

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

«РУБЦОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА ТЕМЫ № 4.1.2

**«Сестринский уход и наблюдение при нормальном течении
беременности, антенатальная охрана плода».**

Профессиональный модуль 02 Участие в лечебно-диагностическом и
реабилитационном процессах. Часть 4 МДК 02.01. Сестринская помощь в
акушерстве и гинекологии

Курс 2 Семестр 4

Специальность34.02.01 Сестринское дело

Квалификация выпускника: Медицинская сестра/Медицинский брат

Преподаватель: Сабитова В.М.

Рассмотрена на заседании ЦМК

Протокол № _____ от _____

Председатель _____

		Количество часов	Уровень усвоения
Содержание		2	
1	Оплодотворение и развитие плодного яйца.		
2	Физиологические изменения в организме женщины при беременности		
3	Диагностика беременности и определение ее сроков.		
4	Обследование беременной.		
Семинарское занятие		1	
Практическое занятие		4	
1	Осуществление сестринского наблюдения и ухода при физиологическом течении беременности.		3
Самостоятельная работа		3	
	Разработка рекомендаций беременной по диететике, двигательной активности, личной гигиене, режиму дня.		

Цели:

студент должен иметь практический опыт:

– осуществления наблюдения и ухода за беременной женщиной при нормальном течении беременности;

уметь:

- готовить пациентку к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- консультировать пациентку и ее окружение по вопросам питания, двигательной активности, личной гигиены;
- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры;
- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациентки в рамках антенатальной профилактики;
- вести утвержденную медицинскую документацию;

знать:

- причины, основные клинические проявления и признаки беременности;
- возможные осложнения и их профилактику;
- методы диагностики проблем пациентки;
- организацию и оказание сестринской помощи;

- подходы к лечению, уходу, принципам рационального и диетического питания беременной;
- правила использования оборудования, аппаратуры, изделий медицинского назначения;
- инфекционный контроль и инфекционную безопасность м/с и пациентки.

Формируемые компетенции:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК.5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательства.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратурой, оборудованием и изделиями медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

Междисциплинарные связи:

Обеспечиваемые: МДК 02.02.основы реабилитации.

Обеспечивающие: анатомия, латинский язык, деятельность младшей медицинской сестры по уходу за больным, МДК 01.01. ПМ 01 Здоровый человек и его окружение.

Обеспечение занятия:

1. Оборудование: обменная карта беременной, тазомер, сантиметровая лента, стетоскоп.
2. Технические средства обучения: мультимедийное сопровождение лекции: проектор, компьютер, экран или интерактивная доска, презентация.
3. Информационное обеспечение:

Основная литература:

Славянова И. К., Сестринское дело в акушерстве и гинекологии./ И. К. Славянова. - Ростов-на-Дону, Феникс, 2011.

Дополнительная литература:

Славянова И. К., Акушерство и гинекология./ И. К. Славянова. - Ростов-на-Дону, Феникс, 2012.

Интернет - ресурсы:

Гарант: информационно-правовой портал [Электронный ресурс] / Центр информационных технологий МГУ. — Электрон.дан. — М.: ООО "НПП "ГАРАНТ-СЕРВИС-УНИВЕРСИТЕТ", 1990. - Режим доступа: www.garant.ru, свободный. — Загл. с экрана. - Яз.рус.

МЕДИНФА. Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс] / Электрон.дан. — М.: Medinfa.ru, 2005. - Режим доступа: <http://www.medinfa.ru>, свободный. — Загл. с экрана. - Яз.рус.

3. Методическое обеспечение:

Карта темы с приложением содержания лекции, комплекты тестовых заданий, ситуационных задач, мультимедийное сопровождение к лекции, алгоритмы выполнения манипуляций, бланки обменных карт беременной и роженицы.

Структура и содержание занятий темы

Лекционное занятие

Тип: занятие изучения нового учебного материала.

Вид занятия: текущая лекция.

№	Этап	Время, мин	Содержание этапа	Деятельность	
				Преподавателя	Студентов
1	Организационный	5	Оценка готовности аудитории и студентов	Проверяет присутствие, наличие халатов и т.п	Участвуют в переключке
			Объявление темы, цели занятия	Приветствует студентов, организует внимание, сообщает тему и цель занятия.	Приветствуют преподавателя, готовятся к занятию. Записывают тему занятия.
			Характеристика порядка проведения лекции	Объясняет порядок проведения лекции	Внимательно слушают, задают вопросы
2	Основной	65	Актуализация и мотивация деятельности студентов	Объясняет значимость темы для профессиональной деятельности	Слушают, задают вопросы
			Изложение плана лекции и рекомендуемых источников	Излагает план лекции, перечисляет рекомендуемые источники информации:	Записывают
			Изложение содержания лекции с мультимедийным сопровождением (приложение 1).	Излагает материал лекции. По ходу лекции задает вопросы для	Внимательно слушают, смотрят презентацию, составляют конспект

				<p>выявления уровня базовых знаний и/или активизации внимания. Организует обсуждение проблемных моментов.</p>	<p>лекции, участвуют в обсуждении.</p>
3	Заключительный	20	Контроль усвоения материала.	Проводит фронтальный опрос (приложение 3).	Отвечают на вопросы преподавателя.
			Обобщение, выводы	Анализ достижений цели. Оценка работы студентов.	Слушают, анализируют, оценивают свою работу
			Ответы на вопросы студентов	Отвечает на вопросы студентов, дает необходимые объяснения трудных вопросов	Задают вопросы, слушают ответы
			Задания для самостоятельной работы	Объяснение содержания самостоятельной работы.	Слушают, записывают задание, задают вопросы
	Всего	90			

Семинарско - практическое занятие

Тип: комбинированное.

