



Creditnyi.ru

АО “Медицинский университет Астана”
Кафедра: Акушерство и гинекология

- ◎ ТЕМА: Диспансеризация беременных женщин

Выполнил: Бейсехан Н.Б
Группа: 721 ВОП

НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

Главная задача женской консультации - *диспансеризация беременных*. Срок взятия на учет - до 12 недель беременности. При первом посещении заполняют *“Индивидуальную карту беременной и роженицы” (форма 111у)*, в которой записывают все данные опроса, обследования, назначения при каждом посещении. После клинического и лабораторного обследования (до 12 недель) определяют принадлежность каждой беременной к той или иной группе риска. Для количественной оценки факторов риска следует пользоваться шкалой *“Оценка пренатальных факторов риска в баллах”* (приказ №430).

Обследование беременных на первом уровне включает трехкратное скрининговое **УЛЬТРАЗВУКОВОЕ исследование:**

- ⦿ в сроке 10-14 недель (оценка толщины воротникового пространства плода, длины носовой кости);
- ⦿ в сроке 20-24 недели (выявление ВПР и эхографических маркеров хромосомных болезней плода);
- ⦿ в срок 32-34 недели (выявление ВПР с поздним проявлением, функциональная оценка состояния плода и плаценты).

Биохимический скрининг сывороточных генетических маркеров или материнский сывороточный тест (не менее двух) включает:

- в сроки 10-14 недель «двойной тест» (определение плацентарного протеина, связанного с беременностью (далее - ПАПП-А) и β -единицы хорионического гонадотропина (далее - β ХГЧ));
- в сроки 16-21 недели «тройной тест» (определение альфа-фетопротеина (далее - АФП), неконъюгированный эстриол (далее - НЭ) и β ХГЧ).

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

- ◎ **I посещение – (рекомендовано в сроке до 12 недель)**
- ◎ Консультирование сбор анамнеза, выявление риска выявление перенесенных инфекционных заболеваний (краснуха, гепатит) (см. Приложение А) Рекомендовать школу подготовки к родам Рекомендовать посещение специалиста с представителем семьи Предоставлять информацию с возможностью обсуждать проблемы и задавать вопросы; предложить устную информацию, подкрепленную занятиями по подготовке к родам и печатной информацией.

Обследование:

- росто-весовые показатели (подсчитать индекс массы тела (ИМТ) (2а); $\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$; низкий ИМТ – 29,0 пациентки с ИМТ, отличным от нормального, направляются на консультацию к врачу акушеру-гинекологу измерение АД; осмотр ног (варикозное расширение вен) осмотр в зеркалах – оценка состояния шейки матки и влагалища (формы, длины, рубцовые деформации, варикозное расширение вен); внутреннее акушерское обследование; рутинный осмотр молочных желез проводится для выявления онкопатологии; УЗИ в 10-14 недель беременности: для пренатальной диагностики, уточнения срока беременности, выявления многоплодной беременности.

Лабораторные исследования: Обязательные:

- общий анализ крови и мочи сахар крови при ИМТ выше 25,0 группа крови и резус-фактор бак. посев мочи - скрининг (до 16 недель беременности) исследование на половые инфекции только при клинических симптомах (см. Приложение А) мазок на онкоцитологию (приложение) ВИЧ (100% претестовое консультирование, при получении согласия - тестирование), (см. Приложение В) RW биохимические генетические маркеры HBsAg (проводить обследование на HBsAg при внесении иммунизации иммуноглобулином новорожденного рожденного от носителя HBsAg в

Консультация специалистов

- Терапевт/ВОП
- Генетик при возрасте старше 35 лет, ВПР у плода в анамнезе, 2 выкидыша в анамнезе, кровнородственный брак

Лечебно- профилактические мероприятия

- □ фолиевая кислота 0,4 мг ежедневно в течение первого триместра

II посещение - в сроке 16-20 недель

- **Беседа:** Обзор, обсуждение и запись результатов всех пройденных скрининговых тестов; выяснение симптомов осложнений данной беременности (кровоотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода) Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов, «Тревожные признаки во время беременности» Рекомендовать занятия по подготовке к родам

Обследование:

- измерение АД
- осмотр ног (варикозное расширение вен)
- измерение высоты дна матки с 20 нед (нанести на гравидограмму)

Лабораторное обследование: анализ мочи на белок
биохимические генетические маркеры (если не
проводились при первом визите)

Инструментальное исследование: скрининговое УЗИ
(18-20 нед.)

