

**Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»**

«Утверждено»
на заседании кафедры
акушерства и гинекологии № 2

протокол № 1 от 28.08.2018г.

Зав. кафедрой, д.м.н,
профессор _____ В.К.Лихачев

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**
(для проработки тем, которые не входят в план аудиторных занятий)

<i>Учебная дисциплина</i>	Акушерство и гинекология
<i>Модуль №</i>	1
<i>Тема занятия</i>	Организация акушерско-гинекологической помощи Структура родильного стационара и женской консультации.
<i>Курс</i>	IV
<i>Факультет</i>	Стоматологический

Полтава

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТРУКТУРА РОДИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА И ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.

I. Актуальность темы

Современные исследования состояния здоровья беременных свидетельствуют, что патология течения беременности в 60-70% обусловлено скрытой или хронической экстрагенитальной патологией. Экстрагенитальные и сопутствующие гинекологические заболевания могут влиять на беременность, роды, перинатальную заболеваемость. В свою очередь беременность и роды нередко отягощают течение основного заболевания. В связи с этим сведения о течения беременности и родов при различных заболеваниях позволяют правильно вести беременность, сохранить здоровье женщины и получить здорового ребенка. В настоящее время благодаря внедрению в медицину новых технологий, совершенствованию лекарственных препаратов показания к сохранению беременности при экстрагенитальной патологии расширились. Однако врачебный контроль состояния беременной с тем или иным заболеванием должен проводиться особенно тщательно.

II. Учебно-воспитательные цели

Для формирования умений студент должен знать:

1. Основными учреждениями здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь
2. Структура акушерского стационара
3. Структура перинатального центра
4. Общие принципы оказания помощи беременным.
5. Этапы оказания акушерско-гинекологическая помощь в сельской местности
6. Этапы оказания акушерско-гинекологическая помощь в городе
7. Структура женской консультации
8. Задачи, принципы работы женской консультации.
9. Степени перинатального риска
10. Перечень медицинских показаний к направлению беременных в заведение II уровня перинатальной помощи
11. Перечень медицинских показаний к направлению беременных в учреждение III уровня перинатальной помощи
12. Перечень показаний к направлению беременных в Государственный перинатальный центр на базе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»
13. Принципы оказания стационарной помощи роженицам, родильницам и беременным женщинам

В результате проведения занятия студент должен уметь:

1. Определять этап оказания акушерско-гинекологической помощи в зависимости от уровня перинатального риска
2. Проводить обследование беременной женщины в женской консультации
3. Определять показания для госпитализации беременной в родильный стационар II и III уровня

III. Базовые знания

Социальная медицина и организация здравоохранения	-организация медицинской помощи населению, в частности акушерско-гинекологической помощи. -Анализ основных показателей работы медучреждения.
История медицины	основные этапы развития акушерства в историческом плане
Гигиена, микробиология, эпидемиология	внутрибольничная инфекция. Понятие, виды и методы профилактики

IV. Задания для самостоятельной работы во время подготовки к занятию и на занятии.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
первичная медицинская помощь	вид медицинской помощи, оказываемой врачом (медицинским работником) в амбулаторных условиях или в определенных случаях по месту жительства пациента и предполагает консультацию, диагностику и лечение основных распространенных заболеваний, травм и отравлений, профилактические мероприятия, направление пациента для оказания вторичной (специализированной) или третичной (высоко специализированной) медицинской помощи; оказание неотложной медицинской помощи при острых нарушениях физического или психического здоровья пациента, которые не угрожают его жизни или здоровью окружающих.
Вторичная (специализированная) медицинская помощь	вид медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных или стационарных условиях в плановом порядке или неотложных случаях врачами и другими медицинскими работниками учреждения здравоохранения соответствующего типа и специализации и не включает высоко специализированные и высокотехнологичные стационарные медицинские услуги, относятся к третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи.
Третичная (высокоспециализированная) медицинская помощь	вид медицинской помощи, которая предусматривает предоставление высокоспециализированных диагностических и лечебных медицинских услуг с использованием высокотехнологичного оборудования.
Перинатальный центр III уровня	это лечебное заведение высокого уровня, своего рода, верхушка вертикали оказания медицинской помощи матерям и детям в регионе, то есть он является не только лечебным заведением, но и организационно-методическим центром

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Из каких составляющих частей состоит акушерско-гинекологическое объединение?
2. Главные задачи женской консультации ?

