

**МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин
Специальность 34.02.01 Сестринское дело**

Практическое занятие № 5

**Сестринская помощь в акушерстве. Физиологическая беременность. Диагностика
беременности. Диспансеризация**

Цели занятия:

Учебная: обобщить и систематизировать знания обучающихся о сестринской помощи и сестринском процессе в акушерстве, физиологической беременности, диагностике ранних и поздних сроков беременности, диспансеризации.

Развивающая: способствовать развитию памяти, внимания, логического мышления, творческих способностей.

Воспитательная: способствовать воспитанию ответственности при работе с пациентками.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями, **обучающийся в ходе освоения профессионального модуля**

должен уметь:

- определить срок беременности по последней менструации, ВСДМ, шевелению плода;
- проводить диагностику беременности.

Обучающийся должен знать:

- предположительные, вероятные и достоверные признаки беременности;
- изменения в организме женщины во время беременности;
- гигиену и диететику беременной женщины;
- обследование женщин в женской консультации;
- диспансеризацию беременных женщин.

А. Наглядные пособия:

Плакат «Диагностика беременности», акушерские и гинекологические фантомы, видеофильм

Б. Раздаточный материал методическая разработка для студентов, учебник, тестовые задания, задачи.

В. Технические средства обучения презентация, компьютер, проектор.

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2013, 375с.

Дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021, 720с.
2. Славянова И.К. Акушерство и гинекология / И.К.Славянова, - Ростов-на-Дону: Феникс, 2020. – 573с.
3. Дзигуа М. В. Акушерство. Руководство к практическим занятиям. / М. В. Дзигуа, А. А. Скребушевская Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей, Гэотар-Медиа. 2019.- 304 с.

Интернет-ресурсы: <http://www.rosmedic.ru/2.html> - российский медицинский информационный ресурс

План занятия

1.	Организационный момент, мотивация: 10 мин.
2.	Этап актуализации опорных знаний: 35 минут Письменно; вероятные и достоверные признаки беременности. Опрос «Физиологические изменения во время беременности».
3	Подведение итогов 5 мин
4	Демонстрационная часть: 55 минут Преподаватель демонстрирует презентацию «Внутриутробное развитие плода». Демонстрирует определение признаков беременности, манипуляции: <ul style="list-style-type: none"> – определение ВСДМ, – измерение ОЖ, – приёмы Леопольда-Левицкого.
5	Самостоятельная работа студентов - 110 мин. В процессе работы обучающиеся должны выполнить следующие задания. (Преподаватель контролирует работу, оказывает необходимую помощь). Задание № 1. Изучите информацию в методичках, при хорошем уровне знаний переходить к конспектированию алгоритмов манипуляций Задание № 2. Изучить последовательность проведения теста на беременность. Задание № 3. Перенести в дневники практических занятий таблицу 2 . Задание № 4. Записать алгоритмы манипуляций Задание № 5. Отработать алгоритмы в малых группах по 2 человека
6	Итоговый контроль: 40 минут Проводится в виде выполнения тестового контроля, выполнения задач.
7	Подведение итогов занятия: 10 минут 1. Проверка тестов 2. Выставление оценок обучающимся. 3. Домашнее задание: следующая тема «Физиологические роды. Принципы ведения родов. Первичный туалет новорождённого. Оценка состояния новорождённого. Физиологический послеродовый период. Сестринский уход в послеродовом периоде» стр 93-135 учебника И.К. Славяновой «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии»

Содержание учебной информации

Задание 1. Изучите информацию в методичках, при хорошем уровне знаний переходите к конспектированию алгоритмов манипуляций

Диагностика беременности. Определение срока беременности

Диагноз беременности является несомненным, если при обследовании определяют части плода, сердцебиение и шевеление плода -эти достоверные признаки беременности появляются не в начале ее, а в более поздние сроки (V-VI месяц). В ранние сроки диагноз беременности устанавливают на основании предположительных и вероятных признаков, но в настоящее время и на ранних сроках возможно получить достоверную информацию о наличии плодного яйца в полости матки - при ультразвуковом исследовании. Примечание: в сроки до 4-5 недель проведение УЗИ-исследования нежелательно без строгих показаний, так как высок риск негативных последствий для плода.

К предположительным (сомнительным) признакам относят проявления общих изменений, связанных с беременностью:

- перемены в аппетите (отвращение к мясу, рыбе и др.), прихоти (тяготение к острым блюдам, к необычным веществам – мелу, глине и др.), тошнота, рвота по утрам;
- изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.);
- изменения со стороны нервной системы: раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения и др.;
- пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков и околососковых кружков;
- появление растяжек (рубцов беременности);
- увеличение живота.

К вероятным признакам беременности относят изменения менструальной функции и изменения в половых органах:

- прекращение менструации;
- появление молозива из открывающихся на соске молочных ходов при надавливании на молочные железы;
- синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- изменение величины, формы и консистенции матки;
- лабораторные исследования (определение хорионического гормона в моче и крови),

Достоверные признаки:

- Определение частей плода при пальпации живота женщины (приемы Леопольда-Левицкого).
- Определение движений плода во время пальпации: ощущение движения плода при пальпации или УЗИ.
- Выслушивание сердечных тонов плода. Диагноз беременности подтверждается при выслушивании сердечных тонов плода, частота которых 120/140 в мин. Сердечные сокращения можно определять с 5-7 недель с помощью инструментальных методов исследования: ЭКГ, ФКГ, КТГ, УЗИ, а с 19-20 недель – аускультации.

Выявление вероятных признаков беременности производят путем:

- опроса;
- ощупывания молочных желез и выдавливания молозива;
- осмотра наружных половых органов и входа во влагалище;
- исследования при помощи зеркал;
- влагалищного и двуручного влагалищно-абдоминального исследования женщины.

