

ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«СМОЛЕНСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
ИМЕНИ К.С. КОНСТАНТИНОВОЙ»

РАССМОТРЕНО
на заседании ЦМК специальных
дисциплин №4
Протокол заседания № 4
от 9.03.21г. *Вис*

УТВЕРЖДЕНО
И.О. Заместителя директора по УР
Мастыко / Мастыко Г.Ю. /
Дата 16.03.21



**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ТЕОРЕТИЧЕСКОГО
ЗАНЯТИЯ
ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА
БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНОЙ
ПМ 02. «УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОЦЕССАХ»
МДК 02.01.04. «СЕСТРИНСКИЙ УХОД В АКУШЕРСТВЕ И
ГИНЕКОЛОГИИ»
для специальности 34.02.01. «Сестринское дело»
(базовый уровень подготовки)**

Составила преподаватель
Кулага В.И.

Смоленск 2021

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Данная методическая разработка предназначена для преподавателя ОГБПОУ «Смоленский базовый медицинский колледж имени К.С.Константиновой» при изучении ПМ 02. «Участие в лечебно- диагностических и реабилитационных процессах» МДК 02.01.04 «Сестринский уход в акушерстве и гинекологии» для специальности 34.02.01. «Сестринское дело». Методическая разработка составлена в соответствии с ФГОС СПО III поколения.

Методическая разработка теоретического занятия(семинара) содержит: блок теоретической информации, учебные цели, имеет приложения - хронокарту занятия, контрольные вопросы по занятию, тестовые задания в 2-х вариантах с эталонами ответов.

Весь материал доступен как на бумажном, так и на электронном носителе.

Хронокарта занятия

Этап занятия	Деятельность преподавателя	Деятельность студента	Цель этапа	Методическое обоснование	Время этапа
1) Организационный момент	<ul style="list-style-type: none"> • Приветствует студентов. • Обращает внимание на внешний вид. • Обращает внимание на санитарное состояние учебной комнаты, • Проверяет готовность студентов к занятию, • Отмечает отсутствующих. 	<ul style="list-style-type: none"> • Приветствуют преподавателя. • Занимают рабочие места. • Слушают преподавателя. • Готовят необходимое для занятия 	<ul style="list-style-type: none"> • Организовать и дисциплинировать студентов. • Воспитывать аккуратность ответственность студентов. • Воспитывать требовательность у студентов к себе и товарищам. • Воспитывать и развивать у студентов самоконтроль. • Создать рабочую обстановку. 		2мин.
2) Знакомство с планом семинара	<ul style="list-style-type: none"> • Мотивация. • Информация о целях и методике занятия. 	<ul style="list-style-type: none"> • Осмысливают тему и план занятия. 	<ul style="list-style-type: none"> • Раскрытие теоретической и практической значимости данной темы. • Подготовка студентов на целенаправленную деятельность. • Активация внимания студентов. 		3 мин.
3) Ответы на теоретические вопросы	<ul style="list-style-type: none"> • Ставит перед студентами вопросы по теме занятия. 	Осмысливают и отвечают на заданные вопросы .	<ul style="list-style-type: none"> • Формирование познавательного интереса к учебной деятельности. 		40 мин.
4) Письменное решение тестовых заданий	2 варианта из 20 тестов разных видов. 90% правильных ответов – 5 баллов, 80-89% – 4 балла, 70-79% – 3 балла, менее 70% – 2 балла	Слушают преподавателя. Отвечают на тестовые задания письменно, на отдельных листочках.	Формирование у студентов знаний и умений. <ul style="list-style-type: none"> • Развить познавательную деятельность.... 		30мин.

			<ul style="list-style-type: none"> • Добиться осознания... • Добиться осмысления значения сестринского процесса в практической деятельности мед. сестры. 		
5) Рефлексия	<ul style="list-style-type: none"> • Организация дискуссии 	<ul style="list-style-type: none"> • Участие в дискуссии 	<ul style="list-style-type: none"> • Осмысление полученных знаний 		10мин.
12) Подведение итогов занятия	<ul style="list-style-type: none"> • Подчёркивает (обращает внимание) на положительные стороны, отрицательные стороны деятельности студентов. • Отмечает лучшие работы • Анализирует (комментирует) работу каждого студента. Отмечает положительные, отрицательные моменты в ответах студентов, практических умениях, в поведении студентов. Проводит разбор работ студентов. • Определяет степень достижения целей, задач занятия • Останавливается на вопросах (отмечает), которые надо доработать • Помогает осмыслить результаты проделанной работы студентов. Проверяет дневники, выставляет оценки. • Выставляет и объявляет оценки (поурочный балл) 	<ul style="list-style-type: none"> • Слушают преподавателя • Обращают внимание на замечания преподавателя. Осмысливают замечания преподавателя. • Слушают, анализируют слова преподавателя, запоминают замечания. Намечают (вместе с преподавателем) пути устранения ошибок. • Участвуют в анализе (разборе) работ, практических действий, допущенных ошибок. • Оценивают (вместе с преподавателем) свою работу, работы товарищей. Делают в дневнике дополнительные записи. 	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие умения анализировать свои ошибки (ошибки товарищей) • Развитие умения устранять ошибки • Развитие умения находить пути устранения ошибок • Развитие навыков самоконтроля • Создание интереса к предстоящей работе. Стимулировать интерес к учёбе. • Развитие аналитических способностей студентов • Развитие мыслительной деятельности студентов • Развитие самостоятельности мышления • Развитие мыслительных процессов: анализа, синтеза, сравнения • Развитие умения устанавливать причинно-следственные связи • Развитие продуктивного (аналитического) мышления • Воспитание самокритичности, 		5 мин.

	<ul style="list-style-type: none">• Оценивает активность каждого студента.• Отмечает подготовленность студентов к занятию.• Оценивает знания студентов учебного материала.		<p>справедливости, выдержанности</p> <ul style="list-style-type: none">• Воспитание умения (выдержанности) выслушивать критику		
--	--	--	--	--	--

СОДЕРЖАНИЕ

Обоснование темы занятия

Тема занятия: «Особенности сестринского ухода за беременной женщиной»

Тип занятия: теоретическое (семинар)

Межпредметные связи:

Обеспечивающие – «Анатомия и физиология», ПМ 04, ПМ 01

Обеспечиваемые – МДК 02.01.01, МДК 02.01.02, МДК 02.01.03.

Цели занятия:

Учебные (дидактические): систематизировать приобретенные в процессе предшествующих занятий знания, необходимые для осуществления ухода за пациентами с позиций сестринского процесса и другой сестринской деятельности за беременными женщинами; способствовать формированию профессиональных (ПК 2.1, 2.2, 2.4, 2.6) и общих (ОК 1-13) компетенций.

Знать:

- что такое оплодотворение,
- физиологические изменения в организме женщины при беременности,
- диагностика ранних и поздних сроков беременности,
- методы исследования в акушерстве,
- обследование беременной в женской консультации,
- режим дня, режим питания, гигиена беременной женщины,
- особенности сестринского ухода за беременной женщиной

Воспитательные: вырабатывать потребность в специальных знаниях, необходимых для предстоящей профессиональной деятельности, развивать внимание и клиническое мышление, стимулировать любознательность, прививать любовь к будущей профессии.

Оборудование: УМК семинара

Участники: студенты группы 021С, 022С, 21С

Продолжительность занятия: 90 мин

Место проведения: аудитория колледжа

БЛОК ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ

ПЛАН:

1. Оплодотворение
2. Беременность/диагностика беременности
3. Изменения в организме женщины во время беременности
4. Режим и личная гигиена беременных
5. Методы обследования в акушерстве
6. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 N 572н (ред. от 21.02.2020) Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 N 27960).

ОПЛОДОТВОРЕНИЕ

Оплодотворение – это слияние мужской (сперматозоид) и женской (яйцеклетки) половой клетки. После оплодотворения в клетке сначала находятся два ядра – яйцеклетки и сперматозоида, но, двигаясь навстречу друг другу, они наконец сливаются: образуется одноклеточный зародыш – зигота с нормальным для человека кариотипом из 46 хромосом.

С момента оплодотворения яйцеклетки начинается Первый из трех периодов внутриутробного развития человека. Этот период называют бластогенезом (греч. – росток, зародыш). Он длится 15 суток.

Подгоняемый бахромками, которыми изнутри покрыта маточная труба, увлекаемый током жидкости в ней, зародыш медленно приближается к матке. Через 30 часов после оплодотворения совершается 1 –ое деление (дробление) зиготы. Затем происходит по одному делению в сутки.

К 4-м суткам, когда зародыш достигает матки, он представляет собой комочек из 8-12 клеток. Следующие 3 суток зародыш плавает в жидкости, омывающей слизистую оболочку матки. Здесь клетки дробятся быстрее, и к середине 6-х суток зародыш состоит уже из более чем сотни клеток. На этой стадии его называют морулой. На ее поверхности клетки делятся еще быстрее и выглядят более светлыми. Они образуют оболочку – трофобласт. Более темные крупные клетки, расположенные под светлыми, формируют зародышевый узелок – эмбриобласт.

К тому моменту, когда зародыш попадает в матку, она уже подготовлена к его приему. Под влиянием гормона желтого тела – прогестерона ее слизистая оболочка утолщается в 3-4 раза, набухает, становится рыхлой. В ней развивается много дополнительных кровеносных сосудов, разрастаются железы. К 7-м суткам после оплодотворения зародыш снова меняет свою структуру. Теперь это не гроздь клеток, а пузырек – бластоцита. Зародыш

готов к внедрению в слизистую оболочку матки – к имплантации. На трофобласте возникают выросты, они быстро увеличиваются и прорастают в ткани матки. Разрушаются кровеносные сосуды, и зародыш погружается в излившуюся кровь. Теперь это та среда, из которой он будет черпать

питательные вещества и кислород до тех пор, пока не сформируется плацента. На имплантацию зародышу требуется 40 часов.