Вид: семинарско - практическое.

№	Этап	Время, мин	Содержание этапа	Деятельность	
				Преподавателя	Студентов
1	Организационный	5	Оценка готовности аудитории и студентов	Проверяет присутствующие, наличие халатов и т.п	Участвуют в переключке
			Объявление темы, цели занятия	Приветствует студентов, организует внимание, сообщает тему и цель занятия.	Приветствуют преподавателя, готовятся к занятию, записывают тему занятия.
			Характеристика порядка проведения занятия.	Объясняет порядок проведения занятия.	Внимательно слушают, задают вопросы
2	Основной	10	Актуализация и мотивация деятельности студентов.	Объясняет значимость темы для профессиональной деятельности	Слушают, задают вопросы
		10	Контроль исходного уровня знаний методом тестирования (приложение 2).	Раздает тестовые задания.	Отвечают на вопросы преподавателя. Работают над тестами.
		10	Знакомство с алгоритмами манипуляций по уходу и	Демонстрирует выполнения манипуляций и раздает	Конспектируют и запоминают алгоритмы.

			наблюдению за беременной женщиной (приложение 3).	алгоритмы манипуляций.	
		80	Отработка манипуляций.	Оказывает консультативную помощь.	Выполняют манипуляции.
		30	Решение ситуационных задач (приложение 4).	Раздает комплекты ситуационных задач, оказывает консультативную помощь.	Решают ситуационные задачи.
		60	Контроль освоения ПК.	Оценивает освоение студентами ПК	Демонстрируют освоенные ПК.
3	Заключительный	20	Обобщение, выводы	Анализ достижений цели. Оценка работы студентов.	Слушают, анализируют, оценивают свою работу
			Ответы на вопросы студентов	Отвечает на вопросы студентов, дает необходимые объяснения трудных вопросов	Задают вопросы, слушают ответы
			Задания для самостоятельной работы	Объяснение содержания самостоятельной работы.	Слушают, записывают задание, задают вопросы
	Всего	225			

Самостоятельная внеаудиторная работа

Вид работы	Задание	Метод контроля
------------	---------	----------------

Разработка рекомендаций беременной по диететике, двигательной активности, личной гигиене, режиму дня.	Разработать рекомендации беременной по диететике, двигательной активности, личной гигиене, режиму дня.	Оценка составленного плана рекомендаций.
---	--	--

Контроль и оценка результатов обучения

Компетенция	Действие	Метод контроля
ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательства.	Решение ситуационных задач по коррекции образа жизни беременной.	Анализ решения ситуационных задач.
ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.	Решение тестовых заданий. Описание приемов Леопольда-Левицкого по иллюстрациям.	Анализ выполнения заданий в тестовой форме.
ПК 2.5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделиями медицинского назначения в ходе лечебно-	Демонстрация умений: - проведение наружной пельвиометрии, оценка результатов; - измерений ВСД, расчет предполагаемой массы плода.	Экспертная оценка выполнения алгоритмов.

диагностического процесса.		
ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.	Демонстрация умений: - заполнение паспортной части обменной карты беременной и родильницы.	Анализ выполнения задания.

Преподаватель _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

ЛЕКЦИЯ №2

Тема: Сестринский уход и наблюдение при нормальном течении беременности, антенатальная охрана плода.

Количество часов: 2.

План лекции:

1. Оплодотворение, развитие зародыша.
2. Беременность, физиологические изменения в организме женщины при беременности.
3. Признаки беременности, методы диагностики.
4. План обследования беременной в женской консультации.

1. Оплодотворение, развитие зародыша.

Менструальный цикл (рис 1).

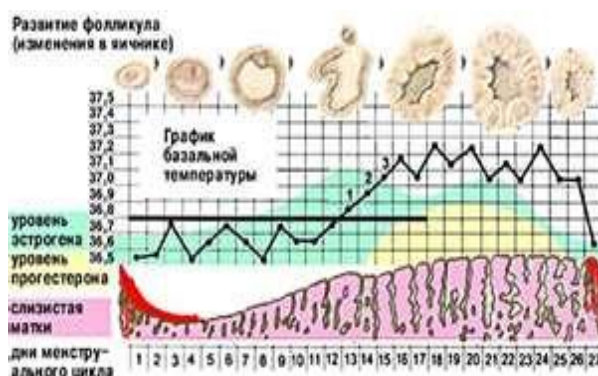


Рис 1 Менструальный цикл.

Оплодотворением называется процесс слияния мужской и женской половых клеток. Этот процесс происходит в ампулярной части маточной трубы (рис 2). Через 6 – 7 дней происходит имплантация плодного яйца. Имплантация — процесс внедрения зародыша в слизистую матки, которая к этому моменту должна находиться в стадии секреции. Зародыш погружается в слизистую матки очень медленно (около 40 часов) за счет протеолитических ферментов, вырабатываемых трофобластом.