Задержка менструации является важным признаком, особенно у женщин с регулярным циклом. Значение этого симптома увеличивается, если он сочетается с нагрубанием молочных желез и появлением в них молозива, с возникновением цианоза влагалища и особенно влагалищной части шейки матки, с изменением величины и консистенции матки.

С наступлением беременности по мере ее прогрессирования размеры матки меняются. Изменение формы матки определяют при двуручном (бимануальном) исследовании. Матка у небеременных женщин имеет грушевидную форму, несколько уплотненную в переднезаднем размере. С наступлением беременности форма матки меняется. С 5-6 недельного срока матка приобретает шаровидную форму. Начиная с 7-8 недель, матка становится асимметричной, может выпячиваться один из ее углов.

Примерно к 10 неделям матка вновь становится шаровидной, а к концу беременности приобретает овоидную форму.

На наличие беременности указывают следующие признаки:

Увеличение матки. Увеличение матки заметно на 5-6 неделе беременности; матка вначале увеличивается в переднезаднем направлении (становится шарообразной), (см. рисунок 1) позднее увеличивается и поперечный ее размер. Чем больше срок беременности, тем яснее увеличение объема матки. К концу II месяца беременности матка увеличивается до размеров гусиного яйца, в конце III месяца беременности дно матки находится на уровне симфиза или несколько выше его.

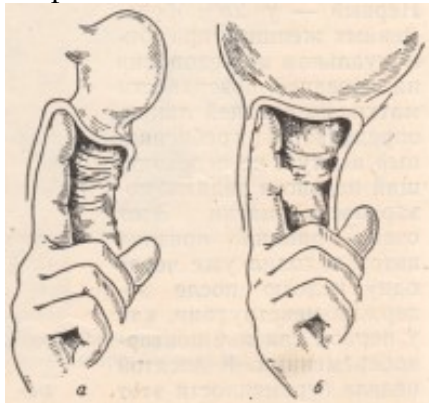


Рисунок 1 - Признак шаровидности матки при беременности.

а – матка небеременная: в боковом своде пусто; б – беременная матка: в боковом своде ощущается округленность матки (со 2-го месяца беременности).

Признак Горвица-Гегара. Консистенция беременной матки мягкая, причем размягчение выражено особенно сильно в области перешейка. Пальцы обеих рук при двуручном исследовании встречаются в области перешейка почти без сопротивления. Этот признак очень характерен для ранних сроков беременности.

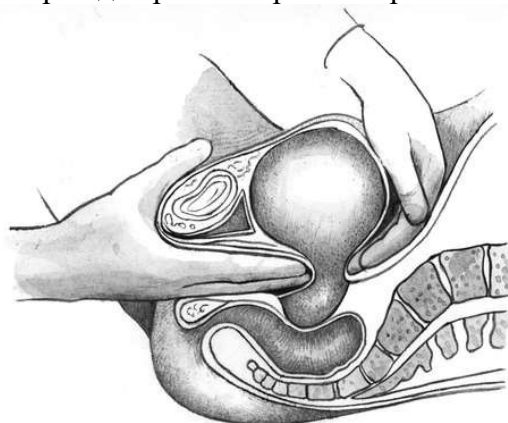


Рисунок 2 - Признак Горвица-Гегара

Признак Снегирева. Для беременности характерна легкая изменяемость консистенции матки. Размягченная беременная матка во время двуручного исследования под влиянием механического раздражения плотнеет и сокращается в размере. После прекращения раздражения матка вновь приобретает мягкую консистенцию.

Признак Пискачека. В ранние сроки беременности нередко имеет место асимметрия матки, зависящая от куполообразного выпячивания правого или левого угла ее с 7-8 недель. Выпячивание соответствует месту имплантации плодного яйца. К 10 неделям выпячивание постепенно исчезает (рисунок 3).

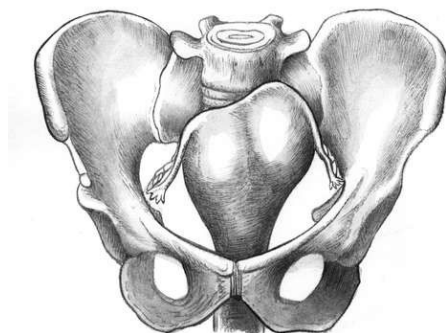


Рисунок 3. - Признак Пискачека

Губарев и Гаус обратили внимание на легкую подвижность шейки матки в ранние сроки беременности. Легкая смещаемость шейки матки связана со значительным размягчением перешейка (рисунок 4.).



Рисунок 4 - Признак беременности по Губареву-Гаусу: легкость смещения шейки в стороны.

Признак Гентера. В ранние сроки беременности имеет место усиленный перегиб матки кпереди, возникающий в результате сильного размягчения перешейка, а также гребневидное утолщение (выступ) на передней поверхности матки по средней линии. Это утолщение определяют не всегда, а только у 25% беременных женщин при бимануальном исследовании на передней поверхности матки, по средней линии, не переходит на дно и заднюю поверхность матки. Этот очень ранний признак автор находил уже через одну неделю после задержки менструации, как у перво-, так и у повторнобеременных. К десятой неделе беременности этот признак исчезает (рисунки 5а, 5б).

Таким образом, диагноз беременности устанавливают на основании данных клинического обследования. Однако в некоторых случаях при затруднении диагностики беременности или с целью дифференциальной диагностики применяют лабораторные диагностические методы. Диагностика ранних сроков беременности основана на определении в биологических жидкостях организма женщины веществ, специфичных для беременности.

Современные методы диагностики беременности делят на биологические, иммунологические, эхографические (ультразвуковая диагностика) и другие. Как биологические, так и иммунологические методы основаны на определении в биологическом материале (чаще всего в моче) хоригонадотропина (ХГ) – гормона, секретируемого хорионом. Синтез ХГ начинается с первых дней беременности и продолжается до родов с максимальной продукцией на 60-70 день после имплантации. Затем уровень его снижается и сохраняется стабильным до родов.

