

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	8
Список сокращений и условных обозначений	11
Введение	14
ЧАСТЬ ПЕРВАЯ. Физиологическое акушерство	19
Глава 1. Медицинская помощь в женской консультации и акушерском стационаре	21
Организация и структура акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации	21
Организация и принципы работы женской консультации	23
Организация и принципы работы акушерского стационара	35
Глава 2. Клиническая анатомия, физиология и биоценоз женских половых органов. Плод как объект родов	53
Анатомия, физиология и биоценоз женских половых органов	54
Наружные половые органы	54
Внутренние половые органы	57
Биоценоз женских половых органов при беременности	59
Строение женского таза с анатомической и акушерской точек зрения	74
Таз с акушерской точки зрения	76
Плод как объект родов	80
Глава 3. Оплодотворение. Имплантация. Развитие эмбриона и экстраэмбриональных структур. Сократительная деятельность матки	90
Оплодотворение	93
Имплантация	97
Развитие эмбриона и экстраэмбриональных структур	100
Сократительная деятельность матки	110
Глава 4. Диагностика беременности и определение ее сроков	116
Глава 5. Обследование беременной	128
Анамнез общий и специальный	128
Общее объективное обследование	130
Специальное акушерское исследование	131
Инструментальные и лабораторные методы исследования	144
Глава 6. Механизм родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания	157
Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания	161
Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания	163

Глава 7. Клиническая картина и ведение родов при затылочных предлежаниях	169
Причины наступления родов. Понятие о готовности организма к родам	169
Клиническая картина и ведение родов при затылочных предлежаниях . . .	174
Первый туалет новорожденного	206
Глава 8. Обезболивание родов	212
Глава 9. Физиология послеродового периода	225
Ранний послеродовой период	226
Поздний послеродовой период	227
Глава 10. Клиническая картина периода новорожденности	240
ЧАСТЬ ВТОРАЯ. Патологическое акушерство	259
Глава 11. Роды при аномалиях родовой сил	261
Роды при слабости родовой деятельности	263
Первичная слабость родовой деятельности	265
Вторичная слабость родовой деятельности	270
Роды при сильной (чрезмерной) родовой деятельности	272
Роды при дискоординированной родовой деятельности	273
Глава 12. Механизм и клиническая картина родов при тазовых предлежаниях плода	279
Механизм родов при тазовых предлежаниях	280
Клиническая картина и современные принципы ведения родов при тазовых предлежаниях	285
Глава 13. Ранний токсикоз беременных. Преэклампсия	296
Ранние токсикозы беременных	296
Преэклампсия	301
Глава 14. Нарушения фетоплацентарной системы	318
Экстраэмбриональные образования	318
Эмбрио- и фетопатии	319
Плацентарная недостаточность	322
Лечение и профилактика плацентарной недостаточности	327
Изменение объема околоплодных вод	329
Аномалии пуповины	336
Гипоксия плода	337
Задержка роста плода	338
Глава 15. Многоплодная беременность	347

Глава 16. Узкий таз	361
Анатомически узкий таз.	362
Роды при поперечносуженном тазе	366
Роды при плоских тазах.	368
Роды при общеравномерносуженном тазе.	372
Особенности течения и тактика ведения родов при анатомически узких тазах	375
Клинически (функционально) узкий таз	378
Глава 17. Роды при неправильных предлежаниях головки и правильных положениях плода	383
Роды при разгибательных предлежаниях головки.	384
Роды при переднеголовном предлежании — I степень разгибания головки	384
Роды при лобном предлежании — II степень разгибания головки	386
Роды при лицевом предлежании — III степень разгибания головки	386
Роды при асинклитических вставлениях головки.	388
Роды при высоком прямом и низком поперечном стоянии стреловидного шва	390
Роды при неправильных положениях плода	392
Глава 18. Преждевременные роды	399
Глава 19. Перенашивание беременности	415
Глава 20. Дистоция плечиков	430
Глава 21. Кровотечения в акушерстве	440
Общие положения.	440
Кровотечения в первой половине беременности	441
Кровотечения во второй половине беременности	443
Предлежание плаценты.	443
Кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.	452
Кровотечения в послеродовом периоде	457
Аномалии прикрепления плаценты	461
Кровотечение в раннем послеродовом периоде	463
Геморрагический шок	472
Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.	481
Эмболия околоплодными водами	487
Поздние послеродовые кровотечения	491

Глава 22. Иммунологическая несовместимость матери и плода (на примере Rh-сенсibilизации и Rh-конфликта)	499
Этиология и патогенез гемолитической болезни плода	502
Диагностика при гемолитической болезни плода	504
Особенности ведения беременности при гемолитической болезни плода	507
Диагностика и лечение гемолитической болезни новорожденного	508
Профилактика D-изоиммунизации	513
Глава 23. Осложнения послеродового периода	519
Послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания	519
Первый этап	526
Второй этап	530
Третий этап	533
Четвертый этап	536
Послеродовые (лактационные) маститы	539
Основные принципы диагностики послеродовых инфекционных заболеваний	542
Основные принципы и компоненты лечения послеродовых инфекционных заболеваний	543
Послеродовые заболевания неинфекционной этиологии	547
Глава 24. Неонатальная заболеваемость и смертность.	
Первичная реанимация новорожденных. Перинатальная инфекция	555
Неонатальная заболеваемость и смертность	555
Первичная реанимация новорожденных	556
Перинатальная инфекция	568
Глава 25. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях.	
Возрастные особенности. Паритет	573
Беременность и роды при сердечно-сосудистых заболеваниях	574
Акушерская тактика при недостаточности кровообращения	576
Нарушения сосудистого тонуса	581
Артериальная гипотензия	581
Гипертоническая болезнь	583
Анемии беременных	585
Беременность и роды при заболеваниях почек	590
Сахарный диабет и беременность	594
Вирусные гепатиты и беременность	600
Вирусный гепатит А	600
Вирусный гепатит В	601
Вирусный гепатит С	602
Беременность и роды при туберкулезе	605
Роды у юных, возрастных первородящих и многорожавших	607

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ. Оперативное акушерство	617
Глава 26. Родоразрешающие операции	619
Кесарево сечение.	619
Современная техника абдоминального кесарева сечения.	627
Акушерские щипцы	638
Выходные щипцы.	651
Полостные щипцы	653
Затылочное предлежание, первая позиция, передний вид	653
Затылочное предлежание, вторая позиция, передний вид	655
Вакуум-экстракция плода	656
Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот при полном открытии маточного зева. Извлечение плода за тазовый конец	665
Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот при полном открытии маточного зева	665
Извлечение плода за тазовый конец	669
Глава 27. Плодоразрушающие операции. Другие акушерские операции (манипуляции)	675
Плодоразрушающие операции	675
Краниотомия.	677
Эмбриотомия	682
Другие акушерские операции (манипуляции)	686
Искусственный разрыв плодных оболочек (амниотомия)	686
Рассечение промежности в родах (перинео- и эпизиотомия)	687
Ручное отделение плаценты и выделение последа (или доли плаценты)	689
Ручное обследование стенок полости матки	690
Глава 28. Родовой травматизм матери	695
Разрывы матки.	696
Разрывы шейки матки	708
Разрывы вульвы, влагалища и промежности	711
Гематомы вульвы и влагалища. Острый выворот матки	717
Растяжения и разрывы сочленений таза	721
Мочеполовые и кишечные свищи	721
Рекомендуемая литература	726
Предметный указатель	727

Глава 1

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ И АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ



Цель занятия: изучить этапы оказания акушерско-гинекологической помощи населению, задачи, структуру и организацию работы женской консультации и акушерского стационара.

Студент должен знать: структуру, принципы организации работы женской консультации и акушерского стационара, задачи каждого учреждения, характер помощи населению, организацию противоэпидемического режима, перечень медицинской документации, основные показатели деятельности учреждений.

Студент должен уметь: подсчитать и оценить факторы и степень риска беременных по возникновению и развитию перинатальных осложнений, заполнить индивидуальную карту беременных, историю родов.

Место занятия: женская консультация и учебная комната, все отделения родильного дома.

Оснащение занятия: индивидуальная карта и обменно-уведомительная карта беременных, журнал приема рожениц и беременных, история родов, история развития новорожденного, журнал регистрации родов, журналы генеральных уборок отделений, мультимедийная аппаратура, презентация.

План организации занятия

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Теоретическое изучение темы и обход всех отделений родильного дома.
- Обобщение занятия, ответы на вопросы.
- Домашнее задание.

ОРГАНИЗАЦИЯ И СТРУКТУРА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Первичная медико-санитарная акушерско-гинекологическая помощь организована в муниципальном районе или городе в фельдшерско-акушерском пункте (ФАП), сельской врачебной амбулатории (СВА), центре общей врачебной (семейной) практики, поликлинике, районной больнице, центральной районной больнице, родильном доме, женской консультации, центре планирования семьи и репродукции, перинатальном центре.

Специализированная акушерская и гинекологическая помощь организована в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации (област-

ная, краевая, республиканская, окружная больница, диспансер, специализированная больница, госпиталь, перинатальный центр).

