

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ имени В.И.Вернадского»
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
Института «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского»
ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И.Вернадского»

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ.
ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ.
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ.**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
Раздел 02.01.04.1 Сестринский уход в акушерстве и гинекологии
Количество часов: 2

Преподаватель:
Конищева М.И.

- Предположительные признаки беременности связаны с субъективными ощущениями женщины и не касаются половых органов (слюнотечение, тошнота, рвота по утрам, изменение аппетита, отвращение к некоторым видам пищи, пристрастие к какой-либо пище, диспепсические расстройства, запоры, эмоциональная лабильность, обострение обоняния, слуха).
- Вероятные признаки беременности – объективные изменения в половой сфере женщины и молочных железах (прекращение менструации, цианоз слизистой оболочки влагалища, изменение размера, формы, консистенции матки, лабораторные реакции, выделение молозива из молочных желез).
- Достоверные признаки беременности: обнаружение плода и его частей, выслушивание сердцебиения плода, определение двигательной активности плода, ощущение женщиной шевелений плода.

Дополнительные методы обследования, подтверждающие беременность: УЗИ, лабораторные методы (исследование крови на β -ХГЧ), в крайнем случае рентгенологическое исследование, тест-системы (струйные и погружные).

При двуручном вагинальном исследовании на наличие беременности указывают следующие признаки:

- увеличение матки (4 нед – до размера куриного яйца, 8 нед – гусиного яйца, 12 нед - головки новорожденного);
- признак Горвица-Гегара – беременная матка мягкая, пальцы обеих рук встречаются в области перешейка почти без сопротивления;
- признак Снегирева – мягкая беременная матка при осмотре под влиянием механических раздражений становится плотной и уменьшается в размере;
- признак Пискачека – определяется асимметрия матки в виде куполообразного выпячивания правого или левого угла (в зависимости от места имплантации).

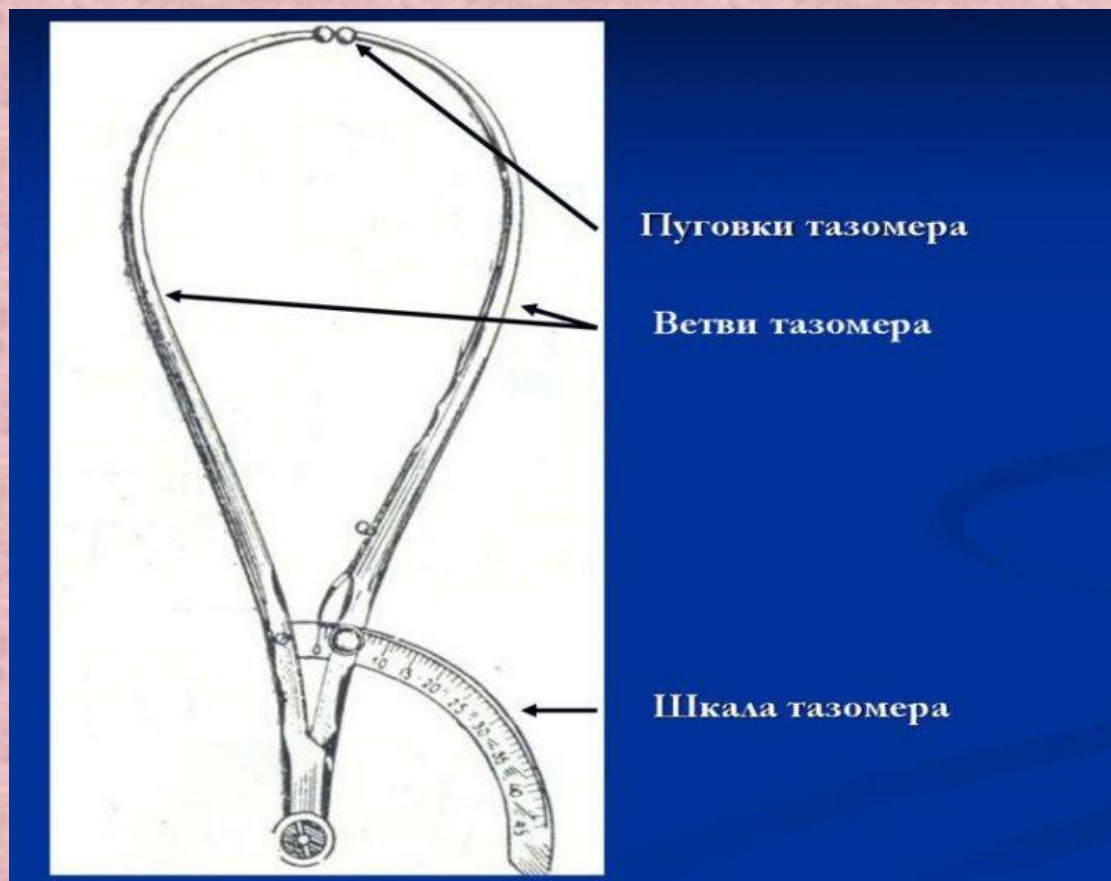
Определение срока беременности и даты предстоящих родов:

