

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:
ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

на тему: «Принципы работы женской консультации, родильного дома, перинатального центра »

Выполнила:

Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии

Мелешко А.С

Проверил:

Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск

2018г.

Оглавление:

1. Введение
2. Глава 1. Организация работы женской консультации
3. Глава 2. Организация акушерско-гинекологической помощи
4. Список литературы

Введение

Проблема охраны здоровья женщин и детей имеет большое медико-социальное значение. Показатели здоровья женщин и детей являются индикаторами социально-экономического развития общества.

Система охраны матери и ребенка с учетом и анализом состояния их здоровья и социальногигиенических факторов способствует сохранению и укреплению здоровья женщин и детей. Данное методическое пособие освещает вопросы организации работы женской консультации и родильного дома. Женская консультация, как государственное лечебно-профилактическое учреждение, обеспечивает амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь по охране репродуктивного здоровья населения.

Основной целью работы женской консультации является охрана здоровья матери и ребенка путем оказания квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи гинекологическим больным, женщинам в период беременности и в послеродовом периоде, услуг по планированию семьи, охране репродуктивного здоровья населения.

Основным учреждением, оказывающим стационарную акушерско-гинекологическую помощь, является родильный дом. Родильный дом оказывает стационарную квалифицированную

медицинскую помощь женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, а также оказывает квалифицированную медицинскую помощь и уход за новорожденными во время пребывания их в акушерском стационаре.

Настоящее пособие предназначено для студентов.

Акушерско-гинекологическая помощь осуществляется следующими типовыми учреждениями:

- родильными домами (общего профиля и специализированными);
- женскими консультациями (самостоятельными, в составе объединенного родильного дома, поликлиники или амбулатории);
- родильными и гинекологическими отделениями НИИ, вузов;
- акушерско-гинекологическими отделениями многопрофильных городских и прочих больниц;
- перинатальными центрами;
- женскими консультациями и гинекологическими кабинетами медико-санитарных частей;
- смотровыми кабинетами поликлиник;
- консультациями «Брак и семья»;
- медико-генетическими консультациями (кабинетами);
- центрами планирования семьи репродукции;
- санаториями для беременных

и другими учреждениями, не предусмотренными номенклатурой. Основными учреждениями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам, являются женские консультации.

Глава 1. Организация работы женской консультации

Женская консультация — лечебно-профилактическое учреждение диспансерного типа, обеспечивающее амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь, с использованием современных медицинских технологий, услуги по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья на основе принятых стандартов.

Работа женской консультации строится по участковому принципу. Размер 1-го акушерско-гинекологического участка составляет примерно 2 терапевтических участка, следовательно у одного акушера-гинеколога под наблюдением находится 2-2,5 тыс. женщин.

1.1. Структура и задачи женской консультации

Основная задача - охрана здоровья матери и ребенка путем оказания квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи вне-, в период беременности и в послеродовом периоде, услуг по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья.

1. Проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний.
2. Оказание лечебной акушерско-гинекологической помощи.
3. Обеспечение консультативных услуг по планированию семьи, профилактике аборт, заболеваний передаваемых половым путем, в т.ч. ВИЧ-инфекции, внедрение современных методов контрацепции.
4. Внедрение в практику работы современных достижений по диагностике и лечению.
5. Проведение гигиенического воспитания и обучения населения, формирование здорового образа жизни.
6. Оказание социально-правовой помощи женщинам.
7. Обеспечение преемственности в обследовании и лечении.

Структура и организация работы женской консультации

Женская консультация в зависимости от численности обслуживаемого населения может иметь следующие структурные подразделения:

- регистратура
- кабинеты участковых акушеров-гинекологов,
- кабинет гинекологии детского и подросткового возраста
- кабинеты планирования семьи и профилактики беременности,
- кабинеты психопрофилактической подготовки к родам,
- кабинеты для приема терапевта, онкогинеколога, венеролога, стоматолога,
- социально-правовой кабинет,
- комната «молодой матери»,
- физиотерапевтический кабинет,
- манипуляционная,
- операционная для проведения амбулаторных операций,
- эндоскопический кабинет
- цитологическая лаборатория и клинико-диагностическая лаборатория,
- кабинет функциональной диагностики,
- рентгеновский кабинет,
- кабинет для административно-хозяйственных нужд.

