

УРЮПИНСКИЙ ФИЛИАЛ
ГБПОУ “ВОЛГОГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ”

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 1

Тема: Структура акушерской помощи. Сестринский уход при физиологическом течении беременности. Антенатальная охрана плода.

При освоении ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах
МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
Часть 3. Сестринский уход в акушерстве и гинекологии
3.1. Сестринское дело в акушерстве

Специальность 060501 Сестринское дело базовой подготовки СПО Курс III

Обучающийся должен знать:

- основные принципы организации акушерско-гинекологической помощи;
- цели и задачи акушерско-гинекологической помощи;
- структуру акушерского стационара;
- санитарно-эпидемиологический режим акушерского стационара, особенности акушерской асептики;
- структуру, основные направления работы женской консультации;
- принципы обследования и наблюдения беременных в женской консультации;
- физиологические изменения в организме беременной;
- критические периоды внутриутробного развития плода.

Содержание:

1. Организация работы женской консультации и акушерского стационара. Основные акушерские понятия.
2. Физиологические изменения в организме женщины, связанные с беременностью.
3. Принципы обследования и наблюдения беременных в женской консультации.
4. Критические периоды внутриутробного развития плода.

1. Организация работы женской консультации и акушерского стационара. Основные акушерские понятия.

Акушерство- наука, изучающая физиологические и патологические явления в женском организме от момента зачатия до окончания послеродового периода в отношении к матери и плоду.

Акушерство - наука о физиологических и патологических процессах, возникающих в организме женщины в связи с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом.

Акушерство - наука о беременности, родах и послеродовом периоде, их физиологии и патологии и рациональной помощи беременной, роженице, родильнице.

Акушерство — одна из древнейших отраслей медицины.

Особенности акушерской науки:

1. Собственная терминология.
2. Собственные принципы организации акушерско-гинекологической помощи.
3. Оказание помощи не только при патологии, но и при физиологических родах.
4. Массовость населения, нуждающегося в оказании акушерской помощи.
5. Ответственность и за женщину, и за ребёнка.
6. Это специальность хирургического профиля.

В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовый период, разделяются на три группы по возможности оказания медицинской помощи:

а) **первая группа** - акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога;

б) **вторая группа** - акушерские стационары (родильные дома (отделения), в том числе профилизованные по видам патологии), имеющие в своей структуре палаты

интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реаниматологии) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, а также межрайонные перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии (палаты интенсивной терапии) для женщин и отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;

в) третья А группа - акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

г) третья Б группа - акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения акушерской, гинекологической и неонатальной патологии и осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров субъектов Российской Федерации.

Структура работы акушерского стационара.

Структура акушерского стационара регламентирована [ПРИКАЗОМ](#) от 1 ноября 2012 г. N 572н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)" ([Приложение №6](#)).

Рекомендуемая структура родильного дома (отделения):

1. акушерский стационар:

1.1. приемное отделение;

1.2. отделение патологии беременности: *палаты для беременных женщин; манипуляционная; процедурный кабинет;*

1.3. физиологическое родовое отделение: *смотровая; предродовая палата; родовый зал (индивидуальный родовый зал); операционный блок: предоперационная; операционная; материальная; послеродовое палатное отделение: палаты для родильниц; палаты для совместного пребывания матери и ребенка; манипуляционная; процедурный кабинет;*

1.4. наблюдательное родовое отделение: *смотровая; палата патологии беременности; предродовая палата; родовый зал (индивидуальный родовый зал); операционный блок: предоперационная; операционная; материальная; послеродовое палатное отделение: палаты для родильниц; палаты для совместного пребывания матери и ребенка; манипуляционная; процедурный кабинет; изолятор (мельтцеровский бокс).*

Допускается отсутствие наблюдательного отделения при наличии палат на 1 - 2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу наблюдательного отделения.

