

Наружное акушерское исследование (по Леопольду-Левицкому).

Цель исследования:

- определение величины и тонуса матки;
- определение положения, предлежания, позиции, вида плода;
- определение отношения предлежащей части ко входу в малый таз.

Исходное положение беременной: лёжа на спине на жесткой поверхности, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах.

Врач становится справа от женщины лицом к ее лицу.

Первый приём:

Ладони обеих рук врача располагают на дне матки → оценивают её тонус:

- если миометрий напряжен → гипертонус матки;
- если миометрий не напряжен, расслаблен → нормальный тонус матки;

далее пальцы рук сближают → исследуют уровень стояния дна матки → определяют срок беременности.

Срок беременности		Высота стояния дна матки	Состояние пупка
Акушерские месяцы	Недели		
V	20	На два поперечных пальца ниже пупка	Втянут
VI	24	На уровне пупка	Втянут
VII	28	На два-три поперечных пальца выше пупка	Втянут
VIII	32	Середина расстояния между пупком и мечевидным отростком	Начинает сглаживаться
IX	36	До мечевидного отростка и реберных дуг	Сглажен
X	40	Середина расстояния между пупком и мечевидным отростком	Выпячивается

Затем определяют часть плода, расположенную в дне матки:

↓
крупная, мягковатая,
не имеющая округлой формы
↓
тазовый конец

↓
более плотная, округлая часть,
имеет отчетливые контуры
↓
головка

Второй приём:

Обе руки со дна матки перемещают по боковым поверхностям матки книзу до уровня пупка и располагают ладонные поверхности на боковых поверхностях матки → производят поочередно правой и левой рукой пальпацию частей плода, одновременно оценивая тонус матки и ее возбудимость (сокращения в ответ на раздражение, вызванное пальпацией): левая рука врача лежит на правой боковой поверхности матки → пальцы правой руки скользят по левой боковой поверхности матки и пальпируют обращенную туда часть плода → затем правая рука врача неподвижна, а пальцами левой руки ощупывают части плода, обращенные к правой стенке матки.

При продольном положении плода с одной стороны пальпируется спинка плода в виде равномерной площадки, а с другой стороны пальпируются мелкие части плода в виде небольших выступов, меняющих своё положение:

- если спинка плода обращена к левой боковой поверхности матки → I позиция;
- если спинка плода обращена к правой боковой поверхности матки → II позиция.

При поперечном положении плода в боковой поверхности матки пальпируется головка плода:

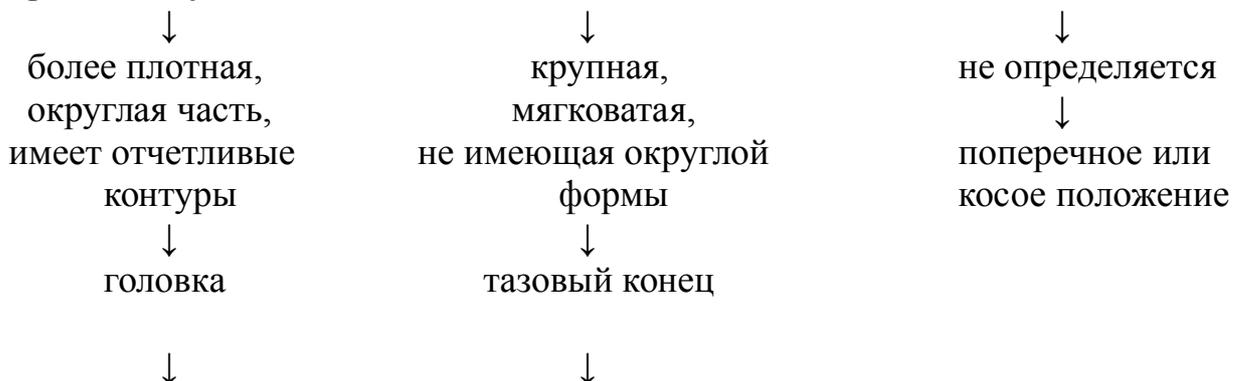
- если головка обращена к левой боковой поверхности матки → I позиция;
- если головка обращена к правой боковой поверхности матки → II позиция.

