

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Башкирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

# **ПИЩЕМ ИСТОРИЮ РОДОВ**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01- ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Уфа  
2016

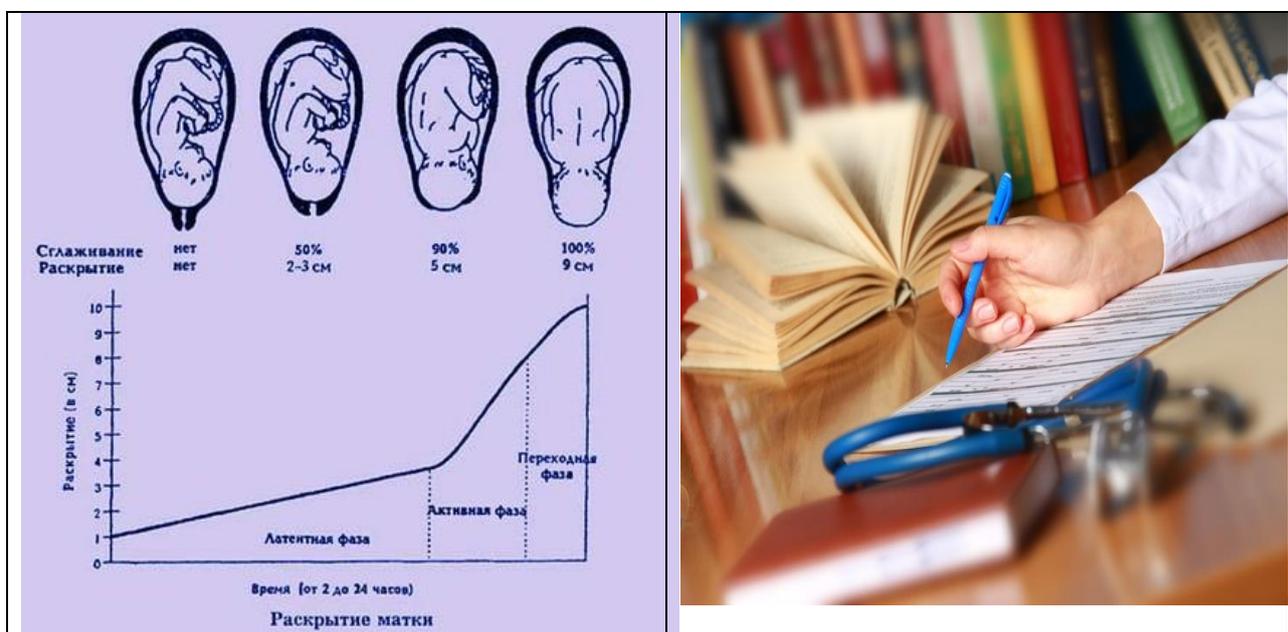
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Башкирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**И.В. Сахаутдинова, Э.М. Зулкарнеева, Т.П. Кулешова,  
Муслимова С.Ю., Таюпова И.М., Хайбуллина А.Р.**

# **ПИШЕМ ИСТОРИЮ РОДОВ**

**(клинический тренинг по курации и  
оформлению учебной/академической истории родов)  
для студентов 4 курса  
по специальности 31.05.01- лечебное дело**

**Учебно-методическое пособие**



Уфа  
2016

УДК 618.4:002(072.8)  
ББК 57.161.2  
П 36

Рецензенты:

профессор, доктор медицинских наук Т.М. Соколова –  
Новосибирский государственный медицинский университет  
профессор, доктор медицинских наук Г.О. Гречканев -  
Нижегородская государственная медицинская академия

Учебно-методическое пособие: ПИШЕМ ИСТОРИЮ РОДОВ /сост.:  
И.В. Сахаутдинова, Э.М. Зулкарнеева, Т.П. Кулешова, С.Ю. Муслимова,  
И.М. Таюпова, А.Р. Хайбуллина – Уфа: БГМУ, 2016. – 62 с.

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» и ОПОП ВО специальности «Лечебное дело» для изучения дисциплины «Акушерство и гинекология» на основании рабочей программы (Уфа., 2015 г.), действующего Учебного плана (Уфа., 2016 г.), актуализирован согласно ФГОС ВО 31.05.01. –Лечебное дело (уровень специалитета) от 31.05.2016 г. протокол № 5.

В пособии излагаются современные материалы методического обеспечения клинического учебного тренинга для формирования комплекса профессиональных умений и навыков у студентов лечебного факультета в процессе курации беременных. Дана схема оформления учебной истории родов и сопровождающей ее медицинской документации.

Пособие оснащено рисунками, схемами, таблицами. Кроме того, в состав пособия включено домашнее задание для закрепления темы, изученного материала (тесты и ситуационные задачи).

Учебное пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 4 курса лечебного факультета, обучающихся по специальности 31.05.01-Лечебное дело; трудоемкость которого составляет 0,6 З.Е.

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом и утверждено решением Редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

УДК 618.4:002(072.8)  
ББК 57.161.2  
П 36

© И.В. Сахаутдинова, Э.М. Зулкарнеева,  
Т.П. Кулешова, С.Ю. Муслимова,  
И.М. Таюпова, А.Р. Хайбуллина  
© БашНИПИнефть, 2016

# СОДЕРЖАНИЕ:

<b>Список сокращений и условных обозначений</b> . . . . .	5
<b>Введение</b> . . . . .	6
<b>Общие требования к написанию истории родов</b> . . . . .	9
Выполнение академической истории родов . . . . .	9
Оформление академической истории родов . . . . .	9
Основные правила курации . . . . .	10
Методика защиты академической истории родов . . . . .	11
Критерии оценка академической истории родов . . . . .	11
Рекомендации по оформлению отдельных разделов истории родов . . . . .	13
<b>I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ</b> . . . . .	14
<b>II. АНАМНЕЗ</b> . . . . .	14
1. Жалобы при поступлении . . . . .	14
2. Анамнез жизни . . . . .	15
3. Акушерско-гинекологический анамнез . . . . .	15
Менструальная функция . . . . .	15
Половая функция . . . . .	16
Детородная функция . . . . .	17
Гинекологические заболевания . . . . .	17
Заболевания, передающиеся половым путем . . . . .	17
<b>III. ТЕЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ</b> . . . . .	17
Общие данные . . . . .	17
Расчет индекса массы тела . . . . .	18
Прибавка массы тела беременной . . . . .	18
<b>IV. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ</b> . . . . .	18
1. Общий осмотр . . . . .	18
Осмотр и пальпация молочных желез . . . . .	19
2. Данные объективного исследования систем и органов . . . . .	19
3. Специальное акушерское исследование . . . . .	19
Осмотр и измерение живота . . . . .	19
Исследование таза . . . . .	20
Пальпация живота (матки) . . . . .	20
Аускультация сердечной деятельности плода . . . . .	21
Предполагаемая масса плода . . . . .	21
Влагалищное исследование . . . . .	21
Зрелость шейки матки . . . . .	22
4. Данные инструментально-лабораторных и дополнительных методов исследования . . . . .	22
5. Консультирование, заключение и рекомендации других специалистов . . . . .	23
<b>V. ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ</b> . . . . .	23
<b>VI. ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ</b> . . . . .	27

<b>VII. ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ</b>	28
Первый период родов . . . . .	28
Второй период родов . . . . .	30
Данные о новорожденном . . . . .	32
Третий период родов . . . . .	33
Ведение послеродового периода . . . . .	34
<b>VIII. ДНЕВНИК.</b>	35
<b>IX. ЭПИКРИЗ.</b>	36
<b>Использованная литература и требования к оформлению</b>	
<b>литературы.</b>	38
<b>Литература</b>	39
<b>Приложение</b>	40
Симуляционный блок . . . . .	40
Партограмма . . . . .	51
Температурный лист . . . . .	53
Контрольно-коррекционный блок . . . . .	52
Эталоны ответов контрольно-коррекционного блока . . . . .	60

## Список сокращений и условных обозначений

	- высота стояния дна матки
<b>ВДМ</b>	
<b>ОЖ</b>	-окружность живота
<b>ВИЧ</b>	-вирус иммунодефицита человека
<b>ИМТ</b>	- индекс массы тела
<b>УЗИ</b>	-ультразвуковое исследование
<b>Ig</b>	- иммуноглобулин
<b>TORCH</b>	- (аббревиатура от англ. Toxoplasmosis, Other, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes simplex viruses) — группа врожденных инфекций, включающая токсоплазмоз, другие инфекции, краснуху, цитомегаловирусную и герпетическую инфекции
<b>β-ХГЧ</b>	- β-субъединица хорионического гормона человека
<b>ЭКО и ПЭ</b>	- экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона

# ВВЕДЕНИЕ

Учиться - всё равно, что грести против течения:  
только перестанешь - и тебя гонит назад.

Китайская поговорка.

Клиническая дисциплина «Акушерство и гинекология» занимает важное место в системе подготовки будущих врачей, т.к. продолжает формировать навыки правильного методологического исследования беременной женщины/роженицы, укрепляя основы клинического мышления, полученные при изучении смежных дисциплин, и профессиональный интерес.

Реализация программы ФГОС и переход на новый уровень квалификационной характеристики выпускника, предъявляют новые требования к образовательному процессу.

Учебный тренинг - это активный метод обучения, направленный на развитие знаний, умений и навыков, создания условий для самостоятельной работы и поиска способов решения, усвоения учебной дисциплины в процессе курации беременной/роженицы/родильницы, в ходе которой формируются и закрепляются профессиональные компетенции. Это управляемая преподавателем самообразовательная деятельность студента в результате которой он овладевает коммуникативными навыками общения с пациенткой, профессиональными навыками сбора анамнеза, методами обследования, правилам постановки диагноза, выбора акушерской тактики лечения и родоразрешения.

Написание истории родов предусмотрено программой ФГОС, учебным планом и программой изучения дисциплины «Акушерство и гинекология», которая выполняется в VIII семестре студентами 4 курса лечебного факультета, являясь важным и обязательным практическим навыком в учебном процессе, способствующая лучшему усвоению материала по предмету при подготовке к переводному и государственному экзамену, к профессии будущего врача.

**Цель** учебного пособия –помочь студенту при курации женщины в родовспомогательном учреждении для написания академической истории родов, а также сформировать соответствующие компетенции:

- ✓ общепрофессиональных - (ОПК-6), (ОПК-9).
- ✓ профессиональных- (ПК-5), (ПК-6), (ПК-8), (ПК-12).

Учебное пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 4 курса лечебного факультета, обучающихся по специальности 31.05.01-Лечебное дело; трудоемкость которого составляет 0,6 З.Е.

Грамотно оформленная и правильно написанная истории родов представляет собой документ, являющийся важным моментом в обучении, отражающий уровень знаний студента, умение применять на практике достижения современной медицинской науки в рамках современных стандартов диагностики и лечения.

Данное пособие поможет обучающимся быстро и эффективно освоить методологию и структуру написания истории родов - документа, имеющего практическое, научное и юридическое значение.

**История родов** – это важный медицинский документ родильного дома, заполняемый на каждую роженицу, предназначенный для регистрации данных о течении и исходе родов, осложнениях, акушерских операциях, а также о других проведенных лечебных мероприятиях в роддоме.

История родов пишется профессиональным «медицинским» языком, одновременно являясь рассказом, с достаточно точным описанием течения физиологических или патологических родов, акушерских манипуляций, состояния роженицы.

**Целью написания истории родов** студентами 4 курса является - углубление и конкретизация знаний и навыков клинического мышления с овладением профессионального алгоритма решения практических задач; построение логической структуры и методологии диагностического процесса у студента по изучаемой дисциплине, полученные им в ходе теоретических и практических занятий; привитие ему навыков самостоятельного подбора, осмысления и обобщения клинической информации и специальной литературы; усовершенствование профессиональной речи.

**Конкретными задачами** студента при работе над историей родов являются:

- ✓ сбор анамнеза;
- ✓ объективное обследование пациентки;
- ✓ систематизирование полученных сведений, использование их в логической структуре клинического мышления;
- ✓ формулировка и обоснование клинического диагноза;
- ✓ назначение дополнительных методов обследования
- ✓ определение прогноза исхода беременности;
- ✓ составление плана ведения и родоразрешения беременной;
- ✓ соблюдение правил медицинской этики и деонтологии.

**Для решения поставленных задач студенту необходимо знать:**

- ✓ анатомия и физиология репродуктивной функции;
- ✓ основные вопросы физиологически протекающей беременности;
- ✓ причины возникновения патологических процессов во время беременности, их клинику и диагностику;
- ✓ принципы оказания медицинской помощи беременным с нормально протекающей беременностью и осложнениями;
- ✓ принципы медикаментозной терапии во время беременности, фармадинамику и фармакокинетику лекарственных препаратов, показания и противопоказания к их назначению;

- ✓ основы законодательства об охране здоровья граждан;

**Студент должен уметь:**

- ✓ правильно собирать анамнез и интерпретировать полученные данные;
- ✓ проводить специальное акушерское обследование беременных/рожениц/родильниц;
- ✓ проводить диагностику осложнений беременности, родов, послеродового периода;
- ✓ определять тактику ведения беременной и ее родоразрешения;
- ✓ оказывать плановую и неотложную медицинскую помощь беременным/роженицам/родильницам в соответствии с клинической ситуацией и существующими стандартами и клиническими протоколами;
- ✓ вести медицинскую документацию;

**Студент должен владеть:**

- ✓ Методами наружного и внутреннего акушерского обследования.
- ✓ Определение предполагаемого срока беременности и даты родов.
- ✓ Определение предполагаемой массы плода.
- ✓ Ведение физиологических родов и послеродового периода.
- ✓ Оказание акушерской помощи в родах и послеродовом периоде.
- ✓ Определение состояния новорожденного по шкале Апгар.
- ✓ Первый туалет новорожденного.

## **ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К СОДЕРЖАНИЮ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ РОДОВ**

Требования к структуре и содержанию академической истории родов определяются кафедрой на основе типовой истории родов и методических указаний по написанию истории болезни, утверждаемой центральным методическим советом факультета.

Написание клинической истории родов проводится в соответствии с утвержденной схемой истории родов и включает следующие разделы: паспортную часть, жалобы, анамнез жизни беременной, объективный статус с изложением по системам, анализ результатов лабораторного и инструментального методов исследования, дифференциальный диагноз, предварительный диагноз, план обследования, обоснование клинического диагноза, план лечения с указанием лекарственных препаратов в форме рецептов и их обоснованием, предоперационным эпикризом (с обоснованием), рекомендациями, прогнозом и указанием списка использованных источников.

### **Выполнение академической истории родов**

1. Работа с преподавателем, ведущим данный цикл, начинается сразу же после выбора беременной/роженицы для курации.

