

# Организация стационарной ПОМОЩИ

Доц. Орешин А.А.

Асс. Варлаков М.А.

- Стационарная медицинская помощь в настоящее время является наиболее ресурсоемким сектором здравоохранения.
- В стационарных учреждениях сосредоточены основные материальные ценности отрасли (дорогостоящие оборудование, аппаратура и т. д.), на содержание учреждений этого типа тратится в среднем 60—80% всех выделяемых на здравоохранение ассигнований

ВОЗ предложила систематизировать функции современной больницы и объединить их в 4 группы:

- восстановительные (диагностика и лечение заболеваний, реабилитация и неотложная помощь);
- профилактические (лечебно-оздоровительная деятельность, профилактика инфекционных и хронических заболеваний, инвалидности и т. д.);
- учебные (подготовка медицинского персонала и его последипломная специализация);
- научно-исследовательские.

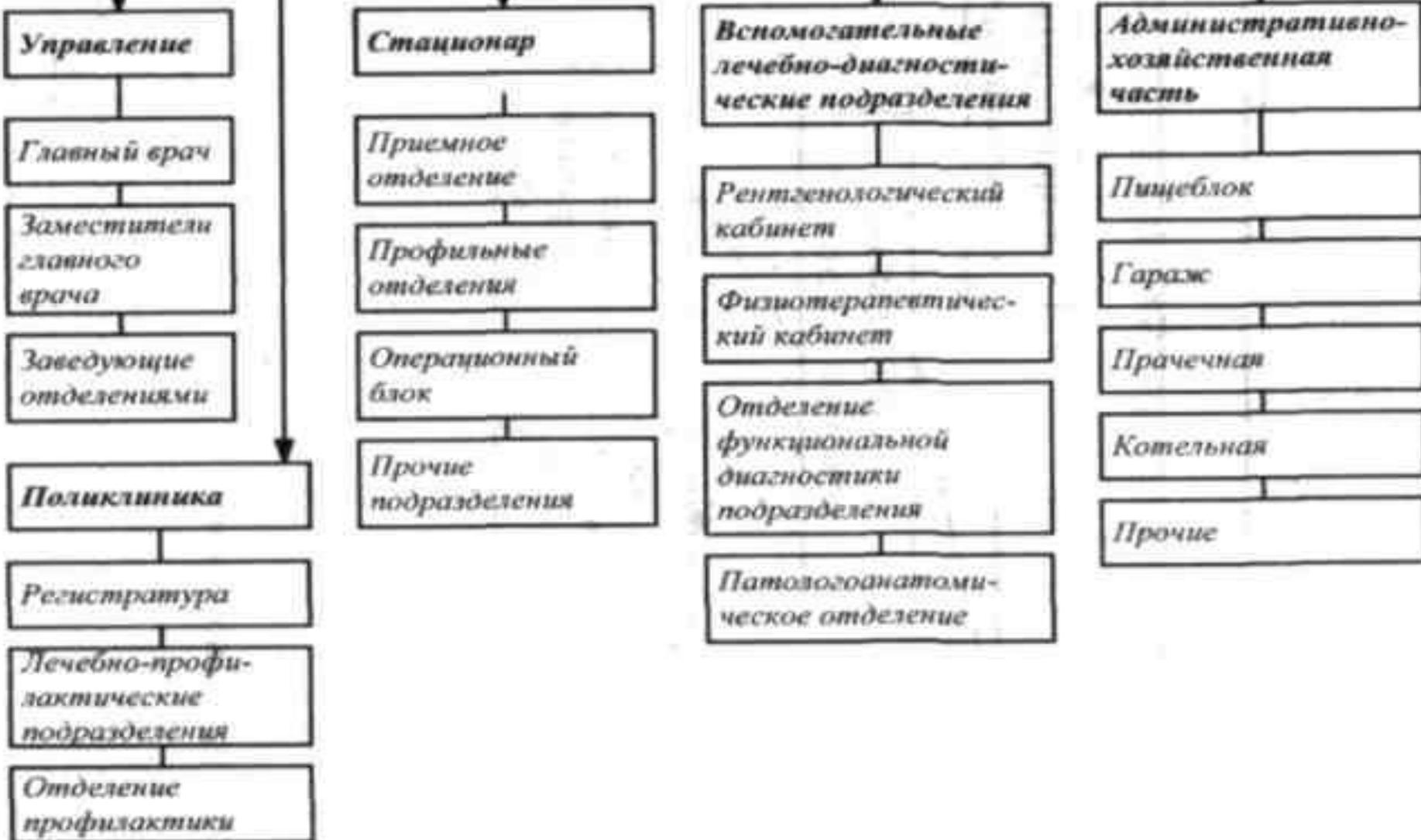
- В настоящее время у нас в стране фактическая обеспеченность населения койками круглосуточного пребывания составляет 108,2 на 10 000. В последние годы уровень госпитализации составляет 20,9—21,2 на 100 человек населения. Каждый пятый житель страны ежегодно проводит в стационарах более 16 дней.
- Сверхмощные многопрофильные больницы на 1200 коек и более имеют ряд недостатков, в частности определенные сложности в управлении. Оптимальной мощностью больницы следует считать 600—800 коек.

