

**ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

**Санкт-Петербург
2023**

УДК
ББК
О

Основы организации акушерско-гинекологической помощи населению.
Учебно-методическое пособие для студентов педиатрического, лечебного и
медико-профилактического факультетов (уровень специалитета) / В.К.Юрьев,
К.Е.Моисеева, В.А.Глущенко, Ш.Д.Харбедия – СПб: , 2022. – 51 с.

Авторы:

Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор **Юрьев В.К.;**
д.м.н., профессор **Моисеева К.Е.;** к.м.н., доцент **В.А. Глущенко,** к.м.н.,
доцент **Ш.Д. Харбедия**

Рецензенты:

Микиртичан Галина Львовна - доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики ФГБОУ ВО
«Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского
университета» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Вишняков Николай Иванович – доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом
экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Санкт-
Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.
Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

*Утверждено учебно-методическим советом Федерального
государственного бюджетного образовательного учреждения высшего
образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской
Федерации*

©СПбГПМУ, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Организация деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медицинскую помощь женскому населению	5
Глава 2. Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи	32
Глава 3. Учет и отчетность в деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женскому населению	48
Список литературы	51

Введение

В настоящее время одной из наиболее важных задач отечественного здравоохранения является охрана и восстановление репродуктивного здоровья населения с целью улучшения демографической ситуации в стране. Резкое снижение рождаемости, элементы депопуляции, значительное увеличение оперативного родоразрешения, активное развитие вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе экстракорпоральное оплодотворение, создали новые условия для реформирования здравоохранения и современного акушерства. В настоящее время каждая беременность и каждый ребенок имеют для страны особую ценность. Таким образом, развитие и дальнейшее совершенствование акушерско-гинекологической помощи является обязательным условием для улучшения состояния здоровья населения и как следствие для повышения экономического потенциала государства.

В настоящее время к системе оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, а также гинекологическим больным в РФ относятся:

- Женская консультация.
- Гинекологические отделения многопрофильных стационаров.
- Родильный дом.
- Центры:
 - вспомогательных репродуктивных технологий;
 - охраны материнства и детства;
 - охраны здоровья семьи и репродукции;
 - охраны репродуктивного здоровья подростков;
 - медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
 - перинатальный.

Глава 1

Организация деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь женскому населению

Организация деятельности женской консультации

Женская консультация создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях. Основные направления деятельности, организационно-функциональная структура, штатные нормативы, стандарты оснащения женской консультации устанавливаются в соответствии с приказом МЗ РФ от 20.10.20 г. № 1130н.

Женские консультации, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь, делятся на три уровня:

- первый уровень - женские консультации (кабинеты поликлинических отделений) при центральных районных больницах и районных больницах, акушерских стационарах первой группы (уровня), оказывающие первичную медико-санитарную помощь женщинам в период беременности, послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях с численностью обслуживаемого населения от 20 000 до 50 000 человек;
- второй уровень - женские консультации самостоятельные или в составе родильных домов второй группы (уровня), городских больниц и поликлиник с численностью обслуживаемого населения от 50 000 до 70 000 человек, а также межрайонных перинатальных центров с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек;
- третий уровень - консультативно-диагностические отделения перинатальных центров, республиканских, краевых, областных, окружных родильных домов, центров охраны материнства и детства, самостоятельные центры охраны здоровья семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков.

Основными функциями женской консультации являются:

- диспансерное наблюдение беременных женщин, в том числе выделение женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- организация дистанционных медицинских консультаций при невозможности посещения пациентами женских консультаций, проведение патронажа пациентов на дому;
- направление в кабинеты (отделения) антенатальной охраны плода для выявления нарушений роста и развития плода, в том числе наличие, хромосомных и генных нарушений и внутренних пороков развития у плода;
- выявление, установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка;
- консультирование и оказание услуг по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики аборт и подготовки к беременности и родам;
- обследование и лечение беременных женщин и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях;
- организация и проведение профилактических приемов женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез;

