

Организация акушерско- гинекологической помощи

Лектор: НЕГМАДЖАНОВ Б.Б.

Самарқанд 2016

Акушерство (по Франц. Accoucher – принимать роды) ставит своей задачей оказание помощи женщине во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

- Гинекология (название происходит от двух Греческих слов: gune – женщина и logos - наука) – наука, которая изучает анатомические особенности и физиологические процессы, которые происходят в половых органах женщины с детства до старости, а также заболевания женских половых органов, которые возникают вне беременности и родов.

- Отцом акушерства признан Нестор Максимович Максимович – Амбодик (1742-1812). Он был первым “профессором повивального искусства” в Петербургской акушерской школе, написал учебник “Искусство повивания, или наука о бабьем деле”, предложил использовать акушерский фантом.

- Наиболее выдающимся ученым – энциклопедистом и врачом был Ибн-Сина (Авиценна, 980-1037)
- Богиню акушерства звали Илифия или Эйлития, которая была дочерью Зевса и Геры.

- Одним из старейших учреждений просвещения в Европе был медицинский факультет Львовского университета, открыт в 1661 г.
- В 1898 г. начала функционировать кафедра акушерства и гинекологии, которую возглавил профессор Адам Марс.

- Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь осуществляется согласно определенной этапности:
- На I уровне амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь жители села получают на ФАПах, в лечебных амбулаториях и участковых больницах (без врача акушера-гинеколога). Амбулаторная работа акушерки на I этапе, в основном, носит профилактический характер с целью предупреждения осложнений беременности и возникновения гинекологических заболеваний. Практически здоровые молодые женщины с неосложненным общим и акушерским анамнезом, а также неосложненным течением беременности могут находиться под динамическим наблюдением акушерок, являясь к врачу акушеру-гинекологу женской консультации районной больницы или выездной врачебной бригады приблизительно 6-8 раз за весь период беременности.

- На II уровне амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь беременным и гинекологическим больным осуществляет медицинский персонал сельской амбулатории и участковой больницы, врач акушер-гинеколог районной и центральной районной больницы. Здесь наблюдаются беременные без осложненного течения беременности. Они также должны быть осмотрены врачом акушером-гинекологом не менее 6-8 раз на дородовом этапе. Беременные с высокой степенью акушерского и перинатального риска постоянно наблюдаются врачом акушером-гинекологом районной и центральной районной больницы при сохранении наблюдения за ними медицинского персонала лечебно-профилактического заведения I этапа.

- На III уровне амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь осуществляют специалисты областных больниц. В лечебно-профилактических заведениях III уровня обеспечивается углубленное выполнение объема медицинского обследования, которое не может быть выполнено на предыдущих этапах предоставления медицинской помощи беременным и гинекологическим больным. При необходимости проводится консультативное обследование другими специалистами. После проведенного обследования складывается индивидуальный план наблюдения беременной для медицинского персонала первых двух этапов. Беременные крайне высокой степени акушерского и перинатального риска находятся под динамическим наблюдением специалистов III этапа, которые при необходимости решают вопрос о возможности сохранения беременности.

- **К III уровню относятся** городские, обласные роддома, перинатальные центры и центры репродуктивного здоровья, в которых есть клинические базы кафедр акушерства и гинекологии, а также родильные отделения обласных больниц, имеющие в своем составе отделения акушерской реанимации и интенсивной терапии новорожденных.
- Лечебные учреждения этого уровня обеспечивают родоразрешение беременных крайне высокой и высокой степени акушерского и перинатального риска, с тяжелой экстрагенитальной патологией, оказание специализированной помощи гинекологическим больным, а также исполняют все функции I-II уровня.
- Лечебные заведения III уровня должны обеспечить оказание медицинской помощи новорожденным массой тела > 500 г и сроком гестации > 22 нед. независимо от наличия патологии, а также всем новорожденным с тяжелыми формами заболеваний или другими нарушениями жизненных функций.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННОЙ

- Наличие либо отсутствие акушерской или экстрагенитальной патологии;
- Наличие у беременной группы риска перинатальной патологии;
- физическое развитие беременной;
- функциональное состояние основных систем организма женщины;
- физическое и функциональное состояние плода.

ГРУППЫ ДИНАМИЧЕСКОГО

НАБЛЮДЕНИЯ

- / *группу* (Д1 - здоровые) составляют беременные с отсутствием экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, которые донашивают беременность до срока 38-42 нед при отсутствии факторов риска перинатальной патологии, функциональных нарушений отдельных органов или систем, не вызывают каких-либо осложнений на протяжении всего срока беременности.
- // *группу* - (Д2 - практически здоровые) составляют беременные без экстрагенитальных и гинекологических заболеваний. Суммарная оценка выявленных у них факторов риска соответствует низкой степени перинатальной патологии, а функциональные нарушения отдельных органов или систем не вызывают каких-либо осложнений на протяжении всего срока беременности.
- /// *группу* - (Д3 - больные) составляют беременные с установленным диагнозом экстрагенитального заболевания или акушерской патологией. Суммарная оценка выявленных факторов риска отвечает высокой или крайне высокой степени возможного развития перинатальной или материнской патологии.

