

НАРУЖНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И
ГИНЕКОЛОГИИ

Заведующая кафедрой
д.м.н., профессор В.А.Полякова

Выполнил: студент 620 гр,
лечебного факультета
Соломонян Р.А.

- Наружное акушерское исследование производят путем осмотра, измерения, пальпации и аускультации.
- Осмотр позволяет выявить соответствие вида беременной ее возрасту. При этом обращают внимание на рост женщины, телосложение, состояние кожных покровов, подкожной клетчатки, молочных желез и сосков.
- Особое внимание обращают на величину и форму живота, наличие рубцов беременности (*striae gravidarum*), эластичность кожи.

Размеры таза (пельвиометрия):

- Определение размеров большого таза производят специальным инструментом – **тазомером Мартина**. Тазомер имеет форму циркуля, снабженного шкалой, на которой нанесены сантиметровые и полусантиметровые деления. На концах ветвей тазомера имеются пуговицы, расстояние между которыми подлежит измерению.

Техника измерения таза:

обследуемая женщина лежит на спине на твердой кушетке со сведенными между собой и разогнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Сидя или стоя лицом к обследуемой беременной женщине, врач держит ножки тазомера между большим и указательным пальцами, а 3-им и 4-ым пальцами находит опознавательные костные точки, на которые и устанавливает концы ножек тазомера .

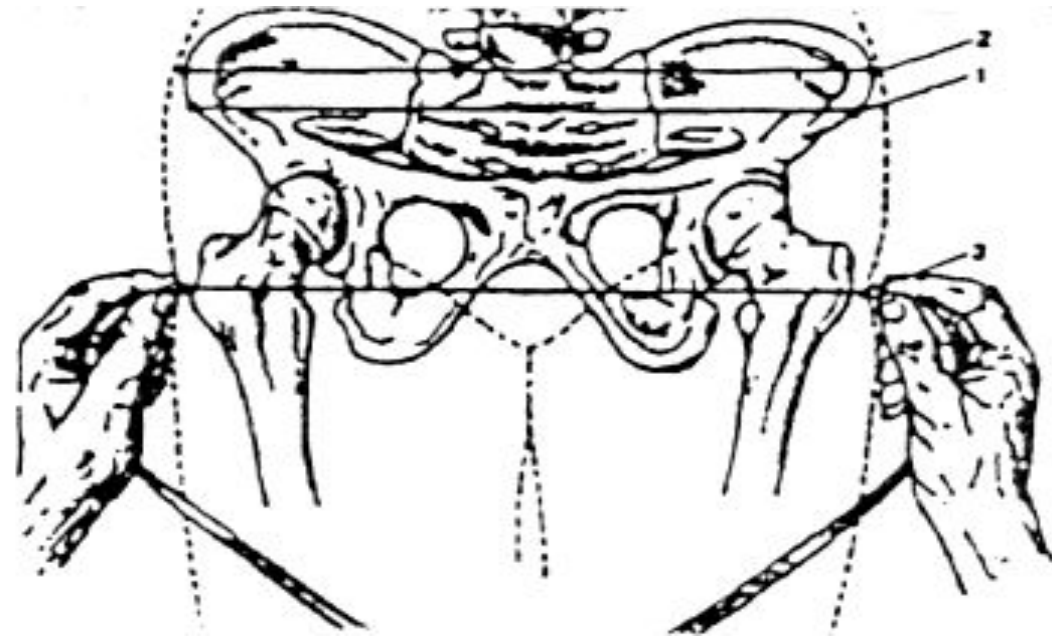
Обычно измеряют 3 поперечных размера большого таза в положении беременной на спине и 1 прямой размер большого таза в положении на боку.

1. Distantia spinarum – расстояние между передне-верхними остями подвздошных костей с двух сторон. Пуговицы тазомера зажимают указательным и большим пальцами и прижимают к наружным краям передневерхних остей. У данной женщины 24 см (N – 25-26 см).