Далее определяют вид позиции (отношение спинки плода к стенкам матки):

- если спинка обращена к передней стенке матки → передний вид позиции;
- если спинка обращена к задней стенке матки → задний вид позиции.

Третий приём:

Врач стоит справа, лицом к лицу беременной → правую руку размещают немного выше симфиза так, чтобы большой палец находился на одной стороне, а четыре остальных - на другой стороне нижнего сегмента матки → медленными движениями пальцы погружают вглубь и обхватывают предлежащую часть:



головное предлежание

тазовое предлежание

Определение подвижности головки: короткими лёгкими движениями стараются сдвинуть её справа налево и наоборот, при этом исследующие пальцы ощущают баллотирование головки: чем выше головка над входом в малый таз → тем яснее баллотирование. При отсутствии баллотирования → головка фиксирована во входе в малый таз.

Четвёртый приём (дополнение и продолжение третьего приема, проводится в родах):

Врач стоит справа, лицом к ногам беременной → ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, кончики пальцев доходят до симфиза → вытянутыми пальцами осторожно проникают вглубь по направлению к полости малого таза → кончиками пальцев скользят по головке вверх:

- если врач может подвести под головку пальцы рук → головка плода подвижна над входом в малый таз;
- если кончики пальцев при скольжении по предлежащей части расходятся → головка малым сегментом во входе в малый таз;
- если кончики пальцев исходно на большом удалении друг от друга и при скольжении по предлежащей части сходятся → головка большим сегментом во входе в малый таз;
- если пальпируется только основание головки → головка опустилась в полость малого таза.

Осмотр наружных и внутренних половых органов беременной.

Осмотр наружных половых органов

Цель исследования:

- оценить характер развития наружных гениталий;
- определить характер оволосения;
- установить наличие местных проявлений заболевания;
- оценить состояние паховых лимфоузлов.

Исходное положение женщины: лёжа на спине на гинекологическом кресле, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах.

Врач, обработав руки и надев стерильные перчатки, проводит осмотр наружных половых органов → раздвигает пальцами левой руки половые губы и осматривает преддверие влагалища и расположенные здесь:

- наружное отверстие уретры,
- выводные протоки парауретральных и больших вестибулярных желёз,
- обращают внимание на характер отделяемого из влагалища.

Осмотр шейки матки при помощи зеркал.

Цель исследования:

- оценить расположение, величину, форму шейки матки, состояние наружного зева и слизистой влагалищной части шейки матки;
- определить наличие рубцов, язв, полипов, свищей, других повреждений,
- оценить характер выделений из цервикального канала.

Исходное положение женщины: лёжа на спине на гинекологическом кресле, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах.

После проведения осмотра наружных половых органов врач раздвигает половые губы левой рукой → осторожно вводит правой рукой ложкообразное зеркало по задней стенке влагалища до заднего свода → другой рукой вводит подъёмник, которым приподнимают переднюю стенку влагалища → врач осматривает шейку матки → берет мазки → извлекая зеркала, осматривает стенки влагалища для исключения их патологии.

Влагалищное исследование.

(проводится после осмотра при помощи зеркал и взятия мазков)

Цель исследования:

- оценить состояние шейки матки;
- определить емкость малого таза;
- оценить характер влагалищного отделяемого.

Исходное положение женщины: лёжа на спине в гинекологическом кресле или на Рахмановской кровати, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и разведены.

I и II пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы → II и III пальцы правой руки вводят во влагалище последовательно (сначала III палец по задней стенке влагалища, оттесняя её книзу, затем II палец, I палец отведен вверх к лону, IV и V пальцы прижаты к промежности) → пальцами внутренней руки определяют ширину просвета и растяжимость стенок влагалища, выявляют рубцы, опухоли, перегородки и патологические изменения → находят шейку матки и оценивают её расположение в малом тазу, длину, консистенцию, проходимость цервикального канала, положение головки плода → оценивают степень «зрелости».

