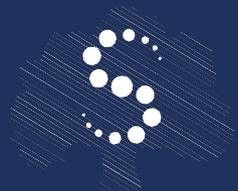


Кафедра общественного здоровья и  
здравоохранения им. Н.А. Семашко



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Охрана материнства и детства.  
Анализ деятельности женской  
консультации.  
Анализ деятельности родильного  
дома и детской поликлиники.**

Михайловский Виктор Викторович

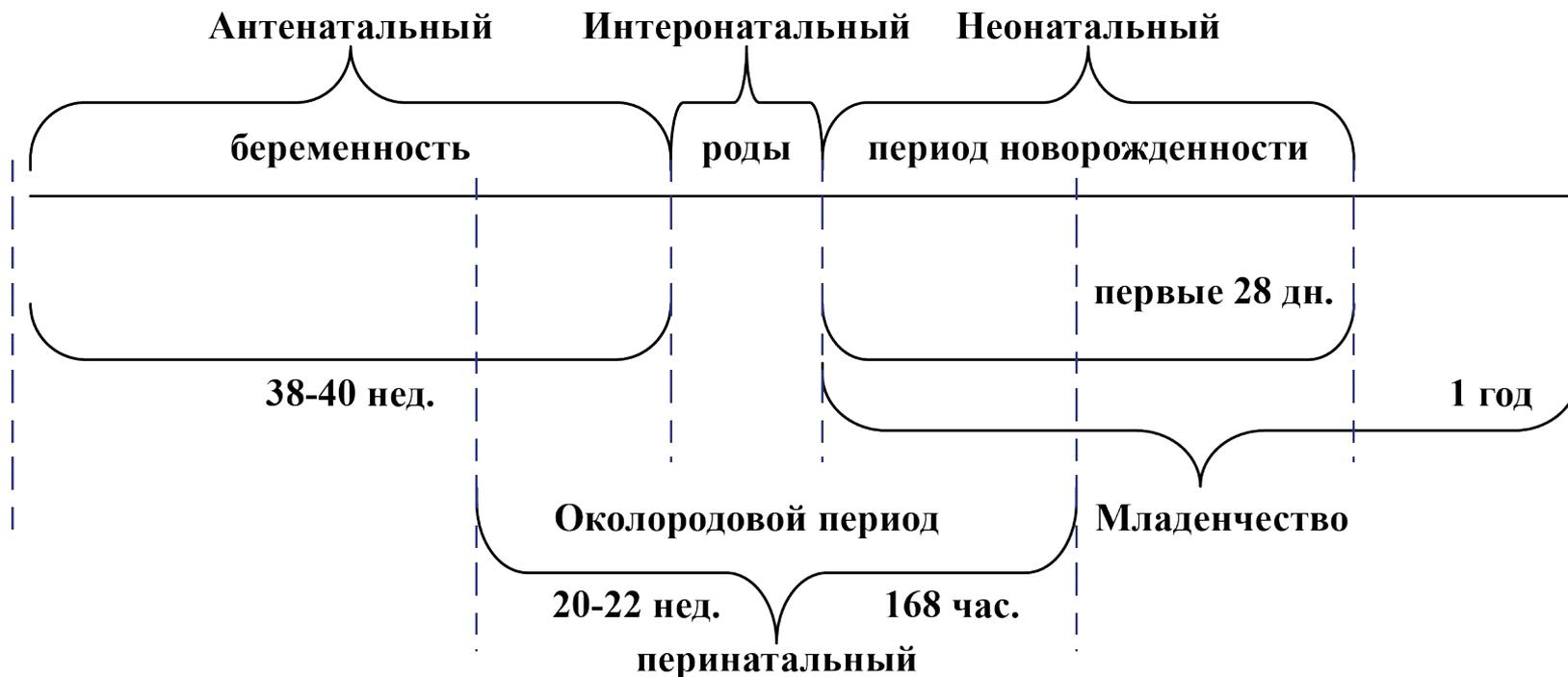
# Организация медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

***Система охраны материнства и детства*** — это система мер государственного, муниципального, общественного и частного характера, направленная на сохранение и укрепление здоровья женщины и ребенка, создание оптимальных условий для выполнения женщиной важнейшей биологической и социальной функции — рождение и воспитание здорового ребенка и позволяющая женщине совмещать материнство и воспитание детей с активным участием в производственной и общественной жизни.

