

«Методы исследования в акушерстве»

**к.м.н. Кораблина Наталия
Александровна**

«Схема сбора анамнеза у беременной»

1. Паспортные данные.
2. Заболевания, перенесенные в детстве, зрелом возрасте, их течение, лечение.
3. Наследственность.
4. Условия труда и быта.
5. Эпидемиологический анамнез.
6. Аллергологический анамнез.
7. Акушерско-гинекологический анамнез:
 - Менструальная функция (менархе и особенности установления менструального цикла, длительность, болезненность и регулярность менструаций, количество теряемой при менструации крови, дата последней менструации);
 - Половая жизнь (с какого возраста, состоит ли в браке); гинекологические заболевания (какие, когда, длительность и характер их течения, проведенная терапия, результаты лечения);
 - Генеративная функция - число предыдущих беременностей с подробным выяснением их течения и исхода (искусственных и самопроизвольных абортов, родов);
 - Течение настоящей беременности (первой и второй половины беременности, перенесенные заболевания и на каком сроке, лечение амбулаторное, стационарное).

Паспортные данные (социальный анамнез)
– фамилия, имя, отчество, возраст,
профессия, возраст, семейное положение,
условия труда и быта, образ жизни,
питания, вредные привычки.



- **Жалобы**, с которыми пациентка обращается, являются субъективными симптомами заболевания:
- - Боли внизу живота и поясничной области:
- Схваткообразные – при выкидышах, трубном аборте, подслизистой миоме матки;
- Ноющие – характерны для воспалительных заболеваний;
- Приступообразные – характерны для прерывания трубной беременности.
- - Выделения, в т.ч. и кровянистые;
- - Зуд;
- - Кровотечения;
- - Бесплодие;



- **Наследственность** (семейный анамнез) – нервные, психические, эндокринные заболевания, ожирение, гипертрихоз, невынашивание беременности у кровных родственников.
- **Перенесенные экстрагенитальные заболевания** выясняется хронологический порядок этих заболеваний, особенность их течения, лечение, исход;
- **Перенесенные операции**, особенно на брюшной полости.
- **Трансфузионный и аллергологический анамнез.**

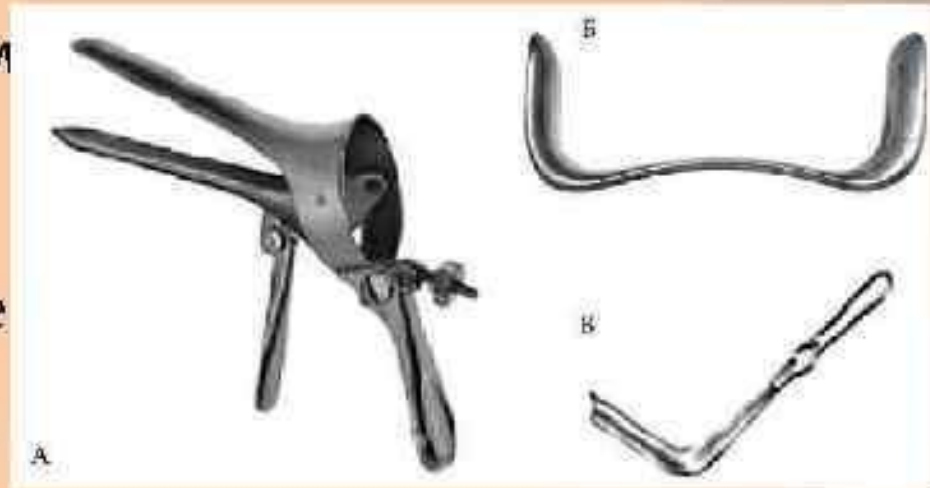
- Объективное исследование начинают с осмотра беременной, определения ее роста и массы тела. Обращают внимание на телосложение, состояние кожи, видимых слизистых оболочек, молочных желез и сосков (нормальные, плоские, втянутые), величину и форму живота.

Исследуют сердечно-сосудистую систему (АД на обеих руках), легкие, органы пищеварения с помощью аускультации, перкуссии, пальпации. Каждая беременная должна быть осмотрена терапевтом, окулистом, оториноларингологом, стоматологом. Обязательными являются клинические анализы крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора, реакция Вассермана, исследование на ВИЧ-инфекцию, бактериологическое исследование содержимого мочеиспускательного канала, влагалища и канала шейки матки.



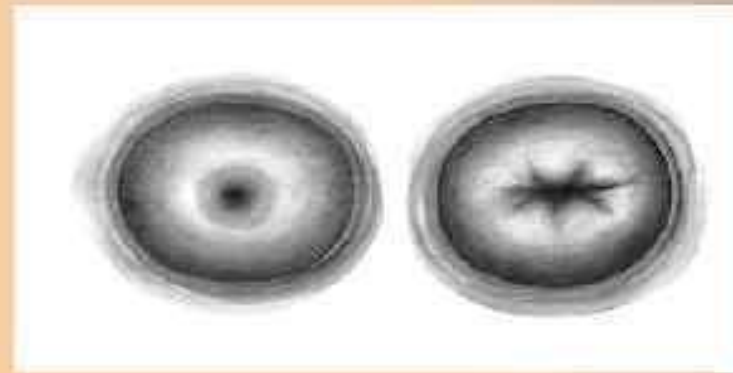
Акушерское обследование

- С целью осмотра стенок влагалища и шейки матки проводят *исследование с помощью зеркал*. При этом определяются цианоз, обусловленный беременностью, и различные патологические изменения при заболевании влагалища и шейки. Влагалищные зеркала
- **А - створчатое, Б - ложкообразное, В - подъемник**



Влагалищное (пальцевое) исследование

При этом определяется состояние мышц тазового дна, стенок влагалища (складчатость, растяжимость, разрыхление), сводов влагалища, шейки матки (длина, форма, консистенция) и наружного зева шейки матки (закрыт, открыт, форма круглая или щелевидная).

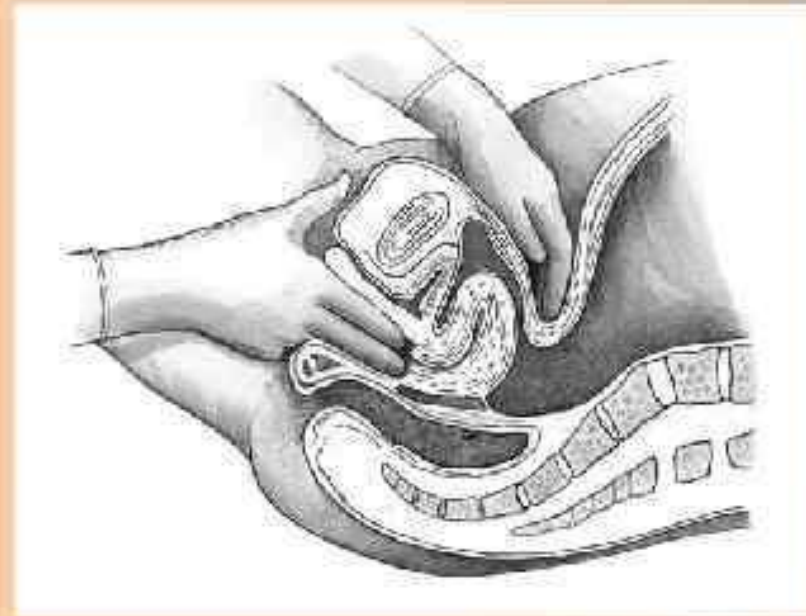


Важным критерием бывших родов является форма наружного зева шейки матки

- **Форма наружного зева шейки матки нерожавшей (А) и рожавшей (Б) женщины**

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование

- При этом пальпируется тело матки и определяют ее положение, форма, величина и консистенция. После этого приступают к исследованию маточных труб и яичников, вместимость и форму таза исследуют внутреннюю поверхность костей таза, крестцовой впадины, боковых стенок таза и симфиза.