3. Которые учреждения системы здравоохранения оказывающих акушерско-гинекологическую помощь?
4. Что собой представляет этапность оказания акушерско-гинекологической помощи сельскому населению?
5. Какие выделяют степени риска предстоящих родов?
6. Какие отделения включают в себя стационар роддома?
7. Показания для госпитализации женщин в наблюдательное родильное отделение.

4.3. Практические работы (задача), которые выполняются на занятии:

1. Определять этап оказания акушерско-гинекологической помощи в зависимости от уровня перинатального риска
2. Проводить обследование беременной женщины в женской консультации
3. Определять показания для госпитализации беременной в родильный стационар II и III уровня

V. Содержание учебного материала

Охрана здоровья женщины, матери и ребенка есть первоочередная государственная задача. Правильная организация акушерско-гинекологической помощи в значительной мере определяет ее эффективность.

Особое значение имеет сотрудничество акушерской и гинекологической службы с терапевтической службой, диспансеризация и оздоровления населения в подростковом возрасте, перед вступлением в брак и созданием семьи. Важной задачей акушерства есть перинатальная охрана плода, улучшение деятельности центров и кабинетов пренатальной диагностики, общей медицинской и специализированной помощи беременным женщинам.

Основными заведениями здравоохранения, которые предоставляют акушерско-гинекологическую помощь есть:

1. Объединенный родильный дом (общего профиля и специализированный по одному из видов патологии беременных: сердечно-сосудистые, эндокринные заболевания, туберкулез, серологическая несовместимость крови матери и плода, невынашивание беременности и др.). В неспециализированных родильных домах есть отделения или палаты для беременных, рожениц и родильниц с указанными заболеваниями.
2. Женская консультация, которая может быть структурным подразделением родильного дома, поликлиники или амбулатории.
3. Акушерские и гинекологические отделения городских, областных, районных, участковых и других больниц.

Согласно распоряжению Министерства здравоохранения могут создаваться и другие учреждения, не предусмотренные номенклатурой (санатории для беременных, матери и ребенка, медико-генетические консультации). Кроме того, акушерско-гинекологическая помощь женщинам может предоставляться учреждениями, которые не входят в систему охраны материнства и ребенка (дома отдыха для беременных, акушерско-гинекологические отделения и женские консультации ведомственных больниц и т.д.).

Акушерско-гинекологическая помощь в сельской местности проводится поэтапно:

I этап – сельский врачебный участок.

II этап – районные учреждения. Главными из них есть: районный родовой дом и центральная районная больница (ЦРЛ), которая, в свою очередь, объединяет женскую консультацию и акушерско-гинекологические отделения.

III этап – областные учреждения. Сюда входят: областной родильный дом, акушерско-гинекологические отделения областной больницы, городской родильный дом областного центра (выполняет функции областного родильного дома), кабинеты врачей акушеров-гинекологов областной поликлиники. Высший уровень этого этапа – республиканские (государственные) консультативные центры, научно-исследовательские

институты охраны матери и ребенка, кафедры акушерства и гинекологии медицинских вузов.

Женская консультация

Женская консультация - это амбулаторно-поликлиническое отделение диспансерного типа, в работе которого наиболее достаточно отображается основной принцип современного здравоохранения - единство профилактики и лечение.

Цель деятельности женской консультации - предоставление лечебно-профилактической помощи, которая направлена на оздоровление женщин; профилактики материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Для достижения этой цели в женской консультации решаются такие задачи:

1. Осуществление лечебно-профилактических мероприятий, которые направлены на предупреждения осложнений беременности, родов, послеродовых и гинекологических заболеваний; проведение перинатальной охраны плода.

2. Предоставление квалифицированной акушерско-гинекологической помощи.

3. Проведение работы по контрацепции и предупреждению аборт.

4. Внедрение в практику современных методов диагностики, профилактики и лечение патологии беременности, заболеваний рожениц и гинекологических больных.

5. Проведение санитарно-просветительской работы.

6. Обеспечение женщин социально-правовой защитой в соответствии с законодательством об охране материнства и детства.

7. Обеспечение последовательности в обследовании и лечении беременных женщин, рожениц и гинекологических больных.