В крупных женских консультациях могут быть организованы дневные стационары для обследования и лечения гинекологических больных; проведения им малых гинекологических операций и манипуляций.

Рабочее время участкового акушера-гинеколога состоит из:

- амбулаторного приема (чередование: утро-вечер; 4,5 часа в день из расчета 5 женщин за 1 час приема)
- помощи на дому (о, 5 часа в день из расчета обслуживания 1,25 вызова в час)
- прочие виды работы (1,5 часа)

В работе врачу помогает акушерка. Она составляет список проживающих на акушерском участке женщин старше 15 лет, готовит инструменты, медицинскую документацию, проводит взвешивание беременных и измеряет артериальное давление, выдает направления на анализы и консультации, производит лечебные процедуры, по назначению врача, средним медицинским персоналом могут осуществляться на дому лечебные процедуры, а также манипуляции диагностического характера.

1.2. Основные разделы работы участкового акушера-гинеколога.

Одним из основных разделов работы женской консультации является диспансерное наблюдение, которому подлежат 3 группы женщин:

- 1) Здоровые женщины с нормально протекающей беременностью
- 2) Беременные женщины: с генитальной и экстрагенитальной патологией (группа риска):
 - а) с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;
 - б) с заболеваниями почек
 - в) перенесшие кесарево сечение
 - г) с анатомически узким тазом
 - д) страдающие привычным выкидышем и т. д.
- 3) Женщины, страдающие гинекологической патологией (эрозии шейки матки, фибромиомы матки, бесплодие, маточные кровотечения и т.д.)

Глава 2. Диспансеризация беременных.

1. Своевременное (раннее — до 3-х месяцев) взятие беременной под наблюдение женской консультации.

Женщина должна встать на учет в женскую консультацию до 12 недель беременности, что позволяет уменьшить число ошибок в определении сроков родов, своевременно назначить лечение и госпитализировать в случае необходимости. Поздняя (после 28 недель беременности) постановка женщин на учет может неблагоприятно сказаться на течении родов и здоровье ребенка.

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

При первом обращении женщины в консультацию по поводу беременности и при желании сохранить ее врач проводит следующие мероприятия:

- знакомиться с общим и специальным анамнезом;
- производит общий осмотр женщины;
- измеряет рост, вес, окружность живота и размеры таза;
- измеряет артериальное давление (на обеих руках);
- производит необходимые акушерские исследования;
- определяет состояние важнейших органов.

После проведенного обследования женщина должна посетить консультацию со всеми анализами и заключениями врачей через 7—10 дней после первого обращения. Всего за время беременности женщина должна посетить консультацию примерно 15 раз:

- в первую половину беременности 1 раз в месяц,
- после 20 недель — 2 раза в месяц,
- с 30 недель 1 раз в неделю.

При наличии заболеваний частота осмотров и порядок обследования определяются индивидуально.

Кроме того, каждая беременная должна быть осмотрена терапевтом (2 раза — при первой явке и в 32 недели беременности), стоматологом, оториноларингологом.

После всестороннего обследования определяется принадлежность беременной к группе риска.

3. Оформление документации на беременную.

Все данные опроса и обследования женщины, а также советы и назначения записываются в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (ф. 111/у) и хранятся в кабинете каждого врача в картотеке по датам назначенного последующего посещения, а также в диспансерную книжку беременной (она выдается им на руки и в ней дублируются записи всех посещений).

4. Организация дородового патронажа беременных.

Производится по назначению врача, для этого отбираются карты не явившихся в назначенный срок женщин.

5. Изучение условий труда беременных.