Измерение окружности живота

- При обследовании беременной во II-III триместрах необходимо измерять окружность живота на уровне пупка сантиметровой лентой при положении женщины лежа на спине..



Измерение высоты стояния дна матки

- Высоту стояния дна матки над лонным сочленением можно определить и тазомером. Эти измерения проводят при каждом посещении беременной и сопоставляют полученные данные с гестационными нормативами

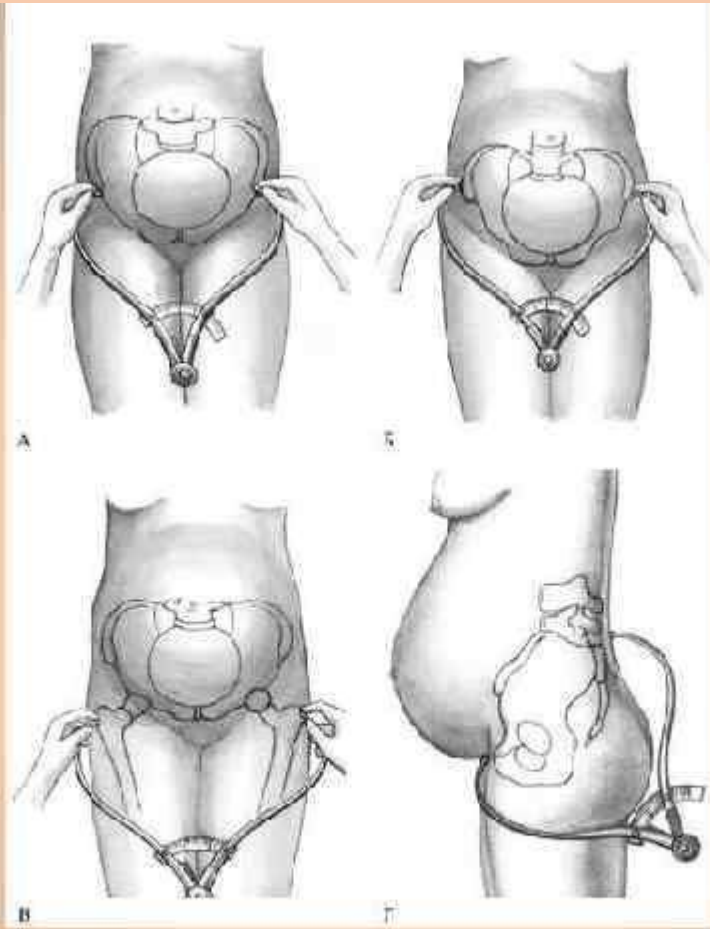


Определение размеров таза

Тазомер имеет форму циркуля, снабженного шкалой, на которой нанесены сантиметровые и полусантиметровые деления. На концах ветвей тазомера имеются пюговки, которые прикладывают к выступающим точкам большого таза, несколько сдавливая подкожную жировую клетчатку.

Измерение таза проводят при положении женщины на спине с обнаженным животом и сдвинутыми ногами. Врач становится справа от беременной лицом к ней. Ветви тазомера берут в руки таким образом, чтобы I и II пальцы держали пюговки. Шкала с делениями обращена кверху. Указательными пальцами нащупывают пункты, расстояние между которыми подлежит измерению, прижимая к ним пюговки раздвинутых ветвей тазомера. По шкале отмечают величину соответствующего размера.





A - Distantia spinarum; Б - Distantia cristarum; B - Distantia trochanterica; Г - Conjugata externa

Определяют поперечные размеры таза - *distantia spinarum*, *distantia cristarum*, *distantia trochanterica* и прямой размер - *conjugata externa*.

Distantia spinarum - расстояние между передневерхними осями подвздошных костей. Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. Этот размер обычно составляет 25-26 см (рис. 6.7, а).

Distantia cristarum - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей. В среднем этот размер равняется 28-29 см

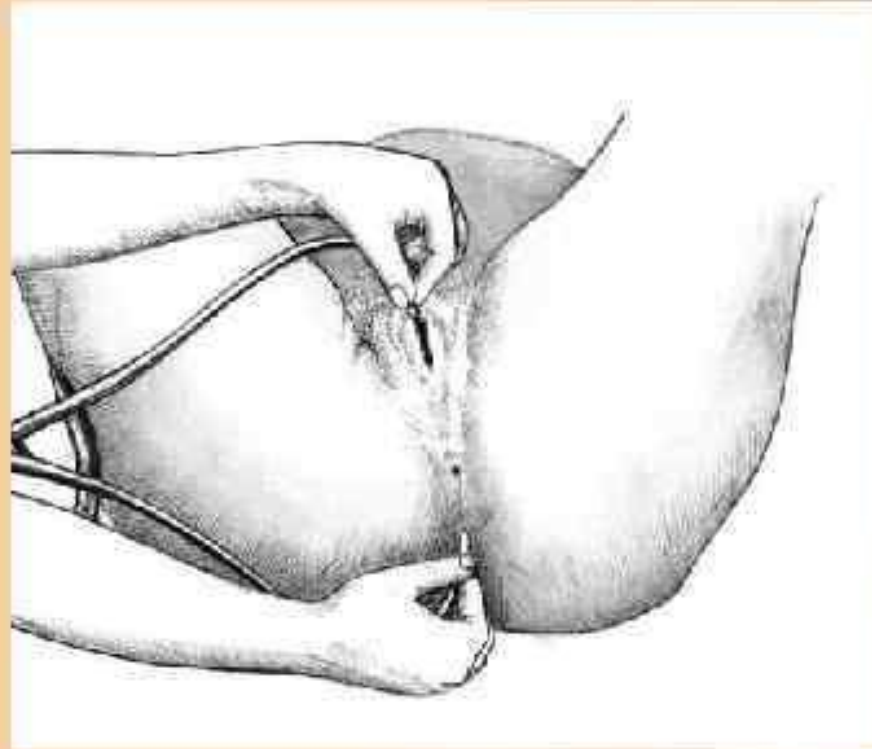
Distantia trochanterica - расстояние между большими вертелами бедренных костей. Этот размер равен 31-32 см

- Имеет значение также соотношение поперечных размеров. В норме разница между ними равна 3 см; разница менее 3 см указывает на отклонение от нормы в строении таза.