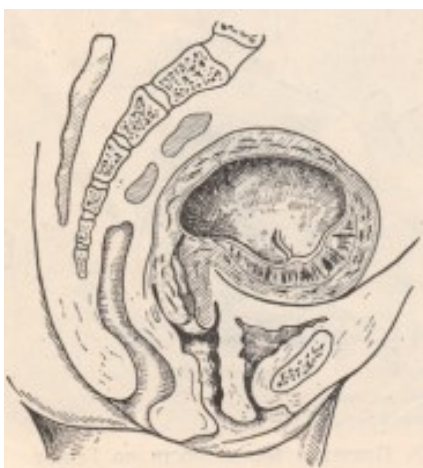
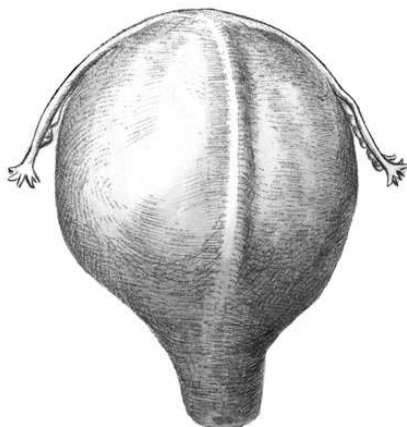


Рисунок 5а - Признак Гентера (3-й мес.) 5б Значительная антефлексия (2-й признак Гентера).

В настоящее время для диагностики ранних сроков беременности применяют **иммунологические методы**.

Иммуноферментные экспресс-методы определения ХГ или β -ХГ в моче позволяют диагностировать беременность через 1-2 недели после nidации плодного яйца.

Существуют тест-системы для быстрого определения наличия или отсутствия беременности, которыми могут пользоваться сами женщины.

Тесты на беременность, проводимые в домашних условиях, делятся на три вида:

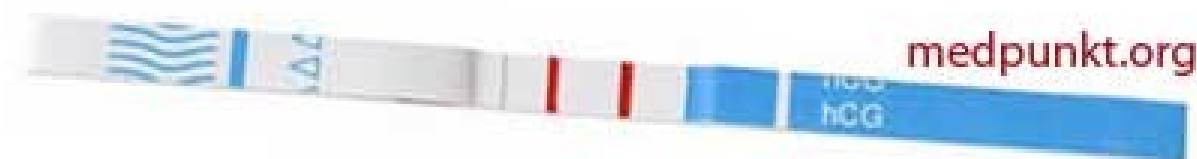


Рисунок 6 - Тест-полоска

1. Тест-полоски. Полоска в тесте на беременность покрыта реагентами - антителами к ХГЧ. При тестировании моча, проникая по капиллярам полоски, достигает тестового участка. При наличии в моче гормона беременности (ХГЧ) полоска окрашивается в другой цвет, в противном случае полоса в тестовой зоне никак не проявляется (рисунок 6).

В состав набора теста на беременность обычно входят:

- стрип-полоска в защитном пакете;
- пакетик с поглотителем влаги (в тесте не используется)

Эти тесты относятся к первому поколению методов диагностирования беременности.

Хранить набор для тестирования обычно можно при температуре от 2 до 28 градусов Цельсия, но перед использованием необходимо довести температуру до комнатной.

Тестирование на беременность можно проводить в любое время, но на ранних сроках лучше использовать первую утреннюю мочу, так как в ней концентрация гормонов наивысшая. Целесообразнее проводить тест при недельной задержке менструации.

Данный способ обладает весомым недостатком – неточность результатов, которая объясняется тем, что иногда индикатор может не пропитаться в нужной степени и выдать неверный результат. Подобное может произойти, если опустить тест-полоску ниже или держать дольше, чем описано в инструкции. К достоинствам можно отнести относительную дешевизну.

Задание 2. Изучить последовательность проведения теста на беременность.

Последовательность проведения теста на беременность

Перед проведением теста на беременность необходимо проверить срок годности теста и внимательно ознакомиться с инструкцией.

1. Собрать образец мочи в чистую сухую емкость. Не взбалтывать!
2. Вскрыть защитный пакет теста и извлечь тестовую полоску.
3. Поместить полоску в емкость с образцом мочи так, чтобы уровень мочи не превышал ограничительную линию на 1 минуту, затем извлечь полоску и положить на чистую сухую поверхность (например, на лист бумаги)
4. Посмотреть результат теста через 10 минут; на ранних сроках проведения теста (до или в самом начале задержки месячных) лучше подождать около часа. Варианты результата теста на беременность: отрицательный - одна красно-розовая линия только в зоне контроля, в тест-зоне линии нет; положительный - появление двух красно-розовых линий в тест-зоне и зоне контроля (если тест проведен на ранних сроках задержки, вторая полоса может быть слабо заметна, в этом случае стоит повторить тест через несколько дней).

Если на тесте после вышеперечисленных действий не появилось ни одной полоски - это означает, что тест был бракованным, его срок годности истек либо условия хранения были нарушены. Необходимо воспользоваться другим тестом на беременность, желательно, из другой аптеки.

Внимание! Тесты на беременность не дают положительного результата о внематочной беременности.

2. Тесты второго поколения - планшетные, более надежные, но и более дорогие. Тест состоит из двух окошек, принцип его действия следующий: сначала жидкость попадает в первое окошко, затем распространяется до слоя реактива и вступает во взаимодействие с ним. Результат Вы увидите во втором окошке.

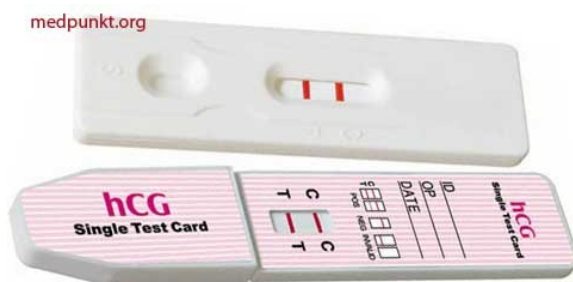


Рисунок 7 - Планшетный тест

3. Наиболее эффективным на сегодняшний день тестом на беременность является струйный тест. Тесты третьего поколения содержат в себе специальный слой голубых частиц, прочно присоединяющихся к хорионическому гонадотропину при наличии беременности. Через минуту применения Вы увидите очень точный результат. По причине высокой надежности этот тест является наиболее дорогим среди остальных видов.



Рисунок 8 - Струйный тест на беременность

Очень часто причина ложных результатов кроется в неверном применении теста. Рассмотрим типичные ошибки при использовании тестов на беременность:

- истек срок годности теста
- тест испорчен из-за неправильного хранения
- неточное выполнение указаний инструкции (например, время нахождения теста в жидкости, использование не утренней мочи, несвоевременное считывание результатов)

Вывод: всегда внимательно читайте инструкцию и следуйте ей. К сожалению, даже при идеальном выполнении всех требований по применению теста результат может оказаться ложным по следующим причинам:

ложноположительные результаты –

- ХГ производится опухолью матки (хорионэпителиома),
- внематочная беременность
- прием гормональных препаратов: к примеру, если вам вводили ХГЧ с целью индукции овуляции, то остатки этого гормона могут оставаться в вашем организме до 10 дней после последнего приёма гормонального лекарства.

ложноотрицательные результаты –

недостаток гормонов (ранний срок тестирования или угроза выкидыша, при которой уровень гормона может резко снизиться).

Лучшие тесты на беременность

По результатам опросов, фаворитами среди тестов, правильно определяющих беременность, можно выделить «Фрау-тест» и «Clear Blue». На третьем месте стоит тест "Будьте уверены". Затем в рейтинге идут "Определенность", «BB Test», «Ladie's test», «VonaDea», «Evitest», "Know Now", «Мон Ами», «Министрип».

Другие марки чаще дают ложноположительные результаты теста на беременность. Для повышения достоверности лучше купить тесты разных фирм-производителей и в разных аптеках.

Тест на раннюю беременность MediSmart основан на диагностике уровня гормона беременности (хорионического гонадотропина) на разных ее стадиях. Данный тест имеет высочайшую чувствительность к ХГЧ – до 10 мМЕ/мл, поэтому способен установить наличие беременности буквально с первых ее часов (через 7 дней после незащищенного полового акта или за 7 дней до ожидаемых месячных).

Для более точного подтверждения результатов теста на беременность можно сделать анализ крови на ХГЧ (кровь берется из вены) – в этом случае диагноз будет намного более достоверным.



Рисунок 9 – Положительный тест на беременность

Определение срока беременности и даты родов

Определение срока беременности производят на основании анамнестических данных (задержка менструации, дата первого шевеления плода), по данным объективного обследования (величина матки, размеры плода) и по данным дополнительных методов исследования (УЗИ).

Срок беременности и дату родов определяют:

По дате последней менструации. - От первого дня последней менструации отсчитывают количество дней (недель) на момент обследования беременной. Для определения даты родов к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней (10 лунных месяцев) или используют *формулу Негеле: от даты начала последней менструации отнимают 3 месяца и прибавляют 7 дней.* Данный метод не может быть использован у женщин с нерегулярным менструальным циклом.

По овуляции. Если в силу тех или иных обстоятельств женщина может назвать дату предполагаемого зачатия (редкие половые контакты, операция экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), инсеминация спермой донора), то срок беременности отсчитывают от даты зачатия, *предварительно прибавив 2 недели*, а дату родов определяют, отсчитав от даты предполагаемой овуляции 38 недель, или, используя следующую формулу: *от даты овуляции отнимают 3 месяца 7 дней.*

По первой явке. При постановке на учет по беременности обязательным моментом исследования беременной является влагалищное

исследование, при котором с определенной точностью можно определить срок беременности (см. таблицу *Величина матки и высота стояния ее дна в различные сроки беременности*).

По первому шевелению. Определение срока беременности по дате первого шевеления плода возможно во второй ее половине. В среднем первородящие женщины ощущают шевеление плода, начиная с 20 недель, а повторнородящие – с 18 недель беременности.

По высоте стояния дна матки (см таблицу)

По данным ультразвукового исследования. Точность определения срока беременности по данным ультразвукового исследования достаточно высока, особенно в I триместре беременности. Во II и III триместрах ошибка определения срока беременности этим методом повышается, что связано с конституциональными особенностями развития плода или осложнениями беременности (гипотрофия плода, диабетическая фетопатия и т.д.), поэтому определенную ценность представляет динамическое ультразвуковое наблюдение за плодом.

По дородовому отпуску. По Российскому законодательству с 30 недель беременности женщина имеет право на дородовый отпуск.

Для быстрого подсчета срока беременности и родов выпускают специальные акушерские календари.

Объективное определение срока беременности в I триместре возможно при бимануальном обследовании женщины, т. к. матка в эти сроки располагается в малом тазу. С 16 недель дно матки прощупывают над лоном и о сроке беременности судят по высоте стояния дна матки над лонным сочленением, измеренной сантиметровой лентой.

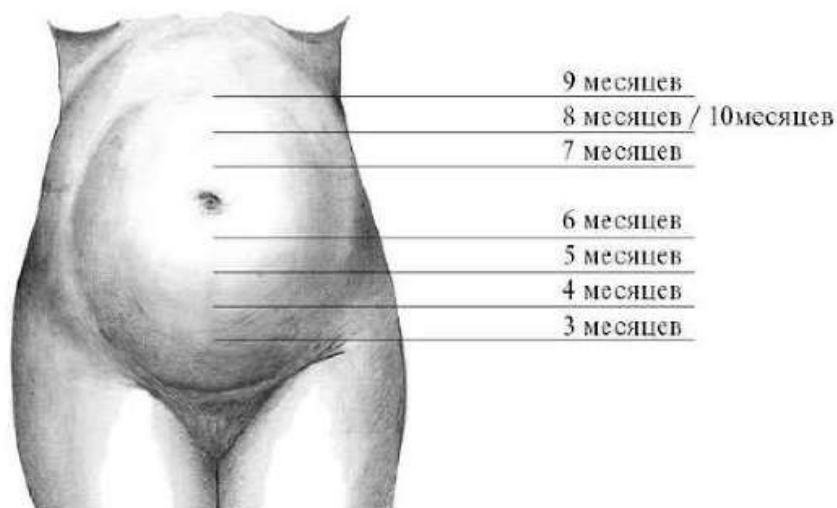


Рисунок 10 - Высота стояния дна матки в различные сроки беременности

Величина матки и высота стояния её дна представлены в таблице 1.

