

Методы обследования  
беременных.  
Диагностика беременности.



---

Выполнила студентка 178-А группы  
Нарзуллаева Мавиле





# Опрос

Опрос беременной и роженицы проводят по определенному плану. Опрос состоит из общей и специальной части. Все полученные данные заносят в карту беременной или в историю родов.

# I. Общий

- 1. Паспортные данные: фамилия, имя, отчество, возраст, место работы и профессия, место рождения и жительства.
- 2. Причины, заставившие женщину обратиться за медицинской помощью (жалобы).
- 3. Условия труда и быта.
- 4. Наследственность и перенесенные заболевания. Туберкулез, сифилис, психические и онкологические заболевания, многоплодные беременности и др., хронические интоксикации, в частности, курение, алкоголизм и наркомания у родителей. Важно получить сведения обо всех инфекционных и неинфекционных заболеваниях и операциях, перенесенных в раннем детстве, в период полового созревания и в зрелом возрасте, их течении и методах и сроках лечения. Аллергоанамнез. Перенесенные гемотрансфузии.





## II. Специальный анамнез



1. Менструальная функция: время появления менархе и установления менструаций, тип и характер менструаций (3-х или 4-х недельный цикл, продолжительность, количество теряемой крови, наличие болей и пр.); изменились ли менструации после начала половой жизни, родов, абортов; дата последней, нормальной менструации.
2. Секреторная функция: характер выделений из влагалища, их количество, цвет, запах.
3. Половая функция: с какого возраста начала половую жизнь, какой брак по счету, продолжительность брака, срок от начала половой жизни до наступления первой беременности, время последнего полового сношения.
4. Возраст и здоровье мужа.



5. Детородная (генеративная) функция. В этой части анамнеза собирают подробные сведения о предыдущих беременностях в хронологической последовательности, какая по счету настоящая беременность, течение предыдущих беременностей (не было ли токсикозов, гестозов, заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек, печени и других органов), их осложнения и исход.

6. Перенесенные гинекологические заболевания: время возникновения, длительность заболевания, лечение и исход.

7. Течение настоящей беременности (по триместрам):

- 1 триместр (до 12 недель) – общие заболевания, осложнения беременности (токсикозы, угроза прерывания и др.), дата первой явки в женскую консультацию и срок

беременности, установленный при первом обращении.

- 2 триместр (13-28 недель) – общие заболевания и осложнения в течение беременности, прибавка в весе, цифры артериального давления, результаты анализов, дата

первого шевеления плода.

- 3 триместр (29-40 недель) – общая прибавка в весе за беременность, ее равномерность, результаты измерений артериального давления и анализы крови и мочи,

заболевания и осложнения беременности. Причины госпитализации.



# Определение сроков родов или сроков беременности

Любастик

**ПЕРВАЯ ПОЛОВИНА БЕРЕМЕННОСТИ**

**Первый месяц**  
Эмбрион сейчас не больше зернышка и скорее похож на головастика, чем на человечка. Однако у него уже есть спинной мозг и позвоночник, пищевод, сосуды, зачатки ручек и ножек. В его сосудах течет кровь, которая через зачаток пуповины обменивается кровью с формирующейся плацентой. Оболочки плода начинают продуцировать околоплодные воды, в которых ребенок будет жить до самого рождения.



**Второй месяц**  
Зародыш вырос до 3 см. Уже есть маленькие ручки и ножки. Эмбрион получает из яичника вещества, прикрепленного к основанию пуповины.

**РАЗВИТИЕ ПЛОДА**

1 неделя	2 недели	3 недели	4 недели	5 неделя	6 неделя	7 неделя	8 неделя	9 неделя	10 неделя	20-36 недель	38 неделя

PLAC

В мат  
альн  
снаб  
проду  
множ  
часть  
матки  
проду  
храня  
же на  
крови  
вотече  
ку пло  
дами.  
студе  
няет с  
бенск  
может  
завяз  
до —  
вин  
к

RECOMMEND.RU



1. по дате последней  
менструации.



О сроке беременности можно судить на основании учета времени, прошедшего с первого дня последней менструации до момента, когда определяется срок (при условии регулярного менструального цикла). Для вычисления срока родов при 28-дневном менструальном цикле нужно от даты последней менструации отнять 3

месяца и прибавить 7 дней (правило Негеле). При продолжительности менструального цикла

менее или более 28 дней, например, 21 или 35 дней, срок беременности и родов будет

сдвигаться на 7 дней ранее или 7





2. По данным УЗИ, проведённого в разные сроки беременности.