Для решения вопроса о трудоустройстве беременных используются «Гигиенические рекомендации к рациональному трудоустройству беременных женщин». В случае необходимости, врач акушер-гинеколог женской консультации выдает беременным справки о переводе на легкую и безвредную работу (ф. 081/у), оформляет листки нетрудоспособности, которые регистрируются в «Книге регистрации листков нетрудоспособности» (ф. 036/у). Учащимся для освобождения от занятий выдаются справки.

6. Обеспечение своевременного проведения квалифицированного лечения.

При сроке беременности до 20 недель и наличии экстрагенитальных заболеваний женщины могут быть госпитализированы в профильные терапевтические стационары. Во всех других случаях дородовая госпитализация осуществляется, как правило, в отделение патологии беременных родильного дома.

7. Физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам.

Подготовка к родам должна проводиться с первых посещений женской консультации. Физическая подготовка проводится групповым методом. В консультации женщины осваивают специальный комплекс упражнений, который рекомендуется выполнять дома в течение определенного времени. Групповые занятия (не более 8—10 человек в группе) по психопрофилактической подготовке к родам целесообразно начинать с 32—34 недель беременности. Подготовка беременных к родам проводится врачом участка, одним из врачей консультации, специально подготовленной акушеркой.

8. Организация и проведение занятий в «школах матерей».

Занятия с женщинами в «школах матерей» начинаются с 15—16 недель беременности, по некоторым темам проводятся занятия с будущими отцами (о режиме беременной

женщины, о питании во время беременности, уходе за ребенком и др.). В некоторых женских консультациях организуются специальные «школы отцов».

2. Наблюдение, оздоровление и восстановительное лечение родильниц.

При нормальном течении послеродового периода женщина наблюдается акушером-гинекологом 2 раза. Первый осмотр производится через 10-12 дней после выписки из акушерского стационара, заключительный - через 5—6 недель после родов. Основными лечебно-оздоровительными мероприятиями при нормально протекающем послеродовом периоде являются:

- соблюдение женщиной личной гигиены,
- уход за молочными железами,
- выполнение специального комплекса физкультурных упражнений,
- соблюдение режима домашнего труда, отдыха, рационального питания,
- витаминизация.

3. Гинекологическая помощь.

1. Активное выявление гинекологических больных.

Выявление гинекологических больных осуществляется:

- при приеме женщин, обратившихся в консультацию;
- при направлении другими специалистами;
- при осмотре женщин на дому (по вызову);
- при проведении профилактических осмотров женщин в консультации, на предприятиях, в учреждениях, смотровых кабинетах поликлиник.

Каждая женщина должна осматриваться акушером-гинекологом 1 раз в год с применением цитологического и кольпоскопического методов обследования.

На подлежащих профилактическому осмотру составляется «Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру» (ф. 048/у), на осмотренных — «Карта профилактически осмотренного» (ф. 074/у).

2. Организация и проведение обследования и лечения женщин с гинекологическими заболеваниями.

На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию, заводится «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф. 025/у).

Лечение гинекологических больных осуществляется, в основном, в женской консультации, но может быть организовано и на дому (по назначению врача). В амбулаторных условиях могут проводиться отдельные малые гинекологические операции и манипуляции, например в условиях дневного стационара.

3. Своевременная госпитализация женщин, нуждающихся в стационарном лечении.

При назначении на стационарное лечение, выдается направление на госпитализацию, в карте амбулаторного больного делается запись о направлении и фактической госпитализации.

После выписки больной из стационара в женской консультации может осуществляться долечивание. Сведения стационара переносятся в карту амбулаторного больного, выписка остается у женщины.

4. Экспертиза трудоспособности при гинекологических заболеваниях. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при гинекологических заболеваниях осуществляется на общих основаниях.

5. Диспансерное наблюдение за гинекологическими больными

На каждую женщину, подлежащую диспансерному наблюдению, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. 030/у). Диспансеризация прекращается после выздоровления больной или в связи с выездом ее из района деятельности консультации.

4. Профилактика абортов.

В соответствии с действующим законодательством каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве.

Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям — женщины при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины — независимо от срока беременности.