8. Осуществление систематической связи с родильным домом (отделением) поликлиник, отделений быстрой и неотложной помощи, других лечебно-профилактических учреждений (противотуберкулезного, кожно-венерологического, онкологического диспансерами та др.);

9. Проведение работы по планированию семьи.

Женские консультации работают в объединении с акушерскими стационарами, поликлиниками, а также как самостоятельные лечебно-профилактические учреждения.

Не смотря на многочисленность задач, которые выполняются врачами во время надзора за беременными, главным остается выявление среди них групп высокого риска перинатальной и материнской смертности. Женщинам этой группы необходимо проводить целенаправленные профилактические мероприятия и обеспечить родоразрешения в стационаре, который отвечает степени выявленного риска.

К I (низкого) степени относят роды у женщин, которые рожают вторично или в третий раз и имеют неосложненное течение беременности; женщин с первой беременностью без акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний с нормальными данными акушерской антропометрии; женщин, которые рожают впервые, которые имеют не больше одного неосложненного аборта в анамнезе.

К II (среднего) степени риска относят роды в беременных с экстрагенитальными заболеваниями, анатомически узким тазом, большим плодом, неправильным положением плода, передлежанием плаценты, а также в беременных старших возрастных групп (свыше 30 лет). К этой группе относятся женщины с гестозами, инфекционными осложнениями, мертвым плодом, несколькими абортами, перинатальной гибелью плода в анамнезе, с обычным невынашиванием и угрозой невынашивания, женщины с родами, которые осложнены кровотечением, а также женщины с операциями на матке.

К III (высокого) степени риска относят роды у беременных с трудными экстрагенитальными заболеваниями: ревматический или септический эндокардит, сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь II-III ст, обострение системных заболеваний соединительной ткани, гепатоз, отслоение и передлежание плаценты, бактериальный и болевой шок, эмболия околоплодными водами.

Направление беременных в стационар с учетом степени риска разрешает выполнить принцип этапности родоразрешения и оказывает содействие снижению перинатальной и материнской смертности.

Стационар родильного дома

Родильный дом (отделение) предоставляет помощь по территориальному принципу, но первая и неотложная помощь предоставляется всем беременным и роженицам независимо от местожительства и ведомственной подчиненности учреждений. Госпитализация осуществляется за направлением компетентных медицинских работников, но женщина может сама обратиться к родильному дому (отделению).

Стационар родильного дома включает следующие отделения: физиологическое родовое и послеродовое отделения, отделение патологии беременных, гинекологическое отделение и отделение новорожденных. Родовое и гинекологическое отделение предлагают по возможности размещать в разных корпусах.

Согласно приказу МОЗ Украины № 4 с 5.01.1996 года в родовых стационарах введено общее пребывание матери и ребенка, которое снижает частоту заболевания роженицы и новорожденных, дает возможность обеспечить раннее прикладывание к груди и научить должному присматриванию за новорожденным. При общем пребывании матери и новорожденного их размещают в палатах на одно - три койки. В палате находятся медицинские весы, пеленальный стол и медикаменты, которые используются для ухода за новорожденным.

Акушерство (от фран. Accoucher - помогать при родах) - раздел медицины, которая занимается изучением процессов, которые возникают в организме женщин в связи с беременностью, родами и послеродовом периоде. Практическое назначение акушерства - предоставление рациональной медпомощи беременной, роженицы и, а также новорожденному.

Гинекология (от грец. gynes – женщина и logos – учение) – в широком разумении этого слова “наука о женщине”, что изучает здоровый и больной организм женщины. В узком понимании под гинекологией понимают раздел медицины, которая изучает физиологию и патологию женских половых органов и связанные с этим состоянием изменения во всем организме женщины.

Акушерство - это древнейшая область медицины, а гинекология сформировалась как отдельная медицинская дисциплина в середине XIX век. Сейчас в Украине создана широкая сеть лечебно-профилактических учреждений для предоставления помощи матерям и детям. Это консультации для женщин и детей, акушерско-гинекологические стационары, ясли, детские поликлиники и больницы

Основные этапы развития акушерства.

Акушерство представляет собой древнейшую часть клинической медицины и возраст его измеряется тем же периодом времени, что и развитие общества. Это связано с тем, что потребность в предоставлении помощи при родах возникла на заре человечества. В те времена такая помощь инстинктивно предоставлялась опытными старшими женщинами.