## Периоды развития плода и новорожденного



# Периоды жизни женщины



1. Период внутриутробного развития
2. Период новорожденности
3. Период полового созревания
4. Период половой зрелости
5. Климактерический период

# Этапность оказания профилактической и лечебной помощи



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

***I этап:** оказание помощи женщине вне беременности (начиная с формирования здоровья девочки), подготовка ее к материнству.*

***II этап:** комплекс мероприятий по антенатальной охране плода и сохранению здоровья женщины во время беременности.*

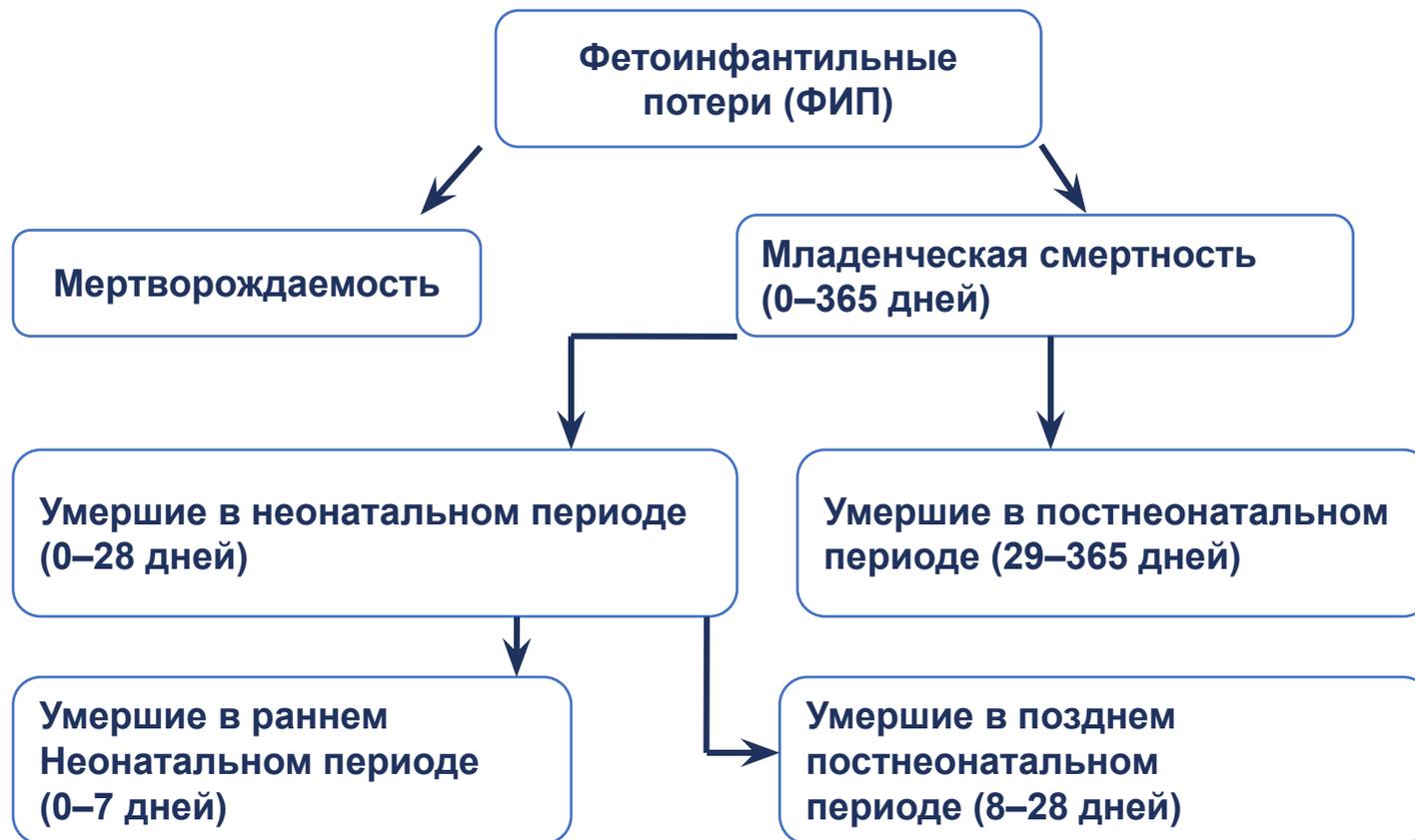
***III этап:** интранатальная охрана плода и сохранение здоровья женщины во время родов, включая рациональное ведение родов, в т.ч. с использованием современных перинатальных семейно-ориентированных технологий.*

