**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .02** **Осуществление лечебно -** д**иагностической деятельности**

**МДК 02.04** **Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме 1 «Методы обследования в акушерстве и гинекологии»**

1.Краткая история

2. Признаки беременности.

3.Методы обследования беременной(общее и специальное)

4.Дополнительные методы диагностики беременности в ранние сроки

5.Проведение наружных методов исследования в поздние сроки

6.Определение срока беременности и родов.

7.Взятие на учет по беременности. Интерпретация результатов обследования и дополнительных методов исследования.

**Сл 2**

**ИСТОРИЯ ВОПРОСА**

Раннее выявление беременности волновало людей с древних времен. В Древнем Египте, чтобы узнать, беременна ли женщина, ей давали напиток, приготовленный из специальной травы (будуду-ка) и молока женщины, родившей мальчика. Если этот напиток вызывал рвоту, считали, что женщина беременна. Древние евреи для определения беременности предлагали женщине ходить по мягкой траве. По их мнению беременная оставляла более глубокий след. Акушерки Древней Греции обладали уже значительными знаниями. Так, для определения беременности они основывались на отсутствии менструации, отсутствии аппетита, слюнотечении, тошноте, появлении желтых пятен на лице. Гиппократ (460-377 rr. до н.э.) считал одним из первых признаков беременности задержку менструации.

Соран Эфесский (1 в. н.э.) установил следующие признаки беременности:

задерживается менструация, набухают молочные железы, а сосуды кожи молочных желез делаются извитыми, приобретают синеватый оттенок и набухают; появляется позыв к рвоте; под глазами появляются темные круги, а на лице иногда желтые пятна; с течением времени увеличивается живот, и беременная начинает ощущать движения плода.

С акушерской точки зрения ранняя диагностика беременности необходима для оптимального ведения пациентки.

При задержке менструации у женщин репродуктивного возраста и отсутствии абсолютного бесплодия врач обязан учитывать возможность беременности.

**Сл 3**

При клиническом обследовании беременной или роженицы используют данные общего и специального анамнеза, выполняют общее соматическое и специальное акушерское исследование.

При раннем выявлении беременности врач получает ряд преимуществ:

• при подтвержденной маточной беременности возможно раннее начало профилактики обострения хронических инфекционных процессов, декомпенсации соматических заболеваний; это позволяет снизить риск развития осложнений беременности;

**Сл 4**

• при диагностике эктопической беременности до ее прерывания и возникновения осложнений удается избежать большой кровопотери, что повышает шанс применения органосохраняющих методов лечения (рсконструктивно-пластические операции, применение цитостатиков) и улучшает прогноз фертильности пациентки;

**Сл 5**

• при нежелательной беременности в ранние сроки предпочтение отдают щадящим методам прерывания, которые позволяют снизить риск осложнений (медикаментозный аборт или вакуум-аспирация).

• врач должен назначить обследование и рассказать пациентке о признаках возможных осложнений, таких как самопроизвольный аборт, внематочная беременность, трофобластическая болезнь, которые сначала могут быть расценены как нормальная маточная беременность.

**СПИСОК НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ**

**ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АКУШЕРСКОЕ ДЕЛО»**

**Сл 6 ОБЩИЕ**

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". (ст 51: Отцу реб или иному члену семьи предост право присутств при рожд ребенка при согласии женщины)
2. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.
3. Концепция демографической политики РФ на период до 2025 г. (в ред. Указа Президента РФ от 01.07.2014 № 483).
4. Программа Омской области "Развитие здравоохранения Омской области" (с изменениями на 23.03.2017).

**Сл 7**

1. Постановление Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности».

**Сл 8**

1. Приказ МЗ России от 15 июля 2016 г. №520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
2. Программа повышения эффективности работы женских консультаций на основе внедрения организационных "бережливых" технологий (методические рекомендации МЗ РФ), 2019 г.

**Сл 9**

**ВИЧ**

1. Клинические рекомендации по проведению профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку – Москва. 2015 г.
2. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку» - Москва, 2015 г.

**АКУШЕРСТВО**

**Сл 10**

1. Прегравидарная подготовка: клинический протокол — М., 28. 06. 2021. — 80 с.
2. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 02. 10. 2015 г. №15-4/10/2-5802 «Организация медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при неотложных состояниях».
3. Клинические рекомендации (протокол) МЗ РФ «Кровосберегающие технологии в акушерской практике» - Москва, 2014 г.

**Сл 11**

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" с изменениями и дополнением от 2022 г.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н « О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03. 12. 2007 г. №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Письмо От 5 марта 2019 г. N 15-4/и/2-1912. Программа «Повышения эффективности работы женских консультаций на основе внедрения организационных "бережливых" технологий.

**Лекционный материал**

**Сл 12**

Все женские консультации, акушерско-гинекологические кабинеты поликлиник, переводятся на режим работы с 8.00 до 20.00 понедельник - пятница, в субботние дни организуется прием дежурного врача с 9 до 14 часов.

Визуальная организация регистратуры по типу "Ресепшен": отказ от заградительных стекол, в результате чего пациентам не приходится наклоняться и прислушиваться. Открытая регистратура позволяет создать доверительную атмосферу при разговоре администратора и посетителя и расположить пациента в целом к учреждению.

Внешний вид сотрудников регистратуры должен отличаться от другого персонала женской консультации.

**Сл 13**

Функции акушерки/фельдшера при приеме пациентки для постановки на диспансерный учет в связи с беременностью:

Фельдшер/акушерка доврачебного кабинета в день посещения пациенткой врача собирает анамнез, проводит осмотр: измерение роста, веса, артериального давления, размеров таза, окружности живота, высоты стояния дна матки. Пальпирует молочные железы. Выслушивает сердечные тоны плода с помощью анализатора допплеровского сердечно-сосудистой деятельности плода малогабаритного.

**Сл14**

Оформляет индивидуальную карту беременной и родильницы, вносит в нее сведения. Выписывает направления на исследования и консультации к узким специалистам согласно стандарта, информирует пациента о датах и времени их прохождения, о необходимости подготовки к исследованиям. Проводит первичную консультацию по принципам здорового питания, гигиене.

