

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	10
ЧАСТЬ I. АКУШЕРСТВО	11
Глава 1. Общее и специальное акушерское обследование	13
1.1. Диагностика беременности	13
1.2. Определение срока беременности	20
1.3. Определение предполагаемой даты родов	25
1.4. Методы наружного акушерского обследования	27
1.5. Пельвиометрия	44
1.6. Швы и роднички на головке доношенного плода.	57
1.7. Размеры на головке и туловище доношенного плода	60
1.8. Влагалищное исследование в родах.	62
1.9. Определение зрелости шейки матки. Шкала Е.Н. Bishop'a	90
1.10. Определение предполагаемой массы тела плода	91
1.11. Методы определения истинной конъюгаты.	95
1.12. Дополнительные методы оценки положения головки плода в периоде изгнания (наружные пальпаторные и визуальные методы).	96
1.13. Наружные приемы для определения степени открытия маточного зева.	101
1.14. Аускультация сердечных тонов плода. Место наилучшего выслушивания	103
1.15. Неправильные положения плода. Диагностика, течение родов, осложнения.	107
Глава 2. Биомеханизмы родов при головном предлежании.	111
2.1. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.	111
2.2. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.	114
2.3. Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании	115
2.4. Биомеханизм родов при лобном предлежании	116
2.5. Биомеханизм родов при лицевом предлежании	118
2.6. Вставления, предлежания и положения плода, при которых роды через естественные родовые пути доношенным плодом невозможны.	120

Глава 3. Тазовое предлежание. Биомеханизм родов и акушерские пособия	121
3.1. Виды тазовых предлежаний.	121
3.2. Диагностика тазового предлежания плода	123
3.3. Корректирующая гимнастика по исправлению тазового предлежания плода	123
3.4. Биомеханизм родов в переднем виде тазового предлежания. . .	125
3.5. Пособие по Н.А. Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода	127
3.6. Пособие по Н.А. Цовьянову при ножном предлежании плода	134
3.7. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании плода (освобождение плечевого пояса и последующей головки)	138
3.8. Ручное пособие при тазовом предлежании плода по П. Мюллеру.	145
3.9. Ручное пособие при тазовом предлежании плода по М.Я. Мартыншину	148
3.10. Методики освобождения последующей головки.	151
3.11. Степени запрокидывания ручек плода (по Г.Г. Гентеру)	163
3.12. Ручные пособия по выведению запрокинутых ручек плода . . .	164
3.13. Экстракция плода за тазовый конец	168
3.14. Операция низведения ножки плода.	178
3.15. Экстракция плода за одну ножку	183
3.16. Классический комбинированный наружно-внутренний поворот плода на ножку.	188
3.17. Акушерский наружный поворот (по Б.А. Архангельскому). . . .	195
Глава 4. Биомеханизмы родов при аномалиях костного таза.	197
4.1. Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе	197
4.2. Особенности биомеханизма родов при простом плоском тазе.	199
4.3. Особенности биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе.	201
4.4. Особенности биомеханизма родов при тазе с уменьшением прямого размера широкой части его полости	202
4.5. Особенности биомеханизма родов при поперечно суженном тазе	203
4.6. Высокое прямое стояние стреловидного шва. <i>Positio occipitalis pubica, positio occipitalis sacralis</i>	206
4.7. Цефалотазовая диспропорция	208

