



**Фізіологічне акушерство:
підручник (ВНЗ I—III р.а.)**

Про книгу

У підручнику висвітлено організацію роботи акушерського стаціонару, санітарно-гігієнічний режим у пологових будинках, фізіологічний перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду. Викладено методи оцінки стану плода і новонародженого.  Відповідно до наказів МОЗ України стандартизовано й уніфіковано методи діагностики та лікування захворювань породіль і новонароджених, які дають змогу знизити їх смертність.  Для студентів медичних (фармацевтичних) коледжів, училищ, академії та інститутів медсестринства.

І.Б. НАЗАРОВА, В.Б. САМОЙЛЕНКО

ФІЗІОЛОГІЧНЕ АКУШЕРСТВО

ПІДРУЧНИК

*Друге видання,
перероблене і доповнене*

ЗАТВЕРДЖЕНО

Міністерством охорони здоров'я
України як підручник для студентів
медичних (фармацевтичних) коледжів,
училищ, академії та інститутів
медсестринства

Київ
ВСВ "Медицина"
2018

УДК 618.2/7
ББК 51.1(2)4я73
Н28

Затверджено Міністерством охорони здоров'я України як підручник для студентів медичних (фармацевтичних) коледжів, училищ, академії та інститутів медсестринства (лист № 08.01-47/671 від 21.04.2009)

Рецензенти:

Ю.П. Вдовиченко — доктор медичних наук, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;
А.М. Рибалко — доктор медичних наук, професор

Назарова І.Б.

Н28 Фізіологічне акушерство : підручник / І.Б. Назарова, В.Б. Самойленко. — 2-е вид., переробл. і допов. — К. : ВСВ “Медицина”, 2018. — 408 с. + 4 с. кольор. вкл.
ISBN 978-617-505-634-9

У підручнику висвітлено організацію роботи акушерського стаціонару, санітарно-гігієнічний режим у пологових будинках, фізіологічний перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду. Викладено методи оцінки стану плода і новонародженого.

Відповідно до наказів МОЗ України стандартизовано й уніфіковано методи діагностики та лікування захворювань породіль і новонароджених, які дають змогу знизити їх смертність.

Для студентів медичних (фармацевтичних) коледжів, училищ, академії та інститутів медсестринства.

УДК 618.2/7
ББК 51.1(2)4я73

ISBN 978-617-505-634-9

© І.Б. Назарова, В.Б. Самойленко, 2009, 2018
© ВСВ “Медицина”, оформлення, 2018

Передмова

Підручник з акушерства містить теоретичну і практичну частини, які розраховані на студентів медичних коледжів, училищ, академії та інститутів медсестринства, а також можуть бути використані для самопідготовки студентів.

В основу підручника покладено сучасні накази з удосконалення акушерської допомоги в Україні.

У темі “Профілактика захворювань в акушерських стаціонарах” використано Інструкцію з організації комплексу профілактичних заходів в акушерських стаціонарах.

Послідовність дій при медичному спостереганні за здоровим новонародженим у пологовій залі наведено в темі “Пологи. Перший туалет новонародженого” згідно з найновішими матеріалами МОЗ України.

Тему “Дистрес плода під час вагітності та пологів” висвітлено в контексті останніх рекомендацій МОЗ України “Клінічні протоколи з акушерської допомоги”.

Практична частина має чітку структуру: тема, мета, практичні навички, алгоритми дій, самостійна робота, матеріал для самопідготовки, ситуаційні задачі та тести.

У підручник також включено ситуаційні задачі, тести і додатки.

Розділ 2

УВЕДЕННЯ В ДОКАЗОВУ МЕДИЦИНУ

Щодня медичні працівники в усіх країнах світу потребують отримання нових, клінічно значущих доказів для забезпечення ефективного і якісного ведення своїх пацієнтів. Водночас дуже часто перед медичними працівниками постає питання — де знайти необхідну інформацію.

У своїй повсякденній практиці медичні працівники потребують різних видів інформації для отримання відповідей на питання, які постійно виникають. Наприклад, студентам або лікарям-інтернам часто потрібна базова інформація, яка пояснює причини і патогенез захворювання, фізіологічні особливості тощо. Базова інформація є стабільною і належить до галузі анатомії, фізіології, патогенезу, етіології. Її можна взяти з підручників, довідників та інших загальних джерел.

Але найчастіше вони потребують відповідей на питання, які стосуються безпосередньо підходів до обстеження і лікування пацієнта.

Доказова медицина передбачає об'єктивну оцінку ефективності медичних втручань і використання результатів цієї оцінки в клінічній практиці. Це може бути складним завданням, оскільки і в знаходженні доказів, і в їх поширенні та впровадженні змін — скрізь можливі проблеми.

