



ГОУ ВПО
КРАСНОЯРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ



ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В АКУШЕРСТВЕ

Под редакцией Цхай В.Б.



Красноярск 2007

ГОУ ВПО КРАСНОЯРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ
КАФЕДРА ПЕРИНАТОЛОГИИ, АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

**ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ
В АКУШЕРСТВЕ**

ПОД РЕДАКЦИЕЙ ПРОФЕССОРА ЦХАЙ В.Б.

**(УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА)**

КРАСНОЯРСК 2007

УДК 618.2/7 (075.8)

ББК 57.16

II 69

Практические навыки в акушерстве: Учебное пособие для практических занятий по акушерству для студентов лечебного факультета / Под редакцией В.Б. Цхай. – Красноярск: «ЛИТЕРА-принт», 2007. – 112 с.

Составители: Цхай В.Б. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии КрасГМА;
Домрачева М.Я. – к.м.н., ассистент;
Даценко А.В. – к.м.н., доцент;
Костарева О.В. – к.м.н., доцент;
Полянская Р.Т. – к.м.н., доцент;
Кузнецова О.В. – к.м.н., ассистент.

Учебное пособие предусмотрено программой по дисциплине «Акушерство и гинекология», полностью соответствует требованиям Государственного стандарта (2000); учебный материал адаптирован к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности «Лечебное дело» – 060101. Пособие иллюстрировано рисунками, схемами, таблицами. Предназначено для студентов высших медицинских учреждений.

Рецензенты: зав. кафедрой акушерства и гинекологии Сибирского медицинского университета, д.м.н., профессор **Евтушенко И.Д.**
зав. кафедрой акушерства и гинекологии Омской государственной медицинской академии д.м.н., профессор **Рудакова Е.Б.**

Утверждено к печати ЦКМС (протокол №4 от 28.02.07 г.)

© КрасГМА, 2007

ПРЕДИСЛОВИЕ

Первый выпуск учебного пособия по практическим знаниям и умениям по акушерству для студентов медицинских ВУЗов был обусловлен решением Департамента образовательных медицинских учреждений и кадровой политикой о введении зачетных книжек практических умений и навыков от 26.12.01 - №15-15 10057.

Настоящее второе издание учебного пособия было переработано и дополнено с учетом расширения перечня практических знаний и умений у студентов, в частности, в вопросах оказания экстренной и неотложной помощи. Были введены новые разделы: “Пренатальная диагностика состояний плода”, “Оказание неотложной помощи при тяжелых формах гестозов”, “Оказание неотложной помощи при гипотонических и атонических кровотечениях”, “Оказание неотложной помощи при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты”, “Оказание неотложной помощи при кровотечении из предлежащей плаценты”.

При подготовке к выпуску учебного пособия авторы руководствовались новой политикой усовершенствования учебного процесса в рамках системы менеджмента качества и внутреннего аудита в Красноярской государственной медицинской академии.

*Доктор медицинских наук,
профессор Цхай В.Б.*

1. Основные методы диагностики внутриутробного состояния плода (неинвазивные, инвазивные), сроки проведения, основные показатели при нормально протекающей беременности и при ее осложненном течении

Неинвазивные

1.1. Гормональные исследования (пренатальный биохимический скрининг)

С первых дней беременности формируется и функционирует эндокринная система мать-плацента-плод, которая обеспечивает регуляторную координацию метаболических процессов во взаимоотношениях матери и плода. Качественная и количественная оценка гормонального профиля беременности обладает значительной клинической информативностью. Проводится в 16-18 недель беременности.

1.1.1. α -фетопротеин (α -ФП)

Секретируется плодом (желточный мешок, ЖКТ, печень плода), в организм матери поступает через плаценту и плодные оболочки. Динамика его концентрации в околоплодной жидкости аналогична содержанию в крови плода. Наибольшее диагностическое значение α -ФП имеет в 16-18 недель.

Клиническая значимость концентрации α -ФП в сыворотке материнской крови

Выше нормы:

- анэнцефалия, открытый дефект нервной трубки, энцефалоцеле, менингомиелоцеле, омфалоцеле (как следствие экссудации через тонкую мембрану), атрезия ЖКТ, аномалии развития почек, антенатальная гибель, гестоз, угроза прерывания беременности, двойня, крупный плод, хромосомная болезнь у плода.

Ниже нормы:

- гипотрофия, “замершая беременность”, синдром Дауна, истинное перенашивание беременности.

1.1.2. Хорионический гонадотропин (ХГ)

Синтезируется в синцитио- и цитотрофобласте с момента имплантации зародыша. Определяется в крови матери на 8-10 день беременности, что может служить тестом на определение беременности ранних сроков. По направленности действия все эффекты ХГ можно подразделить на 2 группы:

А) Влияющие на мать – стимуляция образования прогестерона в желтом теле яичника, снижение тонуса матки, продукция материнских антител, увеличение выработки эстрогенов и гестагенов, трофическое действие по отношению к оплодотворенной яйцеклетке.

Б) Влияющие на плод – запуск стероидогенеза в надпочечниках плода, стимуляция созревания гландулоцитов яичка

Кроме того, установлено, что концентрация ХГ в сыворотке материнской крови коррелирует со степенью зрелости или старения плаценты.

ХГ – плацентарный гормон, отражающий развитие хориона (на ранних сроках) и плаценты (после 12 недель).

Клиническая значимость концентрации ХГ в сыворотке материнской крови

Выше нормы:

- многоплодная беременность, токсикоз, сахарный диабет, хромосомная болезнь, резус-конфликт, трофобластическая болезнь, хорионэпителиома, пузырный занос.

Ниже нормы:

- длительное течение гестоза, истинное перенашивание беременности, хроническая фетоплацентарная недостаточность, антенатальная гибель плода.

1.1.3. Плацентарный лактоген (ПЛ)

Вырабатывается синцитиотрофобластом плаценты на протяжении всей беременности, 90% поступает в материнскую кровь, 10% - в амниотическую жидкость. Объем синтезируемого ПЛ определяется массой функционально-активной плаценты и отражает ее функциональное “старение”. Направленность биологических эффектов – регуляция метаболических процессов материнской части ФСМП. Обладает антиинсулиновой и липоли-

тической активностью, что ограничивает потребление глюкозы в материнском организме и способствует тем самым перераспределению глюкозы в пользу плода. Этот эффект позволяет плоду обеспечивать самым простым способом собственные потребности в свободных жирных кислотах. ПЛ – “соучастник” иммуносупрессии к тканям плода.

Клиническая значимость концентрации ПЛ в сыворотке материнской крови

Выше нормы:

- гестоз, резус-конфликт, крупный плод, многоплодная беременность.

Ниже нормы:

- спонтанный аборт, гестоз, гипотрофия плода при снижении ПЛ на 50%, гибель плода при снижении ПЛ на 80%

1.1.4. Прогестерон (Пр)

Биосинтезируется из холестерина в желтом теле, синцитио- и цитотрофобласте. С 10 недели его источником является только плацента.

Биологическая роль Пр заключается в переориентации организма матери на возникновение и обеспечение ФПС. Прежде всего, это подготовка эндометрия к транспорту и имплантации зародыша, подавление овуляции, снижение сократительной активности матки и накопление в ней макроэргов, подготовка молочных желез к лактации, участие в иммуносупрессии, существовании доминанты беременности, блокирование выделения окситоцина из гипофиза. Содержание Пр возрастает до 39 недель беременности и несколько снижается к родам, отражая старение плаценты. Малое содержание Пр во время беременности закономерно формирует большую функциональную активность окситоцина и, как следствие этого – угрозу спонтанного аборта.

Клиническая значимость концентрации Пр в сыворотке материнской крови

Выше нормы:

- патологическое увеличение массы плаценты при изосерологическом конфликте, декомпенсированном течении сахарного диабета; почечная недостаточность.

Ниже нормы:

- угроза прерывания беременности, ФПН, внутриутробная гибель плода, истинное перенашивание беременности

1.1.5. Эстриол (E_3)

Составляет 80-95% всех эстрогенов ФСМП. В 90% имеет плодовое происхождение (надпочечники плода) и лишь в 10% - материнское.

Биологическая роль – обеспечение роста и развития матки, соответствующее ее кровоснабжение, адекватное расширение спиральных артерий плаценты перед их впадением в межворсинчатое пространство, что, в целом, обеспечивает должный энергетический уровень обменных процессов в ФПС. Кроме того, E_3 приводит к размягчению шейки матки. Влияние на молочные железы отражается в пролиферации молочных протоков. В соответствии с эффектами, определение E_3 позволяет использовать его в качестве метода мониторингового наблюдения за состоянием плода с 4-5 недели беременности. Показателем нарушенного развития плода является быстрое снижение концентрации E_3 в сыворотке материнской крови более, чем на 40% от нормы. Короткий период полураспада этого гормона при снижении синтеза позволяет на 1 месяц раньше клинических проявлений диагностировать нарушенное состояние плода.

Клиническая значимость концентрации E_3 в сыворотке материнской крови

Выше нормы:

- многоплодная беременность, крупный плод.

Следует помнить, что инактивация E_3 происходит только в материнском организме за счет конъюгации с глюкуроновой или серной кислотой. Поэтому заболевания печени, обуславливающие снижение ее функциональной активности, создают ложное повышение количества E_3 .

Ниже нормы:

- Гипотрофия плода, гипоплазия надпочечников плода, анэнцефалия, синдром Дауна, ВУИ, ФПН (\downarrow на 50-60%), угроза гибели плода (\downarrow на 80-90%), неразвивающаяся беременность, обратный отрицательный эффект при подавлении активности надпочечников плода (антибиотиками, глюкокортикои-

дами). Снижение в III триместре беременности – признак преждевременных родов

Диагностической ценностью гормоны ФПС обладают при одновременном определении. Сроки скринингового обследования гормонального профиля – 12-16 недель беременности.

Таблица 1

**Показатели фетоплацентарной системы
при физиологическом течении беременности
(по данным лаборатории пренатальной диагностики г. Красноярск)**

Срок беременности (недели)	Хорионический гонадотропин, МЕ/л	Эстриол, нмоль/л	α-фетопротеин, нг/мл	Прогестерон нмоль/л	Плацентарный лактоген, нмоль/л
1	до 100	-	-	24,1-96,4	-
2	до 1000	-	-	24,1-96,4	-
3	100-10000	-	-	32,4-125,8	-
4-5	1000-100000	0,1-1,8	0,04-2,0	35,1-140,2	0-2,0
6-7	1000-500000	0,8-3,1	2,3-7,0	36,5-145,8	0,9-8,0
8-9	50000-600000	1,3-4,1	2,5-10,0	38,8-155,2	1,5-15,0
10-11	20000-300000	2,4-7,0	4,0-16,0	40,3-161,2	15,0-30,0
12-13	10000-200000	3,0-10,0	7,0-28,0	50,6-202,2	25,0-80,0
14-15	10000-100000	3,0-14,0	8,0-32,0	56,2-222,8	35,0-150,0
16-17	10000-100000	6,0-18,0	9,0-36,0	75,1-299,4	50,0-190,0
18-19	7000-90000	9,0-28,0	13,0-52,0	75,3-301,2	70,0-210,0
20-21	5000-80000	13,0-40,0	18,0-72,0	80,4-321,4	80,0-230,0
22-23	5000-80000	15,5-45,5	33,0-121,0	93,1-370,2	100,0-250,0
24-25	5000-50000	17,0-50,0	46,0-133,0	109,1-436,0	110,0-270,0
26-27	5000-50000	19,0-60,0	53,0-156,0	119,3-475,2	140,0-290,0
28-29	5000-50000	27,0-80,0	58,0-183,0	149,4-595,6	180,0-350,0
30-31	5000-50000	32,0-100,0	65,0-210,0	182,2-726,2	200,0-400,0

**Некоторые показатели фетоплацентарной системы
при наличии патологии**

(по данным лаборатории пренатальной диагностики г. Красноярск)

Вид патологии	Характер отклонения гормона от нормы				
	Хорионический гонадотропин	Плацентарный лактоген	Прогестерон	Эстриол	α-фето-протеин
Гестоз (не длительное течение)	↑	норма	норма или ↑	норма или ↑	↑
Гестоз (длительное течение)	↓	↓	↓	↓	↓
Хронический пиелонефрит с гипертензией	↓	↓	↓	↓	↓
Резус-конфликтная беременность	↑	↑↑	↓	↓	↑ или ↓
Сахарный диабет	↑	↑	норма или ↑	↓	↑
Истинное перенашивание беременности	↓	↓↓	↓	норма или ↓	↓

Условные обозначения концентрации гормона в сыворотке крови:

“↑” - повышено, “↑↑” - резко повышено, “↓” - понижено,

“↓↓” - резко понижено.

**Некоторые показатели фетоплацентарной системы
при фетоплацентарной недостаточности**

(по данным лаборатории пренатальной диагностики г. Красноярска)

Вид патологии	Характер отклонения гормона от нормы				
	Хорионический гонадотропин	Плацентарный лактоген	Прогестерон	Эстриол	α-фетопротеин
Начальная плацентарная недостаточность	↓	↓	↓	норма или ↓	норма
Хроническая ФПН с гипотрофией плода	снижены на 30-50% от нормы				
Тяжелая ФПН с выраженной гипотрофией плода	снижены на 80-90% от нормы				
Тяжелая ФПН с антенатальной гибелью плода	снижены на 80-90% от нормы				↑↑
Дисфункция фетоплацентарной системы	↓	↑	↑	↓	любое значение

Условные обозначения концентрации гормона в сыворотке крови: “↑” - повышено, “↑↑” - резко повышено, “↓” - понижено, ФПН - фетоплацентарная недостаточность.

1.2. УЗИ

Оптимальным методом ультразвукового обследования беременных женщин является проведение массовых скрининговых обследований. Оптимальным количеством представляется 3-кратное исследование. Наиболее удобными сроками для обследования являются 10-14, 20-24 (с обязательной доплерометрией) и 30-34 недели беременности (с обязательной доплерометрией и КТГ).

До 12 недель беременности подготовка беременной к проведению УЗИ требует достаточного наполнения мочевого пузыря, что достигается приемом воды (800-1000 мл) и воздержанием от мочеиспускания на незначительное время. В более поздние сроки беременности подобная подготовка не требуется.

Таблица 4

Цели ультразвукового сканирования при четырехэтапном обследовании

Срок беременности	Цели
10-12 недель	<ul style="list-style-type: none"> - подтверждение прогрессирующей беременности - биометрия для определения срока беременности - диагностика многоплодия - диагностика осложнений беременности - выявление определяемых пороков развития (анэнцефалия, акрания, аплазия конечностей) - измерение воротникового пространства (маркер с-ма Дауна).
20-22 недели	<ul style="list-style-type: none"> - выявление маркеров хромосомной патологии (долихоцефалическая головка, патология сосудов пуповины, гиперэхогенный кишечник, вентрикуломегалия, кальцинаты в ГМ) - анатомия плода (БПР, ЛЗР, ОГ, ОЖ, ДБ, ПМП)
32-34 недели	<ul style="list-style-type: none"> - биометрическая индикация ЗВУР - диагностика фетоплацентарной недостаточности - идентификация крупного плода - оценка состояния и определение локализации плаценты - количество околоплодных вод с подсчетом индекса амниотической жидкости

1.3. Допплерометрия

Допплерометрия – это неинвазивный метод измерения скорости кровотока в сосудах системы мать-плацента-плод. Сущность метода заключается в получении от движущейся по сосудам крови доплеровского сдвига, отраженного на экране прибора в виде сплошной линии или зубчатой полосы. Все ультразвуковые аппараты, оснащенные доплеровским блоком, позво-

ляют регистрировать частотную разницу между испускаемыми и отражаемыми ультразвуковыми волнами. Величина частотного сдвига напрямую зависит от состояния кровотока в сосуде. Непосредственным отражающим объектом являются эритроциты крупных сосудов, систоло-диастолическая разница в скорости их движения и позволяет рассчитывать скорость кровотока и выявлять участки с нарушенным кровотоком.

Практическое значение имеет исследование кровотока в маточных артериях, сосудах пуповины и мозговых артериях плода. Существуют количественные (скорость кровотока, объем протекающей крови и диаметр сосуда) и качественные (систоло-диастолическое соотношение, индекс резистентности и пульсационный индекс) показатели кровотока.

Классификация гемодинамических нарушений

I А – нарушение маточного кровотока при сохраненном плодово-плацентарном кровотоке

I Б – нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохраненном маточном

2 – одновременное нарушение маточного кровотока и плодово-плацентарного кровотока, не достигающее критических значений

3 – критические нарушения плодово-плацентарного кровотока при сохраненном или нарушенном маточном кровотоке.

1.4. Кардиотокография

Различают непрямую (наружную) и прямую (внутреннюю) КТГ плода.

Регистрация прямой КТГ осуществляется в родах при сглаженной шейке матки введением внутриматочного катетера, соединенного с тензометрическим датчиком. Сердечная деятельность плода регистрируется с помощью спирального электрода, прикрепляемого к головке плода после излития околоплодных вод или амниотомии.

При записи непрямой КТГ, после нанесения слоя специального геля, первый датчик ставится на кожу передней брюшной стенки в месте наилучшей слышимости сердечных тонов плода. Второй, тензометрический датчик, используемый для регистрации тонуса и сократительной деятельности

матки, чаще располагается в области правого угла или на дне матки. Непрямая КТГ используется как во время беременности, так и во время родов.

Сроки проведения компьютерной КТГ (аппарат «Oxford») – с 26 недель беременности. Без компьютерной обработки данных – с 32 недель беременности

Оценка результатов КТГ

1.4.1. Оценка результатов КТГ во время беременности.

При беременности оцениваются следующие параметры кардиотокограммы:

- средняя (базальная) ЧСС плода;
- вариабельность сердечного ритма (амплитуда осцилляций);
- миокардиальный (моторно-кардиальный) рефлекс;
- количество шевелений плода за период регистрации КТГ.

1.4.1.1. Средняя (базальная) ЧСС плода

Средняя ЧСС плода – это среднее значение числа сокращений сердца плода, определяемое в период отсутствия его двигательной активности. Физиологической считается ЧСС - 120-160 ударов/минуту.

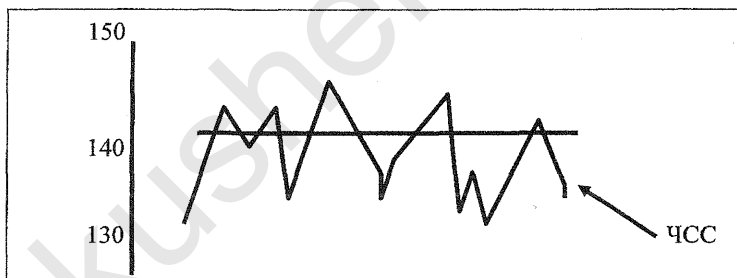


Рисунок 1. Базальная ЧСС плода.

Увеличение ЧСС до 160-180 уд/мин – умеренная тахикардия, 180 уд/мин и выше – выраженная тахикардия. Механизм возникновения тахикардии заключается в повышении тонуса симпатической нервной системы плода. Умеренная тахикардия рассматривается как компенсаторно-приспособительная реакция плода. Возможными причинами возникновения тахикардии являются патологические состояния материнского организма (гипертермия, тиреотоксикоз, амнионит), а также применение холиноблока-

торов (атропин, метацин), β -адреномиметиков (бриканил, гинипрал, партусистен и др.), кофеина. Кроме того тахикардия может быть обусловлена гипоксией, анемией, сердечной недостаточностью, глубокой недоношенностью.

Снижение ЧСС.

При брадикардии активизируется парасимпатический отдел вегетативной нервной системы. К брадикардии приводят гипотермия, применение наркотических средств, β -блокаторов (анаприлин). Кроме того брадикардия возникает при гипоксии плода, сдавлении головки плода, полном атриовентрикулярном блоке.

1.4.1.2. Вариабельность сердечного ритма

Вариабельность сердечного ритма на кардиограмме характеризуется величиной амплитуды осцилляций. Физиологической является величина амплитуды осцилляций от 7 до 25 уд/мин. Некоторые исследователи предлагают различать 4 типа кардиограмм в зависимости от величины амплитуды осцилляций: монотонный (сглаженный, немой) – 0-5 уд/мин.; сниженный волнообразный (ундулирующий) – 5-10 уд/мин.; волнообразный (ундулирующий) – 10-25 уд/мин.; скачущий (сальтаторный) – более 25 уд/мин. Монотонный ритм – признак гипоксии плода. Сниженный волнообразный тип отражает покой плода или, если ребенок не спит, отражает умеренную гипоксию. Волнообразный тип характерен для нормального состояния плода. Скачущий тип тахограммы может говорить о прижатии пуповины.

