



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСО-АЛАНИЯ**

**Лекция по теме:**

**«Сестринская помощь при  
физиологическом течении беременности»**

**ПМ.02. «Участие в лечебно-диагностических и  
реабилитационных мероприятиях»**

**МДК.02.01.17. «Сестринская помощь в акушерстве и гинекологии»**

**Специальность 34.02.01. «Сестринское дело»**

*Подготовила преподаватель*

***ДЖИОЕВА И. П.***

## **Тема 3: Сестринская помощь при физиологическом течении беременности.**

Программой ФГОС третьего поколения среднего профессионального образования предусмотрены следующие требования к знаниям:

### ***Студент должен иметь представление:***

1. Об учреждениях оказывающих акушерскую помощь.
2. О принципах диспансерного наблюдения за беременными.

### ***Студент должен знать:***

1. Основные этапы сбора анамнеза.
2. Диагностику ранних сроков беременности.
3. Диагностику поздних сроков беременности.
4. Дополнительные методы исследования гинекологических больных.

### ***Организационный момент:***

1. Поздороваться.
2. Обратит внимание на внешний вид студентов, на наличие наглядных пособий, лекционных тетрадей.
3. Сформулировать тему и её обоснование.
4. Определить цели занятия и сообщить план занятия.

***Форма занятия:*** лекция с опорным конспектом.

### ***Оснащение занятия:***

1. таблицы по теме;
2. фантом;
3. костный таз
4. акушерская кукла;
5. акушерский стетоскоп;
6. влагалищные зеркала – двустворчатое, ложкообразное, зеркало – подъёмник;
7. ложечка Фолькмана и шпатель Эйра;
8. предметные стёкла;
9. сантиметровая лента;
10. корнцанги и пинцеты;
11. бикс с ватными шариками;
12. термометр.

### ***Цели занятия:***

#### ***Учебные:***

**Иметь представления:**

1. Об оплодотворении и развитии плодного яйца.
2. Об учреждениях оказывающих акушерскую помощь.
3. О принципах диспансеризации беременных.
4. О физиологических изменениях в организме беременной.

**Знать:**

1. Основные этапы сбора анамнеза.
2. Диагностику ранних и поздних сроков беременности.
3. Определение срока беременности, срока выдачи ДДО, предполагаемой даты родов.

**Воспитательные:**

1. Воспитывать такие качества, как вежливость, отзывчивость, тактичность, необходимые для межличностного и профессионального общения.
2. Сформировать стремление и творческое отношение к знаниям.
3. Воспитывать уважительное отношение к личности.
4. Формировать добросовестное отношение к труду.

**Развивающие:**

1. Развить такие психологические функции, как абстрактное мышление, обобщение, синтез, дифференцирование.
2. Развивать познавательную активность и умения применять теоретические познания на практике.
3. Развить такие психологические функции, как мышление, способность к анализу, абстрагированию.
4. Развить познавательную активность.

**Структура лекционного занятия. Этапы планирования занятия.**

№	Название этапа	Краткое описание деятельности		Цель	Вре- мя	Оснащение
		преподавателя	студента			
1	Организация занятия	Отмечает отсутствующих. Уточняет готовность студентов к занятию.	Готовят лекционные тетради.	Мобилизовать студентов на работу.	1 мин	Журнал успеваемости и посещаемости группы.
2	Формулирование темы и её обоснование.	Сообщает тему, акцентирует внимание на её значимости.	Записывают тему и слушают её обоснование.	Раскрыть теоретическую значимость темы.	2 мин	Тетради для лекционных занятий.
3	Определение	Сообщает цели	Записывают	Показать сту-	2 мин	Тетради для

	цели занятия.	занятия.	цели занятия.	дентам конечный результат.		лекционных занятий.
4	Сообщение плана занятия.	Сообщает план занятия.	Записывают план занятия.	Конкретизировать внимание студентов.	5 мин	Тетради для лекционных занятий.
5	Изложение нового учебного материала.	Излагает новый материал учащимся в соответствии с планом.	Записывают новый материал в соответствии с планом.	Углубление и расширение знаний студентов по теме.	60-70 минут	Тетрадь, таблицы, слайды, мультимедийная установка.
6	Закрепление материала.	Задаёт вопросы по разделам лекции.	Слушают вопросы и отвечают на них.	Контроль уровня усвоения нового материала	5 мин	Тетради, таблицы.
7	Подведение итогов занятия.	Подводит итоги занятия, отмечает достижение результатов.	Слушают вопросы и отвечают на них.	Контроль уровня усвоения нового материала	2 мин	Тетради, таблицы.
8	Домашнее задание.	Называет объём материала для подготовки домашнего задания.	Записывают в тетрадь.	Подготовка студентов к практическому занятию.	3 мин	Тетрадь.

### ***План лекции:***

1. Оплодотворение и развитие плодного яйца.
2. Плод, как объект родов. Строение и размеры головки плода.
3. Современные методы исследования в акушерстве и их диагностическое значение.
4. Субъективные и объективные методы обследования беременной женщины.
5. Физиологические изменения в организме беременной.
6. Определение срока беременности, даты выдачи ДДО, предполагаемой даты родов.
7. Медицинская документация для беременной и правила её заполнения.

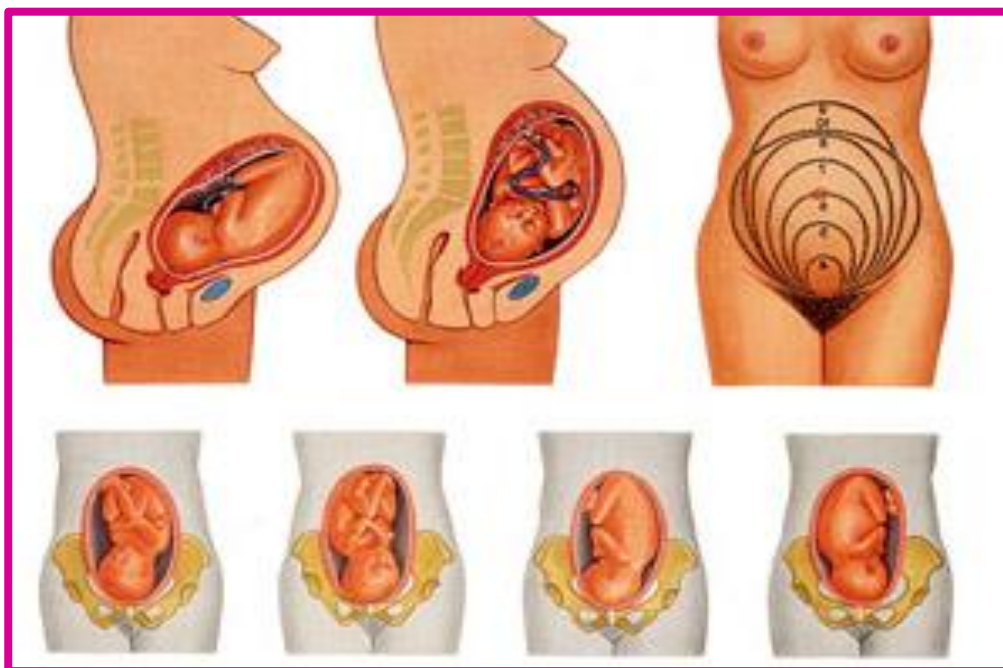
### ***Вопросы для закрепления темы:***

1. Что относится к учреждениям акушерской помощи?
2. Принципы диспансеризации беременных.
3. Диагностика ранних и поздних сроков беременности.
4. Какие дополнительные методы исследования вы знаете?
5. Физиологические изменения в организме беременной.
6. Определение срока беременности, даты выдачи ДДО и даты родов.

## ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ

- **Членорасположение плода.** Это отношение конечностей и головки плода к его туловищу. При типичном нормальном членорасположении туловище плода согнуто, головка наклонена к грудной клетке, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и прижаты к животу, ручки скрещены на грудной клетке.
- **Положение плода.** Это отношение продольной оси плода к продольной оси матки. Различают следующие положения плода: 1) продольное - продольные оси плода и матки совпадают; 2) поперечное - продольная ось плода пересекает продольную ось матки под прямым углом; 3) продольная ось плода образует с продольной осью матки острый угол. Последние два положения являются патологическими и требуют врачебной помощи.
- **Позиция плода.** Это отношение спинки плода к правой и левой сторонам матки. При первой позиции спинка обращена к левой стороне матки, при второй - к правой. Первая позиция встречается чаще, что объясняется поворотом матки левой стороной кпереди. При поперечных и косых положениях позиция определяется не по спинке, а по головке: головка слева - первая позиция, справа - вторая позиция.
- **Вид позиции.** Спинка не всегда обращена вправо или влево, а она обычно повернута кпереди или кзади, поэтому различают вид позиции - отношение спинки к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, то говорят о переднем виде позиции, если кзади - о заднем.
- **Предлежание плода.** Это отношение крупной части плода (головки или ягодиц) ко входу в таз. Если над входом в таз находится головка - предлежание головное, если тазовый конец - предлежание тазовое.
- **Предлежащая часть.** Та часть плода, которая расположена ко входу в малый таз и первой проходит родовые пути. При головном предлежании предлежать могут затылок (затылочное предлежание), темя (передне-головное), лоб (лобное), личико плода (лицевое). Типичным является

затылочное предлежание (сгибательный тип). При всех других видах головка находится в различной степени разгибания. При тазовом предлежании предлежать могут ягодицы (ягодичное предлежание), ножки (ножное), ягодицы вместе с ножками (смешанное ягодично-ножное).



## ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

Ранняя диагностика беременности, определение ее срока важны не только с акушерской точки зрения, но и в связи с тем, что гормональные физиологические и анатомические изменения, обусловленные беременностью, могут существенно влиять на течение различных экстрагенитальных заболеваний. Точное знание срока беременности необходимо для адекватного обследования пациенток и ведения беременности и родов.

## ПРИЗНАКИ БЕРЕМЕННОСТИ

**Признаки беременности** по их диагностической ценности разделяют на

- предположительные
- вероятные, которые появляются сравнительно рано
- достоверные, обычно обнаруживаемые со второй половины беременности.

Вполне понятно поэтому, что использовать достоверные признаки для ранней диагностики беременности нельзя.

**К числу предположительных (сомнительных) признаков** беременности, появляющихся рано, хотя и не при каждой беременности, но все же имеющих некоторое диагностическое значение, относятся следующие:

- диспепсические расстройства, ощущение чувства тяжести в подложечной области, слюнотечение, тошнота, утрення рвота натощак, изменения аппетита или отвращение к некоторым видам пищи (чаще мясной), появление особенного пристрастия к острым и особенно кислым блюдам, запоры, желание употребить в пищу несъедобные вещества известь, мел, глину и т. п.
- функциональные расстройства нервной системы и психики: легкая раздражительность, обострение обоняния и слуха, плаксивость, замкнутость
- изменения в обмене веществ: отложение подкожного жира, особенно на животе, пигментация сосков и околососковых кружков, белой линии, а иногда и лица. Появление полос (рубцов) беременности.

Все эти признаки часто встречаются у беременных, но не обязательно связаны с беременностью, а потому и называются предположительными.

**К числу вероятных признаков беременности** могут быть отнесены следующие:

- прекращение менструации у здоровой, живущей половой жизнью женщины в детородном возрасте
- застойные явления, синюшная окраска слизистой входа во влагалище, его стенок и влагалищной части шейки матки
- увеличение размеров матки соответственно сроку задержки месячных, изменение ее обычной формы и консистенции
- нагрубание молочных желез и появление в них молозива.

Все эти признаки в большинстве случаев действительно характеризуют беременность, но иногда могут явиться и следствием других причин. Так, например, задержка менструации может быть психогенного характера; причиной увеличения матки растущая опухоль. Поэтому перечисленные признаки беременности являются ценными не отдельно взятые, а в совокупности.

**К достоверным (несомненным) признакам беременности** относятся следующие:

- определение частей плода при ощупывании матки; легче всего удастся определить круглую, плотную часть головку, а также мелкие части ручки и ножки
- шевеление плода, определяемое рукой исследующего
- выслушивание сердцебиения плода стетоскопом или при помощи кардиомонитора.

## ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

При первом обращении беременной в женскую консультацию необходимо подтвердить диагноз, установить срок. Очень важно, чтобы женщина обращалась как можно раньше, чтобы можно было начать работу по профилактике вредных воздействий, дать рекомендации. Необходимо склонить женщину к сохранению беременности, убедить ее в правильности и ответственности этого поступка, даже если беременность не была запланирована. Исключение составляют случаи, когда беременность противопоказана по медицинским показаниям. В этом случае ранняя явка позволит вовремя выявить показания и подготовить женщину к прерыванию беременности.

К общим методам обследования относятся - сбор анамнеза, общий осмотр, осмотр наружных половых органов, осмотр на зеркалах, бимануальное исследование, наружное акушерское обследование. Кроме того, беременным проводятся лабораторные методы исследования и обследования у специалистов. К дополнительным акушерским методам обследования относятся: ультразвуковое обследование, кардиотокография, амниоцентез и др.

## Опрос

При первом же обращении пациентки необходимо 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 индивидуальную карту беременной.

**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). 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 невынашиванию, патологическому течению родов.

У повторнородящих получают подробные сведения о том, как протекали предыдущие беременности и роды.

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.

Обращают внимание на телосложение, возможные деформации скелета, так как они могут влиять на строение таза. Следует оценить выраженность подкожной жировой клетчатки. Как алиментарное, так и эндокринное ожирение II-III степени неблагоприятно сказывается на течении беременности и родов.

К объективным признакам бывшей беременности и родов относятся понижение тонуса мышц передней брюшной стенки, наличие *striae gravidarum*.



**Измеряют рост и определяют массу тела беременной.** При низком росте (150 см и ниже) нередко наблюдается сужение таза различной степени, у женщин высокого роста чаще бывает таз мужского типа.

**Осмотр живота.** 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 перерастяннутости 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.

**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.

Измерение таза проводят при положении женщины на спине. Врач становится справа от беременной лицом к ней. Ветви тазомера берут в руки таким образом, чтобы I и II пальцы держали пуговики. Шкала с делениями обращена кверху. Указательными пальцами нащупывают пункты, расстояние между которыми подлежит измерению, прижимая к ним пуговики раздвинутых ветвей тазомера. По шкале отмечают величину соответствующего размера.

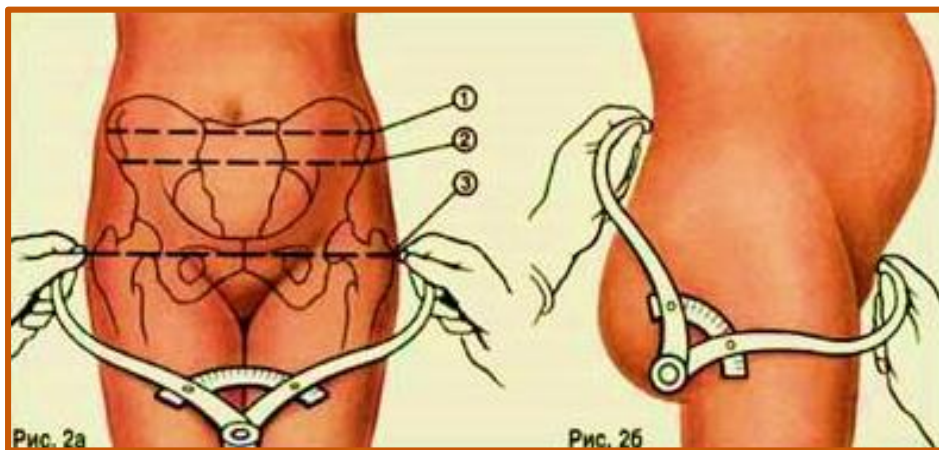
***Distantia spinarum*** - расстояние между передневерхними осями подвздошных костей. Пуговики тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. Этот размер обычно составляет 25-26 см.

***Distantia cristarum*** - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей. Пуговики тазомера передвигают с остей по наружному краю гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определится наибольшее расстояние. Этот размер равняется 28-29 см.

***Distantia trochanterica*** - расстояние между большими вертелами бедренных костей. Определяют наиболее выступающие точки больших вертелов и прижимают к ним пуговики тазомера. Этот размер равен 31-32 см.

***Conjugata externa*** - **наружная конъюгата**. Для ее измерения женщина должна лежать на левом боку, согнув левую ногу в тазобедренном и коленном суставах, а

правую держать вытянутой. Пуговку одной ветви тазомера устанавливают на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимают к надкрестцовой ямке, соответствуя верхнему углу крестцового ромба. Ямка легко определяется под выступом остистого отростка последнего поясничного позвонка. Наружная конъюгата в норме равна 20-21 см.

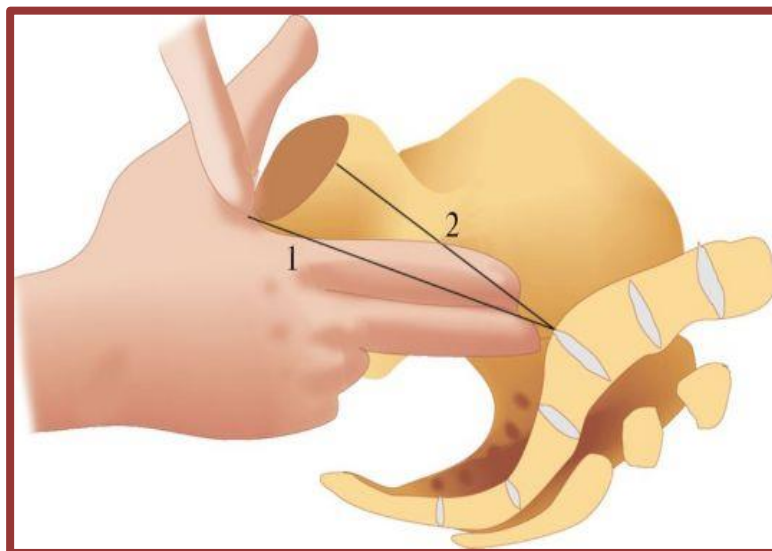


Наружная конъюгата имеет важное значение - по ее величине можно судить о размере **истинной конъюгаты** (прямой размер входа в малый таз). Для определения истинной конъюгаты из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см.

Разница между наружной и истинной конъюгатой зависит от толщины крестца, симфиза и мягких тканей. Толщина костей и мягких тканей у женщин различна, поэтому разница между размером наружной и истинной конъюгаты не всегда точно соответствует 9 см. Истинную конъюгату можно более точно определить по диагональной конъюгате.

**Диагональная конъюгата** представляет собой расстояние между нижним краем симфиза и наиболее выступающей частью мыса крестца.

Измерить это расстояние можно только при влагалищном исследовании, если средний палец достигает крестцового мыса. Если достичь этой точки не удастся, значит, расстояние превышает 12,5-13 см и, следовательно, прямой размер входа в таз в пределах нормы: равен или превышает 11 см. Если крестцовый мыс достигается, то на руке фиксируют точку соприкосновения с нижним краем симфиза, а затем измеряют это расстояние в сантиметрах.

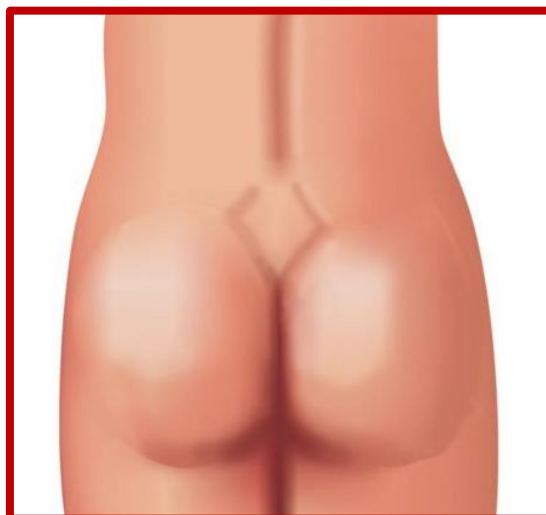


Для определения истинной конъюгаты из размера диагональной конъюгаты вычитают 1,5-2 см.

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.

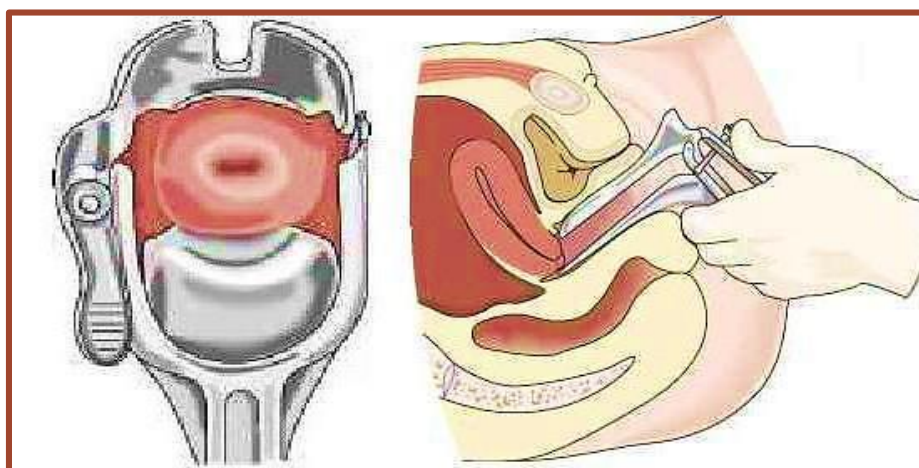


Косвенными признаками правильного телосложения и нормальных размеров таза являются форма и размеры крестцового ромба - **ромб Михаэлиса**.



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.



Важным критерием бывших родов является форма наружного зева шейки матки, который у рожавших имеет форму продольной щели, а у нерожавших - округлую или точечную. У рожавших женщин могут быть рубцовые изменения после разрывов шейки матки, влагалища и промежности.





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.



*При влагалищном (пальцевом) исследовании* определяется состояние мышц тазового дна, стенок влагалища (складчатость, растяжимость, разрыхление), сводов влагалища, шейки матки (длина, форма, консистенция) и наружного зева шейки матки (закрит, открыт, форма круглая или щелевидная).

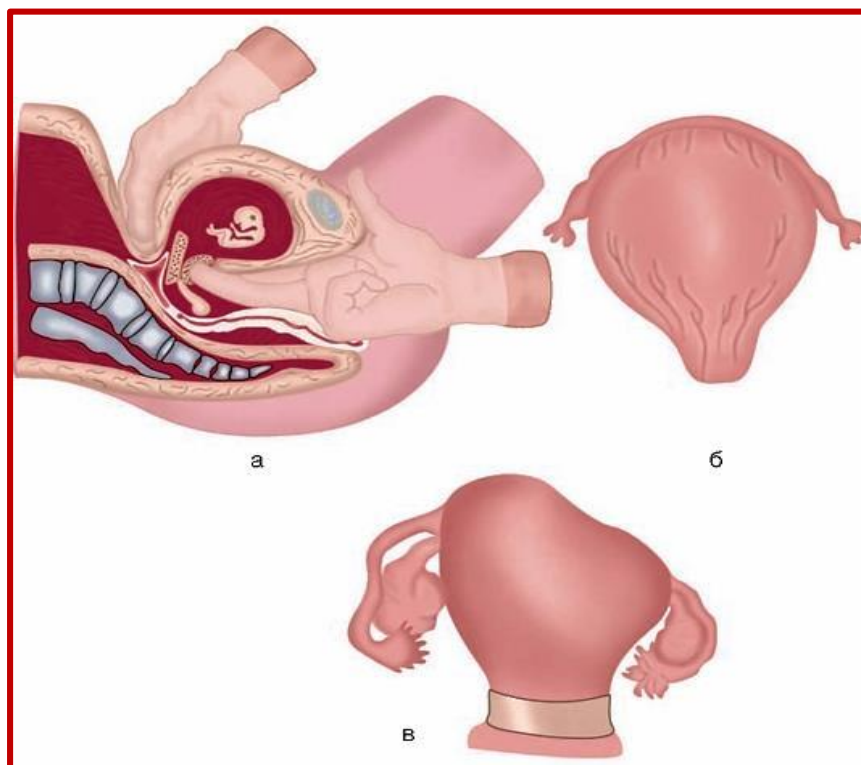
После пальпации шейки матки приступают к *двуручному влагалищно-абдоминальному исследованию*. Пальцами левой руки осторожно надавливают на брюшную стенку по направлению к полости малого таза навстречу пальцам правой

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.

### **Для диагностики беременности имеют значение следующие признаки**

Выявление цианоза влагалища и шейки матки, а также изменение величины, формы и консистенции матки возможно при специальном гинекологическом исследовании.

- **Признак Чедвика.** В первые 6-8 нед беременности цианотичность шейки матки.
- **Увеличение матки.** Матка становится округлой, увеличенной, мягковатой, к концу 8-й нед. размеры матки соответствуют размерам гусиного яйца, в конце 12-й нед дно матки находится на уровне симфиза или несколько выше.
- **Симптом Горвица - Гегара.** Матка при исследовании мягкая, размягчение особенно выражено в области перешейка. При двуручном исследовании пальцы обеих рук сходятся в области перешейка почти без сопротивления. Признак четко определяется через 6-8 нед. от начала последней менструации.
- **Признак Пискачека.** Асимметрия матки на ранних сроках беременности обусловлена выпячиванием ее правого или левого угла, что соответствует имплантации плодного яйца. По мере роста плодного яйца эта асимметрия постепенно сглаживается.
- **Признак Гентера.** Гребневидное утолщение по средней линии передней поверхности матки. Однако это утолщение определяется не всегда.



Признаки беременности: а - Горвица-Гегара; б - Гентера; в – Пискачака

- **Признак Губарева и Гаусса.** Вследствие значительного размягчения перешейка отмечается легкая подвижность шейки матки в ранние сроки беременности, не передающаяся телу матки.
- **Признак Снегирева.** Изменчивая консистенция беременной матки. Во время двуручного исследования мягкая беременная матка уплотняется и сокращается. После прекращения раздражения матка вновь приобретает мягкую консистенцию.

К вероятным признакам беременности относится и положительный результат иммунологических тестов на беременность. В практике широко используется определение уровня ХГ в сыворотке крови, которое позволяет установить беременность через несколько суток после имплантации плодного яйца.

## ДИАГНОСТИКА ПОЗДНИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

### Измерение окружности живота

Динамика измерения окружности живота у беременной позволяет выявить отклонения от нормального течения беременности. Отсутствие динамики или

отрицательная динамика наблюдается при маловодий, гипотрофии или гибели плода. Слишком быстрое увеличение матки наблюдается при многоводии, многоплодии и крупном плоде. Измерение проводится при каждом посещении беременной женской консультации (т. е. каждые две недели). Перед исследованием мочевого пузыря должен быть опорожнен. Женщину укладывают на кушетку (на подложенную индивидуальную пеленку). Окружность измеряется сантиметровой лентой на уровне пупка. Длина окружности индивидуальна и не может позволить судить о сроке беременности. После измерения лента дважды с интервалом обрабатывается 1% раствором хлорамина (лучше, если у каждой беременной будет своя индивидуальная сантиметровая лента). Перед и после манипуляции акушерка проводит гигиеническую обработку рук. Руки должны быть теплыми. Кушетку после каждой женщины обрабатывают хлорамином.

### **Измерение высоты стояния дна матки**

Обозначается как F (от лат. fundus - дно матки). Проводится начиная с 13-14 недель, так как до этого срока дно матки скрывается за лобком. Измерение проводится с той же целью, что и измерение окружности, но позволяет, кроме того, определить срок беременности. Начало сантиметровой ленты прикладывают к верхнему краю симфиза и придерживают левой рукой. Правой рукой протягивают сантиметровую ленту по передней линии живота до дна матки и прикладывают правой рукой к точке максимального стояния. Для каждого срока беременности характерно нахождение дна матки на определенном уровне по отношению к лобку, пупку и реберной дуге.

### **Величина матки и высота ее стояния в различные сроки беременности**

В конце 1-го акушерского месяца беременности - **4 недели**, величина матки достигает приблизительно размера куриного яйца. В конце 2-го акушерского месяца беременности **8 недель** величина матки приблизительно соответствует размерам гусиного яйца. В конце 3-го акушерского месяца **12 недель** размер матки достигает величины головки новорожденного, ее асимметрия исчезает, матка заполняет верхнюю часть полости таза, ее дно доходит до верхнего края лобковой дуги.

В конце 4-го акушерского месяца - **16 недель** дно матки располагается на середине расстояния между лобком и пупком (на 4 поперечных пальца выше симфиза), в конце 5-го месяца - **20 недель**, дно матки на 2 поперечных пальца ниже

пупка; заметно выпячивание брюшной стенки. В конце 6-го акушерского месяца - **24 недели**, дно матки находится на уровне пупка, в конце 7-го - **28 недель**, дно матки определяется на 2-3 пальца выше пупка, а в конце 8-го - **32 недели** дно матки стоит посередине между пупком и мечевидным отростком. Пупок начинает сглаживаться, окружность живота на уровне пупка 80-85 см. В конце 9-го акушерского месяца - **36 недель** дно матки поднимается до мечевидного отростка и реберных дуг - это наивысший уровень стояния дна беременной матки, окружность живота 90 см, пупок сглажен.

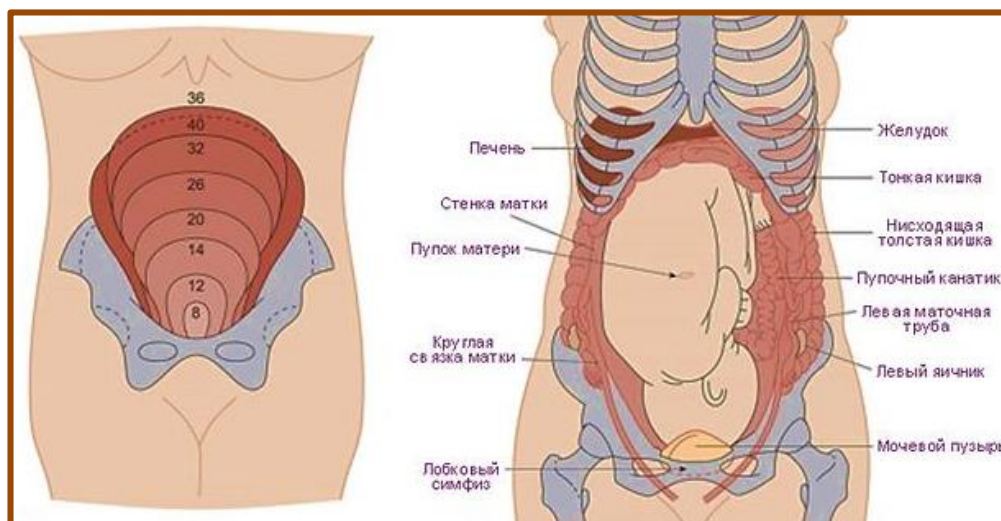
В конце 10-го акушерского месяца - **40 недель**, дно матки опускается до уровня, на котором оно находилось в конце 8-го месяца, т.е. до середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. Пупок выпячивается. Окружность живота 95-98 см, головка плода опускается, у первобеременных прижимается ко входу в малый таз или стоит малым сегментом во входе в малый таз.

При доношенной беременности, перемножив длину окружности и высоту стояния дна матки, получают величину предполагаемой массы плода (метод Жордания).

### Высота стояния дна матки при различных сроках беременности

Срок беременности	ВДМ в см.	ВДМ по анатомическим ориентирам
<u>16 недель</u>	6 — 8	Середина расстояния между лобком и пупком
<u>20 недель</u>	11 — 12	На 2 пальца ниже пупка
<u>24 недели</u>	22 — 24	На уровне пупка
<u>28 недель</u>	27 — 29	На 2 – 3 пальца выше пупка
<u>32 недели</u>	31 — 33	На середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
<u>36 недель</u>	35 — 37	На уровне мечевидного отростка и реберных дуг

<u>40 недель</u>	32 — 33	На середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
------------------	---------	--



### Наружное акушерское обследование

Живот пальпируют в положении беременной на спине с ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах. Врач находится справа от беременной лицом к ней.

При пальпации живота определяют состояние брюшной стенки, прямых мышц живота. Тонус мышц брюшной стенки имеет большое значение для течения родов.

Затем переходят к определению величины матки, ее функционального состояния (тонус, напряжение при исследовании и пр.) и положения плода в полости матки.

Большое значение имеет определение положения плода в матке. В III триместре беременности, особенно перед родами и во время родов, определяют членорасположение, положение, позицию, вид, предлежание плода.

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. 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.

**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).

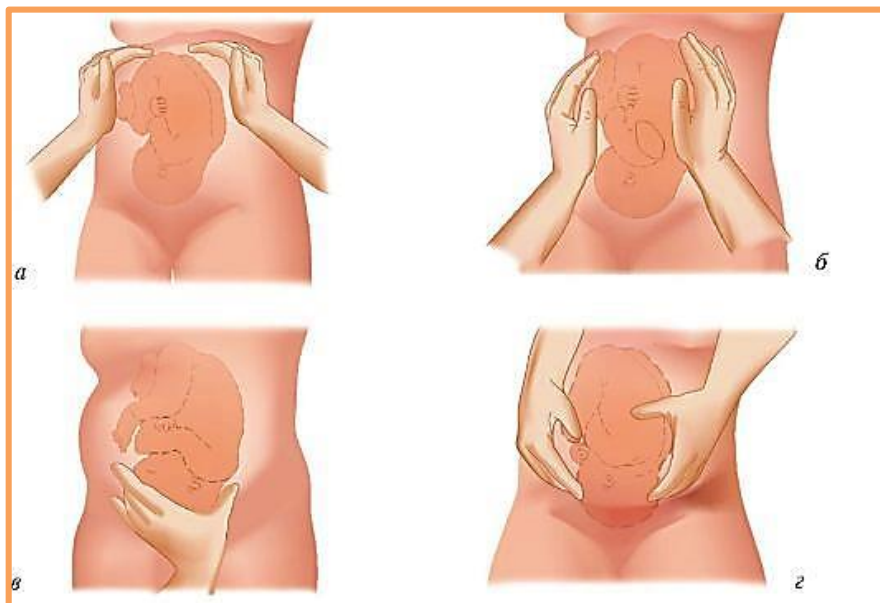
**Четвертый прием наружного акушерского обследования.** Цель - определить предлежащую часть (головка или ягодицы), место нахождения предлежащей части (над входом в малый таз, во входе или глубже, где именно), в каком положении находится предлежащая головка (в согнутом или разогнутом).

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 удастся 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.

С помощью четвертого приема можно определить наличие или отсутствие угла между затылком и спинкой плода. При головном предлежании необходимо также определить глубину расположения головки. При четвертом наружном приеме акушерского обследования пальцами обеих рук производят скользящее движение по головке в направлении к себе. При высоком стоянии головки плода, когда она подвижна над входом, можно подвести под нее пальцы обеих рук и даже отодвинуть ее от входа. Если при этом пальцы рук расходятся, головка находится во входе в малый таз малым сегментом. Если скользящие по головке кисти рук сходятся, то головка либо расположена большим сегментом во входе, либо прошла через вход и опустилась в более глубокие отделы (плоскости) таза. Если головка плода расположена полости малого таза настолько низко, что целиком выполняет ее, то обычно прощупать головку наружными приемами не удастся.





### 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.

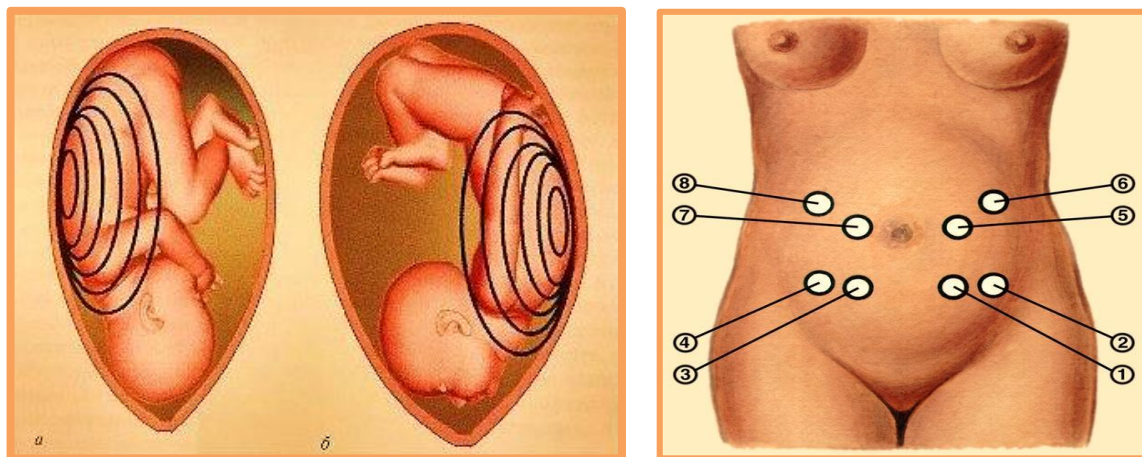
Сердечные тоны плода прослушиваются с начала второй половины беременности и с каждым месяцем становятся отчетливее. Они прослушиваются со стороны спинки плода, и только при лицевом предлежании сердцебиение плода отчетливее выслушивается со стороны его грудной клетки. Это связано с тем, что при лицевом 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.



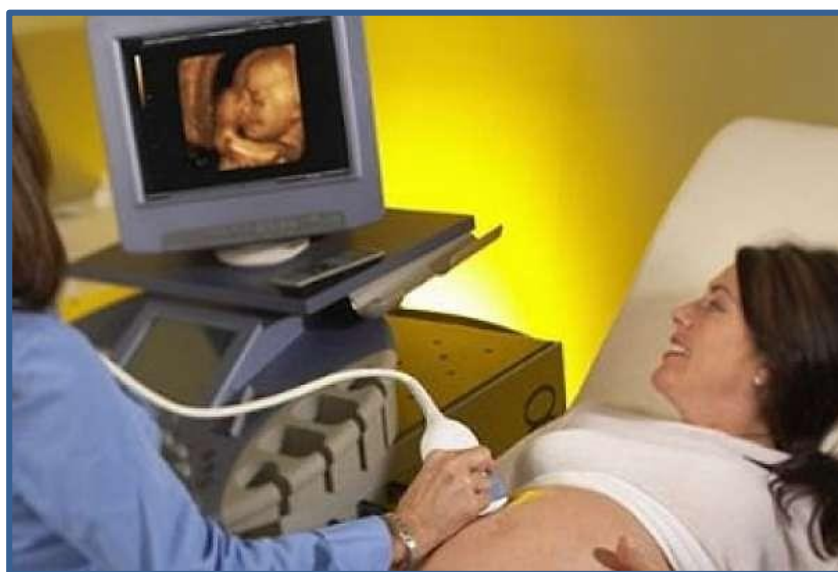
## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ПЕРИНАТОЛОГИИ

**Оценка сердечной деятельности плода.** Сердечная деятельность является наиболее точным и объективным показателем состояния плода в ante- и интранатальном периодах. Для ее оценки используют аускультацию с помощью акушерского стетоскопа, электрокардиографию (прямую и непрямую), фонокардиографию и кардиотокографию.



**Ультразвуковое сканирование (эхография).** Ультразвуковое исследование (УЗИ) является в настоящее время единственным высокоинформативным,

безвредным и неинвазивным методом, позволяющим объективно наблюдать за развитием эмбриона с самых ранних этапов и проводить динамическое наблюдение за состоянием плода. Метод не требует специальной подготовки беременной. В акушерской практике используют трансабдоминальное и трансвагинальное сканирование. УЗИ дает возможность точно установить локализацию, толщину и структуру плаценты. При сканировании в режиме реального времени, особенно при трансвагинальном исследовании, четкое изображение хориона можно получить с 5-6 нед. беременности.



**Допплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод.** Существуют количественный и качественный методы оценки доплерограмм кровотока в исследуемом сосуде. Наибольшую практическую ценность во время беременности имеет исследование маточно-плацентарного кровотока: в маточных артериях, их ветвях и артерии пуповины, а также плодовой гемодинамики: в аорте и церебральных сосудах плода. В акушерской практике используют также доплерэхокардиографию плода. Наибольшее практическое значение она имеет при диагностике врожденных пороков сердца. Цветное доплеровское картирование (ЦДК) - совмещение двухмерной эхоимпульсной информации и цветовой информации о скоростях потоков крови в исследуемых органах.



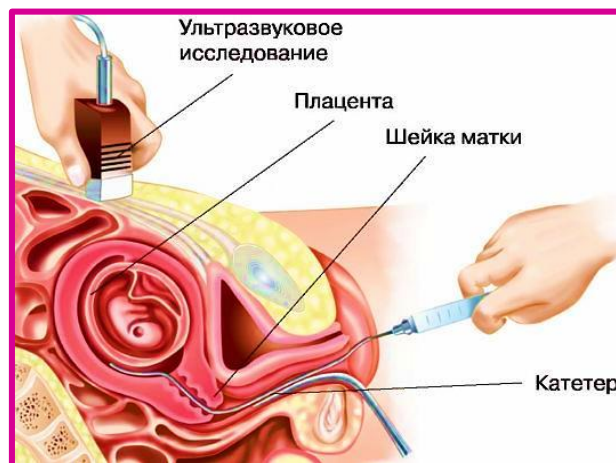
### **Инвазивные методы диагностики заболеваний плода**

Инвазивные методы диагностики заболеваний плода используются для дообследования и уточнения диагноза при подозрении на патологию плода по данным традиционных (неинвазивных) методов исследования.

**Биопсия хориона** проводится под ультразвуковым контролем с помощью введенной в толщу плаценты пункционной иглы. В настоящее время применяется как трансервикальная (через канал шейки матки), так и трансабдоминальная (через переднюю брюшную стенку) пункция. Основным показанием является пренатальная диагностика врожденных и наследственных заболеваний плода.

**Амниоцентез** – пункция амниотической полости с целью аспирации околоплодных вод (10-20мл.). Пункцируют под ультразвуковым контролем через переднюю брюшную стенку в месте наибольшего «кармана» амниотической жидкости, свободного от частей плода и петель пуповины, избегая травматизации плаценты. Амниоцентез применяется помимо диагностики врожденных заболеваний плода, также для диагностики степени зрелости легких плода.

**Кордоцентез** – пункция сосудов пуповины плода с целью получения его крови. Манипуляция проводится во втором и третьем триместрах беременности трансабдоминально под ультразвуковым контролем. Кордоцентез используется не только с целью диагностики патологии плода, но и для его лечения.



## ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Для определения срока беременности и родов имеют значение дата последней менструации и сведения о первом шевелении плода. Нередко срок беременности устанавливают по дню предполагаемой овуляции (овуляторный срок), для чего, помимо 1-го дня последней менструации, учитывают длительность менструального цикла и отсчет ведут с его середины.

Чтобы вычислить предполагаемый срок родов, к дате 1-го дня последней менструации прибавляют 9 календарных месяцев и 7 дней. Обычно срок родов рассчитывают проще: от даты 1-го дня последней менструации отсчитывают 3 календарных месяца назад и прибавляют 7 дней. При определении срока родов следует учитывать, что овуляция не всегда происходит в середине цикла. Длительность беременности увеличивается приблизительно на 1 день на каждый день менструального цикла, превышающего 28 дней. Например, при 35-дневном цикле (когда овуляция происходит на 21-й день) срок родов будет сдвинут на неделю позже.

Предполагаемый срок родов можно вычислить по овуляции: от 1-го дня ожидавшейся, но не наступившей менструации отсчитывают назад 3 месяца и прибавляют 14 дней.

При определении срока родов учитывают также время первого шевеления плода, которое ощущается первородящими с 20-й недели, т.е. с середины беременности, а повторнородящими - примерно на 2 нед раньше (с 18 нед). К дате первого шевеления прибавляют 5 акушерских месяцев (20 нед) у первобеременных, 5,5

акушерских месяцев (22 нед) у повторнобеременных и получают предполагаемый срок родов. Однако следует помнить, что этот признак имеет лишь вспомогательное значение.

Для удобства подсчета срока беременности по менструации, овуляции и первому шевелению плода имеются специальные акушерские календари.

Для установления срока беременности и даты родов большое значение имеют данные объективного обследования: величина матки, объем живота и высота стояния дна матки, длина плода и размеры головки.

### **Наблюдение за беременной в женской консультации**

Беременная должна посещать женскую консультацию в среднем каждые 2 недели. Перед самыми родами рационально проводить осмотр и консультации каждую неделю. Строго предписана кратность и методы обследования. Если женщина не посещает ЖК, проводится патронаж. Такая система наблюдения называется диспансеризация. Подробный осмотр с обследованием всех систем и органов проводится только при взятии на учет.

#### **В последующие визиты беременной осмотр проводится по следующей схеме:**

- Опрос жалоб.
- Взвешивание (вычисление прибавки массы).
- Измерение пульса и артериального давления.
- Пальпация живота и матки.
- Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки.
- Проведение приемов наружного акушерского исследования.
- Выслушивание сердцебиения плода.
- Выявление отеков.
- Выяснить характер выделений, мочеиспускания и дефекации.

Выполняют только те исследования, которые можно выполнить при данном сроке беременности, например, применение приемов Леопольда—Левицкого и выслушивание сердцебиения плода проводится со второй половины беременности.

Каждый раз уточняют срок беременности, выявляют проблемы, дают

рекомендации, назначают обследования и следующую явку. Общий анализ мочи назначают каждые 2 недели. Осмотр наружных половых органов и осмотр на зеркалах вместе со взятием мазков проводится 3 раза за время беременности. Влагалищное исследование проводится только по особым показаниям.

**Во время беременности назначаются следующие лабораторные исследования:**

Трижды (1 раз в каждом триместре):

- мазки из цервикального канала и наружного отверстия уретры на выявление гонореи;
- кровь из вены на выявление сифилиса (реакция Вассермана — RW);
- кровь из пальца на клинический анализ (гемоглобин, лейкоцитоз, СОЭ и др.).

**Дважды во время беременности проводится обследование:**

- кровь из вены на выявление **ВИЧ-инфекции** (форма 50);
- кровь из вены на выявление **гепатита В и С**.

Однократно исследуется кровь на группу и резус-фактор. Рекомендуется исследовать кровь мужа. При разнице группы и резуса проводится исследование титра антител примерно 1 раз в месяц.

В 17 недель в целях выявления патологии плода берется анализ крови на альфа-фетопротеины.

Дважды во время беременности женщине необходимо проконсультироваться с терапевтом, окулистом, стоматологом и отоларингологом. Эти специалисты должны быть в женской консультации, по крайней мере терапевт. При необходимости женщина может проконсультироваться с юристом женской консультации.

**Роль медсестры в диспансеризации беременной в женской консультации**

Поскольку беременные женщины посещают женскую консультацию в день запланированной явки, их посещение стараются назначить, чтобы они не контактировали с гинекологическими пациентками (более инфицированными).

Картотека индивидуальных карт беременных, которые раскладываются по алфавиту (отдельно откладывают карты не явившихся, госпитализированных, родивших). Под стеклом должны быть календари, необходимая справочная информация: адреса и телефоны, часы работы кабинетов, учреждений, в которые направляются пациенты, анализы.

Медсестра приходит раньше врача, проветривает и подготавливает кабинет, инструменты, карты назначенных беременных, подклеивает анализы, подготавливает новые направления и информацию для врача и для беременной. Во время приема вместе с врачом (или вместо врача в случае физиологического течения беременности) ведет прием беременных, проводит обследование, дает рекомендации, проводит беседу, оформляет документацию, следит за обработкой инструментов, уборкой кабинета, проводит патронаж.

### **Патронаж**

Женщина пропускает посещение консультации по разным причинам: непонимание важности обследований, отсутствие контакта с врачом и медсестрой, обременительность процедуры посещения (очередь, отсутствие необходимых удобств во время ожидания). От медсестры зависит, чтобы таких поводов не возникало. Иногда у женщины есть жалобы и проблемы, но она не хочет сообщать об этом врачу и медсестре, так как боится госпитализации и лечения, избегает профилактической госпитализации для обследования или подготовки к родам. Могут быть семейные проблемы (уход за больными родственниками, не с кем оставить ребенка и др.)

Посещая женщину на дому, медсестра может оценить условия жизни, семейные проблемы, побеседовать с родственниками и убедить их способствовать тому, чтобы женщина посещала консультацию. На дому схема опроса и обследования точно та же, что и в женской консультации. Для этого необходимо взять с собой тонометр, акушерский стетоскоп, сантиметр, бланки направлений на обследования. В конце отчетного периода проводится анализ показателей работы: сколько беременных



состояло на учете, исход беременности и родов, процент осложнений для матери и плода, правильность выдачи декретного отпуска и др.

## ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

### ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ

- Тошнота и рвота
- Изжога
- Боли в спине
- Варикозное расширение вен
- Отеки
- Судороги
- Стрии
- Изжога
- Прибавление веса
- Запоры
- Пигментация кожи

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ

- Раздражительность
- Плаксивость
- Беспокойство за исход беременности
- Беспокойство за состояние внутриутробного плода

### **Сестринские вмешательства при изжоге во время беременности**

Целью является оценка эффективности вмешательств для уменьшения изжоги во время беременности. Вмешательства включают рекомендации по питанию, изменению образа жизни, лекарственные и дополнительные методы лечения.

### **Сестринский процесс при рвоте**

Уход за беременными с рвотой ставит цель - соблюдение лечебно-охранительного режима и эмоционального покоя.

## Уход за беременными

1. Светлое, хорошо проветриваемое помещение
2. Частая смена белья
3. Поддержание гигиенического состояния кожи и полости рта
4. Необходимо учитывать ее вкусы
5. Подача пищи в постель, небольшими порциями, часто (5--7 раз в сутки)

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К. «Акушерство». Санкт-Петербург, «Специальная Литература», 2019 г.
2. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.И. Акушерство. Уч. пособие для ВУЗов, 4-е изд. – М.: Литера, 2019. – 496с.
3. Воронин К.В., Зелинский А.А. Справочник акушерки. - М.: Триада-Х,
4. В. Дуда, В. И. Дуда. Акушерство.
5. Акушерство. Учебное пособие», под ред. В.И. Ельцова - Стрелкова, Е.В. Мареева, М., Изд-во УДН, 2020 г..
6. А.А Иванов. Конспект лекций по акушерству и гинекологии. Воронеж: Научная Книга, 2019.
7. Радзинский В. Е. Акушерство. Изд. 2019 год.