В античном мире индусы, римляне, евреи, греки имели своих повитух, которые на протяжении многих возрастов держали акушерство в женских руках. В случае неудачи повитухи приглашали хирургов. Понятно, что при недостаточном практическом опыте, ошибочных к тому времени анатомических представлениях, недостатке наблюдений, врачебная помощь не всегда была эффективной. Акушерские теории, изложенные в произведениях Гиппократ (Гиппократ II, 460-377гг. до н.э.), были значительно слабыми в сравнении с его взглядами в области женских болезней. Гиппократ оставил свой акушерско-гинекологический опыт в очерках “О природе женщины”, “О женских болезнях”, “О бесплодии”, “Об эмбриологии”. Согласно взглядам Гиппократ, плод

рождается потому, что хочет есть, и лишь 'тогда, когда идет головкой заведомо, опираясь ножками в дно матки. Поэтому на практике в случаях седалищных предлежаний, всегда старались создать искусственное главное предлежание, а в случае неудачи роды считали невозможными и делали плодоразрушающую операцию. Такие взгляды преобладали приблизительно до начала христианской эры.

Главный источник наших сведений о состоянии акушерства в начале нашей эры - это произведения Корнелия Цельса. В те времена Александрийской школой медиков впервые был сделан разрез мертвого тела, впервые началась приоткрываться тайна акта родов. Цельс рассказывает об акушерстве в одном из разделов своих хирургических книг. Повитухи, как и раньше, предоставляли основную акушерскую помощь, но в те времена уже знали, что дети могут рождаться ножками, и пользовались в случае потребности выводом ножек и вытягиванием за них ребенка. Практическое применение так называемого поворота и вытягивание за ножки было шагом в развитии акушерства более, чем на тысячу лет вперед. Но прошло сто лет и об этом способе забыли и снова возвратились к плодоразрушающим действиям.

В Италии с XI столетия начала формироваться Салернская медицинская школа, характерной особенностью которой было обобщение опыта врачей-практиков. Салернская школа оставила память о женщинах, которые занимались акушерством. Одной из таких женщин была Тротула (XI ст.), которая написала пособие по акушерству "О страдании женщин перед, во время и после родов". Салернским врачам и акушеркам были известные приемы защиты промежности при родах, зашивание разрывов промежности, они впервые начали применять симфизотомию. Однако акушерство продолжало оставаться на низком уровне развития в сравнении с другими медицинскими дисциплинами. Родоразрешением, как и раньше, продолжали заниматься "стрекозы-повитухи".

Если в Европе вела хозяйство схоластика, то на востоке для развития науки существовали более благоприятные условия.

Выдающимся ученым и врачом того времени был Авицена (Ибн-Сина, 980-1037 гг.). В известном "Каноне врачебной науки" Авицени есть разделы посвященные вопросам акушерства и женским болезням. Он описал способ удаления маточных полипов, диагностику заболеваний молочных желез. Именно Авиценне принадлежит заслуга в определении условий для проведения операций, т.е. возможность сделать ее в определенный момент при наличии показаний.

С развитием капитализма, в медицине появились новые направления. Одним из выдающихся врачей-реформаторов эпохи возрождения был Везалий (1514-1564 гг.), который впервые описал строение матки. Фалопий (1532-1562 гг.), подробно описал яйцеводы. В развитии практического акушерства того времени одно из ведущих мест занимал выдающийся французский хирург и акушер Амбруаз Паре (1517-1590 гг.). Он возвратил акушерству почти забытую в те времена операцию поворота плода за ножку. При кровотечении в родах Амбруаз Паре предлагал быстрое опорожнение матки от ее содержимого. Заслугой А. Паре было то, что он считал необходимым для развития акушерства приобретение специальных знаний и впервые в парижском госпитале Ноіеі - Віеі открыл повивальную школу. Воспитанник этой школы Жактиемо (1550-1612 гг.) предложил проведение кесарева разреза на живой женщине, описал случаи разрыва матки и предлежания плаценты. Известной ученицей школы А. Паре была Маргарита Тертер, которая с 1560 года работала в этом учреждении и была первой в истории акушерства женщиной - преподавателем.

