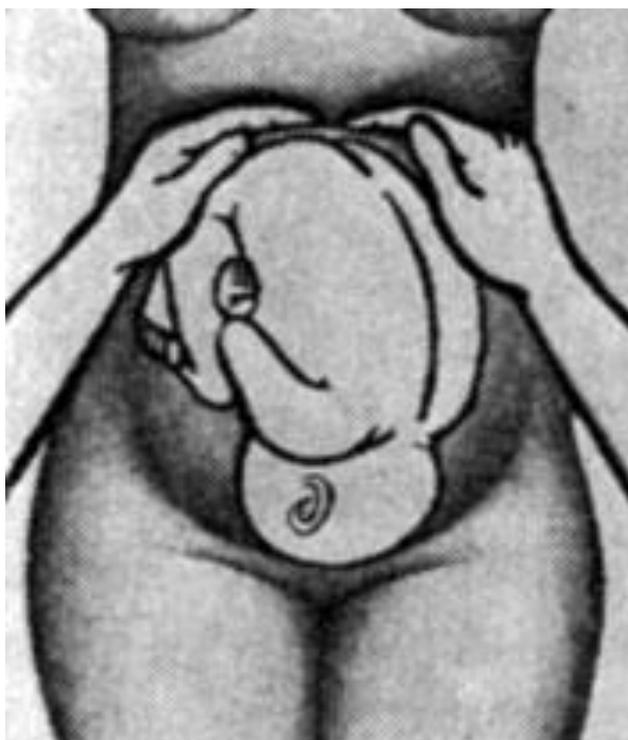
A photograph of a pregnant woman from the waist down, wearing a white tube top and white shorts. She is holding her belly with both hands. The background is white. The image is framed by a decorative border with vertical lines and orange and grey accents on the sides.

**АКУШЕРСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ**

- **Специальные акушерские исследования** делятся
- Внутреннее
- наружное

~~Большое значение имеет~~
определение положения плода в матке. В III триместре беременности, особенно перед родами и во время родов, определяют членорасположение, положение, позицию, вид, предлежание плода. При пальпации живота пользуются так называемыми наружными приемами акушерского исследования (приемы Леопольда

Первый прием наружного акушерского обследования. Цель — определить высоту стояния дна матки и часть плода, находящуюся в ее дне. Ладони обеих рук располагают на матке таким образом, чтобы они плотно охватывали ее дно, а пальцы были обращены ногтевыми фалангами друг к другу. Чаще всего в конце беременности в дне матки определяются ягодицы. Обычно отличить их от головки нетрудно, так как тазовый конец менее плотный и не имеет четкой сферичности. Первый наружный прием акушерского обследования дает возможность судить о сроке беременности (по высоте стояния дна матки), о положении плода (если одна из его крупных частей определяется в дне матки, значит, имеется продольное положение) и о предлежании (если в дне матки определяются ягодицы, то предлежащей частью является головка).



■

Второй прием наружного акушерского обследования. Цель — определить позицию плода, о которой судят по месту нахождения спинки и мелких частей плода (ручек, ножек). Руки сдвигают со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня пупка и ниже. Осторожно надавливая ладонями и пальцами обеих рук на боковые стенки матки, определяют, в какую сторону обращены спинка и мелкие части плода. Спинка при этом распознается как широкая и изогнутая поверхность. Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде мелких подвижных бугров. У многорожавших женщин вследствие дряблости брюшной стенки и мускулатуры матки мелкие части плода прощупываются легче. По тому, в какую сторону обращена спинка плода, распознается его позиция: спинка влево — первая позиция, спинка вправо — вторая позиция. В процессе проведения второго приема наружного акушерского обследования возможно определить возбудимость матки. Возбудимость повышена, если в ответ на пальпацию матка напрягается. Можно определить повышенное количество околоплодных вод по симптому флюктуации — одна рука воспринимает толчок противоположной.