Наиболее точно отражает срок беременности УЗИ, выполненное в первом триместре при наличии бипариетального размера головки и копчико-теменного размера эмбриона. С увеличением гестационного срока размеры плода всё больше отражают состояние плода и его наследственные особенности (особенно при сроке, превышающем 27 нед).





3. По данным цифровых тестов на беременность обладающих высокой чувствительностью и определяющих наличие беременности еще до задержки менструации





# Специальное акушерское обследование



Включает три основных раздела:

1. наружное акушерское исследование;
2. внутреннее акушерское исследование;
3. дополнительные методы исследования.



# Наружное акушерское исследование:

---

- • Осмотр
- • Пельвиометрия
- • После 20 недель – измерение наибольшей окружности живота, пальпацию живота и лонного сочленения, аускультацию сердечных тонов плода.



# Внутреннее акушерское исследование:

---

- • осмотр наружных половых органов
- • исследование шейки матки при помощи зеркал
- • влагалищное исследование.



# Наружное акушерское исследование

## Акушерские измерения

Значения наружных размеров таза в норме:

- • *distantia spinarum* 25-26 см;
- • *distantia cristarum* 28-29 см;
- • *distantia trochanterica* 31-32 см;
- • *conjugata externa* 20-21 см;
- • *conjugata diagonalis* 12,5-13 см.

Для косвенной оценки внутренних размеров малого таза проводят пельвиометрию.

При первом осмотре определяют *conjugata vera* (истинную конъюгату), то есть прямой размер входа в малый таз (в норме 11-12 см).



1. Достоверные – ультразвуковое измерение (недостаточно распространено)

2. Косвенные методы:

- из значения *conjugata externa* вычитают 9 см и получают приблизительный размер истинной конъюгаты

- по вертикальному размеру ромба Михаэлиса (он соответствует значению истинной конъюгаты)

- по размеру Франка (расстояние от остистого отростка VII шейного позвонка до середины яремной вырезки), который равнозначен истинной конъюгате

- по значению диагональной конъюгаты – расстояние от нижнего края лобкового симфиза до наиболее выдающейся точки крестцового мыса (12,5–13 см).

Определяют при вагинальном исследовании. При нормальных размерах таза мыс недостижим. В случае достижения мыса из величины диагональной конъюгаты вычитают индекс Соловьёва и получают размер

## Методы определения *conjugata vera*:

Индекса Соловьёва равен  $1/10$  окружности кисти в области лучезапястного сустава. При определении истинной конъюгаты предлагают вычитать из величины диагональной конъюгаты  $1/10$  окружности кисти. Например, при диагональной конъюгате 11 см и окружности лучезапястного сустава 16 см надо вычесть 1,6 – размер истинной конъюгаты составит 9,4 см (первая степень сужения таза), при окружности кисти 21 см вычитают 2,1, в этом случае размер истинной конъюгаты равен 8,9 см (вторая степень сужения таза).



указанных значений необходимо произвести дополнительные измерения таза:

- 1. боковая конъюгата – расстояние между передней и задней осями подвздошных костей одной и той же стороны (14-15 см и больше); если боковая конъюгата составляет 12,5 см и меньше, родоразрешение невозможно;
- 2. косые размеры малого таза:
  - • от середины верхнего края лобкового симфиза до задней верхней ости обеих сторон (17,5 см)
  - • от передней верхней ости одной стороны до задней верхней ости другой стороны (21 см)
  - • от остистого отростка V поясничного позвонка до передневерхней ости каждой подвздошной кости (18 см); измеренные расстояния сравнивают попарно.

Разница между размерами каждой пары более 1,5 см свидетельствует о косом сужении таза, что может отразиться на течении родов.

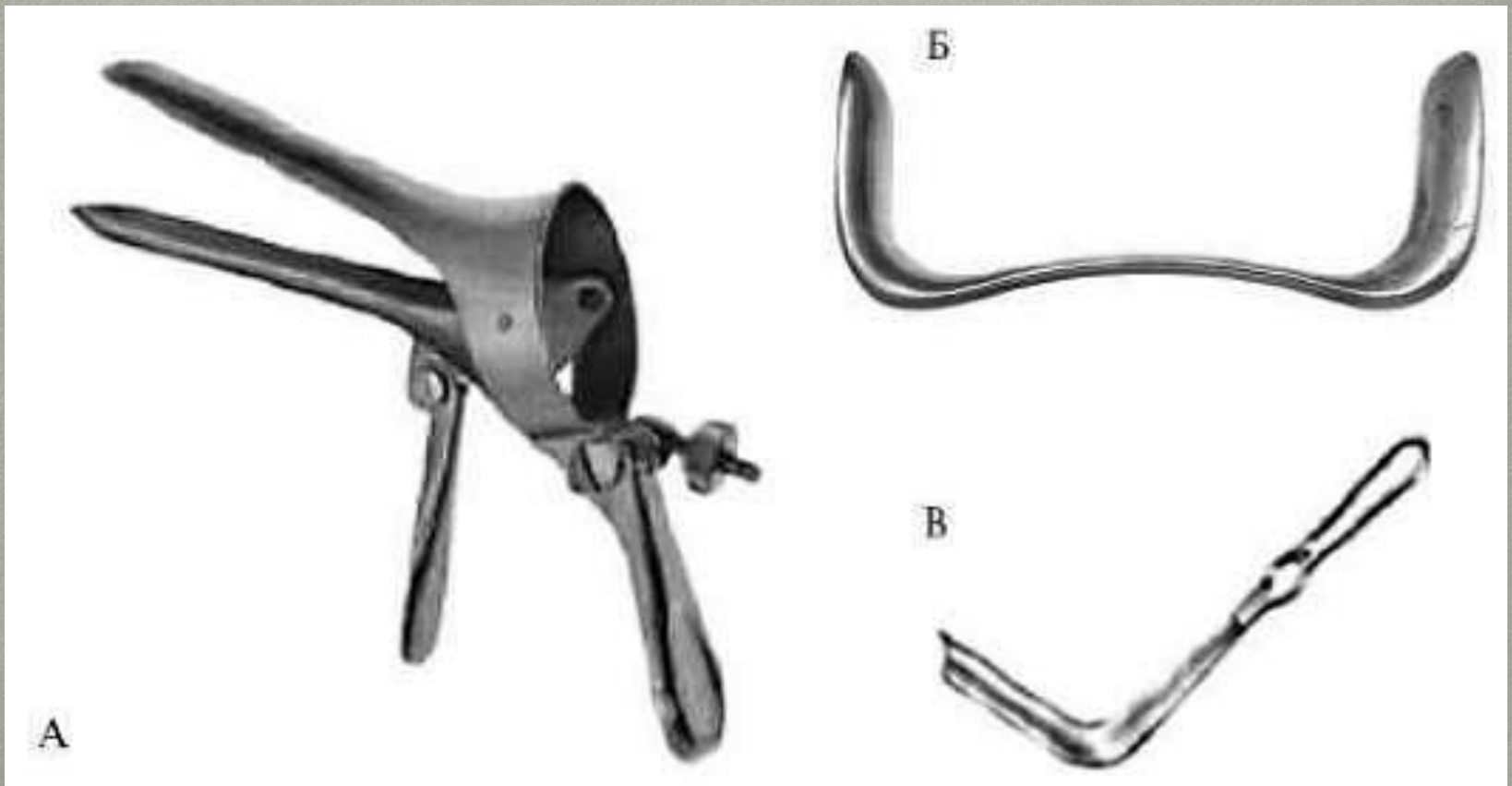


- **Угол наклона таза** – угол между плоскостью входа в таз и плоскостью горизонта (измеряется тазоугломером в положении женщины стоя); обычно он равен  $45-55^\circ$ ; отклонение его величины в ту или иную сторону может неблагоприятно сказаться на течении родов.
- **Лонный угол** – угол между нисходящими ветвями лонной кости. Лонный угол измеряют в положении беременной на гинекологическом кресле, при этом большие пальцы обеих рук располагают вдоль нисходящих ветвей лонной кости. В норме лонный угол равен  $90-100^\circ$ .
- **Размеры выхода таза:**
- • прямой размер (9 см) – между вершиной копчика и нижним краем лобкового симфиза. Из полученной цифры следует вычесть 2 см (толщина костей и мягких тканей);
- • поперечный размер (11 см) измеряют тазомером с перекрещивающимися ветвями или жесткой линейкой между внутренними поверхностями Седалищных бугров. К полученной цифре прибавляют 2 см (толщина мягких тканей). Сантиметровой лентой измеряют окружность живота на уровне пупка и высоту стояния дна матки (ВДМ) – расстояние между верхним краем лонного сочленения и дном матки



Влагалищные зеркала (А -  
створчатое, Б - ложкообразное, В -  
подъемник)

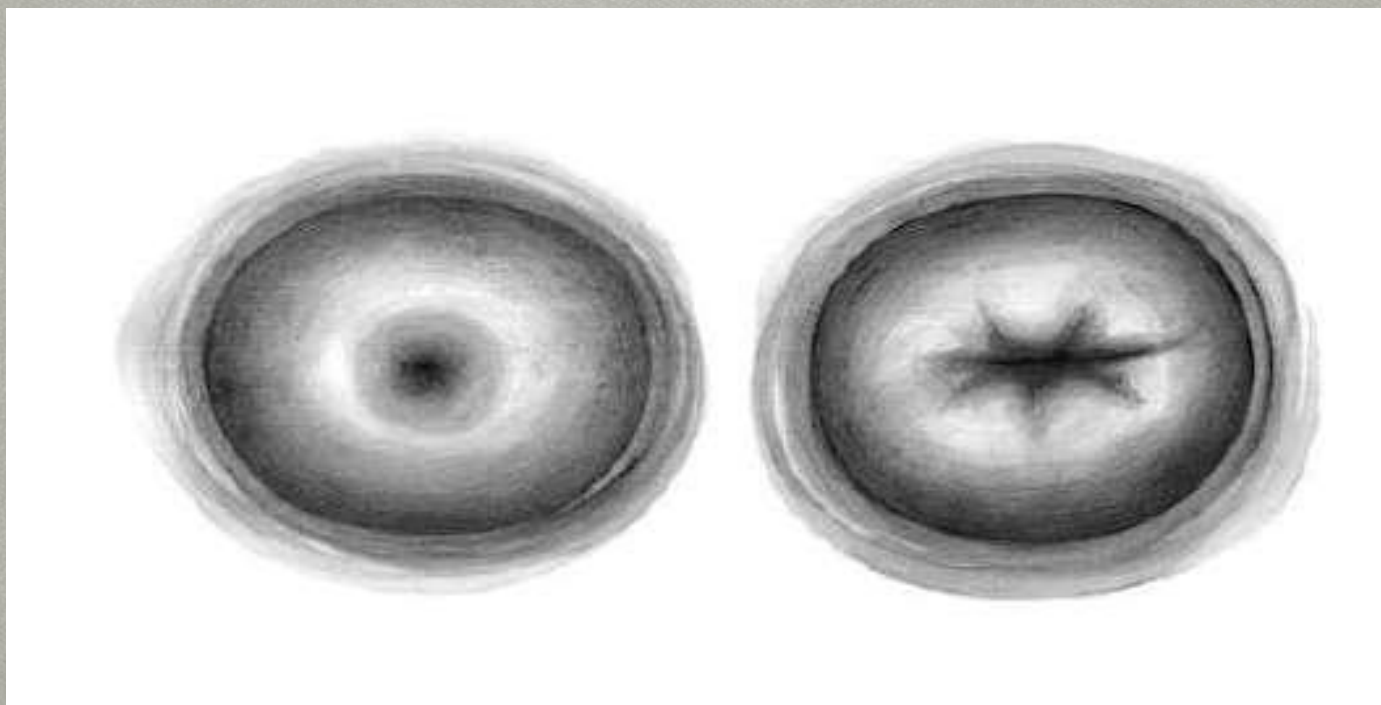
---





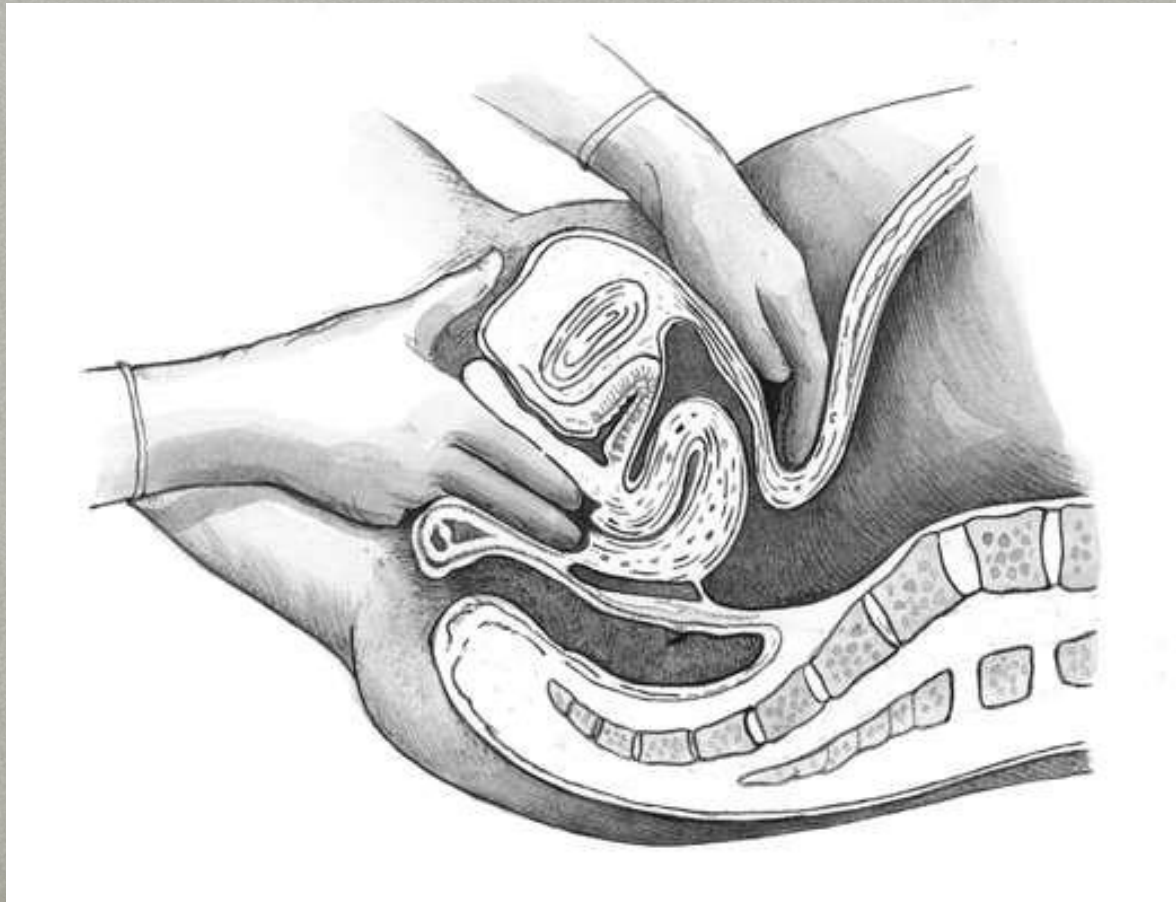
Форма наружного зева шейки матки  
нерожавшей (А) и рожавшей (Б)  
женщины

---



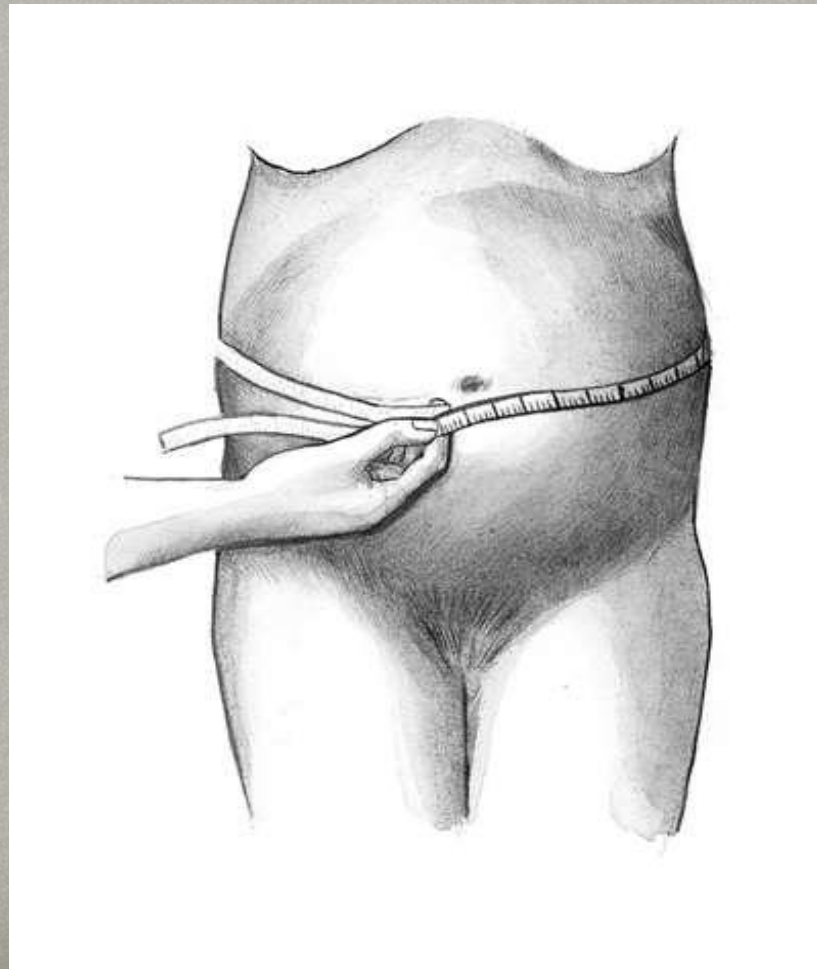


# Двуручное влагалищно- абдоминальное исследование



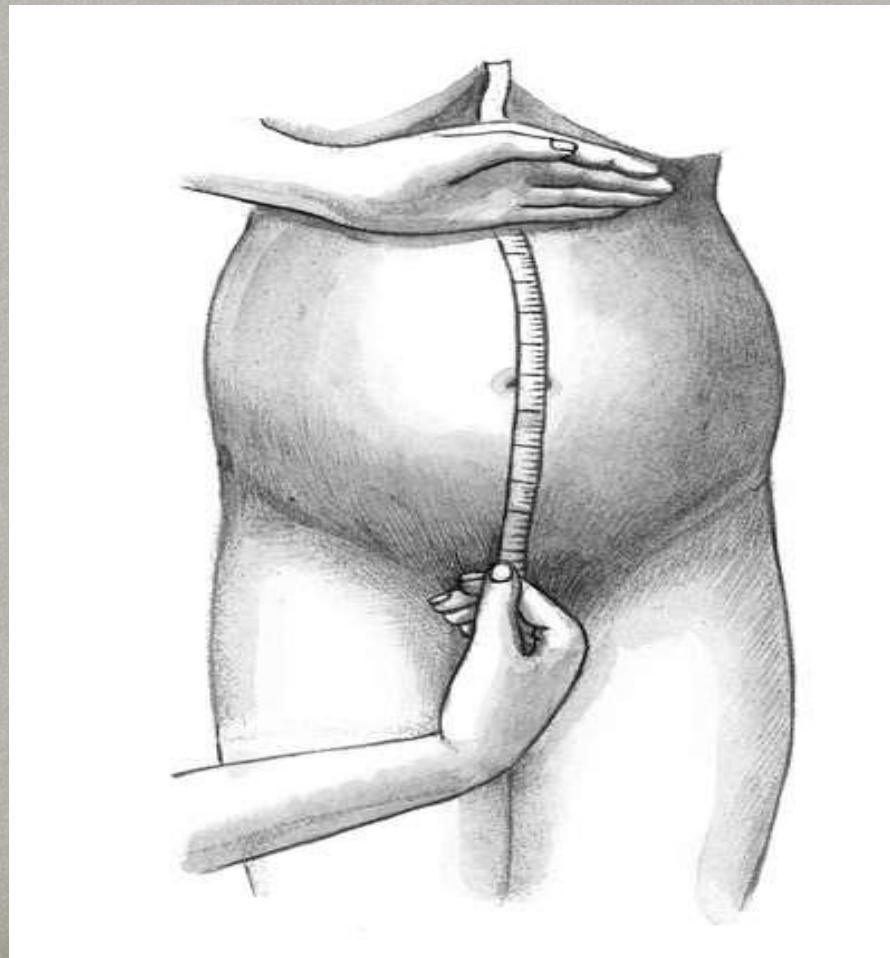


# Измерение окружности живота



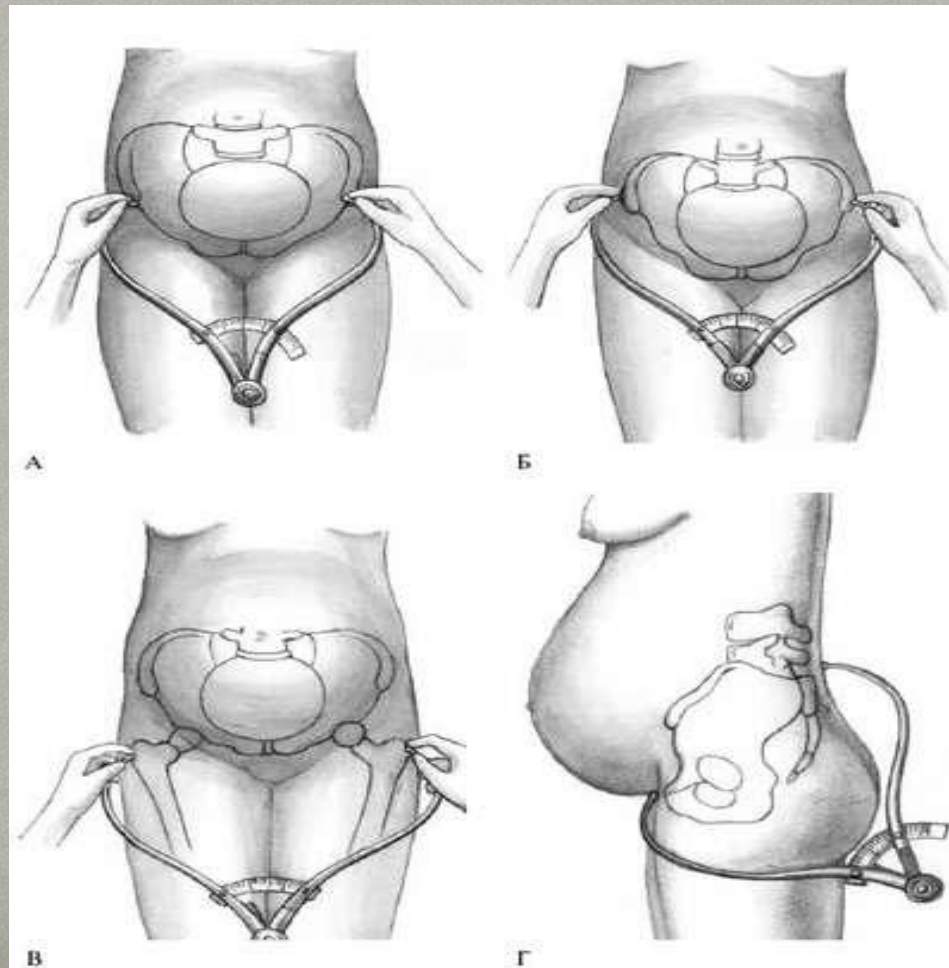


# Измерение высоты стояния дна матки





Измерение размеров таза. А - *Distantia spinarum*; Б - *Distantia cristarum*; В - *Distantia trochanterica*; Г - *Conjugata externa*





# Пальпация



Пальпация живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной наружная ее пальпация (13-15 нед.), можно определить тонус матки, величину плода, количество ОВ, предлежащую часть. Во второй половине беременности и в родах при пальпации определяют головку, спинку и мелкие части (конечности) плода. Чем больше срок беременности, тем ясней пальпация частей плода. Приемы наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого) – это последовательно проводимая пальпация матки, состоящая из ряда 12 13 62 определенных приемов. Обследуемая женщина находится в положении на спине. Врач сидит справа от нее лицом к ней



# Первый прием наружного акушерского исследования.



Первым приемом определяют высоту стояния дна матки, его форму и часть плода, располагающуюся в дне матки. Для этого акушер ладонные поверхности обеих рук располагает на матке таким образом, чтобы они охватывали ее дно.



# Второй прием наружного акушерского исследования.



Вторым приемом определяют положение плода в матке, позицию и вид плода. Акушер постепенно опускает руки со дна матки на правую и левую ее стороны и, осторожно надавливая ладонями и пальцами рук на боковые поверхности матки, определяет с одной стороны спинку плода по ее широкой поверхности, с другой – мелкие части плода (ручки, ножки). Этот прием позволяет определить тонус матки и ее возбудимость, прощупать круглые связки матки, их толщину, болезненность и расположение.



# Третий прием наружного акушерского исследования.



Третий прием служит для определения предлежащей части плода. Третьим приемом можно определить подвижность головки. Для этого одной рукой охватывают предлежащую часть и определяют, головка это или тазовый конец, симптом баллотирования головки плода.



# Четвертый прием наружного акушерского исследования.



Этот прием, являющийся дополнением и продолжением третьего, позволяет определить не только характер подлежащей части, но и местонахождение головки по отношению к входу в малый таз. Для выполнения этого приема акушер становится лицом к ногам обследуемой, кладет руки по обеим сторонам нижнего отдела матки таким образом, чтобы пальцы обеих рук как бы сходились друг с другом над плоскостью входа в малый таз, и пальпирует подлежащую часть. При исследовании в конце беременности и во время родов этим приемом определяют отношение подлежащей части к плоскостям таза.





Первый прием Леопольда



Второй прием Леопольда



Третий прием Леопольда



Четвертый прием Леопольда



# Сердечные тоны плода

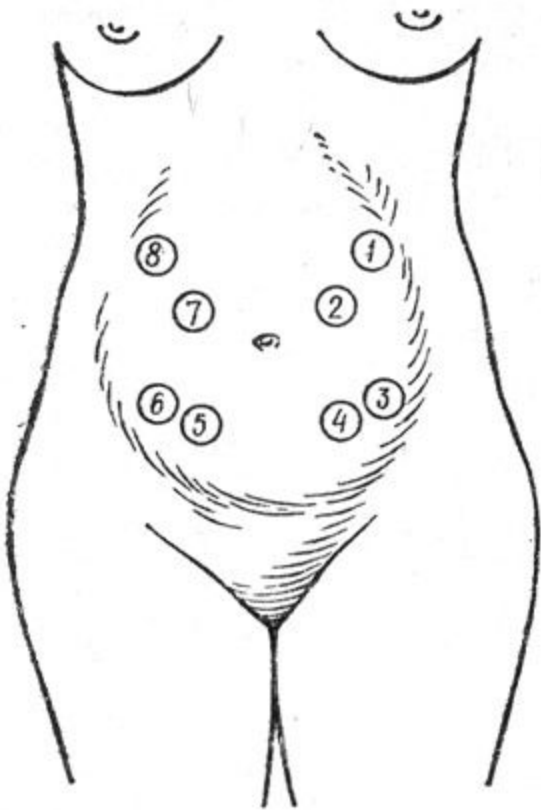


выслушивают акушерским стетоскопом, начиная со второй половины беременности, в виде ритмичных, ясных ударов, повторяющихся 110-150 раз в минуту. При головных предлежаниях сердцебиение лучше всего прослушивается ниже пупка. При тазовых предлежаниях – выше пупка



**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.





## М.С. Малиновский предложил следующие правила для выслушивания сердцебиения

плода:



- • при затылочном предлежании – вблизи головки ниже пупка на той стороне, куда обращена спинка, при задних видах – сбоку живота по передней подмышечной линии,
- • при лицевом предлежании – ниже пупка с той стороны, где находится грудка (при первой позиции – справа, при второй – слева),
- • при поперечном положении – около пупка, ближе к головке,
- • при предлежании тазовым концом – выше пупка, вблизи головки, на той стороне, куда обращена спинка плода. Изучение сердцебиения плода в динамике проводят с помощью кардиотокографии, УЗИ и доплерометрии.



# Внутреннее (влагалищное) исследование



Позволяет определить предлежащую часть, состояние родовых путей, наблюдать динамику раскрытия шейки матки во время родов, механизм вставления и продвижения предлежащей части. У рожениц влагалищное исследование производят при поступлении в родовспомогательное учреждение, и после излития околоплодных вод. В дальнейшем влагалищное исследование производят только по показаниям. Такой порядок позволяет своевременно выявить осложнения течения родов и оказать помощь. Влагалищное исследование беременных и рожениц является серьезным вмешательством, которое должны выполнять с соблюдением всех правил асептики и антисептики.



# Внутреннее исследование предполагает следующие последовательные шаги:

---

- 1. осмотр наружных половых органов: оволосение, развитие, отек вульвы, варикозное расширение вен, состояние преддверия влагалища
- 2. осмотр промежности: ее высота, ригидность, наличие рубцов
- 3. обследование влагалища: ширина просвета и длина, складчатость и растяжимость стенок влагалища, наличие рубцов, опухолей, перегородок и других патологических состояний. 64
- 4. находят шейку матки и определяют ее форму, величину, консистенцию, степень зрелости, укорочение, размягчение, расположение по продольной оси таза, проходимость зева для пальца
- 5. определяют предлежащую часть (ягодицы, головка, ножки), где они находятся (над входом в малый таз, во входе малым или большим сегментом, в полости, в выходе таза).
- 6. для уточнения размеров малого таза измеряют диагональную конъюгату (*conjugata diagonalis*) - расстояние между мысом (*promontorium*) и нижним краем симфиза (в норме не менее 13 см).