

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Туаева И.Б., Довголис А.Н., Гудцова А.П., Магаев К.А., Габараева Л.Н.

**ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

Учебно-методическое пособие для обучающихся
на факультете подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного
профессионального образования по специальности
«Организация здравоохранения и общественное здоровье»

Владикавказ, 2021

СОСТАВИТЕЛИ:

Туаева И.Б. – к.м.н., доцент, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Довголис А.Н. – старший лаборант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Гудцова А.П. – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Магаев К.А. – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Габараева Л.Н. – к.м.н., старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

А. Б. Касохов – д.м.н. профессор зав. кафедрой детских болезней №3,

Р. В. Золоев – д.м.н. профессор зав. кафедрой ортопедической стоматологии, пропедевтики и постдипломного образования ФГОУ ВПО «Северо-Осетинский государственный университет им. К.Л. Хетагурова»

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
Протокол № 3 от 05.02.2021 г.

ВВЕДЕНИЕ

Служба охраны здоровья матери и ребенка является важной составной частью системы здравоохранения. Охрана материнства и детства, снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности ставятся в ранг наиболее приоритетных направлений государственной социальной политики. Медико-социальная значимость сохранения репродуктивного здоровья населения повышается в условиях неблагоприятной демографической ситуации, характеризующейся низкой рождаемостью и высокой смертностью. Показатели здоровья женщин являются особенно чувствительным индикатором социально-экономического развития общества. Наличие современной и полной информации о здоровье женщин, особенно с учетом возрастного-половых и социальных факторов, позволяет не только строить медико-демографические прогнозы, но и совершенствовать систему организации медицинской помощи и, соответственно способствовать улучшению здоровья женского населения.

В целях повышения эффективности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в ряде субъектов организуются **перинатальные центры**. В последние годы эта работа активизировалась в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Развитие сети перинатальных центров должно оказать в дальнейшем существенное влияние на преодоление негативных тенденций и стабилизацию демографической ситуации, что определено **Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года**.

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Первичная медико-санитарная помощь – это комплекс профилактических, лечебно-диагностических, санитарно-гигиенических, санитарно-эпидемиологических (в пределах установленных полномочий) и реабилитационных мероприятий, оказываемых населению медицинскими работниками в амбулаторно-поликлинических, больничных и стационарно-поликлинических учреждениях здравоохранения муниципального района и городского округа.

Первичная медико-санитарная помощь занимает ведущее место в системе охраны материнства и детства. На её долю приходится основная часть медицинских услуг, оказываемых женщинам.

Основу первичной медико-санитарной помощи в акушерстве и гинекологии составляют: практические, научно обоснованные и социально приемлемые методы и технологии, доступность, качество оказания медицинской помощи.

В 1978 г. Декларацией ВОЗ рекомендована модель диспансеризации беременных, принятая в СССР, всем странам с высоким уровнем материнской смертности.

Бесплатная первичная медико-санитарная помощь предоставляется населению в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период, которая утверждена Постановлением правительства РФ № 1492 от 08.12.2017 г. В рамках программы бесплатно предоставляются:

- скорая медицинская помощь:
 - при состояниях, угрожающих жизни или здоровью, в т. ч. при осложнениях беременности и при родах;
 - нарушениях репродуктивного здоровья (внематочная беременность, кровотечение и т. д..)
- стационарная:
 - при патологии беременности, родах и абортах;
 - в период новорожденности;
 - при острых гинекологических заболеваниях и обострениях хронических болезней, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения или изоляции по эпидемиологическим показаниям;
 - при плановой госпитализации с целью проведения диагностики, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного наблюдения.
- амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь.

Реформа здравоохранения, направленная на улучшение репродуктивного здоровья населения и борьбу с депопуляцией, предполагает существенную перестройку системы первичной медико-санитарной помощи, особенно её амбулаторно-поликлинического звена (женских консультаций и фельдшерско-акушерских пунктов). Это связано с тем, что данными лечебно-профилактическими учреждениями охватывается большая часть населения. Рациональная организация амбулаторно-поликлинической службы, направленная на увеличение объёма помощи и расширение перечня услуг за счёт внедрения стационарозамещающих технологий, способна значительно снизить репродуктивные потери.

Женская консультация – ключевое звено амбулаторно-поликлинической службы в акушерстве и гинекологии.

Деятельность женской консультации регламентирована Приказом Минздрава РФ № 572н от 01 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

1. Женская консультация. Организация работы.

Женская консультация – учреждение здравоохранения диспансерного типа, оказывающее амбулаторную лечебно-профилактическую акушерскую и гинекологическую помощь населению. Она играет ведущую роль в оказании первичной акушерско-гинекологической помощи.

Женская консультация может быть самостоятельной юридической организацией или структурным подразделением родильного дома, поликлиники, медико-санитарной части. Наиболее рационально размещение женской консультации в составе лечебно-профилактических учреждений в связи с их более широкими возможностями в обследовании и лечении женщин. Женская консультация должна быть функционально связана с акушерско-гинекологическим стационаром, перинатальным центром, поликлиникой, Центром планирования семьи и репродукции, медико-генетическими консультациями, консультативно-диагностическими центрами, специализированными диспансерами, детскими поликлиниками и другими учреждениями для обеспечения преемственности в наблюдении женского населения.

На должность главного врача (заведующего) женской консультации - врача-акушера-гинеколога назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. N 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г. N 14292), с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2011 г. N 1644н (зарегистрирован Минюстом России 18 апреля 2012 г. N 23879), а также Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. N 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г. N 18247).

На должности врачей женской консультации назначаются специалисты, соответствующие Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. N 415н, по соответствующим специальностям, а также Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. N 541н.

На должности медицинских работников со средним медицинским образованием женской консультации назначаются специалисты, соответствующие Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. N 541н. 9. В целях оказания

С целью полного охвата медицинской помощью, непрерывностью наблюдения и общедоступностью работа женской консультации основана на участково-территориальном принципе, т. е. вверенная ей территория поделена на участки, исходя из количества жителей (6000 на каждом участке).

Штатная структура женской консультации.

Таблица 1.

Врачебный персонал	
Врач-акушер-гинеколог	Из расчета 1 должность: на 2200 женщин
Врач-терапевт	Из расчета 1 должность: на 40 тысяч взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории
Врач-стоматолог	Из расчета 1 должность: на 40 тысяч взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории
Врач-офтальмолог	Из расчета 1 должность: на 40 тысяч взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории
Врач клинической лабораторной диагностики	Из расчета 1 должность: на 10 должностей врачей-специалистов
Врач-физиотерапевт	Из расчета 1 должность: на 15 должностей врачей-специалистов
Врач лечебной физкультуры	Из расчета 1 должность: на 20 должностей врачей-специалистов
Врач-психотерапевт (медицинский психолог)	Из расчета 1 должность: на 10 должностей врачей-специалистов
Врач-специалист по выявлению заболеваний молочных желез	Из расчета 1 должность: на 10 должностей врачей-специалистов
Врач функциональной диагностики	Из расчета 1 должность: на 10 должностей врачей-специалистов
Врач-акушер-гинеколог специализированного приема (гинеколог-эндокринолог, по невынашиванию беременности, патологии шейки матки, бесплодию)	Из расчета: по 1 должности каждого врача-специалиста при наличии более 8 должностей врачей-акушеров-гинекологов
Врач-акушер-гинеколог по оказанию медицинской помощи в детском возрасте	Из расчета 1,25 должности: на 10 тысяч детского населения

Врач-акушер-гинеколог дневного стационара	Из расчета 1 должность: на 15 коек дневного стационара
Врач ультразвуковой диагностики	Из расчета норм времени на ультразвуковое исследование
Врач-анестезиолог- реаниматолог	Из расчета 1 должность: при наличии дневного стационара
Заведующий консультацией врач-акушер-гинеколог	1 должность
Средний медицинский персонал	
Акушерка	Из расчета 1 должность: на каждую должность врача-акушера-гинеколога
Медицинская сестра	Из расчета 1 должность: на каждую должность врача-специалиста; на 10 коек дневного стационара
Медицинская сестра процедурная	Из расчета 1 должность: на 7 должностей врачей-специалистов
Операционная медицинская сестра	1 должность
Медицинский статистик	Из расчета 1 должность на ЛПУ
Медицинский регистратор	Из расчета 1 должность: на 5 должностей врачей-специалистов
Старшая акушерка	1 должность
Главная акушерка	Из расчета 1 должность: на ЛПУ
Младший медицинский персонал	
Санитарка	Из расчета 1 должность: на 3 должности врачей-специалистов
Сестра-хозяйка	Из расчета 1 должность: на женскую консультацию, в которой не менее 8 должностей врачей-акушеров-гинекологов
Санитарка палатная (дневного стационара)	В соответствии с количеством должностей медицинских сестер
Другой персонал	
Юрист	1 должность
Социальный работник	1 должность
Медицинский психолог (психолог)	1 должность
Программист	1 должность

Организация работы женской консультации.

Режим работы женской консультации устанавливают с учётом обеспечения максимальной доступности амбулаторной акушерско-

гинекологической помощи населению (время работы городских женских консультаций с 8 до 20 ч; в субботу, предпраздничные и праздничные дни – с 8 до 18 ч). Работа осуществляется в две смены: с 8 до 15.30 (1 смена), с 12.30 до 20.00 (2 смена). Информация о часах работы женской консультации, расписании приёмов врачей всех специальностей, лечебных и диагностических кабинетов, работе «Школы матерей и отцов» размещается у регистратуры. Женщина может сама записаться на приём к врачу, при этом она получает на руки Талон амбулаторного пациента (форма 025-10/у-97). Запись к специалистам, в диагностические кабинеты может быть предварительной. По согласованию с главным врачом женской консультации женщина может выбрать по своему желанию лечащего врача.

Помощь на дому беременным, родильницам и гинекологическим больным оказывает врач прикрепленного участка или один из врачей консультации, выделенный как «дежурный» (в среднем 0,5 часа рабочего времени в день). Как правило, помощь на дому осуществляется в день вызова. После посещения врач вносит соответствующую запись в «Книгу записей вызова врачей на дом» (форма № 031/у), «Медицинскую карту амбулаторного больного» (форма № 025/у) или «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (форма 1111/у). Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняет средний медицинский персонал (по назначению врача).

Временной объем работы врача акушера-гинеколога составляет в зависимости от количества дней в месяце 165-167 часов. График его работы зависит от затрат времени на амбулаторный приём, помощь на дому, в том числе в субботные дни, санитарное просвещение и др.

Продолжительность работы на приёме составляет 6 ч 30 мин при 6-дневной и 7 ч 30 мин при 5-дневной рабочей неделе. Время приёма составляет 6 ч, патронаж – 1 ч 30 мин. В счёт оставшегося времени обеспечивается приём в субботу или праздничные дни.

Норма нагрузки консультативно-амбулаторного приема врача акушера-гинеколога: первичный прием беременной женщины – 30 минут, повторный прием беременной женщины – 20 минут, прием женщины с гинекологическим заболеванием – 25 минут, профилактический осмотр женщины – 15 минут, первичный прием девочки – 30 минут, повторный прием девочки – 20 минут, посещение женщины на дому – 30 минут.

Весь объем выполненной работы врача акушера-гинеколога отражается в «Дневнике работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации». Регистрируются все виды работ: приём в женской консультации, посещение на дому, профилактическая и санитарно-просветительная и другая работа.

В проведении приёма и лечении больных врачу помогает акушерка. В функции акушерки входит подготовка инструментов, медицинской документации, взвешивание беременных и измерение артериального давления, выдача направлений на анализы и консультации, проведение лечебных процедур, осуществление патронажа на дому. Акушерка ведёт

«Дневник работы врача и среднего медицинского персонала поликлиники, диспансера, консультации, здравпункта, ФАП». Она составляет список проживающих на акушерском участке женщин старше 15 лет.

С целью совершенствования профессионального мастерства акушера-гинеколога, работающего в женской консультации, объединенной со стационаром, целесообразна периодическая работа врача-участка в отделении стационара. Чередование работы в консультации и стационаре следует проводить через год, при этом важно закрепление за одним участком двух врачей, несколько лет взаимно заменяющих друг друга в консультации и в стационаре и хорошо знающих свой участок. Врачи консультации могут привлекаться к несению дежурств в акушерско-гинекологическом стационаре (из расчета 1-1,5 в счет дневной нормы рабочего времени).

Профилактическая работа на участке проводится в специально выделенные для этой цели 3-4 дня в месяц.

Ведение медицинской документации.

Качество работы женской консультации во многом зависит от точности и своевременности заполнения надлежащей медицинской документации. Медицинскую документацию ведут в соответствии с Типовой инструкцией к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (без документов лабораторий). Инструкция к формам первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений обязательна для всех лечебно-профилактических учреждений, обслуживающих взрослых и детей, общих (многопрофильных) и специализированных больниц всех типов, профилей и мощностей, клиник научно-исследовательских и медицинских институтов, родильных домов, городских поликлиник (амбулаторий), консультаций, бальнео- и грязелечебниц и др.

Таблица 2.