Скорая акушерско-гинекологическая помощь (санитарно-авиационная) организована в областной, краевой, республиканской, окружной больнице, в центрах медицины катастроф, перинатальном центре.

Порядок оказания медицинской помощи включает 2 этапа: амбулаторный и стационарный.

Учреждения здравоохранения, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь

- Амбулаторные:
 - фельдшерско-акушерские пункты;
 - женские консультации;
 - смотровые кабинеты поликлиник;
 - центры планирования семьи и репродукции;
 - медико-генетические консультации (кабинеты);
 - кабинеты искусственной инсеминации.
- Стационарные:
 - родильные отделения в составе многопрофильных больниц всех уровней: районных, городских, областных, краевых, республиканских;
 - родильные дома;
 - перинатальные центры.

Дополнительно акушерско-гинекологическую помощь оказывают акушерско-гинекологические клиники медицинских университетов и институтов усовершенствования врачей, научно-исследовательские институты акушерства и гинекологии и др.

Какие существуют уровни (группы) оказания помощи в учреждениях родовспоможения?

Медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов, новорожденным в Российской Федерации оказывают на трех уровнях (группах) родовспомогательных учреждений:

- уровень 1 (1-я группа) — муниципальные родильные дома, родильные отделения городских и районных больниц, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание акушера-гинеколога, неонатолога и анестезиолога-реаниматолога;
- уровень 2 (2-я группа) — межрайонные перинатальные центры, родильные отделения городских, краевых, областных и республиканских больниц, имеющие в своей структуре палаты реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных;
- уровень 3 (3-я группа) — НИИ (с функцией перинатальных центров), перинатальные центры субъектов РФ. Характерной структурной особенностью учреждений родовспоможения 3 уровня является наличие в своем составе отделения патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап неонатальной помощи).

Уровень оказания помощи определяют особенности течения беременности и степень риска развития осложнений.

Что определяет успешность оказания медицинской помощи?

Успешность оказания медицинской помощи обеспечивает преемственность работы всех уровней системы.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Что такое женская консультация?

Женская консультация (ЖК) — основное амбулаторно-поликлиническое учреждение диспансерного типа, функционирующее по участковому принципу. Служит для оказания первичной медико-санитарной медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля женщинам в амбулаторных условиях.

Женская консультация может быть структурным подразделением медицинской организации (родильного дома, поликлиники, амбулатории) и самостоятельной организацией.

Руководство автономной женской консультации осуществляет главный врач, в структурном подразделении — заведующий женской консультацией.

Структуру и штатную численность ЖК устанавливают в зависимости от объема проводимой работы и численности обслуживаемого населения. Оснащают ЖК согласно стандартным требованиям.

Каковы основные функции и задачи женской консультации?

- Диспансерное наблюдение беременных, в том числе выделение групп риска для предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода.
- Направление беременных в медицинские организации, осуществляющие пренатальную диагностику, для обследования на наличие хромосомных нарушений и пороков развития у плода.
- Выявление, установление медицинских показаний и направление беременных, родильниц и гинекологических больных для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
- Физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам и членов их семей к рождению ребенка.
- Патронаж беременных и родильниц.
- Консультирование и оказание услуг по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов и подготовки к беременности и родам.
- Организация профосмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, болезней молочных желез.
- Обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и амбулаторных условиях.

- Диспансерное наблюдение гинекологических больных, в том числе девочек.
- Прерывание беременности в ранние сроки, выполнение малых гинекологических операций.
- Обеспечение взаимодействия в обследовании беременных, родильниц и гинекологических больных между ЖК и другими медицинскими организациями (медико-генетические центры, кожно-венерологические, онкологические, психоневрологические, противотуберкулезные диспансеры), фондами ОМС, страховыми компаниями.
- Клинико-экспертная оценка качества медицинской помощи, экспертиза временной нетрудоспособности.
- Социально-правовая помощь беременным, родильницам и гинекологическим больным.

В чем заключаются преимущества участкового принципа обслуживания?

Участковый принцип позволяет акушеру-гинекологу осуществлять постоянную связь с участковым терапевтом и другими специалистами районной поликлиники, что способствует своевременной постановке на учет беременных, решению вопросов о возможности сохранения беременности у женщин с экстрагенитальными заболеваниями, всестороннему их обследованию и установлению соответствующего режима и лечения, а в ряде случаев — совместному диспансерному наблюдению. На одну должность врача акушера-гинеколога приходится 2200 женщин.

Обязательный ежегодный анализ показателей деятельности участкового гинеколога позволяет ему владеть информацией о социально-экономическом и экологическом состоянии зоны проживания, особенностях работы и вредностях на промышленных предприятиях и рационально планировать профилактические мероприятия.

Какова структура женской консультации?

Структура ЖК представлена административным блоком и лечебно-консультационным блоком. В лечебно-консультационный блок входят регистратура, кабинеты участковых акушеров-гинекологов, кабинеты специализированного приема: невынашивания беременности, лечения шейки матки, гинекологической эндокринологии, сохранения и восстановления репродуктивной функции, врача-гинеколога детского и подросткового возраста, функциональной диагностики, УЗ-диагностики, а также кабинеты специалистов: терапевта, стоматолога, офтальмолога, психотерапевта; юриста и специалиста по социальной работе, ЛФК, психопрофилактической подготовки к родам, раннему выявлению заболеваний молочных желез.

Другие подразделения ЖК: малая операционная, кабинеты: процедурный, физиотерапевтический рентгенологический; клинико-диагностическая лаборатория, дневной стационар, стационар на дому, стерилизационная.

Проводят отдельный прием беременных, рожениц и больных гинекологическими заболеваниями.

Каковы функции врача женской консультации?

Врач участка оказывает амбулаторную помощь беременным, роженицам и гинекологическим больным и помощь на дому пациенткам, которые по состоянию здоровья не могут сами явиться в ЖК.

Одна из главных функций участковых акушеров-гинекологов — профилактические осмотры. Ежегодным профилактическим осмотрам подлежат все женщины старше 18 лет, работающие, учащиеся или постоянно проживающие в районе деятельности ЖК.

Санитарно-просветительскую работу проводят врачи и акушерки по плану. Основные формы этой работы: индивидуальные и групповые беседы, лекции, ответы на вопросы с использованием наглядных пособий, тренажеров, муляжей, теле- и мультимедийной техники.

Правовую защиту осуществляют юрисконсульты, которые вместе с врачами выявляют женщин, нуждающихся в помощи, читают лекции, проводят беседы по основам российского законодательства о браке и семье, льготах трудового законодательства для женщин.

Каковы задачи смотровых кабинетов?

Большое значение в осуществлении профилактических осмотров придают смотровым кабинетам. Их создают при поликлиниках или медико-санитарных частях предприятий и оснащают всем необходимым для выполнения осмотров. В них работают акушерки, задача которых — санитарно-просветительская работа и выявление онкологических заболеваний: кожи, языка, прямой кишки, молочных желез, половых органов. Главным является преемственность этапов. Акушерки, заподозрив заболевание, направляют пациентку к участковым акушерам-гинекологам, которые, поставив диагноз, при необходимости назначают консультации узких специалистов или дополнительные диагностические и лечебные процедуры, госпитализируют больных в стационар или лечат в дневном стационаре.

Каков режим работы женской консультации?

Режим работы ЖК обеспечивает максимальную доступность амбулаторной помощи населению (с 8 до 20 ч). На прием к врачу попадают по самозаписи, к специалисту — по предварительной записи. Запись возможна по сети Интернет. Помощь на дому оказывает участковый врач или дежурный врач в день вызова.

Каковы организационные принципы оказания медицинской помощи беременным в женской консультации?

Наблюдение беременных — главная задача ЖК. От качества амбулаторного наблюдения во многом зависит исход беременности и родов.

Принципы диспансеризации беременных

Ранний охват беременных врачом наблюдением. Женщина должна быть взята на учет при сроке беременности до 12 нед. Это позволит своевременно диагностировать экстрагенитальные заболевания и решить вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень риска и при необходимости обеспечить оздоровление беременной. Санитарно-просветительская работа в сочетании с квалифицированным врачом наблюдением увеличивают число женщин, встающих на учет в ЖК в ранние сроки беременности.

Взятие на учет. При постановке каждой беременной на учет врач женской консультации обязан ознакомиться с амбулаторной картой (или выпиской из нее) из поликлинической сети для выявления перенесенных, имеющихся экстрагенитальных заболеваний и определения факторов риска развития перинатальных осложнений.

Своевременное обследование (в течение 7–10 дней). Эффективность раннего взятия беременной на учет будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки не провести полного обследования, чтобы определить возможность вынашивания беременности, степень риска перинатальных осложнений и выработать план ведения беременной.

