

**ПРЕДМЕТ АКУШЕРСТВА.
ОСНОВНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ
ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ.
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ.**

[Сайт презентаций](#)



АКУШЕРСТВО

- ОТРАСЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ, ПОСВЯЩЕННАЯ ИЗУЧЕНИЮ СПЕЦИАЛЬНЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, ПРОИСХОДЯЩИХ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В СВЯЗИ С ЗАЧАТИЕМ, БЕРЕМЕННОСТЬЮ, РОДАМИ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДОМ, А ТАКЖЕ РАЗРАБАТЫВАЮЩАЯ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЭТИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ.

ТЕРМИН АКУШЕРСТВО ПРОИСХОДИТ ОТ ФРАНЦУЗСКОГО СЛОВА (accoucher – ПОМОГАТЬ ПРИ РОДАХ). АКУШЕРСТВО ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ГИНЕКОЛОГИИ.



ПРЕДМЕТ АКУШЕРСТВА ВКЛЮЧАЕТ:

- ПРОПЕДЕВТИКУ – СЛОЖНЫЕ ПРОЦЕССЫ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА, ЕГО СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ (МЕНСТРУАЛЬНУЮ, ПОЛОВУЮ, ГЕНЕРАТИВНУЮ, СЕКРЕТОРНУЮ)
- ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО
- ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО
- ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО



ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСТВА

- КОНТИНГЕНТ НАШИХ УЧРЕЖДЕНИЙ – МОЛОДЫЕ, ЗДОРОВЫЕ ЖЕНЩИНЫ, ВЫПОЛНЯЮЩИЕ СВОЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ - БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ.
- НЕСМОТРЯ НА ТО, ЧТО РОДЫ ЯВЛЯЮТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ – МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ РАЗЛИЧНОГО ХАРАКТЕРА СЕРЬЕЗНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КАК ДЛЯ МАТЕРИ, ТАК И ДЛЯ ПЛОДА.
- АКУШЕР НЕСЕТ ДВОЙНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ, ОН ВСЕГДА ОТВЕЧАЕТ ЗА ДВЕ ЖИЗНИ: ЗА ЖИЗНЬ МАТЕРИ И ЗА ЖИЗНЬ БУДУЩЕГО РЕБЕНКА.



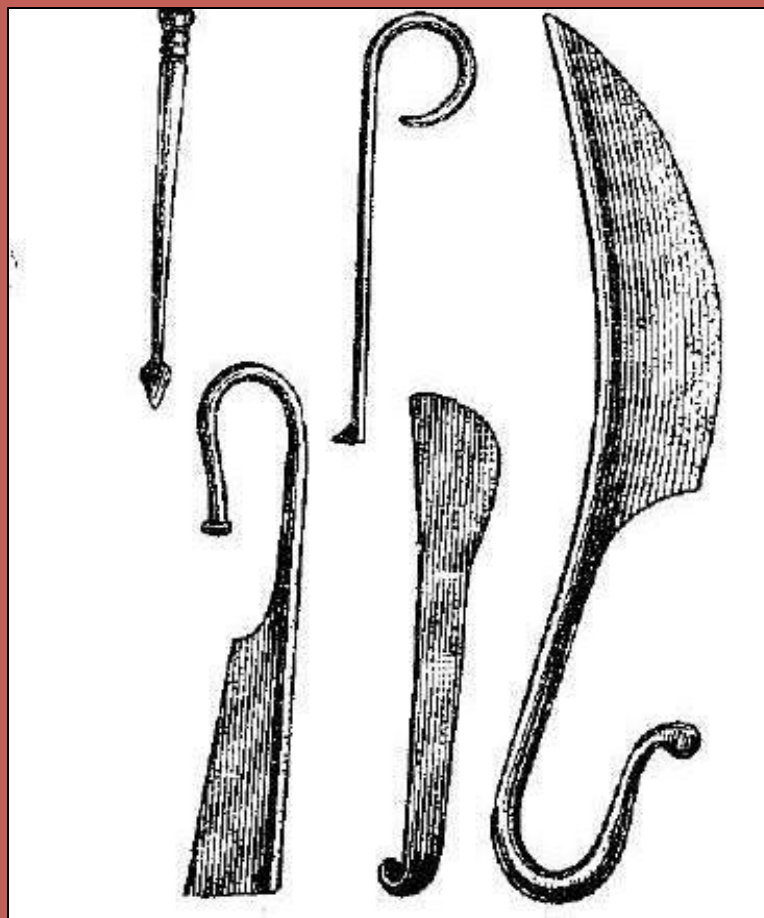
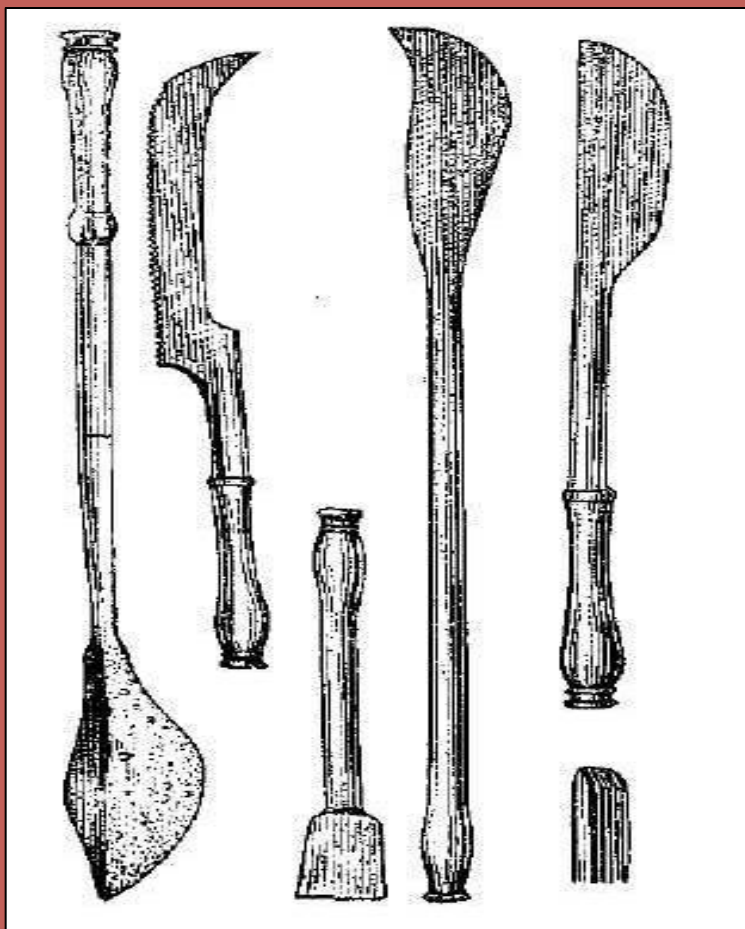
- Родовспоможение по праву относится к самым древним периодам социализации человечества.
- Исторические и археологические изыскания свидетельствуют о развитии различных форм помощи в родах, начиная с каменного века и древних цивилизаций.