Увеличение амплитуды более 25 уд/мин отражает адаптивную реакцию сердечной деятельности плода на возникновение гипоксии. Снижение амплитуды менее 5 уд/мин свидетельствует о нарушении функционального состояния плода.

1.4.1.3. Миокардиальный рефлекс (нестрессовый тест)

Принципиально важной является оценка реактивности сердечного ритма плода в ответ на его спонтанные шевеления, предложенная проф. Н.А. Гармашевой и названная моторно-кардиальным (миокардиальным) рефлексом (МКР). МКР считают сформированным к 28 неделям беременности. В норме спонтанные шевеления плода сопровождаются увеличением ЧСС на 15-35 уд/мин (так называемые акцелерации сердечного ритма) и продолжи-

тельностью более 10 сек. Амплитуда МКР зависит от способности ЦНС плода координировать функции его скелетных мышц и сердца. МКР существенно изменяется при нарушении функционального состояния плода. На первом этапе гипоксия приводит к увеличению амплитуды МКР более 35 уд/мин, что является проявлением адаптации сердечно-сосудистой системы. Углубление гипоксии приводит к угнетению ЦНС плода, снижению амплитуды МКР менее 15 уд/мин вплоть до его полного исчезновения. За 30 минут исследования в активном состоянии должно быть зарегистрировано не менее 6 эпизодов шевелений плода, сопровождаемых адекватным МКР.

При отсутствии эпизодов шевелений плода во время регистрации КТГ показано проведение функциональных проб, оценка результатов которых позволяет дифференцировать фазу покоя от нарушения функционального состояния.

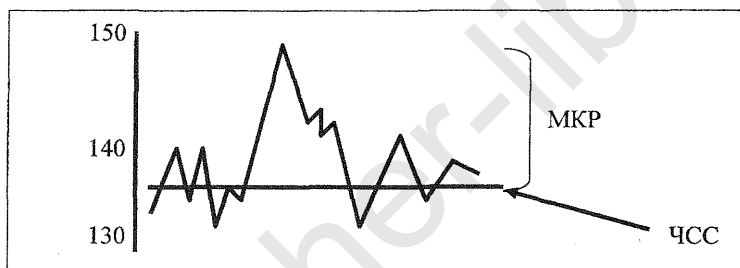


Рисунок 2. Миокардиальный рефлекс

1.4.2. Функциональные пробы

А) Степ-тест, который заключается в использовании физической нагрузки у беременных женщин (подъем и спуск на 2 ступени в течение 3 минут), которая вызывает снижение интенсивности маточно-плацентарного кровотока. При отсутствии выраженного функционального нарушения состояния плода дозированная физическая нагрузка матери приводит к увеличению амплитуды осцилляций и появлению адекватного МКР.

Б) Окситоциновый (стрессовый) тест - изучение реакции плода на уменьшение кровотока в межворсинчатом пространстве во время сокращения матки, вызванного окситоцином. Тест моделирует стрессовое воздействие, которому плод подвергается во время родов. 1 ЕД окситоцина разводится в 100 мл 5% глюкозы. Из полученного раствора берут 1 мл (0,01 ЕД окситоци-

на) и разводят еще в 20 мл 5% глюкозы. Вводят внутривенно медленно, под контролем КТГ.

В) Звуковой тест. Это единственная функциональная проба, при которой экзогенное воздействие воспринимается непосредственно плодом. В качестве раздражителя используется звуковой сигнал частотой 3 кГц, длительностью 5 секунд и интенсивностью 95-100 ДБ. При физиологической беременности воздействие звукового раздражителя на плод вызывает увеличение ЧСС в пределах 15-20 уд/мин. Отсутствие изменений ЧСС или увеличение ее не более, чем на 1-8 уд/мин свидетельствует о гипоксии плода. Звуковой тест может быть использован как для оценки интегративной функции слухового анализатора и ЦНС плода в целом, так и для оценки зрелости компенсаторно-приспособительных механизмов и слухового порога плода.

1.4.3. Оценка результатов КТГ в родах.

Основным параметром в родах, характеризующим состояние плода, является реакция его сердечно-сосудистой системы на схватки. В физиологических условиях во время схватки сердечный ритм плода не изменяется или наблюдается умеренная тахикардия. Однако в ряде случаев во время схватки или после нее наблюдается снижение ЧСС, так называемые децелерации сердечного ритма.

Децелерации – это уменьшение ЧСС плода относительно его базальной частоты более, чем на 15 уд/мин, продолжающееся в течение 15 секунд. Децелерации бывают ранними, поздними и переменными. Выделяют три степени тяжести децелераций:

- легкие (урежение ЧСС на 15 уд/мин относительно уровня базальной ЧСС);
- средней степени тяжести (урежение на 16-45 уд/мин);
- тяжелые (урежение более, чем на 45 уд/мин).

Ранние децелерации характеризуются урежением ЧСС, совпадающим с началом сокращения матки. Восстановление исходного уровня ЧСС происходит с окончанием схватки.

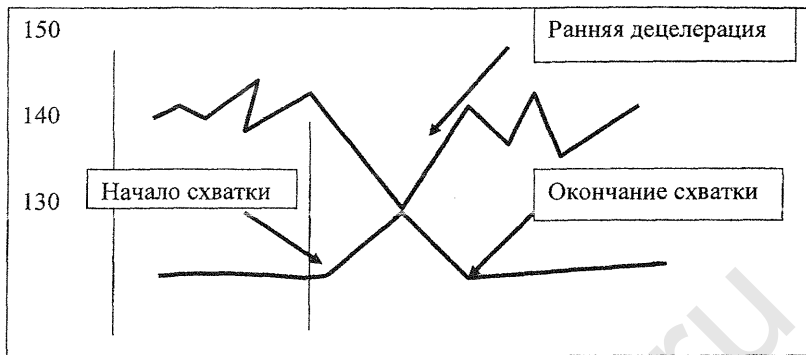
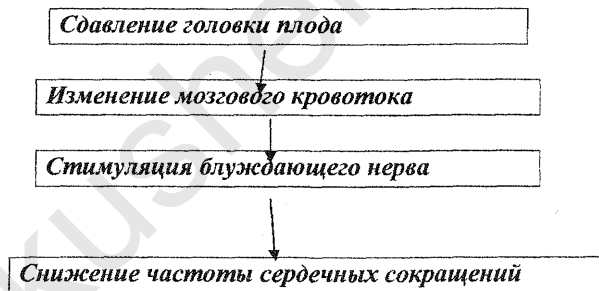


Рисунок 3. Ранняя децелерация

Считается, что ранние децелерации представляют собой рефлекторную реакцию сердечно-сосудистой системы плода на кратковременную ишемию головного мозга плода вследствие сдавления его головки.

Патогенез ранних децелераций



Возникновение поздних децелераций задерживается по отношению к началу сокращения матки. Восстановление исходного уровня ЧСС происходит после окончания схватки.

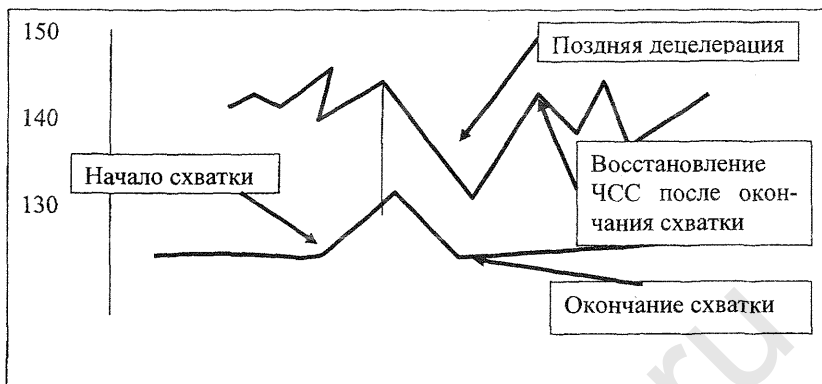
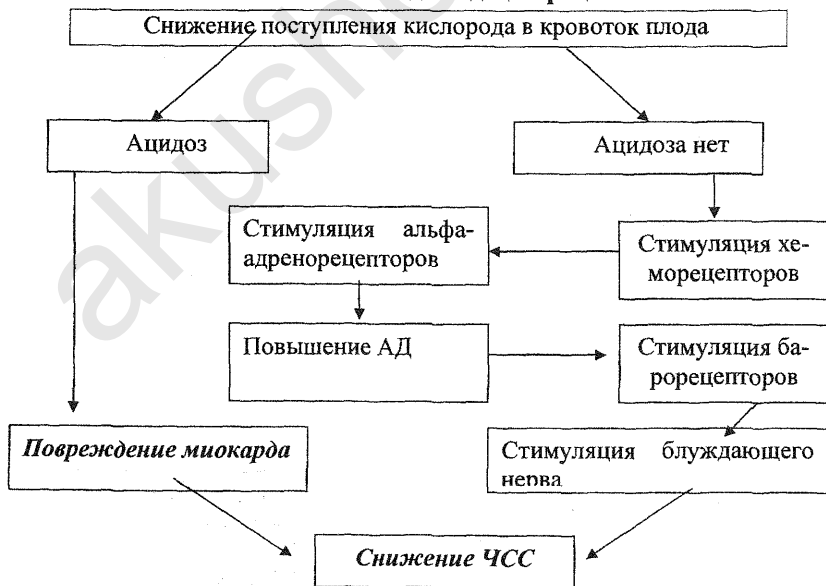


Рисунок 4. Поздняя децелерация.

Поздние децелерации являются признаком нарушения функционального состояния плода. Неблагоприятными прогностическими признаками считаются: увеличение количества поздних децелераций; тяжесть поздних децелераций; замедление скорости выравнивания сердечного ритма до базального уровня; сочетание поздних децелераций со снижением variability сердечного ритма или тахикардией.

Патогенез поздних децелераций



Вариабельные децелерации характеризуются различным временем возникновения относительно сокращения матки и различной продолжительностью. Они чаще имеют V-образную форму, однако могут отличаться друг от друга на протяжении одной записи кардиотокограммы.

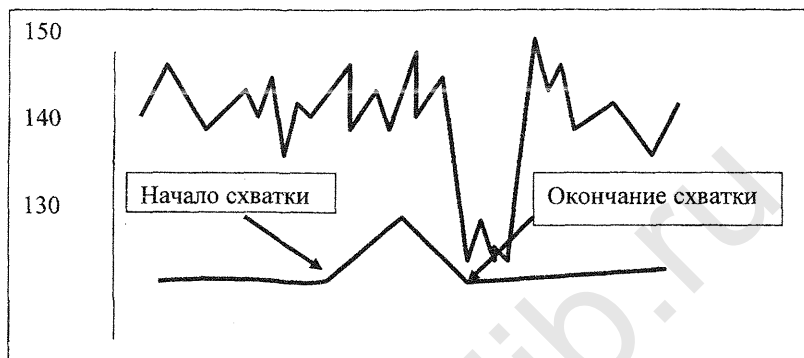


Рисунок 5. Вариабельная децелерация

Появление переменных децелераций связано со сдавлением пуповины во время схватки, с шевелениями плода (особенно на фоне маловодия), а также при дефиците Вартонова студня пуповины (тощей пуповине) и других нарушениях в строении пупочного канатика. В зависимости от амплитуды различают три степени тяжести переменных децелераций: легкую (амплитуда урежения менее 80 уд/мин и продолжительностью менее 30 секунд); среднюю легкую (амплитуда урежения более 80 уд/мин независимо от продолжительности) и тяжелую легкую (амплитуда урежения более 70 уд/мин и продолжительностью более 60 секунд).

1.5. ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основные показания для проведения инвазивных методов исследования во время беременности:

- 1. Возраст беременной 35 лет и старше, возраст отца ребенка 40 лет и старше;*
- 2. В анамнезе рождение ребенка с хромосомными заболеваниями;*
- 3. Транслокации, трансверсии хромосом у супругов;*
- 4. УЗИ-маркеры хромосомных aberrаций;*

5. Изменение уровня АФП при биохимическом скрининге;

6. Заболевания, связанные с полом у супругов.

1.5.1. Амниоскопия

Амниоскопия – трансцервикальный осмотр канала шейки матки, состояния плодных оболочек в нижнем полюсе, нижнего полюса плодного яйца, предлежащей части плода, качества околоплодных вод.

Показания для амниоскопии:

1) подозрение на перенашивание беременности; 2) диагностика состояния плода у беременных группы риска (гестоз, отягощенный акушерский анамнез, тяжелые экстрагенитальные заболевания, пожилые первородящие, нарушение сердечной деятельности плода); 3) определение целостности плодного пузыря; 4) уточнение предлежащей части плода; 5) диагностика гемолитической болезни (резус-конфликт); 6) подозрение на внутриутробную гибель плода; 7) диагностика состояния плода при аномалиях родовой деятельности, затяжных родах (при целом плодном пузыре); 8) выяснение причины гипоксии плода в родах (предлежание петель пуповины); 9) плевистое прикрепление пуповины (*vasa praevia*).

Считается, что зеленоватые околоплодные воды или воды насыщенно зеленого цвета “мекониальные” являются признаком гипоксии плода. При перенашивании обычно отмечается малый объем вод. При резус-конфликте цвет околоплодных вод, в зависимости от выраженности процесса, может быть от соломенно-желтого до темно-желтого. При отслойке плаценты в околоплодных водах возможна примесь крови. Амниоскопия дает возможность диагностировать предлежание петель пуповины и низкое прикрепление плаценты.

Противопоказания к амниоскопии: 1) кольпит, цервицит, хориоамнионит; 2) предлежание плаценты или подозрение на него.

Условия для амниоскопии: проходимость канала шейки матки для тубуса минимального диаметра.

Большинство исследователей используют амниоскоп конической формы. Большое значение имеет характер источника света в амниоскопе. Осветительная лампочка должна давать свет, лишенный зеленых компонентов спектра (для диагностики зеленого окрашивания вод). В последние годы широко используют фиброскопы, излучающие “холодный свет”.

Амниоскоп представляет собой конусовидную трубку длиной 20-25 см с сантиметровой градуировкой на наружной поверхности и мандреном (обтуратор) внутри. Диаметр трубки 12, 16, 20 мм и более. К трубке присоединяется осветительное устройство. К амниоскопу прилагается корнцанг с длинной ручкой для захватывания мелких тампонов в случае необходимости очистки поля зрения от слизи, крови и др.

Техника амниоскопии. Беременную (роженицу) укладывают на гинекологическое кресло. Производят обработку наружных половых органов и влагалища, а затем влагалищное исследование. Некоторые авторы рекомендуют также осмотр шейки матки при помощи зеркал. Мутная, зеленоватая слизистая пробка канала шейки матки в большинстве случаев указывает на содержание мекония в околоплодных водах.

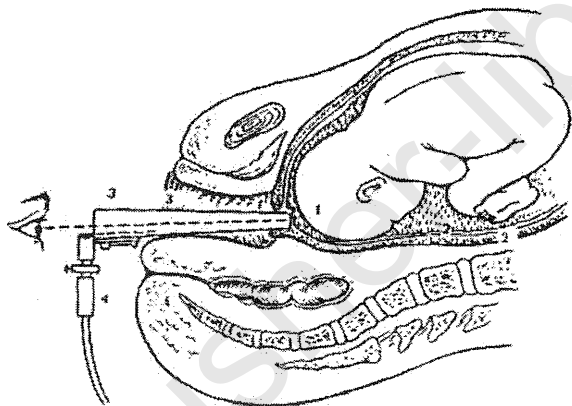


Рисунок 6. Амниоскопия: 1 – шейка матки, 2 – плодный пузырь, 3 – тубус амниоскопа, 4 – освещение.

При влагалищном исследовании определяют форму шейки матки, ее длину, положение, проходимость канала шейки матки, что в свою очередь дает возможность подобрать соответствующий диаметр амниоскопа и технику проведения амниоскопии.

Существует два принципиально различных способа введения амниоскопа в полость матки через канал шейки матки: под контролем влагалищных зеркал без захвата шейки матки пулевыми щипцами и под контролем пальцев, введенных во влагалище.

Если в поле зрения амниоскопа обнаруживают слизистую пробку, то ее следует удалить специальным тупферодержателем, так как она имитирует молочный цвет околоплодных вод.

Вначале следует установить состояние плодного пузыря (цел или отсутствует), наличие или отсутствие сосудистого рисунка на оболочках. Далее необходимо определить количество околоплодных вод ("много", "умеренное количество", "мало", "отсутствие околоплодных вод"). После этого внимание концентрируют на определении цвета околоплодных вод (светлые, опалесцирующие, мекониальные, желтые, коричневые). Следует оценить количество хлопьев сыровидной смазки (отсутствуют, умеренное количество, много).

Важно установить также степень отслаиваемости оболочек нижнего полюса плодного пузыря (0-1 см, 2-3 см, 4 см и более).

При амниоскопии определяют предлежащую часть плода (головка, ягодичи), а также петли пуповины и мелкие части плода (кисть, ножки). Наибольшую диагностическую ценность имеет цвет околоплодных вод. Установлено, что для определенного вида акушерской патологии характерно то или иное их окрашивание. Так, для перенесенной беременности типично зеленое окрашивание, для резус-конфликта — желтое, для внутриутробной гибели плода — темно-коричневое. Выраженный сосудистый рисунок на оболочках обычно указывает на низкое расположение плаценты.

При подозрении на внутриутробное страдание плода в конце беременности амниоскопию рекомендуют проводить с интервалом в 2 дня.

Зеленое окрашивание околоплодных вод указывает на угрожающее состояние плода, но не является абсолютным показанием к экстренному оперативному вмешательству. В таких случаях роды следует проводить под мониторным контролем.

Особое значение приобретает амниоскопия в родах. Многие авторы рекомендуют всем женщинам при поступлении на роды наряду с проведением влагалищного исследования производить амниоскопию. Положительный результат данных амниоскопии способствует правильному выбору тактики дальнейшего ведения родов.

Осложнения амниоскопии

Разрыв плодных оболочек, кровотечение (повреждение слизистой оболочки канала шейки матки, реже отслойка плаценты), развитие инфекции у рожениц и новорожденных.

1.5.2. Фетоскопия

Метод визуального осмотра поверхности плода через эндоскоп, введенный в амниотическую полость для диагностики наследственных заболеваний кожи (ихтиозиформный дерматит, буллезный эпидермолиз и др.) Возможные доступы: через передний свод влагалища, через переднюю брюшную стенку. Оптимальные сроки для проведения фетоскопии – 16-20 недель беременности. В зависимости от оборудования возможен забор крови из пуповины и эпидермиса.

1.5.3. Амниоцентез

Амниоцентез – пункция амниотической полости с целью получения околоплодных вод для лабораторных исследований. Амниоцентез является инвазивным методом пренатальной диагностики таких осложнений беременности как врожденные пороки развития плода, гемолитическая болезнь, внутриутробное инфицирование, перенашивание, при недоношенной беременности – оценка степени зрелости плода. Операция амниоцентеза производится во II-III триместрах беременности и осуществляется в настоящее время трансабдоминальным доступом под визуальным ультразвуковым контролем. От трансцервикального доступа большинство клиник отказалось из-за повышенного риска восходящего инфицирования и преждевременного прерывания беременности.

Амниоцентез производят иглой 18-20G с мандреном длиной 35 мм под местной анестезией тканей в месте пункции с соблюдением мер асептики и антисептики. Непосредственно перед амниоцентезом проводится прицельное ультразвуковое исследование с целью выбора участка предполагаемой пункции (необходимо наличие свободного “кармана” околоплодных вод и отсутствие плаценты в месте пункции). Амниотическая жидкость аспирируется в объеме 15-20 мл.

Диагностика гемолитической болезни плода основана на определении оптической плотности билирубина в околоплодных водах; внутриутробного инфицирования – по результатам бак. посева околоплодных вод с верификацией возбудителя и количественным определением массивности колонизации с антибиотикограммой или ПЦР-исследования околоплодных вод; зрелости плода – по соотношению количественных содержаний “лецитин/сфингомиелин” (косвенная оценка степени зрелости сурфактантной системы легких плода); врожденных пороков развития плода – по результатам

культивирования клеток амниотической жидкости с последующим анализом хромосомного аппарата.

Противопоказания для амниоцентеза: угроза прерывания беременности, острый инфекционный процесс, рубец на матке, спаечная болезнь.

1.5.4. Кордоцентез

Кордоцентез – это исследование крови, взятой из пуповины под ультразвуковым контролем. Различают диагностический и лечебный кордоцентез.

Показания к диагностическому кордоцентезу: эхомаркеры ХА; пороки развития плода; мозаицизм, полученный при амниоцентезе.

Показания к лечебному кордоцентезу: необходимость внутриутробного переливания крови; внутриутробного введения препаратов.