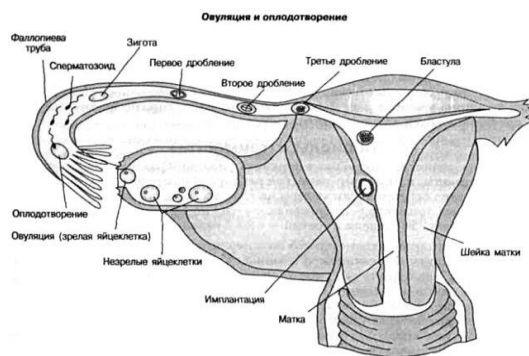


Рис. 2 Схема оплодотворения.

С момента зачатия начинается антенатальный (внутриутробный) период развития человека, который делится на:

1. Период бластогенеза (развития зародыша) – первые 15 дней.
2. Эмбриональный период – с 15 дня до 12 недель.
3. Фетальный (плодный период) – с 12 по 38-40 неделю.

Развитие оболочек и плаценты.

Плодные оболочки:

- *децидуальная оболочка* – видоизмененный функциональный слой эндометрия
- *амнион*, или водная оболочка – замкнутый мешок, в котором находится плод, окруженный околоплодными водами:
- *хорион*, или ворсинчатая оболочка, которая находится между маткой и водной оболочкой, образует детскую часть плаценты;

Оболочки плода выполняют **функции**: защитную (механическая защита, защита от проникновения инфекции), трофическую, секреторную, резорбционную и др.

Околоплодные воды (амниотическая жидкость) заполняют полость плодного, или амниотического, мешка. К концу первого месяца беременности количество околоплодной жидкости составляет 7,5 мл, в конце второго — 40 мл, третьего — 75, четвертого — 150 мл. К концу беременности количество околоплодных вод равно 1 – 1,5 литрам. Химический состав вод: белок, соли, мочевины, жир, сахар, гормоны:

Околоплодные воды имеют большое физиологическое значение:

- создают условия для свободного развития и передвижения плода;
- защищают плод от неблагоприятных внешних условий (сдавление, перепады температур);
- предохраняют от сдавления пуповину;
- нижний полюс плодного пузыря участвует в развитии родовой деятельности (вклинивается в область внутреннего зева, способствует его раскрытию).

Плацента (placenta), или детское место. Плацента формируется из детской и материнской части. *Детская часть* образована из сильно разросшихся ворсин ветвистого хориона, *материнская часть* образована из базальной части децидуальной оболочки. Диаметр плаценты около 20 см, но может быть меньше. В этом случае увеличивается толщина плаценты, которая

обычно бывает 2—3 см. Общая площадь поверхности всех ворсин составляет 10—15 м². Структурной единицей плаценты является долька (*котиледон*, от *греч.* котиледон — щупальца полипа). По данным разных авторов, таких долек 20—70.

При нормальном течении беременности плацента располагается в верхней части матки, а пуповина прикрепляется к плаценте в ее центральной части.

Функции плаценты:

- обеспечение плода кислородом и продуктами питания;
- выведение продуктов обмена;
- гормональная;
- защитная.

Пуповина, или пупочный канатик, соединяет плод с плацентой. Пуповина образуется на месте аллантаоиса. Снаружи она покрыта амниотической оболочкой. Внутри пуповины проходит вена, по которой к плоду идет артериальная кровь и две артерии, по которым венозная кровь поступает от плода в плаценту. Пуповинные сосуды окружены вартоновым студнем — студенистым веществом, которое защищает сосуды от сдавления. Пуповина одним концом прикрепляется в центре плаценты. Другой конец пуповины входит в область пупочного кольца в брюшной стенке плода. Длина пуповины в конце беременности около 50—60 см, диаметр — примерно 1,5 см. **Последом** называют плаценту вместе с оболочками и пуповиной после того, как они выделяются в завершении родов.

2. Беременность, физиологические изменения в организме женщины при беременности (самостоятельно).

3. Признаки беременности, методы диагностики.

Предположительные или сомнительные признаки:

1. *Вкусовые и обонятельные пристрастия.*

2. *Психологические странности и причуды:* повышенная раздражительность, плаксивость, сонливость, капризы и прочие неадекватные реакции, которые могут привести к семейным конфликтам, изменить отношение к беременности и мужу, поэтому акушерка должна оказать психологическую поддержку беременной и предотвратить необдуманные поступки, особенно необдуманное прерывание беременности.

3. *Повышенная сонливость*, что очень благоприятно для беременной и помогает преодолеть период дискомфорта, причиняемый беременностью.

4. *Тошнота и изредка рвота.* При нормально протекающей беременности тошнота, и тем более рвота не должны быть очень сильными, мучительными и не должны вызывать осложнений (потеря веса, снижение давления и т. п.). Рвоту может спровоцировать пища, которую трудно пережевывать и проглатывать, полоскание горла, запахи, эмоции. Патологическая рвота относится к заболеваниям беременности.

Вышеперечисленные признаки могут быть не только при беременности, но их следует учитывать при наличии вероятных признаков беременности.

Вероятные признаки беременности:

1. *Задержка месячных.* У женщин с регулярными месячными — это очень вероятный признак. Но задержка месячных может быть при гормональных расстройствах. При задержке месячных необходимо провести тест на беременность.

2. *Увеличение матки и изменение ее формы и консистенции.* Эти признаки были описаны разными авторами и носят их имена. *Признак Снегирева* — матка увеличивается в размерах,

становится более размягченной и легко возбудимой при пальпации. *Признак Пискагека* — неровные контуры матки в связи с тем, что плодное яйцо развивается с одной стороны, матка выравнивается только в более поздние сроки беременности. (Следует учитывать, что увеличение матки и ее неровные контуры могут быть при миоме матки.)

3. *Усиление пигментации* сосков, наружных половых органов, пигментная полоса на средней линии живота, пигментные пятна на лице. Интенсивность увеличивается постепенно с развитием беременности и постепенно разрешается после родов.

4. *Цианоз слизистой влагалища*, который выявляется при осмотре в зеркалах.

5. *Увеличение молочных желез и живота*. Последние признаки некоторыми авторами относят к сомнительным признакам, однако всегда подозрительно довольно значительное и быстрое по времени увеличение.

6. *Появление молозива* из молочных желез.

7. *Растяжки* на коже живота и молочных желез. Такие растяжки называют *растяжки беременных (Strii gravidarum)*. Небольшие растяжки могут быть и следствием быстрой прибавки веса у девушек в период роста. При совокупности всех вероятных признаков в сочетании с сомнительными диагноз беременности почти не вызывает сомнения, если речь идет о молодой здоровой женщине, у которой раньше или вне беременности таких признаков не было.

Достоверные признаки беременности. Полная уверенность в том, что женщина беременна, может быть только при наличии достоверных признаков:

Ранние:

1. Выявление плодного яйца при помощи УЗИ.

2. Выявление β -ХГЧ в крови или моче.

Поздние:

1. Шевеление плода. Первородящие женщины начинают ощущать активное шевеление плода с 20-й недели, а повторнородящие даже с 18-й недели. Иногда субъективные ощущения женщины могут быть ошибочными, за шевеление может быть принята перистальтика кишечника на ранних неделях беременности, но со второй половины беременности не только сама женщина ощущает постоянное шевеление, но и акушерка визуально наблюдает и пальпаторно ощущает движение плода.

2. Выслушивание сердцебиения плода при помощи акушерского стетоскопа, что возможно только во второй половине беременности, с помощью ультразвуковых приборов — уже в I триместре.

3. Пальпация частей плода.

4. Выявление плодного яйца при помощи УЗИ.

Продолжительность нормальной беременности 280 дней, 40 недель, или 10 акушерских (лунных) месяцев, в каждом из которых по 28 дней. Правда, роды могут считаться срочными (то есть в срок), если они произошли на 2—3 недели раньше или на полторы недели позже.

Диагностика беременности. Основывается на объективном выявлении признаков беременности. Для подтверждения диагноза беременности в ранние сроки после задержки месячных используют тест — *анализ мочи на выявление хорионального гонадотропина (ХТ)*. Такой анализ может провести и сама женщина, купив тест в аптеке. Акушерке следует дать рекомендации. Тест обычно представляет собой полоску бумаги, которую следует опустить в исследуемую мочу. В случае беременности через 5 минут на полоске проступают 2 цветные полоски, если беременности нет — одна. Чтобы моча была более концентрированной и тест проявился при маленьком сроке беременности, рекомендуется накануне вечером ограничить прием жидкости, а для анализа взять утреннюю мочу. В лаборатории проводится контроль

крови на ХГ. Для уточнения диагноза и срока беременности применяется также *ультразвуковое исследование (УЗИ)*.

4. План обследования беременной в женской консультации.

Наблюдение беременных осуществляется в первой половине беременности — 1 раз в месяц, с 20 до 28 недель — 2 раза в месяц, с 28 до 40 недель — 1 раз в неделю. По показаниям частота посещения женщиной женской консультации может быть увеличена. 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, сбор анамнеза.
- 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.

Во время беременности назначаются следующие лабораторные исследования:

Трижды (1 раз в каждом триместре):

- мазки из цервикального канала и наружного отверстия уретры на выявление гонореи;
- кровь из вены на выявление сифилиса (реакция Вассер-мана — RW);
- кровь из пальца на клинический анализ (гемоглобин, лейкоцитоз, СОЭ и др.).

Дважды во время беременности проводится обследование:

- кровь из вены на выявление ВИЧ-инфекции (форма 50);
- кровь из вены на выявление гепатита В и С.

Однократно исследуется кровь на группу и резус-фактор. Рекомендуется исследовать кровь мужа. При разнице группы и резуса проводится исследование титра антител примерно 1 раз в месяц.

В 17 недель в целях выявления патологии плода берется анализ крови на альфа-фетопротеины.

Во второй половине беременности исследуется мазок из зева на носительство стафилококка, кал — на яйца глистов и кишечные инфекции.

Рационально выявить скрытую инфекцию (токсоплазмоз, микоплазмоз, вирусные инфекции и др.).

При опасности невынашивания берется мазок на гормональную угрозу.

При наличии эрозии шейки матки берется мазок на онкоцитологию.

В течение беременности трижды проводится ультразвуковое обследование: в 17 недель, в 30 недель и в 37 недель.

Дважды во время беременности женщине необходимо проконсультироваться с терапевтом, окулистом, стоматологом и отоларингологом. Эти специалисты должны быть в женской консультации, по крайней мере, терапевт. При необходимости женщина может проконсультироваться с юристом женской консультации.

