таз, поэтому плечевой пояс и головка должны появиться в течение 5 мин (не более), при вступлении головки в полость таза и уменьшении объема матки возможна преждевременная отслойка плаценты и острая гипоксия плода.

Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях плода. При тазовых предлежаниях различают следующие моменты биомеханизма родов (рис. 14).

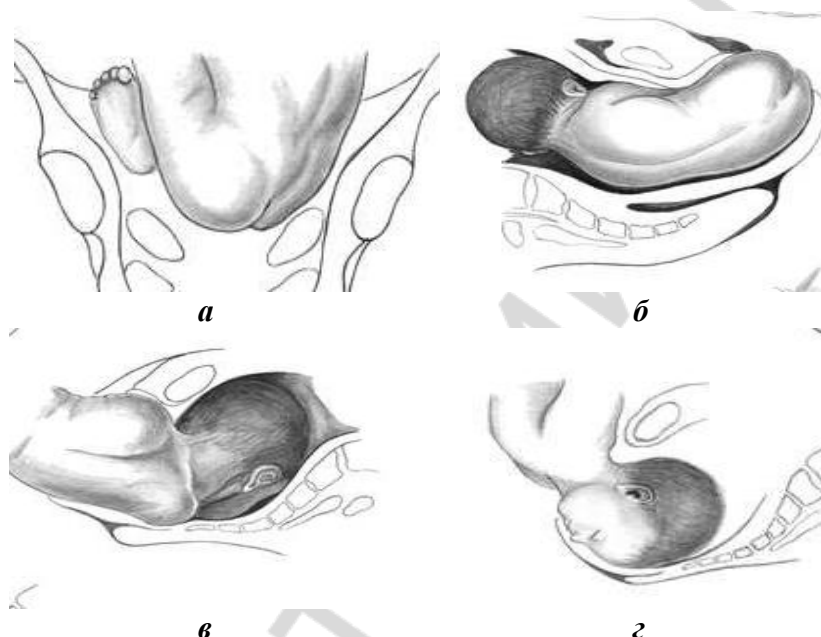


Рис. 14. Механизм родов при тазовом предлежании:

а — внутренний поворот ягодиц (первый момент); *б* — боковое сгибание поясничного отдела позвоночника (второй момент); *в* — внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища (третий момент); *г* — сгибание и рождение головки (четвертый момент)

В начале первого периода родов ягодицы, также как и головка плода, располагаются своим поперечным размером (*linea intertrochanterica*) над одним из косых (зависит от позиции) размеров или в поперечном размере плоскости входа в малый таз. *Первый момент* — опускание ягодиц во вход в малый таз. Проводной точкой является ягодица, обращенная кпереди (на ней образуется родовая опухоль).

Второй момент — внутренний поворот ягодиц. Первой опускается ягодица, обращенная кпереди. Это движение соответствует сгибанию головки при затылочном вставлении. Ягодицы совершают маятникообразные движения, огибают мыс и опускаются в широкую часть малого таза, далее — в узкую. Ягодицы, совершив поворот, опускаются на тазовое дно. Передняя ягодица подходит к симфизу, задняя — к крестцу, межвертлужная линия

становится в прямом размере выхода таза. Туловище плода подвергается незначительному боковому сгибанию.

Третий момент — врезывание и прорезывание ягодиц. После прорезывания передней ягодицы образуется точка фиксации с симфизом. Передняя ягодица выходит из-под симфиза. При этом совершается сильное боковое сгибание туловища плода, рождается задняя ягодица (при смешанном предлежании — еще и ножки). Туловище выпрямляется, плод рождается до пупочного кольца, затем до нижнего угла передней лопатки.

Четвертый момент — появление плечевого пояса. При повороте (в выходе таза) плечики переходят в прямой размер выхода из малого таза. Спинка плода поворачивается к бедру роженицы в соответствии с позицией: при первой позиции — к правому бедру, при второй позиции — к левому. Плечико плода, обращенное кпереди, упирается в симфиз. Плечико, обращенное кзади, располагается впереди копчика над промежностью и появляется первым. Рождаются плечевой пояс и ручки плода (см. рис. 14).

Пятый момент — прохождение головки. Головка плода вступает в один из косых размеров плоскости входа в малый таз, противоположный тому, в котором проходили плечики. При переходе из широкой в узкую часть головка совершает внутренний поворот и стреловидный шов переходит в прямой размер выхода из малого таза. После появления в половой щели шеи головка плода упирается подзатылочной ямкой в нижний край лонной дуги, образуется точка фиксации, происходит сгибание головки и ее рождение от подбородка до затылка (см. рис. 14). Чаще всего головка прорезывается малым косым размером, как при затылочном предлежании. Из-за того, что головка быстро рождается, ее конфигурации не происходит, поэтому головка округлой формы.

Особенности родов при ножных предлежаниях. При полном ножном предлежании первыми из половой щели показываются ножки, при неполном предлежании показывается ножка, обращенная к симфизу (рис. 15). Когда ножки или одна ножка родились до подколенной ямки, ягодицы вступают во вход в таз в одном из косых размеров, и дальше биомеханизм родов происходит как описано выше.

