


86 ч.ч.
Плотникова О.В. 

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
«Дородовый патронаж беременных»

Выполнил: Обучающийся 5 курса 4 группы
Педиатрического факультета
Плотникова Анастасия Евгеньевна

Содержание:

- 1) Введение
- 2) Цель научно исследовательской работы
- 3) Задачи научно-исследовательской работы
- 4) Основные определения и понятия
- 5) Роль врача
- 6) Собственное исследование
- 7) Вывод
- 8) Литература

Введение.

Аntenатальная (дородовая) охрана плода - комплекс диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, проводимых с целью обеспечения нормального внутриутробного развития организма от зачатия до рождения.

Актуальность работы заключается в своевременном и качественном проведении дородового патронажа и дальнейшего ведение женщины во время беременности и после родов для предотвращения развития патологий плода и профилактики заболеваний, а также обучение матери правилам обращения с новорожденным.

При проведении патронажа медицинские работники должны быть чуткими, внимательными, наблюдательными. Своим внешним видом и поведением быть примером для родителей.

Цель

Цель: Оценить эффективность дородовых патронажей беременных на педиатрическом участке ГУЗ «ДКП №31. С учетом выявленных данных даются корректирующие рекомендации. Проводится обучение беременной по подготовке молочных желез к лактации, пропагандируются преимущества грудного вскармливания. Даются советы по приобретению белья и предметов ухода за ребенком. Показателями уровня и качества проводимых в детской поликлинике антенатальных мероприятий по охране плода и новорожденного являются охват дородовым патронажем беременных и показатель перинатальной смертности.

Задачи

- 1) Выявление факторов риска (сбор и оценка данных генеалогического,) биологического и социального анамнезов);
- 2) Прогноз состояния здоровья и развития будущего ребенка (группы риска); проведение прогноза и профилактики гипогалактии;
- 3) Информирование беременной о выявленном у будущего ребенка риске;
- 4) Подбор рекомендаций по профилактике реализации выявленного риска (санитарно-гигиенические условия, режим дня и питание беременной женщины);

При первом дородовом патронаже выявляются все неблагоприятные факторы, которые могут негативно повлиять на плод, и составляется план мероприятий по охране плода. Беременная, у которой выявлены факторы риска, ставится на учет для контроля, наблюдения и оказания ей помощи.

Основные определения и понятия.

Группы риска - это какое-либо свойство или особенность человека или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность развития болезни или травмы. Наиболее важными факторами риска являются пониженная масса тела, небезопасный секс, высокое кровяное давление, потребление табака и алкоголя и небезопасные вода, санитария и гигиена.

Фактор риска – это какое-либо свойство или особенность человека или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность развития болезни или травмы. Наиболее важными факторами риска являются пониженная масса тела, небезопасный секс, высокое кровяное давление, потребление табака и алкоголя и небезопасные вода, санитария и гигиена.

Патронаж – одна из форм работы медицинских учреждений, направленная на проведение оздоровительных и профилактических мероприятий на дому пациента.

Дородовые патронажи – важнейшие профилактические мероприятия для беременных женщин. Они позволяют не только контролировать будущую родительницу, но и устанавливают доброжелательные отношения между матерью и медперсоналом, так как в первый год после рождения малыша их контакт будет регулярным.

Теоретическая часть.

Первый дородовый патронаж.

Важное условие правильного проведения антенатальной охраны плода – наиболее раннее взятие на учёт беременной женской консультацией (ЖК) с целью выявления перинатальных факторов риска для плода. К факторам риска относятся:

- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез;
- экстрагенитальная патология беременной;
- осложненное течение беременности;
- патология в родах;
- социальные и экологические факторы риска.

В ЖК разработана система формирования групп риска беременных женщин по рождению детей с отклонениями в состоянии здоровья. Система предусматривает выделение беременных трёх групп риска – высокого, среднего и низкого.

С момента постановки на учёт беременной в ЖК к работе по антенатальной профилактике подключается детская поликлиника.

Участковый педиатр, получив сведения о будущей матери, проживающей на территории участка, организует дородовые посещения (патронажи) ее медицинской сестрой и привлекает будущих родителей к занятиям в школе молодых матерей и отцов, проводит необходимую работу по созданию в семье благоприятных условий и здорового психологического климата.

