

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КЗ КОП "ЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ"**

Освітньо-професійний ступінь: Фаховий молодший бакалавр

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Спеціальність: 223 «Медсестринство»

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Освітній компонент: «Медсестринство в акушерстві»

Методична розробка лекційного заняття з теми:

«Діагностика вагітності»

Підготувала викладачка
Тетяна КРАВЧЕНКО,
спеціаліст вищої категорії,
викладач-методист

РОЗГЛЯНУТО

на засіданні циклової комісії

клінічних дисциплін

Протокол № _____ від « _____ » _____ 2025

Голова комісії _____ Марія ШУЛЛА

Яготин

2025

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ

Тема лекції: Діагностика вагітності

Курс: 2, семестр 3

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Кількість навчальних годин: 2 години

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Своєчасна діагностика стану матері та плода впливає на вибір раціональної тактики розродження, попереджує виникнення ускладнень в пологах та післяпологовому періоді, є важливим аспектом зниження перинатальних і материнських втрат.

2. МЕТА ЛЕКЦІЇ:

а) Навчальна:

Для формування вмінь здобувач освіти повинен знати:

- 1.Методи обстеження вагітних: опитування, об'єктивне обстеження.
- 2.Лабораторні та додаткові методи обстеження вагітних.
- 3.Діагностику вагітності в ранні терміни.
- 4.Сумнівні та вірогідні ознаки вагітності.
- 5.Діагностику вагітності в пізні терміни.
- 6.Достовірні ознаки вагітності.
- 7.Визначення термінів вагітності та пологів.
- 8.Надання допологової та післяпологової відпустки.

В результаті проведення заняття здобувач освіти повинен уміти:

1. Охарактеризувати методи обстеження вагітних: опитування, об'єктивне обстеження.
2. Охарактеризувати лабораторні та додаткові методи обстеження вагітних.
3. Охарактеризувати діагностику вагітності в ранні терміни.
4. Назвати сумнівні, імовірні та вірогідні ознаки вагітності.
5. Охарактеризувати діагностику вагітності в пізні терміни.
6. Назвати вірогідні (достовірні) ознаки вагітності.
7. Охарактеризувати визначення термінів вагітності та пологів.
8. Назвати строки надання допологової та післяпологової відпустки.

б) Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність,
- спостережливість ,
- тактовність .
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

3. КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ:

Після вивчення освітнього компонента здобувачі освіти повинні

оволодіти компетентностями:

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 1. Здатність до застосовування професійних стандартів та нормативно-правових актів у повсякденній медичній практиці.

СК. 4. Здатність до співпраці з пацієнтом, його оточенням, з іншими медичними й соціальними працівниками на засадах сімейно-орієнтованого підходу, враховуючи особливості здоров'я чи перенесені хвороби та фізичні, соціальні, культурні, психологічні, духовні чинники і фактори довкілля, здійснювати санітарно-просвітницьку роботу.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.

РН. 2. Застосовувати сучасні цифрові та комунікативні технології для пошуку інформації та документування результатів професійної діяльності.

РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.

РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.

РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.

4. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ:

Освітній компонент	Знати	Вміти
1. Попередні (забезпечуючі) освітні компоненти: анатомія та фізіологія людини, фармакологія та медична рецептура, основи латинської мови з медичною термінологією, медсестринський догляд за пацієнтами та основи медичної маніпуляційної техніки, медсестринство у внутрішній медицині.	Анатомію та фізіологію жіночих статевих органів, медичні препарати, медичну термінологію, методи обстеження, медсестринський догляд.	Вміти показати будову жіночих статевих органів, на таблицях, схемах, муляжах, фантомах, назвати необхідні медичні препарати, термінологію, зібрати анамнез, провести об'єктивне обстеження органів та систем, здійснювати медсестринський догляд.
2. Наступні компоненти (що забезпечуються): анестезіологія та реаніматологія, медсестринство у хірургії, медсестринство в гінекології,	Клінічні прояви потології.	Визначати симптоми, проводити диференційовану діагностику захворювань органів черевної порожнини та малого тазу.
3. Внутрішньопредметна інтеграція (теми даного компонента, з якими інтегрується той, що вивчається):	Анатомію та фізіологію жіночих статевих органів, скарги, анамнез, проведення об'єктивного обстеження органів і систем; акушерський анамнез; акушерське обстеження.	Зібрати акушерський анамнез; проводити огляд у дзеркалах, бімануальне піхвово дослідження; проводити зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження.