# В задачи городской больницы (не имеющей поликлиники) входит:

- оказание больничной квалифицированной лечебно-профилактической помощи по программе государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, а также по программам добровольного страхования;
- внедрение в практику здравоохранения современных методов профилактики, диагностики и лечения на основе достижений медицинской науки и техники, а также передового опыта других ЛПУ;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов работы учреждения, повышение качества лечебно-профилактической помощи.

- Мощность и профиль больницы во многом определяют ее структуру. Можно выделить три основных организационно-функциональных блока больницы:
- управление;
- стационар;
- административно-хозяйственная часть.

# Городская больница



Примерная структура городской больницы

# Управление больницей

- Возглавляет больницу главный врач.
- Он отвечает за всю лечебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность.
- Главный врач организует и контролирует правильность и своевременность обследования и лечения больных, уход за ними,
- повышение квалификации медицинского персонала,
- правильность ведения историй болезни,
- обеспеченность больницы медицинским и хозяйственным оборудованием.
- Он систематически анализирует показатели деятельности больницы,
- финансово-экономическую деятельность стационара,
- контролирует правильность расходования материалов и медикаментов,
- отвечает за санитарное состояние больницы,
- за подбор и расстановку кадров и т. д.

- Первым помощником главного врача является его заместитель по медицинской части (начмед).
- Он отвечает за постановку и качество всей медицинской деятельности больницы;
- непосредственно руководит лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работой больницы,
- контролирует качество диагностики, лечения и ухода за больными,
- проверяет эффективность лечебно-профилактических мероприятий,
- анализирует каждый случай смерти,
- обеспечивает правильную организацию лечебного питания и лечебной физкультуры,
- организует консультативную помощь больным и т. д.

- Если больница объединена с поликлиникой, вводится должность заместителя главного врача по поликлинике.
- В крупных больницах с большим количеством хирургических коек (не менее 300) выделяется должность заместителя главного врача по хирургии;
- в мощных стационарах (на 1000 коек и более) выделяют должность заместителя главного врача по терапии.
- Кроме того, могут выделяться должности заместителей главного врача по экономике, по гражданской обороне и по экспертизе.
- Административно-хозяйственной частью руководит соответствующий заместитель.

- Помимо администрации в управление больницей входят бухгалтерия, канцелярия, кабинет медицинской статистики, архив, библиотека и т. д.
- В настоящее время в больницах открыты страховые отделы, которые тоже входят в управление учреждением.
- Их задачи:
- работа со страховыми медицинскими организациями,
- анализ обоснованности, длительности госпитализации по линии ОМС,
- работа с жалобами,
- анализ летальности и т. д.

# Стационар

- Первое знакомство больного со стационаром начинается с приемного отделения.
- Приемное отделение может быть нецентрализованным и децентрализованным (для отдельных профильных структур).
- В приемное отделение больницы пациенты могут попасть разными путями:
  - по направлению врачей из ЛПУ внебольничного типа (плановая госпитализация);
  - в экстренном порядке (при направлении и доставке их по скорой помощи);
  - путем перевода из другого стационара;
  - самостоятельно обратившись в приемное отделение ("самотек").

- Для более рационального использования коечного фонда больниц в крупных городах созданы центральные бюро госпитализации, в которые поступают сведения о свободных койках в стационарах больниц города. В таких случаях госпитализация проводится по их направлению.

# Задачи приемного отделения:

- прием больных, постановка диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации;
- регистрация больных и учет их движения в стационаре;
- медицинская сортировка больных;
- оказание при необходимости неотложной медицинской помощи;
- санитарная обработка больных (в ряде случаев);
- выполнение функций справочного центра о состоянии больных.

- В больницах мощностью 500 коек и более в штате учреждения выделяются специальные ставки врачей приемного покоя, в менее мощных больницах в приемном покое в соответствии с графиком в счет месячной нормы рабочего времени дежурят врачи отделений.
- В крупных многопрофильных больницах в приемном покое дежурит бригада врачей (хирург, терапевт, травматолог, рентгенолог).
- Кроме того, врачи приемного покоя имеют возможность вызвать врачей других специальностей, которые в это время дежурят у себя в отделении.
- Необходимо обеспечить приемному отделению возможность проводить срочные рентгенологические исследования, экспресс-анализы.
- Для оказания неотложной помощи в приемном отделении должен быть постоянный набор необходимых медикаментов и средств первой помощи.
- При приемном отделении организуются палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

- Из приемного отделения больной поступает в лечебное (клиническое, медицинское) отделение. Отделения стационара обычно формируются по профилю патологии — хирургические, терапевтические, урологические и т. д.
- Оптимальной мощностью отделения крупной больницы принято считать 60—70 коек
- Оборудование палат и оснащение отделений зависят от их профиля и диктуются спецификой работы и необходимостью создания наиболее благоприятных условий для лечения больных и выполнения персоналом служебных обязанностей.
- Штаты отделений зависят от числа коек, типа и профиля учреждения.