1.5. отделение анестезиологии-реаниматологии (палаты интенсивной терапии) для женщин: *палата (пост) интенсивной терапии для женщин; акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;*

2. отделения неонатологического профиля:

2.1. отделение новорожденных физиологическое: *палаты для новорожденных; кабинет вакцинопрофилактики новорожденных; молочная комната; выписная комната; процедурный кабинет; вспомогательные помещения;*

2.2. отделение новорожденных при наблюдательном отделении: *палаты для новорожденных; выписная комната; процедурный кабинет;*

2.3. палата (пост) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;

3. гинекологическое отделение;

4. клиничко-диагностическая лаборатория;

5. кабинет функциональной диагностики;

6. физиотерапевтический кабинет;

7. рентгеновский кабинет;

8. централизованное стерилизационное отделение;

9. административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами: администрация; пищеблок; бухгалтерия; отдел кадров; отдел снабжения; аптека; техническая служба.

Акушерский стационар представляет собой сложное по структуре лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания квалифицированной акушерской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным на основе достижений современной науки и техники.

В акушерских стационарах рекомендуются семейно-ориентированные (партнерские) роды.

В процессе родов необходимо ведение партограммы.

В течение родов и в первые дни после рождения выполняется комплекс мероприятий, направленных на профилактику гипотермии новорожденных.

В родильном зале рекомендуется обеспечить первое прикладывание ребенка к груди не позднее 1,5 - 2 часов после рождения продолжительностью не менее 30 минут и поддержку грудного вскармливания.

В послеродовых отделениях рекомендуется совместное пребывание родильниц и новорожденных, свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку.

Рекомендуемое время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов - 3 суток.

Перед выпиской родильнице предлагается проведение УЗИ органов малого таза.

При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка) и профилактике нежеланной беременности.

После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.

Особенности акушерской асептики.

Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утвержденная Главным санитарным врачом РФ в 2011 г., вводит широкое понятие «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи» (ИСМП) вместо термина «внутрибольничная инфекция» (ВБИ).

ИСМП – это случаи инфекции, связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в стационарных и амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и не только), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

Основной целью Национальной Концепции профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи является определение стратегии профилактики ИСМП для снижения уровня заболеваемости и связанной с ней нетрудоспособности, смертности пациентов, а также социального и экономического ущерба на основе разработки теоретических основ управления ИСМП и внедрения в практику здравоохранения научно обоснованной системы эпидемиологического надзора и комплекса эффективных организационных, профилактических, противозидемических и лечебно-диагностических мероприятий.

Осуществление профилактики ВБИ в акушерских стационарах осуществляется согласно [СанПиН 2.1.3.2630-10](#) "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность"(IV.Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях).

Приемно-смотровое отделение.

При поступлении беременной женщины в акушерский стационар (отделение) вопрос о госпитализации в физиологическое или наблюдательное отделение "мать-дитя" решается на основании данных обменной карты, опроса и осмотра поступающей в стационар женщины. Следует обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и наблюдательное отделения.

При поступлении роженицы проводится медицинский осмотр, санитарная обработка. Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы в обязательном порядке не проводятся. Душ назначается всем пациентам, выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.

Наблюдательное отделение.

В наблюдательное отделение поступают роженицы, родильницы и новорожденные в соответствии с показаниями.

Показания к приему беременных и рожениц:

- лихорадочное состояние (температура тела 37,6 °C и выше без клинически выраженных других симптомов);
- инфекционная патология, в том числе:
 - острые воспалительные заболевания и хронические воспалительные заболевания в стадии обострения (пиелонефрит, цистит, бронхит, пневмония, отит, пиодермия и др.);
 - острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.);
 - ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея, герпетическая инфекция;
 - туберкулез (любой локализации при отсутствии специализированного стационара).
- Беременных и рожениц с открытой формой туберкулеза госпитализируют в специализированные родильные дома (отделения), при отсутствии таковых - в боксы или изоляторы наблюдательного отделения с последующим переводом после родов в противотуберкулезный стационар;
- прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям с 20 недель беременности;
- внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующие досрочного родоразрешения;
- отсутствие медицинской документации и данных об обследовании рожениц;
- роды вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов).

Переводу в наблюдательное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

- повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38 °C и выше (при трехкратном измерении через каждый час);

- лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6 °C), продолжающуюся более 1 суток;
- проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная инфекция, ангина, герпес).

Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляется в условиях гинекологического стационара (отделения).

Переводу и госпитализации в наблюдательное отделение подлежат:

- новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в наблюдательное;
- новорожденные с видимыми врожденными и некурабельными пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении;
- дети, родившиеся вне родильного дома.

Новорожденные с инфекционными заболеваниями переводятся в детский стационар.

В случае перевода новорожденного в наблюдательное отделение вместе с ним переводят и родильницу.

В наблюдательном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных - отдельно от родильниц.

При необходимости перехода в наблюдательное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа должны быть вешалка с чистыми халатами, емкости с бахилами.

Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, а также у беременных с гепатитом В, С, сифилисом может осуществляться в родильных домах специализированного или общего типа. При этом прием родов производится в специально выделенной палате, предпочтительно в боксе, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используется операционная наблюдательного отделения.

Родовой блок.

В родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребенка предусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильных домах с раздельным пребыванием матери и ребенка соблюдается цикличность заполнения передовых палат и родовых залов. Допускается устройство родового блока по типу "семейной комнаты".

В передовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. Разрешается использование матрасов и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживают дезинфицирующим раствором.

Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в чистое индивидуальное белье (рубашка, косынка, бахилы).

В родовом зале прием родов осуществляется поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, применяемые при родах, обрабатывают с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов. При наличии нескольких родовых залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них.

В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трех периодов родов: первый период родов, роды и ранний послеродовый период (2 часа).

Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

При приеме родов персонал использует стерильный комплект одежды предпочтительнее одноразового пользования.

Новорожденного принимают в стерильную пеленку. Для первичной обработки новорожденного используется стерильный индивидуальный комплект. Через 1 минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением

пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит гигиеническую обработку рук. Место наложение зажима обрабатывается 70% этиловым спиртом.

Первичный туалет новорожденного осуществляется в родильном зале сразу после его рождения. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот матери для контакта "кожа-к-коже" с последующим прикладыванием к груди. Ребенок на животе у матери укрывается стерильной (х/б) сухой теплой пеленкой и одеялом.

Первичная обработка кожных покровов новорожденного проводится только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают теплой водопроводной водой.

Профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденного проводится после пребывания на животе у матери с использованием эритромициновой или тетрациклиновой мази, 20% раствора сульфацила натрия (альбуцид), 1% раствора нитрата серебра в индивидуальной упаковке. После взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства.

Для отсасывания слизи у новорожденного необходимо использовать баллоны и катетеры только одноразового применения.

Послеродовое физиологическое отделение с совместным и раздельным пребыванием матери и ребенка.

Послеродовое физиологическое отделение должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация палат с совместным пребыванием матери и ребенка и в наблюдательном отделении.

Для совместного пребывания матери и ребенка предназначаются одно- или двухместные палаты. Заполнение палаты происходит в течение одних суток.

Палаты послеродового физиологического отделения с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 суток.

Постельное белье меняется каждые 3 дня, рубашка и полотенце - ежедневно, подкладные пеленки для родильницы - по необходимости. Допускается использование индивидуальных гигиенических прокладок и одноразового белья у матерей и одноразовых подгузников промышленного производства у новорожденных.

Структура работы женской консультации.

Структура женской консультации регламентирована ПРИКАЗОМ от 1 ноября 2012 г. N 572н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)([Приложение №1](#)).

Рекомендуемая структура женской консультации:

а) регистратура;

б) кабинет врача-акушера-гинеколога;

в) кабинеты специализированных приемов: невынашивания беременности; гинекологической эндокринологии; патологии шейки матки; сохранения и восстановления репродуктивной функции; врача-гинеколога детского и подросткового возраста; функциональной диагностики; ультразвуковой диагностики;

г) кабинеты специалистов: врача-терапевта; врача-стоматолога; врача-офтальмолога; врача-психотерапевта (медицинского психолога или психолога); юриста; специалиста по социальной работе; лечебной физкультуры; психопрофилактической подготовки беременных к родам; по раннему выявлению заболеваний молочных желез;

д) другие подразделения: малая операционная; клиничко-диагностическая лаборатория; дневной стационар; стационар на дому; процедурный кабинет; физиотерапевтический

кабинет; рентгеновский (маммографический) кабинет; стерилизационная.

2. Физиологические изменения в организме женщины, связанные с беременностью.

В связи с развитием плода в организме беременной происходит большая перестройка деятельности важнейших систем и органов.

При беременности происходят физиологические изменения, подготавливающие организм женщины к родам и кормлению, а также способствующие правильному развитию плода.

Признаки беременности.

Предположительные (сомнительные) признаки беременности.

Предположительные признаки беременности связаны с субъективными ощущениями женщины и изменениями в организме беременной, не касающиеся внутренних половых органов.

К ним относятся:

- 1) изменение аппетита (отвращение к мясу, рыбе и др., пристрастие к острым и кислым блюдам), тошнота, однократная рвота по утрам, извращение вкуса (желание употреблять в пищу мел, глину, известь и др.);
- 2) изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.);
- 3) изменение со стороны нервной системы: раздражительность, сонливость, плаксивость, замкнутость и др.;
- 4) пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков, околососковых кружков.

Вероятные признаки беременности.

К вероятным признакам относятся объективные изменения в половой сфере женщины и в молочных железах. Эти признаки, особенно в их совокупности, в большинстве случаев свидетельствуют о наступлении беременности, однако иногда они могут встречаться при некоторых гинекологических заболеваниях.

Вероятными признаками принять считать:

- прекращение менструации;
- увеличение молочных желез и выделение молозива;
- разрыхление и синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки (признак Скробанского), признаки Горвица-Гегара, Снегирева, Пискачека, Губарева-Гауса, Гентера I и II;
- изменение консистенции, величины, формы, матки.

Биологические методы диагностики беременности проводимые на животных утратили свою ведущую роль. Благодаря высокой специфичности и чувствительности, предпочтения отдадут радиоиммунологическому методу количественного определения ХГЧ в сыворотке крови (определяет уровень ХГ на 5-7 день зачатия).

Положительную оценку заслужили иммуноферментные экспресс-методы выявления ХГ или 3-ХГ в моче, позволяющие диагностировать беременность через 1-2 недели после зачатия. Иммуноферментные тесты основаны на изменении цвета реактива при положительной реакции антиген - антитело.

В настоящее время существует тест системы для быстрого определения наличия или отсутствия беременности, которыми могут пользоваться сами женщины.

Достоверные признаки беременности.

Во второй половине беременности появляются признаки, свидетельствующие о наличии плода в полости матки - достоверные или несомненные признаки беременности.

К достоверным признакам беременности относятся:

- 5) прощупывание частей плода;
- 6) ясно слышимые сердечные тоны плода. Сердцебиение выслушивается акушерским стетоскопом с 20 недели беременности в виде ритмичных ударов. В норме сердцебиение плода 120-140 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Иногда удается уловить сердцебиение плода с 18-19 недели беременности;
- 7) движения плода, ощущаемые лицом исследующим беременную. Движения плода определяются при исследовании женщины во второй половине беременности. Беременные сами ощущают движения плода с 20-й недели, но эти ощущения к достоверным признакам беременности не относятся, потому что они могут быть ошибочными. Так женщина может принять за движение плода перистальтику кишечника.

Диагностика беременности.

Диагностика беременности во второй половине беременности.

При исследовании определяют членорасположение, положение плода, позицию, вид позиции, предлежание плода.

Членорасположение плода (habitus)- отношение его конечностей к головке и туловищу. В норме сгибательный тип членорасположения - головка наклонена к грудной клетке, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; плод имеет форму овоида.

Положение плода (situs) - отношение продольной оси плода к продольной оси (длиннику) матки.

Различают следующие положения плода:

- **продольное положение** - продольная ось плода и продольная ось матки совпадают;
- **поперечное положение** - продольная ось плода перпендикулярна продольной оси матки;
- **косое положение** - продольная ось плода образует с продольной осью матки острый угол.

Позиция плода (positio)- отношение спинки плода к левой и правой сторонам матки. Если спинка плода обращена к левой стороне матки говорят о первой позиции; если спинка плода обращена к правой стороне матки - о второй позиции.

При поперечном положении плода позиция определяется не по спинке, а по головке плода. Если головка обращена к левой стороне матки - первая позиция; если головка обращена к правой стороне - вторая позиция.

Вид позиции (visus) - отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, говорят о переднем виде позиции, если кзади - о заднем виде позиции.

Предлежание плода (praesentatio)- отношение крупной части плода (головки или ягодичек) ко входу в малый таз. Если над входом в таз матери находится головка плода - предлежание головное, если тазовый конец - предлежание тазовое.

Предлежащая часть (pars praevia)- часть плода, которая расположена ко входу в малый таз и первой проходит родовые пути.

При головном предлежании ко входу в малый таз могут быть обращены: затылок (затылочное предлежание плода); темя (теменное или переднеголовное предлежание); лобик (лобное предлежание); личико (лицевое предлежание).

При тазовом предлежании ко входу в таз матери могут быть обращены: ягодички плода (чисто ягодичное предлежание); ягодички вместе с ножками (смешанное ягодично-ножное предлежание); ножки (ножное предлежание); если предлежит одна ножка, говорят о неполном ножном предлежании, если предлежат обе ножки - о полном ножном предлежании плода; коленки (коленное предлежание); если предлежит одно колено, говорят о неполном коленном предлежании плода, если оба колена - о полном (встречается крайне редко).

3. Принципы обследования и наблюдения беременных в женской консультации.

Наблюдение беременных, охрана материнства являются главными задачами женской консультации. От качества амбулаторного наблюдения во многом зависит исход беременности и родов.

Ранний охват беременных врачом наблюдением.

Женщина должна быть взята на учет при сроке беременности до 12 недель. Это позволит своевременно провести обследование и диагностировать экстрагенитальную патологию и решить вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень риска и при необходимости обеспечить оздоровление беременной. Установлено, что при наблюдении женщин в ранние сроки беременности и посещениях ими врача 7-12 раз уровень перинатальной смертности в 2-2,5 раза ниже, чем у всех беременных в целом, и в 5-6 раз ниже, чем при посещении врача в сроке беременности после 28 недель. Таким образом, санитарно-просветительная работа в сочетании с квалифицированным врачом наблюдением – основной резерв для увеличения числа женщин, обращающихся к врачам в ранние сроки беременности.

Взятие на учет.

При взятии беременной на учет независимо от срока беременности врач женской консультации обязан: ознакомиться с амбулаторной картой (или выпиской из нее) женщины из поликлинической сети для выявления

Своевременное (в течение 12-14 дней) обследование.

Эффективность раннего взятия беременной на учет будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки не обследовать беременную по полной программе. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска, а также вырабатывают план ведения беременности.

Дородовой и послеродовой патронаж.

Дородовой патронаж осуществляет участковая акушерка в обязательном порядке дважды: при взятии на учет и перед родами и, кроме того, проводится по мере необходимости (для вызова беременной к врачу, контроля назначенного режима и т.п.).

Послеродовой патронаж. В течение первых 3 суток после выписки из родильного дома женщину посещают работники женской консультации – врач (после патологических родов) или акушерка (после нормальных родов). Для обеспечения своевременного послеродового патронажа женская консультация должна иметь постоянную связь с родильными стационарами.

Своевременная госпитализация женщины в течение беременности и до родов.