5. ПЛАН ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЙ

№ з/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Цілі в рівнях абстракції	Тип лекції, методи і засоби активізації здобувачів освіти, обладнання	Розподіл часу у %
1	2	3	4	5

	Підготовчий етап Визначення навчальних цілей і мотивація		Тематична лекція із застосуванням наочності, ТЗН.	85-90 %
	Основний етап План викладення лекційного матеріалу:			
	1.Методи обстеження вагітних: опитування, об'єктивне обстеження.	αΠ		
	2.Лабораторні та додаткові методи обстеження вагітних.	αΠ		
	3.Діагностику вагітності в ранні терміни.	αΠ		
	4.Сумнівні та вірогідні ознаки вагітності.	αΠ		
	5.Діагностику вагітності в пізні терміни.	αΠ		
	6.Достовірні ознаки вагітності.	αΠ		
1.	2.	3.	5.	6.
	Заключний етап 1.Резюме лекції, загальні висновки 2.Відповіді на можливі запитання 3.Завдання для самопідготовки здобувачів освіти		Питання, проблеми і ситуації, задачі, тести, схеми, засоби наочності, технічні засоби навчання, навчальні посібники тощо. Перелік літератури, домашнє завдання: <i>Медсестринство в акушерстві: підручник / С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль:</i>	10-15%

			«Укрмедкнига», 2000. — ст.87-115	
--	--	--	-------------------------------------	--

6. ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

- а) структурно-логічна схема змісту теми;
- б) тези або конспект лекції:

ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНОЇ.

1. Анамнез

1.1. Паспортні дані.

1.2. Скарги

1.3. Умови праці та побуту.

1.4. Спадковість у сім'ї вагітної та чоловіка (психічні захворювання, хвороби крові, обміну речовин, а також наявність інтоксикацій (алкоголізм, наркоманія, куріння).

З метою організації перинатальної охорони плода необхідно уточнити вік, стан здоров'я чоловіка, його групу крові та резус-належність, а також наявність шкідливих чинників, пов'язаних із професією та шкідливими звичками в подружжя.

За наявності шкідливих або тяжких умов праці жінки, при першому зверненні їй видається довідка про необхідність звільнення від шкідливих та тяжких умов праці.

1.5. Перенесені захворювання.

1.6. Менструальна функція.

1.7. Секреторна функція.

1.8. Статева функція.

1.9. Дітородна функція.

1.10. Перебіг існуючої вагітності.

2. Об'єктивне обстеження.

1. Вимірювання температури, пульсу, визначення АТ на обох руках;

2. Огляд шкіри та слизових оболонок;

3. Обстеження органів та систем: проводять аускультацию серця, легень;

пальпоральне дослідження щитоподібної та молочних залоз із метою діагностики патологічних змін, оцінюють форму сосків молочних залоз.

4. Вимірювання маси тіла жінки.

3. Спеціальне акушерське обстеження:

Зовнішнє акушерське обстеження – здійснюється шляхом огляду, вимірювання, пальпації та аускультції.

Огляд вагітної.

Звертають увагу на: зріст, статуру, повноту, стан шкірного покриву та молочних залоз, живіт.

Обстеження внутрішніх органів.

Обстеження таза – здійснюють шляхом огляду, пальпації та вимірювання.

Оцінювання характеру крижового ромба.

Визначають поперечні розміри таза:

Distantia spinarum – відстань між передньо-верхніми остями тазових кісток – дорівнює 25-26 см;

Distantia cristarum – відстань між найбільш віддаленими точками гребенів клубових кісток - дорівнює 28-28 см;

Distantia trochanterica - відстань між найбільш віддаленими точками великих вертелів стегнових кісток - дорівнює 30-31 см;

Conjugata externa - відстань між серединою верхньо – зовнішнього лобкового зчленування та над крижовою ямкою, дорівнює 20-21 см;

Conjugata vera – віднявши від значення *conjugata externa* 9 см, одержуємо орієнтовний розмір справжньої кон'югати, що дорівнює 11 см.

Conjugata diagonalis – відстань від нижнього краю симфізу до точки мису крижів, яка найбільш виступає – дорівнює 12,5-13 см.

За умови зменшення хоча б одного з основних розмірів таза на 1,5 – 2 см необхідно виміряти допоміжні розміри та уточнити форму і ступінь звуження таза.

Поперечний розмір виходу таза – відстань між внутрішніми поверхнями сідничних горбів – до одержаних даних 9-9,5 см додають 1.5 – 2 см Поперечний розмір виходу нормального таза дорівнює 11 см..

Прямий розмір виходу таза – відстань між серединою нижнього краю лобкового зчленування та верхівкою куприка. Від одержаних даних 11 см віднімають 1.5 см Прямий розмір виходу нормального таза дорівнює 9,5 см..

Косі розміри таза вимірюють, коли є підозра на косозміщений чи косозвужений таз.