- Возглавляет работу лечебного отделения заведующий.
- На должность заведующего отделением больницы назначается квалифицированный врач, имеющий опыт работы по соответствующей специальности.
- Заведующий отделением осуществляет непосредственное руководство деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество и культуру медицинской помощи больным.
- Ближайшим помощником заведующего отделением в его работе и непосредственным организатором лечения в отделении является ординатор стационара, который непосредственно подчиняется заведующему отделением.
- Врач-ординатор обычно курирует 25 больных, однако это число меняется в зависимости от профиля отделения и вида стационарного ЛПУ.

- Работа в отделении начинается с утренней конференции, так называемой пятиминутки, продолжительность которой в действительности не должна превышать 15—20 мин.
- Ежедневно ординатор отделения получает информацию от ночного дежурного медицинского персонала о состоянии больных и происшедших в их здоровье изменениях, о вновь поступивших больных, знакомится с результатами лабораторных, рентгенологических и других исследований, проводит обход больных в сопровождении медсестры

- После обхода врач приступает к выполнению лечебных и диагностических манипуляций.
- В хирургических отделениях операции проводятся часто и до обхода больных, а в ряде случаев хирурги проводят обход своих больных, освободившись от работы в операционной.
- После этого врачи заполняют карты стационарного больного — важнейший медицинский документ.
- При выписке больных ординатор составляет эпикриз — краткое заключение о течении заболевания и состоянии пациента к моменту выписки.
- С картами стационарного больного выписанных, а также умерших ординатор знакомит заведующего отделением.

# Можно выделить несколько главных функций карты стационарного больного:

- карта имеет большое практическое значение — в ней сосредоточена основная лечебно-диагностическая информация о больном, в ней отражается динамика течения заболевания;
- карта имеет педагогическое значение для обучения студентов, ординаторов, аспирантов, медсестер;
- этот документ имеет и большое научное значение — многие научные клинико-статистические заключения основываются на данных карт стационарного больного;
- юридическое значение карты заключается в том, что она в ряде случаев служит основным документом, являющимся главным свидетелем обвинения или защиты врача, медицинского персонала, когда возникает необходимость судебно-медицинского разбирательства;

- В ночное время наряду со средним медицинским персоналом дежурят врачи.
- Дежурства организуются либо одним врачом по всей больнице небольшой мощности, либо по крупным профильным отделениям, например один дежурный врач для отделений терапевтического профиля, один - для отделений хирургического профиля.
- Дежурные врачи до начала дежурства получают сведения от заведующих отделениями о тяжелобольных, требующих особого наблюдения.
- Во время дежурства они отвечают за состояние всех больных, находящихся в стационаре, посещают больных для оказания помощи по экстренному вызову медсестер, принимают поступающих больных.

- Выделяют две системы организации ухода за больными: двух- и трехстепенную.
- При двухступенной системе ухода непосредственное отношение к больному имеют только врачи и медсестры, а младший медицинский персонал лишь помогает в создании надлежащего санитарно-гигиенического режима в отделении, осуществляет уборку помещений.
- При трехступенной системе ухода младшие медицинские сестры принимают участие в уходе за больными.

- В больнице строго должны соблюдаться противоэпидемический и лечебно-охранительный режимы.
- Контроль за соблюдением противоэпидемического режима осуществляет территориальный центр Роспотребнадзора.
- *Лечебно-охранительный режим* — это система мер, направленных на создание оптимальных условий пребывания в больнице.

## Основные элементы лечебно-охранительного режима

- рациональная планировка, размещение и оборудование палат и отделений (изоляция операционных блоков, перевязочных, организация небольших палат и др.);
- осуществление дифференцированного принципа распределения больных по палатам с учетом состояния здоровья, пола, возраста;
- устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (неудобные постели, плохое освещение, низкая или излишне высокая температура в палатах, дурные запахи, стоны или крики больных, шум, невкусно приготовленная и несвоевременно поданная пища и др.);

- борьба с болью и страхом боли (психологическая подготовка к операциям, применение анестезирующих средств при болезненных перевязках, разумное использование болеутоляющих средств, высокое мастерство техники инъекции и других манипуляций, отказ от бесцельных исследований и др.);
- отвлечение больного от ухода в болезнь и преувеличенных представлений о возможных неблагоприятных последствиях (художественная литература, любимая музыка, увлекательные беседы, живопись, телевидение, возможность заняться каким-либо любимым делом, прогулки по территории больницы для ходячих больных, трудотерапия в отделениях для хронически больных, различные игры, воспитательно-педагогическая работа в детских больницах и др.);