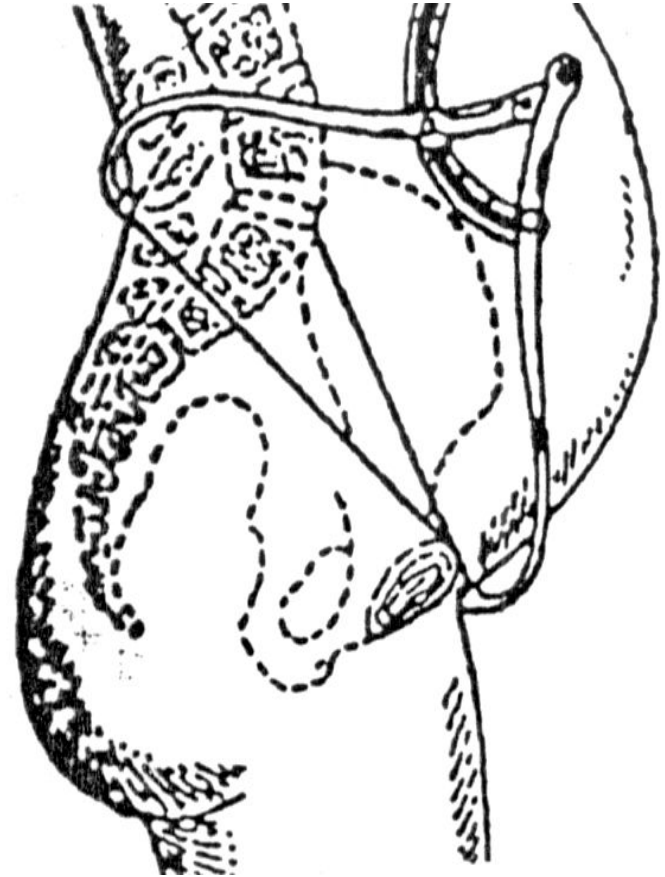
2. Distantia cristarum – расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей, после измерения Distantia spinarum пуговицы тазомера передвигают с остей по наружному краю гребня до тех пор, пока не определяют наибольшее расстояние. У данной женщины 27 см (N – 28-29 см, т.е. слегка превышает норму).

3. Distantia trochanterica – расстояние между большими вертелами бедренных костей. Отыскиваем наиболее выдающиеся точки больших вертелов и прижимают к ним пуговицы тазомера. У данной женщины 32 см (N – 31-32 см).

В нормально развитом тазу разница между поперечными размерами большого таза составляет 3 см. Меньшая разница между этими размерами будет указывать на отклонение от нормального строения таза.



- **Conjugata externa** (диаметр Боделока) – расстояние между серединой верхненаружного края симфиза и сочленением 5-го поясничного и 1-го крестцового позвонков. Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую вытягивают. Пуговку одной ветви тазомера устанавливают на середину верхненаружного края симфиза, другую ветвь прижимают между остистыми отростками 5 поясничного позвонка и крестца.
- Этот размер имеет наибольшее практическое значение, т.к. по нему можно судить о размерах истинной конъюгаты (прямого размера плоскости входа в малый таз). У данной женщины наружная конъюгата равна 20 см ($N - 20-21$ см).



