

Акушерская 
и гинекологическая
ПОМОЩЬ

Под редакцией
В. И. Кулакова

Акушерская и гинекологическая ПОМОЩЬ

Под редакцией акад. РАМН

В. И. Кулакова



Москва
Медицина
1995

Коллектив авторов

Академик РАМН	Кулаков Владимир Иванович
Профессора, д.м.н.	Адамян Лейла Владимировна Ангонов Альберт Григорьевич Богданова Елена Александровна Николаева Елена Ивановна <u>Пшеничникова Татьяна Яковлевна</u> Сидельникова Вера Михайловна Емельянова Анда Ивановна Сотникова Елизавета Ивановна Токова Зоя Зулкарнаевна Фролова Ольга Григорьевна Шехтман Май Михайлович
Кандидаты мед. наук	Балан Вера Ефимовна Балашова Вера Григорьевна Волгина Валентина Федоровна Гаврилова Лариса Владимировна Комиссарова Лариса Михайловна Ляшко Елена Сергеевна Марченко Лариса Андреевна Мирошечева Нина Константиновна Решетько Алла Васильевна Стругацкий Виргиний Михайлович
Юристы	Пустыльник Мария Семеновна Гранат Николай Ефимович

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список основных сокращений	5
Предисловие	6
Глава I. Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь. <i>О. Г. Фролова, Е. И. Николаева, Н. К. Миронычева</i>	7
Общие принципы работы	7
Лечебно-профилактическая помощь беременным	15
Аntenатальная охрана плода	23
Гинекологическая помощь	44
Глава II. Акушерско-гинекологическая помощь сельскому населению. <i>О. Г. Фролова, Л. В. Гаврилова</i>	53
Глава III. Акушерско-гинекологическая помощь работницам промышленных предприятий. <i>Н. К. Миронычева</i>	59
Глава IV. Специализированная акушерско-гинекологическая помощь. <i>О. Г. Фролова</i>	67
Специализированная акушерская помощь	69
Специализированная помощь гинекологическим больным	77
Глава V. Планирование семьи (медико-социальные аспекты). <i>В. И. Кулаков, В. Ф. Волгина</i>	86
Глава VI. Стационарная акушерско-гинекологическая помощь. <i>О. Г. Фролова, А. Г. Антонов, В. Г. Балашова, З. З. Токова</i>	96
Стационарная акушерская помощь	96
Акушерский стационар	96
Принципы организации медицинской помощи новорожденным в акушерском стационаре	106
Перинатальный центр	115
Санитарно-эпидемический режим в родовспомогательных учреждениях	119
Стационарная гинекологическая помощь	122
Оценка деятельности акушерско-гинекологического стационара и качества медицинской помощи	124
Материнская смертность	131
Перинатальная смертность	151
Проектирование и строительство акушерских и гинекологических учреждений	162
Глава VII. Правовая помощь матери и ребенку в акушерском и гинекологическом учреждении. <i>М. С. Пустыльник, Н. Е. Гранат</i>	168
Нормативные акты	177
Законодательство о браке и семье	177
Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан	182
Законодательство Российской Федерации о труде	183
Государственная помощь в виде пособий и денежных компенсаций, выплачиваемых женщинам и детям	188
Медицинское страхование. <i>Л. В. Гаврилова</i>	189
Приложения	192
Рекомендуемая литература	301

Список основных сокращений

АД	— артериальное давление
ВН	— временная нетрудоспособность
ВПр	— врожденные пороки развития
ВСДМ	— высота стояния дна матки
ВСН	— ведомственные строительные нормы
ВТЭК	— врачебно-трудовая экспертная комиссия
ГБО	— гипербарическая оксигенация
Д ₁ , Д ₂ , Д ₃	— группы динамического наблюдения беременных
ДЦП	— детский церебральный паралич
ЗРП	— задержка развития плода
ИВЛ	— искусственная вентиляция легких
ИРДС	— идиопатический респираторный дистресс-синдром
ИЦН	— истмико-цервикальная недостаточность
КОС	— кислотно-основное состояние
КТГ	— кардиотокография
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
МРК	— массо-ростовой коэффициент
МСЧ	— медико-санитарная часть
НСТ	— нестрессовый тест
НЦАГП РАМН	— Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Российской академии медицинских наук
ОРВИ	— острые респираторные вирусные инфекции
ПЛ	— плеоцитарный лактоген
ПСП	— показатель состояния плода
РБ	— районная больница
ТДП	— тест движений плода
ТМО	— территориальное медицинское объединение
УЗИ	— ультразвуковое исследование
УЭСК	— удельное электрическое сопротивление крови
ФАП	— фельдшерско-акушерский пункт
ХГ	— хорионический гонадотропин
ЦРБ	— центральная районная больница
Эз	— эстриол

Предисловие

Важнейшая задача акушерско-гинекологической службы — повышение качества и эффективности медицинской помощи населению. За последние 10—15 лет произошли значительные изменения в службе родовспоможения и неонатологии, но в то же время до сих пор не появилось обобщающих работ. Учитывая особую актуальность проблемы охраны здоровья матери и ребенка, обобщен опыт организации акушерско-гинекологической помощи в России. В условиях резкого снижения рождаемости, изменения социально-экономических и экологических условий жизни населения, отрицательно влияющих на здоровье, возросла значимость медицинского контроля за здоровьем беременных. С учетом современных данных изложены принципы антенатальной охраны плода с указанием объема акушерской помощи в зависимости от состояния здоровья беременных. Предложенная тактика медицинского контроля позволяет на 30% снизить перинатальную смертность. По-новому оценивается прибавка массы тела в период гестации с позиций прогноза физического развития плода. В разделе «Стационарная помощь» с современных позиций изложены принципы работы таких учреждений, как перинатальный центр, вопросы организации медицинской помощи новорожденным.

По вопросам планирования семьи специалисты смогут ознакомиться со статистическими материалами по абортам и контрацепции, по выделению групп риска женщин с незапланируемой беременностью, причинами частых абортов, принципами наблюдения за женщинами, использующими современные средства контрацепции и прерывающими беременность абортом. Важным является раздел гинекологической помощи, где рассмотрены характеристика гинекологической заболеваемости, схемы наблюдения за гинекологическими больными с определением объема и сроков обследования, показаний для госпитализации.

Представлены динамика материнской и перинатальной смертности, причины, пути профилактики. Показано, на какие причины и с какой интенсивностью влияют социальные факторы и медицинская технология.

Особого внимания заслуживает глава «Правовая помощь матери и ребенку в акушерско-гинекологических учреждениях».

Мы полагаем, что представленный труд будет полезен для акушеров-гинекологов, неонатологов, организаторов здравоохранения, а также для экспертов страховых компаний.

Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь

О. Г. Фролова, Е. И. Николаева, Н. К. Миронычева

Общие принципы работы

В оказании амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи ведущую роль играет женская консультация.

Женская консультация создается для оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в районе ее деятельности, определяемом соответствующим органом здравоохранения, и является структурным подразделением поликлиники, медико-санитарной части (МСЧ) или родильного дома, оказывающим амбулаторную лечебно-профилактическую акушерско-гинекологическую помощь¹. Как и другие учреждения здравоохранения, женская консультация входит в состав лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), обеспечивающего все виды медицинской помощи населению.

Для усиления взаимосвязи, преемственности между ЛПУ разного типа и эффективного использования имеющихся ресурсов, а также для более полного удовлетворения потребности населения в акушерско-гинекологической помощи могут создаваться территориальные медицинские объединения (ТМО), деятельность которых регламентируется положением о женской консультации.

Женские консультации строят свою работу по принципу:

— *территориального обслуживания*, при котором лечебно-профилактическая помощь оказывается женщинам, проживающим на определенной территории. При этом не исключается свободный выбор врача пациентками;

— *цехового обслуживания*, когда помощь оказывается работницам определенных промышленных (агропромышленных) предприятий;

— *территориально-цехового (смешанного) обслуживания*.

Женская консультация обязана прежде всего оказывать лечебно-диагностическую акушерско-гинекологическую помощь; проводить профилактические мероприятия, направленные на сохранение здоровья женщины, предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний, а также работу по контрацепции и профилактике аборт; санитарно-просветительную работу, направленную на формирование здорового образа жизни женщин. Кроме того, внедрять в практику работы современные методы

¹ Женская консультация по решению местных органов здравоохранения может быть организована как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение (самостоятельная консультация), имеющее собственную гербовую печать.

диагностики и лечения осложнений беременности, заболеваний родильниц и гинекологических больных, новые организационные формы работы, способствующие снижению невынашивания беременности, материнской и перинатальной смертности, гинекологической заболеваемости.

И наконец, обеспечивать женщин правовой защитой в соответствии с законодательством об охране материнства и детства.

В соответствии с вышеизложенным женские консультации организуют и осуществляют:

— профилактические гинекологические осмотры (предварительные, периодические, целевые);

— динамическое наблюдение за беременными, родильницами, гинекологическими больными, женщинами, применяющими внутриматочные и гормональные контрацептивы, и при необходимости оказывают им амбулаторную лечебно-диагностическую помощь;

— работу по контрацепции для предупреждения непланируемой беременности;

— акушерско-гинекологическую (в том числе и неотложную) помощь непосредственно в женской консультации и на дому;

— специализированную акушерско-гинекологическую помощь, при необходимости обеспечивают обследование и лечение врачами других специальностей;

— выявление женщин, нуждающихся в госпитализации, и направление их для обследования и лечения в стационар соответствующего профиля;

— проведение реабилитационных мероприятий, выявление женщин, нуждающихся в санаторно-курортном лечении и/или пребывании в санаториях-профилакториях, домах отдыха для беременных, и выдача им соответствующих медицинских документов;

— экспертизу временной нетрудоспособности и выдачу больничных листов (справок), а также направление в установленном порядке на врачебно-трудовую экспертную комиссию (ВТЭК) лиц со стойкой утратой трудоспособности;

— разработку мероприятий по охране труда и здоровья работниц — совместно с администрацией и общественными организациями прикрепленных промышленных предприятий;

— работу по гигиеническому воспитанию населения, пропаганду здорового образа жизни и рационального планирования семьи;

— социально-правовую помощь в соответствии с законодательными и другими нормативными актами по охране труда и здоровья женщин;

— мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала консультации.

Женская консультация работает совместно с акушерско-гинекологическим стационаром, перинатальным центром, поликлиникой и детской поликлиникой (возможно, в рамках единого акушерско-терапевтическо-педиатрического комплекса), консульта-

цией «Брак и семья» (Центром планирования семьи и репродукции), станцией скорой и неотложной медицинской помощи и другими лечебно-профилактическими учреждениями [медико-генетические службы, консультативно-диагностические центры, кожно-венерологические, противотуберкулезные, онкологические диспансеры и др.].

Набор помещений женской консультации определяется ведомственными строительными нормами (ВСН), оснащение — табелем оснащения женской консультации.

Женская консультация при наличии условий организует стационар дневного пребывания для беременных и гинекологических больных в установленном порядке.

Деятельность женской консультации планирует администрация.

Персонал женской консультации в своей работе руководствуется действующим законодательством, положением о женской консультации, приказами, инструкциями, методическими и другими указаниями органов здравоохранения.

Непосредственное руководство женской консультацией осуществляет заведующий, назначаемый и увольняемый в установленном порядке.

Женские консультации по официально утвержденным формам ведут учет и составляют отчеты, на основе которых систематически анализируют свою деятельность.

Согласно приказу МЗ СССР № 528 от 5.12.88 г., штатное расписание в пределах планового фонда заработной платы осуществляют органы здравоохранения с учетом возложенных на учреждение задач и конкретных условий прикрепленной территории (демографического состава населения, заболеваемости, экономических особенностей местности, эпидемической ситуации и др.). Руководители учреждений здравоохранения имеют право устанавливать индивидуальные нормы нагрузки в зависимости от конкретных условий и с учетом рациональной организации труда медицинского персонала (приказ МЗ СССР № 902 от 20.07.87 г.).

Таким образом, новый тип сложившихся социально-экономических отношений расширил права руководителей в управлении учреждениями здравоохранения. Однако в качестве методических пособий целесообразно привести ряд приказов МЗ СССР по штатным нормативам и нормам нагрузки врача на приеме, продолжающих действовать на территории России.

Так, согласно приказу МЗ СССР № 1495 от 29.12.83 г., в женской консультации устанавливаются следующие штатные нормативы медицинского персонала:

1. Врачебный персонал. Должность одного врача устанавливают из расчета:
 - акушера-гинеколога — на 6000 взрослого населения, а при наличии в его составе свыше 55% женщин — 1 должность на 3300 женщин старше 15 лет;
 - терапевта — на 60 000 взрослого населения;

- стоматолога — на 80 000 взрослого населения;
- врача-лаборанта — на 20 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием.

Должность заведующего женской консультацией — акушера-гинеколога (на правах заведующего отделением) зависит от числа должностей акушеров-гинекологов:

- менее 3 — вместо 0,5 должности врача;
- более 6 — сверх этих должностей.

2. Средний медицинский персонал. Число должностей акушеров рассчитывают соответственно должностям акушеров-гинекологов.

Старшая акушерка — 1 должность на консультацию, в которой предусмотрено не менее 5 акушеров-гинекологов.

Одну должность *лаборанта* устанавливают на 3—4 должности врачей всех специальностей.

Должность *фельдшера-лаборанта* предусматривают в пределах должностей лаборантов в соотношении с лаборантами 2 : 1. Медицинские *регистраторы* — 1 должность на 5 врачебных должностей всех специальностей.

3. Младший медицинский персонал. Должности *санитарок* — 1 должность на 3 должности врачей всех специальностей; *сестер-хозяйек* — 1 должность на не менее чем 8 должностей акушеров-гинекологов.

Внесены дополнения и изменения в штатные нормативы акушеров-гинекологов, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях на селе: 1 ставка акушера-гинеколога из расчета на 6000 взрослого населения (ЦРБ, РБ, приписные участки — приказ МЗ СССР № 1567 ДСП от 06.12.85 г.).

Для работающих акушеров-гинекологов в амбулаториях, расположенных в сельской местности, 1 ставку предусматривают на 10 000 взрослого населения (приказ МЗ СССР № 1263 от 23.12.86 г.).

Для обслуживания женщин-работниц промышленных предприятий — 1 должность врача цехового акушерско-гинекологического участка на 2500 женщин при наличии на предприятии не менее 1000 женщин (приказ МЗ СССР № 127 от 27.12.89 г.).

Учитывая быстрый рост и повсеместную организацию кабинетов ультразвуковой диагностики в структуре учреждений здравоохранения, приводим штатные нормативы медицинского персонала отделений (кабинетов) ультразвуковой диагностики:

1. Врачебный персонал. Должности врачей ультразвуковой диагностики зависят от объема работы и действующих расчетных норм времени на ультразвуковые исследования, а также от плана по труду и ассигнований на заработную плату.

Должность заведующего отделением предусматривается при наличии в штате не менее 3 должностей врачей ультразвуковой диагностики вместо 0,5 должности врача.

2. Средний медицинский персонал. Должность старшей медицинской сестры зависит от числа должностей врачей ультразвуковой диагностики, включая должность заведующего отделением, и устанавли-

ливается соответственно должности заведующего отделением вместо 0,5 должности медицинской сестры.

3. Младший медицинский персонал. Должности санитарок устанавливаются из расчета 0,5 должности на 1 должность врача ультразвуковой диагностики, включая должность заведующего отделением, но не менее 1 должности.

Примечание. Функционирование установок отделений (кабинетов) ультразвуковой диагностики обеспечивает инженерный персонал, должности которого вводятся в соответствии с типовыми штатами руководящих работников, специалистов, служащих и рабочих учреждений здравоохранения (приказ МЗ СССР № 581 от 21.07.88 г.).

С учетом конкретных условий деятельности женских консультаций формируют штаты патронажных акушерок (0,5 на 1 участок), патронажных социальных медицинских сестер, сестер для работы в процедурном кабинете, врачей и средних медицинских работников специализированных видов акушерско-гинекологической помощи, акушера-гинеколога и акушерки (медсестры) для производства мини-аборта, а также медицинского статистика.

Должность юрисконсульта устанавливается в женских консультациях с числом врачебных должностей 5 и более (приказ МЗ СССР от 28.12.79 г. № 1320 «О типовых штатах административно-управленческого и хозяйственного обслуживающего персонала учреждения здравоохранения»).

Штаты медицинского персонала для дневных стационаров в амбулаторно-поликлинических учреждениях утврждают индивидуально в зависимости от объема работы и профиля госпитализируемых больных (приказ МЗ СССР № 1278 от 16.12.87 г.).

Норма нагрузки акушера-гинеколога на амбулаторном приеме составляет в среднем 12 мин на 1 больного или 5 женщин в 1 ч, на профилактическом осмотре — 8 мин на 1 пациентку и на специализированном приеме — 20 мин.

Режим работы женской консультации должен обеспечивать оказание амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женщинам в их нерабочее время. Наиболее рациональный режим работы женских консультаций в городах с 8.00 до 21.00, а по субботам и предпраздничным дням — с 9.00 до 18.00.

Продолжительность работы акушера-гинеколога составляет 6 1/2 ч при 6-дневной рабочей неделе. График его работы определяется затратами времени на амбулаторный прием, помощь на дому, в том числе в субботние дни, санитарное просвещение и др. Примерный график приведен ниже.

ГРАФИК

работы акушера-гинеколога женской консультации

В месяц 165—167 ч работы в зависимости от количества дней в месяце.

При 5-дневной рабочей неделе длительность рабочего дня 7 ч 30 мин.

1 смена: с 8.00 до 15.30

II смена: с 12.30 до 20.00

Время распределяется так: прием 6 ч, патронаж 1 ч 30 мин.

В счет оставшегося времени врач обеспечивает прием в субботу или праздничные дни.

Число посещений в 1 ч на приеме 5, при профилактических осмотрах — 8, по помощи на дому — 1,25.

В графиках работы акушера-гинеколога необходимо отражать все регистрируемые виды работ, выполняемых врачом: прием в женской консультации, посещение на дому, профилактическая и санитарно-просветительная и другая работа, которые он заносит в «Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации».

В проведении приема и лечения больных врачу помогает акушерка участка: она готовит инструменты, медицинскую документацию, взвешивает беременных и измеряет АД, выдает направления на анализы и консультации, проводит лечебные процедуры, осуществляет патронаж на дому. Акушерка ведет «Дневник работы врача и среднего медицинского персонала поликлиники, диспансера, консультации, здравпункта, колхозного родильного дома, ФАП».

В регистратуре женской консультации должна быть четкая наглядная информация: о часах работы женской консультации, включая субботные и предпраздничные дни; куда обращаться населению за медицинской помощью, если женская консультация прекратила свою работу (с указанием номеров телефонов, адресов и видов транспорта, на котором можно доехать до соответствующего лечебно-профилактического учреждения); расписание работы врачей всех специальностей, лечебных и диагностических кабинетов, лекций в «Школе материнства».

Регистратура обеспечивает предварительную запись на прием к врачу на все дни недели при личном посещении или по телефону. При предварительной записи женщине выдают «Талон на прием к врачу», так как в консультации должна быть «Карточка предварительной записи на прием к врачу». Женщина может сама записаться на прием в удобное для нее время в специальном журнале, который находится в регистратуре. Акушерка в соответствии с этими записями готовит к приему документацию.

Акушер-гинеколог совместно с акушеркой осуществляет лечебно-профилактическую работу на закрепленном за ними акушерско-гинекологическом участке на приеме, оказывает помощь на дому беременным, родильницам и гинекологическим больным, которые по состоянию здоровья не могут сами явиться в консультацию или отказываются от госпитализации.

Врач посещает больную по вызову в день вызова, а при необходимости срочного осмотра — немедленно после посещения делает соответствующие записи в «Книге записи вызова врача на дом», «Медицинской карте амбулаторного больного» либо в «Индивидуальной карте беременной и родильницы».

Лечебные процедуры, а также манипуляции диагностического ха-

рактера по назначению врача выполняет на дому средний медицинский персонал (акушерка, лаборантка и др.).

В женской консультации предусмотрены кабинеты: регистратура, для приема беременных, родильниц, гинекологических больных, здоровых женщин, психопрофилактической подготовки к родам, манипуляционный, главного врача и старшей медицинской сестры, функциональной диагностики, физиотерапевтический. В консультациях на 8 участков и более имеются кабинеты социально-правовой, для приема терапевтом, венерологом, стоматологом. Если женские консультации входят в состав поликлиники или МСЧ, 3 последних кабинета являются общими для всего населения.

В городах (в крупных городах в районах) одна из консультаций, лучшая по организационным формам работы и показателям деятельности, выделяется как «базовая».

Сеть женских консультаций позволяет практически всем беременным находиться под наблюдением медицинского персонала. Эффективность активно проводимых в консультации мер по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода наиболее высока, если их начинают на ранних сроках беременности.

Ранняя постановка на учет беременной в женской консультации помогает более правильно определить дородовой отпуск, способствует снижению показателей недонашиваемости, мертворождаемости, ранней неонатальной материнской смертности. Своевременное обращение беременной в женскую консультацию позволяет провести ей полный объем обязательных обследований.

Для патронажа отбирают карты не явившихся в назначенный срок женщин. Патронаж на дому проводят по назначению врача. Для полноценного патронажа на дому акушерка берет с собой тонометр, фонендоскоп, сантиметровую ленту, акушерский стетоскоп и пробирки для кипячения мочи.

Результаты патронажного посещения акушерка, а в некоторых случаях акушер-гинеколог заносит в «Индивидуальную карту беременной и родильниц».

В здравоохранение, как и в другие отрасли непроизводственной сферы, внедрены новые формы хозяйствования с учетом экономических методов управления, предусматривающих переход от отраслевого к преимущественно территориальному принципу управления здравоохранением. Структура сети учреждений определяется вышестоящим органом управления, в своей деятельности учреждения руководствуются законом РСФСР «О предприятиях и предпринимательской деятельности» (25.12.90 г.). Основными источниками финансирования служат средства бюджета, медицинского страхования, договора от выполнения сверхнормативных услуг, платные услуги дополнительных заказов, сэкономленных в результате снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности, добровольных взносов предприятий, учреждений, кооперативов и граждан. Средства, полученные от всех источников, образуют единый фонд территориального медицинского

объединения. Бюджетное финансирование осуществляют по нормативам в расчете на 1 жителя в год. Амбулаторные учреждения ведут расчеты со стационарами, диагностическими центрами и другими учреждениями по договорам. Для оценки объема и качества деятельности разрабатываются специальные стандарты. Штатное расписание формирует руководитель учреждения с учетом планового объема работ и установленных цен. Качество работы оценивают по основным показателям здоровья населения.

Санитарно-просветительная работа в женской консультации¹. Осуществляется как в самой консультации, так и вне ее (на территории закрепленного района) и строится на соблюдении принципа участкового обслуживания женщин. Основная цель санитарно-просветительной работы среди беременных, рожениц и родильниц — повышение у них санитарной культуры и воспитание ответственного отношения не только к своему здоровью, но и будущего ребенка; обучение правилам вскармливания и ухода за новорожденным. Женщины разъясняется необходимость соблюдения гигиенических правил в различные сроки беременности, диеты, режима труда и отдыха, гигиены половой жизни, систематического медицинского наблюдения в женской консультации. Женщину знакомят с основами законодательства по охране материнства и детства.

Родильниц знакомят с правилами личной гигиены после родов, ухода за молочными железами, режимом питания, домашнего труда, обучают правилам вскармливания и ухода за ребенком.

Задачей санитарного просвещения среди гинекологических больных является воспитание у женщины сознательного выполнения ими назначенного обследования, режима лечения для быстрейшего и полного выздоровления. Женщину необходимо познакомить с особенностями течения ее заболевания.

Женщину, обратившуюся в консультацию за получением направления в стационар для искусственного прерывания беременности (а в отдельных случаях ее мужа или родственников), прежде всего следует убедить в необходимости серьезного отношения к данной операции и разъяснить вред и опасность искусственного прерывания беременности.

Основная задача санитарного просвещения в отношении здоровых небеременных состоит в сохранении их здоровья, предупреждении гинекологических и других заболеваний.

Наиболее распространенными методами санитарного просвещения являются индивидуальные и групповые беседы на приеме у врача (в основном с беременными); занятия в «Школе материнства» (с 15—16 нед беременности); физиопсихопрофилактическая подготовка к родам (32—34 нед беременности). При проведении данной работы широко используются наглядные, печатные и другие средства (брошюры, санитарные бюллетени, ящики вопросов и ответов, плакаты, выставки и др.).

¹ Подробно см. методические рекомендации «Организация санитарно-просветительной работы в акушерско-гинекологических учреждениях».

Лечебно-профилактическая помощь беременным

Известно, что в основе благоприятного исхода родов для матери и плода, профилактики заболеваемости новорожденного лежит правильная организация медицинской помощи беременной.

Сущность профилактики осложненной беременности и перинатальной патологии заключается в том, чтобы создать беременной такие социально-гигиенические условия, которые давали бы возможность сохранить ее здоровье и благоприятно развиваться плоду.

В настоящее время на ранний учет в женскую консультацию (до 3 мес беременности) становится 70% беременных; в городах этот показатель несколько выше, чем на селе, что во многом зависит от авторитета женской консультации среди населения, объема и качества санитарно-просветительной работы.

Несмотря на введение единовременного пособия в размере 50% минимальной оплаты труда женщинам, вставшим на учет в женские консультации в ранние сроки беременности (до 12 нед), число их возрастает незначительно.

При первом обращении беременной в консультацию на нее заводят «Индивидуальную карту беременной и родильницы», куда заносят данные подробно собранного анамнеза, включая семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте общие и гинекологические заболевания, операции, переливания крови, особенности менструальной, половой и генеративной функции.

При ознакомлении с семейным анамнезом нужно обращать особое внимание на такие заболевания, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, туберкулез, психические расстройства, а также многоплодие, рождение в семье детей с врожденными аномалиями и др.

Необходимо получить сведения о перенесенных женщиной заболеваниях, особенно о краснухе, хроническом тонзиллите, болезнях почек, легких, печени, сердечно-сосудистой, эндокринной патологии, повышенной кровоточивости, операциях, переливании крови, аллергических реакциях и др.

Акушерско-гинекологический анамнез должен включать сведения об особенностях менструальной и генеративной функций, в том числе о количестве беременностей, интервалах между ними, продолжительности, течении и их исходе, осложнениях в родах, после родов и аборт, массе новорожденного, развитии и здоровье имеющихся в семье детей, использовании контрацептивных средств. Необходимо уточнить возраст и состояние здоровья мужа, его группу крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек у супругов.

При первом осмотре беременной прежде всего оценивают характер ее телосложения, обращая особое внимание на женщин с избыточной и недостаточной массой тела.

Критерием избыточной или недостаточной массы тела считается величина выше или ниже стандартной (принятой за 100%) на 15—20% и более.

В качестве стандарта можно использовать индекс Брока (масса тела = длина тела - 100), таблицы максимально нормальной массы тела Егорова и Левитского или таблицы идеальной массы тела Покровского, а также массо-ростовой коэффициент — МРК ($\frac{\text{масса тела, кг}}{\text{рост, см}} \cdot 100$, норма в пределах 35—41%) или индекс Кетле ($\frac{\text{масса тела, кг}}{\text{рост, м}^2}$, норма для женщин в пределах 18—22).

Необходимо уточнить сведения об исходной массе тела незадолго до беременности, а также характер питания. При общем осмотре беременной обращают внимание на цвет кожных покровов и слизистых оболочек, выслушивают сердце, легкие, пальпируют молочные железы для исключения патологических изменений, оценивают форму сосков, а затем после общего проводят акушерский осмотр с измерением наружных размеров таза, диагональной конъюгаты, с последующим влагалищным исследованием и обязательным осмотром шейки матки и стенок влагалища в зеркалах. У женщины с физиологическим течением беременности при отсутствии изменений в области шейки матки и влагалища внутреннее акушерское обследование осуществляют однократно, а частоту последующих исследований устанавливают по показаниям.

При обследовании размеров таза надо прежде всего измерить пояснично-крестцовый ромб, что позволит уточнить форму таза беременной. При первом определении срока беременности необходимо согласовать его со сроком, предполагаемым самой женщиной. После осмотра акушером-гинекологом беременную направляют на обследование обязательно к терапевту, который осматривает ее в течение беременности дважды (после первого осмотра акушера-гинеколога и после 30 нед беременности). При первом посещении беременной терапевт оценивает состояние жизненно важных органов женщины и решает вопрос о сохранении беременности, а при наличии заболеваний — о совместном наблюдении с акушером-гинекологом. Перечень экстрагенитальных заболеваний беременных, требующих динамического наблюдения терапевтом, представлен в приложении 1.

При втором осмотре выявляют заболевания внутренних органов, обусловленные беременностью или возникшие самостоятельно, определяют необходимость не только госпитализации беременных по поводу этих заболеваний, но и учреждение для родоразрешения. Беременная должна быть осмотрена также зубным врачом, окулистом, отоларингологом и по показаниям — другими специалистами.

Все данные анамнеза, жалобы, результаты клинического обследования заносят в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» с указанием соответствующих назначений, даты последующей явки и подписью врача. С каждой беременной проводят беседу о важности регулярного посещения врача консультации и выполнении всех советов и назначений.

Главным принципом динамического наблюдения беременных яв-

ляется дифференцированное их обслуживание, включающее медицинский контроль за состоянием здоровья женщины, течением беременности, развитием плода и оказание профилактической и лечебной помощи как матери, так и «внутриутробному пациенту».

Принадлежность беременной к той или иной группе динамического наблюдения определяют после клинического и лабораторно-диагностического обследования, в дальнейшем — в 24—26 и 34—36 нед.

В соответствии с разработанными критериями оценки здоровья взрослого и детского населения выделены 3 группы динамического наблюдения.

Для унификации подхода к оценке здоровья различных групп населения, в том числе беременных, нами на основе данных литературы и оценки специалистов-экспертов разработаны критерии оценки здоровья беременных.

Предложенные критерии оценки здоровья беременной включают: — принадлежность ее к той или иной группе риска перинатальной патологии;

— физическое развитие беременной;

— функциональное состояние основных систем ее организма;

— физическое и функциональное состояние плода.

К I группе динамического наблюдения (D_1 — здоровые) относятся беременные, не имеющие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, доношивающие беременность до срока при отсутствии факторов риска перинатальной патологии и временной потери трудоспособности на протяжении беременности.

Вторую (II) группу (D_2 — практически здоровые) составляют беременные без экстрагенитальных и гинекологических заболеваний. Суммарная оценка выявленных у них факторов риска соответствует низкой степени перинатальной патологии, а имеющиеся функциональные нарушения отдельных органов или систем не вызывают каких-либо осложнений в течение всей беременности.

К третьей (D_3 — больные) относят беременных с установленным диагнозом экстрагенитального заболевания или с акушерской патологией. В настоящее время в практику здравоохранения внедрена схема дифференцированного интенсивного наблюдения за беременными высокого риска перинатальной патологии.

После перинатального скрининга, проводимого при первой явке в консультацию, выявляют беременных высокого риска и направляют их на консультацию к специалистам. После обследования решают вопрос о возможности сохранения беременности. Медицинские показания для прерывания беременности изложены в приказе МЗ РФ № 302 от 28.12.93 г. «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

При положительном решении вопроса о сохранении беременности у женщины с высокой степенью риска каждая беременная нуждается в дифференцированном плане ведения, включающем не только наблюдение за ее здоровьем, но и специальные методы, позволяющие оценить

состояние ее плода. План ведения обязательно должен быть внесен в «Индивидуальную карту беременной и родильницы».

В зависимости от принадлежности к группе динамического наблюдения обеспечивается маркировка индивидуальных карт, которая может меняться. Для каждой беременной намечают индивидуальный план наблюдения.

Порядок, частота наблюдения акушером-гинекологом и другими специалистами, объем лабораторно-диагностических исследований, характер лечебно-оздоровительных мероприятий и показания к госпитализации определены в приложении 2.

Особое внимание при наблюдении за беременной следует обращать на состояние плода: его положение, предлежащие, сердцебиение, характер шевеления, а также предполагаемую массу тела.

Для современной оценки отклонений от физиологического течения беременности и нормальных параметров развития плода целесообразно использовать гравидограмму (приложение 3). В комплексной оценке внутривутробного состояния плода большое значение имеет тест движений плода (ТДП), который является простым скрининговым методом, проводимым самими беременными (приложение 4).

Организация медицинской помощи женщинам-работницам строится по цеховому принципу и должна быть максимально приближена к месту работы беременной. В настоящее время вопрос об организации такого вида службы решается по усмотрению местных органов управления здравоохранением. Однако за беременной остается право выбора места наблюдения (по месту работы или месту жительства).

Частота посещений акушера-гинеколога, объем лабораторно-диагностических исследований определяются состоянием здоровья беременной и особенностями условий труда.

В функции цехового акушера-гинеколога входят обязательное посещение рабочих мест, знание условий труда в каждой профессии и соответствующих профессиональных вредностей, которые могут вызвать нарушения в течении беременности, родов, развитии плода.

При этом врач обязан учитывать содержание «Карты условий труда рабочих мест», которая составляется на предприятии при аттестации рабочих мест. При неблагоприятных условиях труда, в которых противопоказано работать беременной, ей выдается талон («Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу», утвержденное МЗ СССР от 04.10.80 г. № 1030), при этом врач руководствуется отраслевыми «Гигиеническими рекомендациями к рациональному трудоустройству беременных женщин» (Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора, Министерство здравоохранения Российской Федерации, 1993 г.).

Оптимальное трудоустройство беременных может быть обеспечено в условиях специализированных участков и цехов.

При благоприятных условиях труда, но неудовлетворительном здоровье беременной врач может предложить снизить ее норму выработки на 20—30% и даже до 50%.

В системе медико-социальных мер по охране здоровья беременных работниц следует широко использовать санатории-профилактории промышленных и сельскохозяйственных комплексов.

Консультативная помощь беременным может оказываться также в специализированных кабинетах крупных женских консультаций, специализированных стационарах, базах кафедр и НИИ. При этом возможно оказание платной медицинской помощи за право выбора врача, за расширение объема обследования, срочность анализов, предоставление комфортабельных условий при госпитализации в стационар и т. д.

Виды амбулаторной специализированной акушерской помощи определяются профилем патологии данного региона. Оправдали себя специализированные приемы по невынашиванию беременности и экстрагенитальной патологии (сердечно-сосудистая, сахарный диабет, заболевания почек, ряд инфекционных заболеваний и др.).

В связи со значительной долей в структуре заболеваемости и смертности детей с наследственной и врожденной патологией акушеры-гинекологи женских консультаций должны обращать внимание на выделение женщин в группы высокого риска данной патологии и рекомендовать медико-генетическое обследование. Показания для направления на медико-генетическое консультирование представлены в приложении 5.

По показаниям беременная с акушерской патологией госпитализируется в отделение патологии беременности физиологического или специализированного акушерского стационара. При экстрагенитальной патологии она может быть госпитализирована до 20 нед беременности в терапевтическое отделение по профилю заболевания или в отделение патологии беременности акушерского стационара. Беременных с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией следует направлять на госпитализацию в специализированный акушерский стационар или в перинатальный центр, если таковой существует на данной административной территории (создание перинатальных центров предусмотрено приказом МЗ СССР № 881 от 15.12.88 г.) для расширенного обследования, лечения или решения вопроса о пролонгировании беременности.

Приказом МЗ РФ № 318 от 04.12.92 г. «О переходе на рекомендуемые ВОЗ критерии живорождения и мертворождения» предусмотрен переход на критерии живорождения, включая, помимо дыхания и сердцебиения, пульсацию пуповины или произвольное движение мускулатуры. В связи с этим прерывание беременности при сроке 22 нед рассматривается как живорождение плода с регистрацией в случае его гибели в национальный показатель перинатальной смертности, если он прожил 168 ч и более. Поэтому женщины с прервавшейся беременностью при сроке 22 нед подлежат госпитализации в акушерский стационар для оказания помощи живорожденному плоду. При прерывании беременности по медицинским показаниям в 22 нед женщин также направляют в акушерский стационар.

При обеспечении условий для развертывания дневного стационара в женских консультациях, входящих в состав поликлиник, его организуют согласно приказу МЗ СССР № 1278 от 16.12.87 г. Показания для госпитализации беременных в дневные стационары представлены в приложении 6.

Для определения срока беременности при оформлении отпуска по беременности и родам врач руководствуется «Инструкцией по критериям определения беременности сроком 30 нед».

При сомнении в сроке беременности вопрос об отпуске решается консультативно с заведующим женской консультацией, отделением или другим врачом женской консультации.

Листки нетрудоспособности акушер-гинеколог выдает в соответствии с действующей инструкцией, и их регистрируют в «Книге регистрации листков нетрудоспособности». Учащимся для освобождения от занятий выдают справки с сохранением корешка в «Книге справок о временной нетрудоспособности студентов, учащихся техникумов и школ».

В настоящее время признано целесообразным изменение продолжительности декретного отпуска при многоплодной беременности.

Результаты изучения течения беременности и родов при многоплодной беременности, проведенные в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (НЦАГП РАМН), показали, что средний срок родов у этих пациентов составляет $36,0 \pm 0,2$ нед. Все они относятся к группе высокого перинатального риска, поскольку рождение детей с гипотрофией наблюдается у 66,7% матерей, железодефицитная анемия — у 86,7%, угроза преждевременного прерывания беременности — у 75%, поздний токсикоз — у 47,8%. Проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий у этих беременных, включающего освобождение от работы с 20—24 нед, позволяет пролонгировать гестационный период до 36 нед у 76,8% женщин и уменьшить перинатальные потери с 80,7 до 33,3%. В связи с этим мы рекомендуем предоставлять декретный отпуск при многоплодной беременности с 28 нед гестации.

Помимо этого, имеются рекомендации Международного семинара ВОЗ по перинатальной технологии, состоявшегося в Вологде в феврале 1993 г., о предоставлении декретного отпуска с любого срока беременности работницам в тех случаях, когда учреждение с вредными условиями труда не может обеспечить их перевод на безвредную работу.

Оформляя декретный отпуск, врач разъясняет женщинам необходимость регулярного (не реже 1 раза в 7—10 дней) посещения консультации во время отпуска.

В рекомендациях ВОЗ по перинатальной технологии потребности беременных рассматриваются как приоритетные в деятельности женских консультаций. Все они должны получать подробную информацию по уходу за будущим ребенком и состоянием своего здоровья.

Подготовка к родам и материнству проводится не только индиви-

дуально, но и путем групповых занятий по физиопсихопрофилактике. Сложившиеся в настоящее время нелегкие социальные условия жизни делают необходимым усиление психологической поддержки беременных. Опрос женщин показал, что 45% беременных не имеют возможности выполнить все рекомендации врача, включая питание, 47% могут выполнить их частично. Все 100% беременных боятся предстоящих родов.

В комплекс физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам входит гигиеническая гимнастика, которой рекомендуется заниматься ежедневно или через день с ранних сроков беременности под руководством инструктора лечебной физкультуры либо специально обученной медицинской сестры. Беременных после первичного обследования акушер-гинеколога и терапевт направляют в кабинет физкультуры с указанием срока беременности и состояния здоровья. Группы формируются из 8—10 человек с учетом сроков беременности. Занятия проводятся в утренние, а для работающих беременных дополнительно в вечерние часы. Физические упражнения делят на 3 комплекса соответственно срокам: до 16 нед, от 17 до 32 нед и от 33 до 40 нед. Каждый комплекс упражнений предусматривает обучение определенным навыкам, необходимым для адаптации организма к соответствующему периоду беременности. Занятия гимнастикой целесообразно завершать ультрафиолетовым облучением, особенно в осенне-зимний сезон. Если беременная не может посещать кабинет физкультуры, ее знакомят с комплексом гимнастических упражнений, после чего она продолжает гимнастику дома под контролем инструктора каждые 10—12 дней.

Больные беременные женщины выполняют лечебную гимнастику дифференцированно, с учетом основного заболевания. Противопоказана физкультура при острых или часто обостряющихся и декомпенсированных соматических заболеваниях, привычных выкидышах в анамнезе и угрозе прерывания данной беременности.

При подготовке беременных к родам их не только знакомят с процессом родов, но и обучают упражнениям по аутотренингу и точечному самомассажу как факторам, развивающим и укрепляющим волевые способности человека к самовнушению.

Методика организации и проведения занятий по психофизической подготовке беременных к родам представлена в методических рекомендациях МЗ СССР «Физическая и психическая подготовка беременных к родам» (1990).

Беременных обучают правилам личной гигиены и готовят к будущему материнству в «Школах материнства», организуемых в женских консультациях с использованием демонстративных материалов, наглядных пособий, технических средств и предметов ухода за ребенком.

К посещению «Школы материнства» следует привлекать всех женщин с ранних сроков беременности. Беременным следует осознавать важность посещения этих занятий. В консультации должна быть яркая информация о программе и времени проведения занятий. Непосред-

ственными помощниками врачей при проведении занятий в «Школе материнства» являются акушерки и медицинские сестры по уходу за ребенком.

При проведении занятий по определенным дням недели целесообразно формировать группы численностью 15—20 человек, желательно с одинаковым сроком беременности. В группе могут быть беременные, находящиеся под наблюдением как одного врача, так и нескольких.

Заведующая консультацией организует занятия, учитывая особенности местных условий, осуществляет контроль за работой «Школы материнства» и связь с территориальным центром здоровья для получения методической помощи и печатных материалов.

Учебный план «Школы материнства» предусматривает 3 занятия акушера-гинеколога, 2 педиатра и 1 юрисконсульта при его наличии.

Учебный план и программа акушера-гинеколога в «Школе материнства» представлены в приложении 7.

В целях информации акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течения беременности врач женской консультации выдает на руки беременной при сроке беременности 30 нед «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы».

При отъезде беременной в другой город (село) врач разъясняет необходимость ее дальнейшего наблюдения у акушера-гинеколога. Врач консультации или другого учреждения, временно наблюдающий за такой беременной, должен записывать основные результаты осмотров и исследований в выдаваемую ей ранее по месту жительства обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы и завести на нее «Индивидуальную карту беременной и родильницы».

Индивидуальные карты беременных хранят в кабинете акушера-гинеколога в картотеке по датам назначения последующего посещения.

В картотеке должны быть еще 3 отдельные ячейки для карт родивших, подлежащих патронажу женщины, госпитализированных беременных.

Улучшению преемственности в работе акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров по оказанию лечебно-профилактической помощи беременной и ее будущему ребенку, снижению лечебно-диагностических и организационно-тактических ошибок способствует создание акушерско-терапевтико-педиатрических комплексов. Принципы работы данных комплексов представлены в методических рекомендациях «Организационные и функциональные основы комплексного подхода к охране здоровья матери и ребенка в условиях акушерско-терапевтико-педиатрического комплекса» (Иваново, 1987) и в инструкции («Организация медицинского обслуживания беременных с риском акушерской и перинатальной патологии» (Иваново, 1987).

Аntenатальная охрана плода

Предложенный нами алгоритм обследования беременных (схема 1), помимо общепринятого рутинного скрининга, включает 3-кратное ультразвуковое обследование в динамике беременности, оформление гравидограммы в антенатальный период, в которой регистрируют основные результаты клинико-лабораторных обследований, тест движений плода (ТДП) с 28 нед до родов, 3-кратный скрининг на принадлежность женщин к группам динамического наблюдения с использованием балльной шкалы факторов риска в начале беременности, в 24—26 и 34—36 нед [Персианинов Л. И. и др., 1976].

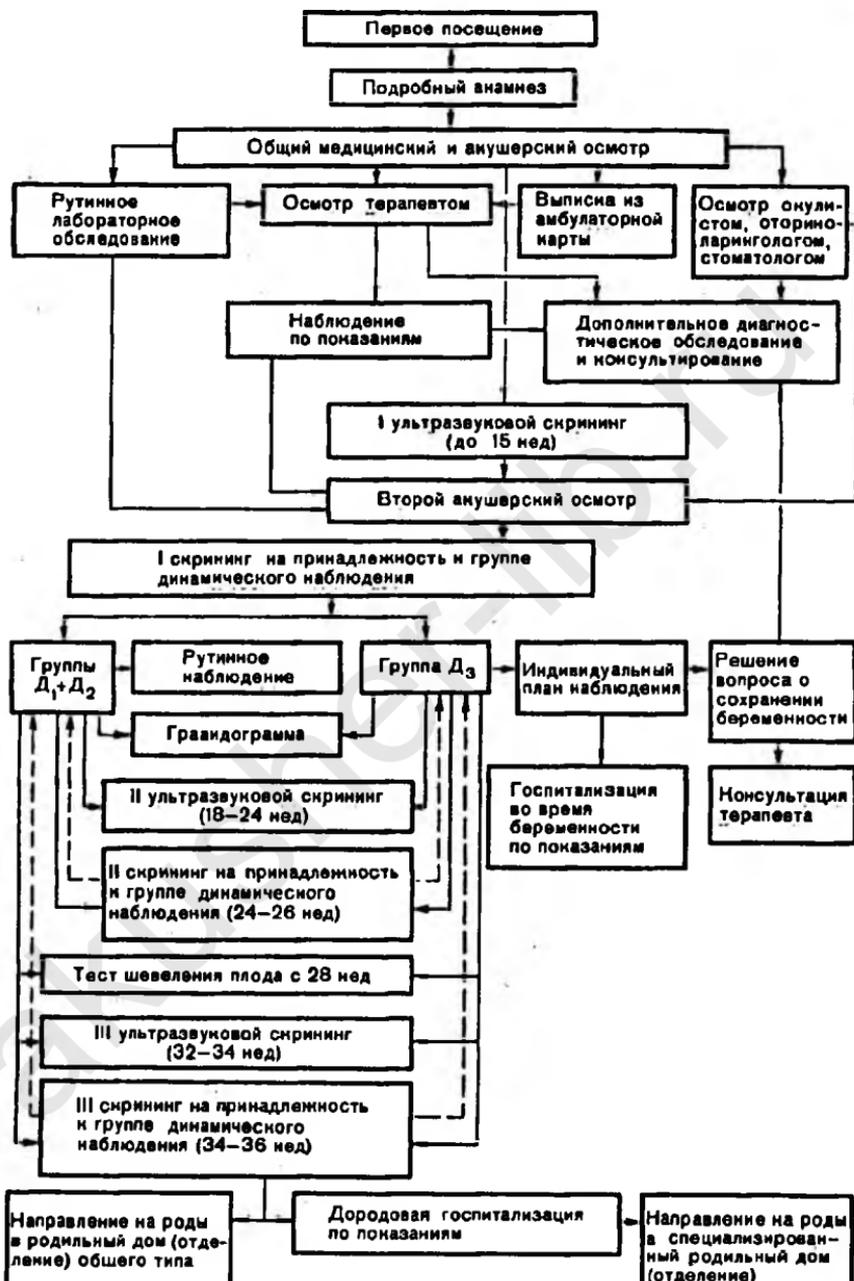
Указанную программу можно отнести к первичному скринингу, т. е. объему обследования, выполняемого в условиях женской консультации. По показаниям программа первичного скрининга дополняется II скринингом, осуществляемым в учреждениях, оснащенных специальным оборудованием.

В объем первоначального клинического обследования беременной, помимо осмотра терапевтом и стоматологом, включается обязательный осмотр окулистом и отоларингологом. От участкового терапевта запрашивают выписку из амбулаторных карт пациенток, что позволяет уточнить характер и частоту экстрагенитальной патологии. Анализ амбулаторных карт пациенток, наблюдавшихся в поликлинике, показал, что частота перенесенных в детстве и позже заболеваний в 2—3 раза выше по сравнению с анамнестическими данными, сообщаемыми самими беременными. Так, о заболевании в детстве ветряной оспой сообщили 17,5% женщин; по сведениям участкового терапевта, ее перенесли 49,3%; соответственно паротитом — 15,8 и 34,5%, краснухой — 3,5 и 16,2% и т. д. Особенно важны сведения о заболеваниях, которые могут отягощать течение беременности.

Как правило, анализ смертности и заболеваемости новорожденных подтверждает высокую заболеваемость женщин во время беременности. По данным Р. К. Игнатъевой и соавт. (1989), он составлял 1980,3 на 1000 женщин, при этом только 15,8% приходилось на акушерские осложнения.

Регламентировавший в настоящее время объем медицинского наблюдения беременных предусматривает их обследование у узких специалистов, в том числе у окулиста и отоларинголога, только по показаниям. В то же время осмотр всех беременных окулистом и отоларингологом позволил выявить нарушения органов зрения у 28,3% и заболевания уха, горла, носа, в том числе хронический тонзиллит, у 12,6% женщин, относящихся первоначально к здоровым и практически здоровым. В связи с этим возросла выявляемость заболеваний органов зрения и уха, горла, носа, составив в популяции беременных соответственно 33,9 и 17,6% вместо 16,5 и 5,3% при осмотре данными специалистами по показаниям. Это еще раз подтверждает необходимость введения в объем первоначального обследования беременных обязательных осмотров окулиста и отоларинголога.

Схема 1. Алгоритм обследования беременных в женской консультации.



Обследование беременных по программе расширенного скрининга свидетельствует о том, что 40,1% больных беременных нуждаются в дополнительных консультативных осмотрах высококвалифицированными специалистами. Среди беременных с экстрагенитальной патологией у 83,8% обнаружены хронические заболевания с обострением у 11,6% женщин. Чаще всего встречаются ОРВИ, заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, болезни печени, желудочно-кишечного тракта, нарушения жирового обмена. Высокая частота ОРВИ обусловлена более тщательной их регистрацией, включая наблюдение участкового терапевта на дому при заболевании беременной.

Оформление гравидограммы на каждую беременную с визуальной регистрацией динамики АД на специальной шкале позволило уточнить уровень гипертензивных нарушений, превышающий в 3 раза аналогичный показатель в популяции с рутинным наблюдением. Так, частота нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу составила 12%, гипертонической болезни — 5,6%, при этом гипертензивные нарушения выявлены впервые у 9,4% беременных, относящихся к группам наблюдения Д₁ и Д₂. Анамнез наследственности у беременных с повышенным АД свидетельствует о том, что у 26,1% при нейроциркуляторной дистонии и у 45% при гипертонической болезни родственники страдали гипертензией.

В то же время частота ревматических и врожденных пороков сердца в популяции беременных оказалась ниже при обследовании таких женщин в кардиологическом консультативно-диагностическом центре. Возрос уровень заболеваний почек за счет более тщательного обследования беременных. Так, проба Нечипоренко была выполнена практически у каждой третьей пациентки (31,7%), функциональная проба (Реберга) — у каждой десятой. При обнаружении в моче бактерий необходимо провести бактериологическое исследование мочи для выявления истинной бактериурии, которая, как правило, в 25% случаев предшествует развитию гестационного пиелонефрита.

Эхография почек у беременных с бессимптомной бактериурией выявила у 88,9% из них гидронефроз, расширение лоханок и пиелоктазию с правой стороны. Высокий уровень почечной патологии, в основном за счет пиелонефрита (10,4%), позволяет рекомендовать бактериологический скрининг мочи, раннее ультразвуковое сканирование мочевыводящих путей при их заболевании в анамнезе или выявлении лейкоцитурии и бактериурии.

Интересно отметить зависимость показателей некоторых заболеваний от возраста женщины. Среди беременных старше 30 лет у каждой третьей обнаружены гипертензия и нарушение жирового обмена, а среди беременных до 20 лет эти заболевания отмечены соответственно у 5,3 и 10,5% женщин.

Проведенное комплексное обследование позволило выявить впервые у 33,9% здоровых и практических здоровых беременных заболевания внутренних органов и систем, а при осмотрах взрослого населения от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{3}$ всех заболеваний, чем также сообща-

ют Г. З. Демченкова и М. Л. Полонский (1987). В результате расширенного обследования было установлено, что частота экстрагенитальных заболеваний в 1,5 раза выше, чем в группе беременных с рутинным наблюдением (табл. 1).

Как известно, залогом эффективных лечебных мероприятий является их своевременное проведение при раннем выявлении заболеваний. Трехкратный ультразвуковой скрининг, введенный в объем обследования популяционной группы беременных, позволил донозологически диагностировать различные нарушения в системе мать—плацента—плод у 53,7% женщин в процессе гестации, в том числе у 37,7%

Таблица 1

Частота и структура экстрагенитальной патологии в группах динамического наблюдения и популяции беременных

Заболевание	Частота на 100 беременных				Структура, %			
	программа наблюдения							
	расширенная			популяция	рутин- ная	расши- ренная	рутин- ная	
	Д ₁	Д ₂	Д ₃					популяция
ОРВИ	16,6	23,1	46,5	34,4	19,7	21,5	18,9	
Болезни органов зрения, в том числе:	24,4	33,3	38,4	33,9	16,5	21,1	15,8	
миопия средней и высокой степени	10,0	13,0	23,2	17,9	5,8	11,1	5,6	
Болезни системы кровообращения, в том числе:	16,6	27,5	37,9	30,6	21,9	19,0	21,2	
нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу	6,7	8,7	15,7	12,0	3,5	7,5	3,4	
гипертоническая болезнь	2,2	1,4	8,6	5,6	1,8	3,5	1,8	
артериальная гипотензия	3,3	5,8	5,1	4,8	3,5	3,0	3,4	
варикозное расширение вен нижних конечностей	2,2	8,7	4,0	4,5	4,3	2,8	4,2	
другие болезни сердца	1,1	2,9	2,0	2,0	4,5	1,2	4,2	
пороки сердца ревматические и врожденные	1,1	—	2,5	1,7	4,3	1,0	4,2	

Заблевание	Частота на 100 беременных					Структура, %	
	программа наблюдения						
	расширенная				рутин- ная	распи- ренная	рутин- ная
	Д ₁	Д ₂	Д ₃	популяция	популяция		
Болезни уха, горла, носа	7,8	18,8	21,7	17,6	5,3	11,0	5,1
в том числе хро- нический тонзил- лит	2,2	8,7	12,1	9,0	2,5	5,5	2,4
Болезни мочевыдели- тельной системы, в том числе:	7,8	5,8	20,7	14,6	11,5	9,1	11,0
пиелонефрит	5,5	4,3	14,6	10,4	10,0	6,4	9,6
бессимптомная бак- териурия	2,2	1,4	3,0	2,5	—	1,6	—
Болезни эндокринной системы, расстрой- ства питания, на- рушения обмена, в том числе:	—	7,2	22,7	14,1	17,3	8,6	16,6
ожирение	—	7,2	18,7	11,8	9,0	7,3	8,6
болезни щито- видной железы	—	—	3,0	1,7	8,0	1,0	7,7
сахарный диабет	—	—	1,0	0,6	0,3	0,3	0,3
Болезни органов пи- щеварения (печени, желудка, кишечни- ка)	3,3	7,2	16,2	11,2	5,3	7,0	5,1
Хронические болезни легких	—	—	3,5	2,0	2,2	1,2	2,1
Прочие	1,1	—	3,5	2,2	4,4	1,4	4,2
Итого...	77,6	122,9	211,1	160,6	104,1	100,0	100,0

относящихся первоначально к группе Д₁, у 48,5% — к группе Д₂ и у 62,8% — к группе Д₃. Результаты исследований свидетельствуют о том, что наибольшая частота различных нарушений в системе мать—плацента—плод обнаружена при первом ультразвуковом скрининге беременных в сроке до 15 нед, из них в 80,7% случаев до 12 нед беременности. При сканировании в ранние сроки беременности было зарегистрировано 3,8% женщин с неразвивающейся беременностью, в том числе с анэмбрионией и пузырным заносом.

К наиболее часто диагностируемой при ультразвуковом исследовании (УЗИ) патологии относится гипертонус матки, выявленный у

31,2% в популяционной группе. Предлежание, низкая локализация плаценты, а также участки ее отслойки без клипических проявлений обнаружены у 11,4% беременных в целой популяции почти с одинаковой частотой во всех группах, однако к концу беременности аномалия расположения плаценты сохранилась только у 0,9% женщин. Пороки развития матки найдены впервые у 2,3% в популяции беременных, опухоли матки и придатков — у 6,5%, из них в $\frac{2}{3}$ случаев впервые. Высокая частота различных осложнений отмечена при трансвагинальной эхографии в I триместре беременности.

Второй ультразвуковой скрининг следует проводить в 18—24 нед с целью диагностики врожденных пороков развития плода (ВПР). Как правило, легко диагностируются пороки развития нервной трубки и грубые пороки внутренних органов, не полностью — малые формы ВПР, что связано с отсутствием тщательной методики УЗИ для целенаправленного выявления ВПР при антенатальном скрининге беременных.

Третий ультразвуковой скрининг рекомендуется в 32—34 нед для биометрии плода и выявления соответствия его физических параметров гестационному возрасту. В это время наблюдаются признаки внутриутробной задержки развития плода (ЗРП), которые были диагностированы у 5,4% в популяционной группе.

Точность эхографической диагностики ЗРП в антенатальном периоде повышается после 37 нед беременности и достигает практически 100% при сочетании с доплерометрией кровотока в маточных и пуповинной артериях.

Наряду с ультразвуковой диагностикой ЗРП чувствительным скрининговым тестом в определении массы внутриутробного плода является измерение высоты стояния дна матки (ВСДМ) в динамике беременности в соответствии со специальной кривой, разработанной нами для гравидограммы, в которой указаны средние значения с доверительными интервалами при нормальной массе плода.

Ретроспективный анализ характера кривых ВСДМ в динамике беременности у женщин популяционной группы позволил выделить 4 типа: нормальную кривую — не выходящую за пределы нормальных доверительных интервалов; расположенную выше или на линии верхнего доверительного интервала; на границе нижнего доверительного интервала и затем ниже этой линии. Распределение массы тела новорожденных согласно центильным таблицам Дементьевой, Короткой (1984) в зависимости от типа кривых ВСДМ позволило определить чувствительность и специфичность данного теста, составившие соответственно 80,3 и 79,1%. Ретроспективный анализ показал, что при высоком расположении кривой ВСДМ дети массой выше средней нормы (3650—3800) родились в 86,8% наблюдений, с крупной массой (≥ 4000) — в 47,4%. При рождении детей с очень крупной массой (≥ 4500) или при наличии многоводия высокая форма кривой ВСДМ обычно отмечалась в 82,4% наблюдений с 21—23 нед беременности, в то время как для массы плода в пределах 3800—4000 г более характерным было повышение кривой после 31—32 нед. При кривой ВСДМ, расположен-

ной ниже линии нижнего доверительного интервала, число новорожденных с массой ниже средней нормы (2800—3000) составило 76,2%, с массой выше средней нормы — только 4,8% и не было новорожденных с крупной массой. При этом если низкая форма кривой отмечалась рано (с 21—24 нед), то у 92,8% новорожденных диагностирована гипотрофия I степени, при более позднем ее появлении (после 30—32 нед) — у 74,2%. Число детей, родившихся с массой ниже 2600 г при доношенной беременности, составило соответственно 32,1 и 16,1%. Интересно отметить, что у здоровых и практически здоровых женщин частота низкой кривой ВСДМ в ранние сроки беременности была в 2,5 раза меньше, чем в поздние сроки, а у беременных группы Д₃ это соотношение имело обратный характер.

К важным прогностическим показателям массы тела новорожденного можно отнести оценку МРК матери и прибавку ее массы тела во время беременности, поскольку научными исследованиями доказана коррелятивная связь между ними. Для оценки прибавки массы тела рекомендуется использовать представленные в гравидограмме 3 графика средних величин с доверительными интервалами нормальной прибавки массы тела беременной в зависимости от ее исходного МРК в начале беременности.

Массо-ростовые показатели женщин существенно изменились в текущем столетии, которое характеризуется продолжающейся акселерацией человека. За последние 60 лет средняя длина тела у женщин центральных областей Российской Федерации увеличилась на 7,1 см, масса — на 7,8 кг. Результаты исследования современной популяции беременных свидетельствуют о том, что средняя длина тела у них составляет $161,3 \pm 5,8$ см, масса — $59,7 \pm 5,9$ кг.

Наибольшая доля в популяции беременных приходится на женщин с гармоническим типом физического развития — 44% (субатлетический и стенопластический соматотипы), с избыточной массой тела преимущественно за счет ожирения — 21,8% (пикнический и эурипластический типы), с массивно развитой костной и мышечной массой — 16,3% (мезопластический и атлетический типы) и с исходным дефицитом массы тела — 15,3%.

В результате исследований установлено, что среди здоровых и практически здоровых беременных преобладают соматотипы гармонического телосложения (75 и 60%), а с дефицитом массы тела — только 8—10%. У беременных группы Д₃ выявлено 27,9% женщин гармонического телосложения с одновременным возрастанием соматотипов с дефицитом массы (19,5%) и с повышенным жиросотложением (30,5%). Следует обратить внимание на тот факт, что у женщин с дефицитом массы тела отмечен самый высокий уровень экстрагенитальных заболеваний (61,1%) и осложнений беременности (63,8%) по сравнению с остальными соматотипами. Наибольший удельный вес среди заболеваний имеют вегетативно-сосудистая дистония по гипотоническому типу (33,3%), пиелонефриты (19,4%), ревматизм в анамнезе и ревматические пороки сердца (13,8%); из акушерских осложне-

ний—угроза прерывания беременности (50%), анемия (19,4%), ранний токсикоз (16,7%), нефропатия (13,7%). Значительная степень пренатальных факторов риска у беременных с дефицитом массы тела обусловила наибольшую частоту у них самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов (16,7%), а также рождение детей с низкой массой тела по сравнению с остальными соматотипами беременных. Высокая вероятность риска преждевременного прерывания беременности у женщин с дефицитом массы тела подтверждается результатами долгосрочных наблюдений, выявивших наибольшую частоту случаев угрозы прерывания беременности у женщин с дефицитом массы тела.

Антропометрия женщин в динамике беременности с измерением их костной и жировой массы показала, что наибольшая прибавка подкожного жира при адекватном питании наблюдается у беременных с дефицитом массы тела, составляя к 25 нед $1,46 \pm 0,51$ кг, а к 36—37 нед — $2,72 \pm 0,42$ кг ($p < 0,05$).

У беременных субатлетического и стенопластического телосложения масса жира к концу беременности возрастает соответственно на $1,95 \pm 0,66$ и $1,37 \pm 0,37$ кг, мезопластического и атлетического — на $1,17 \pm 0,38$ и $1,33 \pm 0,49$ кг, наименьшее накопление жира у беременных пикнического и эурипластического телосложения — $0,95 \pm 0,34$ и $1,07 \pm 0,16$ кг. У некоторых женщин с ожирением отмечается даже потеря массы жира в процессе беременности.

Как показал анализ выборки из популяционной группы здоровых и практически здоровых беременных, имеющих нормальную, избыточную массу тела и ее дефицит, прибавка массы в пределах $\pm 1\sigma$ к концу беременности у женщин с нормальной массой тела составляет $10,73 \pm 3,25$ кг, с избыточной — $8,3 \pm 2,12$ кг и с дефицитом массы тела — $12,07 \pm 2,82$ кг.

Предложенные стандарты прибавки массы тела в период беременности включены в гравидограмму, используемую в системе первичного скрининга беременных в женских консультациях.

Низкой прибавкой массы тела в период беременности можно считать ее величину ниже 7 кг, являющуюся пределом нижней границы нормальной прибавки у женщин гармонического развития.

Как показали результаты исследования, у женщин с прибавкой массы в период беременности ниже 7 кг средняя масса новорожденных достоверно ниже, чем у матерей с прибавкой массы более 7 кг, а рождение детей с задержкой развития — в 5 раз чаще. При этом среди пациенток с низкой прибавкой массы в период беременности преобладают женщины с дефицитом массы тела (масса 49 кг, рост 165 см), число экстрагенитальных заболеваний на 1 беременную с низкой и нормальной прибавкой массы тела составило в группе D_3 соответственно 1,37 и 0,88; $p < 0,05$. Среди акушерских осложнений хроническая угроза прерывания беременности и выраженный ранний токсикоз встречаются в 3 раза чаще, чем у беременных с нормальной прибавкой массы тела.

Важна оценка еженедельной прибавки массы тела у женщин с низкой прибавкой и рождением плода с массой ниже средней нормы. Как показывает анализ, в этих случаях еженедельная прибавка массы тела матери в 28—35 нед уменьшается в $1\frac{1}{2}$ —2 раза, особенно в 31—32 нед, по сравнению с нормальной прибавкой, составляющей, по данным Е. И. Николаевой и соавт. (1989), 350—400 г в этот период беременности.

Таким образом, падение еженедельной прибавки массы тела в эти сроки можно рассматривать как индикатор возможной ЗРП. Кроме того, это подтверждает мнение ряда исследователей, что недостаточная прибавка массы тела матери, особенно между 28—32 нед, может прогнозировать не только рождение плода с низкой массой тела, но и наступление преждевременных родов.

Чувствительность теста низкой прибавки массы тела в оценке массы плода составила по результатам исследования 58,3%, а специфичность — 71,2%. Эти параметры менее информативны, чем ВСДМ, но, по нашему мнению, имеют право на представительство в первичном скрининге беременных.

Другим информативным и простым скрининговым тестом в оценке состояния плода является тест его двигательной активности.

В настоящее время доказано, что двигательная активность плода отражает его состояние, а снижение шевелений, вплоть до их исчезновения, — «страдание» плода.

Установлено, что беременные ощущают 82—87% внутриутробных движений плода. Обычно ориентация на признаки «страдания» плода основана на уменьшении его движений более чем на 50% в течение 2 дней. По мнению некоторых авторов, беременные не могут самостоятельно дифференцировать различные движения плода, поэтому целесообразно фиксировать их внимание на изменении числа и времени шевеления плода. Для этого используется ТДП «Считай до 10», регистрируемый ежедневно с 9 ч. утра самой беременной с 28 нед.

Результаты исследований позволили выявить 2 типа ТДП — «компактный» и «размашистый». «Компактный» характеризуется стабильным временем при регистрации 10-го движения плода, и обычно большинство беременных указывают на диапазон 10.30—11.00, а «размашистый» — большей амплитудой времени подсчета 10 движений плода с колебаниями в 9.30—20.00 в разные дни у одной и той же женщины. Время регистрации 10-го шевеления плода большинство беременных до 36 нед отмечали к 12.00, а после 36 нед оно смещалось к 13.00—15.00.

«Размашистый» тип ТДП выявлен у 37,8% пациенток группы Д₃ и у 19,7% — групп Д₁ и Д₂. Механизм «размашистого» типа ТДП согласуется с данными объективной актографии плода, которая характеризуется при его неблагоприятном состоянии снижением числа и амплитуды движений, а также увеличением пауз между шевелениями.

При «размашистом» типе ТДП патологических нарушений во время УЗИ выявлено почти в 5 раз больше, чем при «компактном», а

по данным антенатальной КТГ, начальные признаки «страдания» плода регистрируются чаще. После рождения оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни 7 баллов и ниже была у 40,9% новорожденных при «размашистом» ТДП и у 26,9% — при «компактном» (на 5-й минуте оценки по Апгар 7 баллов и ниже были соответственно у 4,5 и 2%); обвитие пуповины было отмечено у 38,6 и 29,8% соответственно.

В раннем неонатальном периоде симптомы дизадаптации и нарушения мозгового кровообращения различной степени обнаружены почти в 2 раза чаще у новорожденных при «размашистом» типе ТДП, чем при «компактном», а число детей с массой ниже средней нормы в 2 раза выше.

Таким образом, при «размашистом» типе ТДП риск нарушения состояния плода возрастает, что требует дополнительного диагностического обследования в программе вторичного скрининга, необходимого для более углубленного обследования и наблюдения беременных с высоким риском перинатальной патологии.

Беременным высокого риска перинатальной патологии рекомендуется проведение нижеуказанного спектра диагностического обследования с целью раннего выявления и коррекции факторов риска.

Гормональные исследования функции плаценты. Как показывают результаты исследования, в гормональном мониторинге нуждается не менее 20% беременных популяционной группы. К ним относятся пациентки с гипертензивными нарушениями в процессе беременности, включая поздний токсикоз, с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом, обусловленным преждевременными родами, самопроизвольными выкидышами, нарушении менструальной функции, бесплодием, имеющие низкую массу тела и незначительную ее прибавку за время беременности, перенесшие выраженный ранний токсикоз, хроническую угрозу прерывания беременности, с отслойкой и аномалией расположения плаценты, опухолями матки, пороками ее развития и другими факторами риска.

В настоящее время для выявления функциональной способности плаценты эстриол (E_3) в крови определяют радиоиммунологическим методом, однако в силу биосинтеза стероидных гормонов, связанных с фетальной эндокринной секрецией, их диагностическая информативность специфична для более поздних сроков беременности.

Об условиях развития плода в ранние сроки беременности больше информируют белковые гормоны плаценты — хорионический гонадотропин (ХГ) и плацентарный лактоген (ПЛ), поскольку они продуцируются трофобластом и синцитиотрофобластом плодного яйца. Роль ПЛ еще недостаточно ясна. Некоторые авторы полагают, что ПЛ не является информативным методом контроля за развитием беременности и его следует комбинировать с другими пробами. Однако, по мнению большинства исследователей, в динамике беременности он может служить диагностическим тестом для выявления синдрома плацентарной недостаточности.

Динамика показателей концентрации ПЛ (мкг/мл) в крови у беременных ($M \pm \sigma$)

Срок беременности, нед	Группа беременных с		Показатель статистической достоверности, P
	плацентарной недостаточностью	физиологической беременностью	
8	0,22 ± 0,09	0,26 ± 0,14	>0,05
12	0,58 ± 0,18	0,85 ± 0,3	<0,05
16	1,62 ± 0,4	2,2 ± 0,59	<0,05
20	2,91 ± 0,58	3,81 ± 1,12	<0,05
24	3,24 ± 0,63	4,5 ± 1,11	<0,001
28	4,11 ± 0,97	6,41 ± 1,52	<0,001
32	5,0 ± 1,6	7,5 ± 1,87	<0,001
36	7,29 ± 0,79	11,5 ± 2,8	<0,001
38	7,92 ± 1,03	9,43 ± 2,1	<0,001

И. П. Ларичева и В. И. Чулкова (1988) установили, что ПЛ больше и E_3 раньше обнаруживает начинающуюся несостоятельность плаценты. В настоящее время ему отводится роль метаболического гормона, влияющего на липолиз в организме матери, при сохранении глюкозы для питания плода. Предположительный механизм такого действия подтверждается различной концентрацией ПЛ при гипергликемии у крупных плодов и гипогликемии у плодов с гипотрофией.

Учитывая вариабельность показателей гормональной функции плаценты и ограниченную диагностическую ценность их однократного исследования, необходимо определять ПЛ в динамике начиная с ранних сроков беременности. Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что у женщин с риском плацентарной недостаточности (табл. 2) уровень ПЛ достоверно ниже показателей физиологической беременности.

Уровень ПЛ в динамике беременности можно рассматривать в качестве теста, определяющего массу плода. По нашим данным, его чувствительность в прогнозе плода с низкой массой тела составляет 88,6%, а специфичность — 85,7%.

Снижение уровня ПЛ на 30% по отношению к предыдущему показателю свидетельствует о наступлении родов, в том числе преждевременных, за 2—3 нед до выкидыша темп нарастания уровня ПЛ, как правило, уменьшался в 2 раза.

По общему мнению, «зоной опасности» для плода является снижение ПЛ на 50% по отношению к его нормальному уровню, или концентрация ниже 4 мкг/мл на 30-й неделе беременности. Низкие показатели концентрации ПЛ у беременных с внутриутробной гипотрофией плода коррелируют с другими прогностическими тестами.

Как показали результаты анализа, у 60,7% женщин с низким уровнем ПЛ кривая ВСДМ располагалась на нижней границе или ниже нормального доверительного интервала, причем у большинства из них с 22—24 нед. Низкая прибавка массы тела отмечена у 35,7% беременных.

Во II—III триместре беременности прогностическим тестом в оценке состояния плода служит радиоиммунологический метод исследования Э₃ в крови. Уровень его начинает возрастать после 15 нед беременности и к 27—28 нед увеличивается в 50—60 раз по сравнению с его концентрацией в лютеиновую фазу менструального цикла. Результаты исследования уровня Э₃ в крови при неосложненной беременности, разработанные в НЦАГП РАМН, представлены ниже.

Уровень Э₃ в крови в динамике физиологической беременности

Срок беременности, нед	Показатель, нг/мл М ± m
13—16	2,22 ± 0,35
17—20	4,16 ± 0,57
21—24	7,69 ± 0,60
25—26	9,92 ± 1,10
29—32	14,43 ± 1,69
33—34	13,84 ± 2,50
35—36	15,78 ± 1,45
37—38	21,31 ± 1,70

Диагностические тесты у беременных с риском невынашивания. Учитывая актуальность проблемы невынашивания беременности, обуславливающую высокую долю (75%) недоношенных в структуре перинатальной смертности и заболеваемости в экономически развитых странах, в гравидограмму введена графа, отражающая изменение ХГ в динамике I триместра беременности и наблюдения за состоянием шейки матки для своевременного выявления истмико-цервикальной недостаточности по схеме Bishop, указанной в приложении 3.

Обследованию подлежат прежде всего беременные, имеющие медицинские факторы риска, самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды в анамнезе независимо от их числа, гипертонус матки, многоводие, выявленные при ультразвуковом скрининге, клинические признаки угрозы прерывания беременности, инфекцию мочевых путей, опухоли матки, травматическую деформацию шейки матки, нарушение менструального цикла, бесплодие в анамнезе.

Симптомы угрозы прерывания беременности диагностированы у 28,3% женщин популяционной группы, в том числе у 21,8% при ультразвуковом скрининге установлен гипертонус матки, подтвержденный другими методами исследования. У беременных в возрасте 35 лет и старше частота данной патологии в 3 раза выше, чем у женщин 20—29 лет, что, по-видимому, связано с большим числом аборт в анамнезе по мере увеличения их фертильного возраста.

Определение экскреции ХГ позволяет оценить характер течения

беременности в I триместре, при этом важна не только величина ХГ, но и наличие его пика относительно срока беременности.

Уровень экскреции ХГ в динамике физиологической беременности

<i>Срок беременности, нед</i>	<i>Показатель, МЕ/л, М±m</i>
3—4	9100±1000
5	18 400±1200
6	29 500±1600
7	42 400±2200
8	56 000±3200
9	52 000±3700
10	51 000±3200
11—12	36 000±4200
13	19 000±2500

Как показали результаты исследования, тест определения ПЛ в динамике беременности оказался чувствительнее ХГ для оценки функции трофобласта в I триместре при угрозе прерывания беременности.

Для объективной оценки тонуса матки рекомендуется использовать тонусометрию, для чего применяют специальный прибор тонусометр. Тонус матки измеряют в положении беременной на спине, прибор устанавливают на передней брюшной стенке в зоне тела матки. Глубину погружения в стенку матки цилиндра с эталонной массой отмечают на измерительной шкале в условных единицах. Показатель более 7 условных единиц рассматривается как признак повышенного тонуса матки. Опыт показывает, что у 58% беременных с субъективными жалобами на боли внизу живота выявлена повышенная активность миометрия, что позволяет рекомендовать этот метод как информативный в объективной диагностике угрозы прерывания беременности. В более поздние сроки беременности для выявления повышенной сократительной деятельности матки используют гистерографию.