Направление на операцию искусственного прерывания беременности дает участковый акушер-гинеколог, однако, такое право предоставлено и семейному врачу, а в сельской местности акушер-гинеколог районной или участковой больницы.

При отсутствии медицинских противопоказаний к операции прерывания беременности женщине выдается направление в лечебное учреждение с указанием срока беременности, результаты обследования, заключение комиссии о прерывании беременности по конкретным медицинским (диагноз) или социальным показаниям.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших 15 лет, и граждан, признанных в установленном законном порядке недееспособными, дают их законные представители.

В амбулаторных условиях искусственное прерывание беременности разрешается проводить:

- в ранние сроки беременности при задержке менструаций до 20 дней (мини аборт);
- при сроке беременности до 12 недель — в стационаре дневного пребывания на базе профильных НИИ, клинических, многопрофильных городских и областных больниц у женщин без отягченного акушерского анамнеза. В остальных случаях аборт производится только в условиях стационара. В соответствии со статьей 36 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.93 г. искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится по желанию женщины при сроке беременности до 22 недель. Вопрос о прерывании беременности по социальным показаниям решается в амбулаторно-поликлиническом или стационарном учреждении комиссией в составе врача акушера-гинеколога, руководителя учреждения (отделения), юриста по письменному заявлению женщины, при наличии заключения о сроке беременности, установленному врачом акушером-гинекологом и соответствующих юридических документов (свидетельство о смерти мужа, о разводе и др.), подтверждающих социальные показания.

В связи с операцией искусственного прерывания беременности работающим женщинам выдается листок нетрудоспособности в установленном порядке, но не менее чем на 3 дня. В предупреждении абортов важную роль имеют рекомендации, индивидуальный подбор и обучение использованию противозачаточных средств женщин, желающих воздерживаться от наступления беременности. В консультации желательно иметь выставку-витрину противозачаточных средств, организовать их продажу. В случае обращения в консультацию женщины, особенно первобеременной, перед направлением на аборт необходимо разъяснить опасность и вред прерывания беременности.

5. Работа по формированию здорового образа жизни.

Эта работа проводится по плану с учетом местных особенностей и условий. Для этого вида работы выделяются фиксированные часы и дни, учет ведется в «Журнале учета санитарно-просветительской работы» (ф. 038/ОУ).

1.3. Анализ работы женской консультации

Как в каждом лечебно-профилактическом учреждении, в женской консультации ведется медицинская документация. Многие виды медицинских документов едины для всех амбулаторно-поликлинических учреждений и описывались ранее. Однако в женской консультации имеются некоторые характерные только для данного учреждения учетные формы:

1. Индивидуальная карта беременной и родильницы (Ф. 111/У).
2. Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу (ф. 084/у).
3. Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы (ф. 113/у).
4. Журнал записи родовспоможения на дому (ф. 032/у).

Для анализа работы женской консультации рассчитывается ряд характерных только для данного учреждения показателей. И, хотя некоторые из них исключены из государственной статистики, для отдельного лечебно-профилактического учреждения они имеют несомненное значение. Это следующие показатели:

1. Своевременность поступления беременных под наблюдение консультации:

1.1. Раннее поступление (до 12 недель):

поступило под наблюдение со сроком беременности до 12 недель x 100%

поступило всего под наблюдение беременных

1.2. Позднее поступление (свыше 28 недель):

поступило под наблюдение со сроком беременности 28 нед. и более x 100%

поступило всего под наблюдение беременных

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 x 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 x 100%

число родивших женщин, получивших дородовой отпуск

3. Среднее число посещений беременными консультации:

3.1. До родов (14-15 раз):

число посещений беременными консультации до родов

число беременных, поступивших под наблюдение консультации

3.2. В послеродовой период (2 раза):

число посещений беременными консультации в послеродовом периоде

число беременных, поступивших под наблюдение консультации

3.3. Не посетивших консультацию:

число женщин ни разу не посетивших консультацию в дородовом периоде

число беременных, поступивших под наблюдение консультации

4. Полнота обследования беременных женщин, поступивших под наблюдение консультации:

число женщин, обследованных на резус принадлежность x 100%

число женщин, закончивших беременность родами: в срок+

преждевременными родами+ абортами

Также считается полнота обследования беременных на реакцию Вассермана и токсоплазмоз. Отдельно рассчитывается процент женщин с резус-отрицательной формой, выявленных при обследовании.