***IV этап:** охрана здоровья новорожденного, организация правильного вскармливания, создание оптимальных условий для физического развития.*

***V этап:** охрана здоровья ребенка в дошкольный период, обеспечение условий для оптимального физического развития, создание необходимого иммунологического статуса.*

***VI этап:** охрана здоровья детей школьного возраста.*

# Структура фетоинfantильных потерь (плодово-младенческие потери, объединяющие мертворождаемость и младенческую смертность)



# Расчет ФИП производится по формуле



Сеченовский Университет

$$\text{ФИП} = \frac{\text{число родившихся мертвыми} + \text{число умерших на первом году жизни} \times 100}{\text{число родившихся живыми и мертвыми}}$$

# Структура репродуктивных потерь



# Факторы риска перинатальной и материнской смертности



- 1. Демографические факторы:** низкое социально-экономическое положение, возраст матери (менее 16 лет, первобеременная 35 лет и старше, беременная 40 лет и старше), низкоразвитые в социальном плане этнические группы, мать-одиночка, вес матери (менее 40 кг или более 80 кг), рост менее 157 см, недостаточное питание, физические недостатки.
- 2. Акушерский анамнез:** большое число беременностей — шесть предыдущих беременностей, закончившихся после 20 недель; кровотечение во время беременности после 12 недель; преждевременное излитие вод; предыдущие оперативные роды: кесарево сечение, щипцы; затяжные роды; ребенок с родовой травмой, нарушением умственного развития, церебральным параличом, другими нарушениями ЦНС; пороки развития; нарушение репродуктивной функции: инфантилизм, привычное невынашивание, мертворождения или неонатальная смерть; преждевременные (менее 37 недель) и запоздалые (более, чем 42 недели) роды.

- 3. Экстрагенитальная патология:** гипертоническая болезнь или заболевания почек в совокупности, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания дыхательной системы, эндокринные нарушения щитовидной и паращитовидной желез, неопластические заболевания, коллагенозы и др.
- 4. Акушерские и другие факторы:** токсикозы, анемия, резус-сенсibilизация, привычное курение, многоплодная беременность, хирургические вмешательства и анестезия, патология плаценты и маточные кровотечения и другие.

# Формирование потоков женщин различных степеней риска для оказания медицинской помощи в период беременности и родов



Степени риска	Место оказания медицинской помощи
Беременные с физиологическим течением беременности	Родильные дома, родильные отделения городских и районных больниц
Беременные средней степени риска	Межрайонные перинатальные центры, родильные отделения краевых, областных и республиканских больниц
Беременные высокой степени риска	Перинатальные центры субъектов РФ, Перинатальные центры федеральные, НИИ, клиники вузов

# Организационно-правовые аспекты оказания медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля



К организациям, оказывающим медицинскую помощь в области акушерства и гинекологии, относится:

- 1. Специализированные больницы** (в т. ч. по профилю медицинской помощи), а также специализированные больницы государственной и муниципальной систем здравоохранения: гинекологическая, родильный дом, женская консультация.
- 2. Центры** (в т.ч. детские), а также специализированные центры государственной и муниципальной систем здравоохранения:
  - вспомогательных репродуктивных технологий;
  - охраны материнства и детства;
  - охраны здоровья семьи и репродукции;
  - охраны репродуктивного здоровья подростков;
  - перинатальный.

# Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период Беременности включает два основных этапа:



- 1. 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);
- 2. стационарный**, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерских осложнениях) или специализированных отделениях (при соматических заболеваниях) медицинских организаций.

# Организация медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля в амбулаторных условиях



## *Задачи женской консультации:*

1. Оказание амбулаторной лечебно-профилактической помощи при гинекологических заболеваниях, во время беременности и в послеродовом периоде.
2. Снижение материнской и перинатальной смертности.
3. Снижение невынашивания и недонашивания беременности.
4. Проведение работы по контрацепции и профилактике абортов.
5. Гигиеническое образование и обучение ЗОЖ.
6. Проведение физиопсихопрофилактической подготовки (ФППП) к родам.
7. Оказание социально-правовой помощи.
8. Внедрение в практику новейших технологий по диагностике гинекологической патологии, патологии беременности, заболеваний родильниц.
9. Обеспечение преемственности в работе с родильным домом, детской поликлиникой, специализированными диспансерами.



- 1. диспансерное наблюдение беременных женщин;**
- 2. организация проведения пренатального скрининга;**
- 3. направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной, медицинской помощи;**
- 4. проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных**
- 5. женщин к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка;**

# Функции женской консультации



- 6. проведение патронажа беременных и родильниц;**
- 7. консультирование и оказание услуг по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья;**
- 8. организация и проведение профилактических осмотров женского населения;**
- 9. обследование и лечение беременных женщин и гинекологических больных;**
- 10. диспансерное наблюдение гинекологических больных, в т.ч. девочек;**
- 11. направление на санаторно-курортное лечение беременных женщин и женщин, в т.ч. девочек, с гинекологическими заболеваниями;**
- 12. осуществление прерывания беременности в ранние сроки, а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, криохирургия);**

# Принципы:



1. Участковость (из расчета **2200 женщин на 1 должность** врача-акушера-гинеколога).  
Норма нагрузки консультативно-амбулаторного приема врача-акушера-гинеколога:  
первичный прием беременной женщины — 30 минут,  
повторный прием беременной женщины — 20 минут,  
прием женщины с гинекологическим заболеванием — 25 минут,  
профилактический осмотр женщины — 15 минут,  
первичный прием девочки — 30 минут,  
повторный прием девочки — 20 минут.
2. доступность,
3. профилактическая направленность,
4. преемственность и взаимосвязь в осуществлении лечебно-профилактической деятельности.

Группы состояния здоровья	Контингенты женщин	Рекомендуемая частота профилактических осмотров
I	практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении	женщинам, отнесенным к I и II группам состояния здоровья, рекомендуются профилактические осмотры не реже 1 раза в год.
II	женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы	
III	женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях	женщинам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение врачом-акушером-гинекологом по месту жительства
IV	женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара	
V	женщины с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи	
<b>Группы диспансерного наблюдения</b>		
1 диспансерная группа	2 диспансерная группа	3 диспансерная группа
женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки	женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий	женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие)

# Рекомендуемая структура женской консультации



Сеченовский Университет

- а) регистратура;
- б) кабинеты участковых врачей-акушеров-гинекологов;
- в) кабинеты специализированных приемов:
  - невынашивания беременности;
  - гинекологической эндокринологии;
  - патологии шейки матки;
  - сохранения и восстановления репродуктивной функции;
  - врача-гинеколога детского и подросткового возраста;
  - функциональной диагностики;
  - ультразвуковой диагностики;
- г) кабинеты специалистов:
  - врача-терапевта;
  - врача-стоматолога;
  - врача-офтальмолога;
  - врача-психотерапевта (медицинского психолога или психолога);
  - юриста;
  - специалиста по социальной работе;
  - лечебной физкультуры;
  - психопрофилактической подготовки беременных к родам;
  - по раннему выявлению заболеваний молочных желез;



При нормальном течении беременности здоровой женщине рекомендуется посетить женскую консультацию со всеми анализами и заключениями врачей-специалистов **через 7-10 дней** после первичного обращения, а затем посещать врача в первую половину беременности **1 раз в месяц**, после 20 недель — **2 раза в месяц**, после 32 недель — **3-4 раза в месяц**. За время беременности женщина должна посетить женскую консультацию **14-16 раз** при условии физиологического течения беременности.

При наличии акушерской и экстрагенитальной патологии частота осмотров и порядок обследования определяются индивидуально.



**За время наблюдения в женской консультации каждая беременная должна быть осмотрена врачом-терапевтом (3 раза — при первой явке и в каждом триместре беременности), врачом-офтальмологом и врачом-оториноларингологом (не менее одного раза, в дальнейшем — по показаниям), врачом-стоматологом (при первой явке, в дальнейшем — по показаниям, но не менее двух раз) и при необходимости санирована.**



Части (талоны) обменной карты	Название талона обменной карты	Движение талонов обменной карты		
		КТО и КОГДА заполняет талон	КОМУ передается талон	КУДА передается и ГДЕ остается талон
ПЕРВЫЙ талон	«Сведения женской консультации о беременной»	Врач- акушер-гинеколог женской консультации в 22 недели беременности	На руки каждой беременной при сроке беременности 22 недели	В медицинскую организацию, где планируется родоразрешение. В медицинской организации, где произошло родоразрешение. (хранится в истории родов)
ВТОРОЙ талон	«Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице»	Врач-акушер-гинеколог акушерского стационара перед выпиской родильницы	На руки родильнице перед ее выпиской из акушерского стационара*	В женскую консультацию по месту жительства. Хранится в индивидуальной карте беременной и родильницы
ТРЕТИЙ талон	«Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном»	Врач-неонатолог (педиатр) детского отделения акушерского стационара перед выпиской новорожденного	Матери перед выпиской новорожденного**	В детскую поликлинику по месту жительства новорожденного. Хранится в истории развития ребенка



## Учетно-отчетные формы:

1. «Индивидуальная карта беременной и родильницы» (ф. 111/у).
2. «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. 113/у).
3. Годовой отчет «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам за 20\_\_ г.» (ф. 32).

# Ряд медицинских документов предназначен для применения вне сферы здравоохранения



Сеченовский Университет

- 1. «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф. 106-2/у-08).**
- 2. «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. 106/у-08).**

# Деятельность женской консультации анализируется в следующей последовательности:

1. Общие данные о женской консультации.
2. Организация работы женской консультации:
  - а) прием беременных и гинекологических больных;
  - б) оказание врачебной помощи на дому.
3. Проведение профилактической работы в женской консультации, и ее результаты:
  - а) периодические осмотры;
  - б) целевые осмотры;
  - в) диспансерное наблюдение за больными.
4. Качество врачебной диагностики и лечения больных в женской консультации.

# При оценке деятельности женской консультации следует учитывать следующие показатели:

- частота применения женщинами контрацепции;
- показатель частоты абортов;
- число абортов, проведенных методом вакуум-аспирации;
- удельный вес преждевременных родов;
- материнская смертность;
- перинатальная смертность.

## **Экспертно оцениваются:**

- позднее выявление злокачественных заболеваний;
- поздняя постановка беременных на учет;
- каждый случай осложнений беременности.

# Основными критериями качества работы женской консультации, являются



- показатель ранней постановки на учет по беременности;
- доля женщин, вставших на учет по беременности, из числа женщин, обратившихся для искусственного прерывания беременности;
- частота невынашивания и недонашивания беременности;
- показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- отсутствие антенатальной гибели плода;
- отсутствие врожденных аномалий развития плода, 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 перенесенной беременности.

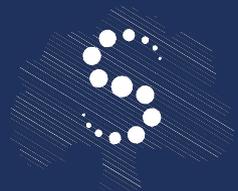
# Задачи



Численность населения города – 130 000, ЖК обслуживает – 56 000.  
Структура ЖК: регистратура, кабинеты участковых врачей акушер-гинекологов, ФТЛ, процедурный кабинет, кабинет стоматолога, окулиста, АХО. Численность на 1 гинекологическом участке – 4800 женщин.  
Кадровый состав учреждения:

Должность	Штатные должности	Занятые должности	Физ.лица
Врач акушер-гинеколог	16	15	11
Средний мед. персонал	25	20	19
Санитарки	14	13	7

**Задание: Проведите анализ деятельности ЖК**



Сеченовский Университет

**Спасибо за внимание!**