

[Введите текст]

ГБОУ СПО «Волгоградский медицинский колледж»

Выпускная квалификационная работа

Тема: Деятельность акушерки женской консультации при ведении физиологической беременности

Ф.И.О. студента: Куркина Ольга Алексеевна

Специальность, группа: Акушерское дело, А-943

Руководитель: Файнштейн Ольга Владимировна

Волгоград 2016

Оглавление

Введение

Глава 1. Женская консультация как объект. Структура женской консультации.

Организация работы женской консультации

1.1 Основные задачи женской консультации

Глава 2. Практическая деятельность акушерки женской консультации при ведении физиологической беременности

2.1 Анализ практической деятельности акушерки женской консультации при ведении физиологической беременности

Список литературы

Приложение

Введение

Актуальность

Система антенатального наблюдения в Европе сложилась еще в начале XX века. Ее главной целью было снижение высокого уровня материнской смертности. И это было очень логично, ведь беременная женщина находится под наблюдением специалиста значительно более длительное время, чем во время родов, а значит, появляется больше возможностей для профилактики различных осложнений беременности. Но эти ожидания оправдались далеко не в полной мере.

По определению ВОЗ антенатальное наблюдение, наряду с планированием семьи, безопасными родами и специализированной помощью женщинам группы высокого риска, входит в четверку элементов, являющихся основой безопасного материнства (WHO, 1994).

В настоящее время внимание многих медицинских работников привлечено к проблеме сохранения здоровья женщины и плода в период беременности. Это не случайно. На фоне ухудшения экологической обстановки, повышения мобильности многих социальных групп, увеличения стрессовых факторов, важное значение имеют успехи в эндокринологии, фармакологии, гинекологии. Они позволяют по-новому

взглянуть на многие аспекты физиологии репродуктивной системы, вовремя отследить те изменения, которые сигнализируют об отклонениях от нормы, назначить соответствующее лечение.

Многие аспекты планирования семьи и непосредственно контроля беременности, связаны и с вопросами подготовки персонала, и с качеством обеспечения женских консультаций, родильных домов, с развитием частных клиник, с просвещением широких слоев населения о необходимости планирования семьи и контроля беременности - это, возможно, наиболее значимая проблема. Многие женщины не придают должного значения вопросу обращения в женскую консультацию. По данным ВЦИОМ от 5 января 2010 г, большинство россиян признают необходимость планирования детей (77%), однако «чёткий план относительно рождения детей есть только у каждого десятого россиянина (11%)», а 24% опрошенных вовсе не желают иметь детей, из них большая часть респондентов - женщины.

Анализ медицинских работ, учебников и публикаций, свидетельствует о том, что, несмотря на все научные успехи, достижения медицинской практики, проблемы здоровья беременной женщины и плода - всё еще остаются актуальными в современном мире.

Объект исследования:

Акушерка

Предмет исследования:

Деятельность акушерки женской консультации при ведении физиологической беременности.

Цель исследования:

Проанализировать работу акушерки женской консультации при ведении физиологической беременности и разработать возможные пути ее улучшения.

В соответствии с объектом, предметом и целью были определены задачи данной работы:

1. Изучить структуру женской консультации, режим и принцип работы.
2. Изучить специальную литературу по ведению физиологической беременности в женской консультации.
3. Провести исследование практической деятельности акушерки женской консультации при ведении физиологической беременности путем наблюдения и опроса.
4. Провести анализ практической деятельности акушерки женской консультации при ведении физиологической беременности путем наблюдения и опроса.

Гипотеза: Уровень профессионализма сотрудников женской консультации напрямую влияет на благополучный исход беременности и родов пациенток, наблюдаемых в женской консультации.

Глава 1. Женская консультация как объект. Структура женской консультации

Внебольничная акушерско-гинекологическая помощь женщинам оказывается в специальных организациях амбулаторно-поликлинического типа, основным из которых является женская консультация. Женская консультация - организация

диспансерного типа, может быть как самостоятельной организацией, так и структурным подразделением родильного дома, поликлиники, медсанчасти, больницы и т.д. ЖК взаимодействует с акушерско-гинекологическим стационаром, перинатальным центром, взрослой и детской поликлиникой, центром планирования семьи и репродукции, станцией скорой и неотложной медицинской помощи и другими ЛПО (медико-генетической службой, консультативно-диагностическими центрами, кожно-венерологическими, противотуберкулезными диспансерами и др.) Структура женской консультации: предусмотрено наличие следующих подразделений:

1. управление
2. регистратура
3. кабинеты: а) участковых акушеров-гинекологов; б) врачей-специалистов (терапевт, стоматолог)
4. операционная с предоперационной
5. процедурные кабинеты для: а) влагалищных манипуляций; б) внутривенных и подкожных вливаний
6. стерилизационная
7. диагностическая служба: а) эндоскопический кабинет; б) кабинет УЗИ; в) лаборатория
8. кабинет для психопрофилактики и занятий «Школы матерей»
9. кабинет контрацепции (планирования семьи)
10. социально-правовой кабинет.