С XVII столетия начинается новый раздел в истории акушерства и определяется он в теории - обретением физиологических и анатомических сведений, а в практике - изобретением щипцов.

Голландский анатом Ренье Грааф (1641-1673 гг.), в 1672 году показал значение яичников как органа образования яйцеклеток. С того времени яйцевые фолликулы имеют

название ученого, который их открыл. Но Р. Грааф сделал ошибку, приняв фолликул за яйцевую клетку. Этот взгляд существовал в науке до 1827 года, когда русский ученый К.М.Бэр (1792-1876) открыл яйцевую клетку в фолликуле млекопитающих и человека.

Величайшим акушером XVII ст. во Франции был Франсуа Морисо (1637-1709 гг.). Он написал “Трактат о болезнях беременных женщин”, где рассматривал беременность как полный опасностей, но физиологический процесс. Нормальное предлежание плода Морисо считал главным, однако допускал естественное родоразрешение при тазовых предлежаниях. В случаях поперечного положения он использовал поворот плода за ножку, тогда как до этого времени делали поворот за головку. С целью скорейшего вывода головки при родах в седалищном предлежании Морисо предложил свой прием, который в будущем усовершенствовали другие акушеры.

Новая эпоха в развитии акушерства началась в начале XVII ст., когда врачебная семья Чемберленов впервые начала применять щипцы. Почти на протяжении ста лет широкое применение инструмента было невозможным, поскольку строение щипцов оставалось семейной тайной. В то время попытки изобретения своих щипцов делали А. Левре (1703-1780 гг.), Ф. Негель (1777-1851 гг.), Дж. Симпсон (1811-1870 гг.). С начала широкого использования щипцов значительно уменьшилось количество плодоразрушающих операций. В XVII ст. широко распространилось родоразрешение путем кесарева сечения.

В XVII ст. в Англии и Франции проводилась операция аборта, в России и Германии она не признавалась.

Отцом русского акушерства был уроженец Полтавской губернии Нестор Максимович-Амбодик (1742-1812 гг.), автор учебника “Искусство повивания, или наука о бабьем деле”, первый профессор повивального искусства в Петербургской акушерской школе.

Н.М. Максимович-Амбодик для обучения предложил использование акушерского фантома, первым в России наложил акушерские щипцы.

Общепризнанным акушером после Н.М. Максимовича-Амбодика был профессор - В.М. Рихтер (1767-1822 гг.), который преподавал в Московском университете и объединял в преподавании теорию с практикой. Его “Пособие по повивальному искусству, которое основано на новейших опытах”, выдержало три издания. Толчком для развития акушерства в первой половине XIX столетия было открытие акушерских клиник в Московском (1806 г.), Харьковском (1829г.), Казанском (1833г.), Киевском (1844г.) университетах.

В Петербургской медико-хирургической академии кафедрой акушерства и гинекологии заведовал выданный русский акушер-гинеколог С.О. Громов (1774-1856 гг.). С.О. Громов уделял значительное внимание необходимости преподавания рядом с акушерством гинекологии и детских болезней.

В 1836-1847 годах кафедру возглавлял С.Ф. Хотовицкий, который предложил переливание человеческой крови при акушерских кровотечениях.

Выдающимся акушером XIX столетия считался Г.И. Кораблев, который описал методику ведения родов при тазовом предлежании, близкую к той, что предложил Н.А. Цовьянов. |

Значительный взнос в учение о эклампсии сделал русский акушер В.В. Строганов (1857-1938 гг.). Принципы лечения эклампсии, предложенные В.В. Строгановим, сохраняются и в наше время.

Новый этап в развитии медицины, а потом и акушерства начался с открытием Луи Пастером (1822-1895 гг.) микроорганизмов как возбудителей инфекционных болезней. Открытию предшествовало создание венгерским акушером И. Земельвейсом (1818-1865 гг.) системы профилактики родовой лихорадки, и английским хирургом Д. Листером (1827-1912 гг.) - антисептической повязки.

За развитием медицины следовало и развитие сестринского дела. Во всем мире основоположницей сестринского дела считается английская сестра милосердия Флоренс Найтингейл (1820-1910 гг.). в 1859 году Ф.Найтингейл написала свои знаменитые “Записки об уходе”, где она дала определение сестринского дела как профессии, показала ее отличие от лечебного дела.

