

# ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Выполнила:  
студентка 4 б группы  
Затикян Маринэ

# *Различают три группы признаков беременности:*

<i>• сомнительные</i>		<i>• вероятные - объективные изменения со стороны половых</i>	<i>• достоверные (несомненные) признаки</i>
<i>субъективным</i>	<i>объективным</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*прекращение менструаций;</li> <li>*увеличение молочных желез и выделение молозива;</li> <li>*разрыхление и цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки;</li> <li>*увеличение и размягчение матки, изменение ее формы, повышение сократительной способности матки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*движения плода, ощущаемые самой женщиной и определяемые при пальпации;</li> <li>*выслушивание сердечных тонов плода;</li> <li>*прощупывание частей плода;</li> <li>*обнаружение плода при УЗИ;</li> <li>*положительный тест на ХГЧ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* тошноту, рвоту, потерю аппетита, вкусовые прихоти (пристрастие к соленой или кислой пище);</li> <li>* изменение обонятельных ощущений (отвращение к различным запахам);</li> <li>*утомляемость, раздражительность, сонливость</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* увеличение живота;</li> <li>*пигментацию кожи лица, белой линии живота, сосков и ареол, наружных половых органов;</li> <li>* появление рубцов беременности на коже живота</li> </ul>		

## *Сомнительные признаки беременности*

**Субъективными признаками считают:**

- \* тошноту, рвоту, потерю аппетита, вкусовые прихоти (пристрастие к соленой или кислой пище);**
- \* изменение обонятельных ощущений (отвращение к различным запахам);**
- \* утомляемость, раздражительность, сонливость.**

**Объективными признаками считают:**

- \* увеличение живота;**
- \* пигментацию кожи лица, белой линии живота, сосков и ареол, наружных половых органов;**
- \* появление рубцов беременности на коже живота**

## **Достоверные (несомненные) признаки:**

- \* движения плода, ощущаемые самой женщиной и определяемые при пальпации;**
- \* выслушивание сердечных тонов плода;**
- \* прощупывание частей плода;**
- \* обнаружение плода при УЗИ;**
- \* положительный тест на ХГЧ (хорионический гонадотропин).**

## **Вероятные признаки беременности - объективные изменения со стороны половых органов:**

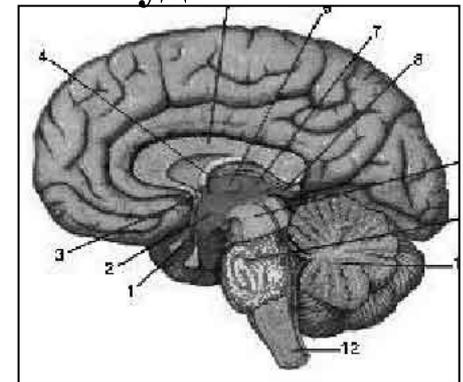
- \*прекращение менструаций;**
- \*увеличение молочных желез и выделение  
молозива;**
- \*разрыхление и цианоз слизистой  
оболочки влагалища и шейки матки;**
- \*увеличение и размягчение матки,  
изменение ее формы, повышение  
сократительной способности матки**

# Центральная нервная система

Возникает постоянный источник афферентной импульсации из интерорецепторов матки – *доминанта беременности*;

-в первые месяцы беременности понижение возбудимости коры головного мозга приводит к повышению рефлекторной деятельности подкорковых центров, а также спинного мозга (Сеченов И. М., Павлов И. П.). В последующем возбудимость коры головного мозга повышается и остается повышенной до конца беременности;

-к моменту родов возбудимость коры головного мозга резко понижается, что сопровождается повышением возбудимости спинного мозга. Такое соотношение возбудимости головного и спинного отделов центральной нервной системы в конце беременности приводит к усилению спинно-мозговых рефлексов, повышению нервно-рефлекторной и мышечной возбудимости матки.



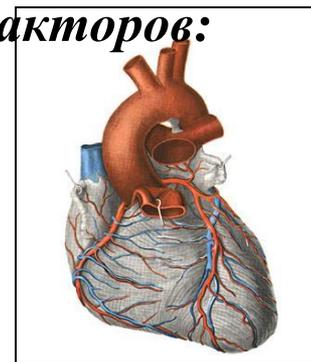
# ***Сердечно-сосудистая система***

Развивается физиологическая *гиперволемиа*, которая является одним из основных механизмов, поддерживающих оптимальные условия микроциркуляции в плаценте и жизненно важных органах матери (сердце, мозг, печень, почки);

- объем циркулирующей крови (*ОЦК*) начинает увеличиваться уже в 1 триместре беременности, достигая максимума к 29—36 нед. Прирост *ОЦК* происходит преимущественно за счет объема циркулирующей плазмы (*ОЦП*), который возрастает, начиная с 10 нед беременности и достигает максимума к 28—32 нед. *ОЦП* возрастает почти на 25—47% и к концу беременности составляет 3900—4000 мл;

- систолическое и диастолическое артериальное давление во II триместре беременности снижается на 5—15 мм рт.ст. (самое низкое систолическое АД отмечается при сроке беременности 28 нед). Затем оно повышается и к концу беременности соответствует уровню, бывшему до беременности; *Индивидуальный уровень АД определяется соотношением 4 факторов:*

- *снижением общего периферического сопротивления сосудов;*
- *снижением вязкости крови;*
- *увеличением ОЦК;*
- *увеличением минутного объема сердца.*



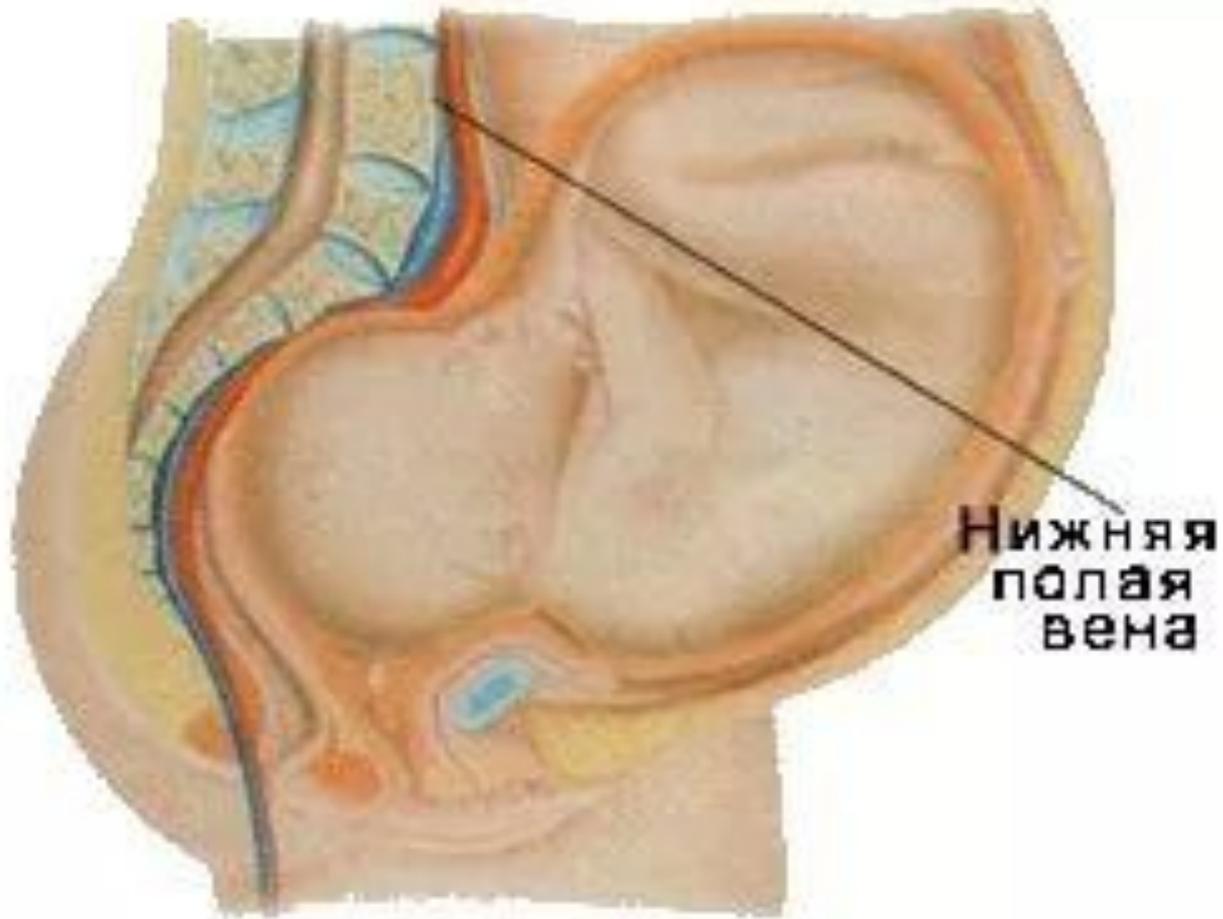
**Два первых фактора способствуют снижению АД, два последних — повышению. Взаимодействие всех четырех факторов поддерживает артериальное давление на *оптимальном уровне.***

**-снижение общего и периферического сопротивления сосудов объясняют образованием маточно-плацентарного круга кровообращения и сосудорасширяющим действием прогестерона и эстрогенов;**

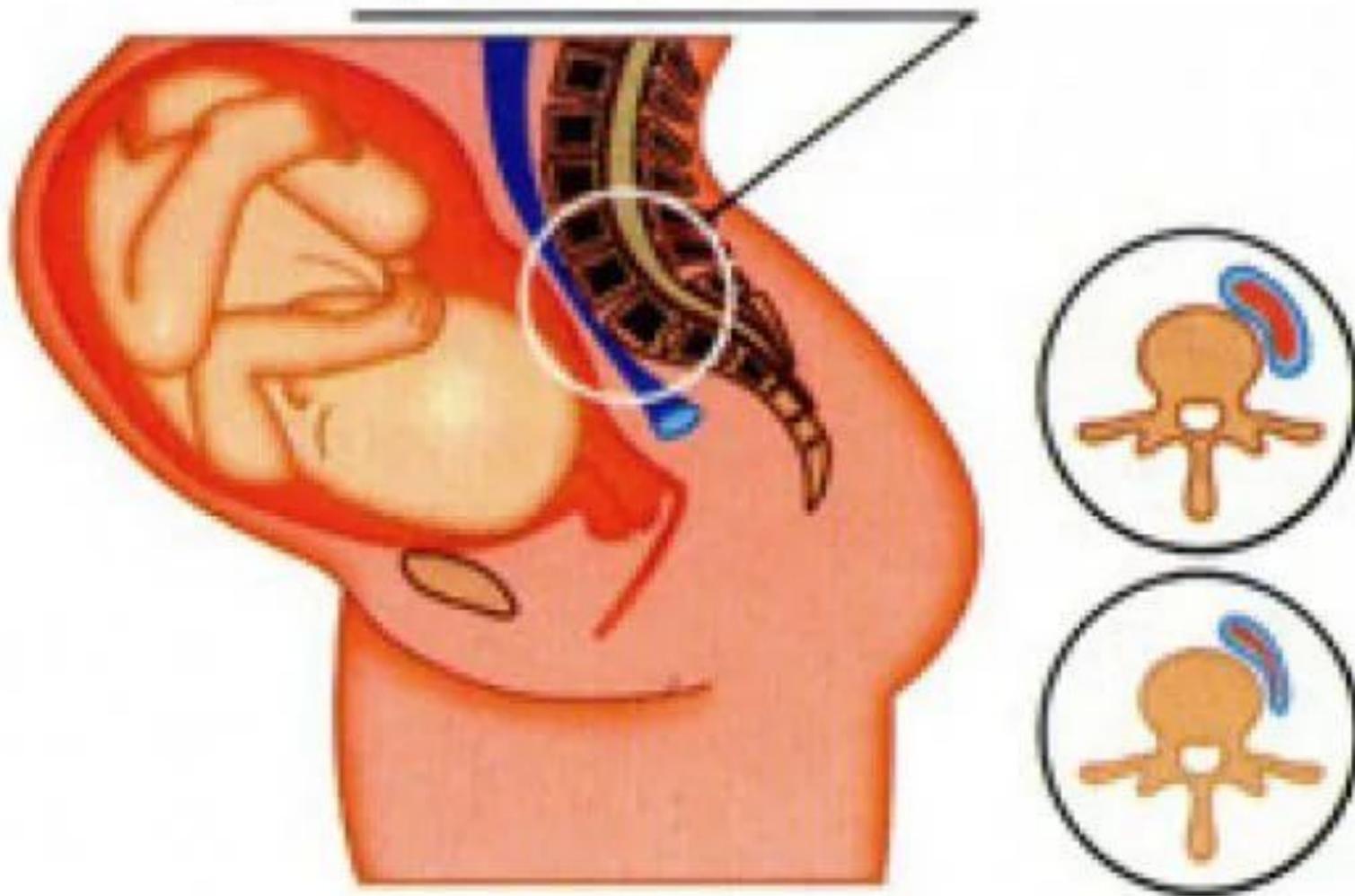
**-во время беременности наблюдается физиологическая тахикардия. В 3 триместре частота сердечных сокращений (ЧСС) на 15—20 уд/мин превышает ЧСС вне беременности.**

**-увеличиваясь, беременная матка увеличивает давление на нижнюю полую вену. Ухудшение венозного оттока, происходящего через поясничные и паравертебральные вены, а также уменьшение минутного объема сердца у ряда женщин вызывает коллапс (*синдром нижней полой вены*).**

# Синдром нижней полой вены



# Синдром нижней полой вены



**Минутный объем сердца (МОС) при физиологически протекающей беременности к 26—32 нед беременности увеличивается на 32%. К концу беременности МОС несколько снижается и к началу родов лишь незначительно превосходит исходную величину;**

**-высокое стояние дна матки приводит к ограничению подвижности диафрагмы и изменению положения сердца в грудной клетке. В связи с этим у половины здоровых беременных женщин на верхушке сердца и у 10% на легочной артерии выслушивается систолический шум; после физической нагрузки его интенсивность нарастает.**

**Отмечается усиление 1 тона на верхушке сердца; в ряде случаев он может быть расщепленным; II тон не изменен, может наблюдаться акцент его над легочной артерией вследствие увеличения амплитуды аортального компонента.**

**Существенных изменений ЭКГ во время неосложненной беременности не выявляется.**

# *Дыхательная система*

**Легкие беременных женщин функционируют в режиме гипервентиляции;**

**-за счет роста матки поднимается купол диафрагмы, уменьшается вертикальный размер грудной клетки, но это компенсируется увеличением ее окружности и усилением экскурсий диафрагмы;**

**-жизненная емкость легких при беременности не меняется, однако количество вдыхаемого и выдыхаемого воздуха при обычном дыхании (дыхательный объем) постепенно увеличивается (к концу беременности на 30—40%); на 10% повышается частота дыхания, минутный объем дыхания. -функциональная остаточная емкость (ФОБ) и общий объем легких (ООЛ) уменьшаются вследствие высокого стояния диафрагмы.**



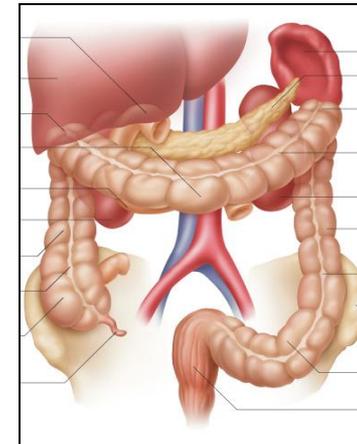
# *Система пищеварения*

**У части женщин в начале беременности изменяются вкусовые ощущения, появляются прихоти, отвращение к некоторым видам пищи. Секреция желез желудка и кишечника не изменяется;**

**- желудок оттесняется маткой вверх и кзади. Кишечник также смещается кзади;**

**-у некоторых женщин во время беременности может возникать гипотония нижнего отдела кишечника, приводящая к запорам;**

**-печень к концу беременности несколько перемещается вверх и кзади, усиливается ее кровоснабжение. Нагрузка на печень во время беременности резко возрастает, так как обезвреживаются продукты жизнедеятельности не только матери, но и плода, однако при физиологическом течении беременности у здоровых женщин функции печени не нарушаются.**



## ***Функции почек***

**Мочеточники расширяются и удлиняются до 20—30 см. , такой мочеточник не помещается в своем ложе и петлеобразно изгибается. Перегиб чаще всего наблюдается при переходе верхней трети мочеточника в среднюю часть;**

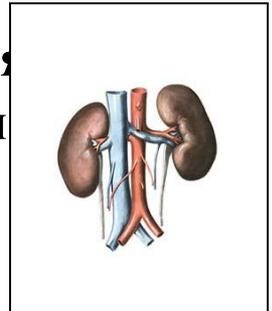
**-прогестерон, блокирующий сократительную активность гладкой мускулатуры, снижает тонус и сократительную способность мышц чашечек, лоханок и мочеточников;**