Лечебно- профилактические мероприятия: прием
кальция 1 г в сутки с факторами риска
преэклампсии, а также у беременных с низким
потреблением кальция до 40 недель прием
ацетилсалициловой кислоты в дозе 75 -125 мг 1 раз в
сутки с факторами риска преэклампсии до 36 недель

III посещение - в сроке 24-25 недель

- Консультирование □ выявление осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода) □ при необходимости пересмотр плана ведения беременности и направление и консультирование врача акушер – гинеколога □ Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов, «Тревожные признаки во время беременности» (см. пример Приложение Ж)

Обследование:

- измерение АД.
- осмотр ног (варикозное расширение вен)
- измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму) (см.)
- сердцебиение плода

Лабораторные обследования: □ Анализ мочи на белок □ Антитела при резус-отрицательном факторе крови

Лечебно- профилактические мероприятия:

Введение анти-Д иммуноглобулин человеческий с 28 нед. беременным с резус-отрицательным фактором крови без титра антител. В последующем определение титра антител не проводится. Если биологический отец ребенка имеет резус- отрицательную кровь, данное исследование и введение иммуноглобулина не проводится.

IV посещение - в сроке 30-32 недели

- Беседа выявление осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода), тревожные признаки при необходимости пересмотр плана ведения беременности и консультирование врача акушер – гинеколога, при наличии осложнений - госпитализация
- Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов; **«План родов»**

Обследование:

- Повторное измерение ИМТ у женщин с исходно низким показателем (ниже 18,0)
- измерение АД;
- осмотр ног (варикозное расширение вен)
- измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму)
 - сердцебиение плода
 - оформление дородового отпуска

Лабораторные исследования:

- RW, ВИЧ
- анализ мочи на белок
- общий анализ крови

У посещение - в сроке 36

- Беседа:
- выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода)
- Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов; **«Грудное вскармливание. Послеродовая контрацепция»**

Обследование:

- наружное акушерское обследование (положение плода);
- осмотр ног (варикозное расширение вен)
- измерение АД;
- измерение высота дна матки (нанести на гравидограмму)
- наружное акушерское обследование
- сердцебиение плода
- анализ мочи на белок

VI посещение- в сроке 38-40 недель

- **Беседа:** выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода) при необходимости пересмотр плана ведения беременности и направление и консультирование врача акушер – гинеколога Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов; **«Грудное вскармливание. Послеродовая контрацепция»**

Обследование:

- измерение АД;
- осмотр ног (варикозное расширение вен)
- наружное акушерское обследование (положение плода);
 - измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму)
- наружное акушерское обследование
- сердцебиение плода
- анализ мочи на белок

VII посещение - в сроке 41 недель

- ◎ **Беседа:** выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода), тревожные признаки при необходимости пересмотр плана ведения беременности и направление и консультирование врача акушер – гинеколога Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов; Обсуждение вопросов о госпитализации для родоразрешения

Обследование:

- измерение АД;
- осмотр ног (варикозное расширение вен)
- наружное акушерское обследование (положение плода);
- измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму)
 - наружное акушерское обследование
 - сердцебиение плода
 - анализ мочи на белок

**Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая
2010 года № 325**

**Об утверждении Инструкции по совершенствованию регионализации
перинатальной помощи в Республике Казахстан**

В соответствии с Планом краткосрочных мероприятий Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2010 годы, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 февраля 2010 года № 77, а также в целях повышения доступности и качества оказания перинатальной помощи, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемую **Инструкцию** по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан.
2. Начальникам управлений здравоохранения областей, городов Астана и Алматы обеспечить исполнение настоящего приказа.
3. Признать утратившим силу **приказ** и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года № 746 «О регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан».
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Каирбекову С.З.
5. Настоящий приказ вступает в силу со дня подписания

Утверждена

приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 7 мая 2010 года № 325

Инструкция

по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан

1. Общие положения

- ✓ Настоящая Инструкция по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан разработана в соответствии с Планом краткосрочных мероприятий Министерства здравоохранения Республики Казахстан, а также в целях повышения доступности и качества оказания перинатальной помощи.
Переход на критерии живорождения и мертворождения, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения (далее - ВОЗ) предусматривает внедрение в практику родовспоможения высокоэффективных международных технологий, реализация которых предполагает проведение регионализации перинатальной помощи (далее - регионализация).
- ✓ Регионализация - это распределение родовспомогательных медицинских организаций в масштабах области по трем уровням оказания перинатальной стационарной помощи женщинам и новорожденным в соответствие со степенью риска течения беременности и родов.
- ✓ Целью регионализации является улучшение качества и доступности перинатальной помощи за счет рационального использования возможностей существующей системы родовспоможения.
- ✓ Система оказания помощи по принципу регионализации подразумевает разумное и эффективное распределение медицинских услуг между медицинскими организациями охраны материнства и детства.
- ✓ Каждая область должна разработать свою схему регионализации с учетом географической доступности, кадровых и материально-технических ресурсов медицинских организаций.

Первоочередные мероприятия необходимые для организации регионализации перинатальной помощи в регионе:

1) осуществить учет родовспомогательных организаций, ревизию имеющихся в них ресурсов (кадровых и материально-технических, в том числе транспортную систему), оценить и определить их мощность, распределить их по уровням перинатальной помощи с четким определением задан и объемов медицинской помощи;

2) составить картографирование зоны обслуживания - на географической карте региона четко обозначить:

- площадь региона (кв. км), наименование районов, городов и расстояния между ними (км.);

- количество родильных домов (отделений), специализированных отделений для новорожденных, уровень оказания ими перинатальной помощи, количество коек и родов, при необходимости другие медицинские организации;

3) провести прогнозируемый расчет ожидаемых потоков транспортируемых пациентов в родовспомогательные организации 2 и 3 уровня местными органами управления здравоохранения;

4) на региональном уровне и на уровне каждой медицинской организации, участвующей в оказании перинатальной помощи разработать четкие алгоритмы действий для каждого конкретного состояния по взаимодействию, транспортировке, оповещению и другие.

При расчете ожидаемых потоков транспортируемых пациентов учитывать прогнозируемое количество родов, число преждевременных и осложненных родов и рождение тяжелых новорожденных. Число беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, нуждающихся в переводе на соответствующий уровень медицинской организации в среднем составляет 20 на 1000 родов.

6. Плановая госпитализация беременных в родовспомогательные медицинские организации осуществляется по направлению медицинского работника первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП) в рамках планируемого количества случаев госпитализации (предельных объемов) с учетом свободного выбора беременной в соответствии с уровнем необходимой перинатальной помощи.

Первоочередные мероприятия необходимые для организации регионализации перинатальной помощи в регионе:

1) осуществить учет родовспомогательных организаций, ревизию имеющихся в них ресурсов (кадровых и материально-технических, в том числе транспортную систему), оценить и определить их мощность, распределить их по уровням перинатальной помощи с четким определением задан и объемов медицинской помощи;

2) составить картографирование зоны обслуживания - на географической карте региона четко обозначить:

- площадь региона (кв. км), наименование районов, городов и расстояния между ними (км.);
- количество родильных домов (отделений), специализированных отделений для новорожденных, уровень оказания ими перинатальной помощи, количество коек и родов, при необходимости другие медицинские организации;

3) провести прогнозируемый расчет ожидаемых потоков транспортируемых пациентов в родовспомогательные организации 2 и 3 уровня местными органами управления здравоохранения;

4) на региональном уровне и на уровне каждой медицинской организации, участвующей в оказании перинатальной помощи разработать четкие алгоритмы действий для каждого конкретного состояния по взаимодействию, транспортировке, оповещению и другие.

При расчете ожидаемых потоков транспортируемых пациентов учитывать прогнозируемое количество родов, число преждевременных и осложненных родов и рождение тяжелых новорожденных. Число беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, нуждающихся в переводе на соответствующий уровень медицинской организации в среднем составляет 20 на 1000 родов.