2. Следующим этапом работы студента с преподавателем является составление рабочего плана написания истории родов.

Преподаватель рекомендует студенту основную базовую литературу: монографии, учебные пособия, методические рекомендации, фундаментальные научные статьи.

3. После составления рабочего плана и получения задания от преподавателя студент приступает к курации беременной, а также к изучению основной и дополнительной литературы по тематике работы.

4. Наиболее ответственным и сложным этапом при подготовке работы является сбор и обработка фактического материала. Этот этап работы выполняется студентом самостоятельно в соответствии со схемой истории родов.

### **Оформление академической истории родов**

Материал в работе располагается в следующей последовательности:

1. Титульный лист.
2. Текстовое изложение истории родов (по разделам).
3. Список использованной литературы.

- Работа выполняется на одной стороне листа формата А4. Текст истории родов должен быть написан аккуратно, четким разборчивым почерком по предлагаемой кафедрой схеме.
- Все листы работы должны быть пронумерованы.
- Названия всех основных разделов истории родов должны быть выделены. Каждый раздел в тексте должен иметь заголовок в точном соответствии с наименованием в схеме и должен быть выделен. Новый раздел (подраздел) можно начинать на той же странице, на которой кончился предыдущий, если на этой странице кроме заголовка поместится несколько строк текста. В работе можно использовать только общепринятые сокращения и условные обозначения.
- Обязательно соблюдение полей: сверху 2 см, снизу 2 см, слева 3 см, справа 1,5 см. Поля необходимы для замечаний преподавателя.

### **ЗАПРЕЩАЕТСЯ:**

- проводить ксерокопирование и фотосъемку истории родов или ее отдельных страниц и вложений;
- выносить историю родов за пределы отделения;
- разглашать персональные данные пациенток и сведения медицинского характера, полученные во время курации.

Студент несет ответственность за точность приводимых данных. Общий объем работы не может ограничиваться определенным числом страниц. Последним этапом выполнения работы является ее внешнее оформление, она должна быть подписана студентом.

### **Основные правила курации**

1. Студент ежедневно проводит наблюдение (курацию) одной беременной (роженицы) в течение цикла практического занятия, работает с учебной историей (болезни) и ее оригиналом в отведенное преподавателем время (литературой).
2. Студент самостоятельно выясняет жалобы у пациентки, анамнез жизни и болезни, оценивает факторы риска заболевания.
3. При расспросе необходимо соблюдать этические и деонтологические нормы, проявлять чуткость, приветливость и доброжелательность.
4. Студент самостоятельно проводит клиническое обследование пациента (по схеме), помня при этом, что пациентка не просто объект его профессионального совершенствования, но, прежде всего, личность.
5. При оценке клинических данных необходимо помнить о значении каждого сказанного слова (с одной стороны, слово – это величайший врачеватель человеческих недугов, с другой – может навредить).

6. Результаты дополнительных методов исследований, подтверждающие клинический диагноз, студент переписывает из оригинала истории родов, одновременно проводя их оценку.
7. Результаты работы с больным студент фиксирует в рабочей тетради и только после уточнения и доработки (если это необходимо) переносит в учебную историю родов.
8. Все действия при курации пациентки, студент согласовывает с преподавателем и лечащим врачом.
9. Порядок действия во время курации пациентки и оформление учебной истории родов проводится согласно схеме, предоставляемой каждому студенту на весь период цикла практических занятий.

### **Методика защиты истории родов**

Курация пациентки завершается защитой истории родов на итоговом занятии цикла практических занятий. Студент должен знать содержание учебной истории родов.

Основная задача докладчика - изложить историю родов, подробно останавливаясь на данных анамнеза и симптомах, характерных для разбираемой патологии.

Студент должен четко отвечать на поставленные вопросы и при этом не пользоваться историей родов и другими учебными материалами.

Вопросы задают преподаватель и студенты группы.

Ответ студента и история родов (оформление) оцениваются отдельно по 5-ти балльной системе (две оценки). Оценка за написание истории родов выносится в индивидуальный рейтинг студента и учитывается при ответе на переводном экзамене. В рейтинговой системе оценок максимальное количество баллов за написание и защиту учебной истории родов – 5 баллов.

### **Критерии оценки академической истории родов:**

Каждая история родов с учетом ее содержания оценивается по пятибалльной системе.

Высшая оценка **«отлично»** ставится за всестороннее полное обследование пациентки, постановку точного диагноза, определения полной схемы лабораторного и инструментального обследования, правильного обоснования клинического диагноза, проведения полного дифференциального диагноза, определения и обоснования лечебной тактики, прогноза заболеваний, установления правильных и точных рекомендаций для последующего этапа лечения и объективного оформления (этапного или выписного) эпикриза. Работа хорошо оформлена в четком соответствии со схемой обследования больной.

Оценка **«хорошо»** ставится при нарушении одного из вышеизложенных требований, но при условии глубокой и самостоятельной проработки те-

мы, а также соблюдении всех других требований.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится за работу, содержание которой свидетельствуют о том, что студент добросовестно провел курацию пациентки, оформил историю родов в соответствии с требованиями, однако допустил ошибки в различных разделах (диагнозе, сопоставлении физикальных данных и данных инструментального (лабораторного) обследования, плане обследования или лечения и др.).

Оценка **«неудовлетворительно»** ставится за работу, которая написана с грубыми недостатками, не соответствует современным представлениям о диагностике, лечении и профилактике данной патологии.

Работа, которую преподаватель признал «неудовлетворительной», возвращается для переработки с учетом высказанных в отзыве замечаний.

История родов должна быть написана в сроки, устанавливаемые кафедрой (как правило, за три дня до окончания цикла занятий).

При несвоевременном представлении истории родов на кафедру снижается оценка на 1 балл, а непредставление ее к началу сессии приравнивается к неявке на экзамен. Поэтому студент, не сдавший без уважительных причин историю родов, получает неудовлетворительную оценку, считается не прошедшим промежуточную аттестацию по дисциплине и не допускается к сдаче экзамена по данной дисциплине.

# Рекомендации по оформлению отдельных разделов истории родов.

Образец оформления титульного листа  
и схема написания истории родов

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Башкирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра акушерства и гинекологии №3

Заведующей кафедрой,  
д.м.н. И.В. Сахаутдинова

Доцент (Ассистент), к.м.н.  
\_\_\_\_\_

## ИСТОРИЯ РОДОВ

*Фамилия, имя, отчество роженицы*

Клинический диагноз: \_\_\_\_\_  
Основной: \_\_\_\_\_  
Осложнения: \_\_\_\_\_  
Сопутствующий: \_\_\_\_\_  
Название операций и пособий \_\_\_\_\_

Куратор: Ф.И.О

Группа:

Время курации:

Дата сдачи истории родов « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Дата защиты истории « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Оценка

Оформление истории родов: оценка \_\_\_\_\_,  
дата проверки \_\_\_\_\_,  
подпись \_\_\_\_\_

Учебная история болезни должна быть сдана на проверку за день до  
окончания цикла практических занятий.

## I. Паспортная часть.

1. Фамилия, имя, отчество
2. Возраст
3. Профессия
4. Дата и час поступления
5. Санитарная обработка рожениц при поступлении в родильный дом согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации медицинской деятельности» (раздел IV «Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах»).

### **Например:**

1. *ФИО: Ф.Л.Р.*
2. *Возраст 25 лет (02.03.1990г.)*
3. *Профессия: Бухгалтер*
4. *Дата и час поступления : дд.мм.г. в ч:мин*
5. *Была проведена санитарная обработка роженицы при поступлении в родильный дом согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации медицинской деятельности» (раздел IV «Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах»)*...

## II. Анамнез.

### **1. Жалобы при поступлении.**

При оценке жалоб необходимо подробно расспросить беременную или роженицу:

- ✓ боли - их характер, локализация, время возникновения, продолжительность, интенсивность, связь с проводимой терапией;
- ✓ патологические выделения из половых путей - жидкие, слизистые, кровянистые, бели - их количество и время появления;
- ✓ изменения двигательной активности плода.

### **2. Анамнез жизни:**

- ✓ Каким по счету ребенком родилась.
- ✓ Масса тела при рождении.
- ✓ Течение беременности и родов у матери, осложнения.
- ✓ Вид вскармливания (грудное, искусственное).
- ✓ Развитие в детстве.
- ✓ Наследственность: наследственные заболевания и болезни обмена веществ (сахарный диабет, ожирение), многоплодие, пороки развития.
- ✓ Заболевания в семье: туберкулез, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы и пр.
- ✓ Перенесенные детские инфекции (корь, краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит и пр.).

- ✓ Перенесенные инфекционные заболевания во взрослом возрасте.
- ✓ Перенесенные соматические заболевания.
- ✓ Хронические заболевания, частота обострений.
- ✓ Оперативные вмешательства.
- ✓ Травмы (черепно-мозговые, переломы позвоночника, костей таза и др.).
- ✓ Занятия физической культурой.
- ✓ Условия труда и быта.
- ✓ Аллергологический анамнез, лекарственная непереносимость.
- ✓ Трансфузионный анамнез (наличие гемотрансфузий, переливания плазмы и кровезаменителей, их переносимость, осложнения).
- ✓ Соблюдение режима труда и отдыха.
- ✓ Регулярность и полноценность питания.
- ✓ Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, прием наркотических препаратов).
- ✓ Группа крови, резус-фактор беременной.
- ✓ Возраст и здоровье мужа, группа крови и резус-фактор мужа.
- ✓ Было ли рождение детей в предыдущих беременностях с гемолитической болезнью (отеком, анемией, желтухой; проводилось ли заменное переливание крови ребенку)

### **3. Акушерско-гинекологический анамнез:**

**Менструальная функция:** Начало менструаций (указать возраст), установились сразу или нет; если нет, то через какое время. Продолжительность менструального кровотечения (количество дней), периодичность (через сколько дней), регулярность. Величина кровопотери (обильные, умеренные, скудные), болезненность (болезненные, безболезненные, болезненные в первый день). Изменения характера менструаций после начала половой жизни, после родов. Дата последней менструации. Особенности последней менструации: отличия от других менструаций по продолжительности, объему кровопотери, сроку наступления (приложение 1).

**Пример.**

*Менструации с 12 лет, установились сразу, умеренные, по 4—5 дней, через 28 дней, регулярные, болезненные в первый день. После начала половой жизни и родов характер менструального цикла не изменялся. Последняя менструация 28 августа, в срок, без особенностей.*

**Половая функция:** Возраст начала половой жизни. Какой по счету брак. Тип используемой контрацепции: не использует, coitus interruptus, барьерная, гормональная (какой именно препарат, длительность приема, переносимость).

**Пример.**

*Половая жизнь с 19 лет. Брак первый. Контрацепция барьерная, год назад принимала комбинированные пероральные контрацептивы этинилэстрадиол + дроспиренон (Ярина\*) в течение 15 мес, переносила препарат хорошо.*

**Детородная функция:** Подробно описать по порядку исход и течение каждой беременности (роды, искусственные аборты, самопроизвольные выкидыши). В случае родов указать: своевременные, преждевременные, запоздалые; метод родоразрешения; выполненные операции и пособия. На каком году (месяце) половой жизни без контрацепции наступила данная беременность. На какие сутки после родов выписана домой. Течение послеродового периода. Масса и рост ребенка при каждом роде. Продолжительность грудного вскармливания после первых родов. Были ли мертворождения: смерть плода — антенатально, интранатально, постнатально (на какие сутки). Причина смерти. В отношении абортов указать: самопроизвольный или искусственный, при каком сроке, наличие осложнений. При самопроизвольном аборте указать, было ли последующее выскабливание полости матки, отметить наличие осложнений. Сколько живых детей на момент курации.

**Пример.**

*Первая беременность — 1999г. Наступила на 6-м месяце после отмены гормональной контрацепции. Своевременные самопроизвольные роды в головном предлежании крупным плодом. Масса тела 4250 г, рост 51 см, мальчик, 8—9 баллов по шкале Апгар, в родах — перелом ключицы. Разрыв шейки матки II степени, дефект последа, ручное обследование стенок послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани, зашивание разрыва шейки матки. Выписана с ребенком домой на 9-е сутки. Кормила ребенка грудью до 2 лет.*

*Вторая беременность — 2002г. Искусственный аборт на сроке 9—10 нед, осложнившийся эндометритом, стационарное лечение: abrasio cavi uteri, 14 дней антибактериальной терапии (амоксциллин + клавулановая кислота).*

*Третья беременность — 2004 г. Преждевременные оперативные роды в головном предлежании плода на сроке 36—37 нед путем наложения выходных акушерских щипцов. Острая внутриутробная гипоксия плода на фоне двукратного обвития пуповины вокруг шеи плода. Масса тела 3150 г, рост 48 см, девочка, 6—7 баллов по шкале Апгар. Поздний послеродовой период осложнился двусторонним лактостазом, трещинами сосков и лохиометрой (опорожнена под ультразвуковым контролем), выписана с ребенком домой на 10-е сутки. Кормила ребенка грудью до 1 года.*

*Четвертая беременность — 2006г. Самопроизвольный выкидыш на сроке 5—6 нед, abrasio cavi uteri, без осложнений.*

*Пятая беременность — 2008г. Своевременные оперативные роды в тазовом предлежании плода. Полное предлежание плаценты. Мальчик, масса тела 3540 г, рост 49 см. Послеродовой период без осложнений, выписана домой с ребенком на 7-е сутки. Кормила ребенка грудью до 1 года 2 мес.*

*Шестая беременность — 2013 г. Наступила после двух попыток экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона (вторичное бесплодие блет: трубно-перитонеальный фактор, наружногенитальный эндометриоз; лечебно-диагностическая лапароскопия, сальпингоовариолизис, лазеро-вапоризация очагов наружного генитального эндометриоза в 2011 г.).*

*На момент курации трое живых детей.*

**Гинекологические заболевания:** Нозологическая форма, год возникновения, проведенное лечение, течение и исход. Отметить наличие рецидивов, их частоту, проводимое лечение.

**Пример.**

*2008 г. — эндоцервикальная эктопия шейки матки, кольпоскопически подозрительные участки, при цитологическом исследовании — койлоцитоз, дискератоз, дисплазия легкой степени. Произведена циркулярная диатермо-эксцизия зоны эндоцервикоза с выскабливанием дистальной трети цервикального канала; по данным морфологического исследования удаленного участка — цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CINI). При плановых осмотрах рецидивов не выявлено.*

*2015 г. — диагностирован наружный генитальный эндометриоз, произведены лечебно-диагностическая лапароскопия, сальпингоовариолизис, лазероапоризация очагов наружного генитального эндометриоза.*

**Заболевания, передающиеся половым путем.**

Перенесенные заболевания, передаваемые преимущественно половым путем: сифилис, инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), гонорея, трихомоноз, хламидиоз, герпетическая инфекция, гепатит. Год возникновения, проводимое лечение, течение, исход, рецидивы/повторные инфицирования.

**Пример.**

*2005 г. — урогенитальный хламидиоз; антибактериальная терапия (азитромицин 1 г).*

*2008 г. — трихомоноз; тинидазол внутрь по 1,5 г 1 раз в сутки 5 дней.*

### **III. Течение настоящей беременности**

**Общие данные.**

- ✓ Находилась ли под наблюдением в женской консультации (указать номер).
- ✓ Первая явка в женскую консультацию: срок беременности и дата при первой явке.
- ✓ Сколько раз посетила за беременность. Проходила ли психопрофилактическую подготовку — занятия в школе матерей.
- ✓ Планируемая ли беременность, проводимые обследования до беременности. Если непланируемая, то на каком фоне наступила беременность (прием лекарственных препаратов, в том числе всех видов контрацепции; заболевания в этот период; наличие профессиональных вредностей).
- ✓ Указать возникшие осложнения в каждом триместре настоящей беременности, сроки их появления (недели беременности), клинические симптомы, проводимое лечение и исход: I триместр (до 12 нед включительно), II триместр (13-28 нед), III триместр (29-40 нед).

- ✓ Первое шевеление плода (дата, какому сроку беременности соответствовала).
- ✓ Дородовой отпуск (дата получения).

**Пример.**

*Находилась под наблюдением в женской консультации № 12 с 7 нед беременности (25 января 2015 г.). Посетила консультацию 13 раз, регулярно посещала школу матерей. Беременность желанная, запланированная. До беременности прошла обследование: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, коррекция микробиоценоза влагалища, цитологическое исследование соскобов с экто- и эндоцервикса, TORCH-комплекс.*

*Течение беременности.*

*• I триместр: ранний токсикоз (тошнота, рвота до 1 раза в сутки, в весе не теряла), принимала витаминные препараты, фолиевую кислоту, седативные препараты, блокаторы гистаминовых рецепторов с положительным эффектом. Предлежание хориона по данным УЗИ.*

*• II триместр: бактериальный вагиноз (метронидазол 500 мг 2 раза в сутки 7 дней местно), бессимптомная бактериурия (фосфомицин 3 г однократно). Низко расположенная плацента по данным УЗИ.*

*• Первое шевеление плода 15 апреля 2015 г. (18 нед беременности).*

*• III триместр: кандидозный вульвовагинит (эконазол 50 мг 1 раз в сутки 3 дня местно), отеки ног, кистей рук (почечный чай 30,0 мл 3 раза в сутки), рецидив бессимптомной бактериурии (фосфомицин 3 г однократно). Однократное обвитие пуповины вокруг шеи плода, умеренное многоводие (по данным УЗИ в 32 нед), снижение маточно-плацентарной перфузии в бассейне правой маточной артерии по данным доплерометрии.*

*Получение дородового отпуска 9 июня 2015 г. (30 нед беременности).*

**Расчет индекса массы тела.**

Указывают рост и массу тела беременной (до беременности).

Вычисляют:

- индекс массы тела (ИМТ) и делают заключение относительно распределения значений ИМТ (приложение 1).

**Прибавка массы тела беременной.**

**Пример.**

*Прибавка массы тела до беременности 60 кг, на момент окончания беременности 72 кг, т.о. прибавка массы тела за беременность составляет 12 кг, что является нормой.*

## **IV. Объективное исследование.**

### **1. Общий осмотр.**

Общее состояние, вид беременной (возбуждена, угнетена, спокойна), сознание, положение. Температура тела. Телосложение. Походка. Кожные по-

кровы и слизистые оболочки, наличие послеоперационных рубцов. Характер оволосения (по мужскому/женскому типу). Наличие варикозно расширенных вен. Выраженность подкожной жировой клетчатки.

Наличие отеков, их локализация. Общее развитие костно-мышечной системы, признаки рахита, деформации, атрофии, подвижность суставов, асимметрия конечностей, последствия травм.

**Пример.**

*Общее состояние удовлетворительное, спокойна, сознание ясное, положение активное. Температура тела 36,6 °С. Телосложение нормостеническое, походка моряка. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые, высыпаний и патологических пигментаций не выявлено, рубец в правой пахово-подвздошной области по Волковичу—Дьяконову от аппендэктомии. Оволосение по женскому типу. Умеренный варикоз поверхностных вен голени, больше справа. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Отеки голени, стоп, кистей рук. Видимых деформаций костно-мышечного скелета и последствий травм не выявлено.*

**Осмотр и пальпация молочных желез.** Производят осмотр и последовательную методическую пальпацию обеих молочных желез при взятии на диспансерный учет в женской консультации.

**Пример.**

*Молочные железы при осмотре одинаковых размеров, округлой формы, с равномерно выступающими вперед сосками. Патологических высыпаний и особенностей сосудистого рисунка кожи молочных желез нет, отмечается усиление пигментации околососковых кружков. Ареолы правильной формы, не деформированы, симметричные, соски не втянуты, трещин нет, чистые, при надавливании отделяется незначительное количество белесоватой жидкости. Ткань желез при пальпации мелкозернистая, однородная, безболезненная. С наступлением беременности пациентка отметила увеличение и уплотнение молочных желез. Подмышечные, подключичные и надключичные лимфатические узлы не пальпируются.*

## **2. Данные объективного исследования систем и органов**

Кратко, не более одного предложения по состоянию каждой системы:

- сердечно-сосудистой;
- дыхательной;
- пищеварительной;
- мочевыделительной;
- нервной;
- эндокринной;
- органов зрения.
- 

## **3. Специальное акушерское исследование.**

### **Осмотр и измерение живота.**

Форма и размер живота: овоидная, шаровидная, отвислая, заостренная

кверху; стрии беременности. Состояние белой линии живота и пупка.

Окружность живота на уровне пупка. Высота стояния дна матки (ВДМ) над лонным сочленением (приложение 3)

Оценивают соответствие ВДМ сроку беременности

### **Пример.**

*Живот правильной овоидной формы, увеличен в размере за счет беременной матки, соответствующей сроку беременности. Гиперпигментация белой линии живота ниже пупка, пупок не пролабирует. Окружность живота на уровне пупка 85 см. Дно матки находится на 6,5 см ниже мечевидного отростка грудины, ВДМ 32,2 см над лонем, что соответствует сроку беременности, нижняя граница ВДМ в 36 нед — 31,5 см.*

### **Исследование таза (приложение 5)**

- distantia spinarum см (норма 25-26 см);
- distantia cristarum см (норма 28—29 см);
- distantia trochanterica см (норма 30—31 см);
- conjugata externa (диаметр Боделока)см (норма 20-21 см);
- conjugata lateralis (боковая конъюгата Кернера)см (норма 14,5-15,0 см), соответствует расстоянию между верхней передней и верхней задней осями подвздошных костей, измеряется с двух сторон, производится их сравнение;
- conjugata diagonalis см; определяется при влагалищном исследовании, переписывается из истории болезни (в норме >12,5 см);(приложение 8)
- ромб Михаэлиса (пояснично-крестцовый ромб): форма (правильная/неправильная, симметричная/асимметричная), размеры (вертикальный, горизонтальный), особенности; (приложение 7)
- индекс Соловьева (норма 1,40-1,45), вычисляется по окружности лучезапястного сустава (приложение 9);
- conjugata vera см, вычисляемый показатель, рассчитывается всеми предложенными формулами (приложение 10).

### **Пальпация живота (матки)**

Тонус тела матки, ее напряжение при исследовании. Оценка поверхности пальпируемой матки, особенности, например наличие пальпируемых миоматозных узлов. Состояние нижнего сегмента матки. Болезненность при пальпации тела и нижнего сегмента матки. Приемы Леопольда-Левицкого (описывают полученные данные пальпации при каждом приеме. Приложение 11). Положение плода (продольное, поперечное, косое), позиция (первая, вторая), вид (передний, задний). Определение подлежащей части плода и отношения ее к плоскости входа в малый таз.

### **Пример.**

*Матка в нормотонусе, с ровной поверхностью, при пальпации возбудима, безболезненна; пальпация нижнего маточного сегмента в проекции послеоперационного рубца безболезненна на всем его протяжении. Дно матки*

находится под мечевидным отростком грудины (первый прием Леопольда-Левицкого), где определяется крупная умеренно подвижная округлая мягкая часть плода овоидной формы — тазовый конец. Положение плода продольное, спинка плода (второй прием Леопольда—Левицкого) определяется слева как упругая плоская объемная его часть; симптом флюктуации и мелкие части плода определяются справа — первая позиция, передний вид. Предлежит головка плода (третий прием Леопольда—Левицкого), симптом баллотирования головки отрицательный. При заведении кистей за головку плода (четвертый прием Леопольда—Левицкого) ладони расходятся под тупым углом — головка фиксирована малым сегментом к плоскости входа в малый таз (большая часть головки плода находится над плоскостью входа).

### **Аускультация сердечной деятельности плода**

Место наилучшего выслушивания, частота, ритмичность, ясность (ясное, приглушенное, глухое).(приложение 12)

#### **Пример.**

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушивается справа ниже пупка с частотой до 140 в минуту.

### **Предполагаемая масса плода**

Предполагаемая масса тела плода (по Джонсону, Жордания, Ланковицу).(приложение 13)

- **Жордания** -  $Y = OЖ \times ВДМ$ , где  $Y$  - масса плода, г;  $OЖ$  - окружность живота, см;  $ВДМ$  - высота дна матки над лоном, см.
- **Ланковица**:  $Y = (OЖ + ВДМ + РБ + МБ) \times 10$ , где  $Y$  - масса плода, г;  $OЖ$  - окружность живота, см;  $ВДМ$  - высота дна матки над лоном, см;  $РБ$  - рост беременной, см;  $МБ$  - масса тела беременной, кг; 10 - условный коэффициент.
- **Джонсона**:  $Y = (ВДМ - 11) \times 155$ , где  $Y$  - масса плода, г,  $ВДМ$  - высота дна матки над лоном, см; 11 - условный коэффициент при массе беременной до 90 кг (при массе беременной более 90 кг этот коэффициент равен 12), 155 - специальный индекс

### **Влагалищное исследование(переписывают из истории родов).**

Дата. Время. Показания. Осмотр наружных половых органов: как сформированы, наличие признаков инфантилизма, характер оволосения, наличие варикозного расширения вен наружных половых органов. Состояние влагалища. Шейка матки (отношение к проводной оси таза, длина влагалищной части, консистенция, проходимость цервикального канала).

При проходимости внутреннего зева описывают плодный пузырь (его функциональность). Предлежащая часть (что предлежит, отношение к плоскости входа в малый таз). Диагональная конъюгата (достигим ли крестцовый мыс). Емкость таза, характер крестцовой впадины, боковых стенок и симфиза, изменения костей малого таза, наличие экзостозов. Характер выделений.

При сглаженной шейке матки описывают маточный зев (степень откры-

тия, толщина краев, растяжимость), состояние плодного пузыря, предлежащую часть, высота стояния ее, характеристика и расположение швов и родничков диагональная и истинная конъюгаты, костные изменения в малом тазу, выделения.

### **Зрелость шейки матки**

Вычисляют на основании данных влагалищного исследования. Степень фелости может быть оценена по шкале Е.Н. Bishop

#### **Пример.**

*Шейка матки по шкале Е.Н. Bishop оценена как «недостаточно зрелая» (4 балла): расположена по проводной оси малого таза (2 балла), частично размягчена (1 балл), длиной 2 см (1 балл), внутренний зев закрыт (0 баллов).*

## **4. Данные инструментально – лабораторных и дополнительных методов исследования.**

(Описывают все перечисленные пункты из истории родов, обменной карты и со слов беременной.)

- Группа крови, резус-фактор, титр антител при отрицательной резус-принадлежности крови.
- Клинический анализ крови.
- Биохимический анализ крови.
- Коагулограмма (по показаниям).
- Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции, сифилиса.
- Обследование на TORCH-инфекции: *Rubella* — иммуноглобулины классов М и G (IgM, IgG); *Toxoplasma* — IgM, IgG; *Cytomegalovirus* — IgM, IgG; *Herpes simplex viruses* — IgM, IgG.
- Уровень тиреотропного гормона, свободного тироксина, антител к тиреоидной пероксидазе (в I триместре).
- Цитологическое исследование соскоба с шейки матки (экто- и эндоцервикса) в I триместре или до беременности.
- Данные расширенной кольпоскопии (кольпоскопическое заключение) в I триместре или до беременности.
- Микроскопическое исследование отделяемого влагалища, шейки матки, уретры с окраской по Граму.
- Бактериологическое исследование отделяемого влагалища/шейки матки. Отдельно указывают наличие/отсутствие носительства стрептококка группы В во влагалище перед родами (на 35-37-й неделе беременности).  
Диагностика влагалищного отделяемого, цервикального канала, уретры (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, *Listeria monocytogenes*) с помощью полимеразной цепной реакции.

- Электрокардиография.
- Общий анализ мочи.

- Бактериологическое исследование мочи.
- Данные пренатальной диагностики:
  - заключение по риску возможных хромосомных аномалий плода на основании УЗИ и биохимического пренатального скрининга I: PAPP-A, freeβ-HCG (11,0-13,6 нед);
  - заключение по риску возможных хромосомных аномалий плода на основании УЗИ и биохимического пренатального скрининга II: AFP, ЕЗ, HCG (16-20 нед).
- Дополнительные методы исследования:
  - заключение УЗИ;
  - заключение доплерометрического исследования маточно-плацентарного и плодового кровотока;
  - заключение кардиотокографического исследования плода;
  - заключение рентгенэнцефалопельвиометрии (если проводилось, указать показания).
  - Артериальное давление (динамика в течение всей беременности).
- Другие исследования.

### ***5. Консультации, заключения и рекомендации других специалистов***

- Терапевт.
- Отоларинголог.
- Окулист.
- Стоматолог.
- Медико-генетическое консультирование.
- При наличии какой-либо экстрагенитальной патологии — заключение соответствующего специалиста.

## **V. ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

**Основной:** в диагнозе отражается наличие беременности, ее срок по дате последней менструации, первого шевеления плода, объективных данных, положение плода, предлежание, позиция, вид. Период родов.

**Осложнения:** (во время беременности со стороны матери и плода).

**Сопутствующий:** (заболевания, не связанные с беременностью)

Формулируют акушерский диагноз у беременных по следующему принципу.

• **Первая строчка диагноза** указывает на срок беременности и начинается со слова беременность.

**Пример.**

*Беременность 28нед.*

Особенности формулировки диагноза при многоплодной беременности.

