



Структура акушерского стационара. Интерпретация гравидограмм.

Подготовила: Саусанова Д.Ж.

Проверила: Оразакова Н.Н.

Алматы –
2016г.

План

1. Акушерский стационар
2. Типы АС
3. Основные подразделения АС
4. Приемно-смотровое отделение
5. Фильтр
6. Отделение патологии беременности
7. Отделение патологии беременности
8. Первое (физиологическое) акушерское отделение
9. Родовое блок
10. Палата интенсивной терапии
11. Родильные залы
12. Гравидограмма
13. Измерение ВДМ
14. Массо-ростовой показатель
15. Заключение
16. Список использованной литературы

Основные функции и задачи акушерского стационара (АС)

Оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях; оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными в период их пребывания в родильном доме.

Существует несколько типов АС:

- без врачебной помощи (колхозные родильные дома и фельдшерско-акушерские пункты);
- с общей врачебной помощью (участковые больницы с акушерскими койками);
- с квалифицированной врачебной помощью (РБ, ЦРБ, городские родильные дома, родовспомогательные отделения многопрофильных больниц, специализированные акушерские отделения на базе многопрофильных больниц, родовспомогательные стационары, объединенные с кафедрами акушерства и гинекологии медицинских институтов, НИИ, Центры)

АС имеет следующие основные подразделения:

- приемно-смотровое (пропускное; фильтр),
- физиологическое или первое акушерское отделение,
- наблюдательное или второе акушерское отделение,
- отделение (палаты) новорожденных в первом и втором акушерских отделениях,
- отделение (палату) интенсивной терапии и реанимации новорожденных,
- отделение (палаты) патологии беременности,
- гинекологическое отделение

Приемно-смотровое отделение

- Приемно-смотровое отделение (приемно-пропускной блок) родильного дома включает в себя приемную (вестибюль), фильтр и смотровые комнаты для физиологического и наблюдательного отделений
- Смотровая имеет помещение для обработки поступающих женщин, туалет, душевую, установку для мытья суден.



Фильтр:

- Решается вопрос о госпитализации в роддом и в какое отделение (палаты патологии, 1-е или 2-е акушерские отделения).
- Сбор анамнеза для выяснения эпидемической обстановки на работе и дома.
- Осмотр кожи и зева (гнойно-септические заболевания)
- Выслушивание сердцебиения плода
- Выясняет время излития околоплодных вод, начала схваток и т.д.
- Измерение температуру тела и АД

Отделение патологии беременности

- организуют в родильных домах мощностью более 100 коек;
- подлежат госпитализации беременные с экстрагенитальными заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, почек, печени, эндокринной системы и др.) и с акушерской патологией (гестозами, невынашиванием беременности, фетоплацентарной недостаточностью (ФПН), неправильными положениями плода, сужением таза и др.);
- В отделении работают врачи-акушеры, терапевт, окулист.

ОПБ оснащено:

- кабинет функциональной диагностики, оснащенный кардиомонитором, аппаратом УЗИ,
- смотровой кабинет,
- процедурный кабинет,
- кабинет физико-психологической подготовки к родам



Первое (физиологическое) акушерское отделение

Включает в себя, кроме приемно-смотрового отделения:

- родовый блок,
- послеродовые палаты,
- отделение новорожденных,
- выписную комнату.

Родовое блок включает в себя

предродовые палаты,

палату интенсивной терапии,

родовые залы,

комнату для новорожденных,

операционный блок (большая и малая операционные),

предоперационная,

комната для хранения крови и переносной аппаратуры,

кабинеты и комнаты для медперсонала,

санузлы и т.п.

Палата интенсивной терапии

- предназначена для беременных, рожениц и родильниц с тяжелыми формами гестоза и тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями.
- палата должна быть оснащена необходимыми инструментами, медикаментами и аппаратурой для оказания неотложной помощи