В число помещений женской консультации входят вестибюль, гардероб для больных и персонала, туалеты для женщин и персонала, кабинет сестры-хозяйки, хозяйственные и служебные помещения.

Организация работы женской консультации.

1. В крупных городах лучшая по показателям работы ЖК выделяется как базовая, которая кроме обычной работы выполняют функции акушерско-гинекологического поликлинического консультационного центра. В ней оказываются все виды специализированной акушерско-гинекологической помощи (лечение гинекологических заболеваний в детском возрасте, бесплодного брака, эндокринных заболеваний и др.)
2. Работа ЖК строится по участково-территориальному принципу. Один акушерский участок равен примерно двум терапевтическим. Обслуживают акушерско-гинекологический участок акушер-гинеколог и акушерка. Норма нагрузки акушер-гинеколога на приеме в женской консультации - 4,75 посещений в час, при посещении больного на дому - 1,25 в час.
3. Принцип участковости позволяет акушеру-гинекологу осуществлять постоянную связь с участковым терапевтом, терапевтом женской консультации и другими специалистами (принцип преемственности). Это способствует своевременному взятию на учет беременных женщин, решению вопросов о возможности беременности у женщин, страдающих экстрагенитальной патологией, всестороннему их обследованию и установлению соответствующего режима и лечения, а в

необходимых случаях и совместного диспансерного наблюдения.

4. Благополучное родоразрешение беременных во многом зависит от своевременной постановки их на учет, регулярности, полноты обследования и качества наблюдения за ними во время беременности.

5. Организация медицинской помощи беременным на амбулаторно-поликлиническом этапе:

а) главный принцип динамического наблюдения за беременными - комплексное обследование, включающее медицинский контроль состояния здоровья женщины, течения беременности, развития плода и оказание профилактической и лечебной помощи как матери, так и «внутриутробному пациенту».

б) при первом обращении беременной в консультацию на нее заводится индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. №111/у), куда заносятся паспортные сведения, данные тщательно собранного анамнеза, данные предыдущих осмотров женщины и данные гинекологического осмотра. Объем обследования беременных при первичном взятии на диспансерный учет выполняется в соответствии с «Временными протоколами обследования и лечения». В объем обследования беременных при первичном взятии на учет необходимо включать исследование крови на гепатиты В и С, исследование TORCH-инфекции (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус, герпес), биохимические анализы крови (глюкоза, общий белок, железо, мочевины, креатинин, холестерин), гемостазиограмму.

в) все беременные должны быть обследованы терапевтом в течение беременности не менее двух раз: после первого осмотра акушера-гинеколога и после 30 недель беременности. При первом посещении терапевт женской консультации оценивает состояние жизненно-важных органов женщины, запрашивает выписку из амбулаторной карты пациентки (если таковая не запрашивалась при взятии на учет в группу «Резерв родов»), решают о необходимости участкового акушер-гинеколога и возможности вынашивания беременности

г) при нормальной течения беременности женщина посещает женскую консультацию 1 раз в месяц в первую половину беременности, 2 раза - во вторую и 3-4 раза а месяц после 32 недель, всего - 14-16 посещений.

д) в алгоритм пренатального мониторинга участковому акушер-гинекологу необходимо включать трехкратный ультразвуковой скрининг беременных в сроках 9-11, 16-20 и 24-26 недель, а по показаниям - чаще. Это позволяет диагностировать различные нарушения в системе мать-плацента-плод более чем у 53% беременных

е) для осуществления преемственности в наблюдений за беременной в женской консультации и родильном доме на руки каждой беременной в 32 недели беременности выдается обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы (ф. № 113/у). В карту заносятся основные данные о состоянии здоровья женщины и течения беременности. Она состоит из трех отрывных талонов, 1-ый - сведения ЖК о беременной - заполняется в ЖК и хранятся в истории родов, 2-ой - сведения родильного дома (отделения) о родильнице -заполняется в акушерском стационаре и выдается женщине на руки для передачи в ЖК, где подробно

описываются особенности течения родов, послеродового периода и состояние родильницы. В 3-й талон - сведения родильного дома (отделения) о новорожденном, акушер-гинеколог и неонатолог вносят данные об особенностях родов и состоянии новорожденного, которое вызывает необходимость специального наблюдения за ним после выписки из стационара. Талон выдается матери для передачи в детскую поликлинику (консультацию).

ж) с целью обследования жилищно-бытовых условий беременной, контроля за соблюдением рекомендованного режима, обучения правилам личной гигиены проводится патронаж беременных средними медицинскими работниками (акушерками). Первый патронаж осуществляется через 2 недели после взятия беременной на учет.

з) в послеродовом периоде женщина должна посетить акушерку ФАПа или врача через 2-3 недели после родов, повторное посещение - через 4-5 недель после родов. Родильницы, не посетившие врача после родов, подлежат патронажу на дому. Во время каждого посещения (патронажа на дому) беременной родильнице) даются необходимые рекомендации по личной гигиене, до режиму труда, отдыха, питания и т.д.

