

Тема 1.1. Методы исследования в акушерстве и их диагностическое значение.

Лекция №1

Содержание учебного материала (дидактические единицы):

1. субъективные и объективные методы обследования беременной женщины
2. общий осмотр женщины
3. методы обследования беременной
4. методы экспресс – диагностики беременности
5. приемы наружного и внутреннего исследования
6. наружные размеры таза
7. определение предполагаемой даты родов
8. медицинская документация для беременной и правила ее заполнения.

Схема обследования беременной при взятии на учет по беременности в женскую консультацию:

Выяснение основных паспортных данных.

Записывается номер паспорта и страхового свидетельства. Выясняется *фамилия, имя, отчество женщины, возраст, домашний адрес и телефон.*

Уточняются жилищные условия, с кем совместно проживает женщина, каковы удобства.

Место работы и профессия (сразу же уточняется условия труда, наличие профессиональных вредностей, в этом случае предоставляется освобождение от выполнения вредных работ).

Данные об отце ребенка (Ф.И.О, возраст, место работы и профессия, наличие профвредностей). Необходимо спросить: с кем из родственников можно связаться, кому женщина более всего доверяет, если это будет необходимо.

Все эти сведения должны быть на первой странице. Также на первую страницу выносятся в натуральном или закодированном виде наиболее важная информация о факторах риска.

Сбор жалоб. У здоровой беременной может не быть жалоб. Тем не менее, необходимо выяснить, нет ли у нее каких – либо неприятных ощущений, болей. При изучении последующих тем будут изучены те жалобы, которые надо выявлять.

Сбор анамнеза. Сведения об условиях труда и быта. Необходимо выяснить характер работы, какова вредность на производстве, а также уточнить какую работу дома выполняет женщина, предупредить об исключении чрезмерной нагрузки, бытовых вредностей, а также выяснить имеются ли дома животные. Узнать об образовании женщины и ее интересах, что поможет улучшить контакт с ней.

Наследственность. Выявить у беременной наследственную предрасположенность: не было ли у родителей диабета, гипертонической болезни, других эндокринных, генетических заболеваний. Важно знать и наследственность мужа.

Необходимо получить информацию о вредных привычках беременной и ее мужа, дать рекомендации.

Информация о перенесенных заболеваниях: детские инфекции, простудные заболевания, заболевания сердечно – сосудистой системы, болезни мочевыделительной системы, печени, исходное АД и др. В первую очередь спросить о туберкулезе, краснухе и инфекционном гепатите. Выявить: не вступала ли женщина в последнее время в контакты с туберкулезными и инфекционными больными, нет ли у нее таких больных дома, узнать о ее поездках в эпидемиологически неблагополучные районы в последнее время.

Отдельно спросить об ***оперативных вмешательствах, было ли переливание крови.***

Спросить об особенностях менструальной функции (с какого возраста менструирует, продолжительность, регулярность, периодичность, болезненность месячных, обильность выделений).

С какого возраста половая жизнь вне брака, в браке, какими средствами предохранялась от беременности.

Перечислить перенесенные гинекологические заболевания, венерические заболевания (здоровье ее полового партнера – отца ребенка).

В порядке очередности перечислить все беременности, их исход и осложнения.

Отдельно рассказать о течении данной беременности до взятия на учет.

Далее проводится *общий осмотр*, при котором обращают внимание на рост, вес, осанку, телосложение, питание, состояние кожи, подкожной клетчатки, сосудов, лимфоузлов, наличие отеков. Исследуют пульс и артериальное давление, тоны сердца. Измеряют температуру и проводят осмотр носоглотки, выслушивают легкие. Проводят пальпацию живота, печени, проверяют симптом поколачивания по пояснице, интересуются физиологическими отправлениями.

Наружное акушерское обследование. В ранние сроки беременности оно состоит из измерения окружности живота и пельвиметрии. В поздние сроки беременности, кроме этого, проводят измерение высоты стояния дна матки, пальпацию матки, приемы наружного акушерского исследования Леопольда – Левицкого и выслушивают сердцебиение плода.

Далее проводят осмотр наружных половых органов, осмотр на зеркалах, влагалищное и бимануальное исследование.

Исследование на зеркалах проводят, когда женщина лежит на гинекологическом кресле, на которое подкладывается клеенка или подкладная. Так же точно подготавливают женщину к влагалищному и бимануальному исследованию. После каждой женщины кресло необходимо обрабатывать дезинфицирующим раствором.

Акушерка или врач обрабатывает руки экспресс – методом, надевает стерильные перчатки, берет стерильное зеркало.

Подготовка женщины: опорожнение мочевого пузыря, обработка наружных половых органов слабым дезинфицирующим раствором.

Техника манипуляции: после осмотра наружных половых органов левой рукой раздвигают половые губы, правой рукой вводят створчатое зеркало с сомкнутыми створками в одном из косых размеров, зеркало доводят до сводов, переводят в поперечный размер и раскрывают. После осмотра шейки зеркало вынимают обратным путем. Ложкообразное зеркало вводят также в одном из косых размеров, после введения устанавливают в поперечном размере, после чего точно также сверху вводят подъемник Отта. После осмотра шейки и влагалища инструменты вынимают обратным путем и погружают в накопитель. Отмечают цвет слизистой, характер выделений, выявляют наличие эрозии.

Влагалищное исследование. Половые губы раздвигают 1-м и 2-м пальцами левой руки, во влагалище сначала вводят 3-й палец правой руки, отводят его в сторону задней стенки, после чего вводят 2-й палец. Вместе 2-й и 3-й пальцы вводят как можно глубже, 1 – й палец правой руки отведен кверху и упирается в лобок, 4-й и 5 – й пальцы правой руки согнуты и прижаты к ладони и упираются в промежность. Таким образом, исследуют состояние мышц тазового дна, стенок влагалища, при этом отмечая ширину, состояние сводов, шейки, состояние наружного зева.

Двуручное исследование беременной является продолжением влагалищного исследования. Пальцы, введенные во влагалище, располагают в переднем своде, смещая шейку кзади. Пальцы левой руки через брюшную стенку пальпируют дно матки. Сближая руки, пальпируют матку и определяют ее форму, величину, положение, консистенцию, подвижность, болезненность. Выявляют признаки беременности. После чего пальпируют область придатков с одной и с другой стороны, при этом пальцы, введенные во влагалище, перемещают в соответствующий свод. После этого пальпируют состояние костей таза. Пытаются достигнуть мыс через задний свод.

В результате опроса и осмотра устанавливают срок беременности, выявляют факторы риска или осложнения, физические, психологические и социальные проблемы беременной. Составляют план ведения беременности, назначают обследования. Дают рекомендации.

Измерение окружности живота.

Динамика измерения окружности живота у беременной позволяет выявить отклонения от нормального течения беременности. Отсутствие динамики или отрицательная динамика наблюдается при маловодии, гипотрофии или гибели плода. Слишком быстрое увеличение матки наблюдается при многоводии, многоплодии и крупном плоде. Измерение проводится при каждом посещении беременной женской консультации. Перед исследованием мочевого пузыря должен быть опорожнен. Женщину укладывают на кушетку. Окружность измеряется сантиметровой лентой на уровне пупка. Длина окружности индивидуальна и не может позволить судить о сроке беременности. После измерения лента дважды с интервалом обрабатывается 1% раствором хлорамина. Перед и после манипуляции акушерка проводит гигиеническую обработку рук. Руки должны быть теплыми. Кушетку после каждой женщины обрабатывают хлорамином.

Измерение высоты стояния дна матки. Обозначается как F. Проводится, начиная с 13 -14 недель, так как до этого срока дно матки скрывается за лобком. Измерение проводится с той же целью, что и измерение окружности, но позволяет, кроме того, определить срок беременности.

Подготовка женщины та же. Начало сантиметровой ленты прикладывают к верхнему краю симфиза и придерживают левой рукой. Правой рукой протягивают сантиметровую ленту по передней линии живота до дна матки и прикладывают правой рукой к точке максимального стояния.

Для каждого срока беременности характерно нахождение дна матки на определенном уровне по отношению к лобку, пупку и реберной дуге.

При доношенной беременности, перемножив длину окружности и высоту стояния дна матки, получают величину предполагаемой массы плода.

Приемы наружного акушерского исследования Леопольда – Левицкого.

Подготовка женщины и акушерки та же, что и при измерении окружности живота.

Первый прием. Ладони обеих рук сводят вместе, и наружными ребрами контурируют дно матки, определяя уровень стояния дна, а также форму матки. Перебирая пальцами в области дна, определяют крупную часть, находящуюся в дне. Можно применить прием баллотирования.

Второй прием. Располагают руки параллельно средней линии на боковых поверхностях матки. Сначала проводят сверху расслабленной рукой, а потом руку округляют и перебирают пальцами, ощущая части плода, гладкие и выпуклые контуры. Этим приемом определяют положение, позицию и вид плода. Со стороны спинки матка более гладкая. При этом приеме определяют также тонус матки, ее возбудимость.

Третий прием. Широко расставленные 1-й и 3-й пальцы правой руки погружают как можно глубже в область нижнего сегмента. Головка представляется более округлой и плотной. При подвижной головке она легко смешивается, находится выше лонной дуги. При полном мочевом пузыре исследование болезненно и нерезультативно.

Третьим приемом выявляют предлежащую часть и ее уровень стояния относительно малого таза.

При первых трех приемах акушерка стоит или сидит справа от беременной лицом к ней.

Четвертым приемом уточняют предлежащую часть и уровень ее стояния. При этом акушерка стоит, обращаясь лицом к ногам женщины. Ладони рук располагает в области нижнего сегмента, контурируя предлежащую часть, пытается соединить пальцы между головкой и лобком. Если руки сходятся, предлежащая часть находится над входом в малый таз и подвижна. Если руки расходятся, то головка опущена в полость малого таза.

Выслушивание сердцебиения плода. Сердцебиение плода выслушивают при каждой явке беременной в женскую консультацию начиная со второй половины беременности, при помощи акушерского стетоскопа. Тоны выслушиваются лучше всего со стороны позиции плода. При головном предлежании – ниже пупка, при тазовом – выше пупка. Нормальный ритм сердцебиения при доношенной беременности 130 – 150 ударов в минуту. Сердцебиение плода можно выслушать или записать при помощи дополнительных методов исследования: УЗИ, КТГ, ЭКГ, ФКГ.

Методы обследования беременных.

К общим методам обследования относятся: сбор анамнеза, общий осмотр, наружное акушерское обследование, осмотр наружных половых органов, осмотр на зеркалах, бимануальное исследование.

Кроме того, беременным проводятся лабораторные методы исследования и обследования у специалистов.

К дополнительным акушерским методам обследования относятся: ультразвуковое обследование, кардиотокография, амниоцентез и др.

При первом обращении беременной в женскую консультацию необходимо подтвердить диагноз, установить срок.

Очень важно, чтобы женщина обращалась как можно раньше, чтобы можно было начать работу по профилактике вредных воздействий, дать рекомендации. Необходимо склонить женщину к сохранению беременности, убедить ее в правильности и ответственности этого поступка, даже если беременность не была запланирована.

Исключение составляют случаи, когда беременность противопоказана по медицинским показаниям. В этом случае ранняя явка позволит вовремя выявить показания и подготовить женщину к прерыванию беременности.

При желанной беременности во время первой явки назначают обследования, выявляют жалобы, проблемы, факторы риска, проводят осмотр, взятие мазков. Если есть возможность, то сразу берут женщину на учет по беременности, заполняют 2 индивидуальные карты, дают ей рекомендации, составляют план дальнейшего наблюдения. Но может случиться, что для такого подробного общения нет времени. Если нет существенных факторов риска, то следующую встречу для подробного общения с беременной назначают на другой день, в который это будет более удобно.

Строение женского таза

К половому возрасту у здоровой женщины таз должен иметь нормальную для женщины форму и размеры.

Для формирования правильного таза необходимо нормальное развитие девочки еще во время внутриутробного периода, профилактика рахита, хорошее физическое развитие и питание, естественный ультрафиолет, профилактика травматизма, нормальные гормональные и обменные процессы.

Таз состоит из двух тазовых, или безымянных, костей, крестца и копчика. Каждая тазовая кость состоит из трех сросшихся костей: подвздошной, седалищной и лобковой. Кости таза соединены спереди симфизом. Это малоподвижное соединение – полусустав, в котором две лобковые кости соединены при помощи хряща. Крестцово – копчиковое соединение является подвижным суставом у женщин. Выступающая часть крестца называется мысом.

В тазу различают большой и малый таз. Большой и малый таз разделяются безымянной линией.

Отличия женского таза от мужского следующие: у женщин крылья подвздошной кости более развернуты, более объемный малый таз, который у женщин имеет форму цилиндра, а у мужчин форму конуса. Высота женского таза меньше, кости более тонкие.

Измерение размеров таза. Для оценки емкости таза измеряют 3 наружных размера таза и расстояние между бедренными костями. Измерение таза называется пельвиометрия и проводится при помощи тазомера.

1. *Distancia spinarum* – межкостистая дистанция – расстояние между передневерхними остями подвздошных костей, в нормальном тазу равняется 25-26 см.

2. *Distancia cristarum* – межгребневая дистанция – расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей, в норме равняется 28-29 см.

3. *Distancia trochanterica* – межбугристая дистанция – расстояние между буграми вертелов бедренных костей (большой бугор - *trochanter major*), в норме равняется 31 см.

4. *Conjugata externa* – наружная конъюгата – расстояние между серединой верхнего края симфиза и надкрестцовой ямкой. В норме равняется 20-21 см.

При измерении первых трех параметров женщина лежит в горизонтальном положении на спине с вытянутыми ногами, пуговки тазомера устанавливают на края размера. При измерении прямого размера широкой части полости малого таза для лучшего выявления больших вертелов женщину просят свести носки ступней. При измерении наружной конъюгаты предлагают женщине повернуться спиной к акушерке и согнуть нижнюю ногу.

Плоскости малого таза. В полости малого таза выделяют условно четыре классические плоскости.

1 – я плоскость называется плоскостью входа. Она ограничена спереди верхним краем симфиза, сзади – мысом, с боков – безымянной линией. Прямой размер входа совпадает с истинной конъюгатой. (*conjugata vera*). В нормальном тазу истинная конъюгата равна 11 см. Поперечный размер первой плоскости – расстояние между наиболее отдаленными точками пограничных линий – равен 13 см. Два косых размера, каждый из которых равен 12 или 12,5 см, идут от крестцово – подвздошного сочленения до противоположного подвздошно-лонного бугра.

Плоскость входа в малый таз имеет поперечно – овальную форму.

2 – я плоскость малого таза называется плоскостью широкой части. Она проходит через середину внутренней поверхности лона, крестца и проекции вертлужной впадины. Эта плоскость имеет округлую форму. Прямой размер, равный 12,5 см, идет от середины внутренней поверхности лонного сочленения до сочленения II и III крестцовых позвонков. Поперечный размер соединяет середины пластинок вертлужных впадин и также равен 12,5 см.

3 – я плоскость называется плоскостью узкой части малого таза. Она ограничена спереди нижним краем симфиза, сзади крестцово – копчиковым сочленением и с боков седалищными остями. Прямой размер этой плоскости между нижним краем симфиза и крестцово – копчиковым сочленением равен 11 см. Поперечный размер – между внутренними поверхностями седалищных остей – равен 10 см. Эта плоскость имеет форму продольного овала.

4 – я плоскость называется плоскостью выхода и состоит из двух плоскостей, сходящихся под углом. Спереди она ограничена нижним краем симфиза, с боков седалищными буграми, а сзади - краем копчика. Прямой размер плоскости выхода идет от нижнего края симфиза до верхушки копчика и равен 9,5см, а в случае отхождения копчика увеличивается на 2 см. Поперечный размер выхода ограничен внутренними поверхностями седалищных бугров и равен 10,5 см. При отхождении копчика эта плоскость имеет форму продольного овала.

Проводная линия, или ось таза, проходит через пересечение прямых и поперечных размеров всех плоскостей.

Внутренние размеры таза можно измерить при ультразвуковой пельвиометрии, которая еще недостаточно широко применяется.

При влагалищном исследовании можно оценить правильность развития таза. Если мыс достигается, измеряют диагональную конъюгату, которая в норме должна быть не менее 12,5 -13 см.

О внутренних размерах таза и степени сужения судят по истинной конъюгате, которая в нормальном тазу – не менее 11 см.

Вычисляют истинную конъюгату по двум формулам:

- истинная конъюгата равна наружной конъюгате минус 9-10 см.
- истинная конъюгата равна диагональной конъюгате минус 1,5-2см.

При толстых костях вычитают максимальную цифру, при тонких – минимальную. Для оценки толщины костей предложен *индекс Соловьева*. Если индекс менее 14-15 см – кости считаются тонкими, если более 15см – толстыми.

О размерах и форме таза можно судить также по форме и размерам ромба Михаэлиса, который соответствует проекции крестца. Верхний его угол соответствует надкрестцовой ямке, боковые – задневерхним остям подвздошных костей, нижний - верхушке крестца.

Размеры плоскости выхода, как и наружные размеры таза, также можно измерить при помощи тазомера.

Угол наклона таза – это угол между плоскостью его входа и горизонтальной плоскостью. При вертикальном положении женщины он равен 45-55 градусам. Он уменьшается, если женщина сидит на корточках или лежит в гинекологической позе с согнутыми и приведенными к животу ногами. Эти же положения позволяют увеличить прямой размер плоскости выхода. Угол наклона таза увеличивается, если женщина лежит на спине, подложив под спину валик, или если при вертикальном положении она прогибается назад. Это же происходит, если женщина лежит на гинекологическом кресле со спущенными вниз ногами. Эти же положения позволяют увеличить прямой размер входа.

Диагностика ранних сроков.

Определение срока беременности. Диагностика беременности заключается в установлении факта беременности и ее срока. Разнообразные признаки беременности по их диагностической значимости могут быть разделены на 3 группы: предположительные, вероятные и достоверные.

Предположительные признаки беременности.

Предположительные признаки беременности связаны с субъективными ощущениями женщины и изменениями в организме беременной, не касающиеся внутренних половых органов. К ним относятся:

- изменение аппетита, тошнота, однократная рвота по утрам, извращение вкуса;
- изменение обонятельных ощущений;
- изменение со стороны нервной системы: раздражительность, сонливость, плаксивость, замкнутость и др.;
- пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков, околососковых кружков.

Вероятные признаки беременности.

К вероятным признакам беременности относятся объективные изменения в половой сфере женщины и в молочных железах. Эти признаки, особенно в их совокупности, в большинстве случаев свидетельствуют о наступлении беременности, однако иногда они могут встречаться при некоторых гинекологических заболеваниях. Вероятными признаками принято считать: прекращение менструации; увеличение молочных желез и выделение молозива; разрыхление и синюшность слизистой оболочки влагалища и шейки матки; изменение величины, формы, консистенции матки.

Увеличение матки. Увеличение матки заметно уже с 4-5 недели беременности. В 4 недели беременности матка увеличена с куриное яйцо, в 8 недель беременности матка увеличивается до размеров гусиного яйца, в 12 недель беременности дно матки находится на уровне симфиза или несколько выше его.

Признак Горвица – Гегара – из-за размягчения перешейка кончики пальцев обеих рук при бимануальном исследовании легко сближаются.

Признак Снегирева – мягкая беременная матка уплотняется во время бимануального исследования под влиянием механического раздражения.

Признак Пискачека – появление куполообразного выпячивания в одном из углов матки, соответствует месту имплантации плодного яйца.

Признак Губарева – Гауса – легкая смещаемость шейки матки во всех направлениях, не передающееся на тело матки.

Признак Гентера I – наличие гребневидного утолщения на передней поверхности матки.

Признак Гентера II – перегиб матки кпереди в результате сильного размягчения перешейка.

Биологические методы диагностики беременности проводимые, на животных утратили свою ведущую роль. Благодаря высокой специфичности и чувствительности, предпочтение отдают радиоиммунологическому методу количественного определения β -ХГ в сыворотке крови. Применение радиоиммунологических методов дает возможность уже через 5-7 дней после зачатия определить уровень ХГ равный 0,12 – 0,50 МЕ/л. Новейшие радиоиммунологические методы определения β – цепи в молекуле ХГ позволяет определить его уровень, равный 3,0 МЕ/л. Время определения при использовании этих методов составляет 1,5-2,5 минуты.

Положительную оценку заслужили иммуноферментные экспресс – методы выявления ХГ или β -ХГ в моче, позволяющие диагностировать беременность через 1-2 недели после зачатия. Иммуноферментные тесты основаны на изменении цвета реактива при положительной реакции антиген - антитело.

В настоящее время существует тест системы для быстрого определения наличия или отсутствия беременности, которыми могут пользоваться сами женщины.

Наличие беременности может быть установлено с помощью известных серологических методов, в основе которых лежит реакция антиген – антитело. Принцип метода основан на торможении реакции гемагглютинации человеческим хорионическим гонадотропином, содержащимся в моче беременной женщины. Чувствительность метода составляет 2500МЕ ХГ в литре мочи. Как правило, такое количество хорионического гонадотропина содержится в моче беременных женщин с 8-го дня задержки менструации.

Для постановки этих реакций предложены сыворотки различных названий: гравимун, гравидодиагностикум и др.

Все лабораторные методы определения ХГ и β - ХГ высокоспецифичны: правильные ответы отмечаются в 92-100% случаев.

Достоверные признаки беременности. Во второй половине беременности появляются признаки, свидетельствующие о наличии плода в полости матки – достоверные или несомнительные, признаки беременности.

К достоверным признакам беременности относятся:

-прощупывание частей плода;

-ясно слышимые сердечные тоны плода. Сердцебиение плода выслушивается акушерским стетоскопом с 20 недели беременности, в виде ритмичных ударов. В норме сердцебиение плода 120-140 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Иногда удается уловить сердцебиение плода с 18-19 недели беременности;

-движение плода, ощущаемые лицом исследующим беременную. Движения плода определяются при исследовании женщины во второй половине беременности. Беременные сами ощущают движения плода с 20 –й недели, но эти ощущения к достоверным признакам беременности не относятся, потому что они могут быть ошибочными. Так женщина может принять за движение плода перистальтику кишечника.

Диагностика поздних сроков.

При исследовании определяют членорасположение, положение, позицию, вид позиции, предлежание плода. **Членорасположение плода** – отношение его конечностей к головке и туловищу. В норме сгибательный тип членорасположения – головка наклонена к грудной клетке, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; плод имеет форму овоида.

Положение плода – отношение продольной оси плода к продольной оси матки. Различают следующие положения плода: **продольное положение** – продольная ось плода и продольная ось матки совпадают; **поперечное положение** – продольная ось плода перпендикулярна продольной оси матки; **косое положение** – продольная ось плода образует с продольной осью матки острый угол.

В норме продольное положение плода встречается в 99,5% всех родов. Поперечное, косое положение – патологические, встречаются в 0,5% родов.

Позиция плода – отношение спинки плода к левой и правой сторонам матки. Если спинка плода обращена к левой стороне матки говорят о первой позиции; если спинка плода обращена к правой стороне матки – о второй позиции.

При поперечном положении плода позиция определяется не по спинке, а по головке плода.

Если головка обращена к левой стороне матки – первая позиция; если головка обращена правой стороне – вторая позиция.

Вид позиции – отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена впереди, говорят о переднем виде позиции, если сзади – о заднем виде позиции.

Предлежание плода – отношение крупной части плода ко входу в малый таз. Если над входом в таз матери находится головка плода – предлежание головное, если тазовый конец – предлежание тазовое. В норме головное предлежание, встречается в 96% родов. Роды в тазовом предлежании рассматриваются как патологические, встречаются в 3,5% родов.

Предлежащая часть – часть плода, которая расположена ко входу в малый таз и первой проходит родовые пути. При головном предлежании ко входу в малый таз могут быть обращены: затылок; темя; лобик; личико.

Типичным является затылочное предлежание. При тазовом предлежании ко входу в таз матери могут быть обращены: ягодички плода; ягодички вместе с ножками; ножки; если предлежит одна ножка, говорят о неполном ножном предлежании плода; если предлежат обе ножки – о полном ножном предлежании плода; коленки; если предлежит одно колено, говорят о неполном коленном предлежании плода, если оба колена – о полном.

Определение срока беременности

В повседневной практике акушерства определение срока беременности может проводиться на основании анамнестических данных и по данным объективного обследования.

При определении срока беременности по дате последней менструации возможны ошибки от одной до 2–х недель. Беременность может наступить только после овуляции, которая при 28 – дневном цикле наступает на 12-14 день, поэтому отсчитывать срок беременности по календарю следует спустя 2 нед после первого дня последней менструации.

Определение срока беременности по дате первого шевеления плода возможно во второй половине ее. Известно, что шевеление плода первородящие женщины ощущают, начиная с 20 недель, а повторнородящие женщины – с 18 нед беременности.

Объективное определение срока беременности в I триместре возможно при бимануальном обследовании женщины: матка в эти сроки располагается в малом тазу. Самый ранний срок, который удастся диагностировать по размерам матки, равен 5 недель. К этому времени матка несколько увеличивается, и становится круглой. В 8 нед. величина матки соответствует размерам среднего женского кулака или гусиного яйца. В 12 нед. беременности матка увеличивается до размеров мужского кулака, и дно ее находится на уровне верхнего края лобкового сочленения или слегка выступает над ним. После 12 нед вся увеличивающаяся матка может прощупываться через брюшную стенку. С этого времени срок беременности принято определять по высоте стояния дна матки над верхним краем лобка и по отношению дна к другим ориентирам: пупок, мечевидный отросток. Высота стояния дна матки над лобком измеряется сантиметровой

лентой. В 16 нед. беременности дно матки определяется на 6 см выше лобка и приближается к середине расстояния между пупком и лобком. В 20 нед беременности дно матки находится на 12 см выше лобка или на 2 поперечных пальца ниже пупка. В 24 нед. дно матки определяется примерно на уровне пупка и отстоит от лобкового сочленения на 18-20 см. В 28 нед. беременности дно матки пальпируется на 24-26 см выше лобка или на 2 поперечных пальца выше пупка. В 32 нед дно матки располагается на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, а высота стояния дна над лобком равна 28-30 см. В 36 нед дно матки находится под мечевидным отростком или на 34-36 см выше лобка.

В 40 нед дно матки опускается до середины расстояния между пупком и мечевидным отростком, равна 37-38 см.

Срок доношенной беременности дифференцируют от 32 – недельного не только по высоте стояния дна матки, но и по окружности живота, форме пупка и диаметру головки плода, расположению головки. В 32 нед беременности окружность живота составляет 80-85 см, пупок несколько сглажен, диаметр головки плода -9-10 см, головка высоко над входом в малый таз; в 40 нед окружность живота превышает 90 см, пупок выпячен, диаметр головки плода, измеренный специальным циркулем или тазомером – около 11 см, головка плода прижата или даже фиксирована во входе в таз малым сегментом.

Срок беременности можно определить по длине внутриутробного плода. J.F. Ahlfeld предлагал измерять длину плода от тазового конца до затылка. Полученную величину умножают на 2. Существуют более сложные подсчеты срока беременности. Например, И.Ф. Жордания предложил такую формулу:

$$X=L+C,$$

Где

X - искомый срок беременности (в нед);

L-длина плода в матке (в см), полученная при измерении тазомером;

C - лобно – затылочный размер (в см), также определяемый тазомером.

Пример: L=22см, C=10см, в таком случае X=32, т.е. срок беременности равен 32 нед.

М.А. Скульский предположил определить срок беременности по более сложной формуле:

$$X = \frac{(Lx2) - 5}{5},$$

Где X - искомый срок беременности (в мес);

L- длина плода в полости матки (в см), измеренная тазомером и умноженная на 2; **цифра 5** в числителе соответствует толщине стенок матки, **цифра 5** в знаменателе – коэффициент Гаазе.

Пример

$$X = \frac{(22,5x2) - 5}{5} = 8,$$

Таким образом, срок беременности равен 8 мес., или 32 нед. Используя перечисленные методы определения срока беременности, в I триместре удается установить срок беременности с точностью до I нед. В более поздние сроки возможность ошибок в диагнозе возрастает.

Привлечение метода ультразвукового сканирования значительно повышает точность определения срока беременности. В зависимости от срока используют разные программы: в первые 12 нед – основанную на измерении копчико – теменного размера плода, в дальнейшем – на определении размера головки, длины бедра и диаметра живота.

Определение срока родов

Пользуясь анамнестическими и объективными данными, с достаточной долей вероятности можно определить срок родов у каждой беременной.

Предполагаемый срок родов устанавливают следующим образом:

1) **по дате последней менструации:** к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней и получают дату предполагаемого срока родов; чтобы быстрее и проще установить этот срок, по предложению Негеле, от первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 месяца и прибавляют 7 дней;

2) **по дате беременности, диагностированной при первой явке в женскую консультацию;** ошибка будет минимальной, если женщина обратилась к врачу в первые 12 нед беременности;

3) **по сроку беременности, диагностированному при первой явке в женскую консультацию;** ошибка будет минимальной, если женщина обратилась к врачу 12 нед беременности;

4) по данным ультразвукового исследования;

5) по дате ухода в **дородовый отпуск**, который начинается с 30-й недели беременности. К этой дате прибавляют 10 нед.

Для быстрого и точного подсчета срока беременности и родов по дате последней менструации и по первому шевелению плода выпускают специальные акушерские календари.

Таким образом, срок ожидаемых родов будет определен достаточно точно, если все полученные данные не являются противоречивыми, а дополняют и подкрепляют друг друга. Однако и в такой ситуации возможны ошибки, ибо все вычисления проводятся, исходя из продолжительности беременности, равной 280 дням, или 40 нед. Акушерский опыт показывает, что срочные роды могут наступать в более широких пределах времени, чем повышается вероятность ошибки при определении срока родов.

Документация женской консультации

1. «Индивидуальная карта беременной и родильницы» (уч.ф.№111/У).

Все сведения о беременной заносятся в специальную карту – «Индивидуальную карту беременной и родильницы». В кабинете участкового врача эти карты составляют сигнальную картотеку, основное назначение которой сигнализировать о непосещении беременной женской консультации в назначенное время. Поэтому карты рекомендуется располагать по дням назначенного очередного посещения. Ящик для хранения индивидуальных карт разделяется на 31 ячейку с проставлением цифр от 1 до 31, что соответствует числам месяца. После посещения карты беременной переносятся в ячейку, соответствующую дню очередной явки. В картотеке должны быть еще 3 отдельные ячейки для карт: родивших, подлежащих патронажу, госпитализированных женщин. В ячейку с отметкой «патронаж» переносятся карты беременных, не явившихся на прием.

При диспансерном наблюдении выделяют 2 группы женщин.

I группу составляют здоровые женщины с физиологическим течением беременности. Среди них в женской консультации проводится в основном профилактическая работа.

II группу составляют женщины с акушерской или экстрагенитальной патологией. В этой группе проводятся дополнительные исследования, лечение в консультации, поликлинике, специализированных родовспомогательных учреждениях.

Индивидуальные карты беременных II группы хранятся в сигнальной картотеке в общем порядке, но имеют специальную маркировку.

2. «Обменная карта» (уч.ф.№ 113/У).

Обменная карта выдается беременной женщине в 28 недель беременности. Обменная карта состоит из 3 отрывных талонов и предназначена для взаимной информации женской консультации и акушерского стационара о характере течения беременности и родов.

I талон – «Сведения женской консультации о беременной» - отражает данные анамнеза, исследования, динамическое наблюдение за течением беременности. Хранится в истории родов.

II талон – «Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице» - выдается женщине перед выпиской из родильного дома для передачи в женскую консультацию.

III талон – «Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном» - заполняется в акушерском стационаре перед выпиской новорожденного и выдается матери для передачи в детскую поликлинику.

3. «Листок о временной нетрудоспособности» выдается работающим женщинам в 30 недель беременности, для оформления дородового отпуска.

4. «Амбулаторная карта гинекологической больной» (уч. ф. №025/У) - заполняется при обращении женщины в женскую консультацию.

5. «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (уч.ф.№030/У) – заполняется на всех больных, подлежащих диспансеризации. Контрольные карты диспансерного наблюдения составляют особую сигнальную картотеку; размещаются в 12 ячейках, соответствующих числу месяцев в году по принципу очередной явки. В 13 – ю ячейку отбирают карты женщин, не явившихся в назначенный срок на прием к врачу. Эти больные подлежат патронажу.