Первый дородовый патронаж (приложение №1) проводится мед. сестрой участка в течение 10 дней после получения сведений о беременной из ЖК. Основная направленность патронажа - будущая мать, которой даются советы по вопросам питания, режима дня, работы и др.

Второй дородовый патронаж (приложение №2) проводится мед. сестрой в период декретного отпуска женщины (32-34 недели беременности). Основная цель – проверка выполнения рекомендации, основная направленность патронажа – будущий ребёнок.

К женщинам с высокой степенью риска по перинатальной патологии проводятся врачебные дородовые патронажи.

Особое внимание в этот период уделяется сбору мед. сестрой данных социального анамнеза (приложение №3). Анамнез в дальнейшем может уточняться и дополняться, заключение по этому виду анамнеза делает

Биологический анамнез на этапе антенатального периода – это сведения о течении беременности у женщины, выявленные медицинской сестрой и/или врачом-педиатром при проведении дородовых патронажей. Он расценивается как «благополучный», если факторов риска не выявлено и «условно-благополучный» или «неблагополучный», в зависимости от степени тяжести факторов риска.

Сбор и оценка генетического анамнеза (ГА)

Проводится путём составления родословной семьи ребёнка (пробанда) не менее трёх (лучше четырёх) поколений, включая пробанда (приложение 4).

Родословная должна содержать информацию о родственных отношениях в семье, числе кровных родственников в каждом поколении, их возрасте, состоянии здоровья, причинах смерти.

Анамнез ГА проводится для:

- выявления моногенных и хромосомных наследственных заболеваний (болезнь Дауна, ФКУ, муковисцидоз, целиакия, лактазная недостаточность и др.);
- количественной оценки ГА; отягощенности ГА;
- качественной оценки отягощенности с выявлением предрасположенности к тем или иным заболеваниям.

Для количественной оценки отягощенности ГА используют индекс отягощенности (Ио) который равен отношению общего числа родственников с длительно текущими хроническими заболеваниями и врожденными пороками развития, о которых есть сведения (А) к общему числу всех родственников (Б), без учета пробанда ($Ио = А:Б$).

Генетический анамнез считается благополучным при числовом выражении Ио до 0,3, условно благополучным при Ио от 0,4 до 0,7 и неблагополучным при Ио более 0,7.

При качественной оценке отягощенности ГА отмечают: её однонаправленность, если в поколениях родословной отмечаются хронические заболевания одних и тех же органов и систем и мультифакторную отягощенность, если в поколениях родословной выявлены хронические заболевания разных органов и систем.

Сбор социального анамнеза.

Основными параметрами социального анамнеза являются:

1. полнота семьи;
2. возраст родителей;
3. образование и профессия родителей;
4. психологический микроклимат в семье в отношении к ребёнку;
5. наличие или отсутствие в семье вредных привычек и асоциальных форм поведения;
6. жилищно-бытовые условия;
7. материальная обеспеченность семьи;

Данные параметры могут использоваться для выделения социально-неблагополучных семей и детей социального риска.

Оценка социального анамнеза, выделение групп риска

Наличие одного и более факторов риска в каждом из 7-8 перечисленных параметров анамнеза (а также наличие только одного из таких факторов как отказ от ребёнка, лишение родительских прав, ребёнок-подкидыш, постоянное избиение ребёнка родителями, отсутствие у семьи постоянного места жительства) свидетельствует о высокой отягощенности социального анамнеза (группа риска по социальному анамнезу - диспансерная) присутствие одного и более факторов риска в пяти – шести параметрах свидетельствует о выраженной отягощенности (группа высокого риска по социальному анамнезу), в трёх – четырёх параметрах – об умеренной отягощенности (группа риска по социальному анамнезу), в одно – двух параметрах – о низкой отягощенности социального анамнеза (за исключением факторов, перечисленных в оценке высокой отягощенности) – группа внимания по социальному анамнезу.