5. Число беременных, которые были осмотрены терапевтом:

число беременных, которые были осмотрены терапевтом x 100%

число женщин, закончивших беременность родами:

в срок+ преждевременными родами+ абортами

6. Осложнения беременности:

число беременных, страдавших токсикозами второй половины беременности x 100%

число женщин, закончивших беременность родами:

в срок+ преждевременными родами+ абортами

Аналогично рассчитывается процент женщин, страдавших экстрагенитальными заболеваниями, имевших другие осложнения.

7. Смертность беременных:

число женщин, умерших во время беременности x 100%

поступило под наблюдение консультации

8. Исходы беременности:

число беременных, закончивших беременность родами в срок x 100%

число женщин, закончивших беременность родами: в срок+

преждевременными родами+ абортами

Аналогично определяется процент женщин, закончивших беременность преждевременными родами.

9. Охват беременных занятиями по профилактической подготовке к родам:

число беременных, с которыми проводились занятия по

психопрофилактической подготовке к родам x 100%

число женщин, закончивших беременность родами:

в срок+ преждевременными родами+ абортами

Аналогично рассчитывается охват беременных занятиями в «школе матерей».

10. Удельный вес женщин, применяющих гормональные контрацептивы:

число женщин, состоящих на учете в женской консультации,

применяющих гормональные контрацептивы x 100%

число женщин фертильного возраста, состоящих

на учете в женской консультации

Аналогично рассчитывается удельный вес женщин, применяющих ВМС и другие контрацептивы.

11. Частота абортотв:

11.1. Частота абортотв рассчитывается на число женщин фертильного возраста:

число беременных, закончивших беременность абортотв,

из числа состоящих на учете в женской консультации x 100%

число женщин ф. в., состоящих на учете в женской консультации

11.2. Частота абортотв может рассчитываться на число родов:

число беременных, закончивших беременность абортами x 100%

число беременных, закончивших беременность родами:

в срок+ преждевременными родами+ абортами

Аналогично рассчитывается частота миниабORTов. Кроме того, в женской консультации рассчитывается число обоснованных жалоб. Каждая жалоба подлежит детальному разбирательству.

Глава 2. Организация акушерско-гинекологической помощи

2.1. Организация работы родильного дома

Основные задачи организации стационарной акушерско-гинекологической помощи:

1. Оказание стационарной квалифицированной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях;
2. Оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными во время пребывания их в акушерском стационаре. Основным учреждением, оказывающим стационарную акушерско-гинекологическую помощь, является объединенный родильный дом.

Родильные дома оказывают помощь населению по территориальному признаку, но первая и неотложная помощь беременным женщинам оказывается вне зависимости от их места жительства и ведомственной подчиненности учреждения здравоохранения.

Направление в родильный дом для оказания неотложной помощи осуществляется:

- станцией (отделением) скорой и неотложной помощи,
 - врачом акушером-гинекологом,
 - врачами других специальностей,
 - средними медицинскими работниками
- женщина может самостоятельно обратиться в родильный дом. Плановая госпитализация беременных в родильный дом осуществляется врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии — акушеркой.

Работа приемно-смотрового блока

Приемно-смотровой блок имеет одну комнату-фильтр и 2 смотровые комнаты, одна - для приема женщин в физиологическое акушерское отделение, другая — наблюдационное.

При поступлении в блок роженица (родильница) предъявляет паспорт и Диспансерную книжку беременной («Обменную карту» (ф. 113/у)), на нее оформляют: «Историю родов» (ф.

096/у), производят запись в «Журнале учета приема беременных, рожениц и родильниц» (ф.

002/у) и в алфавитную книгу.

В приемно-смотровом блоке собирают анамнез, производят осмотра, знакомства с документами женщины в комнате-фильтре разделяются на два потока: с абсолютно нормальным течением беременности, направляемые в первое акушерское отделение, и представляющие «эпидемиологическую опасность» для окружающих, направляемые в наблюдационное отделение.

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

Наблюдационное отделение

В наблюдательное отделение женщины поступают, как через приемно-смотровой блок акушерских отделений, так и из физиологического акушерского отделения. Пациентки размещаются в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременные - отдельно от родильниц. *Приему в наблюдательное отделение* подлежат беременные и роженицы, имеющие

- острые респираторные заболевания, грипп, ангину;
- проявления экстрагенитальных воспалительных заболеваний;
- лихорадочное состояние (температура тела 37,6 градусов С и выше без клинически выраженных других симптомов);
- длительный безводный период (излитие околоплодных вод за 12 часов и более до поступления в стационар);
- необследованные и при отсутствии медицинской документации;
- внутриутробную гибель плода;
- грибковые заболевания волос и кожи, кожные заболевания;
- острый и подострый тромбофлебит;
- пиелонефрит, пиелит, цистит и другие инфекционные заболевания мочеполовой системы;
- проявления инфекции родовых путей;
- токсоплазмоз, листериоз;
- венерические заболевания;
- диарею;
- родильницы в случае родов вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов);
- для прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям во втором триместре беременности.

Переводу в наблюдательное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

- повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38 градусов С и выше, лихорадка неясного генеза, продолжающаяся более суток;
- послеродовое воспалительное заболевание (эндометрит, раневую инфекцию, мастит и т.д.)
- проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар.

Примечание:

В наблюдательное отделение помещают: больных женщин, имеющих здорового ребенка; здоровых женщин, имеющих больного ребенка; больных женщин, имеющих больного ребенка.

Из смотровой в сопровождении медицинского персонала женщина переходит в родовой блок или отделение патологии беременных (при показаниях транспортируют на каталке).

Родовой блок

Родовой блок включает:

- предродовые палаты;
- родовые палата;
- палату интенсивной терапии;

детскую комнату;

- малую и большую операционные;
- санитарные помещения.

В предродовой палате женщина проводит 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.

При наличии одного родильного зала прием родов проводят поочередно на различных рахмановских кроватях. Два раза в неделю проводят генеральную уборку родильного зала. Нормально протекающие роды принимает акушерка.

После рождения ребенка акушерка показывает ребенка матери, обращая внимание на его пол и наличие врожденных аномалий развития (если таковые имеются), затем ему проводят:

- 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, массу, рост, час и дату его рождения.

После окончания обработки новорожденного акушерка (врач) заполняет необходимые графы в «Истории родов» и «Истории развития новорожденного».

«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 заполнении палат послеродового отделения соблюдается строгая цикличность (одна палата заполняется роженицами не более трех суток).

Цикличности заполнения материнских палат соответствует цикличность заполнения палат новорожденных, что позволяет здоровых детей выписывать с матерями в одно и то же время.

При появлении у рожениц или новорожденных тех или иных признаков заболеваний их переводят во второе акушерское (обсервационное отделение) или в другое специализированное учреждение.

Отделение новорожденных

Палаты для новорожденных выделяются в физиологическом и обсервационном отделениях.

В отделении новорожденных обсервационного отделения находятся дети:

- рожденные в этом отделении;
- родившиеся вне родильного дома;
- переведенные из физиологического отделения;
- родившиеся с тяжелыми врожденными аномалиями;

- родившиеся с проявлениями внутриутробной инфекции;
- родившиеся с массой тела менее 1000 г.

Для больных детей в обсервационном отделении выделяется изолятор на 1—3 койки.

Дети, подлежащие усыновлению, могут помещаться в отдельный изолятор.

Для соблюдения цикличности детские палаты должны соответствовать материнским. В одной палате могут располагаться дети с разницей в сроке рождения до 3 суток.

Температура в палатах должна поддерживаться в пределах 22—24°C, а влажность воздуха 60%.

Врачи-педиатры отделения новорожденных проводят ежедневный осмотр детей. В выходные и праздничные дни обход обеспечивается за счет скользящего графика работы.

По окончании осмотра новорожденных педиатр (акушер-гинеколог) сообщает матерям о состоянии детей и проводит с ними санитарно-просветительную работу. Послеродовое физиологическое отделение с совместным пребыванием матери и ребенка

Совместное пребывание матери и ребенка 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 значительно ограничивает контакт новорожденного с медицинским персоналом акушерского отделения, снижает возможность инфицирования ребенка. При таком режиме обеспечивается раннее прикладывание новорожденного к груди, происходит активное обучение матери навыкам практического ухода за новорожденным.

Противопоказаниями к совместному пребыванию матери и ребенка являются:

- 1) со стороны родильницы - поздние токсикозы беременных, экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации, оперативные вмешательства в родах, стремительные или затянувшиеся роды, длительный (более 18 часов) безводный период в родах, наличие повышенной температуры в родах, разрыв или разрезы промежности.
- 2) со стороны новорожденного - недоношенность, незрелость, длительно перенесенная внутриутробная гипоксия плода, внутриутробная гипотрофия II—III степени, родовая травма, асфиксия при рождении, аномалия развития, гемолитическая болезнь.

Палаты реанимации и интенсивной терапии новорожденных

- создаются с целью снижения перинатальной смертности, организации постоянного наблюдения за состоянием жизненно важных функций новорожденных и своевременного проведения коррелирующих и диагностических мероприятий в родовспомогательных учреждениях.

В реанимационную палату переводятся новорожденные с тяжелыми поражениями жизненно важных органов и систем, нуждающиеся в проведении реанимационных мероприятий, новорожденные из группы высокого риска развития нарушений адаптации в раннем неонатальном периоде.

Осмотр детей, проведение диагностических и лечебных манипуляций осуществляет квалифицированный врач-неонатолог.

Правила выписки женщины из родильного дома

Основными критериями для выписки женщины из родильного дома являются:

удовлетворительное общее состояние, нормальные температура, частота пульса, артериальное давление, состояние грудных желез, инволюция матки, нормальные результаты лабораторных исследований.

При неосложненном течении послеродового периода 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.

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, где врач-педиатр отмечает 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 и фамилию сотрудника поликлиники, принявшего телефонограмму.

Работа отделения патологии беременных

Отделение патологии беременных организуются в крупных родильных домах с мощностью 100 коек и более.

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.

Отделение патологии беременных имеет полную изоляцию его от акушерских отделений, возможность транспортировки беременных в родовое физиологическое и наблюдательное отделения (минуя другие отделения), а также выход для беременных из отделения на улицу. Отделение имеет в своем распоряжении:

- кабинет функциональной диагностики с современным оборудованием (в основном кардиологическим);
- смотровую;
- малую операционную;
- кабинет физио-психо-профилактической подготовки к родам;
- крытые веранды или залы для прогулок беременных.
- централизованное снабжение кислородом.

Может быть организовано отделение патологии беременных с полусанаторным режимом, имеющие тесную связь с санаториями для беременных, где закрепляют результаты лечения, полученные в родильном доме.

Работа гинекологических отделений 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 входит:

- 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 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.

2.2 Организация и проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций

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 специальный комплекс санитарно-гигиенических мероприятий. Этот комплекс включает:

- своевременное выявление и изоляцию рожениц, родильниц и новорожденных с гнойносептическими заболеваниями,
- своевременное выявление носителей инфекций 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.), имеющих потенциальное эпидемиологическое значение в механизме передачи внутрибольничных инфекций.

Ответственность за проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий по борьбе с внутрибольничными инфекциями в родильном доме возлагается на главного врача.

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.

Зав. 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 наблюдательном отделении 4-слойные маркированные маски меняют каждые 4 часа. Акушерские стационары закрывают для полной дезинфекции не реже 1 раза в год.

При возникновении в родильном доме внутрибольничных инфекций прием рожениц в родильный дом прекращается, эпидемиолог СЭН проводит детальное эпидемиологическое обследование и комплекс противоэпидемиологических мероприятий. Около 5% коек родильного дома выделяют под изоляторы. В крупных родильных домах организуют специальные септические отделения.

Контроль за соблюдением противоэпидемиологического режима в родильном доме осуществляет центр санэпиднадзора (СЭН).

2.3. Анализ деятельности стационара родильного дома

1. Показатели коечного фонда и его использование:

1.1 Среднегодовая занятость койки (число дней работы койки в году):

Число проведенных беременными койко-дней

Число среднегодовых коек

Ориентировочная норма средней занятости койки для городских родильных домов и отделений - 320 дней. А в послеродовом отделении - 300 дней).

1.2 Оборот койки:

Число выбывших из стационара родильниц

Число среднегодовых коек

1.3 Средняя длительность пребывания родильниц на койке:

Число проведенных родильницами койко-дней

Число выбывших больных из стационара

Средняя длительность пребывания родильниц в стационаре 8-9 дней.

2. Показания медицинской помощи в родах

Частота применения медикаментозного обезболивания при родах:

число родов, проведенных с медикаментозным обезболиванием x 100%

принято родов всего

Аналогично определяется

- частота применения психопрофилактической подготовки к родам;

- частота родов с медикаментозным обезболиванием и психопрофилактической подготовки;

- частота оперативных пособий при родах (по всем видам пособий — акушерские щипцы, вакуум-экстрактор, ручное отделение последа, ручное и инструментальное обследование матки после родов).

3. Показатели состояния здоровья матерей:

3.1. Частота осложнений в родах (определяются по каждому виду осложнения):

например, частота разрывов промежности:

число родильниц . имеющих разрыв промежности x 100%

число принятых родов + число поступивших женщин, родивших вне родильного дома

3.2. Частота осложнений в послеродовом периоде (по видам осложнений на 1000 родивших). Отдельному разбирательству подлежит каждый случай материнской смертности.

4. Показатели лечебно-профилактической помощи новорожденным:

4.1. Частота мертворождения (мертворождаемость):

родилось мертвыми новорожденных x 100%

родилось всего (мертвыми и живыми)

4. 2. Частота недоношенности:

родилось недоношенными (живыми и мертвыми) x 100%

родилось всего (живыми и мертвыми)

4.3. *Заболеваемость новорожденных* (доношенных, недоношенных, доношенных данной болезнью, недоношенных данной болезнью). Например: заболеваемость недоношенных: родилось больными и заболело недоношенных $\times 100\%$

родилось живыми недоношенных

4.4. *Показатели летальности новорожденных* (общая, доношенных, недоношенных, от различных заболеваний). Например: летальность доношенных:

умерло доношенных $\times 100\%$

родилось живыми доношенных (родилось живыми всего - родилось живыми недоношенными).

Используемая литература:

1. А.Л. Линденбрaten ,Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении. - «Медицина», Москва, 2005
2. Акушерство и гинекология, клинические рекомендации. - “ГЕОТАР-МЕД” Москва, 2009 г.
3. В.А. Медик, В.К. Юрьев, Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. – «Медицина», Москва, 2003
4. Г. М.Савельева, Р. И. Шалина, Акушерство. - “ГЕОТАР-МЕД” Москва, 2009 г.
5. И.В. Дуда, М.В. Мальковец, Р.У. Дерфлюи, Руководство по анализу деятельности учреждений охраны материнства и детства. – “Высшая школа” Минск, 1988г.
6. Новиков А.А., Савельев И.А. ,Учебное пособие по врачебно-трудовой экспертизе. – «Медицина», Москва
7. Под ред. В. И. Кулакова, Акушерско-гинекологическая помощь. – «МЕД-ПРЕСС», Москва
8. Под редакцией В.Е. Радзинского, Руководство к практическим занятиям по акушерству. – “ГЕОТАР-МЕД” Москва, 2007 г.
9. Электронный учебник по социальной гигиене и организации здравоохранения, Кравцов А.С.