Крім базової інформації медичним працівникам потрібна інформація, яка безпосередньо пов'язана з веденням пацієнтів, методами діагностики і лікування, прогнозом. Доказова медицина якраз і розглядає саме ці питання.

Щоб довести ефективність і безпеку методів лікування або профілактики, слід провести клінічне дослідження. Пацієнтам однієї групи призначають нове (експериментальне) лікування, а інша (контрольна) група отримує старе (традиційне) лікування, або плацебо. Якщо у пацієнтів, які одержують нове лікування, відзначається зниження статистично значущої частоти небажаних наслідків (смертності, захворюваності), то новий метод можна вважати ефективним. Клінічні дослідження відрізняються мірою достовірності, що залежить від дизайну або методології дослідження.

Найбільш якісними і цінними для практики є докази, отримані при проведенні рандомізованих клінічних досліджень.

Рандомізація — це процедура, що забезпечує випадковий розподіл пацієнтів в експериментальну і контрольну групи. Випадковим розподілом досягається відсутність істотних відмінностей між двома групами, що дає нам можливість пов'язати отриманий результат тільки з лікуванням, а не з чимось іншим.

Існує низка характеристик клінічних досліджень високої якості:

- більшість пацієнтів, які беруть участь у дослідженні, повинні пройти повне дослідження, щоб виявилися результати;
- пацієнтів слід аналізувати в тих групах, у які їх було включено в результаті рандомізації (незалежно від того, отримували вони експериментальне лікування чи контрольне);
- групи мають бути однорідними на початку дослідження (якщо немає такої можливості, це означає, що рандомізацію проведено неякісно);
- найкращим дослідженням є “сліпе” як для дослідників, так і для пацієнтів (“подвійне сліпе” дослідження).

Однією з характеристик клінічних досліджень належної якості є те, що дослідження має бути “подвійним сліпим”. “Подвійне сліпе” дослідження — це коли ні пацієнт, ні лікар не знають, у яку групу розподілено пацієнта. У дослідженнях, які вивчають препарат у таблетованій формі, досить просто забезпечити “подвійне засліплення”. Одна пігулка — тестований препарат (експериментальна група), друга — плацебо (контрольна група). Обидві пігулки мають однаковий розмір, форму, колір, і ні пацієнт, ні лікар не знають, яка з них містить тестований препарат, а яка — плацебо.

Численні високоякісні рандомізовані дослідження зробили значний внесок у розвиток акушерської практики.

Дослідження еклампсії довели, що магнію сульфат є найефективнішим препаратом для профілактики нападів еклампсії. Це дослідження поставило крапку в багаторічній суперечці прихильників препаратів магнію з тими, хто вважав діазепам найкращим препаратом для профілактики нападів судом.

Іншими рандомізованими дослідженнями було доведено значне зниження перинатальної смертності і захворюваності внаслідок застосування кортикостероїдів у жінок із загрозою передчасних пологів.

Існують приклади того, коли рандомізовані контрольні дослідження (РКД) обґрунтовують неефективність запропонованого лікування.

Враховуючи вірогідність помилок і можливість неточних висновків, усі рекомендації, що базуються на різних доказах, можуть бути класифіковані за рівнем достовірності таким чином (табл. 1):

- рівень А (найвищий рівень достовірності): рекомендації ґрунтуються на результатах систематичних оглядів рандомізованих контрольних досліджень і забезпечують найбільшу достовірність (рівень Ia), тоді як в основі рекомендацій (рівень Ib) лежать результати окремих РКД;
- рівень В: рекомендації ґрунтуються на результатах клінічних досліджень, але нижчої якості, ніж РКД. Сюди включено когортні дослідження (рівень IIa і IIb) і дослідження “випадок—контроль” (рівень IIIa і IIIb);
- рівень С: рекомендації базуються на результатах серії випадків або якісних когортних досліджень і досліджень “випадок—контроль” (без контрольної групи);

Розділ 2. Уведення в доказову медицину

- рівень D: рекомендації ґрунтуються на думці фахівців і на знанні фізіології без чіткої критичної оцінки.

Таблиця 1. Шкала рівнів доказовості

Достовірність рекомендації	Рівень достовірності	Заходи
A	Ia	Систематичний огляд РКД
	Ib	РКД
B	IIa	Систематичний огляд когортних досліджень
	IIb	Когортне дослідження
	IIIa	Систематичний огляд досліджень “випадок—контроль”
	IIIb	Дослідження “випадок—контроль”
C	IV	Серія випадків
D	V	Думка експертів

Систематичний огляд — це всебічний огляд теми, у якому підсумовано всі проведені дослідження найвищого рівня, переважно РКД.

Метааналіз — це огляд, у якому результати всіх досліджень об’єднано і проаналізовано як одне дослідження (схема 1).

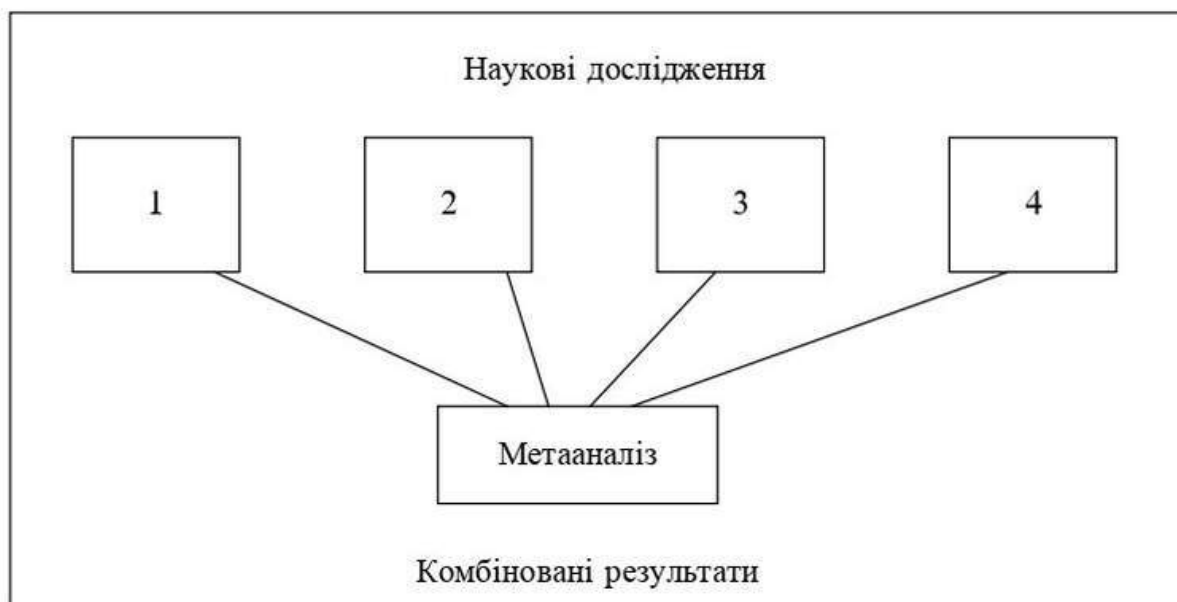


Схема 1. Метааналіз і систематичні огляди

Щоб використовувати результати метааналізу, потрібно знати визначення ключових термінів.

Співвідношення шансів — оцінка шансу настання події в одній групі порівняно із шансом настання події в іншій. Якщо співвідношення шансів становить 1, це

Теоретична частина

означає, що частота настання досліджуваного результату або події в експериментальній і контрольній групах однакова. Співвідношення шансів понад 1 свідчить про вищу вірогідність настання результату або події в експериментальній (першій) групі. Співвідношення шансів нижче 1 свідчить про нижчу вірогідність настання результату або події в цій (першій) групі (схема 2).

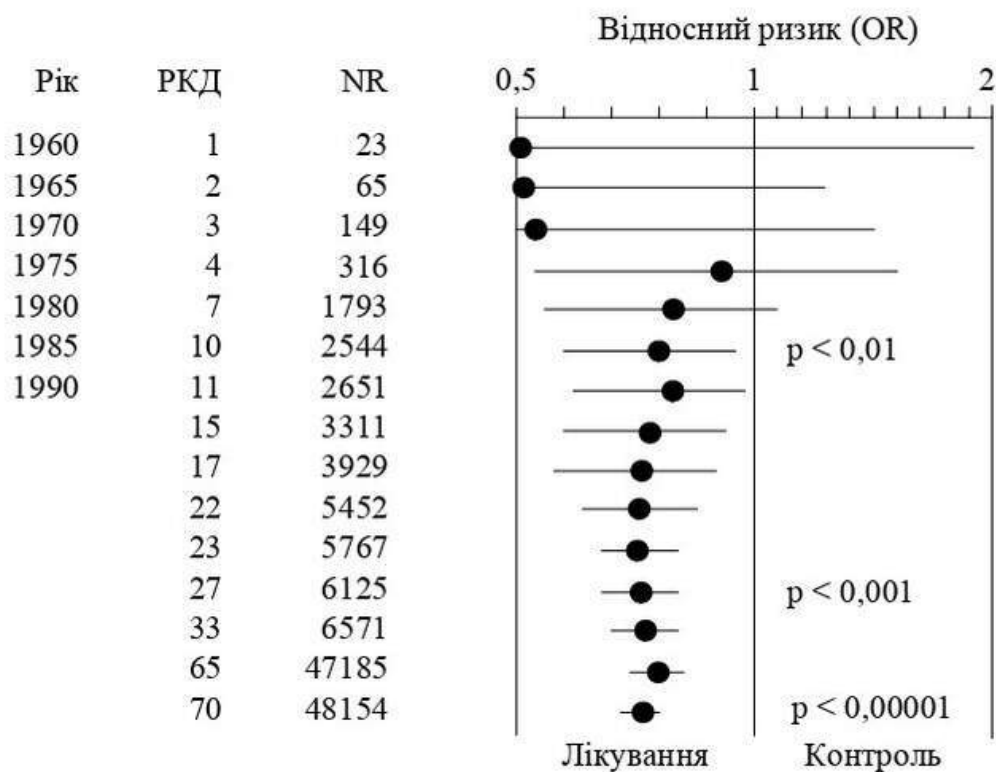


Схема 2. Таблиця Антмана

(крапками на графіку відмічено шанси летального наслідку від захворювання)

Довірчий інтервал — це інтервал між двома значеннями з подібною вірогідністю настання події. Довірчий інтервал (ДІ) представлений горизонтальною лінією, що проходить через точкове значення відношення шансів. Іншими словами, ДІ — це діапазон, у межах якого може лежати дійсне значення показника в досліджуваній популяції. Величина ДІ характеризує ступінь достовірності отриманих даних.

Якщо ДІ не перетинає лінію одиниці, то всі значення відношення шансів або негативні, або позитивні і дані, отримані в дослідженні, вважаються статистично достовірними.

Якщо ДІ перетинає лінію одиниці, то відношення шансів може мати як позитивні (лікування неефективне), так і негативні (лікування ефективне) значення. Дані, отримані в такому дослідженні, вважаються статистично недостовірними.

Якщо немає ніякої різниці в частоті небажаного результату в досліджуваних групах, відношення шансів становитиме $0,20 / 0,20 = 1,0$. Крапка, що вказує на значення відношення шансів, розміститься на лінії одиниці — це свідчить про відсутність різниці в ризику настання небажаного результату в обох групах.

Крім того, ДІ дає уявлення про статистичну потужність дослідження і допомагає зорієнтуватися в його клінічній значущості. Що вужчий ДІ, то клінічно

Розділ 2. Уведення в доказову медицину

потужнішим є це дослідження. Широкий ДІ вказує на слабку потужність дослідження, найчастіше зумовлену недостатньою кількістю досліджених випадків.

При збільшенні кількості пацієнтів, які беруть участь у дослідженні, ДІ звужується, а потужність дослідження і достовірність отриманих результатів значно збільшуються.

Якщо частота небажаного результату (у даному прикладі — летального) в експериментальній групі становить 10 %, а в контрольній групі — 20 %, то відношення шансів небажаної події становитиме $0,10 / 0,20 = 0,50$. Значення 0,50 розміщене зліва від лінії одиниці на графіку і вказує на те, що ризик небажаного результату в експериментальній групі на 50 % нижчий, ніж у контрольній групі.

Якщо частота небажаного результату в групі експериментального лікування вища, ніж у контрольній групі (20 % проти 10 %), то відношення шансів летального результату становитиме $0,20 / 0,10 = 2,0$. Значення 2 перебуватиме праворуч від лінії одиниці і вказуватиме на те, що ризик небажаного результату в групі експериментального лікування в 2 рази вищий, ніж у групі контролю, тобто лікування не тільки не ефективне, але навіть шкідливе.

Проведення РКД є дуже непростим завданням: для включення в дослідження від пацієнтів вимагається поінформована згода. РКД можуть бути високовартісними, ризикованими і неетичними (проведення експериментального лікування одним пацієнтам і плацебо — іншим). Тому докази можна отримати і при проведенні досліджень іншого дизайну — когортних, “випадок—контроль” тощо. Проте результати таких досліджень можуть виявитися помилковими і рівень їх достовірності відповідно нижчий.