Глава 5. Прочие акушерские пособия, выполняемые в первом и во втором периодах родов	213
5.1. Ручные акушерские приемы при дистоции плечиков плода	213
5.2. Методика проведения амниотомии	215
5.3. Методика проведения пудендальной анестезии	216
5.4. Техника проведения и методы рассечения промежности	217
Глава 6. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода.	221
6.1. Наложение выходных акушерских щипцов в переднем виде затылочного предлежания	221
6.2. Наложение выходных акушерских щипцов в заднем виде затылочного предлежания	237
6.3. Наложение полостных акушерских щипцов	238
6.4. Наложение выходных акушерских щипцов при лицевом вставлении головки и подбородке плода, обращенном кпереди	241
6.5. Вакуум-экстракция плода при влагалищном родоразрешении	242
6.6. Вакуум-экстракция плода при абдоминальном родоразрешении	254
Глава 7. Акушерские пособия, выполняемые в третьем периоде родов.	257
7.1. Признаки отделения плаценты	257
7.2. Приемы выделения отделившегося последа при его задержке в полости матки	258
7.3. Операция ручного отделения плаценты и выделения последа	258
Глава 8. Акушерские пособия, выполняемые в раннем послеродовом периоде	260
8.1. Операция ручного обследования стенок послеродовой матки	260
8.2. Диагностика инволюции матки, субинволюция матки	261
8.3. Наложение клемм по методу Н.С. Бакшеева при гипотоническом кровотечении	262
8.4. Оценка состояния новорожденного по шкале В. Апгар	264
Глава 9. Аппендицит у беременных	265
9.1. Методика определения симптомов Брендо, Михельсона и Тараненко	265
9.2. Методика определения симптома Промптова	266

Глава 10. Прочие методики	267
10.1. Осмотр и пальпация молочных желез и регионарных лимфатических узлов	267
10.2. Кардиотокография	270
Тестовый контроль	282
Ответы на вопросы тестового контроля.	299
Список литературы	300
ЧАСТЬ II. ГИНЕКОЛОГИЯ.	301
Глава 11. Влагалищное исследование	303
11.1. Наружное гинекологическое обследование	303
11.2. Осмотр шейки матки и слизистой оболочки влагалища в зеркалах	306
11.3. Бимануальное влагалищное исследование.	316
Глава 12. Взятие биологического материала из урогенитального тракта	325
12.1. Взятие биологического материала для микроскопического исследования	325
12.2. Взятие биологического материала для бактериологического исследования	329
12.3. Взятие биологического материала для молекулярно- биологического исследования (диагностика с помощью полимеразной цепной реакции).	332
Глава 13. Получение соскобов с экто- и эндоцервикса для цитологического метода исследования.	337
Глава 14. Методика проведения обзорной и расширенной кольпоскопии.	347
Глава 15. Зондирование полости матки.	353
Глава 16. Введение и удаление внутриматочного контрацептива.	355
Глава 17. Аспирационная биопсия эндометрия (Пайпель-биопсия)	361
Глава 18. Осмотр и пальпация молочных желез.	364
Тестовый контроль	367
Ответы на вопросы тестового контроля.	385
Список литературы	386

Глава 2

БИОМЕХАНИЗМЫ РОДОВ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

2.1. БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

Подобный вариант биомеханизма наблюдают в 95% случаев родов. Он складывается из семи моментов, или этапов по И.И. Яковлеву (1969). Для данного биомеханизма родов студенту нужно последовательно продемонстрировать все моменты поступательного, вращательного, сгибательно-разгибательного движения головки по родовому каналу, дать необходимые разъяснения по поводу каждого момента биомеханизма. Очень важно соблюдать последовательность изложения и корректно сопоставлять опознавательные точки на головке плода с костными ориентирами таза.

1-й момент — **вставление головки плода во вход в малый таз** (*insertio capitis s. inclinatio*). При соприкосновении головки плода с плоскостью входа в таз сагиттальный шов устанавливается в *одном из косых* или в *косоперечном* размере плоскости входа в таз, чему способствует форма головки в виде овала, суживающегося в направлении лба и расширяющегося в направлении к затылку. Задний родничок обращен *кпереди*.

2-й момент — **сгибание головки** (*flexio capitis*). Сгибание головки плода, фиксированной во входе в таз, происходит под действием изгоняющих сил по закону рычага, имеющего два неравных плеча. Изгоняющие силы через позвоночник действуют на головку плода, находящуюся в тесном контакте с симфизом и мысом. Место приложения силы на головке расположено эксцентрично: атлантозатылочное сочленение расположено ближе к затылку. В силу этого головка представляет собой неравноплечий рычаг, короткое плечо которого обращено к затылку, а длинное — в сторону лба. Вследствие этого возникает разница в моменте сил, действующих на короткое (момент силы меньше) и длинное (момент силы больше) плечи рычага. Короткое плечо опускается, а длинное поднимается вверх.

