

# ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

## Обследование беременной

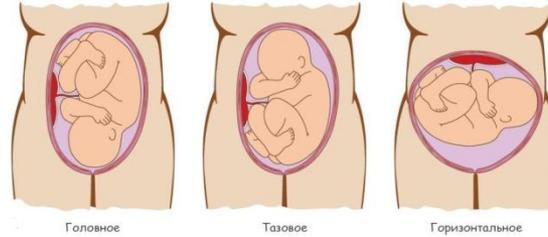
1. Основные акушерские понятия
2. Методы обследования беременных
  - 2.1. Схема обследования беременной в женской консультации
3. Наружное акушерское обследование
4. Измерение окружности живота
5. Измерение высоты стояния дна матки
  - 5.1. Приемы наружного акушерского исследования Леопольда—Левицкого
6. Наблюдение за беременной в женской консультации
7. Медицинская документация
8. Обязанности акушерки в женской консультации
9. Патронаж



# ОСНОВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ПОНЯТИЯ:

К основным акушерским понятиям относят: положение, предлежание, позицию, вид, вставление, членорасположение плода.

**Положение плода (situs)** — отношение продольной оси плода к продольной оси матери. Нормальным является продольное положение плода. Косое и поперечное положение плода делает родоразрешение через естественные родовые пути невозможным.



**Вид плода (visus)** — отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Оптимальным является передний вид. При заднем виде возможны осложнения.



Задний вид плода



Передний вид  
плода

**Позиция плода (positio)** — отношение спинки плода к правой и левой стороне матки. При повороте спинки влево позиция называется первой, вправо — второй. Знание позиции необходимо для выбора правильных действий и рекомендаций (например, сердцебиение плода лучше выслушивается со стороны позиции, в родах женщине рекомендуется лежать на стороне позиции). В случае поперечного положения плода позиция определяется по головке плода..



Первая позиция



Вторая позиция



# ОСНОВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ПОНЯТИЯ:

**Предлежание плода (praesentatio)** — отношение крупной части плода (головки или ягодиц) ко входу в малый таз. Правильным является головное предлежание. Роды через естественные родовые пути возможны и при тазовом предлежании, но возникает больше осложнений для плода. Тазовые предлежания бывают чисто ягодичные, ножные и смешанные (когда предлежат и ягодички, и ножки).



**Вставление головки (inclinatio)** — отношение стреловидного шва относительно оси таза.

Различают осевое, или синклитическое, вставление головки и внеосевое, или асинклитическое, вставление головки, т. е. отклонение шва от оси кпереди (к симфизу) или кзади (к мысу). Физиологическим считается отклонение стреловидного шва от оси таза в любую сторону на 1 см.



**Членорасположение плода (habitus)** — отношение конечностей к головке и туловищу. Различают сгибательный тип членорасположения (оптимальный), когда головка наклонена к грудной клетке, туловище согнуто, конечности согнуты и приведены к туловищу. При нормальном сгибательном членорасположении плод вписывается в контур овоида, при головном предлежании затылок обращен ко входу в малый таз. Движения плода имеют место, но не нарушают общего принципа расположения, оно сохраняется и в родах. Роды в этом случае проходят нормально. В случае разгибательного членорасположения, особенно головки, возможны осложнения.

# МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ:

□К общим методам обследования относятся :

сбор анамнеза,  
общий осмотр,  
наружное акушерское обследование,  
осмотр наружных половых органов,  
осмотр на зеркалах,  
бимануальное исследование (последние три метода относятся также и к гинекологическим методам исследования).

□Лабораторные методы исследования и обследования.

□Дополнительные акушерские методы обследования : ультразвуковое обследование, кардиотокография, амниоцентез и др.

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

При желанной беременности во время первой явки назначают обследования, выявляют жалобы, проблемы, факторы риска, проводят осмотр, взятие мазков. Если есть возможность, то сразу же берут женщину на учет по беременности, заполняют 2 индивидуальные карты, дают ей рекомендации, составляют план дальнейшего наблюдения.

# СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:

## **Выяснение основных паспортных данных:**

Записываются номер паспорта и страхового свидетельства. Выясняется фамилия, имя, отчество женщины (необходимо выяснить, как женщина хочет, чтобы ее называли, акушерка должна сама представиться женщине, а также представить доктора, который ее будет вести, или это сделает врач). Возраст (к факторам риска относится юный возраст до 18 лет, после 30 для первородящих и более 35 для повторнородящих). Домашний адрес и телефон (прописка и проживание, предпочтительней, чтобы женщина наблюдалась по месту проживания, это удобно для проведения патронажа, однако в современных условиях, учитывая наличие удобных средств связи, возможен и вариант по прописке). Уточняются жилищные условия, с кем совместно проживает женщина, каковы удобства. Место работы и профессия (сразу же уточняются условия труда, наличие профессиональных вредностей, в этом случае предоставляется освобождение от выполнения вредных работ).



# СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:

## **Сбор жалоб:**

У здоровой беременной может не быть жалоб. Тем не менее необходимо выяснить, нет ли у нее каких-либо неприятных ощущений, болей. При изучении последующих тем будут изучены те жалобы, которые надо выявлять.

## **Сбор анамнеза:**

Сведения об условиях труда и быта. Необходимо выяснить характер работы, какова вредность на производстве, а также уточнить какую работу дома выполняет женщина, предупредить об исключении чрезмерной нагрузки, бытовых вредностей, а также выяснить имеются ли дома животные (вероятность инфицирования). Узнать об образовании женщины и ее интересах, что поможет улучшить контакт с ней.

## **Наследственность:**

Выявить у беременной наследственную предрасположенность: не было ли у родителей диабета, гипертонической болезни, других эндокринных, генетических заболеваний. Важно знать и наследственность мужа. Необходимо получить информацию о вредных привычках беременной и ее мужа, дать рекомендации.



# СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:

**Информация о перенесенных заболеваниях:**

Детские инфекции, простудные заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни мочевыделительной системы, печени, исходное АД и др. В первую очередь спросить о туберкулезе, краснухе и инфекционном гепатите. Выявить: не вступала ли женщина в последнее время в контакты с туберкулезными и инфекционными больными, нет ли у нее таких больных дома, узнать о ее поездках в эпидемиологически неблагополучные районы в последнее время.

Отдельно спросить об оперативных вмешательствах, было ли переливание крови. Спросить об особенностях менструальной функции (с какого возраста менструирует, продолжительность, регулярность, периодичность, болезненность месячных, обильность выделений). С какого возраста половая жизнь вне брака, в браке, какими средствами предохранялась от беременности. Перечислить перенесенные гинекологические заболевания, венерические заболевания (здоровье ее полового партнера — отца ребенка).