После срока беременности необходимо указать количество плодов (двойня, тройня и т.д.), описать вид близнецов (однойяйцевые или двужайце-

вые) и, наконец, уточнить вид многоплодной беременности в зависимости от плацентарно-мембранных взаимоотношений:

- бихориальнаябиамниотическая двойня, что характерно для двуяйцевой двойни, когда у каждого близнеца есть свой хорион и амнион, так что перегородка состоит из четырех листков — двух амнионов и двух гладких хорионов;
- монохориальнаябиамниотическая двойня — оба амниона заключены в один общий хорион, перегородка между плодами состоит из двух листков амниона;
- монохориальнаямоноамниотическая двойня — перегородка между плодами отсутствует.

Два последних случая относятся к однойяйцевым двойням.

**Пример.**

*Беременность 28 нед, бихориальнаябиамниотическая двойня.*

Если данная беременность наступила не самостоятельно, а после применения вспомогательных репродуктивных технологий, то диагноз формулируется следующим образом:

**Пример.**

*Беременность 38 нед после инсеминации спермой донора.*

**Пример.**

*Беременность 24 нед после стимуляции овуляции кломифеном (кломистилбегитом).*

**Пример.**

*Беременность 28 нед после ЭКО и ПЭ.*

• **Вторая строчка диагноза.** Начиная с 28 нед беременности после срока беременности указывают предлежание и его вариант (головное, тазовое) или поперечное положение плода. До 28 нед беременности предлежание не выносится в диагноз, однако содержится в описательной части дневника.

• **Третья строчка диагноза.** Осложнения со стороны матери, связанные с беременностью.

**Пример.**

*Предлежание плаценты, гестационная артериальная гипертензия, преэклампсия средней степени, отеки беременных, угрожающие преждевременные роды, гестационный сахарный диабет, анемия беременных, узкий таз (с указанием формы и степени сужения), резус-отрицательная кровь с явлениями сенсебилизации. Если в анамнезе у женщины были операции на матке (гинекологические операции со вскрытием полости матки или кесарево сечение, а также реконструктивно-пластические операции на шейке матки), в диагноз перед перечислением осложнений данной беременности выносят формулировку оперированная матка.*

• **Четвертая строчка диагноза.** Осложнения беременности со стороны плода.

**Пример.**

*Хроническая гипоксия плода, внутриутробная задержка развития плода, крупный плод, пороки развития плода, сросшаяся двойня.*

• **Пятая строчка диагноза.** Сопутствующая патология.

- генитальная патология, например миома матки, полип цервикального канала, эндоцервикальная эктопия шейки матки, вульвовагинальная инфекция.

- экстрагенитальная патология, например порок сердца (с указанием его вида, степени и нарушения гемодинамики), сахарный диабет 1-го типа, гипертоническая болезнь, гипотиреоз, хронический гломерулонефрит, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, ре-зус-отрицательная кровь без явлений сенсебилизации.

**Пример I.**

*Беременность 26 нед.*

*Оперированная матка.*

*Угрожающие преждевременные роды.*

*Дополнительная хорда левого желудочка плода.*

*Бактериальный вагиноз.*

*Миопия высокой степени. Периферическая хориоретинальная дистрофия.*

**Пример II.**

*Беременность 36—37 нед.*

*Головное предлежание.*

*Многоводие.*

*Гестационная артериальная гипертензия.*

*Аномалии развития матки (двурогая матка).*

*Бессимптомное носительство стрептококка группы В во влагалище.*

*Первичный гипотиреоз, медикаментозная компенсация.*

**Пример III.**

*Беременность 39 нед.*

*Тазовое предлежание.*

*Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.*

**Пример IV.**

*Беременность 39—40 нед.*

*Головное предлежание.*

*Placenta praevia.*

*Кровотечение.*

Формулировка акушерского диагноза в родах (при открытии маточно-го зева до 4 см) производится по иному плану.

✓ Указывают срок беременности и предлежание на первых двух строчках. Сюда же может быть вынесена формулировка оперированная матка.

✓ **Третья строчка диагноза.** Первый период родов.

✓ Если плодный пузырь цел, его не описывают. В случае подтекания околоплодных вод в диагноз выносят формулировку преждевременный разрыв плодных оболочек. Далее перечисляют все диагнозы, выставленные при беременности.

**Пример.**

*Беременность 39—40 нед.*

*Головное предлежание.*

*Первый период родов.*

*Преждевременный разрыв плодных оболочек.*

*Гестационный сахарный диабет.*

*Крупный плод.*

Формулировка акушерского диагноза в родах (при открытии маточно-го зева 4 см и более) производится следующим образом.

- **Первая строчка** - срок беременности.
- **Вторая строчка** - предлежание и его вариант (тазовое или головное), вид и позиция плода.
- **Третья строчка** - период родов (первый или второй). Если плодный пузырь цел, его не описывают, если плодные оболочки натянуты на головку плода - плодный пузырь описывают как плоский. Далее перечисляют все диагнозы, выставленные при беременности.

**Пример.**

*Беременность 39 нед.*

*Передний вид затылочного предлежания.*

*Второй период родов.*

*Крупный плод.*

## **ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА.**

Обосновывают каждый пункт диагноза.

### **Обоснование:**

- наличия беременности (вероятные и достоверные признаки беременности, имеющиеся на момент осмотра);
- срока беременности (в днях на момент поступления):
  - ✓ по первому дню последней менструации;
  - ✓ первой явке в женскую консультацию;
  - ✓ первому шевелению плода;
  - ✓ родовому отпуску;
  - ✓ данным УЗИ;
- членорасположения плода в матке: на основании наружного акушерского исследования, УЗИ;
- наличия живого или мертвого плода: выслушивание сердцебиения; шевеление плода, ощущаемое женщиной и врачом; УЗИ, КТГ;
- периода родов (если женщина поступила в родах);
  - акушерской патологии;
  - сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии.

### **Определение срока беременности и предполагаемой даты родов.**

Вычисляемые данные (приложение 16). Рассчитывают всеми возможными предложенными способами.

### **Пренатальные факторы риска.**

Вычисляемые данные, проводят оценку в баллах (приложение 17). Риск перинатальной патологии вычисляют отдельно по каждой группе факторов и

суммарный. Заключение пишут также по каждому разделу факторов риска с описанием полученной суммы баллов и дают итоговое заключение по сумме всех факторов риска развития пренатальной патологии. (приложение 17).

### **Пример.**

1. **Совокупность имеющихся неблагоприятных социально-биологических факторов** оценивается как низкая, 3 балла: **возраст беременной 32 года (2 балла) и курение (1 балл).**

**Отягощенность акушерско-гинекологического анамнеза** оценивается как низкая, 4 балла: **1 самопроизвольный аборт (2 балла) и рождение крупного ребенка в предшествующих родах (2 балла).**

2. **По совокупности экстрагенитальных заболеваний** данной беременности **риск развития перинатальной патологии** оценивается как низкий, 3 балла: **острый пиелонефрит в II триместре (3 балла), анемия легкой степени (1 балл).**

3. **По совокупности осложнений** данной беременности **риск развития перинатальной патологии** оценивается как средний, 6 баллов: **токсикоз первой половины беременности (2 балла), многоводие (4 балла).**

**Заключение:** данная беременность относится к средней степени риска развития пренатальной патологии (17 баллов).

## **VI. ПЛАН ВВЕДЕНИЯ РОДОВ.**

Излагается конкретный план введения данной беременной или роженицы. Отмечается прогноз родов, возможные осложнения и образ действия при них. Проводится расчет физиологической кровопотери.

### **Примерный план введения физиологических родов:**

- Отражается возможность проведения родов через естественные родовые пути.
- В первом периоде родов следить за общим периодом состояния роженицы, АД, пульсом, температурой, характером схваток, началом потуг, излитием околоплодных вод, степень раскрытия маточного зева, вставлением головки плода, сердцебиением плода; своевременная коррекция при отклонении от нормы.
- Роды вести с применением адекватного обезболивания и спазмолитиков.
- Проводить профилактику гипоксии плода через каждые три часа.
- Профилактика кровотечения в родах в полном объеме.
- В конце первого периода перевод в род. зал и подготовка ко II периоду родов.
- Проведение II периода родов с соответствующим обезболиванием, с соблюдением всех правил асептики и антисептики, оказание пособий по защите промежности, своевременная эпизио- или перинеотомия.
- Проведений необходимых мероприятий по первичной и вторичной обработке новорожденного.

### **Пример.**

*Основной диагноз: Беременность 39-40 недель. Головное предлежание. Положение плода продольное, передний вид затылочного предлежания, первая позиция. Первый период родов.*

( Размеры плода и таза беременной соответствуют друг другу).

### **План ведения родов:**

1. Роды вести через естественные пути.
2. Применение спазмолитиков, анальгетиков.
3. Контроль за состоянием роженицы в родах (АД, Рс, t тела).
4. Контроль состояния плода в родах, КТГ в динамике
5. Профилактика и своевременная коррекция аномалий родовой деятельности.
6. Профилактика кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде в полном объеме.
  - наблюдение
  - КТГ
  - стерильная подкладная

## **VII. ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ.**

### **Первый период родов.**

При заполнении истории родов указать начало схваток, динамику развития родовой деятельности, продвижение головки, момент излития вод, состояние плода. Силы, действующие в этом периоде.

Первый период родов длится от начала регулярных схваток (1-2 за 10 минут) до полного открытия маточного зева. У первородящих составляет 6-12 часов, у повторнородящих от 4 до 8 часов.

В течении I периода выделяют 3 фазы:

- А) *Латентная фаза* – от начала родовой деятельности до открытия маточного зева до 4 см. Длится 4-8 часов. Скорость раскрытия маточного зева 0,35 см/ч.
- Б) *Активная фаза* – открытие маточного зева от 4 до 8 см, длится 3-4 часа. Частота схваток составляет 3-5 за 10 минут. Скорость раскрытия маточного зева 1,5-2 см/ч у первородящих, 2-2,5 см/ч у повторнородящих.
- В) *Фаза замедления* – от 8 см до полного открытия маточного зева. Длится до 2 часов у первородящих, у повторнородящих может отсутствовать. Скорость раскрытия маточного зева 1-1,5 см/ч.

Плодный пузырь должен самостоятельно вскрываться при открытии маточного зева более 5 см с излитием 150 мл-250 мл светлых вод. При сохранении целостности плодного пузыря и раскрытии маточного зева 6-8 см выполняется амниотомия. Другие показания для амниотомии: плоский плодный

пузырь, появление кровянистых выделений, ослабление родовой деятельности.

### **Течение и ведение I периода родов -период раскрытия.**

#### **1. Наблюдение за общим состоянием роженицы.**

Для этого необходимо контролировать состояние роженицы, ее жалобы, частоту пульса, дыхания, окраску кожных покровов, измерять АД роженицы, выделения из половых путей каждый час Температура тела, частота и объём мочеиспускания - каждые 4 часа. Заносить эти данные в историю родов.

При нарушениях состояния роженицы выявить их причины и решить вопрос о методах его коррекции.

#### **2. Оценка характера родовой деятельности – регулярности, частоты, продолжительности, интенсивности схваток.**

Для оценки характера родовой деятельности врач садится справа от роженицы и, положив ладонь на ее живот в области дна матки, по секундомеру определяет продолжительность 3-4 схваток подряд и пауз между ними. Интенсивность схваток пальпаторно оценивается по степени повышения напряжения матки во время схватки. Оценка проводится не реже 1 раза в 2 часа. Характер родовой деятельности может быть оценен с помощью объективной ее регистрации. Используют аппараты различных марок вида "Фетальный монитор" (кардиотокограф) для одновременной оценки состояния плода и характера схваток (один датчик оценки состояния плода, второй датчик – тензометрический, для оценки сократительной деятельности матки).

#### **3. Эффективность родовой деятельности оценивается по степени раскрытия маточного зева и по контролю поступательного движения головки.**

За поступательными движениями головки в родах наблюдают с помощью третьего и четвертого приемов Леопольда-Левицкого, при этом более информативным является 4 прием.

Оценку эффективности родовой деятельности проводят не реже 1 раза в 2 часа наружными приёмами, 1 раз в 4 часа при внутреннем исследовании, по показаниям - чаще.

Следует помнить, что наружные приемы оценки степени раскрытия маточного зева являются субъективными и не всегда могут отражать истинной картины процесса родов. Объективным методом оценки родовой деятельности является внутреннее акушерское исследование. По результатам этого исследования и продвижения предлежащей части плода ведется графическая регистрация – **партограмма**.

Партограмма позволяет диагностировать ослабление родовой деятельности и провести своевременную ее коррекцию (Оформить партограмму. приложение 18)

#### **4. Наблюдение за состоянием плода.**

Сердцебиение плода выслушивается акушерским стетоскопом или портативным ультразвуковым датчиком в течение минуты каждые 15-30 мин. в паузе между схватками с определением частоты, звучности и ритма сердечных тонов. При удовлетворительном состоянии плода частота его сердцебиения колеблется в пределах 120-160 ударов в минуту, ясное, ритмичное. В ро-

дах проводится кардиотокограмма плода в прерывистом режиме (при поступлении в течение 40-60 минут, после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов, при открытии маточного зева более 8 см). Используют оценочную шкалу Фишера. При оценке 8-10 баллов состояние плода оценивается как удовлетворительное, 7 баллов и менее – компенсаторные возможности плода снижены.

Критерии нормальной кардиотокограммы:

- 1) Базальный ритм 120-160 в минуту.
- 2) Амплитуда variability базального ритма 5-25 в минуту
- 3) Регистрация 5 и более variability спорадических акцелераций на протяжении 30 минут.
- 4) Децелерации отсутствуют или ранние спорадические, неглубокие и очень короткие.
- 5) Наблюдение за характером выделений из родовых путей.

При излитии околоплодных вод следует оценивать их характер. Околоплодные воды должны быть бесцветными, без каких-либо примесей, без запаха. Появление примесей мекония в околоплодных водах, их темный цвет, указывают на хроническую или острую гипоксию плода. Неприятный запах излившихся околоплодных вод, их мутность указывают на инфицирование плодных оболочек (хориоамнионит). Появление в периоде раскрытия кровотечения или других патологических выделений из родовых путей указывает на серьезное осложнение родов и требует немедленного вмешательства врача.

Главным подтверждением окончания первого периода родов является установление полного раскрытия маточного зева. Если в это время излились околоплодные воды, то производится внутреннее акушерское исследование, при котором подтверждаются данные наружного исследования.

Необходимо отметить точное время окончания I периода родов.

После каждого проведенного внутреннего акушерского исследования врач обязательно формулирует диагноз (характеризующий именно этот этап родов) и пишет заключение, в котором определяет свою тактику дальнейшего ведения родов.