- по первому дню последнего МЦ – 1-ый день последней менструации считается первым днём беременности;
- по явке в ЖК – при первом посещении ЖК во время осмотра на кресле определяют срок беременности и от него в дальнейшем ведут отсчёт;
- по шевелениям плода – у первородящих шевеления начинают ощущаться в 20 нед, у повторнородящих – в 18 нед;
- по декретному отпуску – декретный отпуск выдаётся в сроке беременности 30 нед, при многоплодной беременности – в 28 нед;
- по ВСДМ – высота стояния дна матки приблизительно равна сроку беременности (про беременности одним плодом, нормальных размерах таза, умеренном количестве околоплодных вод);
- предполагаемая дата родов – считают по формуле: от первого дня последней менструации отнимают 3 месяца и прибавляют 7 дней (например, 1-ый день ПМ – 18.03.2020.

18.03 (18 марта) – 3 мес = 18.12 (декабрь)

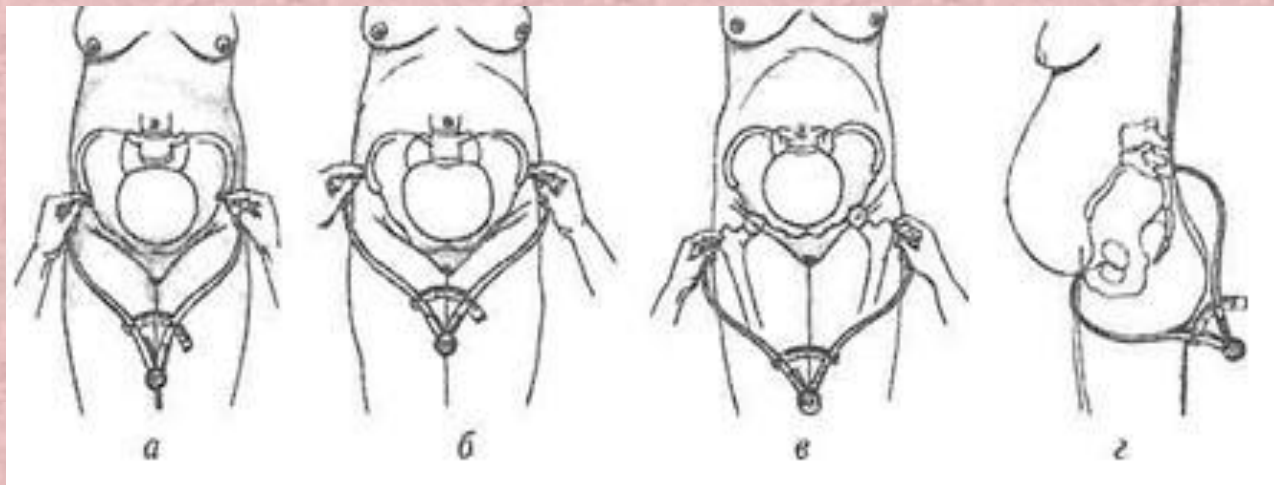
18.12 + 7 дней = 25 декабря

Пельвиометрия – определение размеров таза. Для проведения этого исследования используют тазомер Мартина. Положение женщины: лежа на спине со слегка согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами (для максимального расслабления передней брюшной стенки).



При пельвиометрии определяют следующие **наружные размеры таза**:

- а) межкостистый размер – расстояние между верхними передними подвздошными осями, 25-26 см;
- б) межгребневой размер – расстояние между наиболее удаленными точками гребней подвздошных костей, 28-29 см;
- в) межвертельный размер – расстояние между большими вертелами бедренных костей, 31-32 см;
- г) наружная конъюгата – для определения этого размера женщину просят повернуться на бок, нижняя нога слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах, верхняя нога вытянута вдоль туловища; одну пуговку тазомера устанавливают на верхне-наружный край лобкового симфиза, другую – на точку между пятым поясничным и первым крестцовым позвонком; этот размер равен 20-21 см.