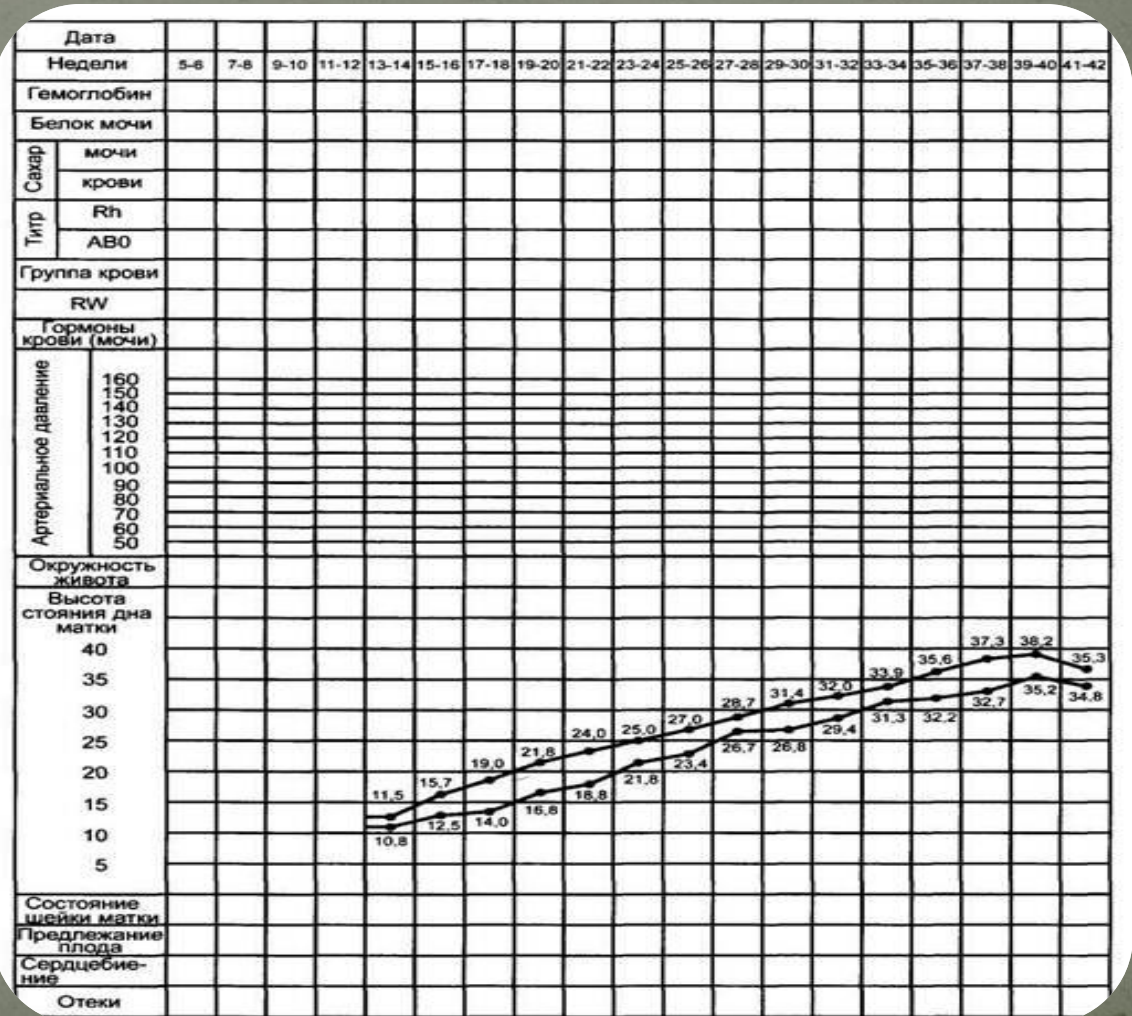
Родильные залы

- Должны быть светлыми, просторными, оснащены аппаратурой для дачи наркоза, необходимыми медикаментами и растворами, инструментами и перевязочным материалом для приема родов, туалета и реанимации новорожденных,
- В родильном зале роженица надевает стерильную рубашку, бахилы
- Акушерка моет руки, как для хирургической операции, надевает стерильный халат, маску, перчатки, используя для этого индивидуальный пакет для приема родов



Гравидограмма

Сводная таблица данных, заполняемая при каждом посещении и показывающая динамику течения беременности.