## **Второй период родов.**

При заполнении истории родов указать характеристику потуг, продвижение предлежащей части, состояние плода. Действующие силы. Описать биомеханизм родов. Подготовка к приему родов согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации медицинской деятельности» (раздел IV «Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» пункт подготовка роженицы; стерильного стола, обработки рук акушерки и врача). Защита промежности (с какого момента начинается пособие, в чем оно заключается).

## **Течение и ведение II периода родов – периода изгнания.**

Период изгнания начинается от полного раскрытия маточного зева и завершается рождением ребёнка. К сокращениям матки присоединяются сокращения диафрагмы, мышц передней брюшной стенки, в дальнейшем по мере продвижения по родовым путям подлежащей части сокращения пристеночных мышц таза и мышц тазового дна (потуги). Потуги должны появляться при расположении головки плода не выше узкой части малого таза или на тазовом дне. Длительность данного периода у первородящих 1-2 часа, у повторородящих от 30 до 60 минут.

### **Ведение II периода.**

В периоде изгнания придерживаются тех же принципов ведения родов, что и в I периоде, при этом имеет место ряд особенностей:

1) контроль общего состояния роженицы и жалоб (головная боль, нарушение зрения, наличие головокружений, степень болевых ощущений) – каждые 15 минут, при появлении потуг – постоянно. Контроль пульса и АД каждые 30 минут в начале второго периода, при появлении потуг - каждые 15 минут.

2) контроль состояния плода (в начале II периода родов выслушивание сердцебиения плода каждые 15 минут, с появлением потуг - выслушивается после каждой потуги в середине паузы).

3) контроль характера и эффективности родовых сил (потуг) в начале II периода каждые 30 минут, во время потуг – через 15 минут.

4) контроль за продвижением подлежащей части плода в начале II периода родов проводят через 1 час (с помощью наружных приёмов или при внутреннем исследовании), с началом потуг – каждые 15 минут.

5) оценка характера выделений из родовых путей постоянно, оценка мочеиспускания - однократно.

6) регулирование потуг применяют при отсутствии активной потужной деятельности, обращая внимание женщины на правильное дыхание, координированность схватки и потуги, правильное распределение усилий, направленных на продвижение плода.

Активное ведение периода изгнания начинается после завершения фазы внутреннего поворота головки плода.

При правильном течении периода изгнания поступательное движение плода совершается достаточно быстро. При продвижении головки плода из узкой части полости малого таза к плоскости выхода таза головка показывается на высоте потуги из половой щели, исчезая вне потуги (врезывание головки). На этом этапе периода изгнания начинается подготовка к приему родов.

С началом прорезывания головки (головка, показавшись из половой щели роженицы на высоте потуги, не исчезает после ее окончания) приступают к оказанию пособия по защите промежности.

Цель этого пособия - предупредить быстрое разгибание головки, что предупреждает травму шейного отдела позвоночника плода и разрыв про-

межности роженицы.

Пособие состоит из следующих моментов:

- 1) уменьшение напряжения промежности за счет окружающих тканей;
- 2) бережное выведение головки из половой щели вне потуги;
- 3) освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода.

### **Защита промежности.**

Необходимо описать клиническое ведение второго периода родов, осуществление контроля за состоянием роженицы, плода, выделений.

В истории родов следует указать точную дату и время рождения ребёнка.

После рождения проводится оценка состояния новорождённого по шкале Апгар – через 1 минуту и через 5 минут.

Необходимо в истории родов описать шкалу Апгар в виде таблицы и дать оценку новорождённого. Сделать заключение о его состоянии. Здоровые новорождённые имеют оценку 8-10 баллов, то есть находятся в удовлетворительном состоянии.

Указать в истории, проводился ли кожный контакт, если нет, то почему.

Если в родах выполнялась перинеотомия, то следует обосновать показания (например: угрожающий или начавшийся разрыв промежности, ригидная промежность, острая гипоксия плода и др.). Указать проводимое обезболивание при выполнении перинеотомии.

### **Данные о новорожденном.**

В каком предлежании, позиции и виде проходил биомеханизм родов. Масса тела, длина, пол новорожденного. Состояние в первую минуту после рождения (оценка по шкале Апгар) и через пять минут, первый туалет.

#### **Первичный туалет новорожденного.**

Первый туалет новорожденного проводится в два этапа, однако следует помнить о современных подходах индивидуального ведения родов и роли персонала в поддержке тесного кожного контакта матери и ребенка.

**I этап** (проводится на родовом столе):

1) отсасывание слизи из верхних дыхательных путей у новорожденного проводится по показаниям. Студент должен указать, проводились ли эти мероприятия.

2) пережатие и пересечение пуповины (описать когда, на каком расстоянии от пупочного кольца, как и с помощью каких инструментов производится и в какой период времени от рождения).

3) профилактика конъюнктивита (описать подробно методику проведения – каким препаратом, с помощью какого материала, в какой последовательности).

После проведения I этапа обработки сразу на родовом столе на ручку новорождённого (ой) привязывают стерильный "браслет" с указанием ФИО роженицы, пола ребенка, часа и даты рождения, N истории родов. Проводят

«кожный» контакт, выкладывают новорождённого на грудь матери. Обращают внимание матери на пол ребенка, наличие или отсутствие пороков развития.

После «кожного» контакта с матерью новорождённого переносят на обогреваемый столик, где проводится **II этап туалета новорожденного**:

1) обработка пуповины (проводится в асептических условиях) – описать детально на каком расстоянии от пупочного кольца накладывается пластмассовая скобка, на каком расстоянии от скобки отсекается остаток пуповины, какие инструменты и материалы используются.

2) антропометрия новорождённого: измерение окружности головки по прямому ее размеру, окружность грудной клетки, измерение роста новорожденного, его массы.

Новорождённый осматривается в родильном зале неонатологом. После этого новорожденного одевают и вновь прикладывают к груди матери. Заполняют "Историю развития новорождённого". При отсутствии противопоказаний его вместе с матерью в последующем переводят в послеродовое отделение совместного пребывания.

Описать цели «кожного контакта» и раннего прикладывания новорождённого к груди матери.

Первичная обработка пуповины: техника выполнения.

Вторичная обработка пуповины: техника выполнения.

Туалет новорожденного.

### **Третий период родов**

Профилактика кровотечения. Механизм отделения плаценты, выделение последа, данные осмотра последа. Кровопотеря в родах. Действующие силы. Данные осмотра родовых путей (наружных половых органов, влагалища, шейки матки). Продолжительность родов по периодам. Течение послеродового периода (раннего в течение 2-3 часов после родов), записи ведутся по принятой в клинике схеме

Заключительный диагноз: основной, осложнения, сопутствующий.

**Течение и ведение III периода родов – последового периода.**

Последовый период начинается сразу после рождения плода и заканчивается рождением последа. Его продолжительность при физиологическом течении у большинства женщин 3-10 мин. Максимальная продолжительность III периода – 30 минут.

В последовом периоде роженица находится под постоянным контролем врача и акушерки.

В течение II фазы проводить контроль за величиной и формой матки, за появлением признаков отделения последа.

Необходимо описать признаки отделения последа:

**Альфельда**(опускание пуповины с наложенным на неё зажимом на 8-10 см от вульварного кольца);

**Чукалова – Кюстнера** (при надавливании ребром ладони на матку над

лоном пуповина не втягивается);

**Шредера** (дно матки поднимается выше пупка и отклоняется вправо форма «песочных часов»);

**Довженко** (при глубоком вдохе роженицы пуповина не втягивается).

Появление признаков отделения плаценты указывает на окончание 2 фазы последового периода и начало 3 фазы (выделения последа).

В истории родов следует указать, какие признаки отделения последа наблюдались у данной роженицы.

Если отделившийся послед не рождается самостоятельно, то применяют наружные приёмы выделения отделившегося последа (Абуладзе, Креде – Лазаревича, Гентера). Подробно описать в истории родов методику каждого метода.

Описать, как произошло рождение последа (плодовой поверхностью плаценты или материнской) и на основании этого сделать заключение о механизме отделения плаценты (по Шульцу или по Дункану).

Методика осмотра последа описывается в истории родов детально (размер последа, целостность, наличие петрификатов, целостность оболочек, длина и состояние пуповины). Результат осмотра последа, общую кровопотерю в родах записывают в историю. Указывают общую продолжительность родов и по периодам.

### **Ведение раннего послеродового периода.**

Ранний послеродовый период продолжается 4 часа (по данным зарубежных авторов – 24 часа). В течение 4 часов родильница находится в родильном отделении. Описать по каким причинам родильница в течение этого времени нуждается в постоянном контроле. Знать особенности гемостаза плацентарной площадки, правила перевода в отделение совместного пребывания.

В раннем послеродовом периоде проводится:

1) контроль состояния родильницы, оценка жалоб (окраска кожи, головокружение, нарушение зрения) сразу после рождения последа и далее каждые 20-30 минут; контроль АД, частоты пульса после рождения последа и перед переводом в отделение совместного пребывания.

2) контроль за высотой стояния дна матки, ее величиной, плотностью после рождения последа и далее каждые 20-30 минут.

3) контроль за объемом и интенсивностью кровянистых выделений из родовых путей каждые 20-30 минут.

Результаты этого наблюдения записываются в историю родов.

Осмотр родовых путей проводится обязательно, включая осмотр наружных половых органов, преддверие влагалища и промежность. С помощью влагалищных зеркал выполняют осмотр шейки матки и стенок влагалища. Разрывы зашивают под местной анестезией. После проведения перинеотомии выполняют перинеорафию (последующее восстановление целостности промежности). Учёт кровопотери фиксируют после осмотра родовых путей.

### **Заключительный диагноз:**

В заключительном диагнозе указываются:

- ✓ срок беременности (в днях);
- ✓ положение, позиция, вид позиции, предлежание плода;
- ✓ какие роды по счету (I, II и т. д.), по сроку беременности (преждевременные, срочные, запоздалые);
- ✓ выявленные осложнения беременности (гестоз, гестационный пиелонефрит, гестационный сахарный диабет, многоводие и др.), сопутствующие генитальные (эрозия шейки, миома матки и др.) и экстрагенитальные заболевания;
- ✓ выявленные состояния плода (синдром задержки развития, крупный плод, фетоплацентарная недостаточность, острая гипоксия (дистресс) плода и др.);
- ✓ излитие околоплодных вод (своевременное, раннее, преждевременное, запоздалое);
- ✓ осложнения родов (аномалии родовых сил, преждевременная отслойка плаценты, угрожающий разрыв промежности и др.), послеродового периода (гипотоническое маточное кровотечение, лохиометра, послеродовый эндометрит, симфизит и др.);
- ✓ выявленный травматизм родовых путей (разрыв шейки матки, разрыв промежности с указанием степени);
- ✓ проведенные операции (кесарево сечение, наложение акушерских щипцов, ручное обследование полости матки, рассечение и ушивание промежности, ушивание разрывов и др.).

Заключительный диагноз:

**Основной :**

**Осложнения:**

**Сопутствующий:**

## **VIII. ДНЕВНИК**

Ежедневные записи в истории родов по принятой в клинике форме о состоянии больной с кратким описанием локального статуса, лечебно-диагностическими рекомендациями. Первый дневник наблюдения пишется через 2 часа после родов, последующие — ежедневно. В них указывают жалобы и общее состояние родильницы. Отмечают артериальное давление на обеих руках, пульс, температуру. Описывают состояние молочных желез (мягкие, нагрубание, наличие уплотнений; соски чистые или с трещинами); характер и количество секрета (молозиво, молоко; отток нарушен или нет). Определяют уровень высоты стояния дна матки над лоном (см), ее плотность и чувствительность при пальпации. Оценивают характер и количество выделений из половых путей, состояние имеющихся послеоперационных ран (на передней брюшной стенке, промежности). Отмечают, на какие сутки сняты

швы и как зажила рана (первичным, вторичным натяжением). Описывают функцию мочевого пузыря и кишечника.

**Пример.**

*Дата: число, месяц, год*

*Жалоб нет. Активна. Состояние удовлетворительное.*

*АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс 86 уд. В мин. Температура 36,5°C.*

*Молочные железы мягкие, соски чистые, отток молозива не нарушен.*

*Кожные покровы чистые, физиологической окраски.*

*Живот мягкий, безболезненный.*

*Матка плотна, дно матки на \_\_\_\_\_ см выше лона.*

*Лохии кровянистые, умеренные. Мочеиспускание не нарушено. Стула не было.*

## **IX. ЭПИКРИЗ.**

### **Переводной эпикриз.**

Перед переводом родильницы в послеродовое отделение оформить переводной эпикриз, в котором описать продолжительность и особенности течения родов (в т.ч. осложнения со стороны матери и плода), состояние новорождённого при рождении (например: живой, доношенный (или переносенный), 3450 г. – 54 см, без врождённых пороков развития, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов). Оценивается состояние родильницы на время перевода ее из родильного отделения: жалобы, окраска кожи, измерение АД, температуры, пульса, состояния матки, характера и объёма выделений из половых путей. Указать общую кровопотерю (в родах и в раннем послеродовом периоде). Назначения для ведения родильницы в послеродовом отделении (режим, диета, массаж матки, контроль АД, температуры, пульса, обработка швов промежности по показаниям, и др.)

### **Предоперационный эпикриз (пишется на отдельном листе).**

Дата -----

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Находится в ОПБ с\_\_ поступила по поводу \_\_\_\_\_ (например: хронической плацентарной недостаточности и гестоза; на родовую госпитализацию в связи с рубцом на матке, для решения вопроса о сроке и методе родоразрешения и т. Д.)

Обследована: \_\_\_\_\_ (указать результаты лабораторных методов исследования (анализ мочи, крови, мазков и других), дополнительных методов (УЗИ, КТГ, ДПМ), осмотры специалистов, позволяющие обосновать клинический диагноз.