- организация и взаимодействие с медицинскими организациями (подразделениями), осуществляющими диспансерное наблюдение гинекологических больных, в том числе девочек;
- установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение беременных женщин и женщин, в том числе девочек, с гинекологическими заболеваниями;
- осуществление прерывания беременности в ранние сроки, а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, радиокрихирургия и др.);
- обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных женщин, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и другими медицинскими организациями (медико-генетическими центрами (консультациями), кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами), территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями, территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам в связи с гинекологическими заболеваниями, выдачу листков нетрудоспособности женщинам по беременности, родам в связи с гинекологическими заболеваниями, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направление на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;
- проведение консультаций по вопросам психологической, социальной поддержки женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности; социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;
- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, в том числе в части формирования репродуктивного поведения, организация посещения врачом - акушером-гинекологом на дому маломобильных групп пациентов;
- повышение квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием;
- внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;
- выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и медицинских работников, предотвращения распространения инфекций;
- проведение мероприятий в части информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, позитивного родительства, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья женщин, профилактики врожденной и наследственной патологии у будущего ребенка, профилактики аборт, а также инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции;
- проведение анализа показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

Руководство женской консультацией, организованной как самостоятельная медицинская организация, осуществляет *главный врач*, который назначается на должность и

освобождается руководителем органа управления здравоохранением муниципального образования. Руководство женской консультацией, созданной в структуре медицинской организации, осуществляет *заведующий консультацией*, которого назначает на должность руководитель данной медицинской организации.

Рекомендованная организационная структура женской консультации включает в себя:

- регистратуру открытого типа с возможностью экранизации на период эпидемий, с электронным табло с расписанием приема врачей, колл-центром, картохранилищем (при наличии не менее пяти врачебных участков с инфоматом);
- кабинеты врачей акушеров-гинекологов;
- кабинет психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
- кабинет доврачебного приема (при наличии не менее пяти врачебных участков);
- кабинет приема дежурного врача акушера-гинеколога;
- кабинет/пост централизованной выписки медицинских документов (при наличии не менее пяти врачебных участков);
- кабинет психопрофилактической подготовки беременных к родам;
- процедурная;
- кабинет ультразвуковой диагностики;
- физиотерапевтический кабинет.

Женская консультация, созданная в составе медицинской организации, для обеспечения своей деятельности использует возможности лечебно-диагностических подразделений той медицинской организации, в составе которой она создана.

В структуре женской консультации дополнительно могут предусматриваться:

- кабинеты специализированных приемов врачей акушеров-гинекологов: невынашивания беременности; гинекологической эндокринологии; патологии шейки матки; сохранения и восстановления репродуктивной функции; врача акушера-гинеколога для несовершеннолетних; функциональной диагностики; кабинет антенатальной охраны плода;
- кабинеты специалистов: врача-терапевта; врача-офтальмолога; врача-стоматолога; кабинет лечебной физкультуры; кабинет по раннему выявлению заболеваний молочных желез; врача-психотерапевта (медицинского психолога или психолога); юриста; специалиста по социальной работе; психопрофилактической подготовки беременных к родам;
- другие подразделения: операционная; клиничко-диагностическая лаборатория; дневной стационар; стационар на дому; процедурный кабинет; физиотерапевтический кабинет; рентгеновский (маммографический) кабинет; стерилизационная; иные подразделения по решению руководителя медицинской организации.

Рекомендуемые штатные нормативы женской консультации:

- *Главный врач (заведующий) женской консультации* – врач акушер-гинеколог - 1 должность;
- *Врач акушер-гинеколог* - 1 должность на 2200 женщин фертильного возраста, либо 3500 - 4000 женского населения;
- *Врач-терапевт, врач-стоматолог, врач-офтальмолог* – по 1 должности на 40 тыс. взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории;
- *Врач клинической лабораторной диагностики, врач-психотерапевт (медицинский психолог), врач акушер-гинеколог (специалист по выявлению заболеваний молочных желез), врач функциональной диагностики* – по 1 должности на 10 должностей врачей-специалистов;
- *Врач-физиотерапевт* - 1 должность на 15 должностей врачей-специалистов;
- *Врач по лечебной физкультуре* - 1 должность на 20 должностей врачей-специалистов;
- *Врач акушер-гинеколог (специализированного приема: гинеколог-эндокринолог, по невынашиванию беременности, по патологии шейки матки, по бесплодию)* – по 1 должности

каждого врача-специалиста при наличии более 8 должностей врачей акушеров- гинекологов;