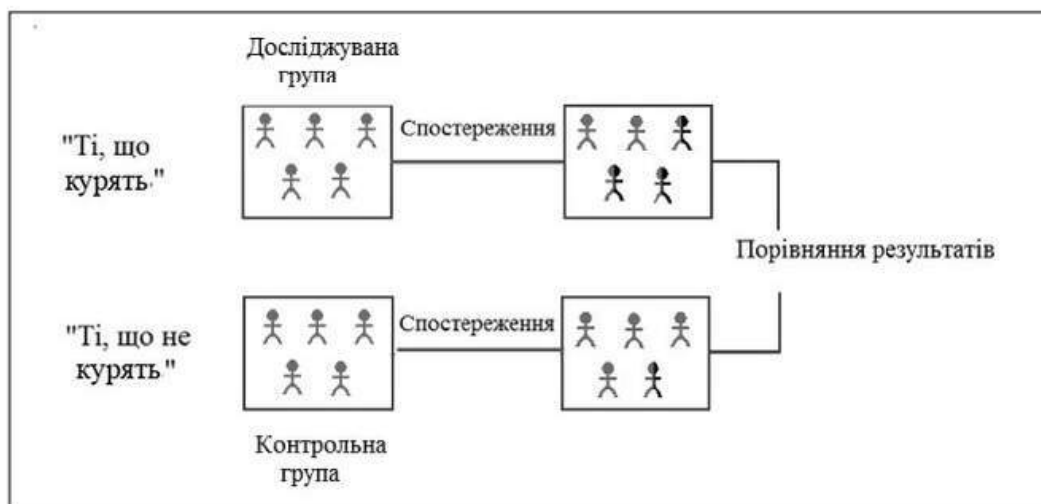


Схема 3. Когортне дослідження

Когортне дослідження — це дослідження, у якому пацієнти мають певні характеристики (дія, певне захворювання, лікування) і спостерігаються протягом деякого часу (схема 3). Потім результати порівнюють з результатами інших пацієнтів, які не володіють цими специфічними характеристиками.

Наприклад, проведення РКД (схема 4) щодо дослідження шкідливості куріння для здоров'я не буде етичним. Не можна запропонувати одним людям курити, а іншим не курити, знаючи, які серйозні наслідки для здоров'я має куріння. Ро-

Теоретична частина

зумна альтернатива цьому — когортне дослідження, в якому визначено дві групи (когорти) людей: що курять і не курять. Ці групи спостерігали протягом деякого часу для визначення проблем зі здоров'ям.

Когортні дослідження не настільки надійні, як рандомізовані, оскільки когорти можуть відрізнятися одна від одної за іншими показниками, окрім факту куріння.

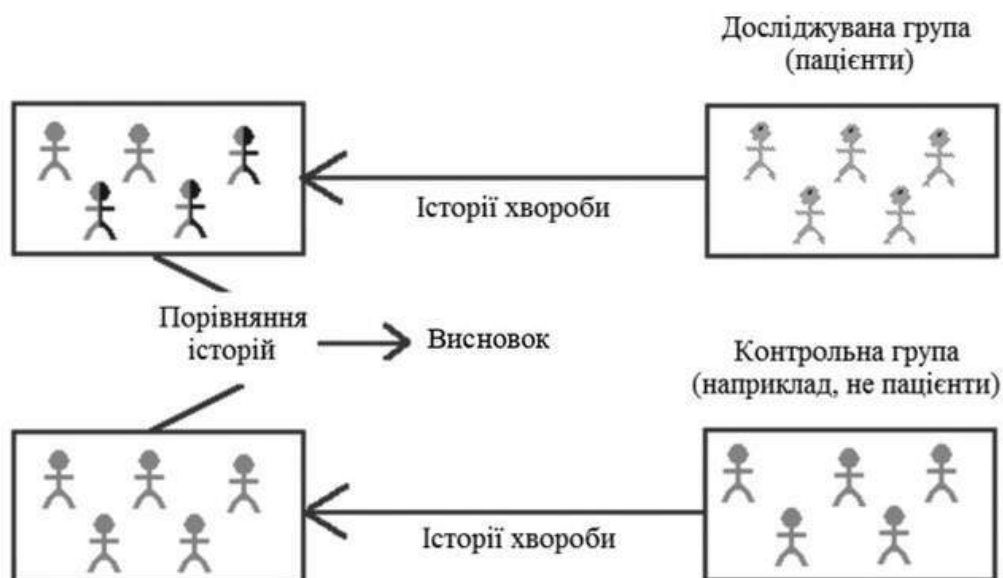


Схема 4. Контрольні клінічні дослідження

Окремий клінічний випадок — це звіт про лікування окремо взятого пацієнта.

Серія клінічних випадків — це збірка звітів про лікування групи пацієнтів.

Наприклад, в одного з ваших пацієнтів такий патологічний стан, про який ви ніколи не чули, і ви не знаєте, що потрібно зробити для вашого пацієнта. Пошук серії клінічних випадків може допомогти вам встановити діагноз (схема 5).

Результати вивчення клінічних випадків або серії клінічних випадків не такі надійні. Для вивчення загального стану варто шукати достовірніші докази.