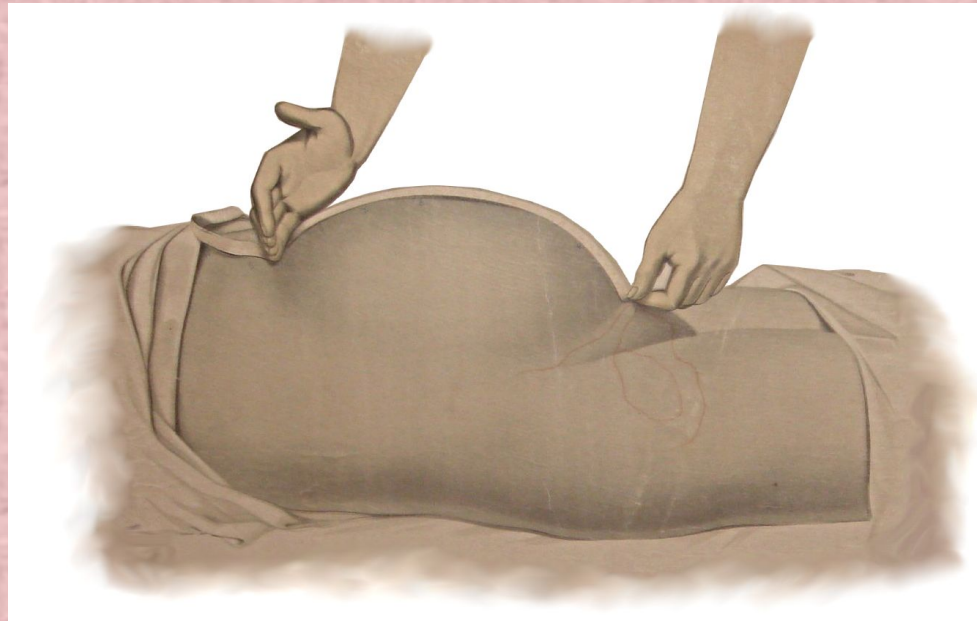


Приемы Леопольда-Левицкого

(приёмы наружного акушерского исследования)

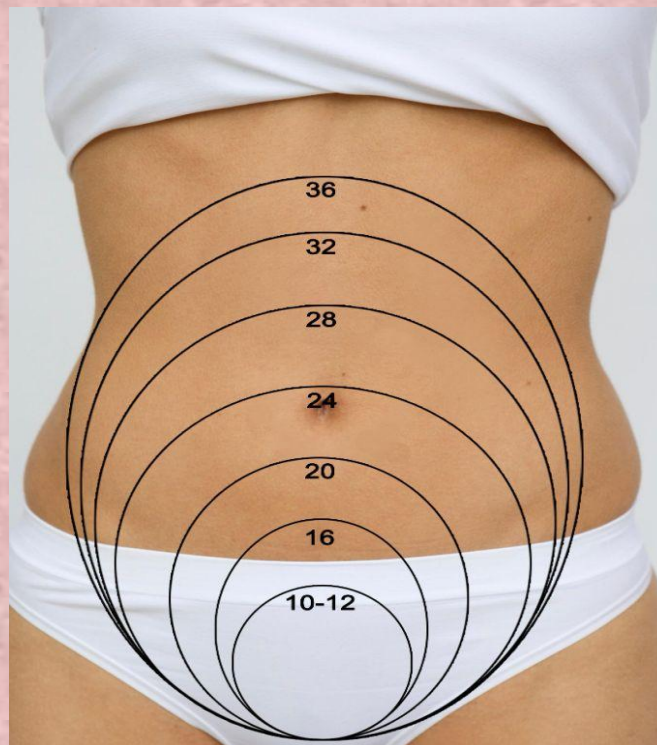
Проводят в положении женщины лёжа на спине со слегка согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами для максимального расслабления передней брюшной стенки.

1) С помощью 1-го приема определяют *высоту стояния дна матки (ВДМ) и часть плода, находящуюся в дне*. Высоту стояния дна матки измеряют с помощью сантиметровой ленты, начало которой размещают у верхнего края лобкового сочленения и растягивают по белой линии живота до дна матки. При беременности одним плодом, достаточном количестве околоплодных вод и нормальных размерах таза ВДМ приблизительно равна сроку беременности.



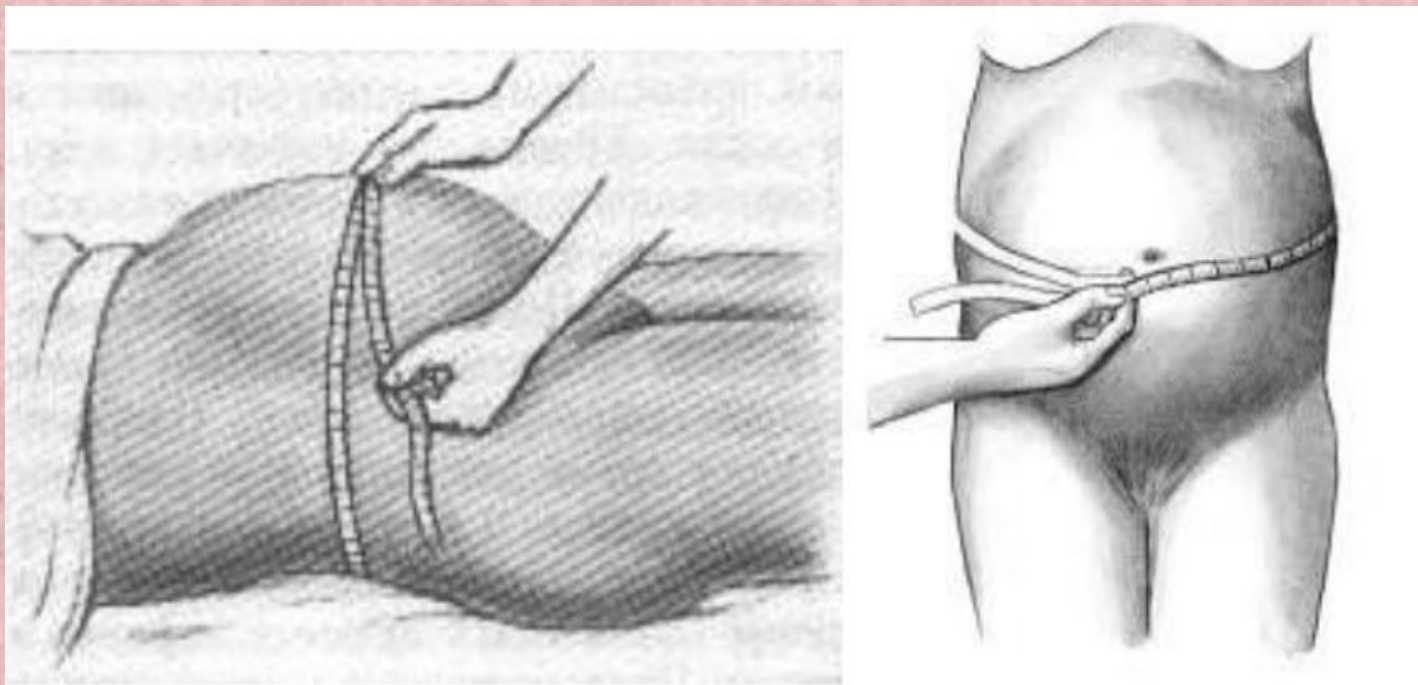
Также ВДМ определяется следующим образом:

- 16 нед – середина между лобком и пупком;
- 20 нед – на 2 поперечных пальца ниже пупка;
- 24 нед – на уровне пупка;
- 28 нед – на 2 поперечных пальца выше пупка;
- 32 нед – середина между пупком и мечевидным отростком;
- 36 нед – на уровне мечевидного отростка;
- 40 нед – на уровне 32 нед, но окружность живота больше, чем в 32 нед.



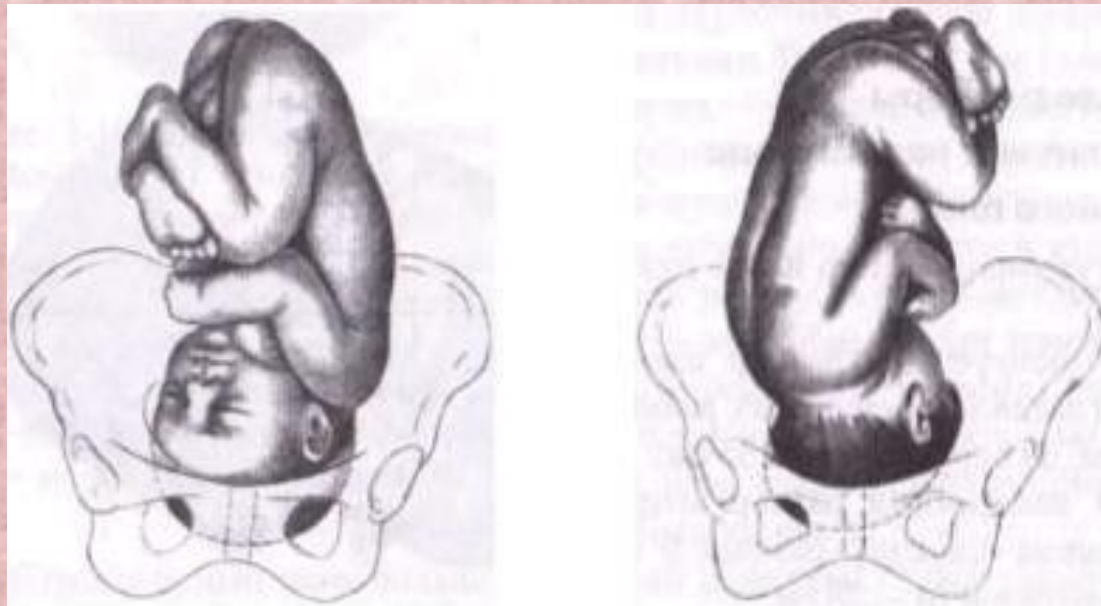
В дне матки может располагаться головка плода (определяется как крупная, круглая, плотная часть) и тазовый конец (не плотная, не крупная, не округлая часть). При неправильных положениях плода (косое, поперечное) в дне матки ничего не определяется.

Окружность живота измеряется сантиметровой лентой на уровне пупка в положении лёжа.



2) Вторым приёмом определяют положение, позицию и вид плода.

Членорасположение плода – это отношение мелких частей плода (ручки, ножки) к крупным (головке, туловищу). Правильное членорасположение плода: головка согнута, подбородок прижат к груди, ручки согнуты в локтевых суставах, скрещены и прижаты к груди, ножки согнуты в коленных и тазобедренных суставах, скрещены и прижаты к животику.



Положение плода – отношение продольной оси тела плода к продольной оси матки.

- продольное положение — ось тела плода совпадает с осью матки;
- поперечное положение — ось тела плода расположена перпендикулярно к оси матки;
- косое положение — ось тела плода расположена по диагонали относительно оси матки.

Косое и поперечное положение плода относится к неправильным и требует оперативного родоразрешения.

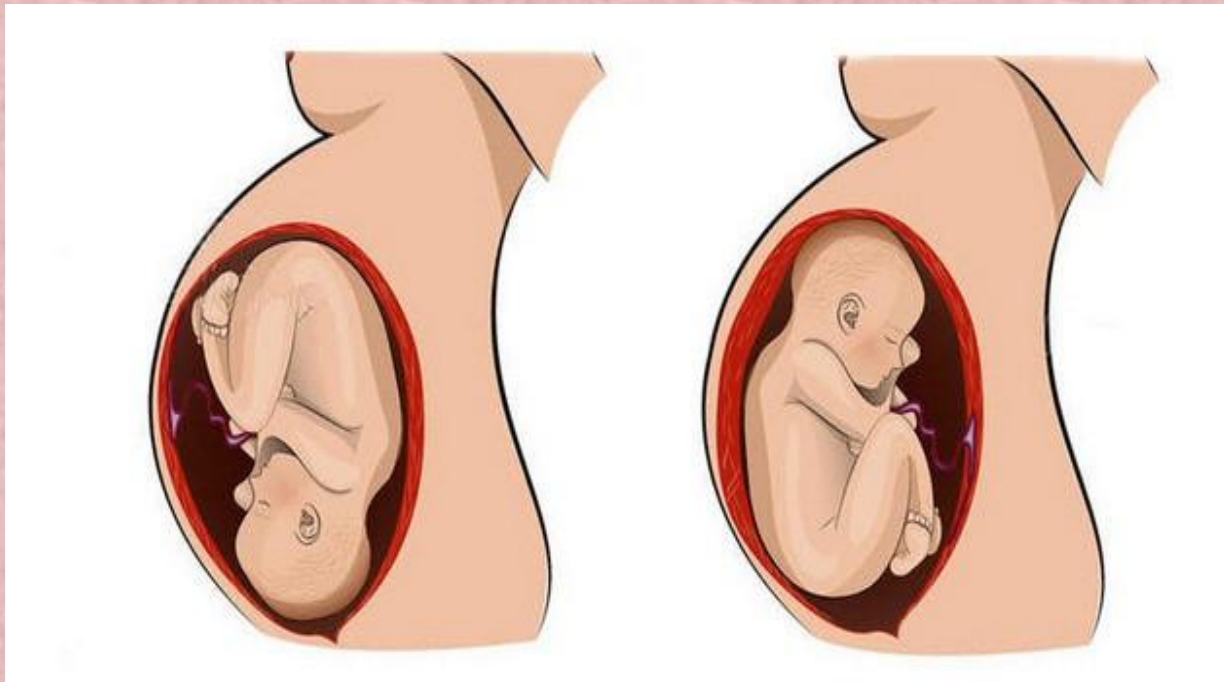


Позиция плода – отношение спинки плода к левой (I позиция) или правой (II позиция) стенке матки.

Вид плода – отношение спинки плода к передней (передний вид) или задней (задний вид) стенке матки.

3) Третьим приёмом определяют характер предлежания.

Предлежание – это отношение крупной части плода (головки или тазового конца) ко входу в малый таз. При головном предлежании предлежит головка плода. При тазовом – тазовый конец плода. При неправильных положениях плода предлежащая часть не определяется.



Головное предлежание плода может быть:

- затылочное (физиологическое, правильное);
- переднее-головное;
- лобное (роды через естественные родовые пути возможны только в случае крайней недоношенности плода);
- лицевое.

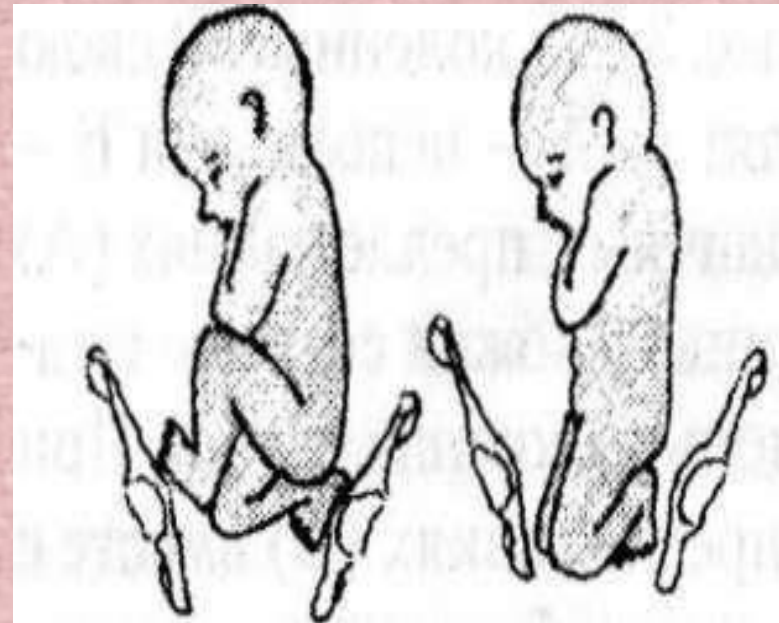
Виды головного предлежания и размеры головки, проходящие через родовые пути в каждом положении



Тазовое предлежание может быть разделено на:

- чисто ягодичное – предлежат ягодички плода;
- смешанное ягодичное – предлежат ягодички и стопы плода;
- ножное – предлежат ножки плода (роды происходят только оперативным путём); оно делится на полное (предлежат обе ножки) и неполное (предлежит одна ножка);
- коленное.

Виды тазового предлежания плода



4) Четвёртым приёмом уточняют *предлежащую часть и её отношение ко входу в малый таз* (над входом в малый таз, прижата ко входу в малый таз, в полости малого таза).

Исследующий становится лицом к ногам женщины и кладёт руки ладонными поверхностями вниз по обеим сторонам нижнего отдела матки. Пальпируют доступные участки предлежащей части. Если предлежащая часть (головка, тазовый конец) подвижна над входом в малый таз, то пальцы обеих рук почти целиком могут быть подведены под неё, особенно у многорожавших в связи с дряблостью передней брюшной стенки.

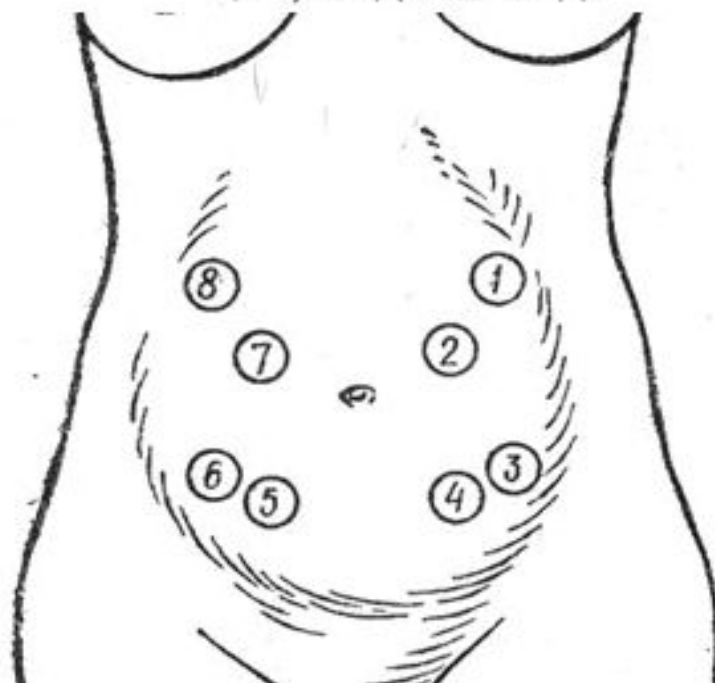


Аускультация сердечных тонов плода проводится с помощью специального акушерского стетоскопа или специального аппарата (фетальный доплер). В норме сердцебиение плода ясное, ритмичное, ЧСС 120-140 уд. в мин. Приглушено сердцебиение может быть при чрезмерно развитой подкожно-жировой клетчатке у матери, при заднем виде плода, гипоксии плода. Место выслушивания сердцебиения плода зависит от положения, позиции, вида и количества плодов.



Точки выслушивания наиболее громких тонов сердца при различных предлежаниях и позициях плода:

1 — тазовое предлежание, первая позиция, задний вид; 2 — тазовое предлежание, первая позиция, передний вид; 3 — затылочное предлежание, первая позиция, задний вид; 4 — затылочное предлежание, первая позиция, передний вид; 5 — затылочное предлежание, вторая позиция, передний вид; 6 — затылочное предлежание, вторая позиция, задний вид; 7 — тазовое предлежание, вторая позиция, передний вид; 8 — тазовое предлежание, вторая позиция, задний вид.



Обследование беременной начинается со сбора паспортных данных, сбора общего и специального анамнеза (менструальный, половой, репродуктивный), данных о течении настоящей беременности.

Общий анамнез включает информацию об особенностях здоровья женщины от рождения до сегодняшнего дня: перенесенные и/или имеющиеся хронические заболевания, операции, травмы, наркозы, аллергологический анамнез, наследственность, состояние здоровья отца ребёнка.



Менструальный анамнез включает: возраст первой менструации (менархе), длительность цикла и менструации, регулярность, болезненность, объем кровопотери (скудно, умеренно, обильно).

Анамнез половой жизни включает: возраст начала половой жизни, её регулярность, количество половых партнеров, их здоровье, способ контрацепции, его удобство, доступность и эффективность.

Репродуктивный анамнез несёт в себе информацию о всех предыдущих беременностях: их количество (желательно в каком году они были), особенности течения, чем завершились.

Если беременность завершилась искусственным абортом (прервана по желанию женщины), то в каком сроке и как протекал послеоперационный период. Если аборт произведен по медицинским показаниям (например, патология плода, не совместимая с внеутробной жизнью), то также выясняют срок, в котором беременность прервана, и причину прерывания.

Если беременность завершилась самопроизвольным выкидышем, в том числе и несостоявшимся («замершая» беременность), то необходима информация в каком сроке беременности это произошло и предположительную причину. Если беременность завершилась родами, то необходимо выяснить в каком сроке произошли роды, особенности течения беременности и родов, родился ли ребенок (дети) живым, пол, возраст, вес, рост, состояние при рождении (по Апгар), жив ли сейчас.

Anamnesis morbi (течение настоящей беременности) включает в себя информацию об особенностях наступления данной беременности (самостоятельно, с помощью медикаментозной стимуляции, в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий), особенностях течения с момента как женщина узнала о беременности и до сегодняшнего дня.

Затем проводят стандартное физикальное обследование (рост, масса тела, пальпация, перкуссия, аускультация, определение ЧДД, ЧСС, пульса).

Специальное обследование включает осмотр на кресле с помощью влагалищных зеркал с проведением бактериоскопии мазка и двуручное (бимануальное влагалищное исследование).

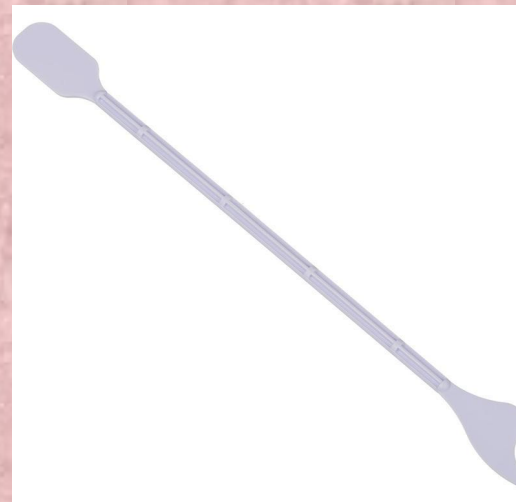
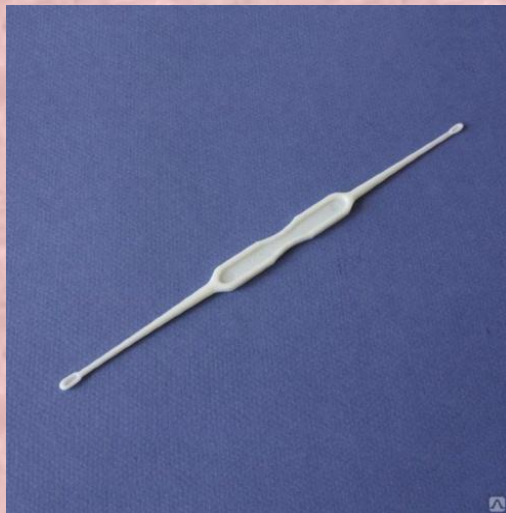


Бактериоскопическое исследование выделений из влагалища = мазок на флору = мазок на степень чистоты влагалища = бактериоскопия мазка = мазок на GN. В зависимости от полученного результата мазка выделяют 4 степени чистоты влагалища:

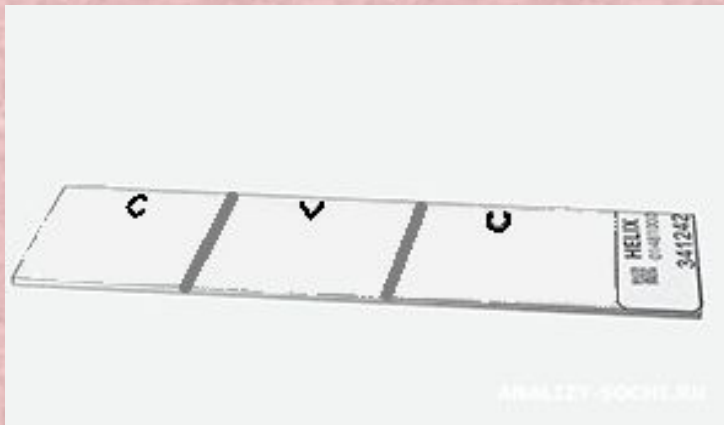
- 1 степень – лейкоциты единичные в поле зрения, флора – палочки (палочки Додерлейна = молочнокислые бактерии), среда – кислая, патогенная флора отсутствует;
- 2 степень – лейкоциты до 15 в п/зр, флора – палочки, среда – кислая, патогенная флора отсутствует;
- 3 степень – лейкоцитов более 15, но поддаются подсчету (20-30-40....), флора – палочки в небольшом количестве, среда – слабощелочная, патогенная флора представлена одним возбудителем (как правило, условно-патогенным);
- 4 степень – лейкоциты покрывают п/зр, палочки почти отсутствуют, среда – щелочная, патогенная флора представлена двумя и более возбудителями.

1 и 2 степень относятся к вариантам нормы, 3 и 4 степень являются патологическими и требуют лечения.

Мазок берут как правило из трёх точек: U – уретра, V – влагалище, С – цервикальный канал. Для этого используют ложечку Фолькмана (металлическую или платсиковую) или шпатель Эйра (деревянный, металлический или пластиковый).



Для взятия мазка также нужно предметное стекло, на которое наносится биоматериал (выделения из влагалища, уретры и цервикального канала). Маркером стекло делится на три части, каждая из которых обозначается буквами, соответствующими месту взятия материала: С, U, V. Материал берется путём легкого поскабливания стенок влагалища, уретры и цервикального канала и аккуратно наносится на предметное стекло. Мазок высушивают и отправляют на исследование с заполненным направлением.



ООО "Лечебно-диагностический центр
"Гармония"
ИНН 1651065627
центр 4423670, 85 г. Нижнекамск, пр. Мира, д. 52А

Мы рады видеть Вас по адресу:
пр. Мира д. 52а тел. 45-13-13

МАЗОК Дата взятия 19/11/15
ФИО Зиганшина Ч. Р.
Возраст 1985 г.
Врач А. А. Ахмедов СВ

	«С» ✓	«V» ✓	«U» ✓	«R»
Гонококки		н.с. ОБН.		
Лейкоциты	Б.К	25-30	сф	
Эпит. Клетки	12-15	Б.К	9-10	
Флора	KDK	О - С	1/2 (22)	
Грихомонады				
Мобилункус				
Слущ. клетки		н.с. ОБН.		
Эпителикс				
Антида				

Дата 19/11/15 Подпись А. А. Ахмедов

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