1-ый ДОРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ

Приложение №1

Дата _____ Срок беременности _____

Ф.И.О. матери _____

Возраст матери _____

Адрес _____ номер участка _____

Семейное положение: семья полная, неполная (подчеркнуть)

Ф.И.О. отца _____ Возраст отца _____

- Образование матери _____, отца _____

- Профессия матери _____, отца _____

- Вредные привычки матери _____ отца _____

- Хронические заболевания матери (пиелонефрит, ревматизм, тонзиллит, артериальная гипертония, гипотония, эндокринопатия, прочие)

- Генитальная патология матери _____

- Профессиональные вредности матери _____

- Акушерский анамнез: порядковый номер беременности _____

- патология предшествующих беременностей и родов _____

- мертворождение – да, нет (подчеркнуть)

- смерти детей в период новорожденности (диагноз) _____

- число абортв или выкидышей до последней беременности _____

- Патология настоящей беременности: гестоз 1 половины беременности _ да, нет

- Острые заболевания в первый триместр (ОРВИ, ангина, ОКИ и др.)

- Питание беременной:

пристрастие к некоторым продуктам питания _____

переносимость различных продуктов питания _____

употребление в пищу облигатных аллергенов _____

- Режим дня и отдыха беременной _____

- Жилищно-бытовые и материальные условия жизни семьи:

бюджет семьи: зарплата отца _____ матери _____

квартира: площадь _____ кв.м, светлая, тёмная, сырая, сухая (подчеркнуть),

Проживает человек _____ из них детей _____

Больные туберкулёзом, сифилисом в семье, в квартире – есть, нет

Заключение: риск для плода имеется, не имеется (подчеркнуть).

Наследственность отягощена, имеется склонность к

Рекомендовано _____

Участковый педиатр _____

(фамилия, имя, отчество)

2-й ДОРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ

Приложение №2

Дата _____ Срок беременности _____

Ф.И.О матери _____

- Течение настоящей беременности: гестоз 1 половины, 2 половины, нефропатия, угроза прерывания (подчеркнуть)

- Острые болезни матери во время беременности (ОРВИ, грипп, травмы физические, психические) (подчеркнуть),

проводившееся лечение: _____

- Обострение хронических заболеваний _____

(указать в какой срок беременности)

- Питание беременной, приём алергизирующих продуктов _____

- В весе прибавила до 8 кг, свыше 8 кг (подчеркнуть)

- Состояние грудных желез, сосков _____

- Подготовка грудных желез к лактации: проводилась, не проводилась
(подчеркнуть)
- приём витамина «Д» в дозе _____ МЕ, УФО № _____
- Психопрофилактика гипогалактии _____
- Посещение школы матерей – да, нет (подчеркнуть)

Заключение: плод относится к группе внимания, высокого риска
(подчеркнуть)

Направленность риска _____

Рекомендации _____

Участковый педиатр _____

Ф.и.о.

Охват дородовым патронажем вычисляется из расчета количества выполненных патронажей определенного числа поступивших под наблюдение новорожденных (в процентах). Показатель перинатальной смертности определяется по формуле: (число мертворожденных + число новорожденных, умерших в первую неделю жизни) / к общему числу детей, родившихся живыми и мертвыми после 28-й недели гестации (в промилях). Эти показатели в конце календарного года включаются в отчет о работе детской поликлиники. Данные о дородовых патронажах оформляются на листах-вкладышах, которые в последующем вклеиваются в историю развития ребенка (ф. № 112/у)

Оценка пренатальных факторов риска

Определение степени перинатального риска (
М.А. Куршин, 1988; А. К. Устинович, 1997 г.)

Факторы риска	К-во баллов
1	2
1. Социально-биологические	
Возраст матери: до 20 лет	2
20-34 года	2
35-39 лет	3
40 лет и более	4
Возраст отца 40 лет и более.	2
Профессиональные вредности: у матери	3
у отца	3
Вредные привычки у матери:	
выкуривание 1 пачки сигарет в день	1
злоупотребление алкоголем	2
Вредные привычки у отца:	
злоупотребление алкоголем	2
Эмоциональные нагрузки	1
Рост и масса тела матери:	
рост 150 см и менее	2
масса на 25% выше нормы	2
2. Акушерско-гинекологический анамнез	
Паритет 4-7-е роды	1
8-е и более	2
Аборты перед первыми настоящими родами:	

1	2
2	3
3 и более	4
Аборты перед повторными родами или после последних родов:	
3 и более	2
Преждевременные роды: 1	
2 и более	3
Мертворожденные: 1	
2 и более	8
Смерть в неонатальном периоде: 1	
2 и более	7
Аномалии развития у детей	
Неврологические нарушения	
1	2
Масса доношенных детей:	
до 2500 г и более 4000 г	2
Бесплодие в течение 2-4 лет	
5 лет и более	4
Рубец на матке после операции	
Опухоли матки и яичников	
Истмико-цервикальная недостаточность	
Пороки развития матки	
3.Экстрагенитальные заболевания матери	
Сердечно-сосудистые	
Пороки сердца без нарушения кровообращения	
Пороки сердца с нарушением кровообращения	
Гипертоническая болезнь I-II-III стадии	
Вегетососудистая дистония	
Болезни почек до беременности	
Обострение заболеваний почек при беременности	
Эндокринология	
Диабет у матери	
Диабет у родственников	

Заболевания щитовидной железы	7
Заболевания надпочечников	7
Анемия, гемоглобин г/л 90-100-110	4-2-1
Коагулопатии	2
Миопия и другие болезни глаз	2
Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, сифилис, токсоплазмоз и др.)	3
Острые инфекции при беременности	2
4. Осложнения беременности	
Выраженный ранний токсикоз	2
Поздний токсикоз беременных:	
водянка	2
нефропатия I-II-III степени	3-5-10
преэклампсия	11
эклампсия	12
Кровотечение в I и II половине беременности	3-5
Rh и АВ 0 изосенсибилизация	5-10

Многоводие	4
Маловодие	3
Тазовое предлежание плода	3
Многоплодие	3
Переношенная беременность	3
Неправильное положение плода (поперечное, косое)	3
1	2
5. Оценка состояния плода:	
гипотрофия плода	10
гипоксия плода	4
Содержание эстриола в суточной моче:	
17 мкмоль/сут в 30 недель	34
42 мкмоль/сут в 40 недель;	15
Изменение вод при амниоскопии	8

Определение степени антенатального риска:

1 – я степень до 7 баллов

2 – я степень – 8 – 15 баллов

3 – я степень - более 15 баллов

Прогнозирование риска гипогалактии

(Л.Ф. Чокырла, 1988; В.Д. Отт, 1088; Е.М. Фатеева, Л.Б. Хазенсон, 1993)

<i>Параметры матери</i>	<i>Баллы</i>
Возраст кормящей: до 35 лет; 35 лет и старше	+0,3; -3,1
Род занятий: служащая, рабочая, учащаяся.	+0,8; -0,6; -0,3
Длительность лактации у бабушки при вскармливании матери: 1-2 мес; 3-5 мес; 6 мес и более.	-3,0; +1,5; +2,0
Срок постановки на учет в консультацию: до 16 нед; позднее 16 нед; не была на учете.	+0,2; -0,6; -4,8
Хронические заболевания матери: нет; есть, но не эндокринные;	+0,5; -1,2; -4,1

Порядковый номер родов: 1-2; 3 и более.	+0,5; -4,3
Течение беременности: неосложненное; угроза прерывания; анемия; токсикоз 1 половины; нефропатия; отеки.	+1,8; -3,0; -1,2; -1,8; -2,7; -6,1
Сроки родов: преждевременные; запоздалые.	+0,2; -6,3; -2,0
Течение родов: физиологическое; раннее отхождение вод; кесарево течение; акушерское пособие; слабость родовой деятельности.	+1,8; -1,2; -1,2; -2,4; -3,4
Применение средств стимуляции родов: нет; да.	+0,3; -4,4
Течение послеродового периода: физиологическое; осложненное.	+1,8; -9,7
Оценка новорожденного по шкале Апгар: 8-10 баллов; 1-7 балла.	+1,3; -1,8
Время первого прикладывания к груди: до 2 ч; 2-5 ч; 6-12 ч; 13-24 ч; 25-48 ч; 3-5 сут; позднее.	+5,5; +3,3; +2,7; +1,6; +0,7; -2,4; -7,5
Активность ребенка при сосании: высокая; низкая.	+4,3; -5,2
Ориентировочный суточный объем лактации на 3-й день после родов: низкий (до 80 мл); средний (90-290 мл); высокий (300 мл и более).	-6,0; +1,9; +4,5

Эмоциональный настрой женщины при грудном вскармливании: положительный; индифферентный; отрицательный.	+5,6; -4,9; -10,4
---	-------------------

Примечание:

- сумма + 13 и выше, то прогноз устойчивой лактации положительный.
- сумма -13 прогноз неблагоприятный.
- сумма + 13 до -13 неопределенный прогноз, необходимо своевременно принять меры профилактики гипогалактии.

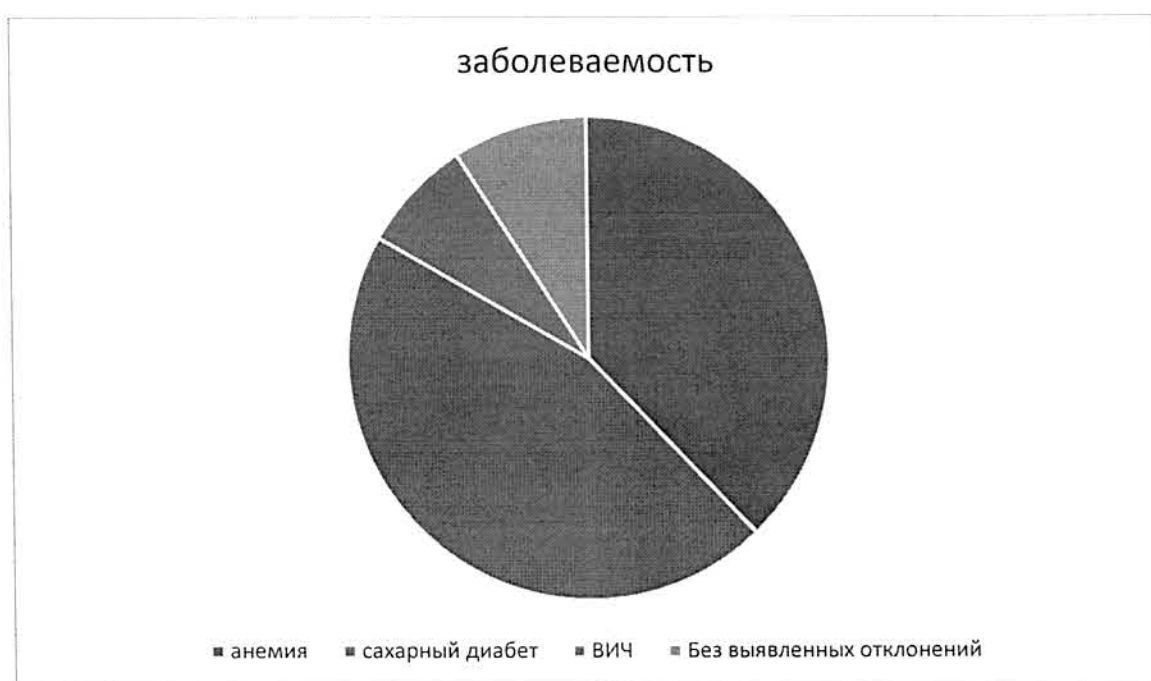
Роль врача.

Роль врача заключается в антенатальной охране здоровья нерождённого ребёнка, а также выявление групп риска, и проведение своевременной профилактики, выявлять все неблагоприятные факторы, которые могут негативно повлиять на плод, и составляется план мероприятий по охране плода. Беременная, у которой выявлены факторы риска, ставится на учет для контроля, наблюдения и оказания ей помощи.

Собственное исследование.

При проведении дородовых патронажей, за время прохождения практики были выявлены матери у которых есть хронические заболевания.

Число матерей	Заболеваемость
5	Анемия
6	Сахарный диабет
1	ВИЧ
10	Без выявленных отклонений



Заключение.

Дородовый патронаж беременной, играет большую роль в профилактике пока ещё нерожденного ребенка является важным звеном в системе мероприятий по сохранению здоровья и жизни не только новорожденных и детей первого года жизни, но и лиц любого возраста.

Список литературы.

- 1) Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
- 2) Руководство по амбулаторно – поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013
- 3) Справочник участкового педиатра: диспансеризация детского населения / М.Ф. Рзынкина. В.П. Молочный, Е.В. Бережанская. – Ростов н/Д: Феникс, 2014.
- 4) Руководство по практическим умениям педиатра / Л.Ю. Барычева и др.; под ред. В.О. Быкова. – Изд. 2 –е, перераб. и доп. – ростов н/Д: Феникс, 2013.
- 5) Педиатрия: национальное руководство: в 2-х т. / ред. [А. А. Баранов]. - М.: ГЭОТАР - Медиа. - (Национальные руководства) - 2014

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 группы

Плотникова Анастасия Евгеньевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автор поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автор проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова