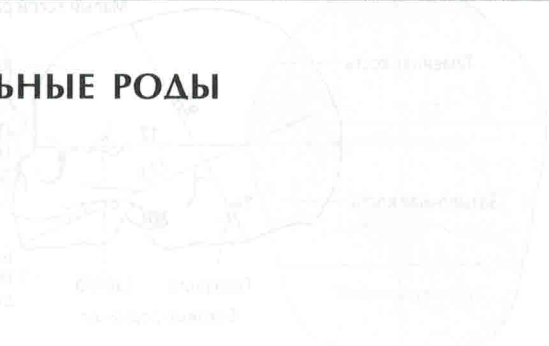


НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ



Факторы, приводящие к родам

Замечание. На начало родов влияют три главных фактора: плод, родовые пути и сила родовых схваток (мышечный матка).

Плод

Плод имеет в длину 48–52 см, вес 3000–3500 г и имеет крупные и мелкие кости.

Крупным частям относят головку, плечи, тазовый конец;

мелким частям относят ножки и ручки (ручечки).

Замечание. Головка играет самую важную роль в механизме родов; это — самая крупная и жесткая часть плода, являющаяся подлежащей частью родовых путей (стр. 29).

Головка плода заполняет таз целиком, оставляя очень мало свободного пространства; течение родов

определяется отношением голова/таз (тазово-головным соотношением).

Размеры, плоскости и окружности головы (рис. 7.1, табл. 7.1) являются признаками зрелости (см. стр. 239), а также критериями, важными для механизма родов, так как позволяют понять процесс родов при нормальном и аномальном головном предлежании.

Черепные швы (рис. 7.6)

- Сагиттальный шов, расположен между теменными костями.
- Ламбдовидный шов, расположен между теменными и затылочной костями.
- Венечный шов, расположен между лобной и теменными костями.
- Лобный шов, расположен между двумя парными лобными костями.

Роднички (рис. 7.6). Имеется два пространства между костями черепа плода.

- Передний родничок (большой, брегматический или лобный родничок, рис. 7.7). Напоминающий по форме ограниченный алмаз, этот родничок расположен в месте соединения четырех швов: сагиттального, фронтального и двух ветвей венечного шва.
- Задний родничок (малый или затылочный родничок; рис. 7.8). Имеет тре-

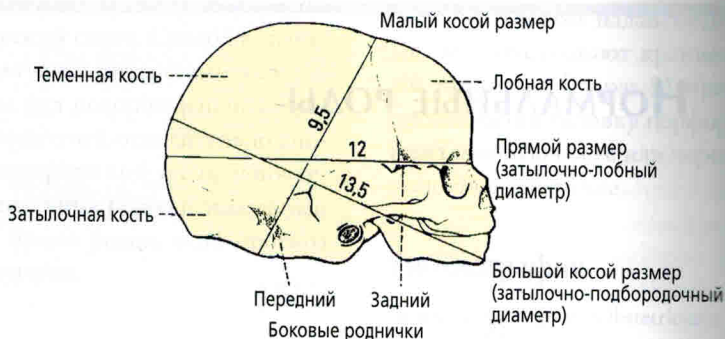


Рис. 7.1. Три продольных размера черепа (измеряются тазомером). 1. Малый косой размер затылочно-родничковый — 9,5 см. 2. Прямой размер (затылочно-лобный) — 12 см. 3. Большой косой размер (затылочно-подбородочный) — 13,5 см

Таблица 7.1

Размеры, плоскости и окружности головы

Диаметр	Длина	Плоскость	Окружность
Малый косой размер* (см. рис. 7.1, от шеи до середины переднего родничка)	9,5 см	Подзатылочно-брегматическая	32 см (см. рис. 7.2)
Прямой размер (затылочно-лобный, рис. 7.1; от гласселлы до наиболее выступающей части затылочной кости)	12 см	Затылочно-лобная	34 см (см. рис. 7.3)
Большой косой размер (затылочно-подбородочный; рис. 7.1; от подбородка до наиболее выступающей части затылочной кости)	13,5 см	Затылочно-подбородочная	35 см (см. рис. 7.4)

* Брегма — передневерхняя часть черепа (от лобной кости до макушки).