**- объем лоханок увеличивается с 5—10 мл до 50 и даже 100 мл, что создает предпосылки для развития пиелонефрита;**

**-существенно изменяется кровоснабжение почек: кровоток в 1 триместре увеличивается на 30—50%, затем постепенно снижается;**

**-канальцевая реабсорбция на протяжении всей беременности остается без видимых изменений. Выделение электролитов с мочой остается в пределах нормы;**

**У некоторых женщин во время беременности может наблюдаться глюкозурия, что связано с увеличением клубочковой фильтрации глюкозы, превышающей реабсорбцию ее канальцами.**

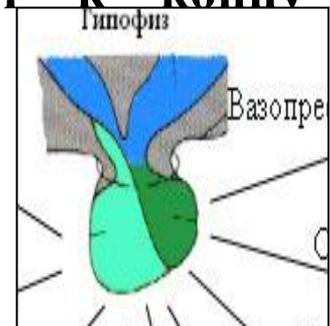


## Гипофиз

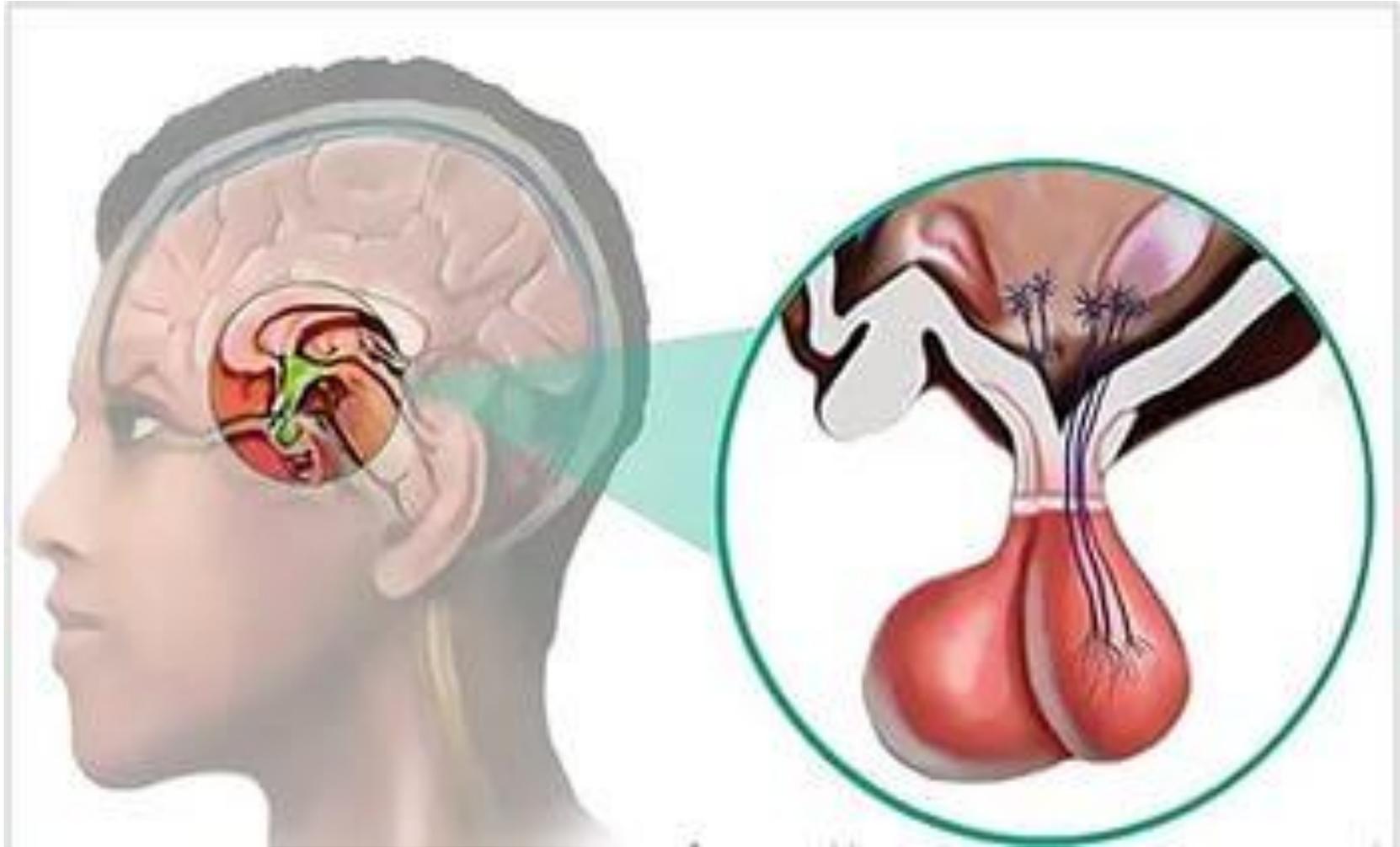
Передняя доля гипофиза (*аденогипофиз*) во время беременности увеличивается в 2—3 раза, выявляются крупные ацидофильные клетки — «клетки беременности», в первые недели значительно увеличивается секреция *лютропина (ЛТГ)*, начиная с 3 месяца-*пролактина*;

-на ранних этапах беременности пролактин вместе с лютропином стимулируют функцию желтого тела и прекращают фолликулогенез;

-в задней доле гипофиза (*нейрогипофиз*) накапливаются нейрогормоны гипоталамуса — окситоцин и вазопрессин. Окситоцин обладает тономоторным действием на миометрий. Накопление и действие окситоцина находятся в прямой зависимости от содержания в плаценте эстрогенов и серотонина, которые блокируют окситоциназу. Этот фермент образуется в трофобласте и инактивирует окситоцин в крови беременной женщины. Синтез окситоцина возрастает к концу беременности и в родах.



# Нейрогипофиз, аденогипофиз



## ***Яичники***

**С началом беременности в яичниках прекращаются циклические процессы и овуляция;**

**-в одном из них функционирует желтое тело. Выделяемые им гормоны (прогестерон и эстрогены) создают условия для нормального развития беременности. Эти гормоны вызывают гипертрофию и гиперплазию мышечных волокон матки. Эстрогены способствуют накоплению в мышечном слое матки контрактильных белков (актина и миозина), увеличению запаса фосфорных соединений, обеспечивающих использование углеводов миометрием;**

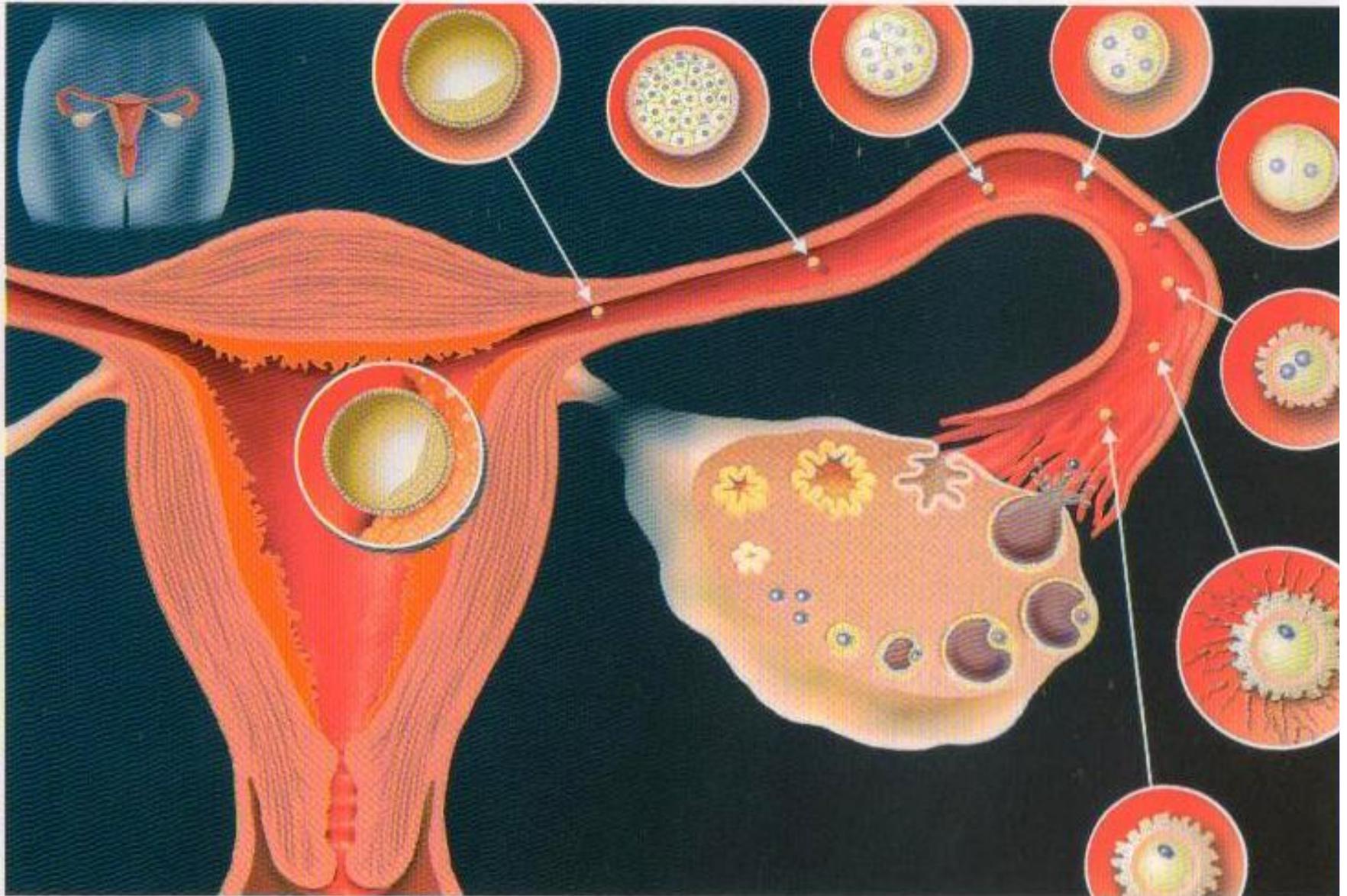
**- прогестерон оказывает защитное действие на оплодотворенную яйцеклетку и матку. Под его влиянием замедляется передача нервного возбуждения с одного мышечного волокна на другое, в результате снижается активность нервно-мышечного аппарата матки. Он способствует росту матки во время беременности и развитию железистой ткани молочных желез;**