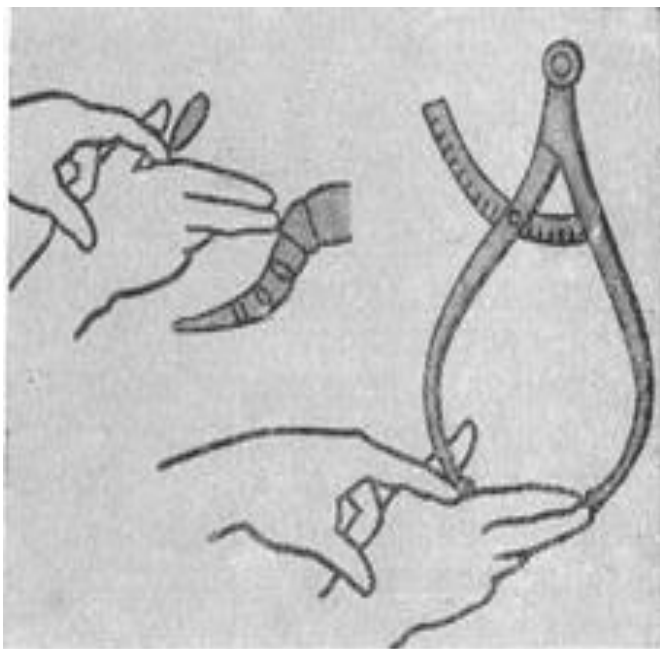
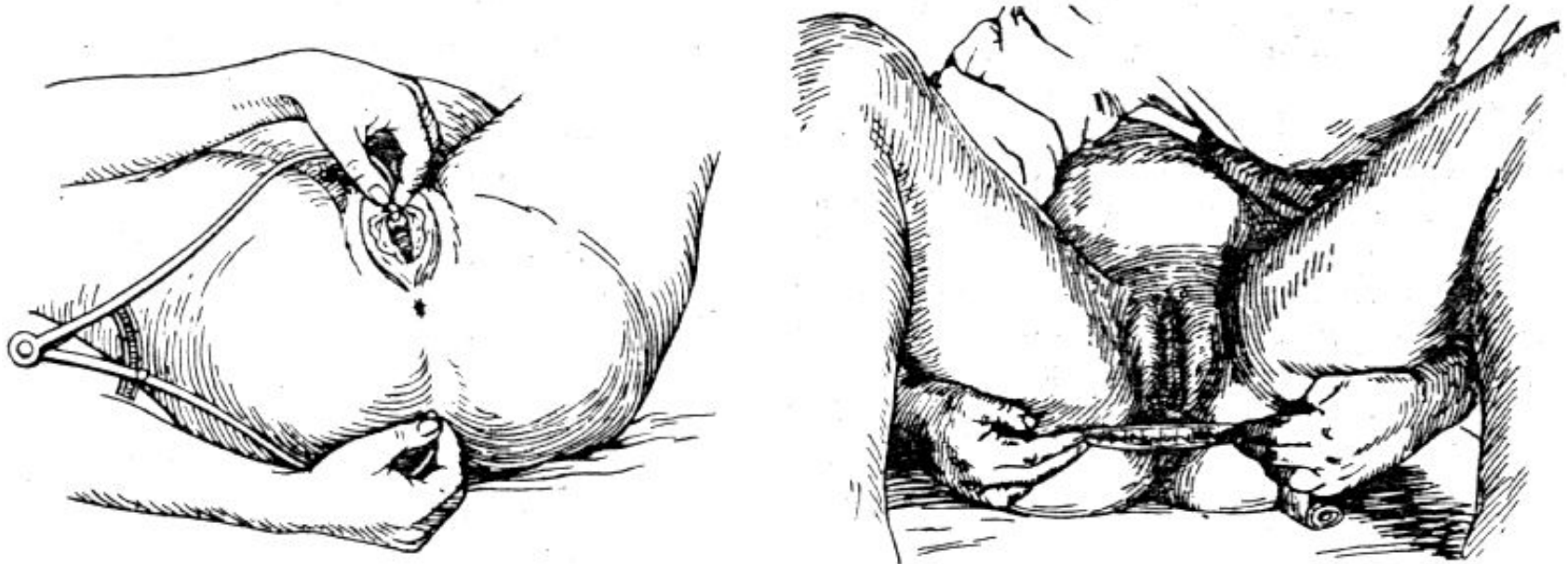


Рис. 13. Исследование диагональной конъюгаты: вверху слева — нанесение отметки; справа — измерение.

- **Conjugata vera** – это расстояние от крестцового мыса до наиболее выдающегося пункта на внутренней поверхности лобкового симфиза. $N = 11$ см. (conjugata externa – 9 см). У данной женщины $20 - 9 = 11$ см.