- *Врач - акушер-гинеколог для несовершеннолетних* (врач - акушер-гинеколог детский) - 1 должность на 10 тысяч детского населения;
- *Врач ультразвуковой диагностики* - не менее 1 должности;
- *Врач-рентгенолог* – 0,5 должности;
- *Врач-статистик, врач-эпидемиолог, медицинский психолог (психолог)* – по 1 должности;
- *Старшая акушерка* – 1 должность;
- *Акушерка* - 1 должность на каждую должность врача - акушера-гинеколога;
- *Медицинская сестра* - 1 должность на каждую должность врача-специалиста;
- *Медицинская сестра процедурной* - 1 должность на 7 должностей врачей-специалистов;
- *Инструктор по лечебной физкультуре* - 1 должность на 10 должностей врачей-специалистов;
- *Медицинская сестра стерилизационной, рентгенолаборант, медицинский статистик, юрист, специалист по социальной работе, программист* – по 1 должности.

В женской консультации должны быть предусмотрены должности операционной медицинской сестры, медицинских сестер кабинета функциональной диагностики и других средних и младших медицинских работников.

При наличии в женской консультации дневного стационара в нем на каждые 15 коек выделяется должность врача акушера-гинеколога, на 10 коек - медицинской сестры и 0,5 должности санитарки, кроме того, в дневном стационаре должна быть предусмотрена 1 должность врача анестезиолога-реаниматолога.

Для руководства деятельностью среднего и младшего медицинского персонала женской консультации предусматривается должность *старшей акушерки*.

Режим работы женской консультации организуется с учетом обеспечения максимальной доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Время работы рекомендуется устанавливать с 8 до 20 ч; в субботу, предпраздничные и праздничные дни - с 8 до 18 ч. Расписание работы женской консультации, приема врачей всех специальностей, врачей лечебных и диагностических кабинетов, работы школы материнства должны размещаться на стендах в регистратуре. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь обеспечивается специализированными отделениями больниц или родильных домов. Помощь на дому беременным, родильницам и женщинам с гинекологическими заболеваниями оказывает в день вызова лечащий или дежурный врач женской консультации. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняет средний медицинский персонал (по назначению врача).

Женщине предоставляют право выбора врача акушера-гинеколога по ее желанию. В целях оптимизации преемственности рекомендуется наблюдение женщины вне беременности, в период беременности и после родов одним и тем же врачом.

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.

Врач акушер-гинеколог осуществляет следующие функции:

- диспансерное наблюдение за беременными женщинами (в том числе патронаж беременных женщин и родильниц), формирует группы высокого акушерского и перинатального риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- направление на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода;
- осуществление контроля за результатами пренатального скрининга на хромосомные нарушения и врожденные аномалии (пороки развития) плода и направление беременных

женщин группы высокого риска, сформированной по результатам пренатального скрининга, в медико-генетические центры (консультации);

- участие в организации и проведении перинатального консилиума по формированию дальнейшей тактики ведения беременности в случае пренатально установленного диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода и хромосомных нарушений;
- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, в том числе подготовки семьи к рождению ребенка;
- организация и проведение профилактических мероприятий по выявлению, предупреждению и снижению гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, в том числе передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку;
- проведение комплекса мероприятий по диспансеризации женского населения участка в соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению, анализа эффективности и качества диспансеризации;
- организация экстренной и неотложной медицинской помощи беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным независимо от их места жительства в случае их непосредственного обращения в женскую консультацию при возникновении острых состояний;
- организация в случаях необходимости консультирования беременных женщин и гинекологических больных главным врачом (заведующим) женской консультации, врачами других специальностей женской консультации и других организаций;
- определение медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц и гинекологических больных для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях;
- осуществление направления беременных женщин в отделения сестринского ухода;
- осуществление наблюдения за пациентками на всех этапах оказания медицинской помощи;
- подготовка заключений по медицинским показаниям о необходимости направления беременных женщин, женщин с гинекологическими заболеваниями на санаторно-курортное лечение;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
- осуществление санитарно-гигиенического образования среди прикрепленного женского населения по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, профилактики абортов;
- содействие формированию у женщин установки на материнство, сознанию необходимости вынашивания беременности и рождения ребенка;
- организация и проведение мероприятий по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима;
- взаимодействие с медицинскими организациями, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями и территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации;
- содействие обеспечению правовой помощи беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным;
- организация совместно с органами социальной защиты медико-социальной помощи для социально незащищенных групп населения из числа беременных женщин и кормящих матерей;
- организация деятельности медицинских работников женской консультации;
- организация ведения учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Во время приема больных основную помощь врачу акушеру-гинекологу оказывает акушерка, которая готовит инструменты, медицинскую документацию, взвешивает беременных, измеряет артериальное давление, оформляет выдачу направлений на анализы и консультации, проводит лечебные процедуры, патронаж на дому.

