

БЕРЕМЕННОСТЬ БЕЗ РИСКА

Клод Леви, Бернар Жюто, О. В. Лисиченко

I. ПЕРВАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Пренатальное наблюдение

А. Диагноз:

- нормальная беременность или нет;
- срок.

Б. Определение факторов риска:

- медицинский анамнез, индивидуальный и семейный;
- факторы индивидуальные и социальные.

В. Клинический осмотр:

- общий осмотр – определяющий;
- осмотр акушера – поверхностный.

Заключение: биологические и эхографическое обследования.

Составление плана наблюдения: ± специализированная ориентация.

Советы.

II. ПЕРВАЯ ТРЕТЬ

А. Беременность развивается благоприятно, срок подтвержден.

Б. Диагностика 1-го уровня:

- результаты биологических обследований;
- диагностирование трисомии 21 (синдром Дауна):
 - 1) сывороточные маркеры;
 - 2) эхография 11–13 S. A.: измерения контура затылка / краниокаудальной длины.

В. Клинический осмотр:

- взвешивание;
- измерение высоты матки;
- работа сердца плода;

- пальпация влагалища.

Г. Декларация беременности:

- социальный аспект;
- финансовая, социальная помощь.

III . ВТОРАЯ ТРЕТЬ (1/2)

Контроль за нормальным развитием беременности:

- клинический;
- биологический;
- эхография.

Выявление появления патологии

Предупреждение посредством соблюдения элементарных правил

А. Расспрос:

- возникновение патологических событий;
- движение плода +++++

III. ВТОРАЯ ТРЕТЬ (2/2)

Б. Клинический осмотр:

- взвешивание;
- высота матки;
- работы сердца плода;
- пальпация влагалища.

В. Усиленное клиническое наблюдение.

Г. Дополнительные обследования:

- биологические: по обычной формуле, плюс
- цифровая формула крови;
- серология гепатита В;
- выявление диабета беременных;
- морфологическая эхография.

Беременность требует от женщины больше внимания.

IV. ТРЕТЬЯ ТРЕТЬ (1/4)

Оценивание акушером готовности к родам:

- положение плода;
- объем плода;
- таз;

- препятствие praevia (препятствие на пути выхода).

Способ родов:

- самопроизвольные или кесарево сечение;
- программирование.

IV. ТРЕТЬЯ ТРЕТЬ (2/4)

A. Клиническое обследование

1. Оценивание плода:
 - высота матки;
 - положение и высота.
2. Оценивание матери:
 - таз матери;
 - мягкие части: промежность, вульва, шейка матки, нижний сегмент.
3. Программирование: патология, удаленность, комфорт.

IV. ТРЕТЬЯ ТРЕТЬ (3/4)

Б. Эхография:

- нормальное состояние плода;
- препятствие praevia (препятствие на пути выхода).

В. Биология:

- по обычной формуле, плюс
- баланс гемостаза;
- мазок из влагалища;
- серология гепатита С;
- группа крови;
- исследование мочи на инфекцию.

Г. Систематическая консультация анестезиолога.

IV. ТРЕТЬЯ ТРЕТЬ (4/4)

Д. Консультация педиатра. Имеется ли риск:

- преждевременных родов;
- многоплодной беременности;
- патологии матери или плода.

Е. Психопрофилактическая подготовка: «роды без боли».

Заключение

Беременность в большинстве случаев проходит нормально. Сопровождение пары группой, состоящей из гинеколога-акушера, анестезиолога, педиатра, акушерки и, возможно, психолога должно вселить в нее уверенность. Во всяком случае, это сопровождение

должно быть очень внимательным, не создавать напряженности. Слишком озабоченный или строгий наблюдатель может превратить нормальную беременность в беременность с высоким риском.

Ключевые слова:

LA GROSSESSE A BAS RISQUE

I. PREMIERE CONSULTATION

Surveillance prénatale

A. Diagnostic:

- grossesse normale ou pas;
- terme.

B. Évaluer les facteurs de risque:

- antécédents médicaux: personnels et familiaux;
- facteurs individuels et sociaux.

C. Examen clinique

- examen général – déterminant;
- examen obstétrical – pauvre.

Conclusion: examens biologiques et échographique.

Établir un plan de surveillance: ± orientation spécialisée.

Formuler des conseils.

II. PREMIER TRIMESTRE

A. La grossesse évolue favorablement, le terme est confirmé.

B. Dépistage 1er niveau:

- résultats de la biologie;
- dépistage de la tr. 21 (Down syndrom):
 - 1) marqueurs sériques;
 - 2) échographie 11–13 S.A.: mesure la clarté nucale/ longueur cranio caudale.

C. Examen clinique:

- pesée;
- mesure de la hauteur utérine;
- activité cardiaque fœtale;

- toucher vaginal.

D. Déclaration de grossesse:

- dimension sociale ;
- aide financière, sociale .

III. DEUXIEME TRIMESTRE (1/2)

Vérifier la bonne évolution de la grossesse:

- clinique;
- biologique;
- échographique.

Dépister la survenue de pathologie

Prévention par le respect de règles simples

A. Interrogatoire:

- survenue d'événements pathologiques;
- mouvements fœtaux ++++

III. DEUXIEME TRIMESTRE (2/2)

B. Examen clinique :

- pesée;
- hauteur utérine;
- activité cardiaque fœtale;
- toucher vaginal.

C. Surveillance clinique renforcée

D. Examens complémentaires

1) biologiques: idem demander en plus

- formule numération sanguine;
- sérologie Hépatite B;
- dépistage du diabète gestationnel;

2) échographie morphologique ++++++

La grossesse s'impose à la femme.

IV. LE 3ème TRIMESTRE (1/4)

Évaluation obstétricale en vue de l'accouchement:

- présentation;

- volume fœtal;
- bassin;
- obstacle praevia.

Modalité de l'accouchement:

- spontané ou césarienne;
- programmation.

IV. LE 3ème TRIMESTRE (2/4)

A. Examen clinique

1. Évaluation fœtale:
 - hauteur utérine;
 - présentation et altitude.
2. Évaluation maternelle:
 - bassin maternel;
 - parties molles: périnée, vulve, col utérin, segment inférieur.
3. Programmation: pathologie, éloignement, confort.

IV. LE 3ème TRIMESTRE (3/4)

B. Échographie:

- bien être fœtal;
- obstacle praevia.

C. Biologie:

- idem, demander en plus
- bilan d'hémostase;
- prélèvement vaginal;
- sérologie hépatite C;
- groupe sanguin;
- recherche infection urinaire.

D. Consultation d'anesthésie systématique

IV. LE 3ème TRIMESTRE (4/4)

E. Consultation pédiatrique. Si risque fœtal:

- prématurité;
- grossesse multiple;
- pathologie maternelle ou fœtale.

F. Préparation psychoprophylactique: «accouchement sans douleur»

Conclusion

La grossesse est, dans la majorité des cas, normale. La prise en charge du couple par l'équipe formée par l'obstétricien, l'anesthésiste, le pédiatre, la sage femme et éventuellement « le psy » le rassurera. Toutefois cette prise en charge doit être vigilante mais détendue. Un examinateur anxieux ou trop inquisiteur peut transformer une grossesse normale en une grossesse à haut risque.