После 12 нед беременности женщинам с угрозой ее прерывания рекомендуется контроль за состоянием шейки матки и цервикального канала каждые 2 нед. Для этого шейку матки осторожно рассматривают в зеркалах с целью выявления симптома «зрачка» с последующей аккуратной пальпацией для оценки ее состояния. Начинаяющаяся нестойкость шейки матки выявлена у 20,7% пациенток с угрозой прерывания беременности, что позволило своевременно провести соответствующую коррекцию. По нашим данным, частота преждевременного прерывания беременности у женщин с риском ее невынашивания составила 16,8%, что меньше аналогичных осложнений, наблюдаемых у 28,1% женщин, состоящих на учете в специализированном кабинете невынашивания беременности.

Важным принципом в профилактической деятельности женской консультации является доклиническая диагностика позднего токсикоза, занимающего одно из ведущих мест в структуре материнской и

перинатальной смертности. С этой целью разработаны клинические критерии претоксикоза, позволяющие определить его симптомы еще в преморбидной стадии: скрытые отеки, устанавливаемые обычно при регулярном измерении массы тела, и др. Рассматривая однократную прибавку массы тела выше положенной нормы как ранний симптом токсикоза, врачи женских консультаций обычно рекомендуют беременным разгрузочные дни или прием диуретических средств.

Учитывая современное представление о патогенезе позднего токсикоза, в основе которого лежат механизмы генерализованной вазоконстрикции и гиповолемии, целесообразность назначения указанных процедур в настоящее время дискутируется и многими исследователями отвергается в связи с возможностью усугубления гиповолемии.

Для объективного подтверждения отечного синдрома у беременных можно использовать экспресс-метод определения удельного электрического сопротивления крови (УЭСК), показатели которого внесены в одну из граф гравидограммы. Портативный прибор кондуктометр дает возможность в течение 20—30 с получить результаты исследования в микродозах крови объемом 0,1 мл. Стрелочный индикатор при включении стеклянного капилляра-датчика с кровью в электросеть указывает величину УЭСК (Ом). Показатель УЭСК в пределах 155—180 Ом/см является нормальным, 154—145 Ом/см указывает на скрытые отеки, а ниже 145 Ом/см — на явные.

По данным Ю. П. Прокопенко (1983), исследовавшего прогностическую ценность УЭСК, кондуктометрия малых объемов крови позволяет диагностировать в 70% случаев отечный синдром за 10—14 дней до его клинического проявления.

Определение УЭСК потребовалось у 17,1% беременных популяционной группы. Срок проведения исследования составил в среднем $34,2 \pm 2,13$ нед, патологическая прибавка массы тела — $1,42 \pm 0,31$ кг за 1 нед при отсутствии видимых отеков. Как показали результаты исследования, у 54,4% беременных с патологической прибавкой массы тела в течение недели показатель УЭСК был снижен и находился в пределах $147,7 \pm 7,31$ Ом/см, что указывало на наличие скрытых отеков.

Кардиотокография (КТГ) — диагностический метод оценки состояния плода — стала популярной в 70-е годы благодаря простоте и эффективности использования. Характеризуя основные достижения перинатальной медицины за 25 лет с момента ее становления, Saling, Agabin (1988) назвали КТГ поворотной вехой в истории развития акушерства, а Petrie (1981), проанализировав итоги различных тестов в оценке состояния плода, рассматривает ее как краеугольный камень в акушерской практике 80-х годов. В то же время некоторые исследователи считают, что КТГ следует использовать только у беременных высокого риска в связи со значительной стоимостью обследования. В Великобритании в 4 центрах с высоким уровнем компьютеризации был организован кардиографический мониторинг плода, передающий частоту его сердцебиения с помощью специального датчика на стан-

ции регистрации, что оказалось экономически выгоднее, чем госпитализация беременных. Применение КТГ у беременных высокого риска позволило снизить показатель мертворождаемости с 13,3 до 9,3‰, частоту антенатальной гибели детей — с 10,5 до 4,4‰.

В настоящее время при скрининге беременных применяют нестрессовый тест (НСТ), который, по мнению ряда исследователей, высокочувствителен (75—89%) в диагностике хронического «страдания» плода. Наряду с этим отмечается высокий процент (87,2) ложноположительных результатов в интерпретации нереактивного НСТ, в связи с чем для достоверной информации КТГ комбинируют с ультразвуковым исследованием, биофизическим профилем плода, стимулирующей его двигательной активности и др. [Логвиненко А. В. и др., 1988; Heinrich et al., 1988, и др.].

Точность информации КТГ повышается также с увеличением гестационного срока, что, по-видимому, связано с формированием у плода цикла «покой—активность» к 31—32 нед, отражающим функциональную способность его ЦНС к интеграции сердечно-сосудистой и двигательной функций, на взаимосвязи которых основан нестрессовый тест КТГ. Поэтому НСТ рекомендуется проводить в основном после 32 нед беременности, а прогностическая ценность его возрастает после 35—36 нед. Помимо этого, прогноз плода в родах определяется интервалом между регистрациями КТГ, чувствительность теста повышается при интервале записи в 7 дней и менее.

НСТ рекомендуется оценивать по критериям количественного анализа кардиотохограмм, позволяющим использовать интегрированный показатель состояния плода (ПСП), точность которого по сравнению с другими системами оценок оказалась выше и составила 86,5% [Сигизбаева И. К., 1989].

Основными показаниями к проведению НСТ являются отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, гипертензия во время беременности, заболевания почек, хроническая угроза прерывания беременности, анемия, подозрение на задержку развития плода, кальциноз плаценты, выявленный при эхоскопии, тенденция к перенашиванию беременности, «размашистый» тип ТДП.

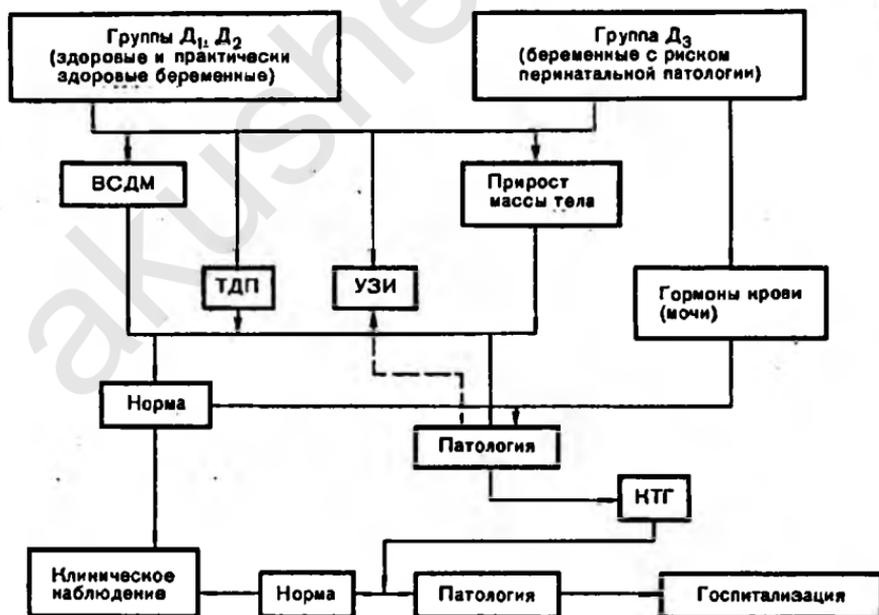
Помимо этого, сюда рекомендуется включать пациенток с отсутствием или парадоксальной реакцией частоты сердцебиения плода на функциональную пробу с задержкой дыхания. Установлено, что при достаточной резервной функции плаценты задержка вдоха на 15—20 с вызывает урежение частоты сердцебиения плода, а выдоха — учащение на 7—11 ударов в 1 мин. Мы широко использовали эту пробу в работе женской консультации для диагностики нарушений в системе мать—плацента—плод, не проводя специальных исследований по ее оценке, эффективность которой подтверждена в экспериментальных и клинических работах [Швайн Л. И., Константинова Н. Н., 1978; Федорова М. В., 1982, и др.].

Признаки внутриутробного «страдания» плода (нереактивный тест) выявлены у 18,2% беременных популяционной группы, в том

числе у 12,7% из них нарушения были начальными, при которых показатель состояния плода (ПСП) составил 1,01—2,0, а у 5,5% — выраженными с колебаниями ПСП в пределах 2,01—3,0. Как показали результаты анализа, у 70% этих пациенток обнаружены различные нарушения при УЗИ (кальциноз плаценты, низкое ее расположение, аномалии матки, ЗРП и др.). У каждой третьей беременной имели место низкая ВСДМ и прибавка массы во время беременности менее 7 кг. При отсутствии интранатальных факторов риска у 30% рожениц в каждом втором случае отмечены дистресс плода в родах и состояние его средней тяжести после рождения, у $\frac{2}{3}$ родившихся детей было обвитие пуповиной. Каждый третий ребенок родился с массой ниже 25-й центили. В то же время при ретроспективном анализе установлено, что прогностическая ценность НСТ в диагностике патологии пуповины составляет не более 50%.

Результаты исследований подтверждают, что нестрессовый тест КТГ достаточно информативен в установлении степени нарушения состояния плода. При выявлении начальных признаков «страдания» плода повторный нестрессовый тест КТГ рекомендуется проводить через 3 дня, а при выраженных признаках «страдания» необходимы госпитализация или более уточненное обследование в условиях специализированного учреждения. В результате исследований нами предложена схема контроля за состоянием плода в антенатальном периоде с учетом динамических групп здоровья (схема 2).

Схема 2. Система динамического наблюдения за беременными.



Частота и структура отдельных видов акушерских осложнений
в популяции беременных

Осложнение	Частота на 100 беременных		Структура, %	
	программа наблюдений			
	расширенная	рутинная	расширенная	рутинная
Угроза прерывания беременности	28,3	23,0	33,7	29,1
Ранний токсикоз	12,0	6,8	14,3	8,6
Анемия	19,5	15,7	21,7	19,8
Водянка беременных	12,8	18,3	14,3	23,2
Нефропатия	8,4	10,3	9,3	13,0
Многоводие (умеренное)	2,7	0,8	3,0	1,1
Маловодие	0,6	—	0,7	—
Переносимая беременность	1,8	3,2	2,0	4,0
Иммуноконфликт	0,6	0,3	0,7	0,4
Многоплодие	0,3	0,7	0,3	0,8
Всего...	87,0	79,1	100	100

Указанные тесты оценки состояния плода достаточно информативны, и их можно применять в женской консультации, поскольку они не являются дополнительной нагрузкой для врача. Так, оформление гравидограммы даже сокращает время записи в «Индивидуальной карте беременной и родильницы».

Использование некоторых представленных нами скрининговых тестов способствовало более раннему выявлению факторов риска и уточнению частоты и структуры осложнений беременности по сравнению с популяцией, наблюдающейся по общепринятым рутинным методам (табл. 3).

Из табл. 3 видно, что при включении в систему наблюдения углубленных методов обследования возросло не только число выявленных осложнений беременности (0,87 на 1 беременную), но и частота угрозы ее прерывания, многоводия за счет доклинической функциональной диагностики. В то же время благодаря применению методов диагностики претоксикоза и ранних профилактических мероприятий несколько снизилась частота позднего токсикоза.

Оценка эффективности скрининг-программы наблюдения беременных и лечебно-оздоровительных мероприятий. В результате клинического и лабораторно-диагностического обследования беременных, привлечения к консультативным осмотрам смежных специалистов, а также наблюдения за дальнейшим течением антенатального периода произо-

шло количественное перераспределение динамических групп здоровья. Если при первом рутинном скрининге популяции беременных группа D_1 составила 25,2%, D_2 — 19,3%, D_3 — 55,5%, то с включением скрининговых тестов, расширенного диагностического и консультативного обследования численность групп D_1 и D_2 по мере прогрессирования беременности значительно сократилась, составив соответственно 9,0, 15,9 и 75,1%.

Перевод из первых двух групп в третью был обусловлен преимущественно выявлением в группах D_1 и D_2 гипертензивных нарушений, почечных заболеваний, угрозы прерывания беременности, анемии. При этом одновременно сочетались заболевания и осложнения беременности у каждой третьей пациентки из группы D_1 и у $2/3$ в группе D_2 , особенно в возрасте до 20 и старше 30 лет; а в группе D_3 у 94,5% беременных — соматические заболевания и акушерские осложнения. Только 15% беременных в популяции сохранились в первых двух группах на протяжении всей беременности. Для них характерны молодой возраст (20—29 лет — 82,3%), низкая частота заболеваний в детстве, особенно хроническим тонзиллитом (10%), редкие ОРВИ, меньшее число аборт (в 2 раза) в анамнезе по сравнению с популяционной группой. В этой группе отсутствовали женщины с избыточной массой тела, ее дефицит отмечен у 9,8% беременных (в 2 раза ниже, чем в популяционной группе), а прибавка массы тела менее 7 кг — только у 1 беременной. Можно предположить, что благодаря наличию определенного конституционального соматотипа и генотипа в совокупности с устойчивостью организма к различным соматическим заболеваниям у этих пациенток практически отсутствовали факторы риска на протяжении всей беременности.

Ранняя диагностика патологических состояний требует проведения соответствующих лечебно-профилактических, особенно социально-гигиенических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

Социально-оздоровительные мероприятия включают прежде всего предоставление женщинам права трудоустройства.

Большое внимание необходимо уделять рациональному питанию беременных с учетом методических рекомендаций по лечебному питанию беременных при экстрагенитальной и акушерской патологии.

Советы по питанию целесообразно дифференцировать в зависимости от массо-ростовых показателей беременных. Женщинам с дефицитом массы тела и низкой прибавкой ее во время беременности рекомендуется усиленное питание до $12\ 561$ — $13\ 398 \cdot 4 \cdot 10^3$ Дж за счет увеличения дополнительных продуктов, богатых белками и углеводами, поскольку эта категория беременных представляет высокий риск для развития плода с низкой массой тела.

Эпидемиологические исследования, касающиеся причин ЗРП, показали, что одним из многочисленных факторов является неполноценность питания. Установлено, что введение в пищевой рацион казеиновых добавок в III триместре беременности способствует увеличению массы плода, при этом положительный эффект выражен лучше у

беременных с дефицитом массы тела, чем при их ожирении. Вышеизложенное подтверждает правильность дифференцированного подхода к советам по питанию беременных. Поэтому женщинам с ожирением, а также при подозрении на крупный плод рекомендуется диета с ограничением углеводов при сохранении калорийности пищи.

Известно, что во время беременности возрастает физиологическая потребность в витаминах. По данным С. И. Слепцовой (1992), среди беременных с риском невынашивания 53% имели низкий уровень и 4% — выраженный дефицит аскорбиновой кислоты в плазме крови на протяжении всего гестационного периода. Низкий уровень фолиевой кислоты выявлен у 77% женщин, при этом с увеличением срока беременности дефицит фолата возрастал. При определении содержания витамина В₁₂ в крови дефицит его также возрастал.

Интересно отметить, что прием гевдевита улучшал витаминный статус при назначении его в первые недели беременности, тогда как при более позднем приеме его недостаточность сохранялась. В результате исследований, проведенных сотрудниками НЦАГП РАМН, было установлено, что в организме беременных наиболее низкий уровень имеет витамин В₆, показатель которого в 2,5 раза ниже нормы уже в I триместре беременности.

Исходя из этого, мы рекомендуем назначение поливитаминных препаратов по 1 драже 1—2 раза в день в течение всей беременности с ограничением в летнее время и увеличением до 3 драже в зимне-весеннее.

Фирмой «Меркле» (Австрия) создан поливитаминный препарат «Прегнавиг» с минеральными добавками для беременных и кормящих матерей. Его дозировка соответствует современным рекомендациям «Немецкого общества по питанию» и «Национального исследовательского совета США». Одна капсула содержит витамина А (ретинол) — 3000 МЕ, витамина D₃ — 200 МЕ, витамина В₁ (тиамин) — 1,5 мг, витамина В₂ (рибофлавин) — 2,5 мг, витамина В₆ (пиридоксин) — 5,0 мг, витамина В₁₂ (цианокобаламин) — 5,0 мг, никотинамида — 15,0 мг, витамина С (кислота аскорбиновая) — 75,0 мг, пантотената кальция — 10,0 мг, фолиевой кислоты — 0,75 мг, витамина Е (токоферола ацетат) — 10,0 мг, fumarата железа — 30,0 мг, безводного фосфата кальция — 250 мг. Следует принимать по 1 капсуле в день в течение I триместра, по 2 в день — в течение II и по 3 капсулы — в III триместре беременности. Препарат не имеет противопоказаний и высокоэффективен.

В соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ (1987) в комплекс терапии рекомендуется вводить препараты-коферменты, активизирующие углеводный и липидный обмен, схема применения которых видоизменена в отделении профилактики и лечения невынашивания беременности НЦАГП РАМН.

Комплекс: кокарбоксилаза 100 мг внутримышечно 1 раз или бенфотиамин 0,025 г 3 раза в день, рибофлавин мононуклеотид 1% 1 мл внутримышечно 1 раз в день, пантотенат кальция 0,1 г 3 раза в

день или 20%—2 мл внутримышечно 1 раз, липоевая кислота 0,025 г 3 раза в день или 0,5%—2 мл внутримышечно 1 раз.

И комплекс: рибофлавин 0,002 г 3 раза в день или витамин В₁₂ 0,01% 1 мл 1 раз в день, пиридоксальфосфат 0,02 г 3 раза в день, фолиевая кислота 0,001 г 3 раза в день, фитин 0,25 г 3 раза в день, оротат калия 0,5 г 3 раза в день.

Указанные комплексы назначают в течение 5—6 дней последовательно с перерывом в 3—4 нед на протяжении всей беременности.

В систему оздоровительных мероприятий вводят специальную гимнастику для беременных, описанную выше.

Медицинские лечебно-профилактические мероприятия во многом обусловлены ранним выявлением заболеваний и осложнений беременности. Учитывая нежелательность применения обширного арсенала лекарственных средств, особенно в I триместре беременности, желательно использовать немедикаментозные методы лечения. С этой целью в кабинете невынашивания беременности рекомендуется метод иглорефлексотерапии микроиглами, эффективность которого подтверждена имеющимся клиническим опытом в ряде учреждений.

Лечение микроиглами следует комбинировать с терапией спазмолитическими препаратами и по показаниям с гормональными по общепринятым схемам под контролем вышеописанных тестов, в том числе ультразвукового сканирования.

Однократный курс иглотерапии в течение 2 нед был эффективным у 63,6% беременных, 2-кратный — у 20%, 3—4-кратный — у 10,9%. Лечение микроиглами было неэффективным только у 5,4% беременных. Одновременно с вышеуказанными мероприятиями у женщин с выкидышами в анамнезе, обусловленными истмико-цервикальной недостаточностью или первыми ее признаками во время динамического контроля за состоянием шейки матки, а также при низком стоянии предлежащей части плода ко входу малого таза использовали влагаллищный пессарий Годжа с одномоментной антисептической его обработкой через 10—12 дней. В результате наблюдений установлено, что с применением микроиглотерапии и пессариев потребность в хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности снизилась с 7,2 до 2%, т. е. в 4,5 раза, что позволило отказаться от оперативных способов замыкания шейки матки.

Беременным с риском или подозрением на плацентарную недостаточность одновременно с лечением основной патологии назначали циклическую лечебно-профилактическую терапию, направленную на улучшение маточно-плацентарного кровотока: внутривенные инъекции глюкозы 20%—20 мл кокарбоксылазы, 50 мг сибепина 1%—2 мл и витамина С 5%—4 мл, внутримышечные инъекции АТФ 1%—1 мл, оральные прием тригала, теоникола или комплампа по 1 таблетке 3 раза в день, но-шпы, аскорутин, метионин, эссенциале по 1 таблетке 3 раза в день. Профилактические циклы терапии в течение 2 нед целесообразно проводить в 20—22 и 28—30 нед беременности, при раннем токсикозе — начинать в конце I триместра. Индикатором по-

ложительного терапевтического эффекта может служить наблюдение за ВСДМ по данным гравидограммы.

Экстрагенитальные заболевания лечат по общепринятым методикам, однако в практике следует широко использовать фитотерапию.

Профилактические мероприятия и лечение беременных как в амбулаторных, так и в стационарных условиях позволяют увеличить численность динамических групп здоровых и практически здоровых пациенток к концу беременности до 41,3%, что достигается за счет эффективного лечения анемии, угрозы прерывания беременности, бактериурии, нормализации показателей состояния плода после курса метаболической терапии. Наиболее высок показатель оздоровления беременных в возрастной группе 20—29 лет, особенно 20—24 года. Однако следует отметить, что группа здоровых беременных в их популяции составляет не более 12,3%.

Эффективность предложенной программы наблюдения по сравнению с общепринятой оценивают по исходу беременности и родов. Как показывают результаты исследований, при внедрении современной скрининг-программы в деятельность женских консультаций, число преждевременных родов удается снизить в 1,5 раза по сравнению с традиционной системой наблюдения беременных, при этом в их структуре число родов в 36—37 нед увеличивается до 67% против 42,5%.

Благодаря концепции перинатальной охраны плода частота родоразрешения кесаревым сечением возрастает до 7,5% вместо 4,5% с одновременным уменьшением в 3,5% раза частоты родоразрешения акушерскими щипцами и вакуум-экстракцией.

Своевременная дородовая госпитализация беременных обеспечивает проведение кесарева сечения в плановом порядке в 72% случаев, что отражается на уровне послеродовых заболеваний и осложнений, снижающихся в 2 раза.

Разработанная антенатальная программа наблюдений женщин, тактика своевременного и адекватного родоразрешения способствуют улучшению исхода беременности и родов для плода и новорожденного, что позволяет уменьшить в 1,5 раза рождение детей с гипотрофией и показатели заболеваемости новорожденных.

Анализ причин случаев перинатальной смертности после внедрения скрининг-программы в деятельность женской консультации показывает, что в ее структуре показатель антенатальных потерь снижается в 2 раза (2,4‰ против 5,5‰) с одновременным уменьшением показателя интранатальной гибели детей. Из факторов, обуславливающих причины антенатальной смертности, в 3,5 раза реже отмечаются тяжелые формы позднего токсикоза, а интранатальной — в 4 раза реже — аномалия родовой деятельности и перенашивание беременности. Вместе с тем особую значимость приобретают причины, обусловленные эндокринной патологией матери, которая в сочетании с угрозой невынашивания приводит к плацентарной недостаточности.

Внедрение системы динамического наблюдения беременных с контрольными тестами слежения за состоянием плода позволяет снизить перинатальную смертность до 10‰ и менее в районе деятельности женской консультации.

Гинекологическая помощь

Организация амбулаторно-поликлинической гинекологической помощи населению предусматривает проведение мероприятий по профилактике гинекологических заболеваний, раннему их выявлению и оказанию лечебной помощи гинекологическим больным.

Выявление и профилактика гинекологических заболеваний. Обычно гинекологические заболевания выявляют при обращении женщин в женскую консультацию или поликлинику, в том числе и по поводу беременности при осмотре женщин на дому (по вызову или при активном посещении врачом), а также при проведении профилактических осмотров в женской консультации, смотровых кабинетах поликлиник, на предприятиях, в учреждениях и при стационарном лечении по поводу экстрагенитальных заболеваний.

Профилактическим гинекологическим осмотрам подлежат все женщины старше 18 лет, постоянно проживающие в районе деятельности женской консультации, а также работающие на предприятиях и в учреждениях, обслуживаемых сотрудниками данной консультации.

План организации и проведения профилактического осмотра разрабатывает руководитель женской консультации (МСЧ) совместно с участковым врачом и утверждает руководитель лечебного учреждения и администрация того предприятия (учреждения), в котором планируется проводить осмотр. При комплексном осмотре (совместно с другими специалистами) план согласовывают с городским (районным) отделом здравоохранения.

При составлении плана и графика проведения профилактических осмотров на предприятии или в учреждении указывают календарные сроки, число женщин, а также врачей, на которых возлагается этот осмотр.

Для правильного планирования профилактических осмотров женские консультации должны иметь списки женщин прикрепленного района.

Профилактическому осмотру обычно предшествует разъяснительная работа о пользе проводимого осмотра в учреждениях, на предприятиях.

Для того чтобы охватить профилактическим осмотром большее число женщин, при общих поликлиниках созданы смотровые кабинеты. Должности акушерок для работы в таком кабинете (в 2 смены) утверждает главный врач поликлиники. Диагноз, устанавливаемый в смотровом кабинете акушеркой, является ориентировочным. Окончательный диагноз заболеваний устанавливает акушер-гинеколог на основании данных, поступивших от акушерки смотрового кабинета,

личного осмотра с использованием дополнительных методов обследования. Осуществляют контроль и руководство смотровым кабинетом заведующий поликлиникой, онкологи и гинекологи, а при отсутствии в поликлинике акушера-гинеколога — заведующий женской консультацией или районный акушер-гинеколог.

Девушек-подростков осматривают в соответствии с приказами МЗ СССР № 387 от 10.01.81 г. и № 781/104 от 05.07.84 г., студентов высших учебных заведений и учащихся средних специальных заведений — в соответствии с приказом МЗ СССР № 805/857 от 06.07.83 г.

Предварительные и периодические гинекологические осмотры жительниц села, поступающих на работу (учебу) или работающих в сельскохозяйственном производстве, проводят, согласно приказу МЗ СССР № 565, на всех этапах оказания амбулаторно-поликлинической помощи в сельской местности, профилактический осмотр женщин отдаленных сел и деревень — выездная женская консультация (врачебная бригада) центральной районной больницы (ЦРБ).

Здоровую женщину осматривает акушер-гинеколог 1 раз в год. В число обязательных методов обследования входят пальпация молочных желез, осмотр шейки матки в зеркалах, скрининг-тест «проба Шиллера», забор влагалищных мазков для цитологического и бактериологического исследования. Ультразвуковое сканирование и кольпоскопию выполняют по показаниям.

Объем обследования женщин-работниц в зависимости от характера воздействия производственных факторов определяется специальными установками вышестоящих органов здравоохранения по согласованию с профпатологом.

Информация о проведении гинекологических осмотров направляется в отделение (кабинет) профилактики территориальной поликлиники (ЦРБ, РБ, МСЧ), а при его отсутствии — ответственному за проведение профосмотров в учреждении.

Акушерам-гинекологам специалистами НЦАГП РАМН предложены критерии определения групп здоровья, которые могут быть использованы при оценке результатов профилактических гинекологических осмотров:

— «здорова» — в анамнезе отсутствуют жалобы, нарушения менструальной функции с момента ее становления и гинекологические заболевания; при обследовании (лабораторном и клиническом) не изменены органы репродуктивной системы;

— «практически здорова» — в анамнезе имеются указания на гинекологические заболевания, оперативные вмешательства, в том числе аборт, нарушения ритма и характера менструации; жалобы на момент обследования отсутствуют, при объективном обследовании могут быть анатомические изменения, не вызывающие нарушения функции репродуктивной системы и не снижающие трудоспособности женщины;

— «большая» — при объективном обследовании выявлено гинекологическое заболевание, даже при отсутствии жалоб пациентки.

Результаты профилактического гинекологического осмотра заносят в «Карту полицевого учета», в которой в соответствии с вышеизложенной градацией проставляется группа здоровья.

Осмотр «здоровых» женщин предусматривает сохранение здоровья путем формирования здорового образа жизни. Эта группа женщин может проходить осмотр 1 раз в год.

У «практически здоровых» женщин осмотры имеют целью проведение профилактических мероприятий, ослабляющих действие факторов риска гинекологического заболевания и укрепляющих защитные силы организма. Эта группа женщин должна проходить профилактический осмотр не менее 2 раз в год.

Задачами динамического контроля «больных» женщин являются изучение и выбор возможностей устранения причин, вызывающих заболевание органов репродуктивной системы, раннее выявление, эффективное лечение и реабилитация.

Обследование и лечение женщин в амбулаторных условиях. На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию в связи с жалобами либо по направлению других специалистов, а также для профилактического осмотра заводят «Медицинскую карту амбулаторного больного» с подробным описанием анамнеза, жалоб, результатов анализов и гинекологического обследования.

В целях отбора женщин в группы риска развития гинекологических заболеваний, уточнения клинико-патогенетических особенностей выявления патологии, а также решения вопроса о допустимости деторождения важно детально выяснить жалобы больной, отягощенную наследственность по материнской и отцовской линии, перенесенные заболевания и операции (в том числе и гинекологические), здоровье мужа, особенности менструальной функции, половой жизни, течения и исхода беременностей, развитие настоящего заболевания. Необходимо также знать социально-гигиенические характеристики (условия труда, быта, вредные привычки, смена климатогеографических зон проживания). Установлено, что в формировании заболеваемости женщин, хронизации гинекологической патологии важную роль играют медико-биологические и социально-гигиенические факторы [Каткова И. П., 1983; Шамов И. А., 1984; Леонов А. В., 1987; Слепцова С. И., 1987]. Так, согласно данным О. И. Лебединской (1987), распространенность болезней мочеполовой системы (среди которых 90% составляют болезни женских половых органов) непосредственно зависит от активности половой жизни. По ее данным, уровень заболеваемости значительно выше у разведенных женщин и вдов.

Трудовая деятельность женщин тесно взаимосвязана с развитием и функционированием социальной сферы. Исследованиями А. О. Каллищука (1986), Е. В. Абрамовой (1986) установлена достоверная связь между состоянием жилищных условий, условиями труда и быта, стажем работы и уровнем гинекологической заболеваемости.

Известно, что в нашей стране все еще не решена проблема, связанная с ликвидацией тяжелого, вредного для здоровья женщины труда.

По данным Госкомстата РФ, среди занятых тяжелым физическим трудом в промышленности женщины составляют от 30 до 50%, а в сельском хозяйстве — 98%. Примерно 30% женщины, работающих на промышленных предприятиях, заняты на рабочих местах, не соответствующих требованиям и нормам охраны труда¹.

Данные Т. А. Мельниковой (1988), З. М. Юк (1988) и др. подтверждают, что у женщин затраты вне рабочего времени на ведение домашнего хозяйства, уход за детьми велики. Это приводит к трудовым перегрузкам, негативно влияющим на их здоровье и эффективность лечения.

После сбора анамнеза проводят общее и специальное обследование женщин. Общій осмотр включает пальпацию молочных желез с оценкой их состояния, определение типа и характера оволосения, осмотр зева, языка. При осмотре шейки матки в зеркалах следует взять мазки. В женских консультациях (кабинетах), где нет лаборатории, желательно иметь микроскоп для срочного выполнения некоторых простейших анализов.

При обследовании гинекологической больной для уточнения диагноза следует широко проводить исследования на туберкулез, гонорею (с комбинированными методами провокации), тесты функциональной диагностики, кольпоскопию, биопсию, ультразвук и др. Если в консультации нет возможности провести требуемые методы исследования, то дают направление на другую консультацию или в диагностический центр.

После первого осмотра на второй странице амбулаторной карты больной в «Листке записи заключительных уточненных диагнозов» проставляют дату осмотра, в заключительной (уточненный) диагноз записывают в день его установления.

«Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» заполняют с «Листка записи заключительных (уточненных) диагнозов». Акушерка во время каждого приема подписывает у врача «Медицинскую карту амбулаторного больного» на тех больных, у которых установлен окончательный диагноз. При выявлении у одной и той же женщины двух гинекологических заболеваний или более статистический талон заполняют на каждое окончательно установленное заболевание.

При невозможности установления окончательного диагноза при первом осмотре женщины (или сомнении в диагнозе) врач должен отметить в амбулаторной карте предполагаемый диагноз и план обследования. При необходимости врач консультирует больную с ведущей консультацией или гинекологическим отделением стационара, с которым объединена консультация, а также дает «Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты» к специалистам других лечебно-профилактических учреждений.

¹ Проблемы охраны труда женщин на современном этапе и пути их решения. Тезисы докладов научно-практической конференции. Иваново, 1988.

Доля гинекологической заболеваемости среди всей госпитализируемой заболеваемости населения составляет не более 16% [Шишко О. А., 1981]. По данным выборочных исследований, уровень гинекологической заболеваемости варьирует от 200 до 300 на 1000 женщин. Г. Я. Рюмина установила, что гинекологические заболевания среди 1000 обследованных женщин, проживающих в городах, отмечались в 201,6 случая, из которых 84,8% были выявлены при обращаемости, а 116,8% — при профилактических осмотрах. Уровень и характер гинекологической заболеваемости тесно коррелирует с возрастом женщины. Так, из числа гинекологических заболеваний, зарегистрированных у женщин в 24 года, 85,7% приходится на воспалительные заболевания. У женщин 35—44 лет их доля составляет 46%, после 45 лет — 24%. Вместе с тем у женщин старших возрастов увеличивается удельный вес новообразований, опущений матки и стенок влагалища.

Данные последних лет подтверждают, что уровень гинекологической заболеваемости остается высоким. Согласно исследованиям, проведенным О. Г. Фроловой и соавт. (1987), при профилактическом осмотре выявлено 34,4% гинекологических больных. На каждые 100 больных у 29,4% были диагностированы кольпит, у 29,4% — эрозия шейки матки, у 25,4% — миома, у 19,2% — дисфункция яичников, у 15,2% — воспаление придатков матки, у 7,2% — бесплодие. Согласно данным И. П. Катковой и О. И. Соколовой (1987), гинекологические заболевания зарегистрированы у 36,9% женщин в возрасте 40—49 лет. Имеет тенденцию к росту и заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Так, в 1991 г. показатель временной нетрудоспособности в РФ в связи с болезнями женских половых органов составил 53,4 дня на 100 работающих женщин¹.

Изучив медико-биологические и социально-гигиенические факторы у гинекологических больных, мы установили, что среди них на женщин фертильного возраста приходилось 97,1%. До 35 лет было 60,7% гинекологических больных, что соответствует данным А. А. Роменского (1977), С. А. Леонова и А. И. Кокошко (1984), изучавших гинекологическую заболеваемость в возрастном аспекте и подтвердивших, что наиболее высокие показатели гинекологической заболеваемости зарегистрированы в 20—29 лет и 30—34 года.

Гинекологические больные, согласно нашему исследованию, в основном имеют высшее (88,6%), среднее или среднее специальное образование.

Обследуемый контингент женщин характеризуется следующим социально-экономическим статусом: у 52,5% не хватает денег на питание, каждая пятая больная (19,5%) не имеет отдельной квартиры или проживает в общежитии.

Для профилактики гинекологических заболеваний важно формировать и соблюдать принципы «здорового образа жизни». Опрос обследованных показал, что в когорте женщин, страдающих гинекологическими

¹ Здоровье женщин, матерей и новорожденных в РФ в 1991 г. — М., 1992.

заболеваниями, 38% употребляли алкоголь, 8% курили, лишь 2,5% регулярно занимались и занимаются физической культурой и спортом.

Среди гинекологических больных работающие женщины составили 92%, учащиеся и студентки — 1,5%, домохозяйки, пенсионерки — 6,5%. Из общего числа работающих 81% были женщины со стажем работы более 5 лет.

Данные, характеризующие условия труда, свидетельствуют о том, что 29% гинекологических больных заняты физическим трудом, 64,5% — умственным. Почти у половины работающих (49%) были неблагоприятные условия труда (запыленность помещения, умственное перенапряжение, недостаточная освещенность рабочего места и др.), 42,5% работающих отметили большую загруженность на работе и выраженое чувство усталости к концу рабочего дня. Этому способствовало и длительное пребывание в транспорте: 12,5% затрачивали на дорогу к месту работы более 1 ч. Домашняя работа отнимала также значительную часть времени: лишь 22% ею не перегружены. Женщины считают, что услуги общественного питания и организованный отдых в городах крайне неудовлетворительны.

Среди гинекологических больных велико число женщин, не состоящих в браке (примерно 15%). В популяции населения, по данным А. Г. Волкова (1986), 78,8% женщин состоят в браке, 10,2% — разведены, 7,2% — вдовы, а 3,8% никогда не состояли в браке.

Исследования В. Ф. Волгиной (1983), Л. Ю. Купцовой, Н. А. Семиной (1987) и др. свидетельствуют о том, что уменьшение числа искусственных абортов является важным фактором снижения гинекологической заболеваемости. По нашим данным, аборт в анамнезе имели 70% больных.

Основная группа гинекологических больных (80—85%) лечится в амбулаторных условиях. По данным Г. И. Заборовского, А. А. Ромашко (1987 г.), 79% женщин с заболеваниями половых органов начинают и заканчивают лечение в амбулаторных условиях. По данным Л. И. Куриленко (1987), число обращений во врачебные кабинеты женских консультаций по поводу болезней половых органов составило 22,6 случая на 100 посетивших. В структуре посещений преобладали больные с воспалительными процессами (66,3%), доброкачественными и злокачественными новообразованиями (14,6%), расстройствами менструальной функции (14,6%), аномалиями положения матки и влагалища (2,7%), бесплодием (1,1%), на прочие заболевания приходилось 0,4%. Л. И. Куриленко и соавт., применив методику одно- и шестидневной переписи посетивших женские консультации (кабинеты) поликлиник г. Калининна, указали на большой объем профилактической и лечебной работы в них (37,4% посещений было сделано к врачам, 62,6% — во вспомогательные кабинеты). Среди посетивших гинекологические больные составили 25,6%. Одномоментным анкетированием изучено также мнение женщин об организации и качестве медицинской помощи. На ожидание приема в женских консультациях 60,2% женщин затрачивали до 30 мин, 23,4% — до 60 мин, а 16,4% — более 1 ч.

При анкетировании, проведенном нами, установлено, что 54,8% пациенток не удовлетворены организацией работы женских консультаций, особенно амбулаторного приема; 57,6% — работой диагностических служб, указав на длительность, несвоевременность и ряд других дефектов в обследовании и диагностике; каждая четвертая женщина ожидала приема свыше 2 ч. В процессе наблюдений $\frac{1}{3}$ пациенток не смогла установить взаимопонимания с акушером-гинекологом и средним медицинским персоналом женской консультации. По мнению женщин, причинами сложившихся взаимоотношений явились недостаточная ответственность медицинских работников за проведение необходимого объема мероприятий по обследованию и лечению, а также невнимательное отношение. Отсюда следует, что, несмотря на большую физическую нагрузку и эмоциональное напряжение, часто возникающее при обращении с больными, особенно важно найти нужный контакт и взаимопонимание. При этом следует помнить, что большую роль играет не только высокий профессионализм медицинских работников, но и внимательное, заботливое отношение к пациенткам.

Все гинекологические больные должны находиться на динамическом контроле. На каждую женщину, подлежащую этому наблюдению, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения», где указывают диагноз заболевания, по которому она поставлена на учет, частоту осмотров, проводимые методы обследования и лечения. Динамический контроль за гинекологическими больными проводят в соответствии со «Схемами динамического наблюдения гинекологических больных» (приложение 8). После излечения, которое должно быть подтверждено контрольными обследованиями, женщина может быть снята с учета.

Гинекологических больных в основном лечат в женской консультации, на здравпункте, специализированном диспансере (онкологический, противотуберкулезный и др.). Лечебные процедуры может выполнять сам врач или акушерка. Во многих консультациях процедурный кабинет, для работы в котором выделяется специальная сестра, должен работать в 2 смены. Контроль за его работой возлагается на старшую акушерку. Процедуры регистрируют в «Журнале учета процедур».

В женской консультации амбулаторно могут быть выполнены следующие гинекологические операции и манипуляции, которые фиксируют в «Журнале амбулаторных операций»: удаление полипов цервикального канала, аспирация содержимого полости матки для цитологического исследования, введение внутриматочного противозачаточного средства, прерывание беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации (так называемая регуляция менструации), ножевая биопсия шейки матки, диатермо-, крио- или лазерная деструкция шейки матки, кимопертубация, гистероскопия, удаление кист влагалища небольших размеров. Для этих целей в консультации должны быть организованы малая операционная и комната временного пребывания больных после операций (стационар дневного пребывания).

В необходимых случаях медицинская помощь гинекологической

больной (анализы, инъекции, консультации) может быть организована на дому.

По выборочным данным научных исследований, 10—15% гинекологических больных нуждаются в стационарном лечении. Больным, которым оно показано, выдают «Талон на госпитализацию» с отметкой результатов предварительно проведенного обследования, записывают дату направления в стационар и фактической госпитализации. По материалам обследования больных гинекологических отделений установлено, что основными причинами пребывания в них женщин были новообразования женских половых органов (13,4%), воспалительные заболевания придатков матки (11,8%), расстройства менструальной функции (5,3%).

После выписки больной из стационара врач женской консультации решает вопрос о методах и сроках долечивания, принимая во внимание рекомендации стационара. Четкая преемственность взаимодействия в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений во многом повышает качество медицинской помощи. К основным показателям, оценивающим уровень преемственности поликлиник и стационаров, относятся:

- средний срок ожидания больными плановой госпитализации;
- процент и структура отказов в госпитализации;
- процент расхождения догоспитальных диагнозов поликлиник с заключительными диагнозами стационаров;
- длительность (в днях) предоперационного периода;
- степень полноты подготовки плановых больных к стационарному лечению.

По мнению авторов, для обеспечения четкой преемственности в работе амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров необходимо:

- издавать совместные распоряжения, приказы, указания, регламентирующие формы и методы преемственности, исходя из местных условий, выделять врача, ответственного за госпитализацию;
- повышать ответственность заведующих отделениями поликлиник и стационаров в отборе больных на госпитализацию, в обследовании и подготовке их к стационарному лечению;
- считать обязательным для всех больных, госпитализируемых в плановом порядке, проведение требуемого объема обследований;
- проводить дифференцирование в зависимости от диагноза, состояния больного, диагностических и лечебно-реабилитационных возможностей поликлиник и т. д. дополнительные обследования при подготовке к плановой госпитализации больных с конкретными заболеваниями по унифицированным методам, единым перечням и стандартам, согласованным между заведующими отделениями стационаров и поликлиник и одобренным главными специалистами горздраотдела соответствующего профиля;
- при необходимости максимально выполнять консультации специалистов на госпитальном этапе;

- развивать сеть диагностических центров в крупных городах для комплексного обследования больных с применением современного высокоэффективного оборудования и медицинской техники (компьютерные томографы, аппараты для ультразвуковых и радиоизотопных, рентгеноконтрастных методов исследования и др.);
- использовать потенциал высших медицинских учебных заведений, институтов усовершенствования врачей, научно-исследовательских учреждений, многопрофильных больниц для активной консультативно-диагностической помощи поликлиникам;
- обеспечивать при плановой госпитализации своевременную (в день поступления) передачу в стационар больнично-поликлинического объединения «Медицинской карты амбулаторного больного»; в других случаях — «выписку из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного», а также своевременную (не позже 2—3 дней после выписки) передачу из стационара в поликлинику полноценной информации (выписного эпикриза) на выбывших больных.

Важным аспектом в оказании медицинской помощи гинекологическим больным является осуществление реабилитационных мероприятий. Н. Д. Семенова и соавт. (1987), изучив состояние различных звеньев репродуктивной системы, а также органов и систем, связанных с ней, при различных гинекологических заболеваниях выявили значительные нарушения в репродуктивной системе, рецепции эндометрия, иммунитета, гемостаза, функции печени, почек и мочевыводящих путей и разработали дифференцированную систему реабилитации, в которой ведущая роль отводится физиотерапии. Основные принципы эффективного использования лечебных физических факторов в гинекологии, показания и противопоказания к назначению физиотерапии, методы и техника физиотерапевтических процедур при различных гинекологических заболеваниях изложены в методических рекомендациях («Применение природных и преформированных лечебных физических факторов в гинекологии», 1990).

Основными принципами реабилитации являются включение реабилитационных мероприятий на самых ранних стадиях развития заболевания, индивидуальный подход, непрерывность, последовательность и преемственность мероприятий на различных этапах реабилитации, активное, сознательное участие самих пациенток. Соблюдение этих принципов с включением в систему реабилитации гинекологических больных санаториев-профилакториев промышленных предприятий позволило в 1,5—2 раза снизить гинекологическую заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Глава II

Акушерско-гинекологическая помощь сельскому населению

О. Г. Фролова, Л. В. Гаврилова

Главными направлениями развития акушерско-гинекологической помощи в сельской местности являются создание единой системы медицинской помощи населению путем максимального приближения врачебной помощи к жителям села, совершенствование не только форм, методов профилактической работы, динамического наблюдения, но и медико-социальной помощи.

Амбулаторно-поликлиническая акушерско-гинекологическая помощь оказывается в женских консультациях районных, центральных районных больницах, в акушерско-гинекологических кабинетах сельских врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП). Консультативную, в основном специализированную, помощь обеспечивают акушерско-гинекологические отделения (кабинеты) областных (краевых) и республиканских больниц, а также городские акушерско-гинекологические отделения, в том числе базы профильных кафедр и НИИ.

В организации гинекологической помощи сельскому населению есть ряд особенностей и ряд общих положений. Так же как и в городах, большое значение для выявления гинекологических заболеваний у женщин села имеют профилактические осмотры.

Профилактическим гинекологическим осмотрам подлежат женщины старше 18 лет, проживающие или работающие в учреждениях, на промышленных, сельскохозяйственных предприятиях, расположенных в районе деятельности консультации. Каждую женщину территориального участка целесообразно осматривать 1 раз в течение года, каждую работницу — 2 раза в год.

При проведении профилактических осмотров рекомендуются цитологический и кольпоскопический методы. Так же как в городе, женщины сельского участка должны быть разделены на группы: практически здоровые, подлежащие профилактическому ежегодному осмотру, и больные женщины, требующие лечения или динамического наблюдения. Для контроля за порядком лечения и наблюдения диспансерных гинекологических больных у каждой акушерки должна быть специальная картотека. В «Контрольных картах динамического наблюдения» необходимо указывать дату осмотра, назначенного акушером-гинекологом, и его фактического проведения.

Дубликаты этих карт должны находиться у районного акушера-гинеколога, который отвечает за лечение и динамическое наблюдение

больных. Больные могут быть вызваны для осмотра врача в районную больницу или быть осмотрены при выездах врачебных бригад на места.

По выборочным данным научных исследований, до 55—60% женщин стационарная помощь оказывается в акушерских и гинекологических отделениях районных и центральных районных больниц, городских родовспомогательных учреждениях (18—30%), а также родильных койках сельских участковых больниц, колхозных родильных домов, ФАП. В последнее время все шире стали организовываться акушерские и гинекологические отделения в областных (краевых) и республиканских больницах, выросла сеть женских консультаций, расположенных на селе. Произошло укрупнение акушерско-гинекологических отделений ЦРБ, число акушерских коек в них возросло на 11,3%, а средняя мощность родильных отделений — до 25 коек. При этом постепенно уменьшается число колхозных родильных домов, а также акушерских родильных коек в маломощных участковых больницах и ФАП из-за особенностей размещения сети медицинских учреждений, их удаленности от населенных пунктов, состояния дорог, транспорта, средств связи и т. д. В отдельных учреждениях, где сокращаются родильные койки, развертываются отделения патологии беременных полусанаторного режима.

Одновременно отмечен рост коек для патологии беременных в родильных отделениях РБ и ЦРБ, расположенных в городских поселениях, а также в областных, краевых больницах.

Наряду с централизацией акушерско-гинекологической помощи на уровне сельского района расширяется коечная сеть в областных центрах за счет организации крупного акушерско-гинекологического отделения в составе многопрофильной областной (краевой, республиканской) больницы и самостоятельных областных гинекологических больниц.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что сокращение акушерских коек фактически произошло в учреждениях, где эта помощь оказывалась средними медицинскими работниками.

Особенностью организации акушерско-гинекологической помощи женщинам сельской местности является этапность ее оказания, заключающаяся в различной объеме и уровне медицинского обследования и лечения в зависимости от мощности и оснащения акушерско-гинекологических учреждений, квалификации врачей, наличия анестезиолого-реанимационной службы. В ряде случаев эту помощь оказывает средний медперсонал.

На I этапе амбулаторную и стационарную акушерско-гинекологическую помощь жительницы села получают от акушеров ФАП, колхозных родильных домов и участковых больниц (без акушера-гинеколога).

Амбулаторная работа акушерки на I этапе в основном должна иметь профилактический характер в целях предупреждения осложненной беременности и возникновения гинекологических заболеваний.

Практически здоровые молодые женщины с благоприятным общим и акушерским анамнезом и неосложненным течением настоящей беременности могут постоянно находиться под динамическим наблюдением акушера, посещая акушера-гинеколога женской консультации, РБ, ЦРБ или выездной врачебной бригады примерно 6—8 раз за время беременности. Объем медицинского обследования на I этапе соответствует требованиям, предъявляемым к ФАП и участковым больницам (УБ).

Все беременные, проживающие на территории ФАП, КРД или УБ, где нет акушера-гинеколога, должны рожать в стационаре, имеющем врача данной специальности. При затруднениях в транспортировке на I этапе стационарной помощи допустимы роды только у здоровых молодых повторнородящих (немногорожавших) женщин при нормальном течении беременности и неосложненном анамнезе. При возникновении осложнений у пациентки на этом этапе к ней вызывают акушера-гинеколога или решают вопрос о ее транспортировке на последующий этап помощи.

На II этапе амбулаторную помощь беременным и гинекологическим больным оказывает медицинский персонал сельской амбулатории и УБ, периодически обследуя их у акушеров-гинекологов РБ и ЦРБ. Постоянно на II этапе наблюдаются здоровые женщины без осложнений в течение беременности, при этом они должны быть осмотрены акушером-гинекологом также не менее 6—8 раз.

Беременные со средними и тем более высокими факторами риска постоянно находятся на динамическом контроле врачебного персонала РБ и ЦРБ с сохранением наблюдения за ними медицинского персонала II этапа.

Стационарную помощь на II этапе оказывает участковая больница, где имеется акушер-гинеколог, районная больница и ЦРБ III категории. Объем медицинского обследования, проводимого на этом этапе, соответствует клинико-лабораторным возможностям вышеперечисленных учреждений. Показания к госпитализации в известной мере определяются квалификацией акушеров-гинекологов, работающих на этом этапе.

Беременные, роженицы и гинекологические больные, нуждающиеся в квалифицированной помощи и постоянном врачебном наблюдении, не должны госпитализироваться в стационары II этапа, где нет круглосуточного дежурства акушера-гинеколога.

На III этапе амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают женские консультации районных и центральных районных больниц, стационарную помощь — ЦРБ I—II категории. Акушерско-гинекологические учреждения этого этапа представляют собой наиболее доступное звено в оказании квалифицированной и специализированной врачебной помощи сельским жителям на местах. На III этапе обеспечивается углубленное обследование состояния здоровья беременной, при необходимости проводится консультативное обследование другими специалистами и выполняется тот объем медицинских обследований, который не может быть выполнен на предыдущих этапах. После обследования составляют индивидуальный план наблюде-

ния за беременными для медицинского персонала двух первых этапов; за беременными высокого риска устанавливают динамическое наблюдение, в необходимых случаях решают вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности.

Беременных, рожениц, гинекологических больных госпитализируют на III этап в зависимости от характера патологического процесса, возможности клиничко-диагностического обследования и квалификации акушеров-гинекологов.

Беременных и гинекологических больных, нуждающихся в специальном обследовании и лечении, направляют на IV и V этапы женские консультации, поликлиники и стационары специализированных акушерско-гинекологических учреждений, научно-исследовательских институтов и баз кафедр акушерства и гинекологии медицинских институтов. На этих этапах оказывают консультативную и лечебную помощь в основном беременным высокого риска и гинекологическим больным, нуждающимся в специальном обследовании и лечении, которые не могут быть проведены на предыдущих этапах. У беременных выполняют клиничко-диагностические исследования (гормональные, биохимические и функциональные методы) для определения состояния внутриутробного плода. Как правило, на эти этапы направляют беременных с особо тяжелой экстрагенитальной и акушерской патологией и гинекологических больных, нуждающихся в оказании специализированной помощи (бесплодие, привычное невынашивание, гинекологические заболевания у детей и подростков и др.).

Этапная система оказания акушерско-гинекологической помощи позволяет обеспечить женщин—работниц села квалифицированной врачебной помощью и максимально приблизить ее к населению.

Опыт Орловской области Российской Федерации свидетельствует о том, что для документального обеспечения преемственности в работе отдельных звеньев при проведении динамического наблюдения за беременными на каждую женщину заполняют 3 дубликата «Индивидуальной карты беременной и родильницы»: один остается у акушерки, другой — у акушера-гинеколога РБ или ЦРБ, третий, с которым женщина поступает на роды, выдают ей на руки.

Сельскому населению отдаленных и труднодоступных районов, а также занятому отгонным животноводством врачебную акушерско-гинекологическую помощь оказывают выездные бригады, в состав которых могут входить акушер-гинеколог, педиатр, терапевт, зубной врач, лаборант, акушерка, детская медицинская сестра. Как показывает опыт, наиболее рационально включать в их состав не более 2 специалистов. Это позволяет не отрывать значительную часть населения от работы, а фельдшеру (акушерке) хорошо подготовиться к приему.

Работой акушера-гинеколога в выездной бригаде руководит районный акушер-гинеколог. Выездные бригады функционируют круглогодично в соответствии с утвержденным графиком, который предусматривает дату каждого выезда, его длительность, место выезда, состав бригады, а также ответственность руководителей хозяйств за создание

условий для работы, выделение транспорта, доставку женщин и детей к месту работы специалистов. График выезда бригады медицинских работников доводят до сведения главных врачей УБ, заведующих фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами. Фельдшер и акушерка должны иметь список женщин своего участка, подлежащих профилактическим и периодическим осмотрам.

Изучение работы выездных женских консультаций показало, что 64—66% рабочего времени выездных женских консультаций затрачивается на прием беременных, гинекологических больных и проведение профилактических осмотров; примерно по 16—16,5%—на организационно-просветительную работу. Выездная акушерско-гинекологическая помощь принимает от 8 до 15% женского населения. Наряду с повышением качества акушерско-гинекологической помощи жительницам села в районах, где правильно организована выездная служба, экономится время работниц сельскохозяйственного производства.

Акушер-гинеколог, входящий в состав выездной бригады, обязан:

- проводить профилактический осмотр женщин, их лабораторное обследование;
- обследовать беременных и гинекологических больных;
- обучать женщин методам и средствам контрацепции;
- оказывать при необходимости экстренную медицинскую помощь при акушерско-гинекологической патологии;
- проводить беседы или лекции для населения.

Свою деятельность акушер-гинеколог выездной бригады должен отражать в документации того учреждения, на базе которого он работает. При повторном выезде акушер-гинеколог проверяет выполнение акушеркой ФАП назначений и рекомендаций.

Согласно существующему законодательству, работницы сельского хозяйства получают такие же льготы для беременных и кормящих матерей, как и в городе.

Справки о необходимости перевода на более легкую работу или о предоставлении отпуска в связи с беременностью и родами, листки нетрудоспособности в связи с патологией беременности выдают женщинам акушеры-гинекологи или акушерки, наблюдающие за ними.

В сельской местности так же, как и в городах, большую роль играет преемственность в систематическом наблюдении за женщиной во время беременности, родов и после них. В связи с этим необходимо уделять постоянное внимание четкому ведению медицинской документации на всех этапах.

В сельских учреждениях наряду с другими утвержденными формами необходимо иметь специальные журналы для записи советов и распоряжений районного акушера-гинеколога, акушера-гинеколога выездной бригады, старшей акушерки района (там, где она выделена), других специалистов, дающих рекомендации в области специальных знаний, но имеющих отношение к акушерско-гинекологической помощи.

Организационно-методическое руководство акушерско-гинекологической помощью сельскому населению административной террито-

рии осуществляет заместитель главного врача по акушерству и гинекологии. Как правило, это квалифицированный акушер-гинеколог, имеющий большой опыт лечебной и организационной работы, отвечающий за постановку лечебно-диагностического процесса и проведение профилактических мероприятий, осуществляющий преемственность в их работе и обеспечивающий выездную врачебную помощь на ФАП. Кроме того, он систематически анализирует качественные показатели деятельности акушерско-гинекологических учреждений. Важным звеном аппарата управления акушерско-гинекологической помощью в сельской местности является главный акушер-гинеколог района. Там, где такие специалисты проводят большую организаторскую работу, достоверно улучшаются такие показатели, как охват беременных динамическим наблюдением, уровень перинатальной смертности, ниже частота ошибок в выдаче декретного отпуска.

Перед назначением на должность эти специалисты нуждаются в подготовке по вопросам организации акушерско-гинекологической помощи, социальной гигиены и организации здравоохранения. В целях улучшения акушерско-гинекологической помощи жительницам сельской местности органы и учреждения здравоохранения обязаны:

- укреплять материально-техническую базу отделений акушерско-гинекологического профиля, в первую очередь центральных районных и областных больниц;

- рационально размещать сеть учреждений, оказывающих этот вид помощи на селе, в том числе специализированную, способствовать дальнейшему развитию отделений патологии беременных в центральных районных и областных больницах;

- закреплять кадры на селе, постоянно повышая их квалификацию;

- совершенствовать организационные формы выездной акушерско-гинекологической помощи с учетом местных условий, а также организационно-медицинское руководство акушерско-гинекологической службой села;

- четко осуществлять этапность в оказании акушерско-гинекологической помощи, особенно беременным группы высокого риска;

- расширять научные исследования по охране здоровья работников сельскохозяйственного производства и внедрять их результаты в практику.

Важную роль в оказании акушерско-гинекологической помощи на селе играет экстренная специализированная помощь, которая организуется при областных или крупных районных больницах. Выездную экстренную помощь выполняют бригады акушеров-гинекологов совместно с анестезиологами-реаниматологами и другими специалистами. При этом часто используется санитарная авиация. Доказана эффективность выездной экстренной помощи женщинам с кровотечением, тяжелыми формами позднего токсикоза, септическими осложнениями после родов.

Глава III

Акушерско-гинекологическая помощь работницам промышленных предприятий

Н. К. Миронычева

В настоящее время в стране значительная часть трудоспособных женщин заняты общественно полезным трудом или учатся. В народном хозяйстве женщины составляют 53,1% всех рабочих и служащих¹. Сочетание производственной, общественной деятельности, учебы, домашнего труда с важнейшей социальной функцией — материнством, воспитанием детей — ставит женщину в особое положение в обществе и требует к ней постоянного пристального внимания.

Несмотря на издание значительного числа постановлений правительства об улучшении положения работающих женщин, вопросы улучшения условий их труда решаются недостаточно эффективно.

Особенно тяжелые последствия для здоровья женщин и ее репродуктивной функции выявлены на химических предприятиях. У беременных диагностируются высокая частота токсикоза I (42%) и II половины беременности (15%), нарушение функции печени (белково-синтетической у 36% обследованных, обмена ферментов у 23% и липидов у 34%). Очень высоки показатели хронической гипоксии плода (42%) и задержки его внутриутробного развития.

Проблемная комиссия и сотрудники Института акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта (г. Санкт-Петербург), суммировав данные, полученные при обследовании женщин, работающих в разных отраслях народного хозяйства, пришли к следующему выводу: в абсолютном большинстве случаев клинические, патофизиологические, гормональные, иммунологические и другие проявления вредного воздействия различных факторов производственной среды имеют односторонний, однотипный характер и свидетельствуют о снижении фертильности женщин, повышении частоты патологии беременности, гиперпластических процессов и неспецифических воспалительных заболеваний половых органов.

В настоящее время различают следующие формы организации акушерско-гинекологической помощи работницам промышленных предприятий и сельскохозяйственного производства: по производственному принципу в женских консультациях (кабинетах) МСЧ; по территориальному принципу (там, где финансовые возможности предприятия позволяют их иметь) — путем прикрепления промышленного предприятия к женской консультации, обслуживающей население

¹ Демографический ежегодник, 1991.

района; по территориально-производственному — в промышленных отделениях (кабинетах) или цеховых участках женских консультаций и поликлиник, а также в филиалах женских консультаций на промышленных предприятиях.

Как показали результаты исследований, наиболее совершенной организационной формой является МСЧ, представляющая собой комплексное больнично-поликлиническое учреждение, оказывающее высококвалифицированную помощь по всем основным специальностям. В состав многих МСЧ входят женские консультации (кабинеты), а в ряде случаев — акушерские и гинекологические стационары, обеспечивающие весь объем акушерско-гинекологической помощи работницам. При такой организации медицинской помощи женщина может обратиться к врачу по месту работы, пройти необходимое обследование и получить лечение. Однако МСЧ организованы лишь при наиболее крупных промышленных предприятиях, в связи с чем основной объем акушерско-гинекологической помощи работающим женщинам оказывается в территориальных женских консультациях, родильных домах, акушерских и гинекологических отделениях больниц. В 1986 г. в женских консультациях было предусмотрено увеличение штатов акушеров-гинекологов для обеспечения преимущественного обслуживания женщин-работниц промышленных предприятий. Дополнительные ставки выделяют при условии прикрепления к консультации промышленного предприятия с числом работающих женщин 1000 и более. В целях повышения ответственности и роли акушера-гинеколога, обслуживающего женщин-работниц, в феврале 1988 г. в номенклатуру должностей введена должность акушера-гинеколога цехового врачебного участка и утверждено положение о данном специалисте. Такая форма дает возможность акушеру-гинекологу совместно с терапевтом цехового участка, профпатологом, инженером по технике безопасности, представителями профсоюзной организации детально ознакомиться с условиями труда работниц и активно участвовать в их улучшении. Указанная форма работы приближает медицинскую помощь к работающей женщине, охватывает большой контингент и обеспечивает качество профилактических осмотров и динамического наблюдения. Перспективным является опыт организации промышленных отделений (кабинетов) в женских консультациях. Для работы в таком отделении выделяют врачей (один или несколько в зависимости от числа женщин на предприятии) из штатов женской консультации, которые по графику ведут амбулаторный прием как в женской консультации, так и на предприятии, выделяющих и оборудующих для этих целей помещение за свой счет.

Медицинская помощь женщинам-работницам промышленных предприятий основывается на общих принципах здравоохранения и прежде всего на его профилактической направленности.

Акушер-гинеколог цехового врачебного участка является специалистом, знающим особенности производства и труда женщин-работниц закрепленного предприятия (цеха), где он организует профилактическую и

лечебную работу в тесном контакте с врачами других специальностей, администрацией, общественными организациями и санитарным активом предприятия. Акушер-гинеколог принимает участие в проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотрах. Целью предварительных медицинских осмотров (при поступлении женщин на предприятие) является всестороннее углубленное обследование состояния здоровья женщин для решения вопроса о возможности ее работы по профессии с учетом влияния производства на женский организм, репродуктивную функцию и потомство.

Периодические медицинские осмотры (приказ МЗ СССР № 555 от 29.09.89 г. «О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств») позволяют динамически наблюдать за состоянием здоровья работниц, профессиональная деятельность которых связана с неблагоприятными условиями труда.

Особо важный раздел акушерско-гинекологической службы на промышленном предприятии — проведение профилактических медицинских осмотров работниц с целью выявления ранних форм заболеваний и последующего оздоровления заболевших.

Профилактические осмотры с применением современных методов обследования цитологии и кольпоскопии планируют, график их проведения согласуют с администрацией предприятия. Выявленных гинекологических больных ставят на учет, оздоравливают амбулаторно, а при наличии показаний госпитализируют. Динамический контроль создает условия для постоянного слежения за состоянием здоровья женщин-работниц, для чего заводят «Карту динамического наблюдения за гинекологической больной». В медицинских учреждениях применяются единые научно обоснованные принципы динамического контроля: определены частота и характер врачебных осмотров акушером-гинекологом и другими специалистами, методы лабораторных и клинических исследований, основные пути оздоровления, длительность наблюдения, критерии снятия с учета. На каждую женщину, подлежащую динамическому наблюдению, составляется план оздоровления с указанием основных лечебно-оздоровительных мероприятий, сроков их выполнения, частоты посещений врача.

Акушер-гинеколог организует лечение работниц с гинекологическими заболеваниями. Нередко такие больные получают амбулаторное лечение непосредственно на промышленном предприятии. На крупных промышленных предприятиях имеются хорошо оборудованные кабинеты и процедурная, где специально обученная медицинская сестра или акушерка выполняет процедуры, назначенные врачами.

Женщины-работницы независимо от места их проживания должны обеспечиваться всеми видами специализированной акушерско-гинекологической помощи. Гинекологические больные, которым по роду заболевания показан листок нетрудоспособности, в основном получают лечение в стационаре. При выписке им проводят восстановительное лечение в отделениях физиотерапии, санаториях, санаториях-профилакториях.

На предприятии акушер-гинеколог организует работу по снижению

абортов, использованию современных средств контрацепции с целью предупреждения нежелательной беременности. К числу основных мероприятий, проводимых акушером-гинекологом на предприятии, относятся раннее выявление беременных, организация их обследования и наблюдения.

В зависимости от места жительства работающих женщин возможен цеховой, территориальный, цехово-территориальный принцип их наблюдения. При цеховом принципе беременная, начиная с первого посещения и до окончания послеродового периода, обследуется и наблюдается у врача цехового врачебного участка территориальной женской консультации (кабинете), МСЧ, цеховой поликлиники. Такой принцип наблюдения за беременной возможен в том случае, если большинство работниц проживают вблизи предприятия, а МСЧ (цеховая поликлиника) имеет все условия для полноценного обследования и наблюдения за женщиной. Стационарная акушерская помощь оказывается в родильном отделении МСЧ или в родильном доме по месту жительства.

При территориальном принципе обслуживания беременные обследуются и находятся под динамическим наблюдением с момента установления беременности, до родов и в послеродовом периоде у акушера-гинеколога женской консультации по месту жительства.

При цехово-участковом принципе беременная наблюдается акушером-гинекологом цехового врачебного участка в женской консультации (кабинете) МСЧ, цеховой поликлинике до 30 нед беременности, а при оформлении отпуска по беременности и родам она поступает для дальнейшего наблюдения в территориальную женскую консультацию, при этом (письменно или по телефону) врач должен получить уведомление о том, что ее взяли под наблюдение по месту жительства.

Динамический контроль осуществляется по общепринятым установкам с учетом воздействия профессиональных факторов. Так, например, при контакте беременной с химическими веществами, воздействующими на почки, помимо общего анализа мочи и мочевого осадка, в течение беременности исследуют креатинин, остаточный азот сыворотки крови и определяют клиренс мочевины.

При наличии у беременной экстрагенитальных заболеваний, нарушений здоровья в связи с воздействием производственных факторов объем обследований должен быть расширен с учетом клиники и характера производственных вредностей по согласованию со специалистами по гигиене труда и профпатологом.

Большое значение в сохранении здоровья работающей женщины имеет создание безопасных, оптимальных условий труда, особенно во время беременности. Согласно «Гигиеническим рекомендациям к рациональному трудоустройству беременных женщин» (МЗ РФ, 1993 г.), беременным в соответствии с медицинским заключением снижают нормы выработки либо их переводят на другую работу, более легкую и исключая воздействие неблагоприятных факторов, с сохранением среднего заработка по месту прежней работы. Акушер-гинеколог на амбулаторном приеме, руководствуясь специальной картой, полученной при аттестации рабочих мест,

выдает беременной «Врачебное заключение о переводе на другую работу». Отрывной талон этого бланка заполняет мастер (начальник цеха) с указанием конкретного места, на которое переведена беременная. В этом документе должна быть и отметка о том, как трудоустроена женщина (если снижена норма выработки, то отмечают, на сколько процентов). Отрывной талон возвращают для подшивки в «Индивидуальную карту беременной и родильницы».

В том случае, если на предприятии не созданы условия для правильного, рационального трудоустройства беременной, акушер-гинеколог имеет право выдать листок нетрудоспособности на весь период беременности.

При трудоустройстве беременных врач руководствуется следующими документами: «Гигиенические рекомендации к рациональному трудоустройству беременных женщин» (МЗ РФ, 1993 г.), а также отраслевыми рекомендациями.

Наиболее оптимальным для трудоустройства беременных является создание на крупных предприятиях специальных цехов (участков) с благоприятными условиями труда.

Для профилактики возможных нарушений течения беременности, родов и послеродового периода, патологии плода работницам, контактирующим с вредными факторами производства, рекомендуется принимать препараты, повышающие иммунитет, нормализующие обменные процессы, витамины, адаптогены и др., проводить оксигенацию.

Среди оздоровительных мероприятий важное место занимает пребывание беременной и гинекологической больной в санатории-профилактории.

Опыт ряда предприятий подтверждает также эффективность специализированных заездов для беременных и гинекологических больных. На период специализированного заезда в санаторий-профилакторий рекомендуется направлять из женской консультации акушера-гинеколога и акушерку.

Санатории-профилактории — лечебно-профилактические учреждения санаторного типа, предназначенные для проведения лечебной и оздоровительной работы среди рабочих, служащих, колхозников, студентов, учащихся средних учебных заведений, создаются с согласия трудового коллектива, предприятия, организации, учебного заведения, совхоза, колхоза на хозяйственной основе.

Особенностью лечебно-профилактической деятельности санаториев-профилакториев промышленных предприятий и сельского хозяйства является сочетание санаторно-курортного лечения, проводимого во внекурортной обстановке, с обычным трудовым процессом. В санаториях-профилакториях созданы хорошие условия для комплексного лечения и оздоровления: все виды физиотерапии, бальнео- и грязелечение, медикаментозное лечение и фитотерапия, диетическое питание. В санаторий-профилакторий (при отсутствии противопоказаний и после предварительного обследования) следует направлять всех беременных, гинекологических больных и прежде всего выведенных из

цехов и производств с вредными и неблагоприятными условиями труда, длительно и часто болеющих, имеющих хронические заболевания, а также неблагоприятные бытовые условия.

Беременных для оздоровления в санатории-профилактории отбирает акушер-гинеколог цехового врачебного участка совместно с цеховым терапевтом и другими специалистами, а при его отсутствии — акушеры-гинекологи женских консультаций (кабинетов), акушерка (фельдшер, медицинская сестра) здравпункта предприятия. К отбору женщин, подлежащих оздоровлению в санатории-профилактории, привлекают профкомы (при их наличии).

В целях охраны здоровья женщины и ее будущего ребенка важна также работа врача по организации диетического питания при рабочих столовых, где будущие матери могут получать рациональное питание с учетом необходимой калорийности пищи и специфики течения беременности.

Обязательным элементом деятельности медицинских работников на предприятиях является санитарно-просветительная работа среди женщин и мужчин в цехах предприятий с учетом их специфики, на здравпунктах, во дворцах культуры, общежитиях. На крупных предприятиях работают «Университеты здоровья женщин», лектории для вступающих в брак, для молодой семьи. Организуются тематические выставки, выпускаются бюллетени, проводятся вечера «вопросов и ответов»; врач контролирует также работу комнат личной гигиены женщины, которые содержатся и обслуживаются специально обученным персоналом за счет предприятия.

Акушер-гинеколог на предприятии изучает причины гинекологической заболеваемости, углубленно анализирует заболеваемость с временной утратой трудоспособности в связи с болезнями женских половых органов, а также экспертную оценку временной нетрудоспособности.

В последние годы в стране отмечается ежегодный рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности в связи с болезнями женских половых органов, осложнениями беременности и послеродового периода как в случаях, так и в днях. Так, если в РФ временная нетрудоспособность по поводу гинекологических заболеваний, родов и послеродового периода в 1991 г. в случаях составляла 2,7, в днях — 53,4, то в 1992 г. этот показатель возрос в случаях до 2,8. Таким образом, необходим углубленный анализ гинекологической заболеваемости, исходов беременности и родов, экспертной оценки нетрудоспособности беременных и гинекологических больных.

Работа по экспертизе временной утраты трудоспособности организуется соответственно приказу МЗ № 1157 от 10.11.81 г. Согласно указанному документу, акушер-гинеколог обязан решать вопрос о выдаче или продолжении листка нетрудоспособности после всестороннего медицинского освидетельствования степени выраженности нарушений состояния здоровья, характера и течения гинекологического заболевания (особенности течения беременности) с учетом условий труда и выполняемой работы.

Экспертиза временной нетрудоспособности (ВН) при акушерско-гинекологической патологии, ее учет и анализ проводится в соответствии с методическими рекомендациями, утвержденными МЗ РСФСР в 1988 г.

В рекомендациях указывается, что важными составными частями работы по экспертизе ВН в связи с акушерско-гинекологической патологией являются организация правильного учета и проведение научно обоснованного анализа заболеваемости с временной нетрудоспособностью.

Основным исходным документом для проведения анализа ВН служит листок нетрудоспособности, выданный по месту работы, жительства или временного пребывания в период командировки (отпуска).

Сведения с листка нетрудоспособности выкопировываются ежемесячно в журнал или карту полицевого учета, куда заносят Ф.И.О., год рождения, место работы, специальность, стаж, номер больничного листа, наименование учреждения, выдавшего его, предварительный и заключительный диагноз, фамилии врачей, оформлявших листок нетрудоспособности.

Статистической отчетностью (Ф 16-ВН) для изучения уровня акушерско-гинекологической патологии с временной утратой трудоспособности предусмотрены следующие строки:

строка 21 — воспалительные болезни женских тазовых органов;
строка 22 — осложнения беременности, родов и послеродового периода, кроме аборт (до и после отпуска по беременности и родам);
строка 31 — состояния, обусловленные осложнениями абортов (кроме угрожающего при сохранении беременности);
строка 36 — временная нетрудоспособность, связанная с предоставлением дородового отпуска;
строка 37 — временная нетрудоспособность в связи с предоставлением послеродового отпуска.

Согласно дополнениям к указаниям по составлению отчета о причинах временной нетрудоспособности, утвержденным МЗ РФ, из строки 26 в учетную строку 21 перенесены следующие гинекологические заболевания:

- лейомиома матки (фиброид матки, фибромиома, миома матки);
- другие доброкачественные новообразования матки (шейки, тела и других уточненных и неуточненных частей);
- доброкачественные новообразования яичника (дермоидная киста, кистома яичника неопластическая);
- доброкачественные новообразования других женских половых органов (аденоматозный полип, доброкачественная тератома).

В строку 21 следует отнести кисты, связанные с аномалией развития, синдромом поликистозных яичников.

Таким образом, в строке 26 «Прочие заболевания» из гинекологических нозологических форм остаются все виды эндометриоза и онкологические гинекологические заболевания.

Углубленное изучение заболеваемости с временной утратой трудо-

способности необходимо для выяснения роли условий труда в формировании характеристик здоровья работающих, для оценки эффективности оздоровительных мероприятий, поскольку статистически достоверные различия в уровне заболеваемости сравниваемых профессиональных групп являются важнейшим доказательством влияния условий труда на их заболеваемость.

Для правильного анализа заболеваемости необходима точная шифровка листков временной нетрудоспособности, которая должна проводиться только акушерами-гинекологами или специально обученным медицинским работником. Правильность шифровки больничных листов контролирует заместитель главного врача по экспертизе.

При анализе заболеваемости женщин-работниц следует учитывать структуру гинекологической заболеваемости, динамику временной нетрудоспособности, уровень показателя заболеваемости у работниц различных цехов, а также число лиц, длительно и часто болеющих.

При разработке перечня заболеваний составляют таблицу с указанием всех нозологических форм, в которой учитывают число лиц, имевших листок нетрудоспособности, число случаев и дней нетрудоспособности и среднюю продолжительность пребывания на больничном листе по каждой нозологической форме гинекологических заболеваний.

Показатель числа случаев на 100 работающих	—	$\frac{\text{Абс. число случаев} \cdot 100}{\text{Число женщин-работниц}}$
Показатель числа дней на 100 работающих женщин	—	$\frac{\text{Абс. число дней} \cdot 100}{\text{Число женщин-работниц}}$
Показатель средней длительности одного случая	—	$\frac{\text{Абс. число дней}}{\text{Абс. число случаев}}$

Интенсивный показатель заболеваемости рассчитывают следующим образом:

Для оценки структуры гинекологической заболеваемости определяют удельный вес (доля) каждой из нозологических форм ко всем случаям временной нетрудоспособности, связанным с болезнями женских половых органов.