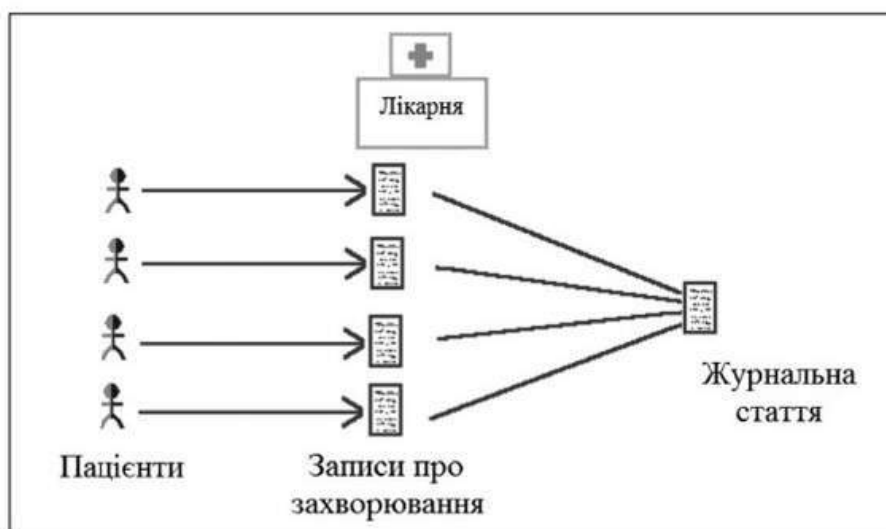


Схема 5. Серія клінічних випадків і клінічні випадки

Р о з д і л 2. Уведення в доказову медицину

Доказова медицина — це добросовісне, детальне і розумне використання кращих сучасних доказів при ухваленні рішень про ведення окремих пацієнтів. Практичне застосування доказової медицини означає інтеграцію індивідуальної клінічної компетентності з кращими з доступних зовнішніх клінічних доказів, отриманих у результаті систематичних оглядів. Під індивідуальною клінічною компетентністю розуміють майстерність і мудрість, яких кожен клініцист набуває за допомогою клінічного досвіду і клінічної практики. Підвищений професіоналізм відображується в багатьох речах, але особливо в ефективнішій і раціональнішій діагностиці, у вдумливіших визначеннях, у розумінні труднощів і особливостей окремо взятих пацієнтів при ухваленні клінічних рішень щодо їх ведення. Кращі наявні клінічні докази — це клінічно значущі дослідження, орієнтовані на пацієнта, результатами яких стануть точність і достовірність діагностичних тестів і медичних оглядів, значущість прогностичних показників, ефективність і безпека терапевтичного, реабілітаційного і профілактичного режимів. Зовнішні клінічні докази зводять нанівець раніше прийняті діагностичні тести і лікування, замінюючи їх новими — потужнішими, чіткішими, ефективнішими і безпечнішими.

Доказова медицина (ДМ) — це інтеграція найкращих наукових доказів з клінічним досвідом і потребами пацієнта (схема 6).



Схема 6. Структура доказової медицини

ДМ означає ведення пацієнтів за допомогою чіткої інтеграції доказів, отриманих у результаті клінічних досліджень з урахуванням патофізіологічних висновків, досвіду медичного працівника і переваг пацієнта. ДМ — це стиль практики і навчання, який також допомагає спланувати майбутні дослідження.

Залежно від обставин в ухваленні важливих рішень один компонент може відігравати значнішу роль, ніж інші, хоча в ідеалі мають бути залучені всі компоненти. ДМ допомагає клініцистам в їх щоденній практичній діяльності, коли виникають сумніви з приводу співвідношень ризику і користі для пацієнта. І навпаки, те, що теоретично є чорним і білим, може швидко стати сірим на практиці, коли клініцист вирішує проблеми конкретного пацієнта.

Термін “доказова медицина” було запропоновано клініцистами й епідеміологами Університету McMaster (Канада, 1988). Він став загальновідомим у 90-і роки ХХ ст. Протягом останніх двох десятиліть інтерес до ДМ стрімко зріс у всьому світі. На сьогодні клініцисти в більшості зарубіжних країн навчені ухвалювати рішення, засновані на доказах. А уряди, медичні працівники й індустрія охорони здоров’я інтенсивно створюють структуру і процедури для підтримки рішень, заснованих на доказах.

Арчі Кокран описав, як представити наукові дослідження увазі клініцистів і зробити результати дослідження стимулом для обговорення і уважного аналізу. Він сумісно з колегами з Британської медичної дослідницької ради зробив істотний внесок у те, що сьогодні називають доказовою медициною.

Спільна робота Кокрана з іншими дослідниками — це поєднання добровільних зусиль із підтримкою з усього світу. Її мета — створення інформаційної бази, яка б містила інформацію з кращих РКД. Ідея була така: звести всю інформацію воедино і зробити її доступною для клініцистів, що допоможе ухвалювати науково обгрунтовані клінічні рішення.

Перше документоване рандомізоване дослідження було проведено в 1940 році. Це було дослідження з використання стрептоміцину для лікування туберкульозу.

Оскільки основну увагу було приділено медикаментам, дослідження втручань і способів діагностики не проводили доти, доки в 1971 році епідеміолог Арчі Кокран не заявив про те, що сучасній медицині не вистачає доказів і багато практик можуть бути шкідливими. Більш того, в 1974 році одне аналітичне дослідження показало, що медичні знання, які містяться в підручниках і посібниках, не було систематизовано. У 80-х і на початку 90-х років ХХ ст. основний акцент було зроблено на визначення правил систематичного огляду даних і на пошуки засобів для розробки клінічного посібника. Розробка клінічного посібника тривала декілька років. Часто він застарівав ще до моменту його публікації.

На практиці впровадження науково-довказової медицини складається з п'яти кроків:

I — постановка клінічного питання у форматі PICO: пацієнт (patient), втручання (intervention), порівняння (comparison), результати (outcomes). Це дає змогу визначити ключові слова, за допомогою яких здійснюється пошук доказів;

II — пошук найкращих доказів. Пошук слід починати із систематичних оглядів і РКД як найбільш достовірних і цінних досліджень. Якщо такі не знайдено, слід перейти до пошуку доказів нижчого рівня: когортних досліджень, досліджень “випадок—контроль”, серії випадків тощо;

III — критична оцінка доказів. Цей дуже важливий крок визначає достовірність знайдених доказів (чи правильно було проведено дослідження, чи можна йому довіряти, наскільки воно вагоме) і результатів дослідження (наскільки ефективно лікування, метод профілактики, наскільки точний метод діагностики).

Для перевірки надійності РКД слід відповісти на такі запитання:

- Чи було проведено рандомізацію хворих?
- Чи всі учасники груп завершили дослідження (повнота дослідження)?
- Чи було пацієнтів проаналізовано в групах, у які їх було рандомізовано?
- Чи було лікування “сліпим” для пацієнтів і дослідників?
- Чи були групи подібними на початку дослідження?
- Крім експериментального лікування, чи отримували групи однакове лікування?

Якщо дослідження проведено якісно, тобто якщо воно надійне, то тоді переходять до оцінки його результатів;

IV — розгляд доказів з погляду клінічної відповідності і потреб пацієнта;

V — оцінка здійсненості впровадження в практику науково-довказових технологій.

Для здійснення якісного пошуку доказів і їх критичного аналізу медичному працівнику потрібні спеціальні навички і час. Набагато легше і швидше користуватися оглядами з ДМ, підготовленими іншими фахівцями: Кокранівська база даних (Cochrane database), Бібліотека репродуктивного здоров'я ВООЗ (WHO Reproductive Health Library), “Керівництво по ефективній допомозі при вагітності і народженні дитини” за редакцією М. Енкіна (“The Guide on Effective Care in Pregnancy and Childbirth” by M. Enkin et al., 2003), або готовим клінічним посібником і протоколами.

“Доказова медицина” — це не книга кулінарних рецептів. Вона вимагає глибокого підходу, який інтегрує кращі зовнішні докази з індивідуальною клінічною компетентністю медпрацівника і вибором пацієнта. Зовнішні клінічні докази можуть давати потрібну інформацію, але ніколи не замінюють індивідуальний клінічний досвід — досвід, що дає змогу вирішити, чи підходить даний зовнішній доказ окремо взятому пацієнтові взагалі, і якщо так, то як інтегрувати цей доказ в ухвалення клінічного рішення.

Доказова медицина не повинна сприйматись як “медицина, що знижує вартість”. Є деякі побоювання, що менеджери комерційних структур скористаються доказовою медициною, щоб знизити витрати на охорону здоров'я. Це не тільки означатиме неправильне використання доказової медицини, а й призведе до фундаментального нерозуміння її фінансових наслідків. Лікарі, упроваджуючи в практику принципи доказової медицини, зрозуміють, що найбільш ефективні втручання поліпшать якість і збільшать тривалість життя пацієнтів. А це підвищить, а не знизить вартість їх ведення” (*Mark R. Anderson. A Short History of Scurvy*).

ДМ — це добросовісне використання кращих сучасних доказів в ухваленні рішень з приводу ведення окремих пацієнтів або надання медичних послуг. Кращі сучасні докази — це новітня інформація стосовно надійних достовірних досліджень з таких питань, як різні види ведення пацієнтів, потенційна шкода від дії певних речовин, точність діагностичних тестів, прогностична значущість або прогностичні чинники.

Розділ 3

ОРГАНІЗАЦІЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ АКУШЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

На сьогодні організація акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні базується на принципах ВООЗ. Це забезпечення сталого доступу всіх верств населення до кваліфікованої медичної допомоги, служб планування сім'ї, медико-генетичного консультування. З урахуванням різноманітних факторів, які впливають на стан здоров'я жінок, розроблено нормативну базу щодо забезпечення жіночого населення амбулаторною та стаціонарною акушерською допомогою.

Здоров'я жінки — це здоров'я нації. Сучасні принципи надання кваліфікованої акушерської допомоги передбачають: ведення партограми, визначення (за показаннями) біофізичного профілю плода, організацію роботи акушерських стаціонарів з упродовженням спільного перебування матері і дитини, грудного вигодовування, практики “індивідуальних”, відповідно до чинного законодавства, та “сімейних” пологових залів, забезпечення запасу медикаментів для надання невідкладної медичної допомоги.

Акушерську допомогу в Україні здійснюють у лікувальних закладах амбулаторного і стаціонарного типу, основними з яких є пологові будинки та жіноча консультація у складі акушерсько-гінекологічного об'єднання, акушерські відділення у складі багатопрофільної лікарні, жіноча консультація як підрозділ поліклініки. Окрім цього існують самостійні жіночі консультації. Наявність акушерських відділень у багатопрофільних лікарнях або медико-санітарних частинах дає можливість більш оперативно забезпечити кваліфіковану консультативну допомогу спеціалістами будь-якого профілю, цілодобову лабораторну діагностику, вирішувати питання господарського забезпечення тощо. У центральних районних лікарнях така допомога надається у пологових відділеннях.

Акушерську допомогу вагітним (родільям) з україн високим ступенем прогнозованого перинатального та акушерського ризику надають в акушерських стаціо-

Зміст

Передмова	3
Список скорочень.....	4
ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТИНА.....	5
РОЗДІЛ 1. Акушерство як наука. Основні етапи розвитку акушерства.....	7
Розвиток акушерства в Російській імперії.....	9
Розвиток акушерства в Україні.....	11
Медична етика і деонтологія в сучасному акушерстві.....	13
РОЗДІЛ 2. Уведення в доказову медицину.....	15
РОЗДІЛ 3. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.....	24
Принципи організації акушерської служби в Україні.....	24
Жіноча консультація.....	25
Завдання жіночої консультації.....	26
Організація диспансерного нагляду за вагітними.....	26
Організація амбулаторної гінекологічної допомоги.....	30
Організація спеціалізованої амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги.....	31
Організація амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості.....	32
Права та обов'язки акушерки жіночої консультації.....	34
Фельдшерсько-акушерський пункт.....	35
Пологовий будинок.....	36
Права та обов'язки акушерки акушерського стаціонару.....	39
Обов'язки медичної сестри відділення новонароджених.....	40
Основи законодавства України про охорону здоров'я жінки.....	41
РОЗДІЛ 4. Профілактика захворювань в акушерських стаціонарах.....	44
Профілактика внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах.....	45
Основні поняття і терміни.....	45
Організаційні заходи.....	47
Профілактика ВЛІ.....	48
Санітарно-протиепідемічні заходи.....	52
Профілактика ВЛІ у медичного персоналу.....	52
Методика обробки рук медичного персоналу та пацієнтів, використання медичних рукавичок.....	55
Правила використання медичних рукавичок.....	58

РОЗДІЛ 5. Анатомія та фізіологія жіночих статевих органів	60
Зовнішні статеві органи	60
Внутрішні статеві органи	61
Зв'язковий апарат внутрішніх статевих органів	66
Кровоносна, лімфатична і нервова системи статевих органів	67
Грудні залози	69
РОЗДІЛ 6. Жіночий таз і тазове дно.....	70
Кістки таза	70
З'єднання таза.....	72
Великий таз.....	72
Малий таз.....	73
М'язи таза	76
Дослідження таза	78
Додаткові розміри таза.....	81
Відмінність жіночого таза від чоловічого.....	82
РОЗДІЛ 7. Менструальний цикл. Гігієна жінки в різні періоди життя	83
Вікові періоди життя жінки.....	83
Нейрогуморальна регуляція менструального циклу.....	86
Гігієна жінки в різні періоди життя.....	91
Гігієна дівчаток.....	91
Гігієна дорослої жінки	92
РОЗДІЛ 8. Фізіологія вагітності. Гігієна вагітної жінки	94
Особливості адаптації організму жінки до вагітності в різні її терміни.....	102
Плід у різні терміни вагітності.....	109
Здоровий спосіб життя під час вагітності	110
Зразок одноденного меню.....	115
Плід як об'єкт пологів	116
Голівка зрілого плода.....	116
Розміри голівки і тулуба зрілого плода	116
Гігієна вагітних	117
РОЗДІЛ 9. Діагностика вагітності.....	121
Діагностика вагітності на ранніх термінах	121
Додаткові методи діагностики вагітності	122
Діагностика вагітності на пізніх термінах	122
Методика обстеження вагітних	122
Розміщення плода в порожнині матки.....	127
Зовнішнє акушерське дослідження.....	129
Прийоми Леопольда	129
Додаткові методи дослідження під час вагітності	134
Неінвазивні методи	134
Інвазивні методи	135
Визначення терміну вагітності, дати декретної відпустки і дати пологів	135
Визначення дати декретної відпустки.....	136
Визначення передбачуваної дати пологів	137
Визначення довжини та маси тіла плода	137
РОЗДІЛ 10. Пологи. Перший туалет новонародженого.....	139
Провісники і початок пологів.....	140

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