

**ОРГАНИЗАЦИЯ
АКУШЕРСКО-
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В
РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

- **Акушерство** (от франц. accoucher – рожать) – область клинической медицины, изучающая физиологические и патологические процессы, происходящие в организме женщины в связи с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом, а также разрабатывающая методы родовспоможения, профилактики и лечения осложнений беременности и родов, заболеваний плода и новорожденного.

Исторические аспекты

- До 18 века – «повивальные бабки», «бабки-повитухи»
- 1757 – открытие школ для подготовки «повивальных бабок» в Москве и Петербурге
- 1798 – высшие учебные заведения
- Нестор Максимович Максимович-Амбодик – «отец русского акушерства»
- 1978 – родился первый ЭКО ребенок в мире (Луиз Браун).
- 1986 – ЭКО в СССР

Правовые аспекты охраны здоровья женщин и детей

- Конституция РБ;
- закон РБ «О здравоохранении»;
- закон РБ «О правах ребенка»;
- президентская программа «Дети Беларуси»;
- кодекс РБ «О браке и семье»;
- «О государственной помощи семьям, воспитывающим детей»
- «О санитарно-эпидемиологическом благополучии»,

Трудовой кодекс Республики Беларусь (глава 19 «Особенности регулирования труда женщин и работников, имеющих семейные обязанности»).

Статья 262 Трудового кодекса

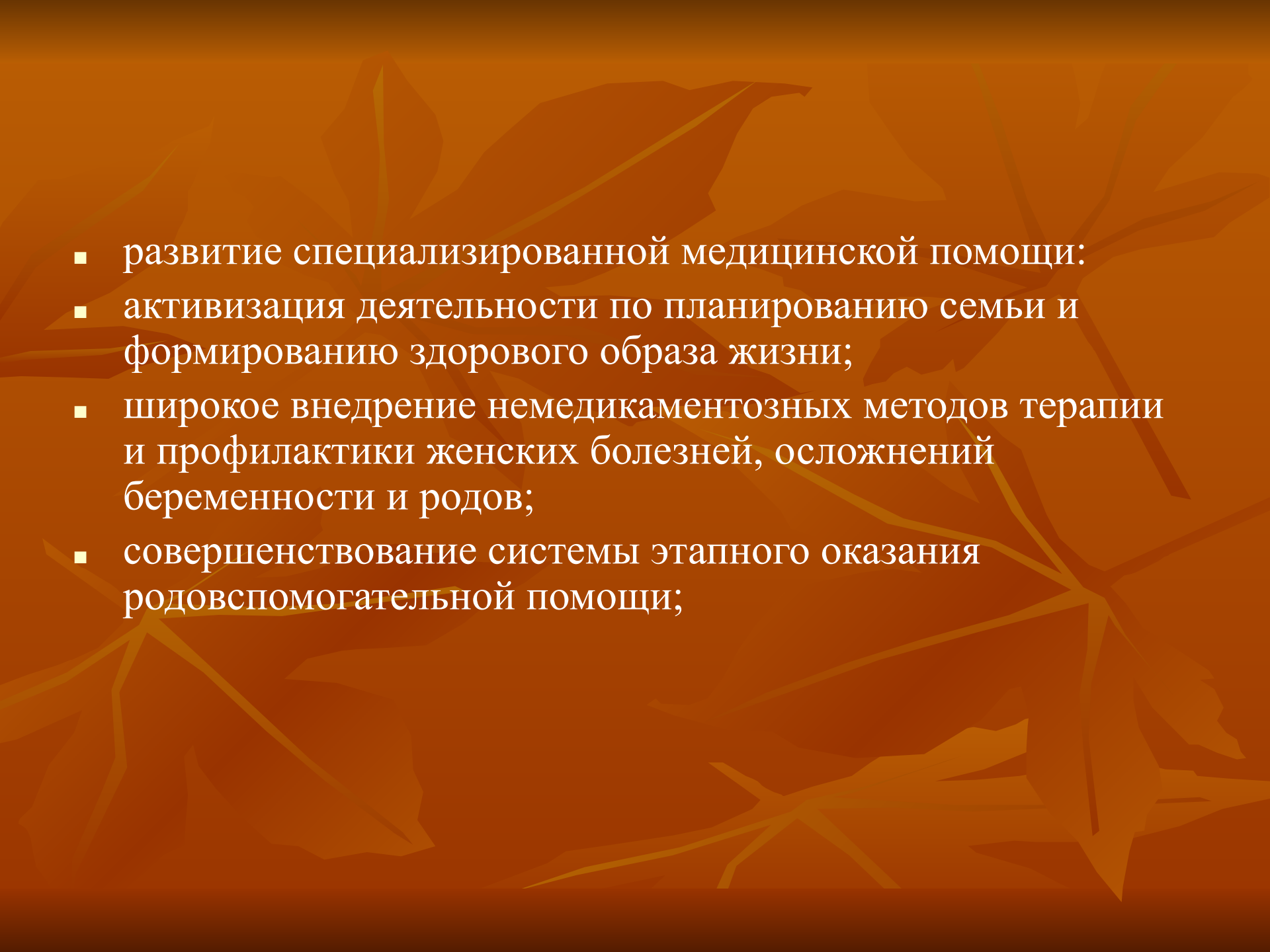
- запрещается применение труда женщин на тяжелых работах; на работах, связанных с подъемом и перемещением тяжестей вручную, превышающих установленные для них предельные нормы; на работах с вредными условиями труда, а также на подземных работах, кроме нефизических подземных работ или работ по санитарному и бытовому обслуживанию.