Мероприятия по улучшению качества экспертизы временной нетрудоспособности беременных и гинекологических больных осуществляют и контролируют заместитель главного врача объединения совместно с районным (городским, областным) главным специалистом, а также заведующие женскими консультациями.

На основании анализа гинекологической заболеваемости акушеры-гинекологи разрабатывают совместно с администрацией, профсоюзной организацией конкретные лечебно-профилактические и санитарно-гигиенические мероприятия по предупреждению и снижению трудовых потерь, связанных с акушерско-гинекологической патологией как в отдельных профессиональных коллективах работниц, так и в целом по предприятию.

Специализированная акушерско-гинекологическая помощь

О. Г. Фролова

Практика развития здравоохранения за последние десятилетия показала, что стоящие перед ним кардинальные задачи могут быть в значительной мере решены дальнейшей специализацией различных отраслей медицинской науки и организацией специализированной помощи по некоторым разделам клинических дисциплин.

Специализированная медицинская помощь — «вид медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами в специально предназначенных для этой цели лечебных учреждениях или отделениях с использованием современной лечебно-диагностической аппаратуры, инструментария и оборудования»¹.

Развитие специализированных разделов акушерско-гинекологической помощи определяется необходимостью разработки или усовершенствования методов профилактики, диагностики и лечения при отдельных видах патологии, имеющих высокую социальную и/или медицинскую значимость.

В последнее десятилетие получили развитие следующие формы организации специализированной амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи:

- специализированный прием в крупной женской консультации (на 8 акушерских участков и более);
- при специализированном акушерском стационаре;
- в центрах планирования семьи и репродукции;
- на базах кафедр и НИИ акушерско-гинекологического профиля.

Стационарную специализированную акушерско-гинекологическую помощь оказывают:

- специализированные учреждения (специализированные родильные дома, объединенные с другими учреждениями);
- специализированные отделения родильных домов, многопрофильных больниц, клинических баз НИИ и кафедр.

Это позволяет одновременно с дифференциацией медицинской помощи развивать процесс интеграции, т. е. использовать весь лабораторно-диагностический и врачебный потенциал этих учреждений для отдельных групп больных.

На практике оправдала себя специализированная помощь при следующих осложнениях и заболеваниях:

¹ БМЭ, изд. 3-е, т. 24, с. 266.

- невынашивание беременности;
- экстрагенитальная патология у беременных;
- гнойно-септические послеродовые (послеабортные) заболевания;
- гинекологические заболевания детей и подростков;
- нейроэндокринные нарушения генеративной функции;
- бесплодие.

Вопрос об организации специализированных видов акушерско-гинекологической помощи решают местные органы здравоохранения при обосновании ее необходимости главным акушером-гинекологом области (края), республики. Виды специализированной помощи, уровень ее размещения определяются, исходя из наличия контингента беременных или гинекологических больных, соответствующих штатных должностей и физических лиц, состояния материально-технической базы акушерско-гинекологических учреждений. Посещаемость акушеров-гинекологов, ведущих специализированный прием, составляет примерно 12% общего объема посещений акушеров-гинекологов.

Штатные должности для организации акушерско-гинекологической специализированной помощи выделяют руководители органов здравоохранения (приказ МЗ СССР от 13.08.87 г. № 955 «О расширении самостоятельности руководителей органов здравоохранения» в пределах плана по труду и бюджетных ассигнований с учетом объема работы). В амбулаторно-поликлинических условиях специализированными, как правило, следует считать прием с полной нагрузкой не менее чем на 1 врачебную должность.

Если население или контингент больных недостаточны для создания самостоятельных специализированных приемов, то вопрос решается в зависимости от местных условий.

Для работы в специализированных отделениях (кабинетах) должны привлекаться опытные (стаж работы не менее 5 лет) акушеры-гинекологи, прошедшие специальную подготовку.

Эффективность работы специализированного кабинета (приема) во многом определяется рациональным нормированием нагрузки акушера-гинеколога.

При изучении методом фотохронометража объема и характера деятельности акушера-гинеколога на специализированных приемах по бесплодию и эндокринной патологии нами было установлено, что в среднем за 1 ч врач специализированного кабинета может оказать квалифицированную помощь не более чем 3 пациенткам. Затраты времени были различными при приемах женщин с отдельными нозологическими формами. Так, врач, ведущий прием женщин, страдающих бесплодием, в среднем на 1 пациентку затрачивал $36,5 \pm 4,1$ мин, на 1 больную с эндокринной патологией — $36,0 \pm 6,2$ мин; на 1 женщину, страдающую невынашиванием беременности, — $22,5 \pm 6,4$ мин.

Мощность специализированных отделений и их структура должны быть также увязаны с численностью обслуживаемого населения и контингентом нуждающихся в специализированных видах помощи.

В зависимости от местных условий в одном учреждении может быть организовано несколько видов специализированной помощи.

Специализация акушерско-гинекологической помощи — процесс динамический, и ее формы и объем на каждом этапе развития здравоохранения и на отдельных территориях определяются теми видами патологии, которые являются ведущими в структуре гинекологической, а также материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Специализированная акушерская помощь

Помощь беременным, роженицам и родильницам с экстрагенитальной патологией имеет свои особенности. Сочетание заболеваний внутренних органов и беременности встречается в 12—14% случаев. Многие из них тяжело осложняют течение беременности, родов и послеродового периода, неблагоприятно влияют на развитие плода. В свою очередь беременность у женщин с экстрагенитальными заболеваниями зачастую ухудшает их состояние. Все сказанное и определило необходимость развития специализированной помощи женщинам, страдающим тяжелыми заболеваниями, не зависящими от беременности и родов.

Организация такой помощи особенно важна для беременных с сердечно-сосудистой патологией (при пороках сердца, поражениях миокарда, гипертонической болезни), заболеваниями почек (пиелонефрит, гломерулонефрит) и эндокринной системы (диабет).

Создание специализированного акушерского стационара (отделения) для женщин с экстрагенитальными заболеваниями целесообразно в системе тех многопрофильных больниц, которые имеют в своем составе другие отделения, соответствующие профилю заболевания беременных, рожениц и родильниц (кардиологические, нефрологические, эндокринологические и др.).

Такая организация позволяет:

- обосновать показания и противопоказания для сохранения беременности у женщины с профильной экстрагенитальной патологией;
- разработать принципы динамического наблюдения за больными беременными с учетом особенностей течения основного заболевания;
- подготовить беременную к родам, определить сроки родоразрешения.

При каждом специализированном стационаре целесообразно создавать консультативно-диагностические центры для консультации женщин с соответствующим профилем экстрагенитальной патологии, направляемых женскими консультациями, поликлиниками и акушерскими стационарами обслуживаемого региона, которые ведут организационно-методическую работу, включая повышение квалификации врачей по обслуживанию беременных с определенным видом экстрагенитальной патологии.

Специализированный амбулаторный прием может быть также организован для беременных с экстрагенитальной патологией на клинических базах НИИ и кафедр, разрабатывающих соответствующую научную тематику.

Для сельских жительниц специализированная помощь должна развиваться на базах областных (краевых, республиканских) больниц, а также ЦРБ I категории. На тех территориях, где областные больницы не располагают акушерскими отделениями, следует использовать специализированные городские стационары, закрепляя это соответствующим документом местных органов здравоохранения.

Одним из важных принципов организации специализированной помощи беременным и родильницам с экстрагенитальной патологией является преемственность в оказании им медицинской помощи между территориальными поликлиниками, женскими консультациями и специализированным акушерским стационаром. Участковым терапевтам необходимо заблаговременно, еще до наступления беременности, выявлять женщины с экстрагенитальной патологией, которым беременность противопоказана. Списки этих женщин следует передавать в женские консультации для индивидуального подбора контрацептивов и решения вопроса о сроках возможного наступления беременности. Женские консультации передают в поликлинику сведения о родильницах с экстрагенитальной патологией для последующего наблюдения за ними и проведения реабилитационных мероприятий.

Организация помощи беременным, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. При установлении диагноза заболеваний, которые встречаются примерно у 2,5—3,0% рожениц, необходимо решать вопрос о допустимости сохранения беременности или ее прерывания по медицинским показаниям.

Женщина, сохраняющая беременность при сердечно-сосудистом заболевании, должна находиться в течение всей беременности и после родов под тщательным динамическим наблюдением терапевта и акушера-гинеколога. По показаниям ее осматривают окулист, ревматолог и врачи других специальностей.

Беременные, страдающие пороками сердца, гипертонической болезнью и рядом других сердечно-сосудистых заболеваний, даже при отсутствии обострения процесса и акушерской патологии подлежат трехкратной плановой госпитализации:

а) с диагностической целью (для решения вопроса о возможности сохранения беременности) в срок беременности до 12 нед — в терапевтический (кардиологический) стационар; при необходимости прервать беременность — в квалифицированный акушерско-гинекологический стационар;

б) с профилактической, а при необходимости и с лечебной целью в 28—30 нед беременности (в период максимальной гемодинамической нагрузки на сердце) — в терапевтический стационар;

в) для подготовки к родам и выработки плана родоразрешения и

проведения родов — за 2—3 нед до предполагаемого срока родов — в специализированный акушерский стационар.

В настоящее время оптимальным следует считать организацию указанного специализированного акушерского стационара (отделения), имеющего тесные функциональные связи с терапевтическим (кардиологическим) отделением. Как правило, такие акушерские стационары имеют больший, чем обычно, процент коек в отделениях патологии беременных (до 40) и в них должна быть особо развита служба реанимационной и интенсивной терапии. Обязательно наличие палат интенсивной терапии при всех клинических отделениях, особенно в составе родового отделения. Ко всем койкам необходимо подвести кислород и создать условия для включения различной аппаратуры и сигнализации. Данный стационар должен иметь кабинет функциональной диагностики, включающий ультразвуковую аппаратуру, кардиоскоп, кардиомониторы для слежения за сердечной деятельностью матери и плода и др.

Для оказания консультативной и лечебной помощи акушерский стационар следует прикрепить к кардиохирургическому стационару. Ведение беременности, родов и послеродового периода при сердечно-сосудистой патологии требует высокой квалификации акушеров-гинекологов, терапевтов и врачей другого профиля.

Отделение для беременных, рожениц и родильниц с экстрагениальной патологией призвано:

— оказывать высококвалифицированную специализированную акушерскую помощь беременным, роженицам и родильницам, а также новорожденным;

— повышать квалификацию врачебных кадров и среднего медицинского персонала;

— осуществлять на базе отделения учебную, методическую и научно-исследовательскую работу.

В функции такого отделения входят:

— уточнение показаний для госпитализации в данное отделение;

— санитарная обработка беременных и рожениц и направление их в соответствующее отделение;

— дородовая подготовка, наблюдение и лечение беременных с учетом специфики данной патологии;

— помощь при родоразрешении;

— оперативное вмешательство;

— интенсивная терапия и реанимация беременных, рожениц, родильниц и новорожденных;

— послеродовое наблюдение и лечение родильниц с учетом специфики экстрагениальной патологии;

— лечение и выхаживание недоношенных, травмированных и новорожденных с патологией;

— административно-хозяйственная, учебная, научно-исследовательская и методическая работа.

Организация помощи беременным, роженицам и родильницам с

заболеваниями почек. К числу экстрагенитальных заболеваний, наиболее часто встречающихся у беременных, относятся болезни почек, и в первую очередь пиелонефрит (примерно 10%).

В большинстве случаев беременность отрицательно сказывается на течении имеющейся почечной патологии. Исходя из этого, беременные с почечной патологией должны находиться под динамическим наблюдением терапевта и акушера-гинеколога и им требуется консультативный осмотр уролога (нефролога), окулиста и врачей другого профиля.

Для решения вопроса о допустимости продолжения беременности или ее прерывания, а также для госпитализации в период обострения почечной патологии, ухудшения ее течения, бессимптомной бактериурии и лейкоцитурии, не поддающейся амбулаторному лечению, целесообразно использовать профильный терапевтический (нефрологический или урологический) стационар как специализированный. При таких видах патологии, как начинающийся поздний токсикоз беременных, угроза невынашивания, гипотрофия плода (при появлении начальных его признаков) и др., беременные подлежат госпитализации в акушерский стационар, при котором следует организовывать специализированный консультативный прием.

Беременные с почечной патологией нуждаются в дородовой госпитализации также в акушерский стационар в 37—38 нед беременности для подготовки к предстоящим родам и разработки плана их ведения.

Особенностью структуры данного акушерского стационара является наличие большого числа коек в отделении патологии беременных (до 40—50% коечного фонда).

Вопрос о помещении больных беременных в то или иное отделение (акушерского или неакушерского профиля) должен решаться в каждом случае исходя из интересов женщины с учетом местных условий. После родов этим женщинам показано динамическое наблюдение не только акушера-гинеколога, но и уролога или нефролога.

Организация помощи беременным, роженицам и родильницам при сахарном диабете. Во время беременности, как правило, резко ухудшается течение диабета, роды при котором составляют 0,3—0,5% от общего числа родов. Преимущественно во II половине беременности при диабете часто наблюдаются тяжело протекающие токсикозы, многоводие, пиелонефрит, преждевременное прерывание беременности. При родах у женщин, больных диабетом, нередко отмечаются слабость родовой деятельности, преждевременное или раннее излитие околоплодных вод. Новорожденные этих женщин нуждаются в особом обследовании.

Прежде всего женская консультация обязана уточнить диагноз заболевания, степень риска и решить вопрос о допустимости сохранения беременности.

При сохранении беременности у больной диабетом акушер-гинеколог составляет для нее индивидуальный план, согласованный с терапевтом и эндокринологом.

Стационарная помощь данному контингенту больных должна осу-

ществляться в квалифицированном специализированном учреждении. Накоплен положительный опыт по выделению специальных палат для данного контингента больных в крупных акушерских стационарах, входящих в состав многопрофильных больниц, имеющих эндокринологические отделения и соответствующую лабораторную службу.

Показания для госпитализации:

— при первом обращении в женскую консультацию для уточнения диагноза, возможности сохранения беременности, определения курса лечения, в том числе дозировки инсулина при продолжении беременности;

— в 22—24 нед беременности, когда нередко наступает декомпенсация диабета, что требует изменения доз инсулина и назначения соответствующего лечения; госпитализация в эндокринологическое отделение или отделение патологии беременных с обязательной консультацией эндокринолога;

— в 30—32 нед беременности в акушерский стационар для обследования и решения вопроса о сроке и методе родоразрешения.

Срочно госпитализируют при наступлении декомпенсации сахарного диабета, ухудшении состояния матери и/или плода, а также при возникновении акушерской патологии.

В отношении новорожденных местные органы здравоохранения должны предоставлять акушерскому стационару возможность срочного перевода больного ребенка в соответствующее отделение детской больницы (отделение для недоношенных, неврологическое и др.).

Организация помощи беременным, роженицам и родильницам с инфекционными заболеваниями. Беременная, больная гриппом, при акушерской патологии, требующей пребывания в условиях акушерского стационара, подлежит госпитализации в наблюдательное отделение такого стационара вне зависимости от срока беременности, где и принимают роды. При этом проводят мероприятия по предупредительному распространению инфекции.

Женщины, больные туберкулезом, при установлении у них беременности акушер-гинеколог женской консультации немедленно направляет в противотуберкулезный диспансер для уточнения диагноза заболевания и последующего решения вопроса о допустимости сохранения беременности.

Аборт у больной с активной формой туберкулеза обычно выполняет акушер-гинеколог в операционной противотуберкулезного стационара, а при отсутствии такой возможности — в гинекологическом (для прерывания беременности) или общехирургическом отделении больницы при соответствующем соблюдении мер изоляции.

При сохранении беременности женщины, больные туберкулезом, находятся под динамическим наблюдением акушера-гинеколога, терапевта женской консультации или поликлиники (по месту жительства) и физиатра противотуберкулезного диспансера.

Стационарная акушерская помощь больным туберкулезом местными органами здравоохранения может быть организована в системе

противотуберкулезной больницы. Беременные и роженицы, не имеющие активной формы туберкулеза и не контактирующие с такими больными, могут быть госпитализированы в observationalное отделение акушерского стационара (отдельная палата), а роженицы с активной формой туберкулеза (при невозможности госпитализации в туберкулезный стационар) — в родовые боксы акушерского отделения.

Ребенок такой матери сразу же после рождения должен быть от нее изолирован и в дальнейшем передан родственникам родильницы или переведен в соответствующее детское учреждение.

Беременных, страдающих *вирусным гепатитом*, госпитализируют в выделенные для них палаты (боксы) соответствующих отделений инфекционной больницы. Наблюдение, лечение и роды проводят совместно акушеры-гинекологи и врачи этих отделений.

Обязательное обследование на ВИЧ-инфекцию при беременности в соответствии с письмом МЗ России от 01.12.92 г. № 01-15/7-25 отменено. Обязательному обследованию подлежат женщины, подверженные высокому риску заражения: имеющие много половых партнеров, употребляющие парентерально наркотики, получившие многократные переливания крови и ее компонентов.

Организация помощи при невынашивании беременности. Частота невынашивания беременности составляет от 10 до 20%.

Система организации указанной амбулаторно-поликлинической помощи предусматривает создание специализированных кабинетов (приемов) в составе крупных (на 8 акушерских участков и более) женских консультаций и в консультациях «Брак и семья», (центрах планирования семьи и репродукции) и при специализированных стационарах.

Специализированный кабинет по невынашиванию дополнительно оснащается гистерографом, тонусометром, аппаратом «Мальш».

На консультативный осмотр к врачу специализированного кабинета следует направлять:

- женщин, страдающих привычным невынашиванием в анамнезе;
- беременных с риском невынашивания, в отношении которых врач консультации нуждается в рекомендациях специалиста;
- женщин, у которых врач консультации не может выявить причину произошедшего преждевременного прерывания беременности.

При направлении в специализированный кабинет акушер-гинеколог предоставляет выписку, в которой указаны особенности анамнеза, данные проведенных диагностических и лечебных мероприятий, результаты лабораторных обследований и заключение терапевта, а при показаниях — и других специалистов. О необходимом перечне обследований, в том числе медико-генетического, врач специализированного кабинета информирует акушеров-гинекологов прикрепленного района.

Врач специализированного кабинета ведет консультативный прием по вопросам невынашивания, а также систематически наблюдает и лечит в основном беременных и небеременных с высоким потенциальным риском невынашивания, направленных к нему на консультацию.

Наиболее прогрессивной и практически оправдавшей себя формой организации специализированной стационарной помощи при невынашивании является объединение в единый комплекс акушерского и педиатрического стационарных подразделений с включением в него консультативного поликлинического центра. Такое объединенное учреждение обязано предупреждать невынашивание беременности, рационально вести преждевременные роды, а также внедрять современные методы реанимации, выхаживания и лечения недоношенных новорожденных и их медицинскую реабилитацию (I, II этапы выхаживания).

Опыт работы специализированных стационаров показал, что среди всех акушерских коек на долю коек патологии беременных следует планировать до 50%. Они размещаются примерно поровну в двух отделениях, из которых одно предназначено для женщин с угрозой невынашивания беременности сроком до 28 нед, и второе — от 28 до 36 нед (включительно).

Профилактическая госпитализация женщин с риском невынашивания проводится в так называемые критические сроки: в 7—8 нед беременности, в 16 нед и 28 нед, а также в сроки прерывания предыдущих беременностей.

В родовом блоке объединенного стационара должна быть палата интенсивного наблюдения.

Отделение для новорожденных в акушерской части данного объединения (I этап выхаживания) состоит из палат для детей с различной массой тела при рождении, что обеспечивает дифференцированное обслуживание новорожденных в зависимости от степени их недоношенности, а также для детей, нуждающихся в реанимации.

Во многих областных центрах и городах с населением более 500 тыс. организованы такие специализированные учреждения (родильные дома, объединенные с детскими учреждениями) для госпитализации беременных с угрозой невынашивания и преждевременными родами при сроке беременности 22—36 нед, а также созданы оптимальные условия для выхаживания родившихся с массой тела 500 г и более.

Особенность контингента обслуживаемых новорожденных диктует необходимость круглосуточного дежурства педиатров¹ (неонатолога, реаниматолога), круглосуточного функционирования лабораторной службы, наличия специального оборудования (мониторы, аппараты для искусственной вентиляции легких, электроотсосы, специальные куветы, оборудование и инструментарий для проведения инфузионной терапии и парентерального питания).

¹ Круглосуточное дежурство педиатров предусматривают в штатах родильных домов, имеющих не менее 90 коек для новорожденных, средний медицинский персонал для недоношенных новорожденных — из расчета 1 круглосуточный пост на 4 указанные койки. Для выхаживания недоношенных детей с низкой массой тела по усмотрению органов здравоохранения могут устанавливаться необходимые дополнительные должности медицинских сестер, вплоть до организации индивидуальных круглосуточных постов.

Госпитализация в специализированные по невынашиванию стационары подлежат в основном беременные:

— с признаками угрозы прерывания беременности, подтвержденными объективными методами (гистерография и др.);

— в критические сроки (о чем указывалось ранее) с профилактической целью;

— с преждевременно начавшейся родовой деятельностью.

Помощь беременным и роженицам с иммунологически-конфликтной беременностью была организована и продолжает функционировать на отдельных территориях страны.

В настоящее время решение проблемы неблагоприятных исходов беременности и родов при данной патологии состоит в проведении специфической профилактики (методические рекомендации «Гемолитическая болезнь плода и новорожденного — клиника, диагностика, профилактика и лечение», М., 1986, 15, VI).

На тех территориях, где специализированная помощь не организована, женщины с иммуноконфликтной беременностью могут быть госпитализированы в один из высококвалифицированных стационаров, в котором обеспечены круглосуточная работа клинической лаборатории и наблюдение педиатра. Акушерские стационары должны иметь антирезусиммуноглобулин для его введения с профилактической целью неиммунизированным родильницам и женщинам после прерывания беременности.

Организация помощи женщинам с послеродовыми и послеабортными гнойно-септическими заболеваниями. Для женщин с послеродовыми и послеабортными гнойно-септическими заболеваниями, а также для беременных и рожениц с явно выраженной гнойно-септической инфекцией в крупных городах организованы специализированные акушерские стационары. Их целесообразнее всего создавать в составе крупных многопрофильных больниц с гинекологическими, нефрологическими и общехирургическими отделениями, а также отделения (палаты) реанимации, интенсивной терапии, имеющими возможность проведения гемодиализа, и бактериологическими лабораториями.

В такой специализированный стационар подлежат госпитализации:

1) беременные, роженицы и родильницы при наличии следующих гнойно-септических заболеваний:

— сепсис, септический шок; перитонит; тяжело протекающий тромбофлебит; тяжелая форма эндометрита; гнойные процессы в малом тазу (пельвиоперитонит, нагноившиеся гематомы, пельвиоцеллолит с абсцедированием, гнойные мешотчатые образования придатков матки), а также эндометрит, параметрит и аднексит при отсутствии эффекта от лечения, проводимого в обычном акушерском стационаре;

2) беременные с антенатальной гибелью плода;

3) родильницы при наличии лактационного гнойного мастита (в основном в порядке перевода из акушерских стационаров);

4) женщины с послеабортными гнойно-септическими заболеваниями.

Этих женщин переводят из обычного стационара сразу же после установления диагноза с учетом транспортабельности больной.

При наличии у рожениц экстрагенитального очага гнойной инфекции любой локализации они подлежат госпитализации для проведения родов и лечения в указанный специализированный стационар.

Структура специализированного акушерского стационара для женщин с послеродовыми и послеабортными гнойно-септическими заболеваниями должна предусматривать строгое разобщение отдельных групп госпитализируемых и максимальную изоляцию друг от друга даже однородных больных. В приемной должны быть специальные боксы для временной госпитализации женщин с неуточненным диагнозом.

В местностях, где такой специализированный стационар отсутствует из-за недостаточного контингента больных, допустима следующая организация стационарной помощи:

— проведение родов в родовых боксах observationalного отделения акушерского стационара. После родов больную можно оставить в родовом боксе до выздоровления или перевести в специально выделенную изолированную палату гинекологического или общехирургического отделения больницы;

— оказание помощи женщинам с послеабортными гнойно-септическими заболеваниями в изолированных палатах гинекологического (хирургического) отделения больницы;

— оказание помощи женщинам с гнойным маститом хирургом: амбулаторной — в кабинете гнойной хирургии поликлиники, стационарной — в отделении гнойной хирургии больницы. Акушеры-гинекологи должны являться для хирургов консультантами при решении ряда вопросов, связанных, в частности, с лактацией.

Специализированная помощь гинекологическим больным

Организация помощи детям и подросткам. По выборочным данным, заболевания половой системы выявляют при профилактических осмотрах у 8—12% девочек, из которых в стационарной помощи нуждаются 20—25%.

Наиболее рациональной в нашей стране признана трехэтапная (ступенчатая) система организации данного вида помощи:

I этап — дошкольные учреждения, школы и средние специальные учебные заведения;

II этап — специализированные кабинеты гинекологов детского и юношеского возраста;

III этап — специализированные стационарные отделения с консультативным кабинетом при них.

Объем лечебно-профилактической помощи на I этапе — широкая санитарно-просветительная работа педиатров, акушеров-гинекологов

среди девочек, родителей и педагогов; профилактические осмотры девочек и девушек, а также выделение групп риска по нарушению функции репродуктивной системы в период полового созревания с активной передачей этого контингента больных для наблюдения в кабинет гинекологии детского и юношеского возраста.

Объем на II этапе — диагностика и лечение в условиях поликлиники, направление в стационар, наблюдение после выписки из стационара, организационно-методическое руководство работой I этапа; динамическое наблюдение больных групп риска в поликлинических условиях и в последующем передача в женскую консультацию.

Объем на III этапе — диагностика и лечение в стационаре, преемственность в работе с кабинетами гинекологии детского и юношеского возраста и организационно-методическая работа (повышение квалификации, внедрение достижений науки в практику и др.).

Кабинеты по оказанию гинекологической помощи детям и подросткам должны быть размещены в женских консультациях или в детских поликлиниках (краевых, республиканских) центров и крупных городов.

Для специализированного кабинета детей и подростков с гинекологическими заболеваниями отводят 2 смежные комнаты, чтобы в одной из них, где проводится опрос больных и родителей, можно было расположить стол для врача, кушетку, игрушки для детей, во второй — гинекологическое кресло, столы и шкаф для инструментов (детские влагалитические зеркала с освещением, вагиноскопы, желобоватые зонды), где осматривают девочек (желательно в присутствии матери) и выполняют лечебные процедуры.

В специализированном кабинете должен работать опытный акушер-гинеколог, получивший специальную подготовку, овладевший искусством сбора генеалогического анамнеза, антропометрией, вагиноскопией, кольпоцитологическими и другими методами обследования. Вместе с врачом должна работать опытная медицинская сестра, обученная методам осмотра и опроса детей, а также имеющая навыки в проведении ряда лечебных процедур: спринцевание, введение свечей во влагалище, инстилляция лекарственных веществ и др.

Стационарная помощь этому контингенту больных оказывается в гинекологических отделениях для детей и подростков, которые целесообразно организовывать в крупных многопрофильных больницах, на базе научно-исследовательских институтов системы охраны материнства и детства и профильных кафедр.

Структура такого гинекологического отделения должна соответствовать общепринятому детскому стационару любого профиля (палаты, столовая, игровая, душевая и т. д.). Необходимо иметь 2 процедурных кабинета — для проведения в одном из них внутривенных манипуляций, в другом — общего и гинекологического осмотра.

Девочку недопустимо обследовать в присутствии других больных или посторонних лиц. Работать в отделении должны врачи, имеющие специальную подготовку по гинекологии детей и подростков.

При обследовании в стационаре определяется степень риска нарушения репродуктивной системы как в период полового созревания, так и в репродуктивном возрасте. Эти данные заносят в эпикриз и направляют в специализированный кабинет гинекологии детей и подростков по месту жительства, где проводится их динамическое наблюдение.

Организация помощи при бесплодном браке¹. Специализированная акушерско-гинекологическая помощь при бесплодном браке осуществляется как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных условиях. Частота бесплодного брака составляет примерно 10—15%.

Существует следующая этапность оказания помощи:

I этап — территориальная женская консультация, куда на прием к акушеру-гинекологу обращается пациентка по поводу бесплодия. На **II этап** направляют женщин до 35 лет с выпиской I этапа.

II этап — региональные центры планирования семьи и репродукции — специализированный прием по бесплодию, где обследуют и проводят соответствующее лечение супружеской пары при бесплодном браке. При отсутствии центра планирования семьи и репродукции женщин обследуют акушеры-гинекологи специализированных кабинетов по бесплодию, организуемых в крупных женских консультациях, мужчин — уролог-андролог поликлиники.

III этап — стационар, функционально связанный со II этапом (гинекологическое, урологическое отделения, как правило, многопрофильной больницы), где по показаниям проводят специальные методы обследования и лечения.

При наступлении беременности женщина наблюдается у акушера-гинеколога территориального участка.

Кабинет, предназначенный для приема женщин с бесплодием, должен быть оснащен специальным оборудованием (аппарат для гидротурбации, кольпоскоп, предметные и покровные стекла, туберкулиновые шприцы для посткоитального теста).

Кабинет уролога для проведения осмотра (лечения) мужчин должен иметь гинекологическое кресло, уроскоп, аппарат для электростимуляции предстательной железы, орхидометр и урологический инструментарий.

Объем диагностического обследования и лечебных мероприятий зависит от форм патологии, которые представлены ниже.

Бесплодие в браке

Бесплодие при хроническом сальпингоофорите (тубно-перитонеальный фактор бесплодия)

I. Диагностика

- анамнез
- клиническое обследование, включая гинекологическое
- УЗИ органов малого таза
- гистеросальпингография

¹ Соавтор проф. Т. Я. Пшеничникова.

- выявление этиологии воспаления (бактериологическое, бактериоскопическое, иммунологическое исследование)
- исследование иммунной системы и системы гемостаза (при длительном рецидивирующем течении)
- лапароскопическое и гистероскопическое исследование

II. Лечение

Лечение продигнозаном, антибиотиками, физическими и курортными факторами (при подостром и рецидивирующем сальпингите)

Оперативная эндоскопия

Экстракорпоральное оплодотворение

Диагностика и лечение эндокринного бесплодия

I. Диагностика

I.1. Тесты, обязательные при формах эндокринного бесплодия:

- анамнез
- клиническое обследование
- гинекологическое обследование
- тесты функциональной диагностики овуляция/ановуляция
- гормоны плазмы крови (пролактин — Прл)
- гормональные функциональные пробы (прогестероновая, циклическая)
- краниограмма (по показаниям)
- маммография

УЗИ органов малого таза

- эндоскопические методы (лапароскопия, гистероскопия) — при отсутствии беременности в течение 6 овуляторных спонтанных или стимулированных циклов
- патоморфологическое исследование биопсированных тканей

I.2. Тесты, обязательные для дифференцированной диагностики эндокринных форм бесплодия

- медико-генетическое консультирование
- посткоитальный тест (при достаточном уровне эстрогенной насыщенности)
- гормоны плазмы крови и/или мочи:
 - а) овуляция (тестостерон)
 - б) ановуляция (ЛГ, ФСГ, ТТГ, ТЗ, Т4, Т, ДЭА, 17-ОП)
- гормональные функциональные пробы (дексаметазоновая, с церукалом)
- эндоскопические методы (лапароскопия, гистероскопия и биопсия эндометрия и яичников)
- патоморфологическое исследование эндометрия, биопсия яичников

II. Лечение

Гормональные методы:

- комбинированные эстроген-гестагенные препараты
- чистые гестагены
- кортикостероиды
- клоמיד и его аналоги
- гонадотропные гормоны (метродин, пергонал, профази)
- антигонадотропины (даназол, гестринон)
- аналоги рилизинг-гормонов
- парлодел

Оперативные методы:

лапароскопия с биопсией или резекцией яичников, зукатетеризация яичников

Нетрадиционные методы терапии:

- ИРТ — изолированно
 - ИРТ — в комбинации с гормонотерапией
- Экстракорпоральное оплодотворение

Бесплодие при эндометриозе

I. Диагностика

- анамнез
- клиническое обследование, включая гинекологическое
- УЗИ органов малого таза:
- эндометриодная киста
- аденомиоз
- эндометриоз брюшины (малые формы)
- гистеросальпингография:
- аденомиоз
- эндометриоз трубы
- эндометриоз брюшины
- эндометриодные кисты
- лапароскопия
- гистероскопия (аденомиоз)
- патоморфологическое исследование биоптированных тканей
- малоннвазивный (аллергологический) способ диагностики генитального эндометриоза

II. Лечение

Основной метод лечения — эндоскопическая хирургия:

- коагуляция очагов эндометриоза
- удаление кист
- ретроцервикальный эндометриоз

Гормонотерапия:

- половые стероиды
- антигонадотропины
- аналоги рилизинг-гормонов

Комбинированное лечение (хирургическая эндоскопия в комбинации с гормонотерапией)

Лечение распространенных форм эндометриоза (IV стадия)

- диагностическая и эндоскопическая хирургия
- гормонотерапия
- радонотерапия
- эндоскопическая хирургия (в исключительных случаях лапаротомия)
- гормонотерапия

Экстракорпоральное оплодотворение

Мужское бесплодие

I. Диагностика мужского бесплодия

I этап

При отсутствии клинических проявлений причин бесплодия необходимы следующие исследования:

1. Спермограмма
2. Бактериологический анализ спермы
3. Иммунодиагностика на скрытую инфекцию
 - хламидиоз
 - вирус герпеса, ЦМВ, СПИД
 - микоплазменную
4. Термография органов мошонки для диагностики скрытых форм варикоцеле

II этап

1. При варикоцеле:
 - спермограмма
 - диагностика скрытой инфекции (баканализ спермы + иммунодиагностика)

- тест на антиспермальные антитела
- 2. При инфекции гениталий по данным анализов и состояния здоровья жены:
 - тесты на выявление инфекционного агента
 - тест на антиспермальные антитела
- 3. При олиго- и азооспермии:
 - гормоны крови: ФСГ, ЛГ, Т
 - исследование посторгазменной мочи
 - биопсия яичек показана при нормальном размере яичек и гормональном статусе
- 4. При астенозооспермии:
 - выявление повреждающих факторов
- 5. При некрозооспермии
 - медико-генетическое обследование
- 6. При тератозооспермии:
 - медико-генетическое обследование
- 7. При нарушении потенции:
 - гормоны крови: пролактин, Т
 - изучение психосексуального фактора
 - консультация сексопатолога

II. Лечение мужского бесплодия

1. При варикоцеле:
 - операция по Иванисевичу или эмболизация яичковой вены
2. При инфекции гениталий:
 - антибактериальное
 - иммуностимулирующее
3. При олиго- и астенозооспермии:
 - стимулирующая терапия
 - ИОСМ + обогащение спермы
 - ИОСД
4. При некрозооспермии:
 - ИОСД
5. При тератозооспермии:
 - ИОСД
6. При наличии антител к сперматозоидам:
 - консервативная терапия
 - обработка спермы в лабораторных условиях
7. При обструкции семявыводящих путей:
 - реконструктивная пластическая операция (вазостомия).

Организация помощи женщинам с нейроэндокринными гинекологическими заболеваниями (синдромами).

К сложным вопросам гинекологии относятся распознавание причин и лечение больных с различными нейроэндокринными заболеваниями. Такая специализированная гинекологическая помощь при нейроэндокринных заболеваниях организована в ряде административных территорий, преимущественно в амбулаторно-поликлинических условиях.

Специализированные кабинеты (приемы) для оказания помощи данному контингенту созданы в крупных женских консультациях республиканских (областных, краевых) центров, где есть условия для организации современных эндокринологических лабораторий, или в консультациях «Брак и семья». Амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь жительницам сельской местности с данной патологией оказывают в республиканских (краевых, областных) больницах.

Кабинет должен иметь в своем распоряжении кольпоскоп, микроскоп, набор предметных и покровных стекол, пробирки для взятия мазков с целью определения флоры и чувствительности к антибиотикам, менструальные календари, образцы для правильного графического изображения данных ректальной температуры, памятка для правильного сбора мочи, для определения экскреции 17-КС.

На специализированный прием направляют акушеры-гинекологи женских консультаций. В выписке из медицинской карты амбулаторного больного указывают результаты проведенных клинических и лабораторных исследований, о перечне которых должны быть информированы акушеры-гинекологи территориальной сети.

Акушер-гинеколог специализированного приема подробно изучает у пациентки общий и специальный анамнез, проводит общее и гинекологическое обследование и направляет ее в зависимости от показаний на дополнительные исследования:

- морфограмму, определение гирсутного числа (при вирильном синдроме), массо-ростового коэффициента;

- гистеросальпингографию водорастворимыми контрастными веществами;

- рентгенограмму черепа, в том числе турецкого седла;

- консультацию окулиста (глазное дно и цветные поля зрения);

- исследование суточной мочи на 17-КС, по показаниям дексаментазоновая проба;

- по показаниям — определение гормонов в плазме крови; пролактина, фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, эстрадиола, тестостерона (Т), кортизола;

- определение основного обмена;

- консультацию психиатра, невропатолога;

- медико-генетическое обследование (половой хроматин, карниотип, дерматоглифика);

- ультразвуковое сканирование половой системы.

Кроме того, ряд обследований [биопсия слизистой оболочки цервикального канала и эндометрия, гистеросальпингография (если нет возможности выполнить в амбулаторных условиях), гистероскопия, пневмопельвиография, функциональные гормональные пробы, лапароскопия и биопсия яичников] требует госпитализации (особенно это касается жителей сельской местности).

В госпитализации также нуждается группа больных, требующих оказания неотложной помощи.

Создание специализированных отделений для женщин, страдающих нейроэндокринными гинекологическими заболеваниями, или выделение для них специализированных палат в отделениях консервативной гинекологии может быть оправдано в крупных лечебных центрах, в частности на базах НИИ и кафедр акушерско-гинекологического профиля, имеющих необходимую лабораторную службу и осуществляющих научные исследования в данном направлении.

Эффективность работы отделения во многом зависит от преемствен-

ности с другими специализированными службами (фтизиатрическая, физиотерапевтическая, санаторно-курортная, эндокринологическая и др.).

Организация специализированного приема (кабинета) по планированию семьи. Сложившаяся система организации приема женщин по планированию семьи имеет свои особенности в отдельных регионах. В одних консультациях акушеры-гинекологи принимают таких женщин в порядке последовательности их обращения, в других — выделяют для них определенное время в часы своего приема. В некоторых консультациях введение внутриматочных контрацептивов (ВМС) возлагается на конкретного врача.

В крупных женских консультациях оправдал себя опыт организации специализированного приема по планированию семьи.

Врач, ведущий специализированный прием по планированию семьи, систематически поддерживает контакт с женскими консультациями, акушерско-гинекологическими стационарами, консультацией «Брак и семья» (Центром планирования семьи и репродукции), домом санитарного просвещения, местной аптечной службой и др.

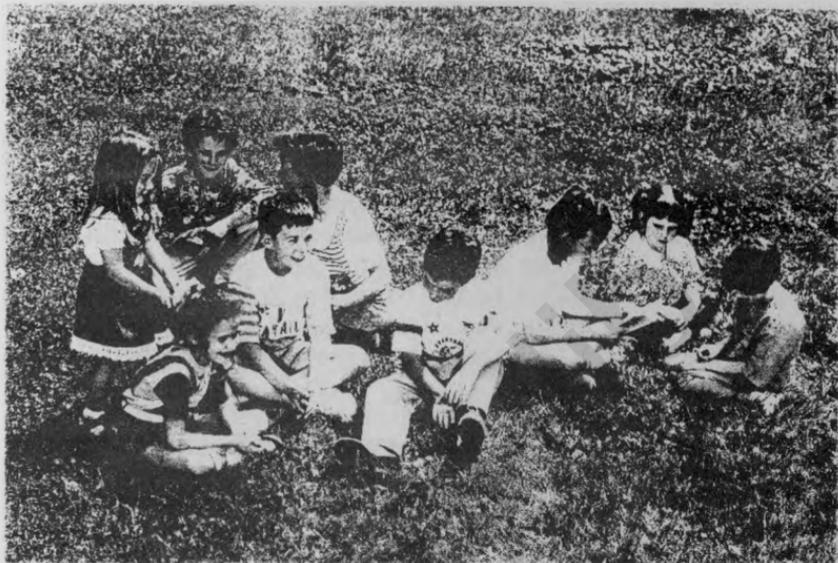
При организации специализированного приема по контрацепции требуется отдельный кабинет, оснащенный, как и обычный кабинет акушера-гинеколога. В нем следует иметь наборы противозачаточных средств, в том числе необходимых для подбора их женщинам, витрину для показа контрацептивов, наглядные пособия в виде таблиц, фотодиапозитивов и других демонстрационно-учебных материалов, а также памятки для женщин, применяющих различные контрацептивы. Этих женщин обследуют в общеустановленном порядке. ВМС вводят в малой операционной.

Специализированный кабинет по планированию семьи может быть создан при наличии в консультации (консультациях) не менее 8 акушерско-гинекологических участков.

При планировании специализированной акушерско-гинекологической помощи в конкретных условиях отдельных территорий могут быть внесены дополнения и коррективы.

ТУРИНАЛ®

ТАБЛЕТКИ



СОСТАВ

1 таблетка содержит 5 мг алпролостронола.

ПОКАЗАНИЯ и ДОЗИРОВКА

Угрожающий аборт:

по 1 таблетке 3 раза в день в течение 5—7 дней или до прекращения симптомов. В случае необходимости дозу можно повысить.

Привычный аборт:

по 1—2 таблетки в день в течение 1 месяца после критического момента.

Дозировку целесообразно определять в каждом случае индивидуально, иногда необходимо вводить более высокие дозы.



А/О ХИМИЧЕСКИЙ ЗАВОД ГЕДЕОН РИХТЕР

Медицинский отдел

Н-1475 Будапешт п/я 27 Венгрия

Телефон: 36-1-262-0655 Факс: 36-1-260-4952

Глава V

Планирование семьи (медико-социальные аспекты)

В. И. Кулаков, В. Ф. Волгина

В 1968 г. ООН провозгласила право на планирование семьи, свободное ответственное родительство как неотъемлемое право каждого гражданина. В 1974 г. в Бухаресте состоялся конгресс, который признал право каждого человека и каждой страны заниматься планированием семьи на государственном уровне. В резолюции конгресса было записано: «Каждый индивидуум имеет право на выбор количества детей, несет ответственность за их развитие». Признавалось также, что это право необходимо реализовать, исходя из нужд своей семьи и ответственности перед обществом.

Уже в 1984 г. более 100 стран ратифицировали свое право и докладывали свои программы на Всемирном конгрессе в Мехико.

По определению ВОЗ термин «Планирование семьи» предусматривает те виды деятельности, которые имеют целью помочь отдельным лицам или супружеским парам достичь определенных результатов: избежать нежелательной беременности, произвести на свет желанных детей, регулировать интервалы между беременностями; контролировать выбор времени рождения в зависимости от возраста родителей и определять число детей в семье. Виды деятельности, которые делают эту практику возможной, включают санитарное просвещение и консультирование по вопросам планирования семьи; обеспечение противозачаточными средствами; лечение бесплодия; просвещение по вопросам семьи и брака, а также организацию соответствующих служб и мероприятий, таких как генетические консультации, рентгенологические обследования с целью оценки здоровья. В 1978 г. в Декларацию международного совещания по первичной медицинской помощи (Алма-Ата) в охрану здоровья матери и ребенка включено планирование семьи как существенный элемент первичной медицинской помощи, необходимой для сохранения здоровья семьи. Более чем в 60 странах мира служба планирования семьи объединена со службой охраны здоровья матери и ребенка.

В современных условиях резкого снижения рождаемости в Российской Федерации проблема планирования семьи приобретает большую медико-социальную значимость.

Правовые основы по планированию семьи для граждан РФ определены Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (приняты 22 июля 1993 г.). Раздел VII посвящен

медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека (статьи 35, 36, 37).

Ниже приведены содержание указанных статей законодательства и возможные пути их реализации.

Статья 35. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона

Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона.

Искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, при наличии письменного согласия супругов (одной женщиной).

Сведения о проведенных искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, а также о личности донора составляют врачебную тайну.

Женщина имеет право на информацию о процедуре искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, медицинских и правовых аспектах ее последствий, данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора, предоставляемую врачом, осуществляющим медицинское вмешательство.

Статья 36. Искусственное прерывание беременности

Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 нед, по социальным показаниям — при сроке беременности до 22 нед, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины — независимо от срока беременности.

Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку.

Статья 37. Медицинская стерилизация

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее 2 детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина — независимо от возраста и наличия детей.

Изменения, предусмотренные в данном законодательстве, по сравнению с существовавшими ранее установками МЗ СССР, представлены в табл. 4 и 5.

В соответствии с VII разделом «Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека» «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (приняты 22.07.93 г.) МЗ РФ изданы и введены в

Законодательство по искусственному прерыванию беременности

Искусственное прерывание	До 1993 г.	Статья 36 Закона 1993 г.
По желанию женщины	До 12 нед	До 12 нед
По показаниям:		
социальным	До 28 нед	До 22 нед
медицинским	Все сроки	Все сроки
Лицензирование учреждения	Не было	Введено

Законодательство по стерилизации

Стерилизация	До 1993 г.	Статья 37 Закона 1993 г.
	Письменного заявления гражданина не было	Письменное заявление гражданина
По желанию гражданина	Возраст старше 30 лет и 2 детей или старше 40 лет	Не моложе 35 лет
	Наличие 3 детей и более	Не менее 2 детей
По медицинским показаниям и с согласия гражданина	Независимо от возраста и наличия детей	Независимо от возраста и наличия детей

действие 28.12.93 г. приказы № 301 «О применении метода искусственной инсеминации женщин спермой донора по медицинским показаниям и метода экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки для лечения женского бесплодия», № 302 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» и № 303 «О применении медицинской стерилизации граждан».

Приказом № 301 впервые в соответствии с законодательством определены показания, технология, организационные вопросы осуществления экстракорпорального оплодотворения. Регламентирован порядок подготовки специалистов. Данным документом утверждена инструкция по искусственной инсеминации женщин спермой донора по медицинским показаниям. Приказом МЗ РФ № 21 от 11.02.94 г. утверждена учетная форма «Индивидуальная карта донора спермы».

Аборт в Российской Федерации продолжает оставаться распространенным методом планирования семьи. В 1993 г. в республике было зарегистрировано 3,48 млн абортов. Число абортов на 1000 женщин фертильного возраста составило 94 (в 1992 г. — 98). На 100 родившихся в целом по республике было зарегистрировано 250,7 аборта. Удельный вес мини-абортов, сопровождающихся наименьшей частотой

Реализация репродуктивного поведения женщин фертильного возраста (1991)

Территория	Число				
	женщин фертильного возраста, тыс.	зачатий	родов	абортов	женщин, использующих современные контрацептивы
РФ	33 980	159,6	50,3	100,3	203,4
Москва	2 271	134,4	37,4	94,6	85,7

той осложнений, в 1993 г. был равен 25,9% от общего числа абортов¹.

По медицинским показаниям производится около 2% от общего числа искусственных легальных абортов. При разрешении законодательством абортов по желанию до 12 нед беременности продолжают иметь место криминальные аборты.

Расчеты данных официальной статистики по реализации репродуктивного поведения женщин фертильного возраста подтверждают вывод о существенной роли абортов в планировании семьи.

Данные табл. 6 свидетельствуют о том, что женщины крупных городов имеют свои особенности в использовании методов планирования семьи.

Осложнения после абортов отмечаются у каждой третьей женщины, у первобеременных частота их доходит до 45%. Основными осложнениями аборта являются бесплодие, невынашивание, воспалительные процессы гениталий, эндокринные нарушения.

Аборт — небезопасная операция. По данным Госкомстата РФ¹, в 1993 г. от абортов умерли 204 женщины, что составило 28,6% от всех случаев материнской смертности, в том числе 24(3,4%) — от искусственного медицинского аборта и 180 (25,3%) — после абортов, начатых и начавшихся вне лечебного учреждения, и неуточненного характера. Доля умерших после аборта, проведенного в лечебном учреждении, составила 11,8% от всех случаев смерти женщин после абортов.

Проведенный нами анализ 144 случаев смерти женщин от абортов показал, что 9% из них были в возрасте до 20 лет, первобеременными — 16%, не имели родов — 22,2%. Погибли после медицинского аборта 30,6%, криминального — 45,1%, внебольничного — 14,6%, самопроизвольного — 9,7%.

По данным литературы, риск осложнений и смертельных исходов при прерывании беременности свыше 12 нед остается высоким и воз-

¹ «Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1993 году. (Статистические материалы. — М., 1994 г.)

растает с увеличением срока. Из всех женщин имели беременность в сроки до 12 нед 18%, во II триместре — 79,2%, сведения отсутствовали у 2,8% женщин. Заслуживает внимания тот факт, что у женщин с криминальным абортom беременность была и в сроки до 12 нед, когда ее можно было прервать в лечебном учреждении. Из всех умерших при беременности до 12 нед эти женщины составили 65,4%.

Из 44 женщин, умерших после искусственного медицинского аборта, у 23 беременность была прервана по медицинским показаниям (в основном экстрагенитальные заболевания и в меньшей степени осложнения беременности), а у 16 — по немедицинским. Прерывание беременности во II триместре имело место у 38 из этих женщин.

Вмешательство с целью прерывания беременности зафиксировано в медицинской документации у 75,4% женщин с криминальным абортom.

Высокие показатели абортов во многом обусловлены недостаточным использованием современных средств контрацепции. По данным выборочных научных исследований, приведенным Н. Н. Вагановым, Л. В. Гавриловой (Вестник акушера-гинеколога, № 2, 1992), в республике около 40% женщин фертильного возраста пользуются малоэффективными методами профилактики непланируемой беременности и лишь 20,2% женщин в 1991 г. и 22,8% — в 1993 г.¹ применяли ВМС и гормональные препараты.

Распространенность различных видов контрацепции зависит от степени охвата населения информацией о конкретных методах; отношения населения к данному методу, доступности метода и медицинской помощи, необходимой для его применения.

Серьезную проблему в области планирования семьи представляет бесплодие, частота которого составляет 10—15% от состоящих в браке. Среди обращающихся за медицинской помощью в крупные гинекологические стационары зарегистрировано примерно 50% пациенток с данной патологией. При этом лечение эффективно в 15—20% случаев; в крупных Центрах при применении современных методов обследования и лечения эффективность возрастает до 50—60%.

По стандартному многоцентровому проекту ВОЗ сотрудниками отделения бесплодия Научного Центра акушерства, гинекологии, перинатологии РАМН за время его существования (14 лет) обследовано около 60 000 пациентов. Полученные данные указывают на то, что до обращения в Центр эти больные в среднем затратили по $7,5 \pm 2,5$ лет на обследование и лечение в других клиниках страны. На безуспешное лечение этой популяции затрачено в сумме около полумиллиона человеко-лет.

При применении таких обязательных методов, как гормональный скрининг обоих супругов, эндоскопическое обследование женщин, функциональные пробы и пробы на совместимость, было установлено, что лишь у 8,3% женщин и у 51% мужчин не было никакой патологии гениталий, все остальные имели от 1 до 5 факторов, нарушающих

¹ Вестник акушера-гинеколога, № 1, 1995.

фертильность. Эти данные подтверждают плохое состояние репродуктивного здоровья у обследованных супружеских пар.

Результаты эндоскопического обследования женщин свидетельствуют о преобладании патологии с нарушением фертильности вследствие перенесенных ранее воспалительных заболеваний гениталий (43,3%).

При обследовании мужчин получены аналогичные данные.

Однако, несмотря на интенсивное лечение с применением эндоскопической микрохирургии, частота наступления беременности при поражении маточных труб составляет не более 28%, а при перитонеальном факторе бесплодия — не больше 40%. Особенно неэффективны результаты оперативного лечения маточных труб у пациенток, пролеченных ранее так называемым методом лечебной гидротубации, который, к сожалению, до настоящего времени еще имеет широкое распространение в нашей стране. Успех оперативного лечения в этих случаях не достигает 10%. В последующем эти больные, а также женщины с удаленными трубами нуждаются в ЭКО и ПЭ. Однако отсутствие отечественных сред и препаратов делает метод ЭКО дорогим; кроме того, в условиях страховой медицины все расходы приходится на население.

Первый ребенок России, полученный с помощью ЭКО, родился в нашем Центре в 1986 г., в настоящее время их число превысило 600.

В 1990 г. в РФ разрешено использовать хирургическую стерилизацию женщин как метод планирования семьи (ранее эту операцию выполняли только по медицинским показаниям).

В 1993 г. в РФ выполнено 11,7 тыс. операций стерилизации женщин [Ваганов Н. Н., Гаврилова Л. В., 1992].

В настоящее время показания для стерилизации определены Законодательством РФ по охране здоровья граждан (ст. 37) и приказом МЗ РФ № 303 от 28.12.93 г. «О применении медицинской стерилизации граждан». Этим же приказом утверждены инструкции по технологии стерилизации мужчин и женщин.

Опыт ряда стран (Англия, Нидерланды, Швейцария) использования хирургической стерилизации женщин и мужчин как метода контрацепции позитивен. С 1986 г. в Финляндии ежегодно после принятия закона проводится более 10 000 хирургических стерилизаций среди женщин и мужчин. Эту операцию предпочитают преимущественно супруги после 40 лет и при наличии 3 детей и более.

В развитых странах мира среди применяемых средств предупреждения беременности наибольший удельный вес (более 20%) имеет гормональная контрацепция. Как показали результаты исследований, реально влиять на показатели материнской и младенческой заболеваемости и смертности, а также на снижение числа абортот может охват современной контрацепцией не менее 40—45% женщин. Среди средств контрацепции, используемых мужчинами, следует указать на механические (презервативы), гормональные, подавляющие сперматогенез, химические, а также на хирургическую стерилизацию.

Практический опыт ряда стран¹ свидетельствует о том, что если контрацепция применяется широко, то снижается число искусственных абортот. Сравнительное изучение данных стран Европы и США в 1985 г. подтвердило эту взаимосвязь. Установлено, что в США частота абортот (приблизительно 30 на 1000 женщин 15—44 лет) намного выше, чем в исследуемых 8 европейских странах, только 35% из этой группы применяли контрацептивы. В то же время в Нидерландах с самой низкой частотой абортот 58% женщины использовали современные, высокоэффективные средства контрацепции.

Эффективность работы по планированию семьи обеспечивается во многих странах организацией специальных служб (Центров) и специальных национальных программ по планированию семьи. В различных странах Европы планированием семьи занимаются специальные клиники по планированию семьи, общие (семейные) врачи и гинекологи частных клиник и госпиталей. Семейные врачи во многих странах являются наиболее важным звеном в работе по планированию семьи.

Службы должны иметь хорошо тренированный, специально подготовленный персонал, широкий выбор контрацептивных средств и быть доступны для населения территориально и по времени (графику) работы.

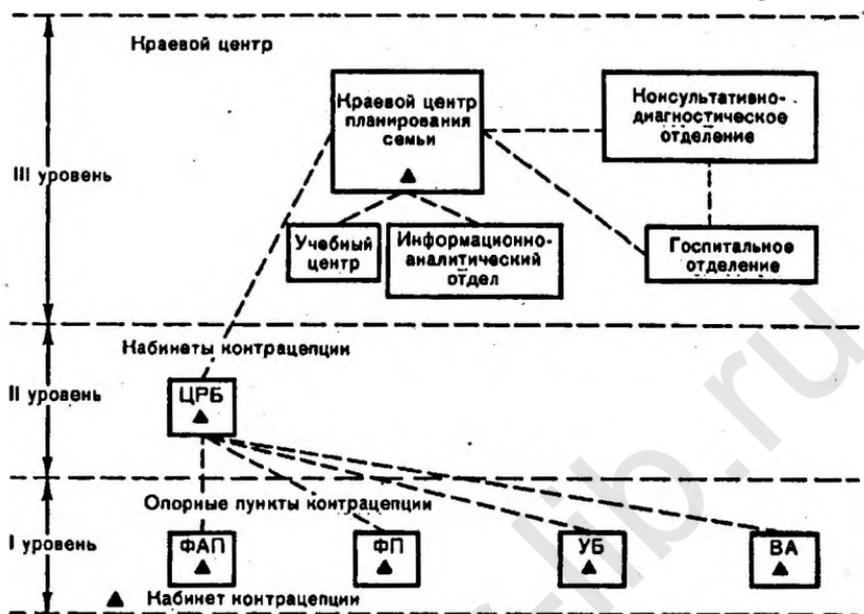
В нашей стране работой по планированию семьи руководит МЗМП РФ. Организационно-методическую работу проводит Центр планирования семьи и репродукции МЗМП РФ. Научно-исследовательскую работу по данной проблеме координирует Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. На административных территориях созданы на базе консультаций «Брак и семья», профильных НИИ, клинических больниц или вновь организуются территориальные центры планирования семьи, которые призваны оказывать помощь по контрацепции, мужскому и женскому бесплодию, сексуальным нарушениям.

Модель регионального центра планирования семьи, разработанная в Алтайском крае Г. Н. Перфиловой (1994), представлена ниже (схема 3). Для оценки деятельности службы планирования семьи этим автором предложены следующие критерии: частота абортот (всех с учетом мини-абортот) на 1000 женщин фертильного возраста, удельный вес мини-абортот от общего числа абортот, темпы снижения абортот, охват контрацепцией, структура контрацепции, преемственность в работе всех звеньев службы.

В решении задач по планированию семьи участвуют следующие неправительственные организации: Российская ассоциация «Планирование семьи», «Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка», «Российское общество по контрацепции», «Международный женский центр». Непосредственную работу с населением осуществляют акушеры-гинекологи, акушерки городских поликлиник, районных

¹ Abortion in Europe in the 1990, p. 13.

Схема 3. Структура службы планирования семьи в Алтайском крае.



больниц, ФАП (фельдшерско-акушерский пункт) и акушерско-гинекологических учреждений.

В предупреждении непланируемой беременности большая роль принадлежит акушеркам, особенно работающим самостоятельно в сельской местности на ФАП, во врачебных амбулаториях и участковых больницах, где отсутствуют акушеры-гинекологи. В их обязанности входят пропаганда рационального планирования семьи, отбор женщин для назначения им современных контрацептивов и направления их к акушеру-гинекологу и последующее наблюдение. Для снижения числа осложнений после прерывания беременности и при использовании различных средств контрацепции за женщинами необходимо установить динамическое наблюдение (приложение 9).

В 1992 г. разработана Федеральная программа «Планирование семьи» на 1993—1997 гг., которая ставит своей целью изменить отношение к данной проблеме общества, каждой семьи и личности с тем, чтобы сформировать у населения потребность в реализации права на планирование семьи, рождение только желанных детей.

Программой предусмотрены завершение создания государственных и общественных структур службы планирования семьи, разработка специального закона по планированию семьи, обеспечение информированности и повышение сексуальной культуры населения (создание специальных программ радио- и телепередач, публикации в печати), подготовка и издание популярной литературы. Важный раздел про-

граммы — подготовка и повышение квалификации кадров по вопросам планирования семьи и обеспечение населения контрацептивами.

Особо важным разделом является организация службы планирования семьи и полового воспитания молодежи. По данным ВОЗ (1989), в странах Европы и США 40—50% девушек-подростков начинают половую жизнь к 17 годам. Раннее начало половой жизни, плохая осведомленность о методах и средствах контрацепции, недостаточное их использование увеличивают риск наступления беременности и приводят к росту числа искусственных аборт и родов у подростков в условиях их биологической, психологической и социальной незрелости. Удельный вес аборт у подростков в большинстве стран составляет более 10% всех произведенных аборт, а в некоторых странах — превышает 25%.

Проведенное С. Г. Перминовой (1991) исследование репродуктивного поведения подростков (опрошено 1010 девушек) подтвердило, что средний возраст начала половой жизни составляет $16,4 \pm 0,2$ года. Среди 15—19-летних девушек учащиеся ПТУ в 42% случаев имеют опыт половой жизни, учащиеся школ — в 9,1%. Причем 96% москвичек считали допустимой добрачную половую жизнь. Каждая третья, живущая половой жизнью (30,8%), имела беременность. В исходах на 100 беременностей у них искусственный аборт составил 69,1%, самопроизвольный выкидыш — 14,5%, роды — 16,4%, соотношение родов и аборт — 1:5.

В отчете о совещании ВОЗ (Копенгаген, 1982) отмечалось, что препятствиями в деятельности служб планирования семьи для молодежи являются противодействие родителей, непонимание или неприятие образа жизни молодежи, недостаточное осознание общественностью важности этих проблем, отсутствие должного внимания, уделяемого подросткам, отрицательное отношение сотрудников системы обслуживания к сексуальности молодежи, отсутствие сведений о службах планирования семьи и анонимности, неуверенность относительно конфиденциальности, недостаточность соответствующей информации, незнание того, как использовать эти службы, боязнь побочного действия контрацептивов и медицинского освидетельствования и др. Поэтому для обеспечения максимально широкой помощи молодежи целесообразна организация специализированных центров (кабинетов) планирования семьи с соблюдением принципа анонимности и доброжелательности в работе. Для информации по медицинским и другим вопросам в них необходимо предусмотреть телефон доверия.

Министерством здравоохранения и медицинской промышленности РФ рекомендован к внедрению положительный опыт работы городской медико-педагогической школы, организованной в 1992 г. в Ярославле¹. В этой школе органами и учреждениями образования и здравоохранения совместно проводится работа по нравственному и половому воспитанию, санитарно-гигиеническому просвещению,

¹ Информационное письмо № 13-16/05 от 3.03.94 г.

формированию у подростков основных представлений о культуре семейных отношений.

Школа создана на базе городского центра здоровья, где имеются кабинеты гинеколога, андролога, комната доверия (кабинет психолога), учительская комната, зал для семинаров. Базами ее также являются школы, ПТУ, интернаты; клиническими базами — молодежная поликлиника, консультация «Брак и семья», специально выделенное гинекологическое отделение в одной из МСЧ и другие лечебно-профилактические учреждения города.

Консультативная и лечебная помощь детям и подросткам оказывается на приемах психолога, гинеколога, андролога, нарколога, сексолога и других специалистов по выявлению и лечению различных расстройств и заболеваний, нарушающих репродуктивное, психическое, генетическое, сексуальное здоровье подростков, проведению медицинской и психологической коррекции.

В школе проводится методическая научно-исследовательская работа, результаты которой оказывают влияние на профессиональную подготовку педагогов и врачей.

Таким образом, планирование семьи является важной государственной, общественной и социально-медицинской проблемой, требующей к себе постоянного внимания.

Стационарная акушерско-гинекологическая помощь

О. Г. Фролова, А. Г. Антонов, В. Г. Балашова, З. З. Токова

Стационарная акушерская помощь

Акушерский стационар

Организация работы в акушерских стационарах строится по единому принципу в соответствии с действующим положением родильного дома (отделения), приказами, распоряжениями, инструкциями и существующими методическими рекомендациями.

Структура акушерского стационара должна соответствовать требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактических учреждений; оснащение — табелю оборудования родильного дома (отделения); санитарно-противоэпидемический режим — действующим нормативным документам.

В настоящее время существуют несколько типов акушерских стационаров, в которых оказывают лечебно-профилактическую помощь беременным, роженицам, родильницам: а) без врачебной помощи — колхозные родильные дома и ФАП с акушерскими койками; б) с общей врачебной помощью — участковые больницы с акушерскими койками; в) с квалифицированной врачебной помощью — акушерские отделения РБ, ЦРБ, городские родильные дома; с многопрофильной квалифицированной и специализированной помощью — родовспомогательные отделения многопрофильных больниц, акушерские отделения областных больниц, межрайонные акушерские отделения на базе крупных ЦРБ, специализированные акушерские отделения на базе многопрофильных больниц, родовспомогательные стационары, объединенные с кафедрами акушерства и гинекологии медицинских институтов, отделения профильных НИИ. Разнообразие типов акушерских стационаров предусматривает более рациональное их использование для оказания квалифицированной помощи беременным.

По данным В. Н. Серова и соавт. (1989), распределение акушерских стационаров на 3 уровня для госпитализации женщин в зависимости от степени риска перинатальной патологии представлено ниже.

Контингент беременных

Уровень акушерского стационара

Повторнобеременные (до 3 родов включительно) и первобеременные без акушерских осложнений и экстрагенитальной патологии

I уровень
Родильное отделение участковой больницы, сельской ЦРБ, ФАП, КРД

Беременные с экстрагенитальными заболеваниями, акушерскими осложнениями во время данной или предыдущей беременностей. Повышенный перинатальный риск

Беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями в сочетании с поздним токсикозом, предлежанием и отслойкой плаценты, осложнениями во время родов, способствующими нарушению гемостаза и акушерским кровотечениям

II уровень

Родильное отделение городской ЦРБ, городской родильный дом, акушерско-гинекологическая больница

III уровень

Акушерское отделение областной или многопрофильной больницы, специализированный акушерский стационар, отделение профильного НИИ, акушерское учреждение, объединенное с кафедрой акушерства и гинекологии, перинатальный центр

Стационар родильного дома — акушерский стационар имеет следующие основные подразделения:

- приемно-пропускной блок;
- физиологическое акушерское отделение (50—55% от общего числа акушерских коек);
- отделение (палаты) патологии беременности (25—30% от общего числа акушерских коек);
- отделение (палаты) для новорожденных в составе I и II акушерского отделения;
- наблюдательное (II) акушерское отделение (20—25% от общего числа акушерских коек);
- гинекологическое отделение (25—30% от общего числа коек родильного дома).

Структура помещений родильного дома должна обеспечивать изоляцию здоровых беременных, рожениц, родильниц от больных; соблюдение строжайших правил асептики и антисептики, а также своевременную изоляцию заболевших. Приемно-пропускной блок родильного дома включает в себя приемную (вестибюль), фильтр и смотровые комнаты, которые создаются раздельно для женщин, поступающих в физиологическое и наблюдательное отделения. Каждая смотровая комната должна иметь специальное помещение для санитарной обработки поступающих женщин, оборудованное туалетом и душевой. Если в родильном доме функционирует гинекологическое отделение, последнее должно иметь самостоятельный приемно-пропускной блок. Приемная или вестибюль представляет собой просторную комнату, площадь которой (как и всех остальных помещений) зависит от коечной мощности родильного дома.

Для фильтра выделяют комнату площадью 14—15 м², где стоят стол акушерки, кушетки, стулья для поступающих женщин.

Смотровые комнаты должны иметь площадь не менее 18 м², а каждая комната санитарной обработки (с душевой кабиной, уборной на 1 унитаз и установкой для мытья суден) — не менее 22 м².

Беременная или роженица, поступая в приемную (вестибюль), снимает верхнюю одежду и проходит в помещение фильтра. В фильтре дежурный врач решает вопрос, в какое из отделений родильного дома (физиологическое или обсервационное) ее нужно направить. Для правильного решения этого вопроса врач подробно собирает анамнез, из которого выясняет эпидемическую обстановку домашних условий роженицы (инфекционные, гнойно-септические заболевания), акушерка измеряет температуру тела, тщательно осматривает кожу (гнойничковые заболевания) и зев. В физиологическое отделение и отделение патологии беременных направляют женщины, не имеющих никаких признаков инфекции и не имевших дома контакта с инфекционными больными.

Всех беременных и рожениц, представляющих малейшую угрозу инфицирования здоровых беременных и рожениц, направляют в обсервационное отделение родильного дома (родильное отделение больницы).

После того как установлено, в какое отделение должна быть направлена беременная или роженица, акушерка переводит женщину в соответствующую смотровую (I или II акушерского отделения), заносит необходимые данные в «Журнал учета приема беременных рожениц и родильниц» и заполняет паспортную часть истории родов. Затем акушерка вместе с дежурным врачом проводит общее и специальное акушерское обследование: взвешивает, измеряет рост, определяет размеры таза, окружность живота, высоту стояния дна матки над лоном, положение и предлежание плода, выслушивает его сердцебиение, делает анализ мочи на белок кипячением, определяет группу крови, содержание гемоглобина, резус-принадлежность.

Дежурный врач проверяет данные акушерки, знакомится с «Индивидуальной картой беременной и родильницы», собирает подробный анамнез и выявляет отеки, измеряет АД на обеих руках и др. У рожениц врач определяет наличие и характер родовой деятельности. Все данные обследования врач заносит в соответствующие разделы истории родов.

После обследования роженице проводят санитарную обработку

Объем обследований и санитарной обработки в смотровой регламентируется общим состоянием женщины и периодом родов. По окончании санитарной обработки роженица (беременная) получает индивидуальный пакет со стерильным бельем: полотенце, рубашку, халат, тапочки. Из смотровой I физиологического отделения роженицу переводят в предродовую палату этого же отделения, а беременную — в отделение патологии беременных. Из смотровой обсервационного отделения всех женщин направляют только в обсервационное.

Отделения патологии беременных организуются в родильных домах (отделениях) мощностью на 100 коек и более. В отделение патологии беременных женщины обычно поступают через смотровую I акушер-

ского отделения, при наличии признаков инфекции — через смотровую обзорную палату в изолированные палаты данного отделения. В соответствующей смотровой прием ведет врач (в дневные часы врачи отделений, с 13.30 — дежурные врачи). В родильных домах, где нельзя организовать самостоятельные отделения патологии, выделяют палаты в составе I акушерского отделения.

В отделение патологии беременных госпитализируют беременных с экстрагенитальными заболеваниями (сердца, сосудов, крови, почек, печени, эндокринных желез, желудка, легких и др.), осложнениями беременности (токсикозы беременных, угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность и др.), с неправильным положением плода, отягощенным акушерским анамнезом. В данном отделении наряду с акушером-гинекологом (1 врач на 15 коек) работает терапевт родильного дома. В этом отделении обычно есть кабинет функциональной диагностики, оснащенный аппаратами для оценки состояния беременной и плода (ФКГ, ЭКГ, аппарат ультразвукового сканирования и др.)¹. Для лечения используют современные лекарственные средства, баротерапию. Желательно, чтобы в небольшие палаты указанного отделения женщины распределяли по профилю патологии. Отделение должно безотказно снабжаться кислородом. Большое значение имеет организация рационального питания и лечебно-охранительного режима. В этом отделении оборудуют смотровую, малую операционную, кабинет физиопсихопрофилактической подготовки к родам.

Из отделения патологии беременную выписывают в связи с улучшением состояния здоровья или переводят в родильное отделение для родоразрешения.

В настоящее время начали развиваться отделения патологии беременных с полусанаторным режимом. Это особенно актуально для регионов с высоким уровнем рождаемости.

Отделение патологии беременных обычно тесно связано с санаториями для беременных.

Одним из критериев выписки при всех видах акушерской и экстрагенитальной патологии является нормальное функциональное состояние плода и самой беременной.

Основные виды исследований, средние сроки обследования, основные принципы лечения, средние сроки лечения, критерии выписки и средние сроки пребывания в стационаре беременных с наиболее важными нозологическими формами акушерской и экстрагенитальной патологии представлены в приказе МЗ СССР № 55 от 9.01.86 г.

Первое (физиологическое) отделение включает в себя санитарный пропускник, входящий в состав общего приемно-пропускного блока, родовой блок, послеродовые палаты, отделение для новорожденных, выписную комнату.

¹ При отсутствии собственного кабинета для обследования беременных используют общеполитические отделения функциональной диагностики.

Родовой блок состоит из предродовых палат, палаты интенсивного наблюдения, родовых палат (родильных залов), манипуляционной для новорожденных, операционного блока (большая операционная, предоперационная наркозная, малые операционные, помещения для хранения крови, переносной аппаратуры и др.). В родовом блоке также размещают кабинеты для медицинского персонала, буфетную, санитарные узлы и другие подсобные помещения.

Основные палаты родового блока (предродовые, родовые), а также малые операционные должны быть в двойном наборе с тем, чтобы работа их чередовалась с тщательной санитарной обработкой. Особенно строго следует соблюдать чередование работы родовых палат (родильных залов). Для санитарной обработки они должны закрываться не реже чем через 3 дня работы.

Предродовые палаты целесообразнее создавать не более чем на 2 кровати. Необходимо стремиться к тому, чтобы каждая женщина рожала в отдельной палате. На 1 койку в предродовой палате следует выделять 9 м² площади, на 2 и более — по 7 м² на каждую. Число коек в предродовых палатах должно составлять 12% от всех коек физиологического акушерского отделения. Однако эти койки, так же как и кровати в родовых палатах (функциональные), в число сметных коек родильного дома не входят.

Предродовые палаты должны быть оборудованы централизованной (или местной) подводкой кислорода и закиси азота и оснащены наркозной аппаратурой для обезболивания родов.

В предродовой (так же как и в родовых палатах) следует неукоснительно выполнять требования санитарно-гигиенического режима: температура в палате должна поддерживаться на уровне от +18 до +20° С.

В предродовой палате врач и акушерка устанавливают пристальное наблюдение за роженицей [осведомление об общем состоянии роженицы, определение частоты и продолжительности схваток, регулярное выслушивание сердцебиения плода (при целых водах каждые 20 мин, при излившихся — каждые 5 мин), регулярное (каждые 2 — 2 1/2 ч) измерение АД]. Все данные заносят в историю родов.

Помимо психопрофилактического метода подготовки к родам, медикаментозное обезболивание родов проводит или врач-анестезиолог-реаниматолог, или опытная сестра-анестезист, или специально обученная акушерка. Из современных анестезиологических средств применяют анальгетики, транквилизаторы и анестетики, часто назначаемые в виде различных сочетаний, а также наркотические вещества.

При контроле родового процесса возникает необходимость влагалличного исследования, которое нужно выполнять в малой операционной со строгим соблюдением правил асептики. По существующему положению влагалличное исследование должно обязательно прово-

даться дважды: при поступлении роженицы и сразу после излития околоплодных вод. В других случаях проведение этой манипуляции следует письменно обосновать в истории родов.

В предродовой палате роженица проводит весь первый период родов, возможно присутствие мужа.

Палата интенсивного наблюдения и лечения предназначена для беременных и рожениц с наиболее тяжелыми формами осложнений беременности (преэклампсия, эклампсия) или экстрагенитальными заболеваниями. В палате на 1—2 койки площадью не менее 26 м² с тамбуром (шлюз) для изоляции больных от шума и со специальным занавесом на окнах для затемнения помещения должна быть централизованная подача кислорода. Палату следует оснастить необходимой аппаратурой, инструментарием, медикаментами, функциональными кроватями, размещение которых не должно мешать легкому подходу к больной со всех сторон.

Персонал для работы в палате интенсивного наблюдения должен быть хорошо обучен методам неотложной помощи.

Светлые и просторные родовые палаты (родильные залы) должны содержать 8% всех акушерских коек физиологического акушерского отделения. На 1 родовую кровать (рахмановскую) должно быть выделено 24 м² площади, на 2 кровати — 36 м². Родовые кровати следует размещать ножным концом к окну с таким расчетом, чтобы к каждой из них был свободный подход. В родовых палатах надо соблюдать температурный режим (оптимальная температура от +20° до +22°). Определять температуру следует на уровне рахмановской кровати, так как на этом уровне некоторое время находится новорожденный. В связи с этим термометры в родовых залах должны крепиться к стенам в 1,5 м от пола. В родовую палату роженицу переводят с началом II периода родов (период изгнания). Повторнородящих женщин с хорошей родовой деятельностью рекомендуется переводить в родовую палату сразу после излития (своевременного) околоплодных вод. В родовой палате роженица надевает стерильную рубашку, косынку, бахилы.