Патронаж. Дородовой патронаж осуществляет участковая акушерка дважды: при взятии на учет и перед родами, а также по мере необходимости (для вызова беременной к врачу, контроля назначенного режима и т.п.). Послеродовой патронаж: в течение первых 3 сут после выписки из родильного дома родильницу посещают участковый врач акушер-гинеколог (после осложненных родов) или акушерка (после нормальных родов). Для обеспечения своевременного послеродового патронажа женская консультация должна иметь постоянную связь с родильными стационарами.

Своевременная госпитализация в течение беременности (экстренная или плановая) и после родов. Своевременная госпитализация до родов позволяет снизить перинатальную смертность в 8 раз по сравнению с группой беременных, подлежащих стационарному лечению, но не госпитализированных.

Как часто беременную должны осматривать врач акушер-гинеколог и другие врачи-специалисты (частота наблюдения)?

При физиологической беременности после первого осмотра явка через 7–10 дней с результатами обследования, до 28 нед — посещение врача 1 раз в месяц, в период от 28 до 40 нед — 2 раза в месяц (не менее 5 раз за время беременности).

Врач-терапевт осматривает беременную не менее двух раз (первый осмотр не позднее 7–10 дней от первичного обращения в женскую консультацию),

врач-стоматолог и врач-офтальмолог — не менее одного раза; другие врачи-специалисты — по показаниям в зависимости от сопутствующих заболеваний.

При выявлении соматических заболеваний или осложненной беременности частота посещений возрастает. При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после назначенного срока необходимо выполнить патронаж и добиться регулярного посещения консультации.

Во время каждого посещения женской консультации врач назначает обследование беременной и дает необходимые рекомендации по личной гигиене, режиму труда, отдыха, питанию, подбирает соответствующий комплекс физических упражнений.

Почему терапевт осматривает всех беременных дважды?

При постановке на учет терапевт диагностирует болезни внутренних органов, обусловленные беременностью или возникшие самостоятельно, определяет необходимость госпитализации беременной или прекращения беременности. При осмотре во II триместре или после 30 нед беременности терапевт выявляет впервые возникшие заболевания или констатирует утяжеление либо обострение уже имеющихся. Совместно с акушером-гинекологом решает вопрос о выборе учреждения (специализированное или обычное) для лечения и родоразрешения.

Каковы обязательные методы обследования беременных?

Обязательное обследование беременной при взятии на учет и в I триместре: сбор общего и репродуктивного анамнеза, общего физикального обследования по органам и системам и специального (измерение роста, массы тела, индекса массы тела, таза, осмотр шейки матки с помощью зеркал, бимануальное влагалищное исследование, обследование молочных желез). Осмотр терапевтом, офтальмологом, стоматологом.

Во II триместре: сбор анамнеза, общее физикальное обследование, обследование молочных желез, измерение окружности живота, высоты дна матки, определение тонуса матки, положения плода, аускультация плода с помощью стетоскопа.

В III триместре: сбор анамнеза, общее физикальное обследование, в том числе молочных желез, измерение окружности живота, высоты дна матки, определение тонуса матки, положения плода, аускультация плода с помощью стетоскопа. После 32 нед определяют положение плода, предлежащую часть.

При поздней первой явке (II или III триместр) проводят обследование полностью, включая осмотр шейки матки с помощью зеркал и влагалищное исследование.

Каковы обязательные лабораторные методы обследования беременных?

При постановке на учет или в I триместре: общий клинический и биохимический анализ крови (определение содержания глюкозы в крови обязательно!), коагулограмма, анализ крови на наличие антител иммуноглобулина класса G (IgG) к краснухе, токсоплазмозу и сифилису, общий анализ мочи. Определяют группу крови и резус-принадлежность, маркеры гепатитов В (HbsAg), С (HcVAt), антитела классов М и G к ВИЧ-1, ВИЧ-2 и сифилису в крови.

Обязательно выполняют микроскопическое исследование выделений из влагалища.

ЭКГ — по назначению терапевта.

В II триместре: общий клинический анализ крови и мочи, микроскопическое исследование выделений из влагалища.

В III триместре: общий клинический и биохимический анализ крови (определение содержания глюкозы в крови обязательно!), коагулограмма и общий анализ мочи, маркеры гепатитов В и С, антитела классов М и G к ВИЧ-1, ВИЧ-2 и сифилису в крови.

Повторяют микроскопическое исследование выделений из влагалища.

Лабораторные методы исследования осуществляют в следующие сроки:

- общий анализ крови — 1 раз в месяц, а с 30-й недели беременности — 1 раз в 2 нед;
- анализ мочи — при каждом посещении;
- исследование мочи на бессимптомную бактериурию (посев средней порции мочи) — 1 раз в 14–20 нед;
- содержание глюкозы в крови — в сроки 22–24 и 36–37 нед;
- коагулограмма — в 36–37 нед;
- реакция на сифилис и ВИЧ — во II триместре и за 2–3 нед до родов;
- бактериологическое (желательно) и бактериоскопическое (обязательно) исследования выделений из влагалища — каждый триместр.

Инструментальные методы обследования. УЗ-скрининг, ЭКГ по показаниям.

Какой объем пренатальной диагностики проводят во время беременности (скрининг)?

Цель пренатального скрининга — определение у каждой беременной индивидуального риска рождения ребенка с генетическими нарушениями (синдром Дауна, синдром Эдвардса, дефекты невральнoй трубки).

I скрининг в 11–14 нед:

- УЗИ органов малого таза (эмбрио- и фетометрия для точного определения срока беременности, измерение толщины шейной складки — «воротникового пространства», оценка экстраэмбриональных структур, исключение аномалий внутренних половых органов);

- биохимический скрининг уровня сывороточных маркеров: ассоциированный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина (β -ХГЧ).

II скрининг в 18–21 нед:

- УЗИ в срок 18–21 нед для выявления врожденных пороков развития плода;

III скрининг в 30–34 нед:

- УЗИ для выявления соответствия физических параметров плода гестационному возрасту (признаки задержки роста) и оценки экстраэмбриональных структур, доплерометрия; после 33 нед — КТГ плода.

Каковы дополнительные методы обследования беременных?

У беременных с резус-отрицательной кровью или группой крови 0(I) и с отягощенным акушерским анамнезом (мертворождение, невынашивание беременности) определяют признаки сенсибилизации (Rh-антитела 1 раз в месяц) и группу крови и резус-принадлежность крови отца ребенка. По показаниям беременных обследуют на ИППП, экскрецию гормонов, осуществляют медико-генетическое консультирование.

Какие беременные должны быть направлены на медико-генетическое консультирование?

- В возрасте 35 лет и старше.
- Имеющие в анамнезе ребенка с врожденными пороками развития, хромосомными аномалиями.
- С установленным семейным носительством хромосомных аномалий или генных мутаций.
- С выявленными при ультразвуковом скрининге нарушениями развития плода.
- С выявленными отклонениями в содержании сывороточных маркеров крови.
- С привычным невынашиванием.

Как осуществляют специальное объективное обследование беременной?

При взятии на учет осмотр беременной включает оценку ее телосложения, степени развития подкожной основы (избыточная масса тела или дефицит массы тела), состояния кожного покрова и слизистых оболочек, молочных желез, определение видимых отеков. При каждой повторной явке беременной выполняется общий осмотр и измерение массы тела, что позволяет выявить патологическую прибавку массы тела и скрытые отеки. Очевидно, что чем раньше женщина посетит консультацию, тем более достоверные данные получит врач.

При установлении повышенного артериального давления (АД) в ранние сроки беременности проводят обследование для исключения или подтверждения гипертонической болезни.

Наружное акушерское исследование включает определение размеров таза, окружности живота и высоты стояния дна матки над лоном, пальпацию матки и живота, аускультацию сердцебиения плода. Наружное исследование осуществляется при каждом посещении врача (исключая измерение таза).

Пальпация живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной наружная ее пальпация (13–15 нед), можно определить тонус матки и по мере развития беременности (II и III триместры) — положение, позицию, вид и предлежащую часть плода. Наружное акушерское исследование включает четыре классических акушерских приема пальпации (Леопольда–Левицкого).

Аускультация тонов сердца плода возможна с помощью акушерского стетоскопа с 20-й недели беременности, с помощью УЗИ и доплерометрии — с 3–5-й недели, что существенно повышает точность исследования. Сердцебиение плода выслушивают в виде ритмичных двойных ударов с постоянной частотой 120–160 в минуту. Следует указать, что даже четкое определение ухом ритмичных шумов до 19–20 нед беременности не свидетельствует о наличии сердечных тонов, поэтому фиксировать в карте наблюдения сердцебиения плода до указанного срока нецелесообразно.

Первое влагалищное исследование включает обязательный осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал. При пальпации, помимо определения величины матки (срок беременности) и состояния мягких родовых путей, необходимо исключить аномалии развития половых органов, экзостозы в малом тазу. При физиологической беременности влагалищное исследование осуществляют при постановке на учет, повторные исследования — только по показаниям.

Где фиксируют результаты обследования беременной?