В следующие несколько дней в зародыше образуются два пузырька – желточный и амниотический (из него в дальнейшем разовьется плодный пузырь). В месте их соприкосновения возникает двухслойный зародышевый щиток: «Крыша» желточного пузырька – нижний его слой (энтодерма), а «дно» амниотического – верхний (эктодерма). К концу 2-й недели задняя часть эмбриона утолщается – в ней начинают закладываться осевые органы. В этот период питание зародыша автономное, за счет желточного мешка – желточный тип.

С 16-го дня начинается Второй, или собственно эмбриональный период внутриутробного развития ребенка, который заканчивается к 13-й неделе. Изменения в зародыше идут волнообразно, но согласно плану. Вот краткая хронология событий.

В течение 3-й недели между экто- и энтодермой образуется еще один слой – мезодерма. Эти 3 зародышевых листка – эктодерма, мезодерма и энтодерма – в дальнейшем дадут начало эмбриональным зачаткам, из которых разовьются все ткани и органы ребенка. К концу недели в энтодерме видна нервная трубка, а ниже, в мезодерме – спинная струна. Одновременно закладывается сердечная трубка, формируется стебелек – тяж (аллантаис), соединяющий зародыш с ворсинками хориона – зародышевой оболочки, образовавшейся из трофобласта. Через аллантаис (брюшной стебелек) проходят пупочные сосуды – это аллантаисное питание.

На 4-й неделе закладываются многие органы и ткани зародыша: первичная кишка, зачатки почек, костей и хрящей осевого скелета, поперечно - полосатой мускулатуры и кожных покровов, шеи, глаз, щитовидной железы, глотки, печени. Усложняется строение сердца и нервной трубки, особенно ее передней части – будущего головного мозга.

На 5-й неделе длина зародыша составляет 7,5 мм. В возрасте 35-32 суток появляются зачатки рук, подобные плавникам. В это время с помощью УЗИ можно видеть сокращения сердца. Это означает, что у зародыша уже есть система кровообращения. Развиваются органы зрения и слуха, формируются органы обоняния, зачатки языка, легких, поджелудочной железы. Почечные канальца достигают клоаки, а зачатки мочеточников – задней почки. Возникают половые бугорки.

6-а неделя знаменуется началом кровообращения в печени. К 40-му дню появляются зачатки ног.

В течение 7-й недели закладываются веки, пальцы рук, а потом и ног. Заканчивается образование межжелудочковой перегородки сердца. Отчетливо выражены семенники и яичники.

В конце 8-й недели у эмбриона длиной 3-3,5 см уже отчетливо видны голова, туловище, зачатки конечностей, глаз, носа и рта. По микроскопическому

строению половой железы можно определить, кто родится – мальчик или девочка. Зародыш находится в амниотическом пузыре, наполненном околоплодными водами.

На 3-м месяце у зародыша хорошо различима кора больших полушарий головного мозга. К 12-й неделе формируется кроветворение в костном мозге, в крови появляются лейкоциты, а к концу этой недели – и гемоглобин, как у взрослого человека, происходит становление групповых систем крови.

С 13-й недели начинается Третий, или фетальный (плодный), период внутриутробного развития ребенка.

К этому времени завершается период органогенеза плода и образования плаценты. Зародыш окружен околоплодными водами и тремя плацентарными оболочками, две из которых являются плодовыми (амнион и хорион) и одна – материнская – децидуальная из функционального слоя слизистой матки. Плод с плацентой соединяет шнуровидное образование – пуповина, в которой проходят две артерии и одна вена. Сосуды окружены специфической тканью – Вартоновым студнем. Питание становится плацентарным.

Околоплодные воды являются сложной биологически активной средой, участвующей в обмене между матерью и плодом. В водах содержится белок, гормоны, ферменты, макро- и микроэлементы, углеводы и другие вещества. К концу беременности околоплодных вод 1-1,5 л. Многие вещества, находящиеся в околоплодных водах, могут воздействовать на плод.

С 14-й недели плод уже двигается, но мать этих движений пока не замечает.

В 16 недель масса плода составляет примерно 120 г, а его длина – 16 см.

Личико у него почти сформировано, кожа тонкая, но подкожно жировой клетчатки пока еще нет. Поскольку в этот период интенсивно развивается мышечная система, двигательная активность плода нарастает. Отмечаются слабые дыхательные движения. Установлено также, что плод в возрасте 16,5 недель, если дотрагиваться до его губ, открывает и закрывает рот, у 18-недельного плода в ответ на раздражение языка наблюдаются начальные сосательные движения. В течение 21-24-й недель сосательная реакция полностью формируется. Шевеление ребенка женщина впервые чувствует между 16-й и 20-й неделями. К концу 5-го месяца можно насчитать уже 2000 движений плода в сутки. Его длина в это время достигает 25 см, а масса-300 г. врач может прослушать биение сердца ребенка. Кожа плода, начиная с головы и лица, покрывается пушком. В кишечнике формируется меконий (первородный кал). Начинается образование подкожно-жировой клетчатки.

В конце 24-й недели длина плода около 30 см, а его масса – приблизительно 700 г. внутренние органы сформированы настолько, что в случае преждевременных родов такой ребенок может жить и развиваться в специальных условиях.

В конце 28-й недели беременности длина плода достигает 35 см, а масса- 1000 г. все его тело покрыто пушком, хрящи ушных раковин очень мягкие, ногти не достигают кончиков пальцев. Кожа начинает покрываться специальной родовой смазкой, защищающей ее от размокания (мацерации) и облегчающей прохождение плода по родовым путям. Он становится очень активен, и мать ощущает его движения постоянно, т.к. он пока свободно перемещается в плодном пузыре. Положение ребенка еще неустойчиво.

К концу 32-й недели плод имеет длину около 40 см, а массу – 1600 г, в возрасте 38 недель – около 45 см и 2500 г.

К 40-й неделе плод вполне готов к существованию вне материнского организма. Длина тела в среднем 50-51 см, масса – 3200-3400 г. теперь ребенок располагается, как правило, головкой вниз. Положение его становится устойчивым, т.к. из-за больших размеров тела он не может свободно перемещаться в чреве матери.

Критические периоды развития эмбриона и плода.

Внутриутробное развитие, начиная с оплодотворения, длится 266 дней (или 280 дней с 1-го дня последней менструации) и имеет два периода – эмбриональный и фетальный.

Эмбриональный период.

1.Продолжается 3 недели. Характеризуется трансформацией яйцеклетки в маленький эмбрион, который внедряется в слизистую оболочку матки.

2.Продолжается до 10-й недели беременности. Происходит дробление зародышевых клеток, их миграция и дифференцировка в различные специфические органы. В конце 8-й недели основные органые структуры дифференцированы, но функциональное развитие органов не завершено – в этот период могут возникнуть грубые пороки.

Фетальный период.

С 10 недель беременности до родов преобладают процессы роста. Самые важные моменты этого периода: формирование неба, наружных половых органов, ЦНС. В этом периоде вредные факторы не вызывают формирование морфологических пороков, но могут послужить причиной нарушения умственного развития.

Под критическими периодами развития понимают моменты развития, которые характеризуются замедлением процесса роста структур. Знание критических периодов развития является основой для понимания действий среды на онтогенез и патогенез эмбриопатий, фетопатий, включая наследственные заболевания и пороки развития.

Выделяют следующие критические периоды развития:

1. Для всего организма – вредные факторы могут привести к гибели плода. По данным ВОЗ, в ходе нормальной беременности гибнет 300 плодов из 1000 беременностей.

2. Частные критические периоды – существуют в онтогенезе каждого органа связан с неодновременной закладкой и темпом дифференцировки органов и систем.
3. Критические периоды развития клетки как биологической системы.

- 1-й критический период от 0 до 10 дней – нет связи с материнским организмом, эмбрион или погибает, или развивается (принцип «все или ничего»).
- 2-й критический период от 10 дней до 12 недель происходит формирование органов и систем, характерно возникновение множественных пороков развития. Значение имеет длительность воздействия неблагоприятного фактора.
- 3-й критический период (внутри 2-го) 3-4 недели – начало формирования плаценты и хориона. Нарушение ее развития приводит к плацентарной недостаточности и как следствие – к гибели эмбриона или развитию гипотрофии плода.
- 4-й критический период 12-16 недель формируются наружные половые органы. Введение эстрогенов может привести к дисплазии эпителия матки и влагалища во взрослом состоянии.
- 5-й критический период 18-22 недели завершение формирования нервной системы.

Факторы, влияющие на развитие плода, делятся на: экзогенные и эндогенные-

- Физические (температура, газовый состав воздуха, ионизирующая радиация и др.);
- Химические (вещества, применяемые в промышленности, в быту, проходящие через плацентарный барьер, лекарственные вещества, наркотические препараты, избыток витаминов А, Д, С, алкоголь, никотин и т.д.);
- Алиментарные (неполноценное питание в 3-4 раза увеличивает пороки развития плода);
- Хроническое кислородное голодание (хроническая гипоксия приводит к гипотрофии);
- Гестозы беременности;
- Экстрагенитальная патология (инфекционная патология, вирусная инфекция, перенесенная беременной).

Ионизирующее излучение: малые дозы излучения приводят к нарушению обмена, наследственным болезням (увеличивается число пороков, рак щитовидной железы и др.)

Влияние вредных факторов на развитие эмбриона и плода

- Курение и алкоголь;
- Стрессовые ситуации матери;

- Эмоциональное напряжение (происходит спазм сосудов, и кровь плохо поступает к плоду, недостаток кислорода, плохо для развития мозга плода);
- Недостаток питательных веществ и витаминов;
- Недостаток двигательной активности матери;
- Вредные производственные факторы и химические вещества (высокая температура производственных помещений, шум, пыль и т.д.);
- Инфекционные заболевания матери (грипп, корь, скарлатина, вирусный гепатит и т.д.) и хронические инфекции (туберкулез, сифилис, токсоплазмоз и т.д.);
- Осложнение беременности, различные лекарственные вещества.

БЕРЕМЕННОСТЬ

Беременность — физиологический процесс, при котором из оплодотворенной яйцеклетки в женском организме развивается плод.

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

В ранние сроки диагноз беременность устанавливается на основании сомнительных и вероятных признаков.

Сомнительные признаки — различного рода субъективные ощущения, а также объективно определяемые изменения в организме, вне внутренних половых органов: вкусовые прихоти, изменения обонятельных ощущений, легкая утомляемость, сонливость, пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков и околососковых кружков.

Вероятные признаки — объективные признаки со стороны половых органов, молочных желез и при постановке биологических реакций на беременность.

К ним относятся: прекращение менструаций у женщин детородного возраста, увеличение молочных желез и появление молозива при выдавливании из сосков, цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, изменение формы и консистенции матки, увеличение ее размеров.

Из признаков, указывающих на изменение формы и консистенции матки в связи с беременностью, важнейшими являются следующие:

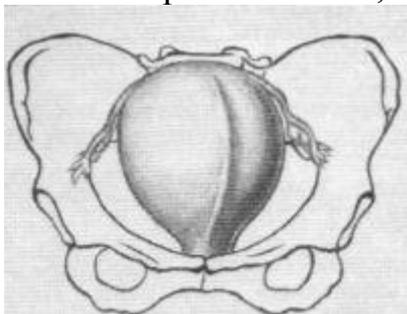


Рис. 1. Признак беременности Гентера — гребневидный выступ на передней поверхности матки.

Признак Гентера. При влагалищном исследовании в ранние сроки беременности на передней поверхности матки, строго по средней линии ее, находят гребневидный выступ (рис. 1), который по консистенции но отличается от остальных отделов тела матки.

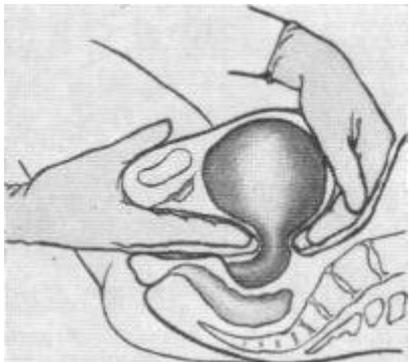


Рис. 2. Признак беременности Горвица — Хегара — размягчение перешейка матки, определяемое при двуручном исследовании.

Признак Горвица—Хегара. При двуручном исследовании обнаруживается размягчение в области перешейка (рис. 2).

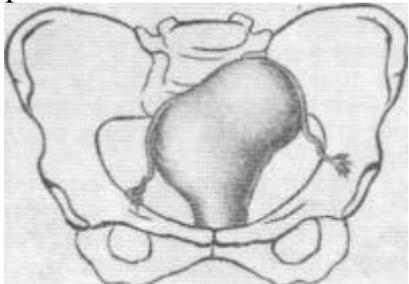


Рис. 3. Признак беременности Пискачека — выпячивание угла матки, соответствующего имплантации зародыша.

Признак Пискачека. При влагалищном исследовании контуры матки представляются асимметричными вследствие выпячивания угла, соответствующего месту имплантации плодного яйца (рис. 3).

Признак Снегирева. При влагалищном исследовании беременная матка вследствие механического раздражения начинает под пальцами сокращаться и становится более плотной.

Выявление вероятных признаков беременности производится путем опроса, пальпации, осмотра наружных половых органов и слизистой оболочки влагалища с помощью зеркал и влагалищного исследования.

ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Эндокринная система. Эндокринные изменения в материнском организме обусловлены возникновением новой сложной системы мать-плацента-плод. Начинает функционировать новая железа внутренней секреции в яичнике - желтое тело беременности. Под воздействием хорионического гонадотропина (ХГ) в желтом теле происходит синтез половых гормонов (прогестерон и эстрогены), которым принадлежит важная роль в имплантации и дальнейшем прогрессировании беременности. С 3-4-го месяца беременности желтое тело

подвергается инволюции и его гормональную функцию берет на себя плацента. По мере развития плода начинает работать его собственная эндокринная система, которая также влияет на гормональный статус беременной. Гипофиз: объем передней доли гипофиза постепенно увеличивается по мере прогрессирования беременности (до 35%), что обусловлено гиперплазией пролактинсекретирующих клеток под влиянием высокого уровня эстрогенов. Уровень пролактина во время беременности возрастает в 10 раз, что связано с увеличением содержания эстрогенов и прогестерона и направлено на подготовку организма беременной к лактации. Угнетение продукции фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов происходит под влиянием высоких концентраций эстрогенов и прогестерона. Содержание в крови соматотропного и антидиуретического гормона не изменяется во время беременности. При неизменном уровне адренокортикотропного гормона (АКТГ) гипофизарного происхождения плацента секретирует собственный АКТГ и кортикотропин-рилизинг гормон. Задняя доля гипофиза в отличие от передней доли во время беременности не увеличивается, в ней накапливается образующийся в гипоталамусе окситоцин, синтез которого резко возрастает к концу беременности и в родах. Надпочечники: происходит гиперплазия коры надпочечников и увеличивается кровоток в них. Постепенно повышается уровень АКТГ в сыворотке крови, в 2-3 раза возрастает содержание как свободного, так и связанного кортизола, но суточные колебания уровня АКТГ и кортизола такие же, как и вне беременности. Отмечается 2-3-кратное повышение уровня ангиотензина II и 2-4-кратное увеличение активности ренина плазмы крови беременной. Содержание альдостерона в плазме и моче матери увеличивается в 3 раза в I триместре и в 10 раз - к III триместру беременности. С 26-27 нед внутриутробного развития надпочечники плода начинают секретировать кортикостероиды.

Щитовидная железа: беременность расценивается как состояние относительного йоддефицита, что связано с увеличением потребности в йоде материнского организма для обеспечения фето-плацентарного комплекса и с повышением экскреции йода с мочой в два раза в связи с повышенной гломерулярной фильтрацией и сниженной клубочковой реабсорбцией. Щитовидная железа несколько увеличивается, особенно при недостаточном поступлении йода, что может быть обусловлено тиреотропным действием ХГ, который секретирует плацента. Уровень связанных тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3) компенсаторно повышается в связи с увеличением синтеза в печени тироксинсвязывающего глобулина (под влиянием плацентарных эстрогенов) и достигает максимума в 20-22 нед беременности при относительно стабильном содержании свободных фракций Т3 и Т4 во II и III триместрах беременности. С 10-12 нед щитовидная железа плода начинает

накапливать йод и синтезировать собственные тиреоидные гормоны.

Паращитовидные железы: беременность сопровождается увеличенной потребностью в кальции, постоянный уровень которого в сыворотке крови поддерживается паратиреоидным гормоном (ПТГ) через синтез витамина D, который усиливает всасывание кальция в кишечнике. Между синтезом ПТГ и уровнем свободного кальция в сыворотке крови существует обратная связь. Уровень ПТГ в крови матери повышается в поздние сроки беременности, параллельно снижается содержание кальция в плазме крови.

Поджелудочная железа: беременность сопровождается существенными изменениями метаболизма глюкозы. У беременных по мере увеличения срока беременности снижается уровень глюкозы в плазме натошак в результате усиленного поглощения глюкозы плацентой, а также торможения глюконеогенеза из-за падения уровня аминокислот в крови. Во второй половине беременности под действием плацентарного лактогена усиливается липолиз, что приводит к повышению уровня глицерина и свободных жирных кислот в плазме и, следовательно, к усилению кетогенеза. Другая причина усиленного кетогенеза - действие плацентарных гормонов на гепатоциты матери. Кетоновые тела свободно проходят через плаценту и используются печенью и мозгом плода как источники энергии. В первой половине беременности из-за снижения уровня глюкозы натошак чувствительность тканей материнского организма к инсулину повышается, во второй половине беременности, когда возрастает уровень плацентарных гормонов, снижается утилизация глюкозы тканями матери, поэтому у беременных уровень глюкозы в крови после еды выше, чем у небеременных. Постоянная легкая гипергликемия у беременных приводит к физиологической гиперинсулинемии. Гиперинсулинемии также способствует физиологическая инсулинорезистентность, типичная для второй половины беременности. Это обусловлено влиянием плацентарного лактогена, эстрогенов и прогестерона и направлено на обеспечение энергетических потребностей фетоплацентарной системы. Гипергликемия тормозит секрецию глюкагона, в результате чего значительная часть глюкозы превращается в триглицериды (механизм запасания жира). На фоне снижения фильтрационной способности почек для глюкозы у большинства беременных наблюдается транзиторная глюкозурия. Материнский инсулин не проникает через плаценту. К 10-12-й недели беременности в поджелудочной железе плода появляются дифференцированные β -клетки, способные секретировать инсулин. Легкая гипергликемия у матери вызывает повышение уровня глюкозы в крови плода, что и стимулирует секрецию инсулина, который является фактором роста. Нервная система: с момента возникновения беременности в коре головного мозга матери появляются изменения, называемые гестационной доминантой. Клинически это проявляется в преобладании у беременной интересов, непосредственно связанных с вынашиванием и рождением здорового ребенка; другие интересы как бы

отходят на второй план. Изменяется тонус вегетативной нервной системы, в связи с чем у беременных нередко наблюдаются сонливость, плаксивость, повышенная раздражительность, иногда головокружения и другие расстройства. Эти нарушения обычно присущи раннему периоду беременности. На протяжении беременности состояние нервной системы изменяется: возбудимость коры головного мозга до 3-4-го месяца беременности снижена, а затем постепенно повышается. Во время беременности возбудимость нижележащих отделов ЦНС и рефлекторного аппарата матки снижена, что обеспечивает нормотонус матки. Перед родами возбудимость спинного мозга и нервных элементов матки повышается, это необходимое условие начала родовой деятельности.

Сердечно-сосудистая система во время беременности претерпевает значительные изменения. Основным моментом физиологической адаптации к беременности является снижение общего периферического сосудистого сопротивления. Это обусловлено вазодилатирующим действием оксида азота, регуляция его синтеза обеспечивается эстрадиолом и простаглицлином. Периферическая вазодилатация приводит к снижению системного сосудистого сопротивления и к компенсаторному увеличению сердечного выброса на 40-50%. Увеличение сердечного выброса начинается с первых недель беременности (к 8 нед. сердечный выброс возрастает на 20%) и достигает максимума к 20-24 нед. В ранние сроки беременности это увеличение происходит за счет возрастания ударного объема сердца, а к 20-24 нед - за счет повышения ЧСС (физиологическая тахикардия беременных - ЧСС на 10-20 в минуту выше, чем вне беременности). На сердечный выброс в поздние сроки влияет положение тела беременной: у лежащей на спине женщины сдавление нижней полой вены беременной маткой вызывает нарушение венозного возврата к сердцу с последующим снижением ударного объема и сердечного выброса на 25%. Указанные выше изменения могут привести к нарушению плацентарной перфузии и гипоксии плода (синдром сдавления нижней полой вены). ОЦК во время беременности возрастает на 40-60%, достигая максимума к III триместру. При многоплодной беременности ОЦК на 500 мл выше, чем при одноплодной. В результате снижения общего сосудистого сопротивления уже с I триместра беременности начинает снижаться диастолическое АД. Во II триместре присоединяется снижение систолического АД, в III триместре АД возвращается к исходному уровню. Система кроветворения: в течение физиологической беременности изменяются ОЦК, содержание форменных элементов крови и факторов свертывания. Объем плазмы увеличивается по мере прогрессирования беременности, наиболее значительное увеличение происходит к 34 нед. На фоне преобладающего увеличения объема плазмы над объемом форменных элементов наблюдается пониженная концентрация гемоглобина, гематокрита

и числа эритроцитов. Развивается так называемая физиологическая анемия беременных. Для синтеза гемоглобина и некоторых ферментов во время беременности возрастает потребность в железе (в 2-3 раза) и фолиевой кислоте (в 10-20 раз). Возможны повышение уровня лейкоцитов в крови (до 9000-15000 мкл-1) и сдвиг лейкоцитарной формулы влево (появление палочкоядерных форм). Количество тромбоцитов во время беременности, как правило, не меняется. Система гемостаза находится в состоянии физиологической гиперкоагуляции (в первую очередь для остановки кровотечения после рождения плода и плаценты). Содержание факторов свертывания крови, особенно VIII, IX и X, повышено. Концентрация фибриногена значительно повышена (до 50%). Фибринолитическая активность крови снижена. Концентрация эндогенных антикоагулянтов (антитромбин III и протеин C) снижена. Повышение свертываемости крови, характерное для беременности, становится фактором риска венозных тромбозов. Этому также способствует венозный стаз в нижних конечностях, обусловленный расширением вен и замедлением кровотока в них. Возможно варикозное расширение вен прямой кишки (геморрой).

Дыхательная система: у беременных значительно увеличивается потребность в кислороде (на 20%) из-за усиления метаболизма, при этом pO_2 крови не изменяется. Под влиянием прогестерона повышается чувствительность дыхательного центра к углекислому газу, что приводит к гипервентиляции (в основном путем увеличения жизненной емкости легких, а не учащения дыхания). В результате гипервентиляции снижаются pCO_2 и концентрация бикарбонатов. При этом pH остается прежним или наблюдается легкий компенсаторный алкалоз ($pH=7,44$). В конце беременности матка отесняет диафрагму вверх, но дыхательная поверхность легких не уменьшается благодаря некоторому расширению грудной клетки. Субъективно чувство нехватки воздуха ощущает около 70% беременных, что обусловлено повышенной чувствительностью к двуокиси углерода. В связи со снижением коллоидного осмотического давления беременные составляют группу риска в отношении развития отека легких. Мочевыделительная система: беременность сопровождается физиологическими изменениями почек, мочевых путей, а также уро- и гемодинамики. С I триместра отмечается значительное расширение почечных лоханок, чашечек и мочеточников, которое обусловлено, с одной стороны, гормональными изменениями (прогестерон), с другой - сдавливанием мочеточников беременной маткой. Эти анатомические изменения предрасполагают к развитию пиелонефрита беременных. В I-II триместрах беременности почечный кровоток возрастает на 50-80%, затем несколько снижается. Скорость клубочковой фильтрации и клиренс креатинина повышаются на 50%, что приводит к снижению уровня мочевины и креатинина в сыворотке крови. В ответ на повышение скорости клубочковой

фильтрации увеличивается реабсорбция электролитов, глюкозы и аминокислот в почечных канальцах, в связи с чем у беременных незначительно повышается экскреция белка и глюкозы с мочой (физиологическая протеинурия и глюкозурия беременных). Для беременных отмечается физиологическая задержка натрия и воды в тканях; у 80% беременных развиваются незначительные отеки, особенно к концу беременности.

Пищеварительная система и печень: физиологические изменения желудочнокишечного тракта во время беременности проявляются снижением моторики под воздействием прогестерона (снижение желудочной перистальтики, замедление эвакуации содержимого желудка и т.д.). Эти изменения частично обуславливают запоры, а также тошноту и рвоту в ранние сроки беременности. На поздних сроках беременности дополнительным неблагоприятным фактором, нарушающим работу желудка и кишечника, становится их механическое сдавление беременной маткой. Беременность сопровождается усилением метаболизма в печени. Снижение общего белка в сыворотке крови беременной в значительной степени обусловлено гипоальбуминемией. Значительно повышается концентрация фибриногена, церулоплазмينا, трансферрина. Изменения концентрации билирубина во время беременности не наблюдается, но в 2-4 раза повышается уровень щелочной фосфатазы, в большой мере за счет синтеза ее в плаценте. Опорно-двигательный аппарат: отмечается размягчение связок, хрящей, синовиальных оболочек, лобкового и крестцово-подвздошных сочленений; наблюдается некоторое расхождение лонных костей. Эти изменения приводят к увеличению прямого размера входа в малый таз, что благоприятно для прохождения плода через родовые пути. Во второй половине беременности значительно возрастает нагрузка на позвоночник, осанка беременных меняется, усиливается физиологический поясничный лордоз.

Кожа: беременность сопровождается значительными метаболическими изменениями, поэтому почти у всех беременных наблюдаются физиологические изменения кожи и ее придатков. Гиперпигментация у беременных начинается уже с I триместра и связана, с одной стороны, с повышением уровня меланоцитостимулирующего гормона, а с другой - с повышением чувствительности отдельных участков кожи к половым гормонам. Пигментация чаще наблюдается на сосках и в околососковой зоне, по белой линии живота, на наружных половых органах. Во время беременности усиливается также пигментация невусов, родимых пятен и свежих рубцов. После родов гиперпигментация обычно исчезает. Хлоазма беременных (так называемая маска беременных) - гиперпигментация кожи лица в виде симметричных коричневых пятен (на лбу, щеках, верхней губе, подбородке) наблюдается у 70% женщин во второй половине беременности. В

основе патогенеза хлоазмы беременных лежит физиологическое повышение уровня эстрогенов и прогестерона, важную роль играет воздействие солнечных лучей. Паукообразная гемангиома (сосудистая звездочка, паукообразный невус) возникает на лице, верхней части туловища и руках. В 20-50% наблюдений паукообразные гемангиомы, появившиеся во время беременности, остаются на всю жизнь. Покраснение ладоней, локальное или диффузное, наблюдается у 70% женщин в III триместре беременности; после родов проходит самостоятельно. Стрии (рубцы) беременности встречаются достаточно часто, особенно у женщин с ожирением и при многоплодной беременности. Стрии имеют вид красноватых полос, иногда слегка возвышающихся над поверхностью кожи, преимущественно на молочных железах, боковых поверхностях живота и бедер. После родов рубцы остаются, но становятся бледными. Ранее считали, что стрии образуются при растяжении брюшной стенки, но причина их возникновения заключается скорее всего в повышении уровня стероидных гормонов. Во время беременности увеличивается продолжительность стадии роста волос (анаген), что может приводить к их усиленному росту на лице, туловище и ногах. Молочные железы: с наступлением и развитием беременности в тканях молочных желез под воздействием прогестерона, эстрогенов, плацентарного лактогена и пролактина происходят значительные изменения как подготовка к последующей лактации. Значительно возрастает кровоснабжение, под влиянием гормональных изменений происходит активная клеточная пролиферация как протоков, так и ацинусных структур. Активные пролиферативные процессы в эпителии выводных протоков и ацинусов приводят к значительному увеличению долек молочных желез в результате гиперплазии и гипертрофии. Масса молочных желез значительно возрастает (почти вдвое).

Со второй половины беременности начинается подготовка молочных желез к секреции молока; при надавливании на соски, которые к концу беременности становятся более возбудимыми, из них начинает выделяться молозиво, состав которого значительно отличается от молока.

Половая система: наиболее выраженные изменения во время беременности происходят в половой системе и особенно в матке. Вне беременности матка весит около 70 г, объем полости матки 10 мл. Во время беременности матка увеличивается и становится способной вместить плод, плаценту и околоплодные воды. К концу беременности объем полости матки обычно составляет около 5 л, но может достигать и 20 л и более, так как вместимость матки в конце беременности может быть в 500-1000 раз больше, чем у небеременной. Матка при этом весит около 1100 г. Увеличение матки происходит благодаря растяжению и значительной гипертрофии мышечных элементов, но возникновение новых мышечных клеток ограничено.

Параллельно изменениям гладкой мускулатуры происходит и гиперплазия соединительной ткани, которая как бы окружает гладкомышечные клетки и составляет сетчато-волоконистый остов матки. В результате этого матка приобретает характерные для беременной возбудимость и сократимость: от сократительных мышечных белков сократительная активность передается окружающей соединительной ткани. Параллельно увеличению размеров мышечных волокон увеличивается количество фиброзной ткани, особенно в наружном мышечном слое; наряду с увеличением эластических волокон все это придает силу стенке матки. По мере прогрессирования беременности происходят значительные изменения сосудистой системы матки. Сосудистая сеть матки увеличивается не только в результате удлинения и расширения венозной и артериальной сети, но и вследствие образования новых сосудов. Вены, дренирующие плацентарную площадку, превращаются в большие венозные синусы. Изменяются нервные элементы матки, увеличивается число различных рецепторов (баро-, осмо-, хеморецепторов и др.), которые имеют важное значение в восприятии и передаче разнообразных нервных импульсов от плода к матери. В течение первых месяцев беременности стенки матки утолщены, но по мере прогрессирования беременности стенки матки становятся тоньше. К концу беременности толщина стенки матки менее 1,5 см. По мере роста матка теряет резистентность, свойственную небеременной, и превращается в мышечный мешок с тонкими мягкими стенками. Доказательством этого является легкость, с которой можно пальпировать плод и его отдельные части. Следует подчеркнуть, что увеличение матки несимметрично и наиболее выражено в дне. Различную скорость роста отдельных частей матки демонстрирует "меняющееся" расположение маточных труб и яичников: на ранних сроках они располагаются чуть ниже верхушки дна, а в последние месяцы беременности местом их прикрепления становится середина матки. Асимметрия матки обусловлена и местом расположения плаценты: та часть матки, которая окружает плаценту, увеличивается гораздо быстрее, чем остальная часть миометрия. В процессе беременности меняются форма и расположение матки. В течение первых нескольких недель матка имеет обычную для нее грушевидную форму. В конце 2-го мес. размеры матки увеличиваются в три раза, она имеет округлую асимметричную форму вследствие имплантации плодного яйца в одном из трубных углов. К концу 12-й нед дно матки располагается на уровне входа в малый таз. По мере роста матки и ее выхода за пределы малого таза происходит ее некоторая ротация вправо, что связано с особенностями прикрепления в левой половине таза сигмовидной кишки. В III триместре беременности матка приобретает овоидную (яйцевидную) форму. С I триместра беременности возникают нерегулярные сокращения матки, обычно безболезненные. Во II триместре эти сокращения можно определить при пальпации матки. Эти сокращения возникают спорадически, они неритмичны,

их интенсивность варьирует от 5 до 25 мм рт.ст. В последние 1-2 нед. перед родами такие маточные сокращения возникают чаще. Уже через месяц после зачатия происходит размягчение шейки матки, в результате повышения васкуляризации и гидрофильности. В шейке матки во время беременности происходит преобразование богатой коллагеном соединительной ткани. В конце беременности наблюдается почти 12-кратное снижение ее механической силы. Цервикальные железы подвергаются такой выраженной пролиферации, что занимают почти 1/2 шеечной массы. Вскоре после зачатия шеечный канал заполняется очень вязкой густой слизью, так называемой слизистой пробкой. Во время беременности отмечается незначительная мышечная гипертрофия маточных труб. Из-за увеличения матки изменяется их топография. В процессе беременности отмечаются повышенная васкуляризация и гиперемия влагалища и наружных половых органов. Стенки влагалища становятся легко растяжимыми, как бы подготавливая влагалище для прохождения плода. Слизистая оболочка значительно утолщается, приобретает синюшную окраску. Наружные половые органы во время беременности разрыхляются, слизистая оболочка входа во влагалище также становится синюшного цвета. Масса тела: увеличение массы тела беременной обусловлено ростом матки и ее содержимого, увеличением молочных желез, увеличением ОЦК, задержкой внеклеточной жидкости. Меньшее значение имеет накопление внутриклеточной жидкости и отложением жиров и белков (материнский резерв).

Масса тела интенсивно увеличивается во второй половине беременности, когда еженедельная прибавка составляет 250-300 г. На протяжении беременности масса тела женщины в среднем увеличивается на 12-13 кг при одноплодной беременности и на 18-22 кг - при многоплодной.

ОСНОВЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Принципы рационального питания беременных заключаются в преимущественном потреблении белков, достаточного количества жиров и в ограничении углеводов. Рацион составляют индивидуально с учетом исходной массы тела и течения беременности. Из продуктов, содержащих белки и незаменимые аминокислоты, предпочтительны нежирное отварное мясо, курица, рыба, молочнокислые продукты (кефир, творог, сыр), молоко, яйца. Следует исключить из рациона жареное мясо, острые блюда с пряностями, копчености, мясные супы. Количество овощей и фруктов не ограничивают, они позволяют безболезненно уменьшить потребление поваренной соли (до 8 г против обычных 12-15 г). В начале беременности количество жидкости (вода, супы, компоты, чай, соки, молоко, кисели) не ограничивают. Во второй половине беременности можно употреблять только до 1,5 л жидкости в сутки во избежание развития отеков. Во время беременности, особенно во второй половине, возрастает потребность в

кальции (кальций расходуется на построение скелета и мягких тканей плода). В связи с этим у некоторых женщин повышается вероятность развития кариеса. Суточная доза кальция в первой половине беременности составляет 1 г, в дальнейшем - 1,5 г, а в конце беременности - 2,5 г в день. Как правило, рациональное питание с включением кальцийсодержащих продуктов (сыр, яичный желток, молоко) обеспечивает потребность беременной в кальции. В пище должно быть достаточно железа, ежедневная потребность в котором во время беременности составляет 7 мг. Беременным рекомендуется употребление продуктов, богатых железом: печени, красного мяса, бобов, зеленых овощей, сухофруктов, зернового хлеба. Во время беременности примерно в два раза возрастает потребность в витаминах, которые необходимы как для физиологического течения обменных процессов у матери, так и для правильного развития плода. Высокая потребность в витаминах удовлетворяется, помимо продуктов питания, дополнительным назначением препаратов витаминов и микроэлементов, особенно зимой и весной.

РЕЖИМ И ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА БЕРЕМЕННЫХ

В соответствии с законодательством беременные освобождаются от работы в ночное время, связанной с подъемом и перемещением тяжестей, вибрацией, воздействием высокой температуры, повышенной радиации или химических веществ, способных оказывать вредное влияние на плод. Рекомендуется также временно ограничить занятия теми видами спорта, которые связаны с тяжелой физической нагрузкой. Беременным рекомендуются прогулки на свежем воздухе. Очень важен спокойный сон продолжительностью не менее 8 ч в хорошо проветренном помещении. Следует ограничить половую жизнь в первые 2-3 мес. и в последние месяцы беременности. Уход за кожей во время беременности имеет очень большое значение. Беременной необходим ежедневный душ. Одежда беременной должна быть комфортной, не стягивающая живот. Следует носить удобные бюстгалтеры, не стесняющие грудную клетку.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ.

Опрос. Первая встреча с беременной, как правило, происходит в поликлинических условиях (женская консультация, перинатальные центры), но бывает и в стационаре. При первом же обращении пациентки врач должен провести опрос с тщательным сбором анамнеза (общего и акушерско-гинекологического), произвести оценку общего состояния, половых органов и при необходимости использовать дополнительные методы обследования. Все полученные сведения заносят в амбулаторную карту беременной или в историю родов в стационаре. Паспортные данные. Обращают внимание на возраст беременной, особенно первородящей. Осложненное течение

беременности и родов чаще наблюдается у "пожилых" (старше 30 лет) и "юных" (до 18 лет) первородящих. Возраст беременной 35 лет и старше требует проведения пренатальной диагностики в связи более высоким риском рождения ребенка с врожденной и наследственной патологией.

Жалобы. Прежде всего выясняют причины, побудившие женщину обратиться за медицинской помощью. Посещение врача в I триместре беременности связано, как правило, с прекращением менструаций и предположением о беременности. Нередко в этот срок беременности пациентки предъявляют жалобы на тошноту, рвоту и другие расстройства самочувствия. При осложненном течении беременности (начавшийся выкидыш, внематочная беременность, сопутствующие гинекологические заболевания) могут быть кровяные выделения из половых путей. Жалобы на нарушения функций внутренних органов могут быть обусловлены экстрагенитальными заболеваниями (сердечно-сосудистые, заболевания органов дыхания, почек, пищеварительной системы и др.). К жалобам беременных следует относиться очень внимательно и фиксировать их в медицинском документе.

Условия труда и быта. Тщательно выясняют профессиональные, бытовые и экологические вредные факторы, которые могут негативно сказываться на течении беременности и развитии плода (проживание в экологически неблагоприятных регионах, тяжелый физический труд, работа, связанная с вибрацией, химическими веществами, компьютером, длительными статическими нагрузками и др.). Обязательно следует задать вопросы по поводу курения (включая пассивное), алкоголизма, наркомании.

Наследственность и перенесенные заболевания. Выясняют, не было ли в семье беременной и/или ее мужа многоплодия, наследственных заболеваний (психических заболеваний, болезней крови, нарушений обмена веществ), а также врожденных и наследственных аномалий развития у ближайших родственников. Следует получить сведения и обо всех ранее перенесенных заболеваниях, начиная с детского возраста. Так, например, перенесенный в детстве рахит может быть причиной деформации таза, которая осложнит течение родов. Косвенными признаками перенесенного рахита являются позднее прорезывание зубов и начало ходьбы, деформации скелета и др. Полиомиелит, туберкулез в детстве также могут приводить к нарушениям строения таза. Корь, краснуха, ревматизм, тонзиллит, рецидивирующие ангины и другие инфекционные заболевания нередко приводят к отставанию девочек в физическом и половом развитии. Дифтерия вульвы и влагалища может сопровождаться образованием рубцовых сужений. Выясняют также перенесенные в зрелом возрасте неинфекционные и инфекционные заболевания. Заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, легких, почек и других органов могут осложнить течение беременности и родов, а беременность и роды могут в свою очередь обострять хронические заболевания или становиться причиной

рецидивов. Если в анамнезе были оперативные вмешательства, то о них лучше получить медицинские документы с рекомендациями специалистов о тактике ведения настоящей беременности и родов. Большое значение имеют сведения о перенесенных травмах (черепа, таза, позвоночника и др.).

Менструальная функция. Выясняют, в каком возрасте появилась первая менструация (менархе), через какой промежуток времени установились регулярные менструации; длительность менструального цикла, продолжительность менструаций, количество теряемой крови, болезненность; изменился ли характер менструации после начала половой жизни, родов, аборт; первый день последней менструации. Половая функция. Собирают сведения о начале половой жизни, выясняют, какой брак по счету, нет ли болей и кровяных выделений при половых сношениях, какие методы контрацепции применялись до беременности, а также интервал от начала регулярной половой жизни до наступления беременности. Отсутствие беременности в течение 1 года регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств может указывать на бесплодие и свидетельствовать о тех или иных нарушениях репродуктивной системы.

Необходимы также сведения о муже (партнере) беременной: состояние его здоровья, возраст, профессия, курение, алкоголизм, наркомания.

Гинекологический анамнез. Необходимо получить информацию о перенесенных гинекологических заболеваниях, которые могут отразиться на течении беременности, родов и послеродового периода (миома матки, опухоли и опухолевидные образования яичников, заболевания шейки матки и др.). Особое внимание следует обращать на перенесенные оперативные вмешательства на половых органах, в первую очередь на матке, приводящие к формированию рубца (миомэктомия). Необходима выписка из лечебного учреждения с детальным описанием проведенной операции. Например, при миомэктомии необходимо получить сведения о доступе оперативного вмешательства (лапаротомический или лапароскопический), со вскрытием или без вскрытия полости матки и т.д. Выясняют жалобы беременной на патологические выделения из половых путей (обильные, гнойные, слизистые, кровяные и т.д.), что может указывать на гинекологическое заболевание. Важно получить сведения о перенесенных заболеваниях, передающихся половым путем (ВИЧ-инфекция, сифилис, гонорея, хламидиоз и др.).

Акушерский анамнез. В первую очередь необходимо уточнить, какой по счету является настоящая беременность (первая, повторная) и какие по счету предстоят роды. Отмечают число искусственных или самопроизвольных абортов (выкидышей). Если аборты были, то на каком сроке беременности, не сопровождались ли осложнениями (эндометрит, воспалительные заболевания матки, перфорация матки и др.). По возможности уточняют причину самопроизвольного аборта. Аборты, предшествующие беременности, могут приводить к не вынашиванию, патологическому

течению родов. У повторнородящих получают подробные сведения о том, как протекали предыдущие беременности и роды. Если были осложнения беременности (гестоз, не вынашивание и т.д.), то об этом нужны подробные сведения, так как они имеют значение в прогнозировании течения и исхода настоящей беременности и предстоящих родов. Выясняют, были ли роды своевременными, преждевременными или запоздалыми, самопроизвольными или оперативными (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуумэкстракция плода). При родоразрешении путем кесарева сечения следует по возможности уточнить показания к нему, было ли оно произведено в плановом или экстренном порядке, как протекал послеоперационный период, на какие сутки после операции пациентка была выписана. Особое внимание при сборе акушерского анамнеза следует уделить состоянию ребенка при рождении (масса, длина, оценка по шкале Апгар, выписан ли ребенок из родильного дома домой или переведен на 2-й этап выхаживания и в связи с чем), а также психофизическому развитию ребенка на сегодняшний день. В случае неблагоприятного исхода необходимо выяснить, на каком этапе произошла гибель плода/новорожденного: во время беременности (антенатальная гибель), во время родов (интранатальная гибель), в раннем неонатальном периоде (постнатальная гибель). Следует также уточнить возможную причину гибели (асфиксия, родовая травма, гемолитическая болезнь, пороки развития и др.). Подробные сведения о течении и исходах предыдущих беременностей и родов позволяют выделить пациенток группы высокого риска, которые нуждаются в особом внимании и более тщательном наблюдении.

Объективное обследование. После ознакомления с анамнезом пациентки приступают к объективному исследованию, которое начинают с осмотра. При осмотре обращают внимание на рост беременной, телосложение, упитанность, состояние кожных покровов, видимых слизистых оболочек, молочных желез, величину и форму живота. Кожные покровы при беременности могут иметь определенные особенности: пигментация лица, области сосков, белой линии живота. Во второй половине беременности нередко появляются так называемые полосы беременности. Расчесы, гнойники на коже требуют специального обследования. Бледность кожи и видимых слизистых оболочек, синюшность губ, желтушность кожи и склер, отеки являются признаками ряда серьезных заболеваний. К объективным признакам бывшей беременности и родов относятся понижение тонуса мышц передней брюшной стенки, наличие *striae gravidarum*. Обращают внимание на телосложение, возможные деформации скелета, так как они могут влиять на строение таза. Нарушения гормональной регуляции репродуктивной системы могут привести к недоразвитию молочных желез, недостаточной выраженности оволосения в подмышечной области и на лобке или, наоборот,

чрезмерному оволосению на лице, нижних конечностях, по средней линии живота. У женщин возможны черты маскулинизации - широкие плечи, мужское строение таза. Следует оценить выраженность подкожной жировой клетчатки. Как алиментарное, так и эндокринное ожирение II-III степени неблагоприятно сказывается на течении беременности и родов. Измеряют рост и определяют массу тела беременной. При определении массы тела следует учитывать не ее абсолютные значения, а индекс массы тела, который рассчитывается с учетом роста пациентки масса тела в килограммах(рост в метрах), который в норме составляет 18-25 кг/м². При низком росте (150 см и ниже) нередко наблюдается сужение таза различной степени, у женщин высокого роста чаще бывает таз мужского типа. Осмотр живота в III триместре беременности позволяет выявить отклонения от ее нормального течения. При нормальной беременности и правильном положении плода живот имеет овоидную (яйцевидную) форму; при многоводии живот шарообразный, его размеры превышают норму для предполагаемого срока беременности; при поперечном положении плода живот приобретает форму поперечного овала. При перерастянутости или расхождении мышц передней брюшной стенки (чаще у повторнородящих) живот может быть отвислым. Меняется форма живота и при узком тазе. Исследование внутренних органов (сердечно-сосудистая система, легкие, органы пищеварения, почки), а также нервной системы проводится по общепринятой в терапии системе. Акушерское обследование включает определение размеров матки, исследование таза, оценку положения плода в матке на основании специальных акушерских приемов.

Методы акушерского обследования зависят от срока беременности. В I триместре беременности размеры матки определяются при двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании, которое начинается с осмотра наружных половых органов. Исследование проводят в стерильных резиновых перчатках на гинекологическом кресле. Женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены; при исследовании на кровати под крестец подкладывают валик. Наружные половые органы обрабатывают антисептическим раствором. Большие и малые половые губы разводят I и II пальцами левой руки и осматривают наружные половые органы (вульву), слизистую оболочку входа во влагалище, наружное отверстие мочеиспускательного канала, выводные протоки больших желез преддверия и промежность. С целью осмотра стенок влагалища и шейки матки проводят исследование с помощью зеркал. При этом определяются цианоз, обусловленный беременностью, и различные патологические изменения при заболевании влагалища и шейки. Влагалищные зеркала бывают створчатые, ложкообразные, металлические

или из пластика(рис.6.1)



Рис. 6.1. Влагалищные зеркала (А - створчатое, Б - ложкообразное, В - подъемник)

Створчатое зеркало вводят до свода влагалища в сомкнутом виде, затем створки раскрывают, и шейка матки становится доступной для осмотра. Стенки влагалища осматривают при постепенном выведении зеркала из влагалища. При влагалищном (пальцевом) исследовании пальцами левой руки разводят большие и малые половые губы; пальцы правой руки (II и III) вводят во влагалище, I палец отводится кверху, IV и V прижаты к ладони и упираются в промежность. При этом определяется состояние мышц тазового дна, стенок влагалища (складчатость, растяжимость, разрыхление), сводов влагалища, шейки матки (длина, форма, консистенция) и наружного зева шейки матки (закрыт, открыт, форма круглая или щелевидная). Важным критерием бывших родов является форма наружного зева шейки матки, который у рожавших имеет форму продольной щели, а у нерожавших -

округлую или точечную (рис. 6.2).



У рожавших женщин могут быть рубцовые изменения после разрывов шейки матки, влагалища и промежности.

После пальпации шейки матки приступают к двуручному влагалищно-абдоминальному исследованию (рис. 6.3).



Рис. 6.3. Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование

Пальцами левой руки осторожно надавливают на брюшную стенку по направлению к полости малого таза навстречу пальцам правой руки, находящимся в переднем своде влагалища. Сближая пальцы обеих исследующих рук, пальпируют тело матки и определяют ее положение, форму, величину и консистенцию. После этого приступают к исследованию маточных труб и яичников, постепенно перемещая пальцы обеих рук от угла матки к боковым стенкам таза. Для определения вместимости и формы таза исследуют внутреннюю поверхность костей таза, крестцовой впадины, боковых стенок таза и симфиза. При обследовании беременной во II-III триместрах необходимо измерять окружность живота на уровне пупка и высоту стояния дна матки сантиметровой лентой при положении женщины лежа на спине. Высоту стояния дна матки над лонным сочленением можно определить и тазомером. Эти измерения проводят при каждом посещении беременной и сопоставляют полученные данные с гестационными нормативами. В норме к концу беременности окружность живота не превышает 100 см, а высота стояния дна матки составляет 35-36 см. Окружность живота больше 100 см обычно наблюдается при многоводии, многоплодии, крупном плоде, поперечном положении плода и ожирении. Определение размеров таза представляется чрезвычайно важным, так как их уменьшение или увеличение может приводить к существенному нарушению течения родов. Наибольшее значение во время родов имеют размеры малого таза, о которых судят, измеряя определенные размеры большого таза с

помощью специального инструмента – тазомера. Тазомер имеет форму циркуля, снабженного шкалой, на которой нанесены сантиметровые и полусантиметровые деления. На концах ветвей тазомера имеются пуговицы, которые прикладывают к выступающим точкам большого таза, надавливая подкожную жировую клетчатку. Для измерения поперечного размера выхода таза сконструирован тазомер с перекрещивающимися ветвями. Измерение таза проводят при положении женщины на спине с обнаженным животом и сдвинутыми ногами. Врач становится справа от беременной лицом к ней. Ветви тазомера берут в руки таким образом, чтобы I и II пальцы держали пуговицы. Шкала с делениями обращена кверху. Указательными пальцами нащупывают пункты, расстояние между которыми подлежит измерению, прижимая к ним пуговицы раздвинутых ветвей тазомера. По шкале отмечают величину соответствующего размера. Определяют поперечные размеры таза - *distantia spinarum*, *distantia cristarum*, *distantia trochanterica* и прямой размер - *conjugata externa*. *Distantia spinarum* - расстояние между передневерхними осями подвздошных костей. Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. Этот размер обычно составляет 25-26 см. *Distantia cristarum* - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей. После измерения *distantia spinarum* пуговицы тазомера передвигают с остей на наружному краю гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определится наибольшее расстояние. В среднем этот размер равняется 28-29 см. *Distantia trochanterica* - расстояние между большими вертелами бедренных костей. Определяют наиболее выступающие точки больших вертелов и прижимают к ним пуговицы тазомера. Этот размер равен 31-32 см. Имеет значение также соотношение поперечных размеров. В норме разница между ними равна 3 см; разница менее 3 см указывает на отклонение от нормы в строении таза. *Conjugata externa* - наружная конъюгата, позволяющая косвенно судить о прямом размере малого таза. Для ее измерения женщина должна лежать на левом боку, согнув левую ногу в тазобедренном и коленном суставах, а правую держать вытянутой. Пуговицу 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. С целью объективной оценки толщины костей таза измеряют сантиметровой лентой окружность лучезапястного сустава беременной (индекс Соловьева. Средняя величина этой окружности 14 см. Если индекс больше, можно предположить, что кости таза массивные и размеры его полости меньше, чем можно было бы ожидать по результатам

измерения большого таза. Косвенными признаками правильного телосложения и нормальных размеров таза являются форма и размеры крестцового ромба (ромб Михаэлиса). Верхней границей ромба Михаэлиса является последний поясничный позвонок, нижней - крестцово-копчиковое сочленение, а боковые углы соответствуют задневерхним остям подвздошных костей (крестцовый ромб классической формы можно увидеть у статуи Венеры Милосской). В норме ямки видны во всех четырех углах. Размеры ромба измеряются сантиметровой лентой, в норме продольный размер составляет 11 см, поперечный - 10 см. При пальпации живота пользуются так называемыми наружными приемами акушерского исследования (приемы Леопольда). Леопольд (1891) предложил систему пальпации живота и типичные приемы пальпации, получившие всеобщее признание. Первый прием наружного акушерского обследования. Цель - определить высоту стояния дна матки и часть плода, находящуюся в ее дне. Ладони обеих рук располагают на матке таким образом, чтобы они плотно охватывали ее дно, а пальцы были обращены ногтевыми фалангами друг к другу. Чаще всего в конце беременности в дне матки определяются ягодицы. Обычно отличить их от головки нетрудно, так как тазовый конец менее плотный и не имеет четкой сферичности. Первый наружный прием акушерского обследования дает возможность судить о сроке беременности (по высоте стояния дна матки), о положении плода (если одна из его крупных частей определяется в дне матки, значит, имеется продольное положение) и о предлежании (если в дне матки определяются ягодицы, то предлежащей частью является головка). Второй прием наружного акушерского обследования. Цель - определить позицию плода, о которой судят по месту нахождения спинки и мелких частей плода (ручек, ножек). Руки сдвигают со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня пупка и ниже. Осторожно надавливая ладонями и пальцами обеих рук на боковые стенки матки, определяют, в какую сторону обращены спинка и мелкие части плода. Спинка при этом распознается как широкая и изогнутая поверхность. Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде мелких подвижных бугров. У многорожавших женщин вследствие дряблости брюшной стенки и мускулатуры матки мелкие части плода прощупываются легче. По тому, в какую сторону обращена спинка плода, распознается его позиция: спинка влево - первая позиция, спинка вправо - вторая позиция. В процессе проведения второго приема наружного акушерского обследования возможно определить возбудимость матки. Возбудимость повышена, если в ответ на пальпацию матка напрягается. Можно определить повышенное количество околоплодных вод по симптому флюктуации - одна рука воспринимает толчок противоположной. Третий прием наружного акушерского обследования. Цель - определить предлежащую часть и ее отношение к малому тазу. Одной, обычно правой, рукой охватывают

предлежащую часть, после чего осторожно производят движения этой рукой вправо и влево. Этот прием позволяет определить предлежащую часть (головка или ягодицы), отношение предлежащей части ко входу в малый таз (если она подвижна, то находится над входом в таз, если неподвижна, то стоит во входе в таз или в более глубоких отделах малого таза). Четвертый прием наружного акушерского обследования. Цель - определить предлежащую часть (головка или ягодицы), место нахождения предлежащей части (над входом в малый таз, во входе или глубже, где именно), в каком положении находится предлежащая головка (в согнутом или разогнутом). Врач становится лицом к ногам беременной или роженицы и кладет ладони по обе стороны нижнего отдела матки. Пальцами обеих рук, обращенными ко входу в таз, осторожно и медленно проникают между предлежащей частью и боковыми отделами входа в таз и пальпируют доступные участки предлежащей части. Если предлежащая часть подвижна над входом в таз, пальцы обеих рук удается почти целиком подвести под нее, особенно у многорожавших женщин. При этом определяется также наличие или отсутствие симптома баллотирования, характерного для головки. Для этого ладони обеих рук плотно прижимают к боковым отделам головки плода, затем правой рукой производят толчок в области правой половины головки. При этом головка отталкивается влево и передает толчок левой руке.

Аускультация. Сердцебиение плода у беременной и роженицы обычно выслушивают акушерским стетоскопом. Его широкую воронку прикладывает к животу женщины. При аускультации определяются сердечные тоны плода. Кроме того, можно уловить другие звуки, исходящие из организма матери: биение брюшной аорты, совпадающие с пульсом женщины; "дующие" маточные шумы, которые возникают в крупных кровеносных сосудах, проходящих по боковым стенкам матки (совпадают с пульсом женщины); неритмичные кишечные шумы. Сердечные тоны плода дают представление о состоянии плода. Сердечные тоны плода прослушиваются с начала второй половины беременности и с каждым месяцем становятся отчетливее. Они прослушиваются со стороны спинки плода, и только при лицевом предлежании сердцебиение плода отчетливее выслушивается со стороны его грудной клетки. Это связано с тем, что при лицевом предлежании головка максимально разогнута и грудка прилегает к стенке матки ближе, чем спинка. При затылочном предлежании сердцебиение хорошо прослушивается ниже пупка слева при первой позиции, справа - при второй. При тазовом предлежании сердцебиение выслушивается на уровне или выше пупка. При поперечных положениях сердцебиение прослушивается на уровне пупка ближе к головке плода. При многоплодной беременности сердцебиение плодов обычно отчетливо выслушивается в разных отделах матки. Во время родов при опускании головки плода в полость таза и ее рождении

сердцебиение лучше прослушивается ближе к симфизу, почти по средней линии живота

Приказ Минздрава России от 01.11.2012 N 572н (ред. от 21.02.2020) Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 N 27960)

Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

3. Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по "акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" и (или) "акушерскому делу".
4. 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.
5. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии с настоящим Порядком на основе листов маршрутизации с учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальных заболеваниях.
6. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

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 неделя и 30 - 34 недели.

При сроке беременности 11 - 14 недель беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, для проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, включающей УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре, и определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

При сроке беременности 18 - 21 неделя беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику, в целях проведения УЗИ для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода.

При сроке беременности 30 - 34 недели УЗИ проводится по месту наблюдения беременной женщины.

7. 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.

В случае установления в медико-генетической консультации (центре) пренатального диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом врачей.

В случае постановки диагноза хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения прерывание беременности по медицинским показаниям проводится независимо от срока беременности по

решению перинатального консилиума врачей после получения информированного добровольного согласия беременной женщины.

С целью искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременная женщина направляется в гинекологическое отделение. Прерывание беременности (родоразрешение) в 22 недели и более проводится в условиях наблюдательного отделения акушерского стационара.

8. При пренатально диагностированных врожденных аномалиях (пороках развития) у плода необходимо проведение перинатального консилиума врачей, состоящего из врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача - детского хирурга. Если по заключению перинатального консилиума врачей возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется в акушерские стационары, имеющие отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, обслуживаемые круглосуточно работающим врачом-неонатологом, владеющим методами реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

При наличии врожденных аномалий (пороков развития) плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде, проводится консилиум врачей, в состав которого входят врач-акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, врач - детский кардиолог и врач - детский хирург. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, беременная женщина по заключению консилиума врачей направляется в медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание данного вида медицинской помощи.

9. Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение прерывания беременности при отсутствии медицинских и социальных показаний и ее сохранение, профилактика и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом-акушером-гинекологом до 11 - 12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом-акушером-гинекологом до 22 недель беременности.

10. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности женщины направляются в гинекологические отделения медицинских организаций, имеющих

возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) медицинской помощи женщине (при наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности).

11. Этапность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде определена [приложением N 5](#) к настоящему Порядку.

12. При наличии показаний беременным женщинам предлагается долечивание и реабилитация в санаторно-курортных организациях с учетом профиля заболевания.

13. При угрожающем аборте лечение беременной женщины осуществляется в учреждениях охраны материнства и детства (отделение патологии беременности, гинекологическое отделение с палатами для сохранения беременности) и специализированных отделениях медицинских организаций, ориентированных на сохранение беременности.

14. Врачи женских консультаций осуществляют плановое направление в стационар беременных женщин на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

Правила организации деятельности женской консультации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения женской консультации определены [приложениями N 1 - 3](#) к настоящему Порядку.

Правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации определены [приложением N 4](#) к настоящему Порядку.

15. При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом.

При наличии акушерских осложнений беременная женщина направляется в акушерский стационар.

При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина направляется в стационар медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

Для оказания стационарной медицинской помощи беременным женщинам, проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров, и не имеющих прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающихся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений, беременная женщина направляется в отделение акушерского ухода для беременных женщин.

Правила организации деятельности отделения акушерского ухода для беременных женщин, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт

оснащения отделения акушерского ухода для беременных женщин определены [приложениями N 28 - 30](#) к настоящему Порядку.

В дневные стационары направляются женщины в период беременности и в послеродовой период, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 4 - 6 часов в сутки.

16. В случаях преждевременных родов в 22 недели беременности и более направление женщины осуществляется в акушерский стационар, имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

17. При сроке беременности 35 - 36 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей-специалистов, врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.

Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом-акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой планируется родоразрешение. Вопрос о необходимости направления в стационар до родов решается индивидуально.