В России сестринское дело началось в 1803 г., когда появилась служба “сердобольных вдов” и на добровольных началах женщины направлялись в больницы для наблюдения за больными. “Сердобольные вдовы” были своего рода предшественницами сестер милосердия и на протяжении длительного времени существовали вместе с ними. Несмотря на то, что профессия медицинской сестры дала на сегодня представление о сестринском деле, как основа -эта профессия, постоянно изменяется.

С 1948 года началось движение за выделение медсестринства в независимую профессию, с того времени все усилия медсестер были направлены на то, чтобы определить медсестринство, установить этический кодекс профессии, стандарты (нормы) практической деятельности и образования для медсестер, углубление знаний через проведение научных исследований в разных сферах медсестринства.

Но к сожалению в некоторых странах, в том числе и в Украине, к реформе медсестринства, начатой в 1993 году Министерством здравоохранения Украины, медицинские сестры выполняли только назначение врача, им запрещалось принимать самостоятельное решение по уходу за пациентами, сестринские вмешательства ориентировались в основном на больных людей. Сегодня действительно в развитии и определении сестринского дела, проблемы в борьбе за права человека, непрерывное развитие теории сестринского дела продолжают стимулировать перемены в этой профессии и в нашей стране.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР

Регионализация перинатальной помощи базируется на принципах оценки степени перинатального риска и, соответственно выявленного риска, – на маршрутизации пациентки в учреждение, где оказывается качественная медицинская помощь. Такой подход дает возможность самостоятельно решить вопрос организации перинатальной помощи в регионе и своевременно перенаправить пациентов, осуществлять аналитическую, методическую и учебную деятельность, повысить уровень ответственности медицинских работников.

Перинатальный центр III уровня – это лечебное заведение высокого уровня, своего рода, верхушка вертикали оказания медицинской помощи матерям и детям в регионе, то есть он является не только лечебным заведением, но и организационно-методическим центром. Все остальные структуры службы подчинены ему с целью внедрения идеологии до уровня семейного врача, фельдшерско-акушерского пункта, акушерки и соответственно до каждого отдельно взятого человека. Задача перинатального центра – сформировать эту идеологию, определить четкие правила и контролировать их соблюдение, а при необходимости – вносить коррективы, организовывать конференции, клинические анализы тяжелых случаев. Задача местной власти – обеспечить транспортировку и маршрутизацию женщины из отдаленного уголка до перинатального центра.

Перинатальный риск – это вероятность серьезных осложнений со стороны беременной и/или плода и новорожденного как в период гестации, так и во время родов, в послеродовом периоде и периоде ранней неонатальной адаптации, которые потенциально обуславливают неблагоприятный исход беременности. Перинатальный риск разделяют на три основных вида: материнский, фетальный и совмещенный.

Под материнским перинатальным риском понимают вероятность критического состояния женщины, возникновение инвалидизации, материнской смерти в результате тяжелого заболевания или его осложнений. Примеры: ишемическая болезнь сердца,

аортальный стеноз, сердечная недостаточность высокого функционального класса, бронхиальная астма, гемофилия и подобные состояния и тому подобное.

Под фетальным перинатальным риском понимают вероятность нарушения развития плода, возникновение врожденных и наследственных дефектов здоровья вследствие различных причин, иногда не связанных с состоянием здоровья матери. Примеры: трисомия 21-й хромосомы, применение тератогенных и/или фетотоксических препаратов, бактериальный вагиноз, острый токсоплазмоз, первичная острая герпетическая инфекция, невынашивание беременности, изоимунный конфликт и тому подобное.

Под совмещенным перинатальным риском понимают вероятность одновременного возникновения серьезных осложнений со стороны матери и плода вследствие определенных заболеваний матери. Примеры: передгестационный сахарный диабет, артериальная гипертензия, цианотичная порока сердца, высокая легочная гипертензия, гломерулонефрит и тому подобное.

Такое деление имеет условный характер, но является клинически оправданным, поскольку отдельные патологические состояния обуславливают высокую опасность преимущественно для матери, другие – преимущественно для плода. Оценка риска с определением его преобладающего вида дает возможность разработать индивидуальный план ведения беременной с последующим созданием для нее мультидисциплинарной команды согласно профилю патологии и определения места и срока госпитализации, сроков и способа родоразрешения.

Динамический риск. Согласно современной концепции перинатальной медицины, перинатальный риск следует оценивать при каждом посещении беременной врача, а не по триместрам, как рекомендовали ранее. Именно такой подход получил название динамического перинатального риска, чем подчеркивается возможность кардинальных изменений индивидуального плана ведения беременной на любом этапе наблюдения. Следует отметить, что степень риска может меняться много раз в течение беременности, но чаще – в сторону повышения.

На сегодня рассматриваются такие факторы риска.

I. Социальные:

1. Социальная изоляция/отсутствие социальной поддержки.
2. Нежелательная беременность.
3. Позднее обращение за перинатальным присмотром (после 28 нед.).
4. Мать-одиночка.
5. Юный возраст на момент зачатия (<17 лет).
6. Интервал между родами и наступлением настоящей беременности <6 мес.
7. Употребление алкоголя и/или наркотических средств.
8. Курения.
9. Гестационная депрессия.
10. Насилие в семье.
11. Смерть партнера во время беременности.
12. Потеря работы.
13. Смена места проживания.
14. Промискуитетное поведение.
15. Половой партнер в группе высокого риска в отношении синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа).

II. Социально-экономические индикаторы:

1. Безработица.
2. Низкая заработная плата
3. Низкий доход в семье
4. Пациент не имеет возможности дополнительно оплачивать определенные расходы.

5. Пациентка не имеет телефонной связи.

III. Медицинские:

А. Медицинские и общие индикаторы:

1. Инфекции:

- бактериальный вагиноз;
- хронические инфекции (мочевыводящих путей);
- заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП);
- вирус иммунодефицита человека (ВИЧ);
- туберкулез.

2. Сахарный диабет.

3. Сердечно-сосудистые заболевания.

4. Заболевания респираторной системы (астма).

5. Заболевания печени.

6. Системные заболевания соединительной ткани.

7. Расстройства метаболизма.

8. Эндокринная патология.

9. Неврологическая патология.

10. Изоимунная тромбоцитопения.

11. Гемоглобинопатии.

12. Тяжелая анемия.

13. Вегетарианство (другие ограничения в питании).

14. Нарушения питания (рвота беременных, анорексия).

15. Патологический набор массы тела.

16. Употребление потенциально тератогенных медикаментов.

17. Травмы.

18. Психические заболевания.

Б. Акушерский анамнез:

1. Синдром потери плода.

2. Многоплодная беременность.

3. Рождение детей с генетическими заболеваниями.

4. Рождения ребенка с низкой массой тела.

5. Преждевременные роды (<37 нед.).

6. Преждевременный разрыв плодных оболочек >24 час. перед рождением, независимо от гестационного возраста.

7. Кровотечение в сроке после 20 нед.

8. Преэклампсия/эклампсия.

9. Структурные аномалии матки.

10. Патологический амниотический индекс.

11. Задержка роста плода (ЗРП).

12. Аритмии плода.

13. Не головное предлежание.

14. Изоимунизация.

15. Хориоамнионит.

IV. Генетические:

1. Возраст матери 35 лет и больше на момент предполагаемой даты родов.

2. Повторные спонтанные аборт и необъяснимая гибель плода.

3. Наличие врожденного дефекта, хромосомной генетической патологии или болезни

(врожденный порок сердца, синдром Дауна, мышечная дистрофия, муковисцидоз) у любого из родителей, ранее рожденных детей, близких родственников родителей.

4. Семейный анамнез:

- аутосомно-рецессивных болезней (болезнь Тей-Сакса, талассемия и др.);

- аутосомно-доминантных болезней (хорея Хантингтона);
- болезней, сцепленных (ассоциированных) с полом, X-сцепленных (X-ассоциированных) заболеваний (гемофилия).