- разумное использование слова — одного из сильнейших условных раздражителей, способного оказать значительное воздействие на течение патологического процесса и его исход (недопущение ятрогений);
- соблюдение персоналом принципов медицинской этики (высокая культура медицинского персонала, чуткое, внимательное отношение к больному, его родственникам, строгое соблюдение медицинской тайны, правильное хранение медицинской документации, доброжелательные взаимоотношения между медицинским персоналом, соблюдение субординации, слаженность всей больничной жизни, укрепляющей веру больных в коллектив больницы, способствующую скорейшему их выздоровлению);
- эстетика медицинского учреждения.

## Выписка производится:

- при полном его выздоровлении;
- при необходимости перевода в другие лечебные учреждения;
- при стойком улучшении состояния больного, когда нет необходимости в дальнейшем его пребывании в стационаре;
- при хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении.
- О выписке пациента, которому требуется долечивание на дому, сообщается по месту жительства в поликлинику с необходимыми лечебными рекомендациями.

- В последующие дни в поликлинику направляется эпикриз с подробным описанием результатов проведенных обследований, лечения, с необходимыми рекомендациями на будущее.
- "Карта стационарного больного" после просмотра ее заведующим отделением и заместителем главного врача больницы по медицинской части или главным врачом направляется для хранения в медицинский архив учреждения.

## Административно-хозяйственная часть.

- В ее задачи входят поддержание в порядке здания, помещений, территории, водопровода, канализации, связи и т. д.; обеспечение учреждения автотранспортом, продуктами питания, топливом, бельем и другие хозяйственные проблемы.
- В состав административно-хозяйственной части входят гараж, прачечная, кухня, котельная, складские помещения и другие подразделения.

- Возглавляет административно-хозяйственную часть заместитель главного врача по административно-хозяйственной части (в некоторых крупных больницах — директор).
- Он руководит всей административно-хозяйственной деятельностью учреждения, обеспечивает снабжение предметами хозяйственного оборудования и инвентарем, продуктами питания, топливом, горячей водой, освещением, организует питание больных, отопление, проведение ремонта, уборку территории, противопожарные меры, бельевое хозяйство, транспорт и т. д.

# Особенности организации работы детской городской больницы

Организация работы стационара детской больницы имеет много общего с организацией работы стационара для взрослых, однако имеются и свои особенности

## задачи стационара объединенной детской больницы

- оказание детям стационарной квалифицированной лечебной помощи;
- внедрение в практику детского здравоохранения современных методов профилактики, диагностики и лечения больных на основе достижений медицинской науки и техники, а также передового опыта работы детских ЛПУ и элементов научной организации труда;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов работы учреждения, повышение качества и культуры лечебно-профилактической помощи детям.

- Больные дети, как и взрослые, поступают в стационар детской больницы по направлению врачей детских поликлиник, станций скорой и неотложной помощи, детских учреждений, "самотеком".
- Плановая госпитализация ребенка осуществляется через детскую поликлинику.
- Желательно, чтобы приемное отделение стационара детской больницы было боксировано (боксы должны составлять 3—4% от общего числа коек стационара).
- Наиболее удобны для работы индивидуальные боксы, которые включают в себя предбоксник, палату, санитарный узел, шлюз для персонала.
- В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должно быть предусмотрено не менее 2—3 изолированных смотровых кабинетов и 1—2 санпропускников.

- В случае поступления детей без ведома родителей последние немедленно извещаются об этом работниками приемного отделения.
- При отсутствии такой возможности сведения о ребенке заносятся в специальную книгу и сообщаются в милицию

- Неинфекционное отделение стационара обычно организуется на 40—60 коек с изолированными секциями на 20—30 коек.
- Отделения (палаты) стационара формируются по возрасту, полу, характеру и тяжести заболеваний, сроку поступления.
- В зависимости от возраста выделяют следующие отделения (палаты): для недоношенных, для новорожденных, для детей грудного возраста, для детей младшего возраста, для детей старшего возраста.

- По характеру заболеваний отделения (палаты) могут быть педиатрические общие, хирургические, инфекционные и т. д.
- Палаты целесообразно иметь небольшие — на 3—4 койки, что дает возможность заполнять их с учетом возраста и заболевания.
- Целесообразно иметь застекленные перегородки между палатами для того, чтобы персонал мог наблюдать за состоянием детей и их поведением.