Система государственного стимулирования рождения детей предусматривает выплаты:

- единовременного пособия в связи с рождением ребенка;
- пособия женщине, вставшей на учет в медицинском учреждении до 12-недельного срока;
- пособия по уходу за ребенком в возрасте до 3-х лет; пособия по беременности и родам;
- пособия на детей старше 3-х лет;
- дополнительные выплаты за осложненные и многоплодные роды;
- пособия на погребение, рождение мертвого ребенка по истечении 196 дней беременности.

Охрана материнства и детства предусматривает

- объединение акушерской и гинекологической служб с общей медицинской службой; улучшение общей медицинской и специализированной помощи беременным женщинам;
- ориентация акушерства на перинатальную охрану плода совершенствование АПТК (акушерско-педиатрическо-терапевтических комплексов)
- проведения прегравидарной подготовки женщин группы резерва родов;
- активная профилактика и своевременное лечение гинекологических заболеваний;
- диспансеризация и оздоровление населения в подростковом возрасте, перед вступлением в брак и созданием семьи;

- 
- развитие специализированной медицинской помощи;
 - активизация деятельности по планированию семьи и формированию здорового образа жизни;
 - широкое внедрение немедикаментозных методов терапии и профилактики женских болезней, осложнений беременности и родов;
 - совершенствование системы этапного оказания родовспомогательной помощи;

Руководство

- Главное управление лечебно-профилактической помощи детям и матерям Министерства Здравоохранения Республики Беларусь
- Отделы: акушерско-гинекологической помощи и лечебно-профилактической помощи детям.
- Непосредственное руководство учреждениями родовспоможения осуществляют соответствующие районные, городские, областные отделы здравоохранения.

Основными учреждениями здравоохранения, оказывающими акушерско-гинекологическую помощь

- родильный дом общего профиля или специализированный по определенному виду патологии беременных (сердечно-сосудистым и эндокринным заболеваниям, туберкулезу, невынашиванию беременности и др.);
- женская консультация, которая может быть структурным подразделением родильного дома, поликлиники или амбулатории;
- акушерские и гинекологические отделения городских, областных, районных, участковых и других больниц

- Акушерско-гинекологическая помощь женщинам может оказываться в учреждениях, не входящих в систему охраны материнства и детства (ОМД) дома отдыха для беременных, гинекологические отделения и женские консультации ведомственных больниц и т.д..
- В городах организуются перинатальные центры, консультации по вопросам брака и семьи, медико-генетические консультации и другие. В них оказывается консультативная, лечебно-профилактическая и специализированная (сексопатология, детская гинекология, невынашивание беременности, бесплодие и др.) помощь.

Уровни организации системы перинатальной помощи

- 1-й уровень – районный (ФАП, врачебные амбулатории, женские консультации, родильные и детские отделения центральных районных больниц);
- 2-й уровень – межрайонный (Кобрин, Пинск, Барановичи);
- 3-й уровень – областной (Брестский областной родильный дом);
- 4-й уровень – Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя».

Районный уровень организации системы перинатальной помощи, задачи:

- выявление состояний риска перинатальной патологии;
- оказание медицинской помощи при физиологическом течении беременности, родов, послеродового и неонатального периодов;
- принятие родов с 37 недель беременности;
- оказание неотложной помощи беременным, родильницам, роженицам и новорожденным;
- своевременное направление нуждающихся пациентов на более высокий уровень.

Межрайонный уровень организации системы перинатальной помощи, задачи:

- обеспечение функций 1-го уровня перинатальной помощи для населения закрепленной территории;
- обеспечение необходимого объема медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным из прикрепленных районов при прогнозируемых осложнениях в родах и осложнениях течения беременности;
- при патологии средней степени тяжести – принятие родов с 34-ти недель беременности.

Областной уровень организации системы перинатальной помощи, задачи:

- обеспечение функций первого и второго уровней для населения закрепленной территории;
- оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным, роженицам, родильницам из районов области;
- оказание помощи новорожденным, родившимся на областном уровне; переведенным из других медицинских учреждений; детям раннего возраста с последствиями перинатальной патологии;
- принятие родов с 22 недель беременности;
- обучение медперсонала региона на рабочем месте, при выездах для курации.

«Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

- оказание медицинской помощи наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования: современных и новейших лечебно- диагностических технологий, вспомогательных репродуктивных технологий, фетоскопических вмешательств на пренатальном этапе развития плода.

Женская консультация

- — организация здравоохранения, обеспечивающая амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь с использованием современных медицинских технологий, услуги по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья.

Цель деятельности женской консультации

профилактика и снижение
заболеваемости органов
репродуктивной системы и оказание
квалифицированной амбулаторной
акушерско-гинекологической помощи

Женская консультация, задачи:

- оказание акушерской помощи во время беременности, в послеродовом периоде, подготовка к беременности и родам;
- оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями;
- обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи (в том числе профилактика аборт, заболеваний, передаваемых половым путем);
- оказание специализированной акушерско-гинекологической помощи;
- оказание отдельных видов стационарной помощи (в условиях дневного стационара);
- оказание социально-правовой помощи;
- гигиеническое воспитание и обучение по проблемам репродуктивного здоровья;
- обеспечение санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- внедрение новых медицинских технологий.

Женская консультация, *структура:*

- регистратура
- кабинеты заведующего, старшей акушерки
- врачебные акушерско-гинекологические кабинеты
- операционная, процедурный кабинет
- кабинеты специализированных приемов – планирование семьи, пренатальной диагностики, гинекологической эндокринологии, невынашивания беременности
- кабинет для занятий школы беременных
- кабинеты других специалистов: терапевта, стоматолога,
- психопрофилактической подготовки к родам.

Акушерский участок

- включает приблизительно два терапевтических участка с числом жителей женского пола около 4000, в том числе старше 15 лет - 3000-3500, а фертильного возраста - 2100.

Норма нагрузки акушера-гинеколога

- 15 минут на одного больного или 4 пациентки в 1 час
- 3,5 – при консультативном посещении ЛПУ областного и республиканского уровня;
- на профилактическом осмотре – 10 мин. на одну больную или 6 пациентов в 1 час;
- при оказании помощи на дому – 1,25 больных в 1 час.

Диспансерное наблюдение беременных

- своевременное взятие на учет до 12 недель;
- систематическое наблюдение: первую половину беременности 1 раз в месяц, после 20 недель – 2 раза в месяц, после 32 недель – 3–4 раза в месяц (т.е. до 15–16 раз);
- всестороннее обследование беременной и лечение соматических заболеваний: терапевт при 1-й явке и в 32 недели беременности;
- определение принадлежности беременной к группе риска
- дородовой патронаж (тех, кто не явился в установленный срок),

- оформление документации;
- определение срока родов
- предоставление дородового отпуска;
- своевременное квалифицированное лечение;
- изучение условий труда: справка о необходимости перевода на легкую и безвредную работу, заключение о переводе на другую работу.

- В целях информирования акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течения беременности врач женской консультации выдает на руки беременной при сроке беременности 22 недели «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы».

- В послеродовом периоде продолжается диспансерное наблюдение за роженицами. Женщина посещает врача акушера-гинеколога через 10-12 дней после выписки из стационара.