VI. Материалы для самоконтроля:

А. Контрольные вопросы:

1. Из каких составляющих частей состоит акушерско-гинекологическое объединение?
2. Главные задачи женской консультации ?
3. Которые учреждения системы здравоохранения оказывающих акушерско-гинекологическую помощь?
4. Что собой представляет этапность оказания акушерско-гинекологической помощи сельскому населению?
5. Какие выделяют степени риска предстоящих родов?
6. Какие отделения включают в себя стационар роддома?
7. Показания для госпитализации женщин в наблюдательное родильное отделение.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. Первый уровень оказания стационарной акушерско-гинекологической помощи населению включает следующие заведения:
 - А. ЦРБ, городские больницы (без отделений анестезиологии и реанимации);
 - В. ЦРБ, городские больницы, городские родильные дома (с отделением анестезиологии и реанимации), дежурный неонатолог;
 - С. областной родильный дом, перинатальный центр, НИИ ПАГ АМН Украины.
2. Какие учреждения обеспечивают оказание медицинской помощи новорожденным массой тела ≤ 1800 г и сроком гестации ≤ 34 нед?
 - А. III уровня;
 - В. II уровня;
 - С. I уровня.
3. Какие подразделения не входят в структуру роддома?
 - А. отделение функциональной диагностики;
 - В. женская консультация;
 - С. наблюдательное отделение;
 - Д. медицинский архив.
4. Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь включает:
 - А. планирование семьи;
 - В. лечение ревматизма;
 - С. родоразрешения беременной с узким тазом;
 - Д. санация очагов инфекций.
5. Семейный врач должен проводить диагностические мероприятия по оказанию акушерско-гинекологической помощи, кроме:
 - А. осмотра шейки матки в зеркалах;
 - В. оценку состояния плода;
 - С. определение степени полового развития;
 - Д. диагностика срока беременности.

Литература

А. Базовая

1. Айламазян Э.К. Акушерство / Айламазян Э. К. – СПб.: СпецЛит, 2003. – 528с.
2. Акушерство. Национальное руководство [Айламазян Э.К., Кулаков В. И., Радзинский В.Е., Савельева Г. М.] – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1200с.
3. Акушерство. Клинические лекции [Макаров О. В., Озолиня Л. А., Керчелаева С. Б. и др.] под ред. О. В. Макарова – Москва :ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 640с.

4. Акушерство / [Савельева Г.М., Кулаков В.И., Стрижаков А.Н. и др.]; под ред. Г.М. Савельевой. — Москва : Медицина, 2000. — 816 с: ил. (Учеб. лит. Для студентов медицинских вузов)
5. Дуда В. И. Акушерство: /В. И. Дуда. – Минск : РИПО, 2013. – 576 с.
6. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. Руководство для врачей / В.К. Лихачев – Москва : МИА, 2010.-720 с.
7. Лихачев В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом / Лихачев В.К. – Москва : Медицинское информац. агентство, 2014.- 497 с.

Б. Дополнительная

1. Акушерский фантом (пособие для студентов по фантомному курсу акушерства) / [Иванов А. А., Ланковиц А. В.] под ред. И. Ф. Жордания – Москва : МЕДГИЗ, 1952. – 168с.
2. Коктилова Е. Н. Неотложные состояния в акушерстве: учебное пособие / Коктилова Е. Н., Каткова Н. Ю. – Н.Новгород: НГМА, 2007.
3. Лихачев В. К. Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных / Лихачев В. К. – П.: Соломия, 2002. - 256с.
4. Лихачев В. К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение / Лихачев В. К. – Полтава : Соломия, 2000. - 104с.
5. Малиновский М.С. Оперативное акушерство / Малиновский М.С. – Москва : Медицина, 1974. – 416с.
6. Стрижаков А.М. Потеря беременности / Стрижаков А. М. – Москва: МИА, 2007. - 224с.

Электронные ссылки

http://www.umsa.edu.ua/kafhome/akushgynecology2/kaf_akushgynecology2_download.html
<http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
<http://www.medvedev.ua/>
<https://www.facebook.com/drmohamed.sabry1>
<https://www.facebook.com/sabryuptodate/>
<http://femina-health.org.ua/>
http://medspecial.ru/for_doctors/
<https://www.facebook.com/mehjabeen55/posts/>
<http://g-academy.ru/obzor-stati>
<http://philologist.livejournal.com/8753023.html>
<https://www.facebook.com/questionsobgyn/>
<https://www.facebook.com/HEALTH24TM/>

Методические указания к практическому занятию подготовил к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 Макаров О.Г.

Прорецензировал профессор В.К.Лихачов

Методическая разработка обсуждена и утверждена на заседании кафедры акушерства и гинекологии №2, протокол № __ от «__» _____ 20__ года

Методическая разработка пересмотрена и дополнена " _____ " _____ 201__ г.