Первичная медицинская документация женской консультации

№	Наименование формы	№ формы
1	Медицинская карта стационарного больного	003/у
2	Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара	007-дс/у-02
3	Вкладной лист в медицинскую карту амбулаторного больного	025/у вкл
4	Статистический талон для регистрации заключительных диагнозов	025-2/у
5	Талон на приём к врачу	025-4/у-88
6	Медицинская карта амбулаторного больного	025/у-04
7	Выписка из медицинской карты амбулаторного,	027/у

	стационарного больного	
8	Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты	028/y
9	Журнал учета процедур	029/y
10	Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/y-04
11	Журнал учета клинико-экспертной работы	035/y-02
12	Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/y
13	Листок ежедневного учета работы врача стоматолога	037/y
14	Журнал учета санитарно-просветительной работы	038-0/y
15	Ведомость врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях	039/y-02
16	Сводная ведомость учета работы врача стоматолога	039-2/y-88
17	Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры	042/y
18	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении	058/y
19	Журнал учета инфекционных заболеваний	060/y
20	Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания	066/y-02
21	Журнал записи амбулаторных операций	069/y
22	Справка для получения путёвки	070/y-04
23	Сводная ведомость учёта заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении	071/y
24	Санаторно-курортная карта	072/y-04
25	Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/y
26	Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонореи и т. д.	089/y-кв
27	Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося училищ, о болезнях, карантине ребёнка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение	095/y
28	Рецепт (взрослый, детский)	107/y
29	Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/y
30	Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/y
31	Тетрадь учёта работы на дому участковой (патронажной) медсестры (акушерки)	116/y
32	Журнал записи родовспоможения на дому	032/y
33	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного заболевания	090/y

Основными задачами женской консультации являются:

1. Проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний.

2. Оказание лечебной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории.

3. Внедрение в практику работы современных достижений в диагностике и лечения патологии беременности, заболеваний родильниц и гинекологических больных, новых организационных средств работы, способствующих снижению недонашиваемости беременности, материнской и перинатальной смертности.

4. Обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных с акушерско-гинекологическими стационарами и другими лечебно-профилактическими учреждениями (поликлиникой, детской поликлиникой, кожно-венерологическим диспансером, онкологическим диспансером и др.).

5. Оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях дневного стационара.

6. Оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях специализированного приема.

7. Оказание помощи населению по планированию семьи (профилактика абортов, контрацепция, лечение бесплодия).

8. Выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности персонала и пациентов, предотвращения распространения инфекции.

9. Проведение гигиенического воспитания и обучения населения по формированию здорового образа жизни.

10. Оказание социально-правовой помощи женщинам.

Структура женской консультации

Структура женской консультации обусловлена стоящими перед ней задачами.

Рекомендуемая структура женской консультации:

а) регистратура;

б) кабинет врача-акушера-гинеколога;

в) кабинеты специализированных приемов:

невынашивания беременности;

гинекологической

эндокринологии;

патологии шейки матки;

сохранения и восстановления репродуктивной функции;

врача-гинеколога детского и подросткового возраста;

функциональной диагностики;

ультразвуковой диагностики;

г) кабинеты специалистов:

врача-терапевта;
врача-стоматолога;
врача-офтальмолога;
врача-психотерапевта (медицинского психолога или психолога);
юриста;
специалиста по социальной работе;
лечебной физкультуры;
психопрофилактической подготовки беременных к родам;
по раннему выявлению заболеваний молочных желез;
д) другие подразделения:
малая операционная;
клинико-диагностическая лаборатория;
дневной стационар;
стационар на дому;
процедурный кабинет;
физиотерапевтический кабинет;
рентгеновский (маммографический) кабинет;
стерилизационная.

Основные разделы работы участкового акушера-гинеколога.

1. Диспансеризация беременных и родильниц

Наблюдение беременных является главной задачей женской консультации. От качества амбулаторного наблюдения во многом зависит исход беременности и родов.

1. Ранний охват беременных врачом наблюдением. Взятие беременной под наблюдение и определение срока родов. Проводимые консультацией мероприятия по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода, могут быть эффективными лишь при условии своевременного (до 12 недель беременности) взятия беременной на учет, что позволяет: уменьшить риск ошибки в определении срока беременности; решить вопрос о возможности сохранения или необходимости прерывания беременности без существенного ущерба здоровью женщины; выявить гинекологическую и экстрагенитальную патологию и, при необходимости, пролечить беременную щадящими методами.

С точным определением срока беременности связано своевременное предоставление беременной родового отпуска, позволяющего женщине подготовиться к родам.

Высокий процент ошибок (родоразрешение ранее или позже установленного срока на 15 дней и более) при определении срока беременности свидетельствует о недостаточной квалификации медицинского персонала и диагностической базы учреждения.

2. Оформление медицинской документации на беременную. Все данные опроса и обследования женщины, советы и назначения должны записываться в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (ф. №

111/у), которые хранятся в картотеке акушера-гинеколога по датам планируемого посещения. Там же хранятся карты родивших; подлежащих патронажу женщин; госпитализированных беременных.

В целях информирования акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течения беременности врач выдает каждой беременной (при сроке беременности 28 недель) «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. № 113/у) и при каждом посещении беременной женской консультации все сведения о результатах осмотров и исследований заносятся в нее.

2. *Систематическое наблюдение за состоянием здоровья беременных (обследование, определение группы риска, лечение соматических заболеваний).*

При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся: врачом-акушером-гинекологом - не менее семи раз; врачом-терапевтом - не менее двух раз; врачом-стоматологом - не менее двух раз; врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 7 - 10 дней после первичного обращения в женскую консультацию); другими врачами-специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии. Скрининговое ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) проводится трехкратно: при сроках беременности 11 - 14 недель, 18 - 21 неделя и 30 - 34 недели. При сроке беременности 11 - 14 недель беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, для проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, включающей УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре, и определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией. При сроке беременности 18 - 21 неделя беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику, в целях проведения УЗИ для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода. При сроке беременности 30 - 34 недели УЗИ проводится по месту наблюдения беременной женщины.

Беременные, инфицированные ВИЧ, наблюдаются врачом акушером-гинекологом женской консультации совместно с врачом-инфекционистом, который назначает курсы соответствующей терапии по согласованию с территориальным центром по профилактике и борьбе со СПИДом и определяет стационар для родоразрешения.

4. *Организация дородового и послеродового патронажа.* Дородовый патронаж (посещение на дому) производится участковой акушеркой в обязательном порядке дважды: при взятии на учет и перед родами. По

назначению врача, в первую очередь – к женщинам, не явившимся в назначенный срок в консультацию и, кроме того, по мере необходимости. Цель патронажа: изучение условий жизни семьи и обучение женщины правилам ухода за будущим ребенком.

Послеродовой патронаж осуществляется в течение первых 3-х дней после выписки из родильного дома. Родильницу посещают работники женской консультации – врач (при патологических родах) или акушерка (при нормальных родах). Для обеспечения своевременного послеродового патронажа женская консультация должна иметь постоянную связь с акушерскими стационарами.

5. Своевременная госпитализация женщины в течение беременности и до родов. При возникновении показаний экстренная или плановая госпитализация беременной является одной из главных задач врача женской консультации. Своевременная госпитализация позволяет снизить перинатальную смертность.

При сроке беременности до 20 недель и наличии экстрагенитальной патологии женщины могут быть госпитализированы в многопрофильные стационары. В более поздние сроки дородовая госпитализация осуществляется, как правило, в отделение патологии беременности акушерского стационара.

6. Физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам.

Физическая подготовка начинается с первых посещений консультации и проводится групповым методом. Женщины осваивают специальный комплекс упражнений, которые рекомендуется выполнять дома в течение определенного времени. Групповые занятия по психопрофилактической подготовке к родам целесообразно начинать с 32-34 недель беременности. Подготовка беременных к родам проводится врачом участка, одним из врачей консультации или специально подготовленной акушеркой.

7. Организация и проведение занятий в «Школах матерей». Занятия начинаются с 15-16 недель беременности. Темы занятий: «О режиме беременной женщины», «О питании во время беременности», «Об уходе за будущим ребенком» и др.

8. Антенатальная профилактика рахита (назначение витаминов, ультрафиолетовое облучение).

9. Профилактика гнойно-септических осложнений, включает обязательную урологическую и ЛОР-санацию.

10. Изучение условий труда беременных.

При наличии профессиональной вредности с целью исключения неблагоприятного влияния производственных факторов на организм беременной и плод следует немедленно решить вопрос о рациональном трудоустройстве женщины. Учитывая всеобщую компьютеризацию производства, женщины со времени установления беременности и в период кормления грудью к выполнению всех видов работ, связанных с

использованием ВДТ и ПЭВМ, не допускаются. Трудоустройство беременных женщин следует осуществлять в соответствии с гигиеническими рекомендациями по рациональному трудоустройству беременных.

Несмотря на то, что многие предприятия имеют медсанчасти, более целесообразно наблюдать беременных по месту жительства. Это обеспечивает более качественное и квалифицированное наблюдение и уменьшает число осложнений во время беременности и родов.

Условия труда женщины во многом определяют исход беременности. Если они не соответствуют «Гигиеническим рекомендациям к рациональному трудоустройству беременных женщин», акушер-гинеколог дает «Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу» (ф. № 084/у). При необходимости выдает листок нетрудоспособности, который оформляется в соответствии с действующей инструкцией и регистрируется в «Книге регистрации листков нетрудоспособности» (ф. № 036/у).

11. Лечебно-профилактическая помощь родильницам.

Первое послеродовое посещение консультации женщина должна сделать не позже, чем через 10-12 дней после выписки из акушерского стационара. Это ей следует разъяснить еще до родов. При нормальном течении послеродового периода женщина осматривается акушером-гинекологом вторично через 5-6 недель после родов.

Патронажу подлежат родильницы:

- не явившиеся в консультацию через 10-12 дней после выписки из родильного дома;
- по указанию акушерского стационара (телефонное или письменное извещение);
- при осложненном течении послеродового периода;
- не явившиеся повторно в установленный срок.

2. Гинекологическая помощь

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

1. *Активное выявление гинекологических заболеваний.* Возможны два пути выявления патологии: по текущей обращаемости (на приеме и на дому) и при проведении профилактических медицинских осмотров (активно).

Каждая женщина должна осматриваться акушером-гинекологом 1 раз в год с применением цитологического и кольпоскопического методов обследования. На женщин, подлежащих профилактическому осмотру составляется «Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру» (ф. № 048/у), на осмотренных – «Карта профилактически осмотренного» (ф. № 074/у).

Для того чтобы охватить профилактическим осмотром больше женщин, при общих поликлиниках созданы смотровые кабинеты, где

проводятся осмотры всех женщин, обратившихся в поликлинику. Должности акушеров для работы в таком кабинете (в две смены) утверждает главный врач поликлиники. Акушерка устанавливает предварительный диагноз. Окончательный диагноз определяет акушер-гинеколог на основании данных, поступающих от акушерки смотрового кабинета, личного осмотра с использованием дополнительных методов обследования. Контроль и руководство смотровым кабинетом осуществляет заведующий поликлиникой (главный врач), онкологи и акушеры-гинекологи, а при отсутствии в поликлинике акушера-гинеколога – заведующий женской консультацией или районный акушер-гинеколог.

Специалистами Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН предложены критерии определения групп здоровья, которые могут быть использованы при оценке результатов профилактических гинекологических осмотров:

«здоровая» (жалоб нет; менструальная функция не нарушена с момента её становления; гинекологические заболевания отсутствуют; органы репродуктивной системы при обследовании (лабораторном и клиническом) не изменены);

«практически здоровая» (в анамнезе имеются указания на гинекологические заболевания, оперативные вмешательства, в т. ч. аборты, нарушение ритма и характера менструации; жалобы на момент обследования отсутствуют; при объективном обследовании могут быть обнаружены анатомические изменения, не вызывающие нарушения функции репродуктивной системы и не снижающие трудоспособности женщины);

«больная» (при объективном обследовании диагностировано 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.

2. *Обследование и лечение гинекологических больных.* На каждую женщину, первично обратившуюся в консультацию, заводится «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф. № 025/у).

Лечение гинекологических больных осуществляется, главным образом, в женской консультации, но может быть организовано и в здравпунктах (по месту работы), в диспансерах, в территориальных и ведомственных поликлиниках (смотровые акушерско-гинекологические кабинеты), а также на дому (по назначению врача). В случае необходимости женщина может быть направлена на консультацию к специалистам других ЛПУ. В крупных женских консультациях могут быть организованы специализированные приемы по гинекологической эндокринологии, бесплодию, невынашиванию беременности и т. д.

В женской консультации амбулаторно могут быть выполнены следующие гинекологические операции и манипуляции:

- удаление полипов канала шейки матки;

- аспирация содержимого полости матки для цитологического исследования;
- введение и удаление внутриматочного противозачаточного средства;
- прерывание беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации;
- 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). Все операции фиксируют в «Журнале амбулаторных операций».

В исключительных случаях медицинская помощь гинекологической больной (осмотр, анализы, инъекции, консультации) может быть оказана на дому.

3. Госпитализация женщин с гинекологической патологией.

В случаях, когда женщина с гинекологическим заболеванием нуждается в стационарном лечении, акушер-гинеколог оформляет направление на госпитализацию, акушерка проверяет факт поступления больной в стационар и делает соответствующие записи в медицинской карте.

После завершения стационарного лечения женщина возвращается под наблюдение консультации с «выпиской» стационара, сведения из которой заносятся в карту амбулаторного больного. При необходимости женщина продолжает лечение в амбулаторных условиях женской консультации.

4. Экспертиза трудоспособности при гинекологических заболеваниях осуществляется на общих основаниях.

5 Диспансеризация гинекологических больных и женщин с неблагоприятным акушерским анамнезом.

При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография, ультразвуковое исследование органов малого таза.

По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы диспансерного наблюдения:

1-я диспансерная группа – здоровые женщины без отклонения от нормы в состоянии репродуктивного здоровья;

2-я диспансерная группа – здоровые женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

3-я диспансерная группа – женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы;

4-я диспансерная группа – женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

5-я диспансерная группа – женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

Врач-акушер-гинеколог проводит профилактические осмотры женщин, находящихся на диспансерном наблюдении, не реже 1 раза в год.

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом – акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача-акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

В случае наличия показаний для оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи женщины с гинекологической патологией направляются в учреждения здравоохранения, имеющие лицензии и специалистов соответствующего профиля.

Планирование семьи, профилактика аборт и контрацепция.

Планирование семьи остается одной из актуальных медико-социальных проблем, и продолжает привлекать пристальное внимание государственной политики, федеральных и международных программ большинства стран мира.

В России на *федеральном, региональном и муниципальном уровнях* сформирована структура службы планирования семьи.

На федеральном уровне координирующую роль в организации службы планирования семьи осуществляет Минздрав Российской Федерации, республиканский Центр планирования семьи и репродукции, научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. Для координации работы при Минздраве РФ создан Координационный совет, утверждены Положение о нем, и состав экспертов, являющихся представителями различных министерств, ведомств и общественных организаций. Координационный совет решает вопросы распределения средств, выделяемых из федерального бюджета, осуществляет контроль за их целевым использованием, обсуждает ход исполнения отдельных этапов мероприятий программы.

Кроме государственных организаций на федеральном уровне в реализации программы участвуют негосударственные структуры: Российская ассоциация «Планирование семьи», Международный женский центр,

российское общество по контрацепции, другие научные общества и ассоциации, неправительственные организации, представительства фармацевтических компаний и их информационные центры.

Следующим уровнем в структуре службы планирования семьи является *региональный*. На этом уровне в целях координации деятельности различных ведомств, участвующих в реализации программы, при административных органах власти целесообразно создание Межведомственных советов, которые могут функционировать как на общественной, так и на постоянной основе.

В состав Межведомственного совета могут входить: представитель органов исполнительной власти, главный акушер-гинеколог, руководитель центра планирования семьи и репродукции, представители заинтересованных ведомств, организаций (в т. ч. Комитета по делам молодежи), общественных структур, средств массовой информации и др. Межведомственный совет разрабатывает и представляет на утверждение администрации программу планирования семьи своей территориальной единицы (республика, край, область, город), осуществляет контроль и координацию за выполнением программы, деятельностью различных ведомств, использованием финансовых средств. На главного акушера-гинеколога территории, входящего в Межведомственный совет, возлагается организационно-методическая и контрольная функции по реализации программы планирования семьи в системе здравоохранения.

На региональном уровне в системе государственной службы планирования семьи основная роль принадлежит **центрам охраны здоровья семьи и репродукции**.

Центры охраны здоровья семьи и репродукции создаются министерствами здравоохранения республик, входящих в состав Российской Федерации, краевыми, областными, городскими департаментами и комитетами здравоохранения в целях развития службы планирования семьи, создания эффективной системы охраны репродуктивного здоровья, совершенствования медико-социальной помощи подросткам и взрослому населению.

Центр охраны здоровья семьи и репродукции имеет организационно-методическую роль в создании и развитии службы планирования семьи на конкретной территории.

Создание центров охраны здоровья семьи и репродукции рекомендуется осуществлять на базе консультаций «Брак и семья», профильных больниц, перинатальных центров и других лечебно-профилактических учреждений. Центр охраны здоровья семьи и репродукции может иметь самостоятельный юридический статус. Штатное расписание центров определяется органами управления здравоохранения, исходя из потребностей региона.

Основные направления деятельности **центра охраны здоровья семьи и репродукции**:

а) организационно-методическое:

- участие в формировании структуры СПС, взаимодействие со службами здравоохранения, учреждениями образования, культуры, социальной защиты, средствами массовой информации;
- определение стратегии службы, организация и контроль за работой учреждений СПС в регионе;
- осуществление и анализа демографической ситуации, проведение социологических исследований, определение потребности в различных видах помощи населению;
- организация подготовки кадров по планированию семьи (врачи, средние медработники, социальные работники, педагоги и др.);
- осуществление подготовки и тиражирования информационных материалов для населения и специалистов, обеспечение клиник, кабинетов планирования семьи, центров здоровья подростков, молодежных центров печатной и аудио-видеопродукцией;
- взаимодействие с клиниками планирования семьи и другими учреждениями (подразделениями) службы планирования семьи, осуществление контроля за их деятельностью;
- взаимодействие с филиалами Российской ассоциации «Планирование семьи» и другими негосударственными структурами;
- определение потребности в различных контрацептивных средствах и методах, подготовка рекомендаций по их закупке;
- распространение контрацептивов и контроль за их бесплатной раздачей в учреждениях службы планирования семьи;
- организация продажи средств контрацепции, предметов гигиены, лекарственных препаратов в учреждениях СПС.

б) медицинское:

- подбор методов и средств контрацепции;
- консультирование и подготовка к проведению медицинской стерилизации женщин;
- медицинская, социальная и психологическая реабилитация после родов, аборт, гинекологических операций;
- профилактические гинекологические осмотры, включая соответствующие лабораторные исследования и процедуры (тестирование на беременность, скрининг инфекций, передаваемых половым путем);
- онкоцитология с последующим направлением в онкологическую клинику при наличии патологии;
- исследование молочных желез, направление в специализированные стационары при выявлении патологии.

При наличии в центре охраны здоровья семьи и репродукции других подразделений, предусмотренных действующим Положением, перечень видов медицинской деятельности соответственно расширяется. В связи со спецификой консультативного приема по планированию семьи время на прием клиента не ограничивается и определяется индивидуально в каждом конкретном случае, что согласуется с предоставляемыми учреждениям

правами. Все услуги оказываются строго конфиденциально, анонимно и бесплатно для прикрепленных контингентов населения.

На региональном уровне создается сеть структур общественных организаций: филиалы Российской ассоциации «Планирование семьи», Российского общества по контрацепции. Филиалы РАПС являются соучредителями молодежных центров в некоторых регионах.

Базовым уровнем структуры службы планирования семьи является *муниципальный*. Основными структурами данного уровня являются кабинеты планирования семьи. В связи со снижением нагрузки на врачей акушеров-гинекологов и акушерок на фоне снижения рождаемости в целях сохранения кадрового потенциала и совершенствования деятельности родовспомогательных учреждений необходимо переориентировать их деятельность на профилактику нарушений репродуктивного здоровья и предупреждения аборт. Перераспределение кадров, финансовых и материальных средств в пределах имеющихся фондов должно быть, прежде всего, направлено на создание службы планирования семьи, переподготовку специалистов для работы в её структурах.

Кабинеты планирования семьи могут организовываться в соответствии с потребностью и наличием условий в любых лечебно-профилактических учреждениях амбулаторного и стационарного типа, в детских поликлиниках, на базе кабинетов здорового ребенка, в отделениях общих поликлиник, других ЛПУ, в том числе специализированных. Особое внимание следует уделить созданию кабинетов планирования семьи в женских консультациях, родильных домах, гинекологических отделениях для организации работы по контрацепции женщин после абортов и родов. Кабинеты планирования семьи могут создаваться и в учреждениях немедицинского профиля (ЖЭКи, ДЭЗы, подростковые службы, общежития и др.).

Основной задачей кабинета планирования семьи является информационное обеспечение и консультирование населения по вопросам планирования семьи, средствам и методам контрацепции, здоровому образу жизни. Работу в кабинетах планирования семьи может осуществлять подготовленный средний медицинский работник: акушерка, фельдшер-акушерка, медсестра и др.

На муниципальном уровне в ряде регионов эффективно функционируют новые структуры – **клиники планирования семьи (КПС)**. Клиника планирования семьи является функциональной структурной единицей в системе службы планирования семьи, осуществляет работу с населением в области планирования семьи и охраны здоровья матери и ребенка в регионе. В целях максимального приближения помощи к населению клинику планирования семьи рекомендуется организовывать в наиболее населенных районах.

Количество клиник планирования семьи определяется потребностями территории и по ориентировочным расчетам можно рекомендовать 1 клинику планирования семьи на 15-20 тысяч всего населения.

Клиника планирования семьи, как и кабинет планирования семьи, должна быть ориентирована на оказание информационной и консультативной помощи различным слоям и возрастным группам населения: семейные пары, мужчины, женщины, подростки.

Основной задачей клиники планирования семьи является информационное обеспечение и консультирование населения по планированию семьи, здоровому образу жизни, профилактике заболеваний, передаваемых половым путем, подбору методов и средств контрацепции, диспансеризации указанного контингента.

Штаты клиники планирования семьи определяют в зависимости от местных условий. Рекомендуется на постоянной основе иметь специально подготовленного среднего медицинского работника. При наличии возможности в штат целесообразно вводить социального работника для активной работы с населением прикрепленной территории (патронаж на дому, работа в организованных коллективах и др.). При наличии возможности желательно осуществлять введение в штат должности врача. При отсутствии условий, по согласованию с руководителем близлежащего акушерско-гинекологического учреждения возможно привлечение подготовленных врачей для почасовой работы в клинике планирования семьи в качестве консультантов (в т. ч. за счет основного рабочего времени).

Основные задачи среднего медицинского работника кабинета планирования семьи:

- консультирование по вопросам планирования семьи;
- ознакомление клиентов с существующими методами предупреждения беременности, показаниями и противопоказаниями к их применению;
- распространение и учет средств контрацепции;
- подбор методов контрацепции;
- проведение профилактических гинекологических осмотров и наблюдение за пациентами, применяющими контрацептивы;
- направление на консультацию в клиники планирования семьи или в медико-диагностические отделения при затруднении подбора метода контрацепции, выявления заболеваний или беременности;
- проведение работы с подростками по пропаганде здорового образа жизни, половому воспитанию;
- проведение бесед с пациентами по вопросам контрацепции, в т. ч. до и после аборта, в послеродовом периоде;
- использование различных методов контрацепции;
- обучение самостоятельному контролю за состоянием молочных желез;
- взаимодействие с другими учреждениями службы планирования семьи.

Для работы в центрах охраны здоровья семьи и репродукции, клиниках планирования семьи рекомендуется использовать врачей акушеров-

гинекологов, врачей общей практики (семейных врачей), прошедших специальную подготовку.

Врачи, работающие в учреждениях службы планирования семьи (СПС), должны владеть навыками консультирования по проблемам планирования семьи, сексуального здоровья, нарушений репродуктивной функции, иметь теоретическую и практическую подготовку в области подбора средств и методов контрацепции, техники использования и диспансерного наблюдения клиентов.

Основную работу с населением должны осуществлять средние медицинские и социальные работники, прошедшие специальную подготовку по основам планирования семьи.

В деятельности служб планирования семьи особое внимание необходимо уделить так называемым «группам риска» по возникновению нежелательной беременности, прежде всего подросткам.

Особого внимания требуют женщины, направляемые на искусственное прерывание беременности, женщины после абортов и родов.

Планирование семьи, в соответствии с определением ВОЗ, включает в себя комплекс мероприятий, способствующих решению одновременно нескольких задач:

- избежать наступления нежелательной беременности;
- иметь только желанных детей;
- регулировать интервалы между наступлением беременностей;
- контролировать выбор времени рождения ребенка в зависимости от возраста родителей;
- устанавливать число детей в семье.

Практическому решению этих задач служат санитарное просвещение и консультирование по вопросам планирования семьи и брака, медико-генетическая консультация. С научной точки зрения, оптимальным для рождения ребенка является возраст женщины от 20 до 30 лет, промежуток между родами должен составлять не менее двух лет.

В женской консультации ведется специализированный прием врача по планированию семьи, где женщины знакомятся с новейшими методами контрацепции, при индивидуальных беседах даются рекомендации о наиболее приемлемых методах контрацепции для данной женщины, проводят индивидуальный подбор метода контрацепции.

Искусственное прерывание беременности является причиной многих гинекологических заболеваний, вторичного женского бесплодия, одной из первых причин материнской смертности. Это явление имеет социально-медицинский характер, так как связано не только с уровнем использования противозачаточных средств, но и с экономическим положением общества.

Важный аспект деятельности женской консультации – профилактика абортов. Задача снижения числа абортов продолжает оставаться одной из важнейших медико-социальных проблем. Ежегодно в мире производится 53 млн абортов. В структуре причин материнской смертности аборт занимает одно из ведущих мест. Осложнения после аборта имеют место у каждой

третьей женщины. Особенно неблагоприятно сказывается аборт на репродуктивном здоровье нерожавшей женщины, количество осложнений втрое превышает таковое у рожавших женщин.

Для снижения числа абортов необходимо формирование позитивного общественного мнения, а также психологических установок у женщин в отношении активного использования ими современных контрацептивов в качестве альтернативы аборту.