При возникновении показаний экстренная или плановая госпитализация беременной является главной задачей врача женской консультации. Своевременная госпитализация позволяет снизить перинатальную смертность в 8 раз по сравнению с группой женщин, подлежащих стационарному лечению, но своевременно не госпитализированных.

Наблюдение беременных должны осуществлять в следующие сроки:

- в первую половину беременности – 1 раз в месяц;
- с 20 до 28 недель – 2 раза в месяц;
- с 28 до 40 недель – 1 раз в неделю (10-12 раз за время беременности).

При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает. При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередного срока необходимо провести патронаж и добиться регулярного посещения консультации.

Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам 100% беременных. Занятия в "Школе матерей".

100 % охват мужей беременных женщин занятиями в "Школе отцов".

Аntenатальная профилактика рахита (витамины, ультрафиолетовое облучение).

Профилактика гнойно-септических осложнений, включающая обязательно урологическую и ЛОР-санацию.

4. Критические периоды внутриутробного развития плода.

Критические периоды развития эмбриона и плода:

I-й – (от 0 до 10 дней) – нет связи с материнским организмом, эмбрион или погибает или развивается (принцип «Все или ничего»).

II-й – (от 10 дней до 12 недель) – происходит формирование органов и систем, характерно возникновение множественных пороков развития, гипотрофии плода, плацентарной недостаточности, гибели плода.

III-й – (от 12 недели до момента рождения) - в это время происходит созревание организма — тонкая дифференцировка органов и тканей, сопровождающаяся быстрым ростом плода.

С целью обеспечения оптимальных условий для внутриутробного развития плода разработан комплекс профилактических и лечебных мер, объединенных общим названием - антенальная (дородовая) охрана плода.

Развитие современных медицинских технологий позволяет проводить оценку состояния плода на протяжении всей беременности, с первых дней от оплодотворения яйцеклетки до момента рождения.

В зависимости от анамнестических данных, характера течения беременности и ее срока, результатов осмотра беременной женщины, после определения целесообразности, планируется использование различных методов исследования состояния плода. Предпочтение отдается неинвазивным методикам.

Вопросы для закрепления изученного материала:

1. «Акушерство - это», дайте определение?
2. Какой приказ утверждает порядок медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»?
3. Расскажите о структуре родильного дома (акушерского стационара)?
4. Расскажите об особенностях акушерской асептики?
5. Расскажите о структуре женской консультации?
6. Какие изменения происходят в организме женщины при беременности?
7. Расскажите о принципах обследования и наблюдения за беременными в женской консультации?
8. Перечислите признаки доношенного плода?
9. Дайте определение «антенатальная охрана плода»?
10. Какие вредные факторы, влияющие на развитие плода Вы знаете?
11. Расскажите о неинвазивных методах диагностики в акушерстве?
12. Расскажите об инвазивных методах диагностики применяемых в акушерстве?

Рекомендуемая литература:

1. Дзигуа М.В., Луныкина Е.А. Сестринское дело в Акушерстве и гинекологии: Учебное пособие.-М.: АНМИ, 2005г., с. 4–130, 157-164, 359–397, 447–462.
2. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Новая редакция. Серия «Медицина для Вас». Ростов н\Д: Феникс, 2001., с. 11-55.
3. Крылова Е.П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Серия «Медицина для Вас». – Ростов н\Д: «Феникс», 2001., с. 24-77.

4. Линева О.И., Двойников С.И., Гаврилова Т.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Руководство для студентов факультетов ВСО мед.вузов, студентов мед. колледжей и училищ. – Самара: Издательство ГП «Перспектива», 2000., с. 4-28, 62-75, 119-160, 168-188.
5. Лысак Л.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб.пособие \ Л.А. Лысак. – Изд. 3-е, перераб. – Ростов н/Д, Феникс, 2013. – (Медицина), с. 5-46, 101-124.
6. ПРИКАЗ от 1 ноября 2012 г. N 572н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)"
7. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10
8. www.consultant.ru
9. <http://www.rosminzdrav.ru/>