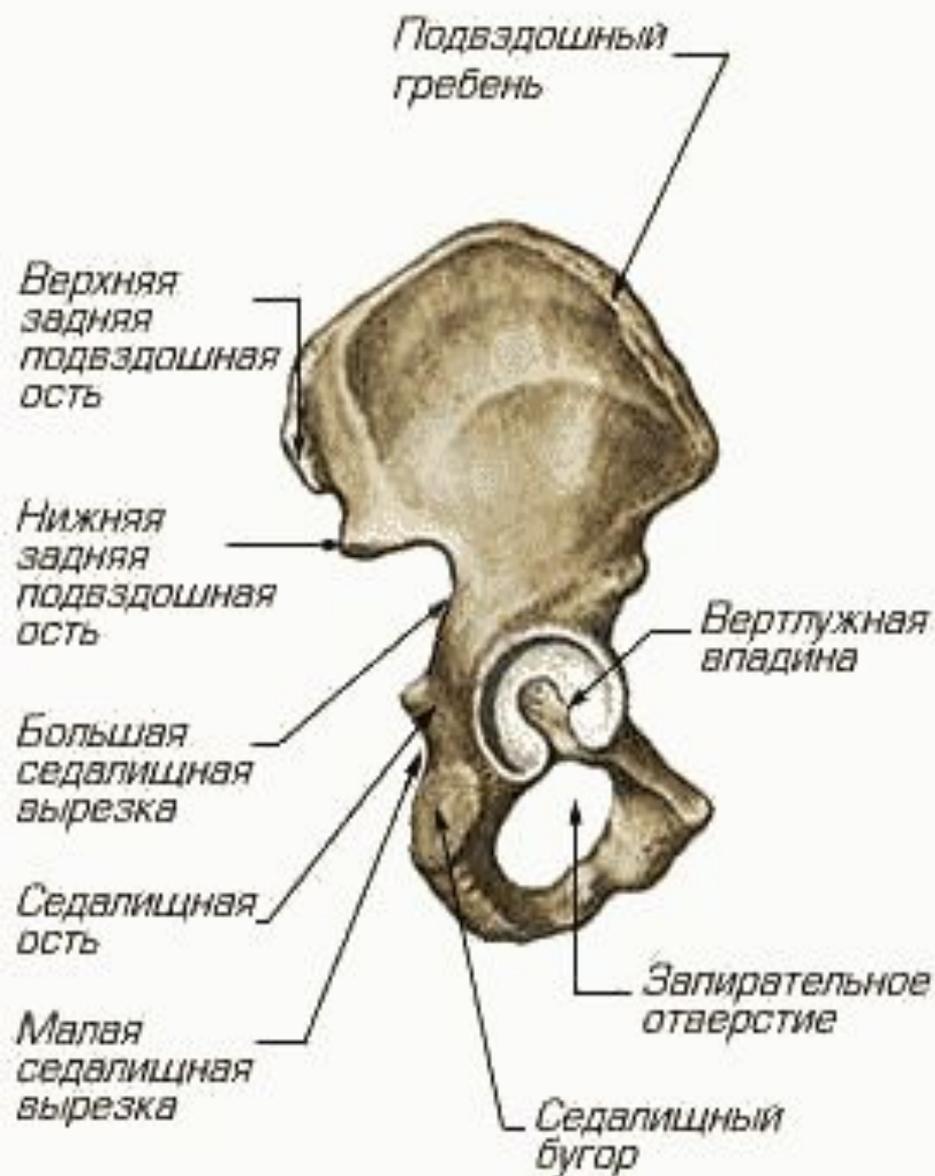
В порядке очередности перечислить все беременности, их исход и осложнения. Отдельно рассказать о течении данной беременности до взятия на учет. Далее проводится общий осмотр, при котором обращают внимание на рост, вес, осанку, телосложение, питание, состояние кожи, подкожной клетчатки, сосудов, лимфоузлов, наличие отеков. Исследуют пульс и артериальное давление, тоны сердца. Измеряют температуру и проводят осмотр носоглотки, выслушивают легкие. Проводят пальпацию живота, печени, проверяют симптом поколачивания по пояснице, интересуются физиологическими отправлениями.

# НАРУЖНОЕ АКУШЕРСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:

В ранние сроки беременности оно состоит из измерения окружности живота и пельвиометрии. В поздние сроки беременности, кроме этого, проводят измерение высоты стояния дна матки, пальпацию матки, приемы наружного акушерского исследования Леопольда—Левицкого и выслушивают сердцебиение плода.



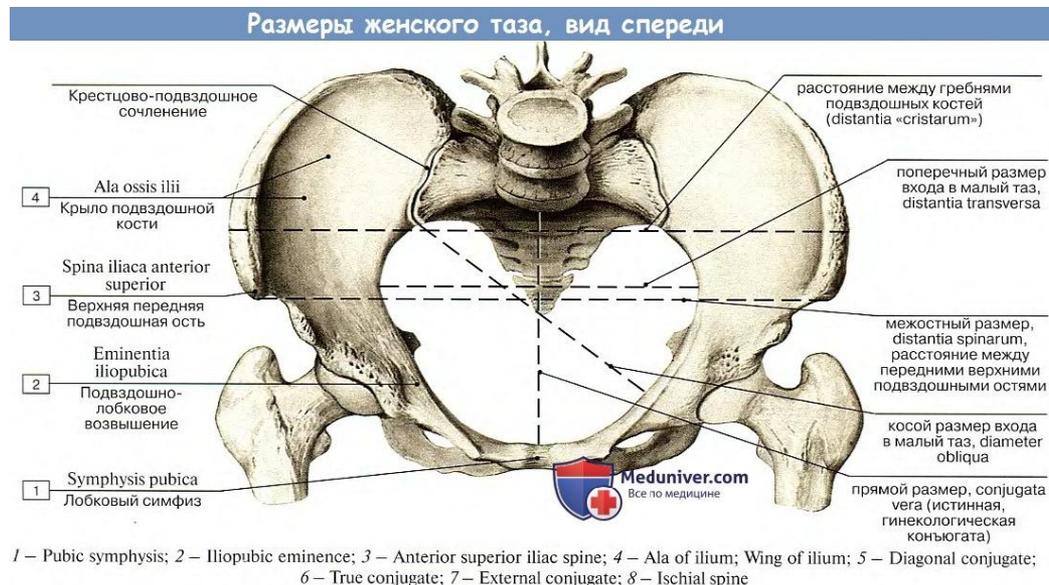
## Вид снаружи



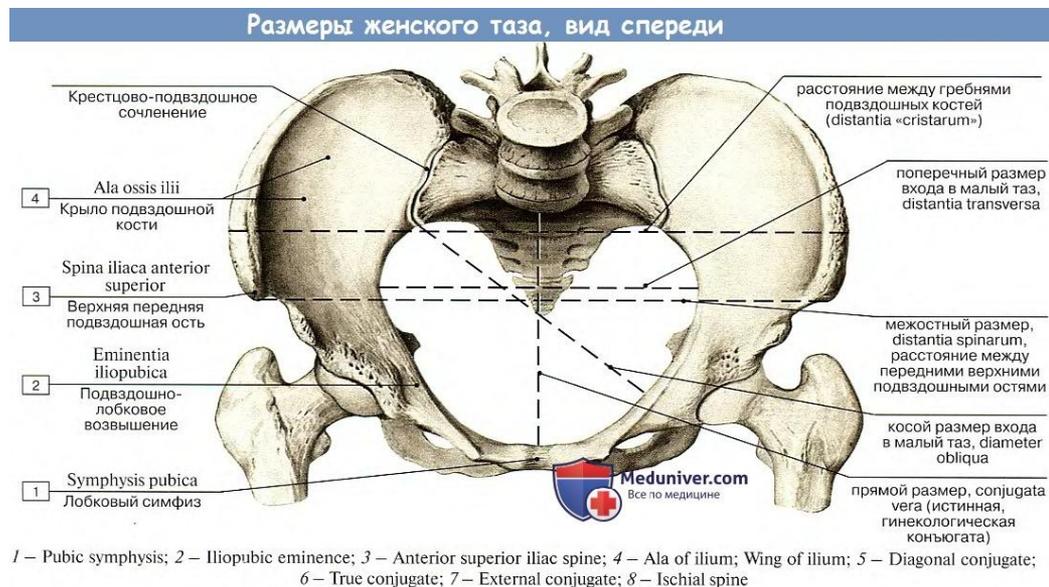
## Вид изнутри



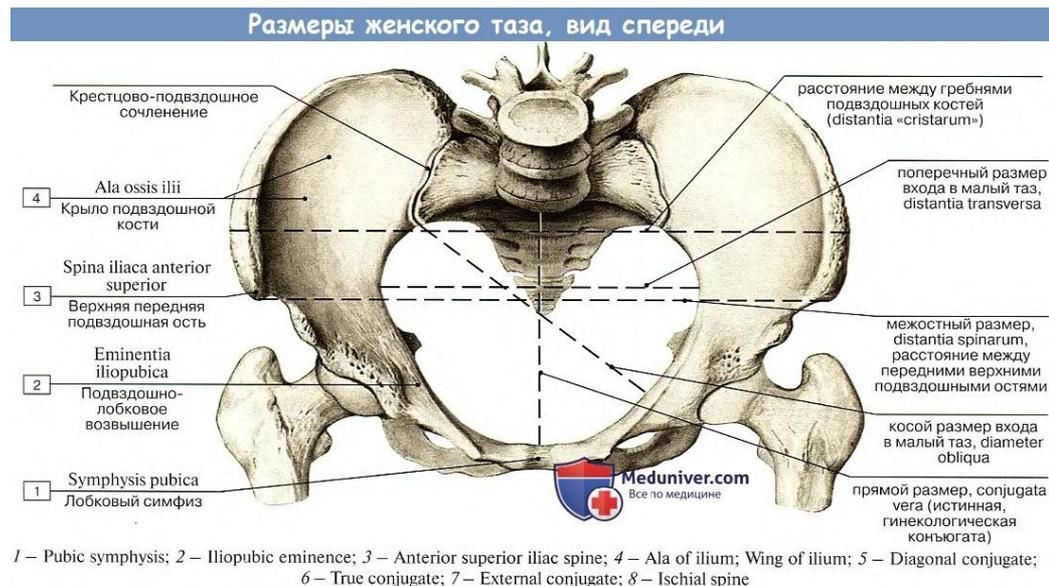
- **I. Плоскость входа в малый таз** имеет следующие границы: спереди – верхний край симфиза и верхневнутренний край лонных костей, с боков – безымянные линии, сзади – крестцовый мыс.
- Плоскость входа имеет форму почки или поперечно расположенного овала с выемкой, соответствующей крестцовому мысу.
- Во входе в таз различают три размера: прямой – 11см, поперечный – 13-13,5см и два косых 12-12,5.



