

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» Зав.
кафедрой: д.м.н. проф. Цхай В.Б.

4(кор)
Коновалов В.И.

РЕФЕРАТ:

Организация акушерско-гинекологической службы в РФ.

Выполнила:

Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
Гарфутдинова Ю.О.

Проверил:

Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск 2021

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Перинатологии акушерства и гинекологии лечебного факультета
(наименование кафедры)

Рецензия Коновалова Вячеслава Николаевича, ассистента кафедры
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения

по специальности «Акушерство и гинекология»

Гарфутдиновой Юлии Олеговны
(ФИО ординатора)

Тема реферата Организация акушерско-гинекологической службы в РФ

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	—
9.	Наличие общего вывода по теме	
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4/хорошо

Дата: «10» 03 20 21 год

Подпись рецензента


(подпись)


(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(подпись)

(ФИО ординатора)

Оглавление:

1. Организация гинекологической помощи в России.
2. Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь.
3. Основные критерии качества работы женской консультации.
4. Принципы диспансеризации беременных в женских консультациях.
5. Родильный дом. Функции родильного дома.
6. Структура родильного дома (отделения).

1. Организация гинекологической помощи в России

Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии».

Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа:

Амбулаторный, осуществляемый врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности – врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом, в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания);

Стационарный – осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерской патологии) или специализированных отделениях (при соматической патологии) медицинских организаций.

Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде производится на основе листов маршрутизации с учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальной патологии.

Система родовспоможения в нашей стране основана на принципах:

- общедоступность (оказание лечебно-профилактической помощи независимо от возраста, от выполняемой работы: рабочие, служащие, домохозяйки, студенты) и места жительства;
- бесплатность (оказание помощи беременным, роженицам, родильницам и гинекологическим больным); могут быть сервисные услуги;
- приближенность к населению (организация учреждений акушерско-гинекологической помощи во всех городах, районах: ФАП, участковые больницы, ЦРБ, перинатальные центры);
- профилактическая направленность по профилактике заболеваний и осложнений беременности, родов, послеродового периода и гинекологических заболеваний.

Основными учреждениями родовспоможения являются женская консультация, акушерский стационар и гинекологическое отделение.

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовый период, разделяются на три группы по возможности оказания медицинской помощи (приказ №572 МЗ РФ от 2012г)

Первая группа – акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога;

Вторая группа – акушерские стационары (родильные дома (отделения), в том числе профилизируемые по видам патологии), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реаниматологии) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных; а также межрайонные перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии (палаты интенсивной терапии) для женщин и отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;

Третья А группа – акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

Третья Б группа – акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения акушерской, гинекологической и неонатальной патологии и осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров субъектов Российской Федерации.

2. Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь

Амбулаторную помощь осуществляют работники женских консультаций, смотровых кабинетов поликлиник, центров планирования семьи и репродукции, медико-генетических консультаций, фельдшерско-акушерских пунктов.

Женская консультация

Основное звено амбулаторной помощи – женская консультация: как самостоятельная организация, так и как структурное подразделение медицинской организации для оказания медицинской помощи по территориальному принципу.

Основные функции женской консультации:

- диспансерное наблюдение беременных женщин;
- направление беременных женщин в медицинские организации, осуществляющие пренатальную диагностику;
- установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам
- проведение патронажа беременных женщин и родильниц;
- консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов и подготовки к беременности и родам;
- организация и проведение профилактических осмотров женского населения
- обследование и лечение беременных женщин и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий;
- диспансеризация гинекологических больных в соответствии со стандартами медицинской помощи, включая реабилитацию;
- осуществление прерывания беременности в ранние сроки (до 20-ти дней задержки менструаций), выполнение малых гинекологических операций;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;

- проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам и членам их семей;
- проведение мероприятий в части информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, профилактики врожденной и наследственной патологии у будущего ребенка, профилактики аборт, а также инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции;
- обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных с другими лечебно-профилактическими учреждениями.

3. Основные критерии качества работы женской консультации:

- показатель ранней постановки на учет по беременности;
- охват пренатальным скринингом в I, II, III триместрах беременности;
- частота невынашивания и недонашивания беременности;
- показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- отсутствие антенатальной гибели плода;
- отсутствие врожденных аномалий развития, не выявленных во время беременности;
- разрыв матки вне стационара;
- несвоевременное направление в стационар при гипертензии средней степени тяжести, обусловленной беременностью;
- несвоевременное направление в стационар при переношенной беременности.