и) в женской консультации функционирует «Школа матерей» (ее посещают с 16 недель беременности), ее цель - подготовка женщины к будущему материнству и уходу за ребенком. Во 2-ой половине беременности (32-34 недели) проводятся 5-6 занятий по психопрофилактической подготовке к родим.

к) план родоразрешения должен составляться вовремя беременности с учетом прогнозирования всех факторов риска. В родовспомогательных лечебно-профилактических организациях I уровня следует проводить только нормальные срочные роды у женщин без наличия перинатальных и других факторов риска. При наличии патологии беременных и экстрагенитальных заболеваний у матери осуществляется дородовая госпитализация в межрайонные перинатальные центры (МПЦ) II и III уровня в плановом порядке. Госпитализация для досрочного родоразрешения в сроке беременности более 22 недель должна осуществляться в МПЦ II-III уровня, а при необходимости более раннего родоразрешения (до 11 недель) - только в МПЦ III уровня.

л) каждый случай неблагоприятного исхода беременности и родов для матери и плода анализируется, делаются соответствующие организационные и административные выводы.

м) важное значение в работе врачей акушеров-гинекологов женской консультации имеет организация планирования семьи и формирование групп «резерва родов». Планирование семьи и формирование группы «резерва родов» направлено на решение 2-х основных задач: избежать нежеланной беременности (путем сексуального воспитания, внедрения современных форм и методов контрацепции) и иметь только желанных и здоровых детей.

н) в ЖК оказывается и социально-правовая помощь: разъяснение женщинам законов по охране прав и здоровья матери и ребенка. Юрист социально-правового кабинета, по согласованию с врачом консультации, через администрацию предприятий и

учреждений принимает меры по рациональному трудоустройству беременных, кормящих матерей и больных женщин, охране их труда, быта, осуществляет контроль за соблюдением всех льгот, предусмотренных законодательством.

### 1.1 Основные задачи женской консультации

#### Наблюдение беременных

Главная задача женской консультации - диспансеризация беременных. Срок взятия на учет - до 12 недель беременности. При первом посещении заполняют "Индивидуальную карту беременной и родильницы" (форма 111у), в которой записывают все данные опроса, обследования, назначения при каждом посещении. После клинического и лабораторного обследования (до 12 недель) определяют принадлежность каждой беременной к той или иной группе риска. Для количественной оценки факторов риска следует пользоваться шкалой "Оценка пренатальных факторов риска в баллах" (приказ №430)

#### Принципы диспансеризации беременных

Наблюдение беременных является главной задачей 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 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 посещениями 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 выработывают план ведения беременности.

Дородовый и послеродовой патронаж. Дородовый 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.

Обследование беременных

При взятии на учет врач обследует беременную и записывает результаты в индивидуальную карту беременной.

Паспортные данные:

Фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта.

Возраст. Для первородящих определяют возрастную группу: юная первородящая - до 18 лет, пожилая первородящая - 26-30 лет, старая первородящая - свыше 30 лет.

Адрес (согласно прописке и тот, где женщина проживает фактически).

Профессия.

При наличии профессиональной вредности с целью исключения неблагоприятного влияния производственных факторов на организм беременной и плод следует немедленно решить вопрос о рациональном трудоустройстве женщины. Если по месту работы имеется медсанчасть, сведения о беременных передают цеховым врачам - терапевту и гинекологу - с рекомендациями женской консультации, а из медсанчасти запрашивают выписку из амбулаторной карты женщины. В дальнейшем женщину наблюдает врач женской консультации, но врачи медсанчасти обеспечивают антенатальную охрану плода (гигиенические мероприятия, ультрафиолетовое облучение, лечебная гимнастика до 30 недель беременности). Несмотря на то, что многие предприятия имеют медсанчасти, более целесообразно наблюдать беременных по месту жительства. Это обеспечивает более качественное и квалифицированное наблюдение и уменьшает число осложнений во время беременности и родов.

При первом обращении беременной в консультации на нее заводят

"Индивидуальную карту беременной и родильницы", куда заносят данные подробно собранного анамнеза, включая семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте общие и гинекологические заболевания, операции, переливания крови, особенности менструальной, половой и генеративной функции.

#### Анамнез

Анамнез помогает врачу выяснить условия жизни, влияние перенесенных общесоматических и инфекционных заболеваний (рахит, ревматизм, скарлатина, дифтерия, вирусный гепатит, тифы, туберкулез, пневмония, болезни сердца, почек), заболеваний половых органов (воспалительные процессы, бесплодие, нарушение менструальной функции, операции на матке, трубах, яичниках), бывших беременностей и родов на развитие настоящей беременности.

Семейный анамнез дает представление о состоянии здоровья членов семьи, проживающих вместе с беременной (туберкулез, алкоголизм, венерические заболевания, злоупотребление курением), и наследственности (многоплодные беременности, сахарный диабет, онкологические заболевания, туберкулез, алкоголизм).