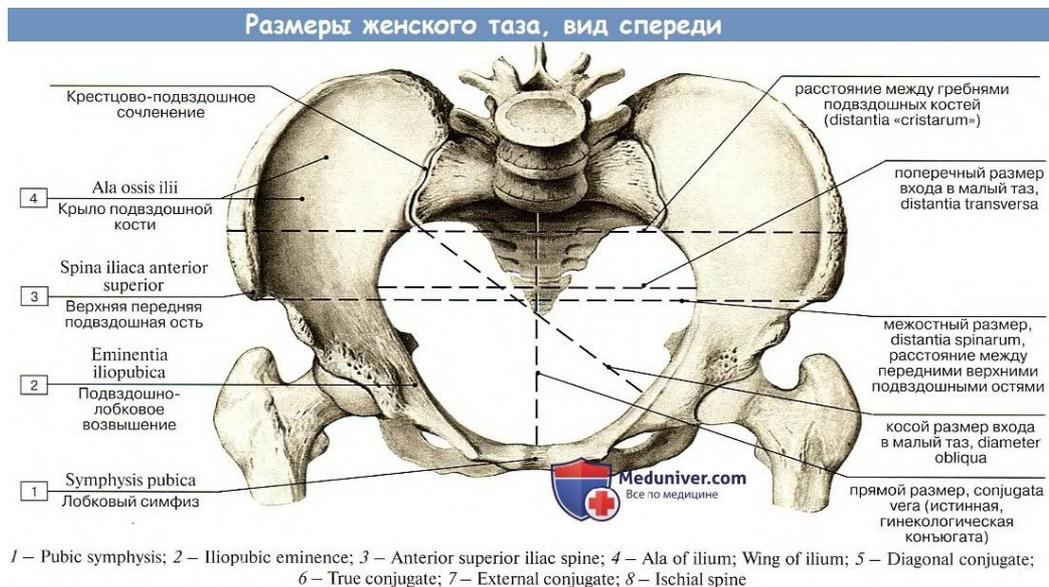
- II. Плоскость широкой части полости малого таза** имеет следующие границы: спереди – середина внутренней поверхности симфиза, по бокам – середина вертлужных впадин, сзади – место соединения II и III крестцовых позвонков.
- В широкой части полости таза различают два размера: прямой и поперечный – по 12,5см.



- III. Плоскость узкой части полости малого таза** ограничена спереди нижним краем симфиза, с боков – остями седалищных костей, сзади – крестцово-копчиковым сочленением.
- Здесь два размера: прямой – 11,5 см и поперечный – 10,5 см.

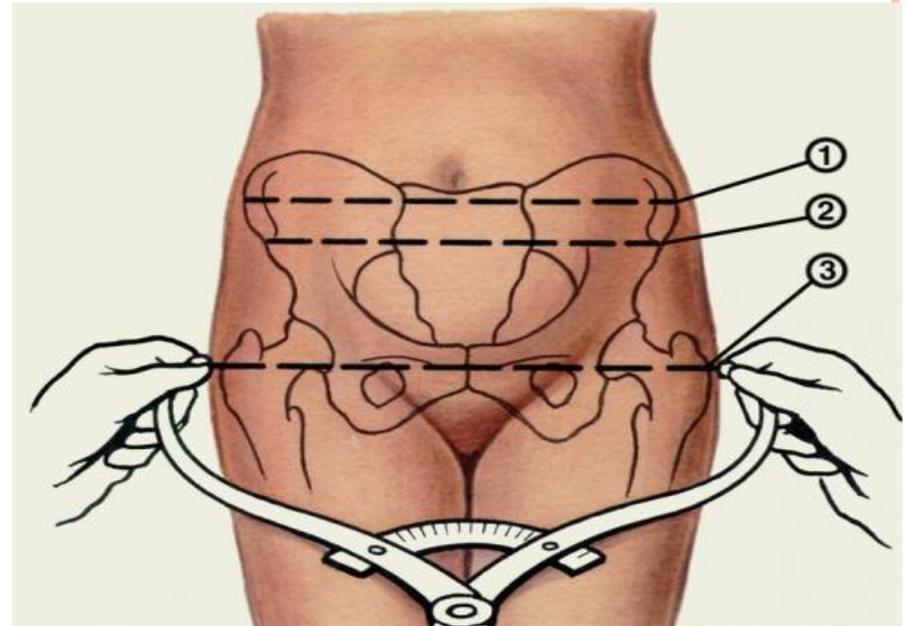


- IV. **Плоскость выхода малого таза** имеет следующие границы: спереди – нижний край симфиза, с боков – седалищные бугры, сзади – верхушка копчика.
- Плоскость выхода таза состоит из двух треугольных плоскостей, общим основанием которых является линия, соединяющая седалищные бугры.
- В выходе таза различают два размера: прямой 9,5 см и поперечный – 11 см.



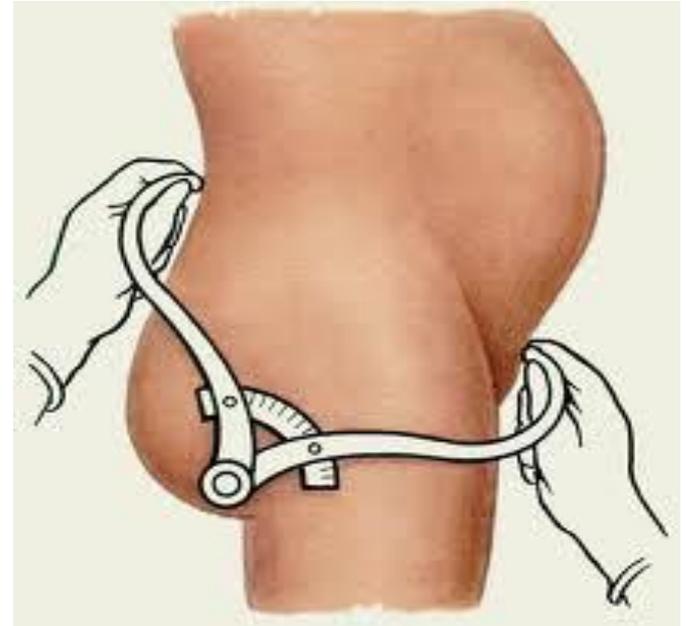
# НАРУЖНЫЕ РАЗМЕРЫ ТАЗА

- Измерение таза проводится с помощью тазомера.
- Обычно измеряют четыре размера таза: три поперечных и один прямой.
- 1. *Distantia spinarum* — расстояние между передневерхними осями подвздошных костей. Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. Размер этот обычно равняется 25—26 см
- 2. *Distantia cristarum* — расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей. Оно в среднем равняется 28—29 см.
- 3. *Distantia trochanterica* — расстояние между большими вертелами бедренных костей. Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов и прижимают к ним пуговицы тазомера. Этот размер равен 31—32 см

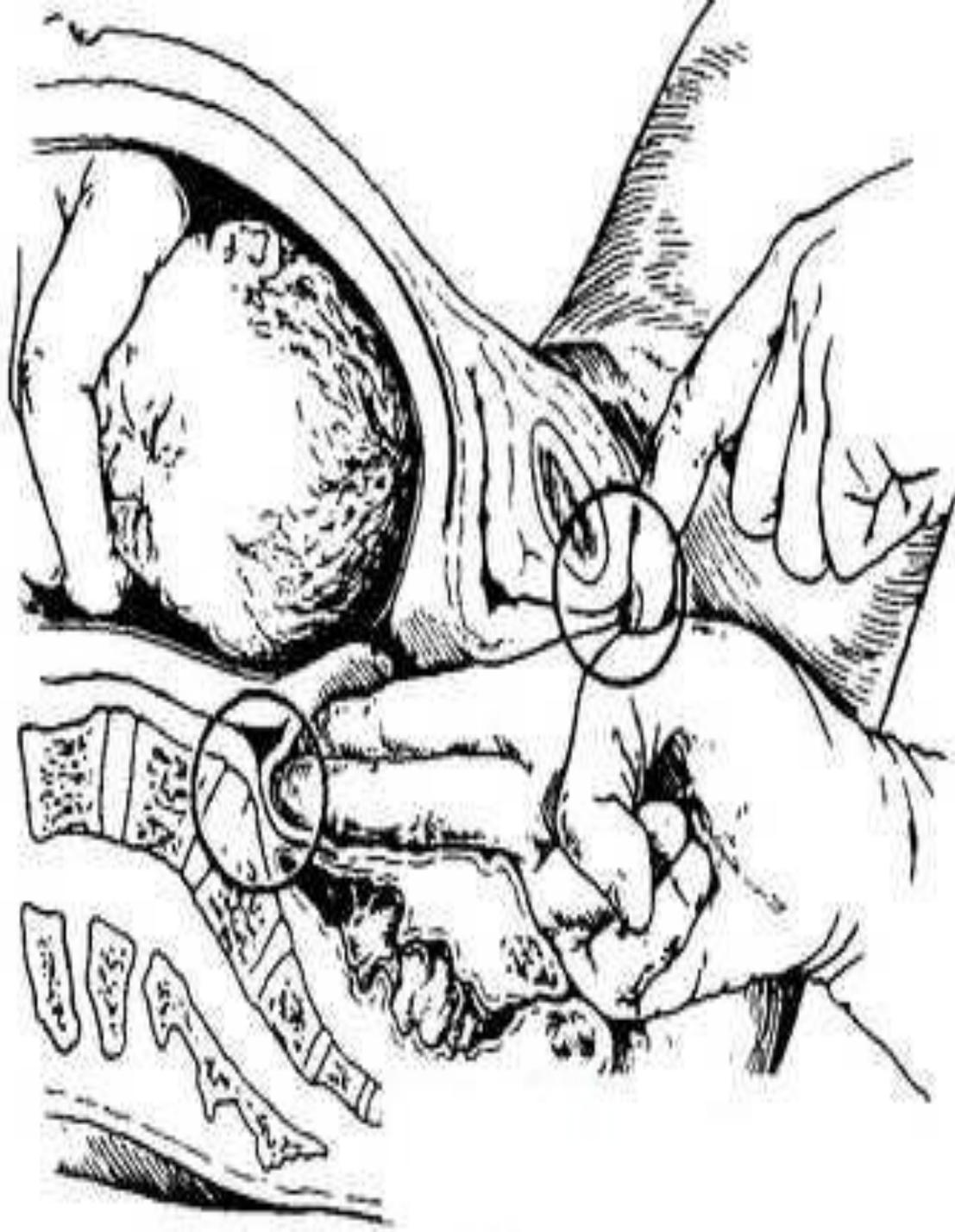


Conjugata externa — наружная конъюгата, т.е. прямой размер таза.

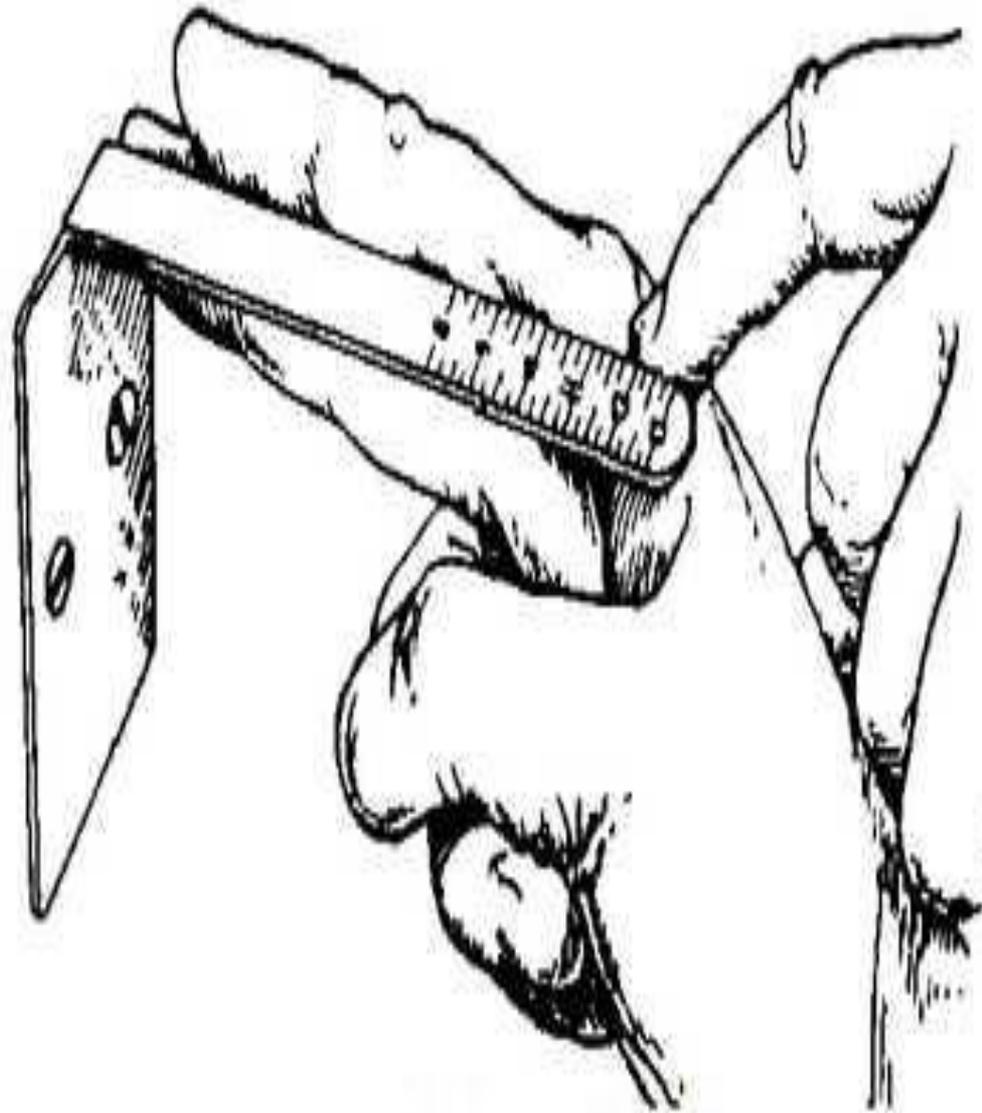
Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах вышележащую вытягивают. Пуговку одной ветви тазомера устанавливают на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимают к надкрестцовой ямке, которая находится между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня (надкрестцовая ямка совпадает с верхним углом крестцового ромба). Верхненаружный край симфиза определяется легко; для уточнения расположения надкрестцовой ямки скользят пальцами по остистым отросткам поясничных позвонков по направлению к крестцу; ямка легко определяется осязанием под выступом остистого отростка последнего поясничного позвонка. Наружная конъюгата в норме равна 20—21 см



- Для определения истинной конъюгаты из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см.
- Истинную конъюгату можно более точно определить по диагональной конъюгате.



Диагональной называется расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца. II и III пальцы вводят во влагалище, IV и V сгибают, тыл их упирается в промежность. Введенные во влагалище пальцы фиксируют на верхушке мыса, а ребром ладони упираются в нижний край симфиза. После этого II пальцем другой руки отмечают место соприкосновения исследующей руки с нижним краем симфиза. Не отнимая II пальца от намеченной точки, руку, находящуюся во влагалище, извлекают, и ассистент измеряет тазомером или сантиметровой лентой расстояние от верхушки III пальца до точки, соприкасающейся с нижним краем симфиза.



## **ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ОСМОТР НА ЗЕРКАЛАХ, ВЛАГАЛИЩНОЕ И БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

Исследование на зеркалах проводят, когда женщина лежит на гинекологическом кресле, на которое подкладывается клеенка или подкладная (в современных условиях предусмотрена одноразовая подкладная). Так же точно подготавливают женщину к влагалищному и бимануальному исследованию. После каждой женщины кресло необходимо обрабатывать дезинфицирующим раствором. Акушерка или врач обрабатывает руки экспресс-методом, надевает стерильные перчатки, берет стерильное зеркало. Подготовка женщины: опорожнение мочевого пузыря, обработка наружных половых органов.

Техника манипуляции: после осмотра наружных половых органов левой рукой раздвигают половые губы, правой рукой вводят створчатое зеркало с сомкнутыми створками в одном из косых размеров, зеркало доводят до сводов, переводят в поперечный размер и раскрывают. После осмотра шейки и взятия мазков зеркало вынимают обратным путем. Ложкообразное зеркало (заднее) вводят также в одном из косых размеров, после введения устанавливают в поперечном размере, после чего точно также сверху вводят подъемник Отта. После осмотра шейки и влагалища инструменты вынимают обратным путем и погружают в накопитель. Отмечают цвет слизистой, характер выделений, выявляют наличие эрозии.

# ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ОСМОТР НА ЗЕРКАЛАХ, ВЛАГАЛИЩНОЕ И БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Влагалищное (пальцевое) исследование. Половые губы раздвигают 1-м и 2-м пальцами левой руки, во влагалище сначала вводят 3-й палец правой руки, отводят его в сторону задней стенки, после чего вводят 2-й палец. Вместе 2-й и 3-й пальцы вводят как можно глубже, 1-й палец правой руки отведен кверху и упирается в лобок, 4-й и 5-й пальцы правой руки согнуты и прижаты к ладони и упираются в промежность. Таким образом исследуют состояние мышц тазового дна, стенок влагалища, при этом отмечая ширину, состояние сводов, шейки (длину, форму, консистенцию), состояние наружного зева (его форму, закрыт или пропускает кончик пальца).

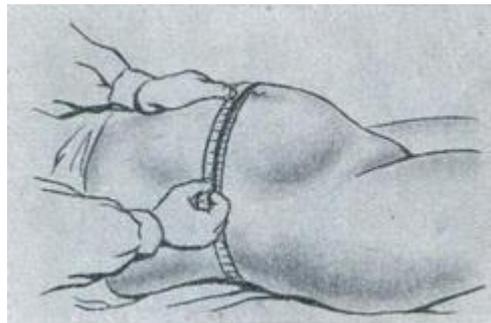
Двуручное (бимануальное) исследование беременной является продолжением влагалищного исследования. Пальцы, введенные во влагалище, располагают в переднем своде, смещая шейку кзади. Пальцы левой руки через брюшную стенку пальпируют дно матки. Сближая руки, пальпируют матку и определяют ее форму, величину, положение, консистенцию, подвижность, болезненность. Выявляют признаки беременности. После чего пальпируют область придатков с одной и с другой стороны, при этом пальцы, введенные во влагалище, перемешают в соответствующий свод. После этого пальпируют состояние костей таза. Пытаются достигнуть мыс через задний свод.

В результате опроса и осмотра устанавливают срок беременности, выявляют факторы риска или осложнения, физические, психологические и социальные проблемы беременной. Составляют план ведения беременности, назначают обследования. Дают рекомендации.

# ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ЖИВОТА:

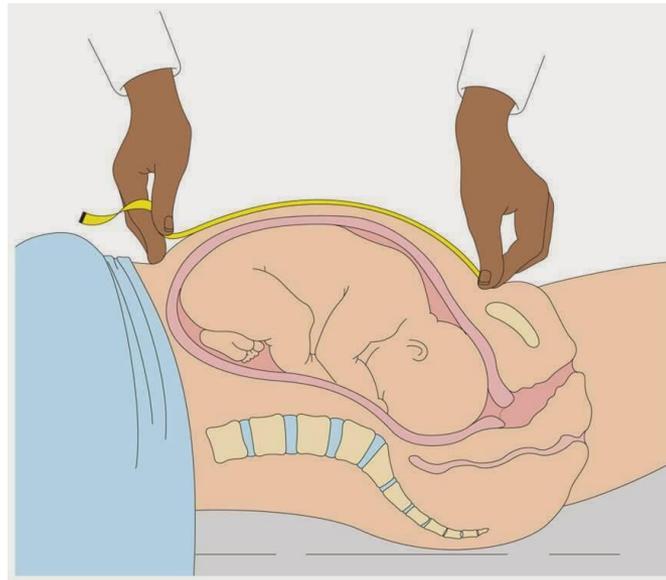
Динамика измерения окружности живота у беременной позволяет выявить отклонения от нормального течения беременности. Отсутствие динамики или отрицательная динамика наблюдается при маловодий, гипотрофии или гибели плода. Слишком быстрое увеличение матки наблюдается при многоводии, многоплодии и крупном плоде. Измерение проводится при каждом посещении беременной женской консультации (т. е. каждые две недели). Перед исследованием мочевого пузыря должен быть опорожнен.

Женщину укладывают на кушетку (на подложенную индивидуальную пеленку). Окружность измеряется сантиметровой лентой на уровне пупка. Длина окружности индивидуальна и не может позволить судить о сроке беременности. После измерения лента дважды с интервалом 15 минут обрабатывается дезинфектантом. Перед и после манипуляции акушерка проводит гигиеническую обработку рук. Руки должны быть теплыми. Кушетку после каждой женщины обрабатывают хлорамином.



# ИЗМЕРЕНИЕ ВЫСОТЫ СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ:

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



# ПРИЕМЫ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕОПОЛЬДА—ЛЕВИЦКОГО:

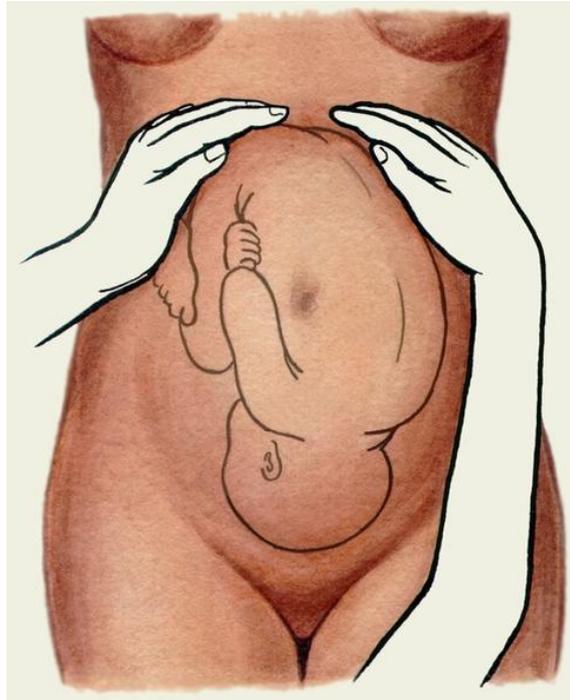
Подготовка женщины и акушерки та же, что и при измерении окружности живота.

## Первый прием:

Ладони обеих рук сводят вместе, и наружными ребрами контурируют дно матки, определяя уровень стояния дна (и таким образом срок беременности), а также форму матки.

Перебирая пальцами в области дна, определяют крупную часть, находящуюся в дне.

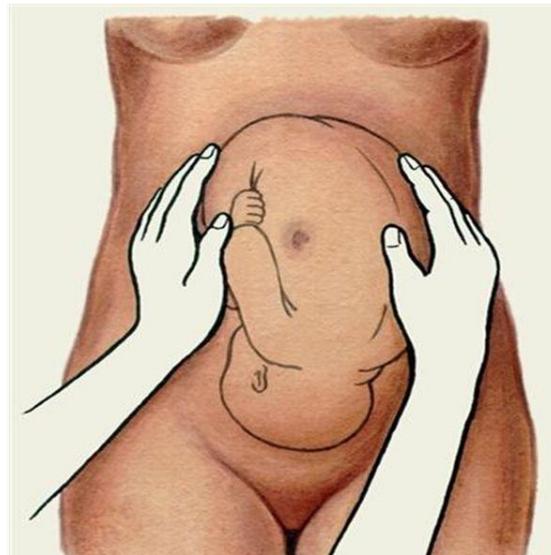
Можно применить прием баллотирования (периодически постукивают пальцами одной и другой руки в области дна, при этом ощущается перемещение крупной части, особенно головки).