Женская консультация может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций.

Структура женской консультации:

- регистратура;
- кабинет врача-акушера-гинеколога;
- кабинеты специализированных приемов:

невынашивания беременности;

гинекологической эндокринологии;

патологии шейки матки;

сохранения и восстановления репродуктивной функции;

гинекологии детского и подросткового возраста;

функциональной диагностики;

ультразвуковой диагностики;

- кабинеты специалистов:

врача-терапевта;

врача-стоматолога;

врача-офтальмолога;

врача-психотерапевта (медицинского психолога);

юриста;

специалиста по социальной работе;

лечебной физкультуры;

психопрофилактической подготовки беременных к родам;

по раннему выявлению заболеваний молочных желез;

- другие подразделения:

малая операционная;

клинико-диагностическая лаборатория;

дневной стационар;

стационар на дому;

процедурный кабинет;

физиотерапевтический кабинет;
рентгеновский кабинет;
стерилизационная.

4. Принципы диспансеризации беременных в женских консультациях

Основной задачей диспансерного наблюдения женщины в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

Необходимо раннее взятие на учет по беременности – при сроке беременности до 12 недель.

Это позволит своевременно решить вопросы о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень перинатального риска и при необходимости провести комплекс мероприятий по оздоровлению беременной.

При взятии беременной на учет врач заводит «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (форма № 111/у). В эту карту заносятся паспортные данные, результаты подробно собранного анамнеза, включая семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, операции, переливания крови, особенности менструальной, половой и генеративной функций, а в дальнейшем при каждом посещении записывают все данные опроса, физикального обследования, лабораторных исследований, назначения.

В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень перинатального риска, а также вырабатывают план ведения беременности в соответствии с группой риска.

Периодичность посещений и объем обследований, необходимость их выполнения врач акушер-гинеколог должен обсудить с беременной и получить её согласие.

При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщины проводятся:

1. врачом-акушером-гинекологом – не менее семи раз;
2. врачом-терапевтом – не менее двух раз (первый осмотр проводится не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию, второй — в III триместре);
3. врачом-стоматологом – не менее трех раз (первый осмотр проводится не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию, а затем в каждом триместре);
4. врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом – не менее одного раза (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);
5. другими специалистами – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

После первого осмотра явка через 7-10 дней с анализами, заключением терапевта и других специалистов; в дальнейшем до 20 недель – 1 раз в месяц; с 20 до 28 недель – 2 раза в месяц; с 28 до 40 недель – 1 раз в неделю.

При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает. При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередного срока необходимо направить к ней на дом участковую акушерку для патронажа. Дородовый патронаж дважды осуществляют в обязательном порядке: при взятии на учет и перед родами.

Скрининговое ультразвуковое исследование проводится трехкратно: при сроках беременности 11-14 недель, 20-22 недели и 30-34 недели.

Первое скрининговое УЗИ проводится в медицинской организации, которая осуществляет экспертный уровень пренатальной диагностики. Для проведения комплексной пренатальной диагностики нарушений развития ребенка, кроме УЗИ проводят определение материнских сывороточных маркеров – PAPP-A и свободной β -ХГЧ с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

Второе скрининговое УЗИ также проводится в медицинской организации, осуществляющей пренатальную диагностику. Цель УЗИ в сроке беременности 20-22 недели – исключение врожденных аномалий развития плода, проявляющихся на более поздних сроках.

При сроке беременности 30-34 недели ультразвуковое исследование проводится по месту наблюдения беременной женщины.

Если риск хромосомных нарушений у плода высокий и/или обнаруживают врожденные пороки развития плода по УЗИ, женщина направляется в медико-генетическую консультацию для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования.

Все вопросы, касающиеся подтверждения диагноза и дальнейшей тактики ведения беременности при пороках развития плода решаются перинатальным консилиумом. Прерывание беременности по медицинским показаниям проводится независимо от срока беременности по решению перинатального консилиума врачей после получения информированного добровольного согласия беременной женщины.

С целью искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременная женщина направляется в гинекологическое отделение.

Прерывание беременности (родоразрешение) после 22 недель проводится в условиях наблюдательного отделения акушерского стационара.