В родильных домах с круглосуточным дежурством акушера-гинеколога его присутствие в родильном зале во время родов обязательно. Нормальные роды при неосложненной беременности принимает акушерка (под контролем врача), а все патологические роды, в том числе и роды при тазовом предлежании плода, — врач.

Динамику родового процесса и исход родов, помимо истории родов, четко документируют в «Журнале записи родов в стационаре», а оперативные вмешательства — в «Журнале записи оперативных вмешательств в стационаре».

Операционный блок состоит из большой операционной (не менее 36 м²) с предоперационной (не менее 22 м²) и наркозной, 2 малых операционных и подсобных помещений (для хранения крови, переносной аппаратуры и др.).

Общая площадь основных помещений операционного блока должна быть не менее 110 м². Большая операционная акушерского отделения предназначена для операций, сопровождающихся чревосечением.

Малые операционные в родовом блоке (2) следует размещать в комнатах с площадью не менее 24 м². В малой операционной выполняют все акушерские пособия и операции в родах, кроме операций, сопровождающихся чревосечением, влагалищные исследования рожениц, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракцию плода, обследование полости матки, восстановление целостности шейки матки и промежности и др., а также переливание крови и кровезаменителей.

В родильном доме должна быть четко отработана система оказания экстренной помощи роженицам при возникновении тяжелых осложнений (кровотечения, разрывы матки и др.) с распределением обязанностей на каждого члена дежурной бригады (врач, акушерка, операционная медицинская сестра, санитарка). По сигналу дежурного врача весь персонал немедленно приступает к выполнению своих обязанностей; налаживание трансфузионной системы, вызов консультанта (анестезиолога-реаниматолога) и т. д. Четко отработанная система организации неотложной помощи должна быть отражена в специальном документе и периодически прорабатываться с персоналом. Опыт показывает, что это во многом сокращает время до начала интенсивной терапии, в том числе оперативного вмешательства.

В родильном зале роженица находится 2—2½ ч после нормальных родов (опасность кровотечения), затем ее вместе с ребенком переводят в послеродовое отделение для совместного пребывания.

В организации неотложной помощи беременным, роженицам и родильницам большое значение имеет служба крови. В каждом родильном доме соответствующим приказом главного врача назначается ответственное лицо (врач) за службу крови, на которого возложена вся ответственность за состояние службы крови: он следит за наличием и правильностью хранения необходимого запаса консервированной крови, кровезаменителей, препаратов, применяющихся при проведении гемотрансфузионной терапии, сывороток для определения групп крови и резус-фактора и др. В обязанности ответственного по службе крови входят отбор и постоянный контроль за группой резервных доноров из числа сотрудников. Большое место в работе ответственного по службе крови, который в родильном доме работает в постоянном контакте со станцией переливания крови (городской, областной), а в акушерских отделениях — с отделением переливания крови больницы, занимает подготовка персонала к овладению техникой гемотрансфузионной терапии.

Во всех больницах, насчитывающих 150 коек и более, должно быть создано отделение переливания крови с потребностью в донорской крови в объеме не менее 120 л в год. Для хранения консервированной крови в родильных домах выделяются специальные холодильники в родовом блоке, наблюдательном отделении и отделении патологии беременных. Температурный режим холодильника должен быть по-

стоящим (+4° С) и находится под контролем старшей операционной сестры, которая ежедневно указывает в специальной тетради показания термометра. Для переливания крови у операционной сестры всегда наготове стерильные системы (желательно одноразового пользования). Все случаи переливания крови в родильном доме регистрируют в едином документе — в «Журнале регистрации переливания трансфузионных сред».

Палата для новорожденных в родовом блоке обычно размещается между двумя родовыми палатами (родильными залами).

Площадь этой палаты, оснащенной всем необходимым для первичной обработки новорожденного и оказания ему неотложной (реанимационной) помощи, при размещении в ней 1 детской койки составляет 15 м².

Как только ребенок родился, на него заводят «Историю развития новорожденного».

Для первичной обработки и туалета новорожденных в родильном зале должны быть заранее заготовлены стерильные индивидуальные пакеты, содержащие скобку Роговина и щипцы для пуповины, шелковую лигатуру и марлевую салфетку треугольной формы, сложенную в 4 слоя (используют для перевязки пуповины новорожденных, родившихся от матерей с резус-отрицательной кровью), зажимы Кохера (2 шт.), ножницы, палочки с ватой (2—3 шт.), пипетку, марлевые шарики (4—6 шт.), измерительную ленту из клеенки длиной 60 см, манжетки для обозначения фамилии матери, пола ребенка и даты родов (3 шт.).

Первый туалет ребенка проводит акушерка, принимавшая роды.

Санитарные комнаты в родовом блоке предназначены для обработки и дезинфекции подкладных клеенок и суден. В санитарных комнатах родового блока дезинфицируют клеенки и судна, принадлежащие только предродовым и родовым палатам. Использовать эти комнаты для обработки клеенок и суден послеродового отделения недопустимо.

В современных родильных домах инструментарий стерилизуют централизованно, поэтому нет необходимости выделять помещение для стерилизационной в родовом блоке, так же как и в других акушерских отделениях родильного дома.

Автоклавирование белья и материалов обычно осуществляют централизованно. В тех случаях, когда родильное отделение входит в состав многопрофильной больницы и размещается в одном здании, автоклавирование и стерилизация могут быть проведены в общих автоклавной и стерилизационной больницы.

Послеродовое отделение имеет в своем составе палаты для родильниц, комнаты для сцеживания и сбора грудного молока, для БЦЖ, процедурную, бельевую, комнату санитарную, гигиены с восходящим душем (бидэ), туалет.

В послеродовом отделении желательно иметь столовую и комнату дневного пребывания родильниц (холл).

В послеродовом физиологическом отделении необходимо развернуть 45% всех акушерских коек родильного дома (отделения). Кроме

расчетного количества коек, в отделении должны быть резервные («разгрузочные») койки, составляющие примерно 10% коечного фонда отделения. Палаты в послеродовом отделении должны быть светлыми, теплыми и просторными. Окна с большими фрамугами для хорошего и быстрого проветривания комнаты следует открывать не реже 2—3 раз в день. В каждой палате надо размещать не более 4—6 коек. В послеродовом отделении должны быть выделены маленькие (на 1—2 койки) палаты для родильниц, перенесших операции, с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, потерявших ребенка в родах, и др. Площадь однокоечных палат для родильниц должна быть не менее 9 м². Для размещения в палате 2 коек и более необходимо выделять площадь по 7 м² на каждую койку. При соответствии размера площади палаты числу коек последние нужно располагать с таким расчетом, чтобы между соседними койками расстояние было 0,85—1 м.

В послеродовом отделении следует соблюдать цикличность при заполнении палат, т. е. одновременное заполнение палат родильницами «одного дня», с тем чтобы на 5—6-й день их одновременно можно было выписать. Если по состоянию здоровья в палате задерживаются 1—2 женщины, их переводят в «разгрузочные» палаты, с тем чтобы полностью освободить и подвергнуть санитарной обработке палату, функционировавшую в течение 5—6 дней.

Соблюдение цикличности облегчается наличием небольших палат, а также правильностью их профилизации, т. е. выделением палат для родильниц, которые по состоянию здоровья (после преждевременных родов, с различными экстрагенитальными заболеваниями, после тяжелых осложнений беременности и оперативных родов) вынуждены задерживаться в родильном доме на более продолжительный срок, чем здоровые родильницы.

Помещения для сбора, пастеризации и хранения грудного молока должны быть оборудованы электрической или газовой плитой, двумя столами для чистой и использованной посуды, холодильником, медицинским шкафом, баками (ведрами) для сбора и кипячения молочных бутылочек, молокоотсосами.

В послеродовой палате родильницу укладывают в постель, застеленную чистым стерильным бельем. Так же как и в предродовой палате, поверх простыни стелят подкладную клеенку, накрытую стерильной большой пеленкой; подкладные пеленки меняют первые 3 дня каждые 4 ч, в последующие дни 2 раза в день. Подкладную клеенку перед сменой пеленки дезинфицируют. Каждая кровать родильницы имеет свой номер, который крепят к кровати. Этим же номером маркируют индивидуальное подкладное судно, которое хранят под кроватью родильницы либо на выдвигающемся металлическом кронштейне (с гнездом для судна), либо на специальной табуретке.

Температура в послеродовых палатах должна быть от +18° до +20° С.

В настоящее время в большинстве родильных домов страны принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем (к концу 1-х суток) вставании здоровых рожениц после неосложненных родов, занятиях лечебной гимнастикой и самостоятельном выполнении роженицами гигиенических процедур (в том числе туалета наружных половых органов). С введением данного режима в послеродовых отделениях возникла необходимость создавать комнаты личной гигиены, оборудованные восходящим душем. Под контролем акушерки роженицы самостоятельно обмывают наружные половые органы, получают стерильную подкладную пеленку, что значительно сокращает время акушерок и младшего медицинского персонала на «уборку» рожениц.

Для проведения занятий лечебной гимнастикой программу упражнений записывают на магнитофонную ленту и транслируют во все палаты, что позволяет методисту ЛФК и акушеркам на посту наблюдать за правильностью выполнения роженицами упражнений.

Весьма существенным в режиме послеродового отделения является организация кормления новорожденных. Перед каждым кормлением матери надевают косынку, моют руки с мылом. Молочные железы ежедневно обмывают теплой водой с детским мылом или 0,1% раствором гексахлорофенового мыла и насухо вытирают индивидуальным полотенцем. После каждого кормления соски рекомендуется обрабатывать. Независимо от средств, применяемых для обработки сосков, при уходе за молочными железами необходимо соблюдать все меры предосторожности по предупреждению возникновения или распространения инфекции, т. е. строго соблюдать требования личной гигиены (содержание в чистоте тела, рук, белья и др.). Начиная с 3-х суток после родов здоровые роженицы ежедневно принимают душ со сменой белья (рубашка, бюстгалтер, полотенце). Постельное белье меняют каждые 3 дня.

При появлении малейших признаков заболевания роженицы (также и новорожденные), которые могут стать источником инфекции и представлять опасность для окружающих, подлежат немедленному переводу во II (обсервационное) акушерское отделение. После перевода роженицы и новорожденного в обсервационное отделение палату дезинфицируют.

Второе (обсервационное) акушерское отделение представляет собой в миниатюре самостоятельный родильный дом с соответствующим набором помещений, выполняющий все возложенные на него функции. Каждое обсервационное отделение имеет приемно-смотровую часть, предродовую, родовую, послеродовые палаты, палаты для новорожденных (боксированные), операционную, манипуляционную, буфет, санитарные узлы, выписную комнату и другие подсобные помещения.

В обсервационном отделении оказывают медицинскую помощь беременным, роженицам, роженицам и новорожденным с заболева-

ниями, которые могут являться источниками инфекции и представлять опасность для окружающих.

Перечень заболеваний, которые требуют приема или перевода беременных, рожениц, родильниц и новорожденных из других отделений родильного дома в наблюдательное отделение, представлен в разделе «Санэпидрежим в родовспомогательных учреждениях».

Принципы организации медицинской помощи новорожденным в акушерском стационаре

Перспектива развития региональной разноразмерной системы организации охраны материнства и детства определяет особенности организации медицинской помощи новорожденным. И хотя центральным звеном разноразмерной системы является перинатальный центр, тем не менее целесообразно начать изложение проблемы с родильного дома общего типа, тем более что в настоящее время эта организационная форма имеет и будет иметь доминирующее значение.

Организация медицинской помощи новорожденным в акушерском стационаре общего типа начинается с родильного блока, где для этой цели необходимо выделить манипуляционно-туалетные комнаты при родовых палатах. Данные помещения, в которых ухаживают не только за новорожденными, но и выполняют реанимационные мероприятия, должны иметь специальное оборудование, прежде всего пеленальный стол с подогревом (отечественные образцы «Пингвин», «Журавлик», «Аист»). Оптимальным вариантом обеспечения теплового комфорта (равномерное распределение тепла и защита от инфицирования вследствие вертикально направленного излучения) являются источники лучистого тепла, которыми снабжены современные реанимационные и пеленальные столы.

Рядом с пеленальным столом находится столик с предметами ухода за новорожденным: банки с широким горлом и притертыми пробками для 95% этилового спирта, 5% раствора перманганата калия, флаконы со стерильным растительным маслом в индивидуальной расфасовке по 30 мл, лоток для отработанного материала, банка или фарфоровая кружка со стерильным корнцангом и баночка для металлических скобок, если пуповина обрабатывается по способу Роговина.

Вблизи пеленального стола размещают тумбочку с лотковыми или электронными весами, последние имеют большое значение для взвешивания новорожденных с очень низкой (менее 1500 г) и экстремально низкой (менее 1000 г) массой тела.

Для оказания экстренной помощи новорожденному необходимо иметь приспособления для отсасывания слизи из верхних дыхательных путей (электроотсос, «Mucus extractor») и аппараты для проведения искусственной вентиляции легких («Бебилог-2», «Млада», «Мешок. Амбу», «Пенлон»), детский ларингоскоп, наборы интубационных трубок, резиновых или полиэтиленовых катетеров диаметром не более 3—4 мм, стерильные шприцы и иглы одноразового пользования.

В шкафу или на отдельном столе располагают биксы со стерильным материалом [пакеты для вторичной обработки пуповины, пипетки и ватные шарики (для вторичной профилактики гонобленнореи), наборы для пеленания детей, а также медальоны и браслеты, собранные в индивидуальные пакеты]. В набор для вторичной обработки пуповины входят завернутые в пеленку ножницы, 2 металлические скобки Роговина, зажим для скобок, шелковая или марлевая лигатура диаметром 1 мм и длиной 10 см, марля для покрытия культи пуповины, сложенная треугольником, деревянная палочка с ватой, 2—3 ватных шарика, ленты для измерения новорожденного.

В набор для пеленания детей входят 3 свернутые вместе пеленки и одеяло.

В манипуляционно-туалетной комнате для новорожденных должны быть ванна или эмалированный таз и кувшин для купания детей, емкости с антисептиками для обработки рук персонала перед вторичной обработкой пуповины, а также 0,5% раствор хлорамина в плотно закрытой темной бутылки; эмалированная кастрюля с 0,5% раствором хлорамина и ветошь для дезинфекционной обработки пеленального стола, весов и кроваток перед каждым новым пациентом. Кастрюля с хлорамином и ветошью размещается на полке внизу пеленального стола. Там же устанавливают лоток для использованного материала и катетеров.

Новорожденного в манипуляционно-туалетной (детской) комнате обслуживает акушерка, которая после тщательной санитарной обработки рук вторично обрабатывает пуповину.

Среди известных методов этой обработки большинство предпочитают способ Роговина. Однако при резус-отрицательной крови матери, изосенсибилизации ее по системе АВ0, объемной сочной пуповине, затрудняющей наложение скобки, а также при малой массе тела (менее 2500 г), при тяжелом состоянии новорожденных на пуповину целесообразно накладывать шелковую лигатуру. В этом случае сосуды пуповины можно легко использовать для проведения инфузионной и трансфузионной терапии.

Вслед за обработкой пуповины акушерка стерильным ватным тампоном, смоченным стерильным растительным или вазелиновым маслом, обрабатывает первично кожные покровы, удаляя с головы и тела ребенка кровь, первородную смазку, слизь и меконий. Если ребенок обильно загрязнен меконием, его необходимо обмыть над тазом или раковниной под проточной теплой водой с детским мылом и ополоснуть струей теплого раствора перманганата калия 1:10 000.

После обработки кожу осушают стерильной пеленкой и проводят антропометрические измерения.

Вслед за этим на браслетах и медальоне акушерка записывает фамилию, имя, отчество, номер истории родов матери, пол ребенка, его массу, длину тела, час и дату рождения. Новорожденного пеленают, укладывают в кроватку, наблюдают в течение 2 ч, после чего акушерка проводит вторично профилактику гонобленнореи и переводит малыша в отделение для новорожденных или палату совместного пребывания.

Столь эпическая последовательность действий, как правило, в полной мере имеет отношение к новорожденным, оцененным высокими баллами (8—10) по шкале Апгар через 1 и 5 мин после рождения.

Если же ребенок получил более низкую оценку, то объем интенсивно-реанимационной помощи в значительной мере регламентируется величиной этой оценки.

Так, при оценке по шкале Апгар в конце 1-й минуты жизни 6—7 баллов (что расценивается как легкая асфиксия) доношенному новорожденному необходимо отсосать содержимое из полости рта, носоглотки и желудка. При поверхностном неадекватном дыхании провести вспомогательную вентиляцию легких маточным способом кислородно-воздушной смесью, содержащей 60% кислорода, с частотой дыхания 30—40 в 1 мин. Одновременно в вену пуповины необходимо ввести раствор глюкозы 20% 5 мл/кг и кокарбоксилазу 8 мг на 1 кг массы тела.

При оценке 4—5 баллов по шкале Апгар (асфиксия средней тяжести) после проведения вышеуказанных манипуляций при отсутствии спонтанного дыхания через 3 мин необходимо повторно отсосать содержимое из полости рта, носоглотки и под контролем прямой ларингоскопии провести интубацию трахеи, отсосать содержимое из трахеи и главных бронхов, после чего приступить к принудительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) кислородно-воздушной смесью, содержащей 60% кислорода. Параметры ИВЛ: давление на вдохе не более 30 см вод. ст., дыхательный объем 30—40 мл, частота дыхания 30—40 в 1 мин. После обеспечения адекватного дыхания ввести внутривенно 4% раствор натрия гидрокарбоната из расчета 2,5 мл на 1 кг массы тела.

Если оценка по шкале Апгар составила 1—3 балла (тяжелая асфиксия), то после отсасывания содержимого из полости рта, носоглотки и желудка необходимо под контролем прямой ларингоскопии выполнить интубацию трахеи, отсосать содержимое из трахеи и главных бронхов и начать ИВЛ кислородно-воздушной смесью, содержащей 60% кислорода, в вышеуказанном режиме. Одновременно в вену пуповины вводят 5 мл/кг 20% раствора глюкозы, 8 мг/кг кокарбоксилазы, 1—2 мг/кг преднизолона или 5 мг/кг гидрокортизона. При адекватной вентиляции легких вводят 4% раствор натрия гидрокарбоната 4% из расчета 2,5 мг на 1 кг массы тела.

При брадикардии (менее 80 сокращений в 1 мин) необходимо сделать наружный массаж сердца, внутривенно ввести 10% раствор кальция глюконата 2—3 мл. При остановке сердца наряду с его наружным массажем в вену пуповины или под корень языка вводят 0,1% раствор адреналина гидрохлорида (0,1 мл), повторно преднизолон или гидрокортизон в указанных выше дозах, внутривенно — 10% раствор кальция глюконата (1,5—2 мл). При отсутствии эффекта ввести внутрисердечно 0,1% раствор адреналина гидрохлорида 0,1 мл.

По такому же принципу строится и схема реанимации недоношенных. Однако принципиально важно при этом вместо 20% использовать

10% раствор глюкозы для уменьшения опасности гиперосмолярности и более низкие величины давления на вдохе (20—25 см вод. ст.) при принудительной ИВЛ.

Вопрос о продолжительности первичных реанимационных мероприятий остается по сей день весьма сложным.

Известно, что, по данным Брауна (1986), смертность доношенных новорожденных, получивших на 1-й минуте жизни оценку 0—3 балла по шкале Апгар, составляет 5—10%. Если же столь низкие баллы сохраняются до 20-й минуты, то смертность возрастает до 53%. Среди выживших детей, имевших на 5-й минуте оценку 0—3 балла, детский церебральный паралич (ДЦП) наблюдался у 1%. Если эти баллы сохраняются в течение 15 мин, ДЦП отмечается у 9%, а если в течение 20 мин — у 57%.

Хотя проблема еще далека от окончательного решения не только в нашей стране, но и в мире, тем не менее научные разработки и клинический опыт отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН позволяют выделить ряд клинических и параклинических критериев продолжительности реанимационных мероприятий у доношенных новорожденных.

Клинические критерии прекращения реанимации:

- отсутствие сердцебиения в течение 5 мин;
- отсутствие самостоятельного дыхания в течение 15—20 мин;
- церебральная кома (окуловестибулярный рефлекс, широкий, без реакции на свет зрачок, адинамия, атония, арефлексия).

Параклинические критерии прекращения реанимации:

- при нейросонографии: отсутствие пульсации артерий вислизиева круга (артериальный круг большого мозга);
- при оценке церебрального кровотока методом Допплера отмечается маятникообразный кровоток (отрицательный диастолический ток) или отсутствие кривой церебрального кровотока;
- изолиния на электроэнцефалограмме или резкое снижение биоэлектрической активности (в комплексе с другими клинико-лабораторными данными);
- рН артериализованной капиллярной крови ниже 7,0.

При указанных изменениях следует принять коллегиальное (педиатр, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог) решение о прекращении реанимационных мероприятий.

Что касается недоношенных, мозг которых более устойчив по сравнению с доношенными к поражающим факторам в смысле последующей компенсации, то указанные критерии также весомы, но назвать продолжительность реанимации, учитывая высокий технологический уровень современной дыхательной терапии, чрезвычайно трудно.

За правильную организацию реанимационной помощи новорожденным в акушерских отделениях отвечают заведующие родильными

отделениями (в их отсутствие ответственный дежурный акушер-гинеколог), а также заведующий отделением новорожденных.

Осуществляют реанимационные мероприятия анестезиолог-реаниматолог, педиатр, а в их отсутствие — акушер-гинеколог.

При наличии в учреждении круглосуточного дежурства педиатра последний вместе с анестезиологом-реаниматологом оказывает реанимационную интенсивную помощь новорожденным, родившимся с низкой оценкой по шкале Апгар.

Время перевода новорожденных, родившихся в асфиксии, и недоношенных в палаты интенсивной терапии отделений новорожденных определяет педиатр или дежурный акушер-гинеколог индивидуально для каждого ребенка.

Общий объем коечного фонда отделений новорожденных составляет 110% от акушерских послеродовых коек.

Палаты для новорожденных выделяют в физиологическом и обсервационном отделении.

В физиологическом отделении наряду с постами для здоровых новорожденных устанавливают пост для недоношенных и детей, родившихся в асфиксии, с клиникой церебральных поражений, дыхательных нарушений, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию. Сюда же помещают детей, родившихся при оперативных родах, перенесенной беременности, имеющих клинику реус- и групповой сенсибилизации.

В неспециализированных родильных домах число коек для такого поста соответствует 15% от числа коек послеродового отделения.

В составе поста для недоношенных целесообразно создать палату для интенсивного ухода на 2—3 койки.

В физиологическом отделении для здоровых матерей и новорожденных может быть организован пост совместного пребывания «мать и дитя».

Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют о благоприятном влиянии раннего контакта матери и ребенка на формирование биоценоза у новорожденного, становление его иммунитета, формирование материнских чувств и психологической связи между матерью и ребенком.

Число коек для новорожденных обсервационного отделения соответствует числу послеродовых коек и должно быть не менее 20% от общего числа коечного фонда в стационаре.

В обсервационном отделении находятся дети, рожденные в нем, поступившие в родовспомогательное учреждение с матерью после родов, произошедших вне родильного дома. Сюда же помещают новорожденных, переведенных из физиологического отделения в связи с заболеванием матери, а также детей с тяжелыми уродствами, с проявлениями внутриутробной инфекции и с экстремально низкой массой тела. В обсервационном отделении для таких пациентов выделяют изолятор на 1—3 койки. Из изолятора детей переводят в детские больницы после уточнения диагноза, а новорожденных с экстремально

низкой массой тела — не ранее 7 сут жизни в специализированное отделение для недоношенных детей.

Дети с гнойно-воспалительными заболеваниями подлежат переводу в больничные стационары в день постановки диагноза.

Принципиально важно в отделении новорожденных выделить отдельные помещения для пастеризации грудного молока (в физиологическом отделении), хранения вакцины БЦЖ, чистого белья, матрацев, инвентаря, а также санитарные комнаты.

Сестринские посты отделений новорожденных целесообразно полностью изолировать друг от друга, размещая их в разных концах коридора, максимально удаляя от туалетных комнат и буфета.

Для соблюдения цикличности детские палаты должны соответствовать материнским, в одной палате помещают детей одного и того же возраста (допускается разница в сроке рождения до 3 сут).

С общим коридором детские палаты сообщаются через шлюз, в котором устанавливают стол для медицинской сестры, 2 стула и шкаф для хранения суточного запаса автоклавированного белья.

Медицинский пост имеет разгрузочную палату для детей, матери которых задерживаются после выписки основного контингента новорожденных и родильниц.

Палаты для новорожденных должны быть обеспечены теплой водой, стационарными бактерицидными лампами, подводкой кислорода.

В палатах важно поддерживать температуру воздуха в пределах 22—24° С, относительную влажность 60%.

Строгое соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в отделениях новорожденных, как, впрочем, во всем акушерском стационаре, — неперемное условие работы. Особое внимание следует уделять мытью рук персонала, учитывая преобладание в последние годы грамотрицательной флоры среди госпитальных штаммов.

Важным элементом, уменьшающим возможность массивной контаминации новорожденных, является работа персонала в резиновых перчатках.

В последнее время менее жесткими стали требования в отношении масочного режима. Использование масок целесообразно лишь в условиях эпидемически неблагоприятных ситуаций (например, эпидемия гриппа в регионе) и при проведении инвазивных манипуляций.

Послабление в масочном режиме при соблюдении прочих санитарно-эпидемиологических правил не привело к заметному росту неонатальных инфекций.

Очень важен в работе отделения новорожденных тотальный скрининг на фенилкетонурию и гипотиреоз.

На 4—7-й день жизни здоровым доношенным новорожденным необходимо провести первичную противотуберкулезную вакцинацию. На сегодняшний день четко разработаны противопоказания к применению вакцины БЦЖ, соблюдение которых позволяет избежать постпрививочных реакций.

При неосложненном течении послеродового периода у родильницы и новорожденного раннего неонатального периода, при оставшем пуповинном остатке, положительной динамике массы тела мать с ребенком могут быть выписаны домой на 5—6-е сутки после родов.

Организация медицинской помощи новорожденным в перинатальном центре. Зарубежный опыт и логика развития событий подсказывают необходимость перехода к новой для нашей страны организационной форме охраны материнства и детства — перинатальным центрам.

Эта форма представляется наиболее прогрессивной и перспективной. Ведь интенсивная терапия в таких учреждениях, где концентрируются беременные «высокого риска» и, следовательно, транспортировка осуществляется *in utero*, начинается на уровне плода и продолжается непосредственно после рождения в отделении интенсивной терапии. Только одна эта организационная мера позволяет более чем в 2 раза снизить смертность среди новорожденных с очень низкой массой тела.

Известно также, что в 1989 г. в стране 70% умерших в неонатальном периоде погибли в 1-е сутки жизни.

Таким образом, организационная стратегия в обсуждаемой проблеме заключается в максимальном приближении высококвалифицированной реанимации и интенсивной терапии к первым минутам и часам жизни.

Неонатальная служба перинатального центра, безусловно, использует организационные принципы, применяемые в родильных домах общего профиля, но вместе с тем имеет ряд своих организационных особенностей.

Наряду с традиционными для акушерского стационара физиологическим и наблюдательным отделением новорожденных в структуру педиатрического блока входят вынесенные за пределы акушерского блока отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных с экспресс-лабораторией и отделение патологии доношенного и недоношенного ребенка.

Исключительно большое внимание должно быть уделено организации службы интенсивной помощи новорожденным, учитывая высокую концентрацию в перинатальном центре беременных «высокого риска».

Расчеты показывают, что на каждую 1000 беременностей, завершившихся родами, реанимационно-интенсивная помощь требуется в среднем 100 новорожденным. Потребность в реанимационно-интенсивных койках при условии занятости коечного фонда на 80—85% и средней продолжительности пребывания на койке 7—10 дней составляет 4 койки на каждую 1000 живорожденных детей.

Существует и другой вариант расчета в зависимости от населения: при численности населения 0,25; 0,5; 0,75; 1,0 и 1,5 млн потребность в реанимационных койках составляет соответственно 4; 8; 11; 15 и 22; а во врачах для оказания круглосуточной помощи — 1; 1,5; 2; 3; 4.

Опыт показывает, что нецелесообразно содержать малокоечные, маломощные отделы реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Оптимальный коечный состав 12—20 мест, при этом $1/3$ — реанимационные и $2/3$ — интенсивные койки.

При организации отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных должен быть предусмотрен следующий набор помещений: реанимационно-интенсивный зал, экспресс-лаборатория, зоны обработки и проверки работоспособности аппаратуры, санитарная зона, пост медперсонала, коридоры для посетителей и транспортировки «грязного» оборудования, кабинеты для врачей, медицинских сестер и родителей, комната медицинской аппаратуры, изолятор.

Современные нормативы площади на 1 реанимационно-интенсивное место составляют от 7,5 до 11 м². В оптимальном варианте целесообразно иметь еще по 11 м² площади на каждое реанимационное место для хранения аппаратуры и расходного материала.

Для эффективной работы перинатального центра мощностью 2300—2800 родов в год необходим интенсивно-реанимационный блок для новорожденных на 10 мест.

Основой лечебного места служит инкубатор — минимум 1,5 на 1 место для пациента. Соотношение стандартных и интенсивных моделей инкубаторов (сервоконтроль, двойная стенка) 2:1.

В комплект диагностической аппаратуры на каждое рабочее место входят:

- 1) монитор слежения за частотой сердцебиения и дыхания;
- 2) монитор для контроля АД;
- 3) монитор для транскутанного определения напряжения кислорода и углекислого газа в крови;
- 4) пульсоксиметр для мониторинга насыщения гемоглобина кислородом;
- 5) температурный монитор.

Необходим также общий на отделение набор диагностических приборов, включающий в себя транскутанные билирубинометры (типа «Билигест-М») для определения и мониторинга уровня билирубина бескровным способом, прибор типа «Билимет» для определения билирубина микрометодом в крови, аппараты для определения кислотно-основного состояния, электролитов, глюкозы (типа Глюкозот II), гематокритную центрифугу, портативный рентгеновский аппарат, ультрасонографический аппарат.

Комплект лечебной аппаратуры на каждое место состоит из респиратора для длительной ИВЛ, отсоса для аспирации слизи, инфузионного насоса, лампы для фототерапии, наборов для реанимации, дренирования плевральных полостей, заменного переливания крови, катетеров (желудочных, пупочных), наборов игл-бабочек и подключичных катетеров.

Кроме того, в отделении должны быть реанимационный стол с

сервоконтролем, компрессоры для обеспечения сжатым воздухом и кислородные установки.

Исходя из изложенного, мы считаем, что интенсивная помощь новорожденным должна осуществляться на следующих уровнях:

- 1) первичная профилактика;
- 2) коррекция начальных признаков дизадаптации при пограничных состояниях;
- 3) лечение патологических процессов.

В основе первичной профилактики лежит интенсивное наблюдение за состоянием ребенка, которое должно начинаться с первых минут жизни. Это положение приобретает особое значение для новорожденных групп «повышенного риска» перинатальной патологии.

В задачу службы интенсивной помощи новорожденным в перинатальных центрах, помимо оказания пособий новорожденным, находящимся в критических состояниях, должен быть включен и мониторинг контроль за детьми групп «высокого риска».

Интенсивное наблюдение за состоянием ребенка включает мониторинг газового состава крови, температуры тела, частоты сердечбиений и дыхания, АД.

Для наиболее полной оценки состояния новорожденного и своевременной коррекции нарушений гомеостаза очень важно иметь информацию о кислотно-основном состоянии (КОС), показателях красной крови и гематокрита, концентрации сахара, билирубина и основных электролитов. В оптимальном варианте необходим также ультразвуковой скрининг мозга, сердца, надпочечников, почек, вилочковой железы.

Следует подчеркнуть, что на протяжении всех критических периодов адаптационного процесса интенсивное наблюдение за детьми должно быть во главе угла оказания интенсивной помощи. При этом прежде всего необходимо фиксировать внимание на функциях, наиболее уязвимых в данном периоде.

Так, на первом часу жизни исключительно важно следить за температурой тела, концентрацией глюкозы в крови, газовым составом крови, отражающим функцию дыхания.

В возрасте от 2 до 6 ч особое внимание следует уделять становлению температурного гомеостаза, деятельности сердца, состоянию гематокрита.

К концу 1-х — на 2-е сутки жизни в центре внимания должно быть состояние ЦНС и микроциркуляции; 3-и сутки жизни — функция печени, почек, показатели энергетического и электролитного обмена; на 4 — 5-е сутки — функция надпочечников; на 6—8-е сутки, когда, как правило, наблюдается переход к анаболизму, необходимо фиксировать внимание на динамике массы тела, показателях белкового обмена и функции щитовидной железы.

Таким образом, изложенное выше представляет собой нетрадиционный взгляд на проблему интенсивной помощи новорожденным, так как акцентирует внимание врача на профилактике срыва адаптации и

развития критических состояний, что обуславливает особенности организации обслуживания новорожденных в перинатальных центрах.

В связи с изложенным в структуре службы интенсивной помощи новорожденным должны быть посты интенсивного наблюдения, интенсивной терапии и, наконец, реанимации для больных в критическом состоянии. В связи с этим важным моментом является включение неонатолога в состав акушерской дежурной бригады.

Остро стоит вопрос об организации круглосуточного поста неонатологической сестры в родильном отделении. В настоящее время акушерка, отвечающая за новорожденного в родильном зале, реально занимается им после окончания послеродового периода у матери. За это время (20—30 мин, а при осложненном течении послеродового периода и дольше) дети охлаждаются и, как правило, не находятся под постоянным наблюдением персонала. На наш взгляд, привлечение неонатологической сестры к обслуживанию новорожденного в родильном отделении приведет к снижению частоты срывов адаптации и осложнений раннего неонатального периода.

Как известно, львиную долю в структуре перинатальной заболеваемости и смертности составляет патология, которая в отчетной документации формулируется как «внутриматочная гипоксия и асфиксия при рождении». Другими словами, у большинства больных новорожденных наблюдается симптомокомплекс нарушения мозгового кровообращения. Поэтому включение невропатолога в штат отделения интенсивной помощи новорожденным становится совершенно необходимым.

Долечивание, довыхаживание и первичная реабилитация новорожденных, оставшихся живыми в экстремальных условиях патологии неонатального периода, проводят в отделении патологии доношенных и недоношенных новорожденных, откуда большая часть пациентов уходит домой.

Их наблюдение продолжает консультативная поликлиника перинатального центра, завершая цикл оказания перинатальной помощи.

Перинатальный центр

Высокий уровень перинатальной смертности детей беременных, относящихся к группе «высокого риска» развития перинатальной патологии, обусловил необходимость поиска новых организационных форм оказания акушерской и неонатальной помощи, позволяющих добиться устойчивого снижения перинатальной патологии и летальности при ней.

Существующая система неонатальных центров, размещенных в детских больницах, не решает эффективно проблемы снижения перинатальной смертности в связи с тем, что не обеспечивается первичная реанимация ранних нарушений в первые часы жизни ребенка, в том числе недоношенного, когда формируется большинство патологических процессов; транспортировка ухудшает состояние недоношенных и больных детей.

Специализированная акушерская помощь развита недостаточно и не позволяет госпитализировать всех беременных высокого риска пе-

ринатальной патологии. Кроме того, указанные стационары недостаточно обеспечены современной аппаратурой и высококвалифицированными кадрами.

В связи с этим для повышения эффективности акушерской помощи целесообразно создавать перинатальный центр, который предназначен для оказания амбулаторной и стационарной высококвалифицированной медицинской помощи женщинам «высокого риска» перинатальной патологии и их детям.

Центр может осуществлять пренатальную диагностику угрожаемых и патологических состояний матери и плода, проводить при показаниях корригирующую терапию, родоразрешать женщин «высокого риска» перинатальной патологии, своевременно диагностировать патологические состояния и выполнять интенсивную терапию новорожденных, в том числе недоношенных, а также реабилитационные мероприятия в амбулаторном отделении.

Целесообразность функционирования той или иной системы организации здравоохранения может быть подтверждена прежде всего ее эффективностью. Так, по данным фонда Джонсона (1988), за 4-летний период (с 1976 по 1979 г.) в РПЦ (региональные перинатальные центры) США смертность новорожденных снизилась на 18%, выживаемость детей с низкой массой тела повысилась на 25%, число детей с врожденными аномалиями, отставанием в развитии в возрасте до 1 года уменьшилось на 16%, а частота этой патологии у детей с массой тела при рождении 1500 г и менее — на 22%. Средняя длительность госпитализации таких детей снизилась с 15,3 до 13,3 сут.

При анализе эффективности деятельности РПЦ в ФРГ с 1983 по 1985 г. было отмечено резкое снижение перинатальной смертности детей с массой тела 1500 г и менее. В РПЦ во Франкфурте она составила 13%, в то время как в других учреждениях достигала 32%. В 1975 г. ФРГ по показателям перинатальной смертности (19,3%) находилась на 14-м месте среди европейских стран, но за последнее десятилетие эти показатели снизились более чем вдвое (в 1984 г. 8,6%) и, таким образом, страна оказалась на 4-м месте после Скандинавских стран и Швейцарии.

Особенно демонстративна эффективность деятельности перинатальных центров в Японии. Так, если в 1955 г. неонатальная смертность в стране составляла 22,3%, в 1970 г. — 8,7%, то в 1980 и 1987 гг. — 4,9 и 2,9% соответственно.

Таким образом, РПЦ позволяет концентрировать в одном месте значительное число беременных и новорожденных групп «высокого риска» с экономически оправданным кадровым и материально-техническим комплектованием этого центра. Основная концепция деятельности центра сводится к соблюдению трех основных правил: 1) качество перинатальной помощи обеспечивается по единому критерию; 2) любой женщине и любому новорожденному должны быть доступны все компоненты действующей системы перинатальной помощи; 3) учреждения в пределах региона должны иметь эффективные механизмы

взаимодействия, позволяющие легко перемещать пациентов; обязательным является тесное сотрудничество специалистов разного профиля.

Для организации перинатального центра необходимо обеспечить:

— регионализацию службы охраны здоровья матери и ребенка, т. е. создание в определенном географическом регионе координированной, взаимодействующей системы акушерской и неонатальной медицинской помощи;

— оказание медицинской помощи высокого качества всем беременным и новорожденным (высококвалифицированные кадры врачей, медицинских сестер и других работников здравоохранения);

— целенаправленное финансирование и материально-техническое оснащение;

— реорганизацию существующей сети родовспоможения.

Центр должен возглавлять высококвалифицированный врач с большим опытом работы в перинатологии и административной деятельности. Руководителями акушерских служб могут быть клиницисты, имеющие специальную подготовку и опыт работы в перинатальной и интранатальной медицине, включая интенсивную терапию беременных и рожениц. Осуществлять руководство неонатальными службами могут клиницисты-неонатологи, имеющие теоретическую подготовку и опыт оказания помощи новорожденным, включая интенсивную терапию. Руководителями службы ухода должны быть медицинские сестры со специальной подготовкой, большим стажем работы в сфере родовспоможения и неонатологии, имеющие также административный опыт.

При анализе эффективности системы организации и деятельности РПЦ многими исследователями выявлены типичные ошибки. К ним относятся следующие:

1) централизация вместо регионализации, когда центральный стационар (III уровень) постоянно принимает беременных и новорожденных групп «высокого риска» и, таким образом, не содействует развитию профилактических программ в больницах другого уровня;

2) дублирование лечебных учреждений в процессе регионализации, что приводит к трудностям набора и закрепления необходимого персонала, к повышению затрат на медицинскую помощь. Дублирование обычно возникает в результате наличия конкурирующих учреждений и коллективов, рассматривающих оказание интенсивной помощи как важный компонент своего делового, экономического и учрежденческого престижа;

3) укомплектование отделений интенсивной помощи беременным и новорожденным недостаточно опытными штатными врачами, особенно назначенные их на дежурство в ночное время и выходные дни;

4) отсутствие должного штатного персонала, необходимого для оказания интенсивной помощи;

5) отсутствие специально оборудованных транспортных средств для перевозки новорожденных и использование плохо обученного или неопытного персонала;

6) недоиспользование возможностей РПЦ лечебными учреждениями региона.

Все вышеизложенное позволило подготовить материал для приказа МЗ СССР № 881¹ от 15.12.88 г. «О создании перинатальных центров в нашей стране», в котором утверждено Положение о перинатальном центре.

Перинатальные центры организуются на территориях с населением 500 тыс. человек и более для оказания консультативно-диагностической медицинской помощи беременным, имеющим патологические отклонения в течении беременности; лечения выявленной патологии в амбулаторных и стационарных условиях, родоразрешения беременных из групп «высокого риска» и организации медицинской помощи новорожденным с полным реабилитационным комплексом.

Число и мощность центров определяются потребностью региона. Эффективность деятельности перинатального центра оценивают по уровню заболеваемости, смертности и инвалидности детей в регионе, числу осложнений в родах, материнской и младенческой смертности.

Центр состоит из 3 взаимосвязанных блоков с единым административным подчинением: консультативно-диагностический, акушерский и педиатрический.

Консультативно-диагностический блок включает:

- консультативные кабинеты для беременных;
- кабинет невынашивания беременности;
- физиотерапевтическое отделение (кабинет);
- лаборатории (медико-генетическая, функциональной диагностики, микробиологическая, клиническая, биохимическая, эндокринологическая, иммунологическая);
- рентгено-диагностическое отделение (кабинет);
- кабинет планирования семьи;
- однодневный стационар с пансионатом для лечения беременных и женщин, страдающих невынашиванием и бесплодием, а также для матерей с больными детьми;
- консультативный отдел детей раннего возраста с комплексом восстановительного лечения.

Акушерский блок имеет:

- отделение патологии беременных (40% от общего числа акушерских коек);
- отделение невынашивания беременности (после 20 нед);
- родовое отделение;
- операционные родильного отделения;
- отделение реанимации и интенсивной терапии женщин;
- палату реанимации и интенсивного наблюдения новорожденных при родильном блоке;
- послеродовое отделение с палатами интенсивного наблюдения за новорожденными и физиологии новорожденных;

¹ Продолжает действовать в РФ.

— наблюдательное акушерское отделение с палатами новорожденных и интенсивной терапии.

В педиатрический блок входит:

— отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных с изоляторами не менее чем на 6 коек с учетом обслуживания региона;

— отделение для выхаживания недоношенных детей II этапа;

— отделение патологии новорожденных для больных соматического профиля с палатами (боксами) для гнойно-септической патологии;

— отделение для реабилитации неврологических больных в возрасте до 3 мес жизни;

— кабинет физиотерапии;

— отделение функциональной диагностики с кабинетом ультразвукового обследования;

— лаборатория экспресс-диагностики.

Наряду с основными службами организуются и общие:

— лечебного питания;

— выездные реанимационные бригады и специальные машины для транспортировки матерей, больных и недоношенных;

— учебный центр и организационно-методическое отделение.

Руководит перинатальным центром главный врач в установленном порядке.

Для перинатальных центров разработаны показания для госпитализации, оснащение, примерные штаты. Проведена определенная работа по обоснованию медико-технических требований к проекту перинатального центра (совместно с ГИПРОНИИЗДРАВОМ и его филиалом в Киеве).

Проект предполагает использование блок-модулей. Будут разработаны типовые проекты на 2500—3000 родов, а также несколько индивидуальных проектов разной мощности для регионов.

Показания для направления беременных в перинатальный центр представлены в приложении 10.

Санитарно-эпидемиологический режим в родовспомогательных учреждениях

Требования санитарно-противоэпидемиологического режима учитываются уже при проектировании учреждений родовспоможения, предусматривают отдельные приемные и выписные для физиологического, наблюдательного и гинекологического отделений. Соблюдаются режимные «потoki» беременных, родильниц, гинекологических больных и медицинского персонала, движение потоков чистого и грязного белья, медикаментов, пищи и др. Пациентки и медицинский персонал проходят санитарную обработку и обязательно переодеваются в больничную одежду.

Контроль за соблюдением санэпидрежима осуществляют соответ-

ствующие санитарно-противоэпидемические учреждения и прежде всего администрация самого учреждения.

Эпидемический надзор — это система постоянных комплексных наблюдений за динамикой эпидемического процесса внутрибольничных инфекций, факторами, влияющими на их распространение, анализ и обобщение полученной информации с целью разработки рекомендаций и проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Медицинский персонал при поступлении на работу обязательно обследуют на наличие инфекций. Медицинский персонал акушерского стационара проверяют также на наличие золотистого стафилококка 2 раза в год при периодических медицинских обследованиях и по эпидпоказаниям. Обследованию подвергается медицинский персонал, непосредственно общающийся с новорожденными, беременными, роженицами и родильницами.

В акушерских стационарах беременных, рожениц и родильниц группы риска обязательно надо обследовать на носительство ВИЧ-инфекции в целях своевременного выявления заболевания и принятия неотложных мер по предупреждению его распространения.

Воздух исследуют на общую бактериальную обсемененность и наличие золотистого стафилококка; другие эпидемически значимые объекты — на наличие золотистого стафилококка, кишечной палочки и других условно-патогенных микроорганизмов.

При соблюдении санэпидрежима необходимо обращать особое внимание на правила содержания отделений. В предродовых и послеродовых палатах следует строго соблюдать цикличность заполнения палат (не более 3 сут), осуществлять влажную уборку не реже 2 раз в день с использованием моющих растворов и 1 раз в сутки с дезинфицирующим средством способом «двух ведер». Бактерицидные лампы отраженного действия после окончания уборки включают на 30 мин с последующим проветриванием палат, лампы прямого действия — только в отсутствие пациентов.

В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно, которое стоит на подставке, вмонтированной в кровать, или на скамеечке, окрашенной масляной краской или гигиеническим покрытием. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. После каждого использования судно промывают проточной водой, а после перевода роженицы в родзал его обеззараживают. После перевода роженицы в родзал ее постельное белье собирают в закрывающийся крышкой бак с вложенным в него клеенчатым, полиэтиленовым или хлопчатобумажным мешком, который сразу выносят в подсобное помещение.

В послеродовом отделении за каждой родильницей закрепляют кровать и индивидуальное судно. После ее выписки белье собирают в том же порядке, как и в предродовой, и проводят заключительную дезинфекцию. После третьего кормления ребенка ежедневно делают

влажную уборку с использованием дезинфицирующего раствора, не менее 3 раз в сутки проветривают палаты. Постельное и нательное белье родильницам меняют перед влажной уборкой помещения.

В родильном зале при наличии одного помещения роды принимают поочередно на разных кроватях. Если имеется 2 родзала, то каждый зал работает в течение суток поочередно. После окончания родов и перевода родильницы в послеродовое отделение кровать для рожениц, матрац и подушка, обшитые клеенкой, другое использованное оборудование протирают ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором. Уборку с помощью дезрастворов (обеззараживание пола, кранов и раковин, столов, кроватей и т. п.) проводят 1 раз в сутки при отсутствии родов, затем на 30 мин включают бактерицидные лампы с проветриванием помещения в течение 20 мин. Не реже 1 раза в 3 дня уборка по типу заключительной дезинфекции, обеззараживающей все помещения и объекты в нем. В боксированном родблоке роды проводят в отдельном боксе поочередно. Палаты в послеродовом наблюдательном отделении убирают не реже 3 раз в сутки, при этом утром с 0,5% моющим раствором, а после 3-го и 5-го кормления с помощью дезинфицирующих растворов и с последующим бактерицидным облучением. Один раз в 7 дней дезинфицирующим средством убирают помещения и все объекты — палаты и стены на высоту 2 м. При переходе в наблюдательное отделение медицинский персонал меняет халат, обувь (бахилы). Палаты новорожденных заполняют строго циклично в течение 3 сут. Детские кроватки располагают на расстоянии 0,5 м друг от друга. Влажную уборку палат проводят не реже 3 раз в сутки, а после 3-го кормления с использованием дезраствора; 2 раза (утром и вечером) — моющего раствора. После уборки включают бактерицидные лампы и проветривают помещение — все это делают в отсутствие новорожденных.

Детям в родильном доме дают только стерильное белье (пеленки, распашонки и др.). Баллончики, катетеры, газоотводные трубки, клизмы после каждого использования собирают в отдельные емкости, подвергают стерилизации и хранят в отдельной маркированной сухой, стерильной посуде. Глазные пипетки, системы и другие инструменты подлежат стерилизации. Стерильный корнцанг (пинцет) для забора обеззараженных изделий медицинского назначения во время каждого пеленания хранят в емкости с 0,5% раствором хлорамина или 1% раствором хлоргексидина биглюконата; корнцанг (пинцет) и дезраствор меняют 1 раз в сутки.

После выписки новорожденных постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции, а в палате проводят заключительную дезинфекцию. Постельное белье из разных отделений стирают отдельно.

Чистое белье хранят на полках шкафов или стеллажах в специальных помещениях в виде небольших комплектов (по 30—50 шт.), завернутых в простыни.

Для предотвращения распространения заболеваний среди новорожденных, рожениц и родильниц разработаны инструкции о переводе

заболевших новорожденных и недоношенных детей в соответствующие отделения детских больниц и о показаниях к приему и переводу беременных, рожениц и родильниц в наблюдательное отделение родильного дома (отделения).

Новорожденных, имеющих инфекционные заболевания любой этиологии, неинфекционной этиологии (хирургическая патология, требующая экстренной помощи, гемолитическая болезнь), переводят в день установления диагноза; при критических состояниях, обусловленных дыхательной, сердечно-сосудистой, надпочечниковой недостаточностью, поражением ЦНС, метаболическими нарушениями, — по согласованию с зав. отделением реанимации и консультации реаниматолога при условии транспортабельности.

В наблюдательном отделении акушерских стационаров находятся дети, родившиеся в этом отделении; дети, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в наблюдательное; дети, родившиеся вне родильного дома; новорожденные, переведенные из родильного блока с кливковой врожденной везикулопустилезой, родившиеся с видимыми врожденными аномалиями развития, нуждающиеся в срочном хирургическом лечении; «отказные» дети, подлежащие усыновлению или переводу в лечебные стационары или дома ребенка.

Приему в наблюдательные отделения родильного дома подлежат беременные и роженицы, имеющие проявления различных гнойно-воспалительных заболеваний, сопровождающихся повышенной температурой или без нее, внутриутробную гибель плода, длительный безводный промежуток (12 ч и более).

Более детально вопросы дезинфекции, стерилизации и перевода новорожденных, рожениц и родильниц изложены в приказе МЗ СССР № 691 от 28.12.89 г. «О профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах».

Стационарная гинекологическая помощь

Для оказания стационарной гинекологической помощи Номенклатурой медицинских учреждений предусмотрено гинекологическое отделение. В ряде крупных городов, как исключение, создаются самостоятельные гинекологические больницы. Обычно гинекологическое отделение входит в состав многопрофильной больницы, МСЧ или родильного дома. Целесообразно для стационарной гинекологической помощи в составе хирургического или какого-либо другого отделения выделять отдельные койки или развешивать их в участковой больнице, где нет акушера-гинеколога. Гинекологические отделения следует делить на 3 основные группы: оперативные (хирургические), неоперативные (консервативные) и абортные. В свою очередь оперативные отделения подразделяют на отделения для проведения «чистых» и гнойных операций. Абортные отделения также дифференцируют на 2 группы: отделения для искусственных (искусственных) аборт-

тов и отделения для абортов, начавшихся вне лечебного учреждения. Однако дифференциация гинекологических отделений приемлема только в крупных городах со значительным числом гинекологических коек. При этом важное значение имеет также и территориальное размещение гинекологических отделений, т. е. возможность быстрой доставки больных к месту оказания неотложной помощи. Наиболее целесообразно размещать гинекологическое отделение в многопрофильной больнице в непосредственной близости от хирургического отделения. В этих случаях рационально использовать оборудование и оснащение хирургической службы двумя близкими по роду деятельности отделениями. Гинекологическое отделение для неоперативных методов лечения необходимо размещать в больницах, имеющих хорошо оснащенную физиотерапевтическую службу.

Организация самостоятельных гинекологических больниц может быть оправдана только в крупных городах с населением 600 000—800 000 жителей, где, согласно действующим нормативам, должно быть развернуто 500—600 гинекологических коек. В этих случаях могут быть созданы самостоятельные гинекологические больницы мощностью 250—300 коек, имеющие в своем составе 45—60 коечных отделений. В таких больницах может быть обеспечен весь необходимый объем хирургической и неоперативной помощи, в том числе специализированной. Положительный опыт работы 250-коечных гинекологических больниц в Москве, Иванове и других городах полностью подтверждает это.

В гинекологических отделениях предусматривается помещение приема, включающее в себя вестибюль-гардеробную (при размещении гинекологического отделения в общей больнице может быть выделена часть помещения общего вестибюля). Количество мест в гардеробе должно составлять 60% от количества коек гинекологического отделения. На каждое место в гардеробе следует выделить 0,3 м² площади. Количество поступающих в сутки больных составляет 10% от числа коек в отделении. Для осмотра поступающей больной необходимо выделять 1,2 м² площади (но не менее 12 м²), смотровую (18 м²), комнату для санитарной обработки больных с душевой кабиной и унитазом (14 м²). Палатные отделения включают палатные секции по 30 коек каждая, операционный блок, помещение выписки.

Большая операционная гинекологического отделения предназначена для полостных и влагалищных операций, а при отсутствии самостоятельной операционной — также для производства сложных диагностических манипуляций, лапароскопии, кульдоскопии и др.

Для рационального использования коечного фонда гинекологических стационаров и сокращения необоснованного пребывания женщин в больнице все поступающие больные должны быть максимально обследованы в женской консультации (анализы крови и мочи, ЭКГ, флюорография и др.). Вместе с направлением на госпитализацию женская консультация должна выдавать больным на руки подробную выписку из медицинской карты амбулаторного больного с указанием

характера и особенностей развития и течения настоящего заболевания и данных лабораторного исследования. При выписке женщин из гинекологического отделения они получают на руки подробную выписку из истории болезни с указанием характера проведенного лечения и рекомендаций врачу женской консультации о дальнейшем наблюдении.

В настоящее время специализированная стационарная помощь гинекологическим больным оказывается ограниченному контингенту. Из общего числа гинекологических больных, нуждающихся в госпитализации, примерно 20% страдают эндокринными расстройствами. Для оказания квалифицированной помощи этим больным необходима организация крупного отделения с гормональной лабораторией.

В крупном населенном центре необходимо организовать отделение гинекологии детского возраста, которое должно входить в состав детской больницы или профильного учреждения.

Для оказания квалифицированной помощи больным с септическими абортами, гнойными бартолинитами нужны специализированные отделения в составе больниц, имеющих отделения гнойной хирургии и реанимации. Септические больные в связи с почечной недостаточностью нередко нуждаются в гемодиализе. Желательно, чтобы в больнице была лаборатория экстракорпорального кровообращения.

В специализированной гинекологической помощи важную роль играет реанимационно-анестезиологическая служба. Для правильной организации такой службы большое значение имеет создание специального филиала на станции скорой помощи. В этом случае специальные машины с квалифицированным персоналом обеспечивают госпитализацию больных в отделения соответствующего профиля.

Оценка деятельности акушерско-гинекологического стационара и качества медицинской помощи

Деятельность стационарных учреждений оценивают рядом показателей, характеризующих количественную и качественную сторону их работы. К количественным показателям относятся среднегодовая занятость койки, оборот койки, число прошедших больных (основные показатели деятельности стационара представлены в табл. 7). А. Г. Попов (1967) предложил оценивать деятельность медицинских учреждений одновременно в четырех взаимосвязанных и взаимообусловленных аспектах: «качество помощи», «эффективность медицинского обслуживания», «производительность» и «экономичность». Под качеством медицинской помощи следует понимать совокупность результатов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, определенных установленными соответствующими требованиями на основе достижений медицинской науки и практики.

На основании практики и результатов научных исследований были приняты следующие показатели для оценки объема и качества деятельности стационара:

Основные показатели деятельности стационара

Показатель	Стандарты и средние показатели	Методика вычисления	Источник информации	Уровень использования
Среднее число работы койки в году:		Число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре/число среднегодовых коек	Ф. № 1 Ф. № 016/у	Территория, больница, отделение
акушерской	300—310 (город) 280—290 (село)			
гинекологической	330—340 (город) 320—330 (село)			
Процент выполнения плана койко-дней		Число фактически проведенных больными койко-дней-100/плановое количество койко-дней	Ф. № 1 Ф. № 16/у	То же
Среднее число занятых и свободных коек		Число проведенных койко-дней/365	Ф. № 016/у	Больница, отделение
Оборот койки:		Число прошедших через стационар больных (по-лусумма поступивших, выписанных и умерших)/среднегодовое число коек	Ф. № 1 Ф. № 016/у	Территория, больница, отделение
акушерской	30—35			
гинекологической	20—15			
Среднее пребывание в больнице:		Число проведенных больными койко-дней/ число выбывших больных	Ф. № 1	То же
акушерской койки (без патологии)	8,2			
патологии беременных	13,8			
гинекологические (без абортных)	8,7			
для производства абортов	2,3			
Удельный вес сельских жителей среди госпитализированных больных	Зависят от многих факторов	Число сельских жителей, госпитализированных в стационар в течение года · 100/число всех поступивших в стационар больных	Ф. № 1 Ф. № 016/у	» »

Показатель	Стандарты и средние показатели	Методика вычисления	Источник информации ¹	Уровень использования
Частота осложнений при родах во врачебных стационарах				
— кровотечение в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	9,4	Число кровотечений · 1000/общее число родов		Территория, отделение
— аномалии родовой деятельности	102,9	Число родов с аномалией родовой деятельности · 1000/общее число родов		То же
— поздний токсикоз	113,9			
Разрывы промежности III степени	0,52			
Разрывы матки	0,20			
Сепсис, в том числе перитонит после кесарева сечения	0,15			
Мертворождаемость, ‰	8,4	Число мертворожденных · 1000/число родившихся детей (живых + мертвых)		» »
Ранняя неонатальная смертность, ‰	9,2	Число детей, умерших в первые 168 ч · 1000/число детей, родившихся живыми		» »
Перинатальная смертность, ‰	17,6	Число мертворожденных + число детей, умерших в первые 168 ч · 1000/число родившихся детей (живых + мертвых)		» »
Повторность госпитализации в течение года:		Число больных, госпитализированных в данном году повторно · 100/число поступивших в стационар	Специальная разра-ботка	Больница, отделение
— по данному заболеванию			Ф. № 066/y	
— по всем заболеваниям				
Процент переведенных в другие отделения данного стационара		Число переведенных внутри стационара · 100/число поступивших больных	Ф. № 016/y	То же

Показатель	Стандарты и средние показатели	Методика вычисления	Источник информации ¹	Уровень использования
Летальность от отдельных причин:		Число умерших больных / число выбывших больных	Ф. № 1	Территория, отделение
— кровотечение	0,2			
Частота осложнений при операциях		Число операций, при которых наблюдались осложнения · 100/число оперированных больных	Ф. № 1	Больница, отделение
Частота операций кесарева сечения	82,8	Число родов, завер- шенных операцией кесарева сечения · 1000/число родов в стационаре	То же Ф. вкл. № 3	Территория, отделение
Частота операций наложения акушерских щипцов	4,8	Число операций акушерских щипцов · 1000/число родов в стационаре	Ф. № 1	То же
— вакуум-экстрактора	2,13			
— плодоразрушающих операций (эмбриотомия)	1,2	Число плодоразрушающих операций · 1000/(эмбриотомия)/число родов в стационаре	То же	» »
— ручные вхождения в полость матки		Число ручных вхождений · 100/число родов	» »	» »
Материнская смертность	52,4	Число умерших беременных (от начала беременности), рожениц и родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности · 100 000/число живорожденных		Территория

¹ Перечень основных учетных форм первичной медицинской документации акушерско-гинекологических учреждений представлен в приложении 11.

- среднее число дней пребывания на койке;
- летальность;
- хирургическая активность (в том числе плановая);
- частота осложнений;
- обоснованность и своевременность госпитализации;
- повторная госпитализация;
- число больных, переведенных в другие стационары;
- экспертная оценка качества помощи по первичной медицинской документации;
- жалобы населения (мнение населения о качестве помощи).

Количественные и качественные показатели деятельности стационарного учреждения представлены ниже:

Количественные

Число поступивших

- » операций
- » переливаний
- » диагностических процедур

- » лечебных процедур
- » койко-дней

Количество перелитой крови

Другие

Качественные

Традиционные показатели качества:

- летальность
- частота осложнений
- средняя длительность лечения
- другие

Показатели эффективности технологии медицинского обслуживания:

- дублирование
- запаздывание
- невыполнение назначений
- другие

Показатели неудовлетворенности пациентов деятельностью стационара

Другие

Методика расчета потребности в акушерских и гинекологических койках. Потребность в акушерских койках определяется по формуле Г. А. Попова:

$$K = \frac{A \cdot R \cdot P}{D \cdot 100}$$

где K — необходимое количество среднегодовых коек; A — уровень рождаемости; R — процент отбора для госпитализации; P — среднее плановое число пребывания на койке; D — среднее плановое число дней использования койки в году.

Например: A — 20 на 1000 населения. R — 100%, P — 5 дней, D — 300 дней.

$$K = \frac{20 \cdot 100 \cdot 5}{300 \cdot 100} = 0,3 \text{ койки на 1000 населения.}$$

Для гинекологических коек: K — необходимое количество среднегодовых коек; A — уровень «исчерпанной» заболеваемости населения¹; R — процент отбора больных для госпитализации от числа зарегистрированных больных в поликлинике; P — среднее плановое число

¹ «Исчерпанная» заболеваемость — это число зарегистрированных болезней на 1000 населения по данным обращаемости в АПУ плюс число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах.

дней пребывания больной на койке; Д — среднее плановое число дней использования койки в году.

Например: согласно гипотезе, ожидается, что уровень гинекологической заболеваемости населения в какой-то области в планируемом году будет составлять 55 на 1000 жителей, процент отбора на госпитализацию — 30, работа койки в году — 330, среднее пребывание больной на койке — 15.

$$K = \frac{55 \cdot 30 \cdot 15}{330 \cdot 100} = 0,75 \text{ койки на 1000 населения.}$$

Местные органы здравоохранения могут корректировать потребность для своих территорий, если есть объективная необходимость. При этом следует учитывать достигнутый уровень развития здравоохранения, местные условия, в первую очередь возрастную-половую структуру и уровень обращаемости (заболеваемости) населения, процент отбора на госпитализацию, среднее число дней пребывания больного на койке, число дней использования койки в году, материальные и финансовые возможности и другие изложенные выше факторы, влияющие на потребность в коечном фонде.

Рациональное использование коечного фонда во многом определяется сроками лечения больных в стационаре. Увеличение показателей обеспеченности койками, с одной стороны, способствует более частой госпитализации больных со сравнительно легко протекающими острыми заболеваниями и, следовательно, с более коротким сроком лечения, а с другой — это повышает число госпитализированных больных с длительно протекающими хроническими заболеваниями, имеющими естественно более длительный срок пребывания на койке. Эти две тенденции в определенной мере приводят к стабилизации средних сроков лечения.

В процессе планирования и организации стационарной помощи огромное значение имеет рациональная специализация коечного фонда в учреждениях разного типа в соответствии с их функциональным назначением в общей системе оказания стационарной помощи населению области (края, республики). При этом основным направлением должно быть углубление специализации в центрах систем расселения по сравнению с периферией, т. е. каждый тип стационарного учреждения должен иметь определенный набор коек разных специальностей, исходя из той роли, которую играет данное медицинское учреждение в общей системе здравоохранения.

В табл. 8 представлены данные о кадрах, койках акушерско-гинекологических стационаров Российской Федерации. При анализе деятельности стационара показатель оценивают в динамике, уровень сравнивают со стандартами для профильных коек (при наличии их научного обоснования для конкретного региона), преемственность в работе — с амбулаторно-поликлиническими учреждениями и скорой медицинской помощью. Оценивается количественная и качественная сторона деятельности. Все вышеперечисленное относится и к акушерско-гинекологическим стационарам. Сотрудниками Научного Центра акушер-

Обеспеченность койками учреждений родовспоможения (система Минздрава)

Число коек	Год			
	1990	1991	1992	1993
Всего	236 211	230 026	220 504	216 300
В том числе:				
для беременных и роженщи:				
абсолютное число	86 907	83 344	77 891	75 000
на 10 000 женщин фертильного возраста	24,2	23,2	21,4	20,6
патологии беременности:				
абсолютное число	33 226	33 338	32 651	32 700
на 10 000 женщин фертильного возраста	9,2	9,3	9,0	9,0
гинекологических коек:				
абсолютное число	100 616	99 142	97 423	97 400
на 10 000 женщин фертильного возраста	12,8	12,6	12,4	12,4
для производства абортот:				
абсолютное число	15 462	14 202	12 539	11 100
на 10 000 женщин фертильного возраста	4,3	3,9	3,4	3,1

ства и гинекологии, перинатологии РАМН предложены следующие критерии для оценки деятельности акушера-гинеколога профильного стационара:

- число выписанных больных по категории сложности;
- среднее число дней пребывания на койке;
- хирургическая активность (в том числе плановая);
- число осложнений после родов и операций, в том числе гнойно-септических;
- число случаев материнской смерти;
- число случаев перинатальной смерти;
- число случаев смерти гинекологических больных;
- экспертная оценка 25—30 историй родов или медицинских карт гинекологических больных (определяется при наличии показаний проведенных диагностических и лечебных мероприятий в объеме квалификационной категории врача);
- жалобы населения (или мнение населения о качестве помощи).

Сотрудники Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН считают возможным условно делить пролеченных пациенток на 2—3 категории сложности в зависимости от профиля отделения, что имеет особое значение при переходе учреждения на принципы хозяйственного расчета.

Ниже рассмотрены наиболее важные критерии оценки деятельности акушерско-гинекологического стационара, а именно: материнская, перинатальная смертность, хирургическая активность, осложнения при

родах, анализ жалоб населения. Учитывая значимость материнской и перинатальной смертности, она рассмотрена в данной монографии более подробно.

Материнская смертность

О качестве и уровне организации работы родовспомогательных учреждений, об эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения и уровне санитарной культуры населения свидетельствует показатель материнской смертности.

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

Случаи материнской смерти делят на 2 группы: 1) смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, т. е. в результате акушерских осложнений (беременности, родов и послеродового периода), а также вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин; 2) смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, т. е. в результате существовавшей прежде болезни или болезни, возникшей в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

В развитых странах материнскую смертность анализируют по 3 группам причин: прямые, косвенные и случайные (нематеринские, неакушерские). Последняя включает в себя летальные исходы от несчастных случаев, злокачественных заболеваний, самоубийства.

Показатель материнской смертности в Российской Федерации в 1993 г. составил 51,6 случая на 100 000 живорожденных. Большой интерес представляет анализ этого показателя в СССР. Так, его уровень составил в 1990 г. 40,7 на 10 000 живорожденных. По сравнению с экономически развитыми странами он остается достаточно высоким: Австрия — 4,6; Бельгия — 3,4; Италия — 4,5; Великобритания — 5,9; Канада — 4,8; США — 6,6; ФРГ — 8,9; Финляндия — 5,1; Франция — 9,4; Швеция — 4,8; Япония — 9,6 и т. д. Ниже представлен анализ смертности беременных, рожениц и родильниц в динамике за ряд лет в бывшем СССР и отдельных его регионах.

Региональный подход к изучению причин материнской смертности

Выделение республик в отдельные регионы было проведено на ЭВМ с использованием кластерного анализа. При этом учитывали уровень и темп снижения показателя за 30 лет в каждой республике. Регион А составили республики: Латвия, Литва, Эстония, Беларусь; регион В —

Армения, Украина, Молдова, Россия; регион С — Азербайджан, Грузия, Кыргызстан, Узбекистан, Казахстан; регион Д — Туркменистан, Таджикистан. Изучение первичной медицинской документации умерших беременных, рожениц и родильниц показало, что 5,1% женщин умерли в период беременности, 6,3% — во время родов и 88,6% — в течение 42 дней после родов. Каждая пятая женщина скончалась на не акушерской койке, из них более половины — в отделении реанимации, каждая десятая — в гинекологическом отделении и т. д. Преобладающее большинство женщин (56,2%) — жительницы сельской местности. Доля женщин до 30 лет составила 53,6%, повторнородящих — 61,8% (из них 15,8% имели интергенетический интервал между родами 1 год, 26,5% — 2 года, 57,7% — 3 года и более). По социальному статусу женщины распределялись следующим образом: рабочие 40,2%, служащие 25,3%, колхозницы 8,3%, студентки 1,6%, учащиеся 0,6%, домашние хозяйки 21,9%, не указано 2,1%. Из числа погибших под наблюдением женской консультации в целом по стране состояло 62,4% женщин, из них с ранних сроков беременности 45,4%; вместе с тем каждая пятая не была осмотрена акушером-гинекологом, а каждая десятая осмотрена только 1—2 раза. Отмечены также существенные нарушения в обследовании специалистами смежного профиля: у 85,8% женщин роды вел акушер-гинеколог, у 12,5% — акушерка, у 0,5% — врач другой специальности, у 1,2% роды произошли без медицинской помощи. В целом по стране самостоятельно родили 50,5%; родоразрешены операцией кесарева сечения — 37,6%; наложены акушерские щипцы 4,4%; выполнена вакуум-экстракция плода у 2,0%; эмбриотомия — у 5,5% женщин. О низком уровне медицинской помощи указанному контингенту свидетельствуют также перинатальные потери. По нашим данным, в каждом третьем случае имело место мертворождение.

Достоверная информация об истинных причинах смерти, основанная на общих принципах выбора и учета основных причин смерти (основных заболеваний), является одним из исходных и обязательных условий снижения смертности беременных, рожениц и родильниц. Так как у большинства женщин имела место комбинация двух заболеваний и более, уточнить причины смерти было затруднительно. В этой ситуации мы использовали принцип ведущего заболевания. Результаты проведенных нами разработок показали, что в целом по стране у 10,9% умерших беременных, рожениц и родильниц были конкурирующие заболевания, из которых каждое могло привести к смертельному исходу. Значительный удельный вес из их числа имели такие сочетания, как кровотечения и эклампсия (59,7%), кровотечения и гнойно-септические заболевания (45,8%), эмболия околоплодными водами и кровотечения (32,3%), эклампсия и гнойно-септические заболевания (24,2%) и т. д.

Среди нозологических форм, приведших к смерти беременных, рожениц и родильниц, прямые акушерские причины в целом по стране составили 80,0%, косвенные — 15,3%, а в регионе с низким уровнем

смертности соответственно — 66,0 и 34%, со средним уровнем смертности — 77,5 и 19,6%, выше среднего — 83 и 10% и с высоким уровнем смертности — 84,8 и 9,1%.

Клинический анализ материала подтвердил правомерность предложенной группировки республик, так как были выявлены региональные различия причин, структуры смертности беременных, рожениц и родильниц, социально-гигиенической характеристики женщин, уровня оказания медпсихической помощи. В структуре причин смерти в регионе А 71% приходился на 2 ведущие причины — прочие акушерские и экстрагенитальные заболевания; в регионе В с почти равной частотой — кровотечения, поздний токсикоз и экстрагенитальные заболевания; в регионе С — почти $\frac{1}{3}$ кровотечения, одинаково часто встречались поздний токсикоз и сепсис; в регионе Д — более $\frac{1}{3}$ кровотечения, у каждой шестой — восьмой — разрыв матки и сепсис.

В структуре причин смерти в регионе А за 10 лет произошли определенные изменения. Снизился удельный вес женщин, умерших от кровотечений, разрыва матки и гнойно-септических заболеваний. Вместе с тем отмечен рост прочих акушерских причин. Структура причин смерти в этом регионе аналогична структуре экономически развитых стран, в которых в связи с возрастающей частотой оперативных родов, широким оказанием анестезиологического пособия 1-е место занимают анестезия и легочная эмболия. В регионе А первые 3 ранговых места занимают *прочие акушерские причины, экстрагенитальные заболевания, акушерские кровотечения*; в регионе В — *кровотечения, поздний токсикоз и экстрагенитальные заболевания соответственно*. За 10-летний период в регионе В снижение смертности на 16,7% произошло в основном за счет предотвращения смерти от гнойно-септических заболеваний и разрыва матки. Среди погибших преобладали городские жительницы (55,9%), женщины до 30 лет (60,1%), повторнородящие (50,5%). В этом регионе среди акушерских кровотечений наиболее значимы кровотечения, обусловленные гипо- и атонией матки, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, предлежащем плаценте и, наконец, плотным прикреплением плаценты. По наличию акушерской и соматической патологии подлежало дородовой госпитализации 70%, однако было госпитализировано только 28,9% беременных. У 15,4% женщин, умерших от гипо- и атонических кровотечений, выявлены коагулопатические кровотечения после кесарева сечения; 5,8% погибли в результате внутрибрюшного кровотечения вследствие недостаточного гемостаза во время операции. По данным литературы, частота гипотонических кровотечений после кесарева сечения в 3—5 раз выше, чем после самопроизвольных родов, и гипотония матки осложняет 1,8% всех операций кесарева сечения. Мы, проанализировав смерть женщин при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, установили, что в 41,2% случаев имели место ошибки в выборе тактики ведения родов. Так у 33,3% женщин с этой патологией при неподготовленных родовых путях не было выполнено кесарево сечение и роды велись через есте-

ственные родовые пути. У 7,9% женщин при полном открытии шейки матки и мертвом плоде не была проведена эмбриотомия. Несмотря на массивное кровотечение, вместо срочной лапаротомии использовали консервативные методы его остановки, в результате чего 35,8% больных погибли без хирургического лечения. Данные наших исследований свидетельствуют о том, что $\frac{3}{4}$ родовспомогательных учреждений региона не готовы к своевременному оказанию экстренной хирургической помощи при акушерских кровотечениях и к оперативному лечению прибегали при уже развившемся синдроме диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. В этих условиях хирургические методы остановки кровотечения оканчивались безуспешно, так как проводились на фоне коагулопатии. У 53% больных гемотрансфузия была начата при массивной кровопотере; у 58,3% кровопотеря не была компенсирована; у 8,1% не выполнена инфузия кровезаменителей. Резервами снижения смертности при этой патологии являются рациональное ведение родов, своевременное хирургическое вмешательство, адекватная и своевременная гемотрансфузия. Предотвратимость смерти от позднего токсикоза была несколько ниже, составив 61,8%. Особую проблему представляло ведение беременных с поздним токсикозом: 18,2% не наблюдались в женской консультации, 41,9% не посещали ее в течение последних недель. До родов была госпитализирована лишь каждая четвертая из числа умерших от этой патологии. Значительная часть врачей бригад скорой медицинской помощи не смогла распознать тяжелой формы позднего токсикоза, что повлекло за собой неправильные терапевтические и реанимационные мероприятия на догоспитальном этапе. В условиях стационара отмечены недостаточное лечение и необоснованное пролонгирование беременности. Несмотря на тяжесть состояния, высокое АД, 37,4% женщин с тяжелыми формами позднего токсикоза были родоразрешены самостоятельно через естественные родовые пути, обезболивание родов проведено лишь у 12,7% рожениц; каждые десятые роды приняла акушерка; к ранней амниотомии прибегли лишь у 9,8% женщин; 69,1% женщин, которым беременность и роды были противопоказаны, погибли от заболеваний, не зависящих от беременности и родов. Доля предотвратимых случаев смерти в этой группе составила 18,9%. Для родоразрешения каждая пятая сельская жительница с тяжелой экстрагенитальной патологией была госпитализирована в сельское родовспомогательное учреждение, не способное оказать медицинскую помощь в необходимом объеме. Даже в городских, областных учреждениях у тяжелобольных с пороками сердца не использовались современные методы родоразрешения (гипербаротерапия, искусственная вентиляция легких, фракционное обезболивание, продленная искусственная вентиляция легких после кесарева сечения). В целом по региону со средним уровнем смертности доля предотвратимых случаев составила 51,7%.