Таблица 1. Величина матки и высота стояния ее дна в различные сроки беременности

Срок беременности, недели	Признаки
4	Матка величиной с куриное яйцо
8	Матка величиной с гусиное яйцо
12	Матка величиной с мужской кулак, дно у верхнего края лона
16	Дно матки на середине расстояния между лоном и пупком (на 6 см выше лона)
20	Матка вытягивает живот, дно ее на расстоянии 11-12 см над лоном, появляются движения плода, выслушивается сердцебиение
24	Дно матки на уровне пупка, 22-24 см над лоном
28	Дно матки на 4 см выше пупка, 25-28 см над лоном

32	Дно матки на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, 30-32 см над лоном, окружность живота на уровне пупка 80-85 см, пупок несколько сглажен, прямой размер головки 9-10 см
36	Дно матки у реберных дуг, на уровне мечевидного отростка, окружность живота 90 см, пупок сглажен, прямой размер головки 10-12 см
40	Дно матки опускается на середину между пупком и мечевидным отростком, 32 см над лоном, окружность живота 96-98 см, пупок выпячен, прямой размер головки 11-12 см. У первородящих головка прижата ко входу в малый таз, у повторнородящих – подвижная

Измерение высоты стояния дна матки над лоном производят сантиметровой лентой, при этом женщина лежит на спине, ноги выпрямлены, мочевого пузыря должен быть опорожнён. Измеряют расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выдающейся точкой дна матки. Во второй половине беременности производят измерение окружности живота сантиметровой лентой, которую спереди накладывают на уровень пупка, а сзади – на середину поясничной области.

Срок доношенной беременности дифференцируют от 32-недельного срока не только по высоте стояния дна матки, но и по окружности живота, форме пупка и диаметру головки и её расположению (табл.2)

Задание 3. Перенести в дневники практических занятий таблицу 2 .

Таблица 2. Отличия поздних сроков беременности

Признаки	32 недели	40 недель
Окружность живота	80-85 см	90 см и более
Состояние пупка	Несколько сглажен	Выпячен
Диаметр головки плода	9-10 см	Около 11 см
Расположение головки плода	Высоко над входом в малый таз	Прижата, или фиксирована во входе в малый таз малым сегментом

Диспансеризация беременных

Стратификация риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией. На основании анамнеза, данных физикального обследования и лабораторных анализов выявляют следующие неблагоприятные прогностические факторы.

I. Социальнобиологические:

- возраст матери (до 18 лет; старше 35 лет);
- возраст отца старше 40 лет;
- профессиональные вредности у родителей;
- табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- массоростовые показатели матери (рост 150 см и менее, масса на 25% выше или ниже нормы).

II. Акушерскогинекологический анамнез:

- число родов 4 и более;

- неоднократные или осложненные аборты;
- оперативные вмешательства на матке и придатках;
- пороки развития матки;
- бесплодие;
- невынашивание беременности;
- неразвивающаяся беременность (НБ);
- преждевременные роды;
- мертворождение;
- смерть в неонатальном периоде;
- рождение детей с генетическими заболеваниями и аномалиями развития;
- рождение детей с низкой или крупной массой тела;
- осложнённое течение предыдущей беременности;
- бактериально-вирусные гинекологические заболевания (генитальный герпес, хламидиоз, цитомегалия, сифилис, гонорея и др.).

III. Экстрагенитальные заболевания:

- сердечнососудистые: пороки сердца, гипер и гипотензивные расстройства;
- заболевания мочевыделительных путей;
- эндокринопатия;
- болезни крови;
- болезни печени;
- болезни легких;
- заболевания соединительной ткани;
- острые и хронические инфекции;
- нарушение гемостаза;
- алкоголизм, наркомания.

IV. Осложнения беременности:

- рвота беременных;
- угроза прерывания беременности;
- кровотечение в I и II половине беременности;
- гестоз;
- многоводие;
- маловодие;
- плацентарная недостаточность;
- многоплодие;
- анемия;
- Rh и АВ0 изосенсибилизация;
- обострение вирусной инфекции (генитальный герпес, цитомегалия, др.);
- анатомически узкий таз;
- неправильное положение плода;
- переносимая беременность;
- индуцированная беременность.

Для количественной оценки факторов используют балльную систему, дающую возможность не только оценить вероятность неблагоприятного исхода родов при действии каждого фактора, но и получить суммарное выражение вероятности всех факторов.

Исходя из расчетов оценки каждого фактора в баллах, авторы выделяют следующие степени риска: низкую — до 15 баллов; среднюю — 15–25 баллов; высокую — более 25 баллов. Самая частая ошибка при подсчете баллов заключается в том, что врач не суммирует показатели, кажущиеся ему несущественными.

Первый балльный скрининг проводят при первой явке беременной в женскую консультацию. Второй — в 28–32 нед, третий — перед родами. После каждого скрининга уточняют план ведения беременности. Выделение группы беременных с высокой степенью риска позволяет организовать интенсивное наблюдение за развитием плода от начала беременности.

С 36 нед беременности женщин из группы среднего и высокого риска повторно осматривают заведующий женской консультацией и заведующий акушерским отделением, в которое беременная будет госпитализирована до родов.