- Акушерство зародилось на заре человечества.
- Исторические исследования позволяют предположить, что уже в период каменного века (неолита) существовала помощь в родах, которую оказывали старшие, опытные женщины, колдуньи, шаманы.
- Использовались амулеты, заклинания, лекарственные травы.



ПЕРВОБЫТНЫЙ СТРОЙ. (хирургические инструменты)



Древняя Греция

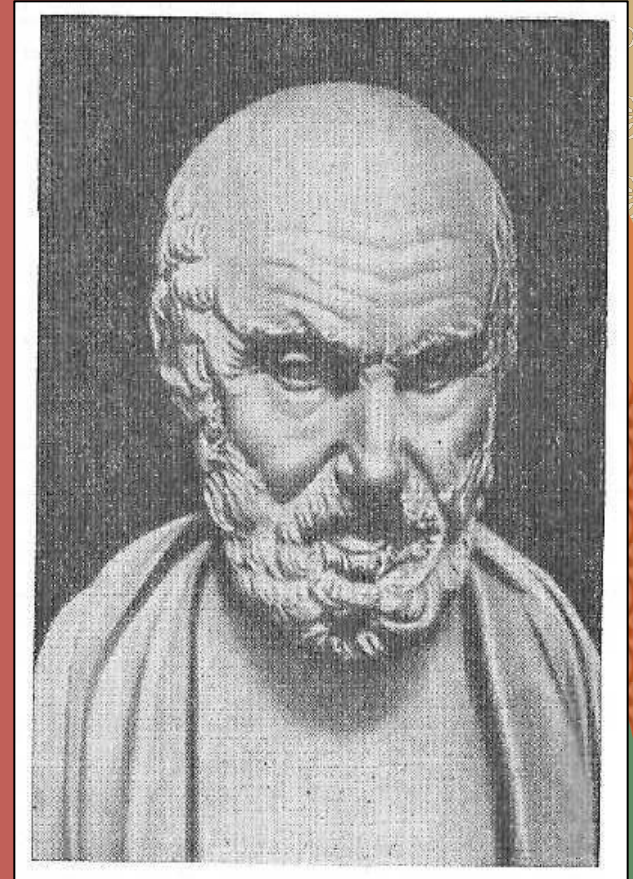
ГИППОКРАТ (460 – 377 гг)

реформатор древнегреческой
медицины – воспитанник Касской
семейной медицинской школы в 17
поколении, мать которого, Фанарета,
была повитухой. Его труды вошли в
«Сборник Гиппократов»

Сформулировал принцип
деятельности врача: «Не навреди».

В Древнем Риме вопросы
родовспоможения впервые стали
решаться на государственном уровне.

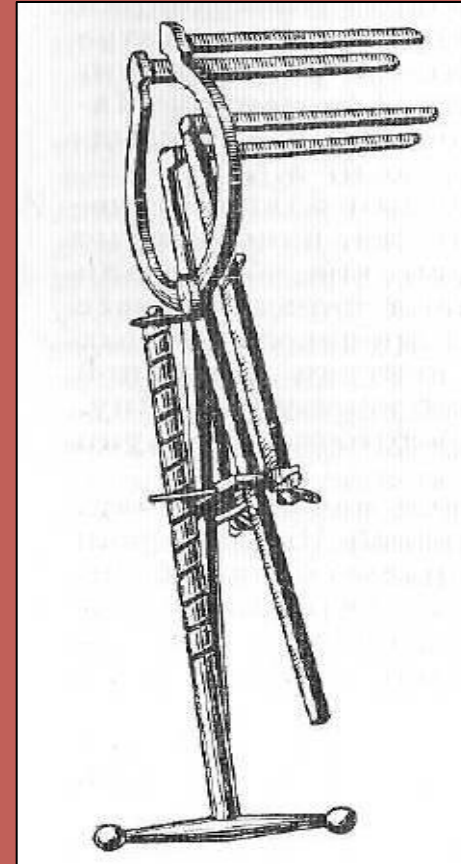
«Жизнь коротка, путь искусства долг,
удобный случай скоропреходящ, опыт
обманчив, суждение трудно»



Древняя Греция

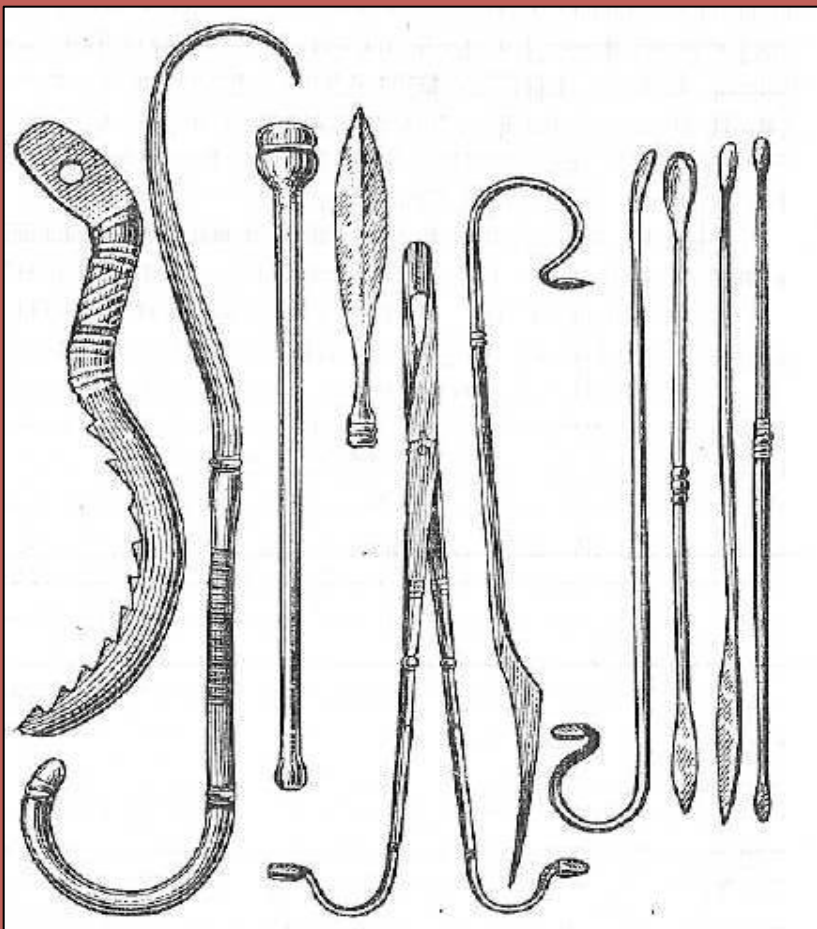
Сочинения Гиппократов:
«Гиппократов сборник»

- О природе женщины
- О женских болезнях
- О бесплодии
- Об эмбриологии



Древнее
влагалищное
зеркало

Древний Рим (ученые - врачи)



Акушерско – гинекологические инструменты

- Филумен
- Авл Корнелий Цельс
- Соран Эфесский - основоположник акушерства и педиатрии
- Гален Клавдий

В указанные исторические периоды родовспоможение было сугубо женским занятием, в то время как начало научного акушерства следует связать с трудами Галена (129—199), детально описавшего анатомию тазовых органов и этапы развития эмбриона и плода.

Период Феодализма

- Византия – основана высшая школа где изучалась медицина.
- Орибазий (325-400г. н.э.) описал строение половых органов
- Павел Эгинский – описал «Правила», как поступать врачу в случае трудных родов
- Ананий Широкаци (армянский врач) – указание о выслушивании плода
- Лафранки – первый применил шов на рану живота и кишок (шов скорняка)



Медицина Востока и Азии

- Выдающийся хирург арабского Востока Абу-аль-Касим (936- 1013) женщин не оперировал (ислам запрещал видеть обнаженное женское тело), но он описал клиническую картину внематочной беременности.
- В медицине народов Средней Азии эпохи феодализма крупнейшей фигурой был Ибн-Сина (980-1037), которого называют интеллектуальным чудом. он создал труд, который используется и сейчас: «Канон врачебной науки», где имеются главы по акушерству и женским болезням, впервые поставил вопрос об условиях операции (т.е. о возможности провести ее в данный момент)

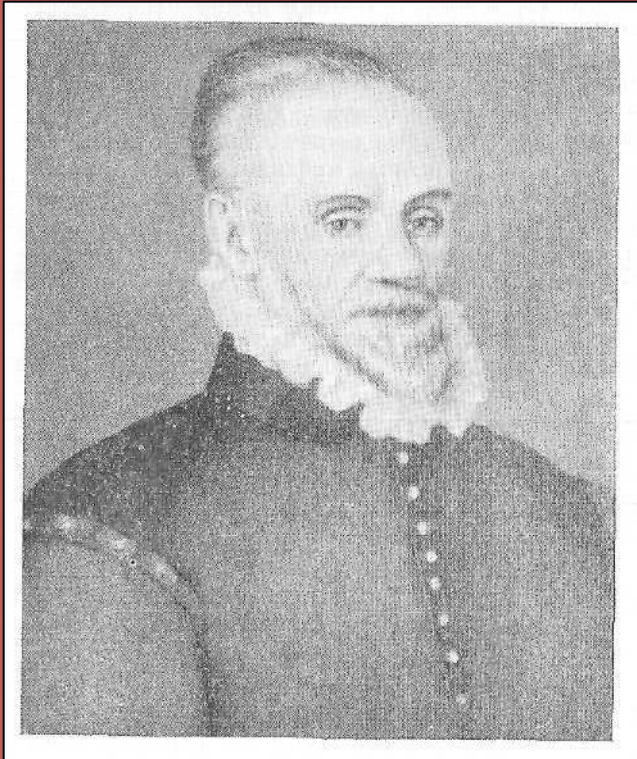


Период Феодализма

- Альбуказ (умер в 1122 г.) описал случай внематочной беременности, привел рисунок влагалищного зеркала



Средние века



- Амбруаз Паре (1517 – 1590) возвысившись собственными усилиями от цирюльника до полевого врача и первого хирурга короля.
- впервые в истории учредил повивальную школу в парижском госпитале.
- Предложил:
 - Поворот плода на ножку
 - При кровотечениях рекомендовал быстрое освобождение матки от ее содержимого
 - Ввел молокоотсос

Средние века

- Андреас Везалий в 1543 г. создал труд «О строении человеческого тела», описал скелет человека, строение сердечно-сосудистой системы.
- Леонардо до Винчи (1452 – 1519) описал мышцы, первым описал верхнечелюстные пазухи (более чем за 150 лет до Гаймора).
- Девентер (165-1724) разработал учение о костном тазе, описал ОРСТ и плоский таз.



