

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

---

# Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи

Выполнила: А.В.Башловкина, студентка  
IV курса факультета клинической психологии,  
социальной работы и адаптивной  
физической культуры.

# Перед сетью учреждений, оказывающих больничную акушерско-гинекологическую помощь, стоят следующие задачи:

- оказание стационарной квалифицированной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях;
- оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными во время пребывания их в акушерском стационаре.



Основными учреждениями, оказывающими стационарную акушерско-гинекологическую помощь, являются объединенные родильные дома и гинекологические больницы (отделения).



Современный родильный дом, помимо собственно акушерского стационара, должен включать в себя мощную амбулаторно-поликлиническую базу многопрофильного характера (женская консультация, центр планирования семьи, медико-генетическая консультация, подразделения перенатальной комплексной диагностики, территориальная консультативно-диагностическая служба и т. д.), службу реанимации и интенсивной терапии, отделения первого этапа выхаживания новорожденных и недоношенных, отделение патологии беременных, гинекологическое отделение, выездные бригады специализированной помощи.

Обычно родильные дома оказывают помощь населению по административно-территориальному признаку. Однако первая и неотложная помощь беременным женщинам, обратившимся в родильный дом, оказывается вне зависимости от их места жительства и ведомственной подчиненности учреждения

3



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





В родильный дом подлежат госпитализации беременные (при наличии медицинских показаний), роженицы, а также родильницы в раннем послеродовом периоде (в течение 24 ч после родов) в случае родов вне лечебного учреждения.



Для госпитализации в отделение патологии беременных женской консультацией (или другим учреждением) выдаются направление, выписка из "Индивидуальной карты беременной" и "Обменная карта" после 28 недель беременности. При поступлении в родильный дом роженицу или родильницу направляют в **приемно-смотровой блок**, где предъявляют паспорт и "Обменную карту", если она уже выдана.

Индивидуальная карта беременной и родильницы

М 158-08 ф

Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

работает сама (подчеркнуть) на уходе/вспомогат. (у кпт) \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ лет

Явилась: по болезни, за советом по поводу \_\_\_\_\_ за направлением во врачебную комиссию по разрешению аборта (подчеркнуть).

Семейное состояние: одинокая, живет с мужем, с родными (подчеркнуть).

Народность \_\_\_\_\_ Образование: начальное, среднее, высшее (подчеркнуть).

Где живет: Россия \_\_\_\_\_ область (край) \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_ улица/переулок \_\_\_\_\_

дом № \_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_ ком. № \_\_\_\_\_

Живет постоянно в городе, в селе (подчеркнуть).

Условия жизни и питания \_\_\_\_\_

Работает по найму с \_\_\_\_\_ лет

Место работы беременной (родильницы) \_\_\_\_\_

Прием женщин в приемно-смотровом блоке ведет врач (в дневные часы – врачи отделений, затем – дежурные врачи) или акушерка, которая при необходимости вызывает врача. В приемно-смотровом блоке целесообразно иметь одну комнату-фильтр и две смотровые комнаты. Одна смотровая комната предусмотрена для приема женщин в физиологическое акушерское отделение, другая – в наблюдательное. Врач (или акушерка) оценивает общее состояние поступающей, знакомится с "Обменной картой", выясняет, переносила ли женщина инфекционные, воспалительные заболевания до беременности и во время нее, обращая особое внимание на заболевания, перенесенные непосредственно перед поступлением в родильный дом, устанавливает наличие хронических воспалительных заболеваний, длительность безводного периода.

В результате сбора анамнеза, осмотра, знакомства с документами в комнате-фильтре женщин разделяют на два потока: с абсолютно нормальным течением беременности, которых направляют в первое акушерское отделение, и представляющих "эпидемиологическую опасность" для окружающих, которых направляют в наблюдательное отделение. Госпитализации в наблюдательное отделение подлежат роженицы, у которых имеются:

- острые респираторные заболевания, грипп, ангина;
- проявления экстрагенитальных воспалительных заболеваний;
- лихорадочное состояние;
- длительный безводный период;
- внутриутробная гибель плода;
- грибковые заболевания волос и кожи, кожные заболевания;
- острый и подострый тромбофлебит;
- пиелонефрит, пиелит, цистит и другие инфекционные заболевания мочеполовой системы;
- проявления инфекции родовых путей;
- токсоплазмоз, листериоз;
- венерические заболевания;

Кроме того, в наблюдательное отделение направляются женщины при отсутствии "Обменной карты родильного дома", а также родильницы в раннем послеродовом периоде в случае родов вне лечебного учреждения.



В смотровых физиологического и observational отделений проводят объективное обследование женщины, ее санитарную обработку, выдают комплект стерильного белья, берут для исследования кровь и мочу. Из смотровой в сопровождении медицинского персонала женщина переходит в родовой блок или отделение патологии беременных, а при показаниях ее транспортируют на каталке обязательно в сопровождении врача или



**Родовой блок** включает предродовые палаты, родовые палаты, палату интенсивной терапии, детскую комнату, малую и большую операционные, санитарные помещения.



Число коек в предродовых палатах должно составлять примерно 12% от расчетного числа коек послеродового физиологического отделения, но не менее двух. В предродовой палате женщина проводит весь первый период родов. Дежурная акушерка или врач постоянно наблюдают за состоянием роженицы. В конце первого периода родов женщину переводят в родовую палату (родильный зал).

При наличии двух родильных залов прием родов в них осуществляется поочередно. Каждый родильный зал работает в течение 1–2 суток, затем в нем проводят генеральную уборку. Генеральную уборку родильного зала проводят два раза в неделю. Нормально протекающие роды принимает акушерка.

После рождения ребенка акушерка показывает его матери, обращая внимание на пол и наличие врожденных аномалий развития (если таковые имеются). Далее ребенка переносят в детскую комнату. Родильница должна находиться в родовом отделении под



После отделения последа акушерка проходит в детскую комнату, где после мытья рук под проточной водой и их обработки проводит вторичную обработку пуповины, первичную обработку кожных покровов, взвешивание ребенка, измерение длины тела, окружностей груди и головы. К рукам ребенка привязываются браслетки, а после пеленания поверх одеяла – медальон. На них указываются: фамилия, имя, отчество, номер истории родов матери, пол ребенка, масса, рост, час и дата его рождения. После окончания обработки новорожденного акушерка (врач) заполняет необходимые графы в "Истории родов" и "Истории развития новорожденного".



При нормальном течении послеродового периода спустя 2 ч после родов женщину переводят вместе с ребенком в **послеродовое отделение**. В послеродовом физиологическом отделении помимо основных коек целесообразно иметь резервные послеродовые палаты.



При заполнении палат послеродового отделения необходимо соблюдать строгую цикличность – одну палату разрешается заполнять в течение не более 3 суток. При появлении у рожениц или новорожденных первых признаков заболеваний их переводят во второе акушерское (обсервационное) отделение или в другое специализированное учреждение.

В обсервационное отделение женщины поступают как через приемно-смотровой блок акушерских отделений, так и из физиологического акушерского отделения. В обсервационное отделение помещают больных женщин, имеющих здорового ребенка; здоровых женщин, имеющих больного ребенка; больных женщин, имеющих больного

Палаты для беременных и родильниц в наблюдательном отделении должны быть по возможности профилированы. Недопустимо размещение беременных и родильниц в одной палате. Послеродовые палаты должны быть маломестными.



В отделении новорожденных обсервационного отделения находятся дети, рожденные в этом отделении, родившиеся вне родильного дома, переведенные из физиологического отделения, родившиеся с тяжелыми врожденными аномалиями, с проявлениями внутриутробной инфекции, с массой тела менее 1000 г. Для больных детей в обсервационном отделении выделяется изолятор на 1–3 койки. Дети, подлежащие усыновлению, могут помещаться в отдельный изолятор.



В отделения новорожденных детских больниц переводят заболевших детей в последующие сутки после уточнения диагноза, детей с гнойно-воспалительными заболеваниями – в день постановки диагноза, новорожденных с массой менее 1000 г – не ранее 168 ч после рождения. В течение первых суток после рождения каждый ребенок находится под интенсивным наблюдением медперсонала. Врачи-педиатры проводят ежедневный осмотр детей. В выходные и праздничные дни обход обеспечивается за счет скользящего графика работы.

В современном родильном доме не менее 70% коек физиологического послеродового отделения должно быть выделено для совместного пребывания матери и ребенка. Такое совместное пребывание значительно снижает частоту заболеваний родильниц в послеродовом периоде и частоту заболеваний новорожденных. Основной особенностью таких родильных домов или акушерских отделений является активное участие матери в уходе за новорожденным. Совместное пребывание матери и ребенка ограничивает контакт новорожденного с медицинским персоналом акушерского отделения, снижает возможность инфицирования ребенка. При таком режиме обеспечивается раннее прикладывание новорожденного к груди, происходит активное обучение матери навыкам практического выхаживания и ухода за новорожденным.

При совместном пребывании матери и новорожденного их размещают в боксах или полубоксах (на одну-две кровати). Возможна перепланировка послеродовых палат в ранее построенных родильных домах в палаты совместного пребывания.



# ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К СОВМЕЩНОМУ ПРЕБЫВАНИЮ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

---

- **со стороны родильницы:**
  - поздние токсикозы беременных,
  - экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации,
  - оперативные вмешательства в родах,
  - стремительные или затянувшиеся роды,
  - длительный (более 18 ч) безводный период в родах,
  - повышенная температура в родах,
  - разрыв или разрезы промежности;
- со стороны новорожденного:
  - недоношенность,
  - недозрелость,
  - длительная внутриутробная гипоксия плода,
  - внутриутробная гипотрофия II–III степени,
  - родовая травма,
  - асфиксия при рождении,
  - аномалия развития,
  - гемолитическая болезнь.

С целью снижения перинатальной смертности, организации постоянного наблюдения за состоянием жизненно важных функций новорожденных, своевременного проведения корригирующих и диагностических мероприятий в родовспомогательных учреждениях создаются специальные палаты реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Создание таких палат в родильных домах мощностью 80 коек и более обязательно. При меньшей мощности роддома создаются посты интенсивной терапии.

В реанимационную палату переводят новорожденных с тяжелыми поражениями жизненно важных органов и систем, нуждающихся в проведении реанимационных мероприятий. В палаты интенсивной терапии переводятся новорожденные из группы высокого риска развития нарушений адаптации в раннем неонатальном периоде. Для работы в палатах реанимации и интенсивной терапии выделяются квалифицированные медсестры, прошедшие специальную подготовку. Осмотр детей, диагностическое наблюдение и проведение диагностических и лечебных манипуляций осуществляет квалифицированный врач-неонатолог с обязательным регулярным консультативным осмотром заведующим отделением.

Основными критериями для выписки женщины из родильного дома являются удовлетворительное общее состояние, нормальные температура, частота пульса, артериальное давление, состояние молочных желез, инволюция матки, нормальные результаты лабораторных ИСС.



При неосложненном течении послеродового периода у роженицы и раннего неонатального периода у новорожденного, при отпавшей пуповине и хорошем состоянии пупочной ранки, положительной динамике массы тела новорожденного мать с ребенком могут быть выписаны на 5–6-е сутки после родов.



Выписка осуществляется через специальные выписные комнаты, которые должны быть отдельными для родильниц из физиологического и наблюдательного отделений. Эти комнаты следует размещать смежно с помещением для посетителей. Выписные комнаты должны иметь 2 двери: из послеродового отделения и из помещения для посетителей. Нельзя использовать для выписки родильниц приемные помещения.



Перед выпиской педиатр еще в палате проводит беседу с родильницами об уходе и вскармливании ребенка в домашних условиях. Медсестра (в палате) должна дополнительно обработать и перепеленать ребенка. В выписной комнате медсестра отделения новорожденных пеленает ребенка в принесенное домашнее белье, обучает мать пеленанию, обращает ее внимание на запись фамилии, имени и отчества на браслетках и медальоне, состояние кожных покровов и слизистых оболочек ребенка, еще раз рассказывает об особенностях ухода в домашних условиях.

В "Истории развития новорожденного" медсестра отмечает время его выписки из родильного дома и состояние кожных покровов, слизистых оболочек, знакомит мать с записью. Запись удостоверяется подписями медсестры и матери. Медицинская сестра выдает матери "Медицинское свидетельство о рождении" и "Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы". Врач-педиатр обязан отметить в "Обменной карте" основные сведения о матери и новорожденном.



В день выписки ребенка старшая сестра отделения новорожденных сообщает по телефону в детскую поликлинику по месту проживания основные сведения о выписанном ребенке. Это обеспечивает своевременное проведение первого патронажа на дому. Старшая сестра отмечает в журнале дату выписки и фамилию сотрудника поликлиники, принявшего телефонограмму.

Выписку желательно осуществлять в торжественной обстановке, целесообразно обеспечить молодую мать брошюрами и рекомендациями по уходу, вскармливанию и воспитанию новорожденного.



## **Отделения патологии беременных**

организуются в крупных родильных домах с мощностью 100 коек и более. В отделение патологии беременных госпитализируют женщин с экстрагенитальными заболеваниями, осложнениями беременности (тяжелые токсикозы, угроза прерывания и т. д.), с неправильным положением плода, с отягощенным акушерским анамнезом. В отделении работают акушеры-гинекологи, терапевты родильного дома, акушерки и другой медицинский персонал.

Планировка отделения патологии беременных должна предусматривать полную изоляцию его от акушерских отделений, возможность транспортировки беременных в родовое физиологическое и наблюдательное отделения (минуя другие отделения), а также выход для беременных из отделения на улицу.



**Гинекологические отделения** родильных домов  
бывают трех профилей:

- для госпитализации больных, нуждающихся в оперативном лечении;
- для больных, нуждающихся в консервативном лечении;
- для прерывания беременности (абортное).

В структуру отделения должны входить свой приемный блок, перевязочная, манипуляционная, малая и большая операционные, физиотерапевтический кабинет, комната для выписки, палата интенсивной терапии. Кроме того, для диагностики и лечения гинекологических больных используют другие подразделения родильного дома: клиническую лабораторию, рентгеновский кабинет и т. д.

В гинекологическом отделении работают врачи акушеры-гинекологи и врачи-терапевты, в работе отделения принимает участие анестезиолого-реанимационная служба родильного дома. В целом работа гинекологического отделения во многом схожа с деятельностью обычного отделения многопрофильной больницы.

В последние годы отделения для прерывания беременности стараются выводить из акушерских стационаров, организуются самостоятельные гинекологические больницы, дневные стационары. Отделения для онкологических больных, как правило, размещаются в профильных стационарах.

Основной особенностью родовспомогательных учреждений является постоянное пребывание в них высокочувствительных к инфекциям новорожденных и женщин в послеродовом периоде. Поэтому **противоэпидемический режим** в родовспомогательном учреждении должен включать специальный комплекс санитарно-гигиенических мероприятий. В этот комплекс входят своевременное выявление и изоляция рожениц, родильниц и новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями; своевременное выявление носителей инфекции и их санация; применение высокоэффективных методов обеззараживания рук медицинского персонала и операционного поля, перевязочного материала, инструментов, шприцев; использование методов и средств дезинфекции для обработки различных объектов внешней среды (постельные принадлежности, одежда, обувь, посуда и т. д.), имеющих потенциальное эпидемиологическое значение в механизме передачи внутрибольничных инфекций.

Ответственность за проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий по борьбе с внутриутробными инфекциями в родильном доме возлагается на главного врача. Заведующие отделениями вместе со старшими акушерками (сестрами) отделений организуют и контролируют эту работу.

Старшая акушерка (сестра) отделения проводит инструктаж среднего и младшего персонала по выполнению санитарно-гигиенических мероприятий не реже 1 раза в месяц. Персонал, поступающий на работу в родильный дом, проходит полный медицинский осмотр и инструктаж по проведению санитарно-гигиенических мероприятий на порученном участке работы. Весь персонал родильного дома должен находиться под диспансерным наблюдением для своевременного выявления очагов инфекции.

---

# ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИЛЬНОГО ДОМА. РОДОВЫЕ СЕРТИФИКАТЫ

**1. Частота осложнений во время родов или послеродовых заболеваний на 100 закончивших беременность:**

$$\frac{\text{Число осложнений (заболеваний)}}{\text{Общее число принятых родов}} \times 100$$

Особое внимание должно быть уделено случаям массивных кровотечений, разрывов шейки матки, промежности, мочеполовым и кишечно-влагалищным свищам, а также септическим заболеваниям. Аналогично рассчитывается частота оперативных пособий при родах (кесарево сечение, применение акушерских щипцов), частота преждевременных и запоздалых родов.

## 2. Патологические роды:

а) частота предлежаний плаценты (неправильного положения плода):

$$\frac{\text{Число родов при предлежании плаценты (неправильном положении плода)}}{\text{Число проведенных родов}} \times 100$$

### 3. Послеродовая заболеваемость:

а) частота осложнений в послеродовом периоде:

$$\frac{\text{Число женщин, у которых после операции кесарева сечения появилось осложнение}}{\text{Число операций кесарева сечения за отчетный год}} \times 100$$

б) частота гнойно-септических осложнений у родильниц:

$$\frac{\text{Число родильниц, у которых течение послеперационного периода осложнилось гнойно-септическим осложнением}}{\text{Число женщин, родивших в отчетном году}} \times 100$$

## 5. Показатели смертности:

А) показатель смертности беременных, рожениц, родильниц (по данным данного родильного дома):

$$\frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц}}{\text{Общее число родов}} \times 100$$

Б) показатель материнской смертности — рассчитывается для административной территории по методике, предложенной ВОЗ (1989 г.):

$$\frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}}{\text{Число живорожденных}} \times 100.000$$

Число родившихся мертвыми

---

$$\times 100.000$$

Число родившихся живыми и мертвыми

**г) показатель неонатальной смертности:**

$$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0–27 суток}}{\text{Число детей, родившихся живыми}} \times 1000$$

**Родовой сертификат** - это документ в виде бланка определенной формы, утвержденной государством. Он имеет розовый цвет. Заполняется документ лицензированной (разрешение должно быть оформлено на осуществление работ и предоставление услуг по направлению «Акушерство и гинекология») государственной муниципальной организацией в сфере здравоохранения. После появления малыша на свет сертификат заполняет педиатр детской поликлиники, где ребенок поставлен на учет для диспансерного наблюдения. Детская поликлиника должна иметь лицензию, разрешающую вести деятельность по направлению «Педиатрия».



«Родовые сертификаты» — программа, реализацию которой подразумевает проект национального масштаба «Здоровье». Родовой сертификат – документ финансового характера, на основании которого осуществляются выплаты медицинским заведениям, предоставляющим маме и младенцу определенный спектр услуг в области здравоохранения. Никакие дополнительные подарки по родовому сертификату не предусмотрены, а получение эквивалентной суммы по талонам или наличными деньгами нереально.

## Социально-экономическое развитие

Национальный проект «Здоровье» - программа по повышению качества медицинской помощи. Это строительство новых медицинских центров, укрепление материальной базы скорой помощи. Проводится дополнительный проект «Родовые сертификаты».



Структуру родового сертификата составляют **регистрационный корешок, четыре талона и сам документ.** Регистрационная часть является непосредственным подтверждением получения женщиной рассматриваемого документа. Когда выдают родовой сертификат, корешок остается в архиве документов женской консультации или другого медицинского учреждения, которое выписывает соответствующий сертифицированный документ.

**Первый талон** используется для оплаты медицинских услуг, которые оказывались будущей мамочке в период вынашивания малыша. Иными словами, определенная денежная сумма, которая является эквивалентом талона, поступает на баланс женской консультации, где наблюдалась женщине все 9 месяцев.

**Второй талон** предоставляется для оплаты медицинских услуг, оказываемых мамочке при самих родах.

**Третий талон** имеет **две составные части**, одна из которых выступает в качестве оплаты детской поликлинике за профилактическое наблюдение малыша в первые шесть месяцев жизни, а **вторая** – за диспансерное наблюдение новорожденного на протяжении второго полугодия его жизни.

Родовой сертификат в общей сложности эквивалентен 11 000 рублей, 3000 из которых приходится на оплату по первому талону, 6000 – по второму, и 2000 – для оплаты двух частей третьего талона в равных количествах. Каждый из талонов передается в департамент Фонда социального страхования регионального масштаба для последующей оплаты. Это учреждение и выступает в качестве основного источника финансирования программы «Родовой сертификат».

Непосредственно **сам документ** достается новоиспеченной мамочке после рождения крохи. Никакой материальной стоимости такая бумага не имеет, но ее полезность трудно будет недооценить.

Что нужно для родового сертификата и какие требования при его оформлении подлежат исполнению в обязательном порядке, определено законодательством Российской Федерации. К требованиям относятся следующие:

- Возрастная категория: от 14 лет.
- Наблюдаться и состоять на учете в женской консультации: обязательно.
- Регулярно посещать врача: обязательно.
- Если девушка не будет появляться на плановый осмотр в течение 3-х и более месяцев, то в выдаче родового сертификата ей могут отказать.
- Гражданство Российской Федерации: необязательно.
- Предоставление определенного перечня документов: обязательно.

**Спасибо за Внимание!**