Акушерка доврачебного кабинета/регистратор доставляет индивидуальную карту беременной и родильницы и направляет пациента в кабинет врача для проведения гинекологического осмотра и забора мазков на исследование.

**Сл 15**

Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа:

- амбулаторный, осуществляемый врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности – врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом, в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания);

- стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерских осложнениях) или специализированных отделениях (при соматических заболеваниях) медицинских организаций

Сл 16

Организация патронажа по новой методике работы.

Определение графика проведения патронажа беременных женщин и родильниц по новой методике работы, исключая участковый принцип. График работы персонала составляется на месяц и утверждается главным врачом. Необходимо выделение транспорта.

Различают:

* 1 – Первичный (социальный) выявить факторы риска и соц-быт условия
* 2- активный
* 3 – послеродовый – выявить отклонения в теч норм послеродового периода. При отклонении вызвать врача или скорую помощь.

**Сл 17**

**Методы диагностики беременности**

Диагностика беременности чрезвычайно важна для определения оптимальной тактики ведения пациенток. Выявление беременности в ранние сроки даёт ряд преимуществ, позволяя:

■ установить маточную беременность.

■ обнаружить эктопическую беременность до её прерывания и возникновения осложнений и применить органосохраняющие методы лечения

\* в случае нежеланной беременности прервать её одним из щадящих методов

**Слайд 18**

Установление беременности в ранние сроки представляет определённые трудности, так как имитировать состояние беременности могут:

■ эндокринные заболевания;

■ стрессы;

■ приём фармакологических препаратов.

**Сл 19**

При задержке менструации любого генеза и отсутствии абсолютного бесплодия женщинам репродуктивного возраста необходимо учитывать возможность беременности.

К задержке менструации могут приводить стрессы, кахексия, эндокринные нарушения (пролактинома, надпочечниковая гиперандрогения, тяжёлый гипотиреоз), приём половых гормонов, психотропных препаратов.

**Сл 20**

**Клинические признаки беременности**

В современных условиях определение характерных клинических признаков беременности носит вспомогательный характер. По диагностической ценности характерные признаки беременности могут быть разделены на три группы.

■ **Сомнительные (предположительные) признаки беременности**. В эту группу относят различного рода ***субъективные ощущения***:

❑ тошнота, рвота, особенно по утрам, изменение аппетита (отвращение к мясу, рыбе и др.);

❑ изменение обонятельных ощущений (отвращение к запаху духов, табачному дыму и др.);

❑ нарушение функции нервной системы (раздражительность, сонливость, изменчивое настроение, головокружение и др.);

***Сл 21 объективные ощущения***:

❑ пигментация кожи на лице, по белой линии живота, в области сосков, появление полос беременности;

❑ учащение мочеиспускания;

❑ увеличение объёма живота;

❑ ощущение нагрубания молочных желёз.

**Сл 22**

**■ Вероятные признаки беременности** — признаки, определяемыепри объективном исследовании половых органов, молочных желёз, а также положительные иммунологические тесты на беременность:

❑ прекращение менструаций (аменорея) у здоровой женщины репродуктивного возраста;

❑ увеличение молочных желёз, их напряжённость, появление молозива при надавливании на ареолу;

❑ синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки;

❑ изменение величины, формы и консистенции матки.

**Сл 23**

**■ Достоверные (несомненные) признаки беременности** — группа признаков, появляющихся во второй половине беременности и свидетельствующих о наличии плода в матке:

❑ определение (пальпация) частей плода. Во второй половине беременности при пальпации живота обнаруживают головку, спинку и мелкие части (конечности) плода;

❑ ясно слышимые сердечные тоны плода. При простой аускультации (акушерским стетоскопом) сердцебиение плода можно услышать после 18–20 нед;

❑ движения плода, ощущаемые врачом при обследовании беременной. Диагноз беременности является точным даже при наличии только одного достоверного признака.

**Сл 24**

**Обследование беременной**

Диагноз беременности ставят на основании результатов следующих исследований:

* Анамнез и жалобы
* Общий осмотр
* Объективное обследование
* Специальное наружное и внутреннее акушерское исследование
* Лабораторные (определение бета-субединицы ХГЧ – хорионического гонадотропина человека) исследования.
* УЗИ

**Сл 25**

**В настоящее время «золотой» стандарт диагностики беременности любой локализации — сочетание двух методов:**

**■ определения β-субъединицы хорионического гонадотропина человека (β-ХГЧ);** β-Субъединицу этого гормона обнаруживают в крови уже на 7–9-й день после зачатия, что совпадает с имплантацией оплодотворённой яйцеклетки в эндометрий.

**■ ультразвукового исследования (УЗИ) с использованием трансвагинального датчика.** Выявление плодного яйца при УЗИ спустя 2 нед после зачатия (4 нед акушерского срока).

**Сл 26**

ХГЧ — гликопротеин , который вырабатывается синтициотрофобластом растущего ворсинчатого хориона. Концентрация ХГЧ неуклонно растёт, достигая максимума на 10-й неделе, затем его уровень снижается в 2–3 раза и остаётся неизменным до конца беременности. Через 2 нед после родов гормон в крови уже не обнаруживают. Определение специфической β-ХГЧ позволяет:

■ установить беременность в наиболее раннем сроке;

■ отличить нормально протекающую беременность от патологической (внематочной, прерывающейся) при количественном динамическом определении.

**Сл 27**

Причинами ложноположительного результата теста на ХГЧ могут быть:

• прием препаратов ХГЧ для стимуляции суперовуляции;

• трофобластическая болезнь и хориокарцинома;

• хориокарцинома яичника - редкая форма герминогенной опухоли.



Последняя методика наиболее надёжна и чувствительна, но также наиболее дорогостояща и сложна. **Самый ранний метод - Уровень β-ХГЧ** измеряют в крови (с использованием иммунологического метода) и в моче. В первом случае получают более достоверные результаты.

При малых сроках беременности проводят двуручное (бимануальное) исследование. Эту манипуляцию производят в определенной последовательности.

*При обнаружении матки обращают внимание на ее форму, величину, консистенцию, подвижность, болезненность. Исследуют также внутренние отделы и поверхности малого таза, доступные пальпации, производят измерение диагональной коньюгаты.*

*Осмотр шейки матки проводят с помощью зеркал в любом сроке беременности перед влагалищным исследованием.*

**Сл 28**

**Принципы обследования беременной**

**Опрос**

При опросе выясняют следующие сведения.

■ Паспортные данные.

■ Причины, заставившие обратиться к врачу акушеру-гинекологу.

Анамнез жизни

■ Условия труда и быта.

■ Наследственность и перенесённые заболевания.

■ Вредные привычки (курение, употребление алкоголя).

**Сл 29**

Репродуктивный анамнез

■ Менструальная функция.

■ Половая функция.

■ Сведения о муже.

■ Акушерский анамнез (детородная функция, паритет, течение предыдущих беременностей и родов).

**Сл 30**

Основная цель опроса заключается в определении факторов, способных негативно повлиять на течение беременности и развитие плода. Сбор анамнеза — это первая ступень в осуществлении стратегии снижения риска перинатальной патологии.

При выяснении возраста женщины определяют возрастную группу (для первобеременных):

■ «юная» — до 18 лет;

■ «возрастная» — старше 30 лет. Необходимо с ранних сроков беременности выявить наличие профессиональных вредностей и решить вопрос о рациональном трудоустройстве.

**Сл 31**

Семейный анамнез даёт представление о наследственности и здоровье членов семьи (туберкулёз, алкоголизм, венерические заболевания, злоупотребление курением).

Ценную информацию для прогнозирования течения беременности и родов даёт акушерский анамнез. Осложнения предыдущих беременностей и родов, короткий интергенетический интервал повышают риск осложнений.

**Сл 32**

Указывают течение беременности по триместрам:

* **1 триместр** (до 13 нед): общ забол, осложн берем, дата перв явки в ЖК, срок при перв обращ,рез анализ и УЗИ.
* **2 триместр** (с 14 до 28 нед): общ забол, осложн берем, динамика веса, АД, рез анализ и УЗИ, дата первого шевеления и нах ли на леч.
* **3 триместр** (с 29- 40 нед): динамика веса, АД, рез анализ крови и мочи и УЗИ, осложн берем, равномерность прибавки в весе за берем, физиопсихопрофил подггот к родам, находил ли на стац лечении и причины.

**Сл 33**

Для осуществления преемственности в наблюдении за беременной в женской консультации и родильном доме на руки каждой беременной на сроке 22-23 нед выдают обменно-уведомительную карту беременной и родильницы (форма 113/У), в которую заносят основные данные о состоянии здоровья женщины, особенностях течения беременности, результаты лабораторных и дополнительных методов исследования, о принадлежности беременной к той или иной группе пренатальноrо риска (по триместрам). В эту карту врач родильного дома вносит все сведения об особенностях родов и состоянии новорожденного

**Сл 34**

**Объективное обследование**

Обследование беременной проводят акушер-гинеколог, стоматолог, отоларинголог, окулист, при необходимости — эндокринолог, уролог, хирург, кардиолог.

врачом-акушером-гинекологом – не менее семи раз;

врачом-терапевтом – не менее двух раз;

врачом-стоматологом – не менее двух раз;

врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом – не менее одного раза (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);

другими врачами-специалистами – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Скрининговое ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) проводится трехкратно: при сроках беременности 11-14 недель, 18-21 неделю и 30-34 недели.

**Сл 35**

Объективное исследование беременной включает:

■ измерение роста;

■ определение массы тела (позволяет выявить ожирение и скрытые отёки);

■ измерение артериального давления (АД) для диагностики артериальной гипертензии (АГ);

■ определение телосложения;

■ осмотр кожных покровов;

■ исследование молочных желёз;

■ осмотр и пальпацию живота;

■ пальпацию лонного сочленения.

**Сл 36**

**Специальное акушерское исследование включает три основных этапа**.

• Наружное акушерское исследование:

- осмотр;

- пельвиометрия;

- после 1 триместра - измерение высоты дна матки над лонным сочле-

нением;

- с 20 нед - измерение наибольшей окружности живота (на уровне

пупка);

- пальпация матки и плода;

- аускультация сердечных тонов плода.

**Сл 37**

• Внутреннее акушерское исследование:

- осмотр наружных половых органов и промежности;

- собственно внутреннее акушерское исследование:

о осмотр стенок влагалища и шейки матки с помощью зеркал;

о одноручное влагалищное исследование.

• Дополнительные методы исследования.

**Сл38**

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОЗДНИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ**

После 13 нед беременности продолжается интенсивный рост плода и развитие, который занимает все большее пространство в матке. Беременная матка увеличивается соответственно сроку и посепенно выходит за пределы малого таза. Она становится доступной для пальпации через переднюю брюшную стенку, определить ее консистенцию, форму, размер, тонус, в более поздние сроки – части тела плода и прослушать сердцебиение.

**Особенность- д-ка основывается на достоверных признаках(налич плода)**

**Сл 39**

**АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Наружное и внутреннее акушерское исследование включает измерение таза, определение состояния половых органов, а с 20 нед беременности — измерение, пальпацию живота и аускультацию тонов сердца плода. Акушерские измерения:

Наибольшее значение во время родов имеют размеры малого таза, о которых судят, измеряя определенные размеры большого таза с помощью специального инструмента – тазомера. Тазомер Мартина имеет форму циркуля, снабженного шкалой, на которой нанесены сантиметровые и полусантиметровые деления. На концах ветвей тазомера имеются сферические образования («пуговки»), которые прикладывают к выступающим точкам большого таза, несколько сдавливая подкожную жировую клетчатку. Для суждения о внутренних размерах малого таза проводят тазометрию .

**Сл 40**

Значения наружных размеров таза в норме:

■ distantia spinarum 25–26 см; расстояние между передневерхними остями подвздош­ных костей с двух сторон;

**Сл 41** ■ distantia cristarum 28–29 см; расстояние между наиболее отдаленными участками гребней подвздошных костей

**Сл 42** ■ distantia trochanterica 31–32 см; расстояние между большими вертелами бедрен­ных костей

**Сл 43** ■ conjugata externa 20–21 см; расстояние между серединой верхненаружного края симфиза и сочленением V поясничного и I крестцового позвонков.

Для ее измерения женщина должна лежать на левом боку, согнув левую ногу в коленном и тазобедренном суставах, а правую держать вытянутой. «Пуговку» одной ветви тазомера устанавливают на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимают к надкрестцовой ямке, которая находится под остистым отростком V поясничного позвонка, соответствуя верхнему углу крестцового ромба. Определить эту точку можно, скользя пальцами по остистым отросткам поясничных позвонков вниз. Ямка легко определяется под выступом остистого отростка последнего поясничного позвонка. Наружная конъюгата в норме равна 20-21 см.

**Сл 44-45**  ■ conjugata diagonalis 12,5–13 см.

**Диаго­нальная конъюгата** - это расстояние между нижним краем симфиза и выдающейся точкой мыса. Легкая доступность мыса свидетельствует об уменьшении истинной конъюгаты. Если средний палец достигает мыс, то при­жимают радиальный край II пальца к нижней поверхности симфиза, ощущая край дугообразной связки лобка. После этого указатель­ным пальцем левой руки отмечают место соприкосновения правой руки с нижним краем симфиза. При нормально развитом тазе вели­чина диагональной конъюгаты равна 13 см. В этих случаях мыс недостижим. Если же мыс достигается, диагональная конъюгата оказывается 12,5 см и ме­нее. Измерив величину диагональной конъюгаты, врач определяет величину истинной конъюгаты.

**Сл 46-47**

Дополнительно измеряют:

■ ромб Михаэлиса(вертикальный размер ромба равен 11 см, горизонтальный — 10 см);

**Сл 48**

■ размер Франка(расстояние от остистого отростка VII шейного позвонка до середины яремной вырезки – 12 см);

■ индекс Соловьёва (значение окружности запястья, разделённое на 10).

**Сл 49**

Разница между наружной и истинной конъюгатой зависит от толщины костей (крестца, симфиза) и мягких тканей. Чтобы определить толщину костей у женщины, измеряют сантиметровой лентой окружность лучезапястного сустава . Средняя его величина равна 14 - 16 см. При индексе Соловьева менее 14 см. (тонкие кости) разница между наружной и истинной конъюгатой будет меньше, поэтому от наружной конъюгаты отнимают 8 см. При индексе Соловьева больше 16 см. (толстые кости) разница между наружной и истинной конъюгатой будет больше, поэтому от нее отнимают 10 см. Для оценки внутренних размеров таза необходимо знать размер истинной конъюгаты (прямого размера входа в малый таз). Он равен вертикальному размеру ромба Михаэлиса и размеру Франка. Также об истинной конъюгате судят по наружной (из её размера вычитают 9 см) и диагональной конъюгатам (от величины отнимают 1,5–2 см).

**Сл 50**

**Пример:** Наружная конъюгата равна 21 см., индекс Соловьева – 16,5 см. Чему равна истинная конъюгата? Ответ: 21 см. – 10 см. = 11 см. (норма).

**Прямой размер плоскости выхода** измеряют обычным тазомером (рис. 11-а). Одну «пуговку» тазомера прижимают к середине нижнего края симфиза, другую – к верхушке копчика. В нормальном тазу прямой размер плоскости выхода равен 9,5 см.

**Сл 51**

**Поперечный размер плоскости выхода таза**(рис. 11-б)**-**расстояние между внутренними поверхностями седалищных костей – измерить довольно сложно. Этот размер измеряется сантиметром либо тазомером с перекрещивающимися ветвями в положении женщины на спине с приведенными к животу ногами. К полученному размеру прибавляют 1,5 см. В норме поперечный размер таза равен 11 см.

В том же положении женщины для оценки особенностей малого таза измеряют лонный угол, прикладывая I пальцы рук к лонным дугам. При нормальных размерах и форме таза угол больше 90 градусов.



**Сл 52-54** Сантиметровой лентой измеряют окружность живота (ОЖ) на уровне лупка *(abdominal circumference;* в конце нормальной беременности она равна

90-100 см) и высоту стояния дна матки (ВДМ) *(symphysis-fundal height)* – расстояние между верхним краем лонного сочленения и дном матки . В конце беременности высота стояния дна матки в среднем составляет 34-36 см. Измерение окружности живота позволяет акушеру определить срок беременности, приблизительно предполагаемую массу плода (перемножив значения двух указанных размеров - формула Жорданиа), выявить нарушения жирового обмена, заподозрить многоводие, маловодие.

**Сл55**

**Пальпация**

Пальпация живота даёт представление о положении плода и тонусе матки. При пальпации живота пользуются так называемыми наружными приёмами акушерского исследования (**приёмами Леопольда**).

■ 1-й приём наружного акушерского исследования — определение высоты стояния дна матки и части плода, находящейся в дне. Срок

**Сл 56**

**Сл 57**

■ 2-й приём наружного акушерского исследования — определение позиции плода, о которой судят по месту расположения спинки и мелких частей плода (ручек и ножек).

**Сл58**

■ 3-й приём наружного акушерского исследования — определение характера предлежащей части и её отношения к малому тазу.

**Сл 59**

■ 4-й приём наружного акушерского исследования — определение соотношения предлежащей части со входом в малый таз.

**Сл 60**

Членорасположение плода— отношение конечностей плода к головке и туловищу. При определении положения плода (отношение продольной оси плода к продольной оси матки) различают положения:

■ продольное;

■ поперечное;

■ косое.

Позиция плода— отношение спинки плода к правой или левой стороне матки. Различают **I** (спинка обращена к левой стороне матки) и **II** (спинка плода обращена к правой стороне) позиции плода.

**Сл 61**

Вид позиции — отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, говорят о переднем виде, кзади — заднем виде

. Предлежание плода— отношение крупной части плода (головки и ягодиц) ко входу в малый таз.

**Сл 62**

**Аускультация**

Выслушивание сердцебиения плода производят акушерским стетоскопом, начиная со 2-й половины беременности (реже с 18–20 нед) в виде ритмичных ясных ударов с частотой 120-160, **в среднем 140 в минуту**.

**В первом триместре беременности частота сердцебиения плода изменяется в зависимости от срока беременности: в 6-8 недель – от 110 до 130 уд./минуту; в 9-10 недель – от 170 до 190 уд./минуту; с 11-й недели и до момента родов – от 140 до 160 уд./минуту.**Акушерский стетоскоп отличается от обычного широкой воронкой.

**Сл63 -64**

Сердечные тоны плода прослушиваются с той стороны живота, куда обращена спинка, ближе к головке. При поперечных положениях сердцебиение определяют на уровне пупка, ближе к головке плода. При многоплодной беременности сердцебиения плодов обычно выслушиваются отчётливо в разных отделах матки. Помимо акушерского стетоскопа, для аускультации сердечных тонов плода можно применять фетальные мониторы, работающие на основании эффекта Допплера. Проводят с помощью кардиотокографии (КТГначиная с 28 недели) и УЗИ.

**Сл 65**

**ВНУТРЕННЕЕ (ВЛАГАЛИЩНОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ**

Внутреннее акушерское исследование выполняют одной рукой (двумя пальцами, указательным и средним, четырьмя – полурукой, всей рукой). Акушерское влаrалищное исследование в I триместре беременности двуручное (влагалищно-брюшностеночное), а во II и в 111 триместрах - одноручное(нет необходимости в пальпации через переднюю брюшную стенку).

Внутреннее исследование позволяет определить предлежащую часть, состояние родовых путей, наблюдать динамику раскрытия шейки матки во время родов, механизм вставления и продвижения предлежащей части и др. У рожениц влагалищное исследование производят при поступлении в родовспомогательное учреждение, и после излития околоплодных вод.

В дальнейшем влагалищное исследование производят только по показаниям. Такой порядок позволяет своевременно выявить осложнения течения родов и оказать помощь. Влагалищное исследование беременных и рожениц является серьезным вмешательством, которое должны выполнять с соблюдением всех правил асептики и антисептики.

**Сл 66**

Внутреннее исследование начинают с осмотра наружных половых органов (оволосение, развитие, отек вульвы, варикозное расширение вен), промежности (ее высота, ригидность, наличие рубцов) и преддверья влагалища. Во влагалище вводят фаланги среднего и указательного пальцев и производят его обследование (ширина просвета и длина, складчатость и растяжимость стенок влагалища, наличие рубцов, опухолей, перегородок и других патологических состояний). Затем находят шейку матки и определяют ее форму, величину, консистенцию, степень зрелости, укорочение, размягчение, расположение по продольной оси таза, проходимость зева для пальца.

**Сл 67**

**Определение срока беременности**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ДАННЫМ

О сроке беременности можно судить на основании учёта времени, прошедшего с **первого дня последней менструации** до момента, когда определяется срок (при условии регулярного менструального цикла).

Для вычисления срока родов нужно от даты последней менструации отнять 3 месяца и прибавить 7 дней (правило Негеле).

**По овуляции**. При известной дате зачатия для вычисления срока родов нужно отнять 3 месяца и отнять 7 дней (модификация правила Негеле) или прибавить 266 дней (38 недель). Кроме того, условно дату зачатия можно определить по подъему базальной температуры, по дате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) или искусственного осеменения, по данным ультразвукового мониторинга овуляции.

**Сл 68**

**По первой явке в женскую консультацию**. Учитывают данные анамнеза и осмотра при первом осмотре беременной.

При определении срока беременности и родов учитывают время **первого шевеления плода**, которое ощущается первородящими с 20-й недели беременности, повторнородящими — примерно на 2 нед раньше. Однако это ощущение субъективно и его значение ограниченно.

Кроме того, срок беременности можно определить исходя из данных объективного обследования и УЗИ.

**Сл 69**

■ В 4 нед беременности матка достигает примерно размера куриного яйца.

■ В 8 нед величина матки приблизительно соответствует размерам гусиного яйца.

■ В 12 нед асимметрия матки исчезает, дно её доходит до верхнего края лонной дуги.

Начиная с 4-го месяца беременности дно матки пальпируют через переднюю брюшную стенку и о сроке беременности судят по высоте стояния дна матки

**Сл 70**

**Высота стояния дна матки при различных сроках беременности**

**Срок беременности Высота дна матки, пальпаторно См**

**в нед**

16 Середина между лоном и пупком 6

20 На два поперечных пальца ниже пупка 11–12

24 На уровне пупка 22–24

28 На два поперечных пальца выше пупка 28

32 Середина между пупком и мечевидным отростком 32

36 На уровне мечевидного отростка и рёберных дуг 36

40 Середина между пупком и мечевидным отростком 32

Важно помнить, что на ВДМ могут влиять размер плода, избыточное количество ОВ, двойня, неправильное положение плода и другие особенности течения беременности. Поэтому ВДМ при определении срока беременности учитывают в совокупности с другими признаками (последняя менструация, первое шевеление и др.). ВДМ над лоном измеряют сантиметровой лентой.

**Сл 71**

**ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В разных странах схемы обследования беременных достаточно схожи.

Как правило, частота и разнообразие исследований продиктованы экономическими соображениями.

Минимальное лабораторно-инструментальное исследование во время физиологической беременности в России включает следующие методы.

Лабораторное исследование во время беременности используют для выявления экстрагенитальных заболеваний и акушерских осложнений.

Именно поэтому при беременности выполняют как рутинные исследования (клинический и биохимический анализы крови с обязательным определением

сахара в крови натощак, мочи, исследование на сифилис, гепатиты С и В, ВИЧ), так и специальные исследования, направленные на оценку течения беременности, определение состояния плода и выявление риска врожденных пороков и хромосомных аномалий (трисомии 21, 18 и 13 хромосом), так называемый биохимический скрининг, в сочетании с УЗИ плода.

**Показания для биохимического скрининга**

**Пренатальный скрининг и пренатальная диагностика**

**1.Пренатальный скрининг и пренатальная диагностика.**

Термин **«*пренатальный*»** означает «дородовый» (пре – до), - время беременности до родов. Термин ***перинатальный*»** (пери – около) – период «вокруг» родов. В России считается с 28 недель беременности, включает период родов и заканчивается через 7 полных дней жизни новорожденного.

Слово ***скрининг*** означает «просеивание». В медицине под скринингом понимают проведение простых и безопасных исследований большим группам населения с целью выделения относительно небольших групп риска развития той или иной патологии. Обнаружение повышенного риска развития пороков развития плода, с помощью методов скрининга не является диагнозом. Диагноз может быть поставлен или отвергнут с помощью дополнительных тестов. ***По видам исследований выделяют***:

* ***биохимический скрининг***: анализ крови на различные показатели (определение уровня специфических белков, сывороточных маркеров хромосомной патологии плода - АФП (альфа-фетопротеина) и ХГЧ (хорионического гонадотропина человека) - согласно приказу № 457 во втором триместре беременности).
* ***ультразвуковой скрининг:*** выявление признаков аномалий развития с помощью УЗИ плода (3-х кратно - в 10-14 недель, 20-24 недели, 30-32 недели)
* ***комбинированный скрининг***: сочетание биохимического и ультразвукового скринингов

***Пренатальная диагностика*** - область медицины, которая занимается дородовым выявлением различных патологических состояний плода, в том числе диагностикой врожденных пороков развития (ВПР) и наследственных заболеваний (ВНЗ). Подобная диагностика позволяет выявлять патологию яйцеклеток и сперматозоидов еще в доимплантационный период и, тем самым, предупреждать зачатие неполноценным плодом. Пренатальная диагностика позволяет выявить внутриутробное поражение плода тяжелым заболеванием и предупредить его рождение путем прерывания беременности по медицинским показаниям.

Почему биохимический скрининг назначают далеко не всем беременным? Кто попадает в группу риска? Показаниями для данного анализа могут служить следующие случаи:

* если беременной больше 35 лет (об опасностях таких родов, читайте здесь);
* наследственность хромосомных нарушений;
* если муж и жена — родственники;

**сл73**

* вынужденный приём сильнодействующих препаратов в первые недели беременности;
* множественные выкидыши;
* если один из супругов был облучён;
* если УЗИ неоднократно показывало отклонения от нормы в развитии плода;
* угроза прерывания беременности.

Любая беременная женщина может сама изъявить желание пройти биохимический скрининг, объяснив лечащему врачу причины такого решения. Такой анализ проводится в два этапа.

**Сл74**

В 1 триместре

Бимануальное влагалищное исследование.

Анализы крови [<1>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/), [<2>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/), [<3>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/), [<4>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/) и мочи. Определение основных групп крови (A, B, 0) и резус-принадлежности, биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А белок, вырабатываемый организмом матери) и свободная бета- субъединица хорионического гонадотропина (далее - бета-ХГ) (11,4 – 13,6 недель), определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, определение антител классов M, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов M, G к антигену вирусного гепатита B и вирусному гепатиту C в крови. Определение глюкозы венозной плазмы натощак.

**Сл 75**

Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандида.

Электрокардиография (далее - ЭКГ) по назначению врача-терапевта (врача-кардиолога).

Ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза (в сроке 11 - 14 недель).

**Сл 76**

**A2 - обследование во II триместре**

Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Определение окружности живота, высоты дна матки (далее - ВДМ), тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода с помощью стетоскопа.

Анализы крови [<1>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/) и мочи.

Скрининговое УЗИ плода в сроке 18 - 21 неделя.

При поздней первой явке во II триместре:

Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела). Измерение размеров таза. Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануальное влагалищное исследование.

Анализы крови [<1>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/), [<2>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/), [<3>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/), [<4>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/) и мочи. Определение основных групп крови (A, B, 0) и резус-принадлежности, определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, определение антител классов M, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов M, G к антигену вирусного гепатита B и вирусному гепатиту C в крови, альфа-фетопротеин, бета-ХГ (в сроке 16 - 18 недель). Определение глюкозы венозной плазмы натощак; проведение ОГТП с 75 г глюкозы в 24 - 28 недель (за исключением беременных с существующим сахарным диабетом).

Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандида.

ЭКГ (по назначению врача-терапевта (врача-кардиолога)).

**Сл77**

**A3 - обследование в III триместре**

После 32 недель беременности определяют положение плода, предлежащую часть.

Анализы крови [<1>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/), [<2>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/), [<3>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/), [<4>](https://sudact.ru/law/prikaz-minzdrava-rossii-ot-01112012-n-572n/poriadok-okazaniia-meditsinskoi-pomoshchi-po/prilozhenie-n-5/bazovyi-spektr-obsledovaniia-beremennykh-zhenshchin/) и мочи. Определение антител к бледной (Treponema pallidum) в крови, определение трепонеме антител классов M, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов M, G к антигену вирусного гепатита B и вирусному гепатиту C в крови. Проведение ОГТП с 75 г глюкозы в 24 - 28 недель (за исключением беременных с существующим сахарным диабетом).

Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандида.

Скрининговое УЗИ плода в сроке 32 - 34 недели с допплерометрией, кардиотокография (далее - КТГ) плода после 33 недель.

Вопрос о необходимости выполнения биохимического скрининга у всех беременных женщин до сих пор остается спорным. Большинство специалистов рекомендует делать данный тест всем пациенткам, ведь от генетических нарушений никто не застрахован. (ВОЗ) рекомендует хотя бы выполнять в обязательном порядке лабораторные исследования у всех беременных во втором триместре.

**Сл78**

* [Скрининговое ультразвуковое исследование](https://www.mediccity.ru/directions/504) проводится трехкратно, согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология": при сроках беременности 11-14, 18-21 и 30-34  недель.
* При сроке беременности 11-14 недель проводится комплексная пренатальная диагностика нарушений развития ребенка, включающая [УЗИ](https://www.mediccity.ru/directions/504) и определение материнских сывороточных маркеров с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.
* Пренатальная диагностика и УЗИ на сроке 18-21 недели позволяет исключить поздно манифестирующие врожденные аномалии развития плода.
* При сроке беременности 30-34 недели проводится УЗИ по месту наблюдения беременной женщины.

**Сл 79**

При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач-акушер-гинеколог направляет ее в медико-генетическую консультацию (центр) для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования.

**Сл 80 Инструментальные методы исследования**

**lnstrumental methods**

Инструментальные методы исследования подразделяют на:

**• инвазивные:**

- амниоскопия;

- биопсия хориона;

- амниоцентез;

-кордоцентез;

**• неинвазивные:**

-УЗИ;

-допплерог рафия;

- фетальная кардиотоког рафия (КТГ).

**Клинический анализ мочи**

• Количество. Утренняя порция мочи обычно составляет LS0-250 мл и не дает представление о суточном диурезе. Измерение объема утренней мочи целесообразно для интерпретации ее относительной плотности

• Цвет. Зависит от величины диуреза и экскреции пигментов. В норме цвет мочи - соломенно-желтый, обусловлен присутствием мочевого пигмента - урохрома.

• Прозрачность. В норме все составные части мочи находятся в растворе,поэтому свежевыпущенная моча совершенно прозрачна.

• Плотность (удельный вес). Зависит от концентрации растворенных в моче веществ (белка, глюкозы, мочевины, солей натрия и др.).

• Химическое исследование мочи

- рН. Органические кислоты и кислые соли неорганических кислот,содержащиеся в моче, диссоциируют в водной среде, выделяя известное количество свободных н + -ионов. Концентрация (активность) свободных н + -ионов представляет истинную реакцию мочи - активную

кислотность (рН ).

- Белок. В моче здоровой женщины белок практически не определяется,что обусловлено канальцевой реабсорбцией белка, фильтруемого в клубочках. Несмотря на значительное увеличение клубочковой фильтрации, во время беременности протеинурия не появляется, так как параллельно увеличивается канальuевая реабсорбuия протеинов или же возрастает устойчивость клубочков к плазменным белкам.

Появление белка в моче (более 0,075 r/л) называют протеинурией, которая может быть физиологической и патологической. Физиологическая протеинурия - это временное появление белка в моче, не связанное с заболеванием, при приеме большого количества пищи, богатой белками, после сильной физической нагрузки, эмоциональных переживаний, эпилептических приступов. Ортостатическую протеинурию считают функциональной.

- Глюкоза. В норме глюкоза, попавшая в первичную мочу, почти полностью

реабсорбируется в почечных канальцах и общепринятыми методами не определяется. Глюкоза появляется в моче при увеличении ее концентрации в крови выше почечного порога, т.е. 8,88-9,99 ммоль/л, или при снижении почечного порога глюкозы (почечный диабет).

Кратковременная (преходящая) rлюкозурия может наблюдаться у здоровых людей после значительной алиментарной нагрузки продуктами с высоким содержанием углеводов, в результате стресса.

- Билирубин. Через клубочковый фильтр способен проходить только билирубина глюкуронид (прямой билирубин), концентрация которого в крови здорового человека незначительна, поэтому моча здоровых людей содержит минимальное коли•1ество билирубина, которое не может быть обнаружено качественными пробами, применяемыми в практической медицине. Непрямой билирубин через почечный фильтр не проходит.

- Уробилиноrен. Образуется в кишечнике из билирубина, выделившегося с печенью. В норме моча содержит следы уробилиногена.

- Кетоновые тела (продукты недоокисленных жирных кислот). В норме отсутствуют и появляются только при повышении их концентрации в крови.

• Микроскопическое исследование осадка мочи. Различают организованный(эритроциты, лейкоциты, эпителий и цилиндры) и неорганизованный (кристаллические и аморфные соли) осадок мочи.

- Эритроциты. У здоровых людей в моче отсутствуют или выявляются единичные в препарате. Не проходят через клубочковый фильтр, поэтому чаще появляются в моче при патологических процессах в почках и/или мочевыводящих путях. У женщин возможно попадание эритроцитов в мочу при кровянистых выделениях из половых путей.

- Лейкоциты. Отсутствуют или выявляются единичные в поле зрения. Лейкоцитурию (свыше 5 лейкоцитов в поле зрения) выявляют при заболеваниях почек и мочевыводящих путей.

- Эпителий. Возможно обнаружение единичных в поле зрения клеток эпителия, слущенного с различных отделов мочевыводящих путей: плоского (уретра), переходного (лоханки, мочеточник, мочевой пузырь). Почечный (канальцы) эпителий у здоровых людей отсутствует. Повышенное количество в моче определенного вида эпителиальных клеток может указывать на локализацию воспалительного процесса.

- Цилиндры - слепки почечных канальцев белкового или клеточного состава. Появление цилиндров в моче - важный признак заболевания почек. Только гиалиновые цилиндры, со стоящие из белка, появившегося, например, в результате физической нагрузки, могут иногда присутствовать в нормальной моче.

- Бактерии. В норме отсутствуют. Перед сбором мочи особое внимание уделяют туалету наружных половых органов

**Вопросы для самоконтроля**

1. Каковы преимушества раннего выявления беременности?

2. Что является <<золотым стандартом,> диагностики беременности?

3. Что может стать причиной ложноположительного теста на ХГЧ?

4. Какие характерные признаки позволяют идентифицировать плодное

яйцо при УЗИ?

5. Какие признаки беременности принято считать достоверными?

6. Какие существуют способы определения срока беременности?

7. Что такое правило Негеле и для чего его используют?

8. Как меняется высота стояния дна матки с увеличением срока беременности?

9. Что предполагает специальное акушерское исследование?

10. Что такое ромб Михаэлиса?

11. Какие вы знаете способы расчета истинной конъюrаты?

12. Что такое наружное акушерское исследование? Какие приемы оно включает и зачем их используют?

13. В каких отношениях может быть головка плода к плоскостям таза?

14. Что такое членорасположение, положение, позиция, вид позиции и предлежание плода?

15. Что такое степень <<Зрелости,> шейки матки и каким образом ее определяют?

16. Каковы особенности общеклиническоrо исследования крови во время беременности?

17. Каковы основные задачи УЗИ в I триместре беременности?

18. Каковы основные показания для допплеровскоrо исследования кровотока в системе мать-плацента-плод?

19. Что такое КТГ, в какие сроки беременности проводят данное исследование?

20. Что включает понятие БФПП?

21. Какие инвазивные методы пренатальной диагностики вы знаете?

1. Каким инструментом измеряют размеры женского таза?

2. Перечислите 4 основных размера таза.

3. Как измерить distantia spinarum? Чему равен этот размер?

4. Чему равна distantia cristarum?

5. Как измерить межвертельный размер (distantia trochanterica)?

6. Как правильно измерить наружную коньюгату? В каком положении должна находиться женщина?

7. С какой целью и как измеряется индекс Соловьева?

8. Что такое боковая конъюгата? С какой целью необходимо ее измерять?

9. Как измерить прямой и поперечный размеры выхода из малого таза? Чему они равны?

10. Что такое ромб Михаэлиса? Какую форму он имеет?

11. Назовите 3 способа вычисления истинной конъюгаты.

12. Как измерить диагональную конъюгату? Чему она равна?

**ПРОВЕРЬ СЕБЯ!**

*Выберите один или несколько правильных ответов.*

**1. «Золотой стандарт» диагностики беременности**:

а) определение бетта-субъединицы ХГЧ;

6) УЗИ для обнаружения плодного яйца;

в) сочетание двух методов: определение [3-субъединицы ХГЧ и УЗИ для

обнаружения плодного яйца;

г) определение бетта-субъединицы ХГЧ в динамике (не менее 3 раз с интервалом

в 5-7 дней).

**2. ХГЧ вырабатывается**:

а) цитотрофобластом;

6) синцитиотрофобластом;

в) желтым телом;

r) гиrrофизом беременной.

**3. С помощью УЗИ при трансвагинальной эхографии беременность можно достоверно установить в:**

а) 4-5 акушерских недель;

6) 6-7 акушерских недель;

в) 3-4 акушерские недели;

r) 10 акушерских недель.

**4. Определяющий критерий для расчета срока беременности по данным УЗИ с момента появления эмбриона:**

а) средний внутренний диаметр плодного яйца;

6) КТР**;**

в) окружность живота;

г) длина бедра.

**5. Дно матки определяется на уровне пупка при сроке беременности:**

а) 16 нед;

б) 30 нед;

в) 22 нед;

г) 28 нед.

**6. Для вычисления срока родов нужно:**

а) от даты последней менструации отнять 3 мес и 7 дней;

б) от даты последней менструации отнять 3 мес и прибавить 7 дней;

в) от даты зачатия отнять 3 мес и прибавить 7 дней;

г) от даты зачатия отнять 3 мес и 3 дня.

**7. Сердцебиение плода с помощью акушерского стетоскопа можно выслушать после:**

а) 12-13 нед беременности;

6) 18-20 нед беременности;

в) 22 нед беременности;

г) 16-18 нед беременности.

**8. бетта-Субъединицу ХГ обнаруживают в крови беременной женщины на:**

а) 12-й день после зачатия;

6) 4-5-й день после зачатия;

в) 18-20-й день после зачатия;

r) 7-9-й день после зачатия.

**9. Термин *Nulligravida* (англ.) означает:**

а) женщина, беременная в настоящий момент и имевшая не менее двух

беременностей в прошлом;

6) женщина, беременная в настоящий момент и не имевшая беременностей

в анамнезе (первобеременная);

в) женщина, беременная в настоящий момент, но имевшая беременности

раньше, вне зависимости от их исхода;

r) женщина, никогда не имевшая беременностей.

**10. 1 триместр беременности длится до конца:**

а) 16-й недели;

6) 14-й недели;

в) 12-й недели;

r) 8-й недели.

**11.** 11 **триместр беременности - это период:**

а) 14-28 нед беременности;

б) 10-20 нед беременности;

в) 8-16 нед беременности;

r) 29-40 нед беременности.

**12. 111 триместр беременности - это период:**

а) 13-28 нед беременности;

6) 10-20 нед беременности;

в) 8-16 нед беременности;

г) 29-40 нед беременности.

**13. *Distantia spinarum* в норме равна**:

а) 25-26 см;

6) 28-29 см;

в) 14 см;

г) 30-32 см.

**14. Истинная конъюrата - это расстояние**:

а) от мыса до верхнего края лонного сочленения;

6) от мыса до верхневнутреннего края лонного сочленения;

в) от межпозвоночного диска между 11-111 крестцовы ми позвонками до

середины внутренней поверхности лонного сочленения;

г) от верхушки копчика до нижнего края лонного сочленения.

**15. Третий прием Леопольда-Левицкого служит для определения:**

а) положения плода в матке;

6) позиции и вида позиции плода;

в) высоты стояния дна матки;

г) предлежащей части плода.

**16. Позиция плода - это:**

а) отношение спинки плода к правой или левой стороне матки;

6) отношение спинки плода к передней или задней стороне матки;

в) отношение крупной t1асти плода ко входу в малый таз;

г) отношение головки плода к конечностям и туловищу.

**17. чсс у плода в норме составляет:**

а) 120-160 в минуту;

6) 110-140 в минуту;

в) 120-180 в минуту;

г) 90-160 в минуту.

**18. Признаки, учитывающиеся при оценке <<зрелости>) шейки матки:**

а) консистенция шейки матки и ее длина;

6) длина шейки матки, степень проходимости шеечного канала;

в) консистенция шейки матки, длина влагалищной ее части, степень проходимости шеечного канала, расположение и направление оси шейки матки в полости малого таза, состояние нижнего сегмента и толщина стенки влагалищной части шейки матки;

г) ничего из перечисленного выше.

**19. Толщину воротникового пространства как маркер хромосомных аномалий измеряют при сроке беременности**:

а) 20-22 нед;

6) 18-21 нед;

в) 11-14 нед;

г) 30-32 нед.

**20. КТГ считают обоснованной начиная со срока:**

а) 20 нед;

6) 32 нед;

в) 14 нед;

г) 12 нед.

**21. Физиологическая анемия во время беременности обусловлена:**

а) снижением интенсивности эритропоэза;

6) гиперволемической аутогемодилюцией;

в) гормональными изменениями;

г) снижением общей иммунореактивности организма.

**22. Плодное яйцо начинает визуализироваться в полости матки при УЗИ**

**в сроке:**

а) 4 нед 3 дня;

6) 5 нед О дней;

в) 6 нед 2 дня;

г) 7 нед О дней.

**Ситуационныезадачи**

1. Пациентка Н. беременна. Известно, что первый день последней менструации был 11.09. Рассчитайте предполагаемую дату родов.

2. В ходе наружного и внутреннего акушерского исследований измерены

следующие размеры:

**-** *distantia spinarum* **- 26;**

**-** *distantia cristarum* **- 28;**

**-** *distantia trochanterica* **- 30;**

**-** *conjugata extema* **-** 21;

- индекс Соловьева - 1,4;

- индекс Франка - 12;

**-** *conjugata diagonalis* **-** 13,4;

- ромб Михаэлиса: вертикальный размер - 13, горизонтальный раз-

мер - 12.

Какое заключение можно сделать?