Средние века

- И. Траутман (из Виттенберга) в 1610 г. выполнил кесарево сечение на живой женщине.
- Паре Жак Гийемо – описал случай разрыва матки, предлежания плаценты, доказывал быстрого окончания родов в случаях маточного кровотечения и при конвульсиях (эклампсии).
- Луиза Буржуа (1563-1636) окончила школу Ф. Паре - опытная акушерка; написала книгу «Различные наблюдения над бесплодием, потерей плода, плодородием, родами и женскими болезнями». Описала роды в лицевом предлежании. Стала первой в истории акушерства женщиной –преподавательницей.







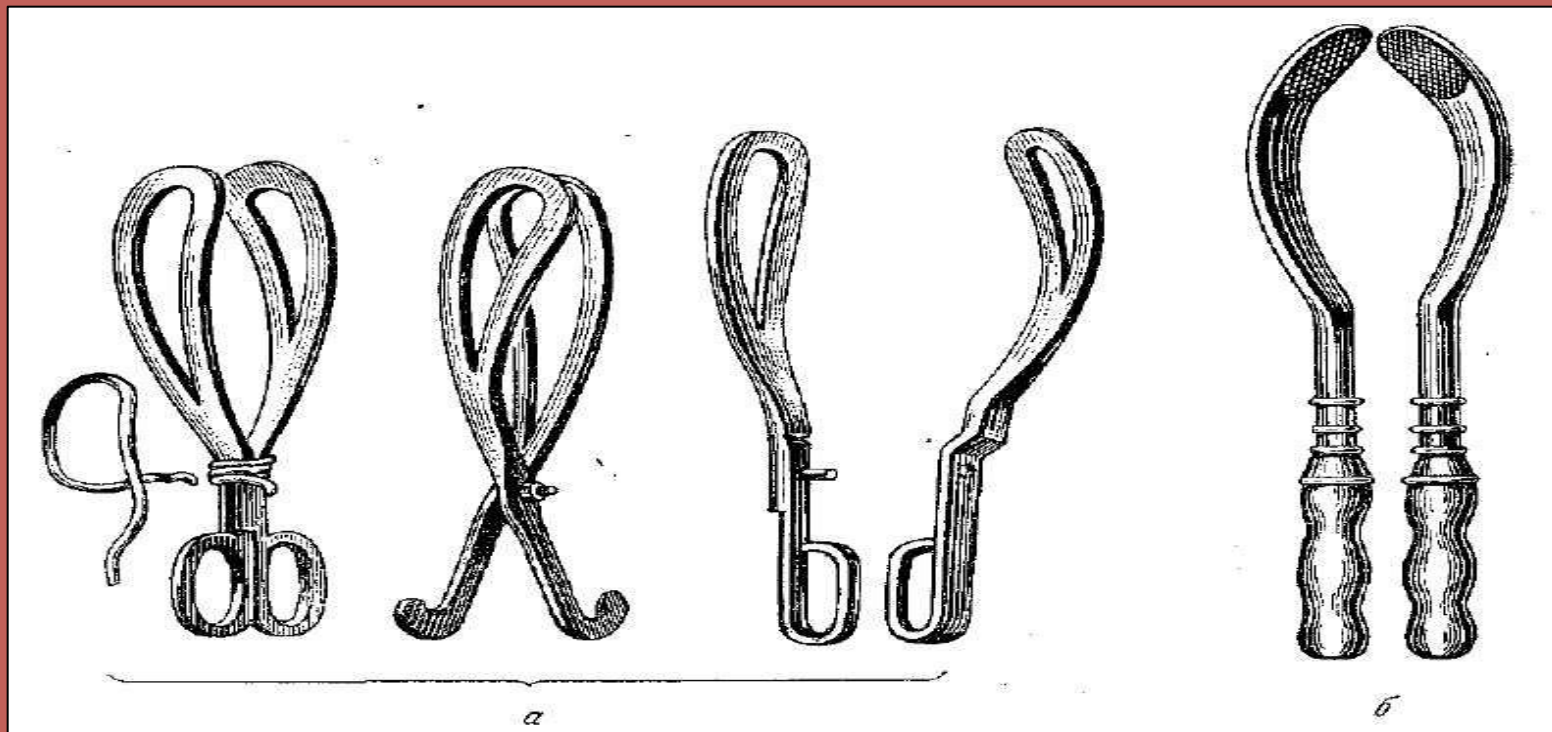


Средние века

- А. Визалий (1514-1564) описал строение матки
- Габриель Фаллопий (1532-1562), анатом, подробно описал яйцепроводы (фаллопиевы трубы)
- Аранций – (1530-1589) описал развитие человеческого плода, внутриутробное кровообращение, эмбриональный проток
- Л. Боталло (1530-1600)
- Вильям Гарвей (1578-1657) открыл малый круг кровообращения
- Жан Луи Боделок (1747 – 1810) различал большой и малый таз, применил измерение таза (пельвиоетрию), которой пользуется и сейчас.
- К.М. Бэр (1792-1876) открыл яйцеклетку
- Франсуа Морисо (1637-1709) трактат о болезнях беременных женщин, предложил метод выведения головки при тазовом предлежании.



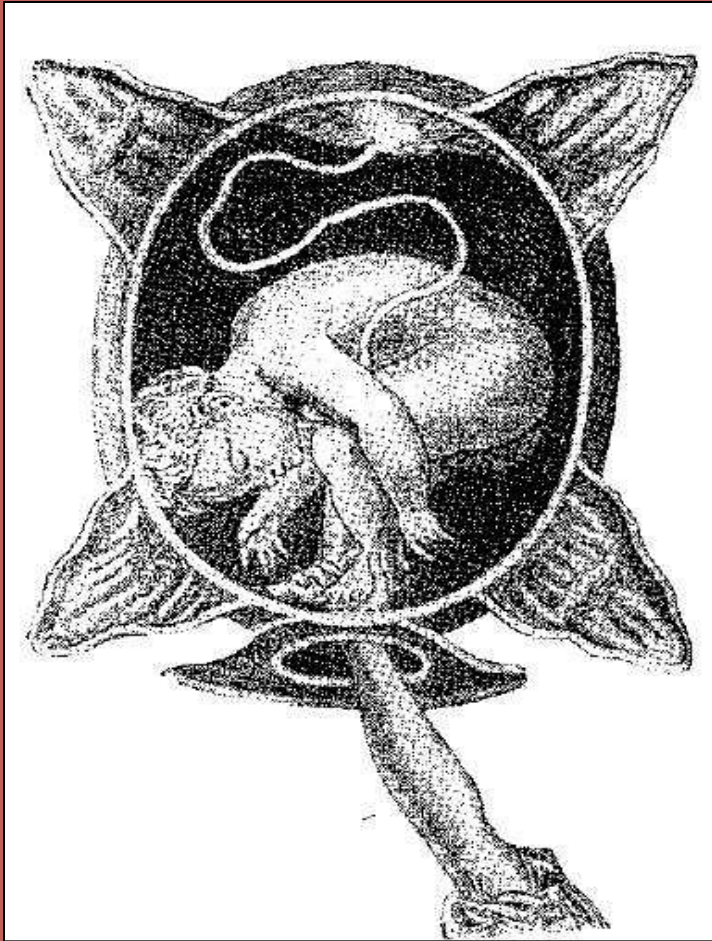
Период капитализма



- Акушерские щипцы Чемберлена, Пальфина

В 19 веке полностью сформировалась модель акушерских щипцов. Чемберлен изобрел акушерские щипцы, которые держал в строгом секрете. В дальнейшем они были модифицированы, стали более совершенны. Появились французские модели щипцов Левре, немецкие – немецкие Геле, английские – Симпсона, русские – Лазаревича. В настоящее время пользуются моделью Симпсона-Феноменова.

Период капитализма



- Юстине Зигемундин (1648-1705) немецкая акушерка выпустила учебник по акушерству;
- - предложила амниотомию;
- установила, что двойня может быть с одной общей плацентой (однойяйцевая) или с двумя отдельными (двухяйцевая)



Период капитализма

- 1852 г в Англии возникло первое акушерско-гинекологическое общество.
- Значительное влияние на развитие акушерства оказали два научно-практических открытия:
- методы и средства обезболивания (наркоз)
- методы антисептики и асептики (Луи Пастера, Земмельвейса, Дж.Листер).



- В Древней Руси – уровень медицинской помощи был весьма не высок, царские и боярские жены рожали с помощью бабок – повитух, или повивальных бабок.
- Акушерство в России (как часть медицины) развивалась в русле общемирового развития (Галлен, Гиппократ), но и имело свои особенности, связанные с историей страны (были лечебницы – монастырские, светские, частные – избы богорадные, богодельни).
- 16-17 век русское правительство обязывало врачей-иностранцев обучать русских врачебному делу.
- Иван IV учредил аптекарский приказ..



Развитие акушерства в России

- 1707 г. по указу Петра I в Москве создана Госпитальная школа
- Реформы медицинского образования и акушерской помощи разработаны Павлом Захаровичем Кондоиди
- В 1754 г представил в Сенат проект устройства «школ бабичьяго дела» в Петербурге и Москве.



- XVIII век — важный этап в истории развития специальности, так как впервые родовспоможение стало частью медицины и была начата подготовка специалистов (Андре Левре, Жан Луи Боделок, Уильям Смелли, Нестор Максимович Максимович-Амбодик). Русское акушерство становится частью мирового родовспоможения.
- Подготовка врачей-акушеров в России фактически началась с 1781 г., когда появились первые акушерские стационары и в Петербурге стала активно работать школа по подготовке врачебных кадров под руководством талантливого акушера Нестора Максимовича Максимовича-Амбодика. Он внес неоценимый вклад в отечественную акушерскую науку, написав первый учебник по акушерству на русском языке. Свой труд он назвал «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле». Выход в свет этого учебника в 1784 г. ознаменовал начало самобытной русской акушерской школы.



Развитие
акушерства
в России

Руководство
«Искусство
повивания
или наука о
бабичьем
деле»

-занятие на
фантоме и у
кровати
роженицы



- Основным этапом развития акушерства в XIX в., несомненно, явилось преодоление самого тяжелого бича родильниц — сепсиса, «родильной горячки».
- В XVII—XVIII вв. послеродовые септические осложнения уносили больше жизней, чем все эпидемии на планете.
- До открытия Луи Пастером этиологии инфекционных осложнений венгерский акушер Игнац Земмельвейс разработал систему, способствовавшую снижению уровня послеродового сепсиса, в основе которой лежал метод обработки рук акушера хлорной известью.
- После открытий Луи Пастера, Роберта Коха, Джеймса Листера были разработаны основные методы асептики и антисептики, реально снизившие материнскую смертность от послеродовых септических осложнений.



- Акушерская помощь была организована только в крупных городах России, да и то в недостаточном количестве.
- К 1806 г. по всей России не было и сотни образованных повивальных бабок (акушерок), не говоря уже о врачах.
- В 60-х годах XIX столетия Россия начала переходить от дворянско-крепостнической структуры к капиталистической.
- В 1861 г. было отменено крепостное право, а в 1864 г. издано «Положение о земских учреждениях».
- «Эти реформы, — писал В. С. Груздев, — были основной причиной крупных успехов организации рациональной акушерской помощи населению, так как это дело из рук бюрократов перешло в руки городских и земских управлений».
- Однако число акушерских кадров и стационаров явно не удовлетворяло даже минимальные потребности населения. В городах из-за отсутствия свободных мест в стационаре женщинам порой приходилось рожать в полицейских будках, подъездах и даже на улице (В. С. Груздев, 1906). На всю Россию в 1906 г. было только 4735 акушерских коек.



Развитие акушерства в России

- представители Московской медицинской школы:
 - Иоганн Фридрих Эразмус
 - Нестор Максимович Максимович-Амбодик (учился в Петербурге)
 - Вильгельм Михайлович Рихтер
 - Владимир Иванович Кох
 - Александр Матвеевич Макеев
 - Михаил Сергеевич Малиновский
 - Константин Николаевич Жмакин
 - Ефим Ильич Кватер
 - Владимир Федорович Снегирев
 - Александр Петрович Губарев



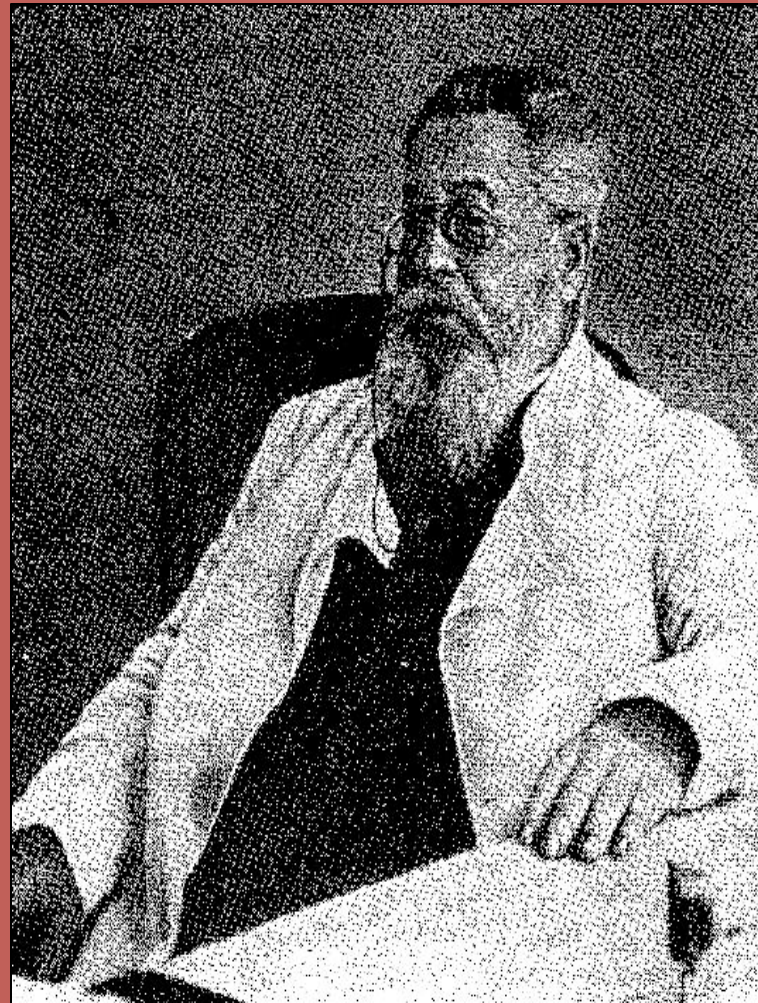
Развитие акушерства в России

- Представители Петербургской медицинской школы:
 - Николай Николаевич Пирогов
 - С.А. Громов
 - С.Ф. Хотовицкий
 - Александр Александрович Китер – написал первый в России учебник, основоположник отечественной оперативной гинекологии
 - Антон Яковлевич Крассовский
 - Кронид Федорович Славянский
 - Алексей Иванович Лебедев
 - Василий Васильевич Строгонов
 - Лазарь Иванович Бубличенко



Развитие акушерства в России

- В.Ф. Снегирев (1847 – 1916)
- Создал новые методы терапевтического и хирургического лечения женских болезней
- Капитальный труд «Маточные кровотечения»
- Организовал «Раковое общество»
- Инициатор съездов Общества российских акушеров и гинекологов



- К 1917 г., т. е. к концу дореволюционного периода развития русского акушерства, положение с родильными койками почти не изменилось.
- После революции 1917 года в России предпринимались шаги, направленные на снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности.
- В 1920 г. Совнарком принял два очень важных документа, которые определили характер дальнейшего развития советского акушерства: «Декларацию прав беременной» и «Об охране труда женщины».
- Эти документы значительно ускорили развитие родовспоможения в стране, позволили повсеместно организовать новые акушерские стационары, открыть родильные и гинекологические отделения при больницах.



Развитие акушерства в России

- В.В. Строганов (1857 – 1938) предложил профилактическое лечение эклампсии



- Несомненным достижением стал перевод подавляющего большинства родов из домашних в стационарные. Почти все роды в городе и деревне стали проводиться в родильных домах.
- К 1941 г. в стране была развернута широкая, хорошо организованная сеть родовспомогательных учреждений, вполне достаточная для оказания квалифицированной акушерско-гинекологической помощи всем женщинам, проживающим на территории Советского Союза.
- В очень трудный период Великой Отечественной войны 8 июля 1944 г. был издан весьма важный Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания "Мать-героиня" и учреждении ордена "Материнская слава" и медали "Медаль материнства".
- Длительность отпусков по беременности и родам постоянно увеличивалась от суммарных 77 дней (до 1944 г.) до 112 дней (до 1956 г.) и 140 дней с 1989 г.



Основные достижения российского и советского родовспоможения связаны с именами

- Антона Яковлевича Крассовского [1823-1898],
- Дмитрия Оскаровича Отта [1855-1929],
- Н. И. Побединского [1861-1923],
- Викторина Сергеевича Груздева [1866-1938],
- Константина Клементьевича Скробанского [1874-1946],
- Михаила Сергеевича Малиновского [1880-1976],
- Иосифа Федоровича Жорданиа [1895-1962],
- Константина Николаевича Жмакина [1894-1987],
- Наполеона Аркадьевича Цовьянова [1882-1965],
- Ильи Ильича Яковлева [1896-1968],
- Исаака Леонтьевича Брауде [1882-1960],
- Веры Ильиничны Бодяжиной [1907-1987],
- Леонида Семеновича Персианинова [1908-1978],
- Николая Сергеевича Бакшеева [1911-1973].



- Рекомендованная ВОЗ для мирового сообщества система организации акушерской помощи (оптимизированная диспансеризация беременных, разработанная в Советском Союзе) принята в качестве основной доктрины во многих развивающихся странах.
- Несомненным этапом совершенствования всех видов акушерско-гинекологической помощи населению страны следует считать утвержденные Приказом МЗ РФ «Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии» (1998).
- Основными задачами родовспоможения в современных условиях остаются:
 - проблемы репродуктивного здоровья,
 - снижение уровня материнской и перинатальной заболеваемости и смертности,
 - снижение числа аборт, борьба с перинатальной инфекцией и ряд других направлений,
 - отраженных в Федеральной программе «Безопасное материнство».



Организация акушерско-гинекологической помощи

Основные подразделения родильного дома:

- - приемно-смотровое помещение,
- - родовой блок,
- - физиологическое послеродовое отделение,
- - наблюдационное отделение,
- - отделение патологии беременных,
- - отделение новорожденных,
- - служба АХЧ,
- - аптека,
- - лаборатория.



Организация акушерско-гинекологической помощи

- В нашей стране городское население получает стационарную акушерскую помощь в лечебных учреждениях двух типов: родильных домах и акушерских стационарах, входящих в состав многопрофильных больниц.
- Акушерский стационар представляет собой сложное по структуре лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания квалифицированной акушерской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным (родильные дома на 100 – 250 коек)



Основные задачи родильного дома:

- оказание высококвалифицированной медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде,
- обеспечение соответствующего ухода и наблюдение за здоровыми новорожденными,
- оказание квалифицированной помощи детям, родившимся в асфиксии и другими заболеваниями, требующими соответствующего лечения, а также недоношенным; новорожденным до перевода их в соответствующую детскую больницу.



Задачи женской консультации

- Диспансеризация беременных женщин
- Профилактика материнской и перинатальной смертности
- Оказание помощи гинекологическим больным
- Осуществление мероприятий по планированию семьи
- Выявление предраковых и раковых заболеваний и их профилактика
- Санитарно-просветительная работа по пропаганде здорового образа жизни



Организация акушерско-гинекологической помощи

- В сельской местности используют этапную систему оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам, заключающуюся в различном объеме и уровне медицинского обследования и лечения в зависимости от мощности родильного дома и оснащения А-Г учреждения, квалификации врачей, наличие реанимационно-анестезиологической службы.

В настоящее время существуют несколько типов акушерских стационаров:

- 1. без врачебной помощи – ФАПы;
- 2. общая врачебная помощь – участковые больницы с акушерскими койками;
- 3. с квалифицированной врачебной помощи акушерские отделения центральных районных больниц (ЦРБ), городские родильные дома;
- 4. с многопрофильной квалифицированной и специализированной помощью – родильные отделения многопрофильных больниц, акушерские отделения областных больниц.



Акушерские стационары распределяются на 3 уровня в зависимости от степени риска перинатальной патологии.

- I. уровень - ФАП, ЦРБ, родильные отделения участковых больниц – направляются повторнобеременные без акушерских осложнений и экстрагенитальной патологии. Низкий перинатальный риск.
- II. уровень – ЦРБ, городской родильный дом – беременные с экстрагенитальными заболеваниями, акушерскими осложнениями во время дородовой или предыдущей беременности.
Повышенный перинатальный риск.
- III. уровень – акушерское отделение областной или многопрофильной больницы, акушерское отделение объединенное с кафедрой А-Г, отделением профильного НИИ – беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями в сочетании с гестозом, предлежанием плаценты, осложнениями во время беременности и родов, способствующими нарушению гемостаза и акушерскими кровотечениями.
Высокий перинатальный риск.