Кордоцентез проводят в 22-24 недели беременности под постоянным ультразвуковым контролем датчиками, снабженными пункционными адаптерами. Пункцию околоплодных вод при двухигльчатом методе производят иглой 18-20G в объеме 20-30 мл, затем вторую иглу 22G или 25G вводят в просвет первой с продвижением к пуповине. Прокол производят либо на свободном участке петель пуповины, либо в месте ее вхождения в брюшную полость. Для исследования достаточно 1-4 мл пуповинной крови. В некоторых случаях с целью обездвиживания плода при проведении манипуляции в его кровотоки вводят нейроблокаторы (чаще “Ардуан”).

После проведения кордоцентеза рекомендуется кардиомониторное наблюдение за состоянием плода в течение 30-60 минут.

1.5.5. Биопсия хориона

Биопсия хориона позволяет получить плодный материал в I триместре беременности (10-12 недель). Метод биопсии хориона обладает высокой эффективностью при кариотипировании плода в I триместре с целью предотвращения рождения детей с хромосомными абберациями, особенно с болезнью Дауна, а также с наследственными болезнями, сцепленными с полом.

Способы хорионбиопсии

1. Аспирационная
 - а. Трансцервикальная;
 - б. Трансабдоминальная.
2. Биопсионная

Противопоказания

- Угроза прерывания беременности
- Осложнения
- Образование гематом; прерывание беременности; инфицирование.

После проведения манипуляции – обязателен контроль УЗИ через 2 часа и через 24 часа после процедуры.

2. Перинеотомия и эпизиотомия – показания

Эпизиотомия – операция кровяного расширения половой щели. Производится на одной стороне, на 2-3 см выше задней спайки, направление разреза – в сторону седалищного бугра. Разрез производится с помощью ножниц, под контролем руки, на высоте потуги, длина и глубина должны быть не менее 2 см. При этом разрезают кожу и часть мышечных пучков констриктора влагалища.

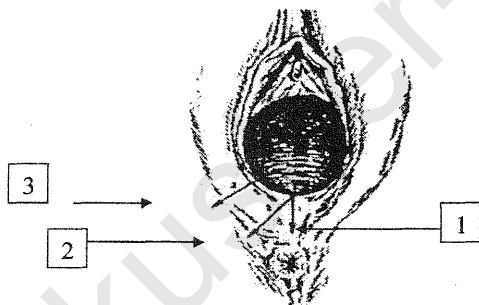


Рисунок 7. Типы разрезов промежности в родах

1. – срединная эпизиотомия (перинеотомия);
2. – срединно-латеральная эпизиотомия;
3. – латеральная эпизиотомия.

Перинеотомия – срединный разрез промежности, разрезается кожа и поверхностные мышцы промежности. Показанием к перинеотомии является высокая промежность.

Разрез производится на высоте потуги при прорезывающейся головке при растянутой и напряженной промежности.

Показания к эпизиотомии:

- угрожающий разрыв промежности;
- перед производством родоразрешающих вагинальных операций (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, экстракция плода за тазовый конец);
- при необходимости сократить продолжительность второго периода родов: экстрагенитальная патология и осложнения беременности и родов – миопия высокой степени, патология сетчатки, заболевания ССС, легких, ЦНС, поздние гестозы, гипоксия плода, преждевременные роды и т.д;
- слабость родовой деятельности.

3. Разрывы шейки матки и промежности: классификация, этапы восстановления, особенности ведения послеоперационного периода

3.1. Классификация разрывов шейки матки:

- I степень: разрыв до 2 см;
- II степень: разрыв более 2 см, но не доходит до свода;
- III степень: разрыв более 2 см с переходом на свод и на нижний сегмент матки.

3.2. Классификация разрывов промежности

- I степень: нарушается задняя спайка (небольшой участок кожи промежности и стенки влагалища), мышцы промежности остаются неповрежденными;
- II степень: Нарушаются кожа промежности, стенки влагалища и мышцы промежности, кроме наружного сфинктера прямой кишки;
- III степень: кроме указанных выше тканей разрывается наружный сфинктер прямой кишки, а иногда и стенка прямой кишки.
 - III А – разрыв сфинктера прямой кишки;
 - III Б – разрыв стенки прямой кишки.

3.3. Восстановление разрыва шейки матки

Восстановление разрыва шейки матки производят рассасывающимся шовным материалом. Шейку матки специальными щипцами подтягивают ко входу во влагалище и отводят в сторону, противоположную от разрыва. Швы накладывают начиная от верхнего края разрыва (первая лигатура должна быть расположена несколько выше угла раны) по направлению к наружному зеву. Слизистую оболочку шейки матки не прошивают. Анестезия при вос-

становлении разрывов шейки матки не требуется, поскольку на шейке матки отсутствуют болевые рецепторы.

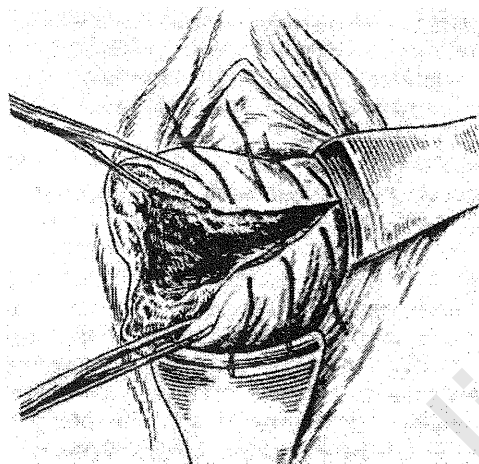


Рисунок 8. Наложение швов при разрыве шейки матки

3.4. Ушивание разрыва промежности

Ушивание разрыва промежности I-II степени начинают с верхнего угла раны во влагалище, накладывая мышечные, мышечно-слизистые кетгуттовые швы. Затем накладывают швы на кожу, начиная с нижнего угла раны. При завязывании нитей края раны должны вплотную прилегать друг к другу. При ушивании разрывов промежности I-II степени используется местная анестезия.

При разрыве промежности III степени сначала восстанавливают прямую кишку, затем отыскивают разошедшиеся концы разорванного сфинктера и соединяют их швами и только после этого накладывают швы на промежность, как при разрыве II степени. Используют синтетический длительнорассасывающийся шовный материал. Обезболивание – общий наркоз.

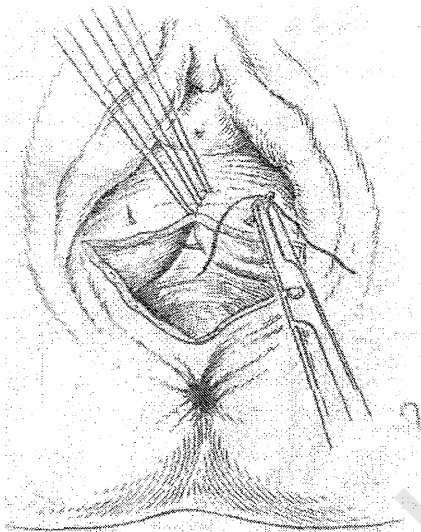


Рисунок 9. Наложение швов при разрыве промежности II степени

3.5. Обработка швов в послеоперационном периоде

При разрывах шейки матки специального послеоперационного ухода не требуется. Исключение – воспалительные явления во влагалище, которые требуют санации. Послеоперационный уход при разрывах промежности сводится к содержанию поверхности швов в чистоте. Область швов не обмывают, а только осторожно обсушивают стерильным тампоном и обрабатывают настойкой йода, спиртом или спиртовым раствором бриллиантового зеленого 3 раза в сутки. В послеродовом периоде назначается диета без хлеба, пища должна легко усваиваться. Родильнице запрещают садиться, кормление ребенка должно осуществляться лежа, либо стоя.

3.6. Снятие швов с промежности после родов

При разрывах I-II степени при отсутствии самостоятельного стула на 3-4 день назначают слабительное, швы снимают на 5 сутки. При разрыве промежности III степени слабительное назначается на 6 сутки, ставится очистительная клизма, швы снимают на 7 сутки послеродового периода. Снятие

швов производится на гинекологическом кресле, в стерильных перчатках путем подсечения лигатуры. После того, как все нити будут убраны, область шва обрабатывается раствором бриллиантового зеленого.

4. Последовательность и качество сбора акушерского анамнеза

4.1. Жалобы.

Выясняется наличие у женщины регулярной родовой деятельности или схваткообразных болей внизу живота, тянущих болей в пояснице. Время появления этих жалоб, влияние их на ночной сон. Характер болей (с усилением или без), если это регулярная родовая деятельность, то выясняется продолжительность, частота и сила схваток и как эти характеристики меняются во времени. Кроме того, доктор спрашивает у женщины о наличии каких-либо выделений из половых путей (жидкие, слизистые, кровянистые).

4.2. An. Vitae.

Выясняется наследственность и перенесенные заболевания, наличие хронических соматических заболеваний, травм, операций; наличие вредных привычек.

4.3. Гинекологический анамнез.

Перенесенные гинекологические заболевания, их исход, объем проведенной терапии, гинекологические операции. Методы контрацепции, которые использовала женщина до беременности. Перенесенные специфические и неспецифические инфекционно-воспалительные заболевания половых органов.

4.3.1. Менструальная функция. Выясняют в каком возрасте появилась первая менструация; через какой промежуток времени установились регулярные менструации; тип и характер менструаций – цикл, продолжительность менструации, количество теряемой крови, наличие болей; изменился ли характер менструаций после начала половой жизни, родов, аборт; дату последней менструации.

4.3.2. Половая функция. Выясняют, в каком возрасте началась половая жизнь, какой брак по счету, нет ли болей или кровянистых выделений при половых сношениях.

4.3.3. Здоровье и возраст отца ребенка. Выясняется наличие вредных привычек – алкоголизма, наркомании и т.д.; наследственных заболеваний и

болезней, опасных в отношении заражения беременной и будущего ребенка (ЗППП и венерические заболевания).

4.4. Акушерский анамнез

Выясняется, какая по счету беременность; чем закончились предыдущие беременности. Необходимо получить подробные сведения и течения каждой беременности, каждых родов и послеродовых периодов. При наличии выкидышей следует выяснить причину и срок, в котором произошел выкидыш, заболевания после выкидыша. При наличии абортотвы выясняется срок беременности, в котором произведены аборты, методы прерывания беременности, осложнения после абортов.

4.5. Аллергологический анамнез

Выясняется наличие аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты, химические вещества.

4.6. Течение данной беременности

4.6.1. Выясняется, как протекала беременность в первой половине, был ли токсикоз; какие соматические заболевания перенесла до 20-ти недель беременности, были ли обострения хронических заболеваний, какое лечение получала.

4.6.2. Затем выясняется, как протекала беременность во второй половине, какие соматические заболевания перенесла после 20-ти недель беременности, были ли обострения хронических заболеваний, какое лечение получала; были ли проявления гестоза, угрозы прерывания беременности и других осложнений беременности; определяется общая прибавка массы тела за беременность; подсчитывается срок родов.

4.7. St. praesens

Описывается соматический статус по органам и системам. Измеряется артериальное давление, пульс, температура тела; рост и вес женщины.

5. Наружное акушерское исследование (приемы Леопольда, измерение наружных размеров таза, аускультация плода, измерение ромба Михаэлиса и индекса Соловьева):

5.1. Приемы наружного акушерского исследования (приемы Леопольда)

А. Первый прием: положение врача – справа от обследуемой, лицом к лицу. Ладони обеих руки кладутся на дно матки, пальцы рук сближаются.

Осторожным надавливанием вниз определяют высоту стояния дна матки и часть плода, располагающаяся в дне матки.

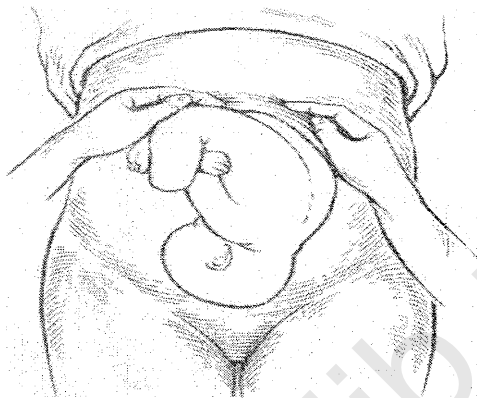


Рисунок 10. Наружное акушерское исследование. Первый прием Леопольда.

Б. Второй прием: положение врача – справа от обследуемой, лицом к лицу. Обе руки со дна матки перемещают на боковые поверхности матки на уровне пупка. Пальпацию частей плода производят поочередно правой и левой рукой. Левая рука лежит на одном месте, пальцы правой руки скользят по левой боковой поверхности матки и ощупывают обращенную туда часть плода. Затем правая рука лежит на стенке матки, а левая ощупывает части плода, обращенные к правой стенке матки. При продольном положении плода с одной стороны прощупывается спинка, с противоположной – конечности, мелкие части плода. Спинка прощупывается в виде равномерной площадки, мелкие части – в виде небольших выступов, часто меняющих положение. Определяют положение, позицию, вид позиции плода. При поперечном положении позиция определяется по головке. Если головка слева – то это первая позиция, если справа – то вторая.

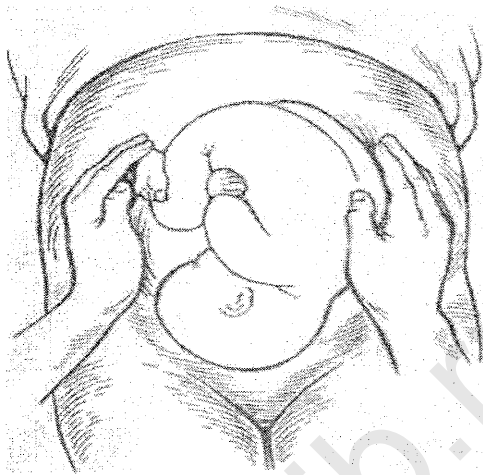


Рисунок 11. Наружное акушерское исследование. Второй прием Леопольда.

В. Третий прием: положение врача – справа от обследуемой, лицом к лицу. Правая рука располагается над лоном на предлежащей части плода так, чтобы большой палец находился на одной стороне, а четыре остальных на другой стороне нижнего сегмента матки. Медленно пальцы погружают и обхватывают предлежащую часть. Определяют характер предлежания, подвижность предлежащей части. Короткими легкими толчками стараются сдвинуть головку справа налево и наоборот; при этом исследующий ощущает ballotирование головки. Чем выше головка над входом в малый таз, тем яснее ballotирование. При неподвижно стоящей во входе в таз головке, а также при тазовом предлежании ballotирование отсутствует.

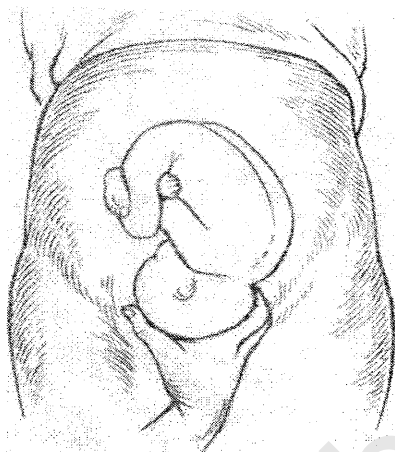


Рисунок 12. Наружное акушерское исследование. Третий прием Леопольда.

Г. Четвертый прием (используется только во время родов): положение врача – справа от обследуемой, лицом к ее ногам. Этот прием является дополнением и продолжением третьего приема. Ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, кончики пальцев доходят до симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно проникают вглубь по направлению к полости таза и кончиками пальцев определяют предлежащую часть и уровень ее стояния (можно следить за степенью продвижения предлежащей части, если головка опустилась в полость таза, прощупывается только ее основание). О степени вставления головки в полость таза большим или малым сегментом судят по данным пальпации. Пальцы рук выводят по головке вверх из-за лона. Если при этом пальцы рук расходятся – головка находится во входе малым сегментом, если пальцы сходятся – головка находится во входе большим сегментом или опустилась глубже. При высоком стоянии головки исследуемый может подвести под нее пальцы рук.

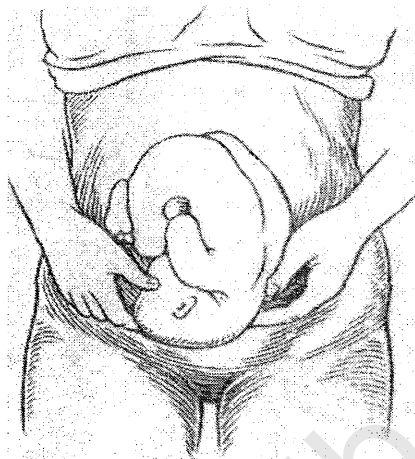


Рисунок 13. Наружное акушерское исследование. Четвертый прием Леопольда.

5.2. Измерение наружных размеров таза:

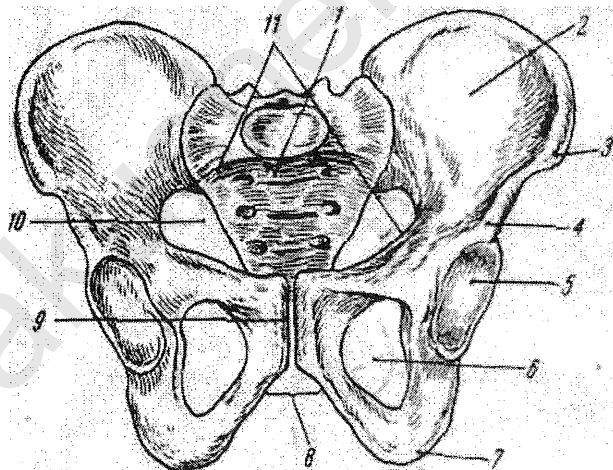


Рисунок 14. Женский таз.

1- крестец; 2- крыло подвздошной кости; 3- передневерхняя ость; 4- передненижняя ость; 5- вертлужная впадина; 6- запирающее отверстие; 7- се-

далищный бугор; 8- лобковая дуга; 9- симфиз; 10- выход в малый таз; 11- пограничная (безымянная) линия.

Измерение таза производят тазомером. При измерении таза женщина лежит на спине с обнаженным животом, ноги вытянуты и сдвинуты вместе. Врач становится справа от беременной, лицом к ней. Ветви тазомера берутся таким образом, чтобы большие и указательные пальцы держали пуговки. Шкала с делениями должна быть обращена кверху. Обычно измеряют четыре размера таза: три поперечных и один косой.

1. *Distantia spinarum* – расстояние между передневерхними осями подвздошных костей. Пуговки тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. Этот размер в норме равен 25-26 см.

2. *Distantia cristarum* - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей. После измерения *distantia spinarum* пуговки тазомера передвигают с остей по наружному краю гребня подвздошных костей до тех пор, пока не определяют наибольшее расстояние. В среднем – 28-29 см.

3. *Distantia trochanterica* – расстояние между большими вертелами бедренных костей. Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов и прижимают к ним пуговки тазомера. Этот размер в норме равен 30-31 см.

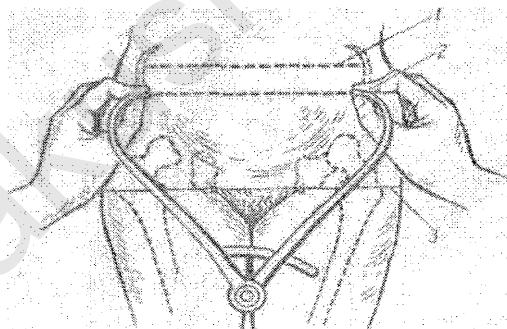


Рисунок 15. Измерение поперечных размеров таза:

1-distantia cristarum; 2- distantia spinarum; 3- distantia trochanterica

4. *Conjugata externa* – наружная конъюгата, прямой размер большого таза. Женщину укладывают на левый бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую – вытягивают. Пуговку одной ветви тазомера устанавливают на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимают к надкрестцовой ямке, которая находится между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня (надкрестцовая ямка совпадает с верхним углом ромба Михаэлиса). Наружная конъюгата в норме равна 20-21 см. Наружная конъюгата имеет большое значение, по ее величине можно судить о размере истинной конъюгаты. Для этого из величины наружной конъюгаты вычитают 9 (например: $20 - 9 = 11$ см)

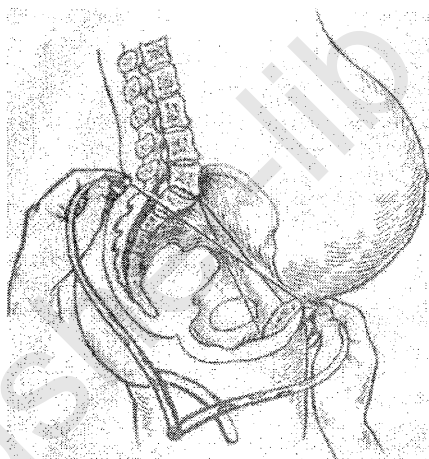


Рисунок 16. Измерение наружной конъюгаты

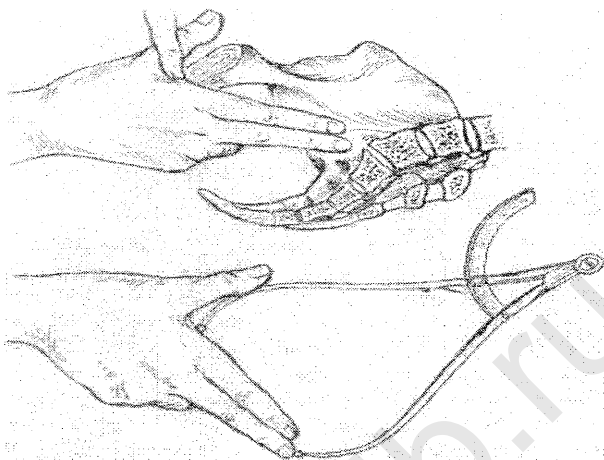


Рисунок 17. Измерение диагональной конъюгаты

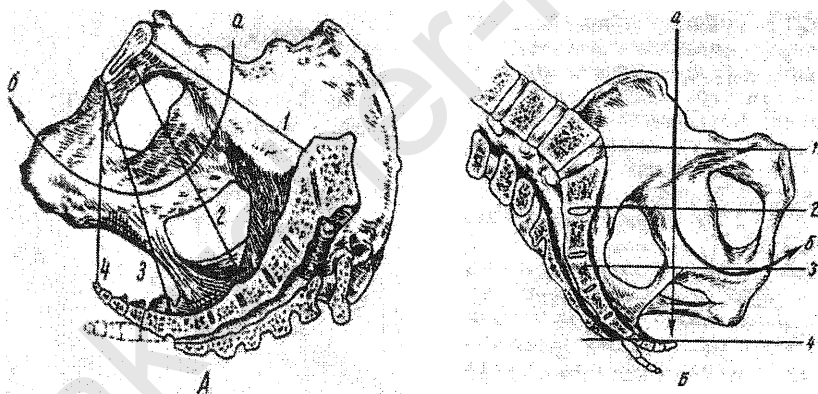


Рисунок № 18. Прямые размеры и параллельные плоскости таза.

А- прямые размеры и проводная ось Б- параллельные плоскости малого таза:

1. вход (истинная конъюгата);
2. широкая часть полости;
3. узкая часть полости;
4. выход;
5. а-б- проводная ось таза;

1. терминальная плоскость;
2. главная плоскость;
3. спинальная плоскость;
4. 4- плоскость выхода

5.3. Измерение индекса Соловьева.

Для суждения о толщине костей таза известное значение имеет измерение сантиметровой лентой окружности лучезапястного сустава (индекса Соловьева). Средняя величина этой окружности – 14-16 см. Если индекс 16 см и более, можно предположить, что кости таза массивные и размеры полости малого таза меньше, чем можно было ожидать по данным измерения большого таза.

5.4. Измерение крестцового ромба (ромба Михаэлиса)

Крестцовый ромб представляет собой площадку на задней поверхности крестца: верхний угол ромба составляет углубление между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня; боковые углы соответствуют задневерхним остям подвздошных костей; нижний – верхушке крестца; сверху и снаружи ромб ограничивается выступами больших спинных мышц, снизу и снаружи – выступами ягодичных мышц. Имеет правильную, симметричную форму. Вертикальный размер – 11 см., поперечный размер – 10 см.

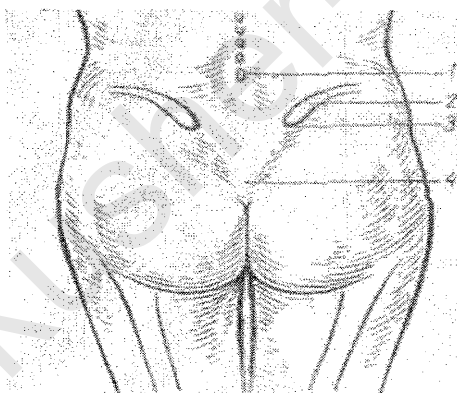


Рисунок 19. Ромб Михаэлиса.

5.5. Аускультация плода

Выслушивание живота беременной и роженицы производится обычно акушерским стетоскопом. Акушерский стетоскоп имеет широкую воронку, 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, совпадающее с пульсом женщины; дующие маточные шумы, возникающие 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 пуповины, глухие, неритмичные толчкообразные движения 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 стетоскопом прослушиваются с начала второй половины беременности (реже с 18-20 недель) и с каждым месяцем становятся отчетливее. Сердечные тоны плода прослушиваются в той стороне живота, куда обращена спинка плода, ближе к головке. Только при лицевых предлежаниях сердцебиение плода отчетливее со стороны его грудной клетки. Это связано с тем, что при лицевом предлежании головка максимально разогнута и грудка прилегает к стенке матки.

При затылочном предлежании сердцебиение хорошо выслушивается ниже пупка, при первой позиции – слева, при второй – справа.

При поперечным положениях сердцебиение прослушивается на уровне пупка справа или слева, ближе к головке.

При тазовом предлежании сердцебиение хорошо выслушивается выше пупка, при первой позиции – слева, при второй – справа.

При многоплодной беременности сердцебиение плода обычно выслушивается отчетливо в разных отделах матки с разницей в 10 ударов в минуту.

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

Сердечные тоны плода выслушиваются в виде ритмичных двойных ударов, частотой до 120-160 в минуту.

Во время родовых схваток и потуг происходит физиологическое замедление ЧСС плода, зависящее от временного сдавления сосудов матки при ее сокращении. Возможно, это зависит и от сдавления головки и раздражения блуждающего нерва. Между схватками и потугами восстанавливается обычная ЧСС, обычно через 10-15 секунд после схватки.

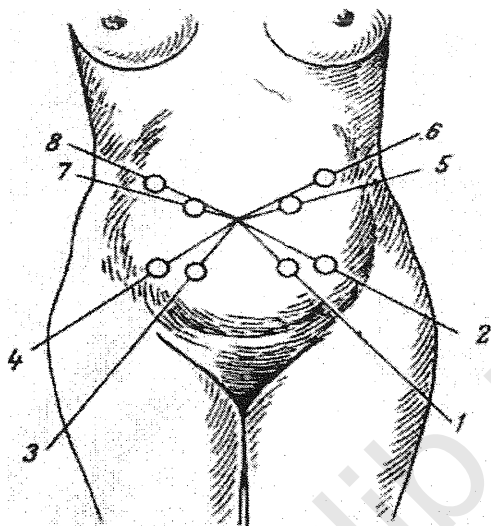


Рисунок №20. Места наиболее ясного выслушивания сердцебиения при различных положениях плода.

- 1-передний вид, первая позиция, головное предлежание;
- 2- задний вид, первая позиция, головное предлежание;
- 3- передний вид, вторая позиция, головное предлежание;
- 4- задний вид, вторая позиция, головное предлежание;
- 5- передний вид, первая позиция, тазовое предлежание;
- 6- задний вид, первая позиция, тазовое предлежание;
- 7- передний вид, вторая позиция, тазовое предлежание;
- 8- задний вид, вторая позиция, тазовое предлежание.

6. Осмотр шейки матки в зеркалах:

1. Осмотр НПО

- характер оволосения (по женскому типу, по мужскому типу);
- состояние половой щели (плотное смыкание срамных губ, зияние щели);
- симметрия половых губ (симметричны, асимметричны, рубцовая деформация, опухоль);
- состояние кожи (гладкая, пигментирована на половых губах, гиперемия, язвы, лейкоплакия, папилломы, кондиломы, опухоли).

2. Осмотр преддверия влагалища (после разведения половых губ пальцами или зеркалами): слизистая оболочка гладкая, влажная, бледно розовая, протоки парауретральных и бартолиниевых желез почти незаметны.

3. Введение зеркал (ложкообразных или створчатых).

4. Осмотр влагалища: слизистая розовая (красная, синюшная), складчатая, влажная.

5. Осмотр влагалищной части шейки матки: розовая (синюшная), гладкая (множественные разрастания слизистой).

6. Осмотр наружного зева: точечный у первородящих, щелевидный у повторнородящих; деформация; смещение; гиперемированные участки; псевдоэрозия; язва.

7. Выделения (бели): молочного цвета, необильные, гнойные, пенистые, творожистые, слизистые, кровянистые.

7. Бимануальное исследование во время беременности

Бимануальное исследование проводится на гинекологическом кресле после обработки наружных половых органов дез. раствором, в стерильных перчатках. Определяется состояние наружных половых органов, влагалища (растяжимость, наличие перегородок, стриктур); определение длины, формы, консистенции шейки матки, состояния наружного зева; расположение, форма и величина матки, состояние перешейка; определение придатков матки; состояние сводов влагалища. О наличии беременности свидетельствуют следующие признаки:

- Увеличение матки заметно с 5-6 недели беременности. Матка сначала увеличивается в переднезаднем размере (становится шарообразной), позднее увеличивается и ее поперечный размер. К 12 неделям беременности дно матки находится на уровне симфиза.

- Признак Горвица-Гегара характеризуется тем, что консистенция беременной матки мягкая, причем размягчение выражено особенно сильно в области перешейка. При бимануальном исследовании пальцы обеих рук встречаются в области перешейка почти без сопротивления. Этот признак очень характерен для ранних сроков беременности.

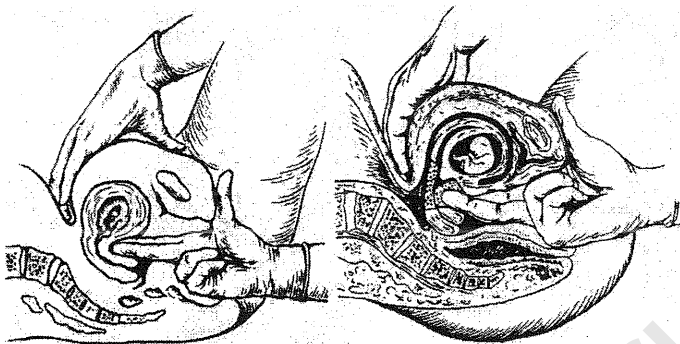


Рисунок № 21. Симптом Горвица-Гегара

- Признак Снегирева характеризуется тем, что размягченная беременная матка во время двуручного исследования под влиянием механического раздражения уплотняется и сокращается в размере. После прекращения раздражения матка вновь приобретает мягкую консистенцию.

- Признак Пискачечка характеризуется тем, что в области правого или левого угла матки появляется ее ассиметрия. Выпячивание соответствует месту имплантации плодного яйца. По мере роста плодного яйца выпячивание постепенно исчезает.

- Признак Губарева-Гауса характеризуется тем, что из-за размягчения перешейка появляется легкая подвижность шейки матки.

- Признак Гентера характеризуется тем, что из-за размягчения перешейка появляется перегиб матки кпереди и гребневидное утолщение на передней поверхности матки. Это утолщение определяется не всегда.

8. Взятие мазков на флору из влагалища

Взятие мазков на флору из влагалища:

1. введение зеркал
2. забор содержимого из уретры + мазок на лабораторное стекло
3. забор содержимого из цервикального канала + мазок на лабораторное стекло
4. выведение зеркал

9. Выявление группы риска у беременных:

Важным компонентом работы женской консультации является систематическая индивидуальная работа с каждой беременной: составление индивидуального плана обследования, ведения беременной и определение степени риска материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

9.1. Выделение и диспансеризация беременных в группах повышенного риска

Стратегия риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией. Беременные, состоящие на учете в женской консультации, могут быть отнесены к следующим группам риска:

- С перинатальной патологией
- С акушерской патологией
- С экстрагенитальной патологией.

В 32 и 38 недель беременности проводят балльный скрининг, поскольку в эти сроки появляются новые факторы риска. Данные последних исследований свидетельствуют о том, что к концу беременности наблюдается увеличение количества беременных с высокой степенью перинатального риска (с 20 до 70%). После повторного определения степени риска уточняют план ведения беременности.

С 36 недель беременности женщин из группы среднего и высокого риска повторно осматривает заведующий женской консультацией и заведующий акушерским отделением, в которое беременная будет госпитализирована до родов. Этот осмотр является важным моментом в ведении беременных из группы риска. В тех районах, где нет родильных отделений, беременных госпитализируют по графикам обл-, горздравоотделов для профилактического лечения в определенные акушерские стационары. Поскольку дородовая госпитализация для обследования и комплексной подготовки к родам для женщин из группы риска является обязательной, то срок госпитализации, предположительный план ведения последних недель беременности и родов должны вырабатывать совместно с заведующим акушерским отделением.

Дородовая госпитализация в срок, определенный совместно врачами консультации и стационара, - последняя, но очень важная задача женской консультации. Своевременно госпитализировав беременную из групп среднего и высокого риска, врач женской консультации может считать свою функцию выполненной.

Группа беременных с риском возникновения перинатальной патологии. Установлено, что 2/3 всех случаев перинатальной смертности встречается у женщин из группы высокого риска, составляющих не более 1/3 общего числа беременных. На основе данных литературы, собственного клинического опыта, а также многоплановой разработки историй родов при изучении перинатальной смертности О.Г. Фролова и Е.Н. Николаева (1979) определили отдельные факторы риска. К ним относятся только те факторы, которые приводили к более высокому уровню перинатальной смертности по отношению к этому показателю во всей группе обследованных беременных. Все факторы риска авторы делят на две большие группы: пренатальные (А) и интранатальные (В).

9.2. Пренатальные факторы:

1. Социально-биологические:

- Возраст матери (до 18 лет, старше 35 лет)
- Возраст отца (старше 40 лет)
- Профессиональные вредности у родителей
- Табакокурение, алкоголизм, наркомания
- Массо-ростовые показатели (рост менее 153 см, масса на 25% выше или ниже нормы).

2. Акушерско-гинекологический анамнез:

- Число родов 4 и более
- Неоднократные или осложненные аборт
- Оперативные вмешательства на матке или придатках
- Пороки развития матки
- Бесплодие
- Невынашивание беременности
- Неразвивающаяся беременность
- Преждевременны роды
- Мертворождение
- Смерть в неонатальном периоде

- Рождение детей с генетическими заболеваниями, аномалиями развития
 - Рождение детей с низкой или крупной массой тела
 - Осложненное течение предыдущей беременности
 - Бактериально-вирусные гинекологические заболевания (генитальный герпес, хламидиоз, цитомегаловирус, сифилис, гонорея и др.)
3. Экстрагенитальная патология:
- Заболевания мочевыделительной системы
 - Эндокринопатия
 - Болезни крови
 - Болезни печени
 - Болезни легких
 - Заболевания соединительной ткани
 - Острые и хронические инфекции
 - Нарушение гемостаза
 - Алкоголизм, наркомания.
4. Осложнений настоящей беременности:
- Рвота беременной
 - Угроза прерывания беременности
 - Кровотечения в I и II половине беременности
 - Гестоз
 - Многоводие
 - Маловодие
 - Многоплодие
 - Плацентарная недостаточность
 - Анемия
 - Rh и ABO изосенсибилизация
 - Обострение вирусной инфекции
 - Анатомически узкий таз
 - Неправильное положение плода
 - Переношенная беременность
 - Индуцированная беременность
5. Оценки состояния внутриутробного плода.
- Общее число пренатальных факторов составило 52.

9.3. Интранатальные факторы

Интранатальные факторы были разделены на 3 подгруппы. Это факторы со стороны:





1. Матери;
2. Плаценты и пуповины;
3. Плода.

Эта группа объединяет 20 факторов. Таким образом, всего выделено 72 фактора риска.

Для количественной оценки факторов применена балльная система, дающая возможность не только оценить вероятность неблагоприятного исхода родов при действии каждого фактора, но и получить суммарное выражение вероятности всех факторов. Исходя из расчетов оценки каждого фактора в баллах, авторы выделяют следующие степени риска: высокую – 10 баллов и выше, среднюю – 5-9 баллов, низкую до 4 баллов. Самая частая ошибка при подсчете баллов заключается в том, что врач не суммирует показатели, кажущиеся ему несущественными, считая, что незачем увеличивать группу риска.

Все беременные группы риска осматриваются заведующим консультацией, а по показаниям направляются к узким специалистам для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности. Выделение группы беременных с высокой степенью риска позволяет организовать интенсивное наблюдение за развитием плода от начала беременности. В настоящее время имеется много возможностей для определения состояния плода (определение эстриола, плацентарного лактогена в крови, амниоцентез с исследованием околоплодных вод, ФКГ и ЭКГ плода и т.д.).

9.4. Группы диспансерного учета:

1.  (белый) Женщины соматически здоровы, не имеющие ОАА
2.  (желтый) Женщины соматически здоровые с ОАА, первородящие в возрасте 30 лет и старше, с резус-отрицательной принадлежностью крови, низкого роста (<153 см), с анатомически узким тазом. Патологией половых органов
3.  (красный) Женщины с экстрагенитальной хронической или острой патологией
4.  (синий) Женщины с осложнением настоящей беременности

9.5. *Группы риска по развитию осложнений во время беременности и родов:*

1. ▲ (синий) По прерывания беременности и преждевременным родам – общий и генитальный инфантилизм, аборт в анамнезе, преждевременные роды, эндокринные заболевания, аномалии развития половых органов, резус-отрицательная кровь с явлениями сенсибилизации, перенесшие краснуху, грипп, гепатит, малярию и др. во время беременности.

В плане ведения – обследование, выявление и устранение причин невынашивания, обеспечение плановой госпитализации в критические сроки.

2. ▲ (красный) По кровотечению в III и раннем послеродовом периодах – в анамнезе гипотонические кровотечения, аборт, многогрозавшие, многоплодие, многоводие, опухоли матки, крупный плод, экстрагенитальная патология, гестоз, возрастные первородящие.

3. ▲ (зеленый) По перинатальным потерям – в анамнезе мертворождение, врожденные уродства, неонатальная гибель плода, экстрагенитальные заболевания, гестоз тяжелой степени, патология плаценты и оболочек.

4. ● (красный) По разрыву матки – в анамнезе кесарево сечение, другие операции на матке, септические аборт, анатомически узкий таз, многогрозавшие.

5. ▲ (желтый) По слабости родовой деятельности – аборт, многогрозавшие, многоводие, многоплодие, рубцовые изменения шейки матки, слабость родовой деятельности в предыдущих родах, генитальный и общий инфантилизм, ожирение.

Первая степень риска предстоящих родов – повторнородящие (до 3 родов включительно) с неосложненным течением предыдущих беременностей; первородящие без акушерских и экстрагенитальных осложнений. Вторая – беременные с экстрагенитальными заболеваниями, акушерскими осложнениями во время данной или прежней беременности. Третья – беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, тяжелым поздним гестозом, предлежанием и отслойкой плаценты, осложнениями во время родов, способствующими нарушению гемостаза и акушерским кровотечениям

10. Определение срока выдачи декретного отпуска:

Декретный отпуск выдается одновременно на 140 дней – 70 дней до родов + 70 дней после родов. Дополнительно 16 дней в случае осложненных

родов. А при рождении 2-х детей и более – 110 календарных дней после родов.

11. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам

Проводится в 2 этапа: первый этап проводится в женской консультации, второй – в условиях родильного дома.

Психопрофилактическая подготовка играет важную роль в психологическом воздействии на беременную и благополучном исходе родов. Пациентка, адекватно подготовленная к родам, поступает в акушерский стационар с адекватной реакцией на родовую деятельность, а не в состоянии стресса. Врач женской консультации должен заботиться о своевременной госпитализации женщины в отделение патологии беременных при наличии показаний, но не должен определять тактику родоразрешения, вопрос о которой может быть решен исключительно в родильном стационаре.

В женской консультации проводится 4 – 8 занятий, состоящих из теоретической и практической части, на которых обсуждаются вопросы диеты, гигиены, физической нагрузки во время беременности, физиология родов, уход за новорожденным. Беременные обучаются методам самообезболивания в родах, управления дыханием, релаксации.

В акушерском стационаре под психопрофилактической подготовкой понимаются следующие моменты:

- Поддержка со стороны медицинского персонала до, во время и после родоразрешения. Врачи, средний и младший медицинский персонал проводят время с женщиной, слушают, беседуют с ней, объясняют, что происходит, поддерживают ее эмоционально.

- Степень участия женщины в принятии решения о той или иной акушерской манипуляции (например необходимость родоразрешения путем кесарева сечения), полнота информированности о том, что происходит в родах. По возможности женщину следует привлекать к решению следующих вопросов:

- стоит ли ей самостоятельно вступать в роды;
- хочет ли женщина лечь в родильный дом заранее;
- какие способы обезболивания предпочитает;
- стоит ли мужу присутствовать на родах;

- что должно происходить во время родов: должна ли звучать музыка, нужно ли сделать фотографии или видеосъемку;

- как следует встречать новорожденного: предоставить ли родителям определить пол, дать ли новорожденного отцу или матери, обработать ли его или дать его родителям сразу после рождения;

- как скоро после рождения стоит приложить ребенка к груди;

- когда женщина хочет выписаться из родильного дома.

12. Определение предполагаемой массы плода:

А. Формула Лебедева: ПМП = ОЖ x ВДМ;

Б. Индекс Джонса: ПМП = (ВДМ - 11) x 155, где 11 условный коэффициент при массе беременной до 90 кг (при массе более 90 кг коэффициент 12), 155 специальный индекс (используется при ожирении).

В. Формула Якубова: ПМП = (ОЖ-ВДМ) : 4.

13. Определение срока родов

Определение срока родов:

- по менструации – первый день последней менструации + 7 дней и отнять 3 месяца; по овуляции – день овуляции (середина цикла) – отнять 3 месяца;

- по первой явке в женскую консультацию – при ранней первой явке в женскую консультацию более точно, на основании симптомов беременности и увеличения матки, ставится срок беременности.

- по УЗИ - при ультразвуковом исследовании по параметрам биометрии ставится срок беременности;

- по первому шевелению плода – первое шевеление плода первобеременные женщины ощущают в 20 недель беременности, повторнобеременные – в сроке 18 недель беременности.

14. Влагалищное исследование в родах

Влагалищное исследование в родах: проводится на гинекологическом кресле после обработки наружных половых органов дез. раствором, в стерильных перчатках

А. Осмотр наружных половых органов (тип оволосения, признаки гипоплазии, состояние промежности);

Б. Состояние влагалища (растяжимость, наличие перегородок, стриктур);

В. Состояние шейки матки:

а) сохранена (длина, консистенция, расположение, проходимость ц/канала);

б) сглажена

Г. Степень раскрытия маточного зева в сантиметрах, состояние краев зева (толстые, тонкие, мягкие, плотные, легко растяжимы, ригидные);

Д. Состояние плодного пузыря (есть, нет, хорошо наливается, плоский, напряжен вне схватки);

Е. Характер и расположение предлежащей части относительно плоскостей м/таза (над входом, прижата, малым сегментом, большим сегментом, в широкой, в узкой части, на тазовом дне). Определяют расположение швов и родничков, признаки конфигурации головки, наличие родовой опухоли.

Ж. Характеристика костного таза, измерение диагональной конъюгаты.

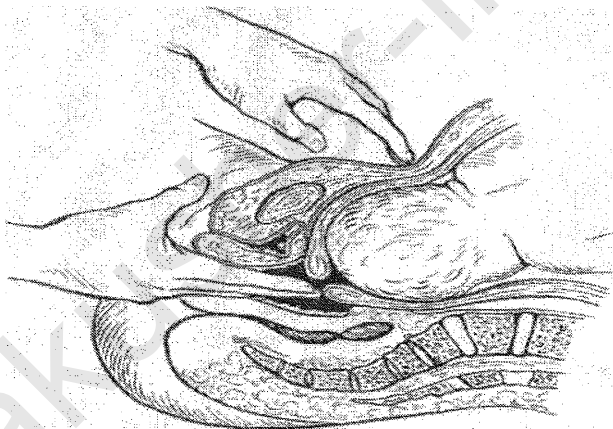


Рисунок № 22 . Влагалищное исследование в родах

15. Определение готовности шейки матки к родам

Определение готовности шейки матки к родам при влагалищном исследовании: шкала Bishop

Признаки оценки шейки матки	Баллы			
	0	1	2	3
1. Длина влагалищ- ной части, см Сглаженность, %	4 0-30	2-4 40-50	1-2, 60-70	1 - сгла- жена 80
2. Раскрытие, см	Н/зев закрыт, но пропускает кончик пальца	1-2	3- 4	4
3. Консистенция	Плотная	Размягчена по перифе- рии, уплотне- на в обл. вн/зева	Мягкая	Мягкая
4. Положение (к оси таза)	Кзади	Средне- переднее	Кпереди	Кпереди
5. Место нахождения предлежащей части	- 3	- 2	-1; - 0	+1; + 2

Место нахождения предлежащей части:

- 3 - головка над входом в м/таз
- 2 - прижата ко входу в м/таз
- 1 - головка малым сегментом во входе в м/таз
- 0 - большим сегментом во входе в м/таз
- +1 - головка в широкой части полости м/таза
- +2 - в узкой части полости м/таза
- +3 - на тазовом дне
- +4 - врезывается (прорезывается)

Оценка степени "зрелости" шейки матки:

- 0-5 баллов – “незрелая”;
- 6-8 баллов – “недостаточно зрелая”;
- 9 и более баллов – “зрелая”

16. Вскрытие плодного пузыря: показания, техника выполнения.

Показания: многоводие; плоский плодный пузырь; гестозы; заболевания сердечно-сосудистой системы - пороки сердца, гипертоническая болезнь; заболевания легких; полное открытие маточного зева; перед медикаментозной родостимуляцией; при многоплодии, после рождения первого плода; частичное предлежание плаценты, низкая плацентация; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; родовозбуждение; гипоксия плода.

Вскрытие плодного пузыря производят при напряженном плодном пузыре, браншей пулевых щипцов под контролем пальца акушера. Околоплодные воды выпускают медленно. Количество выделившихся околоплодных вод измеряется, выявляются прозрачность, цвет околоплодных вод и наличие примесей.

17. Обработка влагалища

Обработка влагалища производится на гинекологическом кресле, в стерильных перчатках, ватным (марлевым) тампоном на корнцанге с использованием дезинфицирующих растворов или жидких лекарственных препаратов.

18. Определить срок беременности, поставить диагноз и составить план мероприятий по ведению.

18.1. Срок родов определяется: по менструации – дата первого дня последней менструации + 7 дней – 3 месяца; по овуляции – дата первого дня последней менструации + 14 дней + 40 недель; по первой явке в ж/консультацию (срок беременности определяется при первичном осмотре). Контроль – УЗИ.

18.2. План мероприятий по ведению беременной составляется с учетом количества предыдущих беременностей, наличия экстрагенитальной патологии, характера течения предыдущих беременностей и родов, особенностей гинекологического анамнеза, характера течения данной беременности.

18.3. Принцип формулировки диагноза в акушерстве

I. На первое место в диагнозе выносятся состояние (беременность или роды), в котором пациентка пребывает на момент осмотра.

1.1. Если ставится диагноз: “Беременность”, необходимо указать срок беременности в неделях.

1.2. В случае постановки диагноза: “Роды” указывается, в первую очередь, какими они являются

А) По сроку – срочными (при сроке беременности 37-40 недель), преждевременными (при сроке беременности с 28 до 36 недель), запоздалыми (при сроке беременности 41 неделя и более при наличии признаков переносимости у плода). В случае преждевременных и запоздалых родов в диагнозе также указывается срок беременности в неделях (например: “Преждевременные роды I в 35 недель”).

Б) По счету (паритет) – первые вторые и т.д.

В) Далее указывается период родов.

II. На второе место в диагнозе выносятся осложнения беременности или родового акта по степени их значимости, либо по порядку их возникновения.

III. На третье место выносятся вся сопутствующая экстрагенитальная патология, с указанием степени тяжести, стадии заболевания

IV. Далее указываются инвазивные манипуляции или оперативные вмешательства.

V. При наличии у пациентки в анамнезе мед. аборт, выкидышей, перенесенных гинекологических заболеваний (воспаление придатков матки, нарушения менструального цикла, воспалительные процессы матки специфической и неспецифической этиологии) в диагноз выносятся аббревиатура: ОАА – отягощенный акушерский анамнез, либо ОГА – отягощенный гинекологический анамнез.

Пример:

Пример 1. Срочные роды I, первый период родов. Тазовое предлежание плода. Раннее излитие околоплодных вод. Анемия I ст. ОАА. Амниотомия. Эпизиотомия. Эпизиоррафия – 2 шелковых шва.

Пример 2. Срочные роды II, второй период родов. Общеравномерно суженный таз, I ст. сужения. Крупный плод. Переднеголовное предлежание. Клинически узкий таз. Острая гипоксия плода. Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

Пример 3. Беременность 34 недели. Сочетанный гестоз средней степени тяжести на фоне хронического пиелонефрита. Маловодие. Плацентарная

недостаточность. Нарушение маточно-плацентарного кровообращения IA. Задержка внутриутробного развития плода.

Пример 4. Преждевременные роды в 36 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая гипоксия плода. Геморрагический шок I ст. Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

19. Оценка новорожденных по шкале Апгар.

Показатель	Число баллов		
	0	1	2
ЧСС, уд/мин	Отсутствуют	Менее 100	100-140
Дыхание	Отсутствуют	Поверхностное или затрудненное, слабый крик	Регулярное дыхание, громкий крик
Мышечный тонус	Вялый	Частичное сгибание конечностей, сниженный тонус	Сгибание конечностей удовлетворительное, активные движения, тонус хороший
Рефлекторная возбудимость	Отсутствует	Слабое движение, появление гримасы на лице	Резкое отдергивание конечностей, громкий крик
Цвет кожных покровов	Синюшный или бледный	Тело розовое, кисти рук и ступни синюшные	Розовый

Состояние оценивается на 1 и 5 минутах после рождения. При оценке 8-10 баллов состояние считается нормальным.

20. Первичный туалет новорожденного.

Первичный туалет новорожденного производится на детском столике и включает снятие сыровидной смазки стерильным масляным раствором, профилактику гонобленореи (колларгол 1%, протаргол 1%, нитрат серебра, альбуцид 30% - по 1 капле на конъюнктиву глаза + в половую щель девочкам,

тетрациклиновая мазь за нижнее веко); наложение скобки Роговина или синтетической скобки на пуповину (на 0,3-0,5 см от кожи), обработку пупочного остатка раствором $KMnO_4$ и наложение стерильной салфетки на пупочный остаток. Новорожденный взвешивается, измеряется длина тела, окружности головки, плечевого пояса. Производится заполнение жетонов (число, время рождения, ФИО матери, пол ребенка, масса и рост при рождении) и пеленание новорожденного.

21. Определение целостности последа. Оценка кровопотери в родах.

Определение целостности последа производится врачом. Осматриваются материнская и плодовая поверхности плаценты, выявляются дефекты; осматриваются оболочки на предмет целостности, наличие дополнительных сосудов, долек плаценты. Для оценки кровопотери в родах кровь собирается в специальные емкости и измеряется ее количество. Физиологической считается кровопотеря, равная 0,5% от массы тела роженицы. При анемии – 0,3%.

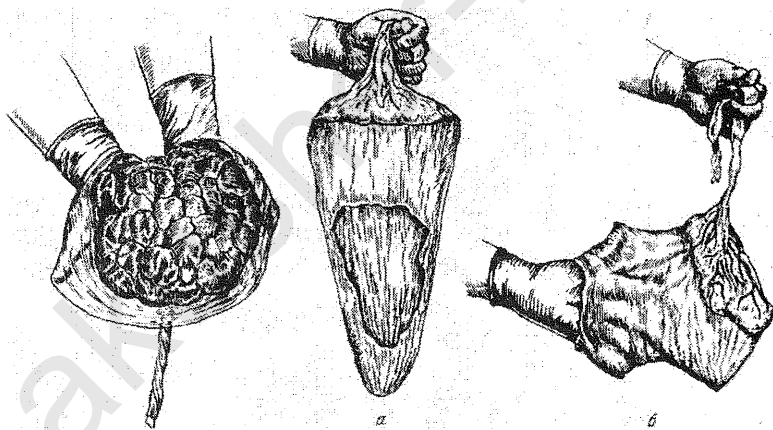


Рисунок № 23 Осмотр материнской поверхности плаценты, осмотр плодных оболочек (а, б)



Рисунок № 24. Сосуды, идущие между оболочками, указывают на наличие добавочной дольки

22. Осмотр мягких родовых путей с помощью зеркал.

Осмотр мягких родовых путей производится с помощью зеркал на родовом столе врачом. Осматривается шейка матки по окружности на предмет целостности с помощью зажимов (корнцангов); затем передняя, боковые и задняя стенки влагалища; область клитора, малые, большие половые губы и промежность. После осмотра влагалище обрабатывается дез. раствором.

23. Показания, противопоказания, этапы операции кесарева сечения

Показаниями к операции кесарева сечения во время беременности являются:

- полное предлежание плаценты;
- неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с выраженным кровотечением или наличием внутриутробного страдания плода;
- несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения или других операций на матке;
- два и более кесаревых сечения в анамнезе;

- анатомически узкий таз II-III степени сужения (истинная конъюгата 9 см и меньше), опухоли или деформации костей таза;
- состояние после операций на тазобедренных суставах и тазе, позвоночнике;
- пороки развития матки и влагалища;
- опухоли шейки матки, яичников и других органов полости малого таза, блокирующие родовые пути;
- множественная миома матки больших размеров, дегенерация миоматозных узлов, низкое (шеечное) расположение узла;
- тяжелые формы гестоза при отсутствии эффекта от терапии и неподготовленных родовых путях;
- тяжелые экстрагенитальные заболевания (заболевания сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации, заболевания нервной системы, миопия высокой степени, особенно осложненная, сахарный диабет и др.);
- рубцовые сужения шейки матки и влагалища после пластических операций после ушивания мочеполовых и кишечно-половых свищей;
- рубец на промежности после зашивания разрыва III степени при предшествующих родах;
- выраженное варикозное расширение вен в области влагалища и вульвы;
- поперечное положение плода;
- сросшаяся двойня;
- тазовое предлежание плода в сочетании с разогнутой головкой, при массе плода более 3600 г и менее 1500 г или с анатомическими изменениями таза;
- тазовое предлежание или поперечное положение 1-го плода при многоплодной беременности;
- три и более плодов при многоплодии;
- экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона, искусственная инсеминация при осложненном акушерско-гинекологическом анамнезе;
- хроническая гипоксия плода, гипотрофия плода, неподдающиеся медикаментозной терапии;
- возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с акушерской и экстрагенитальной патологией;
- длительное бесплодие в анамнезе в сочетании с другими отягощающими факторами;
- гемолитическая болезнь плода при неподготовленности родовых путей;

- переносная беременность в сочетании с отягощенным гинекологическим или акушерским анамнезом, неподготовленностью родовых путей и отсутствием эффекта от родовозбуждения;
- экстрагенитальный рак и рак шейки матки;
- обострение герпес-вирусной инфекции половых путей.

Показания к операции кесарева сечения в родах:

- клинически узкий таз;
- преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения;
- аномалии родовой деятельности, неподдающиеся медикаментозной терапии;
- острая гипоксия плода;
- отслойка нормально или низко расположенной плаценты;
- угрожающий или начинающийся разрыв матки;
- предлежание и выпадение петель пуповины при неподготовленных родовых путях;
- неправильное вставление и предлежание головки плода (лобное, передний вид лицевого, задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва);
- состояние агонии или внезапная смерть роженицы при живом плоде

Кесарево сечение часто выполняется по так называемым комплексным (сочетанным, комбинированным) показаниям.

Условия для проведения операции кесарева сечения:

- живой и жизнеспособный плод (это условие не всегда выполняется, например, в случае опасности, угрожающей жизни женщины – кровотечение при полном предлежании плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрывы матки и др. – в таких случаях кесарево сечение производится при мертвом или нежизнеспособном плоде);
- опорожненный мочевой пузырь (при повторном чревосечении целесообразно применять постоянный катетер);
- отсутствие симптомов инфекции в родах (не является строго обязательным);
- хорошие условия (оборудованная операционная с необходимым персоналом, высококвалифицированные акушер-гинеколог, анестезиолог, неонатолог);
- согласие женщины и ее родственников на операцию

Противопоказания для проведения операции кесарева сечения:

- глубокая недоношенность, уродства плода;
- неудавшаяся попытка влагалищного родоразрешения (при наличии жизненных показаний со стороны матери, например, ПОНРП – оно не принимается во внимание).

Для проведения операции кесарева сечения необходим следующий набор инструментов:

- Скальпель
- Ножницы прямые
- Ножницы изогнутые Купера
- Ножницы длинные для работы в глубокой полости
- Зажимы для прикрепления белья (цапки)
- Зажимы артериальные кровоостанавливающие (Бильрота)
- Зажимы Микулича
- Щипцы окончатые
- Иглы разного диаметра
- Иглодержатель
- Пинцет хирургический длинный
- Пинцет лапчатый
- Пинцет анатомический
- Крючок Фарабера
- Катетер металлический
- Кюретка большая
- Корнцанг
- Зажим Кохера
- Надлобковое зеркало
- Шовный материал (викрил, дексон, кетгут, ПДС, этилон, дермалон).

Методы обработки рук персонала:

ПЕРВОМУР 2,4% раствор:

- Вымыть руки водой с мылом в течение 1 минуты.
- Высушить стерильной салфеткой.
- Обработать руки в тазу с первомуром в течение 1 минуты.
- Высушить стерильной салфеткой.

ВОДНО-СПИРТОВОЙ 0,5% РАСТВОР ХЛОРГЕКСИДИНА:

- Вымыть руки водой с мылом в течение 1 – 2 минут.
- Высушить руки стерильной салфеткой.
- Обработать руки тампоном, смоченным 0,5% раствором хлоргексидина в течение 3 – 5 минут.
- После хлоргексидина руки не вытирать (препарат образует на руках пленку).

Этапы операции интраперитонеального кесарева сечения в нижнем сегменте матки поперечным разрезом:

1. Обработка операционного поля:

Кожу операционного поля (передняя брюшная стенка и область паховых складок) последовательно протереть двумя тампонами, обильно смоченными водно-спиртовым 2% раствором хлоргексидинового спирта.

2. Ограничение места операционного доступа стерильным бельем, фиксация белья цапками.

3. Рассечение передней брюшной стенки:

Типы разрезов:

- Продольный нижнесрединный между пупком и лобком.

Этот разрез показан в urgentных случаях (например при массивном кровотечении) когда требуется осмотр верхних отделов живота и при наличии рубца между лоном и пупком после предшествующей лапаротомии.

- Поперечный надлобковый разрез по Пфанненштилю.

Этот разрез более прочен, редко осложняется послеоперационными грыжами, больные раньше встают, что способствует предупреждению развития тромбофлебита.

- Рассечение кожи.
- Рассечение подкожной клетчатки.
- Рассечение апоневроза (вначале небольшой разрез скальпелем, затем ножницами его продолжают в сторону лобкового сочленения и пупка).
- Разъединение прямых мышц живота пальцами в продольном направлении.
- Вскрытие брюшины «острым» путем под строгим визуальным контролем (предупреждение ранения кишечника и мочевого пузыря).

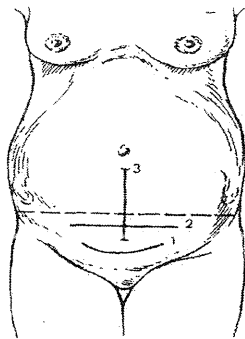


Рисунок № 25 . Способы рассечения передней брюшной стенки

1 – по Пфанненштилю; 2 – по Joel-Cohen; 3 – продольный нижнесрединный разрез.

4. Выявление и исправление ротации матки.

В связи с физиологической ротацией матки в правую сторону, тело матки ротируют влево, чтобы избежать разреза левого ребра матки и ранения сосудистого пучка.

5. Вскрытие пузырно-маточной складки.

Отыскивают пузырно-маточную складку и ножницами вскрывают по середине на 2 – 3 см выше ее прикрепления к мочевому пузырю, рассекают в поперечном направлении до обеих круглых связок матки. Тупым путем отсепаровывают брюшину на 1 – 1,5 см, смещают ее книзу и удерживают зеркалом.

6. Рассечение матки.

Методики поперечного рассечения нижнего сегмента матки:

- По Гусакову: скальпелем производят небольшой поперечный разрез нижнего сегмента матки (2,5 – 3 см). Затем в разрез вводят указательные пальцы обеих рук и, раздвигая их в стороны, расширяют руки на 10 – 12 см.
- По Дерфлеру: скальпелем производят разрез длиной 2,5 – 3 см через все слои стенки матки, затем вправо и влево от средней линии ножницами, приподнимая место разреза пальцами другой руки, продлевают разрез дугообразно вверх.

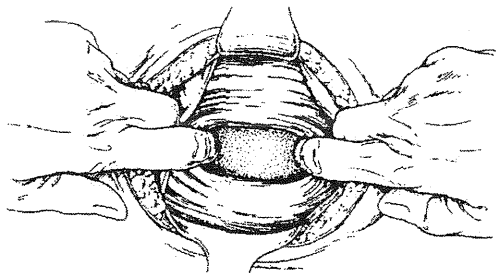


Рисунок № 26. Рассечение нижнего сегмента матки и расширение раны с помощью пальцев (метод Гусакова).

7. Извлечение плода.