6. Плановая госпитализация беременных в родовспомогательные медицинские организации осуществляется по направлению медицинского работника первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП) в рамках планируемого количества случаев госпитализации (предельных объемов) с учетом свободного выбора беременной в соответствии с уровнем необходимой перинатальной помощи.

2. Уровни и объем перинатальной помощи в медицинских организациях охраны материнства и детства

◎ Первый уровень:

Организации первого уровня предназначены для женщин с неосложненной беременностью и срочными физиологическими родами.

- ◎ В случае поступления беременных и рожениц на уровень, не соответствующий степени риска необходимо обеспечить ее перевод в соответствующую родовспомогательную организацию согласно принципам регионализации.
- ◎ При возникновении неотложных ситуаций стабилизировать состояние, оценить степень риска и вызвать транспорт «на себя» из роддома более высокого уровня для осуществления перевода беременных и новорожденных.
- ◎ При невозможности перевода непрофильных беременных, рожениц на первом уровне необходимо проводить профилактику, прогнозирование, диагностику угрожающих состояний у плода и новорожденного, своевременно решить вопрос о методе родоразрешения, оказать комплекс первичной реанимационной помощи ребенку при рождении или при возникновении неотложных состояний. Проводить интенсивную и поддерживающую терапию до возможности перевода на более высокий уровень, а также выхаживание недоношенных детей со стабильными функциями дыхания и кровообращения, если их масса превышает 2000,0 грамм.
- ◎ Организации первого уровня помимо базового оснащения должны иметь в наличии оборудование для реанимации женщин и новорожденных, палаты интенсивной терапии с оборудованием.

Второй уровень:

- Организации второго уровня предназначены для женщин с не осложненной беременностью и родами, с преждевременными родами при сроке гестации от 34 недель и более, а также беременные, роженицы и родильницы согласно рискам, определенных в [разделе 1](#) приложения к настоящей Инструкции.
- В случае поступления непрофильных беременных и рожениц необходимо обеспечить перевод в организацию соответствующего уровня, а при возникновении неотложных ситуаций стабилизировать состояние, оценить степень риска и вызвать транспорт «на себя» из роддома более высокого уровня для перевода беременных, рожениц, родильниц и новорожденных.
- В случае невозможности перевода непрофильной роженицы и рождения больного или с массой тела менее 1500 грамм новорожденного в задачу учреждения второго уровня, кроме перечисленных выше мероприятий, входит проведение адекватной медицинской помощи и интенсивной терапии в соответствии с протоколами, за исключением заболеваний, требующих экстренного хирургического вмешательства.
- Организации родовспоможения второго уровня кроме базового оснащения должны иметь палату реанимации и интенсивной терапии новорожденных с полным набором для реанимации, системами ИВЛ, СРАР, кувезы, а также клиническую, биохимическую и бактериологическую лабораторию. В штатном расписании необходимо предусмотреть круглосуточный пост неонатологов.

Третий уровень:

- ❖ Организации третьего уровня (Перинатальные центры, Областные больницы и др.) предназначены для госпитализации беременных, рожениц и родильниц с риском реализации перинатальной патологии, преждевременными родами при сроке гестации 22-33 недели + 6 дней в соответствии с [разделом 1](#) приложения к настоящей Инструкции. В организации данного уровня могут быть также госпитализированы женщины с не осложненной беременностью и родами. Третий уровень оказывает все виды медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и больным новорожденным, нуждающимся в специализированной акушерской и неонатальной помощи, в том числе недоношенным новорожденным с массой тела 1500,0 грамм и менее, переведенных из организации более низкого уровня.
- ❖ Организации родовспоможения третьего уровня должны быть обеспечены высококвалифицированным медицинским персоналом, владеющим современными эффективными перинатальными технологиями и оснащены современным лечебно - диагностическим оборудованием и лекарственными препаратами. Должны иметь круглосуточный неонатальный пост, клиническую, биохимическую, бактериологическую лабораторию, отделение реанимации и интенсивной терапии, а также отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных.

Литературы:

- ❖ Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 сентября 2010 года № 704
- ❖ Утвержден протоколом заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения № 18 МЗ РК от 19 сентября 2013 года
- ❖ Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2010 года № 325
- ❖ Интернет
- ❖ приказ №430