Направление на операцию искусственного прерывания беременности дает участковый акушер-гинеколог, врач общей практики (семейный врач), а в сельской местности акушер-гинеколог районной или участковой больницы.

Аборт производится только в условиях стационара. В амбулаторных условиях разрешается проводить лишь вакуум-аспирацию (мини-аборт) в ранние сроки беременности при задержке менструаций до 20 дней. Искусственное прерывание беременности у женщин без отягощенного акушерского анамнеза при сроке беременности до 12 недель поводят в стационаре дневного пребывания на базе профильных НИИ, клинических многопрофильных городских и областных больниц.

В предупреждении абортов важную роль имеют рекомендации, индивидуальный подбор и обучение женщин по использованию противозачаточных средств. Для этого в консультации желательно организовать выставку и продажу противозачаточных препаратов, литературы по предохранению от нежелательной беременности. Мероприятия должны сопровождаться наглядным разъяснением опасности и вреда абортов. Идея профилактики абортов должна активно проводиться в санитарно-просветительной работе женской консультации.

Работа по формированию здорового образа жизни

Пропаганда здорового образа жизни – одна из главных задач санитарно-просветительной деятельности, которая проводится каждым медицинским работником, является его функциональной обязанностью, оплачивается на общих основаниях и фиксируется в «Журнале учета санитарно-просветительной работы» (ф. № 038-0/у).

Эта работа проводится по плану с учетом местных особенностей и условий. Для этого вида работы выделяются фиксированные часы и дни.

Организация акушерско-гинекологической помощи на промышленных предприятиях

Врачи акушеры-гинекологи женской консультации проводят на предприятиях, находящихся на территории консультации, комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Для проведения этой работы врачу отводят один день в неделю. На предприятии акушер-гинеколог проводит:

- профилактические осмотры женщин;
- углубленный анализ гинекологической заболеваемости;
- анализ исходов беременностей и родов;

- прием гинекологических больных, контролирует работу комнаты гигиены;
- изучает условия труда женщин на предприятии;
- работу по улучшению условий труда работниц.

Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам сельской местности

Выездная женская консультация является регулярно действующим филиалом женской консультации центральной районной больницы (ЦРБ) и создается для оказания врачебной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению.

На сельском фельдшерско-акушерском пункте (ФАП) доврачебной помощи работа акушерки направлена в основном на раннее взятие на учет и систематическое наблюдение беременных с целью предупреждения осложнений беременности, проведения санитарно-просветительной работы. Периодическое обследование женщин на ФАПах осуществляют врачи женской консультации районной больницы или центральной районной больницы, а также врачи выездной бригады ЦРБ в составе акушера-гинеколога, педиатра, терапевта, стоматолога и лаборанта. Главная задача выездной женской консультации – диспансерное наблюдение беременных и оказание помощи больным с гинекологическими заболеваниями.

Организация акушерско-гинекологической помощи девочкам и девушкам подросткам

Основной задачей этой службы является комплексная подготовка девочек и девушек к материнству. В рамках этой задачи детская и подростковая акушерско-гинекологическая служба занимается не только оказанием помощи при гинекологических заболеваниях, но и способствует адаптации женского организма к взрослым, социальным, психологическим изменениям. В настоящее время складывается пятиэтапная система оказания акушерско-гинекологической помощи девочкам и девушкам.

I этап представлен первичным звеном здравоохранения (участковые педиатры, подростковые врачи, врачи ДДУ и школ). Основной задачей этого этапа является заподозрить неблагополучие со стороны репродуктивного здоровья пациента и направить его к врачу узкой специальности. В отдельных случаях на первом этапе может оказываться экстренная гинекологическая помощь

II этап – помощь, осуществляемая детским или подростковым гинекологом, ведущими специализированный прием. Согласно приказу МЗ РФ от 15.11.91г. № 186, должность детского и подросткового гинеколога вводится из расчета (за счет штатной численности АПУ) 1,0 ставки на 50 000 детского и подросткового населения обоего пола. Обеспечение динамического контроля за репродуктивным здоровьем подростков возложено на педиатрическую службу с обеспечением ее необходимыми специалистами. В соответствии с приказом МЗ РФ № 154 от 05.05.99 г., прием детских гинекологов осуществляется в детских городских поликлиниках. Кроме того, на отделения (кабинеты) медико-социальной

помощи в детских поликлиниках возлагается задача по осуществлению мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек и девушек, по половому воспитанию и обеспечению мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентации на здоровую семью.

III этап – центры репродуктивного здоровья детей и подростков (молодежные центры, медико-педагогические центры).

Центры могут существовать как самостоятельные юридические учреждения. В штате центров рекомендуется иметь следующие должности: директора, акушера-гинеколога (2), венеролога, психолога (3), социального работника, педагога (3), акушерки или медицинские сестры, вспомогательного персонала (администратор, бухгалтер, кладовщик, уборщица).

Основными направлениями деятельности центров являются:

1. целенаправленная информационная работа с различными категориями населения (подростки, родители) и специалистами с целью изменения отношения к планированию семьи, сексуальному воспитанию и поведению подростков.

2. оказание медико-социальной и психологической помощи по следующим направлениям:

- общие вопросы планирования семьи;
- индивидуальный подбор контрацепции с последующим наблюдением;
- диагностика, лечение и профилактика ЗППП, СПИДа;
- проблемы психосексуальных взаимоотношений;
- внутрисемейные конфликты и психология общения;
- юридические вопросы.

3. бесплатное обеспечение подростков и молодежи доступными средствами контрацепции и популярной литературой по всем актуальным проблемам планирования семьи.

4. работа с подростками и молодежью в учебных и внеучебных заведениях (в школах, клубах и т. д.) в форме бесед, показа и обсуждения специальных видеофильмов, распространения информационных материалов о работе центра и т. д.

5. индивидуальная работа с трудными подростками, с неблагополучными семьями и инвалидами по оказанию помощи в планировании семьи и социально-психологической адаптации в семье и обществе.

6. привлечение средств массовой информации для распространения и пропаганды идеи планирования семьи в регионе.

7. отбор и подготовка лидеров для работы в молодежной среде.

8. амбулаторное прерывание беременности с последующим отбором контрацепции и включение этого направления работы в деятельность центров – желательно при наличии соответствующих условий, особенно с целью проведения абортов подростков в щадящих условиях.

Эти задачи центров определены Положением разработанным ассоциацией «Планирование семьи».

IV этап – специализированные отделения стационаров. Стационарная помощь девочкам и девушкам (включая дневные стационары) оказывается соответствующими отделениями детских многопрофильных больниц, гинекологических больниц, центров планирования семьи и репродуктивного здоровья, в клиниках НИИ, вузов.

V этап – санаторий. Этот вид помощи еще плохо представлен. Специальных санаториев для девочек и девушек с нарушениями репродуктивной системы нет. Однако в санаториях другого профиля, зачастую помимо реабилитации по основному заболеванию, проводится и реабилитация репродуктивного здоровья. В некоторых санаториях проводится консультирование детскими и подростковыми гинекологами.

Учет и отчетность

С целью оценки эффективности деятельности женской консультации проводят анализ по следующим разделам:

- общие данные по консультации;
- анализ профилактической деятельности;
- анализ акушерской деятельности и сведения о новорожденных;
- анализ гинекологической помощи.

При анализе профилактической деятельности изучают работу по контрацепции и профилактике аборт в сравнении с результатами предыдущих лет, санитарно-просветительную работу. Необходимо также оценить охват (количество и процент обследованных женщин) и результативность (обнаружение новых случаев заболеваний) профилактических осмотров, направленных на выявление онкологических заболеваний.

Анализ акушерской деятельности включает:

- отчет о медицинской помощи беременным и родильницам (форма № 32);
- раннее (до 12 нед) взятие на диспансерное наблюдение беременных;
- осмотр беременных терапевтом;
- число осложнений беременности (отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, экстрагенитальные заболевания, не зависящие от беременности);
- исходы беременности;
- сведения о новорожденных (число родившихся живыми, мертвыми, доношенными, недоношенными, перинатальная смертность);
- материнскую смертность.

В каждом медицинском учреждении имеется перечень учетных документов, утвержденных МЗ РФ, которые заполняются медицинскими работниками по мере надобности и служат основанием для составления отчетной документации. Сведения, полученные из отчетов используются для

расчета показателей и анализа деятельности учреждения в целом, отдельного подразделения или конкретного медицинского работника.

Показатели работы женской консультации:

1. Своевременность взятия беременных под наблюдение женской консультации.

1.1. Раннее поступление:

Поступило под наблюдение женщин
со сроком беременности до 12 недель $\times 100$
Поступило под наблюдение всего беременных

1.2. Позднее поступление:

Поступило под наблюдение женщин
со сроком беременности до 28 недель и более $\times 100$
Поступило под наблюдение всего беременных

1.3. Непрерывность наблюдения за беременной женщиной:

Число беременных, регулярно наблюдавшихся в консультации $\times 100$
Число беременных, состоявших под наблюдением консультации в
в данном году

2. Частота ошибок в определении сроков родов:

2.1. Процент женщин, родивших ранее установленного срока на 15 дней и более:

Число женщин, родивших ранее установленного
консультацией срока на 15 дней и более $\times 100$
Число родивших женщин, имевших дородовой отпуск

2.2. Процент женщин, родивших позже установленного консультацией срока на 15 дней и более:

Число женщин, родивших позже установленного
консультацией срока на 15 дней и более $\times 100$
Число родивших женщин, имевших дородовой отпуск

3. Удельный вес беременных, которые были осмотрены терапевтом:

Число беременных, которые были осмотрены терапевтом $\times 100$
Число женщин, закончивших беременность родами,
+ абортами + выкидышами

4. Частота осложнений беременности (гестозы, заболевания, не зависящие от беременности):

Число беременных, страдавших токсикозами
второй половины беременности $\times 100$
Число женщин, закончивших беременность родами
+ абортами + выкидышами

5. Частота аборт

5.1. Частота аборт у женщин фертильного возраста:

Число беременных, закончивших беременность абортами,
из числа состоящих на учете в женской консультации x 100

Число женщин фертильного возраста, состоящих на учете
в женской консультации

5.2. Частота аборт на число родов (соотношение):

Число аборт

Число родов

6. Частота использования методов контрацепции (на 1000 женщин фертильного возраста):

Число женщин, применяющих ВМС x 1000

Число женщин фертильного возраста

Аналогично рассчитываются показатели по каждому методу контрацепции.

7. Структура исходов беременности:

а) удельный вес закончивших беременность родами в срок:

Число женщин, закончивших беременность родами в срок x 100

Число женщин, закончивших беременность родами +
абортами + выкидышами

б) удельный вес преждевременных родов:

Число женщин, закончивших беременность

преждевременными родами x 100

Число женщин, закончивших беременность родами +
абортами + выкидышами

в) удельный вес аборт:

Число женщин, закончивших беременность абортами

Число женщин, закончивших беременность родами +
абортами + выкидышами

8. Качество оказания акушерской помощи женской консультацией отражает показатель антенатальной гибели детей. Величина показателя зависит от факторов, характеризующих функционирование системы антенатальной охраны плода: состояния здоровья беременной и своевременного обнаружения нарушений развития внутриутробного плода.

Антенатальная смертность:

Число умерших детей в антенатальном периоде развития

(28 недель беременности и более)

до начала родовой деятельности x 1000

Общее число родившихся живыми и мертвыми

Показатель перинатальной смертности включает мертворождаемость (смерть наступила до родов или в родах) и раннюю неонатальную смертность (смерть наступила в течение 168 ч после рождения ребенка).

$$\text{Перинатальная смертность} = \frac{\text{Число родившихся мертвыми} + \text{число умерших в первые 168 часов жизни} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}}$$

Аntenатальная смертность и интранатальная смертность в сумме дают мертворождаемость.

$$\text{Мертворождаемость} = \frac{\text{Родилось мертвыми} \times 100}{\text{Родилось живыми и мертвыми}}$$

Эффективность работы женской консультации отражает также показатель материнской смертности. Материнская смертность обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины. Это может быть: 1) смерть в результате акушерских причин (гестоз, сепсис, кровотечение); 2) смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, причиной является экстрагенитальная патология, но беременность отягощает течение этого заболевания (сахарный диабет, туберкулез, гипертоническая болезнь, почечная патология и т. п.).

$$\text{Материнская смертность} = \frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности} \times 100000}{\text{Число живорожденных}}$$

Анализ гинекологической помощи должен содержать информацию о:

- выявленных гинекологических заболеваниях (совокупно и по нозологиям);

- выполненных исследованиях;

- выявленных случаях гонореи, сифилиса, ВИЧ-инфекции и др.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Перед сетью учреждений, оказывающих стационарную акушерско-гинекологическую помощь, стоят следующие задачи: оказание стационарной квалифицированной медицинской помощи женщинам в период

беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, а также оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденным во время пребывания их в акушерском стационаре.

Основным учреждением, оказывающим стационарную акушерско-гинекологическую помощь, является *родильный дом*.

Различают *самостоятельные* родильные дома и *объединенные* (имеют в своем составе женскую консультацию), а также *специализированные* (обслуживают женщин с отдельными видами экстрагенитальной патологии).

Родильный дом работает, в основном, по территориальному принципу, но при желании женщина имеет право сама выбрать родовспомогательное учреждение.

В зависимости от мощности родильные дома делятся на 5 категорий: на 300, 200, 100, 80 и 60 коек соответственно.