Зависит от вида предлежания и положения плода в матке.

- При головном предлежании в полость матки вводят руку таким образом, чтобы ладонная поверхность прилегала к головке плода, захватывают головку и осторожно поворачивают затылком кпереди. Затем ассистент надавливает на дно матки, а хирург смещает головку кпереди рукой, введенной в матку. При этом происходит разгибание головки и она выводится из матки.

После выведения головки из полости матки ее захватывают ладонями обеих рук за щечно-височные области и осторожными тракциями постепенно извлекают оба плечика.

Затем указательные пальцы вводят в подмышечные впадины и извлекают плод.

После извлечения ребенка из матки его стараются держать ближе к животу матери, пуповину рассекают между зажимами и ребенка передают акушерке.

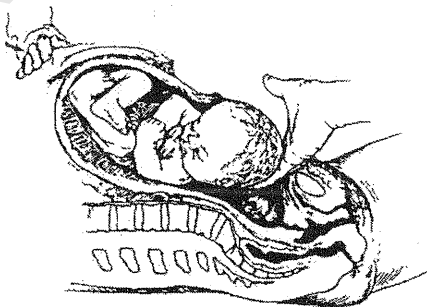


Рисунок № 27 . Выведение головки плода через разрез на матке.

- При тазовом предлежании плод извлекают за паховый сгиб (чистое ягодичное предлежание) или за ножку, обращенную кпереди (ножное предлежание).
- При поперечном положении плода рукой, введенной в полость матки, отыскивают переднюю ножку, производят поворот плода и его извлечение.

В обоих случаях последующую головку через разрез матки часто выводят приемом, идентичным приему Морисо-Левре.

После извлечения плода из сосудов пуповины берут кровь и определяют группу крови ребенка, резус-принадлежность и по показаниям другие исследования.

8. Удаление последа.

Послед удаляется сразу же после извлечения ребенка потягиванием за пуповину или путем ручного отделения плаценты и выделения последа.

После удаления последа стенки матки обследуют рукой, удаляют оставшиеся обрывки оболочек, сгустки крови или кусочки плаценты, если они остались в матке. Стенки матки протирают марлевой салфеткой или большим тампоном на корнцанге.

На кровоточащие края раны, и особенно на углы разреза, следует наложить зажимы Микулича или кровоостанавливающие зажимы.

9. Расширение цервикального канала.

Если у хирурга нет уверенности в проходимости канала шейки матки, особенно при проведении операции во время беременности, необходимо произвести его расширение пальцем или расширителем Гегара, после чего сменить перчатку.

10. Ушивание раны на матке.

Методики:

- Наложение двухрядного непрерывного шва на матку. Первый ряд швов (слизисто-мышечный) является непрерывным обвивным. Его следует с гемостатической целью, отступя от угла раны с обеих сторон на 0,5 – 1,0 см. Второй ряд швов (мышечно-мышечный) также является непрерывным.

- Наложение однорядного, непрерывного викрилового шва на матку с прокалыванием слизистой.

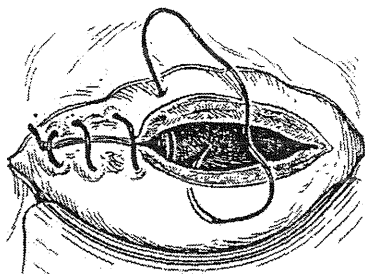


Рисунок № 28. Наложение однорядного непрерывного шва на матку

- Перитонизация осуществляется за счет пузырьно-маточной складки брюшины, которую ушивают непрерывным швом.

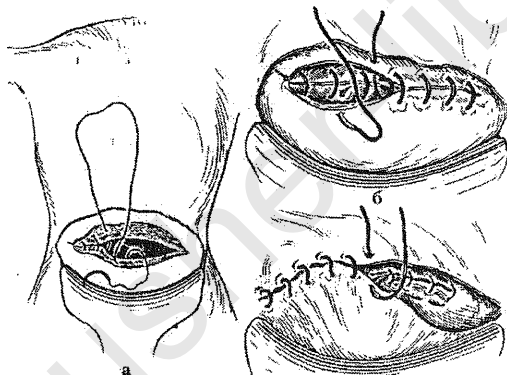


Рисунок № 29. Наложение двухрядного непрерывного шва на разрез на матку: а) слизисто-мышечный шов; б) мышечно-мышечный шов; в) перитонизация пузырьно-маточной складкой.

11. Ревизия брюшной полости.

Необходимо обратить внимание на состояние придатков матки, задней стенки матки, органов брюшной полости, убедиться в хорошем гемостазе, получить рапорт операционной сестры о полном наличии инструментария и салфеток.

12. Ушивание передней брюшной стенки.

- При продольном разрезе брюшину и мышцы ушивают непрерывным швом, апоневроз – отдельными швами, подкожную клетчатку отдельными швами, на кожу накладывают отдельные шелковые швы.
- При поперечном разрезе брюшину и мышцы ушивают непрерывным рассасывающимся материалом, апоневроз – непрерывным обвивным швом, на подкожную клетчатку – отдельные швы. На кожу обычно накладывают непрерывный внутрикожный (косметический) шов. Можно наложить отдельные швы или хирургические скобки.

После ушивания передней брюшной стенки производят наружный массаж матки. Затем обрабатывают шов на коже и накладывают асептическую повязку.

Сразу же после операции на операционном столе проводится туалет влагалища хлоргексидином с помощью тампона, фиксированного на корнцанге.

Затем выводится моча катетером, обращается внимание на ее количество и цвет (примесь крови).

ОБРАЗЕЦ ЗАПИСИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

Операция: Поперечное надлобковое чревосечение. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом.

Показания: Острая гипоксия плода.

Обезболивание: Эндотрахеальный наркоз закисью азота в сочетании с нейролептическими, анальгетическими средствами.

Ход операции. В асептических условиях поперечным надлобковым разрезом послойно вскрыта брюшная полость. В рану предлежит беременная матка, увеличенная соответственно доношенной беременности. Салфетками отграничена брюшная полость. Вскрыта пузырно-маточная складка и тупо отсепарована книзу. Матка рассечена поперечным разрезом в нижнем сегменте по Гусакову. В рану предлежит головка. Выведена головка плода и за подмышечные впадины без затруднений на 5 минуте извлечен живой мальчик массой 3000 г, длиной 52 см с однократным нетугим обвитием пуповины вокруг шеи в удовлетворительном состоянии. Отделен от матери, передан акушерке. Оценка по шкале Апгар на 1 минуте – 8 баллов, на 5 минуте – 8 баллов.

На углы разреза наложены зажимы Микулича. Послед удален рукой, произведено контрольное обследование полости матки. Плацента цела, оболочки все, размеры плаценты 20 x 18 x 2,5 см.

Произведено пальцевое расширение цервикального канала со стороны полости матки.

Рана на матке ушита однорядным непрерывным обвивным викриловым швом.

Перитонизация непрерывным викриловым швом за счет пузырьно-маточной складки.

Туалет брюшной полости. Придатки без особенностей. Рапорт операционной сестры – материал и инструменты в наличии.

Брюшная стенка восстановлена послойно: на брюшину наложен непрерывный викриловый шов с переходом на мышцы; непрерывный шов на апоневроз; отдельные швы на подкожную клетчатку; края кожной раны соединены непрерывным внутрикожным швом.

Асептическая повязка.

Моча выведена катетером в количестве 70 мл, светлая.

Общая кровопотеря 500мл.

После пережатия пуповины внутривенно введен цефазолин 2,0.

Продолжительность операции 50 минут. Ребенок извлечен на 5 минуте.

Хирург –

Ассистент –

Операционная сестра –

Анестезиолог –

Назначения:

1. Стол 0.
2. Режим постельный
3. Холод на низ живота дозировано
4. Цефазолин 2,0 – 2 раза в сутки в/в
5. Окситоцин 0,5 мл в/м – 2 раза в сутки
6. Обезболивание, инфузионная терапия (назначения анестезиолога)
7. Наблюдение дежурного акушера-гинеколога

Осложнения при проведении операции кесарева сечения:

- Аортокавальный синдром
- Аспирационный синдром (синдром Мендельсона)
- Неудавшаяся попытка интубации трахеи
- Кровотечение из сосудов передней брюшной стенки
- Ранение соседних органов (мочевой пузырь, кишечник)
- Кровотечение при рассечении матки
- Ранение предлежащей части плода
- Трудности при выведении головки
- Гипотоническое кровотечение
- Воздушная эмболия и эмболия околоплодными водами
- Прошивание мочевого пузыря.

24. Участие в проведении мероприятий по борьбе с маточным кровотечением в раннем послеродовом периоде.

Основной задачей акушера при кровотечении является своевременное использование наиболее эффективных и надежных методов его остановки до возникновения геморрагического шока. Причинами акушерских кровотечений в раннем послеродовом периоде могут явиться: гипотония и атония матки, травмы родовых путей, нарушения свертывающей системы крови (ДВС-синдром).

С целью профилактики кровотечения необходимо:

1. В течение 2-3 часов родильница должна находиться под наблюдением врача в родильном отделении.

2. Выведение мочи катетером (при полном мочевом пузыре ухудшается сократимость матки).

3. После рождения последа нужно осторожно массировать дно матки для удаления сгустков крови (каждые 15 минут). Наличие сгустков в полости матки влияет на процесс сокращения и уплотнения, увеличивает кровоточивость из плацентарной площадки, количество сгустков растет, ситуация представляет собой замкнутый круг.

4. С профилактической целью - назначение утеротонических средств:

А) в конце II периода родов, например окситоцин 5-10 ЕД внутримышечно;

Б) метилэргометрин или метилэргобревин 0,2-1,0 внутривенно струйно на 10, 0 мл физиологического раствора или 5% раствора глюкозы.

В) При ОАА - в течение 2 часов после родов можно вводить внутривенно-капельно медленно окситоцин 2,5-5 ЕД в 250-500,0 мл кристаллоидных растворов.

Все мероприятия по остановке кровотечения в раннем послеродовом периоде проводят на фоне инфузионно-трансфузионной терапии в такой последовательности:

Система борьбы с гипотоническим кровотечением включает три этапа.

I. Первый этап: кровопотеря превышает 0,5% массы тела, составляя в среднем 401-600 мл.

Основная задача первого этапа – остановить кровотечение. Инфузионная терапия в объеме 100%, соотношение препаратов крови и кровезаменителей 1 : 2.

Мероприятия первого этапа:

1. Ручное обследование полости матки для определения ее целостности, удаления остатков плацентарной ткани и сгустков крови.
2. Одномоментное в/в введение метилэргометрина и окситоцина по 0,5 мл в одном шприце, с последующим капельным введением этих препаратов в той же дозе со скоростью введения 40 капель в минуту в течение 40 минут.
3. Осмотр родовых путей, ушивание разрывов.

Если кровотечение не остановилось – незамедлительно переходят ко второму этапу.

II. Второй этап: кровопотеря 1,0-1,8% массы тела, составляет в среднем 601-1000 мл.

Основные задачи второго этапа: остановить кровотечение, не допустить перехода в декомпенсированную кровопотерю, нормализовать реологические свойства крови. Инфузионная терапия в объеме 150%, соотношение препаратов крови и кровезаменителей 1 : 1.

Мероприятия второго этапа:

1. В/в капельное введение 10ЕД – 2 мл окситоцина, разведенного в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида + 1 мг простагландина F_{2α}, разведенного в 250 мл физиологического раствора.

2. Применение рефлекторных и механических способов остановки кровотечения (Наложение зажимов по Бакшееву на шейку матки. Жимы снимаются через 2 часа при остановке кровотечения. При отсутствии эффекта зажимы снимаются только во время операции.).

3. Адекватное обезболивание.

Если кровотечение не остановилось – незамедлительно переходят к третьему этапу.

III. Третий этап: кровопотеря превышает 2% массы тела, т.е. более 1001 мл.

Основная задача третьего этапа – удаление матки. Инфузионная терапия в объеме 200%, соотношение препаратов крови и кровезаменителей 2 : 1.

Мероприятия третьего этапа:

1. Интубационный наркоз с ИВЛ.
2. Лапаротомия.
3. Гистерэктомия без придатков.
4. Борьба с геморрагическим шоком.

25. Участие в проведении оказания неотложной помощи при тяжелых формах гестоза.

Гестоз остается одним из ведущих осложнений беременности и родов. Ему принадлежит ведущая роль в структуре материнской смертности.

К критическим формам позднего гестоза относят преэклампсию и эклампсию.

Преэклампсия.

Преэклампсия – это кратковременное ухудшение состояния пациентки вследствие нарушения микроциркуляции и снижения кровообращения жизненно важных органов, наиболее выраженное в ЦНС, почках и легких. При преэклампсии, наряду с гипертензией, протеинурией и отеками появляются симптомы нарушения мозгового кровообращения: сильная головная боль, головокружение, апатия, сонливость или эйфория, расстройство зрения (отек сетчатки), “заложенность” ушей, носа, осиплость голоса, боли в эпигастральной области, тошнота, рвота (обусловленные кровоизлияниями под капсулу печени, подчревное сплетение). Грозными признаками являются тяжелые патологические изменения со стороны глаз – выраженный спазм сосудов, кровоизлияния, отек, отслойка сетчатки. Увеличивается гиповолемия. Снижается ЦВД, увеличивается ЧСС, среднее АД, минутный объем, повышается проницаемость сосудистой стенки, увеличивается концентрация гемоглобина, гематокрита, снижается количество тромбоцитов, усиливается агрегация тромбоцитов и эритроцитов, снижается КОД плазмы крови, развивается диспротеинемия, гипоальбуминемия, развивается хронический ДВС.

Преэклампсия может реализоваться в приступ эклампсии или перейти в тяжелую форму гестоза.

Тактика:

1. Срочная госпитализация в палату интенсивной терапии, создание лечебно-охранительного режима. Перевод в палату интенсивной терапии производится на каталке. В санпропускнике совместно с анестезиологом в/в вводятся: 1-2 мл (5-10 мг) седуксена, диазепам; димедрол 1 мл 2,5% раствора, 1-2 мл 1-2% промедола.

2. Терапия гестоза:

1) На первом этапе начинают введение сульфата магния. Сначала вводят насыщающую дозу сульфата магния (5-6 г) в течение 15-20 мин с переходом на введение титрованием со скоростью 1,5-2 г в час. Затем доза сульфата магния подбирается в зависимости от уровня САД.

1. САД от 110 до 120 мм.рт.ст. – 30 мл 25% р-ра или 7,5 г сухого вещества титрованием. Скорость введения 1,8 г/ч.

2. САД от 121 до 130 мм.рт.ст. – 40 мл 25% р-ра или 10 г сухого вещества титрованием. Скорость введения 2,5 г/ч.

3. САД свыше 130 мм.рт.ст. – 50 мл 25% р-ра или 12,5 г сухого вещества титрованием. Скорость введения 2,5 г/ч.

2) Для снижения АД вводят 0,01% раствор клофелина 0,3 мл внутривенно медленно. При проведении гипотензивной терапии необходимо тщательно контролировать цифры АД, так как при быстром снижении диастолического давления ниже 80 мм рт. ст. развивается угроза гибели плода. Оптимально поддерживать АД на цифрах 120/80 мм рт. ст., САД – в пределах 80-100 мм. рт. ст.

$$\text{САД} = (\text{СД} + 2\text{ДД}) : 3$$

Где СД – систолическое артериальное давление,

ДД – диастолическое артериальное давление.

Артериальная гипертензия диагностируется при уровне САД выше 105 мм.рт.ст.

3) После снижения АД хотя бы на 10-20% от исходного приступают к инфузионной терапии. В качестве гемодилютантов используют воле-

кам/инфукол, альбумин, свежзамороженную плазму, кристаллоидные растворы. Учитывая наличие в плазме продуктов продуктов деградации фибрина, введение ее совмещают с гепарином 2,5-5 тыс. на 150 мл плазмы. В общем объеме инфузионной терапии соотношение между коллоидными и кристаллоидными растворами должно составлять не менее, чем 1:2. Скорость инфузии не должна превышать 75-100 мл/час. Объем инфузионной терапии не должен превышать 700-1200 мл/сут.

4) Контроль диуреза: диурез не должен превышать 100 мл/час и опережать инфузию на 20-30 мл/час. При недостаточности диуреза – его стимулируют лазиксом. На каждый литр инфузии 10-20 мг лазикса, а при необходимости и больше. За сутки диурез должен превышать объем инфузии не менее, чем на 100-150 мл/час.

5) При проведении инфузионной терапии ЦВД поддерживать на уровне 2-4 см вд. ст., гематокрит 28-30%.

3. Быстрое бережное родоразрешение в течение 1-2 часов.

Эклампсия

Эклампсия – это острый отек мозга на фоне высокой внутричерепной гипертензии (200-250 мм. рт. ст.), нарушение мозгового кровообращения, ишемическое и геморрагическое повреждение структур мозга.

В клиническом течении эклампсии различают четыре периода.

Первый период - предсудорожный (продолжается 20-30 секунд). У больной мелкие фибриллярные подергивания мышц век, распространяющиеся на мышцы лица и верхние конечности, взгляд фиксирован, дыхание сохранено.

Второй период – тонические судороги (20-30 секунд): лицо бледное, челюсти сжаты, зрачки расширены, сознания нет, дыхание прекращается, пульс неощутим.

Третий период – клонические судороги (30-60 секунд), распространяющиеся сверху вниз, сознания нет, дыхание затруднено или отсутствует, пульс не определяется. Лицо становится багрово-синим, постепенно судороги прекращаются.

Четвертый период – разрешение припадка: восстанавливается дыхание, изо рта выделяется пенная слюна с примесью крови вследствие прикусывания языка, лицо принимает розовую окраску, суживаются зрачки, опре-

деляется пульс. Больная после припадка находится в коматозном состоянии, затем постепенно приходит в сознание. О припадке не помнит, жалуется на головную боль, слабость, разбитость.

В клинике различают abortивный судорожный припадок, серию судорожных припадков (экламптический статус), утрату сознания после судорожного припадка (экламптическая кома), внезапную утрату сознания без приступа судорог (мозговая кома). Причиной комы в таких случаях является достаточно быстрый и высокий подъем АД, способствующий острому нарушению ауторегуляции мозгового кровотока с развитием отека мозга.

Тактика:

1. Придать пациентке Фовлеровское положение (с приподнятым головным концом), освободить верхние дыхательные пути. Принять меры по предупреждению западения и прикусывания языка, других механических повреждений, возможных во время судорог.

2. С началом восстановления дыхания – вспомогательное дыхание чистым кислородом с умеренной гипервентиляцией.

3. Внутривенно: 0,5% - 2 мл (10 мг) седуксена (реланиума, сибазона), промедол 1% - 2 мл, метацин 0,1% - 0,5-0,7 мл.

4. В/венно насыщающую дозу сульфата магния (5-6 г) в течение 15-20 мин с переходом на введение титрованием со скоростью 1,5-2 г в час, затем для снижения АД дополнительно вводят 0,01% раствор клофелина 0,3 мл 0,01% раствора. При проведении гипотензивной терапии необходимо тщательно контролировать цифры АД, так как при быстром снижении диастолического давления ниже 80 мм рт. ст. развивается угроза гибели плода. Оптимально поддерживать АД на цифрах 120/80 мм рт. ст., САД – в пределах 80-100 мм.рт.ст.

5. Внутривенный наркоз 1% раствором тиопентала натрия – 300-500 мг (26 мг/кг) медленно: 1 мл в минуту.

6. Под наркозом больную транспортируют в операционный блок, где производится катетеризация подключичной вены, измерение ЦВД, забор биохимических и клинических проб (если это не сделано при вхождении в периферическую вену), наружное обследование, вагинальный осмотр и катетеризация мочевого пузыря.

7. После снижения АД хотя бы на 10-20% от исходного приступают к инфузионной терапии. В качестве гемодилутантов используют волекам/инфукол, альбумин, свежемороженную плазму, кристаллоидные рас-

творы. Учитывая наличие в плазме продуктов ПДФ, введение ее совмещают с гепарином 2,5-5 тыс. на 150 мл плазмы. В общем объеме инфузионной терапии соотношение между коллоидными и кристаллоидными растворами должно составлять не менее, чем 1:2. Скорость инфузии не должна превышать 75-100 мл/час. Объем инфузионной терапии не должен превышать 700-1200 мл/сут, из них объем гемодилюции 600-700 мл/сут (без учета на кровопотерю).

8. Контроль диуреза: диурез не должен превышать 100 мл/час и опережать инфузию на 20-30 мл/час. При недостаточности диуреза – его стимулируют лазиксом. На каждый литр инфузии 10-20 мг лазикса, а при необходимости и больше. За сутки диурез должен превышать объем инфузии не менее, чем на 100-150 мл/час.