- Важной особенностью организации работы детских отделений является необходимость проведения воспитательной работы.
- Для этой цели в детских больницах устанавливаются специальные должности педагогов-воспитателей.
- С больными, которые лечатся в стационаре длительное время, проводится также и учебная работа. В отделении должны быть предусмотрены игровые комнаты, веранды или прогулочные комнаты, хорошо оборудованный участок для прогулок на территории больницы.
- Важную роль в правильной организации досуга детей играют палатные медсестры.
- Необходимо предусмотреть возможность пребывания в стационаре вместе с ребенком матери.

- В комплексе лечебных мероприятий важное значение имеет правильно организованное питание.
- Для этого детей, находящихся на естественном вскармливании, госпитализируют вместе с матерями или обеспечивают грудным донорским молоком.
- Все другие продукты питания дети первого года жизни получают с детской молочной кухни.
- Детям старше года питание организуется на пищеблоке больницы соответственно возрасту и с соблюдением денежных и натуральных норм.

- В детских больницах значительно больше, чем в больницах для взрослых, следует опасаться внутрибольничных инфекций.
- С целью предотвращения заноса возбудителей инфекционных болезней в стационар для передачи детям обычно принимают только новые игрушки и книги.
- При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливается карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания.

- Необходимо проводить учет контактировавших с больным детей, которых в течение инкубационного периода уже нельзя перемещать в другие палаты.
- В необходимых случаях, в зависимости от выявленного острого инфекционного заболевания, проводятся и специальные противоэпидемические мероприятия (вакцинация, исследования на бактерионосительство и т. д.).

- Анатомо-физиологические особенности новорожденных, своеобразный характер течения заболевания определяют необходимость создания специальных *отделений для новорожденных и недоношенных детей* в составе детских больниц.
- Организация этих отделений позволяет создать особые условия для наиболее раннего контингента больных, сконцентрировать специально подготовленные в области физиологии и патологии периода новорожденности кадры, а также специальную аппаратуру и оборудование.
- Создание таких отделений дает возможность своевременно переводить заболевших новорожденных из родильных домов, что способствует более четкой организации работы и соблюдению санитарно-противоэпидемического режима в акушерских стационарах.

- Организация работы отделений для новорожденных и недоношенных детей имеет существенные особенности.
- Основными задачами этих отделений являются:
- оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи больным доношенным и недоношенным новорожденным, создание оптимальных условий для выхаживания детей;
- проведение организационно-методической работы и повышения квалификации педиатров по актуальным вопросам неонатологии;
- анализ заболеваемости и смертности новорожденных в районе обслуживания.
- В крупных детских больницах организуются специализированные отделения для новорожденных с неинфекционной, инфекционной, хирургической и неврологической патологией.

## Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи

- 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, а также оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными во время пребывания их в акушерском стационаре.

- Основными учреждениями являются объединенные родильные дома и гинекологические больницы.

Современный родильный дом, помимо собственно акушерского стационара, должен включать в себя:

- мощную амбулаторно-поликлиническую базу многопрофильного характера 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 здравоохранения.
- 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.
- Беременные с экстрагенитальными заболеваниями, нуждающиеся в обследовании и лечении, направляются в стационары по профилю патологии.

- 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 нед беременности.
- При поступлении в родильный дом роженицу или родильницу направляют в приемносмотровой блок, где предъявляют паспорт и "Обменную карту", если она уже выдана.

- 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.
- 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;
- инфекционные заболевания мочеполовой системы;
- токсоплазмоз, листериоз;
- венерические заболевания;
- диарея.

- 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 наблюдательного 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 акушерки.

# 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.
- В конце первого периода родов женщину переводят в родовую палату (родильный зал).

- 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 сут.
- При появлении у рожениц или новорожденных первых признаков заболеваний их переводят во второе акушерское (обсервационное) отделение или в другое специализированное учреждение.

- В наблюдательное отделение женщины поступают как через приемно-смотровой блок акушерских отделений, так и из физиологического акушерского отделения.
- В наблюдательное отделение помещают:
  - больных женщин, имеющих здорового ребенка;
  - здоровых женщин, имеющих больного ребенка;
  - больных женщин, имеющих больного ребенка.
- 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 наблюдационного 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 наблюдационном 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 современном родильном доме не менее 70% коек физиологического послеродового отделения должно быть выделено для совместного пребывания матери, и ребенка.
- 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 совместному 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, незрелость, длительная внутриутробная гипоксия плода, внутриутробная гипотрофия II—III степени, родовая травма, асфиксия при рождении, аномалия развития, гемолитическая болезнь.

- 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 исследований.
- При обострении экстрагенитальных заболеваний родильницы могут быть переведены в соответствующий стационар, а при возникновении осложнений послеродового периода — в наблюдательное отделение.

- 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.

- 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.

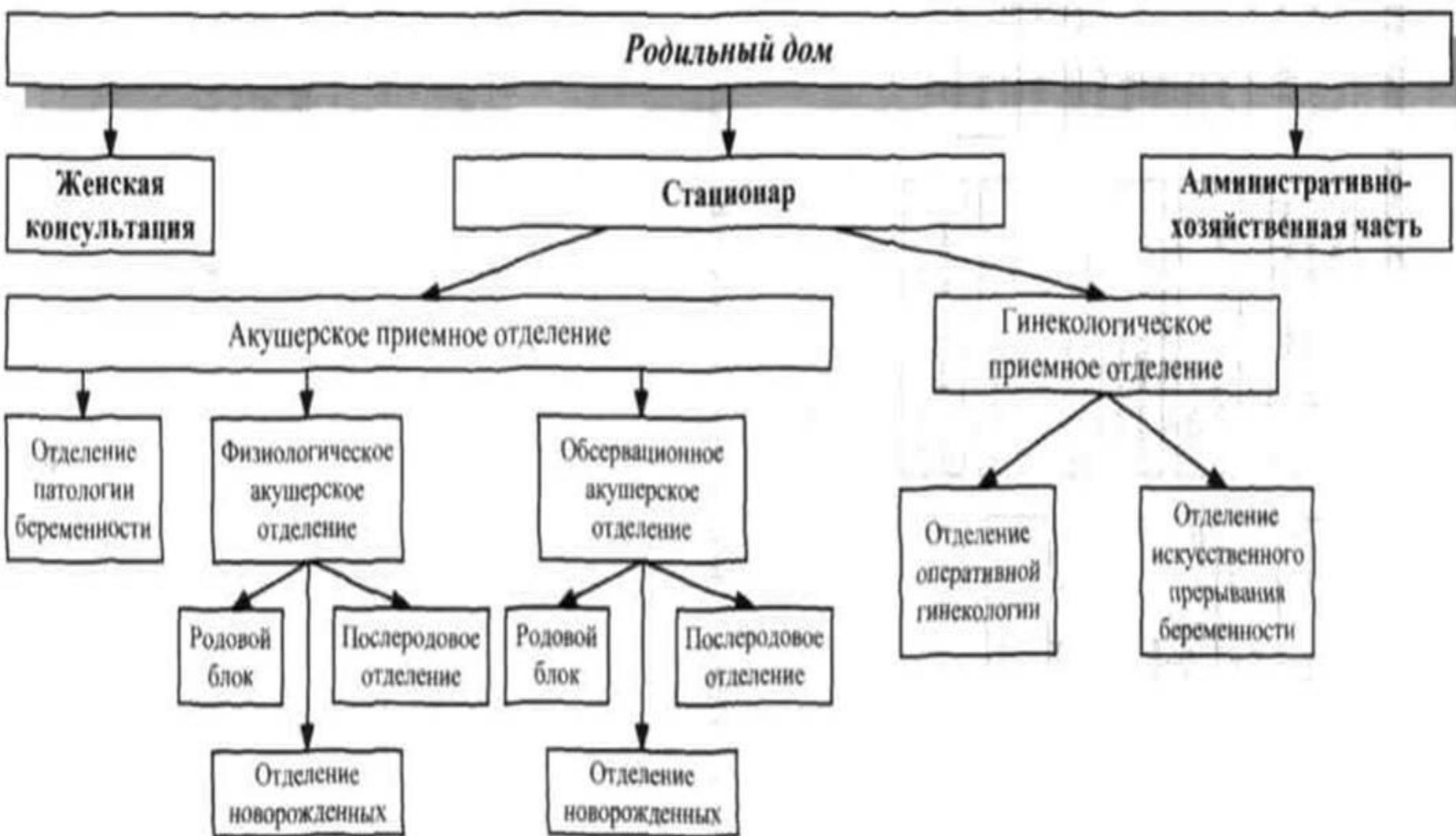
- Планировка отделения патологии беременных должна предусматривать полную изоляцию его от акушерских отделений, возможность транспортировки беременных в родовое физиологическое и наблюдательное отделения (минуя другие отделения), а также выход для беременных из отделения на улицу.
- Палаты на 1—2 койки.
- В структуре отделения необходимо предусмотреть кабинет функциональной диагностики с современным оборудованием (в основном кардиологическим), смотровую, малую операционную; кабинет психопрофилактической подготовки к родам, крытые веранды или залы для прогулок беременных.
- Отделение должно безотказно снабжаться кислородом.

- Из отделения патологии беременных женщин могут перевести в связи с улучшением состояния под наблюдение женской консультации или в санаторий для беременных, для родоразрешения в физиологическое или акушерское отделение.
- Перевод женщин в родильное отделение осуществляется обязательно через приемное отделение, где им проводят полную санитарную обработку.
- При наличии условий для санитарной обработки в отделении патологии беременных ее производят непосредственно в отделении.
- Гинекологические отделения родильных домов бывают трех профилей:
  - для госпитализации больных, нуждающихся в оперативном лечении;
  - для больных, нуждающихся в консервативном лечении;
  - для прерывания беременности

- 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,

- 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.

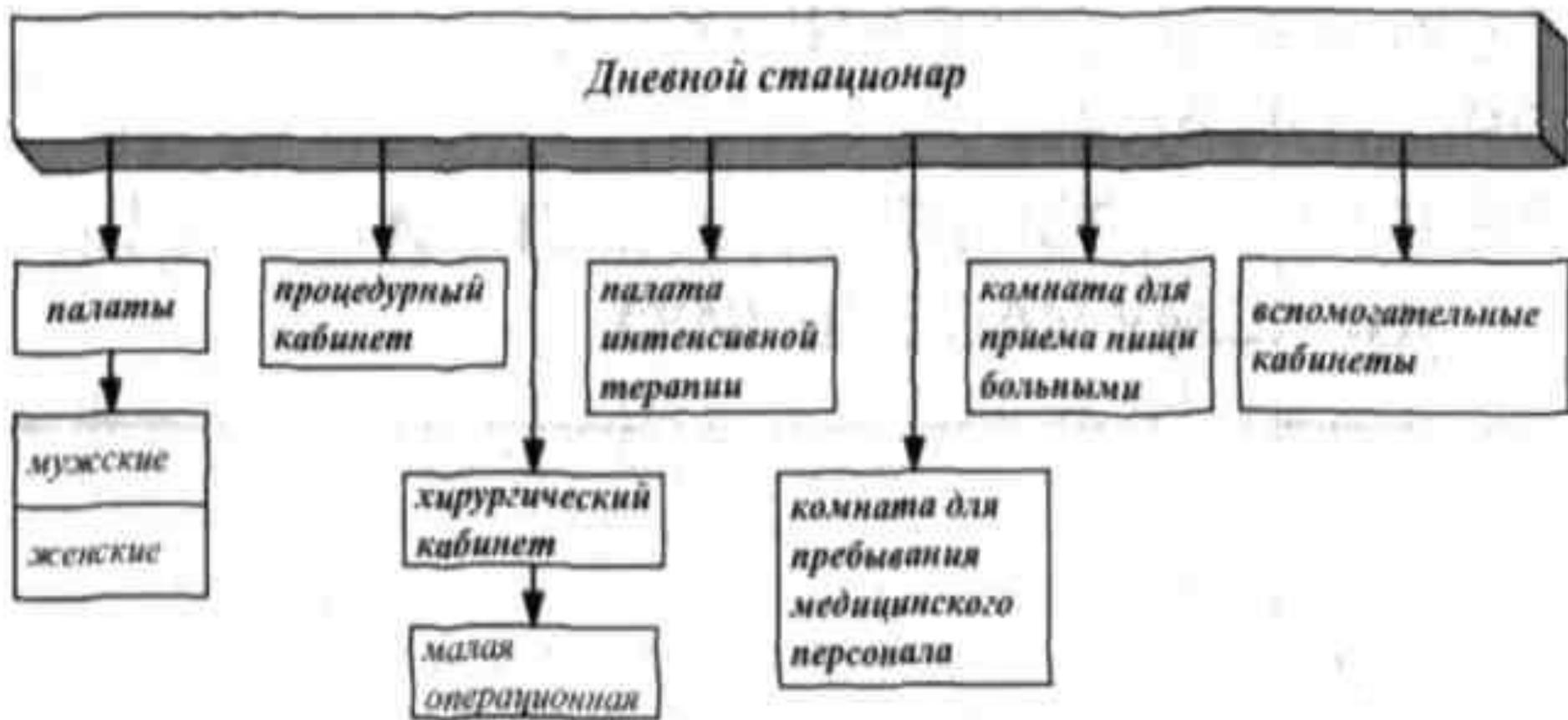
- Заведующий отделением один раз в квартал организует осмотр и обследование персонала на носительство золотистого стафилококка.
- Персонал ежедневно перед выходом на смену принимает гигиенический душ и проходит врачебный осмотр (термометрия, осмотр зева и кожи).
- Работники родильного дома обеспечиваются индивидуальными шкафчиками для одежды, индивидуальными полотенцами.
- Спецодежду персонал меняет ежедневно.
- При возникновении внутрибольничных инфекций и в наблюдательном отделении 4-слойные маркированные маски меняют каждые 4 ч.
- Акушерские стационары закрывают для полной дезинфекции не реже 1 раза в год.
- При возникновении в родильном доме внутрибольничных инфекций прием рожениц в родильный дом прекращается, эпидемиолог территориального центра Госсанэпиднадзора проводит детальное эпидемиологическое обследование и комплекс противоэпидемических мероприятий.
- Около 5% коек родильного дома должны быть выделены под изоляторы.
- В крупных родильных домах организуют специальные септичковые отделения.



Примерная структура родильного дома

# Стационарозамещающие формы организации медицинской помощи

- В условиях высокой ресурсоемкое и недофинансирования стационарной помощи важное значение приобретают новые стационарозамещающие технологии, позволяющие существенно экономить имеющиеся ресурсы без снижения качества медицинского обслуживания.
- К таким организационным формам относятся:
- дневные стационары на базе амбулаторно-поликлинических учреждений;
- дневные стационары на базе больничных учреждений;
- стационары на дому.



Примерная структура дневного стационара

# Дневной стационар

- Предназначен для проведения с использованием современных медицинских технологий профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.
- Специальные исследования показывают, что в условиях дневного стационара могут проходить лечение до 30% терапевтических, 35% неврологических, 10% оториноларингологических и 5% офтальмологических, инфекционных, дерматологических больных, нуждающихся в стационарном лечении.

- Коечная мощность и профиль дневного стационара определяются руководителем ЛПУ, в составе которого он создан, с учетом имеющейся инфраструктуры здравоохранения, а также потребности в этом виде помощи.
- По профилю патологии создаются дневные стационары терапевтические, хирургические (включая травму), акушерско-гинекологические, неврологические, оториноларингологические, офтальмологические, дерматологические и т. д.
- Если дневной стационар создан в больничном учреждении, койки дневного пребывания в соответствии с профилем являются структурной частью коечного фонда отделения (палаты) и мощность стационара определяется числом коек круглосуточного и дневного пребывания.

- Режим работы дневного стационара определяется руководителем ЛПУ с учетом объемов проводимых медицинских мероприятий — как правило, в 2 смены.
- Обычно дневной стационар работает ежедневно не менее 10 ч в день при 6-дневной рабочей неделе.
- В воскресные и праздничные дни стационар не работает.
- Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг.

- Вопрос по обеспечению питанием больных в дневном стационаре решается органами управления здравоохранением на местном уровне.
- Обычно, если стационар входит в структуру больничного учреждения, пациенты пользуются двухразовым питанием по действующим нормативам стационара и дополнительно из привлеченных средств (если таковые имеются) предприятий, общественных фондов и т. п.
- Приготовление пищи осуществляется в пищеблоке лечебного учреждения, в составе которого находится стационар.
- Контроль за качеством питания возлагается на врача-диетолога и органы Госсанэпиднадзора.

- Целью работы дневного стационара является совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышение экономической эффективности деятельности ЛПУ на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

В соответствии с этой целью дневной стационар осуществляет следующие функции:

- проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющим;
- проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и длительной госпитализации;
- проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;

- осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин;
- проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

*В структуру дневного стационара могут быть  
включены:*

- палаты, оснащенные необходимым оборудованием и инвентарем (мужские и женские из расчета 4 м<sup>2</sup> на одну койку);
- процедурный кабинет;
- хирургический кабинет с малой операционной;
- палата интенсивной терапии;
- комната для пребывания медицинского персонала;
- комната для приема пищи больными;
- комната для отдыха больных;
- другие кабинеты по решению руководства ЛПУ.

- В среднем общая площадь блока дневного стационара на 10 коек должна составлять не менее 130 м<sup>2</sup>.
- Для работы дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения ЛПУ, в структуре которого он создан. При организации дневного стационара в составе амбулаторно-поликлинического учреждения следует учитывать его возможности и материально-техническую базу.

- В условиях дневных стационаров на базе больниц возможно проведение более сложных лабораторно-диагностических обследований, проще организовать питание, чем в условиях дневных стационаров на базе амбулаторно-поликлинических учреждений.
- Преимуществом дневных стационаров на базе амбулаторно-поликлинических учреждений может быть большая возможность использования широкого комплекса восстановительного лечения и т. д.

- Стационары на дому могут быть организованы в составе поликлиник, медико-санитарных частей, городских больниц, поликлинических отделений больниц и диспансеров.
- Организация стационаров на дому обеспечивает оказание квалифицированной медицинской помощи больным, нуждающимся в стационарном лечении, но не госпитализированным в больницу в силу различных обстоятельств, и в случае, если состояние больного и домашние условия (социальные, материальные, моральные) позволяют организовать уход на дому.
- Целью организации стационаров на дому, в зависимости от профиля, является лечение острых форм заболеваний, долечивание и реабилитация хронически больных, медико-социальная помощь престарелым, наблюдение и лечение в домашних условиях лиц, перенесших несложные оперативные вмешательства, и др.

- Лечение в стационарах на дому не связано с изоляцией, с нарушением микросоциальной адаптации, легче воспринимается больными, экономически выгодно (по некоторым данным, лечение в стационаре на дому в 5 раз дешевле, чем в стационаре круглосуточного пребывания) и в случаях, соответствующих показаниям, по эффективности не уступает лечению в стационаре круглосуточного пребывания.