угольную форму, находится в месте соединения трех швов: сагиттального и двух ветвей ламбдовидного шва.

Обнаружение. Родничок можно пропальпировать при слегка открытой шейке матки.

- **Передний родничок** (рис. 7.7). Находится в месте соединения четырех швов. Это не самый безупречный способ обнаружения данного родничка, скорее, это помогает отличить его от заднего родничка. Мы рекомендуем следующий способ: пройти пальцем вдоль сагиттального шва (см. рис. 7.7)

до обнаружения родничка. Если родничок при пересечении его в том же направлении продолжается следующим в том же направлении швом, это может быть только лобный родничок, а значит, прощупывается передний родничок.

- **Задний родничок** (рис. 7.8). Если продолжение сагиттального шва не ведет к следующему сагиттальному шву, значит это задний родничок.

Измерение туловища

- **Ширина плечиков** (расстояние между акромиальными отростками; биакро-

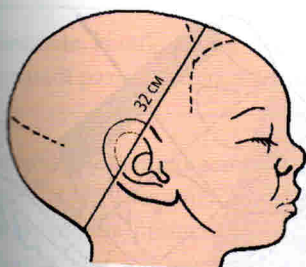


Рис. 7.2. Малый косой размер (соответствующая окружность 32 см)

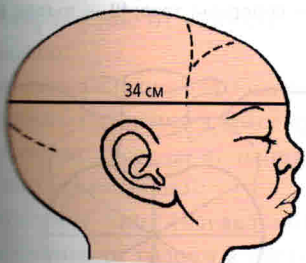


Рис. 7.3. Затылочно-лобная окружность (34 см)

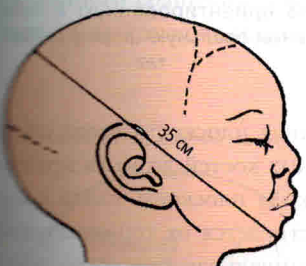


Рис. 7.4. Затылочно-подбородочная окружность (35 см)

... диаметр): наибольший попе-
... диаметр, равный 12 см.
... окружность плечиков: 35 см.
... бедра: самый длинный попе-
... размер бедер 10–11 см.
... бедра: 25 см.

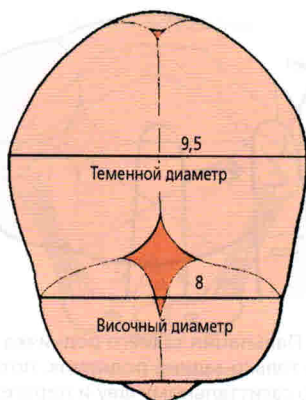


Рис. 7.5. Поперечные диаметры головы: 1) теменной диаметр (9,5 см); 2) височный диаметр (8,0 см)

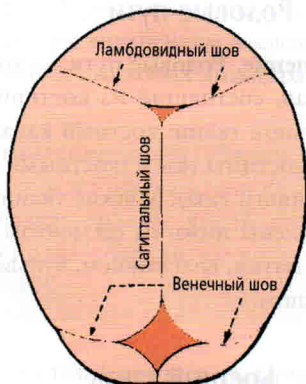


Рис. 7.6. Черепные швы, задний (малый), передний (большой) роднички

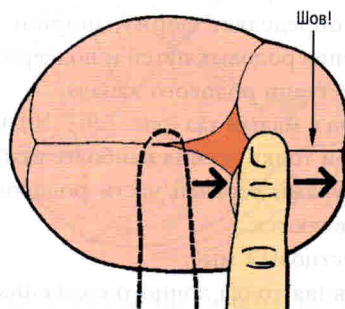


Рис. 7.7. Пальпация переднего родничка. Следуя по сагиттальному шву, палец проходит над родничком и продолжает движение по следующему сагиттальному шву — лобному

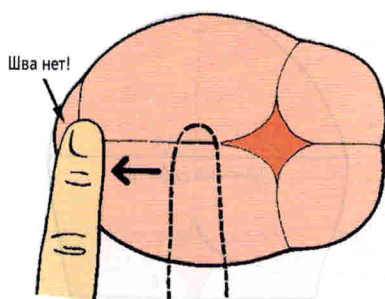


Рис. 7.8. Пальпация заднего родничка. Это может быть только задний родничок, потому что, следуя по сагиттальному шву и пересекая родничок, исследующий палец упирается в кость. Продолжения шва нет

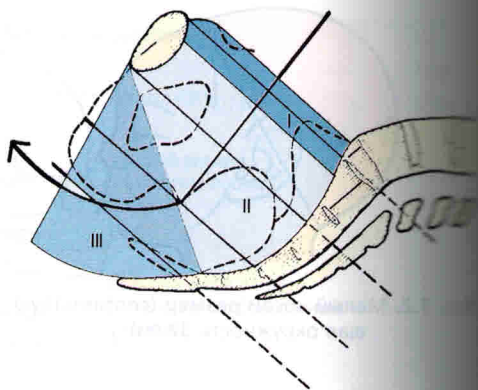


Рис. 7.9. Три плоскости таза: I — вход в малый таз; II — середина таза; III — выход из таза

7.1.2. Родовые пути

Определение. Родовые пути — это родовой канал, состоящий из костной и соединительной ткани: костный канал представлен костным тазом (костными стенками истинного таза). Мягкие ткани канала представлены нижним сегментом матки, шейкой матки, влагалищем, вульвой и тазовым дном.

7.1.2.1. Костный канал

Определение. Костные стенки истинного или малого таза являются опорой и обрамлением родового канала. Костный канал определяет форму, ширину и направление родовых путей и поддерживает мягкие ткани родового канала.

Вход в малый таз (рис. 7.9, 7.10). С акушерской точки зрения наиболее важными структурами верхней части родового канала являются:

- крестцовый мыс;
- нижняя точка лонного сращения;
- поперечный, переднезадний и косой диаметры входа в малый таз.

Границы. Вход в малый таз ограничен двумя параллельными плоскостями.

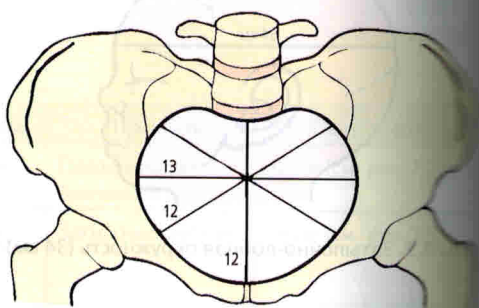


Рис. 7.10. Вход в малый таз. Обратите внимание на ориентированную в поперечном направлении овальную форму входа в малый таз

- Верхняя плоскость входа от бугорков лонных костей до мыса крестца.
- Нижняя плоскость входа в малый таз простирается от терминальной линии (терминальная плоскость; рис. 7.9).
- Параллельная плоскость, проходящая через наиболее сильно выступающую точку лонного сращения. Ее считают нижней плоскостью входа в малый таз.

Измерения. Вход в малый таз имеет вид поперечного овала (рис. 7.10); переднезадний диаметр (анатомическая конъюгата) равен 12 см, поперечный диаметр (в терминальной плоскости) — 13 см. Оба косых диаметра равны 12 см.

Примечание. Наибольший диаметр — поперечный размер входа в малый таз.

Обозначение направлений в акушерстве (рис. 7.11). Типичная ошибка начинающих акушеров происходит от выбора направления для женщины, лежащей на спине при исследовании или во время родов, а не стоящей в вертикальном положении. Перед путают с верхом, а зад — с низом.

Направление кпереди (вентральное) — это направление от спины к лонному сращению;

Направление кзади — это направление от лонного сращения к мысу крестца;

Направление вверх — по направлению к голове (краниально);

Направление вниз (каудально) — по направлению от головы к ногам.

Акушерская конъюгата: 12 см. Диаметр входа в малый таз является главным размером. Это линия, соединяющая крестцовый мыс с наиболее выступающей краниальной лонного сращения (рис. 7.13), называемая истинная конъюгата.

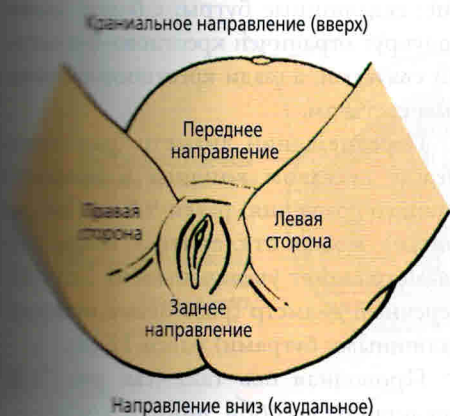


Рис. 7.11. Термины, определяющие направление в акушерстве

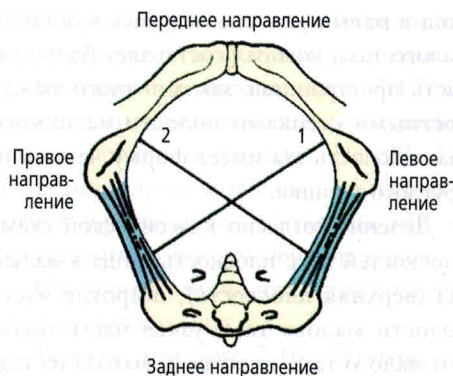


Рис. 7.12. Косые диаметры таза (вид снизу)

Левый и правый косые диаметры (рис. 7.12). При взгляде на малый таз снизу, как при внутреннем исследовании, определяются два косых диаметра.

Практический совет. Левый косой диаметр идет слева спереди вправо и назад; правый косой диаметр идет справа спереди влево и назад (рис. 7.12).

Полость таза (середина таза, рис. 7.13). Когда предлежащая часть плода проходит

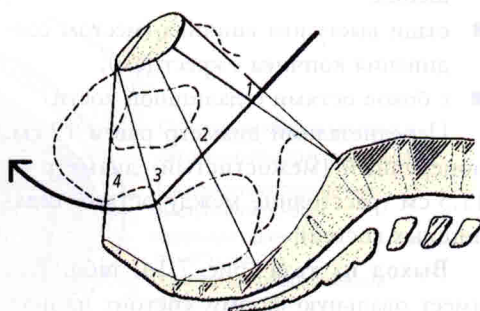


Рис. 7.13. Классическая система плоскостей таза (срединный сагиттальный разрез таза) с 4 переднезадними диаметрами:

1 — плоскость входа в малый таз; 2 — плоскость наибольшего размера; 3 — плоскость наименьшего размера; 4 — плоскость выхода из таза

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ

Патологические предлежания и вставления головки

Патологические предлежания и вставления головки: персистирующее поперечное стояние стреловидного шва, высокое поперечное стояние стреловидного шва, заднее поперечное стояние стреловидного шва, разгибание затылочного предлежания, разгибание вставления: переднеголового, заднеголового, лицевое.

Персистирующее поперечное стояние стреловидного шва

Определение. Аномальное развитие в родах. Головка достигает тазового дна при поперечном расположении сагиттального шва, что вызывает затягивание родов из-за невозможности сгибания и поворота головки. Длительность поперечное положение удерживается достаточно долго (30–60 мин).

В нормальных родах головка часто поворачивается к тазовому дну при поперечной ориентации сагиттального шва, и там происходит поворот с ориентацией шва в правильное направление. Таким образом, изменением положения это можно

назвать только в том случае, если происходит затягивание родов.

Частота. 1% всех головных предлежаний.

Классификация. Персистирующее поперечное стояние стреловидного шва, левая позиция (рис. 8.1): задний родничок ориентирован влево. Персистирующее поперечное стояние стреловидного шва, правая позиция (рис. 8.2): задний родничок ориентирован вправо.