Этот осмотр является важным моментом в ведении беременных из групп риска. В тех районах, где нет родильных отделений, беременных госпитализируют для профилактического лечения в определенные акушерские стационары.

Поскольку дородовая госпитализация для обследования и комплексной подготовки к родам для женщин из групп риска является обязательной, то срок госпитализации, предположительный план ведения последних недель беременности и родов должны вырабатываться совместно с заведующим акушерским отделением. Дородовая госпитализация в срок, определенный совместно врачами консультации и стационара, — последняя, но очень важная задача женской консультации. Своевременно госпитализировав беременную из групп среднего или высокого риска, врач женской консультации может считать свою функцию выполненной.

Группа беременных с риском возникновения перинатальной патологии. Установлено, что 2/3 всех случаев ПС встречается у женщин из группы высокого риска, составляющих не более 1/3 общего числа беременных.

На основе данных литературы, собственного клинического опыта, а также многоплановой разработки историй родов при изучении ПС О. Г. Фролова и Е. Н. Николаева (1979) определили отдельные факторы риска. К ним отнесены только те факторы, которые приводили к более высокому уровню ПС по отношению к этому показателю во всей группе обследованных беременных. Все факторы риска авторы делят на две большие группы: пренатальные (А) и интранатальные (В).

Пренатальные факторы в свою очередь подразделяют на 5 подгрупп:

- социальнобиологические;
- акушерскогинекологического анамнеза;
- экстрагенитальной патологии;
- осложнений настоящей беременности;
- оценки состояния внутриутробного плода.

Интранатальные факторы также были разделены на 3 подгруппы. Это факторы со стороны:

- матери;
- плаценты и пуповины;
- плода.

Среди пренатальных выделяют 52 фактора, среди интранатальных — 20. Таким образом, всего выделено 72 фактора риска.

Дневные стационары организуют при амбулаторнополиклинических учреждениях (женская консультация), родильных домах, гинекологических отделениях многопрофильных больниц в целях улучшения качества медицинской помощи беременным и гинекологическим больным, не требующим круглосуточного наблюдения и лечения.

· Стационар осуществляет преемственность в обследовании, лечении и реабилитации больных с другими учреждениями здравоохранения: при ухудшении состояния больных женщин переводят в соответствующие отделения больницы.

· Рекомендуемая мощность дневного стационара — не менее 5–10 коек. Для обеспечения полноценного лечебно- диагностического процесса длительность пребывания больной в дневном стационаре должна быть не менее 6–8 ч в сутки.

· Руководство дневным стационаром осуществляет главный врач (заведующий) учреждения, на базе которого организовано данное структурное подразделение.

· Штаты медицинского персонала и режим работы дневного стационара женской консультации зависят от объёма оказываемой помощи. На каждую пациентку дневного стационара заводится «Карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице».

· Показания к отбору беременных для госпитализации в стационар дневного пребывания:

- вегетососудистая дистония и гипертоническая болезнь в I и II триместрах беременности;
- обострение хронического гастрита;
- анемия (Hb не ниже 90 г/л);
- ранний токсикоз при отсутствии или наличии транзиторной кетонурии;
- угроза прерывания беременности в I и II триместрах при отсутствии в анамнезе привычных выкидышей и сохранённой шейке матки;
- критические сроки беременности при невынашивании в анамнезе без клинических признаков угрозы прерывания;
- медикогенетическое обследование, включающее инвазивные методы (амниоцентез, биопсия хориона и др.) у беременных группы высокого перинатального риска при отсутствии признаков угрозы прерывания беременности;
- немедикаментозная терапия (иглорефлексотерапия, психо и гипнотерапия и др.);
- резусконфликт в I и II триместрах беременности (для обследования, проведения неспецифической десенсибилизирующей терапии);
- подозрение на ПН;
- подозрение на порок сердца, патологию мочевыделительной системы и др.;
- проведение специальной терапии при алкоголизме и наркомании;
- при выписке из стационара после наложения швов на шейку матки по поводу ИЦН;
- продолжение наблюдения и лечения после длительного пребывания в стационаре.

Автор: Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой 2009г.

Задание 4. Записать алгоритмы манипуляций

Алгоритмы манипуляций

Измерение высоты стояния дна матки и окружности живота

Оснащение: кушетка, индивидуальная пеленка, сантиметровая лента.

1. Провести психологическую подготовку пациентки, получить информированное согласие на выполнение процедуры и предложить застелить индивидуальную пеленку на кушетку.

Примечание. Обязательно предупредите пациентку, чтобы она перед исследованием освободила мочевой пузырь.

2. Вымыть и осушить руки.

Примечание. Руки должны быть сухие, чистые и теплые.

3. Помочь пациентке лечь на кушетку на спину и попросить обнажить живот и поясничную область, ноги свести вместе и вытянуть.
4. Взять сантиметровую ленту, подойти к кушетке и стать справа от пациентки.
5. Держа начало сантиметровой ленты большим и указательным пальцами правой руки, пропальпировать указательным пальцем середину верхнего внешнего края симфиза и прижать к нему нулевую отметку.
- 6.левой рукой развернуть сантиметровую ленту так, чтобы она разместилась по средней линии живота.
7. Ребром ладони левой руки отыскать дно матки, осторожно нажимая на живот, двигаясь по направлению от симфиза к мечевидному отростку.
8. Осторожно нажать левой рукой на дно матки, тем самым прижимая плод ко входу в малый таз.
9. По ребру левой ладони, которая прижимает сантиметровую ленту, определить цифру, соответствующую высоте стояния дна матки над лобком.
10. Запомнить ее.
11. Взять сантиметровую ленту в левую руку.
12. Попросить женщину поднять таз, упершись стопами ног в кушетку.
- 13.левой рукой подать, а правой рукой перехватить начало сантиметровой ленты под женщиной.
14. Протянуть определенное количество сантиметровой ленты, разместив ее посередине поясничной области, у верхнего угла ромба Михаэлиса.

Примечание. Следите, чтобы сантиметровая лента не перекрутилась и находилась в обеих руках одинаковой шкалой вверх.

15. Попросить женщину опустить таз.
16. Правой рукой положить начало сантиметровой ленты на живот на уровне пупка.
- 17.левой рукой положить сантиметровую ленту так, чтобы части ленты перекрестились, убрать правую руку.

Примечание. Следите, чтобы пальцы не оказались под сантиметровой лентой.

18. Посмотреть на шкалу и определить цифру, совпавшую с нулевой отметкой сантиметровой ленты. Это и есть величина окружности живота.
19. Запомнить ее.
20. Попросить женщину поднять таз, упершись стопами ног в кушетку.
21. Вывести сантиметровую ленту из-под женщины.
22. Помочь пациентке подняться, если не будет проводиться другое исследование.
23. Продезинфицировать использованное оборудование.
24. Вымыть и осушить руки.
25. Сделать отметку в соответствующей медицинской документации.

Определение расположения плода в матке (приемы Леопольда)

Основной метод наружного акушерского исследования беременной во второй половине беременности и в родах – пальпаций (ощупывание) живота.

При пальпации живота беременной определяют высоту стояния дна матки (ВСДМ), положение плода, позицию, вид плода, его предлежащую часть, отношение предлежащей части ко входу в таз. Ощущают шевеления плода, получают

представление о количестве околоплодных вод, определяют состояние брюшной стенки (избыточное отложение жира, перерастяжение мышц, расхождение прямых мышц и др.)

При осуществлении этой манипуляции необходимо:

- Объяснить женщине цель и ход предстоящей манипуляции, предупредив о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- Получить согласие на исследование;
- Расстелить на кушетке индивидуальную клеенку и чистую пленку;
- Попросить женщину лечь на кушетке в положение «на спине» с выпрямленными ногами, для расслабления мышц живота предложить ей слегка согнуть ноги в тазобедренном и коленном суставах;
- Сесть или встать рядом с кушеткой справа, лицом к женщине;
- Провести определение расположения плода в матке, используя четыре приема наружного акушерского исследования (приемы Леопольда)

1-ый прием – определяется высота стояния дна матки и часть плода, находящаяся у дна матки.

Для определения высоты стояния дна матки необходимо:

- Ладони обеих рук, обращенные друг к другу концами пальцев, расположить на уровне дна матки;
- Сблизить пальцы рук;
- Осторожно надавливая вниз, определить уровень стояния матки;
- Сантиметровой лентой, пропустив её между указательным и средним пальцем левой руки, измерить ВСДМ, начиная измерение от верхнего края лонного сочленения;
- Определить часть плода, располагающуюся у дна матки – чаще это мягковатая крупная часть – ягодички.

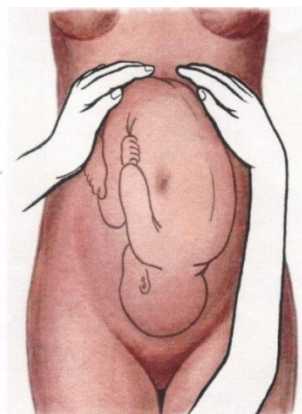
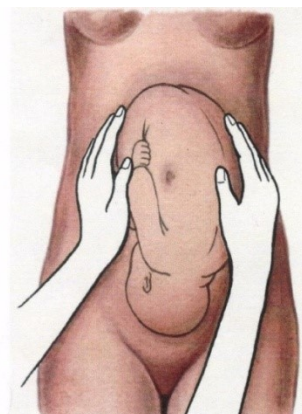


Рисунок 11. -1 прием Леопольда.



2 прием Леопольда.

2-ой прием – определяется спинка и мелкие части плода, по которым судят о положении, позиции плода и её виде.

Для проведения этой манипуляции необходимо:

- Переместить обе руки со дна матки книзу по бокам живота, расположив и на боковых поверхностях матки;
- Бережно надавливая на боковые стенки матки ладонями и пальцами поочередно левой и правой руки, определить, в какую сторону обращены спинка и мелкие части плода.

Положение бывает продольное, поперечное, косое.

Позиция 1-ая – спинка обращена к левой стороне;

2-ая – спинка обращена к правой стороне матки.

Вид передний – спинка обращена к передней поверхности матки; задний вид – спинка обращена к задней поверхности матки.

3-й прием – определяется предлежащая часть плода.

Для определения предлежащей части необходимо:

- Одну руку (обычно правую) раскрытой ладонью положить немного выше лонного сочленения;
- Расположить так, чтобы большой палец находился на одной стороне, а четыре других – на другой стороне нижнего сегмента матки;
- Медленно и осторожно погрузить пальцы вглубь, охватывая предлежащую часть;
- Осторожно произвести движения рукой вправо и влево.
- Чаще предлежащей частью является головка – плотная округлая часть способная баллотированию.

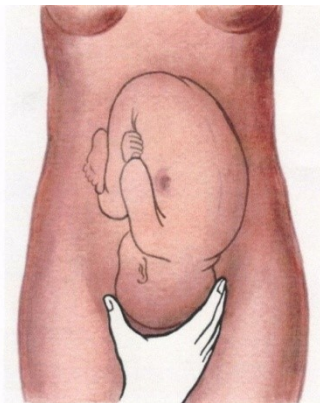
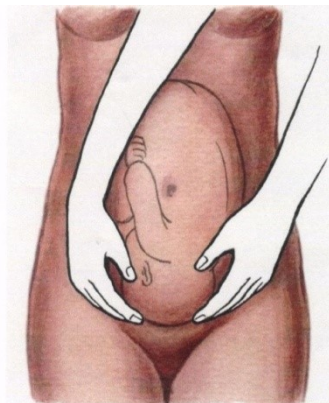


Рисунок 12. - 3 прием Леопольда.



4 прием Леопольда.

4-ый прием – у беременной – определение предлежащей часть плода, её местонахождение (уровень стояния), у роженицы – определение продвижения головки плода во входе в малый таз.