■

Третий прием наружного акушерского обследования. Цель — определить предлежащую часть и ее отношение к малому тазу. Одной, обычно правой, рукой охватывают предлежащую часть, после чего осторожно производят движения этой рукой вправо и влево. Этот прием позволяет определить предлежащую часть (головка или ягодицы), отношение предлежащей части ко входу в малый таз (если она подвижна, то находится над входом в таз, если неподвижна, то стоит во входе в таз или в более глубоких отделах малого таза).



Четвертый прием наружного акушерского обследования. Цель — определить подлежащую часть (головка или ягодицы), место нахождения подлежащей части (над входом в малый таз, во входе или глубже, где именно), в каком положении находится подлежащая головка (в согнутом или разогнутом). Врач становится лицом к ногам беременной или роженицы и кладет ладони по обе стороны нижнего отдела матки. Пальцами обеих рук, обращенными ко входу в таз, осторожно и медленно проникают между подлежащей частью и боковыми отделами входа в таз и пальпируют доступные участки подлежащей части. Если подлежащая часть подвижна над входом в таз, пальцы обеих рук удается почти целиком подвести под нее, особенно у многорожавших женщин. При этом определяется также наличие или отсутствие симптома баллотирования, характерного для головки. Для этого ладони обеих рук плотно прижимают к боковым отделам головки плода, затем правой рукой производят толчок в области правой половины головки. При этом головка отталкивается влево и передает толчок левой руке. При головном предлежании следует стремиться получить представление о размерах головки и плотности костей черепа, о месте нахождения затылка, лба и подбородка, а также об их отношении друг к другу. С помощью четвертого приема можно определить наличие или отсутствие угла между затылком и спинкой плода (чем выше подбородок при фиксированной во входе головке, тем яснее выражено сгибание и тем более сглажен угол между затылком и спинкой, и наоборот, чем ниже расположен подбородок, тем сильнее разогнута головка), позицию и вид плода по тому, куда обращены затылок, лоб, подбородок. Например, затылок обращен влево и кпереди — первая позиция, передний вид; подбородок обращен влево и кпереди — вторая позиция, задний вид и т.д.



■

Аускультация производится акушерским стетоскопом с целью выслушивания сердечных тонов плода, к-рые служат достоверным признаком беременности. Путем выслушивания сердечных тонов выясняют состояние внутриутробного плода, к-рые служат достоверным признаком беременности. Путем выслушивания сердечных тонов выясняют состояние внутриутробного плода. Сердечные тоны плода прослушиваются с начала второй половины беременности (реже с 18 — 20 недель), лучше с той стороны живота, куда обращена спинка плода, ближе к головке. Только при лицевых предлежаниях сердцебиение плода отчетливее со стороны грудной клетки плода.

При затылочном предлежании сердцебиение хорошо прослушивается ниже пупка, слева — при первой позиции, справа — при второй позиции. При тазовых предлежаниях сердцебиение плода отчетливо прослушивается выше пупка на той стороне, куда обращена спинка.

При переднем виде головных и тазовых предлежании сердцебиение лучше прослушивается ближе к средней линии живота, при заднем — дальше от средней линии, сбоку живота. При поперечном положении сердцебиение прослушивается на уровне пупка, ближе к головке. При многоплодной беременности сердцебиение плодов обычно выслушивается отчетливо в разных отделах матки. Во время родов при опускании головки плода в полость таза и ее рождении сердцебиение лучше прослушивается ближе к симфизу, почти по средней линии живота