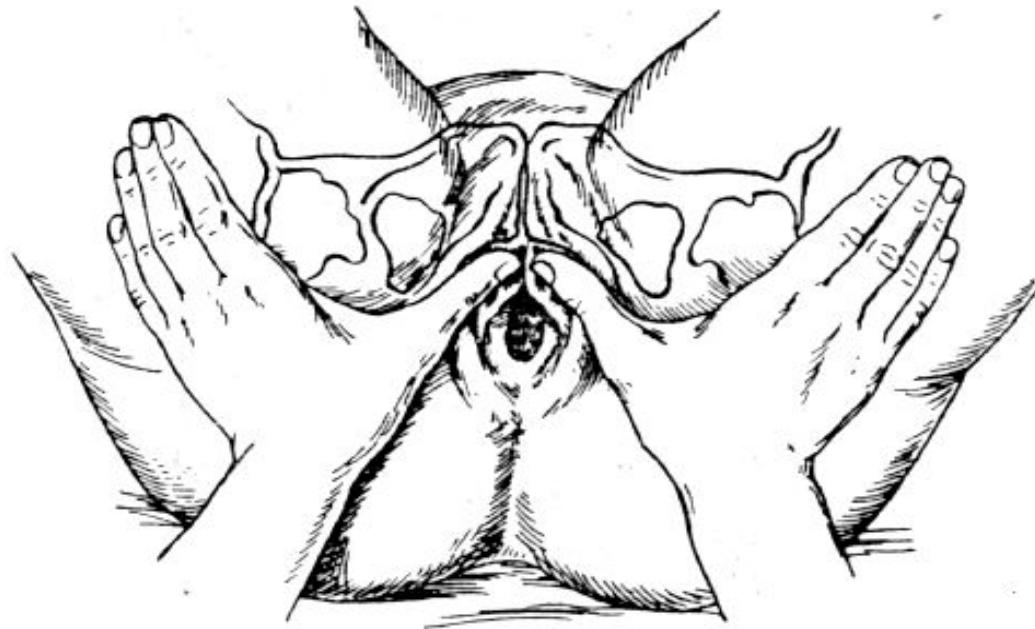
Conjugata diagonalis (диагональная конъюгата)- это расстояние между нижним краем симфиза и выдающейся точкой мыса. Легкая доступность мыса свидетельствует об уменьшении истинной конъюгаты. Если средний палец достигает мыс , то прижимают радиальный край 2-го пальца к нижней поверхности симфиза, ощущая край дугообразной связки лобка. После этого указательным пальцем левой руки отмечают место соприкосновения правой руки с нижним краем симфиза. Правая рука извлекается из влагалища , и другой врач (акушерка) измеряет тазомером расстояние между верхушкой среднего пальца и местом отметки на правой руке. В норме эта величина равна 13 см (как у данной женщины). В этих случаях мыс не достигим.

- **Прямой размер выхода таза (методика).** Измеряют тазомером. Одну пуговку тазомера прижимают к середине нижнего края симфиза, другую – к вершуске копчика. Поперечный размер больше истинного. Для определения прямого размера выхода таза следует из этой величины вычесть 1,5 см (учитывая толщину тканей).
- **Поперечный размер выхода таза (методика).** Измеряют сантиметровой лентой или тазомером с перекрещивающимися ветвями. Прощупывают внутренние поверхности седалищных бугров и измеряют расстояние между ними. К полученной величине нужно прибавить 1-1,5 см (учитывая толщину тканей).



- **Форма лобкового угла (методика).**

При нормальных размерах он равен $90-100^\circ$. Форму лобкового угла определяют следующим приемом. Женщина лежит на спине, ноги согнуты и подтянуты к животу. Ладонной стороной большие пальцы прикладывают вплотную к нижним ветвям лобковых костей, соприкасающиеся концы пальцев прижимают к нижнему краю симфиза. Расположение пальцев позволяет судить о величине угла лобковой дуги.