- Повторный осмотр осуществляют через 6-8 недель после родов с проведением специального гинекологического исследования, взятием мазков для бактериоскопического исследования из уретры и цервикального канала, для цитологического исследования — из экто- и эндоцервиса.

Факторы «риска» неблагоприятного исхода беременности

- I. Социально-биологические (возраст матери до 18 и старше 35 лет; возраст отца старше 40 лет; профессиональные вредности у родителей; табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания; антропометрические показатели матери (рост 150 см и менее, масса на 25 % выше или ниже нормы)).

Факторы «риска» неблагоприятного исхода беременности

II. Акушерско-гинекологический анамнез: 4 и более родов; неоднократные или осложненные аборты; оперативные вмешательства на матке и придатках; пороки развития матки; бесплодие; невынашивание беременности, неразвивающаяся беременность; преждевременные роды; рождение мертвого плода; смерть в неонатальном периоде и др.

Факторы «риска» неблагоприятного исхода беременности

- III. Экстрагенитальная патология: пороки сердца; заболевания мочевыводящей, эндокринной системы; заболевания крови, печени, легких, соединительной ткани; острые и хронические инфекции; алкоголизм, наркомания.

Факторы «риска» неблагоприятного исхода беременности

- IV. К осложнениям беременности относятся: рвота; кровотечение в I и II половине беременности; поздний гестоз; много и маловодие; плацентарная недостаточность; анемия; Rh и ABO изосенсибилизация; обострение вирусной инфекции (генитальный герпес, цитомегалия, др.); анатомически узкий таз; неправильное положение плода; переношенная беременность.

Физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам

- С беременными женщинами работает психотерапевт (групповая психотерапия). Организация и проведение занятий с 15–16 недель в «школах матерей», «школах будущих отцов» с целью подготовки к партнерским родам.

Гинекологическая помощь в женской консультации

- активное выявление гинекологических пациентов. Каждая женщина должна быть осмотрена 1 раз в год акушером-гинекологом с применением цитологических и кольпоскопических методов. Лечение, госпитализация. Экспертиза нетрудоспособности.

Оказание амбулаторной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению

- Оказание женскому населению акушерской доврачебной медицинской помощи;
- Своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача;
- Своевременное и регулярное проведение патронажа детей и беременных женщин;
- Под руководством врача проведение комплекса лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических, санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на снижение акушерско-гинекологической патологии;
- Организация и проведение работы по формированию ЗОЖ;
- Выполнение мероприятий по снижению младенческой и материнской смертности.

Акушерка ФАПа обязана

- Регулярно осуществлять патронаж беременных женщин, целью которого является повышение медицинской грамотности, практическое обучение матери и других членов семьи методам ухода, грудного вскармливания и воспитания детей;
- Проводить предварительные профилактические медосмотры с целью выявления женщин группы повышенного «риска» для первоочередного направления к врачу;
- Контролировать своевременность посещения находящимися под динамическим наблюдением больными и пациентками врача;
- Проводить противорецидивное и курсовое лечение по назначению врача часто и длительно болеющим пациенткам.

Стационарная акушерско-гинекологическая помощь, задачи:

- оказание стационарной квалифицированной помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденным, оказание помощи при гинекологических заболеваниях.

Родильный дом -

- лечебно-профилактическая организация, обеспечивающая стационарную акушерско-гинекологическую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, а также медицинскую помощь новорожденным детям.

Акушерское отделение, структурные элементы

- физиологическое: предродовые палаты, родильный зал, операционные, послеродовое отделение, отделение новорожденных.

Гинекологический стационар

- приемный покой, гинекологическое отделение (чистые, гнойные смотровые), операционный блок, реанимационное отделение.

Санитарно-эпидемический режим

- — тщательная санитарная обработка беременных в приемном отделении; соблюдение личной гигиены; выявление и устранение бактерионосительства; периодическая дезинфекция помещений и аппаратуры.

Асептика

- — система мероприятий, направленных на предупреждение внедрения возбудителей инфекции в рану, ткани, органы, полости тела беременных, рожениц, родильниц и новорожденных.

Антисептика

- — комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов как в отдельных патологических очагах, так и в организме в целом

Профилактика госпитальной инфекции в акушерском стационаре:

- соблюдение принципа цикличности;
- открытие обсервационных отделений и отделений с целью изоляции пациентов;
- повышение индекса здоровья женщин (повышение иммунорезистентности; санация эндогенных источников инфекции);
- рациональное ведение родов с целью минимизации инфицирования роженицы, родильницы, новорожденного;
- обязательный учет случаев ГИ и их последующий анализ;
- ранняя диагностика и выявление доклинических форм ГИ;
- рациональное применение антибиотиков;
- эпиднадзор и контроль состава и свойств госпитальных микроорганизмов;
- повышение квалификации медицинского персонала по эпидемиологии и профилактике госпитальной инфекции.

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ БЕРЕМЕННЫХ

- своевременность поступления беременных под наблюдение женской консультации (при правильной организации работы женской консультации 70-90% беременных должны поступать под наблюдение со сроком до 12 недель беременности, а в сроки после 28 недель, не взятых на учет не должно быть);
- процент женщин, осмотренных терапевтом в срок до 12 недель беременности;
- частота гестозов беременных (встречаются у 10-15% женщин);
- частота экстрагенитальной патологии (имеет место более чем у 70% беременных);
- материнская смертность;

- перинатальная смертность;
- процент срочных родов;
- процент преждевременных родов (частота преждевременных родов составляет 5-10% от общего количества родов);
- процент запоздалых родов (перенашивание беременности наблюдается в 1-2% общего количества родов);
- процент оперативного родоразрешения;
- частота аборт на 100 родившихся живыми и мертвыми (не должна превышать 80).

Показатели работы акушерско-гинекологической службы:

- *Перинатальный период* – начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 пол- ных дней после рождения (0-6 дней).

Перинатальная смертность

- структура:



- антенатальная (пренатальная) смертность — гибель плода до начала родовой деятельности;

- интранатальная смертность — мертворождаемость во время родов;

- ранняя неонатальная смертность — наступление смерти в течение 168 ч после рождения ребенка.

Живорождение

- — полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности.

Признаки:

- дыхание или экскурсия грудной клетки;
- сердцебиение;
- пульсация пуповины;
- произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента.

Мертворождение

- — смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности.
- *Признаки:* отсутствие у плода дыхания или экскурсии грудной клетки, сердцебиения, пульсации пуповины, произвольных движений мускулатуры.

Материнская смертность

— обусловленная беременностью, независимо от продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Основные показатели оценки качества оказания гинекологической помощи

- заболеваемость (число заболеваний, впервые выявленных в данном году);
- болезненность (сумма всех первичных обращений по поводу заболеваний как впервые выявленных в данном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы);
- патологическая пораженность (выявленные при медицинских осмотрах заболевания и патологические отклонения);
- охват населения профилактическими осмотрами;
- охват населения диспансерным наблюдением;
- полнота охвата больных диспансерным наблюдением;
- своевременность взятия больных под диспансерное наблюдение;
- выявлено ИППП, генитального туберкулеза, онкозаболеваний;
- процент больных, направленных на госпитализацию в плановом и экстренном порядке.

Медико-генетическое консультирование, задачи:

- профилактика, своевременное выявление и лечение наследственных заболеваний; изучение причин врожденных аномалий развития, разной акушерской и детской патологии неясной этиологии и прогноз для потомства.

Медико-генетическая консультация, показания для обследования:

- врожденное нарушение полового развития (первичная и вторичная аменорея, пороки развития гениталий);
- привычные выкидыши (не менее 50% всех самопроизвольных выкидышей связано с хромосомными аномалиями у плода);
- врожденные пороки развития (или после рождения ребенка с ВПР, или при первом обращении в ЖК);
- кровнородственные браки;
- тератогенное воздействие
- наследственные болезни в семье.

Медицинская деонтология

- — часть этики, включающая нормы и принципы поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Медицинская деонтология, *предмет изучения:*

- взаимоотношения медицинского работника и пациента, медицинского работника и родственников пациента, медицинских работников между собой, избежание неблагоприятных факторов в медицинской деятельности, устранение последствий, связанных с качественно неполноценным медицинским обслуживанием.

**ПРЕЗЕНТАЦИЯ
ОКОНЧЕНА**

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