Conjugata externa - *наружная конъюгата*, позволяющая косвенно судить о прямом размере малого таза. Для ее измерения женщина должна лежать на левом боку, согнув левую ногу в тазобедренном и коленном суставах, а правую держать вытянутой. Пуговку одной ветви тазомера устанавливают на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимают к надкрестцовой ямке, которая находится под остистым отростком V поясничного позвонка, соответствуя верхнему углу крестцового ромба. Определить эту точку можно, скользая пальцами по остистым отросткам поясничных позвонков вниз. Ямка легко определяется под выступом остистого отростка последнего поясничного позвонка. Наружная конъюгата в норме равна 20-21 см

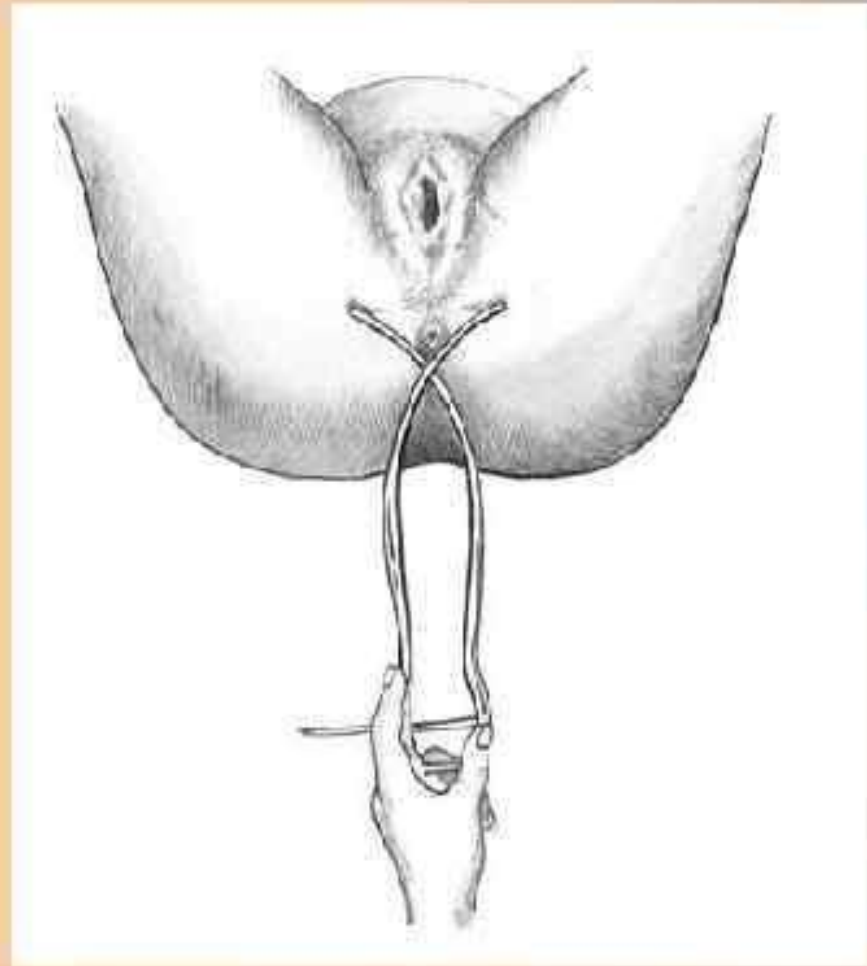
Размеры плоскости выхода

- *Прямой размер* выхода таза измеряют обычным тазомером. Одну пуговку тазомера прижимают к середине нижнего края симфиза, другую - к верхушке копчика. Полученный размер (11 см) больше истинного. Для определения прямого размера выхода таза следует из этой величины вычесть 1,5 см (толщину тканей). В нормальном тазу прямой размер плоскости равен 9,5 см.

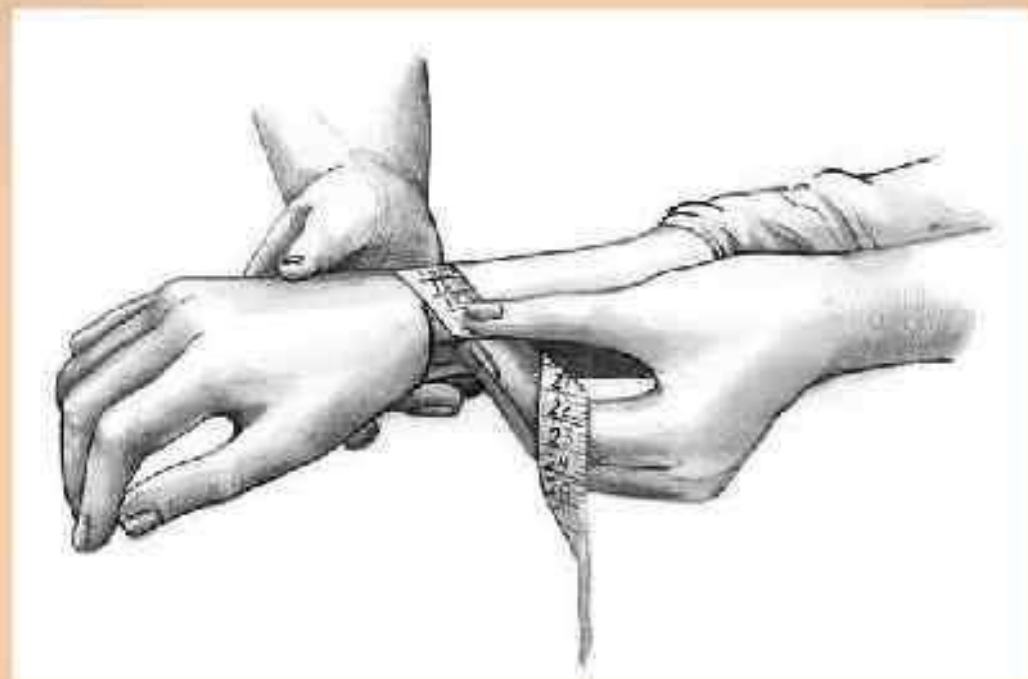


Поперечный размер выхода

Это расстояние между внутренними поверхностями седалищных костей - измерить довольно сложно. Этот размер измеряется сантиметром либо тазомером с перекрещивающимися ветвями в положении женщины на спине с приведенными к животу ногами. В этой области есть подкожная жировая клетчатка, поэтому к полученному размеру прибавляют 1-1,5 см. В норме поперечный размер выхода таза равен 11 см



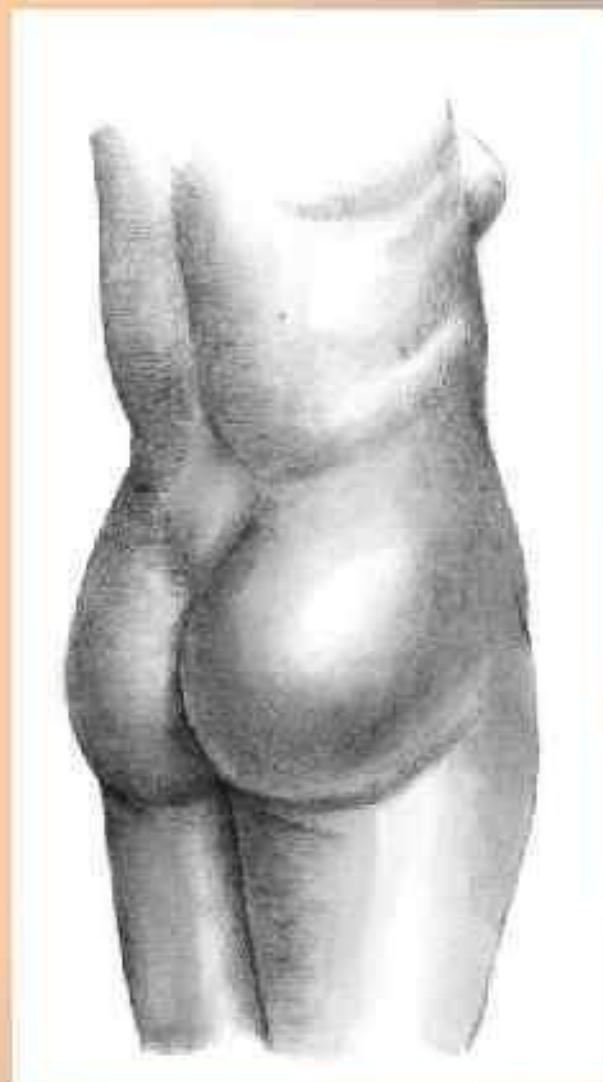
Измерение индекса Соловьева

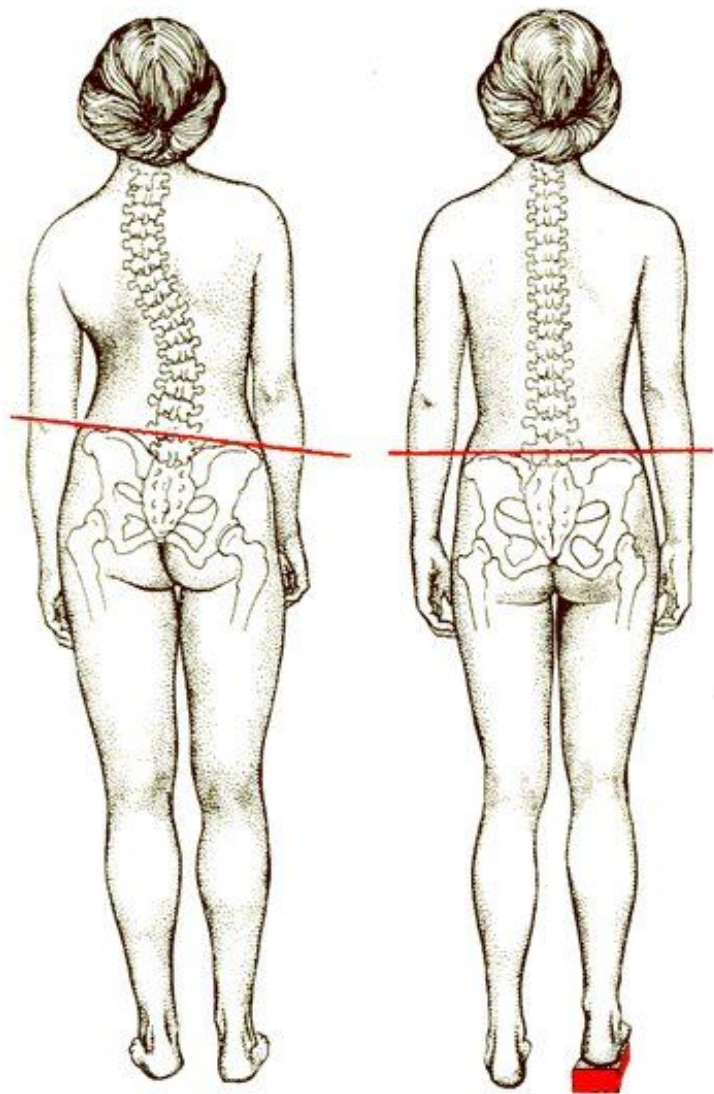


С целью объективной оценки толщины костей таза измеряют сантиметровой лентой окружность лучезапястного сустава беременной. Средняя величина этой окружности 14 см. Если индекс больше, можно предположить, что кости таза массивные и размеры его полости меньше, чем можно было бы ожидать по результатам измерения большого таза.

Крестцовый ромб (ромб Михаэлиса)

- Косвенными признаками правильного телосложения и нормальных размеров таза являются форма и размеры крестцового ромба
- Верхней границей ромба Михаэлиса является последний поясничный позвонок, нижней - крестцово-копчиковое сочленение, а боковые углы соответствуют задневерхним остям подвздошных костей). В норме ямки видны во всех четырех углах
- Размеры ромба измеряются сантиметровой лентой, в норме продольный размер составляет 11 см, поперечный - 10 см.





В норме вертикальный размер ромба в среднем равен 11 см, поперечный - 10 см. При нарушении строения малого таза пояснично-крестцовый ромб выражен нечетко, форма и размеры его изменены.

Однако, заболевания позвоночника могут приводить к неправильным оценкам таза

Наружное акушерское обследование.

Акушерская терминология

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.



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



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 предлежащую часть (головка или ягодицы), место нахождения предлежащей части (над входом в малый таз, во входе или глубже, где именно), в каком положении находится предлежащая 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 предлежащей частью и боковыми отделами входа в таз и пальпируют доступные участки предлежащей части.



Аускультация

- Сердцебиение плода у беременной и роженицы обычно выслушивают акушерским стетоскопом. Его широкую воронку прикладывают к животу женщины.
- При аускультации определяются сердечные тоны плода. Кроме того, можно уловить другие звуки, исходящие из организма матери: биение брюшной аорты, совпадающие с пульсом женщины; "дующие" маточные шумы, которые возникают в крупных кровеносных сосудах, проходящих по боковым стенкам матки (совпадают с пульсом женщины); неритмичные кишечные шумы. Сердечные тоны плода дают представление о состоянии плода.