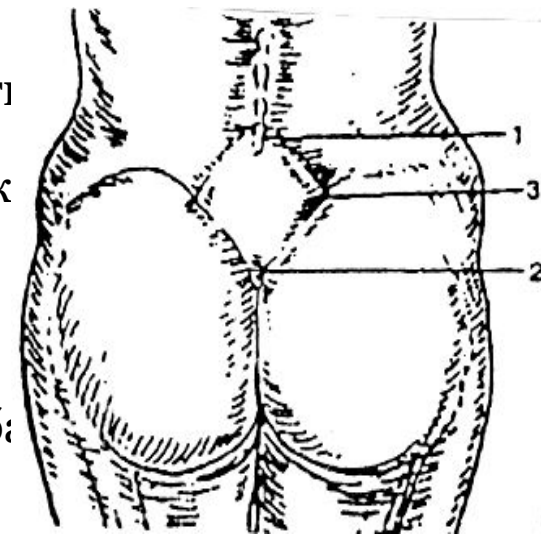


Косые размеры таза (методика). Для выявления асимметрии таза измеряют следующие косые размеры:

- – расстояние от передневерхней ости подвздошной кости доной стороны до задневерхней ости другой стороны и наоборот.
- – расстояние от верхнего края симфиза до правой и левой задневерхних остей.
- – расстояние от надкрестцовой ямки до правой и левой передневерхних остей.
- Косые размеры одной стороны сравнивают с косыми размерами другой. При нормальном строении таза величина парных косых размеров одинакова. Разница, превышающая 1 см, указывает на асимметрию таза

Крестцовый ромб (ромб Михаэлиса):

- Это место сочленения 5-го поясничного и 1-го крестцового позвонков.
- Представляет собой площадку на задней поверхности крестца.
- Верхний угол ромба соответствует остистому отростку 5-го поясничного позвонка.
- Боковые углы соответствуют задневерхним остям подвздошных костей, нижний угол- верушке крестца (крестцово- копчиковое сочленение).
- У женщин с нормально развитым тазом форма ромба приближается к квадрату, все стороны которого равны, а углы примерно составляют 90 градусов.
- Уменьшение вертикальной или поперечной оси ромба, асимметрия его половин свидетельствуют об аномалиях костного таза.



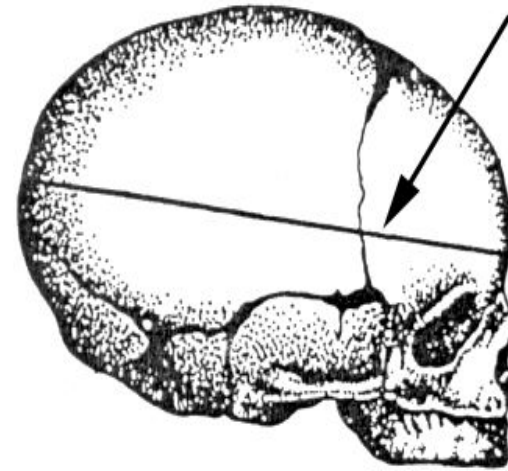
Индекс Соловьева

- Определяет величину окружности лучезапястного сустава. Чем больше объем запястья, тем толще кости, в том числе кости таза, в этом случае при нормальных наружных размерах таза емкость его будет меньше и, наоборот, при малом лучезапястном индексе емкость таза будет больше, чем следовало бы ожидать на основании определения наружных размеров.
- В норме индекс составляет 14- 15 см. Если индекс соответствует нижней границе кости таза массивные.

- **Высота стояния дна матки над лоном:**
это расстояние между верхним краем лонного сочленения и дном матки;
- **Окружность живота(на уровне пупка):**