Женская консультация

- является ведущим звеном в системе родовспоможения населению. Главное ее задание — охрана здоровья женщин на всех этапах их жизни.
- В основе деятельности женской консультации лежит принцип диспансеризации и наблюдения за состоянием здоровья женского населения и проведением лечебно-профилактических мероприятий.
- Деятельность женской консультации строится по территориально-участковому принципу. Количество населения такого участка составляет 8000.
- Основная документация женской консультации: индивидуальная карточка беременной и родильницы, обменная карточка, медицинская карточка амбулаторного больного, контрольные карты, талоны, журналы учета и др.

Основные функции женской консультации:

- 1) проведение профилактических осмотров, направленных на предотвращение осложнений беременности, послеродового периода, гинекологических заболеваний;
- 2) представление квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению;
- 3) введение в практику новых методов диагностики и лечения патологий беременности, заболеваний у рожениц и гинекологических больных, передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи;
- 4) проведение санитарно-просветительной работы;
- 5) обеспечение женщин правовой защитой соответственно законодательству из охраны материнства и детства;
- 6) обеспечение последовательности в обследовании и лечении беременных, рожениц и больных гинекологического профиля; осуществление постоянной связи с роддомом, станцией «Скорой помощи», поликлиникой, в том числе детской.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

- Качество работы женской консультации зависит от полноты обследования и систематичности наблюдения за женщинами, начиная с ранних сроков беременности.
- Женщина должна встать на учет до 12 недель беременности и в случае ее нормального течения и отсутствия экстрагенитальных заболеваний посещать консультацию приблизительно 14-15 раз за весь период беременности, а после неосложненных родов - не менее 2 раз. В первую половину беременности (до 20 нед) беременная должна посещать женскую консультацию 1 раз, после 20 нед - 2 раза в месяц, а с 32-ой недели - еженедельно. Это дает возможность предотвратить осложнения беременности и родов.

Обследование беременной

- сделать анализы крови, мочи, определить группу и резус-принадлежность крови.
- Каждая беременная должна быть осмотрена терапевтом, стоматологом и другими специалистами
- выясняют, отягощенный или нет акушерский анамнез (аборты, кровотечения, токсикоз беременности, мертворождения детей и тому подобное);
- определяют состояние молочных желез, телосложение, рост, массу тела, окружность живота, размеры таза, состояние сердца, легких, печени и почек, измеряют артериальное давление.
- Выясняют особенности менструальной, половой и детородной функций.
- Проводят исследование в зеркалах шейки матки, берут мазки для определения степени чистоты влагалищного содержания, акушерское обследование
- забирают кровь для анализа на СПИД, определяют реакцию Вассермана.

- Через 7—20 суток после первого осмотра (после окончания обследования и осмотров консультантов) беременная должна опять обратиться в женскую консультацию для окончательного вывода относительно прогноза будущих родов. После этого беременной дают советы относительно режима, диеты, личной гигиены, а также проведения физической и психопрофилактической подготовки к родам.

- Во время каждого следующего посещения консультации, кроме акушерского обследования, беременную взвешивают, измеряют у нее артериальное давление, смотрят, не появились ли отеки, проверяют результаты анализов. Анализ мочи делают в первой половине беременности ежемесячно, потом 2 раза в месяц, а при наличии показания и чаще, общий анализ крови — в начале, в середине и в конце беременности. После 20 недель беременности повторяют анализы крови на реакцию СПИД и сифилис.
- Во второй половине беременности женщину повторно осматривает терапевт.

- Особенное внимание нужно уделить беременным с повышенным риском (осложнение беременности, экстрагенитальными заболеваниями и другие факторы риска). После обследования определяют степень риска: 10 баллов — высокий; от 9 до 5 — средний; от 4 до 1 балла и меньше — низкий. Соответственно этому маркируют индивидуальную карточку беременных. При степени риска 10 баллов и больше нужно ставить вопрос о прерывании беременности, при среднем и низком — определить тактику ведения родов. Обращают также внимание и на функциональное состояние плода (шевеление, сердцебиение, а также массу тела).

Различают пять групп пренатальных факторов риска.

- 1. Социально-биологические: возраст матери (35—40 лет и больше—4 балла); профессиональные вредные факторы (3 балла); вредные привычки (алкоголь, никотин—2 балла) и тому подобное.
- 2. Обремененный акушерско-гинекологический анамнез: аборты (2—4 балла); мертворождаемость (до 8 баллов); смерть детей в неонатальный период (до 7 баллов); преждевременные роды, рубец на матке после операции кесаревого сечения (до 3 баллов); опухоли матки и яичников, недостатки развития матки (3 балла) и тому подобное.

- 3. Экстрагенитальные заболевания матери: сердечная недостаточность (10 баллов); гипертоническая болезнь (2—10 баллов); заболевание почек (3—4 балла); сахарный диабет (10 баллов); заболевание щитовидной железы (7 баллов); анемия (до 4 баллов); острые и хронические заболевания (до 3 баллов) и тому подобное.
- 4. Осложнения беременности: эклампсия (12 баллов); нефропатия (до 10 баллов); кровотечения (до 5 баллов); иммуноконфликтная беременность по резус-фактору и АВО изосенсибилизация (до 10 баллов) и др.
- 5. Состояние плода: гипотрофия (10 баллов); гипоксия (4 балла); низкое содержание эстриола в суточной моче беременной (до 3—4 баллов).

- Начиная с первого посещения женской консультации, будущую мать нужно учить правилам личной гигиены, физической подготовки. Психопрофилактическая подготовка к родам проводится с 32—34-ой недели, занятие в школах матерей — с 15—16-ой недели беременности.
- На диспансерном учёте родильница находится до 42 недели после родов.

РОДДОМ

- В состав роддома входит также гинекологический стационар. Желательно, чтоб он был отделен от акушерства стационара (для сохранения санитарно-эпидемиологического режима в роддоме).
- Основным заданием акушерского стационара является обеспечение благоприятного завершения беременности и родов, а в гинекологическом стационаре — лечение больных этого профиля.

Структура роддома

- В состав акушерского стационара входят: приемный покой, родильные блоки; отделение патологии беременных; послеродовое, физиологическое, наблюдационное; отделение наблюдения за новорожденными; лечебно-диагностические и лабораторные кабинеты; помещение административно-хозяйственной службы и другие вспомогательные кабинеты.

Приемное отделение акушерского стационара.

- В роддоме, который не имеет гинекологического стационара, должно быть 2 приемных отделения: одно — для здоровых родильниц, без признаков инфицирования, второе — для больных, которые нуждаются в изоляции. Приемное отделение состоит из приемной (вестибюль), комнаты-фильтра, смотровой, помещения для санитарной обработки пациенток.

- В комнате-фильтре женщине измеряют температуру тела, проводят ее внешний осмотр и осмотр горла. Таким образом выявляют больных, которых нужно изолировать (с гнойниковыми заболеваниями кожи, воспалением горла, повышенной температурой тела и др.). После этого решают, в какое отделение нужно направить беременную. В смотровой проводят первый осмотр женщины или беременной. В комнате для санитарной обработки есть туалет и душ.

Отделение патологии беременных.

- Сюда перед родами госпитализируют беременных, которые нуждаются в наблюдении и лечении в стационарных условиях. Количество кроватей в этом отделении должно составлять не меньше 30% от всего количества коек в акушерском стационаре.
- В состав этого отделения входят: палаты, манипуляционная, процедурная, комната для переносной аппаратуры, столовая, помещение для дневного пребывания больных, санитарные узлы и другие помещения. Желательно, чтобы палаты имели 1-2 кровати. Если позволяет территория роддома, больным рекомендуют дневные прогулки.

Родильное отделение (блок)

- состоит из предродовых, родильных залов, санитарных узлов, комнаты для персонала. Количество кроватей в этом отделении должно составлять приблизительно 10—12 % от общего количества кроватей послеродового физиологического отделения, а число кроватей в родильных палатах — 7—8 %.

- **Предродовые и родильные залы** должны быть двойными, что дает возможность сохранять цикличность их использования. В каждом родзале имеется столик для оказания первичной помощи новорожденным. Между двумя родильными палатами расположена **манипуляционная**, где есть все для первичной обработки новорожденных, предоставление помощи при асфиксии (соответствующая аппаратура). В состав родильного блока входят также палаты на 1-2 кровати для рожениц с тяжелыми формами позднего гестоза, экстрагенитальной патологией. В этой палате проводят роды при эклампсии.
- Операцию кесаревого сечения выполняют в **большой операционной**, где есть **предоперационная и наркозная**. Родильный блок должен быть изолированным и готовым для оказания неотложной помощи беременным, роженицам и родильницам (комплекты стерильного белья, инструментария, медикаментов, ампулы крови, кровезаменителей и др.).

Послеродовое физиологическое отделение.

- На отделение приходится 50—55 % кроватей акушерского стационара, а также 10 % резервных кроватей, что позволяет сохранить цикличность заполнения и освобождения палат. Это же касается и отделения для новорожденных.

Физиологическое послеродовое отделение имеет манипуляционную для осмотра рожениц и снятия швов.

Обсервационное акушерское отделение.

- В отделении оказывают помощь беременным, роженицам и новорожденным, которые могут стать источником инфекции.
- В обсервационное отделение направляют инфицированных женщин непосредственно из приемного отделения, родильного блока, а также переводят из физиологического послеродового отделения, детей — из отделения для здоровых новорожденных. Кроме того, родильницы и дети поступают в обсервационное отделение, если роды произошли в домашних условиях.

- **Обсервационное отделение** определяет его структуру. В состав отделения входят родзал, послеродовые палаты для женщин и новорожденных, манипуляционная, столовая, вспомогательные помещения. Отделение должно быть строго изолировано от других отделений роддома. Для персонала выделяют отдельные гардероб, душ, туалеты. Персонал не должен контактировать с работниками других отделений. В свою очередь здесь сохраняется профилирование палат для изоляции одних больных от других. Родильные залы могут быть и на одну кровать, но их должно быть не менее двух. Для лучшей изоляции палаты с одной кроватью должны иметь шлюзы.

- В послеродовых палатах ставят не более двух кроватей. Общее количество кроватей в наблюдательном отделении составляет 20-25 % коечного фонда акушерских отделений. Кроме того, выделяют 7-8 % резервных кроватей, которые не входят в состав сметных кроватей.
- Отделение наблюдения за новорожденными должно быть изолировано от всех других отделений. Отдельные палаты выделяют для недоношенных детей, детей с травмами. Перегородки между палатами для наблюдения за детьми должны быть стеклянными. При отделении нужно оборудовать изоляторы с шлюзами, стерилизационную, комнату для медицинского персонала и другие помещения.

Гинекологический стационар

- состоит из двух отделений — консервативного и хирургического.
- Структура стационара: приемный покой, вестибюль, смотровая комната, комната для санитарной обработки, палаты, манипуляционная, малая и большая операционные, наркозная, стерилизационная, отделение или палаты для интенсивной терапии, физиотерапевтический кабинет, столовая, буфет, комнаты медперсонала, санитарные узлы, в случае наличия клинической базы — учебные комнаты и др.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

- ПОНЯТИЕ ОБ АНТИСЕПТИКЕ И АСЕПТИКЕ

- **Асептика** — совокупность мероприятий обеззараживания посредством физических методов (в том числе и термических), направленных на то, чтобы не допустить проникновение микробов в рану.
- **Антисептика** — средство химического (препараты антисептики) обеззараживания, посредством которого уничтожают микроорганизмы в живом организме или в ране или значительно уменьшают их количество.

ТРЕБОВАНИЯ К СОДЕРЖАНИЮ РОДДОМА

- правильная санитарно-гигиеническая организация роддома и надлежащее санитарное содержание его помещений.
- Роддома строят по типовым проектам подальше от шумных улиц, предприятий, заводов, которые загрязняют территорию и воздух.
- Отделения роддома располагают так, чтобы пациентка не возвращалась во второй раз через уже пройденные помещения, а последовательно переходила вперед, начиная от вестибюля и заканчивая комнатой для выписки.
- Помещение для родильниц и новорожденных должны отвечать санитарно-гигиеническим требованиям.
- Стены всех помещений роддома должны быть побелены или окрашены белой масляной краской. Полы покрывают кафельными плитками или линолеумом.
- Эти помещения ежедневно нужно убирать влажным способом, общую дезинфекцию проводить раз в неделю.

Обработка рук

- Перед операциями, принятием родов, манипуляциями нужно мыть руки. В акушерской практике чаще всего пользуются такими препаратами: С-4, хлоргексидина биглюконат (гибитан), дегмин, дегмицид, йодопирон-йодофор. Перед обработкой предложенными средствами антисептики руки непосредственно проточной водой щеткой с мылом в течение 1 мин. После этого руки досуха вытирают стерильной салфеткой.
- *Хлоргексидина биглюконат (гибитан)* выпускается в виде 20 % раствора. Для получения нужного для дезинфекции средства препарат разводят в 70 % этиловом спирте в соотношении 1:40. Для обработки рук используют 0,5 % спиртовой раствор препарата.
- *Дегмин* — твердое восковидное вещество, которое хорошо растворяется в воде. *Дегмицид* содержит 30 % дегмин. Дегмин и дегмицид используют для обработки рук в виде 1 % раствора.
- *Йодопирон-йодофор* — смесь поливинилпирролидона с калия йодидом. Содержит 6—8 % активного йода. Для обработки рук используют 0,1 % раствор (с активным йодом), которым в течение 4 мин моют руки в эмалированной миске, после чего вытирают стерильной марлевой салфеткой.
- Для обработки операционного поля и родовых путей используют йодонат, йодопирон, хлоргексидина биглюконат (гибитан) или 5 % раствор йода на спирту.

Спасибо за внимание