Клинический диагноз:

Основной: \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующий: \_\_\_\_\_

Получала лечение \_\_\_\_\_  
Показания к операции \_\_\_\_\_  
Решено родоразрешить женщину путём операции кесарева сечения в  
плановом (экстренном) порядке \_\_\_\_\_  
Риск инфекционных осложнений \_\_\_\_\_  
Противопоказаний не выявлено \_\_\_\_\_  
Осмотрена анестезиологом. Вид анестезии \_\_\_\_\_  
Планируется \_\_\_\_\_ (например: кесарево  
сечение в нижнем сегменте по Дерфлеру)  
Согласие на операцию получено \_\_\_\_\_  
Группа крови \_\_\_\_\_ резус-фактор \_\_\_\_\_  
Аллергологический анамнез \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
Заведующий отделением \_\_\_\_\_

### **Выписной эпикриз:**

В эпикризе анализируется течение данных родов и послеродового периода и указывается:

- Ф. И. О. беременной или роженицы, возраст, домашний адрес;
- дата и время поступления, дата выписки, лечебное учреждение и отделение, где находилась пациентка;
- диагноз направившего учреждения;
- заключительный клинический диагноз;
- сведения о родах: дата, продолжительность родов, общая кровопотеря; время рождения, масса, рост новорожденного, его оценка по шкале Апгар.
- проведенные оперативные вмешательства, трансфузии компонентов крови, осложнения;
- течение послеродового периода, проведенное обследование и лечение, состояние раны на промежности или передней брюшной стенке к выписке, сняты ли швы. При выписке отмечается состояние родильницы и ребенка, указывается, выписаны ли они домой или переведены в другое лечебное учреждение. Даются рекомендации родильнице по образу жизни, питанию, гигиене, грудному вскармливанию ребенка; указываются мероприятия, направленные на физиологическое течение послеродового периода. По показаниям обосновывается дополнительный послеродовой отпуск, указывается дата выдачи и продолжительность больничного листа. В конце ставится подпись куратора.

## **Использованная литература и требования к оформлению литературы.**

### **Общие требования к оформлению списка литературы.**

Список литературы оформляется по правилам библиографии (ГОСТ 7.1 – 2003). При написании истории родов должна быть использована литература, написанная в течении последних 5 лет.

#### **Книга одного, двух, трех авторов**

*Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. Руководство для врачей / В.Н. Серов, С.А. Маркин, А.Ю. Лубнин. - М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 464 с.*

*Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности: руководство для практикующих врачей /В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. – М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 2011. – 536 с.*

#### **Учебные пособия**

*Гуменюк Е.Г., Кормакова Т.Л. Современные аспекты невынашивания беременности: Учеб.пособие /Е.Г. Гуменюк, Т.Л. Кормакова. – Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2011. – 90стр.*

#### **Журнальные статьи**

*Коноводова Е.Н., Бурлев В.А. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц / Е.Н. Коноводова, В.А. Бурлев //Акушерство и гинекология. – 2012. - № 1. – С. 137-142.*

*Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Шалина Р.И., Лебедев Е.В. Принципы ведения осложненных родов / Г.М. Савельева и др. //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. – Т. 11, № 1. – С. 68-74.*

#### **Материалы научных конференций**

*Карпеченко А. В., Гуменюк Е. Г., Кормакова Т. Л. и др. Факторы риска, акушерские и перинатальные исходы у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты /А.В. Карпеченко и др. //Мат. XIV Всероссийского научного форума “Мать и дитя”. - М., 2013. - С. 86-87.*

#### **Электронные ресурсы**

*Гуменюк Е.Г., Ившин А.А., Карпеченко А.В. Преподавание акушерства и гинекологии в ВУЗЕ: некоторые размышления сотрудников кафедры после научно-образовательной конференции в Новосибирске (3 апреля 2012 года) //“Университеты в образовательном пространстве региона: опыт, традиции и инновации”: Мат. науч. - метод.конф. (22-23 ноября 2012). Ч. I (А-К) / ПетрГУ. – Петрозаводск, 2012. – С. 10-15. – URL:<http://petrsu.ru/files/2012/11/f71099.pdf>:*

## ЛИТЕРАТУРА

### Основная.

- 1 Акушерство: учебник / под ред. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1040 с.
- 2 Акушерство: учебник / под ред. Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 656 с.
- 3 Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. Э.К. Айламазяна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 608 с.
- 4 Неотложная помощь в акушерстве: руководство / под ред. Э.К. Айламазяна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 384 с.
- 5 Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / под ред. проф. В.Н Серова , Г.Т Сухих. 4-е изд., перераб. и доп.– М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014.- 1024 с.

### Дополнительная.

- 1 Дементьев А.С. Акушерство и гинекология. Стандарты медицинской помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 992 с.
- 2 Вялов С.С. Диагностическое значение лабораторных исследований. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 320 с.
- 3 Капительный В.А. Схема написания истории родов: учеб. пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 112 с.
- 4 Сидорова И.С. Контроль знаний к государственной аттестации студентов медицинских вузов по акушерству и гинекологии. М.: МИА, . 2016.- 336 с.
- 5 Штайнер К. Визуальная диагностика в акушерстве и неонатологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 280 с.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### СИМУЛЯЦИОННЫЙ БЛОК

Приложение 1.

#### ФОРМУЛА РАСЧЕТА ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

**ИМТ- вес женщины до беременности (кг)**

**[рост (м)]<sup>2</sup>**

ИМТ <19,7 — дефицит массы тела;

ИМТ = 19,8—26,0 — нормальная масса тела;

ИМТ >26,1 — избыточная масса тела.

Приложение 2.

#### ДОПУСТИМАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА БЕРЕМЕННОЙ.

Таблица 1

Недели беременности	Прибавка массы тела, в зависимости от ИМТ				
	ИМТ менее 18,5	ИМТ от 18 до 25	ИМТ от 25 до 30	ИМТ свыше 30	Многоплодная беременность
1-17	3,25	2,35	2,25	1,50	4,55
17-23	1,77	1,55	1,23	0,75	2,70
23-27	2,10	1,95	1,85	1,3	3,00
27-31	2,35	2,11	1,55	0,65	2,35
31-35	2,35	2,11	1,55	0,65	2,35
35-40	1,75	1,25	1,55	0,45	1,55
Допустимая прибавка за весь период, кг	12,5-18	11,5-16	7-11,5	6 и менее	16-21

## ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ЖИВОТА, ВЫСОТЫ СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ

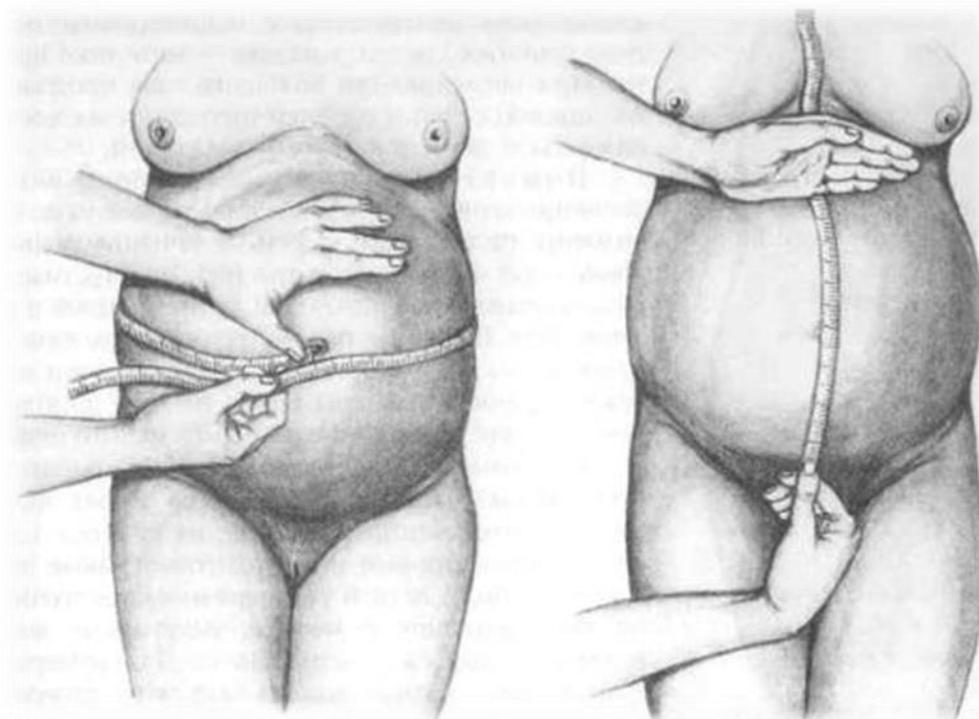


Рис 1. Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки

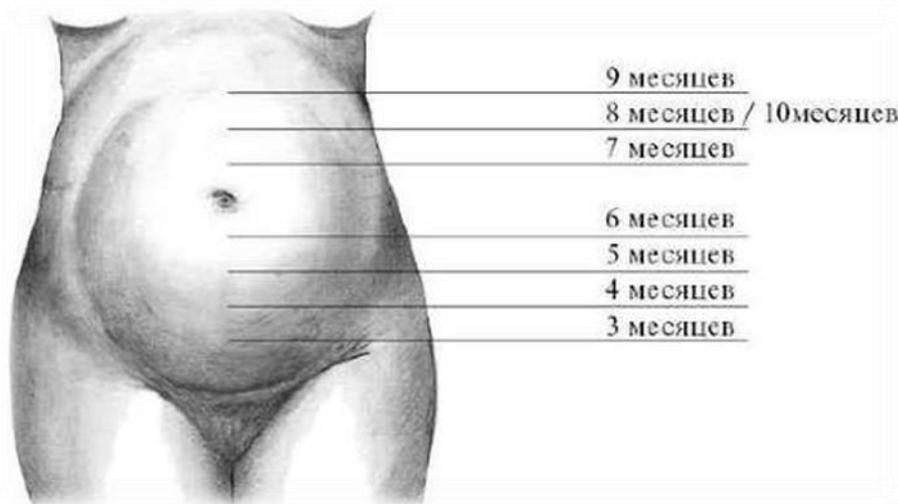


Рис.2. Высота стояния дна матки соответственно сроку беременности.

## НАРУЖНАЯ ПЕЛЬВИОМЕТРИЯ.

- **Distantia spinarum** — расстояние между передневерхними остями подвздошных костей с двух сторон; этот размер равен 25-26 см (рис.5).
- **Distantia cristarum** — расстояние между наиболее отдаленными участками гребней подвздошных костей; этот размер равен 28-29 см (рис.6).
- **Distantia trochanterica** — расстояние между большими вертелами бед-

ренных костей; это расстояние равно 31-32 см. В нормально развитом тазу разница между поперечными размерами большого таза составляет 3 см. Меньшая разница между этими размерами будет указывать на отклонение от нормального строения таза (рис.7).

- **Conjugata externa** — расстояние между серединой верхненаружного края симфиза и сочленением V поясничного и I крестцового позвонков. Наружная конъюгата в норме равна 20-21 см. По ней наиболее точно можно судить о размерах истинной конъюгаты (прямого размера плоскости входа в малый таз). При измерении наружной конъюгаты одну ножку тазомера ставят в надкрестцовую ямку, верхний угол ромба Михаэлиса; вторую ножку — на середину верхненаружного края симфиза. При этом не нужно забывать о небольшом надавливании на ножки тазомера, чтобы нивелировать толщину подлежащих мягких тканей (рис.8).

#### Приложение 5.

### ИССЛЕДОВАНИЕ ТАЗА

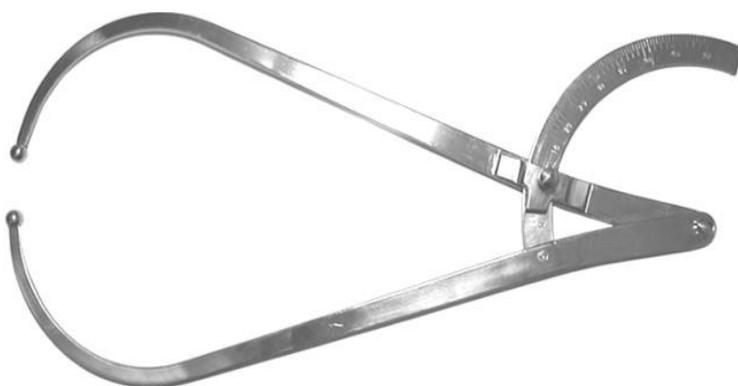


Рис. 3. Тазомер

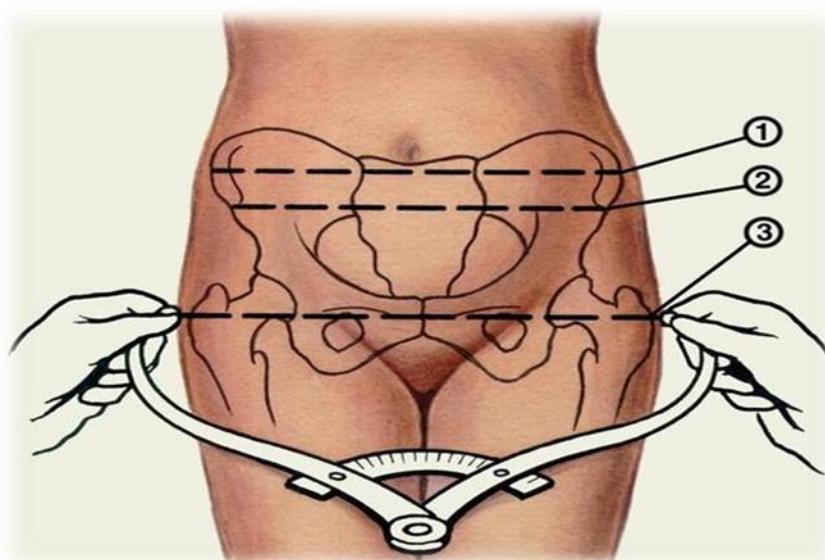
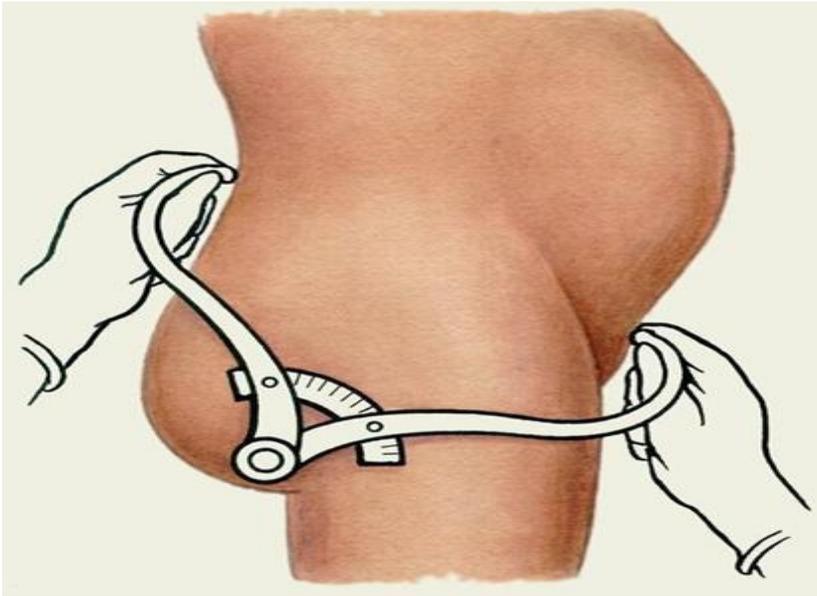