Необходимо получить сведения о перенесенных женщиной заболеваниях, особенно о краснухе, хроническом тонзиллите, болезнях почек, легких, печени, сердечно-сосудистой системы, эндокринной патологии, повышенной кровоточивости, операциях, переливаниях крови, аллергических реакциях и др.

Акушерско-гинекологический анамнез должен включать сведения об особенностях менструальной и генеративной функций, в том числе о количестве беременностей, интервалах между ними, многоводии, многоплодии, продолжительности, течении и их исходе, осложнениях в родах, после родов и аборт, массе новорожденного, развитии и здоровье имеющихся в семье детей, использовании контрацептивных средств. Необходимо уточнить возраст и состояние здоровья мужа, его группу крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек у супругов.

Объективное обследование проводят врач-акушер, терапевт, стоматолог, отоларинголог, окулист, при необходимости - эндокринолог, уролог.

При выявлении у беременной экстрагенитальной патологии терапевт должен решить вопрос о возможности вынашивания беременности и, в случае необходимости, произвести дополнительные исследования или направить беременную в стационар.

Стоматолог должен не только произвести осмотр, но и санацию полости рта. Акушер-гинеколог контролирует, как выполняются рекомендации специалистов при каждом посещении консультации беременной. При наличии высокой степени миопии, особенно осложненной, необходимо получить конкретное заключение окулиста о ведении или исключении второго периода родов. В случае показаний проводят медико-генетическое консультирование. Повторные осмотры терапевтом - в сроки 30 и 37-38 недель беременности, а стоматологом - в 24 и 33-34 недели.

#### Лабораторные исследования

При взятии беременной на учет проводят общий анализ крови, определяют реакцию



Вассермана, ВИЧ-инфекцию, группу крови и резус-принадлежность у обоих супругов, уровень сахара крови, общий анализ мочи, анализ выделений из влагалища на микрофлору, кала - на яйца гельминтов.

При наличии в анамнезе мертворождений, невынашивания следует определить содержание гемолитинов в крови беременной, установить группу крови и резус-принадлежность крови мужа, особенно, при определении резус-отрицательного типа крови у беременной или группы крови 0(I). Кроме того, нужно произвести реакцию связывания комплемента с токсоплазменным антигеном (мы считаем, что от внутрикожной пробы следует отказаться, так как она не является неспецифичной).

В дальнейшем лабораторные исследования проводят в следующие сроки:  
общий анализ крови - 1 раз в месяц, а с 30 недель беременности - 1 раз в 2 недели;  
анализ мочи в первой половине беременности - ежемесячно, а затем - 1 раз в 2 недели;

уровень сахара в крови - в 36-37 недель;

коагулограмма - в 36-37 недель; RW и ВИЧ - в 30 недель и перед родами;

бактериологическое (желательно) и бактериоскопическое (обязательно)

исследования выделений из влагалища - в 36-37 недель;

ЭКГ - в 36-37 недель.

Объективное исследование

В течение беременности следует измерять рост и массу тела женщины. Определение антропометрических показателей является необходимым условием для диагностики ожирения, контроля увеличения массы тела беременной. Очевидно, что чем раньше женщина посетит консультацию, тем более достоверные данные получит врач.

При установлении повышенного артериального давления в ранние сроки беременности необходимо обследование для исключения или подтверждения гипертонической болезни. В поздние сроки беременности дифференциальная диагностика гипертонической болезни и позднего гестоза усложнена. Обязательно следует установить величины артериального давления до беременности, так как повышение его до 125/80 мм рт.ст. у женщин с гипотонией может быть симптомом, характерным для нефропатии.

Осмотр беременной включает оценку ее телосложения, степени развития подкожной основы, определение видимых отеков, состояния кожных покровов и слизистых оболочек, молочных желез.

Наружное и внутреннее акушерское исследование включает измерение таза, определение состояния половых органов и, начиная с 20 недель беременности, измерение, пальпацию и аускультацию живота.

При первом влагалищном исследовании, которое производят два врача, помимо определения величины матки, необходимо установить наличие экзостозов в малом тазу, состояние тканей, наличие аномалий развития половых органов. Кроме того, измеряют высоту лона (4 см), так как при наличии высокого лобкового симфиза и наклонном его положении к плоскости входа емкость таза уменьшается.

Пальпация живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной

наружная ее пальпация (13-15 недель), можно определить тонус матки, величину плода, количество околоплодных вод, предлежащую часть, а затем, по мере прогрессирования беременности, - членорасположение плода, положение его, позицию и вид. Пальпацию проводят, используя 4 классических акушерских приема (по Леопольду).

Аускультацию тонов сердца плода проводят с 20 недель беременности. Следует указать, что даже четкое определение ритмичных шумов до 19-20 недель беременности не свидетельствует о наличии сердечных тонов, поэтому фиксировать в карте наблюдения сердцебиения плода до указанного срока нецелесообразно. Сердцебиение плода определяется акушерским стетоскопом в виде ритмичных двойных ударов с постоянной частотой 130-140 в минуту, а также с помощью аппаратов УЗИ и доплерометрии.

Определение срока беременности, родов, дородового и послеродового отпуска  
Определение срока беременности и предполагаемой даты родов является чрезвычайно важным фактором, обеспечивающим своевременность диагностических, профилактических и лечебных мероприятий в зависимости от принадлежности женщин к определенным группам риска.

В соответствии с законодательством работающим женщинам независимо от стажа работы предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью 140 (70 календарных дней до родов и 70 - после родов) дней. В случае осложненных родов - 86, а при рождении 2 детей и более - 110 календарных дней после родов. Задача женской консультации - проявить максимальную объективность при определении срока дородового и выдаче послеродового отпусков. Первый осмотр женщины в консультации должны проводить два врача для более квалифицированного заключения о сроке беременности. Если женщина согласна с установленным сроком, следует зарегистрировать это в карте наблюдения беременной. При возникновении разногласий необходимо немедленно определить срок беременности, используя все имеющиеся методы. беременность женский консультация сотрудник

УЗИ во время беременности производят в динамике. Первое - в сроке до 12 недель - для исключения нарушений в системе мать-плацента; второе - в сроке 18-24 недели с целью диагностики врожденных пороков развития плода; третье - в сроке 32-34 недели для биометрии плода и выявления соответствия его физических параметров гестационному возрасту (признаки внутриутробной задержки развития плода).

Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам

В комплексе физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам входит гигиеническая гимнастика, которой рекомендуется заниматься ежедневно или через день с ранних сроков беременности под руководством инструктора лечебной физкультуры либо специально обученной медицинской сестры. Беременных после первичного обследования акушер-гинеколог и терапевт направляют в кабинет физкультуры с указанием срока беременности и состояния здоровья. Группы формируются из 8-10 человек с учетом сроков беременности. Занятия проводят в утренние, а для работающих беременных дополнительно в вечерние часы.

Физические упражнения делят на 3 комплекса соответственно срокам: до 16 недель, от 17 до 32 недель и от 33 до 40 недель. Каждый комплекс упражнений предусматривает обучение определенным навыкам, необходимым для адаптации организма к соответствующему периоду беременности. Занятия гимнастикой целесообразно завершать ультрафиолетовым облучением, особенно в осенне-зимний сезон. Если беременная не может посещать кабинет физкультуры, ее знакомят с комплексом гимнастических упражнений, после чего она продолжает гимнастику дома под контролем инструктора каждые 10-12 дней.

Больные беременные женщины выполняют лечебную гимнастику дифференцированно, с учетом основного заболевания. Противопоказана физкультура при острых или часто обостряющихся и декомпенсированных соматических заболеваниях, привычных выкидышах в анамнезе и угрозе прерывания данной беременности.

При подготовке к родам беременных не только знакомят с процессом родов, но и обучают упражнениям по аутотренингу и точечному самомассажу как факторам, развивающим и укрепляющим волевые способности человека к самовнушению. Беременных обучают правилам личной гигиены и готовят к будущему материнству в "Школах материнства", организуемых в женских консультациях с использованием демонстративных материалов, наглядных пособий, технических средств и предметов ухода за ребенком. К посещению "Школы материнства" следует привлекать всех женщин с ранних сроков беременности. Беременным следует разъяснять важность посещения этих занятий. В консультации должна быть яркая информация о программе и времени проведения занятий. Непосредственными помощниками врачей при проведении занятий в "Школе материнства" являются акушерки и медицинские сестры по уходу за ребенком.

При проведении занятий по определенным дням недели целесообразно формировать группы численностью 15-20 человек, желательно с одинаковым сроком беременности. В группе могут быть беременные, находящиеся под наблюдением как одного врача, так и нескольких. Заведующая консультацией организует занятия, учитывая особенности местных условий, осуществляет контроль над работой "Школы материнства" и связь с территориальным центром здоровья для получения методической помощи и печатных материалов.

Учебный план "Школы материнства" предусматривает 3 занятия акушера-гинеколога, 2 педиатра и 1 юрисконсульта при его наличии. Учебный план и программа акушера-гинеколога в "Школе материнства" представлены в приложении. В целях информации акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течения беременности врач женской консультации выдает на руки беременной при сроке беременности 30 недель "Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы".

Рациональное питание беременных

Правильно организованное рациональное питание является одним из основных условий благоприятного течения беременности и родов, развития плода и новорожденного.

Питание в первой половине беременности почти не отличается от рациона здорового человека. Общая энергетическая ценность пищи должна колебаться в зависимости от роста, массы и характера трудовой деятельности беременной. В первой половине беременности увеличение массы не должно превышать 2 кг, а при дефиците массы - 3-4 кг. При ожирении беременная до 20 недель должна сохранить прежнюю массу или же похудеть на 4-6 кг (при ожирении II-III степени). Энергетическая ценность диеты для беременных до 16 недель, страдающих ожирением, не должна превышать 5024 кДж в сутки, а после 16 недель - 6113 кДж. Однако следует помнить, что полная женщина может похудеть за неделю не более чем на 1 кг, ибо чрезмерная потеря массы отрицательно скажется на состоянии ее здоровья.

Во второй половине беременности из рациона исключают мясные навары, острые и жареные блюда, пряности, шоколад, пирожные, торты, уменьшают количество поваренной соли. После 20 недель беременности женщине ежедневно следует потреблять 120 г мяса и 100 г рыбы в отварном виде. При необходимости мясо можно заменить сосисками или сардельками. Все виды продуктов нужно вносить в меню в определенной дозе. Прежде считалось, что молочные продукты, фрукты и ягоды можно есть без ограничений. Однако излишек в рационе фруктов, особенно сладких, неминуемо приводит к развитию крупного плода в связи с большим количеством фруктового сахара, который быстро накапливается в организме. В суточный рацион беременной должно обязательно входить подсолнечное масло (25-30 г), содержащее незаменимые ненасыщенные жирные кислоты (линолевою, линоленовую и арахидоновую). Рекомендуется ежедневно съедать до 500 г овощей. Они малокалорийны, обеспечивают нормальную работу кишечника, содержат достаточное количество витаминов и минеральных солей.

Самым доступным методом контроля режима питания является регулярное взвешивание беременной. В оптимальных случаях во время беременности масса женщины увеличивается на 8-10 кг (на 2 кг в течение первой половины и на 6-8 кг - во время второй, следовательно, на 350-400 г в неделю). Эти нормативы не являются эталоном для всех. Иногда рожают крупных детей и при увеличении массы в течение беременности до 8 кг. Но, как правило, это бывает, когда женщина излишне прибавляет в массе.

Рекомендуют такие примерные нормы увеличения массы во время беременности с учетом конституции женщины: при первой беременности для женщин с астеническим телосложением - 10-14 кг, с нормальным - 8-10 кг, при склонности к полноте - 2-6 кг; при второй беременности - соответственно 8-10, 6-8 и 0-5 кг (в зависимости от степени ожирения).

Для эффективного контроля необходимо точно знать массу женщины до беременности или в ее ранние сроки (до 12 недель). Если у беременной масса соответствует росту, нет жалоб на повышенный аппетит, и она не рожала в прошлом детей с большой массой, ограничения в пище следует начинать после 20 недель беременности. При усиленном аппетите, чрезмерном увеличении массы, наличии в прошлом родов крупным плодом или родов, которые сопровождались осложнениями

при массе ребенка 3700-3800 г, при ожирении, сужении таза нужно пересмотреть меню уже с 12-13 недель беременности и, прежде всего, ограничить углеводы и жиры.

## Глава 2. Практическая деятельность акушерки женской консультации при ведении физиологической беременности

Подробно изучив структуру женской консультации, работу персонала, задачи, можно с легкостью говорить о практической деятельности акушерки женской консультации.

Данная исследовательская работа была проведена с особой тщательностью. Материал этой квалификационной работы был получен не только путем исследования документации и литературы. Основные данные нами были получены в ходе наблюдения за работой акушерок женской консультации, а также в ходе беседы с акушерками.

По итогам наблюдения стало ясно какие именно манипуляции выполняет акушерка женской консультации ежедневно. Как оказалось, это очень большой объем работы, так как количество беременных женщин тоже достаточно велико. Таким образом акушерка женской консультации ежедневно, согласно алгоритмам и соблюдая правила асептики и антисептики проводит следующие манипуляции:

- Гигиеническая обработка рук.
- Измерение артериального давления
- Подсчет пульса.
- Измерение ОЖ И ВДМ
- Измерение массы тела и роста.
- Наружное акушерское исследование
- Выслушивание сердцебиения плода
- Надевание стерильных перчаток
- Взятие мазка из влагалища

Также акушерка ведет огромный объем документации ежедневно. Заполняет обменные карты пациенток, которые, в которые записываются все полученные данные на приеме, а так пишется дата следующей явки, при необходимости выписываются направления на лабораторные исследования, УЗИ, КТГ. Также в обязанности акушерки женской консультации входит проведение дородового патронажа. Проведение дородового патронажа заключается в личном визите ответственного медицинского работника. При знакомстве акушерка оценивает социальные и бытовые условия, в которых проживает женщина и предстоит расти новорожденному. В этот же визит устанавливается принадлежность семьи к факторам риска. Дородовый патронаж беременной позволяет получить истинное представление о жизни женщины: вредные привычки, психологическая обстановка в семье, материальный достаток.

При визите медицинский работник представляется, знакомится с беременной. В этот период важно создать доброжелательный настрой, что поможет поддерживать контакт в дальнейшем. После беседы акушеркой заполняется патронажный лист,

который содержит основную информацию о будущей матери: Фамилия, имя и отчество женщины. Адрес проживания. Полный возраст. Профессия, образование, специальность. Место основной работы. Ф.И.О. мужа. Возраст супруга. Данные о его специальности, образовании. Место работы мужа. Данные об остальных членах семьи, которые проживают вместе с беременной. Гигиена жилья, бытовые условия, материальный достаток. Вредные привычки отца и матери. Хронические заболевания в семье. Подготовка к рождению ребенка (для педиатра). Иногда акушерка заполняет данные не только со слов женщины. Например, если женщина утверждает, что выпивший супруг не имеет вредных привычек, то медработником все же фиксируются фактические данные.

## 2.1 Анализ практической деятельности акушерки женской консультации при ведении физиологической беременности

Для того, чтобы провести анализ практической деятельности акушерки женской консультации при ведении физиологической беременности, мы в течении двух недель наблюдали за работой акушерок в женской консультации, изучали нормативные документы, которые должны вестись в соответствии с установленной формой. Мы изучали как ведется ежедневный прием беременных женщин, какие манипуляции выполняются, в какой последовательности, как проходит общение акушерки с пациентками, как правильно выписывать направление на различные исследования. А также мы посещали школу матерей, для того чтобы пронаблюдать какая работа проводится с беременными женщинами, какие темы обсуждаются на занятиях, как акушерка обучает женщин различным приемам дыхания и поведения в родах. В приложении вы можете ознакомиться с планом занятия школы матерей. По итогам проведенного исследования мы выяснили какие функциональные обязанности выполняет акушерка женской консультации при ведении физиологической беременности. Как выяснилось акушерская работа охватывает большое количество манипуляций, которые должны выполняться согласно алгоритмам, строго соблюдаться правила асептики и антисептики. По мимо акушерских манипуляций, акушерка женской консультации ведет большой объём медицинской документации, которая также требует тщательного соблюдения установленных форм. Побеседовав с акушерками выяснилось, что они очень часто совершенствуют свои знания, посещая различные конференции, семинары и курсы повышения квалификации. В заключении отметим, что уровень профессионализма сотрудников женской консультации напрямую зависит от благополучного исхода беременности и родов пациенток, наблюдаемых в женской консультации.

### Заключение

Проведя исследование по данному вопросу в соответствии с поставленными задачами, был подробно изучен режим и принцип работы женской консультации и ее устройство. В первой главе мы выяснили какие режимные кабинеты существуют в женской консультации, как они работают, какая помощь беременным женщинам оказывается в данных кабинетах и в женской консультации в целом. Следующей

целью было изучить специальную литературу по ведению физиологической беременности в женской консультации, нами были выделены основные моменты, которые должны непременно соблюдаться в любой женской консультации, а именно:

- Наблюдение за беременными
- Диспансеризация беременных
- Обследования беременных
- Лабораторные исследования
- Объективное исследование
- Определение срока беременности, родов и даты декретного отпуска.
- Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам
- Рекомендации по рациональному питанию беременных.

В литературе и интернет источниках много различной информации на эту тему, мы постарались выбрать наиболее важные моменты.

Третьей задачей исследования являлось провести исследование практической деятельности акушерки женской консультации при ведении физиологической беременности путем наблюдения и опроса. Для этого мы изучили должностные обязанности сотрудников, необходимую документацию, регламентирующую обязанности акушерки. Затем мы проводили наблюдение за работой персонала, изучали документацию, которую ведут акушерки, внимательно наблюдали за всеми манипуляциями, проводимыми в женской консультации и сравнивали все действия с имеющимися у нас данными и анализировали всю информацию.

Чтобы решить 4 поставленную задачу, нам было необходимо проанализировать все полученные данные в ходе опроса и наблюдения. По результатам анализа, мы узнали, что практически у всех сотрудников имеется хороший опыт работы, акушерки регулярно повышают квалификацию, посещают семинары, конференции и самосовершенствуются путем получения новых теоретических знаний, которые успешно применяют на практике.

Таким образом по итогам проделанной работы, мы выяснили, что объем работы акушеров женской консультации при ведении физиологической беременности достаточно велик. Большую нагрузку добавляет ведение рукописной документации, которая к сожалению, в век компьютеризации доставляет не мало хлопот, но и отнимает много времени, которое могло бы быть потрачено с пользой на беременных женщин. В заключении хотелось бы добавить, что по итогам исследования выдвинутая нами в начале гипотеза: Уровень профессионализма сотрудников женской консультации напрямую влияет на благополучный исход беременности и родов пациенток, наблюдаемых в женской консультации, получила свое подтверждение.

Список литературы

1. Калигина, Л. Г. Основы сестринского дела [Текст]: учеб. пособие / Л. Г. Калигина, В. П. Смирнов; Л. Г. Калигина, В. П. Смирнов; Минздравсоцразвития РФ, Федеральное агентство по здравоохранению и соцразвитию; ФГОУ "ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию". - М. : ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава", 2010. - 430 с

2. Козлова, Т. В. Правовое обеспечение профессиональной деятельности [Текст]: учеб.-метод. пособие для сред. мед. работников / Т. В. Козлова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
  3. Современная организация сестринского дела [Текст]: учеб. пособие / под ред. З. Е. Сопиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 576 с. :
  4. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст] : учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
  5. Практические навыки по акушерству: учеб. пособие с грифом УМО. Изд. 3-е, стер. - Саранск: Изд-во. Мордов. ун-та, 2012. - 116 с. Л.П. Пешев, Н.А. Ляличкина, Г.В. Фоминова, Е.П. Тюрина.
  6. Радзинский В.Е. Акушерство :учебник. Глава 2. Физиологическое акушерство- М.:ГЭОТАР-Медия,2016.
  7. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник для медицинских вузов. 4-е изд., доп./ Э.К. Айламазян. - Спб.:СпецЛит, 2007.
  8. Журнал «Медицинская сестра «Акушерство и гинекология.№1 «Русский врач»,2011
  9. <http://www.midwifery.ru/>
  10. <http://www.medn.ru/statyi/Funkcionalnyeobyazannosti7.html>
  11. [http://uzrf.ru/events/aktualnye\\_voprosy\\_prakticheskoy\\_deyatelnosti\\_akusherki](http://uzrf.ru/events/aktualnye_voprosy_prakticheskoy_deyatelnosti_akusherki)
- Приложение

Примерный план занятий в школе матерей.

Занятие 1

1. Анатомо-физиологические изменения в организме матери во время беременности
2. Развитие плода по месяцам беременности, его реакции на внешние раздражители
3. Роль плаценты и амниотических вод в жизнеобеспечении плода
4. Физиологические изменения в организме женщины, периоды беременности
5. Важность раннего обращения беременной в женскую консультацию
6. Частота посещений врача акушера-гинеколога, акушерки
7. Необходимость выполнения обязательного объема медицинского обследования во время беременности
8. Знакомство с современными инструментальными методами слежения за состоянием здоровья матери и плода

Занятие 2

1 Гигиенические правила в период беременности:

2 Изменение образа жизни

3. Рекомендации по режиму труда, в т.ч. домашней работы. Законодательные права беременной

4. Режим дня

5. Половая жизнь

6 Питание

7 Обучение комплексу физических упражнений в зависимости от срока беременности

8. Обучение умению расслабляться ("быстрый отдых")

9 Особенности психоэмоционального состояния беременной



10. Психологическая адаптация женщины к беременности

11 Роль семьи в психологической и физической поддержке женщины во время беременности, родов и после рождения ребенка.

Занятие 3

III. Подготовка к "родам без страха"

1. Календарные сроки наступления родов

2. Предвестники родов

3. Подготовка к поступлению в родильный дом

4. Периоды родов и их продолжительность

5. Поведение во время родов

5.1. Значение правильного и спокойного поведения женщины в родах

5.2. Роль партнерства в родах

5.3. Доверие к медицинскому персоналу и необходимость выполнения всех его рекомендаций

5.4. Обучение различным способам дыхания для благополучного течения родов

5.5. Обучение приемам обезболивания родов

5.6. Аутотренинг и точечный самомассаж для укрепления психоэмоционального состояния в родах

6. Первые часы после родов. Значение раннего прикладывания ребенка к груди в родильном зале

7. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде

8. Контрацепция после родов

9. Законодательные права материнства.

Занятие 4

I. Ребенок родился

1. Признаки доношенного ребенка

2. Анатомо-физиологические особенности новорожденного

3. Гормональный криз у новорожденных

4. Значение совместного пребывания матери и ребенка в родильном доме

5. Правила личной гигиены при общении с новорожденным

6. Техника прикладывания ребенка к груди

7. Советы по подготовке комплекта белья для новорожденного при выписке из родильного дома

Занятие 5

II. Уход за новорожденным в семье

1. Подготовка и гигиена "уголка" ребенка в семье

2. Предметы ухода за ребенком

3. Правила ухода за ребенком

3.1. Туалет ребенка, его купание

3.2. Уход за кожей и пупочной ранкой

3.3. Свободное пеленание

3.4. Режим дня

4. Вскармливание новорожденного

- 4.1. Роль грудного вскармливания в формировании здоровья ребенка
- 4.2. Значение контрольного взвешивания ребенка при грудном вскармливании
- 4.3. Питание новорожденного
- 4.4. Искусственное вскармливание.
- 5. Влияние вредных факторов на здоровье ребенка.
  - 5.1. Недопустимость вредных привычек в семье (курение, алкоголь, прием наркотических и токсических веществ)
- 6. Советы и обучение выполнению медицинских рекомендаций
  - 6.1. Приемы массажа и элементы гимнастики у новорожденного
  - 6.2. Техника измерения температуры
  - 6.3. Пользование очистительной клизмой и газоотводной трубкой
  - 6.4. Пользование грелкой, применение согревающих компрессов
  - 6.5. Подготовка и техника дачи лекарств при назначении врача, опасность самолечения