Все данные опроса и обследования, заключения других специалистов и назначения, а также индивидуальный план наблюдения за течением беременности, который согласуют с главным врачом женской консультации, заносят в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» и «Обменную карту беременной, роженицы и родильницы»; записи ведут при каждом посещении с указанием диагнозов, даты последующей явки на прием и подтверждают подписью врача. «Индивидуальные карты беременной и родильницы» хранят в кабинете врача акушера-гинеколога в картотеке по датам очередного посещения. «Обменная карта беременной, роженицы и родильницы» оформляется и выдается беременной при первой явке в женскую консультацию.

Какие лечебные мероприятия оказывают при физиологической беременности в женских консультациях?

При физиологическом течении беременности показаны:

- фолиевая кислота весь I триместр не более 400 мкг/сут;
- калия йодид по 200–250 мкг/сут всю беременность и период грудного вскармливания;

- при резус-положительной крови отца ребенка и отсутствии резус-антител в крови матери — введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) в 28–30 нед.

Какие мероприятия проводят во время беременности для профилактики гнойно-септических заболеваний родильниц и новорожденных?

- Всех беременных осматривают отоларинголог, стоматолог, терапевт для выявления очагов хронической инфекции.
- Выявленные очаги хронической соматической инфекции обязательно саннируют.
- Для исключения бессимптомной бактериурии (10^5 колоний в 1 мл средней порции мочи) всем беременным однократно выполняется посев средней порции мочи (14–20 нед). Если анализ не выполнили в амбулаторных условиях, то диагностику проводят в любом триместре беременности.
- В каждом триместре осуществляется микроскопическое исследование отделяемого из женских половых органов.

Какую психологическую поддержку оказывают в женских консультациях будущим родителям?

- Для беременных разработан комплекс групповых и индивидуальных занятий по психопрофилактической подготовке к родам в «школе матерей».
- Для будущих отцов проводят беседы акушеры-гинекологи и педиатры в «школе отцов».
- Индивидуальные беседы с беременными на приеме у врача и при дорожном патронаже.

Что такое физиопсихопрофилактическая подготовка беременной к родам?

Разработанная и внедренная отечественными учеными И.З. Вельвовским и А.П. Николаевым и широко пропагандируемая за рубежом Ламазе как «русский метод» физиопсихопрофилактическая подготовка беременной к родам — это комплекс мероприятий, включающий 5–6 бесед, которые осуществляет врач с беременными начиная с 33–35-й недели. Во время бесед (в том числе индивидуальных) рассматривают вопросы физиологии родового акта, правильного поведения в родах, способы снятия болевых ощущений во время схваток.

На занятиях беременным дают рекомендации по режиму дня и питания, предлагают специальные комплексы физических упражнений, способствующие достижению необходимого уровня психофизической активности организма. Правильная физиопсихопрофилактическая подготовка устраняет страх

перед предстоящими родами, способна значительно уменьшить болевые ощущения во время схваток, обеспечить адекватное поведение роженицы.

Каковы сроки дородового и послеродового отпуска?

В соответствии с законодательством РФ работающим женщинам предоставляется отпуск:

- по беременности и физиологическим родам продолжительностью 140 календарных дней (70 дней до родов и 70 дней после родов) независимо от стажа работы;
- при осложненных родах «Листок нетрудоспособности» оформляют дополнительно на 16 календарных дней в родильном доме (отделении) или женской консультации по месту жительства на основании документов из учреждения, где произошли роды;
- при многоплодной беременности «Листок нетрудоспособности» выдают единовременно с 28-й недели беременности продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов);
- при родах, наступивших в период с 28-й по 30-ю неделю беременности, и рождении живого ребенка отпуск составляет 156 календарных дней, в случае рождения мертвого ребенка или его смерти в течение первых 7 сут после родов (168 ч) — 86 календарных дней;
- при временном выезде женщины с места постоянного жительства «Листок нетрудоспособности» выдают в родильном доме (отделении), где произошли роды;
- при экстракорпоральном оплодотворении и переносе эмбриона в полость матки «Листок нетрудоспособности» выдают с периода подсадки эмбриона до установления факта беременности и далее по показаниям.

«Листки нетрудоспособности» регистрируют в «Книге регистрации листков нетрудоспособности».

«Обменную карту беременной, роженицы и родильницы» (форма № 113/у-20) выдают на руки беременной при сроке 22–23 нед.

Какова роль «Обменной карты беременной, роженицы и родильницы»?

Карта содержит три раздела: сведения о беременной из ЖК, сведения о течении родов и раннего послеродового периода и сведения о новорожденном. Участковый акушер-гинеколог оформляет и выдает карту на руки каждой беременной при первой явке и постановке на диспансерный учет. В карту вносят основные результаты обследований и заключения консультаций специалистов, осуществленных в ЖК. При поступлении в родильный дом беременная или роженица передает карту врачу-акушеру. Карта обеспечивает преемственность в наблюдении за беременной врачами ЖК и родильного дома.

Нуждается ли родильница в дальнейшем медицинском наблюдении после выписки из акушерского стационара?

Родильница нуждается в обязательном медицинском наблюдении, поскольку у нее могут возникнуть послеродовые заболевания. При нормальном послеродовом периоде родильница должна посетить акушера-гинеколога или акушерку ФАП через 2–3 нед после родов и повторно через 4–5 нед, т.е. перед концом послеродового отпуска. Об этом беременную предупреждают еще до родов. Родильницу осматривают, в случае необходимости проводят лечение, рекомендуют метод контрацепции. Родильниц, не посетивших врача после родов, активно патронируют.

В чем заключается стратегия риска в акушерстве и перинатологии?

Стратегия риска в акушерстве направлена на выявление факторов, способствующих неблагоприятному исходу беременности и родов, и планирование мероприятий, исключающих их действие или понижающих их интенсивность. Беременных, состоящих на учете в ЖК, разделяют на две когорты: с неосложненным течением беременности (низкий перинатальный и акушерский риск) и с осложненным, когда выявлен высокий перинатальный и акушерский риск:

- аномальное развитие плода;
- осложнения беременности;
- экстрагенитальные заболевания.

Какова шкала оценки факторов риска перинатальной патологии и группы риска среди беременных?

В РФ первые шкалы перинатального риска были разработаны Л.С. Персианиновым (1976) и О.Г. Фроловой и Е.Н. Николаевой (1979). Разработанная на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов шкала (Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н., 2008) дополнена современными факторами риска, обоснована многолетними исследованиями и подтверждена результатами работы клинических баз и перинатальных центров регионов, внедривших и усовершенствовавших ее и способы оценки (дистанционный программированный контроль).

Все факторы риска авторы разделили на две большие группы: пренатальные и интранатальные.

Пренатальные факторы

- Анамнестические факторы (I скрининг — при первой явке беременной, повторные — во II и III триместрах беременности, при поступлении в акушерский стационар):
 - социально-биологические;
 - акушерско-гинекологический анамнез;
 - экстрагенитальные заболевания матери.

- Факторы беременности (II скрининг в 28–32 нед, III скрининг — в конце беременности):
 - осложнения настоящей беременности;
 - оценка состояния плода.

Общее число пренатальных факторов 71, каждый имеет свою балльную оценку. Суммарная оценка всех факторов определяет степень риска неблагоприятного исхода данной беременности или родов: низкая степень риска — до 15 баллов, средняя 15–24 балла и высокая — 25 и более.

Выделение группы беременных с высокой степенью риска и скрининг факторов риска в ЖК позволяют организовать интенсивное наблюдение за развитием беременности и состоянием плода от начала наблюдения. Установлено, что 2/3 всех случаев перинатальной смертности регистрируют у женщин из группы высокого риска, составляющих не более 1/3 общего числа беременных.

Интранатальных факторов риска (IV скрининг — в родах) — пять. Практика показала, что исход беременности наполовину зависит от особенностей течения родов. Сумма баллов риска, накопленная в течение нескольких часов родов, может в разы превышать сумму баллов за всю беременность.

Обязательный перерасчет суммы антенатальных и интранатальных факторов риска с учетом «интранатального прироста» является современной «стратегией риска» в акушерстве, так как позволяет правильно оценить акушерскую ситуацию и своевременно изменить тактику ведения родов и тем самым снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

Какова тактика ведения беременных группы риска в женской консультации?

Всех беременных высокой группы риска после каждого скрининга осматривает главный врач ЖК и по показаниям направляет на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о пролонгировании беременности, дополнительного обследования и лечения и принимает решение о госпитализации в профильные стационары, сроках родоразрешения.

Данные исследований свидетельствуют о росте числа беременных с высокой степенью перинатального риска к концу беременности (от 20 до 70%).

Основное заключение о возможности вынашивания беременности делают в срок до 22 нед. Для родоразрешения беременных госпитализируют с учетом степени риска осложнений в родах.

Беременных с экстрагенитальными заболеваниями госпитализируют в профильные медицинские учреждения вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения врачом-специалистом и акушером-гинекологом.

При сочетании акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний беременную госпитализируют в учреждение по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния (акушерский стационар или профильное учреждение).