Вимірювання кута нахилу таза – кута між площиною входу в таз і площиною горизонту, в положення жінки стоячи 45-55 °.

Дослідження лобкового кута – при нормальних розмірах таза він дорівнює 90-100°.

Уяву про товщину кісток таза дає можливість отримати **індекс Соловйова** – довжина кола в ділянці променевозап'ястного суглоба (14 см).

Вагінальне дослідження. При вагінальному дослідженні обов'язковим є огляд шийки матки і стінок піхви в дзеркалах. У жінок із фізіологічним перебігом вагітності та за відсутності змін у ділянці шийки матки і піхви внутрішнє акушерське дослідження здійснюється 2 рази (при взятті на облік та в терміні вагітності 30 тижнів). Частоту наступних внутрішніх акушерських обстежень

визначають за показаннями.

В різні терміни вагітності розміри матки в середньому відповідають:

- 4 тижні – розміри курячого яйця;
- 8 тижнів – розмір гусячого яйця;
- 10 тижнів – розмір жіночого кулака;
- 12 тижнів – 3 см вище лона (величина з голівку новонародженого);
- 16 тижнів – 12 см вище лона (на середині відстані між пупком та лоном);
- 20 тижнів – 16 см вище лона (на 2 поперечних пальці нижче пупка);
- 24 тижня – 20 см вище лона (на рівні пупка);
- 28 тижнів – 24 см вище лона (на 2-2,5 поперечних пальці вище пупка);
- 32 тижні – 28 см вище лона (на середині відстані між пупком та мечеподібним відростком);
- 36 тижнів – 32 см вище лона (на рівні реберної дуги)
- 40 тижнів – 32=34 см (на середині між пупком та мечевидним відростком).

Першочерговий комплекс лабораторного дослідження вагітної включає аналіз крові, загальний аналіз сечі, визначення групи крові і резус-фактору, аналіз крові на сифіліс, ВІЛ (за згодою), бактеріоскопічне дослідження мазків з піхви, цервікального каналу, уретри (рубрика В). Дільничним лікарем-акушером-гінекологом проводиться до – та післятестове консультування вагітної щодо дослідження на ВІЛ.

За даними анамнезу та акушерського дослідження, заповнюється медична документація, визначається обсяг лабораторного дослідження, за згодою вагітна самостійно заповнює анкету.

При першому зверненні лікарем-акушером-гінекологом заповнюється “Індивідуальна карта вагітної і породіллі” (форма 111/о) та обмінна карта (форма 113/о). Обмінна карта видається вагітній із моменту взяття її на облік з приводу вагітності.

Оптимальна кількість відвідувань лікаря вагітною за період спостереження на допологовому етапі становить у середньому 10 – 12 разів.

При подальшому спостереженні і за умови неускладненого перебігу вагітності частота відвідувань жіночої консультації в терміні до 30 тижнів становить, - 1 раз на місяць, а після 30 тижнів – 1 раз у два тижні.

4. Вимірювання живота.

Вимірювання обводу живота та висоти стояння дна матки.

Обвід живота (ОЖ) вимірюють сантиметровою стрічкою, що проходить спереду через пупок, ззаду - через середину поперекової ділянки.

Висота стояння дна матки (ВЦМ) вимірюють сантиметровою стрічкою від верхнього краю симфізу до найбільш виступаючої точки дна матки. Результати вимірювання ВДМ порівнюють з стандартною гравідрграмою (рис. 1) (в нормі до 30 тижня приріст ВДМ складає 0,7 - 1,9 см на тиждень; в 30 - 36 тиж. - 0,6 - 1,2 см на тиж.; 36 і більше -0,1 - 0,4 см. Відставання розмірів на 2 см або відсутність приросту протягом 2-3 тиж. при динамічному спостереженні дає підставу запідозрити затримку росту плода).

5. Пальпація живота з використанням прийомів зовнішнього акушерського обстеження Леопольда.

Прийоми зовнішнього акушерського обстеження, (прийоми Леопольда)

Перший прийом. Мета - визначення висоти стояння дна матки та частини плода, яка знаходиться в дні матки. Для цього лікар стає праворуч від вагітної, обличчям до неї, долоні обох рук кладе на дно матки, визначає висоту її стояння над лоном та частину плода, розташовану в дні матки.

Другий прийом. Мета - визначення позиції і виду позиції плода. Обидві долоні переміщують з дна матки і по чергово, то правою, то лівою рукою пальпують частини плода, звернені до бічних стінок матки. При цьому знаходять спинку плода, дрібні частини. При неправильному положенні до однієї з бокових стінок матки прилежить голівка.

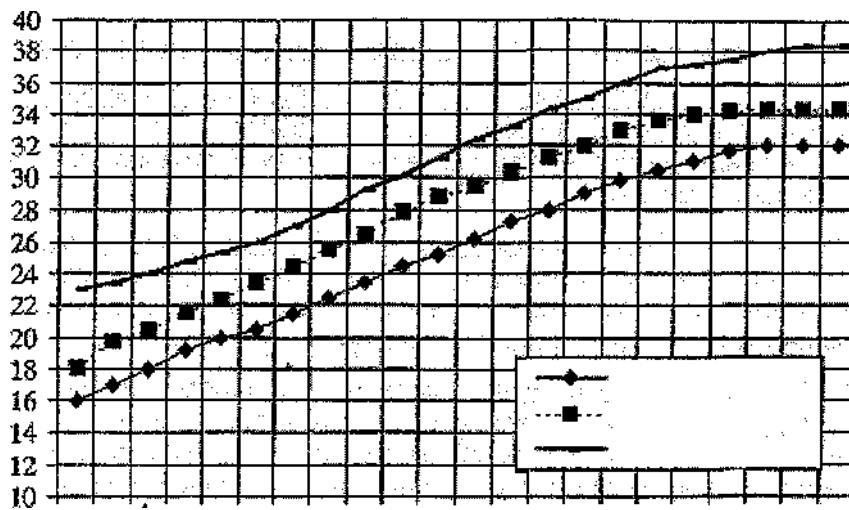
Третій прийом. Мета - визначити характер передлеглої частини плода (передлежання). Однією рукою, звичайно правою, що лежить трохи вище від лобка, охоплюють передлежачу частину плода, після чого обережно роблять рухи цією рукою вправо і вліво. При головному передлежанні визначається щільна, куляста частина, що має чіткі контури. Якщо голівка плода ще не вставилася в площину входу до малого таза, вона легко переміщується ("балотує") між великим і рештою пальців. При тазовому передлежанні визначається об'ємна, м'якувата частина, вона не кругла за формою і не здатна "балотувати".

Четвертий прийом. Мета - визначити рівень стояння передлеглої частини (зокрема голівки) щодо площини входу в малий таз, і ступінь її вставлення. Лікар стає праворуч, обличчям до нижніх кінцівок вагітної, обидві руки кладе долонями вниз на бічні відділи нижнього сегмента матки і пальпує доступні ділянки передлежачої частини плода, намагаючись проникнути кінчиками пальців між передлежачою частиною і бічними відділами входу в малий таз.

Методом зовнішнього дослідження IV прийомом Леопольда отримують такі дані:

- *Голівка рухома над входом в малий таз* - якщо пальці рук можна підвести під голівку
- *Голівка притиснена до входу в малий таз* - кінці пальців рук не сходяться під голівкою, проте потилиця і вся лицева частина пальпується над входом в малий таз.
- *Голівка малим сегментом у вході в малий таз* - потилична частина голівки виступає над входом в малий таз на два пальці, а лицева частина - повністю.
- *Голівка великим сегментом у вході в малий таз* - потилична частина голівки не пальпується над входом у малий таз, а лицева виступає на два-три пальці
- *Голівка у порожнині таза* - пропальповується лише підборіддя або зовсім не визначається частини голівки плода.

До зовнішніх методів дослідження належить **вимірювання зовнішніх розмірів таза**. Проводиться при першому огляді вагітної в жіночій консультації і в пологовому будинку. При необхідності вимірювання таза повторюють в пологах.



Ультразвукове дослідження.

Перше ультразвукове дослідження проводиться в терміні вагітності 9-11 тижнів з обов'язковим визначенням розміру шийної складки, куприко-тім'ячкового розміру (КТР), стану внутрішнього вічка (додат.

Друге ультразвукове дослідження проводиться в терміні вагітності 16-21 тижнів.

У терміні 32-36 тижнів проводиться III ультразвукове дослідження за наступними показаннями: синдром затримки розвитку плода, хронічна фетоплацентарна недостатність, патологічні зміни на кардіограмі (КТГ), тяжка акушерська та екстрагенітальна патологія з метою визначення біофізичного профілю плода

Ведення вагітної в жіночій консультації

При першому відвідуванні жінки жіночої консультації по причині вагітності, та при бажанні зберегти її, необхідно провести повне клінічне та лабораторне обстеження.

Всі дані опитування жінки, а також поради та призначення повинні заноситися у «Індивідуальну карту вагітної та роділлі» (форма 111-о) під час кожного відвідування жіночої консультації та скріплюються підписом лікаря.

Особлива увага повинна бути приділена вагітним груп високого ризику (ускладнення вагітності, екстрагенітальні захворювання та інші фактори ризику).

В «індивідуальній карті вагітної та роділлі» складається індивідуальний план нагляду за вагітною з використанням сучасних методів обстеження стану матері та плоду. Вагітних, що віднесені до групи високого ризику, необхідно направляти на пологи в спеціалізовані пологові будинки (відділення).

При першому визначенні терміну вагітності необхідно узгодити його з терміном, передбачуваним самою жінкою. В разі розбіжності, питання про термін вагітності вирішується лікарняно-консультативною комісією.

З кожною жінкою проводиться бесіда про необхідність регулярного відвідування лікаря жіночої консультації та виконання всіх поряд і призначень.

При фізіологічному перебігу вагітності здорова жінка повинна бути оглянута лікарем під час усієї вагітності 14-15 разів. Після першого огляду вагітна приходить

на повторний огляд через 7-10 днів з результатом лабораторного обстеження, висновком терапевта, стоматолога та інших спеціалістів. Терапевт повинен оглянути вагітну два рази (при першій явці та в 30 тижнів вагітності), стоматолог - один раз при першій явці, у подальшому - по показанням, інші спеціалісти - по показанням. У подальшому в першу половину вагітності жінка відвідує лікаря один раз на місяць, після 20 тижнів вагітності - 2 рази на місяць, після 30 тижнів - 3-4 рази на місяць.

Лабораторне обстеження:

- клінічний аналіз крові 2-3 рази (при першому відвідуванні, при терміні 22 і 30 тижнів вагітності);
- група крові та резус-фактор (при резус негативній належності - обстеження чоловіка на групову та резус належність);
- аналіз крові на реакцію Вассермана, ВІЛ - 2 рази (при першому відвідуванні і в 30 тижнів вагітності);
- по показанням обстеження на токсоплазмоз; клінічний аналіз сечі (при кожному відвідуванні);
- бактеріоскопічне обстеження виділень піхви (гонококи, трихомонади, грибки).

Під час вагітності проводяться лікувально-оздоровчі заходи, які включають у себе гігієнічні заходи, режим праці та відпочинку, фізіо-психопрофілактичну підготовку до пологів, ультрафіолетове опромінення тіла вагітної, вітамінізація, носіння бандажа та ін.

З метою інформації акушерського стаціонару про стан здоров'я жінки та особливостях перебігу вагітності, лікар жіночої консультації видає на руки кожній вагітній (при терміні вагітності 30 тижнів) "обмінну карту пологового будинку, пологового відділення лікарні" (форма 113-у).

Видача дородової відпустки

Для визначення терміну допологової відпустки особливо важливе значення має звернення вагітної до жіночої консультації невдовзі після припинення менструацій з метою встановлення раннього терміну вагітності. Велику допомогу у визначенні терміну вагітності надають показники ультразвукової фетометрії, такі, як біпарієнтальний розмір голівки, середній діаметр живота, довжина стегнової кістки, окружність голівки і окружність живота, та ін.

Лікарняний листок за вагітністю і пологами видається на 126 календарних днів, з 30 тижнів вагітності (70 днів до пологів і 56 днів після пологів). У випадках ускладнення пологів, або народження двох і більше дітей видається додатковий лікарняний листок на 14 календарних днів.

АКУШЕРСЬКА ТЕРМІНОЛОГІЯ.

Розташування плода в порожнині матки.

Положення плода - відношення поздовжньої осі плода до поздовжньої осі матки. Розрізняють такі положення плода:

- поздовжнє - поздовжня ось плода і поздовжня ось матки збігаються;
- поперечне - поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під прямим кутом;
- косе - поздовжня,ось плода перетинає поздовжню ось матки під гострим кутом;

Позиція плода - відношення спинки плода до правої і лівої сторін матки.

Розрізняють дві позиції:

- перша - спинка плода повернена ліворуч;
- друга - спинка плода повернена праворуч.

При поперечному і косому положенні плода позиція визначається за місцезнаходженням голівки: голівка зліва від середньої лінії живота матері - перша позиція, справа - друга позиція.

Вид позиції - відношення спинки плода до передньої або задньої стінки матки. Розрізняють два види:

- передній - спинка плода повернена наперед;
- задній - спинка плода повернена назад.

Передлежання - відношення великої частини плода (голівки або таза) до входу в малий таз. Розрізняють головне і тазове передлежання.

Передлежачою частиною називають ту частину плода, що знаходиться ближче до входу в малий таз і першою проходить пологовими шляхами. При зігнутій голівці плода найнижче розташованою її частиною є потилиця. Таке передлежання називається потиличним і трапляється найчастіше.

Значно рідше голівка буває розігнутою. При цьому, залежно від ступеня розгинання, передлежачою частиною може бути тім'я (передньоголове передлежання), лоб (лобне передлежання), обличчя (лицеве передлежання).

При тазовому передлежанні найнижче розташованою частиною можуть бути сіднички (сідничне передлежання), ніжки (ножне передлежання). *Великий сегмент голівки* плода. Під великим сегментом голівки умовно, мають на увазі окружність найбільшого розміру голівки, яким вона проходить через площини малого таза при даному її вставленні. При потиличному передлежанні, коли голівка вставляється в таз у зігнутому положенні, найбільшою окружністю буде та, котра відповідає окружності малого косого розміру. При розгинальному вставленні голівки великий сегмент буде іншим (в залежності від ступеня розгинання).

Малий сегмент голівки плода. Під малим сегментом голівки умовно мають на увазі меншу за великий сегмент частину голівки, якою вона проходить через площини малого таза.

ВИСЛУХОВУВАННЯ СЕРЦЕБИТТЯ ПЛОДА

Живіт вагітної і роділлі вислуховується акушерським стетоскопом. Акушерський стетоскоп відрізняється від звичайного широкою лійкою, яку прикладають до оголеного живота.

При вислуховуванні живота визначають серцеві тони. Крім того, можна вловити різні звуки, що надходять з організму матері. До звукових явищ, що йдуть від плода, належать: серцеві тони плода, шум пуповини, глухі, неритмічні, поштовхоподібні рухи плода, які вловлюються не постійно.

Аускультацию проводять головним чином з метою вислуховування серцевих тонів плода, які є вірогідною ознакою вагітності. За серцевими тонами визначають також стан плода.

Серцеві тони плода чути з початку другої половини вагітності (рідше з 18-20 тижнів), і з кожним місяцем вони стають виразнішими. Чіткіше прослуховується з того боку живота, куди обернена спинка, (ближче до його голівки). Тільки при

лицьовому передлежанні серцебиття плода виразніше відчувається з боку грудної клітки плода . Це пов'язано з тим, що при лицьовому передлежанні голова дуже розігнута і груди прилягають до стінки матки ближче , ніж спина .

При потиличному передлежанні серцебиття добре прослуховується нижче пупка , ліворуч- при першій позиції , праворуч – при другій позиції .

При тазовому передлежанні серцебиття найвиразніше чути вище від пупка(поблизу голови плода), з того боку куди обернеа спинка :при першій позиції- зліва , при другій – з права .

При поперечному положенні серцебиття прослуховується на рівні пупка , ближче до голови .

При передньому виді головного і тазового передлежання серцебиття краще прослуховується до середньої лінії живота , при задньому- далі від неї , збоку живота .

При багатоплідній вагітності серцебиття плодів звичайно вислуховується виразно в різних відділах матки .

Під час пологів серцебиття краще прослуховується ближче до лобкового симфізу , майже по середній лінії живота.

Серцевітони плода вислуховуються у вигляді ритмічних подвійних ударів , які повторюються в середньому 120-140 разів за 1хв.

ВИЗНАЧЕННЯ ДОПОЛОВОГОЇ ВІДПУСКИ .

При оформленні відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами лікар-акушер-гінеколог керується “Порядком видачі листка непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами” (Наказ МОЗ України від 13.11.2001 року № 455 “Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян”).

Лікарняний листок за вагітністю і пологами видається на строк 126 календарних днів з 30 тижнів вагітності (70 днів до пологів і 56 днів після пологів). У випадку ускладнення пологів або народження двох і більше дітей видається додатково лікарняний лист на 14 календарних днів .

ВИЗНАЧЕННЯ ДАТИ ПОЛОГІВ.

За формулою НЕГЕЛЯ: від першого дня останньої менструації відраховують 3 місяці назад і додають до отриманої дати 7 днів.

За овуляцією: від першого дня менструації, яка очікувалась, але не настала, відраховують назад 14-16 днів і до одержаної дати додають 273-274 дні.

За першим ворухінням плода:

1. У першовагітної до дати першого руху додають 5 акушерських місяців і одержують дату пологів;
2. У повторновагітної до дати першого руху додають 5,5 акушерських місяців і одержують дату пологів.

Визначення гестаційного віку плода за даними УЗД – не достатньо точний критерій у прогнозуванні дати пологів.

ВИЗНАЧЕННЯ ЖИТТЯ І СМЕРТІ ПЛОДА.

В ранні строки вагітності це питання вирішується шляхом спостереження за розмірами матки:

Якщо розміри матки відповідають строку гестації і при динамічному спостереженні (кожні 10-12 днів) визначається її зростання, то клінічно це свідчить, що плід живий і розвивається.

При відставанні росту матки від строку гестації робиться висновок про можливість вагітності, яка не розвивається.

Додаткові дані, що свідчать про прогресування вагітності:

- цифри хор іонічного гонадотропіну, естріолу;
- дані УЗД – візуалізація ембріона, серцебиття, відповідність розмірів матки та ембріона строку вагітності.

В другій половині вагітності про смерть плоду свідчить відсутність рухів плода та

його серцебиття, припинення росту матки. Фоно-електрокардіограма засвідчує відсутність тонів і серцевих комплексів; на кардіограмі – відсутність запису серцевої діяльності плоду.

УЗД ознаки внутрішньоутробної загибелі плоду:

3. серцебиття плода відсутнє;
4. розширені камери серця;
5. при тривалому перебуванні мертвого плода в матці змінюється структура мозку, кістки черепа деформуються, є ознаки аутолізу внутрішніх органів, маловоддя.

Діагностика ранніх термінів вагітності.

Ознаки вагітності

Ознаки вагітності розподіляються на 3 групи.

Сумнівні ознаки - це різного роду суб'єктивні відчуття, а також об'єктивно визначені зміни в організмі; крім змін у внутрішніх статевих органах

- суб'єктивні явища — нудота, блювота, втрата чи посилення апетиту, смакові примхи (пристрасть до солоної чи кислої їжі, до крейди і т.п.), зміни нюхових відчуттів (огода до запаху м'ясної їжі, тютюнового диму тощо), легка стомлюваність, сонливість.
- об'єктивні явища — пігментація шкіри обличчя, білрі лінії живота, зовнішніх статевих органів, посилення пігментації сосків та навколо них.

Імовірні ознаки — це об'єктивні ознаки, які визначаються з боку статевих органів, молочних залоз, а також за допомогою імунологічних реакцій на вагітність. Вони характерні для вагітності, хоча іноді можуть виникати і з інших причин. Це такі ознаки як припинення менструацій у дітородному віці жінки, збільшення молочних залоз і виділення з сосків молозива чи молока.

До імовірних ознак також відносять дані гінекологічного обстеження: огляду зовнішніх статевих органів, огляду шийки матки в дзеркалах, бімануального гінекологічного обстеження. При цьому можна спостерігати розпушення і ціаноз присінку вагіни, самої вагіни і шийки матки; збільшення і розм'якшення матки, зміну її форми; підвищення скоротливої здатності матки (короткочасне ущільнення розм'якшеної матки).

із ознак, які спостерігаються при дослідженні вагітної матки, найважливішими є

такі.

Ознака Гентера: при вагінальному дослідженні у ранні строки вагітності на передній поверхні матки, точно по середній лінії її, знаходять гребенястий виступ, який не поширюється ні на дно, ні на задню поверхню матки, ні, на шийку.

Ознака Горвіца-Гегара: при вагінальному дослідженні виявляється розм'якшення в ділянці перешийка, внаслідок чого тут легко сходяться пальці внутрішньої і зовнішньої руки. Шийка відчувається як більш щільне тіло.

Ознака Піскачека: при вагінальному дослідженні контури дна матки і ділянки її кутів виявляються неправильними. Той кут, який відповідає місцю імплантації яйця, виступає значно більше за протилежний. Вся матка виявляється несиметричною.

Ознака Снегірьова: при вагінальному дослідженні вагітної матки вона внаслідок механічного подразнення починає під пальцями скорочуватися і стає більш щільною.

До імовірних ознак вагітності належать імунологічні реакції на вагітність, які базуються на визначенні в сечі чи в плазмі крові хоріонічного гонадотропіну (ХГЛ), ХГЛ виділяється трофобластом, потім хоріоном, плацентою. Виділення починається з 7—8 дня після запліднення, тому лабораторна діагностика можлива після цього строку. Для дослідження треба брати ранкову сечу, в якій спостерігається найбільша концентрація гормону, оскільки метод має поріг чутливості. Визначення бета-ХГЛ в плазмі є більш достовірним. Треба підкреслити, що хоча ХГЛ продукується трофобластом, реакція належить лише до імовірних ознак, тому що при такому патологічному стані, як хоріонепітеліома, також спостерігається позитивні реакції на ХГЛ. Крім того, після переривання вагітності реакції залишаються позитивними протягом 7—10 днів, а при патологічних станах (хвороби трофобласту) — 2-4 місяці. Нижня межа чутливості методу — 5 МЕ/л.

Вірогідні (достовірні) ознаки є переконливим доказом наявності вагітності в обстежуваної жінки. Всі ознаки цієї групи мають тільки об'єктивний характер і походять тільки від плода.

До них належать ознаки, що виявляються при інтравагінальному ультразвуковому дослідженні, інші вірогідні ознаки виявляються з 20 тижнів вагітності і не належать до ознак вагітності раннього строку. Це такі ознаки:

- ворушіння плода, які визначаються рукою чи при вислуховуванні (а не такі, що відчуває сама вагітна);
 - вислуховування серцевих тонів плода;
- промацування частин плода (голівки, ніжок, сідниць, ручок)
- визначення серцебиття плода за допомогою кардіотокографії.

Необхідно звернути увагу на те, що застосування кольорового імпульсного доплера заборонено до закінчення критичного періода органогенезу. Це пов'язане з тим що використання новітніх доплеровських технологій при трансвагінальних ехографіях у ранні терміни має потенційну загрозу тератогенного термічного ефекту внаслідок нагрівання ембріона.

В теперішній час стандартом діагностики вагітності в ранні строки є поєднання двох методів:

- . визначення бета-ХГЛ в сечі або в плазмі крові;
- . трансвагінальне ультразвукове дослідження.

Розмір матки протягом перших 3 місяців вагітності, коли вона перебуває ще в

порожнині малого таза, визначається при дворучному гінекологічному дослідженні, надалі при пальпації живота — за висотою стояння дна матки.

При встановленні строку вагітності точність залежить від раннього звертання жінки до жіночої консультації. Рекомендується при первинному огляді обстежувати жінку двом спеціалістам-акушерам. Зважаючи на труднощі визначення терміну вагітності, діагноз вагітності встановлюється з інтервалом в тиждень (наприклад, вагітність 8-9 тиж). Достовірно строк вагітності визначається на підставі, вимірювання параметрів ембріона і плода методом ультразвукового дослідження.

7. МАТЕРІАЛИ АКТИВІЗАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ:

Контрольні запитання

1. Назвіть порядок обстеження вагітної?
2. Які ознаки вагітності Ви знаєте?
3. Які сумнівні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?
4. Які імовірні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?
5. Які вірогідні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?
6. Як встановити діагноз вагітності у ранні строки методом основного гінекологічного обстеження?
7. Які зміни тіла матки спостерігають у ранні строки вагітності?
8. Які існують апаратні методи діагностики вагітності у ранні строки?
9. Які протипоказання до апаратних методів дослідження у ранні строки вагітності?
10. Які лабораторні (імунологічні) методи діагностики вагітності у ранні строки?
11. Який гормон виявляється при лабораторних методах діагностики вагітності ранніх строків?
12. Якими структурами плідного яйця виробляються гонадотропні гормони?
13. Як визначають термін вагітності і строк пологів за анамнестичними даними?
14. Як розташований плід в порожнині матки (положення, позиція, вид, передлежання)?
15. Яка мета і правила виконань прийомів Леопольда?
16. Які методи вирахування передбачуваної маси плода?
17. Які методи діагностики 30-тижневої вагітності?
18. Які правила аускультції плода?
19. Які сучасні методи дослідження використовуються для оцінки стану внутрішньоутробного плоду?
20. Як вимірюють розміри тазу?
21. Як визначити термін допологової та післяпологової відпустки?
22. При проведенні пальпації плоду в матці використовують який прийом?
23. Яких змін зазнає матка під час вагітності?

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

З а д а ч а № 1

Дно матки знаходиться біля мечоподібного відростка, окружність живота – 90 см, пупок згладжений.

Термін вагітності.

З а д а ч а № 2

Поздовжня вісь плода утворює з поздовжньою віссю матки гострий кут. Голівка – в правому підребер'ї. Серцебиття – зліва вище пупка.

Про яке положення плода іде мова ?
Відтворити на фантомі.

З а д а ч а № 3

При загальному обстеженні жінки під час пальпації передньої черевної стінки була запідозрена вагітність тер – міном 20 – 22 тижнів або пухлина, яка виходить із малого тазу.

Які ще додаткові дані необхідні, щоб поставити діагноз вагітність ?

З а д а ч а № 4

Подовжня вісь плода і подовжня вісь матки співпадають. До входу в малий таз передлежить частина, що балотує.

Про яке положення плода і передлежання іде мова ?
Відтворити на фантомі.

З а д а ч а № 5

Одиним із прийомів Леопольда вдалось установити, що спинка плода обернена в ліву сторону матки, дрібні частини – справа. Голівка – біля дна матки.

Який прийом Леопольда використано при дослідженні ?
Яку позицію і її вид займає плід в порожнині матки ?
Яке передлежання займає плід ? Відтворити на фантомі.

8. МАТЕРІАЛИ САМОПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ЗА ТЕМОЮ ЛЕКЦІЇ:

Перелік літератури, домашнє завдання:

1. Медсестринство в акушерстві: підручник / С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.87-115