

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ОТДЕЛ ПО КООРДИНАЦИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

Организация антенатального ухода за беременными в условиях СВП.

Учебно-методическое пособие

Ташкент – 2010

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

	<p>« Утверждаю» Начальник Главного Управления науки и учебных заведений МЗ РУз</p> <p>_____ Атаханов Ш.Э. « » _____ 2010г.</p>
--	--

**Организация антенатального ухода за
беременными в условиях СВП.**

Учебно-методическое пособие

Ташкент – 2010

Составители:

- Аюпова Ф.М.** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного и медико-профилактического факультетов ТМА
- Бекбаулиева Г.Н.** – д.м.н., старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии ТМА
- Нигматова Г.М.** – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ТМА
- Аюпова Д.А.** – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ТМА

Рецензенты:

Магзумова Н.М. - д.м.н., кафедры акушерства и гинекологии ВОП
ТМА

Купцова Л.Ю. – к.м.н. доцент кафедры организации, экономики и управления здравоохранением ТашИУВ

Утверждено на заседании ЦМК по акушерству, гинекологии и педиатрии от 2010 г., протокол № 1

Председатель ЦМК _____ д.м.н., профессор Каримов М.Ю.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого Совета ТМА _____ 2010 г., протокол №

Ученый секретарь _____ Рахимбаева Г.С.

Данные методические рекомендации предназначены для студентов, магистров, обучающихся акушерству и гинекологии и ВОП.

Место проведения занятия

- центр практических навыков кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического и лечебного факультета;
- модуль СВП

Оснащение:

- муляж органов малого таза, женский таз, тазомер, сантиметровая лента, стетоскоп.
- стандартные модели беременности;
- муляж «ЗОЕ», кукла плода;
- видеодвойка, ТВ;
- комплект видео и кинофильмов с демонстрацией типичных акушерских манипуляций;
- персональный компьютер (Pentium-III-IV);
- снимки УЗИ матки в различные сроки беременности

Методы работы в малых группах:

- метод инцидента, «круглого стола», разрешения проблем, «ручка на середине стола», «пчелиный рой» и др.
- деловые игры и ситуационные задачи

Пошаговые инструкции проведения исследований:

- общий осмотр беременной, измерение окружности живота, высота дна матки, размеров плода и таза, приемы наружного акушерского исследования, аускультация, двуручное брюшно-стеночное влагалищное исследование
- обучение и контроль практическим навыкам по системе ОСКЭ (объективный структурированный клинический экзамен).

Продолжительность изучения темы

Количество часов – 5

Цель занятия

- обучить знаниям, навыкам антенатального ухода за беременными в условиях СВП;
- продемонстрировать и обучить специальным методам исследования (осмотр, измерение окружности живота, высота дна матки, размеров плода и таза, приемы наружного акушерского исследования, аускультация, двуручное брюшно-стеночное влагалищное исследование);
- дать понятие об оценке состояния плода;
- ознакомление с системой опроса с учётом акушерского анамнеза;
- ознакомление со специальными и дополнительными методами исследования;
- сформировать понятие о физио-психопрофилактической подготовке беременных к родам на основе знаний физиологических изменений в организме беременных;

- ознакомить и обучить определению беременности на ранних и поздних сроках беременности;

Задачи

Студент должен знать:

- Важность дородового ухода, цели дородового ухода
- Основные принципы дородового ухода, основанные на наилучших доказательствах
- Какие анализы нужно проводить в процессе дородового ухода
- Новый график посещений поликлиники беременной женщины
- Рекомендуемые процедуры планового осмотра беременной
- О скрининге на выявление пороков развития плода
- о роли дородового наблюдения в профилактике акушерских осложнений.

Студент должен уметь:

Диагностировать беременность. Проводить плановый осмотр беременной. Проводить мониторинг роста плода, подсчет шевелений плода. Составлять гравидограмму. Давать рекомендации по питанию и уходу за беременной, профилактический прием фолатов, железа и йода.

Подготовить беременную к партнерским родам, проводить наружный осмотр беременной матки методом Леопольда-Левицкого, наружных половых органов, аускультацию сердцебиения плода, пальпировать части плода, определять приблизительную массу плода.

Структура и задачи СВП

Во исполнение Указа Президента Республики Узбекистан от 19 сентября 2007 года №УП – 3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения» и Постановления Кабинета Министров «По совершенствованию организационной структуры и деятельности территориальных учреждений здравоохранения» и в целях дальнейшего совершенствования организационной структуры СВПов, повышения эффективности и качества медицинской помощи населению, проживающему в сельской местности издан приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 80 от 23 марта 2009 г. «О совершенствовании организации деятельности сельских врачебных пунктов».

СВП является лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи сельскому населению соответствующей территории. В зависимости от количества обслуживаемого населения СВП может быть:

- первого типа – до 1500 человек;
- второго типа – от 1500 до 3500 человек;
- третьего типа – от 3500 до 6000 человек;
- четвертого типа – от 6000 до 10 000 человек.

Основными задачами СВП, обеспечивающего ухода за беременными и родильницами являются:

- Оказание квалифицированного антенатального ухода беременным женщинам прикрепленной территории;
- Обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, осуществление раннего охвата беременных диспансерным наблюдением, при необходимости направление их на консультацию узким специалистам РМО, проведение лечебно-профилактических мероприятий, своевременная госпитализация беременных с ЭГЗ и акушерской патологией в отделение патологии беременных.
- Внедрение в практику работы передовых форм и методов антенатальной помощи, современных методов лечения и профилактики патологической беременности.
- Обеспечение женщин правовой защитой в соответствии с законодательством об охране материнства и детства.

В проведении приема и лечении беременных врачу помогает акушерка. Ведется запись по форме 111/у, 039/у и 039 – 1/у. В проведении профилактической работы с женщинами врачу помогает патронажная медсестра.

Помощь на дому беременным оказывает врач общей практики или акушерка в день вызова. После посещения женщины вносится соответствующая запись в первичную медицинскую документацию, а также на руку беременной выдается домашняя карта беременных.

Беременность представляет собой физиологическое состояние, предъявляющее особые требования к женскому здоровью. Между тем социальные, психологические и физические проблемы, переживаемые беременной женщиной, часто являются для нее очень существенными, что должно приниматься во внимание медработниками.

В идеале, пары, планирующие беременность должны пройти обследование за 6 месяцев до планируемого зачатия. Необходимо включить в их диету фолиевой кислоты (400 мг/сут) за несколько недель до зачатия и до 20 недель беременности, которая снижает частоту развития дефектов нервной трубки у плода, при этом сочетанное применение мультивитаминов с этой целью не дает какого-либо дополнительного профилактического эффекта. Прием препаратов йода в регионах со сниженным количеством этого минерала в окружающей среде способствует снижению частоты рождения новорожденных с врожденным гипотиреозом, улучшению психомоторного развития детей.

Цель дородового ухода - помочь женщине оставаться здоровой и тем самым сохранить здоровье будущего ребенка. Дородовой уход также включает помощь и поддержку, оказываемые беременной женщине и ее партнеру или семье, в частности помощь в освоении родительских ролей. Это

означает, что медицинские работники должны не только обеспечивать уход, но и информировать и обучать беременную женщину и ее партнера или членов семьи.

Задачи обучения студентов:

- Понять важность дородового ухода.
- Понять цели дородового ухода.
- Узнать основные принципы дородового ухода, основанные на наилучших доказательствах.
- Быть в состоянии объяснить важность посещения женской консультации до зачатия и в дородовом периоде.
- Знать, какие анализы нужно проводить в процессе дородового ухода.
- Описать подход, ориентированный на проблему, как альтернативу традиционному плановому оцениванию риска, и объяснить его преимущества.
- Быть в состоянии расставить приоритеты относительно ухода в критических ситуациях с привлечением женщины и/или ее семьи к участию в принятии решения.

Психологические аспекты общения и консультирования.

Одной из наиболее распространенных проблем, встающих в момент привлечения беременной к принятию информированного решения, является недостаточное владение медицинскими работниками навыками качественного общения и консультирования. Основа качественного антенатального ухода зависит, главным образом, от информированности самой женщины, мужа, членов семьи. Поэтому, главная роль уделяется обученному персоналу, который умело, формирует и предоставляет информацию, позволяя женщине осознанный выбор.

Установка контакта:

Медицинский персонал с первого же визита одобряет участие супруга и близких родственников в процессе антенатального ухода.

В кабинете врача:

- Встает, встречает и здоровается с беременной женщиной, вошедший в кабинет, в соответствии с местными особенностями выражает свое почтение улыбкой и соответствующей мимикой
- Если медработник и беременная женщина незнакомы, медработнику следует представиться, при этом назвать свою фамилию, имя, должность и обязанности
- Сопровождает беременную к месту, где они могут расположиться
- Присаживается рядом (на расстоянии 0,5-1,2 метра) слева от беременной
- Во время общения более 2/3 времени беседы смотрит на лицо беременной женщины

- При беседе не держит в руках каких-либо предметов и инструментов
- Встает со своего места, если беременная встает

В помещении ожидания приема:

- Здоровается с беременной, в соответствии с местными особенностями выражает свое почтение улыбкой и соответствующей мимикой, подходит на расстоянии 0,5-1,5 метра.
- Встает слева, если беременная продолжает сидеть, или присаживается рядом с ней, если есть место.

Дома у беременной:

- Стучится в дверь, здоровается, представляется, информирует о цели визита и заходит в дом после приглашения
- Если дверь открыта, или нет звонка, произнося имя беременной, стучится, входит в квартиру или во двор. Здоровается, представляется и знакомит с целью визита
- Придерживаясь местных правил уважительного общения, разговаривает на «Вы» со всеми членами семьи (любого возраста).

Ведение беседы:

Сбор информации (слушать и узнавать):

- Во время беседы более 2/3 времени общения смотрит в лицо беременной, остальное время внимательно её осматривает, делает быструю оценку физического и психологического статуса
- Во время беседы своей мимикой и жестами показывает свое внимание и почтение, внимательно слушая её
- Во время беседы в основном задает «открытые вопросы», изредка чередуя с «конкретными вопросами», только при острой необходимости пользуется «закрытыми вопросами» («открытые вопросы» - это вопросы, на которые невозможно ответить «ДА» или «НЕТ»)
- Во время беседы при построении вопроса использует слова и выражения беременной
- Во время беседы показывает, что понятны чувства беременной
- Во время беседы избегает употребления оценивающих и категоричных слов
- Интересуется социальным статусом и бытом, выражает заинтересованность, предлагая возможную помощь или совет, при этом соблюдая этические нормы и условия конфиденциальности
- В течение беседы определяет уровень информированности и планирует порядок предоставления необходимой информации, организации встреч с группой поддержки и определяет в соответствующие группу для прохождения занятий
- Во время беседы обеспечивает условия конфиденциальности
- Соблюдает все этические нормы и права беременной

Консультация (рекомендация и инструкции):