Этиология. Внутренний поворот маленькой круглой головки не происходит, если мягкие ткани тазового дна недостаточно жесткие и череп не встречает достаточного сопротивления при своем движении вниз. Напротив, поворот большой головки может не произойти именно из-за сильного сопротивления мягких тка-

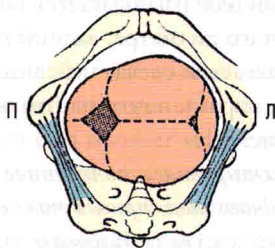


Рис. 8.1. Персистирующее поперечное стояние стреловидного шва, левая позиция

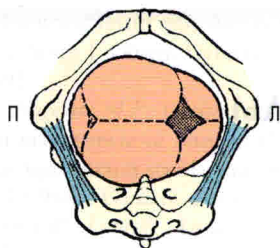


Рис. 8.2. Персистирующее поперечное стояние стреловидного шва, правая позиция

ней (выраженного трения) и костного таза. Главной причиной является вторичная слабость родовой деятельности. Возможно, лишь сокращение недостаточно развитой маточной мускулатуры вызвало спускание головки в полость малого таза к тазовому дну. Теперь, когда сокращения должны быть очень сильными, организм, утомленный в первом периоде родов, оказывается не в состоянии их произвести; поворота головки не происходит, и сагиттальный шов остается в поперечном диаметре. В редких случаях воронкообразного таза поперечная узость выхода из таза препятствует повороту головки на тазовом дне.

Клинические проявления. Цервикальный канал полностью раскрыт. Седлищные ости недоступны пальпации. Невозможно ввести палец в промежутки между головкой и тазовым дном.

Персистирующее поперечное стояние стреловидного шва, левая позиция

- Головка достигла тазового дна; сагиттальный шов располагается по ходу поперечного диаметра, задний родничок располагается слева, передний родничок — справа, почти на том же уровне (см. рис. 8.1).

Персистирующее поперечное стояние стреловидного шва, правая позиция

- Головка достигла тазового дна, сагиттальный шов располагается по ходу поперечного диаметра, задний род-

ничок — справа, передний — почти на том же уровне (см. рис. 8.1).

- Оба родничка можно прощупать, но с трудом из-за нарушения расположения (сагиттальный шов в поперечном диаметре), изменение предлежания (легкое разгибание вместо нормального сгибания тазовых конечностей).
- Отсутствие сгибания позволяет отметить тот факт, что головка не способна к полноценному внутреннему вращению — из-за того, что она не сгибается.

Практический совет. Персистирующее поперечное стояние стреловидного шва означает нарушение продвижения плода по родовым путям из-за не выхода из таза, и роды становятся невозможными!

Роды становятся возможными только в том случае, если головка осуществит поворот и сагиттальный шов окажется в переднезаднем диаметре. Исключения подтверждаются правилом: головка разгибается поперечно по отношению к продольному размеру мягкотканного таза. Из таза, схватки прижимают ее к костям таза и продольным волокнами тазовично-пещеристой мышцы как к барьеру.

Практический совет. Врачи опасаются в процесс слишком часто и слишком рано! Метод выбора выжидательная тактика (при хорошем самочувствии матери и отсутствии угрозы плоду); в начале это состояние не является показанием к экстремному вмешательству.

Выжидательная тактика

Изменение положения роженицы В тех случаях, когда головка достигла

на, изменение положения тела роженицы (изменение ориентации оси плода) повлиять на предлежание головки.

Общее правило положения. Роженице лечь набок, причем на ту сторону, где располагается часть головы, которая должна стать ведущей в случае переднего тазового предлежания. Ведущей частью должен стать передний родничок. В левой позиции персистирующего поперечного стояния стреловидного шва женщина должна лечь на левый бок, а при правой позиции персистирующего поперечного стояния стреловидного шва — на правый бок.

Пример. При левой позиции персистирующего поперечного стояния стреловидного шва женщина лежит на левом боку. Матка опускается влево, так как ее левая половина тяжелее правой. Линия симметрии оси плода проходит по диагонали сверху слева вниз и вправо. Это приводит темя к правой стенке таза, вместе с задним родничком отталкивается от левой стенки таза. Теперь он подвижен и подвигнут, может подчиниться и начать спускаться. Это очень важно помнить:

голова всегда движется в направлении противоположного смещения шейки. Шея в данном случае является опорной точкой.

Голова сгибается при движении вниз (персистирующая) и, если сокращения матки достаточно, завершает внутренний поворот.

Необходимо лечить слабость родовой деятельности (см. стр. 333)!

Практический совет. Родовспомогательные мероприятия показаны, если головка не осуществляет поворот в течение 30 мин при активных сокращениях матки.

Вспомогательные мероприятия: наложение щипцов, вакуум-экстракция

Вакуум-экстракция (см. стр. 397) это метод выбора, потому что под действием экстракции головка повернется в нужном направлении спонтанно.

Практический совет. Присоску вакуум-экстрактора накладывают на затылок эксцентрично (не на ведущую часть), что приводит к сгибанию (устранение нарушенного предлежания) и повороту головки (исправление положения головки).

Наложение щипцов (роды по методу Негеле). Начинаящим акушерам наложение щипцов дается с трудом. Технически невозможно наложить щипцы Негеле на обе теменные кости (передняя ветвь не может пройти под лонным сочленением) или тазовая кривизна щипцов ляжет под прямым углом к кривизне оси таза.

Наложить щипцы Негеле в поперечном направлении тоже невозможно, так как они захватят лицо и затылок.

Для того чтобы захватить головку щипцы надо наложить в косом направлении относительно головки и диаметров таза: при левой позиции персистирующего поперечного стояния стреловидного шва предполагается, что сагиттальный шов уже располагается в левом косом диаметре (что на самом деле не так), и поэтому щипцы накладывают на левый затылочный диаметр (рис. 8.3). При правой позиции персистирующего поперечного стояния стреловидного шва исходят из предположения о нахождении сагиттального шва в правом косом диаметре и накладывают щипцы на правый затылочный диаметр (рис. 8.4).

Наложение щипцов при левой позиции персистирующего поперечного стоя-

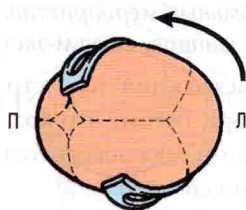


Рис. 8.3. Наложение щипцов при левой позиции персистирующего поперечного стояния стреловидного шва; ветви накладывают на правый косой диаметр

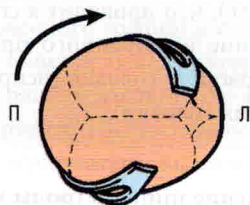


Рис. 8.4. Наложение щипцов при правой позиции персистирующего поперечного стояния стреловидного шва; ветви накладывают на левый косой диаметр

ния стреловидного шва. Шейка полностью раскрыта, головка достигла тазового дна, сагиттальный шов находится в поперечном диаметре, задний родничок — слева, передний родничок — справа.

Головку поворачивают против часовой стрелки до того момента, когда задний родничок оказывается впереди. Щипцы накладывают так, как будто сагиттальный шов уже лежит в левом косом диаметре, т.е. он должен перейти в левый косой диаметр. Как обычно, левую ветвь щипцов вводят первой, сзади слева. Правая ветвь, которая пойдет вправо, спереди должна свободно смещаться. Она вводится сзади справа и проводится вбок кпереди. Ветви щипцов замыкают и проверяют надежность соединения. Тракцию производят в направлении на себя с одновременным поворотом против часовой стрелки до того момента, когда сагиттальный шов оказывается в переднезаднем диаметре. Экстракцию выполняют обычным порядком.

Иногда делают исключение и вводят головку не поперечно, а косым образом. Однако ситуация часто меняется в процессе замыкания щипцов. Головка оказывается в щипцах в переднезаднем диаметре, и щипцы оказываются в поперечном положении еще до начала экстракции. Экстракция в таком положении является исключением из правила. Рекомендуется в такой ситуации передвинуть переднюю ветвь кпереди, а заднюю ветвь — кзади, чтобы захватить головку между косым и переднезадним диаметром.

Наложение щипцов при правой позиции персистирующего поперечного стояния стреловидного шва. То же, что и в предыдущем случае, разница — задний родничок находится справа, передний — слева (см. рис. 8.4).

Для того чтобы переместить задний родничок кпереди, головку надо поворачивать по часовой стрелке. Щипцы накладывают так, как будто сагиттальный шов находится в правом косом диаметре, т.е. в левом косом диаметре. Перемещают левую ветвь, которая должна оказаться спереди. Ее вводят первой, сзади слева, и проводят кпереди. Затем накладывают правую ветвь, сзади справа. Щипцы замыкают и осуществляют тракцию с одновременным поворотом по часовой стрелке.

Практический совет. При правой позиции персистирующего поперечного стояния стреловидного шва опытные специалисты предпочитают сначала вводить правую ветвь щипцов, а затем левую, вопреки правилу. *Преимущество:* головка поворачивается в левый косой диаметр уже при введении правой ветви. Недостаток: затруднено введение левой ветви, а также замыкание щипцов.

11.2. Высокое прямое стояние стреловидного шва

Определение. Неправильное положение головки в начале родов: сагиттальный шов находится почти в переднезаднем диаметре (в норме у входа в малый таз положение должно быть косым или поперечным).

С точки зрения механики родов такое положение является противоположным отношению к персистирующему поперечному стоянию стреловидного шва.

Частота. 0,5% всех родов.

Классификация

■ **Передний вид** (*positio occipitalis pubica*).

Затылок расположен впереди, т.е. обращен к лобку (рис. 8.5).

■ **Задний вид** (*positio occipitalis sacralis*).

Затылок расположен сзади и ориентирован в направлении к крестцу (рис. 8.6).

Передний вид встречается чаще (2:1).

Причина, как полагают, связана с малым крестцом, который не способствует заднему расположению плода и вынуждает головку разворачиваться кпереди.

При заднем затылочном положении задняя часть затылка остается сзади (см. рис. 8.6).

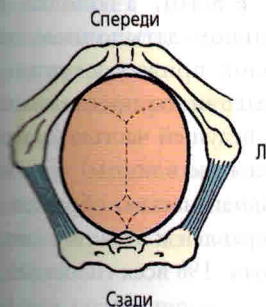


Рис. 8.5. Передний вид высокого прямого стояния стреловидного шва

Спинка смещается в левую или правую боковую позицию под давлением позвоночника — в задний вид прямого стояния стреловидного шва.

Этиология. Длинный таз, узкий таз (круглый вход в малый таз), диспропорция между размерами таза и головки; редкие случаи: предлежание плаценты, аномалии строения матки, миома матки, выпадение ручки или ножки, деформации плода, функциональные расстройства.

Клинические данные, диагностика. Третий прием Леопольда-Левицкого. Головка представляется узкой, потому что пальцами не удастся как обычно захватить ее затылочно-лобный диаметр, но:

■ при переднем виде — бипариетальный диаметр равен 9,5 см (см. рис. 8.7, 8.8);

■ при заднем виде — битемпоральный диаметр равен 8 см.

В этих случаях удается пальпировать мелкие части плода.

Вагинальное исследование (см. рис. 8.5, 8.6). Пальпаторные данные показаны на рисунке. Ультразвуковое исследование подтверждает диагноз!

Течение родов, прогноз. Роды невозможны, если патологическое положение плода не изменяется спонтанно или с помощью лечебных манипуляций.

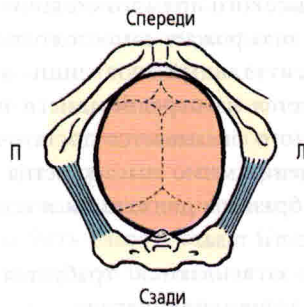


Рис. 8.6. Задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва