

**ПЛАН**  
сбора анамнеза, постановки диагноза,  
**Доклада**  
на государственном экзамене практических  
навыков по акушерству

1. Ф.И.О. беременной, место жительства.
2. Возраст, образование, профессия (если есть проф. вредность, то какая, время работы на данном производстве, работала ли при беременности)
3. Вредные привычки.
4. Дата поступления в стационар
5. **Жалобы** при поступлении и/или причина поступления (на подготовку к родоразрешению, на обследование, лечение)
6. **Общий анамнез:** перенесенные заболевания, травмы, операции, находится ли на диспансерном наблюдении, туберкулез, вен-заболевания у себя и родственников, были ли гемотрансфузии. Аллергологический анамнез, наследственность
7. Группа крови, резус-фактор, титр антител по системе резус, или АВО, вводился антирезусный иммуноглобулин, **определялся ли резус плода?** .
8. **Менструальная функция:** начало, с какого возраста, цикл, регулярность, болезненность, кол-во теряемой крови, изменилась ли менструация после начала половой жизни, родов.  
Дата последней менструации.
9. **Половая жизнь:** с какого возраста, в браке или нет, **чем предохранялась от беременности и сколько времени.** Возраст мужа, его здоровье, вредные привычки, проф.вредности.
10. **Гинекологические заболевания** - какие, когда, чем лечилась.
11. **Репродуктивный анамнез:** Сколько было беременностей по годам, их исход — роды, аборт ( метод прерывания), выкидыш, вес ребенка, жив, были ли осложнения, оперативные вмешательства, показания к кесареву сечению.
12. **Течение настоящей беременности:**
  - а) **определить срок беременности на день кuraции !!!**
    1. **По формуле Негеле** определяют дату родов: от первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 месяца и прибавляют 7 дней.
    2. По первому дню последней менструации: – **акушерский календарь**
    3. По **первому шевелению плода:** первобеременные ощущают первое шевеление плода в 20 недель беременности, повторнобеременные – в 18 недель. Следовательно, к дате первого шевеления плода прибавляют 20 недель или 22 недели, соответственно.
    4. По **первой (ранней) явке в женскую консультацию:** срок беременности определяют, прибавляя к сроку беременности, установленному при первом визите к врачу, по 4 недели, или по 28 дней, до 40 недель.
    5. По результатам **ультразвуковой фетометрии:** размеры плодного яйца и/или копчико-теменной размер в сроке 6-14 недель. Результаты УЗИ в первом триместре (оптимально в 11-14 недель) – более точный метод установления срока беременности, чем по дате последней менструации; если различие между сроком по менструации и результатами УЗИ, проведенного в первом триместре, составляет более 5 дней, или более 10 дней во втором триместре, то предполагаемую дату родов следует рассчитывать по результатам ультразвукового исследования; при наличии нескольких результатов УЗИ в первом и втором триместрах, срок рассчитывают по более раннему.
    - 6.Срок беременности 39-40 недель определяют **по объективным данным:** а) окружности живота – 95-100 см; б) высоте стояния матки – 34-36 см (при продольном

положении плода); в) при доношенной беременности дно матки располагается посередине между пупком и мечевидным отростком, пупок выпячивается.

7. При беременности в результате ЭКО расчет срока беременности и даты родов проводится по дате пункции фолликула и забора яйцеклетки для оплодотворения in vitro, к этой дате необходимо прибавить 266 дней.

б) течение беременности в 1 половине - токсикоз, угроза прерывания, ОРВИ - в какие сроки, где и чем лечилась

в) течение беременности во 2 половине – 1. Исходный вес, вес – на день курации - вычислили прибавку в весе, 2. Исходное АД, менялось ли АД в течении беременности? 3. Были ли отеки, белок в моче, кровотечения - в какие сроки. 4. Течение экстрагенитального заболевания - госпитализации, дозы препаратов.

г) находилась ли в стационаре, осложнения, где, чем лечилась.

## 12. Общий осмотр:

Вес-

рост

АД на обеих руках

пульс— -

Общее состояние. Телосложение, питание, кожа, слизистые, осмотр по всем органам и системам. **Живот увеличен за счет беременной матки**

## 13. Акушерский осмотр:

1. ОЖ - ВДМ -

2. Вычислить предполагаемую массу плода (ПМП) по формулам.

1. **Формула Ланковица:**

$$\text{ПМП} = (\text{ОЖ} + \text{ВДМ} + \text{Р} + \text{М}) \square 10,$$

где МП – предполагаемая масса плода в граммах;

ОЖ – окружность живота в см;

ВДМ – высота стояния дна матки в см;

Р – рост матери в см;

М – масса тела матери в кг.

2. **Формула Жордания:**

$$\text{ПМП} = \text{ОЖ} \times \text{ВДМ},$$

ОЖ – окружность живота в см;

ВДМ – высота стояния дна матки в см.

3. **Средняя ПМП**

3. **4 приема Леопольда** - определить положение, позицию, вид, предлежание, уровень стояния предлежащей части.

**I прием**

**Цель – определение уровня стояния дна матки и крупной части плода, находящейся в дне матки.** Женщина лежит на кушетке, руки врача располагаются на дне матки и погружаются вглубь, определяя уровень стояния дна, а также часть плода, располагающуюся в дне матки.

**II прием**

**Цель – определение спинки и мелких частей плода, позиции плода, вида позиции.**

Обе руки врача со дна матки перемещаются на ее боковые поверхности. Пальпация производится таким образом, что сначала одна рука лежит спокойно на одном месте, в то время как вторая скользит по боковой поверхности матки. Слегка согнув пальцы, врач производит небольшое давление на стенку матки. Затем эти движения повторяет другой рукой. На той стороне, где лежит спинка, под рукой ощущается равномерная продолговатая площадка. На противоположной стороне, где располагаются мелкие части плода,

прощупываются небольшие возвышения, часто меняющие положение из-за движений конечностями. Если спинка плода обращена к левой стороне тела матери, то это первая позиция плода, если к правой стороне, то – вторая. Если спинка плода обращена кпереди, то это передний вид позиции плода, если кзади – задний вид.

### **III прием**

#### **Цель – определение предлежащей части плода.**

Врач стоит справа от женщины лицом к ней. Правая рука врача располагается над лоном так, чтобы большой палец находился справа, а четыре остальных слева от средней линии матки. Пальцы медленно погружаются вглубь и захватывают предлежащую часть. Головка прощупывается в виде плотной округлой части, баллотирующей над входом в малый таз, тазовый конец – объемной мягковатой части, не имеющей округлых очертаний.

### **IV прием**

#### **Цель – определение уровня стояния предлежащей части относительно входа в малый таз.**

Этот прием является дополнением предыдущего. Врач поворачивается спиной к женщине. Ладони его рук располагаются справа и слева от предлежащей части, кончики пальцев касаются симфиза. Пальцами осторожно проникают вглубь в сторону полости малого таза, пытаясь продвинуть их между предлежащей частью и стенками таза, а затем пальцы скользят по головке вверх. Если при этом кисти рук сходятся, головка стоит большим сегментом во входе малого таза или опустилась глубже. Если пальцы исследующих рук расходятся – головка располагается во входе малым сегментом. Если головка опустилась в полость таза, наружными приемами ее невозможно определить. При высоком стоянии головки под нее можно подвести пальцы рук

### **4. Выслушать сердцебиение плода**

Норма с/б плода 120-160 ударов в минуту.

Где слушать акушерским стетоскопом:

- При головном предлежании – со стороны спинки ниже пупка
- При тазовом предлежании – со стороны спинки выше пупка
- При поперечном, косом положении плода – на уровне пупка.

### **5. Тазоизмерение**

• *distantia spinarum* – расстояние между передне-верхними остями подвздошных костей, в нормальном тазу составляет 25-26 см; для измерения этого размера пуговки тазомера прижимают к наружным краям передне-верхних остей подвздошных костей

• *distantia cristarum* – расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей, равно 28-29 см; для измерения пуговки тазомера передвигают по наружному краю гребней подвздошных костей до получения максимального размера

• *distantia trochanterica* – расстояние между большими вертелами бедренных костей, к которым при измерении прижимают пуговки тазомера; этот размер равен 31-32 см.

***В нормальном тазу разница между указанными тремя размерами составляет 3 см.***

• *conjugata externa* – расстояние от надкрестцовой ямки до верхнего края лобкового симфиза, равно 20-21 см; характеризует прямой размер входа малого таза – если от величины наружной конъюгаты вычесть 9,5-10 см, то получим величину истинной конъюгаты (*s. vera* = 11 см). Измерения проводят в положении женщины на левом боку, нижняя нога у женщины согнута, верхняя – вытянута, врач стоит справа от пациентки. Пуговки тазомера располагают в

верхнем углу ромба Михаэлиса, или в углублении под остистым отростком V поясничного позвонка, и посередине верхнего края симфиза

✓ *при узких тазах - дополнительная пельвиометрия:*

1. **Индекс Соловьева** - окружность лучезапястного сустава ( $N = 14 - 16$  см). Чем больше объем запястья, тем толще кости таза; в таком случае даже при нормальных наружных размерах таза емкость его будет меньше. Наоборот, при малом лучезапястном индексе емкость таза будет больше.

2. **Ромб Михаэлиса** - крестцовый ромб. Верхний угол его образован надкрестцовой ямкой, нижний - вершушкой копчика, боковые - задними верхними остями подвздошных костей. Нормальные размеры ромба: длинник- 11 см, поперечник- 10,5 см.

3. **Высота лона** - расстояние от нижнего до верхнего края симфиза. При нормальных размерах высота лона не превышает 4-5 см. Чем больше высота лона, тем больше осложнений возникает в течении родового акта. При высоте 7 см самостоятельные роды невозможны.

4. **Латеральная конъюгата** - расстояние от передневерхней задневерхней ости подвздошной кости ( $N = 15$  см). Уменьшение этого размера говорит об уменьшении прямых размеров малого таза,

5. Лобно-затылочный размер головки плода измеряется тазомером прижатой ко входу в малый таз головке через переднюю брюшную стенку. При доношенном плоде он не превышает 12 см. При больших значениях показателя следует думать о крупном плоде.

6. **Размеры, выхода таза** измеряются тазомером. Прямой размер от нижнего края симфиза до копчика, он равен 9,5 см и поперечный размер между седалищными буграми, он равен 11 см.

7. **Косые размеры таза:**

- расстояние от правой передневерхней до задневерхней левой ости подвздошных костей и наоборот;

- расстояние от середины верхнего края симфиза до задневерхних подвздошных остей, двух сторон;

- расстояние от надкрестцовой ямки до передневерхних подвздошных остей справа и слева.

В нормальном тазе эти размеры должны быть равны. В косо-смещенном они отличаются на 2 см и более.

- лонно-крестцовый размер – от середины лона до сочленения 2 - 3 крестцовых позвонков, равен 22 см

Во время влагалищного исследования выясняют, нет ли уплощения крестца и других деформаций таза, приблизительно определяют его емкость, прощупывают мыс и, если он достигается пальцем, **измеряют диагональную конъюгату**. При внутреннем исследовании выясняют, нет ли добавочного (ложного) мыса, экзостозов, соскальзывания 5 поясничного позвонка, деформаций, присущих рахиту.

#### 14. Влагалищное исследование (в конверте данные)

*Классификация зрелости шейки матки по Г.Г. Хечинашвили:*

● **Незрелая шейка матки** - размягчение заметно только по периферии.

Шейка матки плотновата по ходу цервикального канала, а в отдельных случаях - во всех отделах. Влагалищная часть сохранена или слегка укорочена, расположена сакрально. Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца, определяется на уровне, соответствующем середине между верхним и нижним краем лонного сочленения.

● **Созревающая шейка матки** размягчена не полностью, всё ещё заметен участок плотноватой ткани по ходу шеечного канала, особенно в области внутреннего зева. Влагалищная часть шейки матки слегка укорочена, у первородящих наружный зев пропускает кончик пальца. Реже шеечный канал проходим для пальца до внутреннего зева, либо с трудом за внутренний зев.

● **Зрелая шейка матки** полностью размягчена, укорочена или резко укорочена, шеечный канал свободно пропускает один палец и более, не изогнут,

плавно переходит на нижний сегмент матки в области внутреннего зева. Через своды достаточно отчетливо пальпируется предлежащая часть плода. Стенка влагалищной части шейки матки значительно истончена (до 4–5 мм), влагалищная часть расположена строго по проводной оси таза, наружный зев определен на уровне седалищных остей.

15. Дополнительные методы исследования (в конверте).

**16. Расшифровать КТГ**

Параметр		Балльная оценка		
		0	1	2
ЧСС	Базальная ЧСС	$\leq 100$	100-120	120-160
		$\geq 180$	160-180	-
Вариабельность ЧСС	Частота осцилляций в мин	$\leq 3$	3-6	$\geq 6$
	Амплитуда осцилляций	5	5-9 или $\geq 15$	10-15
Измененная ЧСС	Акцелерации	отсутствуют	периодические	спорадические
	Децелерации	поздние длительные или переменные	поздние кратковременные или переменные	Отсутствуют или ранние

**Критериями нормальной кардиотокограммы являются следующие признаки:**

- базальный ритм в пределах 120-160 ударов/мин;
- амплитуда variability базального ритма – 10-25 ударов/мин;
- децелерации отсутствуют;
- регистрируются 2 и более акцелерации на протяжении 10 минут записи;

**Для сомнительной кардиотокограммы характерно:**

- базальный ритм в пределах 100-120 ударов/мин и от 160 до 180 ударов/мин;
- амплитуда variability базального ритма – между 5 и 10 ударов/мин более чем за 40 минут исследования или более 25 ударов/мин;
- отсутствие акцелераций более чем за 40 минут записи;
- спонтанные неглубокие и короткие децелерации.

**К патологическим типам кардиотокограмм относят следующие признаки:**

- базальный ритм менее 100 или более 180 ударов/мин;
- variability базального ритма менее 5 ударов/мин, наблюдаемая на протяжении более чем 40 минут записи (немой тип);
- выраженные переменные децелерации;
- поздние децелерации любого вида;
- длительные децелерации;

- синусоидальный тип, характеристиками которого является наличие частоты меньше чем 6 ударов/мин, амплитудой меньше 10 ударов/мин и продолжительностью 20 минут и более.

**STV (short-term variation)** – это показатель разности между средними пульсовыми интервалами, зарегистрированными в течение предыдущего и последующего промежутка, равного 1/16 минуты. Это синтетический показатель, расчет которого доступен лишь автоматизированным системам.

Его введение продиктовано желанием заменить показатель амплитуды мгновенных осцилляций, точный расчет которого был бы крайне труден ввиду большого количества мгновенных осцилляций, регистрируемых в ходе исследования. В норме STV составляет 5-10 мс.

17. Поставить диагноз. Его обоснование. Пример:

- **Беременность I 40 недель**
- **Головное предлежание** (Другие варианты: Тазовое предлежание-чистоягодичное, смешанное ягодичное, ножное-полное, неполное. Поперечное положение плода 1 позиция. Двойня, предлежание каждого плода)
- **I-II-III период родов**, ранний послеродовый период, послеродовый период- какие сутки
- **Осложнения течения настоящей беременности, родов** (Тяжелая преэклампсия. Угрожающие преждевременные роды. Клинически узкий таз. Поперечно-суженный таз. Предлежание плаценты. Первичная слабость родовой деятельности и др.)
- **Экстрагенитальное заболевание** (Сахарный диабет 1 типа. Анемия беременных. Ожирение. Хронический пиелонефрит. Миопия. И др.)
- **Диагнозы плода** (Крупный плод. Острый дистресс плода. Внутриутробная гибель плода и др.)
- **ОАА - отягощенный акушерский анамнез** (аборты, выкидыши, кесарево сечение, перинатальная смертность, многоорожавшая-3 и более роды и др.)
- **ОГА – отягощенный гинекологический анамнез** (бесплодие, миома, нарушение менструального цикла, воспалительные заболевания женских половых органов и др.)

**Допустимая кровопотеря в родах – 0,5% от массы тела**

18. План ведения беременной.
19. План ведения родов, прогноз.