18. В консультативно-диагностические отделения перинатальных центров направляются беременные женщины:

а) с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания, включая рост беременной женщины ниже 150 см, алкоголизм, наркоманию у одного или обоих супругов;

б) с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос, прием тератогенных препаратов);

в) с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, иммунологический конфликт (Rh и АВО изосенсибилизация), анемия, неправильное положение плода, патология плаценты, плацентарные нарушения, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков);

г) с выявленной патологией развития плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

- Славянова, И.К. Акушерство и гинекология – Ростов н/Д: Феникс, 2020. - 573-с.
- Славянова, И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии, практикум – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 288 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Контрольные вопросы по теме:

1. Что называется оплодотворением?
2. Где происходит оплодотворение?
3. Что такое зигота?
4. Как происходит дробление зиготы?
5. Что представляет собой бластоциста?
6. Что называется имплантацией?
7. Как происходит имплантация?
8. Как изменяется слизистая оболочка матки?
9. Что представляют собой первичные ворсины?
10. Что представляют собой вторичные ворсины?
11. Что представляет собой хорион?
12. Как образуется желточный мешок?
13. Функции желточного мешка?
14. Как образуется амниотическая полость?
15. Что представляет собой аллантоис?
16. Что представляют собой околоплодные воды?
17. Значение околоплодных вод.
18. Как образуется плацента?
19. Функции плаценты.
20. Какие гормоны вырабатывает плацента?
21. Что представляет собой пупочный канатик?
22. Что называется последом?
23. Из каких тканей формируется зародышевый щиток?
24. Критические периоды развития плода.
25. Что такое беременность?
26. Сколько продолжается беременность?
27. Перечислите изменения в половых органах во время беременности.
28. Назовите изменения в сердечно-сосудистой и дыхательной системах в организме беременной женщины.
29. Какие изменения происходят в костно-мышечной системе во время беременности и в коже?
30. Какие изменения происходят в пищеварительной и мочевыделительной системах организма беременной женщины?
31. Перечислите изменения в эндокринной системе беременной.
32. Назовите прибавку массы тела за всю беременность, за неделю.
33. Дайте характеристику субъективным (предположительным) признакам беременности.
34. Перечислите вероятные признаки беременности.
35. Назовите достоверные признаки беременности.
36. Значение отдельных питательных веществ для беременных. Питание беременной.

37. Гигиена и режим дня беременной женщины.
38. Влияние вредных факторов окружающей среды на развитие плода.
39. Диагностика ранних и поздних сроков беременности.
40. Методы исследования в акушерстве.
41. Обследование беременной в ЖК.

Тесты для контроля знаний по теме: «Особенности сестринского ухода за беременной женщиной»

ВАРИАНТ 1.

1. Оплодотворение в норме происходит в:

- А) матке
- Б) яичнике
- В) маточной трубе
- Г) брюшной полости

2. Ворсинчатая оболочка плодного яйца – это

- А) хорион
- Б) амнион
- В) эмбриобласт
- Г) децидуалиная оболочка

3. Нормальным к концу беременности является объем околоплодных вод

- А) 100-300мл
- Б) 1000мл
- В) 1,5-2 л
- Г) 2-3 л

4. Тошнота является признаком беременности

- А) достоверным
- Б) вероятным
- В) сомнительным
- Г) обязательным

5. Достоверным признаком беременности является

- А) увеличение матки
- Б) задержка менструации

- В) увеличение молочных желез
- Г) выслушивание сердцебиение плода
- 6. Объем циркулирующей крови во время беременности**
- А) увеличивается
- Б) уменьшается
- В) не изменяется
- Г) увеличивается только в первом триместре
- 7. Оптимальной является прибавка массы тела беременной за неделю**
- А) на 30гр.
- Б) на 50 гр.
- В) на 350 гр.
- Г) на 700 гр.
- 8. ОАМ для обследования беременной в ЖК назначается**
- А) трижды за беременность
- Б) 1 раз в 2 месяца
- В) только при наличии дизурических явлений
- Г) при каждой явке
- 9. В последний месяц неосложненной беременности**
- А) беременная может не посещать ЖК
- Б) нужно посещать каждые 7-10 дней
- В) посещение ЖК через 2-е недели
- Г) всем рекомендуется госпитализация в отделение патологии беременности
- 10. Каждая беременная должна дважды посетить**
- А) терапевта и стоматолога
- Б) окулиста и ЛОР врача
- В) эндокринолога
- Г) хирурга
- 11. Продолжительность нормальной беременности**
- А) 250 дней
- Б) 280 дней
- В) 350 дней
- Г) 380 дней
- 12. На каждом приеме беременной в ЖК необходимо проводить**
- А) осмотр в зеркалах
- Б) измерение таза
- В) взвешивание
- Г) влагалищное исследование
- 13. Отношение спинки плода кпереди или кзади называется**
- А) позицией
- Б) положением
- В) предлежанием
- Г) видом плода
- 14. Третьим приемом Леопольда-Левецкого можно выявить**

- А) положение плода
- Б) предлежание плода
- В) вид плода
- Г) позицию плода

15. Нормальные размеры женского таза

- А) 23-26-28-18 см.
- Б) 26-29-31-21 см.
- В) 29-29-31-31 см.
- Г) 24-26-28-20 см.

16. Размягчение в области перешейка во время беременности названо признаком

- А) Пискачека
- Б) Снегирева
- В) Горвиц- Гегара
- Г) Отта

17. Нормальным можно считать сердцебиение плода

- А) 165 уд/мин
- Б) 140 уд/мин
- В) 110 уд/мин
- Г) 90 уд/мин

18. При первой позиции

- А) спинка плода обращена влево при продольном положении
- Б) спинка плода обращена вправо при продольном положении
- В) головка плода обращена вправо при поперечном положении плода
- Г) ягодички плода обращены влево при поперечном положении

19. Беременной рекомендуется

- А) белковая и витаминная диета
- Б) ограничение белковой пищи
- В) преимущественно углеводная и жировая диета
- Г) ограничение овощей и фруктов

20. Срок беременности при котором дно матки находится на уровне лонного сочленения

- А) 12 недель
- Б) 16 недель
- В) 20 недель
- Г) 24 недели

ВАРИАНТ 2.

1. Количество хромосом в каждой гамете

- А) 46
- Б) 36
- В) 26
- Г) 23

2. Погружение зародыша в слизистую оболочку матки называется

- А) овуляция
 - Б) оплодотворение
 - В) имплантация
 - Г) плацентация
- 3. Децидуальная оболочка образуется из**
- А) хориона
 - Б) амниона
 - В) трофобласта
 - Г) эндометрия
- 4. Вероятным признаком беременности является**
- А) слюнотечение
 - Б) задержка менструации
 - В) вкусовые причуды
 - Г) рвота
- 5. Проницаемость сосудов во время беременности**
- А) повышена
 - Б) снижена незначительно
 - В) существенно снижена
 - Г) не изменена
- 6. Влагалищное исследование у здоровой беременной в ЖК проводится**
- А) при каждой явке в ЖК
 - Б) 1 раз за триместр
 - В) 1 раз в месяц
 - Г) однократно при постановке на учет
- 7. Трижды за беременность каждая здоровая женщина сдает**
- А) кровь на гемоглабин,СОЭ,лейкоцитоз
 - Б) кровь на группу и резус- фактор
 - В) мазки на скрытые инфекции
 - Г) мазки на гормональную угрозу
- 8. Повторнородящие женщины начинают ощущать шевеление плода чаще всего**
- А) 8 недель
 - Б) 16 недель
 - В) 18 недель
 - Г) 20 недель
- 9. Для определения даты родов нужно от даты начала последних месячных**
- А) отнять 3 месяца
 - Б) прибавить 3 месяца
 - В) прибавить 3 месяца и 7 дней
 - Г) отнять 3 месяца и прибавить 7 дней
- 10. При каждом приеме беременной в ЖК в 3-ем триместре необходимо проводить**
- А) осмотр на зеркалах

- Б) измерение таза
- В) влагалищное исследование
- Г) измерение АД

11. Отношение оси плода к оси матки называется

- А) положением
- Б) предлежанием
- В) позицией
- Г) видом плода

12. Рекомендуется проведение УЗИ во время беременности

- А) только женщинам группы риска
- Б) один раз при постановке на учет
- В) каждый месяц
- Г) 3 раза за беременность

13. Кровь на альфафетопротеин назначают с целью выявления

- А) раннего токсикоза
- Б) позднего гестоза
- В) пороков развития плода
- Г) невынашивания

14. Положение и позицию плода можно определить приемом Леопольда-Левинского

- А) 1
- Б) 2
- В) 3
- Г) 4

15. Для определения массы внутриутробного плода по методу Жордания необходимо

- А) умножить ВДМ на ОЖ
- Б) разделить ВДМ на ОЖ
- В) сложить ВДМ и ОЖ
- Г) вычесть из ОЖ ВДМ

16. Во 2-ом триместре беременная посещает ЖК

- А) 1 раз в месяц
- Б) 1 раз в 2-е недели
- В) каждую неделю
- Г) 2 р в неделю

17. За беременность женщина прибавляет в среднем

- А) 5-6 кг.
- Б) 7-8 кг.
- В) 8-9 кг.
- Г) 10-12 кг.

18. Сердцебиение плода при головном предлежании и первой позиции выслушивается

- А) на уровне пупка справа
- Б) ниже пупка слева
- В) выше пупка слева

Г) выше пупка справа

19. При поперечном положении плода позиция определяется по

А) спинке

Б) ягодичкам

В) головке

Г) мелким частям плода

20. Родовой сертификат выдается беременной женщине

А) при постановке на учет

Б) в 20 недель беременности

В) в 28 недель беременности

Г) в 30 недель беременности

ОТВЕТЫ НА ТЕСТЫ ПО ТЕМЕ «Особенности сестринского ухода за беременной женщиной».

ВАРИАНТ 1.	ВАРИАНТ 2.
1. В	1. Г
2. А	2. В
3. Б	3. Г
4. В	4. Б
5. Г	5. А
6. А	6. Г
7. В	7. А
8. Г	8. В
9. Б	9. Г
10. А	10. Г
11. Б	11. А
12. В	12. Г
13. Г	13. В
14. Б	14. Б
15. Б	15. А
16. В	16. А
17. Б	17. Г
18. А	18. Б
19. А	19. В
20. А	20. Г