Если при наличии порока развития у плода возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, родоразрешение осуществляется в акушерских стационарах, оказывающих реанимационную и интенсивную терапию новорожденным круглосуточно.

При невозможности оказания необходимой медицинской помощи новорожденному с пороками развития в субъекте Российской Федерации, беременная женщина по заключению консилиума врачей, направляется в медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание данного вида медицинской помощи.

При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных специалистов врачом-акушером-гинекологом до 11-12 недель беременности решается вопрос о возможности вынашивания беременности.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом-акушером-гинекологом до 22 недель беременности.

Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

При наличии показаний беременным женщинам предлагается долечивание и реабилитация в специализированных санаторно-курортных организациях.

При возникновении акушерской патологии при беременности (угрожающий аборт, преждевременные роды, гестоз, фетоплацентарная недостаточность и др.) лечение беременной осуществляется в акушерском и гинекологическом стационарах (отделение патологии беременности, специализированные отделения медицинских организаций, ориентированных на сохранение беременности).

При экстрагенитальной патологии, требующей стационарного лечения, обследование и коррекция выявленных нарушений осуществляется в профильных отделениях лечебных учреждений при совместном наблюдении и ведении врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом.

При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина направляется в стационар медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

При угрожающих ранних преждевременных родах (после 22 недель беременности) госпитализация осуществляется в акушерский стационар, оказывающий реанимационную помощь и интенсивную терапию новорожденным.

Полный клинический диагноз и определение места планового родоразрешения уточняется к 35-36 неделям беременности на основании проведенного обследования.

Учитывая наличие акушерской и экстрагенитальной патологии, а также вероятного риска развития осложнений дальнейшего течения беременности, родов и послеродового периода врачом ЖК осуществляется направление беременной в консультативно-диагностические отделения перинатальных центров. Перинатальный центр осуществляет консультативно-диагностическую помощь женщинам:

- с экстрагенитальной патологией с отягощенным акушерским анамнезом (возраст первобеременных до 18 лет и старше 35 лет, невынашивание, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, презклампися, эклампися, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с врожденными пороками развития);
- с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, иммунологический конфликт, анемия, патология плаценты, плацентарная недостаточность, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков);
- с выявленной патологией развития плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения.

5. Родильный дом. Функции родильного дома:

- оказание акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, медицинской помощи новорожденным, а также женщинам с заболеваниями репродуктивной системы в стационарных условиях;
- внедрение современных перинатальных семейно-ориентированных технологий (демедицинализация родов, партнерские роды, совместное пребывание матери и ребенка, раннее прикладывание к груди, приоритет грудного вскармливания, профилактика гипотермии новорожденных);
- профилактика, диагностика и лечение заболеваний репродуктивной системы;
- оказание медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности;
- санитарно-гигиеническое обучение женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем;
- установление медицинских показаний и направление женщин и новорожденных в медицинские организации для оказания им специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдачу листков нетрудоспособности женщинам по беременности и родам;
- участие в направлении женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертизу;
- организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения и снижения заболеваемости внутрибольничными инфекциями женщин, новорожденных и медицинских работников;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным;
- проведение анализа причин гинекологических заболеваний, акушерских и экстрагенитальных осложнений у женщин, заболеваемости новорожденных;
- осуществление статистического мониторинга и анализа причин материнской и перинатальной смертности;
- обеспечение вакцинопрофилактики новорожденным, проведение неонатального и аудиологического скрининга;

- организация питания женщин и новорожденных в период их пребывания в родильном доме;
- взаимодействие с женской консультацией, не входящей в его состав, станцией (отделением) скорой медицинской помощи, поликлиникой, детской поликлиникой, а также с другими медицинскими организациями (противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкологическим диспансерами, Центрами профилактики и борьбы со СПИД);
- обеспечение проведения антиретровирусной профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ВИЧ-инфицированным роженицам и их новорожденным;
- организация повышения профессиональной квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

7. Структура родильного дома (отделения)

- акушерский стационар;
- гинекологическое отделение;
- клиничко-диагностическая лаборатория;
- кабинет функциональной диагностики;
- физиотерапевтический кабинет;
- рентгеновский кабинет;
- централизованное стерилизационное отделение;
- административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами;

Основным приказом, обеспечивающим деятельность акушерских стационаров в отношении профилактики внутрибольничной инфекции является Приказ 26 ноября 1997 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» (в ред. Приказов Минздрава РФ от 24.11.1998 N 338, от 05.05.2000 N 149). Указанным приказом регламентируются: организация и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах, правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров; правила стирки белья, обработка обуви, рук медицинского персонала, операционного поля при приеме родов или операции; дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения; организация и проведение эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями.