## *Яичники*

**-желтым телом активно продуцируются половые гормоны (прогестерон и эстрогены), которым принадлежит важная роль в имплантации и дальнейшем развитии беременности (в первые 10—12 нед), затем оно начинает постепенно регрессировать, и к 16 нед беременности гормональная функция практически полностью переходит к фетоплацентарному комплексу;**



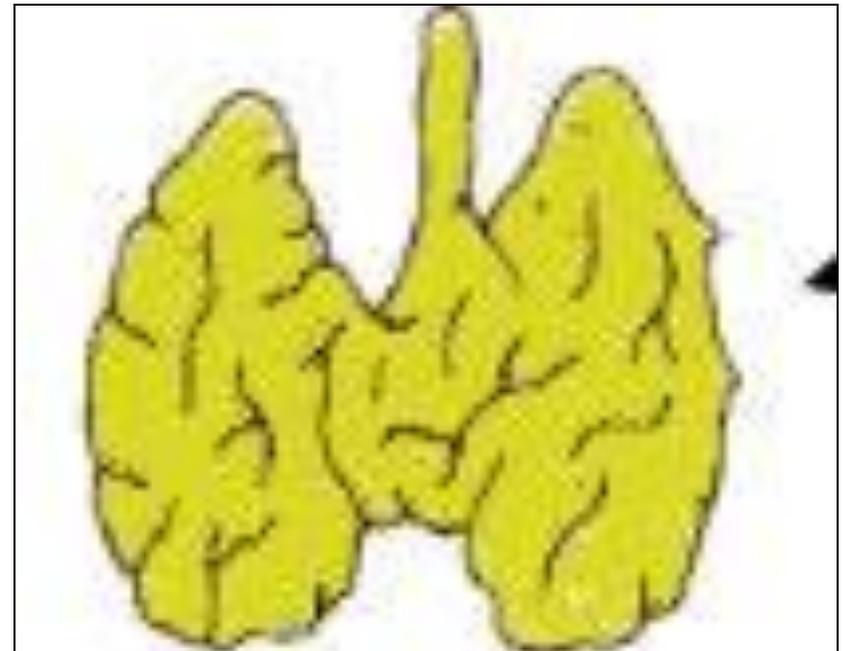
# Желтое тело овуляции, желтое тело беременности



## *Щитовидная железа*

У 35—40% беременных женщин щитовидная железа увеличивается за счет роста числа фолликулов и содержания в них коллоида, а также за счет гиперплазии железистых элементов;

- в первые месяцы беременности может отмечаться некоторое повышение функции щитовидной железы, во второй половине — иногда возникает ее гипофункция;
- Однако содержание свободных гормонов в плазме существенно не меняется в связи с увеличением фиксирующей способности плазменных белков.



## ***Надпочечники***

**С наступлением беременности гипертрофируется пучковая зона коры надпочечников;**

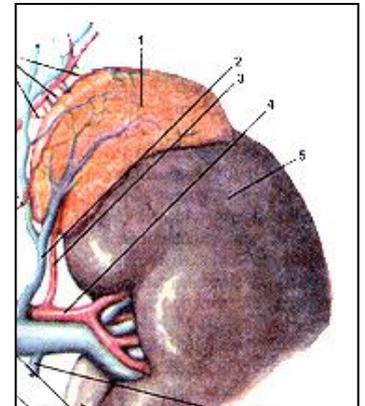
**-усиливается образование глюкокортикоидов, регулирующих углеводный и белковый обмен;**

**- усиливается образование минералокортикоидов, контролирующих минеральный обмен;**

**-в коре надпочечников усиливается синтез кортизола, эстрогенов, прогестерона и андрогенов;**

**-корковое и мозговое вещество надпочечников во взаимодействии с АКТГ способствует усилению обменных процессов в организме беременных женщин;**

**- под влиянием деятельности надпочечников увеличивается содержание в крови холестерина и других липидов, усиливается пигментация кожи.**



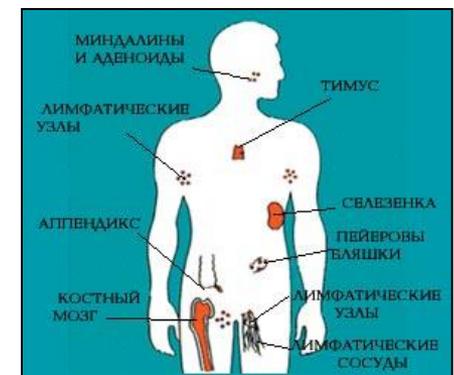
# *Иммунная система*

Повышение во время беременности содержания кортизола, эстрогенов, прогестерона, ХГЧ приводит к снижению клеточного иммунитета — возникает состояние физиологической иммуносупрессии;

-снижение иммунных реакций женщины на фоне незрелости антигенной системы плода и при наличии иммунологического барьера, роль которого выполняют плацента, плодные оболочки и околоплодные воды, препятствует отторжению плодного яйца;

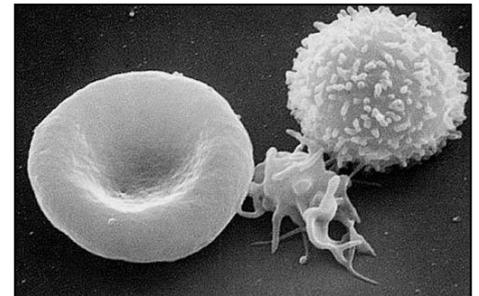
-при физиологическом развитии беременности: гуморальное звено иммунитета, оцениваемое на основании уровня иммуноглобулинов существенно не меняется;

-антигены трофобласта возникают на 5 нед беременности, а антигены плода — на 12 нед. С этого периода прогрессирует иммунная «атака» плода. Характерна иммунологическая толерантность материнского организма к антигенам плода отцовского генеза;



# *Кровь*

**Во время беременности усиливается кроветворение, увеличивается число эритроцитов, содержание гемоглобина и плазмы крови;**  
**- объем циркулирующей крови к концу беременности возрастает на 35—40%;**  
**-при нормальной беременности в связи с развитием плода, гормональной перестройкой и особенностями обмена веществ наблюдаются изменения кислотно-основного состояния крови, что выражается в накоплении кислых продуктов обмена. По мере увеличения срока беременности, явления метаболического ацидоза и дыхательного алкалоза нарастают. У большинства беременных эти изменения имеют компенсированный характер, и сдвига рН не происходит, что указывает на достаточную емкость буферных систем организма при физиологической беременности.**



Через 9-10 суток  
после зачатия



### Нормы ХГЧ (уровень ХГЧ, мЕд/мл)

1 — 2 недели	25 — 156
2 — 3 недели	101 — 4870
3 — 4 недели	1110 — 31500
4 — 5 недель	2560 — 82300
5 — 6 недель	23100 — 151000
6 — 7 недель	27300 — 233000
7 — 11 недель	20900 — 291000
11 — 16 недель	6140 — 103000
16 — 21 неделя	4720 — 80100
21 — 39 недель	2700 — 78100



## **Органы кроветворения**

- Эритропоэз регулируется эритропоэтином, уровень которого возрастает со 2 триместра беременности;
- объем циркулирующей плазмы (ОЦП) к концу беременности возрастает на 35—45%, опережая рост объема циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ);
  - ОЦЭ также увеличивается, начиная с 10 нед беременности, и к концу ее возрастает на 18—25%, составляя примерно 1650 мл (у небеременных — 1400 мл);
  - содержание гемоглобина вследствие *аутогемодилюции* снижается постепенно к 3 триместру: со 139 г/л (у небеременных) до 120 г/л (2 триместр) и 115 г/л (3 триместр). Наименьшее значение этого показателя наблюдается при беременности сроком 32—34 нед (110 г/л);
  - содержание лейкоцитов повышается с  $6,8 \times 10^9/\text{л}$  у небеременных до  $10,4 \times 10^9/\text{л}$  в конце III триместра;
  - наряду с этим к концу беременности нарастает нейтрофилез до 70% и СОЭ — до 34—52 мм/ч.



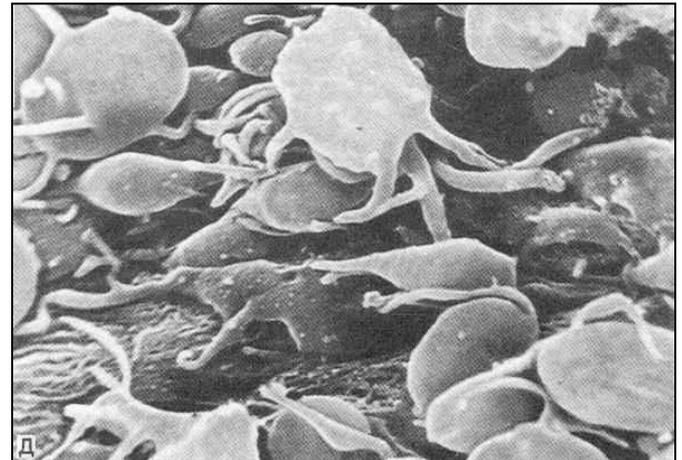
## ***Свертывающая система крови***

**По мере прогрессирования беременности отмечается значительное повышение содержания фибриногена в крови (более чем на 70% по сравнению с небеременными женщинами и беременными в 1 триместре);**

**-во 2 и 3 триместрах увеличивается содержание факторов внутреннего прокоагулянтного звена системы гемостаза, растет протромбиновый индекс;**

**-агрегационная активность тромбоцитов во время беременности практически не меняется, адгезивность их незначительно увеличивается;**

***- по мере развития беременности постепенно повышается скорость свертывания крови, и усиливаются структурные свойства сгустка крови;***



## ***Опорно-двигательный аппарат***

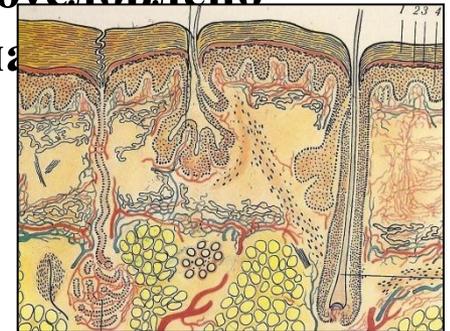
**Под влиянием релаксина, образующегося в плаценте, происходит серозное пропитывание и разрыхление суставных связок, хряща и синовиальных оболочек лобкового и крестцово-подвздошных сочленений. Эти изменения более выражены в лобковом симфизе, в результате чего происходит расхождение лобковых костей в области симфиза на 0,5 – 0,6 см., расхождение донных костей в стороны; увеличение прямого размера входа в малый таз; -грудная клетка расширяется, реберные дуги приподнимаются, нижний конец грудины отдаляется от позвоночника. Вследствие роста матки изменяется осанка беременной женщины - плечи и голова откидываются назад, увеличивается поясничный лордоз позвоночника («гордая походка» беременных женщин).**



# *Кожа*

Довольно часто в коже лица, белой линии живота, сосков и околососковых кружков наблюдается отложение коричневого пигмента. Усиленная пигментация кожи беременных объясняется тем, что в надпочечниках происходит усиленная продукция желто-коричневого пигмента, очень близкого к меланину;

- по мере роста матки происходит растяжение кожи передней брюшной стенки женщины, под действием механического растяжения и под влиянием гиперкортицизма появляются полосы беременности. Эти полосы дугообразной формы, заостряющиеся на концах, похожи на рубцы; цвет их во время беременности розовато-красноватый;
- после родов цвет изменяется на серебристо-беловатый. Локализация этих полос разнообразна: вокруг пупка, в нижних отделах живота, нередко на бедрах и на молочных железах;
- на коже лица, живота, бедер отмечается рост волос, что обусловлено повышенной продукцией андрогенов надпочечниками и частью плацентой;



## ***Молочные железы***

**Начиная с 6 нед. и особенно во второй половине беременности происходит увеличение молочных желез за счет увеличения количества железистых долек и превращения трубчатых долек в альвеолярные;**

**- на концах ходов образуются сплошные выросты, в которых затем возникает просвет, он в дальнейшем расширяется до образования альвеолы. В просветах альвеол, так же, как и в выстилающем их эпителии, обнаруживаются жировые капельки. Количество их резко увеличивается в период лактации. Во время беременности в молочных железах образуется молозиво;**

**- в молочной железе при беременности возрастает кровоснабжение, активируются пролиферативные процессы в эпителии и ацинусах, происходит гиперплазия и гипертрофия долек, активируется гладкая мускулатура сосков;**

**- увеличивается масса молочных желез с 150 до 500 г.**

## *Молочные железы*



# ***Матка***

- Изменяется величина, форма, положение, консистенция и реактивность (возбудимость) матки;**
- размеры матки увеличиваются в течение всей беременности за счет гипертрофии и гиперплазии мышечных волокон, а также за счет роста вновь образованных мышечных элементов;**
  - длина небеременной матки составляет 7—8 см, к концу беременности она увеличивается до 37—38 см.;**
  - поперечный размер матки возрастает с 4—5 см до 25—26 см.;**
  - масса матки увеличивается с 50 г. до 1000—1500 г в конце беременности (без плодного яйца);**
  - каждое мышечное волокно удлиняется в 10—12 раз и утолщается в 4—5 раз;**
  - стенки матки достигают наибольшей толщины к концу первой половины беременности (3—4 см), затем истончаются до 1-1,5 см.;**
  - объем полости возрастает в 500 раз;**
  - матка размягчается, увеличивает ее пластичность и эластические свойства;**
  - слизистая оболочка матки подвергается перестройке и называется децидуальной (отпадающей) оболочкой;**
  - артерии, вены и лимфатические сосуды расширяются и удлиняются, образуются новые сосуды;**
  - 4 месяца беременности плодное яйцо находится в полости матки, 4 мес нижний полюс плодного яйца помещается к перешейку, он растягивается;**

- в шейке матки количество эластических волокон увеличивается, соединительная ткань разрыхляется;
- из-за застойных явлений шейка матки становится отечной, синюшной (цианотичной);
- шеечный канал заполнен густой слизью (слизистая пробка);
- возбудимость матки в первые месяцы беременности снижается, по мере прогрессирования беременности она возрастает, достигая максимума к концу беременности;
- связки матки удлиняются и утолщаются, что способствует удержанию матки в правильном положении, как во время беременности, так и в родах. Наибольшей гипертрофии подвергаются круглые маточные и крестцово-маточные связки. Круглые маточные связки прощупываются во время беременности через переднюю брюшную стенку в виде плотных тяжей.



# Признаки беременности, выявляемые при обследовании

*Признак Горвица-Гегара* – консистенция беременной матки мягкая, причем больше в области перешейка, пальцы при исследовании встречаются в области перешейка почти без сопротивления.

*Признак Снегирева* – легкая изменяемость консистенции матки. Размягченная матка после механического раздражения уплотняется, уменьшается на незначительное время в размерах.

*Признак Пискачека* – асимметрия матки за счет выпячивания в месте имплантации плодного яйца.

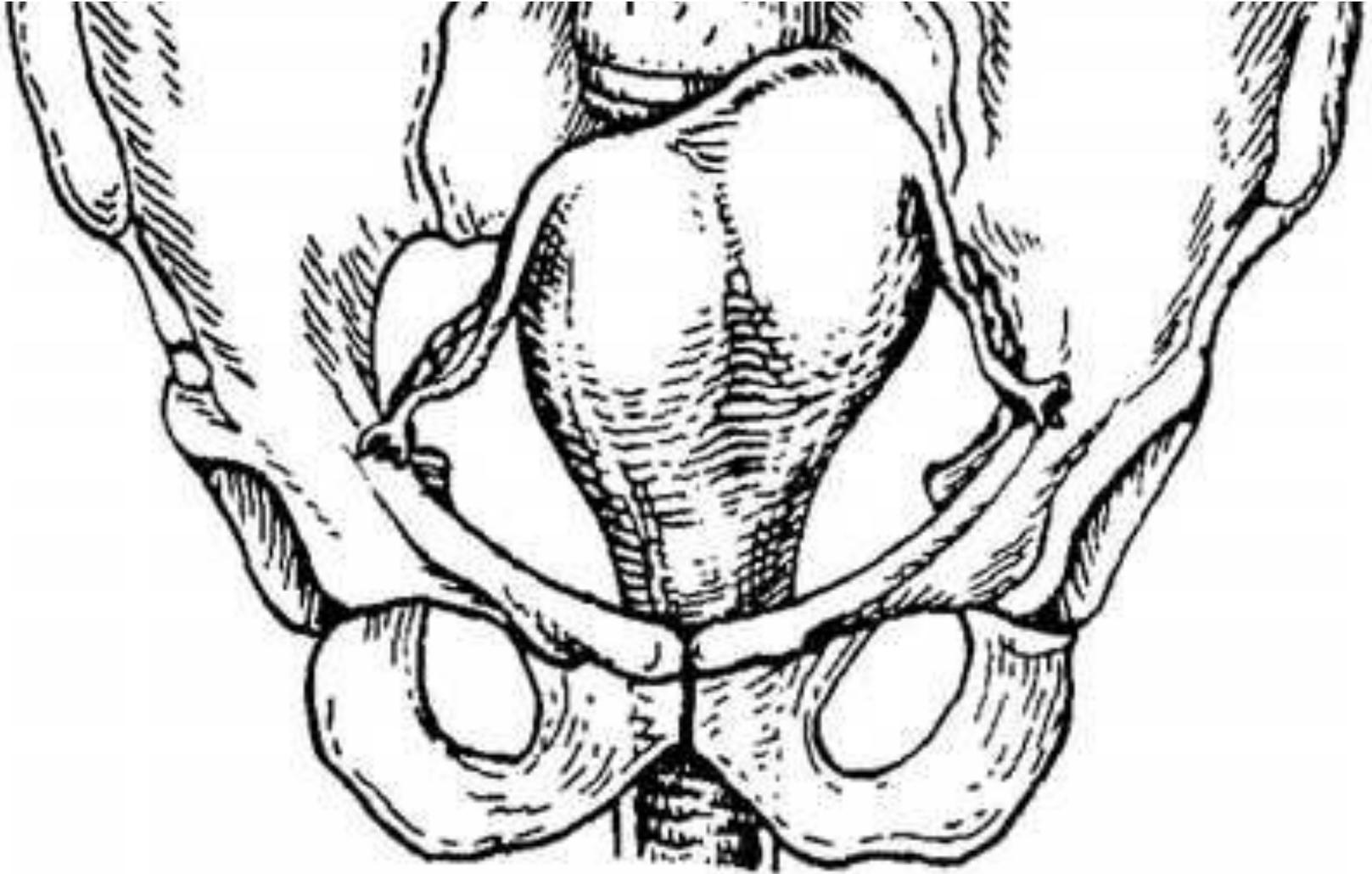
*Признак Губарева – Гаусса-* легкая смещаемость и подвижность шейки матки за счет размягчения перешейка.

*Признак Гентера* – сильный перегиб матки кпереди за счет размягчения перешейка

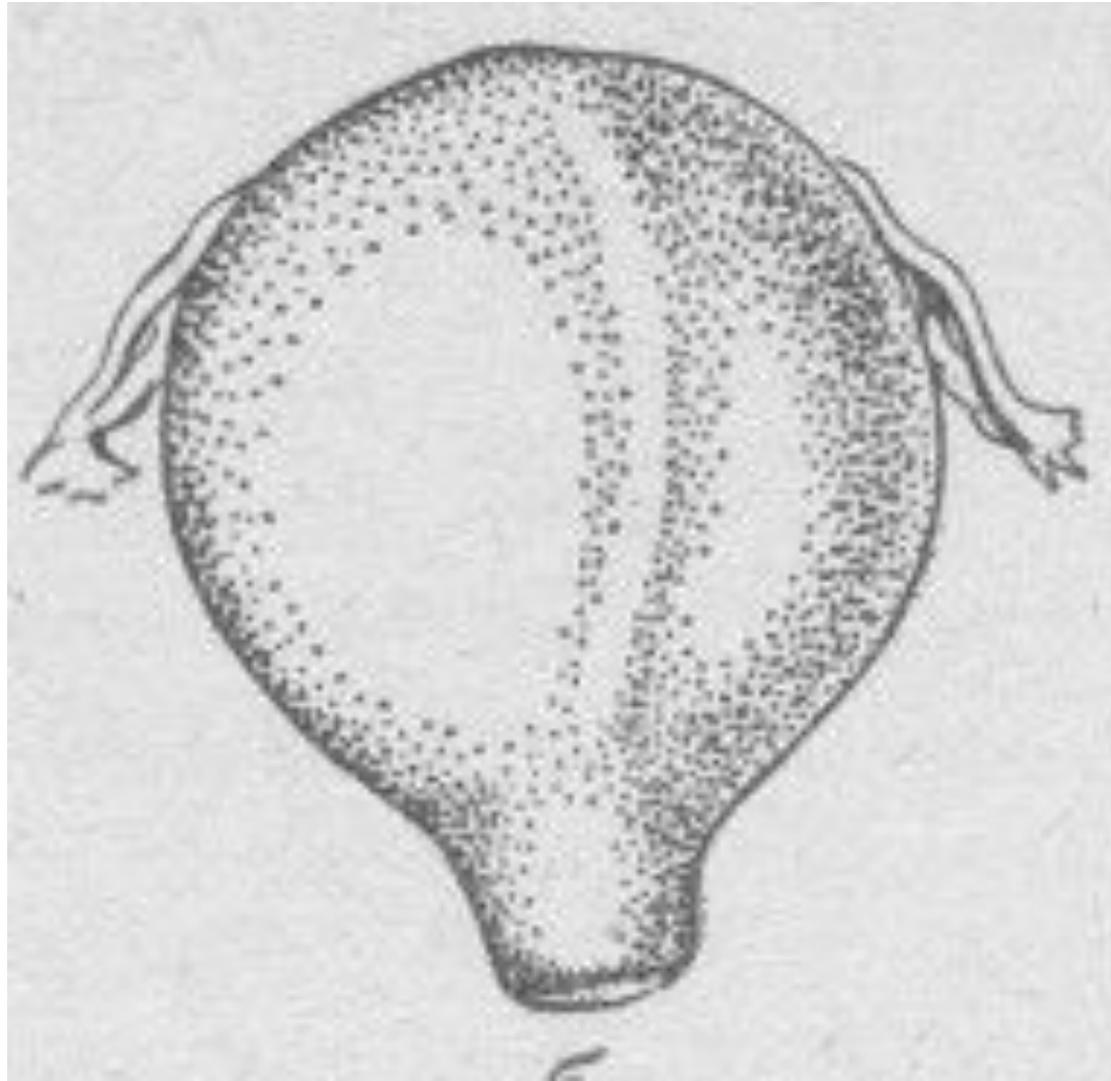
**Признак Горвица-Гегара** – консистенция беременной матки мягкая, причем больше в области перешейка, пальцы при исследовании встречаются в области перешейка почти без сопротивления.



***Признак Пискачека*** – асимметрия матки за счет выпячивания в месте имплантации плодного яйца.



# Признак Гентера – матка шаровидной формы

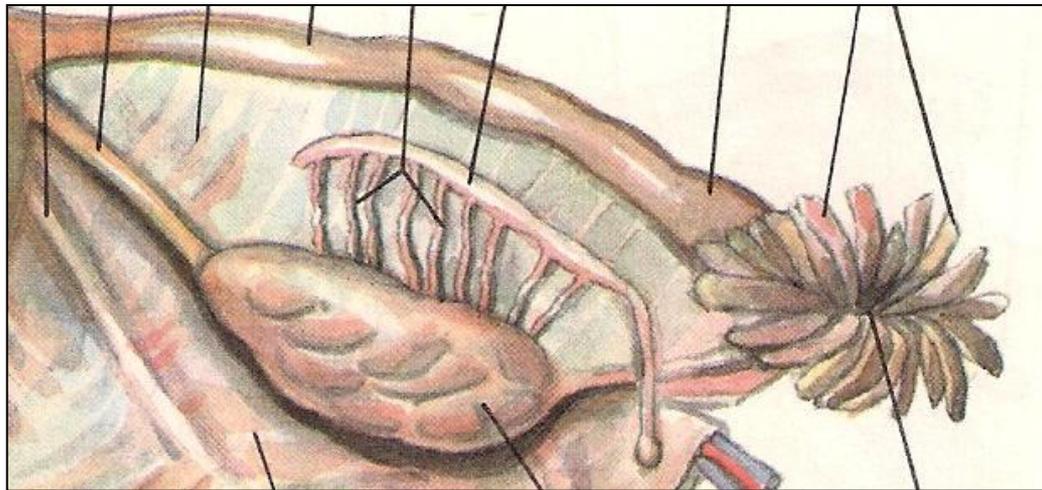


# Соответствие высоты стояния дна матки сроку беременности

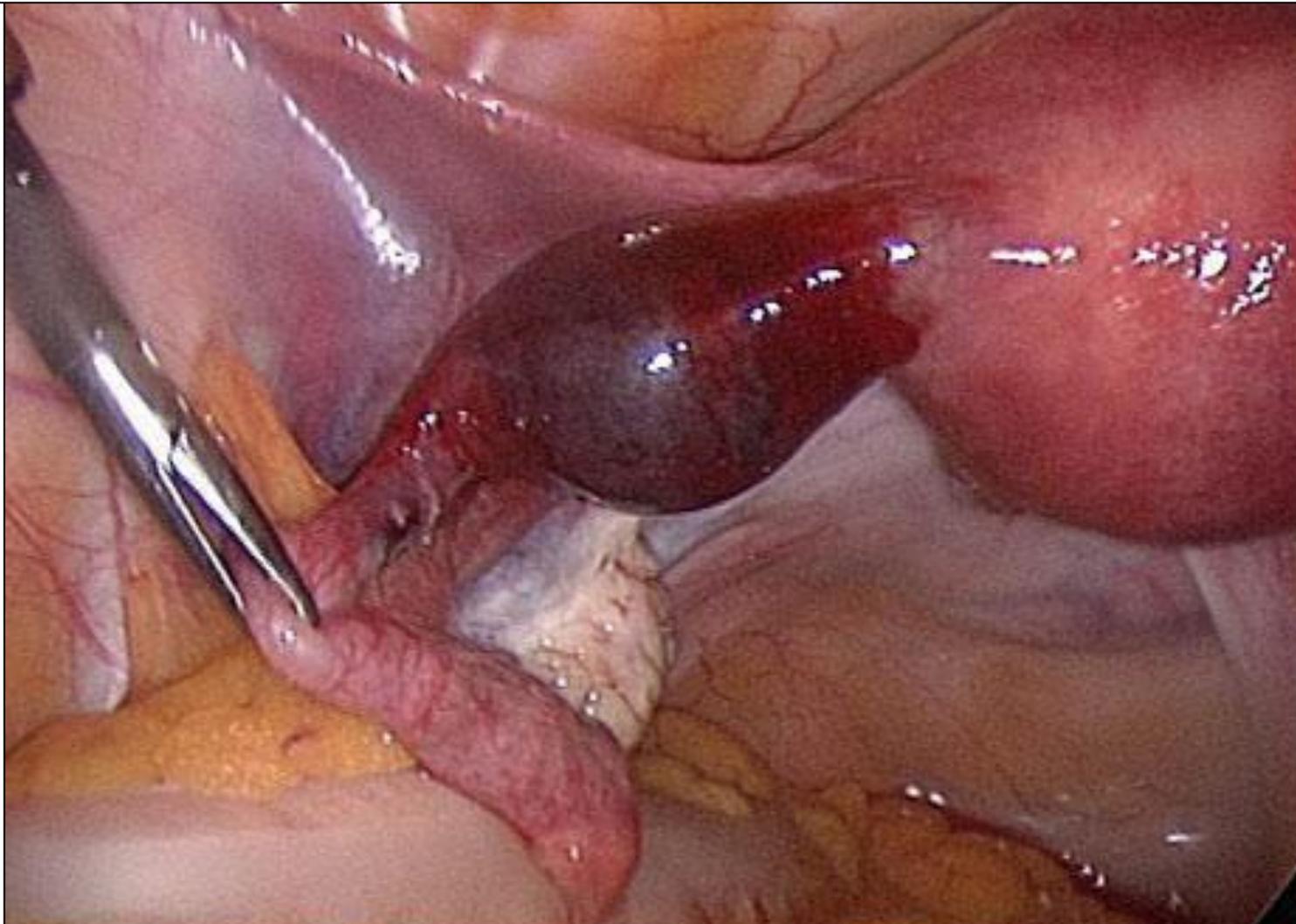
<b>Срок беременности</b>	<b>ВДМ</b>
8-9-я неделя	8-9 см
10-13-я неделя	10-11 см
14-15-я неделя	12-13 см
16-17-я неделя	14-19 см
18-19-я неделя	16-21 см
20-21 -я неделя	18-24 см
22-23-я неделя	21-25 см
24-25-я неделя	23-27 см
26-27-я неделя	25-28 см
28-29-я неделя	26-31 см
30-31-я неделя	29-32 см
32-33-я неделя	31-33 см
34-35-я неделя	32-33 см
36-37-я неделя	32-37 см
38-39-я неделя	35-38 см
40-42-я неделя	34-35 см

## *Маточные трубы*

**Утолщаются из-за гиперемии и серозного пропитывания тканей;  
-по мере прогрессирования беременности меняется положение маточных труб: они опускаются вниз вдоль боковых поверхностей матки.**



# Прогрессирующая левосторонняя трубная беременность в истмическом отделе



## ***Влагалище***

**Усиление кровоснабжения влагалища и гипертрофия его мышечных и соединительнотканых элементов;**

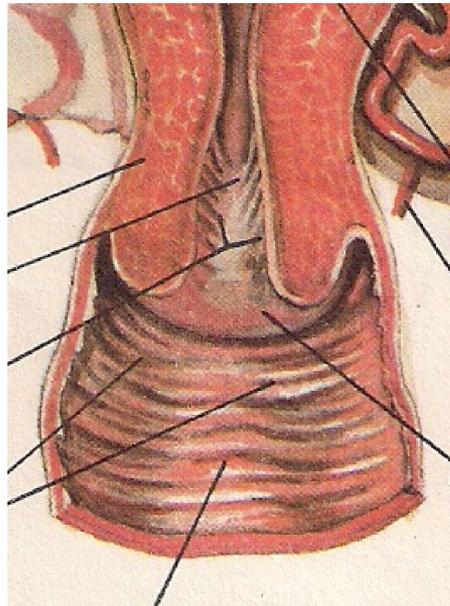
**-влагалище удлиняется, расширяется, резко выступают складки слизистой оболочки;**

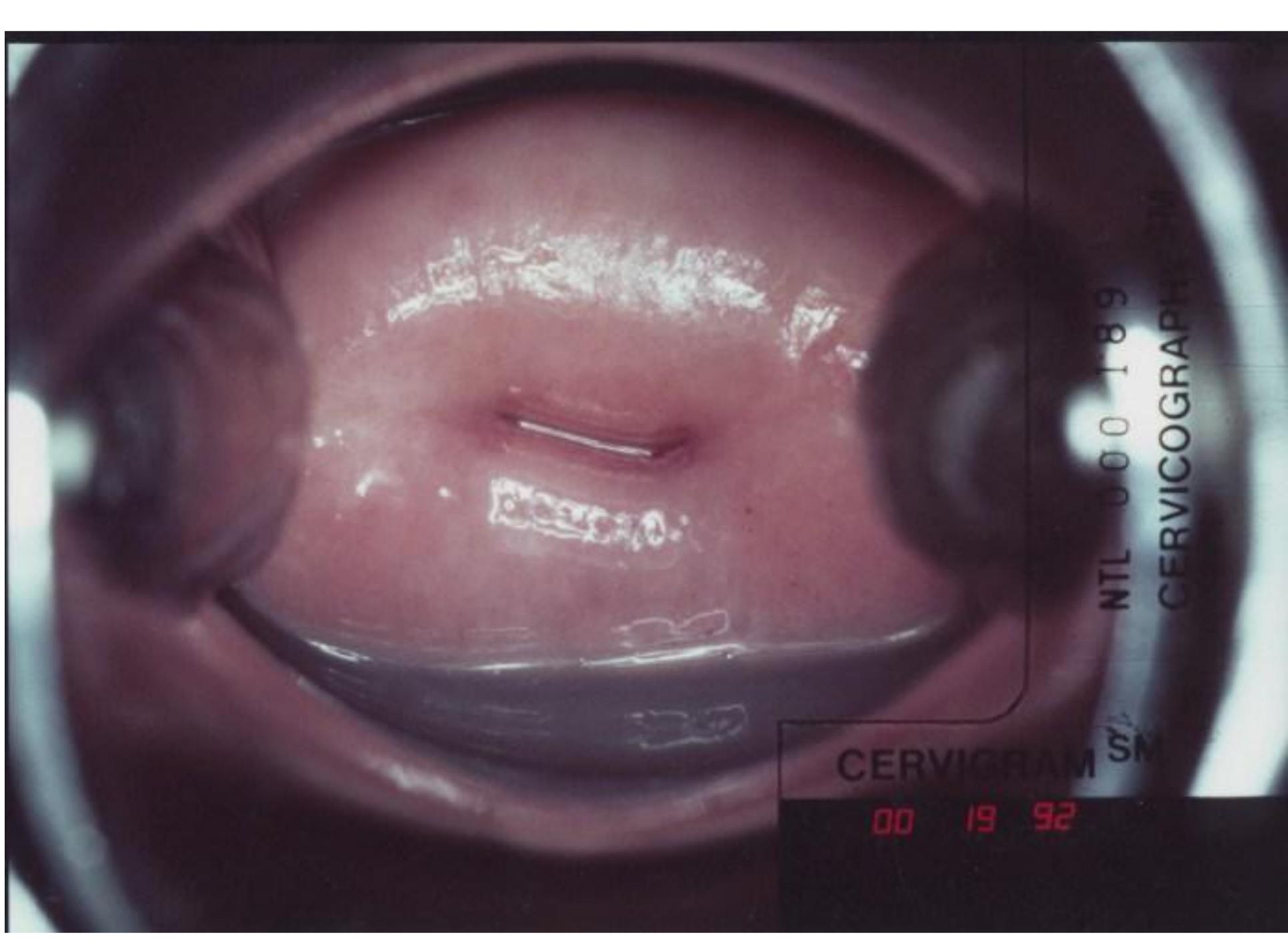
**-слизистая оболочка становится синюшной;**

**-реакция влагалищной среды кислая, в содержимом влагалища преобладают палочки Додерлейна;**

**- наружные половые органы во время беременности разрыхляются;**

**-слизистая оболочка входа во влагалище становится цианотичной.**





NTL 000 1189

CERVICOGRAPHY

CERVIGRAM

00 19 92

**Основная задача амбулаторного наблюдения беременных- предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.**

**Существует четыре этапа для использования основных рекомендаций и оптимизации медицинской помощи:**

- I. Этап планирования беременности**
- II. Этап ведения беременности**
- III. Планирование родов**
- IV. Послеродовое наблюдение**

## **Частота визитов беременной для наблюдения:**

- **Каждые 4-6 недель до 34 недель беременности ( до 20 нед.-один раз в месяц, после 20нед. через 2 нед.).**
- **Один раз в 2-3 недели с 34 до 37 недель беременности.**
- **Один раз в 1-2 недели после 38 недель беременности.**

# **Основные скрининги во время беременности**

- **Гематологические заболевания;**
  - **Хромосомная патология;**
    - **Инфекция;**
    - **Рак шейки матки;**
- **Гестационный сахарный диабет;**
  - **Преэклампсия;**
  - **Резус-сенсбилизация;**
- **Функция щитовидной железы.**

# ОСНОВНЫЕ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Параметры	Клиническое значение
Анемия	Оценка уровня гемоглобина позволяет женщинам своевременно получить лечение при развитии анемии.
Группа крови, резус-фактор	Предотвращение развития гемолитической болезни плода.
Гестационный возраст	Ультразвуковое исследование является наиболее точным в определении срока беременности от 8 до 14 недель беременности. После 24 недель беременности, используется дата последней менструации.
Вес и рост	Определение ИМТ позволяет дать соответствующие рекомендации по питанию и физической нагрузке уже в начале беременности.
Артериальное давление	Измерение артериального давления позволяет выявить женщин, которые имеют хроническую артериальную гипертензию и могут потребовать дополнительного мониторинга во время беременности.
Протеинурия	Тестирование женщин на выявление протеинурии позволяет выявить заболевания почек и развитие преэклампсии.
Обследование молочных желез	Необходимо осмотр и пальпация молочных желез при первом визите. Регулярное обследование молочных желез в дородовом периоде не требуется.
Гинекологический осмотр	Так как боль и неприятные ощущения внизу живота могут вызвать тревогу у женщины, не рекомендуется производить влагалищные исследования (кроме первого осмотра).
Депрессия	Определение симптомов депрессии позволяет определить необходимое лечение.
Насилие в семье	Всех женщин необходимо спрашивать о насилии в семье во время беременности, чтобы создать условия для дополнительной помощи и поддержки.

В соответствии с требованиями ПРИКАЗА МИНСОЦРАЗВИТИЯ РФ от 30 марта 2006 г. № 224 ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И РОДИЛЬНИЦ фельдшер обязан проводить обследование на ФАП беременных. Полученные данные заносятся фельдшером в утвержденный документ государственного образца – форма № 111\у.

МК
КН
КТ
КВ
КД
КЗ

*Облепённый на графуку*

Переливания №

Болезнь Боткина

*рвг*

Код формы по ОКУД	_____
Код учреждения по ОКПО	_____

Министерство здравоохранения РФ  
Наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ  
Форма № 111/у  
Утверждена Минздравом РФ № 1030

*тп*

*00000*

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА**  
беременной и родильницы

*тп*

Группа крови и Rh беременной	RW <sub>1</sub> « <u>  </u> » _____	200 г.
	RW <sub>2</sub> « <u>  </u> » _____	200 г.
	RW <sub>3</sub> « <u>  </u> » _____	200 г.
Титр антител	ВИЧ <sub>1</sub> « <u>  </u> » _____	200 г.
Гемотрансфузии	ВИЧ <sub>2</sub> « <u>  </u> » _____	200 г.
	ВИЧ <sub>3</sub> « <u>  </u> » _____	200 г.
	HBS <sub>1</sub> « <u>  </u> » _____	200 г.
	HBS <sub>2</sub> « <u>  </u> » _____	200 г.
Группа крови и Rh мужа	HBS <sub>3</sub> « <u>  </u> » _____	200 г.
	HCV <sub>1</sub> « <u>  </u> » _____	200 г.
	HCV <sub>2</sub> « <u>  </u> » _____	200 г.
1. Дата взятия на учет	HCV <sub>3</sub> « <u>  </u> » _____	200 г.

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая (подчеркнуть).

Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

Образование: начальное, среднее, высшее (подчеркнуть)

Место работы, телефон \_\_\_\_\_

Профессия или должность \_\_\_\_\_ Условия труда \_\_\_\_\_

Фамилия и место работы мужа, телефон \_\_\_\_\_

2. Диагноз: настоящая беременность по счету \_\_\_\_\_

Роды \_\_\_\_\_ из них преждевременные \_\_\_\_\_ Аборты \_\_\_\_\_ Выкидыши \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез \_\_\_\_\_

Осложнения данной беременности \_\_\_\_\_

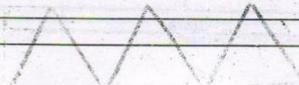
Экстрагенитальные заболевания (диагноз) \_\_\_\_\_

3. Исход беременности: аборт, роды в срок, преждевременные \_\_\_\_\_  
неделя. Дата \_\_\_\_\_

Особенности родов \_\_\_\_\_

Ребенок: живой, мертвый, масса (вес) \_\_\_\_\_ г, рост \_\_\_\_\_ см

Выписался, переведен в больницу, умер в родильном доме (подчеркнуть) - диагноз \_\_\_\_\_



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Крюкова, Д.А. Здоровый человек и его окружение: Учебник [Текст] / Д.А. Крюкова, Л.А.Лысак, О.В.Фурса. – Ростов н/Д: Феникс, 2013. – 474 с.
2. Клиническое течение физиологической беременности:  
<https://yandex.ru/search/?lr=65&clid=9403&msid=1491464368.26797.22912.25463&oprnd=1339757814&text=>
3. Патология плода  
:http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_gynaecology/transverse-lie
4. Приказ МЗ и СР РФ от 30 марта 2006 г. № 224 Об утверждении положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц
5. Радзинский, В.Е. Акушерство: Учебник [Текст] / В.Е.Радзинский. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. –904 с