В регионе С за анализируемые 10 лет уровень смертности беременных, рожениц и родильниц не изменился. Среди причин следует указать на 2 неблагоприятных фактора: социально-гигиенические условия и

дефекты в оказании медицинской помощи. Структура причин смерти в регионе С аналогична структуре причин развивающихся стран, в которых *кровотечения, гнойно-септические заболевания, поздний токсикоз* являются основными причинами (ВОЗ, 1986). Преобладающее большинство женщин региона (65,6%) — сельские жительницы, 33,3% — многорожавшие, 33,1% — многодетные, более 50% не наблюдались во время беременности в женской консультации. Ни разу не осмотрено терапевтом 40,7% из состоявших на учете беременных. Из числа нуждавшихся в госпитализации каждая пятая была госпитализирована. С тяжелой акушерской и соматической патологией 33,3% были госпитализированы в сельские учреждения вместо областных, городских родовспомогательных стационаров. В регионе 50% акушерских кровотечений были обусловлены преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, в 42,1% случаев кровопотеря была не компенсирована. В каждой девятой истории родов встретились указания на отсутствие в больнице крови и ее компонентов. У 71,2% женщин (без учета женщин с неуказанной кровопотерей) гемотрансфузия начата при кровопотере свыше 2 л, и в 40,2% случаев была перелита кровь со сроком хранения от 6 до 21 дня. Ни в одном случае не было проведено трансфузии эритроцитарной массы и эритроцитарной взвеси, необходимых при массивных кровопотерях. Крайне недостаточен и общий объем инфузионной терапии, кровезаменители применялись у 46,8% больных, 6,9% женщин при профузном кровотечении вводили только 5% раствор глюкозы. Для останова кровотечения в основном использовали консервативные традиционные методы, и нередко с запозданием. Несмотря на экстренность ситуации, у 75% женщин с кровотечением операция начата с опозданием и хирургическая помощь оказана не в полном объеме, 33,3% женщин погибли без оперативного лечения. В большинстве случаев операцию проводили не дежурные врачи, а врачи санавиации, в связи с чем вмешательство выполняли с большим опозданием и при тяжелом состоянии больной. Доля предотвратимых случаев смерти от акушерских кровотечений в этом регионе составила 60,2%. Экспертная оценка ведения больных с тяжелыми формами позднего токсикоза свидетельствовала о том, что в 76,5% случаев смерть была предотвратима. Не были реализованы традиционные методы ведения беременных в женской консультации: под наблюдением находилась всего $\frac{1}{3}$, 71,7% из них не посещали женской консультации в течение последних недель, 47,5% не осмотрены терапевтом. До родов госпитализированы всего лишь 15,1% этих больных. Несмотря на тяжесть состояния, у каждой второй женщины с тяжелыми формами позднего токсикоза не были выключены потуги. В каждом четвертом наблюдении с пре- и eklampсией роды приняла акушерка. Ранняя амниотомия выполнена лишь в единичных случаях, в родах не применяли управляемую гипотонию, и вместо акушерских щипцов у 7,7% рожениц плод был извлечен вакуум-экстрактором. Устранение указанных недочетов составляет резерв снижения смертности беременных, рожениц и родильниц от позднего токсикоза. Еще более высокой в отличие от двух

предыдущих причин была предотвратимость смерти от гнойно-септических заболеваний, которая, по нашим данным, составила 92,6%. В структуре этих заболеваний наибольший удельный вес имели перитонит (57,4%), сепсис (33,3%), септический шок (9,3%). Большинство умерших от перитонита — роженицы после кесарева сечения, которое во всех случаях проведено в экстренном порядке, в 83,3% — в ночное время, в 13% — при длительном безводном промежутке и т. д. Нами отмечены также запоздалая диагностика перитонита и неадекватное его лечение. Каждая шестая больная с перитонитом не получала антибиотиков, и им был неправильно поставлен диагноз (послеродовой психоз, колит, анемия, сосудистый коллапс, гепатохолецистит, аллергическая реакция, субинволюция матки, метроэцидометрит). Среди назначенной преобладали антибиотики первого поколения, терапевтическая значимость которых в современных условиях существенно снизилась. При комбинации антибиотиков не учитывали также их принадлежность к той или иной группе, механизм действия и чувствительность к ним бактериальной флоры. Бактериологическое исследование выполнено только 3,7% больных перитонитом. Хирургическому лечению было подвергнуто 46,3% этих больных, крайне недостаточной была медикаментозная терапия. Среди умерших от сепсиса 55,6% приходилось на септицемию. Детальное изучение первичной медицинской документации умерших беременных, рожениц и рожениц подтвердило данные литературы о существовании определенной зависимости развития сепсиса от особенностей преморбидного фона. На нашем материале, 78,9% больных сепсисом в этом регионе страдали анемией, 13,6% — пиело- и гломерулонефритом и т. д. Доля предотвратимых случаев смерти от гнойно-септических заболеваний составила 92,6%, а в целом по региону от всех причин смерть была предотвратима в 60,2% случаев.

Особое значение в разбираемой проблеме имеют вопросы возможности снижения смертности беременных, рожениц и рожениц в регионе Д с ее высоким уровнем, где ведущими причинами являлись кровотечения, разрыв матки, гнойно-септические заболевания. За анализируемые 10 лет смертность беременных, рожениц и рожениц увеличилась на 1,3% за счет роста позднего токсикоза и прочих акушерских причин. Среди умерших преобладали жительницы села (82,2%), женщины старше 30 лет (63,5%), домашние хозяйки (44,7%), многорожавшие (63,3%). Особые трудности в регионе возникали при оказании помощи беременным в антенатальном периоде: не наблюдались во время беременности 60,4% женщин; из числа состоящих на учете 42,3% не осмотрены терапевтом, были госпитализированы до родов только 3% женщин из 85,8% нуждавшихся. Согласно данным литературы, отмечена зависимость уровня материнской смертности от антенатального ухода за женщиной. Так, по данным Mashini и соавт. (1984), смертность в группе женщин, находившихся в антенатальном периоде под наблюдением, в 5 раз ниже, чем при его отсутствии, а по данным Harrison (1980), — еще ниже. Так, в частности, в группе

женщин, не наблюдавшихся медицинскими работниками, смертность составила 28,6%, а среди наблюдавшихся при беременности — 1,3%. Бесспорно, антенатальная помощь и выделение женщин группы высокого риска имеют исключительное значение, но, к сожалению, не включают все мероприятия по профилактике смертности беременных, рожениц и родильниц. Ее уровень во многом определяется отношением государства к здравоохранению вообще и к службе по охране здоровья матери и ребенка в частности, т. е. как общая смертность, так и смертность беременных, рожениц и родильниц зависят непосредственно от социально-экономического положения населения. Положение женщин в анализируемом регионе осложняется, с одной стороны, ее многодетностью, а с другой, — ее неинформированностью. О важности санитарного просвещения в материалах ВОЗ (1982) сказано: «Затраты на санитарное просвещение населения совсем невелики по сравнению с той высокой ценой, которую нужно платить за расстроенное здоровье». А здоровье расстроено у 82% женщин репродуктивного возраста Туркменистана из-за химизации народного хозяйства [Радишский В. Е., 1989]. Здоровье населения, уровень развития индустриализации и демографическое поведение населения тесно взаимосвязаны. Большое значение для снижения смертности беременных, рожениц и родильниц имеет и благоустройство учреждений родовспоможения. Многие родовспомогательные учреждения даже в столице Туркменистана не получают летом горячей воды, в связи с чем высокая вероятность всплеск инфекционных заболеваний; отмечаются перебои и с холодной водой. А на остальной территории республики более 60% родильных домов, отделений, детских больниц не имеют горячей воды, 127 больниц — водопровода и около 60% — канализации. Наряду с этим уровень грунтовых вод соответствует уровню коллекторов и выгребных ям. Изучение первичной медицинской документации умерших в этом регионе женщины показало, что 61,4% больных с кровотечением не было оказано хирургической помощи, а среди оперированных у 84,8% она оказана с опозданием. Каждая четвертая больная погибла, не получив инфузионно-трансфузионной терапии. Анализ случаев смерти женщин от акушерских кровотечений в регионах страны позволил сделать вывод о различной степени компенсаторных возможностей организма женщины, проживающих на различных территориях. Несмотря на относительную условность в оценке величин массивных акушерских кровопотерь, согласно полученным нами данным, толерантность к кровопотере заметно ниже у жительниц региона с высокой рождаемостью по сравнению с другими регионами, что связано, безусловно, с истощением адаптационных механизмов организма в результате многократных родов. Наряду с этим большое значение имеет низкий уровень оказания медицинской помощи и результаты наших исследований свидетельствуют о том, что в 58,6% случаев смерть при акушерских кровотечениях можно было предотвратить. Так, в регионе с низким уровнем смертности при кровопотере до 2 л не зарегистрировано случаев смерти, в то время как в регионе

с высоким уровнем от такой кровопотери 54,4% женщин скончались. Это же подтверждают данные изучения зависимости между частотой кесарева сечения и летальностью при этой операции в различных регионах страны. Следующие ранговые места среди причин смерти в регионе занимают разрыв матки и гнойно-септические заболевания.

Результаты наших исследований по предотвратимости смерти в этом регионе (59,9%) совпадают с данными В. Е. Радзинского и Р. Б. Пальвановой (1987), которые отмечают, что наиболее существенным резервом снижения смертности являются недостаточная квалификация врачебного и среднего медицинского персонала, неподготовленность стационаров для оказания ургентной помощи. К проблеме летальных исходов в этом регионе можно полностью отнести вывод, сделанный на Объединенном совещании ООН и ВОЗ: «Проблема материнской смертности в мире — это проблема применения имеющихся в области акушерства знаний, а не проблема необходимости новых открытий. Вопрос связан главным образом с подготовкой кадров и рациональным их использованием и расстановкой»¹. Проведенная В. Е. Радзинским работа (1989) по хирургической подготовке акушеров-гинекологов сказала на структуре причин смерти беременных, рожеиц и родильниц в Туркменистане. Так, в 1985 г. разрыв матки занимал 2-е место после кровотечений, а в настоящее время он уступил место позднему токсикозу. Следует также отметить неполную регистрацию в Госкомстате случаев смерти женщины в рассматриваемом регионе. При расчете показателя материнской смертности в соответствии с определением ВОЗ уровень смертности оказался ниже за счет некачественного заполнения врачебных свидетельств о смерти. Так, в Таджикистане из 115 случаев смерти женщин в системе Минздрава республики в Госкомстате зарегистрировано только 88; в Туркменистане — лишь 42 из 105.

Большое значение в снижении материнской заболеваемости и смертности имеет применяемая в акушерстве «стратегия риска». В последнее время обращается больше внимания на проблему акушерских кровотечений, так как среди причин материнской смертности на их долю приходится примерно 20—25%. Накопленные данные позволяют под новым углом зрения рассматривать причины кровотечений, патогенез геморагического шока, клинику и диагностику синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Если до настоящего времени ведущей причиной акушерских кровотечений считались нарушения сократительной способности матки, то исследования последних десятилетий подтвердили, что кровотечения могут быть обусловлены также нарушениями в системе гемостаза. Достигнуты определенные успехи в профилактике акушерских кровотечений выделением женщин групп «высокого риска», в том числе и математическим прогнозированием. Изучена взаимосвязь между исходным состоянием

¹ Программа анализа тенденций и уровней смертности /Серия техн. докл. ВОЗ, 1972, № 440. — Женева, 1972. — С.20.

системы гемостаза, динамикой ее изменений в родах и возникновением акушерских кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде. На основе исследования осмоляльности и коллоидно-онкотического давления у беременных, рожениц и родильниц разработаны новые способы прогнозирования и ранней диагностики критических состояний в акушерстве, сформулированы современные подходы к лечению геморрагического шока в виде многокомпонентной интенсивной терапии синдрома полиорганной недостаточности, обеспечения управляемой гемодилуции. Еще большие сложности представляет дальнейшая разработка теоретических основ и акушерских аспектов ведения гестационного процесса при позднем токсикозе и экстрагенитальных заболеваниях. Профилактика материнской смертности при экстрагенитальной патологии включает прежде всего правильное решение вопроса о возможности сохранения беременности, для чего весьма важно своевременно выявить заболевание. Этому может способствовать организация акушерско-педиатрическо-терапевтических комплексов, соответствующая квалификация терапевтов, работающих в женских консультациях, и современное материально-техническое оснащение амбулаторно-поликлинического звена. В реализации стратегии риска в практическом здравоохранении первостепенную роль играет увеличение интергенетического интервала между родами, использование эффективных средств контрацепции, профилактика непланируемой беременности, оздоровление больных женщин вне беременности и т. д. МЗ РФ совместно с профильными НИИ были разработаны и направлены для внедрения в практику здравоохранения ряд методических рекомендаций и приказов по снижению смертности беременных, рожениц и родильниц. Результатом реализации этих документов явилось создание в системе многопрофильных больниц в крупных городах специализированных стационаров для женщин с болезнями сердечно-сосудистой системы с послеродовыми и послеабортными септическими заболеваниями. Сельское население акушерско-гинекологической помощью обеспечивают, укрупняя районные и межрайонные стационары и развивая сеть акушерских отделений при областных больницах.

Результаты наших исследований показали региональные различия социально-гигиенической характеристики умерших беременных, рожениц и родильниц. В регионе с низким уровнем смертности среди умерших преобладают женщины до 30 лет, служащие, первородящие, повторнородящие рожают через 2—3 года, а в регионе с высоким уровнем — женщины старше 30 лет, домашние хозяйки, повторнородящие, причем большинство из них рожают через 1 год. Многодетность, уровень санитарной культуры населения сказались на антенатальной помощи беременным на различных территориях страны. Если в регионе А в ранние сроки беременности обратились в женскую консультацию 62,2% женщин, то в регионе Д они составили всего 32,1%; терапевтом осмотрены в регионе А все беременные, в регионе Д — 57,7%. Результаты анализа медицинской документации свидетель-

ствовали о высокой экстрагенитальной заболеваемости женщин в регионе с показателем смертности выше среднего и высоким. Проведенный нами анализ оказания стационарной помощи беременным, роженицам и родильницам показал, что экстренная хирургическая и инфузионно-трансфузионная помощь в регионе С и Д оказывалась несвоевременно. Выявлена недостаточная квалификация акушеров-гинекологов, терапевтов родовспомогательных учреждений.

Предотвратимость смертельных исходов беременных, рожениц и родильниц от отдельных причин в регионах

Предотвратимость можно рассматривать под двумя углами зрения: возможность предотвращения случаев смерти, исходя из реальных условий, существующих на данной территории в конкретное время, и исходя из оптимальных стандартов медицинской помощи. При клиническом анализе случаев материнской смертности мы руководствовались ее предотвратимостью в данной конкретной ситуации.

Используя опыт других исследователей в отношении перинатальной, детской смертности, мы определили критерии предотвратимости смерти беременных, рожениц и родильниц. По нашему мнению, смерть можно было предотвратить при своевременной диагностике возникшей патологии, адекватном лечении и рациональной тактике родоразрешения. К числу непродолжительных летальных исходов были отнесены случаи смерти, обусловленные такими объективными причинами, как несчастный случай, несовместимый с жизнью (авто-, авиакатастрофа, огнестрельное ранение), самоубийство, отравление, злокачественные заболевания, внезапно и остро возникшие ситуации, причину которых почти невозможно предвидеть и устранить (разрыв аневризмы сосуда, инфаркт миокарда, эмболия околоплодными водами, тромбоз эмболия и т. п.), а также экстрагенитальные заболевания, при которых беременность и роды противопоказаны. Кроме того, к их числу были отнесены случаи, когда летальный исход был обусловлен объективными трудностями: территориальная отдаленность родовспомогательного учреждения от населенного пункта, поздняя госпитализация женщин в родовспомогательное учреждение, отсутствие не только бригад по лечению больных, находящихся в терминальном состоянии, но и круглосуточного дежурства акушера-гинеколога, недостаточная обеспеченность родовспомогательного учреждения санитарным транспортом, средствами коммуникации. Смерть рассматривалась как условно предотвратимая при отсутствии в родовспомогательном учреждении акушера-гинеколога, владеющего техникой акушерских операций, при отказе больной и ее родственников от хирургической помощи.

Анализируя наш материал с позиций этих критериев, мы определили предотвратимость смерти в каждом регионе от отдельных причин.

В регионе с низким уровнем смертности от эмболии околоплодными водами скончались 15 женщин, из них 10 погибли за несколько минут,

у 5 роды осложнились коагулопатическим кровотечением. Принятые меры оказались безуспешными. От тромбоза легочной артерии скоропостижно умерли 3 родильницы на 3—4-е сутки после родов. Смерть всех этих женщин была непредотвратима.

Из 16 больных с экстрагенитальными заболеваниями у 12 беременность и роды были противопоказаны. Среди кажущегося благополучия скоропостижно погибли 2 женщины от разрыва аневризмы мозговой артерии и селезенки. Смерть этих 14 женщин была непредотвратима. От экстрагенитального сепсиса (аппендикулярный перитонит, перитонит после операции на желчном пузыре) скончались 2 родильницы, так как диагностика и антибактериальная терапия перитонита запоздала. Смерть этих больных была предотвратимой при своевременной диагностике и адекватном лечении (12,5%).

От кровотечений скончались 6 женщин. Выявлены следующие дефекты в лечении: у 2 гемотрансфузия начата при большой кровопотере, у 3 оперативное лечение проведено с опозданием, у 1 кровозамещение было недостаточным. Таким образом, все случаи смерти от акушерских кровотечений были предотвратимы.

От гнойно-септической инфекции погибли 4 женщины. У 1 из них не был своевременно установлен диагноз, у 3 антибиотики применяли не в достаточной дозе, у 2 терапия была некомплексной. Таким образом, при своевременной диагностике и адекватном лечении смерть этих 4 больных можно было предотвратить.

От позднего токсикоза скончались в течение ближайших 3 ч 2 женщины, поступившие в стационар в состоянии эклампсической комы. Обе — приезжие из другого региона: в регионе А на учет не встали, поступили в стационар с «домашней» эклампсией и погибли от кровоизлияния в мозг. Смерть была непредотвратимой.

От разрыва матки скончалась 1 женщина в послеродовом периоде. Диагностика была несвоевременна, терапия — недостаточна.

Таким образом, в целом по региону смерть была предотвратима у 27,7%, непредотвратима — у 72,3%. В группе прямых акушерских причин доля предотвратимых случаев составила 35,5%, непредотвратимых — 64,5%; в группе косвенных причин — соответственно 12,5 и 87,5%.

В регионе со средним уровнем смертности из общего числа женщин в удовлетворительном состоянии поступили в стационар 70,6%, в состоянии средней тяжести — 7,5%, в тяжелом состоянии — 11,2%, в крайне тяжелом — 8%, в агональном — 2,7%. Доля предотвратимых случаев смерти при акушерских кровотечениях составила 87,2%, непредотвратимых — 10,1%. Следует отметить, что в группе предотвратимых случаев в удовлетворительном состоянии поступили в стационар 76% женщин, в состоянии средней тяжести — 7,8%, в тяжелом состоянии — 10,4%, в крайне тяжелом — 5,8%. Последние 2 подгруппы женщины были госпитализированы в высококвалифицированные родовспомогательные учреждения и при правильном и своевременном оказании экстренной медицинской помощи, несмотря на тяжесть со-

стояния, их можно было спасти. От кровотечения из-за неадекватного лечения погибли 80,7%. Так, у 53% из них гемотрансфузия начата при большой кровопотере, у 60,3% операция проведена несвоевременно, у 58,3% — кровозамещение недостаточно, у 9,2% не было гемотрансфузии, причем в 6,6% наблюдений есть указание в истории родов на отсутствие крови в больнице. Без хирургической помощи погибли 36,8% женщин с кровотечением. В 6,6% случаев были погрешности в технике операции и больные скончались в послеоперационном периоде от внутрибрюшного кровотечения (неперевязанный сосуд, соскальзывание лигатуры). У 6,4% женщин с кровотечением в связи с предлежанием и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты при неподготовленных родовых путях роды проводили самостоятельно через естественные родовые пути. В группе непредотвратимых случаев 26,3% поступили в стационар в агональном состоянии. У 73,7% роды вели акушерки и при возникшем осложнении они не смогли оказать соответствующую помощь.

Среди женщин, погибших от позднего токсикоза, смерть у 61,8% была предотвратимой, у 12,2% — непредотвратимой и у 26% — условно предотвратимой. В группе предотвратимых случаев 10,1% женщин поступили в стационар в удовлетворительном состоянии, 69,5% — в состоянии средней тяжести, 13,6% — в тяжелом и 6,8% — в крайне тяжелом состоянии. Причем последние 2 подгруппы поступили в городские родовспомогательные учреждения. В стационаре находились до родов 79,7% беременных от 2 до 40 дней, в том числе 50,8% были госпитализированы по направлению женской консультации. Проводимая терапия позднего токсикоза в 64,2% случаев была неадекватна тяжести состояния больных. В основном назначали магния сульфат, дибазол, папаверин. У 35,8% этих больных в родах не выключали потуги, вместо акушерских щипцов применяли вакуум-экстракцию плода, не проводили управляемую гипотонию, при продолжающихся приступах эклампсии в течение 1—2-х суток не ставили вопрос об абдоминальном родоразрешении и т. д. В группе непредотвратимых случаев было 22 женщины, из них 27,3% доставлены в агональном состоянии. Другие поступили в родовспомогательные учреждения, где не было акушера-гинеколога. В группе условно предотвратимых случаев 29,8% женщины поступили в крайне тяжелом состоянии после их категорического отказа от предложенной госпитализации, а 70,2% доставлены в состоянии эклампсической комы.

Результаты наших исследований свидетельствовали о том, что до родов госпитализированы 18,9% женщины с поздним токсикозом, причем по направлению женской консультации только 8,2%. Продолжительность лечения до родов — от 1 до 5 сут. У 72,7% этих тяжелобольных роды вела акушерка. Следует отметить, что 45,5% сельских жительниц с эклампсией были госпитализированы в сельские родовспомогательные учреждения.

Доля предотвратимых случаев смерти от экстрагенитальных заболеваний составила 18,9%, непредотвратимых — 81,1%. В I группе было

34 больных, из которых у 18 не был своевременно установлен диагноз, у 19 не проведена адекватная терапия, у 8 роды проведены нерационально. Экспертная оценка первичной медицинской документации непредотвратимых случаев смерти подтвердила, что 69,1% женщинам беременность и роды были противопоказаны. Им не были подобраны своевременно контрацептивные средства, а при наступлении беременности не решен вопрос о ее прерывании. Следует отметить, что под наблюдением женской консультации находились 86,1% беременных с экстрагенитальными заболеваниями, 45,8% поступили под наблюдение в ранние сроки, 78,1% консультированы терапевтом и тем не менее вопрос о прерывании беременности ставился только в группе женщин с психическими и онкологическими заболеваниями. Несмотря на наличие тяжелой экстрагенитальной патологии, 34,4% больных женщин сельской местности были госпитализированы на роды в участковые, районные и центральные районные больницы вместо городских, областных учреждений родовспоможения, как это определено соответствующим регламентирующим приказом МЗ. В группе непредотвратимых случаев смерти значительную часть (38 больных) составили «обреченные» больные со следующими диагнозами: онкологические заболевания — 16, разрыв аневризмы артерии — 11, инфаркт миокарда — 4, автокатастрофа — 4, самоубийство — 2, ожог — 1. Кроме того, в эту же группу были включены 3 больные с тотальной пневмонией, доставленные в стационар в агональном (2) и крайне тяжелом состоянии (1). Принятые меры оказались безуспешными, больные скончались в течение ближайших 3 ч пребывания в стационаре.

На современном уровне развития практического здравоохранения в нашей стране смерть женщины от таких заболеваний, как эмболия околоплодными водами, тромбоз эмболия легочной артерии, воздушная эмболия, признана непредотвратимой, хотя при правильном обследовании, диагностике и лечении послеродовых осложнений (эндометрит, перитонит) в некоторых случаях тромбоз эмболии легочной артерии, по-видимому, можно было предотвратить. В группе умерших от осложнений наркоза смерть была предотвратима у 55,3% больных. Из 7 женщин, умерших от гемотрансфузионного шока, смерть непредотвратима у 1, где перелито 1300 мл резус-несовместимой крови. Смерть от анафилактического шока была предотвратимой.

В группе больных с гнойно-септическими заболеваниями оказалось, что смерть можно было предотвратить у 83,8% женщин. Группу непредотвратимых случаев смерти составили больные, находившиеся в ЦРБ, городских роддомах с септическим шоком (16,2%), при котором летальность очень высока даже в специализированных лечебных учреждениях.

При своевременном установлении диагноза разрыва матки и рациональном ведении родов 78,5% летальных исходов от разрыва матки были предотвратимы. Анализ этой группы женщин показал, что во всех случаях не было адекватного лечения. Так, гемотрансфузия начата при кровопотере свыше 1000 мл у 75,8% больных, оперативное лечение

проведено с опозданием у 69,7%, кровозамещение было недостаточным у 75,8%, гемотрансфузия не была выполнена у 13,6%, без оперативного лечения погибли 24,2% больных, вследствие нарушения техники операции — 4,5% женщины, после синдрома массивных гемотрансфузий — 1 больная. Экспертиза установила, что в 11,9% случаев смерть от разрыва матки была непредотвратимой вследствие того, что 5 женщин были доставлены в стационар с совершившимся разрывом матки в крайне тяжелом состоянии и у 5 родов вела акушерка без акушера-гинеколога и при наступившей катастрофе им не была оказана необходимая помощь. Следует отметить, что в участковой больнице без акушера-гинеколога находились несколько дней 2 беременные с рубцами на матке, погибшие впоследствии от разрыва по рубцу. Смерть 3 женщин с разрывом матки признана условно предотвратимой, так как акушеры-гинекологи РБ и ЦРБ не владели техникой кесарева сечения. В истории родов 5 женщин не выявлены дефекты в ведении беременности и родов, следовательно, суждение о предотвратимости смерти затруднено.

В 27 случаях смерти женщин по предотвращенной медицинской документации причину установить не удалось, поэтому судить о предотвратимости смерти женщин этой группы трудно.

Проведенное нами исследование показало, что по региону смерть была предотвратимой у 51,7% женщин, непредотвратимой — у 38,8%, условно предотвратимой — у 5,8%, суждение затруднено — у 3,7%. Прямые акушерские причины смерти составили 77,5%, косвенные — 19,6% и причина не установлена в 2,9% случаев. В группе прямых акушерских причин смерть была предотвратима в 64,7% случаев, непредотвратима — в 26,9%, условно предотвратима — в 7,4%, суждение затруднено — в 1%, а в группе косвенных причин смерть была предотвратима в 8,3% случаев, непредотвратима — в 91,7%.

В регионе с уровнем смертности выше среднего доля предотвратимых случаев смерти от акушерских кровотечений составила 60,2%, непредотвратимых — 18%, условно предотвратимых — 21,8%. В I группе у 23,1% было нерациональное ведение родов, у 77,7% гемотрансфузия начата при большой кровопотере, у 49,2% оперативное лечение начато с опозданием, у 42,3% кровозамещение недостаточно, 26,2% женщин погибли без гемотрансфузии, в каждой десятой истории родов есть указание на отсутствие крови в больнице; без хирургического лечения скончались 33,1%, от геморрагического шока вследствие внутрибрюшного кровотечения после хирургического вмешательства — 4 больных. В группе непредотвратимых случаев смерти 74,4% женщин поступили в стационар в агональном состоянии, в 56,4% случаев роды принимали акушерка, медицинская сестра, врач другой специальности, и они не могли оказать необходимую помощь.

В 21,8% наблюдений смерть была условно предотвратима, так как дежурные врачи акушерских стационаров не владели оперативной техникой и вызывали санавиацию.

Доля предотвратимых случаев смерти от позднего токсикоза составила 76,5%, непредотвратимых — 23,5%. Сельские жительницы с

эклампсией вместо городских, областных родовспомогательных учреждений были госпитализированы в участковые, районные, центральные районные больницы, где им не была оказана в полном объеме необходимая медицинская помощь. В группе предотвратимых случаев отмечено неадекватное лечение тяжелых форм позднего токсикоза. У 63,7% больных с эклампсией роды вели нерационально — не обезволивали, не выключали потуги, в 8,8% случаев вместо акушерских щипцов применяли вакуум-экстракцию плода. В группе непредотвратимых случаев смерти каждая четвертая женщина с эклампсией была доставлена в стационар в состоянии комы или эклампсических припадков. У $\frac{3}{4}$ женщин роды вела акушерка без акушера-гинеколога и реаниматолога.

Доля предотвратимых случаев смерти от гнойно-септических заболеваний составила 92,6%, непредотвратимых — 7,4%. В группе предотвратимых случаев выявлено, что у 27% женщин было нерациональное ведение родов (женщинам с длительным безводным промежутком не проводили возбуждения родовой деятельности в течение нескольких суток), а у 79% больных не был своевременно поставлен диагноз. Лечение всех больных было неадекватным. В группе непредотвратимых случаев смерть в 50% случаев была обусловлена поздней госпитализацией (на 7—13-е сутки после домашних родов), а у 50% женщин роды и послеродовой период вели акушерки, заболевание не было диагностировано и проводилось неадекватное лечение.

Доля предотвратимых случаев смерти от разрыва матки составила 70,3%. При анализе выяснилось, что у 19,2% этих женщин диагноз разрыва матки был установлен через 1—3 сут после родов, у 99% рожениц роды велись неправильно: при гигантском плоде у 3 женщин и с крупным плодом у 2 рожениц выполнены повторные стимуляции родовой деятельности. У 75% женщин с разрывом матки проведена неадекватная терапия: из них у 59% гемотрансфузия начата при массивной кровопотере, у 56,4% кровозамещение недостаточно; 20,5% женщины погибли без гемотрансфузии, причем в 12,8% истории родов указано на отсутствие крови в больнице; у 66,7% операция начата с большим опозданием; 3,3% погибли без хирургического лечения, а 2,6% — в результате внутрибрюшного кровотечения после кесарева сечения, при котором не распознан разрыв задней стенки матки. Следует отметить, что 74,4% женщин (предотвратимых случаев) поступили в родовспомогательные учреждения в удовлетворительном состоянии, 7,7% — в состоянии средней тяжести, 10,2% — в тяжелом, 7,7% — в крайне тяжелом. Состояние средней тяжести было обусловлено сопутствующим поздним токсикозом, тяжелое и крайне тяжелое — совершившимся разрывом матки. При своевременном и правильном оказании медицинской помощи эти больные могли бы быть спасены, так как были доставлены в городские (городской роддом, городская больница, клиника, областная больница, областной роддом) и сельские (ЦРБ) родовспомогательные учреждения в первой половине рабочего

дня, когда весь персонал был на месте. Доля непредотвратимых случаев смерти составила 9,4%. Из них 3 поступили в сельские стационары (ЦРБ) в агональном состоянии, 3 — в УБ, РБ, ЦРБ, и роды у них вели акушерки без гинеколога. У 1 больной с разрывом матки во время чревосечения произошла регургитация, и она скончалась на операционном столе. Смерть признана условно предотвратимой в 20,3% случаев: дежурные акушеры-гинекологи (УБ, РБ, ЦРБ, горбольница) не владели оперативной техникой, ожидали приезда оперирующих врачей из других больниц, и пациентки погибли без хирургической помощи.

Доля предотвратимых случаев от экстрагенитальных заболеваний составила 28,6%, непредотвратимых — 71,4%. В I группу включены случаи смерти женщин от пневмонии (65%), экстрагенитального сепсиса (15% — после аппендэктомии, операции на желчном пузыре), ревматизма неактивной фазы (10%), экстремальной анемии (у 10% — гемоглобин 30 и 40 г/л). Анализ случаев смерти от пневмонии показал, что диагноз пневмонии не был установлен своевременно. Этих больных вели с диагнозом острое респираторное заболевание, не назначая антибиотиков. Беременные с экстремальной анемией находились до родов в стационаре от 1 до 3 сут, тем не менее им не были проведены гемотрансфузия, антианемическое лечение, кроме введения раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой. Основную часть группы непредотвратимых случаев смерти составили больные, которым беременность и роды были противопоказаны (96%). В женской консультации наблюдались только 36% женщин этой группы. Терапевтом осмотрены 33,3% больных. Половина больных этой группы (непредотвратимые случаи) поступили на роды в сельские родовспомогательные учреждения вместо городских, областных. Несмотря на наличие тяжелой соматической патологии, у 28% этих женщин роды вели акушерки.

От эмболии околоплодными водами погибли 8 рожениц и 12 родильниц. У 17 женщин роды принимал акушер-гинеколог, у 3 — акушерка, 18 женщин рожали самостоятельно через естественные родовые пути, 1 — с помощью кесарева сечения, 1 — эмбриотомии. Своевременных родов было 14, запоздалых — 6. Роженицы погибли скоропостижно за несколько минут. У половины родильниц сразу же после родов развился тромбгеморрагический синдром. Во всех случаях кровотечения была проведена инфузионная терапия (полиглюкин, реополиглюкин, сухая плазма), каждой четвертой вводили глюкокортикоиды, миши-дозы гепарина, протамина сульфат. Гемотрансфузия начата при кровопотере 1000—1500 мл. Объем перелитой крови не превышал 40—65% кровопотери. Без гемотрансфузии погибли 25,2% женщин с кровотечением. Переливаемая кровь имела срок хранения от 9 до 15 дней. Для остановки кровотечения применяли традиционные консервативные методы. Хирургического лечения не было ни в одном наблюдении. Во всех случаях смерть была непредотвратимой.

От тромбоза эмболии легочной артерии погибли 14 родильниц. Из анамнеза установлено, что 11 женщин страдали анемией, 5 — артери-

альной гипотензией, 3 — ожирением, 2 — дефицитом массы тела, варикозным расширением вен, туберкулезом легких; у 4 женщин роды принимал акушер-гинеколог, у 5 — акушерка, 11 женщин были родоразрешены самостоятельно через естественные пути, 2 — с помощью кесарева сечения, 1 — наложением акушерских щипцов. В родах наблюдались следующие осложнения: слабость родовой деятельности (у 2), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (у 1), гипо- и атония матки с ручным обследованием послеродовой матки (у 3). Кесарево сечение было предпринято в связи с угрозой разрыва матки, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Трагический финал наступил после окончания родов через несколько минут у 2 женщин, в течение 1 ч — у 1, у 11 — через 1—8 сут. Реанимационные мероприятия были проведены половине больных, так как остальные скончались за несколько минут. Терапия шока у этих больных состояла из глюкокортикоидов, кардиотонических препаратов, инфузионных сред. Смерть была непредотвратимой.

От осложнения наркоза погибли 12 женщин в городских родовспомогательных учреждениях. У всех были оперативные роды, в том числе у 10 кесарево сечение, у 2 эмбриотомия. Во всех случаях кесарево сечение было предпринято по экстренным показаниям под интубационным наркозом. У 10 женщин произошла регургитация и аспирация желудочным содержимым, у 2 — рефлекторная остановка сердца. До начала операции (беременной) скончалась — 1 женщина, во время чревосечения — 8, после родоразрешения — 3. При правильном проведении реанимационных мероприятий во всех случаях смерть можно было предотвратить.

От анафилактического шока (на пенициллин, полиглюкин, изотонический раствор хлорида натрия, раствор глюкозы) погибли 10 женщин, в том числе 3 беременных, 6 рожениц и 1 родильница. У 4 женщин роды проводил акушер-гинеколог, у 3 — акушерка. Смерть этих женщин наступила через 45 мин — 2 ч после введения препарата и при правильной и своевременной организации реанимационной помощи смерть была предотвратимой.

От гемотрансфузионного шока погибли 5 женщин в раннем послеродовом периоде, в том числе 3 была выполнена трансфузия индигруппной крови, 2 резус-отрицательным женщинам перелита резус-положительная кровь. Продолжительность жизни этих женщин после родов составила от нескольких часов до 6 сут. Все погибли от острой почечной недостаточности. При срочном заменном переливании крови, прогревании (грелками) области почек, проведении массивной мочегонной терапии и переводе в почечный центр женщины были бы спасены, т. е. смерть этих больных была предотвратима.

От воздушной эмболии скончалась во время кесарева сечения 1 женщина. Смерть была непредотвратимой.

Смерть 49 женщин произошла при непонятных обстоятельствах и причину ее наступления по представленной медицинской документа-

ции установить невозможно. Патологоанатомического вскрытия не было. Суждение о предотвратимости смерти затруднено.

Таким образом, в целом по региону смерть была предотвратимой в 60,2% случаев, предотвратимой — в 23,9%, условно предотвратимой — в 8,9%, суждение затруднено — в 7%. В группе прямых акушерских причин на предотвратимые случаи приходилось 69,1%, на предотвратимые — 10,7%. В группе косвенных акушерских причин предотвратимость составила 28,6%, предотвратимость — 71,4%.

В регионе с высоким уровнем смертности доля предотвратимых случаев смерти от акушерских кровотечений составила 58,6%, предотвратимых — 27,1%, условно предотвратимых — 14,3%. В группе предотвратимых случаев почти у половины выявлено нерациональное ведение родов (48,8%): при неподготовленных родовых путях у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (18) роды проводили через естественные родовые пути, при крупном плоде и слабости родовой деятельности 2 многорожавшие женщины не были родоразрешены кесаревым сечением. У всех женщин группы было неадекватное лечение кровотечений, гемотрансфузия у 68,3% начата при большой кровопотере, у 73,2% этих женщин кровозамещение было недостаточным, $\frac{1}{3}$ больных не переливали кровь, причем в половине этих наблюдений указано на отсутствие крови в больнице, у 56,1% женщин оперативное лечение начато с опозданием, 43,9% больных погибли без хирургического лечения. Группу предотвратимых случаев смерти составили больные с запоздалой госпитализацией (42,1%) и женщины с массивным кровотечением в родах, которые вели акушерки без акушера-гинеколога, реаниматолога (57,9%) (УБ, РБ, ЦРБ). В группе условно предотвратимых случаев смерти было 10 женщин. Дежурный акушер-гинеколог не владел оперативной техникой, и женщины погибли без хирургической помощи (ЦРБ).

На долю предотвратимых случаев смерти женщин от разрыва матки пришлось 51,5%, предотвратимых — 12,1%, условно предотвратимых — 36,4%. В группе предотвратимых случаев 47,1% женщин поступили в стационар в удовлетворительном состоянии, 17,6% — в состоянии средней тяжести, 23,5% — в тяжелом состоянии, 11,8% — в крайне тяжелом. Состояние женщин средней тяжести было обусловлено сопутствующим поздним токсикозом, в 41,2% случаев выявлено нерациональное ведение родов: консервативное ведение родов у женщин с угрожающим разрывом матки, плодоразрушающие операции (на живом плоде) при угрожающем разрыве матки у 2 женщин, стимуляция родовой деятельности у 1 роженицы с многоплодием и угрозой разрыва матки, у другой — при гигантском плоде. Совершившийся разрыв матки не был своевременно диагностирован у 35,3% женщин. Лечение по поводу разрыва матки было неадекватным у всех больных. У половины из них гемотрансфузия проведена при большой кровопотере. Хирургическому лечению подвергнуты все 17 женщин этой группы, причем у 15 лапаротомия начата с опозданием. У 88,2% больных кровозамещение было недостаточным. Без гемотрансфузии погибли

41,2% больных этой группы, причем в 17,7% историчи родов указано на отсутствие крови в больнице. У каждой четвертой больной с разрывом матки и присоединившейся в послеродовом периоде гнойно-септической инфекцией последняя не была своевременно диагностирована и не проведено адекватное лечение (23,5%). Группу непредотвратимых случаев составили 2 женщины, поступившие в ЦРБ в агональном состоянии и 2 — в участковые больницы в удовлетворительном состоянии. У последних роды вели акушерка и медсестра. Совершившийся разрыв матки не был ими диагностирован ни в родах, ни в послеродовом периоде. Группу условно предотвратимых случаев составили 9 летальных исходов, когда не была оказана адекватная медицинская помощь, так как акушер-гинеколог не владел оперативной техникой и несколько часов ждал приезда врачей санитарной авиации. Не умели оперировать 27,3% акушеров-гинекологов, несущих дежурства в акушерских стационарах. Кроме того, в группу условно предотвратимых включены 3 случая смерти женщины в связи с отказом их родственников от операции.

Предотвратимые случаи смерти от гнойно-септических заболеваний составили 92,6%, непредотвратимые — 7,4%. В I группе у 32% выявлено нерациональное ведение родов: при слабости родовой деятельности у рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод не назначали стимуляцию, при затяжных родах не предоставляли отдых, у женщин с поздним токсикозом не было адекватного обезболивания родов. В 72% случаев гнойно-септические заболевания не были своевременно диагностированы (диагностированы на 9—11-е сутки) и несвоевременно проведено лечение (92%). Вторую группу составили 2 случая смерти рожениц в УБ, где роды и послеродовой период вели акушерки, которые не распознали септический шок.

В группе женщин, умерших от позднего токсикоза, 11,5% поступили в состоянии средней тяжести, 30,8% — в тяжелом, 50% — в крайне тяжелом и 7,7% — в агональном состоянии. В сельские родовспомогательные учреждения (УБ, РБ, ЦРБ) вместо городских, областных больниц поступили 76,9% женщины с преэклампсией. Экспертиза показала, что в 73,1% случаев гибели женщины от позднего токсикоза смерть можно было предотвратить, устранив следующие дефекты в ведении родов: у 36,8% женщины не проводили управляемой гипотензии, не исключали потуги; беременная, находящаяся в состоянии эклампсического статуса в течение 21 ч, не была родоразрешена оперативным путем, вместо акушерских щипцов у 9,5% этих тяжело больных женщин применяли вакуум-экстракцию плода и т. д. Медикаментозная терапия была неадекватной — в основном назначали магния сульфат, дибазол с папаверином. В группе непредотвратимых случаев смерти оказались 4 женщины, в том числе 2 поступили в стационар в агональном состоянии. Условно предотвратимые случаи составили 11,5% (3 больные с эклампсией и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты). Они погибли без хирургической помощи, так как акушер-гинеколог не владел оперативной техникой.

Группу предотвратимых случаев смерти среди экстрагенитальных заболеваний составили 10 больных, из них неактивная фаза ревматизма была у 2, вирусный гепатит А — у 6, вирусный гепатит ни А ни В — у 1, экстремальная анемия — у 1. Наши исследования показали, что у 7 женщин этой группы было несвоевременно диагностировано заболевание, у 9 — неадекватное лечение, у 3 — нерациональное ведение родов. Им всем была назначена терапия, состоящая из раствора глюкозы с витамином С. Таким образом, при своевременном и адекватном лечении этих больных можно было бы спасти. Группу предотвратимых случаев смерти составили в основном женщины, которым беременность и роды были противопоказаны (38,9%): миокардит, туберкулез легких, вирусный гепатит В, цирроз печени. Кроме того, в эту группу включен 1 случай самоповешения роженицы.

Группу прочих акушерских причин составили 11 женщин, из которых 3 умерли от тромбоза легочной артерии, 4 — от осложнений наркоза, 2 — от эмболии околоплодными водами, 2 — от гемотрансфузионного шока. Смерть названных выше женщин (54,6%) от осложнений наркоза (регергитация с аспирацией), гемотрансфузионного шока была предотвратима.

Суждение о предотвратимости смерти 12 женщин затруднено. Патологоанатомического вскрытия не было.

Таким образом, в целом по региону доля предотвратимых случаев смерти составила 59,9%, условно предотвратимых — 12,7%, непредотвратимых — 21,3% и в 6,1% случаев суждение о предотвратимости смерти затруднено. В группе прямых акушерских причин смерти доля предотвратимых составила 64,7%, непредотвратимых — 20,3%, условно предотвратимых — 15%. Косвенные причины смерти предотвратимы в 55,6% случаев, непредотвратимы — в 44,4%.

Результаты наших исследований показали, что доля предотвратимых случаев смерти в регионе с низким уровнем смертности беременных, рожениц и рожениц составляет 27,7%, в регионе со средним уровнем — 51,7%, в регионе с уровнем смертности выше среднего — 60,2%, в регионе с высоким уровнем смертности — 59,9%. В целом по стране смерть этого контингента женщин была предотвратима в 55,2% случаев. Приведенные цифры свидетельствуют о том, что в регионе В, С и Д более половины из умерших беременных, рожениц и рожениц можно было спасти при своевременной диагностике возникшей патологии, адекватном лечении, рациональной тактике родоразрешения, т. е. при соответствующей квалификации медицинского персонала. Представляет интерес предотвратимость смерти от отдельных причин в целом по стране. Самый высокий уровень предотвратимых смертельных исходов отмечен при гнойно-септических заболеваниях — 88,9%; равные доли составили акушерские кровотечения и разрыв матки — соответственно 71 и 70,9%. Несколько ниже была предотвратимость смерти от тяжелых форм позднего токсикоза — 67,7%. Только у 1/4 женщин, умерших от прочих акушерских причин, смерть была предотвратима — 26,1%. Самый низкий уровень предотвратимости

смерти выявлен среди умерших от экстрагенитальных заболеваний. Это связано с тем, что большинству женщин, погибших от этой патологии, беременность и роды были противопоказаны.

Проведенные исследования позволили разработать и предложить для клинической практики дифференцированные мероприятия по снижению смертности беременных, рожениц и родильниц в регионах: для региона А — первичная профилактика неинфекционных заболеваний, оздоровление девочек-подростков, развитие системы скрининга состояния здоровья беременных на уровне женской консультации, акушерского стационара, совершенствование интенсивной и реанимационной помощи беременным, роженицам и родильницам; для региона В — распространение передового опыта отдельных областей на республики данного региона в целом, равномерное обеспечение акушерских учреждений современной диагностической и лечебной аппаратурой, совершенствование подготовки кадров; для региона С — обеспечение потребности населения акушерскими кадрами с учетом рождаемости, повышение квалификации акушеров-гинекологов, акушеров, терапевтов, анестезиологов родовспомогательных учреждений, повсеместное внедрение принципов ведения беременности и родов в современных условиях, а также внедрение в родовспомогательных учреждениях рекомендаций республиканских НИИ в отношении многорожавших женщин, повышение санитарной культуры населения, охрана окружающей среды; для региона Д — обеспечение потребности населения акушерскими кадрами с учетом рождаемости, повышение квалификации кадров, широкое внедрение существующих организационных и лечебно-диагностических мероприятий в практику, планирование семьи, обеспечение оптимальной материально-технической базы родовспоможения, повышение санитарной культуры населения, развитие социального патронажа, улучшение питания, охрана окружающей среды.

Высокая экстрагенитальная заболеваемость женщин регионов с уровнем смертности выше среднего и высоким диктует необходимость улучшения терапевтической службы в женских консультациях путем установления должности терапевтов из расчета 1 должность на 30 000 взрослого населения вместо норматива 60 000 населения.

Перинатальная смертность

Перинатальная смертность включает потерю детей в перинатальный период, а именно мертворождаемость (смерть наступила до родов или в родах) и раннюю неонатальную смертность (смерть наступила в течение 168 ч после рождения ребенка).

Показатель вычисляют по отдельным административным территориям (республика, область, край, город, район, родильный дом) за календарный год, 6 мес, квартал. Методика расчета показателей перинатальной смертности, мертворождаемости, ранней неонатальной смертности приведена ниже.

Мертворождаемость, ‰	$\frac{\text{Число мертворожденных}}{\text{Число родившихся детей (живых + мертвых)}} \cdot 1000$
Ранняя неонатальная смертность, ‰	$\frac{\text{Число детей, умерших в первые 168 ч}}{\text{Число детей, родившихся живыми}} \cdot 1000$
Перинатальная смертность, ‰	$\frac{\text{Число мертворожденных + число детей, умерших в первые 168 ч}}{\text{Число родившихся детей (живых + мертвых)}} \cdot 1000$

Мертворождаемость состоит из 2 компонентов: антенатальной (смерть наступила до начала родовой деятельности) и интранатальной (смерть наступила в родах). Ниже приведен расчет этих показателей.

Антенатальная мертворождаемость, ‰	$\frac{\text{Число антенатально погибших детей}}{\text{Число родившихся детей (живых + мертвых)}} \cdot 1000$
Интранатальная мертворождаемость, ‰	$\frac{\text{Число интранатально погибших детей}}{\text{Число родившихся детей (живых + мертвых)}} \cdot 1000$

С помощью указанных интенсивных показателей можно определить уровень (частоту, распространенность) мертворождений, смерти детей в ранний неонатальный и перинатальный период среди популяционных групп всех родившихся и детей, родившихся живыми, в том числе недоношенными, а также дают возможность оценить качество медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным. Они позволяют сравнить уровень мертворождаемости, ранней неонатальной и перинатальной смертности на разных административных территориях.

В отдельных родовспомогательных учреждениях динамика показателя перинатальной смертности свидетельствует о качестве медицинской помощи.

Вместе с тем показатель перинатальной смертности в отдельных родовспомогательных учреждениях не всегда позволяет сравнить их деятельность в связи со специализацией отдельных учреждений из-за различия контингента беременных (преждевременные роды, беременные и роженицы с диабетом, сердечно-сосудистой патологией), а также из-за достоверных данных при малом числе наблюдений (где величина показателя перинатальной смертности не превышает свою ошибку в 3 раза и более).

При росте показателей антенатальной или интранатальной мертворождаемости или значительных изменениях их соотношения крайне важно проводить детальный клинический анализ и выяснять причины, поскольку эти факты могут свидетельствовать об ослаблении внимания к антенатальной охране плода в женской консультации или к тактике ведения родов и реанимационной помощи новорожденным в акушерском стационаре.

Основные параметры развития плода¹

Срок беременности	Масса тела, г M ± σ	Длина тела, см M ± σ	Высота стояния дна матки над лоном, M, см
22	500 ± 35	25 ± 1,2	22,7
23	650 ± 37	27 ± 1,3	23,4
24	800 ± 40	29,9 ± 1,1	24,2
25	820 ± 47	31,7 ± 1,4	25,2
26	900 ± 52	32,9 ± 1,8	26,0
27	934 ± 76	34,8 ± 1,8	27,2
28	1124 ± 183	35,9 ± 1,8	28,5
29	1381 ± 172	37,9 ± 2,0	29,6
30	1531 ± 177	38,9 ± 1,7	29,9
31	1695 ± 212	40,4 ± 1,6	30,7
32	1827 ± 267	41,3 ± 1,9	31,5
33	2018 ± 241	42,7 ± 1,8	32,6
34	2235 ± 263	43,6 ± 1,7	33,5
35	2324 ± 206	44,4 ± 1,5	33,9
36	2572 ± 235	45,3 ± 1,7	34,2
37	2771 ± 418	47,6 ± 2,3	35,5
38	3145 ± 441	49,6 ± 2,0	35,0
39	3403 ± 415	50,8 ± 1,6	35,7
40	3546 ± 457	51,7 ± 2,1	36,0

¹ Шкала составлена по материалам Г. М. Дементьевой, В. В. Коротковой (1981) и Е. И. Николаевой (1983).

Целесообразно показателем перинатальной смертности анализировать отдельно для доношенных и недоношенных детей, поскольку состояние здоровья, адаптационные возможности этих детей после рождения различны, а также различны возможности акушерской и неонатальной службы в оказании им медицинской помощи.

При определении доношенности, недоношенности плода (новорожденного) следует принимать во внимание продолжительность беременности и учитывать рост плода (новорожденного), массу, а также другие признаки, характеризующие его (новорожденного) зрелость.

Основные параметры физического развития при рождении в зависимости от гестационного возраста и высоты стояния дна матки (M ± σ) характеризуются следующими параметрами (табл. 9).

Заключение о зрелости или незрелости плода дают педиатр и акушер-гинеколог родильного дома (отделения), что документируется в истории развития новорожденного и истории родов.

Перинатальная смертность в Российской Федерации в 1990 г. составляла 17,9‰, в 1991 г. — 17,5‰, в 1992 г. — 17,2‰, в 1993 г. — 17,4‰ с колебаниями по отдельным территориям от 12—14 до 20—22‰.

Соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности по республике 1,3 : 1; в регионах, где регистрируется европейский уровень перинатальных потерь, оно составляет 1 : 1; с высоким уровнем показателя — 2 : 1, что свидетельствует о недостаточно высоком качестве ведения родов и развитии интенсивной помощи новорожденным.

Крайне неблагоприятным фактором является преобладание доношенных детей среди перинатальных потерь (в 1989 г. эти дети составляли 52%, в структуре всей перинатальной смертности и среди мертворожденных 59,5%). Уровень смертности этих детей достигает 9,4‰ против 3‰ в специализированных стационарах. В этом заключается большая социальная значимость указанных потерь, поскольку теряются функционально сформированные, зрелые дети.

Для разработки мер профилактики перинатальной смертности большое значение имеет детальный анализ ее причин. Состав и характер причин перинатальной смертности отличается от причин смерти других возрастных групп комплексностью воздействия факторов. Причина смерти новорожденного (плода) в этот период в подавляющем большинстве случаев определяется воздействием антенатальных (состояние здоровья матери, течение беременности), а также интранатальных факторов (течение родов). В связи с этим учитываются и анализируются причины смерти самого ребенка и патология матери, обусловившая данную смерть. Поэтому причину смерти ребенка в «Свидетельство о перинатальной смерти» записывают в пункте 23 несколькими подпунктами. Подпункты «а» и «б» относятся к ребенку; «а» — основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти; «б» — другие заболевания или состояния ребенка (плода); подпункты «в» и «г» — к матери; «в» — основное заболевание или состояние матери, обусловившее причину смерти ребенка (плода); «г» — другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствовавшие смерти ребенка (плода). Основное заболевание ребенка (патологоанатомический диагноз), явившееся причиной смерти, анализируют по нозологическому принципу отдельно в группе мертворожденных и умерших новорожденных. При этом учитывают только основное заболевание, представленное одной нозологической формой, которое само непосредственно или через присоединившееся осложнение приводит к смерти плода и новорожденного. Если оно состоит из 2 или более конкурирующих или сочетанных заболеваний, то учитывают лишь одно из них. При этом следует учитывать возможности излечения заболевания и его социальную значимость. Наименование заболеваний (состояний) должно соответствовать перечню класса Международной статистической классификации болезней X пересмотра (МКБ-10). Основное заболевание может быть представлено экви-

валентами, к которым относятся осложнения, вызванные реанимационным, хирургическим и терапевтическим вмешательством, а также последствия лекарственной терапии.

Отдельные нозологические формы смерти детей перинатального периода нуждаются в особо детальном разборе. К ним относится асфиксия, так как причины ее возникновения различны. Асфиксия плода может быть обусловлена нарушением маточно-плацентарного кровообращения и связана с заболеваниями матери или патологией последа. Асфиксия новорожденного в качестве основного заболевания констатируется очень редко, обычно у незрелых детей на фоне перенесенной внутриутробной гипоксии и диагностируется только в тех случаях, когда отсутствуют причины, способствующие нарушению внутриутробного дыхания (пороки развития легких, аспирация, кровоизлияния в мозг и ткань легких).

Синдром респираторного расстройства подразумевает наличие у ребенка самостоятельного заболевания, которое в клиническом диагнозе обычно записывается как ИРДС (идиопатический респираторный дистресс-синдром). Морфологическим выражением идиопатического синдрома расстройства дыхания могут быть ателектазы легких, отечно-геморрагический синдром и гиалиновые мембраны. Все указанные изменения являются формами и одновременно стадиями ИРДС, а не самостоятельным заболеванием.

При анализе причин можно рассчитать долю каждого заболевания среди всех заболеваний (в % к итогу), а также частоту смерти от каждого заболевания (делением числа умерших от каждого заболевания на всех родившихся и умножением результатов на 1000). По доле каждого заболевания можно судить о его роли в структуре причин перинатальной смертности. Динамика частоты заболевания свидетельствует об эффективности мер профилактики и лечения.

Структура причин перинатальной смертности в течение ряда лет стабильна. На первом месте асфиксия, которая обуславливает до 40% всех случаев смерти, затем респираторные нарушения — 19,4%, далее врожденные аномалии — 14,8% и наконец родовая травма — 8,9% и врожденная пневмония 3,8% (1991).

Среди материнских причин, обусловивших смерть ребенка, первое место занимают по-прежнему осложнения беременности, составляя почти 30% (из них поздний токсикоз 11,1%), патология родов 18—19%, экстрагенитальные заболевания 16,1%, патология плаценты и пуповины 11,9%.

Проведенные в настоящее время научные разработки показали, что уровня перинатальной смертности 15—16% можно добиться, выполняя в отношении каждой женщины, т. е. всей популяции беременных, общепринятой в России перинатальной технологии (объем обследований и лечебной помощи). Тем не менее в последние годы значительных позитивных изменений по конечным результатам не отмечено, что обусловлено недостаточным уровнем развития отечественной медицинской техники, обострением экономической ситуации в

стране, а также выполнении рекомендаций по перинатальной охране плода только в 55—65% популяции (от 50 до 90—100% по отдельным регионам).

Более низкий уровень, как установлено нашими исследованиями, может быть достигнут только включением современных методов в систему динамического наблюдения беременных и деятельность акушерского стационара. Внедрение скрининг-программы 2-кратного УЗИ обследования, осмотр окулиста, оториноларинголога, по показаниям — других специалистов, контроль за динамикой эстриола, плацентарного лактогена, ХГ, кардиотокографии плода, биохимическими, микробиологическими исследованиями, гормональной кольпоцитологией, тонусомергией матки дает возможность снизить в 1,5 раза преждевременные роды, более чем на 100% — заболеваемость новорожденных и на 30% — перинатальную смертность, причем мертворождаемость больше, чем раннюю неонатальную смертность.

Опыт зарубежных стран и ряда учреждений нашей страны свидетельствует о том, что организация перинатальных центров с концентрацией в них беременных «высокого риска» перинатальной патологии, современной аппаратуры, квалифицированных кадров, с развитой интенсивной помощью беременным и новорожденным позволяет снизить перинатальную смертность на 25—30% среди беременных «высокого риска». Поэтому для нашей страны на данном этапе развития акушерской помощи наиболее рациональной организационной формой является перинатальный центр, который предназначается для оказания амбулаторной, стационарной помощи женщинам «высокого риска» перинатальной патологии и их детям. Организуется центр из расчета 1 на 500 000 — 1 млн населения и он курирует весь объем акушерской и неонатологической помощи в регионе.

Центр должен выполнять все виды пренатальной диагностики, по показаниям корригирующую терапию, родоразрешать женщин «высокого риска» перинатальной патологии, своевременно диагностировать патологические состояния и проводить интенсивную терапию новорожденных, реабилитационные мероприятия.

Включение интенсивной терапии в объем перинатальной технологии влияет на уровень и структуру перинатальной смертности. Смертность доношенных детей снижается в 2 раза (эти дети в общем объеме перинатальной смертности составляют не более 25—30%), а недоношенных — в 1,3 раза. Снижение смертности недоношенных отмечается во всех весовых категориях, но более интенсивно среди детей с массой 1500 г и более. Для достижения более интенсивного снижения перинатальных потерь среди новорожденных в весовой группе до 1500 г необходимы не только существенные материально-технические вложения, но и специально обученные кадры клинических отделений акушерских стационаров.

Организация интенсивно-реанимационной помощи в акушерском стационаре позволяет снизить смертность новорожденных от гипоксии, родовой травмы, в меньшей степени — от внутриутробной

инфекции. Незначительные успехи в снижении перинатальной смертности достигаются при экстрагенитальных заболеваниях матери, особенно патологии эндокринной системы, а также патологии плаценты и пуповины.

В настоящее время сложна диагностика внутриутробной инфекции, доля которой в перинатальных потерях пока значительна.

Анализируя причины смерти детей в перинатальный период, обусловленные состоянием матери, можно сказать, что за последние 5 лет в их структуре произошли некоторые изменения. Среди причин, приводящих к антенатальной смерти плода, удалось снизить число тяжелых форм поздних токсикозов беременных. Несмотря на относительно стабильную частоту позднего токсикоза, в последние годы его снижение в антенатальных потерях связано со своевременной госпитализацией женщины, правильной тактикой в отношении сроков родоразрешения в зависимости от эффективности лечения. В то же время возросло значение экстрагенитальной патологии, в том числе эндокринной, которая в сочетании с угрозой невынашивания беременности приводит к фетоплацентарной недостаточности. Не снижаются перинатальные потери и в связи с преждевременной отслойкой плаценты. Основной причиной перинатальных потерь в настоящее время остается патология плаценты и пуповины, диагностика и лечение которой на данном этапе развития перинатологии затруднены. За счет расширенного обследования женщины до и во время родов и высококвалифицированного ведения родов удается снизить интранатальные потери детей, при аномалиях родовой деятельности, переношенной беременности, тазовом предлежании плода и клинически узком тазе.

Совершенствование перинатальной технологии, в том числе транспортных средств в сочетании с развитием интенсивной помощи новорожденным, — один из резервов снижения перинатальной смертности.

Объем перинатальной технологии должен быть тесно увязан с уровнем здоровья беременных в отдельных регионах.

Эффективность перинатальной технологии должна оцениваться не реже 1 раза в 5 лет.

Не менее важную роль в сокращении перинатальных потерь играет улучшение здоровья беременных. Вместе с тем здоровье беременных в последние годы ухудшается. Во время беременности отмечается рост таких видов патологии, как анемия (в 1990 г. 65,1 на 1000 родов, в 1993 г. — 146,1), поздний токсикоз (соответственно по годам 89,5—131,8), болезни мочеполовой системы (43,5—70,7). Возрастает частота недонашивания беременности (в 1990 г. — 5,4%, в 1993 г. — 6,2%), причем по ряду территорий, в том числе в крупных городах, ее уровень по сравнению со среднероссийским выше в 1,5 раза. Нормальные роды регистрируются только у 40—45% беременных.

Известно, что здоровье детей тесно связано со здоровьем матери. Об этом свидетельствуют материалы, приведенные в табл. 10.

В таблице представлены выборочные данные по оценке здоровья новорожденных при выписке из акушерского стационара и достижении

Связь здоровья матери со здоровьем ребенка

Новорожденные при выписке из акушерского стационара	Риск матери	Дети до 1 года
Низкий риск (28%)	Низкий риск (78%)	90%
Средний риск (41%)	Средний » (22%)	Здоровые
	» » (80%)	Здоровые (54%)
Высокий риск (31%)	Высокий риск (20%)	С психоневрологическими отклонениями (5%)
	» » (83%)	Здоровые (29%)
	Средний » (17%)	С психоневрологическими отклонениями (31%)

ими возраста одного года. Дети, оцененные экспертом как здоровые, составили 28%. Они родились в подавляющем большинстве от матерей с низким риском перинатальной патологии (78%) и в 90% случаев были здоровы и к 1 году жизни. Дети, выписанные из стационара с диагностированным заболеванием (31%), родились преимущественно (83%) от матерей «высокого риска» перинатальной патологии. К году жизни в этой группе здоровыми было только 29% детей. Остальные дети имели средний риск при рождении (41%) — это дети, рожденные с помощью кесарева сечения, или у матерей со средним риском перинатальной патологии.

В последние годы ВОЗ использует ряд новых методических подходов для анализа эффективности службы материнства и детства. В частности, для выработки наиболее эффективных управленческих решений по профилактике младенческой и перинатальной смертности используется интегральный показатель, объединяющий мертворождаемость и младенческую смертность. Целесообразность такого объединения продиктована единством основных причин этих потерь, а также выявлением возрастного периода с наибольшей потерей. Французские исследователи назвали этот показатель плодо-младенческим (foeto-infantile).

По Российской Федерации повозрастная структура потерь жизнеспособных детей в возрасте до 1 года составила мертворождаемость — 32,6%, смертность в 0—6 сут — 33,2%, в 7—27 дней — 7,9%; в 28—365 дней — 26,3%.

Из приведенных данных видно, что 65—70% всех потерь жизнеспособных детей до 1 года приходится на перинатальные потери, поэтому при планировании распределения ресурсов основная их часть должна быть направлена в акушерскую и перинатальную технологию.

Другим показателем для оценки медико-социальной эффективности деятельности служб охраны материнства и детства ВОЗ предлагает коэффициент соотношения поздней (П — от 28 дней жизни до 1 года)

и ранней (Р — мертворождаемость + 0—27 дней жизни ребенка) смертности жизнеспособных детей (П/Р).

Для этой цели служит шкала оценки эффективности служб охраны материнства и детства, которая представлена ниже.

Шкала оценки медико-социальной эффективности служб охраны материнства и детства (ВОЗ)

<i>Коэффициент П/Р</i>	<i>Эффективность ante- и постнатальной профилактики</i>
1,0 и	Очень низкая
0,5—1,0	Низкая
0,4—0,5	Средняя
0,3—0,4	Высокая
0,3	Очень высокая

Предлагаемый интегрированный коэффициент, объединяющий информацию о возрастной и причинной структуре плодово-младенческой смертности, определяет уровень диагностики, адекватность лечения, качество и результативность реализации мер медико-социальной профилактики в системе охраны здоровья матери и ребенка. Этот коэффициент анализируется в соотношении с показателем младенческой смертности. Его информативность возрастает, если он рассматривается в динамике. При правильном представлении статистических данных плодово-младенческой смертности и осуществлении эффективной ante- и постнатальной профилактики соотношение вышеуказанных показателей в динамике представляет прямую линию. По РФ в 1991 г. коэффициент был равен 0,35.

Довольно информативным в демографии является показатель уровня потерь трудового потенциала населения (потерянные годы потенциальной жизни), который позволяет адекватно количественно оценить потери в результате преждевременной смерти, а также определить приоритеты в здравоохранении. Исчисление этого показателя по Москве А. А. Мухомовым (1993) показало, что мужское население города несло максимальные потери в результате преждевременной смертности от травм и отравлений (27,3 тыс. человеко-лет), на втором месте были болезни перинатального периода (11,9 тыс. человеко-лет).

Среди женского населения ранжировка потерь трудового потенциала дала следующие результаты: 1-е место — новообразования — 10,5 тыс. человеко-лет; на втором — травмы и отравления — 9,7 тыс. человеко-лет; на третьем — болезни перинатального периода (9,0 тыс. человеко-лет). Эти материалы свидетельствуют о том, что перинатальные причины играют существенную роль в преждевременных потерях населения и заслуживают пристального внимания общества.

Таким образом, в последние годы появился ряд новых методов, позволяющих более углубленно анализировать показатели здоровья населения. Апробация этих методов на оценке исходов беременности, проведенная нами на отдельных территориях Российской Федерации,

подтвердила целесообразность их использования в оценке медико-социальных проблем охраны материнства и детства.

Хирургическая активность акушерско-гинекологического стационара — важный показатель его деятельности.

К родоразрешающим операциям относятся кесарево сечение, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, экстракция плода за тазовый конец, акушерский поворот плода при полном открытии маточного зева (классический поворот или наружно — внутренний при полном открытии), плодоразрушающие операции.

Среди родоразрешающих операций абдоминальное кесарево сечение занимает одно из ведущих мест. В 1993 г. частота этой операции в акушерских стационарах РФ составила в среднем 90,1 на 1000 родов с колебаниями по отдельным регионам от 40% (Республика Калмыкия) до 109,0% (Москва, Республика Коми). Эту операцию принято считать резервом снижения перинатальной смертности, особенно среди беременных «высокого риска» перинатальной патологии.

Поэтому в последние годы отмечается тенденция к широкому применению данного метода родоразрешения. Оптимальным для развитых стран считается примерно 80—100 операций на 1000 родов. Дальнейшее повышение частоты кесарева сечения уже не коррелирует с уровнем перинатальной смертности. Как бы тщательно ни была выполнена операция, всегда есть известный риск наступления осложнений и даже смертельного исхода. Частота осложнений у рожениц после кесарева сечения составляет 5—42%, материнская летальность — 0,21—3,9% [Серов В. Н. и др., 1989]. Поэтому при решении вопроса о хирургическом вмешательстве прежде всего должно быть установлено безусловное показание к ее проведению.

Поэтому с учетом возможностей профилактики осложнений ряд специалистов считают (Е. А. Чернуха и др.), что для популяции беременных нашей республики оправданным является частота операции — около 80—100%, для перинатальных центров — до 150%. Частота операций наложения акушерских щипцов в 1992 г. составила в среднем 4,83% с колебаниями от 1,16% до 8,94%. В меньшем объеме выполнят вакуум-экстракцию — 2,13% с колебаниями по регионам от 0,21 до 9,56%.

Продолжают применять плодоразрушающие операции (1,2% с колебаниями по регионам — от 0,18 до 1,6%).

Частота кесарева сечения в регионах страны обратно пропорциональна частоте плодоразрушающих операций.

Успех хирургического лечения зависит от многих обстоятельств: от квалификации оперирующего врача, состояния здоровья женщины, организации хирургической работы, деятельности медицинского персонала, принимающего участие в операции и подготовке к ней, и т. д.

Общепринятых критериев для оценки хирургической активности акушерско-гинекологического стационара не существует. Вместе с тем опыт работы отделений оперативных методов лечения крупных гинекологических клиник страны подтверждает, что 15—18% пациенток

выписывают из стационара без хирургического лечения. В указанных отделениях хирургическую активность каждого хирурга можно представить наглядно.

Ф. И. О. врача	Январь		Февраль	
	оперирует	ассистирует	оперирует	ассистирует
Иванов Н. П.	1	1	2	1
Петров И. С.	4	3	3	4
Сидоров К. В.	3	2	1	2

Примечание. 1 — экстирпация матки; 2 — надвлагалищная ампутация матки; 3 — консервативная миомэктомия; 4 — удаление придатков.

Деятельность акушерского стационара оценивают также по числу осложнений при родах. Наиболее часто встречающимся осложнением родов являются аномалии родовой деятельности (в 1992 г. 102,9 случая на 1000 родов). На кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты приходится 9,4%, разрыв промежности III степени — 0,52%, разрыв матки — 0,20%. Поздний токсикоз был зарегистрирован у 113,9 женщин из 1000, сердечно-сосудистая патология у 38,5; болезни почек — у 58,1. В послеродовом периоде у 0,27% родильниц встречаются гнойно-септические заболевания, в том числе у 0,16% — перитонит после кесарева сечения. Частоту и структуру осложнений и родов анализируют в динамике.

Анализ жалоб населения на случаи смерти беременных, рожениц, гинекологических больных и новорожденных свидетельствует о том, что от 70 до 86% фактов, изложенных в жалобах, подтверждают экспертные проверки. Систематизация ошибок показывает их типичность из года в год. Так, при акушерских кровотечениях недооценивается анамнез женщин, нерациональное ведение родов, отсутствие профилактики кровотечения в III периоде родов. При ведении женщин с поздним токсикозом отмечены запоздалая госпитализация, необоснованное пролонгирование беременности при отсутствии положительной динамики лечения. Случаи смертности женщин и детей раннего возраста обусловлены недостаточной квалификацией врачей и среднего медицинского персонала, диагностическими и тактическими ошибками, слабым контролем со стороны администрации за качеством помощи беременным и детям на амбулаторном и стационарном этапе, отсутствием преемственности между амбулаторными и стационарными учреждениями, неудовлетворительным обеспечением их диагностической аппаратурой, медикаментами, кровью, кровезаменителями, неготовностью учреждений родовспоможения и детства к оказанию круглосуточной ургентной помощи, нарушениями санитарной-эпидеми-

ческого режима. Помимо недостатков, в лечении больных в большинстве писем обращается внимание на нарушения врачебной этики и деонтологичности со стороны медицинского персонала.

Таким образом, систематический анализ жалоб может помочь в разработке мер по улучшению качества помощи в акушерско-гинекологическом стационаре.

Проектирование и строительство акушерских и гинекологических учреждений

Для упорядочения строительства родовспомогательных учреждений разрабатываются типовые и индивидуальные проекты в соответствии с действующими нормативами по желанию заказчика.

Расчетными показателями вместимости (пропускной способности) ЛПУ являются для стационаров — количество коек, для женских консультаций — число посещений в смену (первая смена 60% посещений в день). Гипроиниздравом по заказу органов здравоохранения разработаны и утверждены типовые проектные решения блок-модулей родовспоможения с их компоновочными решениями и схемами блокировки модулей для формирования родильных домов вместимостью от 65 до 270 коек, позволяющие осуществлять строительство учреждений родовспоможения с учетом современных достижений в проектировании, потребностей практического родовспоможения и региональных особенностей.

Женские консультации могут быть размещены в поликлинике, при родильном доме, больнице и допускается в жилых общественных зданиях. Женские консультации, входящие в состав поликлиник, рекомендуется располагать в отдельном здании; при ее размещении в здании поликлиники вестибюль — гардеробную, справочную, аптечный киоск следует предусматривать общими с аналогичными помещениями поликлиники, но на границе женской консультации с остальной частью поликлиники. В этом случае необходимо проектировать женскую консультацию так, чтобы избежать лишних контактов беременных с больными пациентами поликлиники, т. е. соблюдать максимальную изоляцию женской консультации. При проектировании и реконструкции женских консультаций необходимо предусматривать полный набор помещений с учетом санитарной площади. В женской консультации должны быть вестибюль-гардеробная для посетителей с аптечным киоском и справочной, ожидальня, регистратура и кабинеты акушеров-гинекологов.

Число кабинетов зависит от количества акушеров-гинекологов. Учитывая, что женская консультация работает в 2 смены, кабинетов акушеров-гинекологов может быть вдвое меньше количества акушеров-гинекологов. Например, женская консультация на 10 врачебных участков — число кабинетов 5, т. е. 1 кабинет на 2 врачей. В женской консультации имеются кабинеты заведующей и его заместителя; кабинеты специализированных приемов (эндокринологичности, невынашивания)

и специалистов другого профиля: терапевта, стоматолога, офтальмолога с темной кабиной, кабинет контрацепции при отсутствии малой операционной.

В последние годы с целью рационального использования гинекологической койки некоторые малые операции проводят в женской консультации: введение и извлечение ВМС, прерывание малых сроков беременности (мини-аборты), криотерапия, биопсия, диатермокоагуляция и др. Для этого в женской консультации предусматриваются помещения малой операционной, стерилизационной, моечной и комната временного пребывания больных после операции из расчета 2 кушетки на 1 операционный стол (кресло). В женской консультации предусматривается процедурный кабинет для влагалищных манипуляций, процедурная для внутривенных вливаний и внутримышечных инъекций, помещения для юриста, приема и регистрации анализов от пациентов консультации, регистратура и ожидальня, кабинет для взятия проб крови, помещение с кабинетами для приема и сортировки проб.

В практику работы женских консультаций внедрены новые формы диагностического обследования — это пренатальная диагностика. Для ее осуществления и существуют соответствующие помещения: ЭКГ и ФКГ плода, ультразвуковое сканирование и мониторное наблюдение плода (3 кабинета).

Для обеспечения оптимального обследования и лечения беременных и гинекологических больных в женской консультации размещаются рентгеновское отделение, отделение восстановительного лечения, функциональной диагностики, комната для обучения по уходу за новорожденным. Кабинет для физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам — необходимый атрибут женской консультации. Кроме всего прочего, женской консультации необходимы помещения для ВКК, статистической обработки медицинской документации, санитарного просвещения, оформления больничных листов, архив.

Для строительства акушерских стационаров устанавливается его мощность, которая зависит от потребности населения территории для 100% обеспечения родоразрешения в условиях стационара. Кроме того, мощность акушерских стационаров и их подразделений, структура, количество и характер лечебно-диагностических служб определяются инструктивными и директивными документами, местными условиями, особенностями лечебного процесса и устанавливаются органами здравоохранения. Акушерские стационары могут входить в состав многопрофильных больниц или могут быть самостоятельными учреждениями (родильный дом). Оптимальным вариантом проектирования акушерских стационаров, входящих в состав многопрофильных больниц, является их строительство отдельным корпусом или в крайнем случае обеспечение максимальной их изоляции от других подразделений, чтобы исключить возможность вторичных и перекрестных потоков пациентов, персонала, доставку инструментов, материала и др. В многоэтажном корпусе многопрофильной больницы акушерское от-

деление должно быть размещено в нижних этажах. Преимущество акушерских стационаров, находящихся в составе многопрофильных больниц, состоит в том, что централизованы лечебно-диагностические и вспомогательные службы, более рационально используются оборудование и медицинский персонал, проводится безотказная консультативная помощь, экстренно обеспечивается анестезиологическая и реанимационная помощь и служба крови. Преимущество самостоятельных родильных домов заключается в полной изоляции беременных, рожениц, родильниц и новорожденных (практически здоровых людей) от больных. Наиболее экономичны акушерские стационары большей вместимости; вместе с тем увеличение мощности акушерского стационара свыше 250 коек нецелесообразно из-за увеличения района обслуживания и снижения транспортной доступности.

Структура акушерских стационаров. Акушерские стационары состоят из следующих отделений:

1. *Акушерские отделения* — приемные помещения и помещения выписки (для физиологического и обсервационного отделения отдельно), родовые физиологического профиля (родовые блоки, операционные блоки, помещения интенсивной терапии); послеродовые и обсервационные отделения; отделения патологии беременных.

2. *Лечебно-диагностические подразделения*, куда входят отделение (группа) анестезиологии и реанимации, лаборатория функциональной диагностики, рентгеновское отделение, клипико-диагностическая лаборатория, отделение восстановительного лечения. Набор указанных подразделений зависит от мощности стационара и его задач.

3. *Вспомогательные службы*: центральное стерилизационное отделение, аптека, служба приготовления пищи, прачечная, дезинфекционное отделение, служебные и бытовые помещения.

Отделение патологии беременных должно составлять 30% расчетного количества коек акушерских отделений больниц (родильных домов); родовое физиологическое отделение: а) индивидуальные родовые палаты с туалетом для новорожденных 20% расчетного количества коек послеродового физиологического отделения, но не менее 2 палат, предродовые палаты для индивидуальных родов — 20% расчетного количества коек послеродового физиологического отделения, но не менее 2 палат или б) родовые палаты (зал) на 2 койки — 8% расчетного количества коек послеродового физиологического отделения, но не менее 1 палаты, предродовые палаты — 12% расчетного количества коек послеродового физиологического отделения, но не менее 2 коек; в) палаты интенсивной терапии на 4—5 коек; г) послеоперационные палаты — 1 койка в акушерских отделениях больниц (родильных домов) расчетной вместимости до 100 коек включительно, 2 койки при расчетной вместимости более 100 коек.

Послеродовое физиологическое отделение для родильниц и новорожденных: 50—55% расчетного количества коек акушерского отделения больниц (родильных домов); а) послеродовые палаты с совместным пребыванием 40—60% расчетного количества

коек в послеродовых палатах; б) послеродовые палаты — 60—40% расчетного количества коек в послеродовых палатах отделения; в) послеродовые палаты (резервные) — 10% расчетного количества коек в послеродовых палатах отделения; г) палаты новорожденных — 60—40% расчетного количества коек в послеродовых палатах отделения; д) палаты новорожденных (резервные) — 10% расчетного количества коек отделения (секции) новорожденных.

Обсервационное отделение (послеродовые палаты) — 20% расчетного количества коек акушерских отделений больницы; палаты для новорожденных — 100% расчетного количества коек в послеродовых палатах отделения; резервные палаты для новорожденных — 10%. В основу архитектурно-планировочного решения акушерского стационара должен быть положен принцип секционного построения и четкого зонирования отделений. Послеродовые палатные секции должны быть необходимы. Для предотвращения распространения внутрибольничной инфекции палаты в акушерских стационарах предусматриваются малокопечными. В отделениях — послеродовом физиологическом, патологии беременных и обсервационном, помещения делят на зоны: палаты, вспомогательные и санитарные помещения.

Для обеспечения цикличности работы послеродовых отделений секции родильниц и секции новорожденных делят не менее чем на 2 отсека как для одновременного функционирования, так и для отдельной работы каждого отсека при проведении санитарной обработки. Эти требования предъявляются и к родовому отделению (блоку), которое должно состоять из 2 секций для возможного проведения полной санитарной обработки одной из них без прекращения работы другой.

В акушерских стационарах при обсервационных отделениях проектируются родовые боксы, которые предусматриваются для госпитализации рожениц с инфекционными заболеваниями. Располагаются они на первых этажах рядом с помещениями приема в обсервационное отделение. В родовом боксе имеются родовые, места пребывания родильниц и новорожденных, помещения санитарной обработки, шлюзов. Поступление роженицы и выписка родильниц с новорожденным осуществляются через тамбур с непосредственным наружным выходом, а вход и выход персонала в родовой бокс осуществляется через стационарный шлюз, оборудованный умывальником, вешалкой, передаточным шкафчиком и сообщается с обсервационным отделением.

В последние годы в стране широко развивалась как амбулаторная, так и стационарная акушерско-гинекологическая специализированная медицинская помощь.

Гипроиниздравом совместно с Киевским филиалом Гипроиниздрова и Российским научно-исследовательским центром перинатологии, акушерства и гинекологии РАМН разработаны планировочно-технологические решения отделений для беременных, рожениц и родильниц, страдающих экстрагенитальной патологией и гнойно-септическими послеродовыми (послеабортными) заболеваниями. Это сделано для того, чтобы сконцентрировать в одном таком учреждении квалифи-

цированные медицинские кадры, соответствующую аппаратуру и оборудование, а также обеспечить современный удобный и на высоком уровне технологический процесс.

Специализированные стационары для беременных, рожениц и родильниц с экстрагенитальной патологией и гнойно-септическими послеродовыми (послеабортными) заболеваниями проектируются отдельными корпусами в составе республиканских (краевых) и областных многопрофильных больниц. Для беременных, рожениц и родильниц с экстрагенитальной патологией наиболее целесообразно создавать специализированные отделения на 120 коек по следующей структуре: отделения патологии беременных — 50 коек, физиологическое послеродовое — 40 и наблюдационное — 30 коек.

Учитывая, что наибольший удельный вес среди больных с экстрагенитальной патологией составляют больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями (до 67%) в отделении патологии беременности предусматриваются следующие структурные зоны палатного блока: для беременных с сердечно-сосудистой патологией, других видов экстрагенитальных заболеваний, а также для интенсивного наблюдения, лечения и ухода. Аналогичное зонирование предполагается и в послеродовых отделениях.

В зону лечебно-диагностических помещений входят лаборатория эндокринологических исследований, ряд специализированных кабинетов и физиотерапевтический блок с набором помещений. Спецификой этих отделений является наличие в их структуре блока гипербарической оксигенации и операционной.

В отделении новорожденных предусмотрены палатные блоки с отсеками для здоровых новорожденных, недоношенных и травмированных детей и лечебно-диагностический блок. Гипербарическая оксигенация (ГБО) проводится в едином блоке ГБО для женщины и новорожденных, что дает возможность рационально использовать оборудование и персонал этого блока.

Для беременных, рожениц и родильниц с послеродовыми (послеабортными) заболеваниями также создаются специализированные стационары. Для их проектирования использованы некоторые принципы проектирования инфекционных больниц, а именно:

- изоляция больных с различными видами заболеваний;
- боксы, полубоксы, палаты со шлюзами как основные структурные элементы;
- шлюзы при входе в секции и санитарные пропускники для персонала;
- боксы, полубоксы и палаты, размещенные только по одной стороне с целью улучшения микроклимата;
- строгое разобщение отдельных групп помещений, входов и выходов с учетом «чистых» и «грязных» маршрутов передвижения больных и персонала. Структура этих отделений состоит из секции специализированных родовых боксов для беременных и рожениц с гнойно-септическими заболеваниями — 3 бокса и септического отделе-

ния, состоящего из 2 палатных отделений; палатные отделения — для послеродовых гнойно-септических заболеваний — 30 коек и для послеабортных гнойно-септических заболеваний — 30 коек; отделение новорожденных (типа «ясель») — 25 кроваток.

Особенностью структуры операционного отделения является наличие 2 операционных залов отдельно для больных с послеродовыми и послеабортными гнойно-септическими заболеваниями.

Функциональное обеспечение этих специализированных стационаров, расположенных в отдельных корпусах при многопрофильной больнице, осуществляется всеми службами этой больницы (анестезиолого-реанимационная, консультативная, лабораторная, аптечная, прачечная, служба приготовления пищи, патологоанатомическая).

Площади помещений женских консультаций и акушерских стационаров определяются программой на проектирование в соответствии со СНиП-69-78 (строительные нормы и правила) и ВСН (ведомственные строительные нормы).

Особое внимание следует обращать на внутреннюю отделку помещений.

Поверхность стен, перегородок и потолков помещений, связанных с медико-технологическим процессом, в лечебно-профилактических учреждениях должна быть гладкой, допускающей в зависимости от назначения помещения мокрую или влажную обработку и дезинфекцию.

Пол операционных, наркозных, предоперационных, предродовых, родовых и других специализированных помещений должен покрываться водонепроницаемым материалом, легко очищаемым и допускающим частое мытье дезинфицирующими растворами, а также удобным для транспортировки больных и оборудования.

Полы в операционных, наркозных, родовых должны исключать возможность накопления статического электричества.

В местах установки санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможностью увлажнения стен и перегородок, предусматривается отделка стен и перегородок влагостойкими материалами на высоту 1,6 м и шириной больше оборудования на 20 см с каждой стороны.

Глава VII

Правовая помощь матери и ребенку в акушерском и гинекологическом учреждении

М. С. Пустыльник, Н. Е. Гранат

Правовая помощь, оказываемая матери и ребенку в родовспомогательных и детских лечебно-профилактических учреждениях, является одним из важных звеньев в общей системе государственных мероприятий по охране материнства и детства, проводимых службой здравоохранения и осуществляемых штатными юристами, которые непосредственно подчиняются руководителям учреждений.

Свою работу юрист акушерско-гинекологического учреждения организует в соответствии с нормами отраслей действующего законодательства, а также с указаниями и рекомендациями юридической службы центральных органов здравоохранения, о чем будет рассказано в дальнейшем.

Используя правовые средства, юрист проводит работу по обеспечению надлежащей законности в деятельности данного учреждения и защите его прав и интересов в целях улучшения всех видов его служб, в том числе и в части, касающейся укрепления трудовой дисциплины, сохранности имущества, выполнения договорных обязательств и т. д. Он систематически оказывает консультативную юридическую помощь руководству учреждения и его подразделениям (медицинское, хозяйственная служба, бухгалтерия, инспектор по кадрам), а также профсоюзному комитету, совету трудового коллектива и другим общественным организациям, если таковые еще существуют. Первая задача юристов лечебно-профилактических учреждений различного профиля — представлять в установленном порядке интересы данного учреждения в арбитраже, суде и других органах при рассмотрении правовых споров.

Второй — особо важной задачей юристов, работающих в акушерско-гинекологических учреждениях (отделениях), является защита на основе действующего законодательства прав женщин, состоящих под динамическим наблюдением консультации, а также матерей и новорожденных, находящихся в акушерском стационаре.

Следует указать, что еще несколько лет назад должность юриста акушерско-гинекологического учреждения предусматривалась приказом МЗ СССР лишь в женских консультациях с числом врачебных должностей не менее 5, что резко ограничивало правовую помощь матерям и детям во многих учреждениях акушерско-гинекологического профиля.

В настоящее время руководителям лечебно-профилактических учреждений предоставлено право самим устанавливать штат учреждения, включая и должность юриконсульта¹.

Это дало возможность ввести должность указанного специалиста в штат женской консультации любой мощности, родильных домов, в том числе и не объединенных с консультацией, в штат акушерско-гинекологических больниц и других учреждений (отделений) в пределах имеющегося фонда заработной платы.

В трудные для населения годы государство особо заинтересовано в укреплении здоровья женщины, в выполнении ею функции материнства — вынашивании и рождении здорового ребенка и в дальнейшем полноценном его содержании и воспитании.

На это направлены многие законодательные акты, получившие за последние годы в России широкое развитие.

Необходимо, чтобы женщины в полной мере и беспрепятственно пользовались этими законодательными актами.

В связи с этим немаловажное значение имеет своевременное получение населением и прежде всего самими женщинами необходимой информации о предоставленных им льготах.

Во исполнение этого юриконсульт систематически ведет прием женщин как непосредственно в консультации, так и в стационаре, разъясняя им закон и оказывая соответствующую правовую помощь.

Частота и длительность таких приемов юриконсульта зависит от ряда обстоятельств: от величины показателя рождаемости в данной местности, особенностей условий труда и быта обслуживаемого населения, а также от мощности и самого учреждения, что в первую очередь относится к данной консультации.

В организации указанной работы юриконсульта известное значение имеет место нахождения консультации — в одном здании со стационаром или на определенном расстоянии от него.

Опыт работы юриконсультов ряда акушерско-гинекологических учреждений подтверждает, что при пятидневной рабочей неделе он обычно ведет плановый прием женщин в консультации, примерно 3—4 раза в неделю по несколько часов. Важно, чтобы прием проводился по заранее фиксированному графику в дневное и вечернее время (в определенные дни недели) — в выделенном кабинете.

О днях и часах приема юриконсульта, т. е. работы «правового кабинета», женщины узнают из объявлений, вывешенных в вестибюле, зале ожидания и/или в других помещениях.

Аналогичный плановый прием женщин — как правило, не реже 2 раз в неделю, — юриконсульт ведет и в стационарной части родиль-

¹ Постановление Совета Министров РСФСР от 17.01.91 г. № 27 «О мерах по реализации предложений Верховного Совета РСФСР и ЦК профсоюза работников здравоохранения РСФСР по охране здоровья, социальному обеспечению и физической культуре и по улучшению социально-экономического положения в системе здравоохранения Российской Федерации».

ного дома¹. Дни и часы его приема устанавливаются с учетом общего распорядка дня стационара. При необходимости в особых случаях юриконсульт посещает стационар в непредусмотренное планом время по вызову администрации учреждения или медицинского персонала, например, при отказе матери кормить ребенка, при наличии врожденного уродства у ребенка, при невозможности выписки матери с ребенком в связи с особыми обстоятельствами и др.

Обычно прием в стационаре (собеседование с женщинами) юриконсульт ведет непосредственно в палатах или коридоре у поста палатной акушерки, в холле или другом временно предоставленном ему помещении. Совершенно очевидно, что этот вопрос должен решаться юриконсультom в индивидуальном порядке с учетом семейного положения женщины, особенностей правовой помощи, в которой она нуждается, и т. д.

При проведении указанной выше работы юриконсульту нельзя ограничиваться собеседованием и оказанием правовой помощи лишь тем женщинам, которые обратились к нему по личной инициативе. Перед ним всегда стоит задача активного выявления женщины, чьи права нарушаются. Нередки случаи, когда женщины не знают о правах, предоставленных им действующим законодательством.

Юриконсульт таких женщин выявляет, проводя с ними групповые занятия, а также индивидуальные беседы, которые он зачастую ведет совместно с медицинскими работниками.

В условиях работы юриконсульта в стационаре этому способствует установленная во многих родильных домах и других акушерско-гинекологических учреждениях система обхода им палат. Обычно при каждом плановом посещении стационара юриконсульт обходит палаты, в которых находятся вновь поступившие беременные или женщины, родившие после его предыдущего посещения стационара. При этом еще до обхода он знакомится с записями в тетради назначений, в которые палатные акушерки выписывают из «Историй родов» все ежедневные рекомендации врачей. По установленному в этих учреждениях порядку врачи наряду с медицинскими назначениями указывают на необходимость, по их мнению, приглашения юриконсульта к той или иной женщине.

Кроме того, юриконсульту следует просматривать учетные документы («История родов», «Индивидуальная карта беременной и родильницы» и др.) женщины, находящейся в палатах, обращая особое внимание на их паспортные данные. Лишь после этого он проводит в палате собеседование.

Совершенно очевидно, что успешному выявлению женщины, нуждающейся в правовой помощи, и привлечению их в правовой кабинет во многом способствует контакт в работе юриконсульта с медицинским персоналом: врачами, акушерками, сестрами по уходу за новорожденными, медицинскими регистраторами и другими сотрудниками.

¹ Фактически юриконсульт консультации, расположенной в одном здании со стационаром, ведет в нем прием чаще чем в 2 раза в неделю.

Именно они, наиболее часто общаясь с женщинами, могут судить об их отношении к наступившей беременности, предстоящим родам, новорожденному и т. д. Получаемые ими иногда даже косвенные сведения и впечатления могут явиться настораживающим моментом к выявлению женщины, которым особо показана встреча с юрисконсультком.

Так, акушерки приемно-смотровой части родильного дома (отделения больниц) знают, кто сопровождал (и сопровождал ли?) женщину, поступающую на роды? взята ли домой ее одежда? представлен ли при поступлении паспорт? Медицинские сестры «Стола справок» акушерского стационара в свою очередь знают, о ком из госпитализированных женщин редко справляются посетители или вообще не справляются, а палатным акушеркам хорошо известно, кто из женщин не получает ни писем, ни передач или получает их крайне редко и как реагируют женщины на эти передачи.

Юрисконсульт, информируя персонал о важности выявления и направления к нему женщин, нуждающихся или могущих нуждаться, по мнению персонала, в правовой защите, знакомит его с основами законодательства по охране материнства и детства, а также с особенностями своей работы, указывая, каким женщинам следует обратиться в правовой кабинет с последующим уведомлением об этом юрисконсульта. К числу таких женщин прежде всего относятся все беременные и родильницы, не состоящие в зарегистрированном браке (особенно не достигшие брачного возраста); первобеременные, посетившие консультацию по поводу искусственного аборта; одинокие матери — вдовы и разведенные; женщины, состоящие в браке, но живущие отдельно от мужей; многодетные матери; женщины, в семьях которых создались нездоровые взаимоотношения и тем более конфликтные ситуации, и др.

Выборочные данные о работе юрисконсультков акушерско-гинекологических учреждений свидетельствуют о том, что из всех женщин, обслуживаемых консультациями, подавляющее большинство (до 60—70%) нуждаются в защите трудовых прав, предусмотренных действующим законодательством. При этом наиболее часто обращение к юрисконсульту связано с вопросами перевода женщин на более легкую работу и порядком ее оплаты, предоставления ей очередного отпуска перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него или по достижении ребенком возраста 3 лет, а также частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком до 1½ лет и отпуска без сохранения содержания также до достижения ребенком возраста 3 лет. Нередко им необходима консультация юрисконсульта для выяснения права работать с неполным рабочим днем или неполной рабочей неделей и порядком оплаты труда в этих случаях.

Обращаются к юрисконсульту и женщины, которым требуются разъяснения по вопросам получения государственных пособий, денежных компенсаций и другой материальной помощи. Это чаще всего касается своевременности и полноты выплаты пособия при рождении ребенка, а также двойни, пособий одиноким матерям, женам солдат

срочной службы, а в некоторых случаях — выдачи путевок в санатории-профилактории, семейные дома отдыха, оказания им материнской помощи и т. д.

Из числа всех женщин, находящихся под наблюдением юрисконсульта, значительную по численности группу (по выборочным данным, 25—26%) составляют нуждающиеся в защите прав, предусмотренных законодательством о браке и семье. При этом обычно затрагиваются вопросы оказания мужем материнской помощи жене (при возникновении конфликта в семье) в период беременности и после рождения ребенка, на время нахождения матери в отпуске по уходу за ребенком; установления отцовства и взыскания алиментов при незарегистрированном браке, а также взыскания алиментов при зарегистрированном браке; расторжения брака; регистрации брака со снижением брачного возраста и т. д.

Работа юрисконсультов по предупреждению искусственных абортов заключается не только в разъяснении женщинам, желающим прервать беременность, льгот, предоставленных им государством в связи с рождением ребенка, но и в проведении бесед, в необходимых случаях, с мужем или близкими родственниками женщин. При этом особое внимание уделяется первобеременным, а также беременным, не достигшим брачного возраста. В этих случаях усилия юрисконсульта обычно бывают направлены на регистрацию брака для создания семьи, на разъяснение возможности снижения брачного возраста как для женщины, так и для мужчины, что предусмотрено соответствующей статьей Кодекса законов о браке и семье. В качестве примера результативности такой работы можно сослаться на опыт юрисконсультов ряда женских консультаций Москвы. Из числа несовершеннолетних беременных, находившихся под их наблюдением за последние 2—3 года, почти половина (около 45%) зарегистрировали брак после снижения брачного возраста.

Одновременно следует указать, что юрисконсульты акушерско-гинекологических учреждений, как правило, состоят членами комиссий, создаваемых для разрешения операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

Особо надо отметить работу юрисконсульта по оказанию консультативной помощи женщине и ее мужу, желающим усыновить (удочерить) ребенка непосредственно из родильного дома. В этих случаях юрисконсульт оказывает юридическую помощь и администрации родильного дома в оформлении передачи новорожденного.

Иногда (в случае отказа одинокой матери от своего ребенка, несмотря на предпринятые в отношении нее меры убеждения со стороны юрисконсульта и медицинского персонала и др.) юрисконсульт родильных домов необходим для перевода ребенка из акушерского стационара в детское учреждение. Потребность в аналогичном переводе новорожденного возникает и при рождении неполноценного ребенка (наличие пороков развития, болезни Дауна и др.).

Работа юрисконсульта по оказанию правовой помощи женщинам

во многом зависит от первичного приема женщины. В процессе беседы с ней он должен выяснить не только причину обращения к нему, но и особенности труда и быта, состав семьи, взаимоотношения с мужем и т. д., фиксируя наиболее существенные сведения в специальной книге¹. Полученные данные позволяют уточнить, в какой юридической помощи нуждается женщина — иногда вне зависимости от той, по поводу которой она обратилась к юрисконсульту.

Дальнейшая тактика юрисконсульта далеко не одинакова. В одних случаях его беседа с женщиной может ограничиться информацией о действующем законодательстве по интересующему ее вопросу или об учреждении или организации, в которые ей следует обратиться, а также о перечне документов (справок), необходимых для установления прав. При этом иногда юрисконсульту приходится делать выписку (извлечение) из действующего законодательства для представления в учреждение, организацию, предприятие.

В других случаях юрисконсульт составляет заявление от имени женщины, запрос или ходатайство от имени акушерско-гинекологического учреждения в административные или судебные органы. Поэтому длительность первичного приема женщины в зависимости от сложности возникшей ситуации варьирует в значительных пределах: от 10—15 до 30 мин и более. При этом нередко возникает необходимость в повторных посещениях женщиной юрисконсульта. В общем числе посещений к нему они составляют до 20% и более (выборочные данные).

Работа юрисконсульта по правовой защите женщин зачастую протекает вне стен учреждения в тех случаях, когда необходимо провести патронаж женщины для выявления ее жилищно-бытовых условий или собеседование с ее мужем и родственниками в целях примирения супругов, улучшения семейных взаимоотношений. В некоторых акушерско-гинекологических учреждениях к такому патронажу привлекают средний медицинский персонал по согласованию с руководителем учреждения (отделения). Иногда юрисконсульту приходится выезжать по месту работы женщины, вести переговоры с администрацией и профсоюзной организацией для улучшения условий труда женщины, оказания ей материальной помощи, улаживания различных конфликтных ситуаций.

В порядке защиты прав женщины юрисконсульту нередко приходится посещать местные отделы образования, здравоохранения, социальной защиты населения, жилищный отдел, ЗАГС, милицию, прокуратуру, суд, комиссию по делам несовершеннолетних и др. Опыт многолетней практики свидетельствует о том, что меры, применяемые при таких выездах, во многом определяют эффективность работы юрисконсульта по правовой защите беременной, женщины-матери и ее ребенка.

¹ «Книга записи работы старшего юрисконсульта, юрисконсульта учреждений здравоохранения».

Длительность пребывания женщины под наблюдением юрисконсульта акушерско-гинекологических учреждений зависит от характера дела и его особенностей, но в принципе оно должно продолжаться до тех пор, пока не будут устранены нарушения, побудившие обратиться ее к юрисконсульту.

В дальнейшем, когда женщина после родов продолжает как мать нуждаться в правовой защите, ее чаще всего опекает юрисконсульт детской поликлиники. О такой женщине юрисконсульт родильного дома (отделения) сообщает еще до выписки ее с ребенком юрисконсульту детской поликлиники по месту жительства. Между этими специалистами постоянно поддерживается связь в работе в порядке ее преемственности.

Особым разделом работы юрисконсульта является устная пропаганда (индивидуальные и групповые беседы) законодательства по охране материнства и детства непосредственно в женской консультации и стационаре. Может быть использовано и местное радио.

Ведущее значение в указанной работе имеет участие юрисконсульта в планово проводимых в консультациях занятий с беременными — в так называемой школе материнства. Анализ работы крупных женских консультаций, в штате которых имеется 8—10 акушеров-гинекологов и более, показал, что для полного охвата этими занятиями беременных юрисконсульту достаточно провести в течение года примерно до 45 занятий, т. е. практически вести их 1 раз в неделю.

Другим широко доступным методом пропаганды законодательства может быть публикация кратких статей и заметок юрисконсульта в местной степной газете, санитарном бюллетене или «Доске вопросов и ответов». Примерные их темы:

- трудовые права беременных;
- отпуска по беременности, родам и уходу за ребенком;
- пособия по случаю рождения ребенка;
- установление отцовства;
- выплата алиментов на ребенка и др. Указанное не исключает выступлений юрисконсульта в массовой аудитории (лекции в клубах, учебных заведениях, общежитиях на тему «Права беременных женщин»; «Основы законодательства о браке и семье»; «Государственная помощь семьям, имеющим детей», и др.).

Защищая права женщин и детей, юрисконсульт, как указывалось ранее, поддерживает тесный контакт с медицинским персоналом и опирается на него. В связи с этим персонал должен владеть соответствующими правовыми знаниями. Положительной оценки заслуживает опыт работы некоторых акушерско-гинекологических учреждений по организации в них «Школы правовых знаний», где юрисконсульт знакомит врачей и средний медицинский персонал с действующим законодательством о браке и семье, об охране труда беременных и матерей, о государственных пособиях по беременности и родам, по уходу за ребенком, о вновь принимаемых нормативных актах или вносимых в них изменений или дополнений и др.

На этих занятиях юрисконсульт разъясняет также слушателям предусмотренные законом права и профессиональные обязанности медицинских работников и ответственность за их нарушение, в частности это касается неразглашения врачебной тайны (врачи и другие медицинские работники не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезнях, интимной и семейной жизни населения). Вместе с тем слушатели должны также знать, что руководители медицинских учреждений обязаны сообщать органам здравоохранения сведения о болезни граждан в тех случаях, когда это необходимо в целях охраны здоровья населения, а следственным и судебным органам — по их требованию¹.

Таким образом, к числу основных разделов работы юрисконсульта в акушерско-гинекологических учреждениях относятся:

- активное выявление женщин, нуждающихся в правовой защите;
- оказание им различных видов правовой помощи на основе действующего законодательства;
- пропаганда среди населения законодательства по охране материнства и детства;
- повышение знаний медицинских работников о законодательстве, определяющем права женщины, матери и ее ребенка.

Опыт работы юрисконсультов московских женских консультаций, объединенных с акушерскими стационарами, свидетельствует о следующем примерном распределении их рабочего времени (в %): на прием в женской консультации и акушерском стационаре они затрачивают 40—45% своего рабочего времени, в отдельных учреждениях — и более; на оказание правовой помощи администрации учреждения и на различные подразделения — 20—25%; на работу вне учреждения, связанную в основном с оказанием женщинам правовой помощи, — 30%; на прочие виды работ (пропаганда законодательства, повышение квалификации персонала и др.) — 5—10%. Сведения о правовой работе юрисконсульт фиксирует в указанной выше «Книге записи работы старшего юрисконсульта, юрисконсульта учреждений здравоохранения». По окончании календарного года он составляет (по произвольной форме или форме, установленной местными органами здравоохранения) отчет от проведенной работе и представляет его руководителю учреждения.

В качестве образца приводим форму отчета юрисконсульта по оказанию социально-правовой помощи, принятую в акушерско-гинекологических учреждениях (отделениях) Москвы.

¹ Основы законодательства РФ. Ст. 61 «Об охране здоровья граждан», ст. 61.

Количество рассмотренных заявлений по прерыванию беременности по немедицинским показаниям
из них сохранили беременность

7. Количество бесед на правовые темы, в том числе в «Школе материнства»

8. Занятия с сотрудниками в «Школе правовых знаний»

9. Как осуществляется связь юриста с РУВД, инспекцией по делам несовершеннолетних (в милиции), комиссией по делам несовершеннолетних муниципального округа, наркологом района и др.

Ниже мы рассмотрим содержание нормативных актов, действующих на 20 мая 1995 г., которыми юристы учреждений акушерско-гинекологического профиля наиболее часто руководствуются в своей работе по защите прав беременных, матерей и их детей¹.

Нормативные акты

Законодательство о браке и семье

Заключение брака. По действующему законодательству вступление в брак возможно лишь при условии взаимного согласия будущих супругов и достижения ими брачного возраста. В Российской Федерации брачный возраст установлен в 18 лет.

Заключение брака происходит по истечении месячного срока после подачи желающими вступить в брак заявления в Государственный орган записи актов гражданского состояния (ЗАГС). Этот срок может быть сокращен или увеличен при наличии уважительных причин, но не более чем до 3 мес заведующим бюро ЗАГС муниципального округа в городах, а в поселках и сельских населенных пунктах руководителями местного органа власти.

Срок для регистрации брака может быть сокращен в случае призыва на срочную военную службу, приезда военнослужащего в краткосрочный отпуск для регистрации брака, при наличии беременности, рождении ребенка и т. д. Уважительность причин подтверждается соответствующими документами.

Срок может быть увеличен в связи с болезнью одного из будущих супругов, при поступлении заявления о наличии препятствий к регистрации брака для их проверки и т. д.²

Решением префектуры округа (местного органа власти) в отдельных исключительных случаях брачный возраст может быть снижен как для женщин, так и для мужчин, но не более чем на 2 года³.

Основанием для возбуждения ходатайства о снижении брачного

¹ В тексте приведены законодательные акты, принятые в Российской Федерации, в некоторых случаях даются ссылки на ныне действующие в России законы, принятые ранее в СССР и не противоречащие складывающейся в настоящее время системе права.

² Ст. 14 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

³ Там же, ст. 15.

возраста являются беременность женщины, рождение ею ребенка, фактически сложившиеся брачные отношения, призыв на военную службу и др.

С просьбой о снижении брачного возраста могут обратиться как сами несовершеннолетние или один из них, так и их родители или попечители. В последнем случае при наличии разрешения, полученного от местного органа власти, брак может быть зарегистрирован только по согласию несовершеннолетних¹. В случае вступления в брак несовершеннолетнего, которому снижен брачный возраст, он становится дееспособным, т. е. своими действиями он может приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их².

Права и обязанности супругов. Брак порождает разнообразные по своему содержанию права и обязанности супругов.

К личным правам супругов относятся право выбора супругами фамилии при заключении брака; право супругов на совместное решение вопросов жизни семьи; на свободный выбор занятий, профессии и места жительства; на сохранение или изменение фамилии при расторжении брака³. Права и обязанности супругов делятся на нравственные и правовые, предусмотренные «Кодексом о браке и семье РСФСР».

Нравственные права и обязанности — забота о семье, оказание друг другу необходимой помощи, взаимная поддержка, бережное отношение к семейной чести и т. д.

Правовые обязанности — имущественные отношения супругов. Имущество последних состоит из личной раздельной собственности каждого супруга и общей совместной собственности обоих супругов. То имущество, которое принадлежало супругу до вступления в брак, является его личной собственностью, а имущество, приобретенное супругами в течение брака, — общей совместной собственностью супругов⁴. Супруги имеют равные права владения, пользования и распоряжения этим имуществом. В состав вещей, образующих общее совместное имущество супругов, входят домовладение, дача, автомашина, паенакопления в ЖСК (жилищно-строительный кооператив), ДСК (дачно-строительный кооператив), ГСК (гаражно-строительный кооператив), предметы домашнего обихода, денежные вклады в сберегательных банках, облигации государственного займа, ваучеры, акции и т. д.

При разделе имущества, составляющего общую совместную собственность, каждый из супругов имеет право на равную долю⁵.

Супруги обязаны материально поддерживать друг друга. В случае

¹ Ст. 15 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

² Ст. 11 «Гражданского кодекса РФ», ст. 21.

³ Ст. 19 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

⁴ Ст. 20 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

⁵ Ст. 21 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

отказа в такой поддержке нуждающийся в материальной помощи нетрудоспособный супруг, а также жена в период беременности и в течение 3 лет после рождения ребенка имеют право по суду получать содержание (алименты) от другого супруга, если последний в состоянии его предоставить¹.

Расторжение брака по общему правилу производится в судебном порядке по заявлению одного из супругов².

В случае, когда у супругов нет несовершеннолетних детей и имущественных претензий друг к другу, брак может быть расторгнут в ЗАГСе по заявлению обоих супругов. В этом случае брак расторгается не ранее чем через 3 мес после подачи заявления.

При рассмотрении дела о расторжении брака в суде суд обязан принять меры к примирению супругов, в связи с чем рассмотрение дела может быть отложено на срок до 6 мес³.

Если судом будет установлено, что дальнейшая совместная жизнь супругов и сохранение семьи стали невозможными, их брак расторгается.

При желании расторгающих брак судебный процесс может быть закрытым.

Муж не вправе без согласия жены возбуждать дело о расторжении брака во время ее беременности и в течение одного года после рождения ребенка⁴. Жена же может в любое время обратиться в народный суд с заявлением о расторжении брака.

Основания возникновения родительских прав и обязанностей. Когда мать и отец ребенка состоят в зарегистрированном браке, происхождение ребенка удостоверяется записью о браке (свидетельством о заключении брака)⁵.

Если ребенок рожден от незарегистрированного брака, в отношении него с согласия матери может быть установлено отцовство по заявлению отца ребенка в органы записей актов гражданского состояния. В этом случае в свидетельство о рождении ребенка вписывается фамилия отца.

При отсутствии брака родителей и их совместного заявления происхождение ребенка может быть установлено в судебном порядке.

Судебный порядок установления отцовства заключается в рассмотрении судом иска об установлении отцовства, заявленного матерью ребенка. Истица должна представить суду доказательства, позволяющие удовлетворить ее просьбу. При рассмотрении дела об установлении отцовства суд принимает во внимание совместное проживание и ведение общего хозяйства матерью ребенка и ответчиком до рождения ребенка или совместное воспитание либо содержание ими ребенка или

¹ Ст. 25 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

² Ст. 30 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

³ Ст. 33 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

⁴ Ст. 31 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

⁵ Ст. 47 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

доказательства, с достоверностью подтверждающие признание ответчиком отцовства¹.

Дети, в отношении которых установлено отцовство путем регистрации в ЗАГСе или установления отцовства в судебном порядке, приравниваются по своим правам и обязанностям к детям, рожденным от зарегистрированного брака.

Права и обязанности родителей по воспитанию детей. Родители обязаны воспитывать своих детей, заботиться об их физическом развитии и обучении, готовить к общественно полезному труду².

Отец и мать имеют равные права и обязанности в отношении своих детей. Родители пользуются также равными правами и несут равные обязанности в отношении своих детей и в случаях, когда брак расторгнут.

Одинокая мать вправе отказаться от родительских прав на ребенка или же, временно, до достижения ребенком трехлетнего возраста, поместить его на воспитание в детское учреждение, где ребенок содержится за счет государства.

Алиментные обязанности родителей. Родители обязаны содержать своих несовершеннолетних детей, нуждающихся в помощи. Это нравственный долг и важнейшая правовая обязанность.

Уклонение родителей от выполнения этой обязанности влечет за собой взыскание с них алиментов на содержание ребенка.

В случае злостного уклонения от уплаты алиментов виновные привлекаются к уголовной ответственности³.

Алименты на несовершеннолетних детей с их родителей взыскиваются: на 1 ребенка в размере $\frac{1}{4}$ (25%), на 2— $\frac{1}{3}$ (33%), на 3 и более — $\frac{1}{2}$ (50%) заработка (дохода) родителей.

Размер этих долей может быть уменьшен судом, если у родителя, обязанного платить алименты, имеются другие несовершеннолетние дети, которые при взыскании алиментов в установленном размере оказались бы менее обеспеченными материально, чем дети, получающие алименты, а также в тех случаях, если родитель, с которого взыскиваются алименты, является инвалидом I и II группы либо если дети работают и имеют достаточный заработок⁴.

В тех случаях, когда родитель, обязанный уплачивать алименты, имеет нерегулярный, меняющийся заработок, а также в случаях, когда взыскание алиментов в долевом отношении к заработку затруднено, алименты по просьбе лица, требующего выплаты средств на содержание детей, могут быть определены в твердой денежной сумме, подлежащей выплате ежемесячно⁵.

Усыновление (удочерение) производится по решению местного ор-

¹ Ст. 48 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

² Ст. 52 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

³ а) Ст. 122 «Уголовного Кодекса РСФСР». б) пп. 4 и 5 Постановления Пленума Верховного Суда РСФСР от 19.03.69 г.

⁴ Ст. 68 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

⁵ Там же, ст. 71.

гана власти по просьбе лица, желающего усыновить ребенка, по месту жительства усыновления либо по месту жительства усыновляемого¹.

Усыновление возникает со времени вынесения решения об усыновлении.

Усыновителями могут быть совершеннолетние граждане, за исключением лиц, лишенных родительских прав, а также лиц, признанных в судебном порядке недееспособными или ограниченно дееспособными.

Согласие родителей на усыновление должно быть в письменной форме.

Родители вправе отозвать данное ими согласие в любое время до момента вынесения местным органом власти решения об усыновлении.

Решение об усыновлении должно быть зарегистрировано в ЗАГСе по месту вынесения решения об усыновлении².

Тайна усыновления охраняется законом. В исключительных случаях в целях сохранения тайны усыновления по просьбе усыновителя могут быть изменены место и дата рождения ребенка, о чем должно быть указано в решении об усыновлении³.

Лица, виновные в разглашении тайны усыновления, привлекаются к уголовной ответственности⁴.

Разрешается усыновление ребенка одинокой женщиной, если она по состоянию здоровья и материальному положению может обеспечить должное его воспитание⁵.

При усыновлении новорожденного непосредственно из родильного дома матери-усыновительнице, представившей документ об усыновлении, врач родильного дома выдает больничный лист на 70 календарных дней со дня рождения ребенка, указанного в свидетельстве о рождении⁶.

Женщинам, усыновившим детей, также предоставляется частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до 1,5 лет и отпуск без сохранения содержания до достижения ребенком 3 лет.

В соответствии со ст. Закона Российской Федерации от 04.04.92 г. № 2660-1 «О дополнительных мерах по охране материнства и детства» с 1 апреля 1992 г. на всей территории республики установлена продолжительность отпуска по беременности и родам 140 дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов) при нормальных родах; 156 дней (70 календарных дней до родов и 86 календарных дней после родов) при осложненных родах; 180 дней (70

¹ Ст. 98 «Кодекса о браке и семье РСФСР».

² Там же, ст. 107.

³ Там же, ст. 110.

⁴ Ст. 124¹ «Уголовного Кодекса РСФСР».

⁵ Инструктивно-методические рекомендации по вопросам усыновления (удочерения) несовершеннолетних Министерство образования РСФСР, Министерство здравоохранения РСФСР, Комитет по делам семьи и демографической политике при Совете Министров РСФСР, 1991 г.

⁶ Ст. 1 Закона Российской Федерации «О дополнительных мерах по охране материнства и детства» от 4.04.92 г.

календарных дней до родов и 110 календарных дней после родов) при рождении 2 детей и более.

Отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется женщине полностью независимо от числа дней, фактически использованных до родов.

В соответствии со ст. 2 указанного Закона для своевременного динамического наблюдения беременных, способствующего профилактике осложнений при беременности и родах, вводится разовое единовременное пособие в сумме 50% минимального размера оплаты труда (дополнительно к пособию по беременности и родам) всем женщинам, ставшим на учет в женской консультации в ранние сроки беременности (до 12 нед), и выплачивается на основании справки, выданной акушером-гинекологом и заверенной руководителем лечебно-профилактического учреждения.

Выплата единовременного пособия и расходы, связанные с увеличением продолжительности отпуска по беременности и родам, должны проводиться за счет средств социального страхования.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан

Поощрение материнства. Гарантии охраны здоровья матери и ребенка. Материнство в России охраняется государством.

Охрана здоровья матери и ребенка обеспечивается организацией широкой сети женских консультаций, родильных домов, санаториев, домов отдыха для беременных, женщин с детьми, детских яслей, детских садов и других детских учреждений.

Государство обеспечивает беременным право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья¹.

Женщине предоставляется отпуск по беременности и родам с выплатой пособия по социальному страхованию. Гарантированная продолжительность оплачиваемого по беременности и родам отпуска определяется законодательством Российской Федерации.

Продолжительность отпуска может быть увеличена в соответствии с законодательными актами республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга².

Женщине предоставляется отпуск по уходу за ребенком до достижения им 3-летнего возраста. Ей выплачиваются пособия — единовременное по случаю рождения ребенка, единое пособие на ребенка до 16 лет. Мать, находящаяся в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, получает денежную компенсацию.

По уходу за большим ребенком до 15 лет пособие³ также выплачивается.

¹ Ст. 23 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

² Там же.

³ Ст. 23 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

Государство гарантирует беременным, кормящим матерям, а также детям в возрасте до 3 лет полноценное питание, в том числе при необходимости обеспечение их продуктами через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей¹.

Законодательство предусматривает производство аборт по усмотрению женщины, ей предоставляется право самой решать вопрос о материнстве.

Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 нед, по социальным показаниям — при сроке беременности до 22 нед, а при наличии медицинских показаний, с согласия женщины, — независимо от срока беременности².

Учреждения здравоохранения обеспечивают каждой женщине медицинское наблюдение за течением беременности, включая медико-генетическое консультирование, стационарную медицинскую помощь матери и новорожденному³.

Медицинскую помощь детям и подросткам оказывают детские поликлиники, диспансеры, больницы, санатории и другие учреждения здравоохранения.

Дети и подростки находятся под динамическим наблюдением⁴.

В целях охраны здоровья вступающих в брак и их потомства учреждения здравоохранения обеспечивают гражданам, подавшим заявление о вступлении в брак, по их желанию, проведение медицинского осмотра. Порядок проведения осмотра устанавливает Министерство здравоохранения РФ.

Законодательство Российской Федерации о труде

Охрана труда беременных и матерей. Действующее законодательство запрещает отказывать женщинам в приеме на работу и снижении им заработной платы по мотивам, связанным с беременностью или наличием детей в возрасте до 3 лет, а одиноким матерям — при наличии ребенка в возрасте до 14 лет (ребенка-инвалида до 16 лет).

При отказе в приеме на работу указанным категориям женщин администрация обязана сообщать причины отказа в письменной форме. Отказ в приеме на работу может быть обжалован в народном суде. Увольнение беременных и женщин, имеющих детей в возрасте до 3 лет (одиноким матерей — при наличии у них ребенка в возрасте до 14 лет или ребенка-инвалида до 16 лет), по инициативе администрации не допускается, кроме случаев полной ликвидации предприятия, учреждения, организации, когда допускается увольнение с обязательным трудоустройством⁵.

¹ Ст. 23 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

² Там же, ст. 36.

³ Там же, ст. 23.

⁴ Там же, ст. 24.

⁵ Ст. 170 «КЗоТ РФ».

Не разрешается привлекать беременных и женщин, имеющих детей до 3 лет, к работам в ночное время (с 22.00 до 6.00), к сверхурочным работам, к работам в выходные дни и направлять их в командировки¹.

Женщин, имеющих детей в возрасте от 3 до 14 лет (детей-инвалидов до 16 лет), нельзя привлекать к сверхурочным работам или направлять в командировку без их согласия².

В соответствии с врачебным заключением беременных на время беременности переводят на другую более легкую работу с сохранением среднего заработка по прежней работе³.

Если вопрос о переводе беременной на более легкую работу решается администрацией не сразу, женщина должна быть от работы освобождена с сохранением за ней среднего заработка за все пропущенные вследствие этого рабочие дни за счет предприятия, учреждения, организации⁴.

Если женщины, кормящие грудью или имеющие детей до 1½ лет, продолжают работать, их переводят на другую работу в случае невозможности продолжения прежней работы на все время кормления или до достижения ребенком возраста 1½ лет с сохранением среднего заработка по прежней работе⁵.

Трудовое законодательство предусматривает возможность предоставления беременной по ее заявлению ежегодного отпуска перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него или по окончании отпуска по уходу за ребенком независимо от того, проработала ли она на данном предприятии 11 мес (дающих право на очередной отпуск) или не проработала⁶.

Даже при отсутствии 11-месячного стажа работы ежегодный отпуск беременной и женщине, родившей ребенка, должен быть предоставлен в полном размере, а не пропорционально проработанному времени. В этом случае отпуск предоставляется авансом за первый год работы, в счет которого включается также и отпуск по беременности и родам⁷.

Это положение распространяется на женщин как работающих первый год на данном месте, так и на тех, кто работает не первый год.

Отпуск по беременности, родам и уходу за ребенком. В целях создания для работающих женщин более благоприятных условий, позволяющих сочетать материнство с участием в трудовой деятельности, охраны их здоровья и здоровья новорожденных детей, женщинам предоставляются отпуска по беременности и родам продолжительностью 70 календарных дней до родов и 70 (в случае осложненных

¹ Там же, ст. 162.

² Там же, ст. 163.

³ Ст. 164 «КЗоТ РФ».

⁴ Там же.

⁵ Там же.

⁶ Ст. 71 и 166 «Кодекса Законов о труде РФ и комментариев к ним».

⁷ П. 3 ст. 72 «КЗоТ РФ».

родов 86, а при рождении 2 детей и более — 110) календарных дней после родов. Отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется женщине полностью независимо от числа дней, фактически использованных до родов¹.

Указанные больничные листы выдает женская консультация, а при ее отсутствии — общее лечебно-профилактическое учреждение.

При родах, наступивших до 30 нед беременности, и рождения живого ребенка больничный лист по беременности и родам выдает лечебно-профилактическое учреждение, где произошли роды, на 156 календарных дней, а в случае смерти ребенка при таких родах листок нетрудоспособности выдают на 86 календарных дней. При выкидыше больничный лист по временной нетрудоспособности выдается на общих основаниях².

Отпуск по беременности и родам оплачивается в размере 100% заработка независимо от продолжительности трудового стажа и членства в профсоюзе³.

Для своевременного динамического наблюдения за беременными, способствующего профилактике осложнений при беременности и родах, введено единовременное пособие в сумме 50% минимального размера оплаты труда (дополнительно к пособию по беременности и родам) женщинам, ставшим на учет в женской консультации до 12 нед беременности⁴.

По окончании отпуска по беременности и родам, по желанию женщины, ей предоставляется частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 1½ лет с выплатой за этот период пособия по государственному социальному страхованию.

Кроме указанных отпусков женщины по ее заявлению предоставляется дополнительный отпуск без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет⁵.

Частично оплачиваемый отпуск и дополнительный отпуск без сохранения заработной платы по уходу за ребенком могут быть использованы по частям самой матерью либо отцом ребенка, бабушкой, дедом или другими родственниками, фактически осуществляющими уход за ребенком.

По желанию женщины или перечисленных выше лиц в период их нахождения в отпуске по уходу за ребенком они могут работать на условиях неполного рабочего времени или на дому. При этом за ними сохраняется право на получение пособия в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком⁶.

¹ Там же, ст. 165.

² «Инструкция о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан» от 19.10.94 г., утв. МЗ МП РФ и фондом социального страхования РФ.

³ Ст. 240 «КЗоТ РФ».

⁴ Закон Российской Федерации «О дополнительных мерах по охране материнства и детства» от 4.04.92 г.

⁵ КЗоТ РФ ст. 167.

⁶ Там же, ст. 167.

Беременные женщины и матери, имеющие детей до 14 лет, также могут работать с неполным рабочим днем или неполной рабочей неделей¹.

Для создания родителям благоприятных условий по уходу за новорожденными и малолетними детьми, работающим мужчинам, жены которых находятся в отпуске по беременности и родам, предоставляется по их просьбе в этот период очередной отпуск².

Время нахождения в отпуске по беременности и родам, в очередном отпуске и в отпуске по уходу за ребенком до достижения им 3-летнего возраста полностью засчитывается в общий трудовой стаж, в непрерывный стаж и в стаж работы по специальности. За женщиной сохраняется в течение этого времени место работы.

Однако время нахождения в отпуске по уходу за ребенком до достижения им 3 лет не засчитывается в трудовой стаж, дающий право на ежегодный отпуск. За это время очередной отпуск не предоставляется.

Перерывы для кормления ребенка. В случае продолжения женщиной работы по окончании отпуска по беременности и родам ей необходимы перерывы для кормления ребенка. Эти перерывы предоставляются как матерям, кормящим грудью, так и женщинам, имеющим детей в возрасте до 1 1/2 лет при их искусственном вскармливании³.

Продолжительность перерыва на кормление ребенка обычно составляет 30 мин и предоставляется он не реже чем через 3 ч.

При наличии 2 детей и более в возрасте до 1 года продолжительность перерыва устанавливается не менее 1 ч.

Так, при 8-, 7- и 6-часовом рабочем дне (с обеденным перерывом) матери имеют 2 перерыва по 30 мин. При 6-часовом рабочем дне без обеденного перерыва предоставляется 1 перерыв. Перерывы для кормления ребенка включаются в рабочее время и оплачиваются по среднему заработку.

Сроки и порядок предоставления перерывов устанавливает администрация совместно с профкомом предприятия, учреждения, организации с учетом пожеланий матери.

При отдаленности места работы от места жительства практика допускает присоединение перерыва для кормления ребенка к обеденному перерыву или объединение двух перерывов на кормление ребенка и перенесение их в суммированном размере на конец рабочего дня⁴.

Освобождение от работы при искусственном прерывании беременности. В связи с искусственным прерыванием беременности женщина освобождается от работы. Ей выдается листок нетрудоспособности в порядке, предусмотренном в разделе 2, п. 8.8, приведенной выше инструкции.

¹ Ст. 49 «КЗоТ РФ».

² Постановление Верховного Совета СССР от 10.04.90 г. «О неотложных мерах по улучшению положения женщины, охране материнства и детства, укреплению семьи». Ведомости Верховного Совета СССР № 16, 1990 г.

³ Ст. 169 «КЗоТ РФ».

⁴ Ст. 169 «КЗоТ РФ и комментарий к ней».

Выдача беременным путевок в санатории и дома отдыха и оказание им материальной помощи. Путевки в санатории и дома отдыха беременным могут выдаваться по совместному решению администрации и профкома предприятия за счет фонда социально-культурных мероприятий и жилищного строительства бесплатно или на льготных условиях.

Оказание единовременной материальной помощи может производиться также по совместному решению администрации и профкома из средств фонда материального поощрения¹.

Другие льготы для матери и отца. Женщинам, имеющим 2 детей и более до 12 лет, предоставляется независимо от продолжительности очередного (ежегодного) отпуска отпуск без сохранения заработной платы продолжительностью до 2 нед по согласованию с администрацией, когда позволяют производственные условия.

В случае расторжения женщиной трудового договора в связи с уходом за ребенком в возрасте до 14 лет или ребенком-инвалидом до 16 лет у нее сохраняется непрерывный трудовой стаж для выплаты пособия по временной нетрудоспособности при условии поступления на работу до достижения ребенком указанного возраста².

Если отцы воспитывают ребенка без матери, на них распространяются льготы, предоставляемые женщине в связи с материнством (ограничение труда на ночных, сверхурочных работах, привлечения к работам в выходные дни и направления в командировки, предоставление дополнительных отпусков, установление льготных режимов труда³).

Для ухода за детьми-инвалидами и инвалидам детства до достижения ими возраста 18 лет одному из работающих родителей или лиц, их заменяющих, предоставляется 4 дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц, которые могут быть использованы одним из названных лиц либо разделены ими между собой по своему усмотрению⁴.

Государственная помощь в виде пособий и денежных компенсаций, выплачиваемых женщинам и детям

В соответствии с федеральным законом Российской Федерации «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» от 19 мая 1995 г. № 81—ФЗ установлена единая система государственных пособий, выплачиваемых гражданам, имеющим детей, в связи с их рождением и воспитанием.

Виды государственных пособий:

1. Пособие по беременности и родам.
2. Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности.

¹ Ст. 171 «КЗоТ РФ и комментарий к ней».

² Постановление Верховного Совета СССР от 10.04.90 г. «О неотложных мерах по улучшению положения женщины, охране материнства и детства, укреплению семьи». Резолюция съезда народных депутатов СССР и Верховного Совета СССР, 1990 г.

³ Ст. 172 «КЗоТ РФ».

⁴ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», ст. 27.

3. Единовременное пособие при рождении ребенка.
4. Ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет.
5. Ежемесячное пособие на ребенка.

Пособие по беременности и родам

Пособие по беременности и родам устанавливается в размере среднего заработка, выплачиваемого по месту работы женщины, подлежащей социальному страхованию;

в размере минимальной оплаты труда женщинам, уволенным в связи с ликвидацией предприятий, учреждений, организаций, в течение 12 месяцев, предшествовавших дню признания их безработными;

в размере стипендии женщинам, обучающимся с отрывом от производства;

в размере денежного довольствия — женщинам, проходящим военную службу по контракту, службу в качестве лиц рядового и начальствующего состава в органах внутренних дел.

Единовременное пособие беременным женщинам

Женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (до 12 недель) выплачивается дополнительно к пособию по беременности и родам единовременное пособие в размере 50% минимального размера оплаты труда.

Единовременное пособие при рождении ребенка

При рождении (усыновлении до 3 месяцев) ребенка одному из родителей или лицу его заменяющему выплачивается единовременное пособие в размере 10 минимальных зарплат, установленное на день рождения ребенка.

При рождении (усыновлении) двух или более детей указанное пособие выплачивается на каждого ребенка.

Ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет

Право на ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет имеют матери либо отцы, другие родственники и опекуны, фактически осуществляющие уход за ребенком.

Ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет выплачивается в размере минимальной заработной платы, независимо от числа детей, за которыми осуществляется уход.

Кроме того женщинам, находящимся в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком до 1,5 лет и в дополнительном отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет, выплачивается по месту работы ежеме-

сячная денежная компенсация в размере 50% минимальной заработной платы¹.

Ежемесячное пособие на ребенка

Право на ежемесячное пособие на ребенка имеет один из родителей (усыновителей) с месяца рождения ребенка до достижения им 16 лет (учащегося общеобразовательного учреждения до окончания обучения, но не более чем до 18 лет).

Ежемесячное пособие на ребенка выплачивается в размере 70% минимальной зарплаты.

Размер ежемесячного пособия на ребенка увеличивается на 50% на детей одиноких матерей, на детей, родители которых уклоняются от уплаты алиментов, либо в других случаях, когда взыскание алиментов невозможно, а также на детей военнослужащих, проходящих военную службу по призыву.

Медицинское страхование

Темпы и результативность реформы здравоохранения отражают общие тенденции и напрямую связаны с процессами, происходящими в обществе.

В последние годы здравоохранение Российской Федерации функционировало в сложных социально-экономических условиях. Продолжающийся спад производства, в том числе в базовых отраслях, определяющих материально-техническое и ресурсное обеспечение, разрыв внутриреспубликанских хозяйственных связей, существенные инфляционные процессы и дефицит республиканского бюджета обострили уже имевшиеся серьезные проблемы и привели к кризисным явлениям в области здравоохранения, росту заболеваемости и смертности, снижению рождаемости.

В сложившихся условиях основанная на жесткой централизации нормативно-распределительная система управления отраслью не является сегодня оптимальной для жизнеобеспечения здравоохранения. Наряду с сохранением многих полезных функций централизованного государственного регулирования здравоохранения, которое, кстати, широко используется во всех цивилизованных странах, необходимо менять систему управления здравоохранением; характер взаимоотношений между отраслью, государством и обществом в целом. Это один из ключевых вопросов реформы здравоохранения.

Для обеспечения жизнедеятельности важнейших видов медицинской помощи необходимо сохранить минимальные социальные гарантии населению, не допустить неконтролируемой коммерциализации лечебной деятельности, поддержать управляемость системы.

Важнейшим направлением реформы здравоохранения является переход на систему медицинского страхования.

¹ Указ Президента РФ от 30/V — 94 г. № 1110 «О ежемесячных компенсационных выплатах отдельным категориям граждан».

Не вызывает сомнения, что медицинское страхование затрагивает интересы всего общества. Впервые законодательно в рамках программ обязательного медицинского страхования гарантируется любому гражданину России вне зависимости от его личного дохода получение определенного объема и уровня медицинской помощи.

В апреле 1993 г. утвержден Закон РФ «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР» «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Данный Закон в отличие от Закона «О медицинском страховании граждан», принятого в 1991 г., определяет обязательное медицинское страхование (ОМС) как элемент государственного социального страхования населения и регламентирует конкретный механизм введения обязательного медицинского страхования на территории республики.

С введением ОМС здравоохранение дополнительно получает целевой источник финансирования, т. е. система обязательного медицинского страхования будет финансироваться из двух источников: государственный бюджет, который пойдет на страхование неработающего населения (дети, беременные, пенсионеры, инвалиды, безработные и т. д.), и отчисления от предприятий, учреждений, организаций для страхования работающих (в настоящее время 3,6% к фонду оплаты труда).

В качестве государственного гаранта всеобщности ОМС, достижения социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС выступают созданные Федеральный и Территориальный фонды ОМС.

Федеральный и Территориальный фонды ОМС, являясь самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями, аккумулируют собранные страховые взносы и распределяют их между страховыми медицинскими организациями или филиалами Территориальных фондов ОМС по разработанным подушевым нормативам, принятым на территориях.

Наряду с перераспределительной функцией фонды ОМС выполняют функции стабилизатора территориальной системы. Для этого формируются резервные и перестраховочные фонды, призванные гарантировать оплату страховыми организациями медицинской помощи по территориальным программам.

Министерством здравоохранения и медицинской промышленности России разработана базовая программа обязательного медицинского страхования, в которой определены виды и объемы предоставляемых услуг по каждой медицинской специальности в разрезе амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи и рассчитана ее стоимость. При ее составлении учитывали интересы различных групп населения, в том числе женщины и детей.

Стратегия развития службы охраны материнства и детства направлена на обеспечение гарантий в удовлетворении основных потребностей по охране здоровья женщин и детей. В переходный экономический период служба будет опираться прежде всего на государственную

систему медицинской помощи. При переходе к системе медицинского страхования все виды медицинской помощи детям, а также женщинам для реализации их репродуктивных потребностей должны быть обеспечены средствами бюджета и входить в обязательные медицинские программы.

В перечень гарантированных видов медицинской помощи женщинам в 1993 г. (базовую программу медицинского страхования) включены медицинская помощь женщинам в связи с беременностью и родами, контрацепция, прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям, а также прерывание беременности малых сроков методом вакуум-аспирации (мини-аборта).

Учитывая особенности демографической ситуации в России в 1994 г. предполагается изменить систему финансирования наиболее незащищенных групп населения, в том числе беременных. В частности, средства на оказание медицинской помощи женщинам во время беременности и родов будут выделяться из базовой программы и оставлены на прямом бюджетном финансировании.

Следует отметить, что Министерство здравоохранения и медицинской промышленности России дало рекомендации на места о расширении перечня услуг, включаемых в базовую программу, в зависимости от возможностей местного бюджета, имея прежде всего в виду те виды помощи, которые направлены на охрану репродуктивного здоровья женщин.

В подавляющем большинстве регионов создана единая, основанная на территориальном принципе система обязательного медицинского страхования, включающая Территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФ ОМС) и страховые медицинские организации. Получили полисы примерно 30% населения, хотя разброс этого показателя по отдельным территориям очень велик — от 100 до 5%. Активно проводятся лицензирование и аккредитация лечебно-профилактических учреждений независимо от форм собственности. Созданы территориальные программы ОМС, во многих регионах качество оказанных медицинских услуг и соответственно их оплату оценивают на основе разрабатываемых медико-экономических стандартов и т. д.

В то же время введение в действие в России Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» несколько затянулось. Во многом это обусловлено тем, что нормативно-правовая база, регулирующая отношения в области охраны здоровья населения, не соответствует ситуации, сложившейся в результате изменения социально-экономических отношений в обществе. Кроме того, внедрение ОМС является сложной межотраслевой проблемой, решение которой не может быть возложено только на органы здравоохранения и медицинского страхования.

Перечень экстрагенитальных заболеваний беременных, требующих динамического наблюдения терапевтом

Большинство беременных, больных экстрагенитальными заболеваниями, должны находиться на особом учете у терапевта, для чего может быть использована учетная форма № 30 («Контрольная карта»).

К этим болезням главным образом относятся женщины, страдающие следующими заболеваниями:

ревматические пороки сердца;
врожденные пороки сердца;
гипертоническая болезнь;
гломерулонефрит;
пиелонефрит;
аномалии развития мочевых путей
анемия
геморрагические диатезы;
хронические заболевания печени;
сахарный диабет;
тиротоксикоз, гипотироз;
хроническая недостаточность функции надпочечников;
хроническая пневмония;
бронхиальная астма;
системные заболевания соединительной ткани

Инструктивно-методические указания по динамическому наблюдению беременных и родильниц¹

Динамическому наблюдению подлежат все беременные, начиная с самых ранних сроков беременности (до 12 нед), и родильницы.

При нормальном течении беременности здоровой и практически здоровой женщине рекомендуется посещать женскую консультацию со всеми анализами и заключениями врачей через 7—10 дней после первого обращения, а затем 1 раз в месяц до 28 нед; 2 раза в месяц после 28 нед. При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает.

Беременная должна быть осмотрена терапевтом, стоматологом, отоларингологом, окулистом, при показаниях — другими специалистами (хирургом, эндокринологом и др.) и при необходимости санирована.

Во время беременности женщина должна быть обследована в обязательном порядке на группу крови и резус-принадлежность, RW — дважды, СПИД, (группа риска), причем последний анализ за 2 мес до родов.

¹ В разработке схем наблюдения принимали участие Е. И. Николаева, Л. М. Комиссарова, В. М. Сидельникова, М. М. Шехтман; Е. С. Ляшко, В. М. Стругацкий, А. И. Емельянова.

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Показания к госпитализации
----------------------	---	--------------------------------------	--	--	----------------------------

I. Физиологическая беременность

За время беременности 10 раз: после первого осмотра явка через 7—10 дней с анализами, заключением терапевта и других специалистов, в дальнейшем—1 раз в месяц до 28 нед; 2 раза в месяц после 28 нед беременности. При выявлении патологии частота посещений возрастает

Терапевт, окулист, отоларинголог, стоматолог—1 раз при первой явке, в дальнейшем по показаниям, другие специалисты—по показаниям

Клинический анализ крови 3 раза (при первом посещении, при сроке 18 и 30 нед); анализ мочи (при каждом посещении); микроскопическое исследование отделяемого влагалища 2 раза (при первом посещении и сроке 30 нед), группа крови и Rh-фактор; при резус-отрицательной принадлежности—обследование мужа на групповую и Rh-принадлежность; анализ крови на RW—2 раза (при первом посещении и сроке 30 нед), анализ крови на СПИД (согласно регламентирующим документам), УЗИ 3 раза (при первом посещении, при сроке 20—26 нед, 34—36 нед). Тест шевеления плода с 28 нед; оформление gravidограммы при каждом посещении

Гигиена беременной; режим труда и отдыха; диета; психофизическая подготовка к родам; ультрафиолетовое облучение; витаминотерапия; бандаж

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Показания к госпитализации
----------------------	---	--------------------------------------	--	--	----------------------------

II. *Беременность патологическая (акушерская патология)*

Рвота беременных:

— легкая или умеренная	1 раз в 10 дней	Терапевт	Клинический анализ крови, гематокрит, ацетон и желчные пигменты в моче—1 раз в 1 нед; биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, мочевина, креатинин)—1 раз, по показаниям—чаще	Диета (частое, дробное питание без ограничений жидкости); медикаментозное лечение по показаниям; физиотерапия; психотерапия	Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения
— неукротимая или тяжелая с нарушением обмена веществ	—	—	—	—	Срочное обследование и лечение в стационаре
Отеки беременных	2 раза в неделю. По исчезновении отеков—1 раз в 1 нед	Терапевт	Клинический анализ крови; анализ мочи — 1 раз в 1 нед; определение электролитов в крови (K, Na, Ca); кондуктометрия. Другие исследования—по показаниям	Диета с ограничением соли и свободной жидкости до 1 л в сутки; разгрузочные дни (1 раз в 5—7 дней); лечебно-охранительный режим в домашних условиях (стационар на дому); витаминотерапия	Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения
Нефропатия	—	—	—	—	Необходимость стационарного лечения
Преэклампсия, эклампсия	—	—	—	—	То же

Невынашивание беременности:

— вне беремен-
ности¹

В соответствии с
графиком обследо-
вания

Эндокринолог,
невропатолог,
окулист, терапевт,
генетик, физиотерапевт

Измерение ректальной температуры; гистеросальпингография на 18—20-й день менструального цикла с измерением диаметра истмуса; 17-КС на 5-й день цикла и на 4-й день повышения ректальной температуры; спермограмма мужа; бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам на 3—5-й день менструального цикла; исследование крови на токсоплазмоз и ее Rh-принадлежность у супругов, определение групповых и Rh-антител; рентгенография черепа и турецкого седла; гистероскопия (для выявления внутриматочных синехий); гемостазиограмма; медико-генетическое обследование
Гирсутное число (по шкале Ферримана—Голлвея); морфометрия; индекс массы тела по Брею; определение уровня 17-КС, ДЭА

Комплексная терапия в зависимости от результатов обследования в течение 3—4 циклов перед планируемой беременностью

Исследование эндометрия, разрушение внутриматочных синехий, реконструктивно-пластическая операция на матке и шейке матки

— вне беремен-
ности, обус-
ловленное
гиперандрогенией

То же

То же

Медикаментозное лечение — в зависимости от клинико-патогенетических форм гиперандрогении

¹ Указанная схема обследования рекомендуется женщинам вне зависимости от числа самопроизвольных выкидышей в анамнезе.

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Показания к госпитализации
----------------------	---	--------------------------------------	--	--	----------------------------

и Э в моче и ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона, кортизола, 17-гидроксиандростерона и прогестерона в крови на 5—8-й день менструального цикла и на 4-й день подъема ректальной температуры; УЗИ яичников. По показаниям—рентгенография черепа, турецкого седла; электроэнцефалограмма; поля зрения; тест на толерантность к глюкозе; генетические обследования; дифференциально-диагностические гормональные пробы для определения формы гиперандрогении

— во время беременности:

I триместр—
(до 12 нед)

1 раз в 2 нед с обязательным влагалищным исследованием и осмотром шейки матки в зеркалах

Генетик, эндокринолог, физиотерапевт—по показаниям

Измерение ректальной температуры до 11 нед; исследование в моче ХГ—1 раз в 7—10 дней, 17-КС и Э—1 раз в 3—4 нед; анализ крови на Rh-групповые антитела; бактериологическое исследование отделяемого цервикального

Спазмолитические препараты; по показаниям—глюкокортикоиды с момента диагностики беременности под контролем экскреции 17-КС в моче; гестагены с 7—8 до 12—16 нед; эстрогены с 5—6 до 9—10 нед при генитальном

Угроза прерывания беременности

II триместр (до 28 нед)
То же

То же

III триместр (с 28 нед)
1 раз в 10 дней

Терапевт,
физиотерапевт—
по показаниям

канала; исследование показателей клеточного иммунитета; кольпоцитология. УЗИ при первом посещении

Осмотр шейки матки для определения симптома «зрачка» и характера натяжения слизи в динамике

УЗИ при сроке 18—20 нед; исследование крови на термостабильную щелочную фосфатазу (ТЩФ)—1 раз в 1 мес. При гиперандрогении исследование в моче 17-КС и Э₃ при сроке 13, 17, 23, 25, 27 нед; механогистерография; тонусометрия матки

Исследование экскреции 17-КС и Э₃ в моче при сроке 35 нед; ТЩФ—1 раз в 1 мес; УЗИ при сроке 32—36 нед; КТГ при сроке 34 нед, по показаниям чаще; гемостазиограмма в конце беременности; при гиперандрогении

инфантилизме и наступлении беременности после стимуляции овуляции; инъекции ХГ внутримышечно; физиотерапия; иглорефлексотерапия

Спазмолитические препараты; по показаниям—глюкокортикоиды под контролем экскреции 17-КС в моче (при яичниковой форме гиперандрогении до 20 нед, при надпочечниковой или сочетанной формах продолжить в III триместре; при угрозе выкидыша—продолжить независимо от формы гиперандрогении); физиотерапия; иглорефлексотерапия; β-миметики (партусистен, бриканил, сальбутамол, фенотерол); курс профилактической терапии плацентарной недостаточности с 18 нед

Спазмолитическая терапия; по показаниям—глюкокортикоиды до 36 нед; β-миметики; физиотерапия; иглорефлексотерапия; курс профилактической терапии плацентарной недостаточности при сроке 32—34 нед

Хирургическая коррекция при выявлении истмико-цервикальной недостаточности до 26 нед беременности; угроза прерывания беременности

Угроза преждевременных родов, подозрение на излитие околоплодных вод, плацентарная недостаточность

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей
----------------------	---	--------------------------------------

Переносная беременность	1 раз в 4—5 дней в течение 8—10 дней после предполагаемого срока родов	—
-------------------------	--	---

Беременность у женщин с Rh- или АВ0 несовместимостью — без явлений сенсibilизации	В соответствии с графиком	—
--	---------------------------	---

— с явлениями сенсibilизации	2 раза в 1 мес	Генетик—по показаниям
------------------------------	----------------	-----------------------

Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Показания к госпитализации
--	--	----------------------------

гении—рентгенопельвио-метрия после 38 нед; механогистерография, тонусо-метрия матки по показаниям

Определение зрелости шейки матки; кольпоцитология; амниоскопия; УЗИ, КТГ или ФЭКГ плода

Уточнение диагноза перенашивания беременности и решение вопроса о родоразрешении

Определение группы крови и Rh-фактора мужа. Анализ крови на Rh или групповые антитела 1 раз в 2 мес

Иммуногенетический анализ крови супругов на изо-антигены, анализ крови на Rh или групповые антитела 1 раз в 1 мес до 32 нед, 2 раза в 1 мес с 32 до 35 нед, затем еженедельно; УЗИ при сроке 22—24, 30—32, 34—36 нед; КТГ или ФЭКГ плода при сроке 32 и 34—35 нед

Неспецифическая десенсибилизирующая терапия при сроке 10—12, 24—25, 32—33 нед

Неспецифическая десенсибилизирующая терапия при сроке 10—12, 24—25, 32—33 нед; при выраженной сенсibilизации преднизолон по 5 мг ежедневно с 26—28 нед; пересадка кожного лоскута мужа при сроке 8—10 нед с последующей пересадкой по мере отторжения предыдущего лоскута

Отечная форма гемолитической болезни плода при сроке 35—36 нед; прерывание беременности вне зависимости от срока при тяжелой форме гемолитической болезни плода

Предлежание плаценты без кровотечения, обнаруженное во время беременности	Не реже 1 раза в 2 нед до 30 нед, затем еженедельно	Терапевт	УЗИ 1 раз в 1 мес; КТГ или ФЭКГ плода при сроке 32, 36 нед, по показаниям — чаще; гемостазиограмма	Ограничение физической нагрузки; соблюдение режима труда и отдыха; витаминотерапия	До родов в 37—38 нед для обследования и решения вопроса о сроках родоразрешения
Многоводие	1 раз в 1 нед	Терапевт, генетик, другие специалисты — по показаниям	Исследование на сахарный диабет, иммуноконфликт, наличие хронической инфекции (бактериологические исследования отделяемого из носоглотки, цервикального канала; иммунологическое исследование на токсоплазмоз, бруцеллез, хламидий, герпес, цитомегаловирус); пороки развития плода; (УЗИ, амниоцентез, фетоамниография в 24—26 нед по показаниям); КТГ или ФЭКГ	Диета гипохлоридная, медикаментозная терапия по показаниям	Острое многоводие или его нарастание. Подозрение или наличие пороков развития плода
Узкий таз	В соответствии с графиком обследования	—	УЗИ в конце беременности; КТГ или ФЭКГ плода; рентгенопельвиометрия после 38 нед	—	Решение вопроса о родоразрешении при сроке 37—38 нед
Неправильное положение плода, в том числе тазовое	После 30 нед еженедельно	—	УЗИ в 36—37 нед; КТГ или ФЭКГ плода; рентгенопельвиометрия после 38 нед	Корректирующая гимнастика после 32—34 нед	То же

III. Беременность и экстрагенитальная патология

Ревматические пороки сердца	2 раза в 1 мес, после 30 нед 3—4 раза в 1 мес	Срочная консультация терапевта и в дальнейшем динамическое наблюдение; ревматолог; по показа-	ФЭКГ и ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее—10 нед), УЗИ сердца; ревматологические пробы (определение титра антиглобу-	Специальная физическая подготовка к родам; соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки, медикаментозная терапия по на-	Уточнение диагноза и решение вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 нед, по-
-----------------------------	---	---	---	--	--

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Показания к госпитализации
		<p>ниям— другие специалисты</p>	<p>ронидазы, анти-0-стрептолизина, дифениламиновая проба, С-реактивный белок и др.); другие исследования—по показаниям; КТГ, ФЭКГ плода в 36 нед</p>	<p>значению терапевта, ревматолога</p>	<p>явление признаков декомпенсации (при любом сроке беременности); курс профилактической терапии при сроке 28—29 нед и за 2—3 нед до родов</p>
<p>Врожденные пороки сердца</p>	<p>То же</p>	<p>Срочная консультация терапевта, в дальнейшем—его динамическое наблюдение; кардиолог, генетик</p>	<p>ФЭКГ и ЭКГ; УЗИ сердца; рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 нед); УЗИ плода в 24—25 нед; КТГ после 34 нед</p>	<p>Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки; медикаментозная терапия по назначению терапевта</p>	<p>То же</p>
<p>Артериальная гипертония</p>	<p>В соответствии с графиком</p>	<p>Срочная консультация терапевта и его наблюдение (в I половине беременности не реже 1 раза в 1 мес, во II половине—не реже 2 раз в 1 мес). Окулист—2—3 раза во время беременности, чаще—по показаниям. Другие специалисты—по показаниям</p>	<p>Частота клинических анализов крови, мочи, повторная ЭКГ по назначению терапевта. Исследование глазного дна—2—3 раза. УЗИ, КТГ, ФЭКГ плода. Другие исследования и анализы—по показаниям</p>	<p>Медикаментозная терапия по назначению терапевта, соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки; физиопсихопрофилактическая подготовка к родам с ограничением физической нагрузки; диета</p>	<p>Обследование и решение вопроса о сохранении беременности при заболевании I—II стадиями. Прерывание беременности или лечение при отказе женщины прервать беременность при заболевании II Б и III стадиями. Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения. Ухудшенные состояния плода. Присоеди-</p>

Острый миокардит	По показаниям	Срочная консультация терапевта	ЭКГ, клинический анализ крови	—	нение позднего токсикоза беременных. Обследование при сроке 37—38 нед для решения вопроса о родоразрешении. Срочное обследование и лечение в терапевтическом отделении или специализированном акушерском стационаре
Кардиомиопатия, миокардиодистрофия	То же	Консультация терапевта; кардиолога, эндокринолога—по показаниям. Динамическое наблюдение терапевта (1—2 раза в 1 мес)	ФЭКГ; УЗИ сердца; рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 нед). Частота клинического анализа крови—по назначению терапевта. Исследование тиреоидных гормонов в крови для исключения тиротоксической кардиомиопатии	Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки; медикаментозная терапия по назначению терапевта; лечение заболевания, вызвавшего миокардиодистрофию	Уточнение диагноза и решение вопроса о возможности прерывания беременности до 10 нед—по назначению терапевта. Появление признаков декомпенсации (при любом сроке беременности). Курс профилактической терапии в 28—29 нед и за 2—3 нед до родов
Бронхиальная астма Хронический бронхит Хроническая пневмония	» »	Консультация терапевта. В дальнейшем динамическое наблюдение терапевта 1—2 раза в 1 мес	Анализ крови клинический, рентгеноскопия органов грудной клетки по назначению терапевта, бактериологический анализ мокроты	Соблюдение режима труда и отдыха с профилактикой простудных заболеваний. Медикаментозное лечение по назначению терапевта	Обострение заболевания

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Показания к госпитализации
Анемия:					
— железодефицитная (гипохромная)	2 раза в 1 мес	Терапевт—1 раз в 2 нед (до выздоровления или госпитализации); гематолог—по показаниям; другие специалисты—по показаниям	Клинический анализ крови—1 раз в 1 мес; сывороточное железо; билирубин крови, уробилин мочи; другие исследования—по назначению терапевта	Медикаментозное лечение; диета, богатая белками, железом и витаминами	Уточнение диагноза (характера анемии) в зависимости от общего состояния и гематологических показателей. Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения
— фолиево-дефицитная	То же	То же	То же	То же	То же
— В ₁₂ -дефицитная	» »	» »	» »	» »	» »
— гемолитическая	» »	» »	» »	» »	» »
— апластическая	» »	» »	» »	» »	» »
Пиелонефрит:					
— острый	3—4 раза в 1 мес	Терапевт—2 раза в 1 мес; уролог (нефролог) и другие специалисты—по показаниям	Клинический и бактериологический анализ средней порции мочи, исследование по Нечипоренко; мочевина и креатинин крови, УЗИ почек. Бактериологический анализ мочи. Частоту указанных исследований устанавливает терапевт или уролог. Исследования глазного дна—по показаниям, УЗИ почек плода	Медикаментозная терапия по назначению терапевта, уролога	Уточнение диагноза; обострение или острый процесс; присоединение позднего токсикоза беременности; угроза прерывания беременности; гипотрофия плода. В 37—38 нед беременности, если

			с 18 нед, КТГ или ФЭКГ плода после 34 нед		пиелонефрит со- провождается ги- пертензией или азотемией То же Не нуждается
хронический Бессимптомная бактериурия Гломеруло- нефрит: — острый	По показаниям То же	То же » »	То же, проба Зимницкого » »	То же, физиотерапия » »	
	2—3 раза в 1 мес, после 30 нед 3—4 раза в 1 мес	» »	ЭКГ, клинический анализ крови, анализ средней пор- ции мочи, определение остаточного азота, мочеви- ны крови. Проба Нечипо- ренко, клубочковая филь- трация почек, титр анти- стрептолизина-0, антигиадурондазы Частота указанных иссле- дований—по назначению терапевта. Исследование глазного дна и другие исследования—по пока- заниям. УЗИ плода с 12 нед. КТГ или ФЭКГ плода с 34 нед—по показаниям	Медикаментозная терапия » » по назначению терапевта	» »
— хронический Мочекаменная болезнь	По показаниям То же	» » Консультация те- рапевта, уролога. Динамическое на- блюдение тера- певта 1 раз в 1 мес	То же Анализ мочи, проба Нечи- поренко, бактериологи- ческое исследование мочи; УЗИ мочевых путей; Проба Зимницкого определение мочевины, креатинина крови. Исследование глаз- ного дна и ЭКГ при нали- чии нефрогенной гипертен-	То же Соблюдение диеты, соот- ветствующей особенностям течения заболевания. Медикаментозная терапия по назначению терапевта, уролога	То же » »

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Показания к госпитализации
Гидронефроз, аномалии органов мочевого выделения	» »	То же	эни по назначению терапевта. Дополнительные исследования по назначению терапевта, уролога То же	То же	» »
Сахарный диабет	2 раза в 1 мес до 30 нед, 3—4 раза после 30 нед	Эндокринолог (при его отсутствии—терапевт) в порядке динамического наблюдения; окулист 2—3 раза; другие специалисты—по показаниям	Определение сахара крови; сахара, ацетона мочи; сахар в суточной моче—2—3 раза в 1 мес. Глюкозурический профиль. Другие исследования по назначению эндокринолога или терапевта	Медикаментозное лечение—под контролем эндокринолога и терапевта. Специальная диета	Решение вопроса о сохранении беременности, нарушение компенсации сахарного диабета при любом сроке беременности, присоединение позднего токсикоза беременных
— предиабет или скрытый диабет ¹	То же	Терапевт—в порядке динамического наблюдения; окулист, эндокринолог и другие специалисты—по показаниям	Определение сахара крови; сахара и ацетона мочи; сахарная кривая с нагрузкой; анализ сахара в суточной моче—по назначению терапевта, эндокринолога	Специальная диета	Уточнение диагноза в терапевтическом или специализированном стационаре
Беременность и гонорея ²	До 30 нед—2 раза в 1 мес; после 30 нед—3—4 раза в 1 мес	По рекомендации дерматовенеролога. Другие специалисты — по показаниям	Клинический анализ крови; анализ мочи; микроскопия, посев отделяемого из влагалища, цервикального канала и уретры, серологические исследования в соот-	Медикаментозная терапия по назначению дерматовенеролога	Обследование и лечение

Беременность и сифилис ²	То же	То же	ветствии с частотой наблюдения дерматовенерологом Клинический анализ крови; анализ мочи; серологический контроль в соответствии с частотой наблюдения дерматовенерологом	То же	То же
Хронический холецистит, желчнокаменная болезнь	До 30 нед 2 раза в 1 мес, после 30 нед—3—4 раза в 1 мес	Консультация терапевта, гастроэнтеролога. Наблюдение терапевтом 1 раз в 2—3 мес	Клинический анализ крови, биохимическое исследование крови (общий билирубин, холестерин, общий белок), УЗИ желчного пузыря и желчных протоков	Соблюдение режима труда и отдыха, диета. Медикаментозная терапия по назначению терапевта	Обострение заболевания
Хронический гепатит	То же	Терапевт в порядке динамического наблюдения (1 раз в 2—3 мес), консультация гепатолога	Анализ крови, анализ мочи, биохимическое исследование крови (общий билирубин, холестерин, общий белок), печеночные пробы, трансаминаза, ЛДГ, ЩФ, АСТ, АЛТ; гемостазиограмма, УЗИ печени, селезенки	То же	То же
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	До 30 нед—2 раза в 1 мес, после 30	Консультация гастроэнтеролога; осмотр терапевта	Анализ кала на скрытую кровь, по показаниям—гастроэзофагогастродуоденоскопия, анализ	Соблюдение режима труда и отдыха; диеты. Медикаментозная терапия по на-	» »

¹ Обследованию подлежат беременные с:

- отягощенной по сахарному диабету наследственностью;
 - ожирением II—III—IV степени;
 - жалобами на жажду, обильное питье, зуд наружных половых органов, потливость, фурункулез, повышенный аппетит и резкую слабость—при данной беременности или в анамнезе;
 - повторно беременные, рожавшие крупных детей (4 кг и более);
 - глюкозурией, впервые выявленной во время данной беременности или установленной при предыдущих беременностях.
- ² При подозрении или выявлении гонореи или сифилиса беременную необходимо направить в кожно-венерологический диспансер для уточнения диагноза и лечения.

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Показания к госпитализации
надцатиперстной кишки	нед—3—4 раза в 1 мес	том—1 раз в 3 мес, по показаниям—чаще	крови клинический	значению терапевта гастроэнтеролога	
Тиротоксикоз с зобом или без него	2 раза в 1 мес в I и II триместре, после 30 нед—еженедельно	Консультация терапевта, эндокринолога; в дальнейшем динамическое наблюдение 1—2 раза в 1 мес. Консультация генетика	Исследование тиреоидных гормонов, белковосвязанного йода, ЭКГ по назначению эндокринолога или терапевта; анализ крови с подсчетом тромбоцитов, гемостазиограмма 1 раз в триместр. УЗИ плода в 18—22 нед (по показаниям чаще), КТГ после 34 нед	Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической и психической нагрузки, медикаментозная терапия по назначению терапевта, эндокринолога	В ранние сроки беременности для подбора корригирующей терапии и за 2 нед до родов (при тиротоксикозе средней степени в конце I триместра для решения вопроса об оперативном лечении). Обостренные заболевания. Тяжелая степень заболевания для прерывания беременности при любом сроке
Нетоксический узловатый зоб	То же	То же	То же	Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической и психической нагрузки. Седативная терапия	—
Приобретенный гипотироз	» »	» »	» »	Тирокомб или другие гормональные препараты в течение всей беременности с возможным изменением	Обследование и лечение в ранние сроки беременности

Варикозное расширение вен нижних конечностей	По показаниям	Хирург—по показаниям	Гемостазиограмма при выраженном варикозном расширении, явлениях флебита или перифлебита, осмотр в зеркалах стенок влагаллица—при варикозе наружных половых органов	<p>дозы во II половине беременности под контролем тиреоидных гормонов</p> <p>Бинтование эластическими бинтами. При появлении жалоб (тяжесть в ногах, боли в области варикозно измененных вен)—повязка с бутадионовой, гепариновой мазью или троксевазином. Курс профилактической терапии—аскорутин+теоникол или никошпан—в течение 10 дней с интервалом 2—3 нед, далее—по показаниям. Физиотерапия. При явлениях перифлебита, помимо указанного выше, оральное назначение троксевазина</p>	Тромбофлебит; выраженный варикоз нижних конечностей, вульвы или стенок влагаллица для решения вопроса о методе родоразрешения при сроке 37—38 нед
Ожирение	2 раза в 1 мес до 30 нед, 3—4 раза в 1 мес после 30 нед, по показаниям—чаще	Терапевт—при I и II степени ожирения—2 раза (при необходимости чаще). При III степени—в порядке динамического наблюдения (1 раз в 1 мес). Эндокринолог—1 раз при первой явке, в дальнейшем—по показаниям; другие специалисты—по показаниям	Исследование на сахарный диабет: сахар крови, сахарная кривая с нагрузкой—при первом обращении (при необходимости—по назначению эндокринолога—чаще). Исследование липидного спектра крови (холестерин, триглицериды, липопротеиды низкой и высокой плотности) и свертывающей системы крови (с обязательным исследованием количества тромбоцитов и их функции)	Диета с ограничением жиров и углеводов, дробное 5—6-разовое питание; строгий контроль за прибавкой массы тела. Медикаментозная терапия по показаниям. Профилактика позднего токсикоза, перенашивания, тромбгеморрагических осложнений, крупного плода	Признаки позднего токсикоза

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Показания к госпитализации
----------------------	---	--------------------------------------	--	--	----------------------------

IV. Беременность и отдельные факторы риска

Беременность у женщин

— 35 лет и старше	В I половину беременности 1—2 раза в I мес; после 20 нед—2 раза в I мес, после 30 нед—4 раза в I мес	Консультация генетика вне беременности или в максимально ранние сроки	УЗИ плода, биопсия хориона или амниоцентез в зависимости от срока беременности	По назначению терапевта ЭКГ и др. Обязательное УЗИ плода в 18—20, 22—24 нед, КТГ или ФЭКГ плода в динамике после 34 нед. Исследования уровня Э, ПЛ в динамике	Решение вопроса о родоразрешении при сроке 37—38 нед
— рожавших детей с пороками развития или наследственными заболеваниями	В соответствии с графиком	Консультация генетика вне беременности или в максимально ранние сроки. Другие специалисты—по показаниям	УЗИ плода не реже 2 раз (в 18—20 и 25—26 нед), по показаниям—в конце I триместра. Биопсия хориона в 7—10 нед или амниоцентез в 17—20 нед—по показаниям. Определение уровня α-фетопротеина в сыворотке крови матери в I триместре, по показаниям—во II триместре	По назначению специалистов	Наличие пороков развития или наследственного заболевания у плода для прерывания беременности при любом сроке
Плацентарная недостаточность	1 раз в I нед	По показаниям	Клинический анализ крови, гематокрит, цитохимическое исследование периферической крови. Гемостазиограмма—1 раз в 2 нед, УЗИ плода—1 раз в 2 нед, исследование Э ₃ в суточной моче—1 раз в 2 нед, КТГ плода—1 раз в 1 нед, измерение высоты дна матки и окружности живота—еженедельно	Спазмолитическая терапия. Антикоагулянты и антиагреганты под контролем гемостазиограммы, эссенциале—2 драже по 3 раза—не менее 3 нед. Витаминотерапия. Физиотерапия	Отсутствие эффекта от лечения в течение 2—3 нед или ухудшение состояния плода

Крупный плод	В соответствии с графиком	Эндокринолог, другие специалисты—по показаниям	Исследование крови на сахар, УЗИ плода в конце беременности, рентгенопельвиометрия после 38 нед КТГ в 32, 36 нед.	Диета с ограничением углеводов	Решение вопроса о родоразрешении при сроке 37—38 нед
Рубец на матке после кесарева сечения или миомэктомии	До 20 нед беременности 1 раз в 3—4 нед (по показаниям—чаще), с 20 до 28 нед—2 раза в 1 мес; после 28 нед—не реже 1 раза в 7—10 дней	По показаниям	При корпоральном кесаревом сечении или рубце на передней стенке матки после миомэктомии в анамнезе—УЗИ в 35 нед для определения состояния рубца. Исследование свертывающей системы крови при первой явке и в дальнейшем—по показаниям.	Ограничение физической нагрузки, при необходимости медикаментозная терапия	Срочная госпитализация при подозрении на несостоятельность рубца. Решение вопроса о родоразрешении при сроке 36—37 нед
Краснуха или контакт с краснухой	Осмотр в начале и конце заболевания. При контакте с краснухой—частота осмотров не меняется	Инфекционист	Определение титра антител к вирусу краснухи на 7—10-й день после начала заболевания или контакта с больным, повторить через 2 нед. При заболевании обязательно УЗИ плода в 20—24 нед, в дальнейшем—по показаниям. КТГ плода после 34 нед	При заболевании—прерывание беременности до 12 нед; при сохранении беременности—лечение, направленное на ее сохранение	Нет показаний
Беременность: — многоплодная	2 раза в 1 мес до 28 нед, 1 раз в 7—10 дней после 28 нед	Терапевт 3 раза, другие специалисты—по показаниям	Клинический анализ крови (1 раз в 2 мес). Исследование крови на гематокрит, ретикулоциты	Лечебно-охранительный режим, включающий расширение показаний для наблюдения постельного	Обследование в «критические сроки» беременности (18—22 и 31—34 нед).

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Показания к госпитализации
— у много-рожавшей (при отсутствии патологии)	1 раз в 1 мес до 20 нед, 2 раза в 1 мес до 30 нед, 1 раз в 1 нед после 30 нед	Осмотр терапевтом в каждом триместре беременности, другие специалисты—по показаниям	<p>сывороточное железо. Гемостазиограмма. Определение в крови общего белка, билирубина, остаточного азота; во II триместре—уровня α-фетопротеина.</p> <p>УЗИ при первой явке, в дальнейшем по показаниям, но не реже 1 раза в 2 мес.</p> <p>Наружная гистерография или тонусометрия матки при сроке 18—19 и 30—31 нед.</p> <p>Контроль за состоянием шейки матки для выявления истмико-цервикальной недостаточности.</p> <p>КТГ или ФЭКГ плода после 34 нед.</p> <p>При наличии показаний—определение Эз, ПЛ в крови или моче</p> <p>Клинический анализ крови 1 раз в 1 мес с определением гематокрита, гемостазиограмма.</p> <p>Бактериологическое исследование мазков из зева, носа, цервикального канала</p>	<p>режима и временной нетрудоспособности.</p> <p>Обеспечение полноценного питания с преобладанием в пище белков животного происхождения.</p> <p>С 20 нед в зависимости от тонуса матки назначение мини-доз β-адреномиметиков по 2—4 нед с перерывом 1—2 нед.</p> <p>Физиотерапия</p> <p>Оральный прием железосодержащих препаратов с 16—20 нед в течение 3 мес</p> <p>Ограничение физической нагрузки. Диета, богатая белками, железом и витаминами. Курс профилактической ангианемической терапии в 20—21, 30—31, 37 нед</p>	<p>Решение вопроса о методе родоразрешения при сроке 36 нед</p> <p>После 37 нед для подготовки к родам</p>

14* — мнома
матки

До 20 нед—1 раз в По показаниям
3—4 нед; с 20
нед—2—3 раза в 1
мес

Клинический анализ крови 1 раз в 1 мес при значительной величине миомы или неблагоприятной локализации.

Анализ крови на свертывающую систему.

УЗИ при первой явке, в 20 и 34 нед.

КТГ, ФЭКГ плода после 34 нед

Ограничение физической нагрузки. Курс профилактической терапии: спазмолитические средства в течение 10—12 дней в I триместре и в 16—18 нед. По показаниям после 18 нед мини-дозы β -адреномиметиков; физиотерапия; игло-релфлексотерапия

Появление боли в области миоматозного узла или быстрорастущая миома. Большие размеры миомы (10 см и более), множественные узлы или их неблагоприятная локализация. Решение вопроса о сохранении беременности до 12 нед. Курс профилактической терапии при сроке 16—18 нед, решение вопроса о родоразрешении при сроке 37—38 нед

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

Примечание. При обращении в женскую консультацию женщины с остаточными явлениями после перенесенных осложнений в родах и послеродовом периоде проводят все исследования и осмотры, как указано в разделе «Нормальный послеродовой период».

В последующих разделах приведены только дополнительные диагностические исследования, примерная схема динамического наблюдения женщин в послеродовом периоде и лечебно-реабилитационные мероприятия.

Нозологическая форма ¹	Частота наблюдения акушром-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
Нормальный послеродовой период	<p>Осмотр в течение первых дней после выписки</p> <p>Осмотр через 6—8 нед после родов</p> <p>Последующие осмотры в течение 1,5 лет каждые 6 мес</p>	<p>По показаниям</p> <p>По показаниям</p>	<p>Наружный осмотр, измерение АД. При наличии швов — осмотр на кресле. Двуручное гинекологическое исследование. Лабораторное—по показаниям</p> <p>Двуручное гинекологическое исследование. Осмотр шейки матки в зеркалах с раствором Люголя. Кольпоскопия, лабораторные исследования по показаниям</p> <p>Двуручное гинекологическое исследование. Кольпоскопия. При выявлении патологии шейки матки — лечение</p>	<p>Личная гигиена. Уход за молочными железами. Режим труда (домашнего), отдыха, рациональное питание. Гигиеническая гимнастика, бандаж</p> <p>Совет по предупреждению беременности.</p> <p>Рекомендации контрацепции</p> <p>То же</p>
Родильницы:				
— после разрывов промежности или шейки матки III степени	Число осмотров то же и более по показаниям	По показаниям	То же, что и при нормальном течении послеродового периода	Подавление лактации — по показаниям ¹
— после предыдущих родов	То же	То же	То же и дополнительные методы исследования — по показаниям	» »

¹ Подавление лактации: парлодел 2,5 мг 2 раза с интервалом 12 ч, после приема пищи с последующим постельным режимом в течение 2 ч, под контролем АД (10—14 дней); бромкамфора 0,25 г 3 раза в день; тугое бинтование молочных желез; 0,1% масляный раствор эстрадиола дипропионата 1 мл + 5% масляный раствор тестостерона пропионата 0,5 мл в одном шприце внутримышечно 1 раз в сутки ежедневно или через день (6—12 инъекций); солуретические мочегонные средства.

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
— после кесарева сечения	То же	То же	То же	То же, что и при нормальном течении послеродового периода
— после ручного вхождения в полость матки	» »	» »	» »	То же
— беременность и роды, осложненные поздним токсикозом	» »	» »	Измерение АД, общий анализ мочи 2 раза в течение первого месяца, далее — по показаниям	Гипотензивная, седативная терапия — по показаниям, при отсутствии эффекта через 6 мес — лечение в нефрологическом стационаре
— с заболеванием почек (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии и др.)	» »	Терапевт, нефролог, уролог по показаниям	Измерение АД, клинический анализ крови, мочи при каждом посещении женской консультации. Пробы Реберга, Зимницкого, анализ мочи по Нечипоренко. Посев мочи на флору. Дополнительные исследования — УЗИ или радиоизотопное исследование почек по показаниям	Терапия по рекомендации специалиста, физиотерапия
— с заболеванием сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, артериальная гипотензия, пороки сердца)	» »	Окулист, терапевт, кардиолог, по показаниям	Измерение АД, ФЭКГ и другие исследования по показаниям	Терапия по рекомендации специалиста

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
— с анемией	» »	Терапевт, гематолог по показаниям	Клинический анализ крови, определение сывороточного железа, анализ крови на общий белок, гематокрит	Общие лечебно-оздоровительные мероприятия. Антианемическая терапия, поливитамины, диета, богатая белком и железом
— с эндокринными заболеваниями (щитовидная железа, надпочечники, гипофиз и др.)	То же	Терапевт, эндокринолог по показаниям	Гормональные исследования по показаниям, ЭКГ; специальные исследования по показаниям	Корректирующая или заместительная терапия (по рекомендации специалиста)
— с сахарным диабетом	» »	То же	Анализ мочи и крови на сахар, при необходимости проведение пробы на толерантность к глюкозе	Диета, корригирующая терапия по рекомендации специалиста
— с варикозным расширением вен нижних конечностей	» »	Хирург — по показаниям	Клинический анализ крови. Гемостазиограмма	Физиотерапия:
— с геморроем	» »	То же	То же	По показаниям — диетотерапия, лечебная гимнастика, медикаментозное воздействие. Дарсонвализация с ощущением слабого тепла
— с эндометригом (состояние после перенесенного заболевания в стационаре)	» »	По показаниям	Клинический анализ крови, бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала. Другие исследования по показаниям	Общеукрепляющая терапия. По показаниям: антианемическая терапия и физиотерапия,

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
— с эндометритом (начало заболевания после выписки из стационара)	То же и более по показаниям	То же	То же	Необходима госпитализация
— с тромбозом поверхностных вен нижних конечностей	2—3 раза в 1 нед	Хирург — по показаниям	Клинический анализ крови, гемостазиограмма	По показаниям бинтование ног эластическими бинтами, повязки с бутадионовой, гепариновой мазью, троксевазином или мазью Вишневского, физиотерапия
— с тромбозом глубоких вен нижних конечностей	Ежедневно (на дому)	Консультация сосудистого хирурга	Гемостазиограмма, клинический анализ крови	Бинтование ног эластическими бинтами (продолжительность — по показаниям) спазмолитики (папаверин, но-шпа), антиагреганты (никотин, теоникол), троксевазин, физиотерапия
— с тромбозом вен таза (состояние после перенесенного заболевания в стационаре)	1 раз в 1 нед	Хирурги — по показаниям	Клинический анализ крови, гемостазиограмма	Госпитализация в специализированный стационар — по показаниям Общеукрепляющая терапия. Физиотерапия

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Обзор врачами других специальностей	Частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
— с тромбозом вен таза (начало заболевания после выписки из стационара)	То же	То же	То же	Срочная госпитализация
— с послеродовым перитонитом (состояние после перенесенного заболевания)	1 раз в 1 нед	Хирург — по показаниям	Клинический анализ крови, бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала, гемостазиограмма и другие исследования по показаниям	Общеукрепляющая терапия, физиотерапия
— с серозным маститом (начало заболевания после выписки из стационара)	Ежедневно	То же	Клинический анализ крови, посев молока с определением степени микробной колонизации, УЗИ и тепловидение молочных желез	Временное прекращение грудного вскармливания, сцеживание молока, антибактериальная терапия (оксациллин, ампициллин, гентамицин, фузидин, линкомицин), мазовые компрессы по показаниям; физиотерапия
— с инфильтративным маститом (начало заболевания после выписки из стационара)	То же	То же	То же	То же, решение вопроса о подавлении лактации и госпитализации
— с гнойным маститом, диагностировано	» »	Срочная консультация хирурга		Срочная госпитализация для оперативного лечения, решение вопроса о подавлении лактации

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
— ванным в женской консультации				
— с гнойным маститом после хирургического лечения	2 раза в 1 нед	Консультация хирурга	Клинический анализ крови, посев молока с определением степени микробной колонизации	Перевязки — по показаниям решение вопроса о лактации, физиотерапия
— с расхождением швов после кесарева сечения	То же	То же	Клинический анализ крови и другие исследования по показаниям	По показаниям — перевязки (назначения хирурга).
— с расхождением швов промежности	» »	» »	То же	Физиотерапия Обработка раны (назначения хирурга). В дальнейшем — решение вопроса об оперативном лечении

Гравидограмма

На гравидограмме (наиболее важные фрагменты представлены на рис. 1) регистрируют основные показатели рутинного клинического и лабораторного обследования беременных. Она удобна для визуальной оценки предложенных параметров в динамике беременности.

Показатели, указанные в первых графах, следует записывать в их числовом выражении. В шкале «АД» отмечают точками показатели систолического и диастолического давления, соединяя последовательно их линиями, что поможет составить график динамики АД при наблюдении за беременной. Особое внимание необходимо обращать на динамику высоты стояния дна матки, которая представлена доверительными интервалами ее нормы.

При очередном визите беременной точкой указывают соответствующую величину, полученную при измерении высоты дна матки. Точки соединяют между собой по мере динамики наблюдения и таким образом вычерчивают кривую линию. Кривая, вышедшая при повторных измерениях за пределы указанных интервалов, характерных для плода с нормальной массой, требует выяснения причин и дополнительного обследования (ультразвук, гормоны, биохимические показатели и др.). Кривая высоты дна матки на нижней границе или ниже доверительного интервала указывает в большинстве случаев на задержку развития плода, а на верхней границе нормы характерна для плодов с крупной массой, многоплодия или многоводия.

Состояние шейки матки оценивают в баллах, особенно у женщин с риском преждевременного прерывания беременности. Для балльной оценки состояния шейки матки используют видоизмененную схему Е. Н. Bishop, приведенную ниже.

Оценка состояния шейки матки в баллах

Шейка матки	Балл		
	0	1	2
Длина	≥ 2 см	< 2 см > 1 см	≤ 1 см
Цервикальный канал	Наружный зев закрыт	Наружный зев проходим для 1 поперечного пальца	Внутренний зев открыт
Консистенция	Плотная	Размягченная	Мягкая
Позиция	Кзади от проводной оси таза	По проводной оси таза	Кпереди от проводной оси таза

При суммарной оценке 4 балла хирургической коррекции шейки матки не требуется в момент наблюдения, а при оценке 5—8 баллов она необходима (возможна). Для более точной диагностики желательно проводить ультразвуковое исследование для оценки степени раскрытия истмической части матки. Истмус < 0,8 см оценивают в 1 балл, при его значении > 0,8 — в 2 балла.

В последующих графах гравидограммы указывают предлежание плода, наличие сердцебиения, отеков, которые обозначают знаком +.

Величину прибавки массы тела отмечают у беременных нормостенического телосложения [массо-ростовой коэффициент (МРК) $38,13 \pm 3,07\%$], с избыточной (МРК $48,36 \pm 6,31\%$) и недостаточной (МРК $32,25 \pm 1,88\%$) массой тела. Интервалы между двумя указанными линиями означают параметры нормальной прибавки массы в соответствии с весовыми категориями. При очередном осмотре величину прироста массы указывают

точками, соединяя их линиями. Для ориентировки нормальной прибавки массы тела представлены верхняя и нижняя граница нормы в определенные сроки беременности. Женщины с первоначальной недостаточной массой тела могут больше прибавлять в весе, чем остальные беременные.

При отсутствии видимых отеков разгрузочные дни у этой категории беременных нужно проводить после тщательного обследования, поскольку они угрожаемы на преждевременные роды и рождение детей с низкой массой тела. Общая прибавка массы тела у всех беременных (с ранних сроков до 40 нед) менее 7 кг или отсутствие ее нарастания в течение нескольких визитов может указывать на задержку развития плода и требует дополнительного обследования.

Приложение 4

Тест движений плода (ТДП)

В комплексной оценке состояния внутриутробного плода большое значение имеет его двигательная активность. Уменьшение движений плода или изменение их характера нужно рассматривать, как симптом нарушения его состояния. Тест движений плода «считай до 10» регистрирует сама беременная ежедневно, начиная с 28 нед и до родов на специальной карте (на рис. 2, см. с. 221, представлен фрагмент ТДП только в течение 1 нед), где отмечает число его движений за 12 ч, начиная с 9.00. При 10-м шевелении плода его время отмечают крестиком в графе, соответствующей сроку беременности и дню недели (день недели обозначен первыми буквами), после чего дальнейший счет прекращают. При очередном визите беременная предъявляет врачу тест движений плода (в приложении представлена лишь 28-я неделя).

Кроме теста «считай до 10», можно использовать подсчет числа движений плода в течение 1 ч 3 раза в день (7.00—8.00, 12.00—13.00; 18.00—19.00). Снижение числа шевелений плода до 10 и менее за 12 ч или 3 и менее за 1 ч (в каждом измеряемом интервале) рассматривается как сигнал тревоги и требует кардиомониторного контроля.

Приложение 5

Показания для направления женщин акушером-гинекологом на медико-генетическое консультирование

1. Возраст беременной 35 лет и более.
2. Наличие у одного из супругов хромосомной перестройки или порока развития.
3. Рождение в прошлом в данной семье или у близких родственников детей с наследственными болезнями:
 - а) — обмена: Тейя — Сакса, Гоше, Фабри, Краббе, Нимана — Пика, Зандгоффа, фукозидоз, маннозидоз, ганглиозидоз СМ₁, мукополисахаридоз III, метахроматическая лейкодистрофия;
— сцепленными с полом: гемофилия, миопатия Дюшена;
— кожи — ихтиоз Брока, буллезный эпидермолиз;
 - б) адреногенитальным синдромом;
 - в) врожденными пороками развития: изолированными — ЦНС, костной и сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и др. — или множественными;
 - г) хромосомными заболеваниями: болезнь Дауна, синдром Патау, синдром Эдвардса.

Часы	28-40 нед.						
	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
9.00							
30							
10.00							
30							
11.00							
30							
12.00							
30							
13.00							
30	×						
14.00							
30							
15.00							
30							
16.00							
30							
17.00							
30							
18.00							
30							
19.00							
30							
20.00							
30							
21.00							
9							
8							
7		×					
6							
5							
4			×				
3							
2							
1							
0							×

Тест движений плода

„Считай до 10“

Ф.И.О. _____

Адрес _____

Дом. телефон _____

Начато _____ 19__ г. при сроке
беременности _____ недель

Движения плода начинайте считать в 9.00.

Когда почувствуете 10-е движение, отмечайте в
таблице время и больше не считайте.

Например: 10-е движение зарегистрировано
между 13.00 и 13.30 и отмечено в клетке А.

На следующее утро начинайте считать
движения снова

Если с 9.00 до 21.00 почувствовали менее 10
движений, отметьте только их число за это время
в нижней части таблицы (клетки Б и В)

Запомните:

Если в течение дня наблюдается менее 10
движений плода-немедленно обращайтесь к
врачу, жизнь Вашего ребенка в опасности

Рис. 2. Тест движений плода «Считай до 10».

4. Крово-родственный брак.
5. Неблагоприятные воздействия факторов окружающей среды в ранние сроки (до 16 нед) беременности, заболевание краснухой или контакт с больным, рентгенодиагностические процедуры.
6. Женщины, страдающие:
 - привычным невынашиванием беременности неясного генеза;
 - первичной аменореей;
 - нарушением менструального цикла неясной этиологии.

Направлять на медико-генетическое консультирование следует вне беременности или в ее ранние сроки (6—8 нед).

Показания к госпитализации беременных в дневные стационары при поликлиниках

Госпитализация в дневной стационар при поликлинике подлежат беременные:

- 1) с экстрагенитальными заболеваниями в стадии компенсации, нуждающиеся в обследовании и проведении курса профилактической терапии, в том числе:
 - подозрение на порок сердца;
 - уточнение характера пороков сердца;
 - субфебрилитет легочной этиологии;
 - гипертоническая болезнь I стадии;
- 2) с различными акушерскими осложнениями, в том числе:
 - ранний токсикоз при наличии транзиторной кетанурии;
 - анемия I — II степени;
 - водянка без распространенных отеков;
 - Rh-конфликт в I и II триместре беременности (обследование и лечение);
 - фетоплацентарная недостаточность (курс трансфузионной терапии: внутривенное введение глюкозы, кокарбоксилазы, витаминов, эссенциале, левомина и др.);
 - угроза прерывания беременности при привычном невынашивании (иглорефлексотерапия, физиотерапия, электрорелаксация матки и др.);
 - перенашивание беременности, подозрение на гипоксию плода и др. (амниоскопия);
- 3) для оценки состояния внутриутробного плода, требующей комплексного обследования (ультразвуковое, антенатальная кардиотокография);
- 4) для проведения психо- и гипнотерапии;
- 5) для прерывания беременности в ранние сроки вакуум-аспирацией.

Приложение 7

ПРОГРАММА

санитарно-просветительных занятий с беременными акушера-гинеколога в «Школе материнства»

Занятие 1

1. Жизнь до рождения.

1. Краткие сведения о строении и функционировании половой системы.
2. Женские и мужские половые клетки.
3. Зарождение новой жизни.
 - 3.1. Оплодотворение.
 - 3.2. Признак беременности.
 - 3.3. Физиологические изменения в организме женщины и периоды беременности (I триместр — период адаптации, II триместр — период равновесия, III триместр — период усталости).
 - 3.4. Рост и развитие внутриутробного плода по месяцам беременности, его эмоциональное восприятие окружающей среды.
 - 3.5. Роль плаценты и амниотической жидкости в жизнеобеспечении плода.

4. Факторы риска беременности.
 - 4.1. Что такое факторы риска?
 - 4.2. Влияние здоровья родителей на здоровье будущего малыша.
 - 4.3. Роль наследственности.
 - 4.4. Алкоголь и курение родителей как вредные факторы развития перинатальной патологии.
 - 4.5. Влияние других неблагоприятных факторов на плод (производственных, инфекционных, лекарственных, радиационных и др.).
 - 4.6. Осложнения беременности.
5. Медицинское наблюдение за развитием беременности.
 - 5.1. Важность раннего медицинского контроля за здоровьем беременной и плода.
 - 5.2. Частота посещений акушера-гинеколога.
 - 5.3. Необходимость выполнения рутинного объема медицинского обследования во время беременности.
 - 5.4. Знакомство с использованием современных инструментальных методов слежения за состоянием здоровья матери и плода.
 - 5.5. Использование самими беременными некоторых тестов для оценки развития беременности и состояния плода.

Занятие 2

- II. Гигиенические правила в период беременности.
 1. Изменение стиля жизни.
 - 1.1. Рекомендации по режиму труда, в том числе домашней работы.
 - 1.2. Планирование режима дня и отдыха.
 - 1.3. Половая жизнь.
 2. Питание — как важный фактор для правильного развития беременности.
 - 2.1. Понятие о калорийности пищи и сбалансированном рационе продуктов питания.
 - 2.2. Рекомендации о меню пищевых продуктов.
 - 2.3. Жидкость и витамины.
 - 2.4. Особенности питания при патологических состояниях (ранний токсикоз, запоры, гипертензия, заболевание почек и т. д.).
 3. Личная гигиена.
 - 3.1. Значение соблюдения чистоты тела (уход за кожей, зубами, половыми органами и т. д.).
 - 3.2. Одежда, обувь, белье.
 - 3.3. Подготовка молочных желез к будущему кормлению.
 - 3.4. Использование природных факторов для закаливания и оздоровления организма.
 4. Гигиеническая гимнастика.
 - 4.1. Обучение комплексу физических упражнений в зависимости от срока беременности.
 - 4.2. Умение расслабляться — «быстрый отдых».
 5. Психо-эмоциональная эволюция женщины во время беременности.
 - 5.1. Психическая адаптация женщины к беременности.
 - 5.2. Роль семьи в психической и физической поддержке беременной.

Занятие 3

- III. Подготовка к «родам без страха».
 1. Календарные сроки наступления родов.
 2. Предвестники родов.
 3. Подготовка к поступлению в родильный дом.
 4. Периоды родов и их продолжительность.
 5. Управление родами.
 - 5.1. Значение правильного и спокойного поведения матери в родах.
 - 5.2. Доверие к медицинскому персоналу и необходимость выполнения всех его рекомендаций.

- 5.3. Использование различных способов дыхания для благополучного течения родов.
- 5.4. Приемы обезболивания родов.
- 5.5. Аутотренинг и точечный самомассаж для укрепления психоэмоционального состояния в родах.
6. Рождение ребенка и первые часы после родов.
7. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде.
8. Информация о помощи юриконсульта по защите законодательных прав материнства.

ПРОГРАММА

занятий педиатра с беременными в «Школе материнства»

Занятие 1

I. Ребенок родился.

1. Понятие о доношенности новорожденного (масса и длина тела, другие признаки доношенности):
 - 1.1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного.
 - 1.2. Явление «гормонального» кризиса у новорожденной девочки.
 - 1.3. Совместное пребывание матери и ребенка в родильном доме.
 - 1.4. Соблюдение правил личной гигиены при контакте с новорожденным.
 - 1.5. Важность грудного вскармливания и режим кормления новорожденного.
 - 1.6. Техника прикладывания ребенка к груди.
 - 1.7. Подготовка новорожденного к выписке из акушерского стационара.

Занятие 2

II. Уход за новорожденным в семье.

1. Рекомендации по гигиене жилищных условий для новорожденного в семье.
2. Правила и предметы ухода за новорожденным:
 - 2.1. Предметы ухода.
 - 2.2. Туалет ребенка, его купание.
 - 2.3. Уход за кожей и пупочной ранкой.
 - 2.4. Широкое пеленание.
 - 2.5. Режим дня новорожденного.
3. Вскармливание новорожденного:
 - 3.1. Соблюдение режима грудного кормления.
 - 3.2. Рекомендации по искусственному вскармливанию.
 - 3.3. Значение взвешивания новорожденного для определения правильного вскармливания.
4. Влияние вредных факторов на здоровье новорожденного (курение, алкоголь в семье):
 - 4.1. Недопустимость курения и приема алкоголя родителями.
 - 4.2. Опасность самолечения.
5. Советы по выполнению медицинских рекомендаций:
 - 5.1. Приемы массажа новорожденного.
 - 5.2. Техника измерения температуры тела.
 - 5.3. Пользование очистительной клизмой и газоотводной трубкой.
 - 5.4. Приемы пользования грелкой.
 - 5.5. Применение согревающих компрессов.
 - 5.6. Правильная подготовка питья и дача лекарства при его назначении врачом.

Для более глубокого усвоения представленных материалов, а также для воспитания у беременных чувства ответственности и контроля за своим здоровьем предлагаем женщинам несколько способов самостоятельного слежения за развитием беременности, указанных в приложении.

Схемы динамического наблюдения гинекологических больных¹

В схемах представлены сведения о характере и частоте врачебных осмотров акушером-гинекологом и другими специалистами гинекологических больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях, клинических и лабораторных методах исследования, основных путях оздоровления, показаниях для госпитализации, длительности наблюдения, критериях снятия с диспансерного учета.

При наблюдении гинекологических больных следует учитывать, что гинекологическим заболеваниям часто сопутствуют экстрагенитальная патология и различные функциональные расстройства. В связи с этим эффективность наблюдения нередко зависит от своевременного их выявления, а также контроля и рационального лечения совместно с другими специалистами.

Перед направлением больной на госпитализацию в плановом порядке проводит следующие исследования: клинический анализ крови и мочи, группа и резус-принадлежность, реакция Вассермана, на наличие ВИЧ (согласно регламентирующим документам), гемостазиограмма (или доступное учреждению исследование свертываемости крови), биохимические анализы крови (билирубин, креатинин, мочевина, сахар, общий белок), бактериологическое и бактериоскопическое исследование отделяемого из влагалища и цервикального канала (желательно определение чувствительности выделенной микрофлоры к антибактериальным препаратам), измерение АД, рентгеноскопия органов грудной клетки, маммография, ЭКГ, осмотр и заключение терапевта, стоматолога (санация полости рта). Эти обследования выполняются в основном на догоспитальном этапе.

Дополнительные методы исследования с целью уточнения диагноза должны проводиться с учетом показаний и противопоказаний к их применению. Выбор дополнительных методов исследования и последовательность их проведения зависят от информативной значимости при данном заболевании и возможности конкретного лечебного учреждения.

В случае экстренной госпитализации проводится необходимый минимум обследования.

В представленных схемах перечислены практически все необходимые на современном уровне методы обследования для установления правильного диагноза и осуществления контроля за эффективностью проводимой терапии.

При отсутствии в данном учреждении условий для полного обследования больную следует направить в специализированное учреждение (стационар).

¹ В разработке схем наблюдения принимали участие Л. В. Адамян, Е. А. Богданова, В. Е. Балан, Л. А. Марченко, А. В. Решетько. Рекомендации по физиотерапии представлены В. М. Стругацким.

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
----------------------	---	--------------------------------------	--	--	---	-------------------------	----------------------------

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Вульвовагинит	2 раза в год, зависит от интенсивности процесса. Обязательно после окончания курса лечения	Педиатр, уролог	Исследование отделяемого из влагалища и уретры на флору и чувствительность к антибиотикам, соскоба с перианальных складок на яйца глистов. Фракционный анализ мочи (по показаниям). Анализ мочи и крови на сахар. Вагиноскопия по показаниям	Антибактериальная терапия по показаниям. Лечебные энтеробиоза, УФО на область вульвы (по показаниям). Выполнение правил личной гигиены	Период лечения, год стойкой ремиссии	Стойкая ремиссия в течение 1 года	Неэффективность лечения в амбулаторных условиях в течение 3 нед, подозрение на инородное тело влагалища или органическую патологию
Расстройства менструаций в пубертатном периоде	По необходимости, но не реже 2 раз в год	Терапевт, гематолог (по показаниям)	Клинический и биохимический анализ крови, гемостазиограмма; УЗИ половых органов, тесты функциональной диагностики, гормональное обследование по показаниям	Медикаментозные средства, но не более 10 дней	До 1 года регулярного менструального цикла	Регулярный менструальный цикл в течение 1 года	Отсутствие эффекта от проводимой терапии в амбулаторных условиях, органические изменения в матке, заболевания крови, анемия
Гипоменструальный синдром. Аменорея II	2 раза в год	Педиатр, окулист, невропатолог, эндокринолог, психиатр (по показаниям)	Тесты функциональной диагностики, гормональный профиль, 17-КС, измерение базальной температуры, кольпоци-	Объем лечения определяется этиологией процесса	То же	То же	Уточнение генеза или отсутствие эффекта от проводимой терапии

тология, костный возраст, рентген черепа и турецкого седла, УЗИ малого таза, ЭЭГ

Преждевременное половое развитие:

— по женскому типу	То же	Невропатолог, психоневролог, педиатр	Кольпоцитология, рентгенография черепа и турецкого седла, костный возраст, УЗИ, гормоны крови (ФСГ, ЛГ, ПрЛ, тестостерон, эстрогены СТГ, Т ₃ , Т ₄ , ТТГ)	То же	До 16—18 лет	Регулярные менструации, закрытие зон роста костей	Уточнение причины патологии
— по мужскому типу (АГС)	2—3 раза в год	Невропатолог, генетик	Костный возраст, экскреция 17-КС, ДНА, половой хроматин, гормоны крови (ЛГ, ФСГ, АКГГ, тестостерон, кортизол), УЗИ гениталий, надпочечников, кариотип по показаниям, проведение пробы с дексаметазоном или АКГГ	Лечение глюкокортикоидами (индивидуально подобранная доза)	До конца периода полового созревания	18 лет	Уточнение диагноза, затем повторно для клиторэктомии не ранее чем через 6 мес от начала лечения и в 12—13 лет для рассечения стенки урогенитального синуса
Задержка полового развития	2 раза в год	То же	Измерение базальной температуры — 3 мес, кольпоцитология, костный возраст рентгенограмма черепа и турец-	Объем лечения определяется этиологией процесса	До 18 лет	То же	Уточнение диагноза

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
Воспаление придатков матки	3—4 раза в год	Хирург, фтизиатр, терапевт	кого седла. Половой хроматин, кариотип (по показаниям) Клинический анализ крови и мочи. Реакция Манту. Исследование отделяемого из влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам, УЗИ органов малого таза, лапароскопия	То же + физиотерапия	До выздоровления	Стойкая ремиссия	Лапароскопия для уточнения показаний, повторная не менее 2 раз с интервалом в 1,5—2 мес
Альгоменорея (тяжелая форма)	3 раза в год	Невропатолог, психоневролог, хирург (по показаниям)	УЗИ органов малого таза, ЭЭГ, проба с антипростагландинами	То же	Период лечения и в течение 1 года нормального менструального цикла	Нормальный менструальный цикл в течение 1 года	По показаниям для лечения органической причины альгоменореи
Опухоли половых органов	По необходимости, но не реже 1—2 раз в год	Терапевт, хирург	Клинический анализ крови, мочи, посев отделяемого из влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам, УЗИ органов малого таза	Объем оперативного лечения определяется характером опухоли	До 18 лет	До конца периода полового созревания	Оперативное лечение
Пороки развития половых органов: — атрезия гимена	По необходимости для уточнения диагноза	—	Клинический анализ крови, мочи, УЗИ органов малого таза	Оперативное лечение	Нормальный менструальный цикл в течение 1 года	Отсутствие задержки менструального цикла в течение года после операции	То же

— аплазия влагалища	2 раза в год	Терапевт, уролог по показаниям, генетик	Анализ крови и мочи, урография, определение полового хроматина	Гигиенические процедуры, направление в стационар на кольпозонгацию или операцию кольпозоза (после операции — спринцевания)	До конца периода полового созревания	18 лет с рекомендацией создания искусственного влагалища к моменту замужества	Обследование и оперативное лечение
— аплазия всего или части влагалища при функции ионизирующей матке	3—4 раза в год	Терапевт, уролог	Анализ крови и мочи, урография	Объем лечения определяется характером порока	До 18 лет	18 лет	Оперативное лечение

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ

Обязательные методы исследования:

исследование отделяемого из влагалища, шейки матки и уретры на микрофлору, в том числе трихомонады, грибы, вирусы, хламидии, гонококки в динамике. Бактериоскопическое исследование отделяемого из влагалища и шейки матки, определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам в динамике по показаниям. Анализы крови и мочи в динамике.

Вагинит, вульвовагинит неспецифический (возбудители: кокки, трихомонады, грибы и т. д.)	Зависит от интенсивности процесса и состояния больной. Повторный осмотр по окончании курса лечения. При продолжении лечения	—	Обязательные методы обследования	Местное и общее противовоспалительное лечение антибактериальными препаратами с учетом чувствительности к возбудителю (метронидазол, ампициллин,	До ликвидации воспалительного процесса, 3 мес после выздоровления	Отсутствие воспалительных явлений. Нормализация влагалищной микрофлоры	—
---	---	---	----------------------------------	---	---	--	---

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования
----------------------	---	--------------------------------------	--

— осмотр после каждого курса лечения. После излечения осмотр 1 раз в месяц в течение 3 мес

— трихомонадный

Повторный осмотр по окончании курса лечения. При продолжении лечения — осмотр после каждого курса лечения. После окончания лечения (отсутствие трихомонад) осмотр после менструации в течение 3 мес

То же

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
--	---	-------------------------	----------------------------

цефалоспорины, аминогликозиды).

Использование вагинальных капсул полижинакса по 1—2 капсуле в течение 6—12 дней. Обязательное лечение полового партнера. Меры личной гигиены

Специфическое лечение (трихопол или метронидазол по 0,5 таблетки 2 раза в день, на второй день — по 0,25 таблетки 3 раза в день, последующие 4 дня по 0,25 таблетки 2 раза в день. Фазжин после еды однократно в дозе 2000 мг (4 таблетки по 500 мг). Местное лечение мазь или вагинальные таблетки клион-Д по 1 таблетке во влагали-

3 мес после выздоровления

Отсутствие трихомонад и местных воспалительных явлений

— хламидийный	То же	Обязательные методы обследования. Методы изоляции возбудителя на культуре клеток; иммуноферментного анализа с использованием моноклональных антител; иммунофлюоресцентный	еще 1 раз в день в течение 10 дней. Обязательное лечение полового партнера Специфическое лечение препаратами тетрациклинового ряда, антибиотики — макролиды (эритромицин), препараты фторхинолона (абактал, цифран, ципробай, занозин). Курсовые дозы тетрациклина до 14 г, эритромицина — 3,5 г, абактала — 8 г, ципробай — 10 г. Обработка уретры и цервикального канала 0,05% раствором серебра нитрата. Обязательное лечение полового партнера. Меры личной гигиены	То же	Отсутствие хламидий и местных воспалительных явлений
— вульвовагинальный кандидоз	То же	Консультация эндокринолога	Суточная моча на сахар. Другие исследования по показаниям	То же	Отсутствие кандиды и местных воспалительных явлений

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
— герпетический	То же	—	Обязательные методы обследования + методы культуральный или иммуноферментный, или метод иммунофлюоресцирующих антител	<p>лечение; гино-пепарил в свечах по 150 мг 1 раз в день в течение 3 дней, через 7 дней повторный курс, или вагинальные таблетки пимафуцин (0,025 г) 2 раза в день в течение 10 дней, или мазь 1% клотримазол в течение 7—10 дней</p> <p>Во время рецидива заболевания (или первичный эпизод) — алпизарин 0,15 г 1 раз в день в течение 5 дней или ацикловир 200 мг 5 раз в день в течение 5 дней, после чего прием препаратов 4 раза в день в течение 3—4 нед + специфический противогерпетический иммуноглобулин по 1 дозе</p>	Учитывая, что вирус герпеса пожизненно персистирует в организме человека, наблюдение длительное	Отсутствие воспалительных явлений	—

Бактериаль-
ный вагиноз

Повторный
осмотр по
окончании
курса лечения

Консульта-
ция эндо-
кринолога

Обязательные ме-
тоды обследования
и обследование на
наличие ключевых
клеток; повышение
рН влагалищного
отделяемого (от 5 до
7,5), положительный
аминотест белей

в/м 1 раз в 7 дней 5
инъекций или
противокоревой
гамма-глобулин
по 3,0 в/м 1 раз в 3
дня 4 инъекции +
+тактивин 1,0 п/к
2 раза в неделю на
курс лечения 10
инъекций, ви-
таминны В₆, В₁₂ по
1,0 в/м по 15 инь-
екций. Во время
ремиссии герпе-
тическая вакцина
по 0,25 в/к³ 1 раз в
3 дня 5 инъекций,
затем 2 нед пере-
рыв и еще 5
инъекций 1 раз в 7
дней. Повторный
курс лечения через
6 мес. Местное ле-
чение: мазь алпи-
зарин, госсипол,
мегасин, обра-
ботка влагалища
3—4 раза в день
1 этап — обработ-
ка влагалища 2—
3% раствором мо-
лочной или борной
кислоты ежедневно
в течение 7 дней,
введение ваги-
нальных свечей с
метронидазолом

3 мес после
выздоровле-
ния

Нормализа-
ция микро-
ценоза влага-
лица

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования
----------------------	---	--------------------------------------	--

— кондиломы остроконечные

Зависит от местных проявлений и методов лечения. После выздоровления ежемесячные осмотры в течение 2—3 менструальных циклов

Реакция Вассермана по показаниям. Цитологическое исследование мазков или скарификатов на наличие койлоцитов

— воспаленные большие железы преддверия влагалища

Зависит от местных проявлений и методов лечения. Контрольный осмотр через 1—2 мес после выздоровления

Провокация гоновакциной по показаниям

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
--	---	-------------------------	----------------------------

или тинидазолом (0,5 г) 1 раз в день 7 дней.

II этап — местное применение био-препаратов (лактобактерин, ацилак, бифидумбактерин) на тампонах по 2,6—3 дозы 2 раза в день в течение 10 дней

Лечение кольпита, цервицита, эрозии шейки матки. Местное лечение интерфероном в/м и местно, лазеродействие (CO₂), криотерапия

Антибактериальная терапия с учетом чувствительности возбудителя. Местное лечение. Физиолечение

До выздоровления

2 мес после выздоровления

Отсутствие кондилом и воспалительных явлений. Нормализация влагалищной флоры

Ликвидация местного воспалительного процесса

При обширных разрастаниях криохирургическое или лазерохирургическое лечение. Тяжелая экстрагенитальная патология. Предварительная биопсия по показаниям

—

— цервицит и эндоцервицит	Зависит от этиологии заболевания, особенностей его течения и др. Контрольные осмотры после менструации при выздоровлении в течение 2—3 менструальных циклов	Провокация гоновакциной по показаниям. Колпоскопия	Медикаментозное лечение. При обнаружении гонококков лечение в соответствующих учреждениях. Физиолечение	3 мес после выздоровления	Отсутствие местных воспалительных явлений. Устранение патогенетических факторов (дисбактериоз, разрыв шейки матки и т. п.). Нормализация влагалищной флоры	При разрывах шейки матки хирургическое лечение (в условиях стационара)
---------------------------	---	--	---	---------------------------	--	--

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ МАТКИ, ЯИЧНИКОВ, МАТОЧНЫХ ТРУБ, ТАЗОВОЙ КЛЕТЧАТКИ И БРЮШИНЫ

Эндометрит — острый	При первом посещении врача, после выписки из стационара. В дальнейшем перед выпиской на работу	Повторный анализ крови перед выпиской	Антибактериальная терапия с учетом чувствительности возбудителей (обязательны препараты, воздействующие на анаэробную флору), циклическая гормонотерапия или использование эстроген-гестагенных препаратов, антиоксидантная терапия, блокаторы простагландинов. Физиотерапия по показаниям. Иммунотерапия	3 мес после выздоровления	Выздоровление	Госпитализация
------------------------	--	---------------------------------------	---	---------------------------	---------------	----------------

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
— подростковый	1—2 раза в 1 мес до выздоровления, в дальнейшем 1 раз в 3 мес	—	Другие анализы по показаниям	То же	То же	То же	Отсутствие эффекта от противовоспалительного лечения (кровотечение, другие клинические проявления)
— хронический	То же	Фтизиогинеколог по показаниям	То же	Медикаментозное лечение (продигиозан). Физиотерапия. Санаторно-курортное лечение по показаниям	6 мес после выздоровления	—	То же
Сальпингофорит: — острый	При первом посещении врача, после выписки из стационара. В дальнейшем перед выпиской на работу	—	Повторные анализы крови перед снятием с учета. Другие анализы по показаниям	Медикаментозное лечение (антибактериальные препараты с учетом чувствительности к антибиотикам, синтетические прогестины на 3 цикла, антиоксидантная терапия, блокаторы простагландинов), физиотерапия по показаниям	3 мес после выздоровления	Выздоровление	Госпитализация

	То же	—	То же	То же	То же	То же	То же
— подострый	То же	—	То же	То же	То же	То же	То же
— хронический	Зависит от особенностей течения заболевания, состояния больной и методов лечения, но не реже 1—2 раз в 1 мес до выздоровления. В дальнейшем 1 раз в 1 мес в течение 3 мес	—	Провокация гонореей. Посев менструальной крови на туберкулез. Лапароскопия до начала терапии ХС с целью верификации диагноза	То же + продигноз + санаторно-курортное лечение	То же	То же	Верификация диагноза
Кисты влагалища:							
— до операции	Постоянно	—	Клинический анализ крови, мочи	—	—	Наблюдение	Оперативное лечение
— после операции	После выписки из стационара, перед выпиской на работу	—	То же	Наблюдение	После контрольного осмотра через 1 мес снъп с учета	То же	—
Киста большой железы преддверия влагалища (до операции)	1 раз в 6 мес	—	» »	Гигиенический режим	Постоянно	Выздоровление, полное рассасывание образований	Увеличение в размерах (4—5 см), появление боли, высокой температуры
Пиовар, пиосальпинкс, тубоовариальное образование	После выписки из стационара	—	Клинический анализ крови и мочи в динамике: после выписки из стационара, через 10 дней, перед выпиской на работу, остальные исследования по показаниям	Женщинам репродуктивного возраста — санаторно-курортное лечение с целью реабилитации. Общеукрепляющее лечение по показаниям	3 мес после выписки из стационара	Отсутствие проявлений воспалительного процесса, выздоровление	Подозрение на пиовар, пиосальпинкс, тубоовариальное образование

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
Абсцессы:							
— позадне-маточно-пространства (после операции)	После выписки из стационара, через 10 дней, перед выпиской на работу	—	Клинический анализ крови после выписки, через 10 дней, перед выпиской на работу	Физиотерапия, общеукрепляющее лечение	Выздоровление	6 мес после выписки из стационара	—
большой железы преддверия влагалища:							
— до операции	Осмотр для уточнения диагноза	—	Клинический анализ крови, мочи, бактериоскопическое исследование отделяемого из влагалища	То же	После уточнения диагноза рекомендуется операция	Выздоровление	Оперативное лечение
— после операции	После выписки из стационара, перед выпиской на работу	—	—	Физиотерапия по показаниям	3 мес после операции	То же	—
Киста яичника (фолликулярная, киста желтого тела)							
— до операции	В I и II фазу цикла в динамике	Консультация и наблюдение хирурга-онколога при выявлении	Обязательные при первичном обращении, бimanуальное, УЗИ (по показаниям в дина-	Регуляция эндокринной функции яичников у молодых (детородного возраста) женщин	Не более 2—3 мес при величине кистозного образования до 5 см у	Выздоровление: полный регресс кистозного образования	Уточнение диагноза в сомнительных случаях. Оперативное ле-

<p>— после операций:</p> <p>— реконструктивно-пластических (удаление кистозного образования в пределах здоровых тканей яичника)</p>	<p>Первые 5 дней после выписки из стационара, далее 1 раз в 7—10 дней в течение 1 мес, далее 1 раз в 3 мес</p>	<p>Наблюдение хирурга-онколога при выявлении гиперпластических процессов в молочных железах. Консультация гинеколога-эндокринолога</p>	<p>Клинический анализ крови, другие по показаниям, УЗИ по показаниям, маммография 1 раз в 6 мес, бимануальное исследование. Дополнительные исследования по назначению гинеколога-эндокринолога. Исследования онкомаркеров: СА-125, СА-19-9, СЕА, МСА</p>	<p>Регуляция эндокринной функции яичников у молодых женщин по назначению гинеколога-эндокринолога. Лечение гиперпластических процессов в молочных железах (седативные, витамин А или аевит, микройодистые препараты и другие по общепринятой методике). Радоновые ванны и влажные орошения</p>	<p>6 мес после операции при отсутствии патологических изменений в яичниках</p>	<p>Адекватность объема оперативного лечения характеру патологического процесса, отсутствие кистозного изменения яичника(ов)</p>	<p>—</p>
<p>нии гиперпластических процессов в молочных железах. Консультация гинеколога-эндокринолога</p>	<p>мике 1—3 мес), газовая пельвиграфия, маммография на 7—8-й день цикла, рентгенологическое исследование органов желудочно-кишечного тракта, аспирация содержимого полости матки (по показаниям). Исследования онкомаркеров: СА-25, СА-19-9, СЕА, МСА. Дополнительные исследования по назначению гинеколога-эндокринолога. Обязательное исследование для госпитализации</p>	<p>по назначению гинеколога-эндокринолога</p>	<p>молодых женщин (не старше 40 лет), а также при позрении на кисту желтого тела</p>	<p>чение при величине кистозного образования более 5 см или при его увеличении</p>			

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
----------------------	---	--------------------------------------	--	--	---	-------------------------	----------------------------

— удаление яичника (ов)

То же

Наблюдение хирурга-онколога при выявлении гиперпластических процессов в молочных железах

Исследования онкомаркеров: СА-125, СА-19-9, СЕА, МСА

Регуляция эндокринной функции оставшегося яичника у молодых женщин. Режим труда. По назначению гинеколога-эндокринолога медикаментозная профилактика рецидива ретенционных кист при односторонней овариэктомии + +ранняя восстановительная физиотерапия

6 мес после операции

Объем оперативного вмешательства, исключающий возможность рецидива в связи с отсутствием органа-мишени при двусторонней овариэктомии

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ВЛАГАЛИЩА ИЛИЛИ МАТКИ

Аплазия влагалища и матки

— до операции

До уточнения диагноза кратность не ограничена, после установления диагноза — 2 раза в год

Клинический анализ крови, мочи. Бактериологическое исследование отделяемого из влагалища. В/а урография

При воздержании от оперативного вмешательства наблюдение постоянно

Функционирование влагалища

Для проведения операции, которая рекомендуется с началом половой жизни.

— после операции	После выписки из стационара, через 10 дней, перед выпиской на работу	—	Клинический анализ крови, мочи после выписки, через 10 дней, перед выпиской на работу	Режим половой жизни, бужирование влагалища по показаниям	6 мес после выписки из стационара	То же	—
А т р е з и я							
влагалища							
— до операции	Кратность не ограничена	—	Лабораторные и другие диагностические исследования аналогичны разделу «Аплазия влагалища и матки до операции»	—	Наблюдение после операции	—	Для проведения операции. После установления диагноза показано оперативное вмешательство
— после операции	После выписки из стационара, перед выпиской на работу	—	Клинический анализ крови, мочи после выписки из стационара, перед выпиской на работу	—	3 мес после выписки из стационара	Выздоровление	—

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
----------------------	---	--------------------------------------	--	--	---	-------------------------	----------------------------

НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

Миома матки:

— не более 12 нед беременности, а также после удаления отдельных узлов	Не реже 1 раза в 6 мес — после первого осмотра явка через 1 мес с анализами, результатами других диагностических исследований	Терапевт, другие специалисты по показаниям	Клинический анализ крови и гематокрит, гемостазиограмма — при первом обращении и при каждом посещении; клинический анализ мочи — при первом обращении и в дальнейшем по показаниям; ЭКГ, гинекологическое исследование гениталий за 3—5 дней до и на 5—7-й день от начала менструации, онкоцитограма, УЗ-сканирование с определением объема матки — при первом обращении и каждом посещении; кольпоскопия, ГСГ—для исключения подслизистой миомы матки и дифференциального диагноза с внутренним эндометриозом — при первом	Лечение сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний. Седативная и противоанемическая терапия по показаниям. Лечение гестагенами (норстероидами) по 5—10 мг с 16-го по 25-й день менструального цикла в течение 6—9 циклов с последующим 3—6-месячным перерывом. Продолжительность лечения — 3—4 года (3 курса лечения). Гормональное лечение с комплексом витаминов по схеме Ткаченко. Физиотерапия, радоно-терапия, йодобромные воды.	Постоянное наблюдение		Диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии. Для проведения гистерографии у женщин с отягощенным соматическим и аллергологическим фоном. Обследование при маточных кровотечениях, угрожающих жизни
--	---	--	---	---	-----------------------	--	--

— более 12 нед беременности, быстрорастущая (увеличение за 1 год на 4 нед беременности)

В случае отказа от оперативного вмешательства контрольный осмотр каждые 3 мес

Терапевт, другие специалисты по показаниям

обращении и в дальнейшем по показаниям; диагностическое выскабливание эндометрия под контролем гистероскопии при первом обращении; в дальнейшем — цитологическое исследование аспирата из полости матки 1 раз в 12 мес; повторное диагностическое выскабливание эндометрия по показаниям; гистероскопия, лапароскопия по показаниям. Изучение генеалогического дерева, ректальная температура у больных репродуктивного возраста

Клинические анализы крови и мочи, группа крови и Rh-фактор, анализ крови на СПИД, на реакцию Вассермана, биохимический анализ крови, свертываемость крови, ЭКГ, УЗ-сканирование

Стимуляторы овуляции применять с осторожностью (риск роста опухоли)

Для коррекции волемических нарушений при подготовке к операции — норстероиды с 5-го по 25-й день менструального цикла, противанемическая, седативная и психотропная терапия

Постоянное наблюдение

Хирургическое лечение, в том числе при помощи криоаппаратуры и лазера. У больных репродуктивного возраста желательно проведение органосохраняющих операций

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
<ul style="list-style-type: none"> — подслизистая или центрипетальный рост узла — с нарушением питания узла — с внутренним эндометриозом — с выраженными волевыми нарушениями и/или непереносимостью консервативных методов лечебного воздействия 	<p>По мере необходимости продление больничного листа до выхода на работу. В дальнейшем через 3, 6, а затем каждые 0,5 года после операции</p>	<p>Терапевт, психоневролог, маммолог, эндокринолог</p>	<p>Клинические анализы крови, мочи, гинекологическое исследование, онкоцитограмма, кольпоскопия (при сохраненной шейке матки), маммограмма, анализ выраженных нейровегетативных, психозомонических и обменно-эндокринных симптомов при помощи модифицированного менопаузального индекса, анализ уровня в крови холестерина, лецитина, фосфолипидов, триглицеридов, общих липидов; анализ выраженности остеопороза, на основании рентенограмм трубчатых костей и черепа, ЭКГ,</p>	<p>I этап (3—6 мес после операции) — коррекция и/о осложнений, воспалительных процессов в области малого таза и выявленных во время операции эндометриозных гетеротопий (антибиотики, антикоагулянты, ферменты, витамины, эстроген-гестагены соединения или норстеронды, физиотерапия), а также лечение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний. После двусторонней овариэктомии по поводу доброкачественных изменений — заместитель-</p>	<p>Перевод в другую группу возможен через 24 мес отсутствия нейро-вегетативных и психозомонических проявлений. Снятие с учета не рекомендуется до конца жизни</p>		

akusher-lib.ru

ная гормонотерапия ($1/8-1/4-1/2$ таблетки эстрогенгестагенных соединений по контрацептивной схеме), препараты, содержащие естественные эстрогены.

II этап (6—12 мес после операции). При необходимости дальнейшая коррекция генитальных и экстрагенитальных заболеваний, а также лечение развивающегося вегетоневротического синдрома и нарушений обменного характера (нейролептики, транквилизаторы), витамины, дегидратационные, кардиальные, гипотензивные методы лечебного воздействия по показаниям, водолечение; ЛФК, физиотерапия, радонотерапия, соблюдение режима сна и бодрствования, приема

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования
----------------------	---	--------------------------------------	--

akusher-lib.ru

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
--	---	-------------------------	----------------------------

пищи, диета с ограничением животных и преобладанием растительных жиров

III этап (12—24 мес после операции и далее циклично, детально каждые 3—4 мес 2 раза в году).

Продолжение раннее проводимой терапии по показаниям. При недостаточной эффективности лечения вегетоневротического синдрома возможно назначение гормонов, эстрадиола, эстроген-гестагенов и эстроген-андрогенных препаратов), а также коррекция нарушений липидного и других видов обмена (диета, поливитамины,

				гипохолестеринемические, содержащие ненасыщенные жирные кислоты препараты, водолечение, ЛФК, электро-транквилизация, гипербарическая оксигенация по показаниям)			
— после операции пангистерэктомия	После выписки через 10 дней, перед выпиской на работу	По показаниям — эндокринолог	Клинический анализ крови, мочи после выписки, через 10 дней, перед выпиской на работу	Санация влагалища, ранняя восстановительная физиотерапия — по показаниям	6 мес после выписки из стационара	Выздоровление	—
— экстирпация матки без придатков	После выписки из стационара, через 10 дней, перед выпиской на работу	По показаниям	То же	То же	Постоянно 1 раз в 6 мес	То же	—
— надвлагалищная ампутация матки	После выписки из стационара, в дальнейшем перед выпиской на работу. Затем 1 раз в 3 мес в течение года, в последующем — 2 раза в год		Клинический анализ крови — в динамике, другие — по показаниям. Обследование молочных желез, цитология влагалища, кольпоскопия	Ранняя восстановительная физиотерапия	Постоянно		

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
— консервативная миомэктомия	После выписки через 10 дней, перед выпиской на работу, далее 1 раз в 3 мес	По показаниям	Клинический анализ крови, мочи после выписки, через 10 дней, перед выпиской на работу	Ранняя восстановительная физioterapia, далее р а д о в ы е , й о д о б р о м н ы е воды	Постоянно 1 раз в 6 мес	Через 5 лет при отсутствии рецидивов заболевания	—
Доброкачественные опухоли яичников (кисты), без признаков пролиферации (серозная, муцинозная кисты, зрелая тератома и др.), фиброма яичника, гормонально-активные опухоли яичников (до операции)	Неограниченная кратность наблюдения в течение 1—2 мес до уточнения диагноза	Осмотр терапевтом, стоматологом и др. специалистами в зависимости от экстрагенитальных заболеваний. Консультация хирурга-онколога при выявлении гиперпластических процессов в молочных железах. Консультация онколога	Обязательные при первом обращении бимануальные исследования, ректальное и ректовагинальное исследование, пальпация и перкуссия живота, УЗИ, обзорная рентгенография брюшной полости и малого таза (по показаниям), рентгенографическое исследование органов желудочно-кишечного тракта (обязательное), ирригоскопия (по показаниям), маммография. При подозрении на гормонально-активные опухоли яичников проводят исследования по тестам функциональной диагностики, опреде-	Срочная санация очагов хронической инфекции и лечение экстрагенитальных заболеваний в плане подготовки к операции	Не более 1 раза в 1 мес, за исключением гормонально-активных опухолей яичников		Во всех случаях подозрения на истинную опухоль яичника для обязательного оперативного лечения

ление экскреции и секреции женских (при феминизирующим эффектом) или мужских (при маскулинизирующем эффектом) половых гормонов в зависимости от клинических проявлений, гормонов коры надпочечников (17-КС, ДНА, 17-ОКС); раздельное диагностическое выскабливание, исследование иммунной системы (по показаниям), онкомаркеры: СА-125, СА-19-9, СЕА, МСА

- после операций:
- реконструктивно-пластических с сохранением яичника(ов) или удалением одного яичника

В течение первых 5 дней после выписки из стационара, далее 1 раз в 10 дней в течение 1,5—2 мес после операции, далее каждые 3 мес в течение 1 года после операции, затем 2 раза в год. При эвертирую-

Консультация хирурга-онколога при выявлении гинекологических процессов в молочных железах.

Клинический анализ крови, другие анализы по показаниям, бимануальные исследования, УЗИ, исследование по тестам функциональной диагностики, гормональные исследования после операций по поводу гормонально-активных опухолей яичников. Исследования онкомаркеров:

Режим труда и отдыха, ранняя восстановительная физиотерапия

В течение 5 лет после операции

Отсутствие рецидива опухоли в течение 5 лет после операции при адекватности объема ее характеру патологического процесса.

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
	<p>щем росте папиллярных кистом (серозных) и двустороннем поражении яичников наблюдение 3 мес в течение 2 лет после операции</p>		<p>СА-125, СА-19-9, СЕА, МСА, мониторинг 1 раз в 3 мес</p>				
<p>— после двусторонней овариэктомии или пангистерэктомии</p>	<p>В первые 5 дней после выписки из стационара, далее каждые 7—10 дней в течение 1,5—2 мес, затем каждые 3 мес в течение 1 года после операции</p>	<p>Наблюдение и консультации хирурга-онколога при выявлении гиперпластических процессов в мочках желез</p>	<p>Клинический анализ крови, другие анализы по показаниям, бимануальные, ректальное и ректо-вагинальное (по показаниям) исследования, УЗИ (по показаниям)</p>	<p>Симптоматическая терапия по показаниям (при кастрационном синдроме)</p>	<p>1 год</p>	<p>Адекватность объема операции характеру патологического процесса, гистологическая структура опухоли, исключая возможность малигнизации, отсутствие рецидива опухоли в течение 5 лет</p>	<p>В специализированный стационар</p>
<p>Проллиферирующие муцинозные и</p>	<p>Неограниченная кратность наблюдений в</p>		<p>Те же исследования, что и при доброкачественных опухо-</p>	<p>Подготовка к операции: срочная санация хроничес-</p>	<p>Не более 1 мес</p>		<p>Оперативное лечение</p>

папиллярные (полн-эпителлиальные) кистомы яичников

течение 1 мес до уточнения диагноза

лях яичников без признаков пролиферации. Исследование онкомаркеров: СА-125, СА-19-9, СЕА, МСА

ких очагов инфекции и лечение экстрагенитальных заболеваний

— до операции

— после операции:
— двусторонней овариэктомии или пангистерэктомии

В первые 5 дней после выписки из стационара, далее каждые 7—10 дней в течение 2 мес, затем каждые 3 мес в течение 1 года после операции, далее 2 раза в год

Наблюдение и консультация хирурга-онколога при выявлении гиперпластических процессов в молочных железах. Консультация онкогинеколога

Клинический анализ крови, другие анализы по показаниям, бимануальное ректовагинальное исследование, пальпация, перкуссия живота, УЗИ — 2 раза в год, обзорная рентгенография брюшной полости и малого таза (по показаниям), рентгенография грудной клетки — 2 раза в год, пальпация лимфатических узлов, маммография. Исследование онко-

Симптоматическая терапия по показаниям. Медикаментозное и другие виды специфического лечения по назначению онкогинеколога (как правило, в онкодиспансере)

Постоянно

В специализированный стационар (онкодиспансер) при малигнизации (появление метастазов). Если больной была произведена операция меньшего объема, чем указано в графе 1, — показана госпитализация для проведения более ради-

Продолжение

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
----------------------	---	--------------------------------------	--	--	---	-------------------------	----------------------------

маркеров: СА-19-9,
СЕА, МСА, СА-125

кальной операции, адекватной характеру патологического процесса

РАССТРОЙСТВА МЕНСТРУАЦИЙ И ДРУГИЕ АНОМАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Дисфункциональные циклические маточные кровотечения (меноррагии)	При кровотечениях не реже 1 раза в неделю; по окончании кровотечения 1 раз в 1—2 нед в течение 1—2 мес после нормализации менструального цикла 1 раз в 3 мес в течение 1 года	Терапевт, ЛОР-специалист, рентгенолог, гематолог и другие специалисты по показаниям	В женской консультации Анализ крови общий до и после кровотечения Кровь на тромбоциты, время свертывания, протромбиновый комплекс Группа крови и резус-фактор Кольпоскопия	Индивидуально подобранное комплексное медикаментозное лечение. При выявлении межмышечного маточного узла или начальных стадий эндометриоза — гормональное лечение	Перевод в другую группу возможен через 12 мес от момента стойкой нормализации менструального цикла в репродуктивном возрасте или	Отягощенный соматический статус Отсутствие диагностического центра Угрожающее жизни кровотечение Выявление субмукозного
--	---	---	---	---	--	--

Гинекологическое исследование гениталий за 3—5 дней и на 5—7-й от начала менструаций
Бак. посев отделяемого из цервикального канала и матки
Определение массы тела и вычисление индекса Брея ($\text{кг}/\text{м}^2$), степени оволосения по шкале Ферримана—Голлвея
Анализ мочи общий
Биохимический анализ крови (билирубин, общий белок, с-реактивный белок, сахар крови) и тест толерантности к глюкозе
ЭКГ
Онкоцитоплазма
Изучение генеалогического дерева
Другие исследования по назначению соответствующих специалистов
Ректальная температура
В поликлиническом диагностическом центре
Эхография гениталий за 3—5 дней до

ние. При выявлении субмукозных узлов диаметром до 2 см и внутреннего эндометриоза, а также полипов эндометрия возможно кровоизлияние на стенки полости матки на 6—8-е сутки после диагностического выскабливания. При полипах эндометрия гормонотерапия патогенетически не обоснована. Из физических и бальнеологических методов воздействия следует применять электрофорез йодида калия, салициловой кислоты, амидопирона, а также радо-нотерапию и йодобромные ванны
Лечение сопутствующего хронического или в стадии обострения воспалительного процесса в эндометрии

наступления узла по данным эхогра-фии в переходном возрасте после отмены гормонотерапии или другого вида лечения, а также после оперативного удаления миоматозных узлов
Снятие с учета возможно после наступления стойкой постменопаузы при отсутствии увеличения матки и патологии молочных желез

узла по дан-ным эхогра-фии или ранее проведенных обследований
Выявление опухолевидных образова-ний яичников (для диагно-стической ла-пароскопии)
Неэффектив-ность 12-ме-сячной тера-пии
Задачи:
Гистероско-пия и раздель-ное диагно-стическое вы-скабливание
Гистеросаль-пингография через 6—8 дней после вы-скабливания
Диагности-ческая лапа-роскопия
Оперативное удаление ор-гана при незф-фективной те-рапии либо на-личии проти-вопоказаний

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования
----------------------	---	--------------------------------------	--

и на 5—7-й день от начала менструального кровотечения

Раздельное диагностическое выскабливание эндометрия и эндометрикса на 3—5 дней до менструации под контролем гистероскопа
Гистеросальпингография через 6—8 дней от момента выскабливания стенок полости матки

Маммо- и краниография на 5—7-й день цикла

Цитология аспириата из полости матки (при динамическом наблюдении после диагностического выскабливания)

Радиометрия эндометрия (при динамическом наблюдении после выскабливания у больных в перименопаузе)

Гормональное обследование при по-

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
--	---	-------------------------	----------------------------

для ее проведения
Биопсия или резекция яичников
Другие вмешательства на органах малого таза по показаниям

akusher-lib

Дисфункциональные ациклические маточные кровотечения (метроррагии) — в детородном возрасте

При кровотечении не реже 1 раза в нед; по окончании кровотечения 1 раз в 1—2 нед в течение 1—2 мес после нормализации менструального цикла 1 раз в 3 мес в течение 1 года

Генетик, терапевт, рентгенолог, ЛОР-специалист, офтальмолог, невропатолог, психоневролог, гематолог, другие специалисты по показаниям

дозрени на гиперпролактинемию либо гиперандрогению при недостаточности лютеиновой фазы цикла

Аналогично предыдущему перечню обследований

В женской консультации

Определение динамики симптома зрачка и длины шеечной слизи

Динамика АД

В поликлиническом диагностическом центре

Эхография гениталий вне кровотечения

Эхография надпочечников

Раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия в 1-й день кровотечения под контролем гистероскопа

Гистеросальпингография через 6—8 дней от момента выскабливания

Краниограмма и маммография на 5—

Индивидуально подобранное, комплексное медикаментозное лечение, в том числе гормонотерапия
Обязательное соблюдение режима сна, бодрствования, приема пищи и диеты

Восстановление репродуктивной функции только по показаниям генетика, терапевта, психоневролога и гинеколога (консультативно)

1 год стойкой нормализации ритма характера менструации в репродуктивном периоде или наступление менопаузы в переходном периоде

Перевод в другую группу возможен через 12 мес после стойкой нормализации менструации без гормонотерапии либо после наступления стойкой постменопаузы

Снятие с учета возможно после наступления стойкой постменопаузы при отсутствии увеличения матки и патологии молочных желез

Аналогичны предыдущему перечню обследования

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
Дисгенезия гонад Первичная аменорея или аменорея	4 раза в год, каждые 3 мес	Терапевт 2 раза в год (ЭКГ) генетик, рентгенолог, офтальмолог, фтизиатр	7-е сутки после диагностического выскабливания ЭЭГ Цитология аспирата из полости матки (при динамическом наблюдении после диагностического выскабливания) Радиометрия эндометрия (при динамическом наблюдении) Анализ мочи на 17-КС и ДНА Анализ крови на содержание ЛГ, ФСГ, ПРЛ, эстрадиола, прогестерона, тестостерона и кортизола вне кровотечения Пневмоперитонеум (по показаниям) Определение содержания щитовидной железы В женской консультации Общеклиническое обследование с целью определения сопутствующих за-	Проведение заместительной циклической гормонотерапии микродозами эстрогенгестагенных пре-	До 50—55 лет в соответствии с субъективными ощущениями пациентки	До 50—55 лет	Уточнение размеров яичников, проведение пневмоперитонеума в одноднев-

после нескольких самостоятельных менструаций

Возможны приливы, возникшие после отмены циклической гормонотерапии.

Развитие и формирование вторичных половых признаков на фоне циклической гормонотерапии. Особенно отчетливо телосложения

болеванний и пороков развития. Рентгенография черепа, как правило, без выраженных изменений
Маммография: гипоплазия молочных желез, выраженная жировая инфильтрация

Тесты функциональной диагностики: выраженная эстрогенная недостаточность

Гормональные пробы: проба с прогестероном — отрицательная, проба с циклической гормональной терапией — положительная

В консультативном центре

Гистеросальпингография: гипоплазия матки; трубы проходимы. Консультация фтизиатра с целью исключения ТБС. УЗИ гениталий: уменьшенные размеры матки и яичников, слабое отражение от эндометрия. Яичники в виде тяжей высоко на стенкам таза.

паратов: региндон по $1/2$ таблетки, бискурин по $1/4$ таблетки в день в течение 21 дня с перерывом в лечении 7—10 дней курсами по 3 мес с 3-месячным перерывом.

Предпочтительно препараты, содержащие естественные эстрогены: циклопрогннова, прогннова, климен («Шеринг»), климонорм («Тенафарм»), премпакс («Вайт»).

Мазки на онкоцитологию — 1 раз в год.

Профилактика возможных осложнений на фоне приема гормонов; маммография — 1 раз в год, контроль свертывающей системы крови — 2—3 раза в год, контроль состояния функции печени — 2—3 раза в год.

Санация влагалища с целью профи-

ном стационаре. В случае смешанной формы дисгормонезии гонад двусторонняя овариэктомия

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
Синдром истощения яичников Вторичная аменорея.	То же	То же	<p>Генетическое обследование с целью исключения смешанной формы дисгенезиса гонад: определение полового хроматина, карнотипа.</p> <p>Гормональное обследование: ЛГ и ФСГ — значительно выше нормы, пролактин в пределах нормы, E₂ значительно ниже нормы.</p> <p>Динамическое наблюдение: при необходимости расширенное исследование свертывающей системы крови и исследование функции печени</p> <p>В женской консультации</p> <p>Общеклиническое. Обследование терапевтом с целью выяснения сопутствующих заболева-</p>	<p>лактики возможных заболеваний шейки матки</p> <p>Аналогичные лечебно-оздоровительные мероприятия. Физиотерапевтические</p>	То же	То же	С целью уточнения размеров яичников, проведение пневмопер-

Выраженные вегетативные нарушения, приливы «жара»

Нормальное развитие вторичных половых признаков. Усиление приливов после отмены гормонов. Возможно наличие в анамнезе беременностей

Рентгенография черепа с целью исключения опухоли гипофиза, при исследовании, как правило, без выраженных изменений. Маммография: без приема гормонов выраженная жировая инфильтрация, при приеме гормонов возможно сочетание фиброзно-кистозной, кистозно-фиброзной мастопатии с жировым перерождением железистой ткани.

Тесты функциональной диагностики: выраженная эстрогенная недостаточность. Гормональные пробы: проба с прогестероном — отрицательная, проба с циклической гормональной терапией — положительная

В консультивном центре

Аналогичный объем исследований. Гистеросальпингография: гипоплазия

методы лечения с целью нормализации состояния вегетативной нервной системы

тонеума в стационаре

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
Синдром резистентных яичников	Каждые 3 мес, 4 раза в год	Терапевт 2 раза в год, генетик, фтизиатр	<p>матки, трубы могут быть непроходимыми, наличие в анамнезе воспалительных заболеваний.</p> <p>УЗИ генигаллий: уменьшенные размеры матки и яичников.</p> <p>Генетическое обследование: изменений нет.</p> <p>Гормональное обследование: более выраженное повышение уровня ФСГ, ЛГ плазмы крови, пролактина в пределах нормы, E₂ значительно ниже нормы.</p> <p>Динамическое наблюдение: аналогичное обследование</p> <p>Обследование как при синдроме истощения яичников, ЭКГ.</p> <p>Другие исследования: маммография;</p>	Аналогичные лечебно-оздоровительные мероприятия. При стимуляции беремен-		До 50—55 лет	Уточнение размеров яичников, проведение пневмоперитонеума

тесты функциональной диагностики; гормональные пробы.

В условиях консультативного центра: гистероскопия, УЗИ гениталий, ЛГ, ФСГ

ности необходимо проведение подготовительной циклической гормонотерапии в течение 3—4 мес с последующим назначением клостилбегида в сочетании с ХГ (лечение в условиях стационара или специализированного лечебного учреждения)

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ (ПМС)

Нейропсихическая форма ПМС (раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость, агрессивность, нагрубание молочных желез, чувствительность к звукам и запахам, онемение рук, вздутие живота)	Гинеколог-эндокринолог — 1 год — 1 раз в 3 мес (контроль терапии), 2—3-й год — 1 раз в 6 мес. Терапевт — по показаниям. Психоневролог — 1 год — 1 раз в 3 мес. Уролог-нефролог, хирург, невропатолог, окулист, нейрохирург — по показаниям	В женской консультации	Основной курс (3 мес):	Репродуктивный период — 3 года. Больные переходного возраста до стойкой постменопаузы	Ремиссия или значительное улучшение состояния с исчезновением ведущих симптомов ПМС в течение года	Отсутствие эффекта от терапии в течение 3 мес. Ухудшение состояния с длительной потерей трудоспособности
		1. Ректальная температура 2. КПИ в динамике цикла 3. Диурез в I и II фазе цикла 4. Краниограмма 5. ЭЭГ в I и II фазе цикла 6. Маммография на 5—7-й день цикла В лечебно-диагностическом центре 1. Вегетативные пробы в I и II фазе цикла (7—8-й день цикла и 22—24-й день цикла	1. Немедикаментозная терапия 1. Диета с ограничением поваренной соли, жирности, кофе, животных жиров и молочных продуктов 2. Игло-рефлексотерапия 15 процедур в I фазу цикла 3. Лечение импульсными токами по методу электроаналгезии 12—15 процедур в I фазе цикла			

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
			2. Гормоны крови в I и II фазе цикла (повышение уровня серотонина, гистамина, пролактина во II фазе цикла. У женщин переходного возраста — повышение уровня серотонина, гистамина, пролактина, кортизола, альдостерона, АКТГ во II фазе цикла) 3. УЗП	II. Медикаментозная терапия (3 мес) 1. Парлодел 0,6—1,25—2,5 мг в день во II фазе цикла 2. Норколут с 15—16-го дня цикла — 10 дней по 5 мг в день 3. Седативные препараты (седуксен, мезапам, феназепам, сонипакс) $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ таблетки 2—3 раза в день во II фазе цикла III. Поддерживающая терапия (2 мес) 1. Витамин B ₆ 40 мг 3 раза в день во II фазе цикла 2. Ноотропил (гамалон, энцефабол) по 1 таблетке 2—3 раза в день — 2 мес в			

Цефалгическая форма ПМС (головная боль, головокружение, раздражительность, чувствительность к звукам, запахам, онемение рук)

Гинеколог-эндокринолог — 1-й год — 1 раз в 3 мес (контроль терапии), 2-й и 3-й год — 1 раз в 6 мес

В женской консультации
1, 2, 3, 4, 5, 6 — общие для всех 4 форм ПМС
7. Рентгеновский снимок шейного отдела позвоночника. Остеохондроз шейного отдела позвоночника у каждой 2-й больной

В лечебно-диагностическом центре
1. Вегетативные пробы в I и II фазе цикла
2. Гормональное исследование в I и II фазе цикла — снижение уровня прогестерона во II фазе цикла. Повышение уровня серотонина, гистамина. У больных переходного возраста — гипер-

непрерывном режиме

3. Тавегил (дiazолин, супрастин) по $1/4$ — $1/2$ таблетки 2—3 раза в день во II фазе цикла

Основной курс (3 мес)

I. Немедикаментозная терапия — общая для всех форм ПМС
Дополнительно — массаж шейного отдела позвоночника

II. Медикаментозная терапия (3 мес)

1. Напроссин (блокатор простагландина) по 1 таблетке 3 раза в день во II фазе цикла
2. Стугерон по 1 таблетке 3 раза в день во II фазе цикла
3. Трентал (компламин) по 1 таблетке 3 раза в день во II фазе цикла
4. Ноотропил (энцефабол, гамалон) по 1 таблетке

То же

То же

То же

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
			эстрогена во II фазе цикла, снижение содержания АКТГ 3. Компьютерная томография (по показаниям) 4. РЭГ	3 раза в день во II фазе цикла 5. Седативные препараты по показаниям III. Поддерживающая терапия (2 мес) 1. Витамин В ₆ 40 мг 3 раза в день во II фазе цикла 2. Тавегил 1/4—1/2 таблетки 2—3 раза в день во II фазе цикла 3. Терален 1/2 таблетки 2—3 раза в день во II фазе цикла 4. Дегидроэрготамин 15 капель 2—3 раза в день во II фазе цикла Основной курс (3 мес)		То же	То же
Отечная форма ПМС (нагрубание молочных желез, отеки, вздутие живота, слабость,	Гинеколог-эндокринолог: 1-й год — 1 раз в 3 мес, 2-й год — 1 раз в 6 мес	Тералевт — 1-й год — 1 раз в 3 мес, 2-й и 3-й год — 1 раз в 6 мес, психоневролог, уролог-нефролог,	В женской консультации 1, 2, 3, 4, 5, 6 — общие для всех форм ПМС 7. Проба Зимницкого 8. Проба Реберга	Основной курс (3 мес) I. Немедикаментозная терапия общая для всех 4 форм ПМС II. Медикаментозная терапия	То же	» »	» »

зуд кожи,
чувстви-
тельность к
запахам, ги-
пергидроз)

хирург, нев-
ропатолог —
по показа-
ниям; оку-
лист — 1 раз
в год; нейро-
хирург — 1
раз в 3 мес в
1-й год, 2—
3-й год — 1
раз в 6 мес

9. Анализ мочи по
Нечипоренко
10. Биохимический
анализ крови (оста-
точный азот и азот
мочевинный)
7, 8, 9, 10—для ис-
ключения патоло-
гии почек
11. Консультация
уролога

**В лечебно-
диагностическом
цикле**

1. Вегетативные
пробы в I и II фазе
цикла
2. Гормональное ис-
следование: повы-
шение уровня аль-
достерона, корти-
зола, серотонина во
II фазе цикла.
Снижение содержа-
ния прогестерона
3. УЗИ почек
4. Экскреторная
урография по пока-
заниям

1. Норколут 5 мг в
день с 15—16-го
дня цикла — 10
дней
 2. Верошпирон 50
мг в день во II фазе
цикла
 3. Терален $1/2$
таблетки 2—3
раза в день во II
фазе цикла
 4. Тавегил (диа-
золин, супрастин)
 $1/4$ — $1/2$ таблетки
2—3 раза во II
фазе цикла
 5. Седативные
препараты по по-
казаниям
- III. Поддержи-
вающая терапия
1. Пиридоксин 40
мг 3 раза в день во
II фазе цикла
 2. Бринальдикс 5
мг 1 раз в 3 дня
во II фазе цикла

Кризовая
форма
ПМС (пар-
оксизмаль-
ное повы-
шение АД,
сопрово-
жающееся

Гинеколог-
эндокрино-
лог, 1-й год
ежемесячно,
2-й год—1 раз
в 3 мес, 3-й
год—1 раз в 6
мес; кон-

**В женской
консультации**
Пункты 1, 2, 3, 4, 5, 6,
7, 8, 9, 10, 11 — об-
щее с отечной фор-
мой ПМС

Основной курс (3
мес)
I. Немедикамен-
тозная терапия —
общая для всех
форм ПМС
II. Медикаментоз-
ная терапия

До периода
стойкой пост-
менопаузы

Через год
после исчез-
новения ос-
новных симп-
томов заболе-
вания

Общие для
всех форм
ПМС

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
ознобом, обильным потоотделением; чувством страха смерти, сердцебиением, головная боль, слабость, раздражительность, плаксивость, отеки, нагрубание молочных желез)		сультация невропатолога и нейрохирурга, окулиста, терапевта, эндокринолога	<p align="center">В лечебно-диагностическом центре</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общее для всех 4 форм ПМС 2. Гормональное исследование — повышение уровня пролактина, серотонина во II фазе цикла 3. Компьютерная томография 4. РЭГ 5. УЗИ почек и надпочечников 6. Исследование катехоламинов в моче во время криза для исключения феохромоцитомы 7. Пневморен 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Парлодел — 0,6—1,25—2,5 мг в сутки во II фазе цикла 2. Обзидан 10 мг 2—3 раза в сутки во II фазе цикла 3. Седуксен $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ таблетки во II фазе цикла 4. При исходно высоких цифрах АД гипотензивные препараты, подобранные совместно с терапевтом (адельфан, клофелин, допегит) 5. При отеках верошпирон 50 мг в день во II фазе цикла 6. Стугерон 1 таблетка 3 раза в день во II фазе цикла 7. Трентал по $\frac{1}{2}$—1 таблетке 2—3 раза в день во II фазе цикла 			

III. Поддерживающая терапия:

1. Витамин В₆ — 40 мг 2—3 раза в день во II фазе цикла
2. Тавегил по 1/2 таблетки 2—3 раза в день во II фазе цикла
3. Ноотропил, энцефалон по 1 таблетке 2—3 раза в день во II фазе цикла

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (КС)

Средней степени тяжести и тяжелые формы КС — типичная неосложненная форма КС («приливы жара» 10—20 раз — средняя степень тяжести КС, более 20 — тяжелая степень, гипергидроз)

Гинеколог-эндокринолог:
1-й год — 1 раз в 3 мес, 2-й и 3-й год — 1 раз в 6 мес; терапевт: 1-й год — 1 раз в 3 мес, затем 2 раза в год;
психоневролог, невропатолог, хирург, нейрохирург,
В женской консультации
1. Гинекологическое исследование
2. Тесты функциональной диагностики
3. Маммография
В диагностическом центре
1. Вегетативные пробы
2. УЗИ
3. Краниограмма
4. ЭЭГ

I. Немедикаментозная терапия
1. ЛФК
2. Диета
3. Гидротерапия
4. Бальнеотерапия в привычной климатической зоне (жемчужные, кислородные, пенные, радоновые, йодобромные ванны) — при сочетании с множим, эндометрио-

До стойкой ремиссии (в течение 5—15 лет). Профилактику КС начинают с периода пременопаузы (45—47 лет) препаратами, содержащими натуральные эстрогены, в течение 10—15 лет

Отсутствие симптомов КС в течение 5—15 лет

Тяжелые формы КС, не поддающиеся обычной терапии
Выраженные аллергические проявления

П р и м е ч а н и е. Динамическому наблюдению подлежат больные ПМС средней степени тяжести и тяжелой степени. В течение 1 года наблюдения лечение проводят курсами по 3 мес (основная терапия) с перерывом в 2 мес (поддерживающая терапия). 2-й и 3-й год — противорецидивные курсы лечения весной и осенью, а также при возникновении стрессовых ситуаций и перенесенных нейровирусных инфекций.

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
Больные с преобладанием тонуса симпатико-адреналового отдела вегетативной нервной системы (учащение пульса и дыхания в покое, страх, тревога, беспокойство перед началом «прилива», вязкий пот, сердцебиение, боли в области сердца давящего, сжимающего характера, «покалывание» кожи рук и ног, онемение кожи рук и ног, развитие гипертонической болезни в переходном периоде)		уролог, кардиолог — по показаниям	5. Гормональное исследование; повышение уровня ЛГ, ФСГ, индекс ЛГ/ФСГ ниже 0,7; содержание пролактина в пределах возрастной нормы, АКТГ, кортизол, тестостерон 6. ЭКГ 7. Биохимическое исследование крови, гликемическая кривая, СА, Р, щелочная фосфатаза, липиды 8. Гемостазиограмма 9. Рентгенография позвоночника и крупных суставов (для исключения остеопороза)	зом и т. д. 5. Анодическая гальванография головного мозга — 10—20 процедур 6. Гальванизация шейно-лицевой области 7. Массаж воротниковой зоны 8. Терапия импульсными токами по методу электроаналгезии 9. Игло-рефлексотерапия 10. Негормональная терапия в сочетании с немедикаментозной При преобладании тонуса симпатико-адреналового отдела ВНС 1. Витамины группы В (В ₁ и В ₂) по 15 инъекций 2. АТФ — по 1,0 мл — 30 инъекций 3. Резерпин 0,05 мг 1—2 раза в день		То же	То же

Больные с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы (гипотония с вагосударными кризами, аллергические проявления, брадикардия, во время «прилива» чувство тоски, отчаяния, безысходности, обильный липкий пот, головокружение, слабость, апатия)

То же

То же

То же

4. Обзидан 10 мг
1—3 раза в день
5. Стугерон 25 мг
2—3 раза в день
6. Транквилизаторы, нейролептики (индивидуально)

При преобладании тонуса парасимпатической нервной системы Немедикаментозная терапия — 1, 2, 7

3. Беллонд или беллатаминал по 1—3 таблетки 3 раза в день

4. Глюконат кальция 0,5 г 4 раза в день

5. Аскорбиновая кислота 0,5—1,0 г 3 раза в день

6. Метглюксин 0,25—0,5 г 2—3 раза в день

7. Всем больным КС показаны препараты γ -аминомасляной кислоты (аминалон, гамалон, энцефабол).

Курс лечения 1—1,5 мес, повторя-

То же

То же

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования
----------------------	---	--------------------------------------	--

akusher-lib.ru

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
--	---	-------------------------	----------------------------

ют 3—4 раза в год (1 год), в последующем — 2 раза в год, весной и осенью

III. Гормональная терапия в сочетании с негормональной или самостоятельно

1. Эстроид — курсами по 3 нед с постепенным снижением дозы. Перерывы между курсами от 7—10 дней до появления симптомов рецидива или эстроид в течение 2 мес без перерыва, затем норколут 5 мг в день — 10 дней.

2. Микродозы эстроген-гестагенных препаратов (бисекурин $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{8}$ контрацептивной дозы). Режим приема, как в п. 1, препараты, содержащие

естественные эстрогены: климен («Шеринг»), премпаке («Вайт»), климонорм («Гиснафарм») в течение 5—15 лет. При выраженных аллергических реакциях и тяжелом течении КС — сочетанная терапия препаратами, содержащими естественные эстрогены, с электроаналгезией

При дисфункции обоих отделов ВНС Все лечебно-профилактические мероприятия для первых двух вариантов. Начинается одновременно гормональная и негормональная терапия на фоне электроаналгезии. Режим терапии — тот же

Все лечебно-профилактические мероприятия для

До стойкой ремиссии, далее в течение 5—15 лет постменопаузы

То же

Отсутствие симптомов КС

То же

Отсутствие эффекта от терапии. Выраженные аллергические реакции. Усугубление тяжести сопутствующей патологии

То же

Больные с дисфункцией обоих отделов вегетативной нервной системы (длительное тяжелое течение КС, гипертоническая болезнь, развивающаяся в молодом возрасте, психо-вегетативные нарушения)

— типичная осложненная форма

То же

Гинеколог-эндокринолог: 1-й год — 1 раз в 3 мес, затем 1 раз в 6 мес

Терапевт — 1-й год — 1 раз в 3 мес, затем — 2 раза в год; психоневролог, невропатолог, кардиолог, нейрохирург, хирург, уролог — 1 раз в 6 мес по показаниям

То же

В женской консультации
Те же, что и при КС
В диагностическом центре

Те же, что и при КС

То же

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования
----------------------	---	--------------------------------------	--

КС (сочетание КС с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечно-печеночного комплекса, мочекаменной болезнью, гипоталамическим синдромом, сахарным диабетом, нарушениями функции щитовидной железы

- атипичные формы КС
- по типу симпатико-адреналовых кризов

Гинеколог-эндокринолог: 1-й год — 1 раз в 3 мес, затем — 1 раз в 6 мес

Терапевт: 1-й год — 1 раз в 3 мес, затем — 1 раз в 6 мес; невропатолог: 1-й год — 1 раз в 3 мес, затем

В женской консультации
Те же, что при КС
В диагностическом центре
Те же, что при КС и компьютерная томография (по по-

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
--	---	-------------------------	----------------------------

типичной неосложненной формы

Весь объем немедикаментозной и негормональной терапии
 Парлодел — курсы по 3 нед в дозе 0,6—1,25 мг (начиная с ма-

То же

То же

Частые кризы с высоким АД

— КС, трансформированный из предменструального синдрома	Гинеколог-эндокринолог; 1-й год — 1 раз в 3 мес, затем 1 раз в 6 мес	Терапевт: 1-й год — 1 раз в 3 мес, затем 1 раз в 6 мес; психоневролог, невропатолог, кардиолог, нейрохирург, хирург, уролог по показаниям	казаниям) При гормональном исследовании — повышение уровня пролактина. Для исключения феохромоцитомы — исследование катехоламинов мочи во время криза В женской консультации Те же, что и при КС В диагностическом центре Те же, что и при КС	леньких доз) — 4—5 курсов лечения подряд с интервалом 1—1,5 мес. Затем 2 противорецидивных курса лечения Дополнительно — норколут или при-молут-нор в пред-полагаемую II фазу цикла	До стойкой ремиссии, далее в течение 5—15 лет постменопаузы препаратами, содержащими эстрогены	Отсутствие симптомов КС	Тяжелое течение КС, неэффективность терапии Выраженные аллергические реакции
Климактерическая многокардиомиопатия (МКД)	То же	То же. Кардиолог — не реже 1 раза в 3 мес до стойкой ремиссии	В женской консультации Те же, что и при КС В диагностическом центре Те же, что и при КС 10. Пробы с обзиданом, нитроглицерином (проба с обзиданом — положительная, с нитроглицерином — отрицательная) 11. Динамика ЭКГ	Весь комплекс немедикаментозной и гормональной терапии, лечение у кардиолога Дополнительно — эстроген — 3-недельные курсы с перерывом до 1—1,5 мес под контролем ЭКГ	То же	То же	Стойкий болевой синдром (кардиалгия)

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
----------------------	---	--------------------------------------	--	--	---	-------------------------	----------------------------

а) отсутствие зависимости между кардинальней и изменениями ЭКГ;
 б) отсутствие связи между изменениями ЭКГ и нарушением трудоспособности;
 в) отсутствие связи между изменениями ЭКГ и длительностью заболевания;
 г) положительный эффект лечения эстрогенами при миокардиодистрофии
 д) характер болей постоянный

ПОСТКАСТРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ (ПС)

«Приливы жара» (10—20 раз средняя степень тяжести, более 20 раз — тяжелая, гипергидроз)
 Больные с преобладающим тонуса сим-

Гинеколог-эндокринолог
 1-й год — 1 раз в 3 мес, 2-й и 3-й год — 1 раз в 6 мес

Терапевт 1-й год — 1 раз в 3 мес, затем 2 раза в год
 Другие (хирург, уролог, психоневролог) по показаниям

В женской консультации:
 1. Гинекологическое исследование
 2. Тесты функциональной диагностики
 3. Маммография
 4. Консультация терапевта, невропатолога

1. Немедикаментозная терапия
 1. ЛФК
 2. Диета
 3. Гидротерапия
 4. Бальнеотерапия в привычной климатической зоне (жемчужные, хлородные) —

До стойкой ремиссии, далее в течение 5—15 лет постменопаузы

Отсутствие симптомов ПС

Тяжелые формы ПС, не поддающиеся обычной терапии
 Выраженные аллергические проявления
 Развитие признаков выра-

патико-адреналового отдела вегетативной нервной системы (учащение пульса и дыхания в покое, страх, тревога, беспокойство перед началом «прилива», вязкий пот, сердцебиение, боли давящего, сжимающего характера)

В диагностическом центре

1. ЭКГ
2. Биохимическое исследование крови, гликемическая кривая, Са, Р, щелочная фосфатаза
3. Гемостазиограмма
4. Рентгенография позвоночника и крупных суставов (для исключения остеопороза), монофотонная абсорбциометрия (остеометрия)

при сочетании с мпомой, эндометриозом и т. д.

5. Анодическая гальваниография головного мозга — 10—20 процедур
 6. Гальванизация шейно-лицевой области
 7. Массаж воротниковой зоны
 8. Физioterapia
 9. Иглорефлексотерапия
- II. Негормональная терапия

1. Витаминные группы В (В₁ и В₆) по 15 инъекций
2. АТФ — по 1,0 мл 30 инъекций
3. Резерпин по 0,05 мг 1—2 раза в день
4. Обзидан по 10 мг 1—3 раза в день
5. Стугерон по 25 мг 2—3 раза в день
6. Транквилизаторы, нейролептики (индивидуально)

женского остеопороза

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования
----------------------	---	--------------------------------------	--

Больные с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы (гипотония с ваготоническими кризами, аллергические проявления, брадикардия, во время «прилива» — чувство тошноты, отчаяния, безысходности, обильный липкий пот)

То же

То же

То же

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
--	---	-------------------------	----------------------------

1. Витамины группы В (В₁ и В₆) по 15 инъекций
 2. АТФ — по 1,0 мл 30 инъекций
 3. Беллонд или беллатаминал по 1—3 таблетки 3 раза в день
 4. Глюконат кальция 0,5 г 4 раза в день
 5. Аскорбиновая кислота 0,5—1,0 г 3 раза в день
 6. Метпионин 0,25—0,5 г 2—3 раза в день
 7. Всем больным ПС показаны препараты γ-аминомасляной кислоты (аминалон, гамалон, эщцефабол).
 Курс лечения 1—1,5 мес, повторяют 3—4 раза в год (1-й год), в последующем — 2 раза в год, весной и осенью

То же

То же

То же

akusher-lib.ru

Гормонотерапию проводят в сочетании с немедикаментозной терапией

Эстронол — курсы по 3 нед с постепенным снижением дозы. Перерывы между курсами от 7—10 дней до появления симптомов рецидива или непрерывно 2 мес, затем норколут 10 дней.

Микродозы эстроген-гестагеновых препаратов (бисекурин, ноповлон $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{6}$ контрацептивной дозы). Предпочтительнее препараты, содержащие естественные эстрогены: циклопрогннова, прогннова («Шеринг»), климен («Шеринг»), климонорм («Генафарм»), премпакс («Вайт») Режим приема, как в п. 1. При выраженных

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
----------------------	---	--------------------------------------	--	--	---	-------------------------	----------------------------

аллергических реакций и тяже-
лом течении ПС —
сочетанная те-
рапия микродо-
замы эстроген-гес-
тагеновых препара-
тов и электро-
аналгезия
центральная
(электротранк-
вилизация)

ПРИНЦИПЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

1. Гормонотерапию проводят с учетом возраста, активности и степени распространенности процесса, наличия экстрагенитальных заболеваний, показаний и противопоказаний к их применению, возможных побочных эффектов (достаточно широко освещенных в литературе).
2. Соблюдение трехэтапности лечения: до операции, операция, после операции.
3. Длительность лечения: в течение 6—12 мес в непрерывном или прерывистом режиме строго индивидуально.
4. Гормонотерапию необходимо осуществлять под контролем гемостаза, состояния сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем, печени и желудочно-кишечного тракта, по показаниям следует проводить биохимические исследования, профилактику заболеваний указанных органов и систем (соблюдение оптимального режима лечения, щадящей диеты и медикаментозной терапии по показаниям: антикоагулянты и антиагреганты, ферментные препараты для нормализации функции желудочно-кишечного тракта; гепатопротекторы; витаминотерапия и др.). Клинические анализы крови и мочи не реже 1 раза в 3 мес. Кроме того, рекомендуется исследование молочных желез и остеометрия не реже 1 раза в 3 мес.
5. Применяемые препараты и их дозы:
 - а) гестагены у больных детородного возраста при отсутствии выраженной симптоматики назначают в циклическом режиме от 6 до 12 мес;
 - б) норстероиды (норэтистерон-ацетат, норколут, примолот-нор и другие) применяют по 5—10 мг в непрерывном режиме до 6—9—12 мес;
 - в) гестринон и др. по 2,5—5 мг 2 раза в неделю 6 мес непрерывно;

- г) агонисты гонадотропин-рилизинг гормона [депо-декапептил по 3,5 мг 1 раз в 28 дней, первая инъекция в 1-й день менструального цикла или нафареллин (синарел) по 200 мг 2 раза в день в виде интраназального спрея в течение 6 мес].
6. Противопоказаниями к проведению гормонотерапии являются: склонность к тромбозам, острые нарушения артериального и венозного кровотока, острый и хронический гепатит, цирроз печени, сахарный диабет, тиротоксикоз, гипертоническая болезнь, эпилепсия, мигрень, психозы и психопатии, нарушения функции ЦНС с обязательным выполнением ЭЭГ

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

1. Эндометриозные кисты яичников
2. Внутренний эндометриоз матки III степени
3. Комбинированное поражение матки внутренним эндометриозом с множой матки или рецидивирующим гиперпластическим процессом эндометрия (отсутствие эффекта от гормонального лечения)
4. Ретроцервикальный эндометриоз, не поддающийся консервативному лечению
5. Эндометриоз добавочного рога матки
6. Эндометриоз послеоперационного рубца передней брюшной стенки, пупка, рубца влагалища и промежности
7. Распространенный генитальный эндометриоз

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РЕЦИДИВА ЭНДОМЕТРИОЗА

1. Освобождение от занятий физической культурой в день менструации
2. Контрацепция с целью профилактики абортов
3. После осложненного аборта наряду с противовоспалительной терапией целесообразно в течение 3—4 мес назначать эстроген-гестагенные препараты или норстероиды
4. Диатермокоагуляцию (криотерапия или лазерная терапия) эрозии шейки матки проводить за 3—4 дня до ожидаемой менструации
5. Предупреждение травматизма родовых путей
6. Инструментальные вмешательства на матке выполнять строго по показаниям
7. Своевременное и полноценное лечение эндокринных нарушений и воспалительных заболеваний гениталий
8. Отказ от проведения грязелечения и тепловых процедур у больных со стойким болевым синдромом и маточными кровотечениями без установленного диагноза

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
Эндометриоз шейки матки (влага-лищной части шейки матки)	2 раза в 1 мес (до и после менструации), далее 1 раз в 3 мес		<p>Расширенная кольпоскопия 4—5 раз в течение менструального цикла (до, во время и после менструации), иногда и в последующие циклы, цервикоскопия, цервикогистерография на 7—8-й день менструального цикла.</p> <p>Обязательные обследования для госпитализации в дневной стационар. Прицельная расширенная биопсия шейки матки (иссечение очагов эндометриоза), выскабливание слизистой оболочки цервикального канала (при полиповидной форме эндометриоза). Исследования онкомаркеров (СА-125, СА-19—9, СЕА, МСА)</p> <p>Расширенная кольпоскопия в динами-</p>	<p>Биопсия (иссечение очагов эндометриоза) шейки матки, выскабливание слизистой оболочки цервикального канала при данном заболевании являются не только диагностическими, но и лечебными</p> <p>Гормонотерапия после гистологи-</p>		<p>В дневной стационар для диагностических и лечебных манипуляций</p> <p>Выздоровление</p>	
— до операции							
— после операции							

Эндометриоз тела матки — до операции

Неограниченная до уточнения диагноза. Далее каждые 3 мес по показаниям — в динамике менструального цикла, при проведении гормонотерапии в первые 2—3 мес не менее 2 раз в 1 мес

Консультация терапевта, гематолога (при анемии, меноррагии), гастроэнтеролога и других специалистов по показаниям

ке менструального цикла через 1 мес после операции (формирование рубца), далее 1 раз в 3 мес
Расширенная кольпоскопия, бимануальное (в динамике менструального цикла) исследование, УЗИ, гистеросальпингография на 7—8-й день менструального цикла, гистероскопия в I фазу менструального цикла, газовая пельвиграфия во фронтальной и сагиттальной проекции, исследование содержания гемоглобина и эритроцитов до и после менструации, состояния свертывающей системы крови (коагулограмма, протромбин, время свертывания, время кровотечения) по показаниям.

ческого подтверждения диагноза. Седативная, десенсибилизирующая терапия (по показаниям)

Длительная (не менее 6—9 мес), гормонотерапия (гестагены, андигонадотропины и др.) при отсутствии показаний к оперативному лечению у молодых женщин или в течение 2—3 мес до операции с соблюдением принципов гормональной терапии при эндометриозе. Гемостатическая, антианемическая терапия по показаниям, седативные и анальгетики при болевом синдроме, лечение экстрагенитальных заболеваний смежными специалистами, а также санация всех очагов хронической инфекции

До вступления в менопаузу

Отсутствие проявлений заболевания при вступлении в менопаузу

Уточнение диагноза, выбор метода лечения

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
Эндометриоз тела матки или истмико-цервикального отдела — после консервативно-пластических операций (энуклеация узлов аденомиоза, дефундация матки, удаление рога матки), надвлагалищная ампутация матки	В первые 5 дней после операции, далее 1 раз в 7—10 дней до 2 мес, затем каждые 3 мес при проведении гормонотерапии; далее 1 раз в 6 мес при отсутствии проявлений заболевания	Консультация терапевта, гастроэнтеролога и других специалистов по показаниям в зависимости от экстрагенитальных заболеваний	Исследования онкомаркеров: СА-125, СА-19—9, СЕА, МСА и др. Клинические анализы крови и мочи, маммография 2 раза в год, УЗИ 2 раза в год, остальные дополнительные методы исследования (те же, что и до операции) проводят при малейших проявлениях заболевания с целью своевременной диагностики прогрессирования или рецидива заболевания Исследования онкомаркеров: СА-125, СА-19—9, СЕА, МСА и др.	Гормональная терапия, схема которой подбирается индивидуально с соблюдением ее принципов в непрерывном режиме. Ранняя восстановительная физиотерапия Медикаментозная терапия по показаниям: седативные, анальгетики, гемостатики, антианемические	До наступления менопаузы	Отсутствие проявлений заболевания при вступлении в менопаузу	Уточнение диагноза при подозрении на прогрессирование или рецидив заболевания
— после экстирпации матки с сохранением яичника(ов) или части	В первые 5 дней после операции, далее 1 раз в 7—10 дней в течение 2 мес, затем	Консультация терапевта и других специалистов по показаниям при прове-	Клинические анализы крови и мочи, бимануальное исследование. УЗИ по показаниям и другие дополнительные ме-	Гормональная терапия, схема которой подбирается индивидуально с соблюдением ее принципов с	В течение 5 лет после окончания гормонотерапии или 6 мес после операции	Отсутствие проявлений эндометриоза яичников, культи влагалища	Уточнение диагноза при подозрении на рецидив эндометриоза

яичника(ов)	каждые 3 мес при проведении гормонотерапии (по показаниям)	дении гормонотерапии	тоды при подозрении на эндометриоз культи влагалища, яичников и другой локализации. Исследования онкомаркеров: СА-125, СА-19—9, СЕА, МСА и др.	целью профилактики возникновения эндометриоза культи влагалища, яичников. Симптоматическая терапия, ранняя восстановительная физиотерапия		
— после пангистерэктомии	В течение первых 5 дней после операции, далее 1 раз в 7—10 дней в течение 2—2 мес после операции, затем 1 раз в год		Клинические анализы крови и мочи	Режим труда	1 год	Адекватность объема операции характеру патологического процесса
Эндометриоз и эндометриоидные кисты яичников до операции	Неограниченная кратность наблюдения до уточнения диагноза	Консультация терапевта и других специалистов (по показаниям), хирурга-онколога — при выявлении гиперпластических процессов в молочных железах	Бимануальное исследование в динамике менструального цикла, УЗИ, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, кольпоскопия (по показаниям), маммография, обязательные исследования для госпитализации	Подготовка к операции, санация всех очагов хронической инфекции	1 мес	Оперативное лечение при эндометриоидных кистах яичников для лапароскопии с биопсией и эндокоагуляцией очагов эндометриоза или лапаротомии

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
— после двусторонней овариэктомии, пангистерэктомии	В первые 5 дней после выписки из стационара, далее 1 раз в 10 дней в течение первых 2 мес, затем 1 раз в 3 мес	Консультация терапевта и других специалистов по показаниям	Клинический анализ крови, анализ мочи, бимануальное исследование	Режим труда. Лечение экстрагенитальных заболеваний у специалистов. Симптоматическая терапия, ранняя восстановительная физиотерапия	6 мес после операции	Адекватность объема операции характеру патологического процесса	
— после операции (лапароскопии) резекции яичников, односторонней овариэктомии, биопсии и коагуляции очагов эндометриоза яичников	В первые 5 дней после выписки из стационара, далее 1 раз в 7—10 дней в течение 2 мес, затем 1 раз в 3 мес при проведении гормонотерапии. Далее при отсутствии рецидива заболевания 1 раз в 6 мес, при подозрении на рецидив заболевания неограниченно кратность наблюдения	Консультация терапевта и других специалистов по показаниям, при наличии хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, почек, варикозном расширении вен и др., а также при длительной гормонотерапии (по показаниям)	Бимануальное исследование (по показаниям) в динамике менструального цикла, УЗИ 1 раз в 6 мес (по показаниям — чаще). Те же исследования, что и до операции при подозрении на рецидив заболевания. Обязательные исследования для госпитализации при рецидиве заболевания. Контроль свертывающей системы крови при проведении длительной гормонотерапии Исследования онкомаркеров:	После операции проводится гормональная терапия, схема которой подбирается индивидуально с соблюдением ее принципов. Симптоматическая терапия (анальгетики, спазмолитики), седативная терапия, антипроstagландин. При «малых» формах эндометриоза яичников гормонотерапию проводят по тем же принципам в течение 6—9 мес,	До наступления менопаузы при отсутствии проявлений заболевания к этому периоду. После контрольной лапароскопии у больных с «малыми» формами эндометриоза яичников	Отсутствие проявлений заболевания при вступлении в менопаузу у больных с рецидивом эндокист. Выздоровление. Выздоровление по данным контрольной лапароскопии у больных с «малыми» формами эндометриоза яичников	Эндоскопический контроль эффективности лечения (по показаниям) или оперативное лечение при рецидиве эндометриоза яичников

	до уточнения диагноза		СА-125, СА-19—9, СЕА, МСА	ранняя восстановительная физиотерапия, далее радоновые, йодобромные воды			
Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища — до операции	Неограниченная до уточнения диагноза. Далее 1 раз в 3 мес	Консультация терапевта, проктолога. Консультация других специалистов по показаниям	Обязательные исследования при первом обращении: бимануальное, ректальное и ректовагинальное в динамике менструального цикла. УЗИ. Ректороманоскопия, биопсия стенки прямой кишки (по показаниям) за 2—3 дня до ожидаемой менструации. Кольпоскопия по показаниям. Обязательные обследования для госпитализации. Исследования онкомаркеров: СА-125, СА-19—9, СЕА, МСА	Подготовка к операции: санация очагов хронической инфекции, лечение экстрагенитальных заболеваний по показаниям	2—3 мес до уточнения диагноза	Иссечение (биопсия) очагов эндометриоза	
— иссечение (биопсия) очагов эндометриоза влагалища, ректовагиналь-	В первые 5 дней после выписки из стационара, далее 1 раз в 3 мес в течение 2 лет, затем 2 раза в 6 мес при отсутствии ре-	Консультация терапевта и проктолога по показаниям. Консультация других специалистов при экстрагенитальных	Клинический анализ крови и мочи. Бимануальное, ректальное, ректовагинальное исследование в динамике менструального цикла (или 1 раз в 3 мес). УЗИ 1 раз в 3—6 мес. Коль-	Режим труда Гормональная терапия, схема которой подбирается индивидуально с учетом ее принципов. Симптоматическая терапия (аналгетические,	До наступления менопаузы при отсутствии рецидива заболевания	Выздоровление, отсутствие рецидива заболевания к периоду наступления менопаузы	Рецидив заболевания для оперативного лечения

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
ной перегородки	цидива заболевания	заболеваниях по показаниям	поскопия, ректороманоскопия, кольпоскопия по показаниям 1 раз в 6 мес. Контроль свертывающей системы крови и биохимические анализы крови при проведении гормонотерапии по показаниям. Исследование онкомаркеров: СА-125, СА-19—9, СЕА, МСА	спазмолитические средства, гемостатические по показаниям, седативная терапия, антипростагландины, физиотерапия, радоновые и йодбромные воды			
СВИЩИ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ							
Шеечно-влагалищные свищи и разрывы шейки матки: — до операции — после операции	Кратность не ограничена После выписки из стационара, перед выпиской на работу	— —	Клинический анализ крови, мочи, бактериоскопическое и бактериологическое исследование из отделяемого влагалища и шейки матки, кольпоскопия Клинический анализ крови, мочи	Санация влагалища —	— После контрольного осмотра снять с учета через 1 мес	— Выздоровление	Оперативное лечение

Старый разрыв промежности III степени и кишечно-гениальные свищи: — до операции	Кратность не ограничена	Проктолог	Клинический анализ крови, мочи. Бактериологическое и бактериоскопическое исследование отделяемого из влагляща и цервикального канала. Фистулография (по показаниям)	Санация влагляща и кишечника	—	—	Оперативное лечение
— после операции	После выписки из стационара, перед выпиской на работу	Проктолог (по показаниям)	Клинический анализ	Физиотерапия на область послеоперационной раны. Диета. Режим труда	После контрольного осмотра снять с учета через 1 мес	Выздоровление	—
Мочеполовые свищи: — до операции	Ежеквартально	Уролог (по показаниям)	Клинический анализ крови, мочи. Бактериологическое и бактериоскопическое исследование отделяемого из влагляща и цервикального канала. Посев мочи на чувствительность к антибиотикам. Фистулография (по показаниям), в/в урография	Антибактериальная терапия мочевых путей. Инстилляции мочевого пузыря. Санация влагляща	6 мес	—	Оперативное лечение
— после операции	После выписки, перед выпиской на работу	Уролог (по показаниям)	Клинический анализ крови, мочи после выписки, через 10 дней, перед выпиской на работу	—	3 мес после выписки из стационара	Выздоровление	—

Продолжение

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
----------------------	---	--------------------------------------	--	--	---	-------------------------	----------------------------

ВЫПАДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Неправильное выпадение матки: — до операции	При воздержании от оперативного вмешательства 1 раз в 6 мес	По показаниям	Обязательные исследования. Кольпоскопия, в/в урография, бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделяемого из влагалища и цервикального канала	Лечебная гимнастика, режим труда, ношение бандажа, санация влагалища и лечение декубитальных изменений по показаниям — последнее. Ношение кольца у женщин пожилого возраста при наличии противопоказаний для операции	Постоянно	—	Оперативное лечение
— после операции	После выписки из стационара, через 10 дней, перед выпиской на работу и по показаниям	То же	Клинический анализ крови, мочи после выписки, через 10 дней, перед выпиской на работу	Физиотерапия, режим труда, ограничение подъема тяжести, в пожилом возрасте — ношение бандажа, лечебная гимнастика	3 мес после выписки	Выздоровление	—

Несостоя-
тельность
мышц та-
зового
дна, цисто-
целе, рек-
тоцеле:

— до опера- ции	Если опера- тивное вме- шательство откладывает- ся, то осмотр 1 раз в 6 мес	По показани- ям в зависи- мости от со- матического состояния	Обязательные ис- следования, коль- поскопия. Бактери- ологическое и бакте- риоскопическое ис- следование отделяе- мого из влагалища и цервикального ка- нала	Лечебная гимнас- тика. Режим тру- да. Ношение бан- дажа. Ограниче- ние подъема тя- жести. Санация влагалища (по показаниям)	Постоянно	—	То же
— после операции	После вы- писки, перед выпиской на работу	—	Клинический анализ крови и мочи после выписки, через 10 дней, перед выпис- кой на работу	Физиотерапия. Режим труда. В пожилом воз- расте — ноше- ние бандажа	3 мес после выписки	Выздоровле- ние	—

Схемы динамического наблюдения женщин, прервавших беременность и применяющих различные методы контрацепции

Ниже представлены схемы¹ с указанием объема обследований, кратности наблюдения акушером-гинекологом и другими специалистами, основные лечебно-оздоровительные мероприятия, примерная длительность динамического наблюдения, критерии снятия с учета, показания для госпитализации женщины после искусственного прерывания беременности; использующих внутриматочную, оральную (гормональную) и другие средства контрацепции.

¹ Схемы разработаны совместно с докт. мед. наук Е. П. Сотниковой.

Динамическое наблюдение женщин, прервавших беременность и применяющих различные методы контрацепции

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотры врачами других специальностей	Частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
----------------------	---	---------------------------------------	--	--	---	-------------------------	----------------------------

Обязательные методы исследования:

I. Искусственное прерывание беременности: анализ крови на RW и СПИД (согласно регламентирующим документам), гепатит (австралийский антиген), бактериоскопическое исследование отделяемого из влагалища, цервикального канала и уретры; анализ крови на группу и Rh у первобеременных; другие — по показаниям.

II. Внутриматочная контрацепция (ВМК) — анализ крови клинический, бактериоскопическое исследование отделяемого из влагалища, цервикального канала и уретры; другие — по показаниям.

III. Оральная (гормональная) контрацепция (ОК) — коагулограмма (протромбиновый индекс, время свертывания и кровотечения, количество тромбоцитов); биохимический анализ крови (сахар, билирубин, холестерин, общий белок); другие анализы — по показаниям.

I. Искусственное прерывание беременности

Искусственный аборт

(в том числе в ранние сроки в амбулаторных условиях) без осложнений

7—10-й день после операции
Через 1 мес (после первой менструации) в дальнейшем в зависимости от метода контрацепции

По показаниям

По показаниям

Подбор метода контрацепции, преимущественно внутриматочные средства (ВМС) и ОК

До начала использования контрацептива, в дальнейшем по методу контрацепции

Начало использования контрацептива

—

Искусственный аборт у первобеременных, часто прибегающих к аборту и у женщин, имевших вос-

После выписки из стационара или на 2—3-й день после операции, через 1 мес, в после-

То же

Посев отделяемого из влагалища, цервикального канала, уретры для определения флоры и чувствительности ее к анти-

Физиотерапевтическое, антибактериальное лечение для профилактики воспалительных заболеваний.

То же

То же

По показаниям

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотры врачами других специальностей	Частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
палительное заболевание половых органов в анамнезе	в зависимости от лечения и метода контрацепции		бнотикам; другие — по показаниям	Преимущественно ОК, традиционные средства			
Воспалительные процессы, нарушения менструального цикла, как осложнения после аборта	Динамическое наблюдение женщин в соответствии с рекомендациями, представленными в специальных разделах						То же
Искусственный аборт с одновременным введением ВМС	7—10-й день после операции, в дальнейшем по методу контрацепции	По показаниям	По показаниям	По показаниям	Длительность использования ВМК	Прекращение » »	использования ВМК
II. Внутриматочная контрацепция (ВМК)							
ВМК без осложнений	Через 7—10 дней после введения, через 1 мес, в последующем 1 раз в 3 мес	То же	То же	В адаптационном периоде симптоматическое лечение по показаниям	То же	То же	—
Осложнения ВМК: воспалительные за-	По схеме диагностируемой	» »	Клинический анализ крови; бак-	Медикаментозное и физиотерапев-	» »	» »	Острый эндометрит и саль-

болевания	нозологической формы		терноскопическое исследование и посев отделяемого из влагалища, цервикального канала, уретры для определения флоры и чувствительности ее к антибиотикам; анализ мочи; другие — по показаниям	тическое лечение. ОК по показаниям			пингофорит, обострение хронического эндометрита и сальпингоофрита, при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения
дисфункциональные маточные кровотечения, меноррагия, метроррагия	То же	То же	Анализ крови клинический, кровь на тромбоциты, время кровотечения и свертывания, протромбиновый индекс. Тесты функциональной диагностики, гормональные исследования, УЗИ — по показаниям	Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. ОК по показаниям. Удаление ВМС при отсутствии эффекта от лечения	То же	Удаление ВМК, наблюдение по нозологической форме	Значительная кровопотеря, анемии
Частичная экспульсия ВМС	При обращении	—	—	Удаление ВМС, подбор другого метода контрацепции	До удаления ВМС	Удаление ВМС	По показаниям
Перфорация матки	При обращении женщины в случае возникновения осложнения, в дальнейшем	По показаниям	УЗИ, рентгенологическое исследование	—	—	—	При установлении диагноза или подозрении на перфорацию матки

Нозологическая форма	Частота наблюдения акушером-гинекологом	Осмотры врачами других специальностей	Частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Примерная длительность динамического наблюдения	Критерии снятия с учета	Показания к госпитализации
Беременность на фоне ВМК	по рек-мен-дации стационара В зависимости от решения об исходе беременности	То же	По показаниям в зависимости от предполагаемого исхода беременности	По показаниям	До установления беременности	Направление на аборт или взятие на учет по поводу беременности	—
III. Оральная (гормональная) контрацепция (ОК)							
ОК без осложнений	Через 1 мес, в дальнейшем 1 раз в 3 мес	» »	Измерение АД и массы тела при каждом посещении, клинический анализ крови, коагулограмма (количество тромбоцитов, время свертывания и кровотечения, протромбиновый индекс) 1 раз в 3 мес. Биохимический анализ крови (сахар, билирубин, холестерин, общий белок) 1 раз в 6 мес, анализ мочи 1 раз в 6 мес; другие — по показаниям	—	Длительность использования ОК, до 1,5—2 лет	Отмена метода контрацепции	—

ОК с осложнениями:

стойкая гипертензия, изменения показателей функции печени, свертывающей системы крови и др. Метроррагин	По схеме диагностируемой нозологической формы	» »	По показаниям	По схеме диагностируемой нозологической формы. Индивидуальное решение вопроса о пролонгировании ОК	Длительность использования ОК	То же	По показаниям
	При кровотечении, через 2—3 дня, в дальнейшем по показаниям	То же	Анализ крови клинический, кровь на тромбоциты, время кровотечения и свертывания, протромбиновый индекс; другие — по показаниям	Увеличение дозы ОК до прекращения кровотечения. Отмена ОК при отсутствии эффекта от лечения	То же		При отсутствии эффекта от амбулаторного лечения
			IV. Механические средства				
	1 раз в 3 мес	» »	По показаниям	По показаниям	Срок использования метода контрацепции	» »	—
			V. Химические средства				
	1 раз в 3 мес	» »	То же	То же	То же	» »	—

Показания для направления беременных в перинатальный центр с целью консультации, обследования, лечения и родоразрешения

I. Социально-биологические факторы

1. Возраст женщины до 18 лет
2. Первоременные 35 лет и более
3. Повторнородящие 40 лет и более
4. Возраст отца: 45 лет и более
5. Профессиональные вредности
6. Алкоголизм, наркомания у одного или обоих супругов
7. Массо-ростовые показатели матери:
 - а) рост 150 см и ниже
 - б) масса тела на 30—40% и более выше или на 20% и более ниже нормы

II. Акушерско-гинекологический анамнез

1. Многорожавшая (3 родов и более)
2. Привычное невынашивание
3. Преждевременные роды
4. Мертворождения в анамнезе
5. Рождение детей с врожденными аномалиями или неврологическими нарушениями, генетические болезни в семье и др.
6. Рождение детей с крупной или низкой массой для гестационного возраста
7. Осложненное течение предыдущих родов (затяжные, оперативные, кровотечения, токсикозы и др.)
8. Рубец на матке после кесарева сечения, миомэктомии, внематочной беременности и др.
9. Аномалии матки и придатков и др.
10. Повреждение костей таза вследствие родового и другого травматизма
11. Пузырный занос, хорионэпителиома в анамнезе

III. Экстрагенитальная патология

1. Заболевания сердечно-сосудистой системы и пороки сердца (врожденные и ревматические пороки сердца)
2. Артериальная гипертензия II—III ст.
3. Варикозная болезнь, тромбозы в анамнезе
4. Хронические заболевания почек и мочевыводящей системы
5. Коллагенозы
6. Заболевания крови (различные анемии, тромбоцитопения, лейкозы, наследственные нарушения свертывающей системы крови и др.)
7. Хронические бронхолегочные заболевания (бронхиальная астма, хроническая пневмония, состояние после операций на легких и др.)
8. Эндокринные заболевания:
 - а) сахарный диабет
 - б) тиротоксикоз с зобом или без него и гипотироз
 - в) аденома гипофиза, гиперпролактинемия
 - г) гиперандрогения
 - д) хроническая надпочечниковая недостаточность
 - е) болезнь Иценко—Кушинга и др.
9. Инфекции в I триместре: токсоплазмоз, цитомегалия, краснуха, герпес симплекс А, Б и др.
10. Заболевания печени (токсический гепатит, гепатоз, желчнокаменная болезнь с обострениями и др.)

11. Заболевания нервной системы
12. Миастения
13. Другие тяжелые заболевания и состояния

IV. Акушерские осложнения

1. Ранний токсикоз с метаболическими нарушениями
2. Длительная угроза прерывания беременности, кровотечения при беременности
3. Нефропатия II—III степени
4. Многоводие, маловодие
5. Многоплодие
6. Анатомически узкий таз
7. Иммунологические конфликты по резус-фактору, АВ0 и другим системам
8. Преждевременные роды
9. Тазовое предлежание при крупном плоде
10. Другие неправильные положения и предлежания плода
11. Фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода
12. Предлежание плаценты
13. Врожденные аномалии плода
14. После коррекции ИЦН
15. Подозрение на внутриутробную инфекцию у плода
16. Другие серьезные осложнения

I. Перечень форм первичной медицинской документации женской консультации

Наименование	Номер	Срок хранения
Медицинская карта амбулаторного больного	025/у	5 лет
Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	025—2/у	До конца года
Медицинская карта студента вуза, учащегося среднего специального учебного заведения	025—3/у	5 лет
Талон на прием к врачу	025—4/у	1 мес
Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты	028/у	1 год
Контрольная карта динамического наблюдения	030/у	5 лет
Книга записи вызова врача на дом	031/у	3 года
Журнал записи родовспоможений на дому	032/у	5 лет
Журнал для записи заключений ВКК	035/у	3 года
Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у	То же
Журнал учета санитарно-просветительной работы	038—0/у	1 год
Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации	039/у	То же
Дневник работы врача и среднего медперсонала поликлиники, диспансера, консультации, здравпункта, колхозного родильного дома, ФАП	039—1/у	» »
Карточка предварительной записи на прием к врачу	040/у	» »
Карта лечящегося в кабинете лечебной физкультуры	042/у	» »
Карта подлежащего периодическому осмотру	046/у	3 года
Карта профилактически осмотренного с целью выявления	047/у	1 год
Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру на выявление	048/у	То же
Журнал записи рентгенологических исследований	050/у	5 лет
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/у	1 год
Журнал записи амбулаторных операций	069/у	5 лет
Справка для получения путевки	070/у	3 года
Сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении	071/у	1 год
Санаторно-курортная карта	072/у	3 года
Журнал регистрации амбулаторных больных	074/у	10 лет ¹
Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/у	3 года

¹После 10 лет — по решению экспертно-проверочной комиссии, определяющей необходимость продления сроков хранения документов сверх установленных.

Наименование	Номер	Срок хранения
Книга записи работы старшего юриконсульта, юриконсульта-та учреждений здравоохранения	087/y	5 лет
Направление на ВТЭК	088/y	3 года
Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного заболевания	090/y	То же
Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания	089/y	» »
Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта	095—1/y	1 год
Рецепт (взрослый, детский)	107/y	То же
Рецепт (специальный)	148—1/y	3 года
Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/y	5 лет
Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/y	То же
Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)	116/y	» »
Направление на анализ	200/y	1 мес
Направление на гематологический, общеклинический анализ	201/y	То же
Направление на биохимический анализ крови, плазмы, слюворотки, мочи, спинномозговой жидкости	202/y	» »
Направление на цитологическое исследование и результат исследования	203/y	» »
Направление для исследования крови на резус-принадлежность и резус-антигена и результат исследования	207/y	» »
Журнал регистрации серологических исследований	259/y	3 года
Листок нетрудоспособности	—	

II. Перечень форм первичной медицинской документации родильного дома

Наименование	Номер	Срок хранения
Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (заполняется только при отказе в госпитализации в акушерский стационар)	001/y	25 лет
Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (раздельный для физиологического и observationalного отделений)	002/y	50 »
Медицинская карта стационарного больного	003/y	25 »
Медицинская карта прерывания беременности	003—1/y	5 »

Наименование	Номер	Срок хранения
Карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице	003—2/y	Определяет руководитель учреждения
Температурный лист	004/y	25 лет
Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	006/y	5 »
Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	007/y	1 год
Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (раздельный для физиологического и обсервационного отделений)	008/y	Постоянно
Журнал регистрации переливания трансфузионных сред	009/y	5 лет
Журнал записи родов в стационаре (раздельный для физиологического и обсервационного отделений)	010/y	25 »
Лист основных показателей состояния больной, находившейся в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии	011/y	То же
Протокол (карта) патологоанатомического исследования	013/y	10 лет
Направление на гистологическое исследование	014/y	1 год
Журнал регистрации поступления и выдачи трупов	015/y	5 лет
Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек	016/y	1 год
Акт констатации биологической смерти	017/y	25 лет
Лист регистрации переливания трансфузионных сред	005/y	То же
Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/y	3 года
Выписка из медицинской карты стационарного больного со злокачественным новообразованием	027/y	10 лет
Протокол на случай выявления у больной запущенной формы злокачественного новообразования	027—2/y	5 »
Журнал учета процедур	029/y	1 год
Журнал записи родовспоможения на дому	032/y	5 лет
Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/y	3 года
Журнал учета санитарно-просветительной работы	038—0/y	1 год
Дневник работы среднего медицинского персонала поликлиники (амбулатории), диспансера консультации, здравпункта, ФАП, колхозного родильного дома	039—1/y	То же
Дневник учета работы рентгенодиагностического отделения (кабинета)	039—5/y	1 год
Журнал записи рентгенологических исследований	050/y	5 лет
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/y	1 год
Журнал учета инфекционных заболеваний	060/y	3 года
Статистическая карта выбывшего из стационара	066/y	10 лет
Тетрадь записи беременных, находящихся под наблюдением ФАП, колхозного родильного дома	075/y	50 »

Наименование	Номер	Срок хранения
Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, трахомы, психического заболевания	089/у	3 года
Извещение о побочном действии лекарственного препарата	093/у	1 год
Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение	095/у	То же
История родов	096/у	25 лет
История развития новорожденного	097/у	То же
История родов для колхозного родильного дома, ФАП	099/у	» »
Журнал учета приема больных и рожениц в стационар ФАП, колхозного родильного дома	098/у	50 »
Журнал отделения (палаты) для новорожденных	102/у	5 »
Медицинское свидетельство о рождении	103/у	1 год
Врачебное свидетельство о смерти	106/у	То же
Фельдшерская справка о смерти	106—1/у	» »
Свидетельство о перинатальной смерти	106—2/у	» »
Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/у	5 лет
Рабочий журнал лабораторных исследований	251/у	1 год
Направление для исследования крови на пробу Кумбса и результаты исследования	206/у	1 мес

Рекомендуемая литература

- Агаджанян Н. А., Кулаков В. И., Зангиева Т. Д., Ананиязова О. А. Экологические факторы и репродуктивная функция // Экология человека. — № 1. — 1994. — С. 94—105.
- Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины / Материалы XXII научной сессии НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН, декабрь 1993, С.—П. — С. 230.
- Астахова Т. М. Сравнительное изучение консервативных методов искусственного прерывания беременности в I триместре / Автореф. дис. канд. ... М. — 1993. — 24 с.
- Баранов А. А., Баклаенко Н. Г. Пути перестройки акушерско-гинекологической помощи в стране // Акуш. и гин. — 1990. — № 4. — С. 3—9.
- Богданова Е. А. Репродуктивное здоровье подростков // Планирование семьи. — 1993. — № 3. — С. 12—14.
- Богданова Е. А., Фролова О. Г., Миرونчева Н. К. Гинекологические заболевания у детей и подростков. — 1992. — 35 с.
- Ваганов Н. Н., Гаврилова Л. В. Роль планирования семьи в охране здоровья женщины // Вестник акушера-гинеколога. — 1992. — № 2. — С. 5—10.
- Ведомственные строительные нормы (взамен СНИП 11—69—78 СН 515—79 СН 535—81). Лечебно-профилактические учреждения. Приказ Минздрава СССР от 06.12.85 г.
- Демидова Е. М. Привычный выкидыш (патогенез, акушерская тактика) / Автореф. дис. докт. ... — М. — 1993. — 42 с.
- Демидов В. Н., Зыкин Б. И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. — М.: Медицина. — 1990. — 220 с.
- Здоровье женщин, матерей и новорожденных в Российской Федерации в 1991 г. (статистические материалы). — М. — 1992. — 157 с.
- Инфицированный аборт (диагностика, клиника, лечение). Методические рекомендации Минздрава СССР. — 1986.
- Искусственное прерывание беременности в поздние сроки (методические рекомендации). Минздрав РФ. — 1993.
- Комаров Ю. М. Социальные факторы и здоровье населения: Обзорная информация ВНИИМН. — М., 1984. — Вып. 4. — 84 с.
- Контрацепция у нерожавших женщин (методические рекомендации). Минздрав РФ. — 1993.
- Контрацепция у подростков (информационное письмо). Минздрав СССР. — 1991.
- Кулаков В. И., Зах И. Р., Куликова Н. Н. Аборт и его осложнения. — М.: Медицина. — 1987. — 160 с.
- Мауилова И. А. Современные контрацептивные средства. — М., 1993. — 200 с.
- Медико-социальные аспекты перинатологии и современные технологии родоразрешения / Тез. докт. I Всерос. съезда акуш.-гинек. и педиатр. — Челябинск. — 1992. — С. 390.
- Методы регуляции репродуктивной функции женщины (методические рекомендации). Минздрав СССР. — М., 1990.
- Мучиев Г. С., Фролова О. Г. Охрана здоровья плода и новорожденного в СССР. — М.: Медицина. — 1979. — 205 с.
- Научные основы диспансеризации женщин / Сб. научн. труд. ВНИЦ ОЗМР. — М., 1987. — 160 с.

- Нельсон У. Е.* Руководство по педиатрии (болезни плода и новорожденного, врожденные нарушения обмена веществ) / Под ред. Р. В. Бермана, В. К. Вогана. — М.: Медицина, 1987. — 504 с.
- Николаева Е. И.* Роль диспансеризации беременных в снижении перинатальной патологии / Дис. докт. ... М., 1990. — 320 с.
- О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению РСФСР. Приказ № 186 от 15.XI.91. Минздрав РСФСР.*
- О профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах. Приказ № 691 от 29.12.89 г. Минздрав СССР.*
- Пасечников Ю. П., Вдовиченко Ю. П.* Влияние частоты и показаний к абдоминальному родоразрешению на перинатальную смертность и послеоперационные осложнения / XV Всес. съезд акуш.-гинеко. — Донецк, 1989. — С. 530—531.
- Перминова С. Г.* Репродуктивное поведение и приемлемость современных видов гормональной контрацепции у подростков. Дис. канд. ... — М., 1991. 154 с.
- Перфильева Г. Н.* Организация службы планирования семьи на региональном уровне и задачи по ее развитию // Планирование семьи. — № 9. — 1993. — С. 8—10.
- Перфильева Г. Н.* Системный подход к снижению материнской смертности в сельскохозяйственном регионе с обширной территорией и низкой плотностью населения / Автореф. дис. докт. ... Санкт-Петербург. — 1994. — 30 с.
- Поляков И. Н., Якунина Л. В., Иванова Т. С.* Организационно-диагностические мероприятия по снижению перинатальной смертности // XV Всес. съезд акуш.-гинеко. — Донецк, 1989. — С. 545—546.
- Применение природных и преформированных лечебных физических факторов в гинекологии. — Методические рекомендации для акушеров-гинекологов и физиотерапевтов. МЗ СССР, 1990 г.*
- Профилактика, диагностика и лечение женщин с невынашиванием беременности и оказание медицинской помощи их детям // Сб. научн. тр. ВНИЦ ОЗМР / Под ред. В. М. Сидельниковой. — М., 1990 (часть I, 277 с. — часть II, 85 с.).*
- Прохорова Л. М., Шорохова Ю. Г.* Отчет. Медико-технологическое решение отделений для беременных, рожениц и родильниц, страдающих экстрагенитальной патологией и гипобио-септическими послеродовыми (послеабортными) заболеваниями. — 1984.
- Пищеничкова Т. Я.* Бесплодие в браке. М. — 1991. 317 с.
- Региональные проблемы здоровья населения России. — М., 1993. — 318 с.*
- Рекомендации по проектированию подразделений акушерских стационаров. — М., 1989. — Минздрав СССР, ГИПРОНИЗДРАВ.*
- Репина М. А., Федорова Э. Д.* Акушерские кровотечения: вопросы профилактики и интенсивного лечения // Акуш. и гин. — 1985. — № 1. — С. 12—18.
- Репина М. А.* Ошибки в акушерской практике: Руководство для врачей. — Л.: Медицина. — 1988. — 247 с.
- Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А.* Практическое акушерство: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1989. — 512 с.
- Сотникова Е. И.* Состояние репродуктивной системы и принципы диспансеризации женщин, использующих различные методы регуляции рождаемости. — Дис. докт. ... — М., 1990. — 352 с.
- Токова Э. З.* Клинико-эпидемиологические и медико-социальное обоснование снижения смертности беременных, рожениц и родильниц в различных регионах страны. Дис. докт. ... — М., 1990. — 216 с.
- Токова Э. З., Кирбасова Н. П., Фролова О. Г.* Показатели деятельности учреждений родовспоможения и методика их расчета (краткое руководство). — М., 1993. — С. 95.
- Федорова М. В., Калашикова Е. П.* Плацента и ее роль при беременности. — М.: Медицина. — 1986. — 252 с.
- Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М.* Современные аспекты операции кесарева сечения. — М., 1988. — 63 с. ВНИПМИ. Обзорная информация. Медицина и здравоохранение. Сер. Охрана материнства и детства. Вып. 2.
- Чернуха Е. А.* Роды высокого риска. Актовая речь (РНИЦ ПАГ). — М., 1992. — 18 с.
- Шехтман М. М.* Экстрагенитальная патология и беременность. — Л.: Медицина. — 1987. — 292 с.

- Antenatal screening: Current policies in the. Ec. a. evaluation/Ed. by H. J. Haisjes et al. — Amsterdam Elsevier, 1988. — 103 p.*
- Backett E. M., Davies A. M., Petras-Barvazian A.* The risk approach in Health Care: With special reference to maternal and child health including family planning//WHO: Public Health Papers N 76. — Geneva, 1984. — 113 p.
- Car-Hill R., Pritchard C.* The development and exploitation of empirical Bidhweight Standards. — New York, 1985.
- Harrison K. A.* Approaches to reducing maternal and perinatal mortality in Africa//Royal College of Obstet. and Gynaec. — London, 1980. — P. 274—279.
- Hodgkinson R.* Maternal mortality//Obstet. Analgesia and Anesthesia./Ed. G. F. Marx, G. M. Bassell. — 1980. — P. 375—395.
- Högberg U., Joelsson I.* The Decline in maternal mortality in Sweden, 1931—1980//Acta Obstet. Gynec. scand. — 1985. — Vol. 64. — P. 583—592.
- Human Embryonic and fetal death/Ed. J. H. Porter, E. B. Hook. — New York, 1980. — P. 371.*
- Hyttén F. E., Leitch J.* The physiology of human pregnancy. — Oxford: Blackwell, 1964. — 478 p.
- Jensen M. D., Bobak J.* Maternity and gynecologic Care. — New York, 1985.
- Kaunitz A. M., Hughes J. M., Grimes D. A. et al.* Causes of maternal mortality in the United States//Obstet. and Gynec. — 1985. — Vol. 65, N 5. — P. 605—612.
- Mashini I., Mrouch A., Hadi H.* Maternal mortality in the American University of Beirut medical Center 1971—1982//Int. Gynaec. Obstet. — 1984. — Vol. 22, N 4. — P. 275—279.
- Robers R. E.* Complication at cesarean section//Obstet. Gynec. N. Amer. — 1988. — Vol. 15, N 4. — P. 673—684.
- WHO* The causes of maternal deaths: A Global Review//Int. Meeting on Prevention of maternal mortality. — Geneva, 1985. — P. 1—22.
- Blondel B., Bréart G.* Mortalité foetoinfantile. Evolution, causes et methodes d'analyse. Encycl. Méd. chir. (Paris-France)//Pédiatrie. 1990. — N 12.

Монография

**Ольга Григорьевна Фролова, Елена Ивановна Николаева,
Зоя Зулкарнаевна Токова и др.**

Акушерская и гинекологическая помощь

Зав. редакцией *О. В. Карева*
Редактор *Т. П. Осокина*
Мл. редактор *И. И. Чуканова*
Художественный редактор *О. А. Четверикова*
Технический редактор *И. В. Сорокина*
Корректор *М. П. Молокова*
ИБ № 6526

ЛР № 010215 от 11.03.92. Сдано в набор 11.01.95. Подписано к печати 02.06.95. Формат бумаги 60×88¹/₁₆. Бумага кн.-журн. офс. Гарнитура таймс. Печать офсетная. Усл. печ. л. 18,62. Усл. кр.-отг. 18,62. Уч.-изд. л. 24,50. Тираж 3000 экз. Заказ 690. «С» 050.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина».
101000 Москва, Петроввергский пер., 6/8.

АООТ «Московская типография № 11».
109088, Москва, ул. Угрешская, д. 12.