При сроке более 22 нед и угрозе прерывания беременности направляют в учреждения 3 уровня (перинатальные центры), где имеются условия для выхаживания недоношенных новорожденных, в том числе с экстремально низкой массой тела (500–999 г).

Вопрос о госпитализации решают индивидуально, врач акушер-гинеколог заранее информирует об этом беременную и ее родственников.

Дородовая госпитализация в срок, определенный совместно врачами ЖК и стационара, — последняя, но очень важная задача ЖК. Своевременно госпитализировав беременную из групп среднего или высокого риска, врач ЖК может считать свою функцию выполненной.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

Каковы основные функции и задачи акушерского стационара?

Акушерский стационар (АС) — учреждение здравоохранения, оказывающее квалифицированную специализированную медико-санитарную, акушерско-гинекологическую помощь женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде; квалифицированную медицинскую помощь и уход за новорожденными в период пребывания их в акушерском стационаре (родильном доме, отделении).

Какие существуют типы акушерских стационаров?

Существуют следующие типы АС, в которые направляют беременных и рожениц в зависимости от степени перинатального риска:

- с общей врачебной помощью (первичная медико-санитарная помощь): сельские врачебные амбулатории (СВА), участковые больницы с акушерскими койками;
- со специализированной врачебной помощью: акушерские отделения районных больниц и ЦРБ, городские родильные дома;
- стационары с многопрофильной специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощью: родовспомогательные отделения многопрофильных больниц, акушерские отделения областных больниц, межрайонные акушерские отделения, специализированные акушерские отделения на базе многопрофильных больниц, родовспомогательные стационары, объединенные с кафедрами акушерства и гинекологии медицинских вузов, научно-исследовательскими институтами, межрайонные перинатальные центры, перинатальные центры субъектов РФ и федеральные перинатальные центры.

Как организована работа акушерского стационара?

Структура и оснащение родильного дома должны соответствовать требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактических учреждений. Организация работы строится по единому принципу в соответствии с действующими законодательными актами, приказами вышестоящих органов управления, клиническими рекомендациями.

Каковы преимущества акушерского стационара на базе многопрофильных больниц?

Организацию АС на базе многопрофильных учреждений считают наиболее рациональной в связи с широкими возможностями для обследования и лечения женщин и новорожденных. Стационар должен быть функционально связан с ЖК, консультативно-диагностическими и перинатальными центрами, медико-генетическими консультациями, гинекологическими больницами, центрами планирования семьи, детскими и взрослыми поликлиниками и другими учреждениями для обеспечения полноценного обследования, лечения, реабилитации пациенток и преемственности в наблюдении за беременными, родильницами и новорожденными.

Какова структура современных акушерских стационаров?

Современные АС, представленные палатами-боксами, могут находиться на территории больницы или входить в состав больничного корпуса либо занимать отдельный этаж или крыло здания, не требуя разделения на физиологическое и обсервационное отделения. Проектировать АС необходимо с учетом возможности при необходимости изоляции части палат.

В соответствии с современными требованиями роды должны происходить в индивидуальном помещении (бокс) в условиях, приближенных к домашним. Наличие палат-боксов препятствует распространению внутрибольничной инфекции.

В настоящее время большинство отечественных стационаров еще сохраняют старую структуру построения, требующую полного разделения физиологического и обсервационного акушерских отделений.

Регулирование потоков здоровых и больных, поступающих и выписывающихся — одна из мер асептики в современных стационарах.

Какие отделения должны быть в акушерском стационаре?

Стационар родильного дома должен иметь следующие основные отделения (рис. 1.1):

- приемно-пропускной блок (фильтр);
- физиологическое (первое) акушерское отделение;
- отделение или палаты для лечения женщин с осложненным течением беременности;
- обсервационное (второе) акушерское отделение;
- отделения (палаты) интенсивной терапии новорожденных.

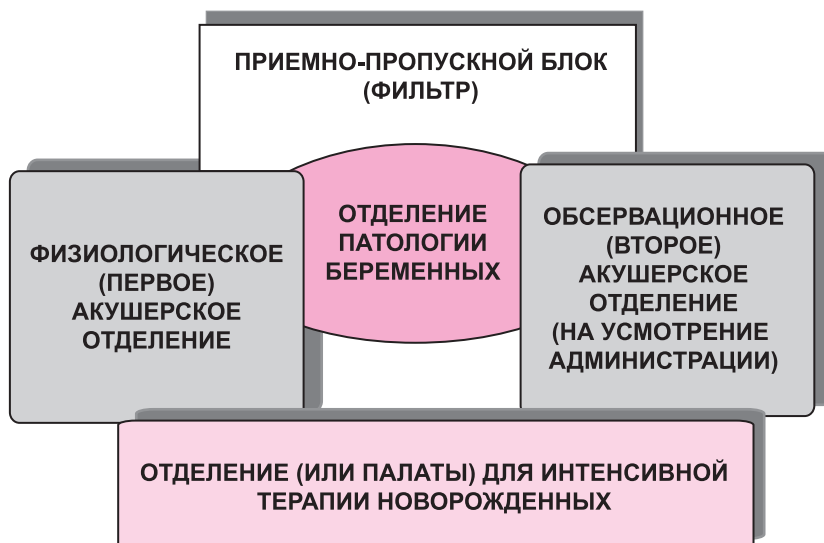


Рис. 1.1. Структура родильного дома

Первое и второе акушерские отделения должны быть разобщены. Наличие наблюдательного отделения, как отмечено, было особенностью организации родовспомогательных учреждений в Советском Союзе, но противоэпидемическим барьером не стало.

Каков режим работы акушерского стационара?

Для обеспечения качества и максимальной доступности стационарной акушерско-гинекологической помощи населению учреждение работает круглосуточно. В дневное время медицинскую помощь женщинам и детям оказывают врачи и средний медицинский персонал отделений учреждения, в ночное время, выходные и праздничные дни — дежурные бригады. Может быть организован дневной стационар для пациенток, которым не требуется круглосуточное наблюдение.

АС закрывают (на 2 и 4 нед) 1 раз в год для плановой дезинфекции и косметического ремонта. При современной структуре и оснащении АС, текущей уборке, идеологии «чистых рук» персонала, регулярного обновления дезинфектантов эта «мойка» не требуется, она показана только при «инфекционном неблагополучии».

Какие документы при поступлении должна иметь беременная или роженица?

Беременная или роженица может поступить в стационар самотеком, по направлению врача ЖК, доставлена машиной «скорой помощи»; возможен перевод из другого стационара. С собой необходимо иметь следующие документы: паспорт, обменную карту, документ об обязательном медицинском страховании и родовой сертификат.

Каковы функции приемно-пропускного блока?

Приемно-смотровой блок (отделение) предназначен для первичного обследования беременной или роженицы и решения вопроса о госпитализации в физиологическое или обсервационное отделение (при его наличии) либо о переводе в специализированный стационар. В связи с этим приемно-смотровое отделение имеет комнату-фильтр и две отдельные смотровые комнаты. Врач или акушерка опрашивают беременную или роженицу о наличии заболеваний, осматривают кожный покров, слизистые оболочки, ногти, измеряют температуру тела, выясняют время излития вод. Беременных и рожениц с нормальной температурой тела, без признаков инфекционного заболевания направляют в смотровую комнату физиологического акушерского отделения. Беременных с повышенной температурой тела, признаками острого или хронического инфекционного заболевания, кожными заболеваниями, мертвым плодом направляют в смотровую комнату обсервационного отделения или переводят в специализированный стационар. При переводе в другие учреждения врач заполняет журнал отказа в госпитализации, где указывает результаты обследования, диагноз, показания к переводу.

Кто осуществляет первый осмотр и прием беременной или роженицы?

В смотровой физиологического или обсервационного отделения прием ведет врач. Он знакомится с «Обменной картой беременной, роженицы и родильницы», собирает анамнез, проводит общее и специальное объективное обследование, измеряет рост, массу тела, окружность живота, высоту стояния дна матки, определяет размеры таза, предполагаемую массу плода, выслушивает сердцебиение плода, осуществляет влагалищное исследование, берет анализ мочи на наличие белка, по показаниям — другие анализы и обследования (УЗИ, КТГ). Врач заполняет историю родов, ставит диагноз и намечает план ведения родов.

После гигиенического душа пациентка надевает чистое белье и направляется с сопровождающим в одно из отделений родильного дома; при кровотечении, гипертензии, угрозе прерывания беременности и т.п. пациентку транспортируют на каталке или в кресле.

Пациенткам, поступающим на роды, разрешено пользоваться собственной нематерчатой (моющей) обувью, сорочкой, халатом, брать с собой предметы личной гигиены, питьевую воду, разрешенные продукты, предметы религиозного культа, мобильный телефон, а пациенткам, поступающим в отделение патологии беременных, — халаты, пижамы, белье, гигиенические принадлежности.

Какова роль современных перинатальных технологий в работе отделения?