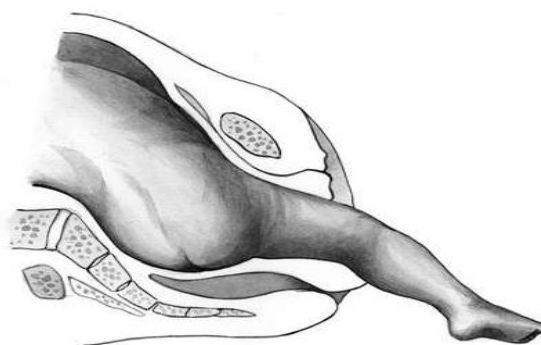


Рис. 15. Рождение ножки при неполном ножном предлежании

В норме ножки появляются из половой щели при полном раскрытии шейки матки. Однако выпадение ножки может произойти и при неполном раскрытии шейки матки.

Родовая опухоль при ягодичных предлежаниях располагается на одной из ягодиц: при первой позиции — на левой, при второй — на правой или на ножках при ножных предлежаниях. Может появиться отек наружных половых органов — мошонки или больших половых губ.

Отклонения от нормального биомеханизма родов. В процессе родов при движении головки по родовым путям плод может повернуться спинкой кзади с образованием заднего вида (рис. 16). При согнутой головке в момент ее рождения область переносицы упирается в симфиз, и над промежностью выкатывается затылок. Процесс родов при заднем виде затягивается.



Рис. 16. Рождение головки в заднем виде

Следующим осложнением является разгибание (запрокидывание) головки (рис. 17). При этом подбородок задерживается над симфизом. В этом случае необходимо оказать пособие по рождению головки.



Рис. 17. Запрокидывание головки при заднем виде тазового предлежания

При продвижении плода ручки могут запрокидываться: располагаться впереди личика, по бокам головки или запрокинуться за затылок — I, II и III степени запрокидывания (рис. 18). Запрокидывание ручек чаще всего возникает при неправильном оказании пособия и преждевременных попытках извлечения плода.

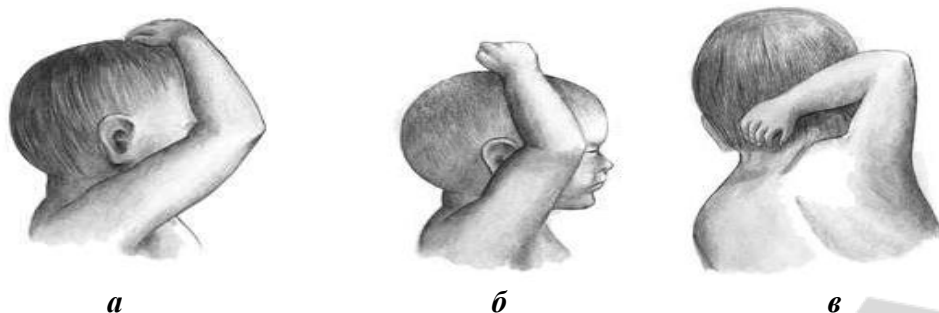


Рис. 18. Запрокидывание ручек:
a — I степень; *б* — II степень; *в* — III степень

При запрокидывании ручек необходимо оказать пособие по низведению ручек.

Осложнения в родах. Наиболее частым осложнением в родах является *несвоевременное* (преждевременное или раннее) *излитие околоплодных вод*, что обусловлено отсутствием плотного пояса соприкосновения между предлежащей частью и родовым каналом (не происходит разграничение вод на передние и задние). *Выпадение петель пуповины* и *мелких частей плода* может произойти в момент излития околоплодных вод (рис. 19).



Рис. 19. Ягодично-ножное предлежание. Выпадение петель пуповины

Первичная и вторичная слабость (дискоординация) родовой деятельности при ягодичном предлежании обусловлена функциональной неполноценностью матки и отсутствием давления предлежащей части на нижний сегмент матки. В период изгнания имеются особенности, в результате которых роды при тазовом предлежании относятся к патологическим. Прежде всего, это рождение головки последней. Первым по родовому каналу продвигается тазовый конец, который не расширяет в достаточной степени родовые пути. При рождении плода в тазовом предлежании происходит *сдавление пуповины* рождающейся головкой. Одним из осложнений является *вколачивание ягодиц* в таз при ягодичном предлежании, чаще всего из-за клинически узкого таза. Также возможны травмы плода, травмы мягких тканей родовых путей матери, асфиксия и гибель плода в родах.

При ягодичном предлежании беременных госпитализируют в стационар на 39-й неделе беременности для определения метода родоразрешения. При выборе метода родоразрешения необходимо учитывать возраст беременной, паритет родов, соматический и акушерский анамнез, срок беременности, готовность организма к родам (оценить состояние шейки матки), размеры таза, разновидность тазового предлежания плода, массу плода.