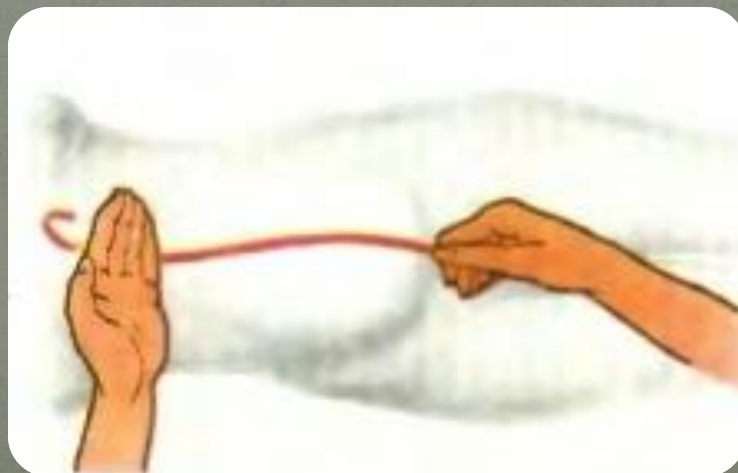
Шкала ВДМ

ВДМ – расстояние от верхнего края симфиза до дна матки.

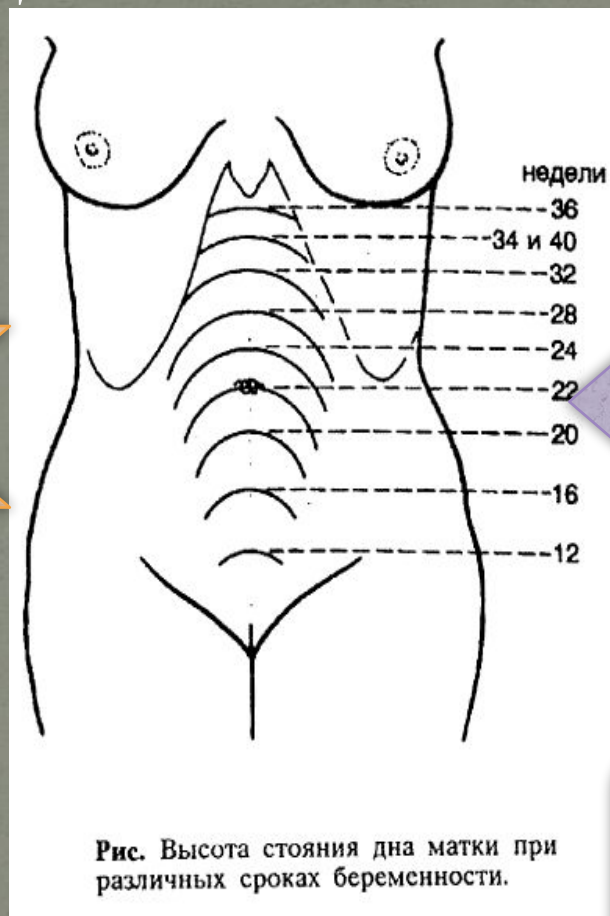


Измерение ВДМ

При исследовании беременная лежит на спине с немного согнутыми ногами, мочевого пузыря должен быть пустым. Методом пальпации определяют положение плода (результат оценивается только при продольном положении) и сантиметровой лентой измеряется расстояние от верхнего края лона до самой отдаленной точки дна матки.



Если показатели ВДМ отличаются от нормы, то ..



2 см

ЗВРП, маловодие
или меньший срок
беременности, чем
установлено

2 см

крупный плод,
многоводие,
многоплодие

Массо-ростовой показатель (МРП)

- МРП у беременных нормостенического телосложения $38,13 + 3,07$ %, с избыточной $48,36 \pm 6,31$ % и недостаточной массой тела $32,25 \pm 1,88$ %.

$$\text{Масса (кг) : рост (см) } \times 100\%$$

- Интервалы между двумя указанными линиями означают параметры нормальной прибавки массы в соответствии с весовыми категориями. При очередном осмотре величину прироста массы указывают точками, соединяя их линией (Для ориентировки нормальной прибавки массы тела в гравидограмме представлены верхняя и нижняя граница нормы в определенные сроки беременности.).
- ***Общая прибавка массы тела у всех беременных (с ранних сроков до 40 нед) менее 7 кг или отсутствие ее нарастания в течение нескольких визитов может указывать на задержку развития плода, в связи с чем требуется проведение дополнительного обследования!