Современные перинатальные технологии исключают из практики применение дезинфектантов (обработка сосков, ногтей), очистительную клизму,

бритье волос на лобке, нарушающие нормобиоценоз здоровых рожениц и создающие условия для заражения такими заболеваниями, как ВИЧ/СПИД и парентеральные вирусные гепатиты. Достаточно обмывания в душе и подстригания ногтей.

Какова структура физиологического отделения родильного дома?

Физиологическое (первое) акушерское отделение как самое большое в родильном доме разделяют на родильное отделение (родовой блок с отделением/палатой интенсивной терапии), послеродовое отделение, отделение/палаты интенсивной терапии новорожденных (рис. 1.2). В состав отделения также входят смотровая комната приемного отделения и выписная комната.



Рис. 1.2. Структура акушерского отделения

Какова структура родильного отделения?

Родовой блок предназначен для оказания медицинской помощи во время родов и первые 2 ч после родов. Родовой блок имеет палаты для родов, палату интенсивной терапии матерей и новорожденных, операционный блок, кабинеты и комнаты для медицинского персонала, санузлы с душевым кабинетом и т.п.

Каковы структура и функция родовых палат в современном акушерском стационаре?

В современном АС предродовые и родовые палаты не разделяют. Родовое отделение представлено отдельными палатами-боксами. Роды проводят в отдельных боксах, заполняя их поочередно. При наличии в каждой палате-боксе определенного оборудования их используют в качестве малой или даже большой операционной. В идеале женщина проводит в боксе все периоды родов и находится в нем с ребенком до выписки.

В современных условиях после родов родильницу с ребенком переводят в послеродовое отделение, которое также представлено индивидуальными палатами-боксами, где матери с новорожденными находятся до выписки.

После окончания родов и перевода родильницы в послеродовое отделение бокс обрабатывают по типу заключительной дезинфекции.

Как функционирует родовой блок в акушерском стационаре старой структуры?

В большинстве АС родовой блок состоит из предродовых палат и родильных залов. При разделении палат на предродовые и родовые они должны быть в двойном наборе, чтобы была возможность чередовать их работу (цикличность заполнения) с тщательной санитарной обработкой (работа не более 3 сут подряд).

В предродовой палате роженица проводит первый период и часть второго периода родов, в родовых залах — второй и третий периоды родов; в комнатах для новорожденных оказывают первую помощь родившимся детям. В предродовой палате каждая роженица имеет индивидуальную кровать, судно и скамейку для судна, которые имеют один и тот же номер. Кровати накрывают постельным бельем только при поступлении роженицы в палату.

С началом потуг после подмывания роженицу переодевают в стерильное (одноразовое) белье и переводят в родильный зал, где она проводит второй период родов.

В связи с опасностью раннего послеродового кровотечения родильница проводит первые 2 ч после родов под наблюдением медицинского персонала в родильном зале/отделении.

Родильные залы должны быть оснащены аппаратурой для наркоза, медикаментами, инструментами и перевязочным материалом для приема родов, туалета и реанимации новорожденных.

По истечению суток родильный зал обрабатывают по типу заключительной дезинфекции. Ни один предмет мебели, инструментария, наборы лекарственных средств, аптечку «Антиспид» нельзя переносить из одного зала в другой. В противном случае цикличность заполнения и график работ потеряют смысл.

Каковы функции врача-акушера и акушерки родового блока?

В первом и втором периодах родов врач-акушер и акушерка наблюдают за общим состоянием роженицы, характером родовой деятельности, состоянием плода. Каждые 2 ч фиксируют полученные сведения в истории родов и на партограмме.

Осложненные роды и роды в тазовом предлежании принимает врач-акушер, выполняет необходимые оперативные вмешательства. Роды в головном предлежании принимает акушерка. На родах обязательно присутствие врача-акушера и врача-неонатолога.

После окончания родов врач-акушер осматривает мягкие родовые пути родильницы, при наличии травм проводит их зашивание.

Динамику родов и исход родов фиксируют в «Истории родов» и в «Журнале записи родов в стационаре», а оперативные вмешательства — в «Журнале записи об оперативных вмешательствах в стационаре».

Через 2 ч после родов врач-акушер осматривает родильницу, заполняет дневник для перевода, делает необходимые назначения, после чего родильницу с ребенком переводят в послеродовое отделение на каталке/кресле.

Каковы современные перинатальные технологии при приеме родов?

- Ведение всех периодов родов и 2 ч после родов в палате-боксе.
- Раннее прикладывание к груди, что способствует становлению микрофлоры кишечника и иммунитета новорожденного, сокращению матки. При традиционном ведении родов ребенка сразу после рождения выкладывают на живот матери и прикладывают к груди. При вертикальных родах роженица садится на кровать, держит ребенка на руках и сама прикладывает его к груди.
- Двухэтапная обработка пуповины является профилактикой гнойно-септической инфекции.

Каковы функции палаты интенсивной терапии?

Палата интенсивной терапии предназначена для беременных, рожениц и родильниц с тяжелыми формами преэклампсии или с экстрагенитальными заболеваниями, которые требуют круглосуточного наблюдения. Палата оснащена необходимыми инструментами, медикаментами и аппаратурой для оказания неотложной помощи.

Каковы функции операционного блока?

В операционный блок входят большая и малая операционные, предоперационная и послеоперационная палаты, комната для хранения крови и переносной/передвижной аппаратуры.

Большая операционная предназначена для полостных операций: кесарево сечение, надвлагалищная ампутация, экстирпация матки и др., малая — для выполнения акушерских пособий и оперативных вмешательств, не требующих чревосечения. При достаточном оснащении палат-боксов малая операционная не требуется, все эти вмешательства выполняют на кровати для родов.

Врач-анестезиолог проводит обезболивание родов, совместно с врачом-акушером наблюдает и осуществляет лечение беременных, рожениц и родильниц в палате интенсивной терапии и послеоперационных палатах.

Каковы задачи и структура послеродового отделения?

Послеродовое физиологическое отделение предназначено для родильниц и новорожденных без симптомов инфекционных заболеваний.

Задачи отделения: обеспечение физиологического течения послеродового периода и ранней выписки родильниц, своевременное выявление инфекцион-

ных осложнений и перевод (изоляция) заболевших матерей и детей в обсервационное отделение или другие стационары.

Послеродовое отделение имеет палаты-боксы для совместного пребывания родильниц и новорожденных, смотровой и процедурный кабинеты, столовую, санузел, подсобные помещения, помещения для персонала и др. В родильных домах старой планировки послеродовое отделение трансформируют, приспособив к совместному пребыванию матери и ребенка.

Какова роль современных перинатальных технологий в послеродовом отделении?

Современные перинатальные технологии предусматривают организацию совместного пребывания матери и ребенка с момента рождения до выписки из стационара (rooming-in). Исключение делают только для больных и травмированных новорожденных, а также для больных матерей. Больных детей помещают в отделение/палаты интенсивной терапии новорожденных (I этап неонатальной помощи) под постоянный контроль врача-неонатолога и детских медицинских сестер. Здоровых новорожденных от больных матерей помещают в специально организованную палату для здоровых детей. После кесарева сечения детей содержат совместно с матерями.

Важен режим кормления новорожденных. В настоящее время доказана рациональность эксклюзивного грудного вскармливания (по «требованию» ребенка), которое возможно только при совместном пребывании матери и ребенка. При эксклюзивном вскармливании докорм детей материнским молоком и молочными смесями и выпаивание не требуются. Адаптированные лечебные молочные смеси используют только по назначению врача-неонатолога. Перед каждым кормлением мать обязательно дважды моет руки. Молочные железы мыть при каждом кормлении не рекомендуют. Доказано, что мытье молочных желез «смывает» бифидобактерии, что способствует развитию маститов у матерей и инфекционных заболеваний у детей.

Срок выписки из родильного дома зависит от состояния здоровья матери и ребенка. При физиологическом течении послеродового периода мать и ребенка выписывают одновременно. Согласно современным технологиям, приняты активное ведение послеродового периода (вставать можно через 6–12 ч, самостоятельно совершать туалет, принимать душ, ЛФК) и ранняя выписка — на 3-и сутки, при неосложненном течении послеоперационного периода после кесарева сечения — на 4-е сутки.

Увеличение срока выписки обусловлено графиком первичной противотуберкулезной вакцинации [Вакцина туберкулезная (БЦЖ)*] на 3-и сутки и скринингом на фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, галактоземию, муковисцидоз и гипотиреоз (4–5-е сутки жизни для доношенных детей и 7–14-е — для недоношенных). Выполнение данных мероприятий в амбулаторных условиях обеспечит раннюю выписку матери и ребенка.

В чем особенности организации неонатальной помощи в родильном стационаре?

Медицинское наблюдение и уход за новорожденными обеспечивают врач-неонатолог и квалифицированные детские медицинские сестры, которые производят ежедневные осмотры новорожденных и вносят результаты и назначения в «Историю развития новорожденного». Врач определяет сроки выписки новорожденного из отделения и оформляет документы для выписки или перевода в другое отделение/стационар. При совместном пребывании новорожденного и матери детские медицинские сестры 80% времени проводят в палатах-боксах, обучая молодых мам правилам кормления и ухода за ребенком (пеленание, купание, обработка и т.п.).

О выписке ребенка обязательно дают телефонограмму в районную поликлинику, что необходимо для патронажа медицинской сестрой и педиатром детской поликлиники.

В чем заключается I этап неонатальной помощи?

В отделении/палате интенсивной терапии (I этап неонатальной помощи) больные новорожденные находятся под постоянным контролем врача-неонатолога и детских медицинских сестер. В отделении необходимо строжайшее соблюдение правил гигиены и асептики. Отделение оснащено кувезами, системами мониторинга и аппаратурой для ИВЛ, оксигенации, регулирования температурно-влажностного режима и др.

В этом отделении дети находятся до оздоровления и передачи их матерям или до перевода в специализированные стационары (II этап неонатальной помощи).

Лечение детей с признаками инфекции в физиологическом отделении и перевод их в наблюдательное отделение запрещены. АС не место для больных детей. Исключение составляет перинатальный центр, в составе которого имеются реанимационное отделение для новорожденных и отделение II этапа выхаживания.

Какие беременные подлежат госпитализации в отделение патологии или родовое отделение?

В отделение патологии госпитализируют пациенток с осложненным течением беременности (угроза досрочного прерывания беременности, преэклампсия и др.) и с высокой степенью риска развития перинатальных осложнений, нуждающихся в круглосуточном наблюдении. Госпитализируют в индивидуальные сроки, определяемые совместно врачами ЖК и АС. Лечение беременных с экстрагенитальными заболеваниями проводят в профильных отделениях больниц. Врач-акушер оказывает только консультативную помощь, при необходимости назначает терапию осложнений гестации или переводит в акушерское отделение для родоразрешения.

При тяжелых состояниях беременной, обусловленных экстрагенитальным заболеванием, и необходимости в операционном лечении (например, пороков сердца), врачи-акушеры учреждений 3 уровня проводят родоразрешение, в том числе путем кесарева сечения, в профильном учреждении (кардиохирургическом, пульмонологическом), а ребенка помещают в неонатальное отделение перинатального центра.

В чем заключается работа наблюдательного отделения?

Наблюдательное отделение пока остается в структуре некоторых АС и является как бы фильтром, так как предназначено для изоляции и лечения инфицированных беременных, рожениц, родильниц и новорожденных из других отделений. Возможно их поступление из приемного отделения или родильного блока. Следовательно, причиной госпитализации является инфекционное заболевание матери либо новорожденного, поэтому одновременно в отделении находятся инфицированные мамы со здоровыми детьми и здоровые мамы с больными детьми.

Наблюдательное отделение по своей структуре представляет собой самостоятельный «родильный дом в миниатюре», т.е. имеет полный набор всех необходимых помещений и оборудования: приемно-смотровое помещение, палаты для беременных, предродовые и родовые палаты, операционный блок, послеродовые палаты и боксы для новорожденных, выписную комнату и др., что позволяет полностью изолировать заболевших.

Совместное пребывание матери и ребенка в наблюдательном отделении не только допустимо, но и необходимо, так как при этих условиях в молоке матери появляются противoinфекционные факторы, в том числе специфические для инфекции, послужившей причиной госпитализации в данное отделение.

Какова организация работы перинатального центра?

Перинатальный центр (ПЦ) — высокоспециализированное медицинское учреждение для оказания всех видов помощи беременным, отнесенным к группам высокого риска возникновения перинатальных осложнений, и их детям.

В ПЦ входят консультативно-диагностическое отделение с возможностью дистанционного мониторинга, акушерский и педиатрические блоки, в которых обязательны анестезиолого-реанимационные подразделения.

Работа в ПЦ строится на базе передовых технологий в рамках доказательной медицины. В ПЦ оказывают амбулаторную и стационарную акушерскую помощь женщинам и неонатальную стационарную новорожденным: реанимационная и интенсивная терапия (I этап неонатальной помощи) и выхаживание больных и недоношенных детей (II этап неонатальной помощи).

В ПЦ осуществляют перинатальную диагностику угрожаемых и патологических состояний матери и плода, при необходимости проводят корректирующую терапию, выполняют родоразрешение женщин группы высокого риска,

своевременно и адекватно проводят интенсивную терапию новорожденным, в том числе недоношенным.

Какие мероприятия обеспечивают асептику и антисептику в акушерском стационаре?

Оказание квалифицированной медицинской помощи в АС решает важнейшую задачу — предупреждение инфекционных заболеваний у матери и новорожденного. Асептику и антисептику в АС обеспечивают современные перинатальные технологии и санитарно-противоэпидемический режим учреждения.

В чем заключается санитарно-противоэпидемический режим в акушерском стационаре?

Санитарно-противоэпидемический режим — комплекс методов, мероприятий и правил, основанных на принципах асептики и антисептики, целью которого является предупреждение возникновения и распространения внутрибольничной инфекции среди беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, находящихся в АС.

Каждое подразделение АС работает по определенным правилам, в соответствии с требованиями санитарно-противоэпидемического режима, асептики и антисептики согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (2010 г.), действующим приказам.

Каковы источники инфекции и пути передачи инфекции в акушерском стационаре?

Беременные, роженицы, родильницы, новорожденные и персонал, больные инфекционными заболеваниями или бактерио- и вирусоносители — источники инфекции. Основной путь передачи инфекции — контактный: через руки персонала, предметы ухода, инструменты, перевязочный и шовный материал, мебель, аппаратуру и оборудование.

Каковы принципы обработки помещений в акушерском стационаре?

Важной мерой асептики является содержание в чистоте всех помещений АС. Отделка помещений, состояние оборудования и аппаратуры в них таковы, что позволяют проводить ежедневную влажную текущую, генеральную уборку и уборку по типу заключительной дезинфекции. Цикличность заполнения палат, палат-боксов в родовом блоке и послеродовых отделениях позволяет проводить генеральную уборку помещений и уборку с заключительной дезинфекцией после их освобождения.

В чем заключается принцип цикличности заполнения палат?

АС используют принцип цикличности заполнения палат в родовом блоке и послеродовых отделениях. Палаты в АС дублируют друг друга и работают поочередно, что позволяет проводить санитарную обработку в неработающих палатах. После родов родильниц переводят в послеродовое отделение и помещают в обработанные свободные палаты, где они с детьми находятся до выписки. При неосложненном течении послеродового периода всех родильниц с новорожденными выписывают одновременно, освободившиеся палаты подвергают уборке по типу заключительной дезинфекции.

В чем заключается текущая и генеральная уборка помещений?

Текущая уборка — это ежедневная влажная обработка всех помещений родильного дома с содержащейся в них мебелью и аппаратурой не реже 2 раз в сутки. Уборку производят 1 раз с моющими и 1 раз с дезинфицирующими средствами, с обеззараживанием воздуха облучением бактерицидными лампами и последующим проветриванием помещения.

При генеральной уборке или уборке по типу заключительной дезинфекции помещение и все оборудование в нем протирают ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, моют полы и стены. Помещение опрыскивают этим раствором и закрывают на 1 ч. После смывания дезинфицирующих средств водой включают бактерицидную лампу на 120 мин, проветривают помещение в течение 20 мин, и палаты готовы к приему рожениц или родильниц.

Генеральную уборку проводят в случае длительного пребывания пациенток в стационаре каждые 3 дня. Существует график генеральной уборки и журнал, в котором делают соответствующие отметки.

Уборку палат по типу заключительной дезинфекции проводят после освобождения палат. Обрабатывают помещение, постельное белье сдают в прачечную, а подушки, одеяла, матрасы — в дезинфекционную камеру.

Какие факторы играют важную роль в предупреждении инфекционных болезней?

Важную роль в предупреждении инфекции выполняет централизованная стерилизационная, где производят обработку белья, перевязочного материала, инструментария, растворов. Широко используют одноразовые комплекты белья, шприцы, инструменты, шовный и перевязочный материал.

В дезинфекционной камере систематически проводят обеззараживание предметов ухода, обработку постельных принадлежностей (подушки, одеяла, матрасы и др.).

Пристальное внимание уделяют режиму работы с чистым и грязным бельем (разборка, упаковка, транспорт). Белье стирают в прачечных, перевозят на специально выделенных машинах.

Каковы правила приема на работу персонала?

Лица, поступающие на работу в родильный дом (отделения), проходят обязательное обследование на наличие инфекции. При приеме на работу и ежегодной диспансеризации (2 раза в год) всех осматривают терапевт, дерматовенеролог, стоматолог, отоларинголог (в дальнейшем 2 раза в год), а при необходимости — врачи других специальностей.

Обязательны следующие исследования: крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем 1 раз в год и по показаниям); исследование крови на сифилис (в дальнейшем 4 раза в год), гепатит В и С (в дальнейшем 1 раз в год), ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем 2 раза в год), бактериоскопическое исследование выделений из половых органов (в дальнейшем 2 раза в год).

Обследование медицинского персонала на условно-патогенную и облигатно патогенную флору осуществляют по эпидемиологическим показаниям; на носительство золотистого стафилококка при приеме на работу и в процессе профессиональной деятельности в плановом порядке не проводят.

Персонал родильных домов (отделений) подлежит обязательным профилактическим прививкам против вирусного гепатита В, дифтерии. Медицинский персонал акушерских стационаров при наличии лихорадки, воспалительных или гнойных процессов к работе не допускают.

Каковы правила работы персонала?

Для персонала предусмотрены отдельный вход, гардероб для верхней одежды и индивидуальные двухсекционные шкафчики для личной и рабочей одежды, душевые. Рабочую одежду меняют ежедневно.

В родильном зале и операционных палатах медицинский персонал работает в колпаках и масках. В отделениях новорожденных маски используют при инвазивных манипуляциях (заменное переливание крови, катетеризация пупочных сосудов, люмбальная пункция и др.). Обязательно использование масок во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия. Большое значение имеют мытье и обработка рук медицинского персонала, использование стерильных одноразовых перчаток.

Каковы правила посещения родственниками акушерского стационара?

Порядок посещения устанавливает администрация родильного дома. Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии индивидуальных родильных палат-боксов, отсутствии у посещающего лица инфекционного заболевания (ОРЗ и др.), с разрешения дежурного врача и с учетом состояния пациентки. Родственники должны быть в сменной одежде, халате, бахилах, маске.

Кто и как осуществляет контроль за санитарно-противоэпидемическим режимом в акушерском стационаре?

Администрация самого учреждения осуществляет ежедневный контроль за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима. Соответствующие санитарно-противоэпидемические учреждения района и города проводят плановые обследования АС 1 раз в 3 года и обследования по эпидемиологическим показаниям. Задачи — выявить источник инфекции, пути передачи и наметить мероприятия по предупреждению распространения заболевания (вплоть до закрытия АС на карантин, мойку, дезинфекцию).

Контрольные вопросы

1. Понятие об уровнях оказания акушерско-гинекологической помощи в РФ.
2. Учреждения здравоохранения, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь.
3. Основные задачи женской консультации.
4. Структура и режим работы женской консультации.
5. Принципы диспансеризации беременных.
6. Обязательные методы исследования беременных.
7. Стратегия перинатального риска, выделение групп риска.
8. Роль обменно-уведомительной карты беременной и родильницы.
9. Основные задачи АС.
10. Структура, оснащение АС.
11. Организационные мероприятия АС для профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний.
12. Правила работы приемного отделения АС.
13. Правила работы родильного блока.
14. Правила работы физиологического послеродового отделения.
15. Правила работы наблюдательного отделения.
16. Правила приема на работу персонала.
17. Современные перинатальные технологии.
18. Особенности санитарно-эпидемиологического режима АС.
19. Режим уборки помещений АС.
20. Перинатальный центр, его структура и задачи.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. АМБУЛАТОРНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ — ЭТО:
 - а) женская консультация;
 - б) ФАП;
 - в) медико-генетическая консультация;
 - г) юридическая консультация;
 - д) перинатальный центр.

2. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
 - а) диспансеризация беременных;
 - б) лечение гинекологических больных;
 - в) прием родов;
 - г) профилактика онкологических заболеваний;
 - д) генетическое обследование.
3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ВКЛЮЧАЕТ:
 - а) ранний охват беременных врачебным наблюдением;
 - б) осмотр терапевтом;
 - в) своевременное обследование;
 - г) влагалищное исследование;
 - д) измерение таза.
4. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ БЕРЕМЕННУЮ ОСМАТРИВАЕТ:
 - а) невролог;
 - б) стоматолог;
 - в) терапевт;
 - г) гастроэнтеролог;
 - д) отоларинголог.
5. НАПРАВЛЯЮТ НА МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ:
 - а) в возрасте 30 лет;
 - б) в возрасте 35 лет и старше;
 - в) родивших крупный плод;
 - г) имеющих ребенка с врожденными пороками развития;
 - д) с нарушениями, выявленными при пренатальном скрининге.
6. ПРИЕМНО-ПРОПУСКНОЙ БЛОК ВКЛЮЧАЕТ:
 - а) родовые палаты;
 - б) вестибюль;
 - в) предродовую;
 - г) фильтр;
 - д) смотровые комнаты.
7. ЗАДАЧИ ВРАЧА ПРИЕМНО-ПРОПУСКНОГО БЛОКА:
 - а) собирает эпидемиологический анамнез;
 - б) принимает роды;
 - в) заполняет историю родов;
 - г) осматривает зев и кожный покров;
 - д) выслушивает сердцебиение плода.
8. В ОБСЕРВАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТ РОЖЕНИЦ:
 - а) без признаков инфекции;
 - б) с внутриутробной гибелью плода;
 - в) с безводным промежутком 6 ч;

- г) с безводным промежутком более 12 ч;
 - д) необследованных.
- 9. РОДОВОЙ БЛОК ВКЛЮЧАЕТ:**
- а) операционный блок;
 - б) палату интенсивной терапии;
 - в) фильтр;
 - г) предродовые палаты;
 - д) палату патологии беременных.
- 10. В МАЛОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ ПРОИЗВОДЯТ:**
- а) осмотр мягких родовых путей;
 - б) ручное обследование полости матки;
 - в) экстирпацию матки;
 - г) наложение акушерских щипцов;
 - д) амниотомию.
- 11. В ОБСЕРВАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТ НОВО-РОЖДЕННЫХ:**
- а) после домашних родов;
 - б) после родов в физиологическом отделении;
 - в) с врожденными уродствами;
 - г) с признаками асфиксии;
 - д) недоношенных.
- 12. В ОБСЕРВАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПОСТУПАЮТ РОДИЛЬНИЦЫ ПОСЛЕ:**
- а) кесарева сечения;
 - б) домашних родов;
 - в) расхождения швов промежности;
 - г) эпизиорафии;
 - д) быстрых и стремительных родов.
- 13. УБОРКУ ПОСЛЕРОДОВЫХ ПАЛАТ ПРОВОДЯТ:**
- а) 2 раза в сутки;
 - б) 5 раз в сутки;
 - в) с моющими средствами 5 раз в сутки;
 - г) с моющими средствами 2 раза в сутки;
 - д) дезинфицирующими средствами 1 раз в сутки.
- 14. АКУШЕРСКИЙ СТАЦИОНАР ЗАКРЫВАЮТ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ДЕ-ЗИНФЕКЦИИ («МОЙКА»):**
- а) 1 раз в год;
 - б) ежемесячно;
 - в) 2 раза в год;
 - г) 3 раза в год;
 - д) ни разу.
- 15. ПОСЛЕРОДОВЫЕ ПАЛАТЫ ФУНКЦИОНИРУЮТ:**
- а) циклично;
 - б) 1 мес;

- в) 5–6 сут;
- г) 4 сут;
- д) неделю.

Ситуационные задачи

Задача 1

В ЖК обратилась пациентка 20 лет для постановки на учет. Считает себя беременной, так как отмечает двухнедельную задержку менструации, тест на беременность положительный. Объективное обследование пациентки и осмотр шейки матки с помощью зеркал — без особенностей. Бимануальное влагалищное исследование: тело матки расположено правильно, крупнее нормы, мягкой консистенции, движения за шейку матки безболезненные, слева придатки не определяются, область их безболезненная, справа придатки увеличены, пастозны, чувствительны при пальпации; выделения слизистые.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 2

Беременная 38 лет, поступила в родильный дом самотеком через 8 ч после начала схваток и через 1 ч после излития вод. Двое предыдущих родов произошли в срок, без осложнений, масса новорожденных 3200 и 3800 г, послеродовой период протекал нормально. Гинекологических заболеваний и абортот не было. При осмотре в фильтре обнаружен панариций на пальце левой руки. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 3

У родильницы через 2 сут после первых быстрых родов крупным плодом (4000 г) швы на промежности разошлись, на ране — серый налет.

Диагноз? Тактика врача?

Ответы к тестовым заданиям

1: а, б, в. 2: а, б, г. 3: а, в. 4: б, в, д. 5: б, г, д. 6: г, д. 7: а, г, д. 8: б, г, д. 9: а, б, г. 10: а, б, г. 11: а, в. 12: б, в. 13: г, д. 14: в. 15: а, г.

Ответы к ситуационным задачам

Задача 1

Диагноз: подозрение на прогрессирующую внематочную беременность.
Тактика врача: трансвагинальное УЗИ.

Задача 2

Диагноз: беременность 40 нед. Затылочное предлежание, первая позиция, передний вид. Второй период родов. Панариций на пальце левой руки.

Тактика врача: повторнородящая во втором периоде родов с наличием инфекции нетранспортабельна, подлежит госпитализации в наблюдательное отделение данного родильного дома.

Задача 3

Диагноз: 3-и сутки после первых родов крупным плодом. Эпизиотомия. Эпизиорафия. Расхождение швов на промежности.

Тактика врача: перевод в наблюдательное отделение. Лечение раны с последующим наложением вторичных швов.