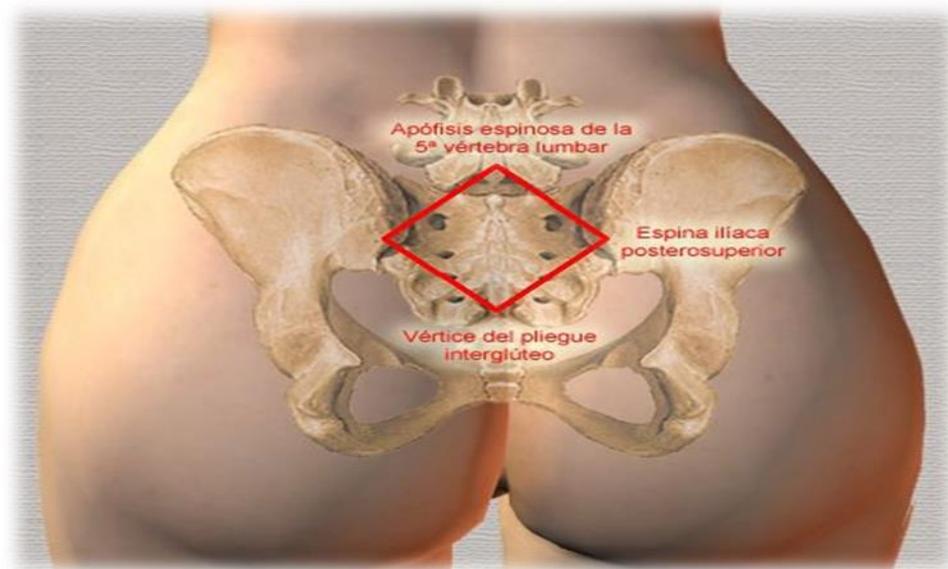
Рис.4. Измерение поперечных размеров таза.  
1.Distantiacristarum  
2. Distantiaspinarum  
3.Distantiatrochanterica



**Рис.5.** Измерение наружной конъюгаты

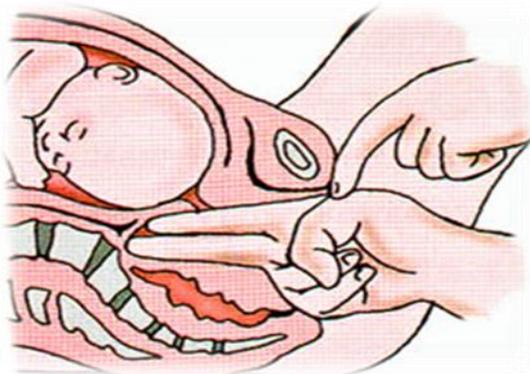
**Приложение 6.**

**ИЗМЕРЕНИЕ РОМБА МИХАЭЛИСА.**

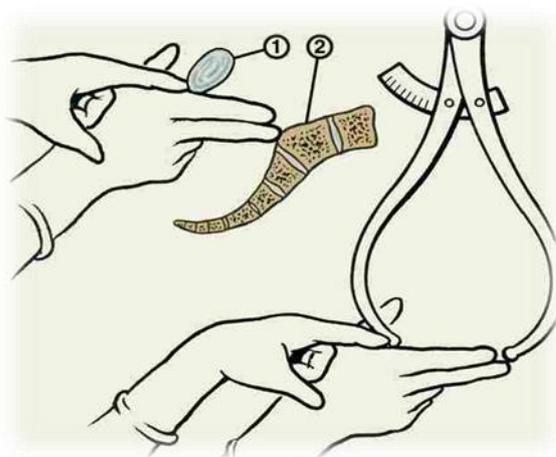


**Рис.6.** Схематическое изображение ромба Михаэлиса

### ВНУТРЕННЯЯ ПЕЛЬВИОМЕТРИЯ.

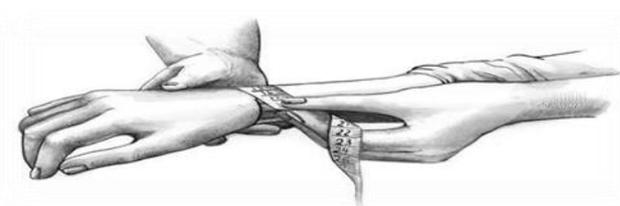


**Рис.7.** Определение диагональной конъюгаты: достижение мыса крестца при влагалищном исследовании



**Рис.8.** Измерение тазомером расстояния между верхушкой среднего пальца и местом отметки на правой руке

### ИЗМЕРЕНИЕ ИНДЕКСА СОЛОВЬЕВА И ФОРМУЛЫ ПОДСЧЕТА ИСТИННОЙ КОНЪЮГАТЫ.



**Рис.9.** Измерение индекса Соловьёва

По наружной конъюгате и индексу Соловьёва:

- $conjugatevera = conjugataextema - 9$  (индекс Соловьёва 1,40—1,45);
- $conjugatevera = conjugataextema - 10$  (индекс Соловьёва  $>1,45$ );
- $conjugatevera = conjugataextema - 8$  (индекс Соловьёва  $<1,40$ ).

Индекс Соловьёва косвенно свидетельствует о толщине костей, вычисляется по окружности лучезапястного сустава, в норме составляет 14,0-14,5см.

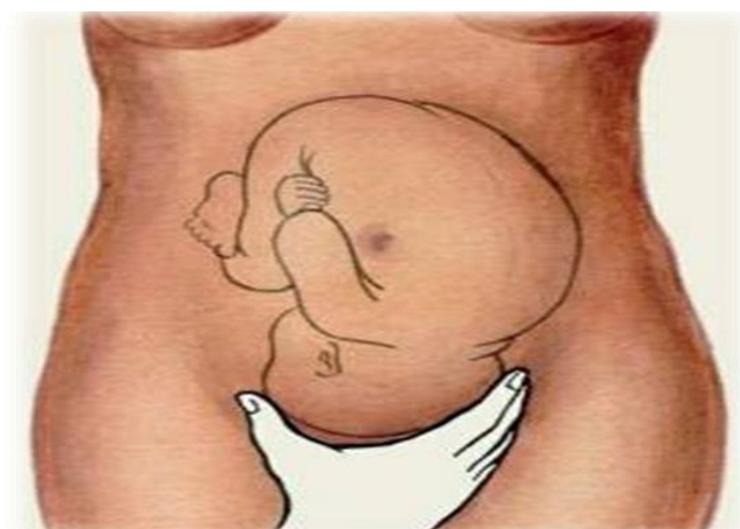
**ПРИЕМЫ ЛЕОПОЛЬДА- ЛЕВИЦКОГО.**



**Рис.10.** Первый прием Леопольда – Левицкого



**Рис.11.** Второй прием Леопольда – Левицкого



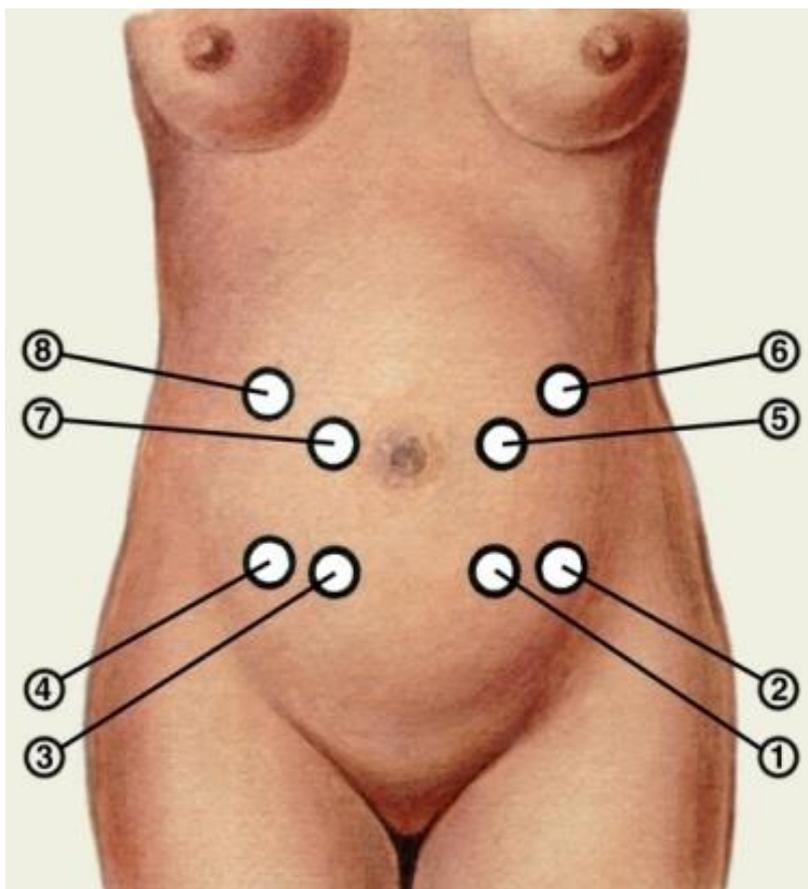
**Рис.12.** Третий прием Леопольда - Левицкого



**Рис. 13.** Четвертый прием Леопольда - Левицкого

**Приложение 10.**

**АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ ПЛОДА.  
МЕСТО НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ.**



**Рис. 15.** Места наиболее ясного выслушивания сердечных тонов при различных положениях плода:

- 1 - передний вид, первая позиция, головноепредлежание;
- 2 - задний вид, первая позиция, головноепредлежание;
- 3 - передний вид, вторая позиция, головноепредлежание;
- 4 - задний вид, вторая позиция, головноепредлежание;
- 5 - передний вид, первая позиция, тазовоепредлежание;
- 6- задний вид, первая позиция, тазовоепредлежание,
- 7 - передний вид, вторая позиция, тазовоепредлежание;
- 8 - задний вид, вторая позиция, тазовоепредлежание



Фото 1. Аускультация сердцебиения плода

## Приложение 11.

### ФОРМУЛЫ ПОДСЧЕТА ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА.

#### 1. Определение предполагаемой массы плода по Жордания:

$$Y = OЖ \times ВДМ,$$

где  $Y$  - масса плода, г;  $OЖ$  - окружность живота, см;  $ВДМ$  - высота дна матки над лоном, см.

#### 2. Определение предполагаемой массы плода по Ланковицу:

$$Y = (OЖ + ВДМ + РБ + МБ) \times 10,$$

где  $Y$  - масса плода, г;  $OЖ$  - окружность живота, см;  $ВДМ$  - высота дна матки над лоном, см;  $РБ$  - рост беременной, см;  $МБ$  - масса тела беременной, кг; 10 - условный коэффициент.

#### 3. Определение предполагаемой массы плода по Джонсону:

$$Y = (ВДМ - 11) \times 155,$$

где  $Y$  - масса плода, г;  $ВДМ$  - высота дна матки над лоном, см; 11 - условный коэффициент при массе беременной до 90 кг (при массе беременной более 90 кг этот коэффициент равен 12), 155 - специальный индекс.

#### 4. Определение предполагаемой массы плода по Якубовой:

$$Y = (OЖ + ВДМ) \times 100/4$$

где  $Y$  - масса плода, г;  $OЖ$  - окружность живота, см;  $ВДМ$  - высота дна матки над лоном, см.

**ОЦЕНКА ЗРЕЛОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ ПО Е.Н. BISHOP.**

Таблица 3.

Признак	Степень «зрелости», баллы		
	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, но в области внутреннего зева уплотнена	Мягкая
Длина шейки матки, см	Больше 2 см	1-2 см	Меньше 1 см или сглажена
Проходимость цервикального канала	Наружный зев закрыт, пропускает кончик пальца	Канал шейки проходим для 1 пальца, но определяется уплотнение в области внутреннего зева	Канал шейки проходим для 2 поперечных пальцев
Положение шейки	Кзади	Кпереди	Срединное

0-2 балла — незрелая шейка матки.

3-4 балла — недостаточно зрелая шейка матки. 5-8 баллов — зрелая шейка матки.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ****1. По задержке менструации.**

У беременной с регулярным менструальным циклом к ожидаемой дате прихода очередной менструации срок беременности составляет 2 недот момента зачатия, таким образом, задержка менструации на 7 дней соответствует эмбриональному сроку беременности 3 нед (от зачатия), что соответствует акушерскому сроку беременности 5 нед (от первого дня последней менструации). Акушерский срок опережает эмбриональный на 2 нед. Данный метод не может быть использован в случае нарушений менструального цикла.

**2. По уровню ft-субъединицы хорионического гормона человека (&-ХГЧ).**

В I триместре беременности экспоненциально увеличивается уровень Р-ХГЧ в крови беременной, достигая пика к 11 нед. По уровню β3-ХГЧ в крови матери можно с определенной точностью установить срок беременности.

**3. По данным УЗИ.**

Точность определения срока беременности по данным УЗИ достаточно высока, особенно в I триместре. До 5 нед беременности, как правило, срок беременности устанавливается по диаметру плодного яйца (среднее от трех измерений в двух взаимно перпендикулярных плоскостях), после 5 нед — по копчико-теменному размеру эмбриона. Во II и в III триместрах ошибка опре-

деления срока беременности по УЗИ повышается, что связано с конституциональными особенностями развития плода или осложнениями беременности (внутриутробная задержка развития плода, диабетическая фетопатия и т.д.), поэтому начиная со II триместра антенатальная фетометрия служит основой для оценки динамики развития плода, а не для определения срока беременности.

4. По первой явке в женскую консультацию.

При постановке на учет в женскую консультацию по беременности обязательный момент исследования беременной — влагалищное исследование, при котором с определенной точностью можно установить срок беременности. В данном случае его устанавливают по размерам увеличивающейся матки, стереометрически. Ошибка будет минимальной при обращении до 12 нед беременности.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО СРОКА РОДОВ.**

1. По дате последней менструации: к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней и получают дату предполагаемого срока родов. С целью упрощения вычисления по предложению Негеле отсчитывают от первого дня последней менструации 3 месяца и прибавляют к полученному числу 7 дней.

2. По сроку беременности, диагностированному при первой явке в женскую консультацию. Ошибка будет минимальной, если женщина обратилась к врачу до 12 недель беременности.

3. По дате первого шевеления плода: к дате первого шевеления плода у первородящих прибавляют 20 недель, у повторнородящих – 22 недели.

4. По дате ухода в дородовый отпуск. При одноплодной беременности отпуск по беременности и родам предоставляется с 30 недель, при многоплодной – с 28 недель.

5. По данным ультразвукового исследования. В зависимости от срока беременности используют разные программы: в первые 12 недель – основанную на измерении копчико-теменного размера плода, в дальнейшем – на данных ультразвуковой фетометрии (определении размера головки, длины бедра, диаметра живота и др.). Наиболее точные данные получают при оценке результатов, полученных в сроке 20 недель беременности.