Показания к госпитализации в обсервационное отделение:

- - лихорадочные состояния (t° -37,6 и выше) без клинических выраженных и других симптомов,
- - длительный безводный промежуток (излитие околоплодных вод за 12 ч и более до поступления в стационар),
- - воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит),
- - воспалительные заболевания другой локализации в стадии обострения (хр. бронхит, обострение; пневмония и т.д.),
- - ОРЗ, грипп, ангина и т.д.,
- - кожное заболевание инфекционной этиологии,
- - инфекционные процессы родовых путей (вагиниты)
- - инфекции с высоким риском внутриутробного заражения плода и высокой опасностью заражения медицинского персонала (ВИЧ инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д),
- - туберкулез,
- - диарея,
- - роды вне лечебного учреждения (домашние, при транспортировке),
- - необследованные роженицы.



Перевод в наблюдательное отделение из других отделений акушерского стационара:

- - послеродовые воспалительные заболевания (мастит, эндометрит и т.д.)
- - экстрагенитальные инфекции (ангина, герпес) не требующие перевода в профильный стационар (кардиологию, урологию и т.д.)
- - в случае перевода новорожденного в наблюдательное отделение - переводят его мать вместе с ребенком.



Из приказа МЗ РФ №584 от 28.10.1989 г.
«О переходе на расчеты показателя материнской
смертности в соответствии с определением ВОЗ»

- Материнская смертность определяется как «обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания по какой-либо причине, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины».



Случаи материнской смертности разделяют на две группы:

1. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.
2. Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами т.е. смерть в результате существовавшей прежде болезни, возникшей в период беременности



Расчет показателя материнской смертности

$$МС = \frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц (в течение 42 дней)}}{\text{Число живорожденных}} \times 100000$$

- Каждый случай смерти должен быть обсужден на клинико-анатомической конференции.
- Предварительно целесообразно провести экспертную оценку медицинской документации умершей квалифицированным специалистом (сотрудниками кафедр медицинских институтов, НИИ и др.)



РАСЧЕТ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ (ПС)

число мертворожденных + число умерших
в первую неделю жизни (168 часов)

$$\text{ПС} = \frac{\text{число мертворожденных + число умерших в первую неделю жизни (168 часов)}}{\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$$

РАСЧЕТ МЕРТВороЖДАЕМОСТИ (МР)

число мертворожденных детей

$$\text{МР} = \frac{\text{число мертворожденных детей}}{\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$$

РАСЧЕТ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ (РНС)

число детей, умерших в первую неделю
жизни (0 – 6 дней)

$$\text{РНС} = \frac{\text{число детей, умерших в первую неделю жизни (0 – 6 дней)}}{\text{число детей, родившихся живыми}} \times 1000$$



УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «01» ноября 2012 г. № 572н

- **Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»**



Обследование беременной в ЖК

- При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:
- врачом-акушером-гинекологом – не менее семи раз;
- врачом-терапевтом – не менее двух раз;
- врачом-стоматологом – не менее двух раз;
- врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом – не менее одного раза (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);
- другими врачами-специалистами – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.



Обследование беременной в ЖК

- Скрининговое ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) проводится трехкратно: при сроках беременности
 - 11-14 недель,
 - 18-21 неделю,
 - 30-34 недели.



Обследование беременной в ЖК

- определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.



Обследование беременной в ЖК

- При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач акушер-гинеколог направляет ее в медико-генетическую консультацию (центр) для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования.



Обследование в I триместре (при первой явке)

- Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела). Измерение размеров таза. Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануальное влагалищное исследование.



Обследование в I триместре

- Общий (клинический) анализ крови развернутый.
- Анализ крови биохимический: общий белок, мочеви́на, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, (при ожирении, отеках, преэклампсии беременных, при заболеваниях щитовидной железы, сахарном диабете, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца (далее – ИБС), cerebro-vasкулярных заболеваниях - триглицериды крови, липопротеины высокой плотности (далее – ЛПВП), липопротеины низкой плотности (далее – ЛПНП), общий холестерин.
- Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) - количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, определение протромбинового (тромбопластинового) времени.
- Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи в крови, определение антител к токсоплазме в крови.



Обследование в I триместре

- Анализ мочи (при каждой явке).
- Определение группы крови и резус-принадлежности,
- RW
- ВИЧ
- антиген вирусного гепатита В и вирусного гепатита С в крови.
- микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на степень чистоты (гонококк, грибы рода кандиды и т.д.).
- Электрокардиография (далее – ЭКГ) по назначению врача-терапевта (врача-кардиолога).



**Из приказа Минздрава РФ № 345
от 26 ноября 1997 г.**

**"О совершенствовании мероприятий
по профилактике
внутрибольничных инфекций
в акушерских стационарах"
(с изменениями от 24 ноября 1998 г.,
5 мая 2000 г.)**



- **Инструкция по организации и проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах**
- **Инструкция по организации противоэпидемического режима в акушерских стационарах**
- **Инструкция по организации и проведению эпидемического надзора за внутрибольничными инфекциями в акушерских стационарах**
- **Инструкция по переводу заболевших новорожденных и недоношенных детей из акушерского стационара в соответствующие отделения детских больниц**
- **Инструкция по приему и переводу беременных, рожениц и родильниц в наблюдательное отделение акушерского стационара**



«Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» приказ № 736

- I. Инфекционные и паразитарные болезни
- II. Новообразования
- III. Болезни эндокринной системы
- IV. Болезни крови и кроветворных органов
- V. Психические расстройства
- VI. Болезни нервной системы и органов чувств
- VII. Болезни системы кровообращения
- VIII. Болезни органов дыхания
- IX. Болезни органов пищеварения
- X. Болезни мочеполовой системы
- XI. Осложнения беременности, родов и послеродового периода
- XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки
- XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
- XIV. Врожденные пороки развития и наследственные заболевания.



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

Скачать другие готовые [презентации по акушерству](#)