Методы наружного акушерского исследования.

Наружное акушерское исследование включает:

- **осмотр** наружных половых органов, осмотр шейки матки с помощью зеркал, который проводится при взятии на учет иоднократно во II и III триместрах;
- **пальпация** включает бимануальное исследование, которое проводится только при постановке на учет, а затем исключительно по показаниям; четыре приема наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого), позволяющие определить уровень дна матки, положение плода, предлежащую часть плода и отношение предлежащей части ко входу в малый таз;
- **аускультация** сердцебиения плода, которое становится возможным, начиная с 21 - 22 недели беременности;
- **измерение** таза (пельвиометрия), высоты стояния дна матки и окружности живота.

Определение срока беременности. Определить срок беременности можно, отсчитывая дни или недели беременности:

- от первого дня последних месячных;
- от дня начала активного шевеления плода (обычно с 18-й недели у повторнородящих и с 20-й недели у первородящих);
- от дня первой явки, если это была ранняя явка в I триместре.

При определении срока беременности следует учитывать:

- мнение женщины;
- данные ультразвукового исследования;
- величину матки.

Высота стояния дна матки. На раннем сроке матку можно пропальпировать при бимануальном исследовании. Размеры ее увеличиваются примерно с 5-й недели, она становится размером ром с женский кулак к 8-й неделе и мужской кулак или головку новорожденного к 12-й неделе. После 13-й недели дно матки можно определять через брюшную стенку. Оно находится на середине между лобком и пупком в 16 недель, на два поперечных пальца ниже пупка - в 20 недель, на уровне пупка в 24 недели, на середине между пупком и мечевидным отростком - в 32 недели. Максимальное стояние матки наблюдается в 36-38 недель на уровне мечевидного отростка, после чего дно опускается чуть ниже. Если уже выслушивается сердцебиение плода акушерским стетоскопом, то беременность не менее 22 недель, а если возможно прощупать головку плода, то беременность не менее 24 недель. Ошибка в определении срока беременности тем больше, чем позже беременная обращается к врачу, поэтому следует способствовать ранней явке в женскую консультацию для взятия на

учет.

При ультразвуковом методе исследования определяют срок беременности, ориентируясь на размеры плода (размеры головки, длину конечностей), развитие органов, костной ткани, зрелость плаценты и др.

Определение срока родов.

Используя анамнестические и объективные данные можно с достаточной долей вероятности определить дату предстоящих родов. Методы: по первому дню последней менструации, по первому шевелению плода, по первой явке в женскую консультацию, по данным ультразвукового исследования, по дате ухода в отпуск по беременности и родам.

Метод	Описание метода
По первому дню последней менструации (правило Негеле)	От даты первого дня последней менструации отсчитывают 3 мес. назад и прибавляют 7 сут.
По первому шевелению плода	К дате первого шевеления плода у первобеременных прибавить 140 дней или 4 календарных месяца и 18 дней, у повторнобеременной - 154 дня или 5 календарных месяцев и 1 день.
По первой явке в женскую консультацию	К дате определенного срока при первой явке прибавляют недостающие недели до 40 недель.
По данным ультразвукового исследования	
По дате ухода в отпуск по беременности и родам.	Отпуск начинается в 30 недель, к дате ухода в отпуск прибавляют 10 недель.

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 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. (Дать задание о подготовке информации для практических занятий по здоровому образу жизни беременной).

Аntenатальная профилактика. Предполагает регулярное наблюдение за течением беременности, своевременное выявление и предупреждение факторов риска для развития плода. К таковым относятся:

- Генные, хромосомные аномалии и болезни матери:

- Прием лекарственных препаратов;
- Отягощенный акушерский и гинекологический анамнез матери;
- Осложнения беременности недонашивание и перенашивание;
- Неблагоприятные воздействия окр. среды;
- Неблагоприятные воздействия определяемые образом жизни матери.

Основная цель АП – рождение здорового ребенка и создание благоприятных условий для его развития.

В рамках антенатальной охраны плода проводятся два патронажа:

Первый на сроке 8 – 12 недель. Второй – на сроке 30 – 32 недели. Целью первого является обеспечение максимально комфортных и безопасных условий для развития плода, цель второго - подготовка беременной и ее семьи к появлению новорожденного.

Тесты по теме «Сестринский уход и наблюдение при нормальном течении беременности».

Вариант 1

1. Нормальная продолжительность беременности (нед.):
 - а. 28-32
 - б. 38-40
 - в. 30-36
 - г. 25-26
2. Размеры анатомически нормального женского таза:
 - а. 25-28-31-20
 - б. 25-28-31-17, 5
 - в. 26-27-30-18
 - г. 23-25- 27-17
3. Шейку матки в зеркалах у здоровой беременной в женской консультации осматривают:
 - а. однократно при постановке на учет
 - б. однократно в каждом триместре
 - в. при каждом посещении женской консультации
 - г. при постановке на учет и выдаче листка нетрудоспособности по беременности и родам.
4. Высота ромба Михаэлиса – это расстояние от надкресцовой ямки до:
 - а. передней верхней ости подвздошной кости
 - б. верхушки кресца
 - в. задней верхней ости подвздошной кости
 - г. кресцово-копчикового сочленения.
5. *Distantia trochanterica* – расстояние между:
 - а. наиболее отдаленными точками гребней крыльев подвздошных костей
 - б. седалищными буграми
 - в. большими вертелами бедренных костей
 - г. малыми вертелами бедренных костей.
6. Предположительный признак беременности:

- а. задержка месячных
- б. шевеление плода
- в. цианоз слизистой влагалища
- г. вкусовые и обонятельные пристрастия.