Показаниями к кесареву сечению во время беременности у первородящих являются:

- возраст старше 30 лет;
- экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг;
- выраженное нарушение жирового обмена;
- пороки развития внутренних половых органов;
- беременность после ЭКО (особенно неоднократного);
- анатомически и клинически узкий таз;
- рубец на матке после кесарева сечения или консервативной миомэктомии;
- предполагаемая масса плода менее 2500 и более 3500 г;
- задержка роста плода II–III степени;
- перенашивание беременности;
- признаки гипоксии плода;
- гемолитическая болезнь плода;
- разгибание головки плода по данным УЗИ;
- тазовое предлежание первого плода при многоплодной беременности;
- преждевременное или раннее излитие околоплодных вод;
- выпадение петель пуповины или мелких частей плода;
- слабость или дискоординация родовой деятельности.

Показаниями к кесареву сечению во время беременности у повторно-родящих являются:

- неблагоприятный перинатальный исход предыдущих родов;
- предполагаемая масса плода 3600 г и более;
- гипоксия, задержка роста плода II–III степени (или их сочетание);
- беременность после ЭКО;
- незрелые родовые пути, тенденция к перенашиванию;
- рубец на матке;
- анатомически и клинически узкий таз;
- разгибание головки плода;
- тяжелая форма гемолитической болезни плода;
- экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг.

Пособия, оказываемые при родах в тазовом предлежании. Ручное пособие I при чисто ягодичном предлежании по методу Цовьянова. Цель — сохранить нормальное членорасположение плода. В период изгнания необходимо удерживать ножки вытянутыми и прижатыми к туловищу плода. Ножки прижимают скрещенные ручки к грудной клетке и препят-

ствуют их запрокидыванию, а стопы, располагаясь на уровне личика, сохраняют сгибание головки. Ножки, вытянутые вдоль туловища, превращают тело плода в конус, постепенно расширяющийся кверху. На уровне плечевого пояса он достигает максимального объема (в среднем 42 см), который складывается из объема грудной клетки, обеих скрещенных на груди ручек и прижатых к ним ножек. Все это превышает объем последующей головки (32–34 см), поэтому ее рождение происходит без затруднения.

Техника проведения: пособие оказывается после прорезывания ягодиц в прямом размере выхода таза. Большие пальцы охватывают бедра плода, располагаясь на их задней поверхности, и осторожно прижимают ягодицы к туловищу, остальные четыре пальца помещают на поверхности крестца (рис. 20). По мере рождения тазового конца плода руки, перемещаясь по туловищу плода, постоянно находятся на промежности роженицы. При этом плод не следует потягивать, так как это может привести к запрокидыванию ручек плода и разгибанию головки.

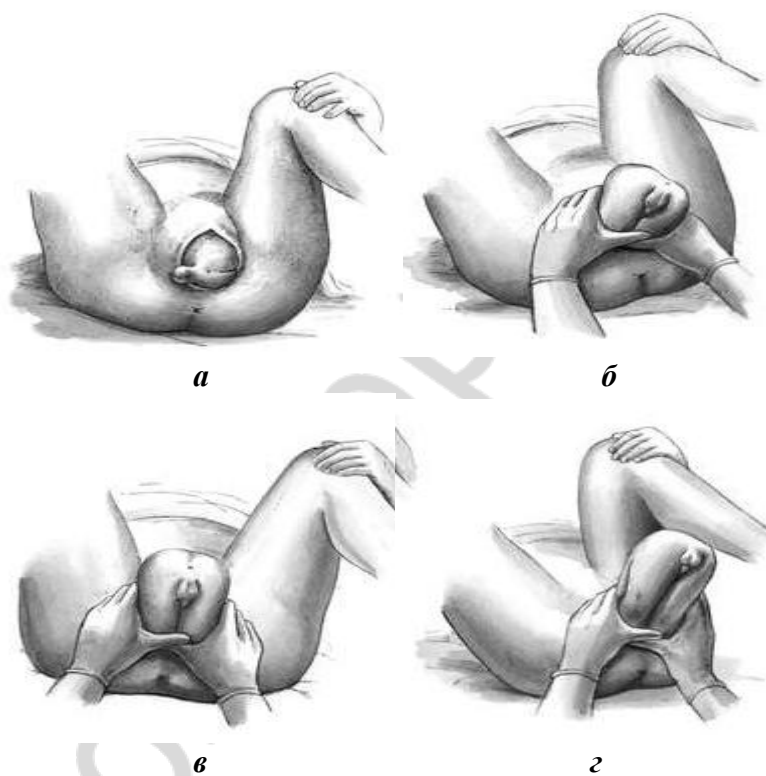


Рис. 20. Ручное пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода: а — после рождения передней ягодицы уточняется позиция плода; б — туловище плода переходит в левый косой размер таза; в — туловище плода переходит в поперечный размер таза спинкой кпереди; г — большие пальцы по мере рождения плода передвигаются по задней поверхности бедер по направлению к задней стенке влагалища

При оказании пособия по Цовьянову важно удержать туловище спинкой кпереди, чтобы не образовался задний вид.