Штатная численность медицинского и другого персонала родильного дома (отделения) устанавливается руководителем учреждения здравоохранения с учетом рекомендованных штатных нормативов медицинского и иного персонала согласно Приказа Минздрава РФ № 572н от 01 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

1. Акушерский стационар

Врачебный персонал

Врач-акушер-гинеколог	Из расчета 1 должность: на 10 коек в отделении патологии беременности; на 10 коек в акушерском физиологическом отделении; на 10 коек в акушерском наблюдательном отделении.
	Из расчета 1 круглосуточный пост: на 3 индивидуальных родовые; на 1 предродовую и родовую; в приемном отделении; в дистанционном консультативном центре; в выездной анестезиолого-реанимационной (акушерской) бригаде скорой медицинской помощи.
Врач-анестезиолог-реаниматолог	Из расчета 1 круглосуточный пост: на 6 индивидуальных родовых; на 2 операционных и дополнительно 1 должность для проведения плановых

	<p>оперативных вмешательств; на 6 коек палат реанимации и интенсивной терапии для женщин; в дистанционном консультативном центре; в выездной анестезиолого-реанимационной (акушерской) бригаде скорой медицинской помощи; Из расчета 1 должность: для проведения плановых оперативных вмешательств.</p>
Врач-трансфузиолог	<p>Из расчета: 1 должность при выполнении 200 процедур в год; 0,5 должности при выполнении менее 200 процедур в год</p>
Врач ультразвуковой диагностики	Из расчета норм времени на ультразвуковое исследования
Врач функциональной диагностики (в том числе для кардиотокографии)	Из расчета 1 должность в стационаре на 100 коек и дополнительно 0,25 должности на родильный дом, имеющий 40 и более коек для госпитализации беременных с экстрагенитальными заболеваниями
Врач-терапевт	Из расчета 1 должность в стационаре на 100 коек и дополнительно 0,25 должности на родильный дом, имеющий 40 и более коек для госпитализации беременных с экстрагенитальными заболеваниями
Врач-фтизиатр	Из расчета 1 должность на 50 коек для беременных, рожениц и родильниц больных туберкулезом (при наличии специализированного отделения)
Врач-офтальмолог	1 должность
Заведующий отделением врач-акушер-гинеколог	<p>Из расчета 1 должность: в акушерском физиологическом отделении на 25 коек; в акушерском наблюдательном отделении на 25 коек; в отделении патологии беременности на 25 коек; в отделении для беременных, рожениц и родильниц, больных туберкулезом на 25 коек; в родовом отделении в родильном доме на 80</p>

	коек и более (в родовом отделении стационарных учреждений сельской местности – на 40 коек и более)
Заведующий отделением анестезиологии-реаниматологии – врач-анестезиолог-реаниматолог	1 должность

2. Педиатрический стационар

Врачебный персонал

Врач-неонатолог	Из расчета 1 должность: на 25 коек для новорожденных детей акушерского физиологического отделения; на 15 коек для новорожденных детей акушерского наблюдательного отделения (палат) и детей и матерей, больных туберкулезом или септическими послеродовыми заболеваниями; на 10 коек недоношенных новорожденных детей. В целях обеспечения круглосуточной неонатальной помощи устанавливается до 5 должностей врачей-неонатологов сверх числа перечисленных
Врач-анестезиолог-реаниматолог (новорожденных)	Из расчета: 1 должность (при наличии отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных) 1 круглосуточный пост: на 3 койки в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (при наличии); в дистанционном консультативном центре; в выездной анестезиолого-реанимационной (неонатальной) бригаде скорой медицинской помощи
Врач-невролог	1 должность (при наличии отделения патологии новорожденных и недоношенных детей – II этап)
Врач-офтальмолог	1 должность (при наличии отделения патологии новорожденных и недоношенных детей – II этап)

Заведующий отделением врач-неонатолог	Из расчета 1 должность: в отделении для новорожденных детей на 30 коек; в отделении для недоношенных новорожденных на 15 коек (при наличии)
Заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных – врач-анестезиолог-реаниматолог (неонатолог)	1 должность (при наличии)
Средний медицинский персонал	
Медицинская сестра палатная	Из расчета 1 круглосуточный пост: на 15 коек новорожденных акушерского физиологического отделения; на 10 коек новорожденных акушерского наблюдательного отделения, но не менее 1 круглосуточного поста; на 5 коек недоношенных новорожденных, не нуждающихся в реанимации; на 15 коек для новорожденных от матерей, больных туберкулезом (при наличии специализированного отделения); на 4 койки на посту интенсивной терапии или в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (при наличии); на 10 коек мать и дитя (при наличии отделения)
Медицинская сестра процедурная	Из расчета 1 должность на 15 коек
Медицинская сестра для поддержки грудного вскармливания	Из расчета 1 должность при наличии 30 послеродовых коек и дополнительно 0,5 должности на каждые последующие 15 коек (сверх 30 коек)
Медицинская сестра для неонатального и аудиологического скрининга	Из расчета 1 круглосуточный пост в родильных домах на 80 коек и более
Медицинская сестра для обслуживания молочной комнаты	2 должности
Старшая медицинская сестра	Соответственно количеству должностей заведующего отделением
Младший медицинский персонал	
Младшая медицинская сестра по уходу за больными	Из расчета 1 круглосуточный пост: на 6 коек в отделении реанимации и

	интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей (при наличии); на 10 коек в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (при наличии); на 6 коек в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (при наличии) 1 круглосуточный пост на 15 коек
Санитарка (уборщица)	Из расчета 1 круглосуточный пост в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей (при наличии), в отделениях новорожденных детей акушерских физиологического и наблюдательного отделения, в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (при наличии)
Сестра-хозяйка	1 должность

3. Гинекологическое отделение

Врачебный персонал

Врач-акушер-гинеколог	Из расчета 1 должность на 10 коек Из расчета 1 круглосуточный пост при оказании экстренной помощи
Заведующий отделением врач-акушер-гинеколог	Из расчета 1 должность на 25 коек
Средний медицинский персонал	
Медицинская сестра палатная	Из расчета 1 круглосуточный пост на 10 коек
Медицинская сестра процедурной	Из расчета 1 должность на 25 коек
Медицинская сестра перевязочной	Из расчета 1 должность при наличии в родильном доме не менее 10 коек для гинекологических больных, нуждающихся в оперативном вмешательстве (кроме для искусственного прерывания беременности)
Операционная медицинская сестра	Из расчета 1 должность и 1 круглосуточный пост на операционную
Медицинская сестра-анестезист	Из расчета 1,5 должности на каждую должность врача-анестезиолога-реаниматолога
Старшая медицинская сестра	Соответственно количеству должностей заведующего отделением

Младший медицинский персонал	
Младшая медицинская сестра по уходу за больными	В соответствии с количеством круглосуточных постов медицинских сестер палатных
Санитарка	Соответственно количеству должностей операционных медицинских сестер, медицинских сестер перевязочной и процедурной
Санитарка (уборщица)	Из расчета: 1 должность; 2 должности при наличии в отделении более 60 коек
Санитарка (буфетчица)	Из расчета: 1 должность; 2 должности при наличии в отделении более 60 коек
Сестра-хозяйка	1 должность

Стационар родильного дома, родильного отделения больницы имеет следующие основные отделения: комната фильтр, физиологическое родовое отделение, отделение анестезиологии и реанимации (палаты интенсивной терапии для женщин) с палатой (постом) интенсивной терапии и реанимации для беременных и родильниц и акушерским дистанционным консультативным центром с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания скорой медицинской помощи (разворачивается по решению органов управления здравоохранением; наблюдационное родовое отделение, отделение для новорожденных (физиологическое отделение для новорожденных, палата (пост) интенсивной терапии и реанимации новорожденных (количество реанимационных коек определяется из расчета 4 койки на 1000 родов), кабинет вакцинопрофилактики новорожденных; отделение патологии беременности: (палата для беременных женщин, манипуляционная, процедурный кабинет), гинекологическое отделение, клиничко-диагностическая лаборатория, кабинет функциональной диагностики, физиотерапевтический кабинет, рентгеновский кабинет, централизованное стерилизационное отделение, административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами, в которые входят администрация, пищеблок, бухгалтерия, отдел кадров, отдел снабжения, аптека, техническая служба.

В физиологическом родовом отделении разворачиваются смотровая, предродовая палата, родовой зал (индивидуальный родовой зал), операционный блок, предоперационная, операционная, материальная, палаты для родильниц, палаты для совместного пребывания матери и ребенка, манипуляционная; процедурный кабинет.

В структуру обсервационного отделения дополнительно входят палата патологии беременности, палаты для новорожденных и изолятор (мельтцерровский бокс).

Планировка помещений родильного дома должна обеспечивать полную изоляцию здоровых женщин, поступивших для родоразрешения, от больных; строгое соблюдение санитарно-гигиенического режима. Первое и второе акушерское и гинекологическое отделения должны быть разобщены.

Приемно-пропускной блок имеет два приемно-смотровых отделения: одно для беременных и рожениц, другое для гинекологических больных и женщин поступающих для прерывания беременности. Приемно-смотровое отделение для беременных имеет фильтр и смотровые для приема рожениц в физиологическое акушерское отделение и в обсервационное. Приемно-смотровое отделение гинекологических больных и женщин, поступающих для прерывания беременности, обычно располагается в другом отсеке роддома.

Направление женщин в родильный дом для оказания неотложной помощи осуществляется станцией (отделением) скорой и неотложной помощи, а также врачом акушером-гинекологом, врачами других специальностей и средними медицинскими работниками.

Кроме того, женщина может самостоятельно обратиться в родильный дом. Плановая госпитализация беременных в родильный дом осуществляется врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии – акушеркой.

Беременные с экстрагенитальными заболеваниями, нуждающиеся в обследовании и лечении, направляются в стационары по профилю патологии.

Подлежат госпитализации в родильный дом беременные (при наличии медицинских показаний), роженицы, родильницы в раннем послеродовом периоде (в течение 24 часов после родов) в случае родов вне лечебного учреждения.

Для госпитализации в отделение патологии беременных женской консультацией (или другим учреждением) выдается направление, выписка из «Индивидуальной карты беременной и родильницы» (ф. № 111/у) и «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. № 113/у) после 28 недель беременности.

При поступлении в родильный дом роженица или родильница направляется в приемно-смотровой блок, где предъявляет паспорт, направление на госпитализацию и «Обменную карту» (ф. № 113/у), если она уже выдана. На каждую женщину, поступившую в родильный дом, в приемно-смотровом блоке оформляют: «Историю родов» (ф. № 096/у), производят запись в «Журнале учета приема беременных, рожениц и родильниц» (ф. № 002/у) и в алфавитную книгу.

Прием женщин в приемно-смотровом блоке ведет врач (в дневные часы - врачи отделений, затем дежурные врачи) или акушерка, которая при необходимости вызывает врача.

В приемно-смотровом блоке целесообразно иметь одну комнату – фильтр и 2 смотровые комнаты. Одна смотровая комната предусмотрена для

приема женщин в физиологическое акушерское отделение, другая – наблюдательное.

Врач (или акушерка) оценивает общее состояние поступающей, знакомится с обменной картой, выясняют: инфекционные и воспалительные заболевания женщины до и во время беременности, обращая особое внимание на заболевания, перенесенные непосредственно перед поступлением в родильный дом, наличие хронических воспалительных заболеваний, длительность безводного промежутка. В результате сбора анамнеза, осмотра, знакомства с документами женщины в комнате-фильтре беременные разделяются на два потока: с нормальным течением беременности (направляются в первое акушерское отделение) и представляющие «эпидемиологическую опасность» для окружающих (направляются в наблюдательное отделение).

Физиологическое акушерское отделение имеет в своем составе родовой блок, послеродовое отделение и палаты новорожденных. Родовой блок имеет предродовую палату (число коек около 10-12 % от общего количества коек в отделении), родовую, комнату для новорожденных, большую и малую операционные, палату интенсивной терапии. В послеродовых палатах целесообразно размещать 1-2 кровати для женщин, перенесших операции, для больных родильниц и 4-6 кроватей для женщин с физиологически протекающим послеродовым периодом.

Отделение для новорожденных – число коек здесь должно соответствовать числу материнских коек в послеродовом отделении, причем 10-12 % выделяют для недоношенных и ослабленных детей. В наблюдательном акушерском отделении для новорожденных необходимо иметь боксированные палаты.

Госпитализации в наблюдательное отделение подлежат беременные и роженицы с острыми воспалительными и инфекционными заболеваниями (ОРВИ, грипп, ангина, пиелит, цистит, пиелонефрит, инфекция родовых путей, токсоплазмоз, листериоз), лихорадочными состояниями, диареей, кожными и венерическими заболеваниями, длительным безводным периодом, внутриутробной гибелью плода, отсутствием «Обменной карты родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. № 113/у), в раннем послеродовом периоде в случае родов вне лечебного учреждения.

В смотровых физиологического и наблюдательного отделений проводят объективное обследование женщины, ее санитарную обработку, выдают комплект стерильного белья, берут на анализы кровь и мочу.

Из смотровой в сопровождении медицинского персонала женщина переходит в родовой блок или отделение патологии беременных, а при необходимости ее транспортируют на каталке обязательно в сопровождении врача или акушерки.