- Во время консультации формирует чувство уверенности в благоприятном исходе беременности, при необходимости оказывает поддержку, поощряя старание и инициативу
- Резко не отрицает мнение беременной и ищет удобного момента, чтобы исправить её представление
- Ищет положительные моменты в любых, даже в отрицательных действиях, и использует их для исправления ошибочных мнений или поступков
- Выявляет и поощряет все правильные действия беременной
- Оказывает практическую помощь, следя за тем, чтобы беременная чувствовала себя комфортно (помогает удобно присесть, привставать, прилечь, что-то подать или взять, при обращении с одеждой и т.д.)
- Во время информирования определенного мнения у беременной предоставляет необходимую информацию
- Дает рекомендации, избегая при этом командного, поучительного или приказного тона

Проведение осмотров и процедур:

- При проведении процедур и осмотра обеспечивает условия конфиденциальности (тишина, отсутствие посторонних лиц, исключение неожиданных посетителей)
- Осмотр и процедуры проводит только после предварительного разъяснения техники осмотра и процедур, их цели, сопровождая свои действия комментариями
- Принимает во внимание и удовлетворяет желание беременной проводить осмотр или процедуры в присутствии близких людей, поощряет их участие в проведении этих мероприятий
- Все действия проводит в условиях дружелюбной обстановки

ВЕДЕНИЕ И ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

Аntenатальный уход обеспечивается выявлением беременных в ранних сроках (до 12 недель) и постановкой их на диспансерный учет, количеством посещений и проведенных профилактических мероприятий.

ВОП обеспечивает минимум 7 плановых родовых посещений для консультирования и обследования каждой беременной женщины при физиологическом течении беременности в сроках: до 12 нед., в 16 нед., в 24 нед., в 30 нед., в 34 нед., в 36 недель и в 38-40 недель беременности.

При первом визите будет произведено:

- регистрация
- сбор анамнеза

- оценка состояния женщины и плода: измеряет АД, пульс, частоту дыхания, температуру тела, определяет предполагаемый срок родов, определяет индекс массы тела (ИМТ). Осмотр ног, чтобы диагностировать возможное варикозное расширение вен.
- направляет на проведение лабораторных тестов: определение группы крови, резус фактора, гемоглобина, тест на сифилис, после информированного согласия женщины добровольное тестирование на ВИЧ, анализ кала на определение паразитов
- определение протоколов ведения нормальной и осложненной беременности
- информирует о физиологическом течении беременности и выдает женщине ДКБ, проинструктировав о правилах ее заполнения
- Определяет беременности:
 - на фоне недостаточной социальной и психологической поддержки,
 - ведения беременных моложе 18 и старше 40 лет,
 - ведения беременных с анемией,
 - ведения ВИЧ инфицированных беременных.

При каждом плановом посещении ВОП:

- выслушивает имеющиеся у женщины вопросы и проблемы, дает соответствующие рекомендации или направляет для их получения к другому специалисту
- оценивает общее физическое и психологическое состояние беременных
- анализирует данные анализа средней порции мочи на содержания белка, если в порции присутствует белок, рекомендует дальнейшее обследование и подтверждение результатов
- измеряет АД женщине
- Осмотр ног: во время каждого посещения женской консультации нужно осматривать ноги и ступни пациентки, чтобы диагностировать возможное варикозное расширение вен. Отеки (кроме массивных отеков или стремительно развивающегося отека лица или поясницы) не должны считаться индикаторами патологического состояния, поскольку они наблюдаются у 50 - 80% беременных.
- оценивает гемоглобин в 30 недель
- выясняет, принимает ли беременная препараты железа. Рекомендует избегать применения таблеток железа с чаем или кофе
- проводит клиническое обследование. Перед обследованием необходимо убедиться, что мочевого пузыря пуст
- измеряет высоту стояния дна матки, данные наносит гравидограмму. Если ВДМ не соответствует сроку беременности (находится за пределами допустимых отклонений), через 2 недели необходимо измерить дно повторно. Если рост матки в динамике недостаточный, женщину необходимо направить на дальнейшее обследование
- выслушивает сердцебиение плода. Если сердцебиение не выслушивается направляет женщину на дальнейшее обследование

- информирует беременную женщину о рациональном питании, преимуществах здорового образа жизни, физиологических изменениях во время беременности
- обсуждает план родов: предполагаемое место родов, лица, которые будут оказывать поддержку во время родов, меры транспортировки при необходимости направления в следующий уровень, дает соответствующие советы по подготовке к родам
- обучает женщину ведению точных записей в ДКБ
- изучение всех записей, включая анкеты и записи в ДКБ.

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ДОМАШНЕЙ КАРТЫ БЕРЕМЕННОЙ (ДКБ)

ДКБ включается следующая информация:

- персональные детали о женщине, имя, адрес, семейное положение, наличие ближайших родственников
- настоящее состояние здоровья
- настоящая беременность
- период между беременностями
- методы контрацепции, используемые между беременностями
- графическая информация об изменении высоты стояния дна матки (гравидограмма)
- опасные признаки, при которых женщина незамедлительно должна обращаться за помощью:
 - Влагалищное кровотечение, более обильное, чем выделения при латентной фазе родов или кровомазание
 - Изменение характера шевелений плода
 - Сильная головная боль
 - Туманное зрение, озноб
 - Лихорадка или озноб
 - Боль при мочеиспускании
 - Постоянное сокращение матки
 - Уменьшение мочеиспускания (менее 400 мл в сутки)

В процессе использования ДКБ

- обучает женщину и членов семьи правильному заполнению ДКБ
- При каждом посещении знакомится с содержанием ДКБ и дает соответствующую информацию
- Информировывает женщину о важности все время иметь ДКБ при себе.

Перечень обязательных обследований беременной женщины с физиологическим течением беременности

№	Исследования	Визиты в сроках беременности						
		12 нед	16 нед	24 нед	30 нед	34 нед	36 нед	38-40 нед

1	Клинический осмотр							
2	Определение гестационного возраста							
3	Акушерское обследование (измерение ВДМ, аускультация сердцебиение плода)							
4	Гинекологический осмотр							
5	Измерение АД							
6	Измерение веса и роста							
7	Определение ИМТ							
8	Определение группы крови и резус фактора							
9	Определение гемоглобина и гематокрита							
10	Анализ мочи							
11	Скрининг на сифилис							
12	Скрининг на гонорею							
13	Скрининг на ВИЧ							
14	Скрининг на гепатит							
15	УЗИ							
16	Скрининг альфафетопротеин							
17	Наружное акушерское обследование							

Методы обследования беременных. Диагностика ранних и поздних сроков беременности.

Предположительные (сомнительные) признаки беременности. К этим признакам относятся различного рода субъективные ощущения.

- тошнота, рвота, особенно по утрам, изменение аппетита (отвращение к мясу, рыбе и др.).
- изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.).
- нарушения функции нервной системы: недомогание, раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения, головокружение и др.
- пигментация кожи на лице, по белой линии живота, в области сосков, появление полос беременности, учащение мочеиспускания.

Увеличение объема живота, ощущение нагрубания молочных желез.

Вероятные признаки беременности. К данной группе относят объективные признаки, определяемые в половых органах, молочных железах, положительные биологические иммунологические тесты на беременность:

- прекращение менструаций у здоровой женщины репродуктивного возраста
- увеличение молочных желез, их напряженность, появление молозива из открывающихся на соске молочных ходов при надавливании на молочные железы (у первобеременных)
- синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки
- изменение величины, формы и консистенции матки

Вероятные признаки беременности выявляют следующим образом:

- а) путем пальпации молочных желез и выдавливания молозива;
- б) при осмотре наружных половых органов и слизистой оболочки входа во влагалище;
- в) при исследовании с помощью зеркал;
- г) путем влагалищного и двуручного влагалищно-абдоминального исследования.

Осмотр наружных половых органов производят в стерильных резиновых перчатках на гинекологическом кресле или кушетке; женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены. Наружные половые органы обрабатывают одним из антисептических растворов. Большие и малые половые губы разводят II и I пальцами левой руки и осматривают слизистую оболочку входа во влагалище.

Исследования с помощью зеркал.

После осмотра наружных половых органов и слизистой оболочки входа во влагалище приступают к исследованию с помощью влагалищных зеркал. Данный метод исследования позволяет выявить цианоз шейки матки и слизистой оболочки влагалища, а также заболевания шейки матки и влагалища. Можно пользоваться створчатыми и ложкообразными зеркалами. Створчатое зеркало вводят до свода влагалища в сомкнутом виде, затем створки раскрывают, и шейка матки становится доступной для осмотра. Стенки влагалища осматривают при постепенном выведении зеркала из влагалища. После осмотра шейки матки и стенок влагалища зеркала извлекают и приступают к влагалищному исследованию.

Влагалищное (пальцевое) исследование беременной. Пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы; пальцы правой руки (II и III) вводят во влагалище, I палец отводится кверху, IV и V — прижаты к ладони, упираясь в промежность. Исследуется состояние мышц тазового дна, стенок влагалища (складчатость, растяжимость, разрыхление), сводов влагалища, шейки матки (длина, форма, консистенция) и наружного зева шейки матки (закрит, открыт, форма круглая или щелевидная).

Двуручное (бимануальное) исследование беременной.

После пальпации шейки матки приступают к двуручному исследованию. Пальцами левой руки бережно надавливают на брюшную стенку по направлению к полости малого таза навстречу пальцам правой руки, находящимся в переднем своде влагалища. Сближая пальцы обеих исследующих рук, пальпируют тело матки и определяют ее положение, форму, величину и консистенцию, после чего приступают к исследованию маточных труб и яичников. Для этого пальцы обеих рук постепенно перемещают от угла матки к боковым стенкам таза. Для определения вместимости и формы таза исследуют внутреннюю поверхность костей таза, крестцовой впадины, боковых стенок таза и симфиза.

Из признаков, указывающих на изменение формы и консистенции матки в связи с беременностью, важнейшими являются следующие:

1. Увеличение матки. Определяется, начиная с 5—6-й недели беременности: матка увеличивается в переднезаднем размере (становится шарообразной), позднее — и в поперечном размере. К концу 2-го месяца беременности размеры матки соответствуют размерам гусиного яйца, в конце 3-го — дно матки находится на уровне или несколько выше симфиза.

2. Симптом Горвица — Гегара. Беременная матка при исследовании мягкая, размягчение особенно выражено в области перешейка. Пальцы обеих рук при двуручном исследовании соприкасаются в области перешейка почти без сопротивления. Признак характерен для ранних сроков беременности и четко определяется через 6—8 нед от начала последней менструации.

3. Признак Снегирева. Для беременной матки характерна изменчивость консистенции. Мягкая беременная матка под влиянием механического раздражения во время двуручного исследования уплотняется и сокращается. После прекращения раздражения матка вновь приобретает мягкую консистенцию.

4. Признак Пискачека. Для ранних сроков беременности характерна асимметрия матки, обусловленная куполообразным выпячиванием правого или левого ее угла, что соответствует месту имплантации плодного яйца. По мере роста плодного яйца эта асимметрия постепенно исчезает.

5. Признак Губарева и Гауса. Указывает на легкую подвижность шейки матки в ранние сроки беременности, что связано со значительным размягчением перешейка.

6. Признак Гентера. Вследствие размягчения перешейка в ранние сроки беременности возникают перегиб матки кпереди и гребневидное утолщение на передней поверхности матки по средней линии. Однако это утолщение определяется не всегда.

Достоверные, или несомненные, признаки беременности — это признаки, появляющиеся во второй половине беременности и свидетельствующие о наличии плода в полости матки.

1. Пальпирующиеся части плода. Во второй половине беременности при пальпации живота определяются головка, спинка и мелкие части (конечности) плода; чем больше срок беременности, тем лучше прощупываются части плода.

2. Ясно слышимые сердечные тоны плода. С помощью акушерского стетоскопа сердечные тоны плода выслушиваются с начала второй половине беременности в виде ритмичных ударов, повторяющихся 120—140 раз в минуту. Иногда удаётся уловить сердцебиение плода с 18—19 нед беременности. Регистрация сердечных сокращений плода возможна и в более ранние сроки с помощью эхокардиографии (через 48 дней после первого дня последней менструации) и эхографии (с 5—6 нед беременности).

3. Движения плода, ощущаемые врачом при обследовании беременной. Движения плода обычно определяются во второй половине беременности (сами беременные ощущают движение плода — первородящие с 20-й недели, а повторнородящие с 18-ой недели, но эти ощущения к достоверным признакам беременности не относятся, так как они могут быть

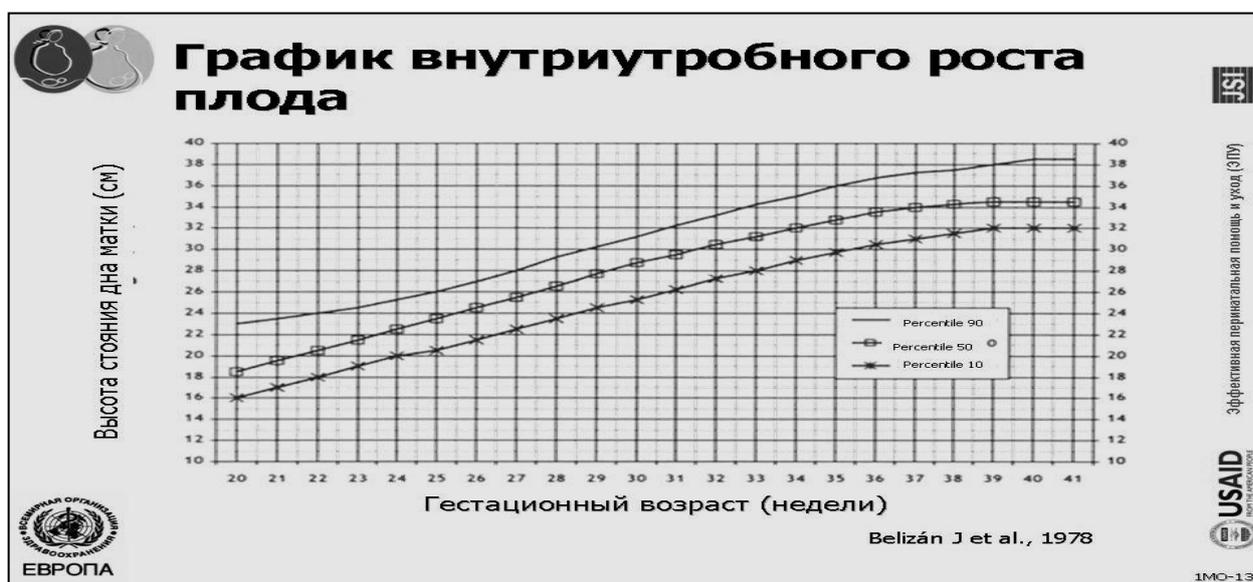
ошибочными – женщина может принять за движения плода перистальтику кишечника).

4. Наиболее достоверную информацию при диагностике беременности получают при ультразвуковом исследовании (УЗИ). При трансабдоминальном сканировании наличие беременности можно установить с 4-5 нед, а при трансвагинальной эхографии - на 1-1,5 нед. раньше. В ранние сроки диагноз беременности устанавливают на основании определения в полости матки плодного яйца, желточного мешка, эмбриона и его сердечных сокращений, в более поздние сроки - благодаря визуализации плода (или плодов при многоплодной беременности).

Распознавание беременности требует всестороннего обследования пациентки: лишь тщательно собрав анамнез, выслушав субъективные жалобы, произведя осмотр и пальпацию живота, молочных желез, исследование наружных и внутренних половых органов, врач может на основании всей суммы предположительных и вероятных признаков поставить диагноз беременности. Кроме того, в сомнительных случаях наличия беременности уточняют при УЗИ (достоверный признак).

Измерение. При обследовании беременной, помимо определения ее роста, строения таза (его размеров и формы), необходимо измерять окружность живота и высоту стояния дна матки. При этом пользуются сантиметровой лентой. Измерение высоты стояния дна матки при помощи сантиметровой ленты и отметки его динамики на гравидограмме – это простой и дешевый метод наблюдения за плодом в дородовом уходе. Этот метод позволяет определить слишком маленький или слишком большой для гестационного возраста плод, однако не всегда указывает на патологию.

Измерение живота. Определяют сантиметровой лентой наибольшую его окружность на уровне пупка (в конце беременности она обычно равна 90—100 см). Затем измеряют высоту стояния дна матки над лонным сочленением. В последние 2—3 нед. беременности эта высота равна 36—37 см, а к началу родов, когда дно матки опускается, — 34—35 см.



Пальпация живота является одним из основных методов акушерского исследования. Он производится и в положении беременной на спине с ногами, согнутыми на тазобедренных и коленных суставах. Этим устраняется напряжение брюшной стенки и облегчается прощупывание органов брюшной полости, особенно матки и расположенного в ней плода. Врач садится справа от беременной лицом к ней.

Пальпацию живота начинают с определения состояния и эластичности брюшной стенки, состояния прямых мышц живота (нет ли их расхождения, грыжевых выпячиваний и пр.). Анатомическое и особенно функциональное состояние брюшной стенки играет большую роль в нормальном течении родов.

Затем переходят к определению величины матки, ее функциональной: состояния (тонус, напряжение при исследовании и пр.) и положения плода в полости матки.

Выяснение положения плода в полости матки имеет исключительное значение для ведения беременности и родов. При исследовании беременных и рожениц определяют членорасположение, положение, позицию, вид, предлежание плода.

Членорасположение плода (*habitus*) — отношение его конечностей к головке и туловищу. При типичном нормальном членорасположении туловище согнуто, головка наклонена к грудной клетке, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и прижаты к животу, ручки скрещены на грудной клетке. При нормальном сгибательном типе членорасположения плод имеет форму овоида, длина которого при доношенной беременности равна в среднем 25—26 см. Широкая часть овоида (тазовый конец плода) располагается в дне матки, узкая часть (затылок) обращена ко входу в малый таз. Движения плода приводят к кратковременному изменению положения конечностей, но не нарушают характерного членорасположения. Нарушение типичного членорасположения (разгибание головки др.) встречается в 1—2 % родов и затрудняет их течение.

Положение плода (*citus*) — отношение продольной оси плода к продольной оси (длиннику) матки.

Различают следующие положения:

продольное (*citus longitudinalis*) — продольная ось плода и продольная ось матки совпадают, ось плода — линия, проходящая от затылка до ягодиц;

поперечное (*citus transverses*) — продольная ось плода пересекает продольную ось матки под прямым углом;

А косое (*citus obliquus*) — продольная ось плода образует с продольной осью матки острый угол.

Продольное положение плода является нормальным, оно бывает в 99,5% всех родов. Поперечное и косое положения патологические, встречаются в 0,5 % родов. При поперечном и косом положениях возникают непреодолимые препятствия для рождения плода.

Позиция плода (positio) — отношение спинки, плода к правой или левой стороне матки. Различают две позиции: первую и вторую. При первой позиции спинка плода обращена к левой стороны матки, при второй - к правой. Первая позиция встречается чаще, чем вторая. Что объясняется поворотом матки левой стороной кпереди. Спинка плода не всегда обращена вправо или влево, она обычно несколько повернута кпереди или кзади, поэтому различают вид позиции.

Вид позиции (visus) - отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, говорят о переднем виде позиции, если кзади - о заднем виде.

Предлежание плода (praesentatio) - отношение крупной части плода (головки или ягодиц) ко входу в малый таз. Если над входом в таз матери находится головка плода - предлежание головное, если тазовый конец - предлежание тазовое. Головное предлежание встречается 96 % родов, тазовое - в 3,5 %. При поперечных и косых положениях плода позиция определяется не по спинке, а по головке: головка слева - первая позиция, справа - вторая позиция.

Предлежащей частью (pars praevia) называется та часть плода, которая расположена у входа в малый таз и первой проходит через родовой путь.

При головном предлежании ко входу в малый таз могут быть обращены затылок (затылочное предлежание), темя (переднелобное), лоб (лобное), личико (лицевое предлежание) плода. Типичным является затылочное предлежание (сгибательный тип). При переднеголовном, лобном и лицевом предлежаниях головка находится в различной степени разгибания. Разгибательный тип предлежания встречается в 1 % всех продольных положений плода.

При тазовом предлежании ко входу в таз матери могут быть обращены ягодицы плода (чистое ягодичное предлежание), ножки плода (ножное предлежание), ягодицы вместе с ножками (смешанное ягодично-ножное предлежание).

При пальпации живота пользуются так называемыми наружными приемами акушерского исследования (приемы Леопольда). Леопольд (1891г.) ввел, пальпацию живота и предложил типичные приемы пальпации, получившие всеобщее признание.

Первый прием наружного акушерского исследования Цель его - определить высоту стояния дна матки и часть плода, находящуюся в ее дне. Методика исследования. Ладонные поверхности обеих рук располагают на матке таким образом, чтобы они плотно охватывали ее дно с прилегающими областями углов матки, а пальцы были обращены ногтевыми фалангами друг к другу. Чаще всего в конце беременности (в 96 % случаев) а дне матки определяются ягодицы. Обычно отличить их от головки нетрудно по менее выраженной округлости и сферичности, меньшей плотности и менее гладкой поверхности.

Первый наружный прием акушерского исследования даёт возможность судить о сроке беременности (по высоте стояния дна матки), о положении плода (если одна из крупных его частей в дне матки - значит, имеется продольное положение) и о предлежании (если в дне матки ягодицы - значит предлежащей частью является головка).

Второй прием наружного акушерского исследования Цель его - определить позицию плода, о которой судят по месту нахождения спинки и мелких частей плода (ручек, ножек). Методика исследования. Руки спускают со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня пупка и ниже. Бережно надавливая ладонями и пальцами обеих рук на боковые стенки матки, определяют, в какую сторону обращены спинка и мелкие части плода. Спинка при этом распознается по ее широкой и изогнутой поверхности. При надавливании на крупную часть, находящуюся в дне матки, в сторону лона туловище плода сгибается, вследствие чего спинка становится более доступной для исследования. Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде мелких, подвижных бугров. У многорожавших женщин вследствие дряблости брюшной стенки и мускулатуры матки мелкие части плода прощупываются легче. Иногда их движение видно на глаз. Пальпаторно обнаруживаемая флюктуация в матке при больших размерах живота свидетельствует о многоводии.

По тому, в какую сторону обращена спинка плода, распознается его позиция: спинка влево - первая позиция, спинка вправо - вторая позиция. Если при этом исследовании удалось ощутить движение мелких частей плода, можно считать, что плод жив.

Третий прием наружного акушерского исследования. Цель его - определить характер предлежащей части и ее отношение к малому тазу. Методика исследования. Одной, обычно правой, рукой охватывают предлежащую часть, после чего осторожно производят движения этой рукой вправо и влево. Этот прием позволяет определить, характер предлежащей части (головка или ягодицы), отношение предлежащей части ко входу в малый таз (если она подвижна, то находится над входом в таз, если же неподвижна, то во входе в таз или в более глубоких отделах малого таза).

Четвертый, прием наружного акушерского исследования (проводится во время родов). Цель его — 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). Методика исследования. Исследующий становится лицом к ногам беременной или роженицы и кладет руки плашмя по обе стороны нижнего отдела матки. Пальцами обеих рук обращенными к входу в таз, он осторожно и медленно проникает между предлежащей частью и боковыми отделами входа в таз и пальпирует доступные участки предлежащей части. В случае если предлежащая часть подвижна над входом в таз, пальцы обеих рук почти целиком могут быть подведены под нее, особенно у многорожавших женщин. При этом определяется также наличие или отсутствие симптома баллотирования,

характерного для головки. Для этого кисти обеих исследующих рук плотно прижимают ладонными поверхностями к боковым отделам головки; затем правой рукой производят толчок в области правой половины головки. При этом головка отталкивается влево и передает толчок противоположной — левой руке (простое баллотирование). После этого, быстро возвращаясь в исходное положение, головка сообщает иногда толчок правой руке (двойное баллотирование). При головном предлежании следует стремиться получить представление о размерах головки и плотности костей черепа, о месте нахождения затылка, лба и подбородка, а также об их отношении друг к другу (характер предлежания). С помощью четвертого приема можно определить наличие или отсутствие угла между затылком и спинкой плода (чем выше подбородок при фиксированной во входе головке, тем яснее выражено сгибание и тем более сглажен угол между затылком и спинкой, и наоборот, чем ниже расположен подбородок, тем сильнее разогнута головка), позицию и вид плода — по тому, куда обращены затылок, лоб, подбородок. При головном предлежании необходимо также определить, в какой полости таза расположена головка своим большим сегментом.

Степень вставления головки плода в малый таз рекомендуется определять следующим образом. Проникнув при четвертом наружном приеме акушерского исследования пальцами обеих рук возможно глубже в таз и надавливая на головку, производят скользящее по ней движение в направлении к себе, при высоком стоянии головки плода, когда она подвижна над входом, можно при наружном исследовании подвести под нее пальцы обеих рук и даже отодвинуть ее от входа. Если при этом пальцы рук расходятся, головка находится во входе в малый таз малым сегментом. Если скользящие по головке кисти рук сходятся, то головка либо расположена большим сегментом во входе, либо прошла через вход и опустилась в более глубокие отделы (плоскости) таза. Если же головка плода настолько глубоко проникает в полость малого таза, что полностью выполняет ее, то обычно прощупать головку наружными приемами уже не удастся.

Аускультация. Выслушивание живота беременной и роженицы производится обычно акушерским стетоскопом. Акушерский стетоскоп отличается от обычного широкой воронкой, которая прикладывается к обнаженному животу женщины.

При аускультации живота 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 в боковых стенках матки (совпадают с пульсом женщины); неритмичные кишечные шумы.

К звуковым явлениям, исходящим от плода, относятся сердечные тоны плода шум сосудов пуповины, глухие неритмичные толчкообразные движения плода. Аускультацию производят главным образом для определения сердечных тонов плода, которые служат достоверным

признаком беременности. Путем выслушивания сердечных тонов также выясняют состояние плода, что имеет особо важное значение во время родов.

Сердечные тоны плода прослушиваются стетоскопом сначала второй половины беременности (реже с 18-20 нед) и с каждым месяцем становятся отчетливее. Сердечные тоны плода прослушиваются в той стороне живота, куда обращена спинка плода, ближе к головке. Только при предлежаниях сердцебиение плода отчетливее выслушивается со стороны его грудной клетки. Это связано с тем, что при лицевом предлежании головка максимально разогнута и грудка прилегает к стенке матки ближе, чем спинка.

При затылочном предлежании сердцебиение хорошо прослушивается слева — при первой позиции, справа — при второй. При тазовом предлежании сердцебиение выслушивается на уровне или выше пупка. При поперечных положениях сердцебиение прослушивается на уровне пупка ближе к головке плода. При многоплодной беременности сердцебиение плодов обычно выслушивается отчетливо в разных отделах матки.

Во время родов при опускании головки плода в полость таза и ее рождении сердцебиение лучше прослушивается ближе к симфизу, почти по средней линии живота.

Самым достоверным методом определения жизни и смерти плода является УЗИ. Оценка жизнедеятельности эмбриона в ранние сроки основывается на регистрации его сердечной деятельности и двигательной активности, определение сердечной деятельности эмбриона (пульсации сердца) возможно с 3-4 нед.

Сердечную деятельность плода в ранних сроках удается выслушать у 100 % - после 8-й недели беременности.

Используют и другие методы определения характера сердечных тонов плода: фонокардиография и кардиотокография.

Определения срока родов

Для определения срока родов к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней, т.е. 10 акушерских, или 9 календарных месяцев. Обычно расчет срока родов производят проще: от даты первого дня последней менструации отсчитывают назад три календарных месяца и прибавляют 7 дней. Например, если последняя менструация началась 2 октября, то, отсчитав назад 3 месяца (2 сентября, 2 августа и 2 июня) и прибавив 7 дней, определяют ожидаемую дату родов - 9 июля; если последняя менструация началась 20 мая, то предполагаемый срок родов 27 февраля и т.д.

Предлагаемый срок родов можно вычислить по овуляции: от первого дня ожидавшейся, но не наступившей менструации отсчитывают назад 14-16 дней и к найденной дате прибавляют 273-274 дня.

При определении срока родов учитывают так же время первого шевеления плода к дате первого шевеления прибавляют 5 акушерских месяцев у повторнобеременных и получают предполагаемый срок родов. Однако, следует помнить, что этот признак имеет лишь вспомогательное значения.

Скрининг на выявления пороков плода.

УЗИ рекомендуется с целью выявления структурных пороков; обычно его проводят между 16 и 20 неделями беременности, что в действительности является компромиссным решением. С этой целью ВОП должен направлять всех беременных в филиалы центра скрининга в сроке 16-20 недель

ПОШАГОВЫЕ ИНСТРУКЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ:

Определение сроков родов

№	Шаги
1.	По первому дню последней менструации (по Негеле): от этой даты отсчитывают назад 3 календарных месяцев и прибавляют 7 дней
2.	По овуляции: к первому дню последней менструации прибавляют 14 дней (срок предполагаемой овуляции и зачатия) и затем прибавляют 280 ± 7 дней.
3.	По первому шевелению плода: к дате первого шевеления плода у первобеременных прибавляют 20 недель, у повторнобеременных – 22-23 недель
4.	По дате первой явки к врачу: в раннем сроке беременности к этой дате прибавляют к установленному сроку гестации недостающие недели до 40 и получают дату родов
5.	По объективным данным: на момент осмотра устанавливают срок беременности и, прибавляя недостающие недели до 40, определяют дату родов

Аускультация плода

№	Шаги
1.	Аускультация плода производится стетоскопом, который прикладывается к животу женщины.
2.	При затылочных положениях сердцебиение выслушивается ниже пупка, при тазовых – выше пупка, при поперечных положениях – на уровне пупка ближе к головке.
3.	При 1 позиции сердцебиение выслушивается слева, при 2 – справа, при потуга – над лобком.
4.	При аускультации стетоскоп должен располагаться строго перпендикулярно, т.е. под прямым углом к предполагаемой спинке плода, широкая воронка плотно прикладывается к животу беременной, а к другому концу – ухо врача. При выслушивании не следует трубку придерживать рукой, так как при этом нарушается проводимость звука по стетоскопу.
5.	В норме сердцебиение 120-160 ударов минуту, ритмичное, ясное.

Измерение женского таза

№	Шаги
1.	Женщину укладывают на кушетку на спину с обнаженным животом, ноги вытянуты и сдвинуты вместе.
2.	Измерение таза производят тазомером
3.	<p><i>Distantia spinarum</i> – расстояние между передневерхними осями подвздошных костей и равно 25-26 см. пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей.</p> <p><i>Distantia cristarum</i> – расстояние между наиболее отдаленными точками наружных поверхностей гребешков подвздошных костей; равняется 28-29 см. пуговицы тазомера прижимают к гребням подвздошных костей.</p> <p><i>Distantia trochanterica</i> – пуговицы тазомера накладывают на наиболее выступающую часть вертела обеих бедренных костей; равняется 31-32 см.</p>
4.	<i>Congata externa</i> – наружная конъюгата, измерение производится в положении на боку, нижележащая нога должна быть согнута в тазобедренном и коленном суставах под прямым углом, а верхняя – вытянута. Одну пуговицу тазомера прижимают в верхнем углу ромба Михаэлиса, другую – прикладывают к середине верхненаружного края симфиза; равняется 20-21 см.
5.	По наружной конъюгате можно судить о размере истинной конъюгаты – <i>C. Vera</i> . Для этого от размера <i>C. externa</i> 20 см – 9 см = 11 см. (Разница между конъюгатами 9 см зависит от толщины костей и мягких тканей)

Методика наружных приемов акушерского исследования Леопольда-Левицкого

№	Шаги
1.	Беременная укладывается на кушетку в положение на спине с вытянутыми ногами. Врач садится рядом справа от женщины.
2.	1 прием – ладонные поверхности обеих рук располагают плотно на дно матки таким образом, что ногтевые фаланги обращены друг к другу. Этим приемом определяют высоту стояния дна матки и часть плода, находящуюся в ее дне.
3.	2-й прием – руки спускают со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня пупка и ниже. Бережно надавливают ладонями и пальцами обеих рук на боковые стенки матки, определяют в какую сторону обращены спинка плода и мелкие части, т.е. позицию плода. При 1 позиции спинка обращена в левую сторону матки, при 2 позиции - в правую
4.	3-й прием – правой рукой охватывают предлежащую часть плода, после чего осторожно производят движение этой рукой вправо и влево. Этот прием позволяет определить что предлежащая часть плода.
5.	4-й прием – исследующей становится лицом к ногам беременной и кладет руки ладонями 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. Этим приемом определяют предлежащую часть и ее отношение к тазу.

Определение предполагаемого веса плода

№	Шаги
1.	При обследовании беременной женщины определяется окружность живота и высота стояния дна матки с помощью сантиметровой ленты.
2.	Женщину укладывают на кушетку в положении лежа на спине, врач стоит сбоку лицом к её животу
3.	Сантиметровой лентой опоясывается туловище женщины спереди на уровне пупка, а сзади – на середину поясничной области и определяют длину окружности живота, которая в конце беременности достигает 100 см.
4.	Высота стояния дна матки измеряется путем прикладывания начала сантиметровой ленты одной рукой к середине верхнего края лонного сочленения до верхней границы дна матки, которое определяется ребром ладони другой руки. В конце беременности в норме она равна 32 см.
5.	Длину окружности живота умножают на высоту стояния матки и определяется предполагаемый вес плода $100 \times 32 = 3200$ гр.