# ПРИЕМЫ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕОПОЛЬДА—ЛЕВИЦКОГО:

## Второй прием:

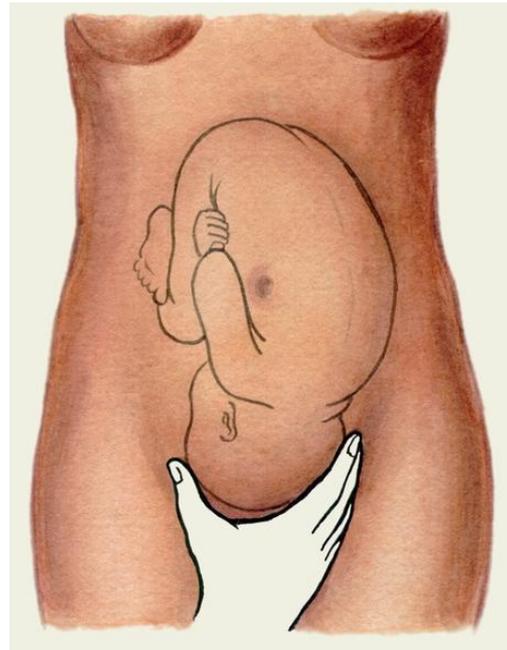
Располагают руки параллельно средней линии на боковых поверхностях матки. Сначала проводят сверху вниз расслабленной рукой, а потом руку округляют и перебирают пальцами, ощущая части плода, гладкие и выпуклые контуры. Этим приемом определяют положение, позицию и вид плода. Со стороны конечностей больше выпуклостей, и больше проявляется шевеление. Со стороны спинки матка более сердечной деятельности плода более гладкая. При этом приеме определяют также тонус матки, ее возбудимость.



# ПРИЕМЫ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕОПОЛЬДА—ЛЕВИЦКОГО:

## Третий прием:

Широко расставленные 1-й и 3-й пальцы правой руки погружают как можно глубже в область нижнего сегмента (над лобком параллельно ему). Головка представляется более округлой и плотной. При подвижной головке она легко смещается, находится выше лонной дуги. При полном мочевом пузыре исследование болезненно и нерезультативно. Третьим приемом выявляют предлежащую часть и ее уровень стояния относительно малого таза. При первых трех приемах акушерка стоит или сидит справа от беременной лицом к ней.



# Приемы наружного акушерского исследования Леопольда—Левицкого:

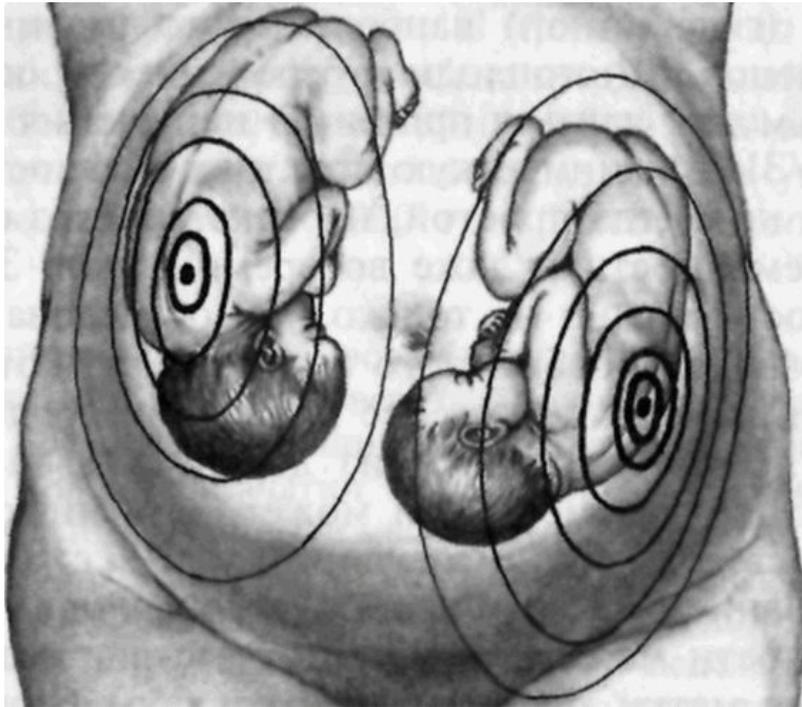
## Четвертым приемом:

Уточняют предлежащую часть и уровень ее стояния. При этом акушерка стоит, обращаясь лицом к ногам женщины. Ладони рук располагает в области нижнего сегмента, контурируя предлежащую часть, пытается соединить пальцы между головкой и лобком. Если руки сходятся, предлежащая часть находится над входом в малый таз и подвижна. Если руки расходятся, то головка опущена в полость малого таза.