Родовой блок включает: предродовые палаты, родовые палаты, палату интенсивной терапии, детскую комнату, малую и большую операционные, санитарные помещения.

В предродовой палате женщины проводят весь первый период родов. Дежурная акушерка или врач постоянно наблюдают за состоянием роженицы. В конце первого периода родов женщина переводится в родовую палату (родильный зал). При наличии двух родильных залов прием родов в них осуществляется поочередно. Каждый родильный зал работает в течение 1-2 суток, затем в нем проводят генеральную уборку. Два раза в неделю проводят генеральную уборку родильного зала. Нормально протекающие роды принимает акушерка.

После рождения ребенка акушерка показывает его матери, обращая внимание на его пол и наличие врожденных аномалий развития (если таковые имеются). Далее ребенка переносят в детскую комнату.

Родильница должна находиться в родовом отделении под наблюдением акушерки не менее 2 часов. Только после выделения последа акушерка проходит в детскую комнату, где после мытья рук под проточной водой и их обработки проводит вторичную обработку пуповины, первичную обработку кожных покровов, взвешивание ребенка, измерение длины тела, окружностей груди и головы. К рукам ребенка привязываются браслетки, а после пеленания поверх одеяла – медальон. На них указываются: фамилия, имя, отчество, номер истории родов матери, пол ребенка, масса, рост, час и дата его рождения.

Процедура обработки новорожденного заканчивается заполнением необходимых граф в «Истории родов» и «Истории развития новорожденного» акушеркой или врачом.

«Историю развития новорожденного» заполняет дежурный педиатр, а при его отсутствии – дежурный акушер-гинеколог. При оформлении «Истории развития новорожденного» ее номер должен соответствовать «Истории родов» матери.

При нормальном течении послеродового периода, спустя 2 часа после родов, женщина переводится на каталке вместе с ребенком в послеродовое отделение. При этом необходимо соблюдать строгую *цикличность* в заполнении палат послеродового отделения, одну палату разрешается заполнять роженицами не более трех суток. Цикличность заполнения материнских палат должна соответствовать цикличности заполнения палат новорожденных, что позволяет здоровых детей выписывать с матерями в одно и то же время.

При появлении у рожениц или новорожденных первых признаков заболевания их переводят во второе акушерское (обсервационное отделение) или в другое специализированное учреждение. В обсервационное отделение женщины поступают как через приемно-смотровой блок акушерских отделений, так и из физиологического акушерского отделения.

В обсервационное отделение помещают больных женщин, имеющих здорового ребенка; здоровых женщин, имеющих больного ребенка и больных женщин, имеющих больного ребенка.

Палаты для беременных и родильниц в обсервационном отделении по возможности должны быть профилированы. Недопустимо размещение

беременных и родильниц в одной палате. Послеродовые палаты должны быть маломестными.

Палаты для новорожденных выделяются в физиологическом и наблюдательном отделениях.

В современном родильном доме не менее 70 % коек (физиологического послеродового отделения) должно быть выделено для совместного пребывания матери и ребенка. Такое совместное пребывание значительно снижает частоту заболеваний родильниц в послеродовом периоде и частоту заболеваний новорожденных детей. Основной особенностью таких родильных домов или акушерских отделений является активное участие матери в уходе за новорожденным ребенком. Совместное пребывание матери и ребенка ограничивает контакт новорожденного с медицинским персоналом акушерского отделения, снижает возможность инфицирования ребенка и создает благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери. При таком режиме обеспечивается раннее прикладывание новорожденного к груди, происходит активное обучение матери навыкам практического ухода и ухода за новорожденным.

При совместном пребывании матери и новорожденного они размещаются в боксах или полубоксах (на одну-две кровати). Внедрение метода совместного пребывания матери и ребенка в родильном доме требует строжайшего соблюдения противоэпидемического режима.

С целью снижения перинатальной смертности, организации постоянного наблюдения за состоянием жизненно важных функций новорожденных и своевременного проведения корректирующих и диагностических мероприятий в родовспомогательных учреждениях создаются специальные палаты реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

В реанимационную палату переводятся новорожденные с тяжелыми поражениями жизненно важных органов и систем, нуждающиеся в проведении реанимационных мероприятий. В палаты интенсивной терапии переводятся новорожденные из группы высокого риска развития нарушений адаптации в раннем неонатальном периоде. Для работы в палатах реанимации и интенсивной терапии выделяются квалифицированные медицинские сестры, прошедшие специальную подготовку. Осмотр детей, диагностическое наблюдение и проведение диагностических и лечебных манипуляций осуществляет квалифицированный врач-неонатолог с обязательным регулярным консультативным осмотром заведующего отделением новорожденных.

Основными критериями для выписки женщины из родильного дома являются: удовлетворительное общее состояние, нормальные: температура, частота пульса, артериальное давление, состояние желез, инволюция матки, результаты лабораторных исследований.

При неосложненном течении послеродового периода у родильницы у родильницы и раннего неонатального периода у новорожденного, при

отпавшей пуповине и хорошем состоянии пупочной ранки, положительной динамике массы тела мать с ребенком могут быть выписаны на 5-6 сутки после родов. Выписка осуществляется через специальные выписные комнаты, отдельные для родильниц из физиологического и наблюдательного отделений. Эти комнаты следует размещать смежно с помещением для посетителей. Выписные комнаты должны иметь 2 двери: из послеродового отделения и из помещения для посетителей. Нельзя использовать для выписки родильниц приемные помещения.

Перед выпиской педиатр в каждой палате проводит беседу с родильницами об уходе и вскармливании ребенка в домашних условиях. Медицинская сестра в палате должна дополнительно обработать и перепеленать ребенка. В выписной комнате медицинская сестра отделения новорожденных пеленает ребенка в принесенное домашнее белье, обучает мать пеленанию, обращает ее внимание на запись фамилии, имени и отчества на браслетках и медальоне, состоянии кожных покровов и слизистых ребенка, еще раз рассказывает об особенностях ухода в домашних условиях.

В «Истории развития новорожденного» медицинская сестра отмечает время его выписки из родильного дома и состояние кожных покровов, слизистых; знакомит мать с записью. Запись удостоверяется подписями медицинской сестры и матери. Медицинская сестра выдает матери «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. № 103/у) и «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. № 113/у). Врач-педиатр обязан отметить в «Обменной карте» основные сведения о матери и новорожденном.

В день выписки ребенка старшая сестра отделения новорожденных сообщает по телефону в детскую поликлинику по месту проживания основные сведения о выписанном ребенке. Это обеспечивает более быстрое проведение первого патронажа на дому. Старшая сестра отмечает в журнале дату выписки матери и ребенка и записывает фамилию сотрудника поликлиники, принявшего телефонограмму.

Выписку желательно осуществлять в торжественной обстановке, целесообразно обеспечить молодую мать брошюрами и рекомендациями по уходу, вскармливанию и воспитанию новорожденного ребенка.

Отделение патологии беременных организуется в крупных родильных домах с мощностью 100 коек и более. В роддомах, где нельзя создать самостоятельные отделения, выделяют палаты в составе физиологического акушерского отделения.

В отделение патологии беременных госпитализируют: женщин с экстрагенитальными заболеваниями, осложнениями беременности (тяжелые токсикозы, угроза прерывания и т. д.), с неправильным положением плода, с отягощенным акушерским анамнезом. В отделении наряду с врачом акушером-гинекологом (1 врач на 15 коек) работает терапевт.

Планировка отделения патологии беременных должна предусматривать полную изоляцию его от акушерских отделений, возможность транспортировки беременных в родовое физиологическое и

обсервационное отделения (минуя другие отделения), а также выход для беременных из отделения на улицу.

Палаты должны быть небольшие – на 1-2 женщины. В отделении необходимо иметь кабинет функциональной диагностики с современным оборудованием (в основном кардиологическим), смотровую, малую операционную, кабинет физиопсихопрофилактической подготовки к родам, крытые веранды или залы для прогулок беременных. Отделение должно безотказно снабжаться кислородом.

В последние годы стали организовываться отделения патологии беременных с полусанаторным режимом, имеющие тесную связь с санаториями для беременных, где закрепляют результаты лечения, полученные в родильном доме.

Из отделения патологии беременных женщин могут перевести в связи с улучшением состояния под наблюдение женской консультации или в санаторий для беременных, а также для родоразрешения в физиологическое или обсервационное отделение. Перевод женщин в родильное отделение осуществляется обязательно через приемное отделение, где ей проводят полную санитарную обработку. При наличии условий для санитарной обработки в отделении патологии беременных ее производят непосредственно в отделении.

Гинекологические отделения родильных домов бывают трех профилей:

1. для госпитализации больных, нуждающихся в оперативном лечении.
2. для больных нуждающихся в консервативном лечении.
3. для прерывания беременности (абортное).

В структуру отделения должно входить свое приемное отделение, перевязочная, манипуляционная, малая и большая операционные, физиотерапевтический кабинет, комната для выписки, палата интенсивной терапии. Кроме того, для диагностики и лечения гинекологических больных используют другие подразделения родильного дома: клиническую лабораторию, рентгеновский кабинет и т. д.

В стационарном лечении нуждаются 10-15 % гинекологических больных. Установлено, что основными причинами пребывания женщин в стационаре являются: воспалительные заболевания придатков матки (27,5 %), расстройства менструальной функции (15,3 %), новообразования женских половых органов (13,4 %), а также другие заболевания.

В последние годы отделение для прерывания беременности стараются выводить из акушерских стационаров с созданием самостоятельных отделений. Организуются самостоятельные гинекологические больницы, дневные стационары. Отделения для онкологических больных, как правило, размещаются в соответствующих стационарах.

Основной особенностью родовспомогательных учреждений является постоянное пребывание в них высокочувствительных к инфекциям

новорожденных детей и женщин в послеродовом периоде. Поэтому в родовспомогательном учреждении должен быть организован и проводиться специальный комплекс санитарно-гигиенических мероприятий. Этот комплекс включает:

- своевременное выявление и изоляцию рожениц, родильниц и новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями;
- своевременное выявление носителей инфекции и их санация;
- применение высокоэффективных методов обеззараживания рук медицинского персонала и кожи операционного поля, перевязочного материала, инструментов, шприцев;
- использование методов и средств дезинфекции для обработки различных объектов внешней среды (постельные принадлежности, одежда, обувь, посуда и т. д.).

Заведующие отделениями вместе со старшими акушерками (сестрами) отделений организуют и контролируют эту работу. Старшая акушерка (сестра) отделения проводит инструктаж среднего и младшего персонала по выполнению санитарно-гигиенических мероприятий не реже 1 раза в месяц. Персонал, поступающий на работу в родильный дом, проходит полный медицинский осмотр и инструктаж по проведению санитарно-гигиенических мероприятий на порученном участке работы. Весь персонал родильного дома должен находиться под диспансерным наблюдением для своевременного выявления очагов инфекции.

Заведующий отделением один раз в квартал организует осмотр и обследование персонала на носительство золотистого стафилококка. Персонал ежедневно перед выходом на смену принимает гигиенический душ и проходит врачебный осмотр (термометрия, осмотр зева и кожи). Работники родильного дома обеспечиваются индивидуальными шкафчиками для одежды, индивидуальными полотенцами. Санодежду меняют ежедневно: при возникновении внутрибольничных инфекций, в обсервационном отделении ежедневно 4-х слойные маркированные маски меняют каждые 4 часа. Акушерские стационары закрывают для полной дезинфекции не реже 1 раз в год.

При возникновении в родильном доме внутрибольничных инфекций прием рожениц прекращается, проводится детальное эпидемиологическое обследование и комплекс противоэпидемических мероприятий.

Около 5 % коек родильного дома выделяют под изоляторы. В крупных родильных домах организуют специальные септические отделения.

Ответственность за проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий по борьбе с внутрибольничными инфекциями в родильном доме возлагается на главного врача. Контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима в родильном доме осуществляет территориальное управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

Работу стационара родильного дома оценивают по: общим показателям деятельности стационара (среднегодовая занятость койки,

средняя длительность пребывания на койке, оборот койки); по показателям летальности беременных, рожениц и родильниц; уровню перинатально смертности; уровню заболеваемости новорожденных; частоте нормальных родов; частоте осложнений в родах; частоте послеродовых заболеваний; частоте и обоснованности акушерских пособий и операций; проценту женщин, родивших вне родильного учреждения; доле родов, принятых у сельских жительниц в городских стационарах; доле родов, проведенных с обезболиванием, и др.

По нормативам акушерская койка должна работать не менее 300 дней в году, гинекологическая – 330. Средняя длительность пребывания женщин в отделении патологии беременных составляет 12-18 дней, в послеродовом физиологическом отделении – 8-9 дней. Оборот акушерской койки составляет 30-35, гинекологической – 12-15 человек при средней длительности пребывания на койке 20-25 дней.

При анализе деятельности стационара родильного дома, помимо общепринятых для любого стационара показателей, целесообразно рассчитывать:

1. *Показатели, характеризующие активность медицинской помощи:*

а) частота обезболивания родов (% медикаментозного обезболивания родов):

$$\frac{\text{Число родов с применением обезболивания} \times 100}{\text{Общее число принятых родов}}$$

б) частота кесаревых сечений:

$$\frac{\text{Число кесаревых сечений} \times 100}{\text{Общее число принятых родов}}$$

в) % ВЦЖ-ирования новорожденных

$$\frac{\text{Число сделанных противотуберкулезных прививок} \times 100}{\text{Число детей, родившихся живыми}}$$

2. *Показатели, характеризующие здоровье матери:*

а) частота осложнений родов (разрывы промежности, кровотечения, пре- и эклампсии):

$$\text{Частота эклампсий} = \frac{\text{Число случаев эклампсий} \times 1000}{\text{Число принятых родов}}$$

Аналогично рассчитываются показатели по каждому из осложнений.

б) частота послеродовых заболеваний у родильниц:

$$\frac{\text{Число послеродовых заболеваний} \times 1000}{\text{Число родов}}$$

в) материнская смертность:

$$\frac{\text{Число женщин, умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода} \times 1000}{\text{Общее число принятых родов}}$$

Случаи материнской смертности дифференцируются в зависимости от причин на:

- прямые (связаны непосредственно с акушерскими факторами);
- косвенные (вне связи с непосредственно акушерской причиной, т. е. существовавшая прежде болезнь или развившаяся в процессе беременности, но отягощенная физиологическим воздействием беременности).

При анализе материнской смертности определяют структуру причин для оценки преобладающих факторов, способствующих летальному исходу.

3. *Показатели, характеризующие здоровье новорожденного:*

а) заболеваемость новорожденных:

$$\frac{\text{Число случаев заболеваний новорожденных доношенных и недоношенных} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми}}$$

Аналогично рассчитываются показатели отдельно для доношенных и недоношенных новорожденных.

б) % новорожденных с низкой массой тела (до 2500 г.):

$$\frac{\text{Родилось с массой тела до 2500г} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми}}$$

в) смертность новорожденных:

$$\frac{\text{Число умерших новорожденных, всего} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми}}$$

Аналогично рассчитываются показатели отдельно для доношенных и недоношенных новорожденных.

г) перинатальная смертность:

$$\frac{\text{Число новорожденных, умерших в возрасте 0-6 суток} + \text{число родившихся мертвыми} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми} + \text{число родившихся мертвыми}}$$

д) ранняя неонатальная смертность:

$$\frac{\text{Число новорожденных, умерших в возрасте 0-6 суток} \times 1000}{\text{Всего родилось живыми}}$$

е) мертворождаемость:

Родилось мертвыми в отчетном году х 1000

Родилось живыми + мертвыми в отчетном году

Родовые сертификаты

Современная государственная политика в сфере народонаселения привела к появлению принципиально нового документа – родового сертификата (Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации утвержден приказ от 28 ноября 2005 г. № 701 «О родовом сертификате»). Цель данной программы – создание конкурентных отношений между медицинскими учреждениями, стимулом к которым должны послужить денежные средства, выплачиваемые медицинским учреждениям по каждому факту проведенной беременности или родов с благоприятным исходом.

Согласно Федеральному закону от 22 декабря 2005 г. № 173-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования на 2006 год» в программе участвуют государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности по специальности «акушерство и гинекология» и заключившие договор с фондом социального страхования.

Также подлежат участию в программе по работе с родовыми сертификатами учреждения здравоохранения, находящиеся в ведомственном подчинении Минобороны России, ФСБ, Минимущества России и др., т. е. находящиеся в ведении федеральных органов исполнительной власти и являющиеся государственными учреждениями здравоохранения. Негосударственные медицинские учреждения в программе не участвуют.

Родовой сертификат – это документ строгой отчетности. Он состоит из четырех частей:

- корешка (подтверждает факт выдачи сертификата);
- талона № 1 (предназначен для оплаты услуг, оказанных женской консультацией);
- талона № 2 (предназначен для оплаты услуг, оказанных родильным домом);
- собственно родового сертификата (служит подтверждением факта оказания медицинской помощи в период беременности и родов).

В женской консультации остаются корешок и талон № 1. При этом беременная не имеет права не отдать талон № 1, даже если она не довольна работой врача.

Талон № 2 роженица предъявляет в роддоме. Чтобы роддом смог получить деньги по этому талону, существует пока лишь один критерий: мать и дитя до выписки живы. Если роженица предпочитает вариант платных родов, сертификат не погашается. Собственно родовый сертификат выдается женщине при выписке из родильного дома.

Родовой сертификат женщина получает при сроке беременности 30 нед и более (28 нед при многоплодной беременности). Родовой сертификат

действует в любом населенном пункте России и выдается всем гражданкам РФ без исключения. Обязательным условием для получения родового сертификата является непрерывное наблюдение в женской консультации в течение 12 нед.

Родовой сертификат выдается при предъявлении паспорта или иного документа, удостоверяющего личность. Сведения о регистрации по месту жительства (пребывания) вносятся в сертификат на основании документов, удостоверяющих личность.

Оплата родовых сертификатов осуществляется фондом социального страхования сверх средств обязательного медицинского страхования. Сумма родового сертификата составляет 7000 рублей. Беременная не может обменять сертификат на деньги, так как это не финансовая помощь матерям, а средство стимулирования медицинских учреждений в условиях конкуренции.

Женская консультация получает 2000 рублей за каждый сертификат, родильный дом – 5000 рублей. Полученные финансовые средства учреждения могут расходовать на зарплату и оснащение, в роддомах – на дополнительное лекарственное обеспечение (при этом средства нельзя расходовать на коммунальные услуги или ремонт). Женские консультации на дополнительную оплату труда могут израсходовать 60 %, роддом 40 % от стоимости сертификата.

Средства для оплаты услуг по родовспоможению перечисляются на лицевые счета учреждений. При этом ЛПУ ведет обособленный учет средств на оплату услуг, перечисленных на эти счета.

Организация деятельности перинатального центра

Перинатальный центр является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением в составе медицинской организации. Федеральный перинатальный центр также может являться структурным подразделением образовательных и научных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность.

Центр оказывает медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, новорожденным детям, а также гинекологическим больным по сохранению и восстановлению репродуктивной функции. Руководство Центром осуществляет главный врач (директор).

Структура и штатная численность и оснащение Центра устанавливаются с учетом рекомендуемых штатных нормативов и стандартом оснащения.

При организации Центра в составе медицинской организации структура, функциональное взаимодействие между Центром и подразделениями медицинской организации определяется руководителем медицинской организации в зависимости от конкретных условий и потребности обеспечения деятельности Центра.

Центр осуществляет следующие функции:

оказывает консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным и детям первых месяцев жизни с врожденной и перинатальной патологией, требующих оказания медицинской помощи в стационарных условиях, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий;

организует и проводит перинатальные консилиумы врачей для определения тактики ведения беременности и родов у женщин с осложненным течением беременности, в том числе при выявлении хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода;

осуществляет взаимодействие между медицинскими организациями; осуществляет оперативное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивает своевременное оказание им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений;

оказывает дистанционные виды консультативной помощи на основе использования современных информационных технологий при возникновении критических или других ситуаций, требующих разрешения в акушерстве, гинекологии, анестезиологии-реаниматологии, неонатологии, организует экстренную и неотложную медицинскую помощь женщинам и детям, в том числе вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию;

проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией;

проводит экспертизу временной нетрудоспособности, выдает листки нетрудоспособности;

оказывает анестезиолого-реанимационную помощь;

апробирует и внедряет в деятельность медицинских организаций современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;

осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича);

обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста;

проводит организационно-методическую работу по повышению профессиональной подготовки врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием по вопросам перинатальной помощи, организует

и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка;

осуществляет статистический мониторинг и анализ материнской, перинатальной, младенческой смертности, разрабатывает предложения по совершенствованию и развитию службы охраны материнства и детства;

обеспечивает организацию проведения информационных мероприятий для населения и специалистов по вопросам перинатальной помощи, охраны и укрепления репродуктивного здоровья и позитивного отношения к материнству.

К функциям Федерального перинатального центра дополнительно относятся:

обеспечение межтерриториального взаимодействия с органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья по оказанию медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным;

осуществление мониторинга состояния беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных субъектов Российской Федерации, нуждающихся в интенсивной помощи;

оказание дистанционных видов консультативной помощи и организация экстренной и неотложной медицинской помощи женщинам и детям субъектов Российской Федерации при возникновении критических ситуаций, в том числе вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию;

оказание хирургической помощи новорожденным;

разработка современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения, направленных на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;

разработка предложений по совершенствованию и развитию службы охраны материнства и детства;

мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности перинатальных центров, находящихся в ведении исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации;

повышение квалификации, обучение и тренинг медицинских работников перинатальных центров, находящихся в ведении исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации;

проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и детям, в том числе на основе катамнестического наблюдения, в медицинских организациях субъектов Российской Федерации. 12. Центр может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций.

Рекомендуемая структура перинатального центра:

консультативно-диагностическое отделение (поликлиника):

женская консультация:

кабинеты врачей-акушеров-гинекологов (консультативные кабинеты для беременных женщин, кабинет невынашивания беременности, кабинеты для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции);

кабинет врача-гинеколога детского и подросткового возраста;

кабинеты врача-терапевта, врача-невролога, врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-офтальмолога, врача-уролога;

процедурный кабинет;

малая операционная;

отделение функциональной диагностики;

отделение вспомогательных репродуктивных технологий;

отделение охраны репродуктивного здоровья;

физиотерапевтическое отделение (кабинет);

кабинет катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией;

амбулаторное отделение (кабинет) для детей раннего возраста, нуждающихся в динамическом наблюдении и реабилитации;

кабинет (зал) физиопсихопрофилактической подготовки беременной женщины и ее семьи к родам, партнерским родам;

кабинеты медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам;

стоматологический кабинет;

дневной стационар на 10 - 15 коек (для иногородних больных организуется пансионат);

медико-генетическая консультация;

приемное отделение;

акушерский стационар:

отделение патологии беременности;

родовое отделение (индивидуальные родовые) с операционными;

отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения;

акушерское физиологическое отделение с совместным пребыванием матери и ребенка;

акушерское наблюдательное отделение (боксовые палаты, при их отсутствии наличие изолятора;

палаты совместного пребывания матери и ребенка).

Допускается отсутствие наблюдательного отделения при наличии палат на 1 - 2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу наблюдательного отделения;

отделение экстракорпоральных методов гемокоррекции;

акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

неонатологический стационар: отделения новорожденных акушерского физиологического и акушерского наблюдательного отделений;

отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией (количество реанимационных коек определяется из расчета 4 койки на 1000 родов в территориях обслуживания);

отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания);

отделение хирургии новорожденных;

дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами;

централизованный молочный блок;

гинекологическое отделение с операционными;

клинико-диагностическое отделение: клинико-диагностическая лаборатория;

бактериологическая лаборатория;

лаборатория молекулярной диагностики (при наличии потребности);

отделение лучевой и магнитно-резонансной диагностики;

организационно-методический отдел.

Организация работы дневного стационара

На современном этапе одним из важных принципов организации медицинской помощи женщинам является осуществление акушерско-гинекологической помощи в максимальном объеме в амбулаторных условиях с оказанием всех возможных лечебно-диагностических услуг в соответствии с достижениями медицинской науки и техники.

В свете поставленных задач возникает необходимость широкого внедрения таких новых форм работы, как дневные стационары в поликлиниках, палаты (отделения) дневного пребывания в больницах для госпитализации больных. Деятельность таких подразделений регламентирована приказом МЗ РФ № 438 от 09.12.1999 г.

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

Организация дневного стационара в структуре амбулаторно-поликлинического учреждения необходима для обеспечения квалифицированной медицинской помощи больным, не нуждающимся в круглосуточном пребывании в больничных условиях. Дневные стационары могут быть организованы на базе поликлиник, поликлинических отделений городских больниц, женских консультаций, родильных домов, диспансеров,

клиник НИИ, имеющих хорошую материально-техническую базу. Главное преимущество лечения больных в условиях дневного стационара – возможность широкого применения инфузионной терапии, а также возможность использования вспомогательных отделений в случае организации на базе многопрофильной клиники (функциональная диагностика, лабораторная диагностика, физиотерапия и т. д.).

Мощность дневных стационаров зависит от потребностей и местных условий. Ответственность за деятельность дневных стационаров несет главный врач учреждения. Необходимое количество медицинского персонала определяется по действующим штатным нормативам в пределах общей численности и решается индивидуально главным врачом. Учитывая особенности работы дневных стационаров, выделяют врача на правах заведующего, который осуществляет всю координационно-организационную и частично лечебную работу.

Наиболее целесообразно дневной стационар располагать в наиболее изолированном месте учреждения, приблизив максимально его к отделению восстановительного лечения для широкого применения различных физиотерапевтических процедур, психотерапии, иглорефлексотерапии, ЛФК и т. д.

Объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, как правило, включает лабораторно-диагностическое обследование, медикаментозную терапию, восстановительное лечение. В комплексе лечебных препаратов может быть представлен весь арсенал медицинских средств, в соответствии со стандартами терапии.

Вопрос о питании больных в дневном стационаре решают индивидуально в зависимости от режима работы, характера патологии.

Больные находятся в дневном стационаре в среднем 10-12 дней. Как и в обычном стационаре, они ежедневно осматриваются врачом, который следит за их состоянием, назначает контрольные лабораторно-инструментальные исследования, консультации врачей узких специальностей и т. д. Кроме того, организация дневного стационара позволяет в условиях женской консультации, поликлиники проводить целый ряд сложных диагностических исследований, таких, как гистероскопия, аспирация эндометрия и др.

В дневном стационаре помимо лечения основного заболевания больным целесообразно проводить оздоровительные мероприятия и лечение сопутствующих заболеваний. В данный период необходимо широко использовать физиотерапию, бальнеолечение, грязелечение, массаж, ЛФК, психотерапию, иглорефлексотерапию, и другие методы восстановительного лечения. В условиях дневного стационара может также осуществляться долечивание больных, выписанных из стационара для завершения лечения в условиях активного режима с последующей выпиской для трудовой деятельности. В функции дневного стационара может входить оказание неотложной догоспитальной помощи тем больным, у которых в период

обращения в поликлинику, женскую консультацию развились неотложные состояния.

Оказание амбулаторной помощи беременным в условиях дневного стационара имеет ряд преимуществ перед стационарным лечением:

- ежедневно, во время и после лечения в дневном стационаре пациентка находится в течение 5-6 ч под наблюдением медицинского персонала;

- беременная после лечения уходит домой, что положительно сказывается на психоэмоциональном фоне и способствует более эффективному результату лечения;

- пациентка может выбрать более приемлемое время для лечения, учитывая семейные обстоятельства, так как дневной стационар работает в две смены;

- эффективность работы койки выше, учитывая двухсменную работу дневного стационара.

Для удобства пациенток и повышения оборота коечного фонда рекомендуется организация работы дневного стационара в две смены:

1 смена.

8.00-8.30 Поступление в стационар.

8.30-9.00 Завтрак.

9.00-12.00 Врачебный обход, выполнение назначений.

12.00-13.00 Второй завтрак, отдых пациенток.

13.00-14.00 Выписка из дневного стационара, санитарная уборка помещений.

II смена.

14.00-14.30 Поступление в стационар.

14.30-15.00 Обед.

15.00-18.00 Врачебный обход, выполнение назначений.

18.00-19.00 Ужин, отдых пациенток.

19.00-20.00 Выписка из дневного стационара, санитарная уборка помещений.

Организацию работы дневного стационара осуществляют в соответствии с приложением 1 «Положение о стационаре (отделении, палате) дневного пребывания в больницах и дневного стационара в поликлинике» к Приказу Минздрава № 1278 от 16.12.87 г. «Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому».

На каждую больную дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице ведется «Карта больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому)», стационара дневного пребывания в больнице(ф. № 003-2/2-88). Паспортная часть карты заполняется медицинской сестрой при поступлении больного. В карте лечащий врач записывает назначения, диагностические исследования, процедуры, лечебно-оздоровительные мероприятия. Лечащий врач, врачи-специалисты, консультирующие больного, средние медицинские работники,

выполняющие назначения врачей, ставят дату осмотра (выполнения назначений) и свою подпись.

В медицинской карте амбулаторного больного, истории развития ребенка, медицинской карте стационарного больного указывают число дней лечения в дневном стационаре поликлиники, стационаре на дому, стационаре дневного пребывания в больнице. Первым днем считают день начала проведения лечебно-оздоровительных мероприятий, последним – день их окончания. Карта выдается больному на руки на время пребывания на время пребывания в дневном стационаре, стационаре на дому, стационаре дневного пребывания.

По окончании лечения лечащий врач забирает карту у больной, просматривает ее, уточняет сделанные ранее записи, отмечает исход лечения. Карта сдается в кабинет учета и медицинской статистики учреждения, при котором организован дневной стационар, стационар на дому, стационар дневного пребывания. Карта служит для анализа результатов лечения и оценки деятельности дневного стационара, стационара на дому, стационара дневного пребывания.

По окончании статистической разработки и после составления установленных годовых отчетов по решению главного врача больницы (поликлиники) карты могут быть уничтожены или приобщены к другим документам, хранящимся в «Медицинской карте амбулаторного больного», «Истории развития ребенка», «Медицинской карте стационарного больного».

Направление на госпитализацию осуществляет врач акушер-гинеколог женской консультации. Для госпитализации выдается направление, выписка из индивидуальной карты беременной и родильницы (ф. № 111/у) или, при сроке беременности свыше 28 нед, обменная карта (ф. № 113/у).

Первичный отбор пациенток в дневной стационар осуществляет лечащий врач женской консультации, поликлиники. Для работы в дневном стационаре должны быть выделены опытные медицинские работники: врачи соответствующей специальности в зависимости от профиля и объема медицинской помощи дневного стационара (иглорефлексотерапевты, акушеры-гинекологи, физиотерапевты), средние медработники, санитарки. Врачи дневного стационара должны владеть методами догоспитальной реанимационной помощи.

При ухудшении течения заболевания и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения беременная незамедлительно переводится в соответствующее отделение стационара.

Дневные стационары составляют в настоящее время 3,6% от общего коечного фонда. В них, как правило, осуществляют обследование женщин высокого риска акушерской и перинатальной патологии. В дневных стационарах лечебно-профилактических учреждений службы родовспоможения организуют гинекологические койки в целях улучшения качества специализированной медицинской помощи гинекологическим больным, повышения эффективности и рациональности работы учреждений.

Гинекологическим больным необходимо обеспечить соответствующий объем исследования, диагностики, лечения, в т. ч. восстановительного. Для решения поставленных задач дневной стационар должен осуществлять взаимосвязь с другими учреждениями здравоохранения:

- консультативно-диагностическими центрами;
- физиотерапевтическими отделениями;
- специализированными центрами;
- санаториями-профилакториями.

Двухсменный режим работы дневного стационара для гинекологических больных, хорошая материально-техническая база позволяют оказывать медицинскую помощь по нескольким направлениям., в которые входят:

- а) комплексные профилактические и оздоровительные мероприятия женщинам из групп риска повышенной заболеваемости.
- б). сложные диагностические исследования и лечебные процедуры, связанные с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.
- в) подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом.
- г). осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных.

Внедрение в практику работы учреждений стационарзамещающих технологий позволяет выполнять необходимый объем лечебно-диагностических мероприятий без излишних затрат на круглосуточное пребывание больных в стационаре.

Показания к пребыванию гинекологических больных в стационарах:

- обострение хронических воспалительных заболеваний гениталий (для комплексного целенаправленного обследования, этиотропного лечения, выполнения рассасывающей терапии, грязелечения, иглорефлексотерапии и других процедур, связанных с медицинской реабилитацией).
- эндометриоз (для биопсии из доступных локализаций, гистеросальпингографии водорастворимыми контрастами, УЗИ, клинико-лабораторных исследований, рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта, кольпоскопии, фиброгастроскопии, проведения рассасывающего и восстановительного лечения).
- фоновые состояния, доброкачественные опухоли, опухолевидные образования (лейкоплакия, эрозия шейки матки, эктропион и др.).
- бесплодие.
- восстановительное лечение после гинекологических операций.
- перенесенный осложненный аборт (для выполнения комплекса восстановительного лечения).

В перечень малых гинекологических операций и манипуляций для выполнения в дневном стационаре входят следующие виды вмешательств:

- аспирация содержимого полости матки для цитологического исследования;
- гистеросальпингография, кимопертубация и гидротубация;
- гистероскопия;
- раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистых канала шейки матки и полости матки с последующим гистологическим исследованием при полипах канала шейки матки, гиперпластических заболеваниях эндометрия;
- выскабливание канала шейки матки при удаленной матке;
- ножевая биопсия шейки матки;
- деструктивные методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки (радиоволновая хирургия, диатермокоагуляция, криодеструкция, лазерная коагуляция) при гистологически подтвержденном отсутствии злокачественного процесса;
- удаление небольших размеров кист влагалища;
- рассечение девственной плевы, полностью закрывающей вход во влагалище;
- операции искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации;
- удаление и введение контрацептивных имплантантов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебн. для студ. / Под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. – М.: 2003. – С. 265-279.
2. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.; 2002, -С. 354—366.
3. Медик В. А., Юрьев В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть II. Организация медицинской помощи.– М.: Медицина, 2003. – С. 68-78, 109-118.
4. Юрьев В. К., Куценко Г. И. Общественное здоровье и здравоохранение (Учебник для студентов, интернов, аспирантов, ординаторов) – Санкт-Петербург, 2000. – С. 309-346.
5. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской, В. Е. Радзинского. – М.: 2006. – С. 1-48.
6. Женская консультация. Организация лечебной и профилактической работы: Учебное пособие / Р. Т. Полянская и др. – Ростов н/Д.: Феникс; Красноярск: 2006. – С. 3-15.

7. Приказ Минздрава РФ от 01.11.2012 N 572н – Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"
8. **Общественное здоровье и здравоохранение: учебник/ В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 272-291, 305-311, 331-345, 361-366.**
9. **Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения учебник: в 2т/под ред. В. З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –Т.1. – С. 452-507.**
10. **Общественное здоровье и здравоохранение/О.П. Щепин, В.А. Медик. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 319-326, 332-334, 345-351.**
11. **Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник /Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. И доп.. –М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –С.**
12. **Постановление Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 г. № 1492 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период».**
13. **Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).**
14. **Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).**

Тестовый контроль

1. Назовите один из основных показателей, характеризующих уровень диспансеризации беременных:

- 1) частота абортoв у женщин фертильного возраста;
- 2) соотношение абортoв и родов;
- 3) ранний охват беременных диспансерным наблюдением;
- 4) частота недоношенности;
- 5) частота оперативных пособий при родах.

2. Назовите показатели, характеризующие диспансерную работу женской консультации:

- 1) удельный вес беременных, осмотренных терапевтом;
- 2) удельный вес беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем;
- 3) удельный вес беременных, обследованных на резус-принадлежность;
- 4) удельный вес женщин, страдающих экстрагенитальной патологией;
- 5) все выше перечисленные.

3. Укажите данные, необходимые для расчета показателя раннего охвата беременных диспансерным наблюдением:

- 1) поступило под наблюдение со сроком беременности до 8 нед; всего поступило под наблюдение беременных;
- 2) поступило под наблюдение со сроком беременности до 24 нед; всего поступило под наблюдение беременных;
- 3) поступило под наблюдение со сроком беременности до 18 нед; всего поступило под наблюдение беременных;
- 4) поступило под наблюдение со сроком беременности до 20 нед; всего поступило под наблюдение беременных;
- 5) поступило под наблюдение со сроком беременности до 12 нед; всего поступило под наблюдение беременных.

4. Назовите отчетный статистический документ, используемый для анализа медицинской помощи беременным:

- 1) обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы (ф. 113/у);
- 2) сведения о прерывании беременности в сроки до 28 нед (ф. 13);
- 3) сведения о доме ребенка (ф. 41);
- 4) сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (ф. 32);
- 5) медицинская карта прерывания беременности (ф. 003-1/у).

5. С целью антенатальной охраны здоровья ребенка в соответствии с законодательством беременная женщина освобождается

- а) от сверхурочных работ
- б) от работ, связанных с профессиональными вредностями
- в) от ночной работы
- г) от командировок
- д) все перечисленное верно

6. Принципами организации медицинской помощи женщинам в женской консультации являются

- а) индивидуальное отношение к пациенту
- б) участковость
- в) диспансерный метод
- г) профилактическое направление
- д) единство науки и практики
- е) все перечисленное верно

7. Основными принципами организации профилактического наблюдения беременных в женской консультации являются

- а) осмотр врачами-специалистами
- б) своевременное взятие под наблюдение
- в) регулярное лабораторное обследование
- г) осмотр в послеродовом периоде

- д) дача рекомендаций по трудоустройству
- е) все перечисленное верно

8. Приоритетным признаком, который лежит в основе дифференцированной диспансеризации женщин, является

- а) заболевание
- б) возраст
- в) физиологическое состояние
- г) социальное положение

9. Комплекс мероприятий по интранатальной охране плода в основном осуществляется

- а) в женской консультации
- б) в акушерском отделении родильного дома
- в) в отделении новорожденных родильного дома
- г) в поликлинике для взрослого населения
- д) в детской поликлинике
- е) все перечисленное верно

10. Во время беременности женщина должна посетить женскую консультацию при нормально протекающей беременности

- а) 3 – 4 раза
- б) 5 – 6 раз
- в) 9 – 10 раз
- г) 12 – 13 раз

11. Внедрение Постановления Минздрава РФ и Госкомстата «О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертворождения» имеет целью

- а) получить достоверные показатели младенческой смертности
- б) получить достоверные показатели перинатальной смертности
- в) стимулировать развитие современных технологий в перинатальной медицине
- г) разработать программы развития отделений неонатологии
- д) все перечисленное верно

12. Кабинет гинекологической помощи детям целесообразнее организовать на базе стационара

- а) родильного дома
- б) гинекологической больницы
- в) детской многопрофильной больницы
- г) детской объединенной больницы

13. К показателям деятельности женской консультации относятся

- а) летальность

- б) младенческая смертность
- в) перинатальная смертность
- г) смертность детей
- д) материнская смертность

Ответы на тестовый контроль

- 1 – 3**
- 2 – 5**
- 3 – 5**
- 4 – 4**
- 5 – д**
- 6 – е**
- 7 – е**
- 8 – в**
- 9 – б**
- 10 – г**
- 11 – д**
- 12 – а**
- 13 – а**