Первое физиологическое отделение

1. Приемно-пропускной блок (ППБ)

Смотровые ППБ комнаты существуют отдельно для физиологического и наблюдательного отделений. Каждая смотровая имеет помещение для обработки поступающих женщин, туалет, душевую, установку для мытья суден. Если в родильном доме функционирует гинекологическое отделение, то оно должно иметь отдельный приемно-пропускной блок.

Правила содержания приемно-смотровых помещений: два раза в сутки влажная уборка с применением моющих средств, один раз в сутки уборка с применением дезинфицирующих средств. После влажной уборки включают бактерицидные лампы на 30-60 минут.

Беременная или роженица, поступая в приемную, снимает верхнюю одежду и проходит в фильтр. На основании данных анамнеза, общего объективного и акушерского осмотров в фильтре врач решает, подлежит ли данная женщина госпитализации в роддом и в какое отделение (палаты патологии, I или II акушерские отделения). Одновременно акушерка измеряет у пациентки температуру тела и АД.

В физиологическое отделение направляют беременных или рожениц без признаков инфекционных заболеваний и не имеющих контакта с инфекцией. Всех беременных или рожениц, представляющих угрозу инфицирования для здоровья женщины госпитализируют чаще во II акушерское отделение, либо переводят в специализированные стационары (лихорадка, признаки гнойно-септической инфекции (ГСИ), инфекционного заболевания, кожные заболевания, мертвый плод и др.).

После решения вопроса о госпитализации акушерка переводит женщину в соответствующую смотровую, фиксируя необходимые данные в «Журнале учета беременных, рожениц и родильниц» и заполняя паспортную часть истории родов. Затем врач и акушерка детально проводят общее и специальное акушерское обследование: взвешивание, измерение роста, размеров таза, окружности живота, высоты стояния дна матки, определяют положение плода в матке, выслушивают сердцебиение плода, определяют группу крови, резус-принадлежность. При наличии показаний проводят забор анализов крови и мочи. Дежурный врач знакомится с «Индивидуальной картой беременной и родильницы» (уч./ф. 113), собирает подробный анамнез, определяет сроки родов, предполагаемую массу плода и заносит данные опроса и осмотра в соответствующие графы истории родов.

После обследования проводят санитарную обработку, объем которой зависит от общего состояния поступающей или от периода родов. Беременная (роженица) получает индивидуальный пакет со стерильным бельем (полотенце, рубашка, халат), чистую обувь и идет в палату патологии или в предродовую палату. Из смотровой II отделения — только во II отделение.

Перед осмотром и после осмотра здоровых женщин врач и акушерка моют руки туалетным мылом. При наличии инфекции или при осмотре во II отделении руки обеззараживают дезинфицирующими растворами. После приема каждой женщины проводят обработку дезинфицирующими растворами инструментов, судна, кушетки, душевой, туалета.

2. Родовой блок

Предродовые и родовые палаты могут быть представлены отдельными помещениями. Если же они представлены отдельными структурами, то должны быть в двойном наборе, чтобы чередовать их работу с тщательной санитарной обработкой.

В предродовой необходима централизованная подводка кислорода и закиси азота и соответствующая аппаратура для обезбоживания родов, кардиомониторы, аппараты для УЗИ.

В предродовой соблюдают определенный санитарно-эпидемический режим: температура в помещении $+18^{\circ}\text{C}+20^{\circ}\text{C}$; влажная уборка 2 раза в сутки с использованием моющих средств и 1 раз в сутки — с дезинфицирующими растворами, проветривание помещения, в лучшем случае — использование приточно-вытяжной вентиляции с бактериальной очисткой воздуха, при ее отсутствии — включение бактерицидных ламп на 30-60 минут. Каждая роженица имеет индивидуальную кровать и судно. Кровать накрывают только при поступлении роженицы в предродовую палату. После перевода на роды белье с кровати снимают и помещают в бак с полиэтиленовым мешком и крышкой, кровать и судно дезинфицируют.

Врач и акушерка ведут постоянное наблюдение за роженицей, течением I периода родов. Каждые 2 часа врач производит запись в истории родов, в которой отражает общее состояние роженицы, пульс, АД, характер схваток, состояние матки, сердцебиение плода (в I периоде его выслушивают каждые 15 минут, во II периоде — после каждой схватки, потуги), отношение предлежащей части ко входу в малый таз, сведения об околоплодных водах.

В родах по показаниям проводят медикаментозное обезбоживание с использованием спазмолитиков и анальгетиков, транквилизаторов, наркотических средств и др.

Обезболивание родов могут проводить врач акушер – гинеколог, врач анестезиолог-реаниматолог или опытная сестра-анестезист.

Влагалищное исследование производят при поступлении в родильный дом, после излития околоплодных вод, а затем каждые четыре часа; при наличии показаний и чаще.

Влагалищное исследование проводят с соблюдением всех правил асептики и антисептики с взятием мазков на флору.

Палата интенсивной терапии предназначена для беременных, рожениц и родильниц с тяжелыми формами гестоза и экстрагенитальными заболеваниями. Палата должна быть оснащена необходимыми инструментами, медикаментами и аппаратурой для оказания неотложной помощи.

Во II периоде родов (потужной период) после обработки наружных половых органов дезинфицирующим раствором роженицу переводят в *родильный зал*, где она надевает стерильную рубашку и бахилы.

Родильные залы должны быть светлыми, просторными, оснащены аппаратурой для дачи наркоза, необходимыми медикаментами и растворами, инструментами и перевязочным материалом для приема родов, туалета и реанимации новорожденных. Температура помещений должна быть $+20^{\circ}\text{C}+22^{\circ}\text{C}$. *На родах обязательно присутствие врача-акушера и неонатолога*. Нормальные роды принимает акушерка, патологические роды и роды в тазовом предлежании принимает врач акушер-гинеколог.

Перед приемом родов акушерка моет руки как для хирургической операции, надевает стерильный халат, маску, перчатки, используя для этого индивидуальный пакет для приема родов. Новорожденных принимают в стерильный, согретый, покрытый стерильной пленкой лоток. Перед вторичной обработкой пуповины акушерка повторно обрабатывает руки (профилактика гнойно-септической инфекции).

Динамику родов и исход родов фиксируют в истории родов и в «Журнале записи родов в стационаре», а оперативные вмешательства — в «Журнале записи об оперативных вмешательствах в стационаре».

После родов все лотки, баллоны для отсасывания слизи, катетеры и др. подвергают обеззараживанию. Одноразовые инструменты, предметы и т. п. выбрасывают в специальные баки с полиэтиленовыми мешками и крышками. Кровати обрабатывают дезинфицирующими растворами.

Родовые залы функционируют поочередно, но не более 3-х суток, после чего их моют по типу заключительной дезинфекции, обеззараживая все помещение и все объекты в нем.

Малые операционные в родовом блоке предназначены для выполнения всех акушерских пособий и оперативных вмешательств, которые не требуют чревосечения и осмотра мягких родовых путей после родов. Большая операционная предназначена для чревосечений (большое и малое кесарево сечение, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки). Правила санитарно-эпидемического режима такие же.

В родильном блоке родильница и новорожденный после нормальных родов находятся в течение 2-х часов, а затем их переводят в послеродовое отделение для совместного пребывания (отдельные палаты для матери и новорожденного или палаты-боксы для совместного пребывания матери и ребенка).

3. Послеродовое отделение

Послеродовые палаты должны быть просторными, на 3-4 койки. Температура в палатах $+18^{\circ}\text{C}+20^{\circ}\text{C}$. Палаты заполняют циклично в соответствии с палатами для новорожденных в течение 3-х суток и не более.

Номер кровати матери соответствует номеру кровати новорожденного в отделении новорожденных. Утром и вечером производят влажную уборку палат, после третьего кормления новорожденных — уборку с использованием дезинфицирующих средств. После каждой влажной уборки включают бактерицидные лампы на 30 минут. Смену белья проводят перед влажной уборкой помещений. Постельное белье меняют 1 раз в 3 дня, рубашки — ежедневно, подкладные — первые 3 дня через 4 часа, затем — 2 раза в день.

Персонал в послеродовом отделении моет руки с мылом, а при необходимости, обрабатывает дезинфицирующими растворами. После перевода родильницы во II отделение или выписки всех родильниц палаты обрабатывают по типу заключительной дезинфекции.

При появлении признаков инфекции родильница и новорожденный должны быть немедленно переведены во II акушерское отделение.

Второе акушерское отделение

Во II-е отделение госпитализируют беременных, рожениц и родильниц, имеющих:

1. Лихорадочное состояние (температура тела 37,6 °C и выше без клинически выраженных симптомов).
2. Длительный безводный период, излитие околоплодных вод за 12 часов и более до поступления в стационар.
3. Инфекционную патологию, в том числе: воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей; воспалительные заболевания другой локализации (пневмония, отит и др.); острые респираторные заболевания; кожные заболевания инфекционной этиологии; инфекционные процессы половых путей (кольпит, цервицит, кондиломы); инфекции с риском внутриутробного и/или интранатального заражения плода и высокой эпидемиологической опасностью заражения медицинского персонала (ВИЧ – инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея); генитальный герпес, листериоз, токсоплазмоз, туберкулез.
4. Внутриутробная гибель плода; аномалии развития плода.
5. Злокачественные новообразования.
6. Родильницы в случае родов вне лечебного учреждения (в течение 24 ч после родов).
7. Неисследованные роженицы и при отсутствии медицинской документации.
8. Переводят заболевших беременных из отделения патологии и родильниц из физиологического послеродового отделения при осложненном течении послеродового периода (эндометрит, нагноение швов промежности, швов после кесарева сечения и т. п.).
9. В случае перевода новорожденного в наблюдательное отделение вместе с ним переводят родильницу.

Правила содержания наблюдательного отделения. Уборку палат проводят 3 раза в сутки: 1 раз с моющими средствами и 2 раза с дезинфицирующими растворами и последующим бактерицидным облучением, 1 раз в 7 дней проводят дезинфекцию палат. Инструменты дезинфицируют в отделении, затем передают в центральную стерилизационную. При переходе медперсонала в наблюдательное отделение – смена халата и обуви (бахилы). Сцеженное молоко для кормления детей не используют. Пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных – отдельно от родильниц.

При выявлении у беременной, роженицы или родильницы гнойно-воспалительного процесса, в связи с которым ее дальнейшее пребывание в АС представляет эпидемиологическую опасность, женщина подлежит переводу в специализированный стационар соответствующего профиля.

Отделение патологии беременных

Отделение патологии организуют в родильных домах мощностью более 100 коек. В отделение патологии беременные поступают через смотровую комнату I акушерского отделения. При наличии особо опасных инфекций беременных госпитализируют в соответствующие отделения инфекционных больниц, где их курирует врач акушер-гинеколог. В отделение патологии подлежат госпитализации беременные с экстрагенитальными заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, почек, печени, эндокринной системы и др.) и с акушерской патологией (гестозами, невынашиванием беременности, фетоплацентарной недостаточностью, неправильными положениями плода,

сужением таза и др.). В отделении работают врачи акушеры-гинекологи, терапевт, окулист, невропатолог. В отделении, обычно, есть кабинет функциональной диагностики, оснащенный кардиомонитором, аппаратом УЗИ, смотровой кабинет, процедурный кабинет. При улучшении состояния здоровья беременных выписывают домой. С началом родовой деятельности рожениц переводят в соответствующие родильные отделения. В настоящее время создают отделения патологии санаторного типа. Для оказания квалифицированной помощи беременным с экстрагенитальными заболеваниями родильные отделения на базах клинических больниц работают по определенному профилю (заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, инфекционные заболевания и др.).

Список используемой литературы:

1. Акушерство / под ред. Г.М. Савельевой. - М.: Медицина, 2000 (15), 2009(50)
2. Гинекология/Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко.-М., 2004
3. Акушерство. Ч. 1,2, 3/Под ред. В.Е. Радзинского.-М., 2005.
4. Акушерство от десяти учителей/Под ред. С. Кэмпбелла.-М., 2004.
5. Практические навыки по акушерству и гинекологии/Л.А. Супрун.-Мн., 2002.
6. Сметник В.П. Неоперативная гинекология.-М., 2003