Ручное пособие II по методу Цовьянова при ножных предлежаниях. При ножных предлежаниях осложнения у плода наблюдаются чаще, чем при

ягодичных, так как родовые пути не готовы для последующего прохождения плечевого пояса и головки. Роды проводятся под контролем гемодинамики и постоянным КТГ-мониторингом. При появлении в вульварном кольце пяток плода их прикрывают стерильной пленкой и ладонью, приложенной к наружным половым органам, препятствуя преждевременному выпадению ножек из влагалища, тем самым формируя смешанное ягодично-ножное предлежание (рис. 21).



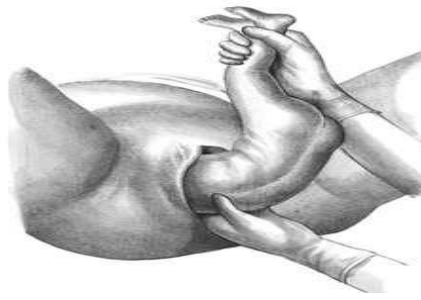
Рис. 21. Создание препятствия рождающимся ножкам при ножном предлежании

Данное противодействие следует оказывать до тех пор, пока не наступило полное раскрытие маточного зева, на что указывает сильное выпячивание промежности предлежащей части плода и зияние заднепроходного отверстия. Когда ягодички спускаются до преддверия влагалища, ножки плода, несмотря на оказываемое им противодействие, начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушера. После этого противодействие ножкам больше не оказывают, и они, а вслед за ними ягодички и туловище плода рождаются без затруднений до угла лопаток. Затем необходимо перейти к оказанию классического ручного пособия.

Классическое ручное пособие при ягодичном предлежании плода заключается в выведении ручек и головки во втором периоде родов.

Техника проведения: сначала освобождают ручки, а затем головку плода. Ручки начинают освобождать после рождения туловища плода до угла лопатки, обращенной кзади. Первой освобождают ручку, обращенную кзади (к промежности), так как это более удобный вариант (рис. 22). Особенности освобождения ручек плода:

- каждая ручка плода выводится одноименной рукой врача, принимающего роды: правая ручка — правой рукой, левая ручка — левой рукой;
- первой всегда освобождается ручка, обращенная кзади;
- для освобождения обращенной кпереди ручки туловище плода поворачивают так, чтобы вторая ручка находилась со стороны промежности.



а



б

Рис. 22. Ручное пособие при тазовом предлежании:
а — освобождение нижней левой ручки; *б* — освобождение второй ручки

Освобождение ручек проводят при расположении туловища плода в прямом размере выхода из малого таза. При первой позиции левой рукой берут за голеностопные суставы ножек, и туловище плода размещают параллельно правому паховому сгибу матери (рис. 22). Правой рукой входят со стороны промежности во влагалище и доходят до локтевого сгиба ручки плода. Умывательным движением (перед личиком) извлекают ручку. При этом следует избегать сильного давления на плечевую кость и предплечье из-за опасности их повреждения. Ручка, обращенная кпереди, иногда рождается сама. Если этого не происходит, то плод следует повернуть на 180° так, чтобы оставшаяся ручка была обращена к промежности. Для этого двумя руками обхватывают грудь плода (большие пальцы расположены на спинке) и осторожно поворачивают плод так, чтобы спинка прошла под лоном. Для освобождения второй ручки туловищу плода вновь придается продольное положение, и ручка извлекается за локтевой сгиб перед лицом плода (умывательное движение).

Затем необходимо приступить к освобождению головки. При извлечении головка должна повторять биомеханизм родов: сгибание, внутренний поворот, фиксация головки подзатылочной ямкой под лонным сочленением, рождение головки. В процессе извлечения головки важно правильно ее захватить и делать влекущие движения строго в соответствии с направлением проводной оси таза (рис. 23).

Прием Морисо–Левре–Лашапель: туловище плода располагается на предплечье левой руки (при первой позиции), правой руки (при второй позиции), средний палец, введенный в рот плода, удерживает головку в согнутом состоянии, указательный и безымянный пальцы этой руки располагаются на верхней челюсти плода, способствуя сгибанию головки. Указательный и безымянный пальцы другой руки располагают на плечиках плода, а средний — на затылке, он помогает сгибанию головки. Тракции производят наружной рукой сначала вниз на себя (образуется точка фиксации), затем вверх.

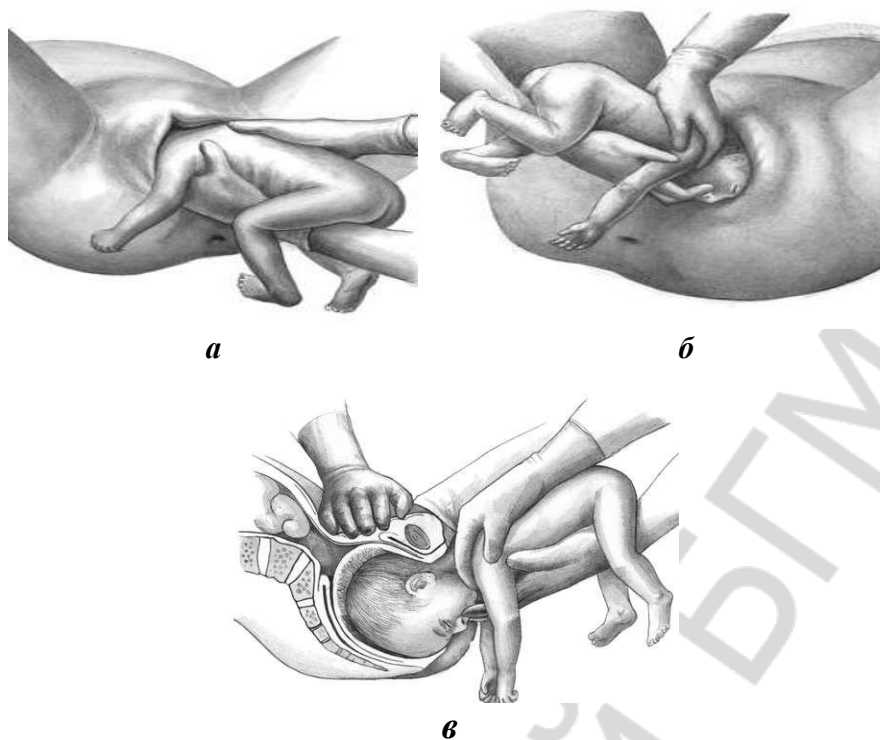


Рис. 23. Выведение последующей головки по методу Морисо–Левре–Лашапель: а — туловище плода кладут верхом на предплечье, вторую руку располагают на плечиках плода; б — средний палец руки вводят в ротик плода; в — головку выводят соответственно механизму родов. Ассистент помогает извлечению головки, оказывая на нее давление сверху через брюшную стенку

Показания к кесаревому сечению при тазовых предлежаниях в родах:

- излитие околоплодных вод при незрелой шейке матки;
- ножное предлежание плода;
- аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация);
- признаки гипоксии или асфиксии плода;
- отсутствие продвижения тазового конца плода при полном раскрытии шейки матки;
- предлежание или выпадение петель пуповины в первом периоде родов;
- выпадение ножки (ножек) плода при неполном раскрытии шейки матки у первородящих.

Течение и ведение третьего периода родов происходит также, как и при головных предлежаниях.

Послеродовые заболевания наблюдаются чаще при родах в тазовом предлежании, чем при головных предлежаниях, что связано с более частым повреждением мягких родовых путей из-за применения пособий и хирургических вмешательств при тазовом предлежании плода.

РАССЕЧЕНИЕ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ (ЭПИЗИОТОМИЯ)

Существуют следующие варианты рассечения промежности в родах (рис. 24):

1. Перинеотомия — разрез по средней линии промежности, где проходит минимальное количество сосудов и нервных окончаний.

2. Латеральная эпизиотомия (может выполняться вправо или влево) — боковой разрез промежности, выполняемый на 2–3 см выше задней спайки влагалища по направлению к седалищному бугру.

3. Срединно-латеральная эпизиотомия (может выполняться вправо или влево) — разрез от задней спайки влагалища по направлению к седалищному бугру (используют наиболее часто).

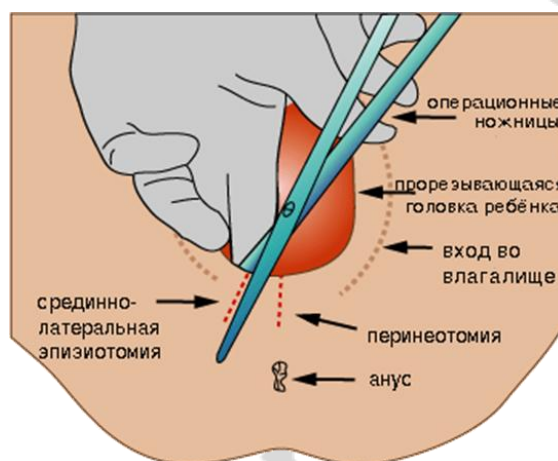


Рис. 24. Виды эпизиотомии

Показания к эпизиотомии:

1. Угроза разрыва промежности при крупном плоде, неправильных вставлениях головки плода, высокой ригидной, рубцово-измененной промежности, родоразрешающих влагалищных операциях и др. (резаная рана заживает лучше, чем рваная).

2. Укорочение II периода родов при кровотечении, гестозе, вторичной слабости родовой деятельности, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек, органов дыхания, зрения и др.

3. Усугубление гипоксии плода.

4. Дистресс плода в родах.

5. Преждевременные роды (рассечение промежности уменьшает силу давления на головку недоношенного плода мышцами тазового дна и ускоряет рождение плода; профилактика родового травматизма).

6. При неподатливой промежности для предупреждения внутричерепной травмы плода.

Противопоказания к рассечению промежности. Противопоказания к перинеотомии — «низкая» промежность. Это связано с тем, что разрез может перейти в разрыв с повреждением прямой кишки.

Условия для проведения операции. Перинеотомию можно выполнять только во время прорезывания головки плода, на высоте одной из потуг.

Подготовка к операции. Обработка промежности раствором антисептика и обезболивание (проведение инфильтрационной или пудендальной анестезии).

Техника операции. Промежность рассекают ножницами на высоте потуги, когда ткани максимально натянуты. Вне потуги во влагалище необходимо ввести браншу ножниц с тупым концом под контролем пальца по направлению предполагаемого разреза (между подлежащей частью плода и стенкой влагалища). Очень важно, чтобы разрез был не менее 3 см, иначе он может стать рваной раной. Подготовка операционного поля при зашивании разрывов промежности — обычная акушерская операция. Если зашивают разрыв при значительном кровотечении, то следует ввести в глубь влагалища ватно-марлевый шарик, который будет впитывать кровь во время наложения швов. Шарик удаляют из влагалища сразу после зашивания разрыва.

При наложении швов на разрыв промежности необходимо следить за тем, чтобы раневые поверхности плотно прилегали друг к другу, это будет способствовать хорошему заживлению.

Ушивание (эпизиорафия) проводится после отделения последа, осмотра шейки матки и слизистой влагалища посредством зеркал. Эпизиорафию проводят под местным обезболиванием (0,25%-ный раствор новокаина или 2%-ный раствор лидокаина) или внутривенным, послойно, в 2 ряда. Сначала зашивается рана со стороны влагалища, затем накладываются погружные швы для сопоставления мышц тазового дна, только потом накладываются швы на кожу промежности (рис. 25).

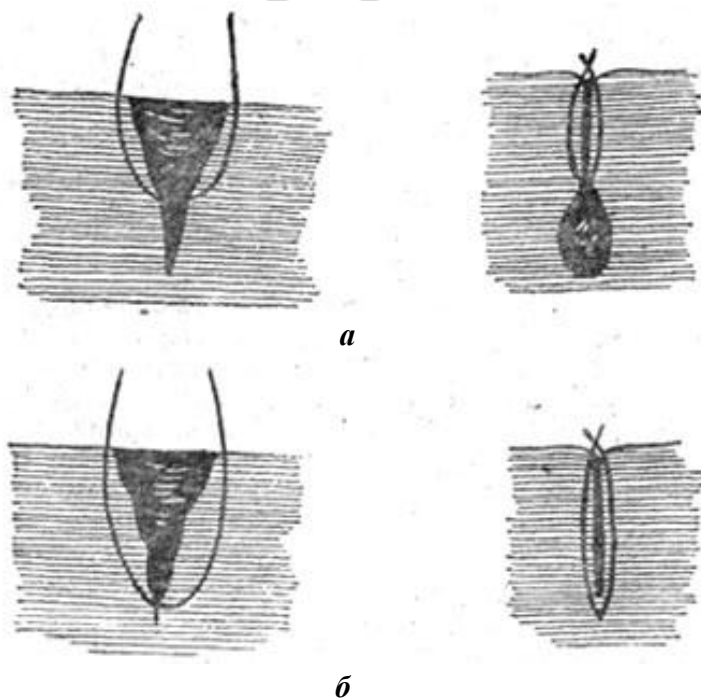


Рис. 25. Наложение швов:

a — неправильно наложенные швы; *б* — правильно наложенные швы

В зависимости от ситуации накладываются швы, которые затем нужно снимать: швы по Донате (материал шва полигликолид и викрил, снимаются на 4–5-й день) или внутрикожные косметическим швы.

Послеоперационный период. После эпизиотомии швы заживают в среднем около двух недель. В течение этого времени женщине нельзя сидеть, через 2 недели разрешается присаживаться на ягодицу, противоположную разрезу со сведенными ногами. Кормить ребенка следует в положении лежа или стоя. Швы обрабатываются крепким раствором марганцовки, и назначается диета для облегчения стула и профилактики расхождения швов. На третьи сутки после эпизиотомии при необходимости родильнице назначается слабительное. При отеке тканей промежности на область швов прикладывают пузырь со льдом или проводят ультразвуковую, лазерную физиотерапию, сверхвысокочастотное облучение дециметровыми волнами.

Дома женщине рекомендуется проводить туалет наружных половых органов после каждого посещения туалета, а прокладку менять каждые 2–3 ч. Половую жизнь можно возобновить через 2 месяца после родов.

Последствия эпизиотомии. Перинеотомия может усугубить акушерскую травму и привести к разрыву промежности III и IV степени.

После проведенного рассечения промежности возможно возникновение следующих осложнений и последствий:

1. Ближайшие последствия:

– отек послеоперационной раны (необходимо прикладывать лед к области швов, принимать обезболивающие препараты, нестероидные противовоспалительные средства);

– расхождение швов (заживление будет происходить путем вторичного натяжения или при необходимости повторного накладывания швов на область раны);

– инфицирование раны (назначение антибиотиков, обработка раны, по показаниям снятие швов и дренирование раны);

– гематома послеоперационной раны (удаление швов, опорожнение гематомы, назначение антибиотиков, повторное наложение швов);

– недержание мочи;

– боль в области промежности.

2. Отдаленные последствия:

– несостоятельность мышц тазового дна;

– рубцевание тканей промежности;

– нарушение чувствительности в области разрыва и наложения швов;

– опущение стенок влагалища и матки, а иногда и полное их выпадение при неправильном наложении швов и плохом заживлении раны;

– недержание газов и кала при нарушении в работе прямой кишки (при разрывах 3–4-й степени).

– боли при половых актах (в первые 3 месяца 90 % женщин испытывают неприятные ощущения во время коитуса, но к году после родов они исчезают).

Профилактика разрыва промежности:

– регулярное посещение акушера-гинеколога (1 раз в месяц в 1-м триместре, 1 раз в 2–3 недели во 2-м триместре и 1 раз в 7–10 дней в 3-м триместре);

– своевременная постановка на учет беременной в женской консультации (до 12-й недели беременности);

– тренировка мышц промежности: чередование сокращения и расслабления мышц таза и др. (упражнения Кегеля);

– регулярный массаж промежности, начиная с 7-го месяца беременности;

– своевременное и этиопатогенетическое лечение инфекционно-воспалительных заболеваний наружных и внутренних половых органов (вульвовагинит, кольпит, цервицит и пр.);

– внимательное и четкое следование инструкциям акушера и врача акушера-гинеколога во время родов;

– специальная диета последние недели перед родами (меньше животных белков (они делают ткани менее эластичными), больше растительных масел и т. д.);

– обучение навыкам правильного дыхания и расслабления в родах (посещение лекций в женской консультации);

– психологическая подготовка к родам, посещение курсов подготовки к родам.

РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ. РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДА

Ручное обследование полости матки. Показания:

– задержка частей плаценты или сомнение в ее целостности;

– маточные кровотечения;

– обследование после акушерских операций;

– обследование после плодоразрушающих операций;

– разрыв шейки матки III степени.

Техника операции. После обработки наружных половых органов правую руку, составленную конусом, вводят в полость матки. Левая рука, соответственно, располагается на дне матки. Правой рукой под контролем левой руки тщательно обследуют всю внутреннюю поверхность матки. При этом удаляют остатки плаценты, если они есть, сгустки крови, извлекают руку из полости тогда, когда матка сократилась (рис. 26).

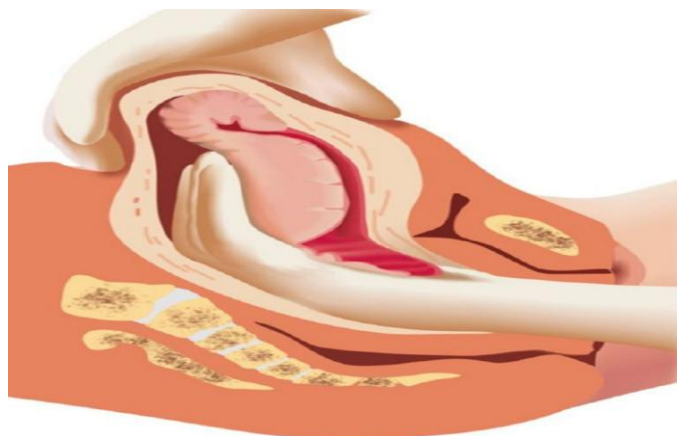


Рис. 26. Ручное обследование полости матки

Ручное отделение последа. Показания к операции: кровотечение в третьем периоде родов (если плацента не отделена), отражающееся на общем состоянии роженицы, артериальном давлении и пульсе; задержка выделения последа.

Техника операции. Операция выполняется под внутривенным обезболиванием. Правую руку, составленную конусом, по пуповине, которая является ориентиром, вводят в полость матки, достигают место прикрепления матки к плаценте. Дно матки удерживают левой рукой, а правой необходимо пройти до нижнего края плаценты, пальцами зайти между плацентой и стенкой матки. Пилообразными движениями постепенно, поднимаясь ко дну матки, нужно отделить плаценту на всем ее протяжении. Отделенную плаценту извлекают левой рукой, потягивая за пуповину. Правая рука остается в полости матки для того, чтобы проверить целостность стенок матки. После удостоверения в целостности стенок матки рука извлекается (рис. 27).



Рис. 27. Ручное отделение последа

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. С помощью второго приема Леопольда–Левицкого определяют:

- а) предлежащую часть плода;
- б) уровень стояния дна матки;
- в) позицию и вид позиции плода;
- г) массу плода;
- д) местонахождение головки по отношению к плоскостям малого таза.

2. С помощью третьего приема Леопольда–Левицкого определяют:

- а) предлежащую часть и ее отношение ко входу в малый таз;
- б) уровень стояния дна матки;
- в) позицию и вид позиции плода;
- г) пол плода;
- д) массу плода.

3. С помощью четвертого приема пальпации плода в матке определяют:

- а) отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;
- б) отношение предлежащей части ко входу в малый таз;
- в) массу плода;
- г) положение и позицию плода;
- д) уровень стояния дна матки.

4. Наиболее важный признак беременности при влагалищном исследовании:

- а) размягчение в области перешейка;
- б) уплотнение матки при ее пальпации;
- в) асимметрия одного из углов матки;
- г) увеличение размеров матки в соответствии со сроком задержки;
- д) менструация, ее мягкая консистенция;
- е) увеличение размеров матки.

5. При нормально развивающейся беременности в крови матери:

- а) увеличивается количество тромбоцитов;
- б) возрастает содержание фибриногена;
- в) повышается вязкость крови;
- г) происходит все вышеперечисленное;
- д) ничего из вышеперечисленного не происходит.

6. Изменения сердечно-сосудистой системы во время беременности не включают:

- а) физиологическую гипертрофию левого желудочка;
- б) увеличение минутного объема сердца;
- в) увеличение частоты сердечных сокращений;
- г) горизонтальное положение сердца;
- д) пролапс митрального клапана.

7. Изменения в матке во время беременности не включают:

- а) утолщение шейки матки;
- б) гипертрофию мышечных волокон;
- в) увеличение объема полости матки;
- г) гиперплазию мышечных волокон;
- д) удлинение каждого мышечного волокна.

8. Истинную конъюгату можно вычислить всеми способами, кроме:

- а) определения наружной конъюгаты;
- б) определения диагональной конъюгаты;
- в) непосредственно при рентгенопельвиметрии;
- г) определения окружности лучезапястного сустава;
- д) определения величины вертикальной диагонали ромба Михаэлиса.

9. Диагональную конъюгату измеряют:

- а) при наружном измерении таза;
- б) влагалищном исследовании;
- в) наружных приемах Леопольда–Левицкого;
- г) осмотре шейки матки в зеркалах;
- д) рентгенопельвиметрии.

10. На основании величины диагональной конъюгаты можно рассчитать:

- а) поперечный размер плоскости входа в малый таз;
- б) истинную конъюгату;
- в) прямой размер широкой части полости малого таза;
- г) прямой размер узкой части полости малого таза;
- д) прямой размер полости выхода из полости малого таза.

11. Истинная конъюгата в норме составляет:

- а) 10 см; б) 11 см; в) 12 см; г) 13 см; д) 14 см.

12. Через какое время в норме после окончания потуги должен восстановиться ритм сердечной деятельности плода:

- а) через 20 с; в) через 1 мин; д) через 30 мин?
- б) через 40 с; г) через 2 мин;

13. Какова сумма баллов при оценке состояния здорового новорожденного по шкале Апгар:

- а) 10–9; б) 7–8; в) 6; г) 5; д) 4?

14. Когда после рождения впервые оценивают состояние новорожденного:

- а) на 5-й мин; в) на 10-й мин; д) после 10-й мин?
- б) на 1-й мин; г) после 5-й мин;

15. Нормальная частота сердечных сокращений у доношенного плода составляет:

- а) 100 уд./мин; в) 70–80 уд./мин; д) 200 уд./мин.
- б) 180 уд./мин; г) 120–140 уд./мин;

Ответы: 1 — в; 2 — а; 3 — а; 4 — г; 5 — г; 6 — д; 7 — а; 8 — г; 9 — б; 10 — б; 11 — б; 12 — а; 13 — а; 14 — б; 15 — г.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. *Герасимович, Г. И.* Акушерство : учеб. пособие для студ. учреждений, обеспечивающих получение высшего медицинского образования / Г. И. Герасимович. Минск : Беларусь, 2004.

2. *Справочник* врача женской консультации : учеб. пособие / под ред. Ю. К. Малевича. Минск : Беларусь. 2017. 511 с.

Дополнительная

3. *Акушерство* : учеб. / Г. М. Савельева [и др.]. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 656 с. : ил.

4. *Чернуха, Е. А.* Нормальный и патологический послеродовый период / Е. А. Чернуха. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2006. 272 с.

5. *Айламазян, Э. К.* Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян, Б. Н. Новиков, Л. П. Павлова. 4-е изд. Санкт-Петербург : СпецЛит, 2007. 398 с.

6. *Хакер, Невиль Ф.* Акушерство и гинекология : иллюстрированный учеб. / Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел ; пер. с англ. ; под ред. Э. К. Айламазяна. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012.

7. *Акушерство* : учеб. / под ред. В. Е. Радзинского. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 904 с. : ил.

8. *Руководство* по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В. Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 944 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Опрос беременной и роженицы.....	4
Специальное акушерское исследование.....	7
Ведение физиологических родов	16
Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар.....	24
Ведение родов при тазовом (ягодичном) предлежании.....	25
Рассечение промежности в родах (эпизиотомия).....	38
Ручное обследование полости матки. Ручное отделение и выделение последа.....	41
Самоконтроль усвоения темы.....	43
Список использованной литературы	45

Учебное издание

Савицкая Валентина Михайловна

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО АКУШЕРСТВУ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. Ф. Можейко
Корректор А. В. Лесив
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 30.10.17. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,79. Уч.-изд. л. 2,44. Тираж 50 экз. Заказ 728.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.