Для проведения этой манипуляции необходимо:

- Встать или сесть лицом к ногам женщины;
- Ладони обеих рук расположить на нижнем сегменте матки справа и слева, доходя пальцами до симфиза;
- Вытянутыми пальцами осторожно и медленно проникнуть между предлежащей частью и боковыми отделами входа в таз;
- Осторожно прощупать доступные участки предлежащей части и высоту её стояния.
- Если пальцы рук соприкасаются – головка над входом в малый таз.
- Если пальцы рук располагаются параллельно друг другу – головка малым сегментом во входе в малый таз.
- Если пальцы расходятся, а лучезапястные суставы сходятся – головка большим сегментом во входе в малый таз.

Итоговый контроль

1. Тестирование «Диагностика беременности»

(Выберите ОДИН правильный ответ)

1. Признак Горвица-Гегара:
 - а. сокращение матки при исследовании,
 - б. асимметрия матки,
 - в. чрезмерное размягчение перешейка матки,
 - г. чрезмерная подвижность шейки матки
2. Признак Пискачека:
 - а. сокращение матки при исследовании,
 - б. асимметрия матки,
 - в. чрезмерное размягчение перешейка матки,
 - г. чрезмерная подвижность шейки матки.
3. Тошнота по утрам:
 - а. вероятный признак беременности,
 - б. достоверный признак беременности,
 - в. предположительный признак беременности.
4. Иммунологические признаки -
 - а. вероятный признак беременности,
 - б. достоверный признак беременности,
 - в. предположительный признак беременности.
5. Визуализация плода при УЗИ:
 - а. вероятный признак беременности,
 - б. достоверный признак беременности,
 - в. предположительный признак беременности.
6. Вторым приёмом Леопольда-Левицкого определяют:
 - а. предлежание,
 - б. высоту стояния дна матки, часть плода у дна матки
 - в. положение, позицию, вид.
7. Увеличение молочных желёз, выделение молозива это:
 - а. вероятный признак беременности,
 - б. достоверный признак беременности,
 - в. предположительный признак беременности.
8. Увеличение размеров матки это:
 - а. вероятный признак беременности,
 - б. достоверный признак беременности,
 - в. предположительный признак беременности.
9. Выслушивание с/биения плода акушерским стетоскопом:
 - а. вероятный признак беременности,
 - б. достоверный признак беременности,
 - в. предположительный признак беременности.
10. Отношение продольной оси плода к продольной оси матки это:
 - а. членорасположение плода,
 - б. положение плода,
 - в. вид плода,
 - г. позиция плода.
11. Первым приёмом Леопольда-Левицкого определяют:
 - а. ВСДМ и предлежащую часть,
 - б. предлежащую часть,
 - в. ВСДМ и часть плода, находящуюся у дна матки,
 - г. положение , позицию, вид.

12. Расстояние между отдалёнными точками гребней подвздошных костей:
- а. 25-26,
 - б. 28-29 см,
 - в. 20-21,
 - г. 30-31 см.
13. Кровь на ВУИ:
- а. на хламидиоз, токсоплазмоз, ВПГ, мико- и уреаплазмоз, цитомегаловирус,
 - б. на гепатит В, гепатит С,
 - в. на гонорею, трихомониаз, сифилис.
14. При каждом посещении консультации у беременной должны измерить АД:
- а. на двух руках,
 - б. на одной руке,
 - в. на одной руке дважды с интервалом в 10 минут.
15. Укажите размеры нормального таза
- а. 22-25-29-18-9,
 - б. 23-25-28-17-8,
 - в. 25-28-31-20-11,
 - г. 25-28-29-20-11.
16. Декретный отпуск при физиологической беременности с:
- а. 28 недель,
 - б. 32 недель,
 - в. 30 недель,
 - г. 26 недель
17. Предлежит головка, спинка обращена кпереди и влево:
- а. головное предлежание, задний вид, 2 позиция.
 - б. головное предлежание, передний вид, 1 позиция
 - в. головное предлежание, задний вид, 1 позиция,
 - г. головное предлежание, задний вид, 2 позиция
18. Индекс Соловьёва это:
- а. объём лучезапястного сустава,
 - б. объём голеностопного сустава,
 - в. толщина брюшной стенки.
19. Отношение спинки и головки плода к боковым стенкам матки это:
- а. положение,
 - б. позиция,
 - в. членорасположение,
 - г. вид.
20. Сердцебиение плода акушерским стетоскопом выслушивают с:
- а. 20 недель беременности,
 - б. 16 недель беременности,
 - в. С 24 недель беременности.

2. Фронтальный опрос

1. Сколько длится беременность в днях, неделях, месяцах.
2. При физиологической беременности в каком сроке предоставляют декретный отпуск?
3. При многоплодной беременности в каком сроке положен декретный отпуск?
4. В 24 недели беременности ВСДМ находится на каком уровне.
5. Каков наивысший уровень стояния дна матки, в каком сроке он определяется?
6. На каких сроках беременности ВСДМ примерно одинакова?
7. Матка размером с гусиной яйцо – срок беременности какой?
8. Назовите нормальные размеры таза у беременной.
9. Можно измерять ОЖ у беременной, если она стоит?
10. Как определить индекс массы тела у беременной.
11. Можно ли беременным работать в ночные смены?
12. Органогенез у плода в основном завершается к какой неделе беременности?
13. Бластогенез длится какой промежуток времени?
14. Эмбриональный период длится с какого по какой период внутриутробного развития?
15. Назовите оболочки плода.
16. Если беременная женщина курит, каковы могут быть последствия для плода?
17. Матка размером с головку новорождённого, или с мужской кулак – какой срок беременности?
18. В каких биологических жидкостях определяют ХГЧ у беременной?
19. Какие специалисты кроме акушера - гинеколога должны проконсультировать женщину во время беременности?
20. Срок беременности и дату родов определяют: