**Акушерские исследования. Методы обследования беременных и рожениц**

ПЛАН

I Введение

1Цель

II Основная часть

2 Опрос беременной женщины

3 Общее обследование

4 Специальное акушерское обследование

III Заключение

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

Общая часть:

Причины, заставившие женщину обратиться за медицинской помощью (жалобы)наследственность и перенесенные заболевания, условия труда и быта ,паспортные данные: фамилия, имя, отчество, возраст, место работы и профессия, место рождения и жительства.

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 срокалечения.Наследственные заболевания (туберкулез, сифилис, психические и онкологические заболевания, многоплодные беременности и др.) представляют интерес потому, что они могут оказать неблагоприятное влияние на развитие плода, как и интоксикации, в частности, алкоголизм и наркомания у родителей.

Специальная часть:

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.

Секреторная функция: характер выделений из влагалища, их количество, цвет, запах,

Менструальная функция ***:*** время появления и установления менструаций, тип и характер менструаций ,изменились ли менструации после начала половой жизни, родов, абортов; дата последней, нормальной менструации.

Перенесенные гинекологические заболевания *:* время возникновения, длительность заболевания, лечение и исход

Возраст и здоровье мужа ***.***

Генеративная (детородная функция) ***.*** Здесь 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 результат.

Течение настоящей беременности

- Общие заболевания, осложнения беременности (токсикозы, угроза прерывания и др.), дата первой явки в женскую консультацию и срок беременности, установленный при первом обращении -1триместр (до 12недель) .

- Общие заболевания и осложнения в течение беременности, прибавка в весе, цифры артериального давления, результаты анализов, дата первого шевеления плода-2 триместр (13-28 недель).

* Общая прибавка в весе за беременность, ее равномерность, результаты измерений артериального давления и анализы крови и мочи, заболевания и осложнения беременности3 триместр (29 – 40 недель)
* С целью выявления заболеваний важнейших органов и систем, которые могут осложнить течение беременности и родов. Беременность может вызвать обострение имеющихся заболеваний, декомпенсацию и т. д. Объективное исследование производят по общепринятым правилам, начиная с оценки общего состояния, измерения температуры, осмотра кожных покровов и видимых слизистых. Затем обследуют органы кровообращения, дыхания, пищеварения, мочевыделительную, нервную эндокринную системы.

Наружное акушерское исследование, внутреннее акушерское исследование и дополнительные методы исследования- это специальное акушерское обследование

Путем осмотра, измерения, пальпации и аускультации производят наружное акушерское исследование .

Особое внимание обращают на величину и форму живота, наличие рубцов беременности эластичность кожи. Осмотр позволяет выявить соответствие вида беременной ее возрасту. При этом обращают внимание на рост женщины, телосложение, состояние кожных покровов, подкожной клетчатки, молочных желез и сосков.

При осмотре обращают внимание на всю область таза , но особое значение придают пояснично-крестцовому ромбу . Исследование таза производят путем осмотра, пальпации и измерения его размеров.Строение и размеры таза оказывают решающее влияние на течение и исход родов. Нормальный таз является одним из главных условий правильного течения родов. Отклонения в строении таза, особенно уменьшение его размеров, затрудняют течение родов или представляют непреодолимые препятствия для них.

Очертания в области крестца, которые имеют контуры ромбовидной площади называют Ромбом Михаэлиса. Верхний угол ромба соответствует остистому отростку V поясничного позвонка, нижний - верхушке крестца , боковые углы - верхне-задним остям подвздошных костей. При нормальном тазе ромб соответствует форме квадрата. Его размеры: горизонтальная диагональ ромба равна 10-11 см, вертикальная - 11 см. При различных сужениях таза горизонтальная и вертикальная диагонали будут разного размера, в результате чего будет изменена форма ромба.На основании формы и размеров ромба можно оценить строение костного таза, обнаружить его сужение или деформацию, что имеет большое значение в ведении родов.

Измерения производят сантиметровой лентой при наружном акушерском исследовании (окружность лучезапястного сустава, размеры ромба Михаэлиса, окружность живота и высота дна матки над лоном) и акушерским циркулем с целью определения размеров таза и его формы.Сантиметровой лентой измеряют наибольшую окружность живота на уровне пупка (в конце беременности она равна 90-100 см) и высоту стояния дна матки - расстояние между верхним краем лонного сочленения и дном матки. В конце беременности высота стояния дна матки равна 32-34 см.

Измерение живота и высоты стояния дна матки над лоном позволяет акушеру определить срок беременности, предполагаемый вес плода, выявить нарушения жирового обмена, многоводие, многоплодие.

Измерение таза производят тазомером. Только некоторые размеры (выхода таза и дополнительные измерения) можно производить сантиметровой лентой.По наружным размерам большого таза можно судить о величине и форме малого таза. Обычно измеряют четыре размера таза - три поперечных и один прямой. Обследуемая находится в положении на спине, акушер сидит сбоку от нее и лицом к ней.

Расстояние между внутренними поверхностями седалищных бугров называется поперечным размером выхода таза. Измерение проводят специальным тазомером или сантиметровой лентой, которые прикладывают не непосредственно к седалищным буграм, а к тканям, покрывающим их; поэтому к полученным размерам 9-9,5 см необходимо прибавить 1,5-2 см. В норме поперечный размер равен 11 см. Он определяется в положении беременной на спине, ноги она максимально прижимает к животу.

Расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца (13 см) называют диагональная конъюгатой. Диагональную конъюгату определяют при влагалищном исследовании женщины, которое производят одной рукой.

Расстояние между серединой нижнего края лонного сочленения и верхушкой копчика называют прямым размером выхода таза. При обследовании беременная лежит на спине с разведенными и полусогнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами. Измерение проводят тазомером. Этот размер, равный 11 см, больше истинного на 1,5 см за счет толщины мягких тканей. Поэтому, надо из полученной цифры 11 см вычесть 1,5 см, получим прямой размер выхода из полости малого таза, который равен 9,5 см.

Расстояние между передневерхней и задневерхней остями подвздошных костей одной и той же стороны (14 см)называют боковыми размерами таза. Измеряют его тазомером. Боковые размеры должны быть симметричными и не менее 14 см. При боковой конъюгате 12,5 см роды невозможны.

Косые размеры таза приходится измерять при кососуженных тазах. Для выявления асимметрии таза измеряют следующие косые размеры: расстояние от передневерхней ости одной стороны до задневерхней ости другой стороны (21 см); от середины верхнего края симфиза до правой и левой задневерхних остей (17,5 см) и от надкрестовой ямки до правой и левой передневерхних остей (18 см). Косые размеры одной стороны сравнивают с соответствующими косыми размерами другой. При нормальном строении таза величина парных косых размеров одинакова. Разница, превышающая 1 см, указывает на асимметрию таза.

Угол между плоскостью входа в таз и плоскостью горизонта –это угол наклонения таза . В положении . Определяют с помощью специального прибора -°беременной стоя он равен 45-50 тазоугломера.

Чем больше срок беременности, тем ясней пальпация частей плода .Во второй половине беременности и в родах при пальпации определяют головку, спинку и мелкие части плода. Приемы наружного акушерского исследования – это последовательно проводимая пальпация матки, состоящая из ряда определенных приемов.

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.

Вторым приемом определяют положение плода в матке, позицию и вид плода. Акушер постепенно опускает руки со дна матки на правую и левую ее стороны ., 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 . Этот прием позволяет определить тонус матки и ее возбудимость, прощупать круглые связки матки, их толщину, болезненность и расположение.

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, являющийся дополнением и продолжением третьего, позволяет определить не только характер предлежащей 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 предлежащую часть. При исследовании в конце беременности и во время родов этим приемом определяют отношение предлежащей части к плоскостям таза.

О степени вставления головки большим или малым сегментом судят по данным пальпации. При четвертом наружном приеме пальцы продвигают вглубь и скользят ими по головке вверх. Если при этом кисти рук сходятся, головка стоит большим сегментом во входе в таз или опустилась глубже, если пальцы расходятся - головка находится во входе малым сегментом. Если головка в полости таза, она наружными приемами не определяется.

Во время родов важно выяснить, в какой плоскости таза головка находится своей наибольшей окружностью или большим сегментом. Большой сегмент головки – это наибольшая ее часть, которая проходит через вход в таз при данном предлежании. При затылочном предлежании головки граница большого ее сегмента будет проходить по линии малого косого размера, при передне-головном предлежании – по линии прямого ее размера, при лобном предлежании – по линии большого косого размера, при лицевом предлежании – по линии вертикального размера. Малым сегментом головки называют любую часть головки, расположенную ниже большого сегмента.

Сердечные тоны плода выслушивают стетоскопом, начиная со второй половины беременности, в виде ритмичных, ясных ударов, повторяющихся 120-160 раз в минуту. При головных предлежаниях сердцебиение лучше всего прослушивается ниже пупка. При тазовых предлежаниях – выше пупка. Изучение сердцебиения плода в динамике проводят с помощью мониторинга и УЗИ.Были установлены следующие правила для выслушивания сердцебиения плодаМ.С. Малиновским:

1)при затылочном предлежании – вблизи головки ниже пупка на той стороне, куда обращена спинка, при задних видах – сбоку живота по передней подмышечной линии,

2)при лицевом предлежании – ниже пупка с той стороны, где находится грудка (при первой позиции – справа, при второй – слева),

3) при поперечном положении – около пупка, ближе к головке,

4)при предлежании тазовым концом – выше пупка, вблизи головки, на той стороне, куда обращена спинка плода.

Одной рукой выполняют внутреннее акушерское исследование (двумя пальцами, указательным и средним, четырьмя – полурукой, всей рукой).

Предлежащую часть, состояние родовых путей, наблюдать динамику раскрытия шейки матки во время родов, механизм вставления и продвижения предлежащей части и др позволяет определить внутреннее исследование . Влагалищное исследование беременных и рожениц является серьезным вмешательством, которое должны выполнять с соблюдением всех правил асептики и антисептики. 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.

Начинают с осмотра наружных половых органов, промежности и преддверья влагалища. Во влагалище вводят фаланги среднего и указательного пальцев и производят его обследование.Далее находят шейку матки и определяют ее форму, консистенцию , величину, степень зрелости, укорочение, размягчение, расположение по продольной оси таза, проходимость зева для пальца. 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).

У рожениц при влагалищном исследовании выясняют состояние плодного пузыря (целостность, нарушение целостности, степень напряжения, количество передних вод). При исследовании в родах определяют степень сглаженности шейки (сохранена, укорочена, сглажена), степень раскрытия зева в сантиметрах, состояние краев зева (мягкие или плотные, толстые или тонкие). Затем выводят из влагалища пальцы, обмывают их. Ассистент измеряет на руке отмеченное расстояние сантиметровой лентой или тазомером. Опознавательными пунктами на головке являются швы, роднички, на тазовом конце - крестец и копчик. Пальпация внутренней поверхности стенок таза позволяет выявить деформацию его костей, экзостозы и судить о емкости таза. В конце исследования, если предлежащая часть стоит высоко, измеряют диагональную конъюгату (conjugata diagonalis), расстояние между мысом (promontorium) и нижним краем симфиза (в норме – 13см). Для этого пальцами, введенными во влагалище, стараются достичь мыса и концом среднего пальца касаются его, указательный палец свободной руки подводят под нижний край симфиза и отмечают на руке то место, которое непосредственно соприкасается с нижним краем лонной дуги.

Окружность, которой головка будет проходить через полость малого таза, соответствует прямому ее размеру при первой степени разгибания головки. Эта окружность является большим сегментом .

Наибольшей окружности головки соответствует большой косой размер при второй степени разгибания. Эта окружность является большим сегментом головки при лобном ее вставлении.

Нижний полюс головки определяется на 3-4 см выше или на ее уровне, крестцовая впадина свободна на 2/3 -головка малым сегментом во входе в малый таз. Задняя поверхность лобкового симфиза пальпируется в нижнем и среднем отделах.

Наибольшей является окружность, соответствующая "вертикальному" размеру при третьей степени разгибания головки. Эта окружность соответствует большому сегменту головки при лицевом ее вставлении.

Нижний полюс головки на 4-6 см ниже седалищные ости не определяются, почти вся крестцовая впадина выполнена головкой-головка в полости малого таза. Задняя поверхность лобкового симфиза пальпации не доступна.

Головка выполняет всю крестцовую впадину, включая и область копчика, прощупываются лишь мягкие ткани -головка на тазовом дне; внутренние поверхности костных опознавательных пунктов труднодоступны для исследования.

Пальпации доступна вся передняя поверхность крестца и задняя поверхность лобкового симфиза. Лежит возможность определения отношения нижнего полюса головки в основе определения высоты стояния головки при влагалищном исследовании .При осторожном надавливании пальцем вверх головка отодвигается и вновь возвращается в первоначальное положение.