7. Размер наружной конъюгаты:

- а. 11-12 см
- б. 13-14 см
- в. 15-16 см
- г. 20-21 см.

8. Первым приемом наружного акушерского исследования (Леопольда - Левицкого) определяют:

- а. позицию плода
- б. высоту стояния дна матки
- в. предлежащую часть плода
- г. отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз.

9. Как часто проводится УЗИ при полости матки у здоровой беременной:

- а. трижды (17, 30, 37 нед.)
- б. однократно в 37 нед.
- в. двукратно (20, 38 нед.)
- г. четырехкратно (17, 30, 37, 40 нед.).

10. Прибавка массы тела беременной не должна превышать:

- а. 500 г в неделю
- б. 300 г в неделю
- в. 100 г в неделю
- г. 50 г в неделю.

Тесты по теме «Сестринский уход и наблюдение при нормальном течении беременности»

Вариант 2

1. Дно матки на сроке беременности 16 недель у здоровой беременной находится:

- а. у мечевидного отростка
- б. у верхнего края лобкового симфиза
- в. посередине между пупком и лобком
- г. на уровне пупка.

2. Акушерская конъюгата - расстояние:

- а. от верхнего края симфиза до надкресцовой ямки
- б. от верхневнутреннего края симфиза до кресцового мыса
- в. от нижнего края симфиза до кресцового мыса
- г. от верхнего края мыса до верхушки копчика.

3. Влагалищное исследование у здоровой беременной в женской консультации выполняют:

- а. однократно при постановке на учет
- б. однократно в каждом триместре
- в. при каждом посещении женской консультации
- г. в 32 нед. беременности.

4. Размер высоты ромба Михаэлиса:

- а. 9 см
- б. 9,5 см
- в. 11 см
- г. 12 см.

5. *Distantia spinarum* – расстояние между:

- а. наиболее отдаленными точками гребней крыльев подвздошных костей
- б. передними верхними остями гребней подвздошных костей
- в. большими вертелами бедренных костей
- г. малыми вертелами бедренных костей.

6. Вероятный признак беременности:

- а. рвота по утрам

- б. шевеление плода
- в. задержка месячных
- г. вкусовые и обонятельные пристрастия.

7. Размер *distantia spinarum*:

- а. 31-32 см
- б. 25-26 см
- в. 15-16 см
- г. 20-21 см.

8. Вторым приемом наружного акушерского исследования (Леопольда - Левицкого) определяют:

- а. предлежащую часть плода
- б. позицию плода
- в. высоту стояния дна матки
- г. отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз.

9. Как часто исследуется кровь на группу и резус-фактор у здоровой беременной:

- а. трижды (раз в триместр)
- б. однократно при постановке на учет
- в. двукратно (при постановке на учет и в 38 нед.)
- г. при каждом посещении женской консультации.

10. Рекомендуемое количество употребляемой жидкости для здоровой беременной в сутки (с учетом жидкости, потребляемой с пищей):

- а. 100 мл на 1 кг веса
- б. 50 мл на 1 кг веса
- в. 30 мл на 1 кг веса
- г. 200 мл на 1 кг веса

Эталоны ответов к тестам по теме «Сестринский уход и наблюдение при нормальном течении беременности».

Вариант 1	Вариант 2
1. б	1. в
2. а	2. б
3. б	3. а
4. б	4. в
5. в	5. б
6. г	6. в
7. г	7. б
8. б	8. б
9. а	9. а
10. б	10. в

Алгоритмы выполнения манипуляций

ИЗМЕРЕНИЕ ТАЗА

Измерение таза (наружная пельвиометрия) — наружное акушерское исследование — имеет большое значение в акушерстве, так как строение и размеры таза оказывают решающее влияние на течение и исход родов. Зная размеры таза, можно предположить течение родов, их осложнения, о возможности родов через естественные родовые пути.

Так измеряют при первом посещении беременной женской консультации и роженице при поступлении в родильный дом.

Большинство внутренних размеров таза недоступно для измерения, поэтому измеряют наружные размеры большого таза и по ним приблизительно судят о величине и форме малого таза.

Таз измеряют специальным инструментом — тазомером Мартина, который имеет форму циркуля, снабженного шкалой с сантиметровыми и полусантиметровыми делениями. Ветви тазомера оканчиваются пуговками.

Техника выполнения

- Получают у пациентки информированное согласие на исследование.
- Кушетку покрывают индивидуальной клеенкой и стерильной пеленкой.
- Предлагают пациентке лечь на кушетку на спину, выпрямить ноги, обнажить живот и верхнюю треть бедер.
- Встают справа от пациентки лицом к ней.
- В руки берут тазомер — пуговицы тазомера между указательными и большими пальцами, а шкала с делениями обращена кверху.
- Указательными пальцами пальпируют передние верхние ости гребней подвздошных костей и прижимают к ним пуговицы тазомера.
- По шкале тазомера определяют расстояние между передними верхними остями гребней подвздошных костей (*distantia spinarum* — 25—26 см) (рис. 1- а).
- Пуговицы тазомера передвигают до наиболее удаленных точек гребней подвздошных костей.
- По шкале тазомера определяют расстояние между наиболее удаленными точками гребней подвздошных костей (*distantia cristarum* — 28—29 см) (рис.1- б).

-Указательными пальцами находят большие вертелы бедренных костей и прижимают к ним пуговицы тазомера.

-По шкале тазомера определяют расстояние между большим вертелами бедренных костей (*distantia trochanterica* — 30-31 см (рис. 2- б).

-Предлагают женщине лечь на левый бок, нижележащую ногу согнуть в коленном и тазобедренном суставах верхележащую ногу выпрямить.

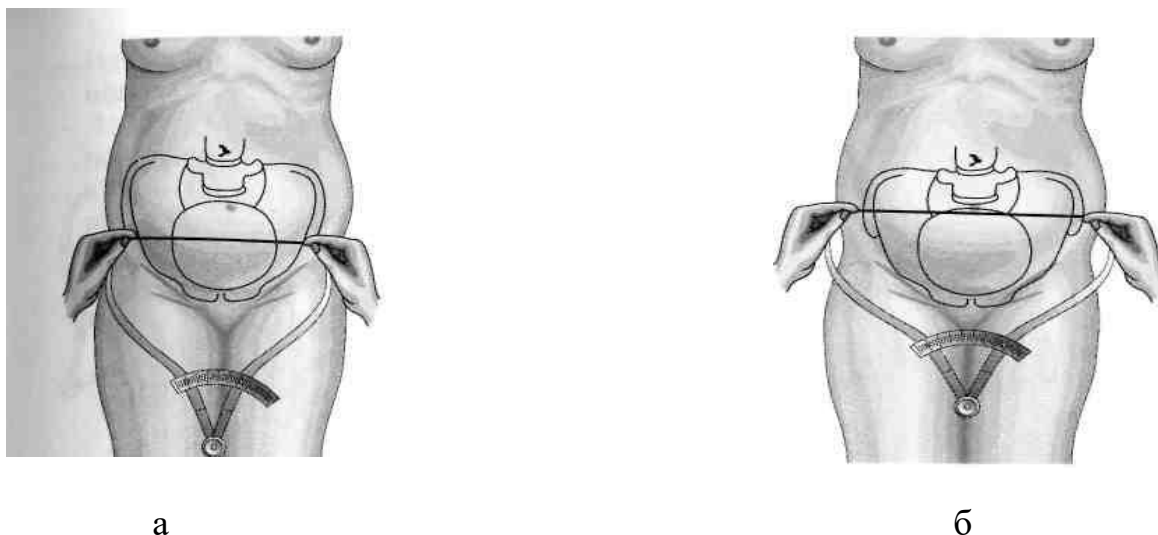


Рисунок 1

- Одну пуговку тазомера ставят на середину верхнего края лонного сочленения, а вторую — на верхний угол крестцового ромба (ромба Михаэлиса).

- По шкале тазомера определяют расстояние от середины верхнего края симфиза до верхнего угла крестцового ромба (*conjugate externa* — 20—21 см) (рис. 2- а).

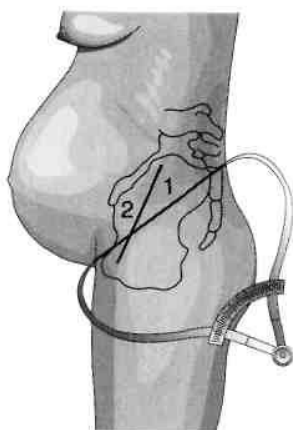
- Полученные данные записывают в соответствующую документацию.

- Предлагают пациентке встать, гинекологическое кресло обрабатывают в перчатках ветошью с дезинфицирующим средством.

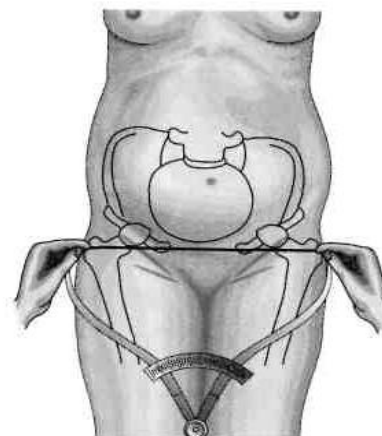
- Снимают перчатки и помещают их в дезинфицирующий раствор (согласно инструкции).

- Моют и сушат руки с использованием мыла или антисептика.

- Дезинфицированные перчатки утилизируют в желтый мешок (класс Б).



а



б

Рисунок 2

По величине наружных размеров можно с известной осторожностью судить о размерах малого таза. По величине наружной конъюгаты судят о размере истинной конъюгаты. Она равна величине наружной конъюгаты минус 9 см, т.е. 11 см.

Оценку размеров таза можно провести по таблице 1.

Таблица 1. Основные размеры некоторых форм таза, поперечных, прямых, см

Формы таза	D. spinarum	D. cristarum	D. trochanterica	C. externa	C. diagonalis	C. vera
Нормальный	25–26	28–29	30–31	20	12,5–13,0	11
Поперечносуженный	24–25	25–26	28–29	20	12,5	11
Общеравносуженный	24	26	28	18	11	9
Простой плоский	26	29	30	18	11	9
Плоскорихитический	26	26	31	17	10	9
С уменьшением прямого размера широкой части полости таза	26	29	30	20	12,5	11

Результаты пельвиометрии записываются в обменную карту беременной и роженицы.