Затылок опускается в малый таз, подбородок прижимается к груди. К концу процесса сгибания головка плотно фиксируется во входе в таз, а задний (малый) родничок располагается *ниже* безымянной линии. *Область малого родничка* становится *ведущей точкой* (*punctum primarium s. conductorium*).

3-й момент — опускание головки (*descentio capitis*) в полость малого таза, или **крестцовая ротация** (*rotatio sacralis*). Головка плода после сгибания остается фиксированной на двух основных точках у симфиза и мыса. Крестцовая ротация представляет собой *маятникообразное движение* головки с попеременным отклонением сагиттального шва то ближе к лобку, то ближе к мысу. Подобное осевое движение головки происходит вокруг точки укрепления ее на мысе (сила сцепления ее с симфизом меньше, чем задней теменной кости с мысом). Передняя теменная кость начинает преодолевать сопротивление задней поверхности симфиза, скользя по ней и опускаясь ниже задней теменной. Одновременно передняя теменная кость находит на заднюю (происходит *конфигурация* головки). Это надвигание продолжается до тех пор, пока наибольшая выпуклость передней теменной кости не пройдет мимо симфиза. После этого происходит соскальзывание задней теменной кости с мыса, и она еще больше заходит под переднюю теменную кость. Одновременно идет надвигание обеих теменных костей на лобную и затылочную кости, и головка целиком (*in toto*) *опускается в широкую часть* полости малого таза. Сагиттальный шов в это время находится приблизительно посередине между симфизом и мысом. Таким образом, в крестцовой ротации можно выделить три этапа:

- 1) опускание передней и задержка задней теменной кости;
- 2) соскальзывание задней теменной кости с мыса;
- 3) опускание головки в полость малого таза.

4-й момент — внутренний поворот головки (*rotatio capitis interna*). Происходит в полости малого таза: начинается *при переходе из широкой части в узкую* и заканчивается *на тазовом дне*. К моменту окончания крестцовой ротации головка прошла большим сегментом плоскость входа в малый таз, ее нижний полюс находится в интерспинальной плоскости. Таким образом, есть все условия, способствующие ее вращению с использованием крестцовой впадины.

Поворот обусловлен следующими факторами:

- формой и размерами родового канала, имеющего вид усеченной пирамиды, суженной частью обращенной книзу, с преобладанием прямых размеров над поперечными в плоскостях узкой части и выхода из малого таза;

- формой головки, суживающейся в направлении лобных бугров и имеющей выпуклые поверхности — теменные бугры.

Заднебоковой отдел таза по сравнению с передним сужен мышцами, выстилающими внутреннюю поверхность полости таза. Затылок представляется более широким по сравнению с лобной частью головки. Эти обстоятельства благоприятствуют повороту затылка кпереди. Во внутреннем повороте головки самое большое участие принимают пристеночные мышцы малого таза и мышцы тазового дна, главным образом мощная парная *мышца, поднимающая задний проход*. Выпуклые части головки (лобные и теменные бугры), находящиеся на разной высоте и расположенные асимметрично по отношению к тазу, на уровне спинальной плоскости входят в соприкосновение с ножками леваторов. Сокращение этих мышц, а также грушевидных и внутренних запирательных приводит к вращательному движению головки. Поворот головки происходит вокруг продольной оси при переднем виде затылочного предлежания на 45° . При законченном повороте сагиттальный шов устанавливается *в прямом размере* плоскости выхода из малого таза, затылок обращен *кпереди*.