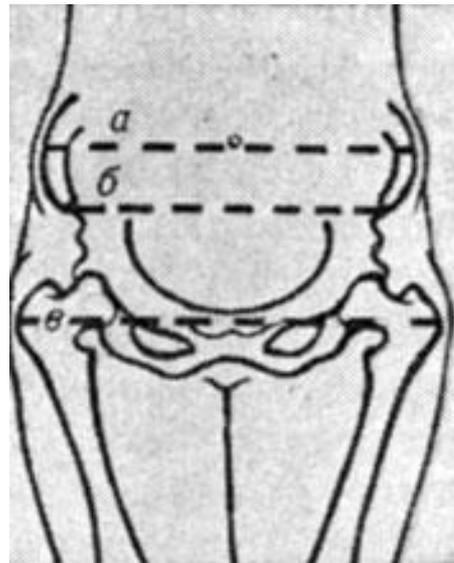
Сердечные тоны плода выслушиваются в виде ритмичных двойных ударов, повторяющихся в среднем 130—140 раз в 1 мин. Во время потуг происходит физиологическое замедление сердечных тонов плода, зависящее от временного сдавливания сосудов сокращающейся матки или от сдавливания головки плода и раздражения блуждающего нерва. Между потугами восстанавливается обычный ритм сердцебиения. Стойкое урежение или учащение сердцебиения указывает на начавшуюся асфиксию. Специальными аппаратами (с помощью ультразвука) удается услышать сердцебиение плода с 9—10-й недели беременности. Для более точной оценки состояния плода применяют электрокардиографию, фонокардиографию, *амниоскопию (см.)*, *амниоцентез (см.)*. Кроме того, при выслушивании живота определяются сердечные тоны плода и глухие, неритмичные, толчкообразные его движения. Можно также уловить различные звуки, исходящие из внутренних органов матери: биение брюшной аорты, совпадающее с пульсом женщины; дующие маточные шумы, возникающие в крупных кровеносных сосудах, проходящих в боковых стенках матки (совпадают с пульсом женщины); неритмичные кишечные шумы.

Исследование таза производится путем осмотра, ощупывания и измерения его размеров

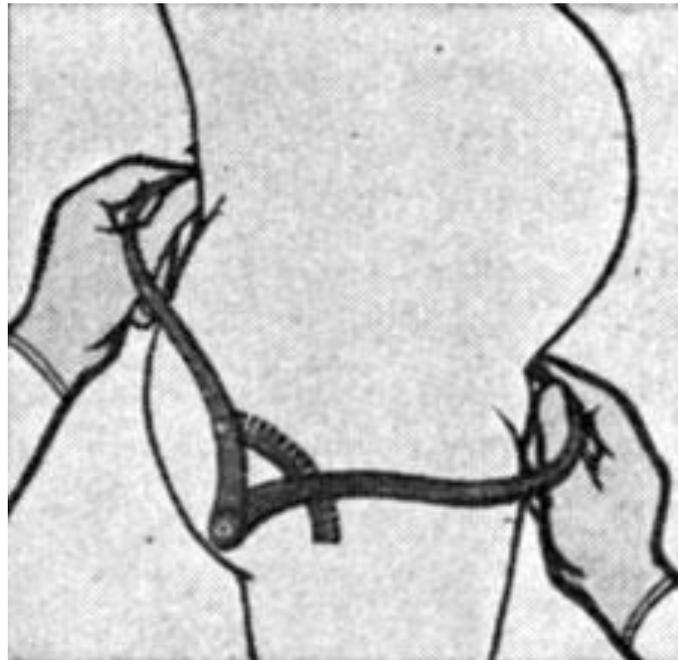
При осмотре обращают внимание на строение всего таза, но особое значение придают пояснично-крестцовому ромбу. Верхний угол ромба составляет углубление между остистым отростком V поясничного позвонка и началом срединного крестцового гребня, боковые углы соответствуют задне-верхним остям подвздошных костей, нижний — верхушке крестца. У правильно сложенных женщин ромб приближается к квадрату, при аномалиях таза он выражен недостаточно отчетливо, и форма его изменяется.

Из всех методов исследования таза наиболее важное значение имеет измерение таза. Большинство внутренних размеров таза недоступно для непосредственного измерения. Поэтому обычно устанавливают наружные размеры таза и по ним судят о величине и форме малого таза. Измерение таза производят тазомером. Обычно измеряют четыре размера таза: три поперечных (рис. 2) и один прямой. К поперечным относятся следующие размеры

1. *Distantia cristarum* — расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей (28—29 см).
2. *Distantia spinarum* — расстояние между передне-верхними осями подвздошных костей. Пуговицы тазо-мера прижимают к наружным краям передне-верхних остей. Размер этот обычно равняется 25—26 см.
3. *Distantia trochanterica* — расстояние между большими вертелами бедренных костей (30—31 см).



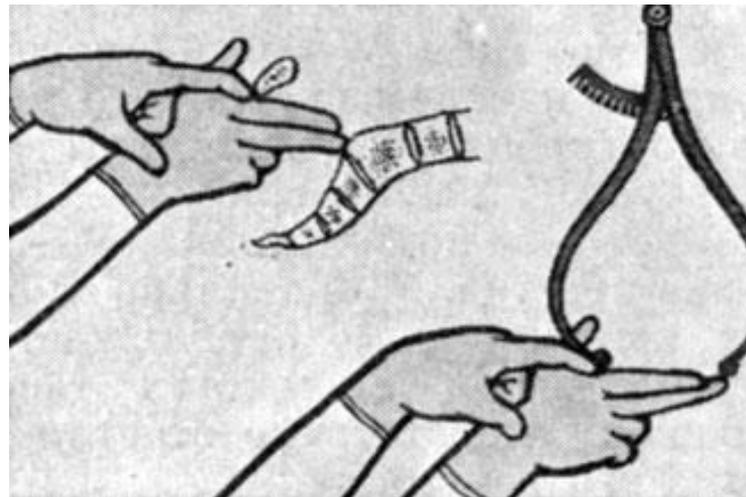
Conjugata externa (наружная конъюгата) — прямой размер таза, расстояние между верхне-наружным краем симфиза и надкрестцовой ямкой, располагающейся между остистым отростком V поясничного позвонка и началом срединного крестцового гребня (вершина пояснично-крестцового ромба). Наружная конъюгата в норме равна 20 см (рис. 3),



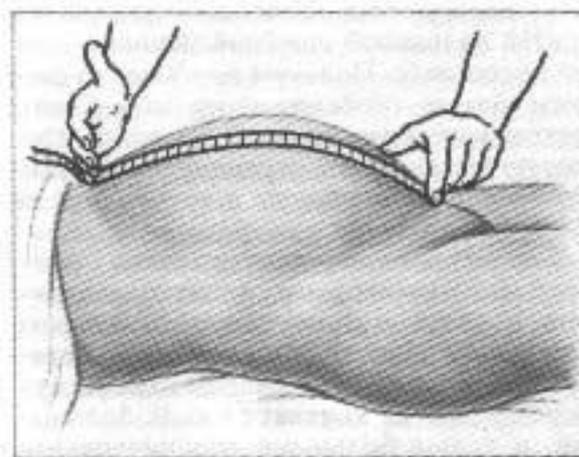
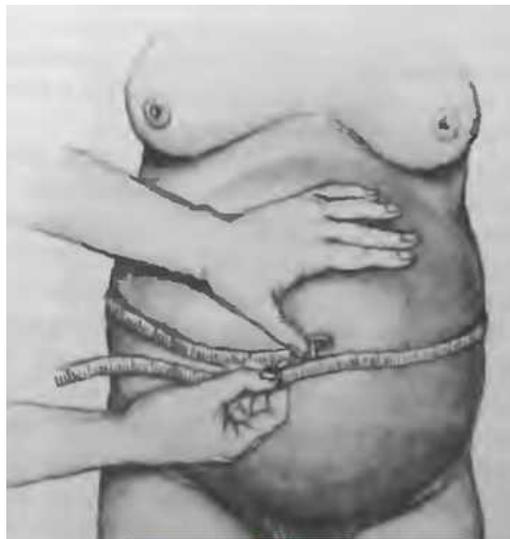
Для определения истинной конъюгаты из длины наружной конъюгаты вычитают 8—9 см. Истинную конъюгату можно более точно определить по диагональной конъюгате.

Conjugata diagonalis (диагональная конъюгата) — расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца (рис. 4). Ее определяют при влагалищном исследовании женщины. Если мыс достижим, то кончик среднего пальца фиксируют на его верхушке, а ребро ладони упирают в нижний край симфиза. После этого отмечают место соприкосновения исследующей руки с нижним краем симфиза и измеряют расстояние от верхушки среднего пальца до точки соприкосновения с нижним краем симфиза. Размер диагональной конъюгаты при тазе правильного строения равняется в среднем 12,5—13 см.

Для определения истинной конъюгаты из размера диагональной конъюгаты вычитают 1,5—2 см.

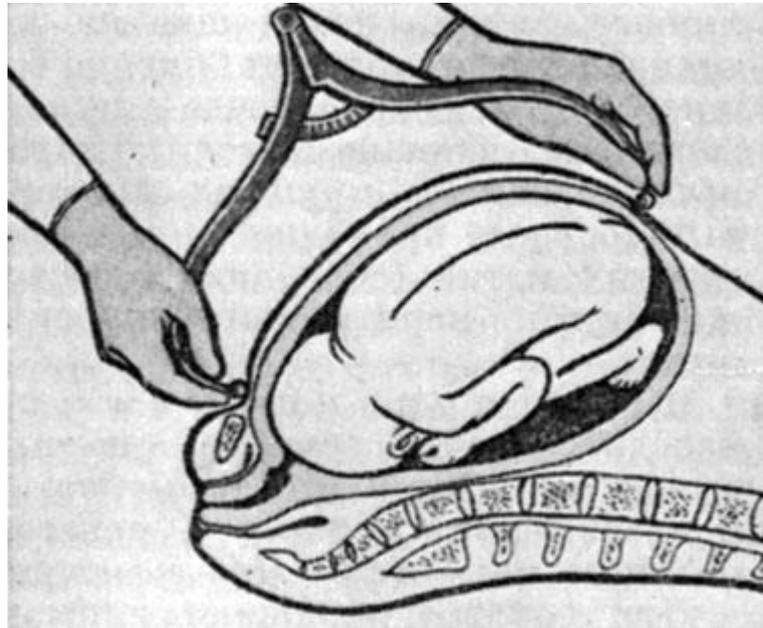


Измерение живота. Измерение высоты стояния дна матки над лобком производят сантиметровой лентой или тазомером. Измеряют расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выдающейся точкой дна матки. Измерения при помощи тазомера дают значительно меньшие цифры, чем измерения сантиметровой лентой. Во второй половине беременности производят измерение окружности живота; сантиметровую ленту накладывают спереди на уровне пупка, сзади — на середине поясничной области.

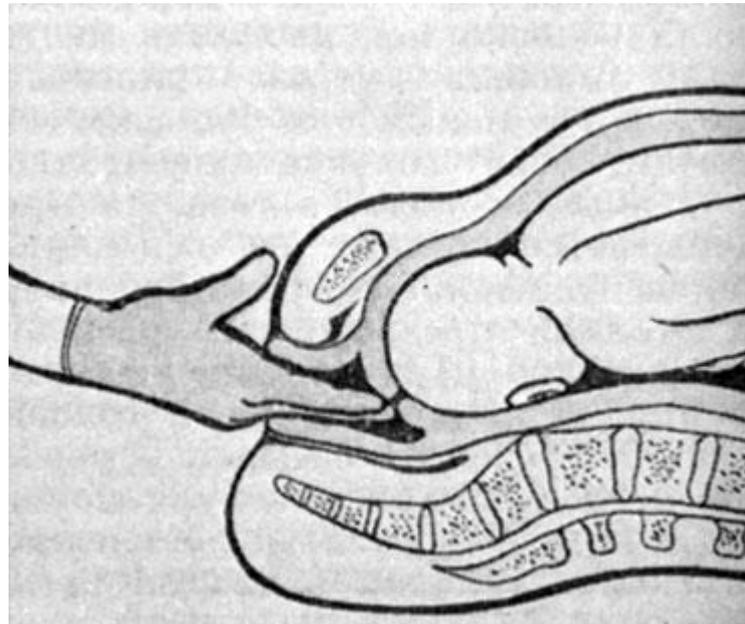


Измерение высоты стояния дна матки у беременной сантиметровой лентой.

Измерение длины внутриутробного плода производят при помощи обыкновенного тазомера. Ощупав через брюшную стенку части плода, одну пуговку тазомера устанавливают на нижний полюс головки, другую — на дно матки, где чаще находятся ягодицы плода (рис. 8). Величину, полученную при измерении расстояния от нижнего полюса головки до ягодиц, умножают на 2. Из полученного числа вычитают 2 или 3 см в зависимости от толщины брюшных стенок.



Влагалищное исследование в первой половине беременности производится для определения ее срока (рис. 9); во второй половине беременности и в конце ее — у тех женщин, к-рые явились в консультацию первично в поздние сроки беременности, а также при необходимости уточнить состояние родовых путей (влагалища, шейки матки, внутренней поверхности костей таза и др.), размер диагональной конъюгаты, степень зрелости шейки матки. У рожениц влагалищное исследование (рис. 10) производится при поступлении в родовспомогательное учреждение. В дальнейшем влагалищное исследование производится по показаниям.



В первой половине беременности определяют увеличение беременной матки, размягчение ее, особенно значительное в области перешейка (признак Горвица — Хегара), изменение консистенции (уплотнение) при пальпации (признак Снегирева), асимметрию, куполообразное выпячивание правого или левого угла матки (признак Пискачека). Определяют ширину просвета и растяжимость стенок влагалища; выявляют, нет ли рубцов, опухолей, перегородок и других патологических образований; находят шейку матки и определяют ее форму, величину, консистенцию; при исследовании рожениц определяют степень сглаживания шейки и проходимость шейечного канала; исследуют состояние наружного отверстия канала шейки матки (форма круглая или щелевидная, закрыт или открыт); у рожениц определяют состояние краев наружного зева шейки матки (мягкие или ригидные, толстые или тонкие) и степень его открытия. Выясняют состояние плодного пузыря (его целостность, степень напряжения); определяют предлежащую часть (где она находится); на головке определяют швы и роднички, на тазовом конце — крестец, задний проход, половые органы и др.; по их расположению судят о механизме предстоящих родов. Затем производят ощупывание внутренней поверхности крестца, симфиза и боковых стенок таза.

При исследовании с помощью зеркал выявляется синюшность слизистой оболочки влагалища и шейки матки, состояние наружного зева и скопление в нем прозрачной слизи.

Электрокардиография позволяет регистрировать биопотенциалы сердца плода начиная с 13—14-й недели беременности, когда при аускультации сердцебиение плода еще не прослушивается. Этот метод используется для диагностики ранних признаков нарушения сердечной деятельности плода (асфиксия, фетопатии), предлежания плода, распознавания многоплодной беременности и др.

Фонокардиография — регистрация звуковых явлений, вызванных сердечной деятельностью, позволяет выявить низкие частоты колебаний, которые не улавливаются при аускультации. Фонокардиограмма отражает режим сердечной деятельности — норма, учащение, урежение, аритмия и др. (см. *Плод*).

Биологические и иммунологические методы исследования при малых сроках беременности — см. *Ашгейма—Цондека реакция, Беременность, Галли-Майнини реакция, Фридмана реакция.*

Рентгенологическое исследование. Методом рентгенографии можно определить положение и членорасположение плода (рис. 11), наличие многоплодия, особенности строения таза и его размеры.

Рентгенографию производят в положении на спине и на боку, что позволяет судить о форме крестца, лобковых и других костей; специальной линейкой измеряют поперечные и прямые размеры таза. Измеряют также головку и на этом основании судят о соответствии ее величины размерам таза.

Однако к рентгенографии прибегают только в исключительных случаях, когда при обычных методах исследования (пальпации, аускультации, влагалищном исследовании и др.) не получают убедительных данных, необходимых для точного диагноза. Это связано с высокой чувствительностью плода к ионизирующей радиации, особенно на ранних стадиях развития.

Источники:

Большая медицинская энциклопедия. Том 1/Главный редактор академик Б. В. Петровский; издательство «Советская энциклопедия»; Москва, 1974.- 576 с.

: Бодяжина В. И. и Жмакин К. Н. Акушерство, М., 1970; Губарев А. П. Акушерское исследование (наружное и внутреннее), М., 1922; Жмакин К. Н. и Сыроватко Ф. А. Акушерский семинар, М., 1960; Жордания И. Ф. Учебник акушерства, М., 1964; Петченко А. И. Акушерство, с. 137, Киев, 1963.