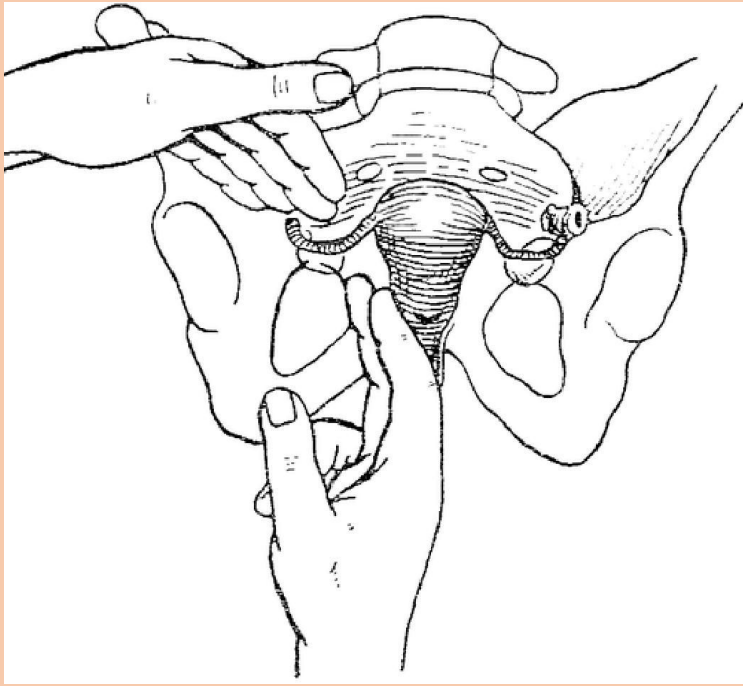
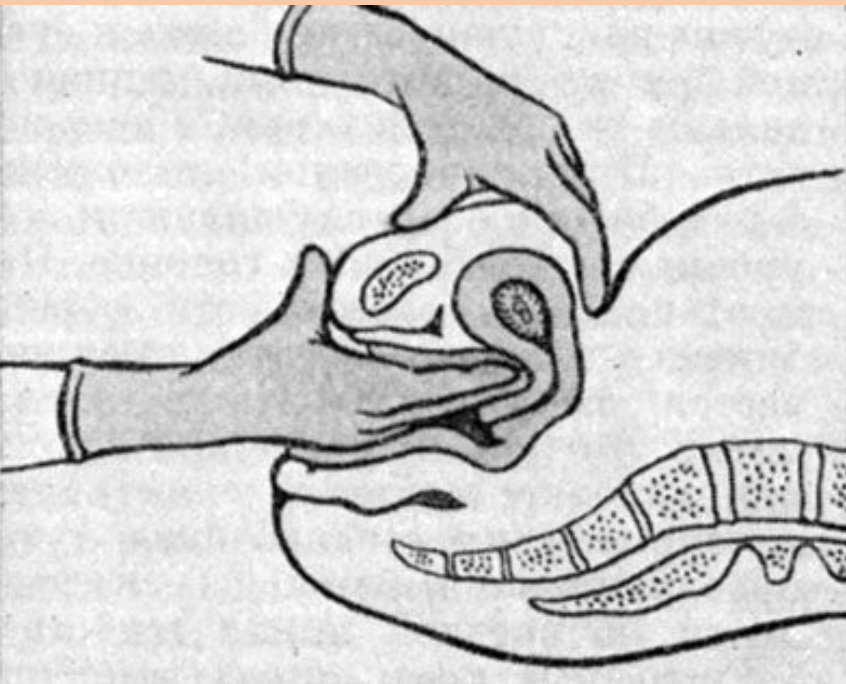
Внутреннее акушерское исследование проводят при взятии на диспансерный учет по беременности и при госпитализации в дородовое отделение при осложненном течении беременности или для подготовки к родам. Его выполняют с целью оценки состояния мягких родовых путей, особенностей строения костного таза, характера подлежащей части, а также для решения вопроса о методе и сроке родоразрешения.

Исследование включает:

- осмотр и оценку наружных половых органов (тип оволосения лобка - мужской или женский, правильность развития больших и малых половых губ, наличие патологических изменений, рубцов в области вульвы и промежности);
- исследование при помощи зеркал (створчатого и ложкообразного) с оценкой формы наружного зева шейки матки, цвета слизистой оболочки влагалища и шейки матки, патологических изменений и характера выделений;
- влагалищное исследование (пальцевое) (по показаниям в любые сроки беременности).

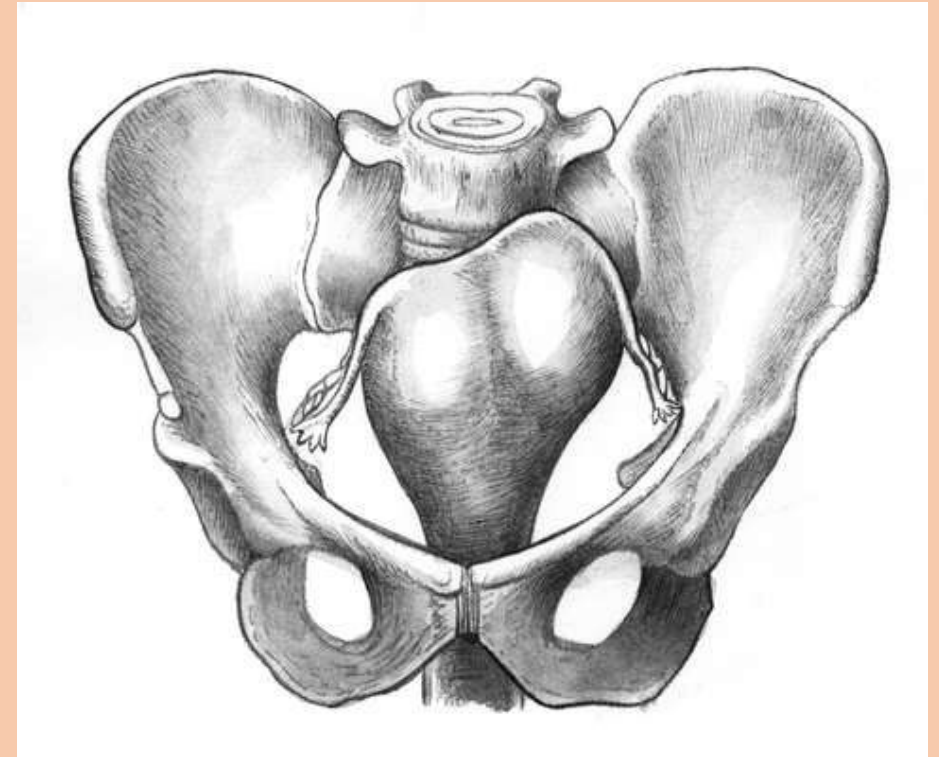
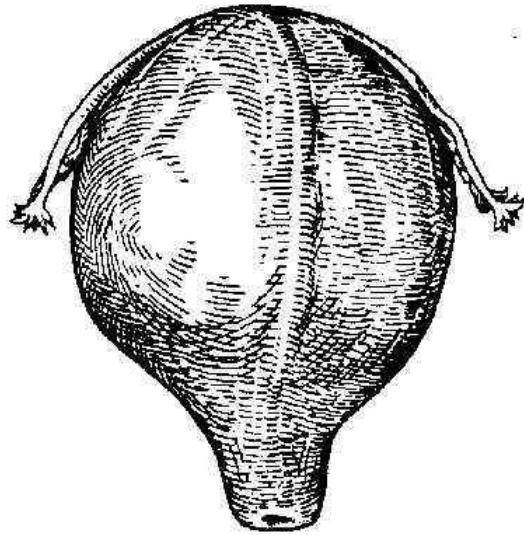
Влагалищное исследование в ранние сроки беременности позволяет установить срок беременности и выявить патологию внутренних половых органов. При этом последовательно оценивают состояние:

- **влагалища** - узкое (у нерожавшей женщины) или емкое (у рожавшей);
- **шейки матки** — длина, консистенция, форма (коническая у первородящих и цилиндрическая у повторнородящих), состояние наружного зева (наружный зев закрыт у первородящих и пропускает кончик пальца у повторнородящих);
- **матки** - положение, срок беременности в неделях, консистенция (мягковатая), ее подвижность и болезненность при пальпации; в ранние сроки беременности можно выявить гребневидный выступ на передней поверхности матки по средней линии (признак Гентера), асимметрию матки за счет выпячивания одного из ее углов (признак Пискачека), сокращение и уплотнение матки при пальпации (признак Снегирева);
- **придатков матки** (размеры, консистенция, болезненность);
- **сводов влагалища** (высокие, свободные);
- **костного таза** (достижимость мыса, деформации таза, экзостозы).