Срок ожидаемых родов будет определен достаточно точно при совпадении данных, полученных различными методами.



**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

Фамилия, и. о. больного \_\_\_\_\_ № истории болезни \_\_\_\_\_

Дата																
День болезни																
День преб. в стац.			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
П	АД	Т°	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в
			140	200	41											
120	175	40														
100	150	39														
90	125	38														
80	100	37														
70	75	36														
60	50	35														
Дыхание																
Вес																
Выпито жидкости																
Сут. колич. мочи																
Стул																
Ванна																
Смена постельного																

Рис. 15. Температурный лист

# Контрольно-коррекционный блок.

## ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

*/исходный уровень знаний/*

**Выберите один правильный ответ**

### **1. НАЗОВИТЕ, ПРИЗНАКИ НАЧАЛА ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ**

- 1) излитие околоплодных вод
- 2) наличие «зрелой» шейки матки
- 3) появление регулярных схваток
- 4) вставление головки во вход в малый таз
- 5) все перечисленное выше.

### **2. ПРИЗНАК ГУБАРЕВА – ГАУСА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННЕГО СРОКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:**

- 1) легкой подвижности шейки матки за счет размягчения ее перешейка
- 2) сокращения матки при пальпации
- 3) гиперрефлексии матки
- 4) уплотнении перешейка матки
- 5) асимметрии матки за счет выпячивания одного из ее углов

### **3. ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЕ СХВАТКИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ РОДОВЫХ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ:**

- 1) нерегулярностью
- 2) отсутствием увеличения амплитуды
- 3) безболезненностью
- 4) структурными изменениями шейки матки
- 5) всем перечисленным

### **4. НОРМАЛЬНЫЙ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ?**

- 1) болезненности
- 2) формирования в ЦНС доминанты родов
- 3) увеличения уровня эстрогенов (эстриола, обеспечивающих биологическую готовность к родам)
- 4) повышения тонуса симпатико-адреналовой системы
- 5) нерегулярных сокращений матки

### **5. РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ СЧИТАЕТСЯ ПОЛНЫМ ПРИ:**

- 1) 5-6 см
- 2) 8-9 см

- 3) 10 см
- 4) до 14 см

**6. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД -ЭТО:**

- 1) излитие вод до начала родовой деятельности
- 2) излитие вод с началом регулярной родовой деятельности и до полного открытия маточного зева
- 3) излитие вод при полном раскрытии маточного зева

**7. ДЛЯ ОБЕЗБОЛЕВАНИЯ РОДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ:**

- 1) спазмолитики
- 2) ненаркотические анальгетики
- 3) региональные методы обезболивания
- 4) все перечисленные выше методы
- 5) ни один из перечисленных выше методов

**8. РАННЕЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД -ЭТО:**

- 1)излитие вод до начала родовой деятельности;
- 2)излитие вод с началом регулярной родовой деятельности и до полного открытия маточного зева;
- 3)излитие вод при полном раскрытии маточного зева.

**9. В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ, КРОМЕ:**

- 1) латентная
- 2) активная
- 3) замедления
- 4) ускорения

**10. ДЛЯ НЕЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО:**

- 1) расположение – отклонена к крестцу
- 2) плотная на всем протяжении
- 3) наружный зев непроходим или пропускает кончик пальца
- 4) длина более 2 см
- 5) все вышеперечисленное

**11. В КАКОМ РАЗМЕРЕ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ТАЗОВОМ ДНЕ САГИТАЛЬНЫЙ ШОВ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ПОВОРОТА ГОЛОВКИ:**

- 1)правом косом
- 2) поперечном
- 3)прямом
- 4) прямом или поперечном
- 5) левом косом

**12. В КАКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ГОЛОВКА ЗАКАНЧИВАЕТ ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ:**

- 1) широкой
- 2) узкой
- 3) на тазовом дне
- 4) в полости таза
- 5) при переходе из широкой части полости малого таза в узкую.

**13. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ:**

- 1) заканчивается рождением головки
- 2) обычно длится от 2-х до 4-х часов
- 3) начинается с излития околоплодных вод
- 4) начинается с момента фиксации головки большим сегментом во входе в малый таз
- 5) называется периодом изгнания

**14. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ ПРОДОЖАЕТСЯ:**

- 1) от вскрытия плодного пузыря до рождения плода
- 2) от полного раскрытия маточного зева до рождения плода
- 3) от вставления головки до рождения плода
- 4) от сглаживания шейки матки до рождения плода
- 5) от начала схваток потужного характера до рождения плода

**15. СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ СЛЕДУЕТ ВЫСЛУШИВАТЬ:**

- 1) после каждой потуги
- 2) каждые 15 минут
- 3) каждые 10 минут
- 4) каждые 5 минут
- 5) при врезывании головки

## ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

/итоговый уровень знаний/

Выберите один правильный ответ

**1. АКУШЕРСКОЕ ПОСОБИЕ В РОДАХ ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА СОСТОИТ ИЗ:**

- 1) 2 моментов
- 2) 3 моментов
- 3) 4 моментов
- 4) 5 моментов

**2. ТОЧКУ, ВОКРУГ КОТОРОЙ ПРОИСХОДИТ РАЗГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА, НАЗЫВАЮТ:**

- 1) точкой фиксации
- 2) проводной точкой
- 3) ведущей точкой
- 4) фокусирующей точкой

**3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ В РОДАХ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ:**

- 1) 0,3% от массы женщины
- 2) 0,5%
- 3) 1%
- 4) 1,5%
- 5) 2%

**4. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ СОСТАВЛЯЕТ:**

- 1) 15 минут
- 2) 20 минут
- 3) 30 минут
- 4) 40 минут
- 5) до 1 часа

**5. ЧТО ТАКОЕ БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ:**

- 1) рождение головки плода
- 2) движение плода по родовым путям матери
- 3) рождение плода во время потуг
- 4) совокупность различного рода закономерных движений плода на фоне его основного поступательного движения

**6. ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА:**

- 1) предлагают роженице потужиться

- 2) потягивают за пуповину
- 3) производят ручное обследование полости матки
- 4) осматривают родовые пути

**7. УДЛИНЕНИЕ НАРУЖНОГО ОТРЕЗКА ПУПОВИНЫ НА 10 СМ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ – ПРИЗНАК ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ПО:**

- 1) по Альфельду
- 2) по Шредеру
- 3) по Штрассману
- 4) по Гентеру

**8. ПРОФИЛАКТИКУ ОФТАЛЬМОБЛЕННОРЕИ ПРОВОДЯТ:**

- 1) 20% раствором сульфацил – натрия
- 2) 30% раствором сульфацил- натрия
- 3) 1% раствором цикломеда
- 4) 0,3% раствором ципрофлоксацина

**9. РОДИЛЬНИЦУ НАБЛЮДАЮТ В РОДИЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ПОСЛЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ В ТЕЧЕНИЕ:**

- 1) 30-40 МИН
- 2) 2 ч.
- 3) 4-6 ч.
- 4) 1ч

**10. ПРОВОДНАЯ ТОЧКА ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА:**

- 1) середина между большим и малым родничком
- 2) малый родничок
- 3) большой родничок
- 4) подбородок

**11. ВТОРОЙ МОМЕНТ АКУШЕРСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:**

- 1) защита промежности
- 2) регулирование потуг
- 3) бережное выведение головки плода
- 4) рождение плечевого пояса, туловища, конечностей плода

**12. ТРЕТИЙ МОМЕНТ АКУШЕРСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:**

- 1) предупреждение преждевременного разгибания головки плода
- 2) защита промежности
- 3) регулирование потуг
- 4) бережное выведение головки плода

**13. ПРИЗНАК ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПО ШРЕДЕРУ:**

- 1) удлинение наружного отрезка пуповины
- 2) отклонение дна матки выше пупка вправо
- 3) удлинение пуповины при вдохе
- 4) втягивание пуповины при надавливании ребром ладони над симфи-  
зом

**14. РОЖЕНИЦЕ НЕ РЕКОМЕНДУЮТ ТУЖИТЬСЯ:**

- 1) при прорезывании бугров
- 2) сразу после рождения головки
- 3) при наружном повороте головки
- 4) при вырезывании головки

**15. ПЕРВАЯ ТОЧКА ФИКСАЦИИ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ  
ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА:**

- 1) граница волосистой части лба
- 2) подзатылочная ямка
- 3) переносица
- 4) верхняя челюсть.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

### **Задача №1.**

У первородящей при сроке беременности 40 недель размеры таза 23-25- 28-18. Рост пациентки 162, вес 68 кг, индекс Соловьева 15. Предполагаемая масса плода 3200. Роды длятся 6 часов, 2 часа назад излились светлые околоплодные воды, схватки через 4-5 мин. по 30-40 сек. средней силы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. По данным КТГ состояние плода удовлетворительное. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие 4 см, диагональная конъюгата 12 см.

*Вопросы:*

- 1. Диагноз.*
- 2. Тактика ведения.*

### **Задача №2.**

В родильный дом поступила первородящая с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью, которая развивалась 4 часа назад. Схватки через 5 минут по 30-40 секунд, хорошей силы, умеренно болезненные. При объективном исследовании – телосложение правильное, рост 164, вес 68 кг. Размеры таза 23-26-29-18 см. Предполагаемая масса плода – 3000г. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края ее тонкие, хорошо растяжимые, открытие 4-5 см. Диагональная конъюгата 11 см. Предлежит головка плода, малым сегментом во входе в малый таз.

*Вопросы:*

- 1. Диагноз.*
- 2. Тактика ведения.*

### **Задача №3.**

У первородящей повторнобеременной женщины ( в анамнезе 2 медаборта) ростом 165см и массой 76 кг только что родился живой, доношенный мальчик массой 3500г и длиной 52 см. Матка шаровидной формы, плотная, дно на уровне пупка, кровянистых выделений из половых путей нет. АД 120/60 мм.рт.ст., пульс 74 удара в минуту, ритмичный, полный.

*Вопросы:*

- 1. Диагноз.*
- 2. Какова допустимая кровопотеря в родах?*
- 3. Какие признаки отделения последа вы знаете?*
- 4. Какие осложнения могут возникнуть, их профилактика?*

#### **Задача № 4.**

У повторнородящей Б., 29 лет, потуги через 1-2 мин по 40-50 сек, достаточной силы. Головка плода врезывается. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138-144 уд/мин. В предыдущих родах разрыва и рассечения промежности не было.

*Вопросы:*

- 1. Диагноз.*
- 2. Какое необходимо выполнить пособие?*
- 3. Перечислите его цели.*

#### **Задача № 5.**

Повторнородящая 30 лет (в анамнезе Б-5, Р-1, А-3) 39 недель, поступила в акушерский стационар с жалобами на регулярные схватки, продолжающиеся 5 часов. Размеры таза 23-25-28-18 см. Матка вытянута в поперечном направлении. Головка плода слева, тазовый конец-справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное-120 уд/мин, выслушивается справа на уровне пупка.

— При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 7 см. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть не определяется. Мыс достигается. Экзостозов нет.

*Вопросы:*

- 1. Диагноз.*
- 2. Тактика ведения.*

# ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТЫ И СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

## Эталоны ответов на тесты исходного уровня знаний.

1.	5	6.	1	11.	3
2.	1	7.	4	12.	3
3.	5	8.	2	13.	5
4.	1	9.	4	14.	2
5.	3	10.	5	15.	1

## Эталоны ответов на тесты итогового уровня знаний.

1.	4	6.	1	11.	1
2.	1	7.	1	12.	3
3.	2	8.	1	13.	2
4.	3	9.	2	14.	1
5.	4	10.	1	15.	1

## Эталоны ответов на ситуационные задачи.

### Задача №1.

1. Беременность 40 нед. Головное предлежание. I период родов. Общеравномерносуженный таз I степени сужения.
2. На данном этапе, учитывая удовлетворительное состояние матери и плода, хорошую родовую деятельность, I степень сужения общеравномерносуженного таза, предполагаемую массу плода 3200 г., роды возможно вести выжидательно, с функциональной оценкой таза.

### Задача №2.

1. Беременность 40 недель, головное предлежание, I период родов, общеравномерносуженный таз I степени.
2. У данной роженицы, несмотря на I степень сужения таза, учитывая доношенную беременность, хорошую родовую деятельность, средние размеры плода роды возможно вести выжидательно, через естественные родовые пути, с функциональной оценкой таза.

### Задача №3.

1. Третий период родов.

2. Допустимая кровопотеря в родах 380 мл (0,5% от массы тела).
3. Признаки отделения последа : Шредера, Кюстнера – Чукалова, Альфельда.
4. Нарушение отделения и выделения последа, дефект последа, послеродовое кровотечение. Рациональное ведение 3-го периода родов, утеротоническая терапия.

#### **Задача №4.**

1. Срочные роды в головном предлежании, второй период родов.
2. Акушерское пособие по приему родов при переднем виде затылочного предлежания.
3. Акушерское пособие при затылочном предлежании состоит из 5 моментов:
  - предупреждение преждевременного разгибания головки
  - защита промежности
  - регулирование потуг
  - бережное выведение головки плода
  - рождение плечевого пояса, туловища, конечностей плода

#### **Задача №5.**

1. Беременность 39 недель. Поперечное положение плода. I позиция. Общеравномерносуженный таз. I степень сужения. I период родов. Отягощенный акушерский анамнез.
2. Учитывая форму матки (вытянута в поперечном направлении), отсутствие предлежащей части, расположение головки слева, диагностировано поперечное положение плода, I позиция. Уменьшение всех наружных размеров таза на 2 см, характерно для общеравномерносуженного таза. Степень сужения определили, исходя из данных диагональной конъюгаты. В норме этот размер равен 12,5 — 13 см, вычитая 2 см, получаем размер истинной конъюгаты, по которой судим о степени сужения таза. В данном случае  $11 - 2 = 9$  см, что соответствует 1-й степени сужения таза. Учитывая высокий риск в родах для матери и плода при наличии поперечного положения, показано родоразрешение путем операции кесарево сечение.

*Учебно-методическое пособие*

*Пишем историю родов*

*(клинический тренинг по курации и оформлению учебной истории родов)*

**Составители:**

**Сахаутдинова** Индира Венеровна - д.м.н., зав.кафедрой акушерства и гинекологии № 3

**Зулкарнеева** Эльмира Маратовна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3

**Кулешова** Татьяна Павловна - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3

**Муслимова** Софья Юрьевна - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3

**Хайбуллина** Альфия Рашитовна - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3

**Таюпова** Ирина Маратовна - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3

Формат 60x84 1/16.. Тираж 30 экз. Заказ№235 .

ООО «БашНИПИнефть».450006, г. Уфа, ул. Ленина, 86/1