Длина плода

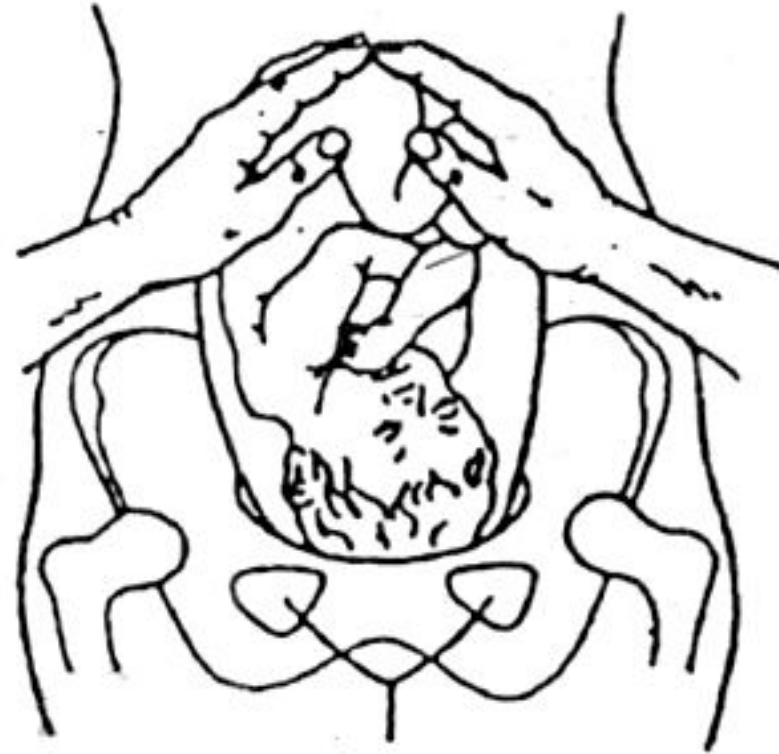
- Измерение проводят с помощью тазомера. Женщина лежит на спине, мочевой пузырь должен быть опорожнен. Ощупав через брюшную стенку части плода, одну пуговку тазомера устанавливают на нижний полюс головки, другую – на дно матки. Установлено, что расстояние от нижнего полюса головки до тазового конца составляет половину длины плода. Полученную величину умножают на 2 и вычитают 3-5 см в зависимости от толщины брюшной стенки.



- **Прямой размер головки.** Женщина лежит на спине. Ощупывать головку плода, пуговки тазомера устанавливают на самых выступающих ее точках, соответствующим областям лба и затылка.

Наружное акушерское исследование по Леопольду- Левицкому

- Врач стоит справа от беременной лицом к лицу женщины.
- **Первый приём по Леопольду - Левицкому:** определяют высоту стояния дна матки и часть плода, которая находится в дне.
- Техники проведения: ладони обеих рук располагаем на дне матки, пальцы рук сближаются, осторожным надавливанием вниз определяется уровень стояния дна матки.



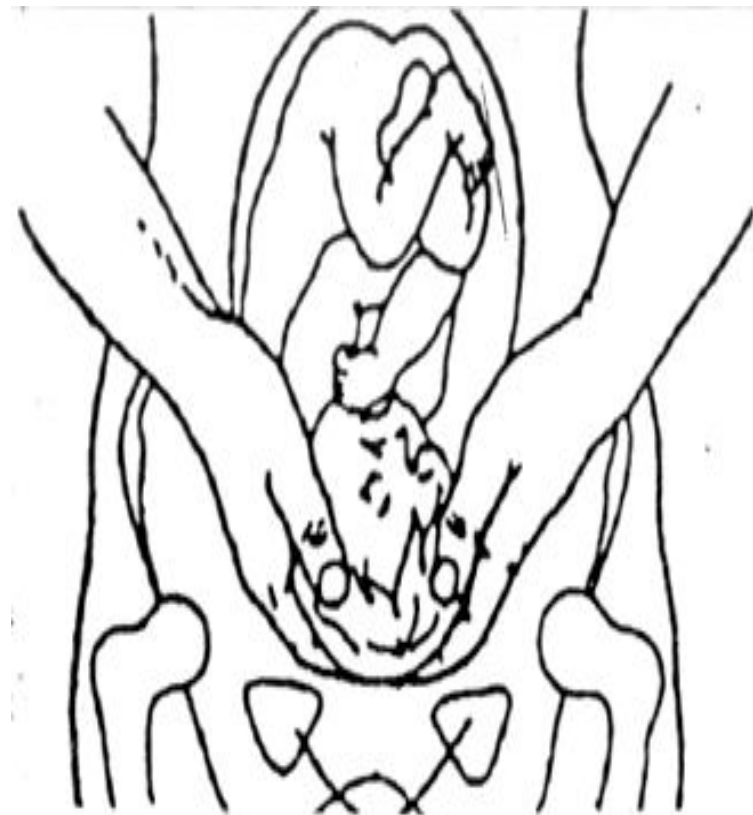
- **Второй приём по Леопольду - Левицкому** : определяют положение , позицию и вид плода .
- Техники проведения : обе руки располагаются по боковым поверхностям матки на уровне пупка. Поочерёдно левой и правой рукой проводится пальпация частей плода - левая рука лежит неподвижно , на одном месте , правой проводим пальпацию частей плода в левой части матки, скользя рукой по левой боковой поверхности матки, затем руки меняются - правая лежит неподвижно, левой проводим пальпацию частей плода , обращённых к правой стороне матки.
- Так же при пальпации данным приёмом определяется тонус матки



- **Третий приём по Леопольду - Левицкому:** определяют предлежащую часть и отношение ее ко входу в малый таз.
- Техника проведения : проводят одной правой рукой, стоя справа от беременной , лицом к её лицу кладём правую руку выше лобкового симфиза таким образом, чтобы большой палец находился с одной стороны нижнего сегмента матки, а четыре остальных пальца с другой стороны нижнего сегмента матки. Осторожно и плавно погружаем пальцы вглубь и охватываем ими предлежащую часть, в данном случае - головку плода, которая прощупывается в виде округлой части плотной консистенции с отчётливыми контурами. Короткими аккуратными толчками пытаемся сдвинуть головку в разные стороны, при этом определяется слабо выраженное баллотирование малой амплитуды - головка подвижна, не проникает в полость малого таза

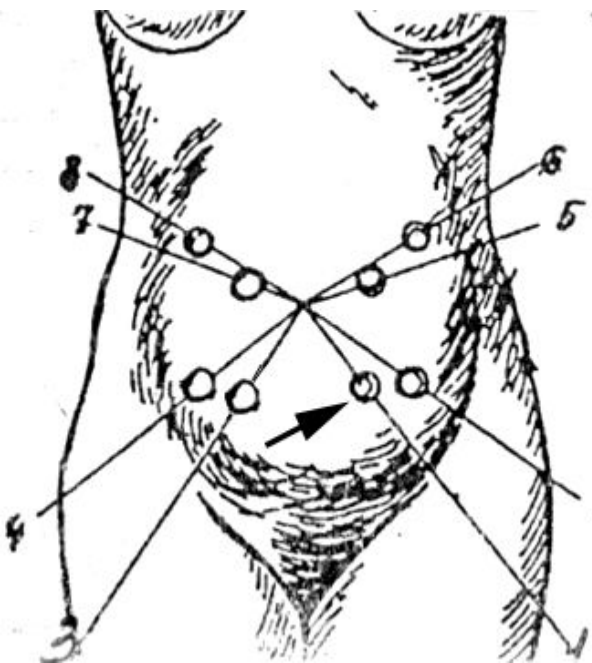


- **Четвертый прием по Леопольду-Левицкому:** определяют характер подлежащей части и ее местоположение по отношению к плоскостям малого таза.
- Техника проведения: врач поворачивается лицом к ногам обследуемой женщины. Кисти рук располагают латерально от средней линии над горизонтальными ветвями лобковых костей. Постепенно продвигая руки между подлежащей частью и плоскостью входа в малый таз, определяют характер подлежащей части и ее местонахождение



Сердцебиение плода

Аускультацию сердечных тонов плода производят акушерским стетоскопом, имеющим широкий раструб, стетофонендоскопом или ультразвуковым аппаратом, работающим по принципу эффекта Допплера. Плотнo прижимая датчик аппарата к передней брюшной стенке и постепенно передвигая его по всему животу, находят точку наиболее ясного сердцебиения плода. Сердцебиение плода имеет три основные аускультативные характеристики: частоту, ритм и ясность. Частота ударов в норме колеблется от 120 до 160 в 1 мин. Сердцебиение должно быть ритмичным и ясным.



Место наилучшего
выслушивания — ниже
пупка справа (точка 4).

При головных предлежаниях сердцебиение лучше всего 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 проводят с помощью мониторинга и УЗИ.