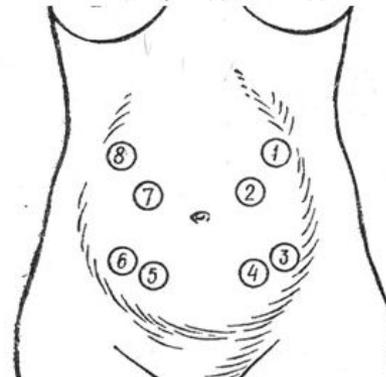


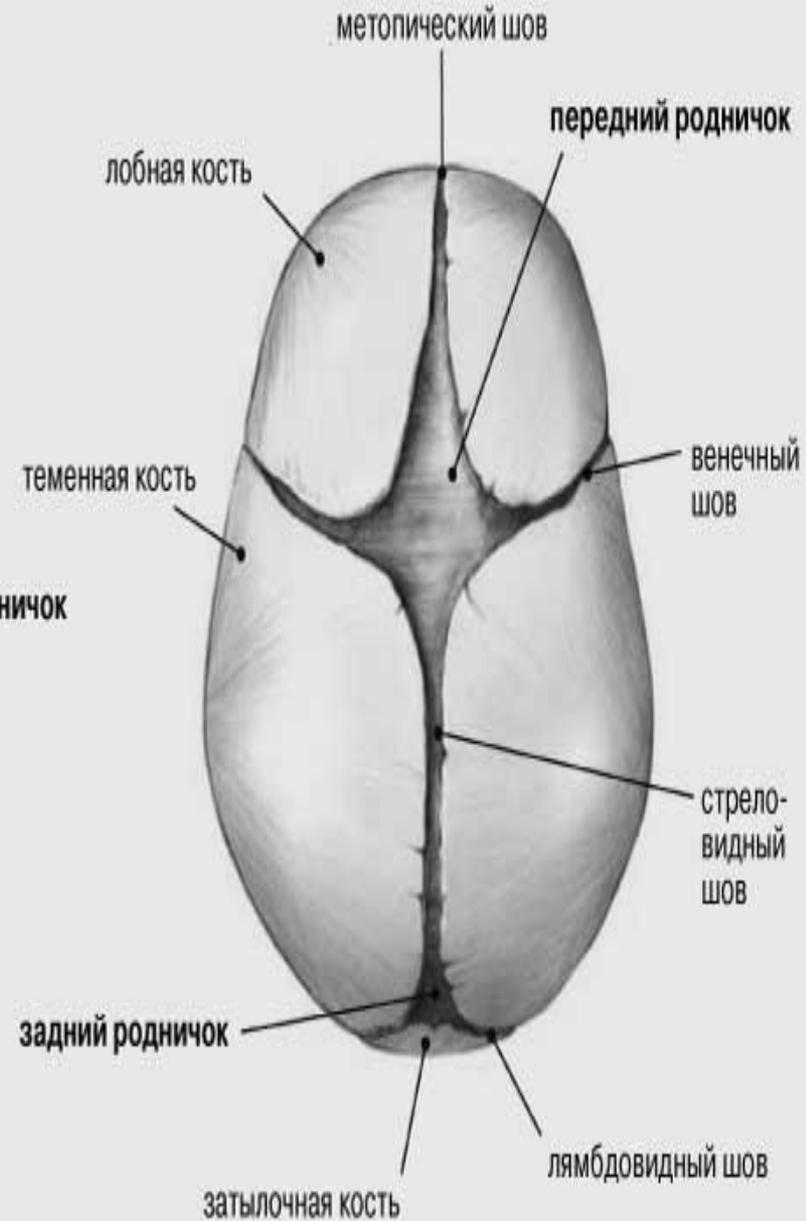
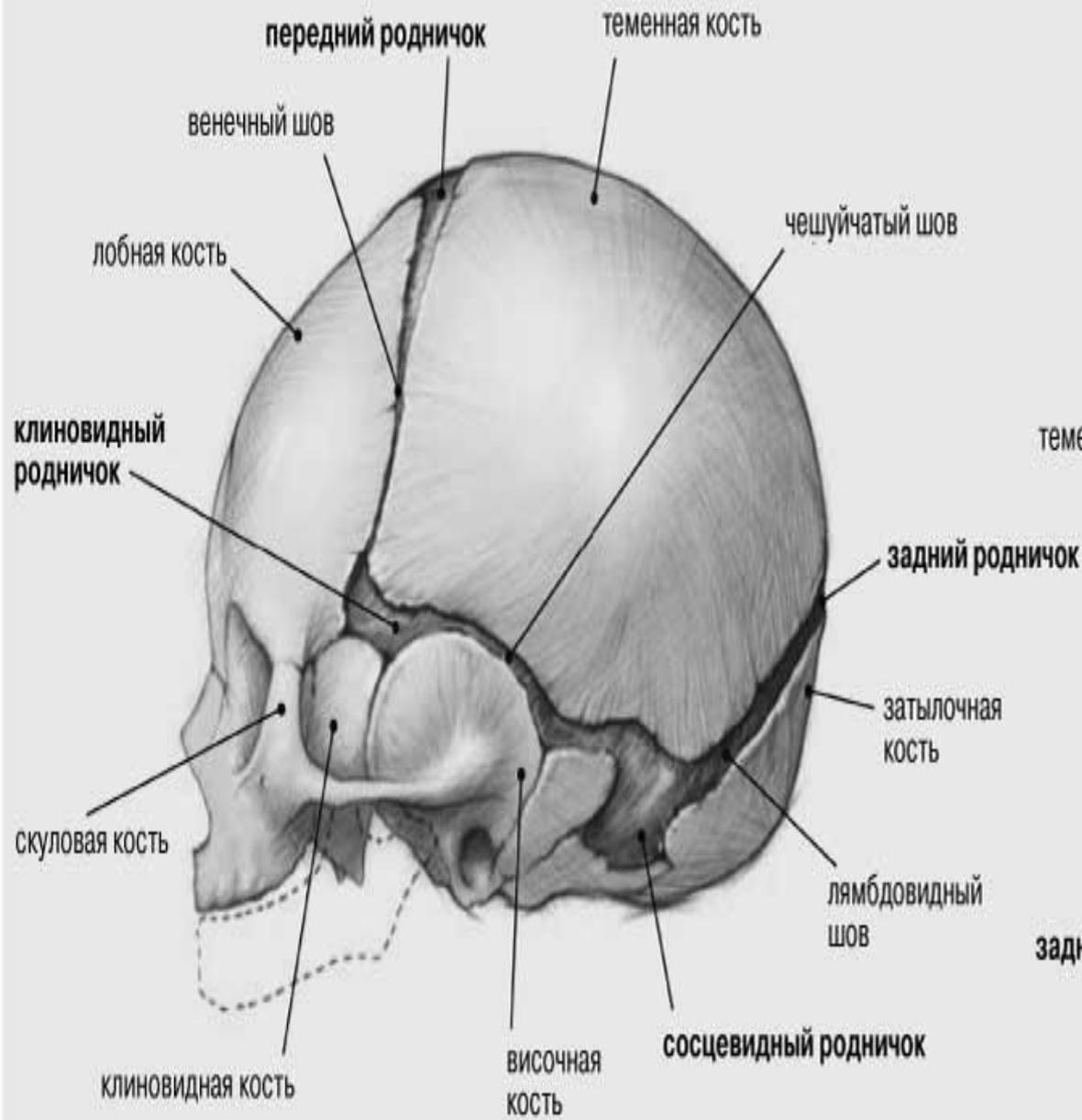
# ВЫСЛУШИВАНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА:

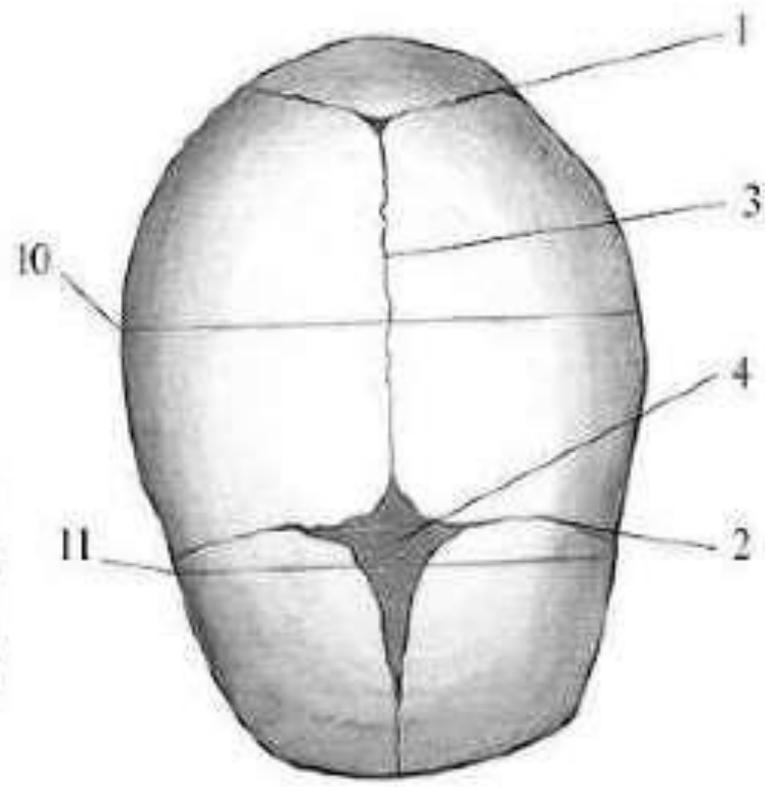
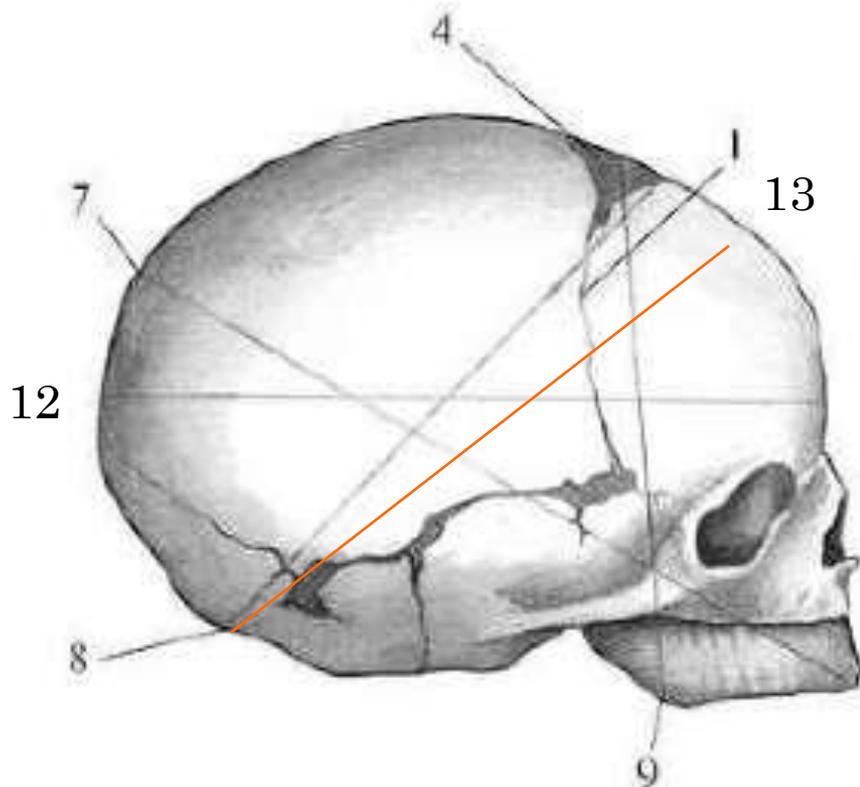
Сердцебиение плода выслушивают при каждой явке беременной в женскую консультацию начиная со второй половины беременности, при помощи акушерского стетоскопа (который после осмотра обрабатывается хлорамином). Тоны выслушиваются лучше всего со стороны позиции плода. При головном предлежании — ниже пупка, при тазовом — выше пупка. Нормальный ритм сердцебиения при доношенной беременности ISO-ISO ударов в минуту. Сердцебиение плода можно выслушать или записать при помощи дополнительных методов исследования: УЗИ, КТГ, ЭКГ, ФКГ.



1 — тазовое предлежание, первая позиция, задний вид; 2 — тазовое предлежание, первая позиция, передний вид; 3 — затылочное предлежание, первая позиция, задний вид; 4 — затылочное предлежание, первая позиция, передний вид; 5 — затылочное предлежание, вторая позиция, передний вид; 6 — затылочное предлежание, вторая позиция, задний вид; 7 — тазовое предлежание, вторая позиция, передний вид; 8 — тазовое предлежание, вторая позиция, задний вид.







9- вертикальный размер – от вершины темени до подъязычной кости – 9.5 см (окружность 33 см)

12 – прямой размер – от переносья до затылочного бугра – 12 см (окружность 34 см)

7 – большой косой размер – от подбородка до наиболее выступающей части головки на затылке 13.5 см (окружность 40см)

8 – малый косой размер – от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка 9.5 см (окружность 32)

13 - средний косой размер – от подзатылочной ямки до передней границы волосистой части головы 10 см (окружность 33)

10 – большой поперечный размер – наибольшее расстояние между теменными буграми – 9.25см

11 – малый поперечный размер – расстояние между наиболее отдаленными точками венечного шва – 8 см



## **НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БЕРЕМЕННОЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ: (ПРИКАЗ 572Н ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)".**

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

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

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

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

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

**НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БЕРЕМЕННОЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ: (ПРИКАЗ 572Н ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)".**

- При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:
- врачом-акушером-гинекологом - не менее семи раз;
- врачом-терапевтом - не менее двух раз; врачом-стоматологом - не менее двух раз; врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);
- другими врачами-специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии



**НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БЕРЕМЕННОЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ: (ПРИКАЗ 1130Н от 01.01.2021г Порядок оказания медицинской помощи по профилю "Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".**

- Скрининговое ультразвуковое исследование проводится трехкратно: при сроках беременности 11-14 недель, 18-21 неделя и 30-34 недели.
- определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией – в I триместре



## I ТРИМЕСТР

- При первой явке (до 12 нед, повторная явка через 10 дней от первой) – группа крови + Rh-фактор, определение антител к бледной трепонеме, определение антител М и G к ВИЧ, определение антител к антигену вирусного гепатита В и С, микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов, ОАМ, ОАК, БХ анализ крови+коагулограмма, TORCH-инфекции, посев на хламидиоз, посев отделяемого цервикального канала на условно-патогенную флору, цитологическое исследование



## II ТРИМЕСТР

- Определение ОЖ, ВДМ, тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода, тонометрия
- ОАК, ОАМ, после 14 недель однократно – посев средней порции мочи



## III ТРИМЕСТР

- В 30 недель - определение антител к бледной трепонеме, определение антител М и G к ВИЧ, определение антител к антигену вирусного гепатита В и С, микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов, ОАМ, ОАК, БХ анализ крови+коагулограмма, посев на хламидиоз, посев отделяемого цервикального канала на условно-патогенную флору, цитологическое исследование
- Глюкозо-толерантный тест
- С 28 нед – доплерометрия
- С 32 нед - КТГ
- 



## КАЖДУЮ ЯВКУ

- Физикальное обследование – ОЖ, ВДМ, вес, прибавка веса, тонометрия, определение тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода
- ОАМ
- С 32 нед – КТГ – 1р/нед
- Посещение беременной ЖК



# МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ:

Все данные о беременной, результаты обследования заносятся в индивидуальную карту беременной (2 экземпляра), один экземпляр хранится в кабинете, а другой женщина всегда носит с собой.

**В каждой обменной карте беременной женщины должны быть следующие страницы:**

- титульный лист (паспортные данные и адрес);
- данные анамнеза;
- данные общего осмотра;
- данные акушерского наружного и внутреннего обследований;
- план ведения беременной;
- лист динамических наблюдений; — лист лабораторных обследований;
- лист заключений специалистов.

Далее следуют записи осмотра, назначений и рекомендаций, которые были даны женщине.

Беременная женщина должна понимать целесообразность такого интенсивного обследования и наблюдения, на них она соглашается абсолютно добровольно. Следует подчеркнуть, что очень важно выявить инфекции до и во время беременности, чтобы вовремя их вылечить, и что инфицированные и необследованные женщины поступают в отделения для инфицированных и необследованных женщин. Необходимо объяснить, что своевременно выявленные минимальные отклонения позволяют применить профилактические меры и предотвратить осложнения беременности и родов. Это будет стимулом для женщины, заинтересованной в сохранении своего здоровья и здоровья ребенка. Необходимо, чтобы женщина доверяла акушерке, не боялась ее, могла бы обсуждать с ней свои проблемы. Нужно использовать время общения, чтобы дать женщине советы по вопросам гигиены, обследования и подготовки к родам. Время посещения женской консультации должно быть удобно для женщины. По месту работы или учебы обязаны давать возможность посещать женскую консультацию во время утреннего приема, в светлые часы, когда меньше проблем с транспортом. Если женщина пропустила прием, акушерка должна выяснить по телефону причину. В случае неотложной ситуации рекомендуется вызов скорой помощи. Если женщина не хочет или не может посетить консультацию, проводится патронаж.

# ОБЯЗАННОСТИ АКУШЕРКИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:

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

## Оснащение гинекологического кабинета:

Кушетка, два стола (для врача и для акушерки), стулья для персонала и для посетителей, гинекологическое кресло, лампа, ширма (или гинекологическая смотровая в соседнем помещении). Для обследования необходимы: тонометр, фонендоскоп, акушерский стетоскоп, тазомер, сантиметровая лента, манипуляционные столики для инструментов и медикаментов. Инструменты: влагалищные зеркала, корнцанги, пинцеты, ложечки Фолькмана для взятия мазков на гонококки Нейсера. Бикс для перевязочного материала, шпателей. Бикс с перчатками или одноразовые перчатки. Стерильные клеенки или одноразовые подкладные, дезинфицирующие растворы, емкости-накопители для инструментов, перчаток, клеенок и др. В кабинете должны быть раковина с водой, мыло и дезинфицирующие растворы для обработки рук, полотенца.

Шкафы для медицинской документации и историй болезни. Картотека индивидуальных карт беременных, которые раскладываются по алфавиту (отдельно откладывают карты не явившихся, госпитализированных, родивших). Журнал для регистрации беременных, предварительная запись. Бланки рецептов, направлений на анализы и консультации. Под стеклом должны быть календари, необходимая справочная информация: адреса и телефоны, часы работы кабинетов, учреждений, в которые направляются пациенты, анализы, прописи, норма для лабораторных исследований и др.

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

## ПАТРОНАЖ:

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

Посещая женщину на дому, акушерка может оценить условия жизни, семейные проблемы, побеседовать с родственниками и убедить их способствовать тому, чтобы женщина посещала консультацию. На дому схема опроса и обследования точно та же, что и в женской консультации. Для этого необходимо взять с собой тонометр, акушерский стетоскоп, сантиметр, бланки направлений на обследования. В конце отчетного периода проводится анализ показателей работы: сколько беременных состояло на учете, исход беременности и родов, процент осложнений для матери и плода, правильность выдачи декретного отпуска и др.