**Оценка степени зрелости шейки матки.
Модифицированная шкала Bishop (2008).**

	Баллы			
	0	1	2	3
Открытие, см	< 1 Зев закрыт, кончик пальца	1-2 1 палец	2-4 2 пальца	> 4 Больше 2 пальцев
Длина шейки, см	> 4	2-4	1-2	< 1
Положение головки	-3 Над входом	-2 Прижата ко входу	-1/0 Малый сегмент	+1/+2 Большой сегмент
Консистенци я	Плотная	Умеренно размягчена	Мягкая	—
Положение	Кзади	Кпереди/ Центрирован а	—	—

Интерпретация балльной оценки:

незрелая – 0-5-баллов;

недостаточно зрелая – 6-7 баллов;

зрелая – 8 – 13 баллов.

При проходимости цервикального канала оценивают целость и степень напряжения плодного пузыря → определяют подлежащую часть (головка, ягодицы, ножки) → её отношение ко входу в малый таз (над входом в малый таз, прижата ко входу) → затем пальпируют внутреннюю поверхность крестца, симфиза и боковые стенки малого таза → измеряют диагональную конъюгату → выявляют наличие экзостозов → определяют ёмкость крестцовой впадины → далее оценивают характер влагалищного отделяемого.

Осмотр наружных и внутренних половых органов роженицы.

Осмотр наружных половых органов и шейки матки при помощи зеркал проводится аналогично как у беременной женщины.

Влагалищное исследование в родах.

Цель исследования:

- оценить состояние шейки матки;
- определить емкость малого таза;
- определить отношение головки плода к плоскостям малого таза и ее вставление;
- оценить состояние плодного пузыря;
- оценить характер влагалищного отделяемого.

Исходное положение женщины: лёжа на спине в гинекологическом кресле или на Рахмановской кровати, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и разведены.

I и II пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы → II и III пальцы правой руки вводят во влагалище последовательно (сначала III палец по задней стенке влагалища, отесняя её книзу, затем II палец, I палец отведен вверх к лону, IV и V пальцы прижаты к промежности) → пальцами внутренней руки определяют ширину просвета и растяжимость стенок влагалища, выявляют рубцы, опухоли, перегородки и патологические изменения → находят шейку матки и оценивают её расположение в малом тазу, длину, консистенцию, проходимость цервикального канала → оценивают степень «зрелости» шейки матки либо определяют степень сглаженности шейки (сохранена, укорочена, сглажена) и величину ее раскрытия → оценивают состояние плодного пузыря (цел, плоский, напряжен, отсутствует) → определяют положение головки плода.

Определяют состояние краёв маточного зева:

- мягкие или ригидные;
- толстые или тонкие.

Оценивают степень раскрытия маточного зева: в зев вводят кончик одного или обоих пальцев и выясняют величину его раскрытия:

- Раскрытие до 4 см соответствует I фазе первого периода родов;
- Раскрытие до 8 см соответствует II фазе первого периода родов;
- Раскрытие до 10-12 см (полное раскрытие) соответствует III фазе первого периода родов.

Выясняют состояние плодного пузыря: целостность, степень напряжения, отсутствие.

Определяют подлежащую часть: головка, ягодицы, ножки → местоположение подлежащей части:

- над входом в малый таз;

- во входе в малый таз малым сегментом;
- во входе в малый таз большим сегментом;
- в полости малого таза: в широкой или узкой её части;
- в выходе из полости малого таза.

На предлежащей части определяют опознавательные точки:

- на головке – швы, роднички;
- на тазовом конце – крестец, ягодичная складка;
- на ножках – пальчики и пяточки.

Затем пальпируют внутреннюю поверхность крестца, симфиза и боковые стенки малого таза → измеряют диагональную конъюгату → выявляют наличие экзостозов → определяют ёмкость крестцовой впадины → далее оценивают характер влагалищного отделяемого: слизистые, кровянистые, количество и характер околоплодных вод (светлые, с примесью крови, с примесью мекония).

Получив полное представление о состоянии шейки матки, расположении предлежащей части плода, емкости малого таза, составляется план ведения родов с позиций прогнозирования вероятных осложнений для матери и плода в целях снижения материнской и перинатальной смертности.