

В.В. Мухина, Т.В. Кочкина, А.Б. Шибаинкова
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,
Женская консультация № 1,
г. Кемерово

КАЧЕСТВО АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

В системе охраны материнства и детства первичная медико-санитарная помощь всегда занимала особое место. В профилактике материнской и перинатальной заболеваемости ведущую роль играет четкая организация работы женской консультации.

В настоящее время в отечественном здравоохранении созданы научные и практические условия для своевременного и всестороннего обследования всех беременных. Врач женской консультации при первом обращении беременной собирает подробный соматический и акушерско-гинекологический анамнез, проводит общий анализ крови с определением ее группы и резус принадлежности, тромбоэластограмму, общий анализ мочи, тесты на сифилис, ВИЧ, гепатит С и В, цитомегаловирус и токсоплазмоз, гонококковую инфекцию, на антитела к вирусу краснухи, α -фетопротеин, сахар крови, консультацию терапевта, стоматолога, оториноларинголога, окулиста, невропатолога.

Особое место в алгоритме обследования для оценки состояния плода занимает ультразвуковое исследование, которое делают 3 раза в течение беременности: в 10-14, 20-24, 28-32 недели, КТГ плода с 32 недели беременности, а по показаниям — чаще и в условиях перинатального центра. После полного обследования определяется принадлежность беременной к той или иной группе риска на акушерскую и перинатальную патологию.

В женской консультации при диспансерном наблюдении беременных женщин необходимо выделять группы риска по развитию аномалий родовой деятельности. К группе риска относятся: пожилые первородящие, беременные с ожирением, диабетом, тиреотоксикозом, с признаками инфантилизма, повторно беременные, но первородящие, прервавшие первую беременность искусственным абортom, женщины, часто делающие аборты, страдающие воспалительными заболеваниями гениталий.

Причины невынашивания беременности многочисленны, поэтому в группу риска по невынашиванию относятся женщины с ОАГА: первая беременность прервана искусственным абортom, наличие

многочисленных абортов, короткий интервал между беременностями, невынашивание беременности в анамнезе, нарушение менструальной функции, генитальный инфантилизм, женщины с нежелательной беременностью или вне брака, перенесшие во время беременности психо-эмоциональную травму, юные первородящие и старше 35 лет, курящие женщины.

В акушерской практике кровотечение продолжает оставаться наиболее серьезной проблемой. В группу риска по кровотечению включаются беременные, страдающие анемией, гипертонической болезнью, заболеваниями почек, а также беременные с гестозами, многоводием, многоплодием, крупным плодом, предлежанием плаценты.

Большое внимание уделяется вопросу формирования группы риска на инфицирование. К группе риска относятся женщины с очагами хронических инфекций, имеющие в анамнезе заболевания женской половой сферы, носители хронических инфекций: токсоплазмоз, герпес, хламидиоз, перенесшие инфекции во время беременности (ОРЗ, грипп, гепатит), с угрозой прерывания беременности, с гестозом.

Перечисленные группы риска на патологию, как акушерскую, так и перинатальную, занимают высокий удельный вес. И в 95 % почти каждая женщина с учетомотягощающих моментов относится в ту или иную группу риска.

Качественная диспансеризация беременных, проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на профилактику осложнений беременности и антенатальную охрану плода в условиях женской консультации № 1 с учетом групп риска, своевременная госпитализация позволили снизить в 2005 г. перинатальную смертность до 3,4 %, гестозы в родах до 0,7 %, аномалии родовой деятельности до 1,4 %, невынашивание до 3,0 %, кровотечений в родах и материнской смертности не было.

Закключение: Объективная оценка состояния здоровья матери и плода во время беременности является важным фактором для своевременной профилактики и терапии нарушений, а также для решения вопроса о выборе роддома для родоразрешения.

* * *