5-й момент — **разгибание головки** (*deflexio capitis*) совершается в плоскости выхода из малого таза, т.е. на тазовом дне. После завершения внутреннего поворота головка плода подходит под нижний край симфиза подзатылочной ямкой, которая является точкой фиксации (*punctum fixum, s. hypomochlion*). Вокруг этой точки головка совершает разгибание. Степень разгибания ранее согнутой головки соответствует углу $120\text{--}130^\circ$. Разгибание головки происходит под воздействием двух взаимно перпендикулярных сил. С одной стороны, действуют изгоняющие силы через позвоночник плода, а с другой — боковая сила давления со стороны мышц тазового дна. Совершив разгибание, головка рождается самым благоприятным малым косым размером, равным 9,5 см, и окружностью, длина которой составляет 32 см.

6-й момент — **внутренний поворот туловища и наружный поворот головки** (*rotatio trunci interna et rotatio capitis externa*). После разгибания головки плечики плода переходят из широкой части малого таза в узкую, стремясь занять максимальный размер этой плоскости и плоскости выхода. Так же как на головку, на них действуют сокращения мышц тазового дна и пристеночных мышц малого таза.

Плечики совершают внутренний поворот, последовательно переходя из поперечного в косой, а затем в прямой размер плоскостей малого таза. Внутренний поворот плечиков передается родившейся головке, которая совершает наружный поворот. Наружный поворот головки соответствует позиции плода. При первой позиции поворот осуществляется затылком

влево, личиком вправо. При второй позиции затылок поворачивается вправо, личико — к левому бедру матери.

7-й момент — рождение туловища и всего тела плода (*expulsio trunci et corporis totales*). Под симфизом устанавливается переднее плечико. Ниже головки плечевой кости (на границе верхней и средней третей плечевой кости) образуются точки фиксации. Туловище плода сгибается в пояснично-грудном отделе, и первыми рождаются заднее плечико и задняя ручка. После этого из-под лобка выкатывается и передняя ручка, затем без всяких затруднений выходит все тело плода.

Головка плода, родившегося в переднем виде затылочного предлежания, имеет *долихоцефалическую форму* за счет конфигурации и родовой опухоли — серозно-красноватого пропитывания (венозного застоя) мягких тканей ниже пояса соприкосновения головки с костным кольцом таза. При затылочном предлежании родовая опухоль располагается на головке ближе к ведущей точке — заднему (малому) родничку. По ее расположению можно распознать позицию плода, в которой протекали роды. При первой позиции родовая опухоль располагается на правой теменной кости ближе к малому родничку, при второй позиции — на левой теменной кости.

2.2. БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

Задний вид затылочного предлежания — вариант нормального биомеханизма родов. Образование заднего вида может зависеть как от плода (небольшие размеры головки, недоношенный плод, трудная сгибаемость шейной части позвоночника), так и от родовых путей матери (особенности строения костного таза, мышц тазового дна). Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания состоит в следующем.

1-й момент — вставление головки плода во вход в малый таз. Так же как и при переднем виде, головка устанавливается сагиттальным швом в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз с задним (малым) родничком, обращенным кзади.

2-й момент — сгибание головки. Происходит по закону двуплечевого неравноплечевого рычага, описанного в биомеханизме родов при переднем виде затылочного предлежания. Область малого родничка становится наиболее низко расположенной точкой на головке — ведущей точкой.

3-й момент — крестцовая ротация. Осуществляется так же, как при переднем виде затылочного вставления. Первой преодолевает сопро-

тивление симфиза передняя теменная кость, скользя по его задней поверхности и заходя на заднюю теменную кость. Затем соскальзывает с мыса задняя теменная кость, еще больше смещаясь под переднюю. Обе кости находят на лобную и затылочную, и головка опускается в широкую часть малого таза.

4-й момент — внутренний поворот головки. На данном этапе возникает первое отличие от биомеханизма родов при переднем виде затылочного вставления. Внутренний поворот головки может происходить на 45 и 135°. В подавляющем большинстве случаев мышцы малого таза совершают значительно *большший* объем работы, чем при переднем виде затылочного вставления. Сагиттальный шов последовательно переходит из косога размера таза в поперечный, в противоположный косога, а затем в прямой размер плоскости выхода из малого таза. Малый родничок устанавливается *под лоном*. Роды заканчиваются *в переднем виде*. В редких случаях сагиттальный шов совершает поворот на 45° и переходит из косога размера в прямой размер плоскости выхода из малого таза. Затылок поворачивается кзади, и роды продолжаются *в заднем виде*.

5-й момент — усиленное сгибание и разгибание головки. На этом этапе биомеханизма родов головка совершает *два вида движений*. После окончания внутреннего поворота головка плода, опустившаяся на тазовое дно, подходит под нижний край симфиза передним углом переднего (большого) родничка (граница волосистой части головы). Образуется *первая точка фиксации*, вокруг которой головка совершает *усиленное сгибание* до тех пор, пока подзатылочная ямка не подойдет к верхушке копчика. Образуется *вторая точка фиксации*, вокруг которой головка *разгибается*. Диаметр окружности, которой прорезывается головка, соответствует среднему косога размеру (10,5 см), а длина окружности — 33 см. Родовая опухоль располагается в области малого родничка. Форма головки долихоцефалическая.

6-й и 7-й моменты не отличаются от соответствующих моментов биомеханизма родов при переднем виде затылочного вставления.

2.3. БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Роды при переднеголовном предлежании обычно протекают в заднем виде. Данный биомеханизм родов характерен для плоского таза с уменьшением прямых размеров малого таза. Диагностика этого вида

вставления основана исключительно на данных влагалищного исследования. Как правило, сагиттальный шов располагается в поперечном размере (крайне редко — в косом) плоскости входа в малый таз. По проводной оси таза определяется большой родничок (ведущая точка), а малый родничок не достигается.

1-й момент — вставление головки плода происходит сагиттальным швом в *поперечном*, реже в косом размере входа в малый таз. Головка находится в несколько разогнутом состоянии. Она устанавливается в плоскости входа в таз лобно-затылочным размером, равным 12 см. Большой и малый роднички стоят на одном уровне, нижний полюс головки — середина большого и малого родничков.

2-й момент — умеренное разгибание головки, вследствие чего ведущей точкой становится *большой родничок*. Малый родничок отстает в поступательном движении.

3-й момент — крестцовая ротация осуществляется, как обычно, в плоскости входа в малый таз. При этом первой опускается передняя теменная кость, заходя за заднюю, затем задняя, и наконец вся головка оказывается в широкой части полости малого таза. Лобная и затылочная кости могут быть смещены под теменные.

4-й момент — внутренний поворот головки осуществляется в полости малого таза так, что *большой родничок* поворачивается к лону.

5-й момент — сгибание и разгибание головки происходят в *плоскости выхода* из малого таза, где головка совершает *два движения*. Под нижний край симфиза подходит область *переносицы*, и образуется первая точка фиксации. Вокруг нее головка совершает *сгибание*, в результате чего из-под промежности освобождаются темя и затылок. После этого образуется вторая точка фиксации — *затылочный бугор*, вокруг которого совершается *разгибание* головки, и рождаются лоб и личико плода. Головка прорезывается прямым размером — лобно-затылочным, равным 12 см. Длина окружности, проходящей через него, составляет 34 см. Родовая опухоль располагается в области большого родничка. Форма черепа брахицефалическая — «башенный» череп.

6-й и 7-й моменты биомеханизма родов совершаются так же, как при затылочном предлежании.

2.4. БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Лобное вставление встречается редко (0,04–0,05% всех родов). Оно возникает в течение родового акта, когда головка, проходя вперед лбом,

задерживается в этом положении. Подбородок не может опуститься вследствие тех или иных причин. Если головка плода прижата или фиксирована малым сегментом во входе в малый таз и околоплодные воды не изливались, лобное вставление может перейти в лицевое. После излития околоплодных вод и фиксации головки большим сегментом лобное вставление не меняется.

Диагноз «лобное предлежание» ставят исключительно по данным влагалищного исследования: по проводной оси таза определяется лоб, в поперечном размере плоскости входа в малый таз располагается лобный шов, с одной стороны определяются переносица и надбровные дуги плода, с другой — передний угол большого родничка. Большой родничок находится на стороне, соответствующей спинке плода.

При лобном вставлении роды через естественные родовые пути доношенным плодом *невозможны*.

1-й момент — вставление головки плода во вход в таз при лобном предлежании происходит большим косым размером, равным 13,5 см, с окружностью, соответствующей 39–40 см. Лобный шов находится в *поперечном* размере входа. Уже на этом этапе выявляется *диспропорция* между размерами головки и входа в малый таз. Дальнейшее продвижение головки останавливается, и роды необходимо закончить абдоминальным родоразрешением путем операции кесарева сечения.

Если плод недоношенный, имеет небольшие размеры, то наступает **2-й момент биомеханизма родов** — разгибание головки, вследствие которого по проводной оси таза и наиболее низко устанавливается *центр лба*.

3-й момент — крестцовая ротация осуществляется так же, как и при затылочных предлежаниях.

4-й момент — внутренний поворот головки осуществляется на 90°, при этом лобный шов переходит из поперечного размера таза в косой, а затем в прямой. Крылья носа направлены к симфизу.

При 5-м моменте биомеханизма родов головка совершает *два движения*. Как только верхняя челюсть подходит под нижний край симфиза (первая точка фиксации), начинается *сгибание* головки и рождение ее до затылочного бугра, фиксирующегося на верхушке копчика, вокруг которого головка начинает *разгибаться*: рождаются верхняя и нижняя челюсти.

6-й и 7-й моменты не отличаются от соответствующих моментов биомеханизма родов при затылочном предлежании. Головка плода рождается окружностью, средней между окружностью большого косого и прямого размеров. Величина окружности 35–36 см. Родовая опухоль

располагается на головке, занимая весь *лоб* и распространяясь в одну сторону до глаз, в другую — до большого родничка. В профиль головка имеет вид треугольника с вершущкой у лба.

Роды в лобном предлежании наименее благоприятны среди родов в разгибательных предлежаниях.

Приемы по исправлению лобного предлежания

Учитывая неблагоприятный исход родов при лобном предлежании, был предложен ряд приемов, исправляющих лобное предлежание.

Метод Г.А. Соловьева. Если лоб еще не успел плотно встаться в вход малого таза, можно предпринять попытку ручного исправления лобного предлежания *в лицевое*. Для этого во время влагалищного исследования вводят палец в рот плода и производят разгибание головки.

Метод С.С. Холмогорова аналогичен методу Соловьева, но для этого введенным в рот плода пальцем производят *сгибание* головки и перевод лобного предлежания в *затылочное*. Этим приемом переводят головку плода в наиболее благоприятное положение.

При достаточной подвижности головки может быть произведен **поворот плода на ножку**.

2.5. БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

В случае лицевого предлежания вместо затылка предлежит личико плода. Оно встречается в 0,25% родов. Лицевое предлежание является максимальной степенью разгибания. Головка плода при нем, так же как при затылочном, имеет бобовидную форму. Благоприятный механизм прохождения головки создается при совпадении линии головной кривизны с линией кривизны родового канала. Это совпадение возможно, когда подбородок плода обращен *кпереди*. В этом случае головка проходит через поперечные сечения родового канала теми же плоскостями наклоненных веерообразно друг к другу поперечных сечений, как при затылочном предлежании, но только в обратном порядке.

Диагноз «лицевое предлежание» можно поставить при наружном, а более точно — при влагалищном исследовании. При наружном исследовании определяют, что выдающийся сбоку над лобком затылок запрокинут и почти прижат к спинке плода. При этом между спинкой и затылком образуется острый угол. Спинка далеко отходит от стенки

матки, а выгнутая грудка плода приближается к ней. По этой причине сердцебиение плода яснее прослушивается не со стороны спинки, а со стороны грудки плода, т.е. там, где прощупываются мелкие части плода. При влагалищном исследовании с одной стороны прощупывают подбородок и рот, а с другой — корень носа и надбровные дуги. Все эти опознавательные ориентиры легко определяются до отхождения вод и после излития до образования родовой опухоли. При наличии родовой опухоли возможны диагностические ошибки. Лицевое предлежание можно принять за ягодичное.

В 1-м моменте головка плода вставляется во вход в малый таз вертикальным размером. Лицевая линия располагается в поперечном или косом размере плоскости входа в малый таз. Подбородок и большой передний родничок стоят *на одинаковой высоте*.

Во 2-м моменте биомеханизма родов вместо обычного сгибания головка плода максимально *разгибается*. Подбородок опускается *ниже*, чем большой родничок. В этом положении личико плода опускается в полость малого таза. Щека, обращенная к передней стенке таза, легче достигается при исследовании, чем обращенная к крестцовой впадине.

3-й момент — крестцовая ротация совершается легко.

4-й момент — головка совершает внутренний поворот, обусловленный теми же факторами, которые определяют этот момент биомеханизма родов при затылочном предлежании. Лицевая линия переходит в прямой размер плоскости выхода, а подбородок оказывается под лобковым сочленением. При нарушении внутреннего поворота подбородок плода может повернуться к крестцу. Роды в данном варианте лицевого предлежания приостанавливаются.

При подбородке, обращенном кпереди, начинается **5-й этап** биомеханизма родов. Лицо опускается до тех пор, пока не прорежется подбородок, а угол между нижней челюстью и шеей плода не подойдет под нижний край симфиза. Образуется точка фиксации — подъязычная кость, вокруг которой происходит *сгибание* головки. Последовательно рождаются лоб, темя и затылок.

Внутренний поворот туловища и наружный поворот головки, рождение плечевого пояса и всего плода совершаются так же, как и при затылочных предлежаниях.

Прорезывание головки происходит окружностью, соответствующей вертикальному размеру (диаметр 9,5 см, длина окружности 32 см). Родовая опухоль располагается на половине лица, обращенной кпереди (подбородок, губы). Форма головки — резкая долихоцефалическая.

Роды в лицевом предлежании при подбородке, обращенном кпереди, протекают благоприятно: большинство из них заканчивается самопроизвольно (90–95%).

Приемы по исправлению лицевого предлежания

Способ Торна (Thorn) использовался для перевода лицевого предлежания в *затылочное*, пока головка плода еще не фиксировалась плотно во входе в малый таз. Способ Торна представляет собой комбинацию *внутреннего приема Боделока* (Jean Louis Baudelocque) и *наружного приема Шаца* (Schatz). По данному методу введенной во влагалище правой рукой низводят затылок, сгибают головку (прием Боделока), в то время как наружная левая рука оказывает давление на грудь и ягодички плода (прием Шаца), переводя его туловище из разогнутого положения в согнутое.

При достаточной подвижности головки может быть произведен **поворот плода на ножку**.

2.6. ВСТАВЛЕНИЯ, ПРЕДЛЕЖАНИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА, ПРИ КОТОРЫХ РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ДОНОШЕННЫМ ПЛОДОМ НЕВОЗМОЖНЫ

Классическую триаду положений головки плода, при которых роды через естественные родовые пути доношенным плодом невозможны или сопряжены с *очень высоким* риском материнской и перинатальной патологии, описывает **правило трех «Л»**:

- лобное вставление;
- лицевое вставление при подбородке плода, обращенном кзади (к крестцу роженицы);
- литцмановское вставление II–III степени (*выраженный* задний асинклитизм).

Кроме того, самопроизвольные роды *per vias naturalis* невозможны в следующих случаях:

- при поперечном положении плода;
- при косом положении плода;
- при заднем виде тазового предлежания (формирование заднего вида — очень тяжелое осложнение родов в тазовом предлежании).