9. При проведении инфузионной терапии ЦВД поддерживать на уровне 2-4 см вд. ст., гематокрит 28-30%.

10. После снижения АД и при одновременном продолжении терапии большую родоразрешают операцией кесарева сечения под общим комбинированным наркозом.

11. С целью профилактики кровотечения во время операции следует использовать внутривенное введение окситоцина (5 ЕД-1 мл). Эргометрин и его аналоги, а также энзапрост применять не следует, так как эти препараты вызывают вазоконстрикцию, повышают АД и ЦВД, давление в легочной артерии. Это представляет опасность развития сердечной недостаточности и отека легкого.

12. ИВЛ прекращают при восстановлении адекватного спонтанного дыхания, при отсутствии аускультативных признаков отека легкого, стойкой нормализации газообмена и гемодинамики, как минимум через 4-6 часов после операции, а также в сочетании эклампсии с кровопотерей, как минимум через 24 часа после родоразрешения.

Н.В. Реанимационные мероприятия проводятся параллельно с родоразрешением!

26. Ведение родильниц в послеродовом отделении.

При ведении родильниц в послеродовом отделении необходимо обращать внимание на общее состояние, производить регулярную термометрию; изучать (в зависимости от суток послеродового периода) степень инволюции матки; характер лохий; состояние молочных желез. Перед выпиской из ста-

ционара необходимо исследование развернутого анализа крови и общего анализа мочи, мазка из влагалища на флору. При выписке необходимо провести с родильницей беседу, которая должна включить в себя сведения о диете, гигиене, рекомендации по кормлению и уходу за новорожденным; рекомендации по послеродовой контрацепции. Посещение участкового врача акушера-гинеколога в женской консультации – через 10 дней после родов.

27. Ночное дежурство

Ночное дежурство продолжается с 20-00 до 08-00. Студент приходит на дежурство в халате и сменной обуви, имея при себе колпак, маску и бахилы для посещения отделения реанимации, родового зала и операционного блока. Студент переодевается в гардеробе для студентов и оставляет там верхнюю одежду и личные вещи.

Студенты дежурят не более чем по 2 человека из группы.

Придя в родовой блок на пост дежурной акушерки, студент просит предоставить информацию об имеющихся на данный момент в отделении роженицах и родильницах, уточняет место нахождения дежурного врача (эту информацию можно также получить в приёмном покое – т. 44-05-94 или местный т. 2-89). Затем студент находит дежурного врача, наблюдающего за роженицами, родильницами и пациентками других отделений родильного дома, оставленными под наблюдение, представляется, уточняет фамилию, имя и отчество доктора и просит поставить его в известность перед проведением планового обхода заслуживающих внимания пациенток (указать предполагаемое время обхода), при поступлении новых больных и в случае возникновения экстренных операций.

Студенты находятся в родовом отделении (при наличии в нем рожениц). Работа студентов начинается с изучения истории родов.

Информация, которую необходимо получить из истории болезни:

1. ФИО, возраст и дата поступления пациентки
2. Причина госпитализации.
3. Анамнестические данные – перенесенные соматические заболевания, наследственность, менструальная функция, наличие, течение и исход предыдущих беременностей, особенности течения данной беременности.
4. Какие лечебные и диагностические манипуляции уже проведены и каков их результат (оценить результаты проведенного специального акушер-

ского обследования, данные лабораторных обследований и дополнительных обследований – УЗИ, КТГ, амниоскопии).

5. Как изменилось представление о роженице лечащего врача с момента госпитализации (динамика родовой деятельности, степень раскрытия маточного зева, продвижение предлежащей части, состояние плода).
6. Диагноз на настоящий момент, включающий возникшие осложнения родов, инвазивные вмешательства.
7. План ведения родов с учетом всех возможных осложнений.

Придя к роженице, студент должен представиться. Затем он получает информацию о следующем:

1. Имеются ли жалобы на момент курации, какова их динамика?
2. Какова динамика родовой деятельности? Если есть изменения (излитие околоплодных вод, шевеления плода, изменение характера выделений из родовых путей), то в чем именно?
3. Данные наружного и внутреннего акушерского исследования, параметры состояния пациентки на момент осмотра, характер родовой деятельности.
4. Требуется ли сейчас неотложные диагностические или лечебные мероприятия? Если да – поставить в известность дежурного врача о такой необходимости, согласовать стратегию совместного ведения роженицы.
5. Когда будет нужно осмотреть роженицу в динамике, в том числе, (совместно с дежурным врачом) – провести внутреннее акушерское обследование, следить за эффективностью дополнительных назначений, оценивать динамику родовой деятельности, ее эффективность, состояние плода.
6. С началом периода изгнания студент продолжает следить за состоянием роженицы и плода (АД, Ps, выслушивание сердечных тонов плода после каждой потуги). Наблюдает за процессом врезывания и прорезывания головки, оказанием пособия по защите промежности. После рождения ребенка, на первой и пятой минуте, оценивает его состояние по шкале Apgar.
7. В третьем периоде родов студент следит за процессом отделения плаценты и выделения последа, определяет самостоятельно признаки отделения плаценты. После рождения последа совместно с врачом определяет целостность плаценты, объем кровопотери, проводит осмотр родовых путей.

8. В течение 2-х часов раннего послеродового периода наблюдает за состоянием родильницы, проводит беседу о преимуществах естественного вскармливания, гигиене и диететике в послеродовом периоде, с разрешения и под контролем врача пишет дневник перевода в отделение “Мать и дитя”.
9. Результаты курации студенты 4 курса отражают в истории родов, по которой отчитываются преподавателю и дневнике дежурств.

akusher-lib.ru

Образец зачетной книжки практической подготовки студента КрасГМА

ЗАЧЕТНАЯ КНИЖКА

Практической подготовки студента лечебного факультета

(приложение к зачетной книжке № _____)

Фамилия, имя, отчество _____

Поступил (а) в КрасГМА _____

Проректор по учебной работе _____

Декан факультета _____

2006

АКУШЕРСТВО (4 курс)

Студент должен знать:

	Знание	Оценка	Дата	Подпись преподавателя
1	Основные методы диагностики внутриутробного состояния плода (гормональные исследования, УЗИ, доплерометрия, амниоскопия, фетоскопия, амниоцентез, кордоцентез, биопсия хориона, КТГ): сроки проведения, основные показатели при нормально протекающей беременности и при ее осложненном течении			
2	Перинеотомия и эпизиотомия – показания, техника выполнения, ведение в послеродовом периоде			
3	Разрыв шейки матки и промежности: классификация, этапы восстановления, особенности ведения послеоперационного периода			
4	Последовательность сбора акушерского анамнеза			
5	Умение выполнить наружное акушерское исследование (приемы Леопольда, измерение наружных размеров таза, индекса Соловьева, ромба Михаэлиса, аускультация плода)			
6	Знать технику проведения бимануального осмотра в ранних сроках беременности (размеры, консистенция, контуры, расположение матки, определение предлежащей части плода, оценка степени зрелости шейки матки, емкости малого таза, измерение диагональной конъюгаты)			
7	Знать технику проведения бимануального осмотра во время родов (степень раскрытия маточного зева, отношение предлежащей части к плоскостям малого таза, опознавательные точки, характеристика плодного пузыря)			
8	Уметь рассчитать срок беременности, сроки выдачи декретного отпуска, срок родов.			
9	Показания, техника выполнения амниотомии			
10	Особенности ведения послеродового периода			

11	Методика оценки состояния новорожденного по шкале Апгар			
12	Знать последовательность проведения первичного туалета новорожденного			
13	Знать допустимую кровопотерю в родах и признаки целостности плацента			
14	Показания, подготовка и основные этапы выполнения операции кесарева сечения			
15	Знать последовательность основных мероприятий оказания неотложной помощи по остановке кровотечения при предлежании плаценты			
16	Знать последовательность основных мероприятий оказания неотложной помощи при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты			
17	Знать последовательность основных мероприятий оказания неотложной помощи при кровотечении в послеродовом периоде			
18	Знать последовательность основных мероприятий оказания неотложной помощи при гипотонических и атонических маточных кровотечениях			
19	Знать принципы инфузионно-трансфузионной терапии при массивных маточных кровотечениях			
20	Знать последовательность основных мероприятий оказания неотложной помощи при разрыве матки			
21	Знать последовательность основных мероприятий оказания неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии			

Студент должен уметь

	Умение	Оценка	Дата	Подпись преподавателя
1	Собрать акушерский анамнез			
2	Выполнить: <ul style="list-style-type: none"> - наружное акушерское исследование - осмотр шейки матки в зеркалах - бимануальное исследование - взятие мазков на флору - выявление групп риска у беременных - определение срока выдачи декретного отпуска - психопрофилактическая подготовка беременных к родам - определение предполагаемой массы плода - определение срока родов - определение готовности шейки матки к родам - влагалищное исследование в родах - вскрытие плодного пузыря - санацию влагалища у беременных 			
3	Определить срок беременности, поставить диагноз и составить план дальнейшего ведения			
4	Присутствовать при нормальных родах			
5	Оценивать новорожденных по шкале Апгар			
6	Провести первичный туалет новорожденного			
7	Определить целостность последа и оценить кровопотерю в родах			
8	Ассистировать при осмотре мягких родовых путей с помощью зеркал			
9	Ассистировать при ушивании разрыва шейки матки и промежности			
10	Снять швы с промежности после родов			
11	Присутствовать при операции кесарева сечения			
12	Участвовать при оказании неотложной помощи по остановке кровотечения при пред-			

	лежании плаценты			
13	Участвовать при оказании неотложной помощи при кровотечении при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты			
14	Участвовать в проведении мероприятий по борьбе с кровотечением в послеродовом периоде			
15	Участвовать в проведении мероприятий по борьбе с гипотоническим и атоническим маточным кровотечением			
16	Участвовать в проведении мероприятий по борьбе с массивным маточным кровотечением			
17	Участвовать при оказании неотложной помощи при разрыве матки			
18	Участвовать в оказании неотложной помощи при тяжелых формах гестозов			
19	Вести родильницу в послеродовом отделении (физиологическом и наблюдательном)			
20	Ночное дежурство, заполнение дневника дежурства			
21	Заполнение истории родов			

Дежурство в клинике.

Готовясь к дежурству, студент должен получить информацию от врачей отделения, где будет проходить дежурство, относительно больных, оставленных под наблюдением. Необходимо получить ответы на следующие вопросы:

1. В чём тяжесть состояния больной?
2. Какие параметры следует мониторировать в период дежурства?
3. Какие неотложные состояния могут возникнуть у больной?

Студенты 4 курса на цикле акушерства должны отдежурить 1 раз в родовом отделении с 16-00 до 08-00. График дежурств в академической группе составляет староста и подаёт преподавателю. Студент приходит на дежурство в халате и сменной обуви. Личные вещи оставляют в гардеробе для студентов. Затем студент проводит курацию женщин, находящихся в родах, либо, если таковые не имеются, беременных или родильниц, оставленных врачами под наблюдение. Отчёт по дежурству студент докладывает на следующем занятии в течение 10 минут.

План отчёта по ночному дежурству:

1. В каком отделении дежурил.
2. При докладе называть фамилию, возраст, клинический диагноз, цель поступления или причину необходимости в наблюдении дежурной сменой. Докладываются сначала женщины, находящиеся в родовом отделении, а затем пациентки, оставленные под наблюдением.
3. В чём состояла тяжесть состояния пациенток, оставленных под наблюдение дежурных докторов?
4. За какими параметрами проводилось наблюдение и каковы результаты?
5. Требовались ли дополнительные назначения, и какие неотложные диагностические и лечебные мероприятия были выполнены?

Студенты 6 курса на цикле акушерство и гинекология должны отдежурить не менее 2 раз. График дежурств в академической группе, составленный старостой и заверенный преподавателем, находится в родовом отделении.

Ночное дежурство продолжается с 20-00 до 08-00. Студент приходит на дежурство в халате и сменной обуви, имея при себе колпак, маску и бахи-

лы для посещения отделения реанимации, родового зала и операционного блока. Студент переодевается в гардеробе для студентов и оставляет там верхнюю одежду и личные вещи.

Студенты дежурят не более чем по 2 человека из группы.

Придя в родовой блок на пост дежурной акушерки, студент просит предоставить информацию об имеющихся на данный момент в отделении роженицах и родильницах, уточняет место нахождения дежурного врача (эту информацию можно также получить в приёмном покое – т. 44-05-94 или местный т. 2-89). Затем студент находит дежурного врача, наблюдающего за роженицами, родильницами и пациентками других отделений родильного дома, оставленными под наблюдение, представляется, уточняет фамилию, имя и отчество доктора и просит поставить его в известность перед проведением планового обхода заслуживающих внимания пациенток (указать предполагаемое время обхода), при поступлении новых больных и в случае возникновения экстренных операций.

Студенты находятся в родовом отделении (при наличии в нем рожениц). Работа студентов начинается с изучения истории родов.

Информация, которую необходимо получить из истории болезни:

1. ФИО, возраст и дата поступления пациентки
2. Причина госпитализации.
3. Анамнестические данные – перенесенные соматические заболевания, наследственность, менструальная функция, наличие, течение и исход предыдущих беременностей, особенности течения данной беременности.
4. Какие лечебные и диагностические манипуляции уже проведены и каков их результат (оценить результаты проведенного специального акушерского обследования, данные лабораторных обследований и дополнительных обследований – УЗИ, КТГ, амниоскопии).
5. Как изменилось представление о роженице лечащего врача с момента госпитализации (динамика родовой деятельности, степень раскрытия маточного зева, продвижение подлежащей части, состояние плода).
6. Диагноз на настоящий момент, включающий возникшие осложнения родов, инвазивные вмешательства.
7. План ведения родов с учетом всех возможных осложнений.

8. Придя к роженице, студент должен представиться. Затем он получает информацию о следующем:
9. Имеются ли жалобы на момент курации, какова их динамика?
10. Какова динамика родовой деятельности? Если есть изменения (излитие околоплодных вод, шевеления плода, изменение характера выделений из родовых путей), то в чем именно?
11. Данные наружного и внутреннего акушерского исследования, параметры состояния пациентки на момент осмотра, характер родовой деятельности.
12. Требуются ли сейчас неотложные диагностические или лечебные мероприятия? Если да – поставить в известность дежурного врача о такой необходимости, согласовать стратегию совместного ведения роженицы.
13. Когда будет нужно осмотреть роженицу в динамике, в том числе, (совместно с дежурным врачом) – вагинально, (следить за эффективностью дополнительных назначений, оценивать динамику родовой деятельности, ее эффективность, состояние плода)?
14. С началом периода изгнания студент продолжает следить за состоянием роженицы и плода (АД, Ps, выслушивание сердечных тонов плода после каждой схватки). Наблюдает за процессом врезывания и прорезывания головки, оказанием пособия по защите промежности. После рождения ребенка, на первой и пятой минуте, оценивает его состояние по шкале Apgar.
15. В третьем периоде родов студент следит за процессом отделения плаценты и выделения последа, определяет самостоятельно признаки отделения плаценты. После рождения плаценты совместно с врачом определяет целостность плаценты, объем кровопотери, проводит осмотр родовых путей.
16. В течение 2-х часов раннего послеродового периода наблюдает за состоянием родильницы, проводит беседу о преимуществах естественного вскармливания, гигиене и диететике в послеродовом периоде, с разрешения и под контролем врача пишет дневник перевода в отделение “Мать и дитя”.
17. Результаты курации студенты 4 курса отражают в истории родов и истории болезни, а студенты 6 курса в представлении о родах, по которым отчитываются преподавателю.

Если студент проводил осмотр совместно с дежурным врачом, то в истории фиксируется осмотр и ставятся подписи врача и студента.

ПРИМЕР (роженица в I периоде родов):

07.09.2005 г. 19-00 Осмотр дежурного студента 622 группы Иванова И.И.

На момент осмотра жалоб нет. АД- 110/70мм.рт.ст., PS 68 уд/мин. Схватки по 20-25 секунд через 6 минут удовлетворительной силы. Матка вне схватки расслабляется полностью. Положение плода продольное, предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода ясные ритмичные, 136 ударов в минуту. Околоплодные воды не изливались.

Назначения:

1. Наблюдение
2. КТГ-мониторинг

Подпись.

ПРИМЕР (роженица в раннем послеродовом периоде):

07.09.2005 г. 19-00 Осмотр дежурного студента 622 группы Иванова И.И.

На момент осмотра жалоб нет. АД- 110/70мм.рт.ст., PS 68 уд/мин., T-36,7⁰C. Матка на уровне пупка, плотная. Кровотечения нет. Переводится в послеродовое отделение.

Назначения:

1. Стол 15
2. Режим щадящий.
3. Туалет НПО

Подпись

Сведения о пациенте должны быть зафиксированы в тетради для отчёта (для личного употребления, оформляется произвольно) и в дневнике дежурств.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ДНЕВНИКА ДЕЖУРСТВ

На лицевой стороне тетради в 18 листов следует подписать “ДНЕВНИК ДЕЖУРСТВ”, затем фамилию, имя, отчество и номер группы студента. На развороте тетради указывается дата дежурства. Фамилия, имя, отчество дежурного врача, его подпись (дежурный врач подписывается утром перед окончанием ночной смены). Указывается название отделения. Затем заполняется следующая таблица:

Фамилия И.О. возраст и диагноз пациентки	Практические навыки	Прочитанная литература
Указываются прооперированные, родившие и пациентки, заслуживающие внимания (в отделении патологии беременности, отделение “Мать и дитя”, отделение гинекологии).	Практические навыки, результаты обследования, исход родов. За какими параметрами наблюдали, какие дополнительные диагностические и лечебные манипуляции проводились, их результат	Указывать авторов, полное название, год издания, страницы

Пример:

Фамилия И.О. возраст и диагноз пациентки	Практические навыки	Прочитанная литература
Петрова В.С., 26 лет Д/з: Срочные роды I. ОАА. Амниотомия. Разрыв слизистой влагалища.	Наружное и внутреннее акушерское обследование, кардиотокография плода, амниотомия, наблюдение за приемами защиты промежности, признаки отделения последа, осмотр плаценты и оболочек на предмет целостности, осмотр родовых путей, наблюдение за ушиванием разрыва влагалища, оценка степени кровопотери, оценка новорожденного по шкале Ап-	1. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для мед. ВУЗов.– 3-е изд., СПб, 2002 2. Эталонные ответы на вопросы практических знаний и умений по акушерству и гинекологии /метод. Разраб. – Красноярск, 2003

гар, контроль за тономом матки в раннем послеродовом периоде.

20-00 – Поступила в родовое отделение с регулярной родовой деятельностью с 13-00. При поступлении АД – 120/80мм.рт.ст., PS 68 уд/мин, схватки по 30 сек через 4 мин, удовлетворительной силы, положение плода продольное, предлежит головка. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные 138 уд/мин. Оп/воды не изливались.

20-20 – вагинальный осмотр: открытие маточного зева 8 см., плодный пузырь цел, предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз, малый таз, вставление правильное, произведена амниотомия, околоплодные воды в умеренном количестве, светлые. Таз емкий CD>11,5см.

21-00 - К схваткам присоединились потуги по 50 сек. через 1-1,5 мин, головка плода на тазовом дне. Сердечные тоны плода ясны ритмичные 138 уд/мин.

21-20 – Родила плод муж. Пола, массой 3400 с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Плацента отделилась и выделилась через 10 мин, цела. Родовые пути осмотрены – разрыв слизистой влага-

лица – ушит кетгутом. 23-20 Перевод в отд. “Мать и дитя”.	
---	--

В 9-00 дежурный студент докладывает о результатах своего дежурства перед преподавателями и студентами 4-6 курса, находящимися на цикле “Акушерства и гинекологии”. Доклад начинается с представления студента аудитории. Студент докладывает о родах, произошедших за время ночного дежурства и результаты осмотра заслуживающих внимания беременных и родильниц.

Пример 1: “В родильном доме за период дежурства 09.09.05 произошло трое срочных родов и одна операция кесарева сечения в экстренном порядке. Кроме этого были осмотрены 4 пациентки в отделении дородовой госпитализации и 2 пациентки в отделении “Мать и дитя”.

Далее идет отчет студента по форме, которая была проведена ранее в дневнике дежурства.

Студенту нужно быть готовым ответить на вопросы об особенностях течения родов и послеродового периода, характере оперативных вмешательств и проводимой терапии, способах контроля эффективности, сути и методах диагностики заболевания, а также другие вопросы в рамках Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 040100 – Лечебное дело (Москва, 2000).

Классификации и примеры формулировки диагнозов

Принцип формулировки диагноза в акушерстве

I. На первое место в диагнозе выносится состояние (беременность или роды), в котором пациентка пребывает на момент осмотра.

1. Если ставится диагноз: “Беременность”, необходимо указать срок беременности в неделях.

2. В случае постановки диагноза: “Роды” указывается, в первую очередь, какими они являются

А) По сроку – срочными (при сроке беременности 38-40 недель), преждевременными (при сроке беременности с 28 до 38 недель), запоздалыми (при сроке беременности 41 неделя и более при наличии признаков переносимости у плода). В случае преждевременных и запоздалых родов в диагнозе также указывается срок беременности в неделях (например: “Преждевременные роды I в 35 недель”).

Б) По счету – первые вторые и т.д.

В) Далее указывается период родов.

II. На второе место в диагнозе выносятся осложнения беременности или родового акта по степени их значимости, либо по порядку их возникновения.

III. На третье место выносится вся сопутствующая экстрагенитальная патология, с указанием степени тяжести, стадии заболевания

IV Далее указываются инвазивные манипуляции или оперативные вмешательства.

V. При наличии у пациентки в анамнезе мед. аборт, выкидышей, перенесенных гинекологических заболеваний (воспаление придатков матки, нарушения менструального цикла, воспалительные процессы матки специфической и неспецифической этиологии) в диагноз выносится аббревиатура: ОАА – отягощенный акушерский анамнез, либо ОГА – отягощенный гинекологический анамнез.

Пример:

1. Срочные роды I, первый период родов. Тазовое предлежание плода. Раннее излитие околоплодных вод. Анемия I ст. ОАА. Амниотомия. Эпизиотомия. Эпизиография – 2 шелковых шва.

2. Срочные роды II, второй период родов. Общеравномерносуженный таз, I ст. сужения. Крупный плод. Переднеголовное предлежание. Клинически узкий таз. Острая гипоксия плода. Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

3. Беременность 34 недели. Сочетанный гестоз средней степени тяжести на фоне хронического пиелонефрита. Маловодие. Плацентарная недостаточность. Нарушение маточно-плацентарного кровообращения IA. Задержка внутриутробного развития плода.

4. Преждевременные роды в 36 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая гипоксия плода. Геморрагический шок I ст. Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

Бланк истории родов.

*Министерство здравоохранения Российской Федерации
Красноярская государственная медицинская академия
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии
лечебного факультета*

Зав. кафедрой д.м.н., профессор В.Б. Цхай

ИСТОРИЯ РОДОВ

Куратор:

Студент ____ группы

Красноярск, 2005

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____

Дата поступления _____

Профессия _____

Место работы _____

Стаж работы _____

Семейное положение _____

Какую женскую консультацию посещала, с какого срока беременности, сколько раз _____

Диагноз при поступлении _____

Заключительный диагноз _____

Оперативные вмешательства: _____

Поступила с родовой деятельностью, без родовой деятельности, с целыми или излившимися о/водами (указать время начала родовой деятельности и излития о/вод).

Семейный анамнез и наследственность (злокачественные новообразования, болезни обмена, психические, венерические заболевания, туберкулез и т.д.)

Перенесенные заболевания: нервные, психические, острые инфекционные (до, во время беременности), венерические заболевания, детские инфекции, ревматизм, болезнь Боткина, туберкулез

Профессиональный анамнез

Влияние внешней среды, социально-бытовые условия (жилищные условия, питание, личная гигиена, материальная обеспеченность, продолжительность отдыха, освобождение от ночных смен, командировок, перевод на другую работу)

Вредные привычки: курение, алкоголь, наркомания, злоупотребление чаем, кофе

Гемотрансфузии, осложнения

Получала ли антибиотики и препараты коры надпочечников

III. АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ

Начало менструаций, их характер

Дата последней менструации

Начало половой жизни, в каком браке состоит

Гинекологический анамнез

Количество предыдущих беременностей, исходы беременностей

Течение данной беременности до 20 недель:

После 20 недель:

Дата выдачи декретного отпуска

Предполагаемый срок родов: по менструации

по первому шевелению плода

по 1-й явке в женскую консультацию

по овуляции

по УЗИ

Физиопсихопрофилактика (сколько занятий посетила)

IV. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Общее состояние:

Рост _____ Вес _____ ИМТ _____

Телосложение _____

Цвет кожных покровов и слизистых _____

Наличие рубцов беременности, пигментации белой линии живота и около-сосковых кружков _____

Наличие отеков и их распространение _____

Состояние лимфатических узлов _____

Костно-мышечная система (деформации, атрофии отдельных групп мышц, неподвижность в суставах, укорочение конечностей) _____

Система органов дыхания _____

Сердечно-сосудистая система _____

Пульс _____ ударов в минуту

АД (левая рука) _____

АД(правая рука) _____

Органы пищеварения _____

Мочевыделительная система _____

Стул _____

V. АКУШЕРСКИЙ СТАТУС

Развитие молочных желез _____

Состояние сосков _____

Форма и размер ромба Михаэлиса _____

Размеры таза:

D. Spinarum _____

D. Cristarum _____

D. Trochanterica _____

C. Externa _____

Индекс Соловьева _____

Форма живота (остроконечный, отвислый, овоидный, шаровидный)

Окружность живота _____

Высота стояния дна матки _____

Предполагаемая масса плода _____

Приемы Леопольда (описать методику проведения, цель и данные курируемой роженицы)

1 прием _____

2 прием _____

3 прием _____

4 прием _____

Данные исследования в зеркалах №1: дата _____ время _____

Данные влагалищного исследования №1: дата _____ время _____

VI. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

(используются данные из обменной карты и результаты анализов, проведенных в родильном доме, RW, резус-принадлежность и т. д.)

VII. ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

VIII. ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ

(по периодам, общие положения у курируемой женщины)

IX. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Кратко об особенностях течения периодов родов у перво- и повторнородящих, их длительность.

Клиническое течение родов у курируемой роженицы (выполняемые в ходе родов операции и пособия описываются в дневниках в хронологическом порядке)

Период раскрытия (запись делается через 2-3 часа, при производстве влажного исследования указываются показания, после каждого внутреннего исследования выставляется диагноз и составляется план ведения родов)

Период изгнания (Данные о течении родов заносятся каждые 15-20 минут. Описать биомеханизм родов у данной роженицы и моменты защиты промежности)

Последовый период

Данные осмотра последа

Оперативное родоразрешение (подробно изложить метод родоразрешения с предварительным его обоснованием, т.е. показания, условия, подготовка к операции, вид обезболивания, техника операции)

Профилактика кровотечения

X. ШКАЛА АПГАР

Минуты	Сердечные тоны	Дыхание	Кожа	Мышечный тонус	Рефлексы	Общая оценка
1 минута						
5 минута						

Туалет новорожденного _____

Меры оживления, если родился в асфиксии _____

Осмотр родильницы через 2 контрольных часа _____

Осмотр родильницы в послеродовом отделении _____

XI. ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Рекомендации при выписке, контрацепция после родов _____

akusher-lib.ru

Образец заполнения истории родов

(титульный лист)

Красноярская государственная медицинская академия
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии
лечебного факультета

ИСТОРИЯ РОДОВ

Куратор: Иванов А. А.,
ст. 401 гр. леч. ф-т

Красноярск, 2002 г.

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О. Васильева Наталья Ивановна

Возраст: 20 лет

Дата поступления: 05.06.02, 02 ч. 30

мин.

Профессия: д/х

Место работы: -

Стаж работы: -

Семейное положение: замужем

Какую ж/к посещала, сколько раз: ж/к №1, регулярно

Диагноз при поступлении:

Срочные роды 1 в 39 – 40 недель, начало первого периода.

Клинический диагноз: Срочные роды 1.

Оперативные вмешательства: -

Поступила с родовой деятельностью, без родовой деятельности, с целыми или излившимися о/водами (указать время начала родовой деятельности и излития о/вод): начало родовой деятельности 04.06.02 – 24 ч. 00 мин., о/воды излились – 05.06.02 – в 9 ч.. 10 мин.

II. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Семейный анамнез и наследственность: неотягощена

Перенесенные заболевания: ОРЗ, грипп

Профессиональный анамнез: -

Социально-бытовые условия: удовлетворительные

Вредные привычки: до беременности курила

Были ли гемотрансфузии: нет

Получала ли антибиотики и препараты коры надпочечников: а/биотики
– без особенностей

III. АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ

Начало менструаций и их характер: с 14 лет, по 4-5 дней, через 30 дней, безболезненные, умеренные, установились сразу.

Дата последней менструации: 01.09.01

Начало половой жизни, в каком браке состоит: с 18 лет, брак 1, зарегистрированный

Количество предыдущих беременностей, исходы беременностей: -

Течение настоящей беременности до 20 нед: 5-6 недель – тошнота

После 20 нед.: без осложнений

Дата выдачи декретного отпуска: не выдавался

Предполагаемый срок родов: по менструации 08.06.02; по шевелению плода: 10.06.02; по первой явке в ж/к: 6-10.06.02

Физиопсихопрофилактика (сколько занятий посетила): 3 занятия

IV. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Общее состояние: удовлетворительное

Рост: 157 см Вес: 65,5 кг. Телосложение: нормостеническое.

Цвет кожных покровов и видимых слизистых: розовый, без высыпаний

Наличие рубцов беременности, пигментации белой линии и околососковых кружков: рубцов беременности нет, пигментация белой линии и околососковых кружков выражена слабо.

Наличие отеков и их распространение: нет.

Состояние лимфатических узлов: не пальпируются.

Костно-мышечная система: без патологии.

Система органов дыхания: дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет.

Сердечно сосудистая система:

Пульс 78 уд. В минуту; АД на левой руке 110/70 мм. рт. ст.

АД на правой руке 110/70 мм. рт. ст.

Органы пищеварения: без патологии

Стул: регулярный, оформленный

Мочевыделительная система: почки не пальпируются, с-м XII ребра (-) отрицателен с обеих сторон, мочеиспускание не учащено.

V. АКУШЕРСКИЙ СТАТУС

Развитие молочных желез: развиты достаточно

Состояние сосков: без патологии

Форма и размер ромба Михаэлиса: 10X11 см, симметричный, правильной формы

Размеры таза: D. Spinarum 25 см D. Cristarum 28 см

D. Trochanterica 31 см C. Externa 21 см

Индекс Соловьева 14 см

Форма живота: живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки

ОЖ: 95 см; ВДМ: 36 см; ПМП = 3420

Приемы Леопольда:

I прием: руки акушера располагаются на дне матки – определяют уровень стояния дна матки и часть плода, которая располагается в дне матки;

У обследуемой роженицы дно матки под мечевидным отростком. В дне матки располагается тазовый конец.

II прием: руки акушера располагаются на боковых поверхностях матки на уровне пупка – по расположению спинки и мелких частей плода судят о позиции и виде позиции плода; определяют тонус матки и ее возбудимость;

У обследуемой роженицы: первая позиция, передний вид; матка возбудима

III прием: правая рука акушера располагается над лоном, охватывая предлежащую часть плода – определяют характер предлежащей части плода и ее подвижность;

У обследуемой роженицы: предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз.

IV прием (используется во время родов, является продолжением III приема): акушер встает справа от роженица, лицом к ногам; ладони обеих рук располагаются на нижнем сегменте; вытянутыми пальцами осторожно проникают вглубь по направлению к полости таза - определяют предлежащую часть и высоту ее стояния.

У обследуемой роженицы: предлежащая головка прижата ко входу в малый таз.

Данные исследования в зеркалах: (05.06.02. 02 ч 35 мин)

PS_{p1} Слизистая влагалища без воспалительных явлений. Шейка матки сглажена открытие - 3 см; плодный пузырь цел, просвечивают светлые о/воды

Данные влагалищного исследования: (05.06.02. 02 ч 40 мин)

PV₁ Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшее, емкое. Шейка матки сглажена. Открытие - 3 см. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Предлежит головка, прижата ко входу в м/таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева, спереди. Таз емкий, без деформаций и экзостозов. Мыс не достижим. С.д. > 11,5 см. Влагалище санировано р-ром фурацилина 1:5000.

VI. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

Развернутый анализ крови: Нв 115 г/л, Э - 3,4 x 10¹²; L 9 x 10⁹; СОЭ - 28 мм/час

Общий анализ мочи: б/о

RW, ВИЧ - отр. От 20.03.02

ФЛГ - от 14.11.01 - без патологии.

VII. ДИАГНОЗ

Учитывая начало регулярной родовой деятельности с 24 час. 00 мин 04.06.02, целые о/воды, данные осмотра, наружного акушерского и вагинального исследования можно поставить диагноз:

Беременность 39-40 недель. Срочные роды I. Начало первого периода.

VIII. ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Роды вести консервативно, в родах следить за характером родовой деятельности и состоянием плода.

IX. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Особенности течения родов: у первородящих в первом периоде родов сначала идет открытие внутреннего зева шейки матки, а затем – наружного; у повторнородящих открытие внутреннего и наружного зева идет одновременно, за счет этого укорачивается первый период родов.

05.06.02. 02 ч. 30 мин.

Состояние удовлетворительное. Схватки по 20 сек., через 10-12 минут, хорошей силы. О/воды не изливались. Головка прижата ко входу в м/таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 142 уд/мин. АД: 110/70, 110/70 мм.рт.ст.

05.06.02. 04 ч. 30 мин.

Состояние удовлетворительное. Схватки по 25-30 сек., через 8-10 минут, хорошей силы. О/воды не изливались. Головка малым сегментом во входе в м/таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 142 уд/мин. АД: 110/70, 110/70 мм.рт.ст.

05.06.02. 06 ч. 30 мин.

Состояние удовлетворительное. Схватки по 35 сек., через 4-5 минут, хорошей силы. О/воды не изливались. Головка большим сегментом во входе в м/таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 142 уд/мин. АД: 110/70, 110/70 мм.рт.ст.

05.06.02. 09 ч. 10 мин.

Состояние удовлетворительное. Схватки по 35-40 сек., через 3-5 минут, хорошей силы. Излились светлые о/воды в умеренном количестве. Головка в полости. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 142 уд/мин. АД: 110/70, 110/70 мм.рт.ст.

PV₂: Раскрытие маточного зева полное. Края тонкие, податливые. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, в плоскости широкой части полости малого таза. Малый родничок слева спереди, стреловидный шов в пра-

вом косом размере. Во время схватки головка имеет тенденцию к продвижению.

DS: Срочные роды I. Второй период родов.

05.06.02. 09 ч. 40 мин.

К схваткам присоединились потуги. Головка плода на тазовом дне. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 142 уд/мин. АД: 110/70, 110/70 мм.рт.ст. Роженица взята на родовой стол.

05.06.02. 09 ч. 50 мин.

Родила живого доношенного мальчика, м – 3500, рост 54 см, без асфиксии, видимых уродств, с оценкой по шкале Апгар на 1 мин. – 8 баллов, на 5 мин. – 9 баллов. Через 10 минут самостоятельно отделилась плацента и выделился послед со всеми дольками и оболочками. Размеры 20x30x3.

Промежность, влагалище, шейка матки осмотрены в зеркалах – целы. Общая кровопотеря – 250 мл.

Х. ШКАЛА АПГАР

Минуты	Сердечные тоны	Дыхание	Кожа	Мышечный тонус	Рефлексы	Общая оценка
1	2	2	1	1	2	8
5	2	2	1	2	2	9

Туалет новорожденного: удаление сыровидной смазки с помощью стерильного масляного раствора; обработка пуповины (обработка пуповины спиртом, наложение скобки Роговина на 0,5 см от кожи, затем отсечение на 1 см от скобки остатков пуповины, прижигание пупочного остатка р-ром перманганата К, наложение стерильной марлевой салфетки); профилактика гонобленореи; взвешивание, измерение, пеленание.

Осмотр родильницы через 2 контрольных часа:

Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Матка плотная, на уровне пупка. Кровотечения нет. АД 110/70; 110/75 мм.рт.ст. Переводится в послеродовое отделение.

Осмотр родильницы в послеродовом отделении:

2-е сутки послеродового периода. Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Т. 36,8 ° С. АД 110/70; 110/75 мм.рт.ст. Молочные железы мягкие, соски чистые. Живот мягкий, безболезненный. Матка плотная, на 3 см ниже пупка. Выделения кровянисто-сукровичные, умеренные. Мочеиспускание б/о. Стула не было.

XI. ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Васильева Н. И., 20 лет, поступила в родильный дом 05.06.02 в 02 часа 30 минут с диагнозом: Беременность 39-40 недель. Срочные роды I. Начало первого периода.

Роды велись консервативно. О воды излились в 9 час. 10 мин. 05.06.02. В 9 час. 50 мин. родила живого доношенного мальчика, м – 3500, рост 54 см, без асфиксии, видимых уродств, с оценкой по шкале Апгар на 1 мин. – 8 баллов, на 5 мин. – 9 баллов. Через 10 минут самостоятельно отделилась плацента и выделился послед со всеми дольками и оболочками. Размеры 20x30x3.

Общая кровопотеря в родах – 250 мл. Послеродовый период протекал без осложнений. Выписана домой с ребенком на 5 сутки, в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации.

Рекомендации при выписке: соблюдать гигиенический режим, следить за состоянием молочных желез и сосков. Начало половой жизни через 8 недель после родов. Рекомендуемая контрацепция – микролюот по схеме. Явка к врачу ж/консультации – 20.06.02.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. Акушерство. Учебник для студентов мед. вузов. СПб., 1997. – 496с.
2. Бодяжина В.И. и др. Акушерство //Арендное предприятие «Курск», Курск, 1995 г.
3. Бодяжина В.И. “Акушерство”, 1986, стр.401-408.
4. Дуда В. И. И др. Акушерство: учебное пособие. – Минск: Высшэйшая школа, 2000. – 447 с.
5. Избранные лекции по акушерству и гинекологии / Ред. А. Стрижаков. – Ростов на дону: «Феникс», 2000. – 506 с.
6. Краснопольский В.И. Кесарево сечение. М. ТОО "ТЕХЛИТ", 1997.
7. Кулаков В.И. Экстренное родоразрешение. М. 1994.
8. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Ред. А. Стрижаков. – М.: Медицина, 2000. – 379 с.
9. Малиновский М.С. “Оперативное акушерство”, 1974, стр.386-408.
10. Персианинов Л.С. “Разрывы матки”, 1964.
11. Рембез “Разрывы матки”, 1971.
12. Серов В.Н., Стрижаков А.Н. Руководство по практическому акушерству. М.: МИА, 1997.
13. Серов В.И. и др. Практическое акушерство. М., Медицина, 1989 г.
14. Слепых А.С. “Травматизм матери и плода”, 1978, стр.3-71.
15. Сольских Я.П. “Практическое акушерство”, 1977.

Оглавление

	Предисловие	3
1	Основные методы диагностики внутриутробного состояния плода	4
1.1	Гормональные исследования	4
1.2	УЗИ	10
1.3	Допплерометрия	11
1.4	Кардиотокография	12
1.5	Инвазивные методы исследования	19
1.5.1	Амниоскопия	20
1.5.2	Фетоскопия	23
1.5.3	Амниоцентез	23
1.5.4	Кордоцентез	24
1.5.5	Биопсия хориона	24
2.	Перинеотомия и эпизиотомия	25
3.	Разрывы шейки матки и промежности	26
4.	Последовательность и качество сбора акушерского анамнеза	29
5.	Наружное акушерское обследование	30
5.1	Приемы наружного акушерского обследования	30
5.2	Измерение наружных размеров таза	34
5.3	Измерение индекса Соловьева	38
5.4	Измерение крестцового ромба	38
5.5	Аускультация плода	38
6.	Осмотр шейки матки в зеркалах	40
7.	Бимануальное исследование во время беременности	41
8.	Взятие мазков на флору из влагалища	42
9.	Выявление групп риска у беременных	43
10.	Определение срока выдачи декретного отпуска	47
11.	Психопрофилактическая подготовка беременных к родам	48
12.	Определение предполагаемой массы плода	49
13.	Определение срока родов	49
14.	Влагалищное исследование в родах	49
15.	Определение готовности шейки матки к родам	50
16.	Вскрытие плодного пузыря: показания, техника выполнения	52
17.	Обработка влагалища	52

18.	Определить срок беременности, поставить диагноз, составить план мероприятий по ведению	52
19.	Оценка новорожденных по шкале Апгар	54
20.	Первичный туалет новорожденного	54
21.	Определение целостности последа. Оценка кровопотери в родах	55
22.	Осмотр мягких родовых путей с помощью зеркал	56
23.	Показания, противопоказания, этапы операции кесарево сечение	56
24.	Участие в проведении мероприятий по борьбе с маточным кровотечением в раннем послеродовом периоде	67
25.	Участие в оказании неотложной помощи при тяжелых формах гестоза	69
26.	Ведение родильниц в послеродовом периоде	73
27.	Ночное дежурство	74
28.	Приложение 1	77
29.	Приложение 2	82
30.	Приложение 3	89
31.	Приложение 4	91
32.	Приложение 5	102
33.	Литература	109