Измерение окружности живота беременной (рис.3).

1. Объяснить беременной цель, необходимость и ход выполнения манипуляции, получить ее согласие.
2. Уложить беременную на кушетку с выпрямленными ногами, подстелив под ягодицы клеенку.
3. Встать справа от женщины, лицом к ней.
4. Протереть сантиметровую ленту шариком, смоченным спиртом.
5. Сантиметровой лентой измеряют окружность живота: спереди - на уровне пупка, сзади – на уровне середины поясничной области.
6. Помочь беременной подняться с кушетки.
7. Сбросить клеенку в тазик
8. Занести полученный при измерении результат в индивидуальную карту беременной.

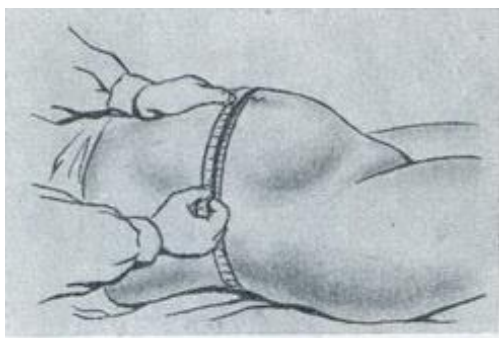


Рисунок 3. Измерение окружности живота.

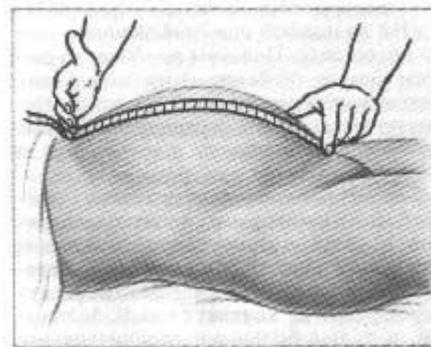


Рисунок 4. Измерение ВСД

Измерение высоты стояния дна матки (рис. 4).

1. Объяснить беременной цель, необходимость и ход выполнения манипуляции, получить ее согласие.
2. Предупредить о необходимости опорожнения мочевого пузыря.
3. Уложить беременную на кушетку с выпрямленными ногами, подстелив под ягодицы клеенку.
4. Сесть справа от женщины, лицом к ней.
5. Протереть сантиметровую ленту шариком, смоченным спиртом.
6. Наложить сантиметровую ленту вертикально по средней линии живота. Сантиметровой лентой измеряют расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выдающейся точкой дна матки. Это будет высота стояния дна матки над лобком.
7. Помочь беременной подняться с кушетки
8. Сбросить клеенку в тазик.
9. Занести полученные данные в индивидуальную карту беременной.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

Пациентка А, 34 года.

Жалобы на задержку менструации на 5 недель, нагрубание молочных желез, тошноту.

Из анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные, через 28-30 дней, по 3-4 дня, умеренные, б/б.

Половая жизнь с 18 лет, в браке. Всего было 6 беременностей, 2 из которых закончились родами, 4 - искусственными абортами.

От беременности предохраняется с помощью презерватива. В зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки цианотична. Симптом зрачка отрицательный. Выделения беловатые, незначительные.

Бимануально: тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, мягковато; на пальпацию реагирует сокращением. Область перешейка размягчена. Придатки матки с обеих сторон не пальпируются. Параметральная клетчатка мягкая.

Задания:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительное обследование.
3. Дальнейшая медицинская тактика.

Эталон ответа к ситуационной задаче №1.

1. Беременность 8-9 недель. Обоснование: задержка менструации на 5 недель, нагрубание молочных желез, тошнота, цианоз слизистых оболочек влагалища и шейки матки.
2. Для уточнения диагноза необходимо провести УЗИ органов малого таза, анализ мочи на ХГЧ.
3. Тактика ведения данной пациентки зависит от ее желания. Если она планирует сохранить данную беременность, то ее необходимо взять на диспансерный учет. При этом проводится соответствующее обследование. Если же она планирует прерывание беременности, то это можно сделать до 12 недель хирургическим или медикаментозным путем.

Ситуационная задача №2.

В женскую консультацию обратилась пациентка с жалобами на тошноту, рвоту по утрам, слабость, сонливость, задержку менструации

в течение 2 месяцев. Женщина считает себя беременной, беременность желанная.

Задания:

1. По каким признакам можно поставить диагноз?
2. Выявите проблемы пациентки.
3. Попытайтесь решить эти проблемы.

Эталон ответа к ситуационной задаче №2.

1. Диагноз ставится по предположительным признакам беременности (тошнота, рвота, слабость, сонливость), по вероятному признаку (задержка менструации).
2. Настоящая проблема – плохое самочувствие.
3. Объяснить пациентке, что происходящие с ней изменения связаны с физиологической беременностью. Посоветовать ей не вставать утром с постели натошак, с вечера поставить на тумбочку минеральную воду, кусочек хлеба, лимон. Вставать медленно. Установить правильный распорядок дня. Поставить беременную на диспансерный учет. Пригласить на занятия школы материнства. провести патронаж и побеседовать с мужем и родственниками об их роли в поддержании качества жизни беременной.