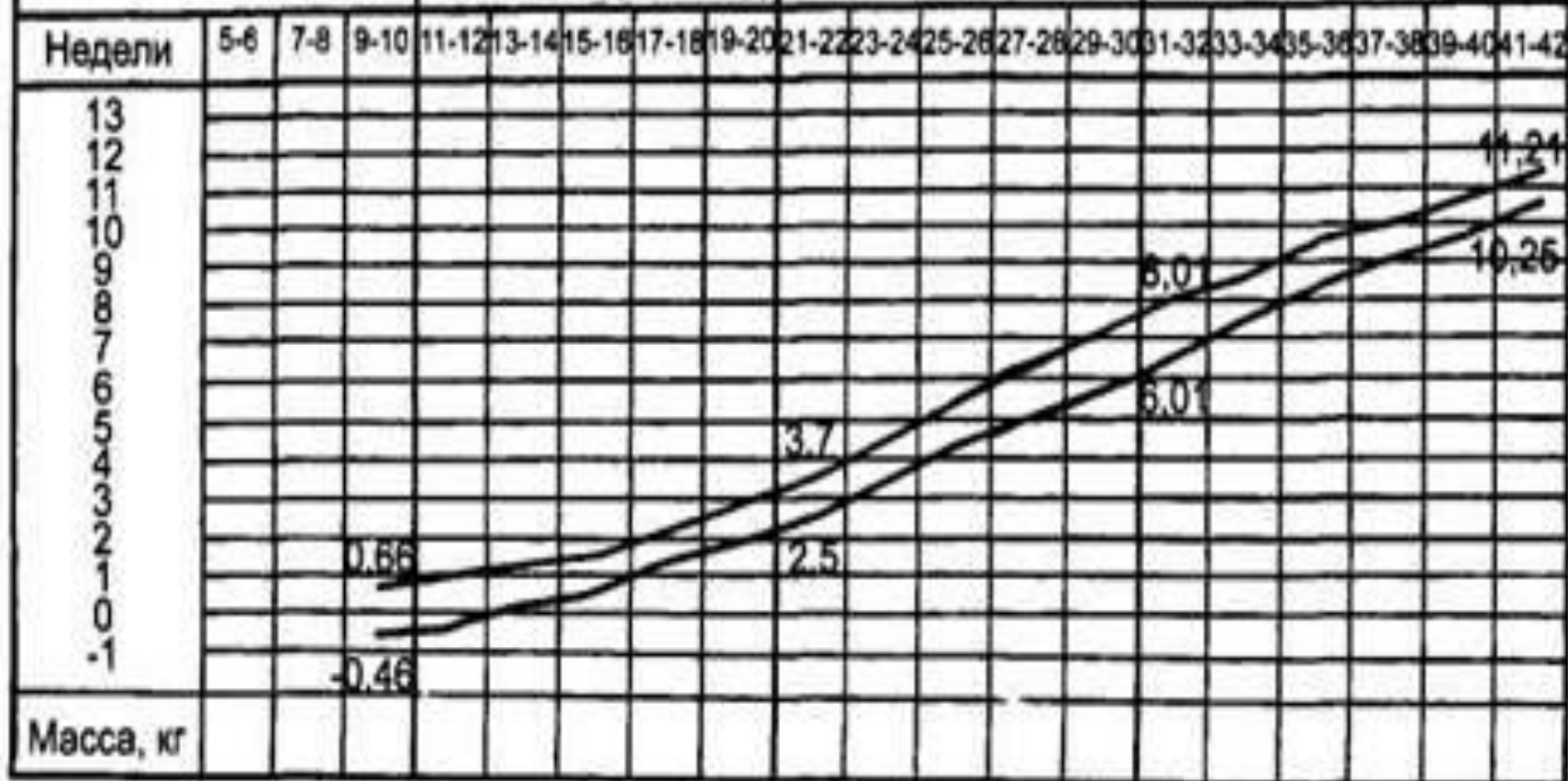
Массоростовой
показатель
38,13±3,07 %

Средняя величина прибавки массы тела у беременных
нормостенического телосложения ($M \pm 1\sigma$; 10,73±3,25)

220± 86г до 20 нед

421± 146г 21-30 нед

342± 96г 31-40 нед





Женщины с первоначальной недостаточной массой тела могут больше прибавлять в весе, чем остальные беременные.



Заключение:

- Заполнение и расшифровка гравидограммы очень важный момент в правильном введении и контроле состояния беременной женщины. От него зависит положительный исход беременности.
- Беременная женщина должна постоянно проходить исследования, необходимые для заполнения и правильного ведения гравидограммы.

Список использованной литературы:

1. Акушерство. И.Бодяжина. 1995г.
2. medinformkz.ru/_ld/o/10_-5.doc
3. www.rcgz.kz/docs/clinic_protocol/Акушерство-гинекология/оценка%20плода.pdf
4. online.zakon.kz/Document/?doc_id=30973516
5. www.kid.ru/akusher/61.php3