В ранние сроки беременности можно выявить гребневидный выступ на передней поверхности матки по средней линии (признак Гентера), асимметрию матки за счет выпячивания одного из ее углов (признак Пискачека), сокращение и уплотнение матки при пальпации (признак Снегирева)

Признак Гентера



Влагалищное исследование при доношенной беременности дает возможность установить степень готовности мягких родовых путей к родам. При выполнении исследования последовательно проводят оценку состояния:

- **влагалища** (узкое или емкое, наличие патологических изменений);
- **шейки матки** с определением степени ее «зрелости»;
- **плодного пузыря** (его наличие или отсутствие); предлежащей части и ее отношение к плоскостям таза;
- **костного таза** - высота стояния симфиза, наличие костных выступов и деформаций, форма и глубина крестцовой впадины, достижимость мыса и измерение диагональной конъюгаты (в норме мыс не достигается).

Определение **истинной конъюгаты** (в норме 11 см) проводится для диагностики степени сужения таза. Для этого необходимо:

- из величины **наружной конъюгаты** вычесть 9 см;
- из величины **диагональной конъюгаты** вычесть 1,5-2 см (при окружности лучезапястного сустава 14-16 см и менее вычитают 1,5 см, при окружности более 16 см вычитают 2 см; при высоте лонного сочленения 4 см и менее вычитают 1,5 см, при высоте более 4 см вычитают 2 см);
- измерить **вертикальную диагональ** крестцового ромба, которая соответствует величине истинной конъюгаты;
- выполнить рентгенопельвиметрию и ультразвуковое измерение таза.

Исследуемым признаком	Степень «зрелости» шейки матки			
	«незрелая»	«созревающая»	не полностью «созревшая»	«зрелая»
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена по периферии	Размягчена, за исключением области внутреннего зева	Размягчена полностью
Длина влажной части шейки матки и цервикального канала	Сохранена или слегка укорочена	Слегка укорочена	Укорочена до 2 см	Укорочена до 0,5 см
Пропускимость цервикального канала	Закрывает или пропускает кончик пальца	Пропускает для одного пальца до внутреннего зева	Пропускает для одного пальца за внутренний зев	Свободно пропускает для одного пальца за внутренний зев
Расположение шейки матки в полости малого таза	Отклонена назад, реже - вперед от проводной оси малого таза	Отклонена назад, реже вперед от проводной оси малого таза	Расположена ближе к проводной оси малого таза	Расположена строго по проводной оси малого таза

Шкала оценки степени зрелости шейки матки (Bishop, 1964)

Признаки	Баллы		
	0	1	2
Положение	Кзади	Кпереди	По проводной оси
Длина	Более 2 см	1-2 см	Менее 1 см
Консистенция	Плотная	Размягчена, область внутреннего зева плотная	Мягкая
Проходимость цервикального канала	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	Канал проходим до внутреннего зева	Канал проходим для одного и более пальцев

0-2 балла - «незрелая» шейка,
3-4 балла - «недостаточно зрелая»,
5-8 баллов - «зрелая» шейка матки.

Измерение диагональной конъюгаты



- Диагональной конъюгатой (conjugata diagonalis) называется расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца. Диагональную конъюгату определяют при влагалищном исследовании женщины, которое производят с соблюдением всех правил асептики и антисептики. II и III пальцы вводят во влагалище, IV и V сгибают, тыл их упирается в промежность

Обследование молочных желез

Как правильно проводить самообследование



С опущенными руками осмотрите перед зеркалом груди.



Поднимите руки за голову и осмотрите груди на предмет изменения формы или размеров, цвета кожи одной из них.



Запрокинув правую руку за голову, круговыми движениями прощупывайте правую грудь. Внимание - на возможные припухлости и утолщения. Повторите то же с левой грудью.



Сдавите сосок у его основания и посмотрите, есть ли какие-либо выделения.



Обследуйте молочные железы круговыми движениями в положении лежа.

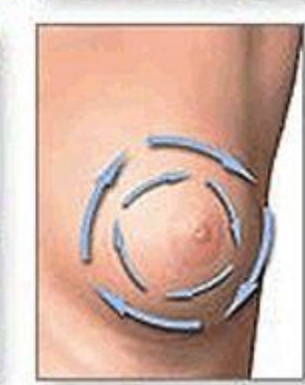
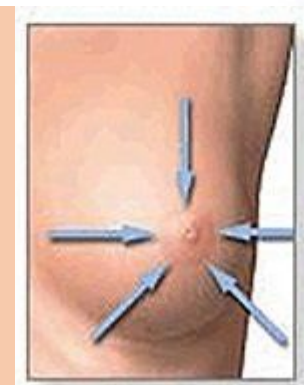
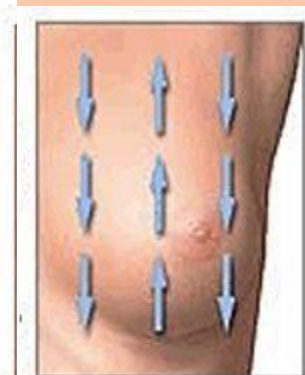
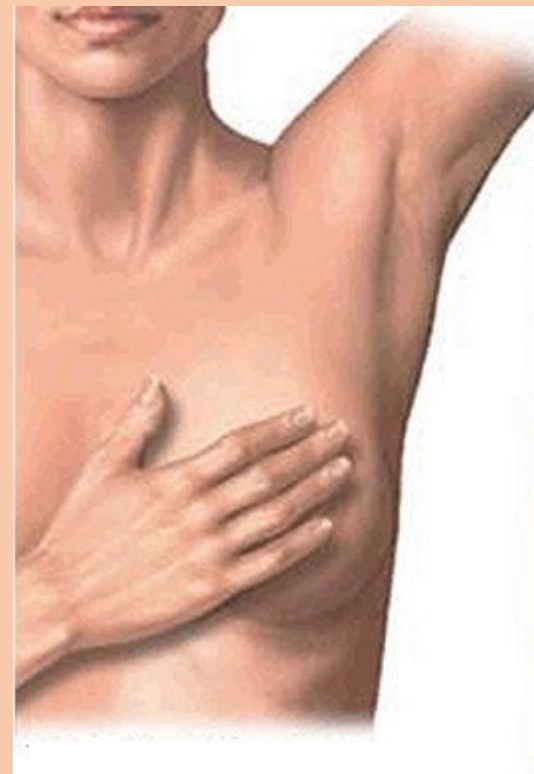


Прощупайте левую и правую подмышечные впадины.

Как часто проходят диагностику груди при беременности?

Исследование молочных желез во время беременности входит в плановый осмотр врача. Специалист должен оценить внешний вид и состояние груди, чтобы вести контроль ее изменений во время беременности. Если всё проходит благополучно, и у пациентки нет каких-либо жалоб, то специальные методы диагностики могут не применяться.

Иногда в целях профилактики врач может попросить сделать 1-2 раза ультразвуковое исследование груди. Если возникла необходимость в маммографии, то желательно ограничиться одним сеансом такой процедуры, так как она небезопасна во время беременности для здоровья плода.



Когда обследование груди обязательно при беременности?

Беременной женщине стоит пройти обследование груди, если имеются такие недомогания, как:

- ✓ периодические боли в молочных железах;
- ✓ образование бугорков внутри, узелков, уплотнений;
- ✓ необъяснимое ощущение инородного тела в груди;
- ✓ покалывания в груди, которые постоянно беспокоят женщину;
- ✓ повышение чувствительности молочных желез при прикосновениях к их определенным участкам;
- ✓ повышение температуры груди (при пальпации ее кожа кажется очень горячей);
- ✓ необычные физиологические изменения молочных желез, их деформация;
- ✓ необычные выделения из сосков (с примесью гноя, крови и слизи).

Предположительные признаки беременности

- **Тошнота и рвота.** Возникает преимущественно утром на голодный желудок. Обычно проходит после легкого перекуса, не вставая с постели. В том случае, когда рвота повторяется неоднократно в течение дня, а также изо дня в день и нарушает общее самочувствие, необходимо обратиться к врачу, так как это состояние является патологией и требует лечения (иногда стационарного в зависимости от степени выраженности);
- **Изменение аппетита.** Зачастую во время беременности у женщины появляется желание есть одни блюда и не есть другие. Это нормальное состояние. Надо помнить, что существуют патологические вкусовые пристрастия (желание есть мел и др.), которые могут косвенно указывать на некоторые заболевания;
- **Изменение обонятельных ощущений** (отвращение к табачному дыму, запаху алкоголя);
- **Нарушения функций нервной системы:** сонливость, раздражительность, плаксивость, бессонница, резкие изменения настроения. В таком случае необходима поддержка близких для уменьшения выраженности таких симптомов без медикаментозного вмешательства;
- **Учащение мочеиспускания.** Возникает за счет давления растущей матки на мочевой пузырь. С увеличением срока беременности симптоматика несколько нарастает, появляются ночные позывы на мочеиспускание. Надо помнить, что мочеиспускание при этом не должно быть дискомфортным и тем более болезненным (что является признаком инфекции мочевыводящих путей);
- **Появление полос пигментации на коже** (по белой линии живота, на лице, области сосков). Зачастую во время беременности возникают также стрии (полосы растяжения на коже). Как правило, это связано с изменением гормонального фона и особенностями кожи и чаще бывает при крупном плоде, многоводии;
- **Увеличение объема живота** за счет растущей матки.

У некоторых женщин изменение субъективных ощущений не наблюдается, особенно на ранних сроках.

Вероятные признаки беременности

Вероятные признаки – изменения в организме женщины в связи с беременностью, которые определяются в первую очередь в половых органах и молочной железе. Следует отметить, что данные признаки могут являться симптомом ряда гинекологических заболеваний (например, гормон продуцирующих опухолей).

- **Прекращение менструации** (аменорея) у здоровых женщин репродуктивного (детородного) возраста. Аменорея может быть симптомом гинекологических заболеваний (нарушения менструального цикла на фоне изменения гормонального фона и др.), а также при сильных психоэмоциональных перегрузках, при резком похудении, после тяжелых перенесенных заболеваний;
- **Увеличение молочных желез**, которое возникает из-за гормональной перестройки и подготовки к лактации (кормлению грудью). Иногда чаще во второй половине беременности из сосков может выделяться небольшое количество молозива;
- **Цианоз (синюшность) слизистой оболочки влагалища и шейки матки**, которая определяется при осмотре половых путей в зеркалах;
- **Изменение величины, формы и консистенции матки**. Увеличение размера матки при осмотре можно определить с 5-6 недели беременности (на худых пациентках раньше). Она растет с увеличением срока беременности, а также размягчается (особенно в области перешейка). Изменение величины, формы и консистенции матки может наблюдаться также при различных гинекологических заболеваниях (миома, аденомиоз и др.).

Достоверные признаки беременности

Достоверными считаются признаки, определяя которые, можно с уверенностью сказать, что беременность есть. Чаще всего выявляются во второй половине беременности. К ним относят:

- **Пальпирующиеся части плода**. При осмотре четко отличаются крупные (голова, ягодицы) и мелкие части (конечности) плода;
- **Сердцебиение плода** выслушивается с начала второй половины беременности (у худых женщин – с 18-19 недель) Сердцебиение в норме определяется как ритмичные повторяющиеся с частотой 120-160 в минуту удары. Также его можно зарегистрировать при помощи кардиотокографии (метод применяется с 28 недель и заключается в регистрации сердцебиения на ленту через установленный на передней брюшной стенке датчик);
- **Движения плода**, определяемые врачом при обследовании беременной.

Таким образом, наличие одного достоверного признака позволяет со 100%-й уверенностью говорить о наличии беременности. Наличие же предположительных и вероятных признаков требует контроля в динамике и зачастую проведения дополнительного обследования (УЗИ, определение ХГЧ).

Осмотр наружных половых органов

Цель: оценка состояния наружных половых органов.

Ресурсы: гинекологическое кресло, одноразовые перчатки, индивидуальная пелёнка.

Алгоритм действия.

1. Объясните женщине необходимость данного исследования.
2. Уложите беременную на гинекологическое кресло (положение на спине с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах, ноги разведены), на индивидуальную пеленку.
3. Наденьте одноразовые перчатки.
4. Осмотрите наружные половые органы: лобок, тип роста волосяного покрова на лобке, прикрывают ли большие и малые губы половую щель.
5. Первым и вторым пальцем левой руки разведите большие половые губы и последовательно осмотрите: клитор, уретру, преддверие влагалища, протоки бартолиниевых и парауретральных желез, заднюю спайку и промежность.
6. Первым и вторым пальцем правой руки в нижней трети больших половых губ сначала с одной стороны, а затем с другой, пропальпируйте бартолиниевые железы.
7. Попросите женщину встать.
8. Снимите одноразовые перчатки, выбросьте их, согласно правилам профилактики инфекций.
9. Вымойте руки с мылом.



Осмотр на зеркалах

Цель исследования: визуальная оценка состояния влагалища и влагалищной части шейки матки.

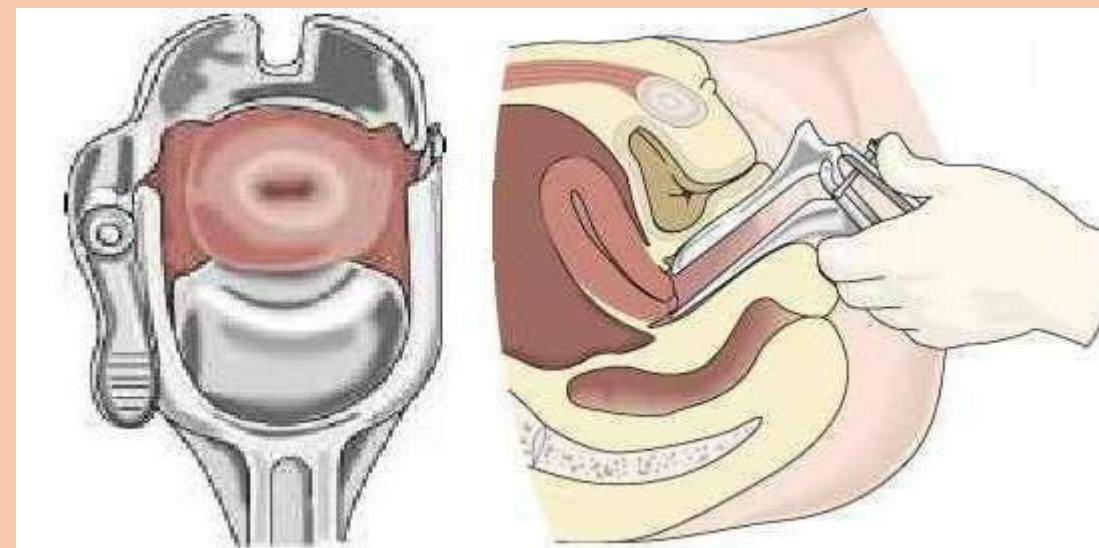
Ресурсы: гинекологическое кресло, гинекологические зеркала, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка.

Алгоритм действия.

1. Объясните женщине необходимость данного исследования.
2. Уложите женщину на гинекологическое кресло (положение на спине с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах, ноги разведены), на индивидуальную пеленку.
3. Обеспечьте освещение для хорошего обзора влагалища и шейки матки.
4. Наденьте одноразовые перчатки.
5. Со стерильного столика возьмите гинекологическое зеркало.
6. При осмотре обратите внимание на: цвет слизистой влагалища, характер выделений, наличие патологических процессов, цвет слизистой шейки матки, наличие патологических процессов на шейке матки, форму шейки матки, форму наружного зева.
7. Выведите зеркало из влагалища и погрузите его в дез.раствор.
8. Попросите женщину встать.
9. Снимите одноразовые перчатки, выбросите их, согласно правилам профилактики инфекции.
10. Вымойте руки с мылом.

Ложкообразное зеркало возьмите в правую руку, левой рукой (1-2 пальцами) разведите большие половые губы и введите зеркало в прямом размере малого таза по задней стенке влагалища до заднего свода, разверните его в поперечный размер. Надавите зеркалом на заднюю стенку влагалища (освободив место для подъемника) и переложите рукоятку зеркала в левую руку. Правой рукой введите подъемник во влагалище в прямом размере таза по передней стенке, затем разверните его в поперечный размер и обнажите шейку матки и влагалище.

Двухстворчатое зеркало введите боком в сомкнутом состоянии в прямой размер таза, предварительно левой рукой разведя малые половые губы. Постепенно зеркало продвиньте вглубь влагалища, разверните его, установив в поперечном размере таза, раскройте зеркало и обнажите шейку матки и влагалище.



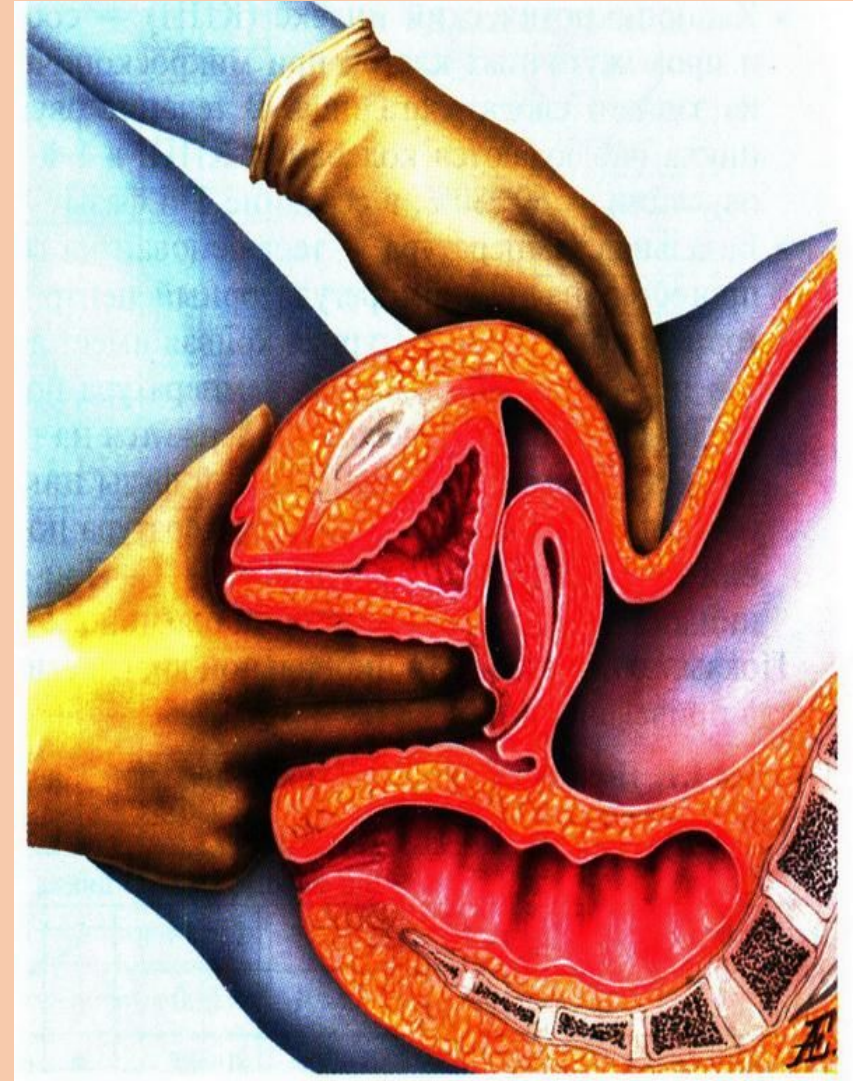
Бимануальное исследование

Цель исследования: оценка состояния внутренних половых органов.

Ресурсы: гинекологическое кресло, индивидуальная пелёнка, одноразовые перчатки.

Алгоритм действия.

1. Объясните женщине цель данного исследования.
2. Сообщите о необходимости опорожнения мочевого пузыря.
3. Уложите женщину на гинекологическое кресло (положение на спине с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах, ноги разведены), на индивидуальную пелёнку.
4. Объясните, что во время исследования дыхание должно быть свободным.
5. Наденьте одноразовые перчатки.
6. 1 и 2 пальцами левой руки разведите большие и малые половые губы.
7. Правой рукой средним, а затем указательным пальцем войдите во влагалище (большой палец должен быть обращен к лонному сочленению).
8. Введенными во влагалище пальцами правой руки исследуйте состояние влагалища, влагалищных сводов.



9. Затем, подведя пальцы внутренней руки под шейку матки, исследуйте матку с помощью надавливания пальцами наружной руки на дно матки, погружая их в переднюю брюшную стенку над лоном (пальцы левой и правой руки должны быть обращены друг к другу).

10. Таким образом, пальпируя матку, определите её расположение, величину, консистенцию, подвижность, болезненность.

11. Пальцы наружной и внутренней рук переведите от углов матки к боковым поверхностям таза. Исследуйте яичники и маточные трубы, определите их величину, форму, болезненность, подвижность.

12. Пропальпируйте с помощью правой (внутренней) руки внутреннюю поверхность таза (седалищные ости, крестцовую впадину, мыс), определите наличие экзостозов.

13. Извлекая правую руку из влагалища, внимательно ее осмотрите на наличие имеющихся выделений и их характер.

14. Снимите перчатки, выбросьте их согласно правилам профилактики инфекции.

15. Вымойте руки с мылом.