Патронаж беременных женщин и родильниц проводится:

- ✓ акушеркой (при неявке пациента на назначенное время визита (не отвечает на телефонные звонки), при отказе от госпитализации (или) от посещения женской консультации, во время эпидемиологической ситуации, после получения информации из других медицинских организаций о беременной женщине, не состоящей на диспансерном учете в женской консультации);
- ✓ врачом акушером-гинекологом (для пациентов с ограниченными физическими возможностями, во время эпидемиологической ситуации);
- ✓ специалистами кабинета медико-социальной помощи женской консультации (Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) взятии на диспансерный учет по беременности (первичный патронаж), в группах социального риска и асоциального поведения, после неоднократных патронажей акушеркой.

Периодичность проведения патронажа определяется медицинскими показаниями.

Кроме того, в штатном расписании женской консультации для оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями (в возрасте с 15 до 17 лет включительно) имеется врач акушер-гинеколог по оказанию медицинской помощи в детском возрасте (врач-гинеколог для несовершеннолетних). В женской консультации создается кабинет врача акушера-гинеколога для несовершеннолетних. В нем рекомендуется предусматривать 2 смежных комнаты: помещение для приема несовершеннолетней с законным представителем; помещение для гинекологического осмотра, диагностических манипуляций и лечебных процедур.

Задачей деятельности данного Кабинета является оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи, которые включают в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни.

Врач акушер-гинеколог для несовершеннолетних:

- принимает участие совместно с врачом-педиатром и врачом-терапевтом подростковым в организации и выполнении профилактических осмотров с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез у девочек;

- оказывает консультативную, диагностическую и лечебную помощь девочкам, впервые обратившимся за помощью самостоятельно или направленных другими врачами;

- обеспечивает диспансерное наблюдение и проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий у гинекологических больных в возрасте до 17 лет включительно;

- устанавливает медицинские показания и своевременно направляет впервые обратившихся девочек с гинекологическими заболеваниями для консультации и обследования у врачей других специальностей, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также для долечивания (реабилитации) в медицинские санаторно-курортные организации;

- взаимодействует с медицинскими организациями, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями и территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации в целях обеспечения доступности, преемственности и качества оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями;

- внедряет в практику современные медицинские диагностические и лечебные технологии, средства профилактики и реабилитации девочек с гинекологическими заболеваниями;

- обеспечивает консультирование девочек и их законных представителей по вопросам интимной гигиены, риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, профилактики аборт и выбора контрацепции;

- проводит индивидуальное или совместное санитарно-гигиеническое воспитание и образование девочек, их родителей или законных представителей и учителей на территории медицинской организации по вопросам общей и интимной гигиены, анатомии и физиологии половых органов, профилактики абортов и заболеваний, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, профилактики онкологических заболеваний, в том числе вакцинации против вируса папилломы человека;

- содействует обеспечению правовой помощи девочкам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и с гинекологическими заболеваниями;

- проводит экспертизу гинекологической заболеваемости детей и подростков, показателей качества медицинской помощи и др.

В работе женской консультации выделяют несколько основных разделов: организация медицинской помощи беременным, организация медицинской помощи родильницам, оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями, оказание амбулаторной специализированной акушерско-гинекологической помощи, обеспечение консультирования и оказание услуг по планированию семьи, социально-правовая помощь.

Организация медицинской помощи беременным. Проводимые женской консультацией мероприятия по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода могут быть эффективны лишь при условии регулярного наблюдения женщины в период беременности. Для этого необходимо, чтобы женщина встала на учет в консультации на ранних сроках беременности. Своевременная постановка беременной на учет позволяет снизить число ошибок в определении срока родов, своевременно провести оздоровление женщины, в случае необходимости - госпитализацию. Важно, чтобы все беременные вставали на учет до 12 недель беременности. Поздняя (после 28 недель беременности) постановка женщин на учет может неблагоприятно сказаться на течении родов и здоровье ребенка.

При первом обращении женщины в консультацию по поводу беременности врач знакомится с общим и акушерско-гинекологическим анамнезом, обращая особое внимание на семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, особенности менструального цикла и репродуктивной функции. Выясняет возраст и состояние здоровья мужа, группу его крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей, вредных привычек и других социальных факторов риска. Осмотр беременной проводится в соответствии с действующими стандартами, уточняется срок беременности и предполагаемых родов.

Частота посещений врача акушера-гинеколога и других специалистов женщинами с нормально протекающей и осложненной беременностью, частота лабораторных и других исследований, лечебно-оздоровительных мероприятий, показания к госпитализации содержатся в соответствующих стандартах, утвержденных приказами МЗ РФ. Периодичность посещений и объем обследований, необходимость их выполнения врач акушер-гинеколог должен обсудить с беременной и получить ее согласие.

При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

- врачом акушером-гинекологом - не менее пяти раз;
- врачом-терапевтом - не менее двух раз (первый осмотр не позднее 7 - 10 дней от первичного обращения в женскую консультацию);
- врачом-стоматологом - не менее одного раза;
- врачом-офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 14 дней после первичного обращения в женскую консультацию);
- другими врачами-специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Изменение числа посещений беременными врача акушера-гинеколога может быть введено регламентирующим документом местного органа управления здравоохранением при наличии условий и подготовленных специалистов.

Наблюдение беременной женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется совместно врачом-инфекционистом Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации и врачом-акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства.

После первого осмотра врачом акушером-гинекологом беременная направляется на обследование к терапевту, который осматривает ее в течение физиологически протекающей беременности дважды (после первого осмотра врачом акушером-гинекологом и в сроке 30 недель беременности). При наличии экстрагенитальных заболеваний врач-терапевт совместно с врачом акушером-гинекологом решает вопрос о возможности пролонгирования беременности. Сведения об экстрагенитальных заболеваниях, впервые выявленных во время беременности или в послеродовом периоде, передаются в общелечебную сеть. Динамическое наблюдение за беременными с экстрагенитальными заболеваниями врач акушер-гинеколог осуществляет совместно с терапевтом и другими специалистами.

При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом - специалистом по профилю заболевания и врачом - акушером-гинекологом. При отсутствии в медицинской организации врача - акушера-гинеколога медицинская помощь может оказываться врачами акушерами-гинекологами иных медицинских организаций.

При наличии акушерских осложнений беременная женщина направляется в акушерский стационар. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина направляется в стационар медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

Беременные с тяжелой акушерской или экстрагенитальной патологией могут быть госпитализированы в специализированный родильный дом или перинатальный центр.

Беременные женщины, проживающие в районах, отдаленных от акушерских стационаров, заблаговременно направляются на родовую госпитализацию в отделения акушерского ухода для беременных женщин для наблюдения. Отделение оказывает медицинскую помощь в стационарных условиях женщинам в период беременности, которые не имеют прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждаются в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений. На отделении проводится курс обследования и лечения, направленного на предупреждение осложнений беременности, а также проведение оздоровительных мероприятий женщинам, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, нуждающихся в медицинской помощи и социальном уходе.

Наиболее эффективным инструментом профилактики врожденных и наследственных болезней является комплексная пренатальная (родовая) диагностика, представляющая перспективное направление медицинской генетики и включающая ультразвуковой и биохимический скрининг на сывороточные маркеры матери, программу индивидуального риска, инвазивные методы диагностики (молекулярно-генетические, цитогенетические исследования, секвенирование). При сроках беременности 11 - 14 и 19 - 21 неделя беременным женщинам проводится оценка антенатального развития плода с целью выявления таких нарушений, как задержка роста плода, риск преждевременных родов, риск преэклампсии, хромосомные аномалии (далее - ХА) и пороки развития плода (далее - ПРП).

На первом этапе при сроке беременности 11 - 14 недель беременная женщина направляется в межрайонный (межмуниципальный) кабинет антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля второго или третьего уровня для проведения ультразвукового исследования (далее - УЗИ) и забора образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров. В целях определения риска задержки

роста плода, преждевременных родов и преэклампсии при сроке беременности 11 - 14 недель беременной женщине в условиях межрайонного кабинета антенатальной охраны плода выполняется измерение роста, веса, артериального давления, ультразвуковое доплеровское исследование маточных артерий с определением пульсационного индекса, трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия. Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в 11 - 14 недель беременности и выдаются на руки пациентке. Образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров у женщины в 11 - 14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии доставляются в медицинскую организацию акушерского профиля третьего уровня или медико-генетический центр (консультацию), где проводится биохимический анализ крови на уровень материнских сывороточных маркеров. На основании результатов анализа материнских сывороточных маркеров и информации талона-направления посредством программного обеспечения осуществляется комплексный расчет индивидуального риска рождения ребенка с ХА, задержкой роста плода, а также риска преждевременных родов и преэклампсии. Заключение по результатам расчета индивидуального риска направляется в медицинскую организацию, где проводился первый этап антенатальной оценки состояния плода, в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети "Интернет") и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдается на руки пациентке.

В случае установления высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется лечащим врачом - акушером-гинекологом женской консультации на основе клинических рекомендаций. Беременная женщина должна быть проконсультирована в акушерском дистанционном консультативном центре для дальнейшего мониторинга течения беременности с целью профилактики вышеуказанных осложнений.

В случае выявления у беременной женщины высокого (1/100 и выше) риска по наличию ХА и/или ПРП по результатам скрининга при сроках беременности 11 - 14 недель, она направляется в медицинскую организацию акушерского профиля третьего уровня или медико-генетический центр (консультацию), осуществляющую комплексный расчет индивидуального риска, для уточнения диагноза посредством повторного УЗИ с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА на основе данных повторно проведенного УЗИ.

В случае подтверждения высокого риска ХА и/или ПРП ассоциированных с ХА, пациентке рекомендуется проведение инвазивного обследования в амбулаторных условиях, в условиях дневного или круглосуточного стационара. Полученный материал доставляется в генетическую лабораторию для проведения генетической диагностики и заключения врача-генетика. Результаты генетического исследования (заключение врача-генетика) направляются в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети "Интернет") и размещаются в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдаются на руки пациентке. В случае подтверждения диагноза ХА и/или ПРП рекомендации по дальнейшей тактике ведения беременности предоставляются консилиумом врачей. Заключение оформляется письменно и направляется лечащему врачу в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети "Интернет") и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдается на руки пациентке.

На втором этапе при сроке беременности 19 - 21 неделя беременные с низким риском ХА и/или ПРП, а также не прошедшие скрининговое обследование при сроке беременности 11 - 14 недель, направляются в кабинет антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля второго или третьего уровня, беременные с высоким

риском - в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля третьего уровня или медико-генетический центр (консультацию), с целью проведения УЗИ и программного перерасчета риска для исключения ультразвуковых маркеров ХА, поздно манифестирующих ПРП. Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в сроке беременности 19 - 21 неделя.

При наличии ПРП, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ХА, ПРП, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, включающего внутриутробную хирургическую коррекцию, предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

При отказе женщины прервать беременность из-за наличия ПРП или иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, беременность продолжает вестись акушерами-гинекологами. Выбор медицинской организации для родоразрешения определяется с учетом наличия экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины, особенностей течения беременности и наличия в акушерском стационаре отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

В случаях преждевременных родов в 22 недели беременности и более госпитализация женщины осуществляется в акушерский стационар, имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. В случае невозможности доставки женщины с преждевременными родами в акушерский стационар третьего уровня беременная (роженица) доставляется в ближайший родильный дом (отделение), при этом вызывается выездная педиатрическая бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному. Выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и при гинекологической патологии (далее - выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации) вызывается при декомпенсированной экстрагенитальной патологии и акушерских осложнениях (преэклампсия тяжелой степени, предлежание плаценты с кровотечением, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при объеме кровопотери 1000 мл и более или геморрагическом шоке).

Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

При постановке беременной женщины на учет, в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов, врачом акушером-гинекологом до 11-12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом акушером-гинекологом до 20 недель беременности.

При сроке беременности 36 - 37 недель беременности формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения. Беременная женщина информируется врачом акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой рекомендуется (планируется) родоразрешение, с указанием срока дородовой госпитализации (при необходимости) с отметкой в обменной карте беременной, роженицы и родильницы.

На основании данных обследования и лабораторных анализов определяются факторы риска неблагоприятного исхода беременности (социально-биологические, акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальные заболевания, осложнения беременности). К социально-биологическим факторам относят возраст матери (до 18 лет и старше 35 лет), возраст отца (старше 40 лет), профессиональные вредности у родителей, курение,

алкоголизм, наркомания, токсикомания, массо-ростовые показатели матери (рост 150 см и менее, масса тела на 25% выше или ниже нормы).

Все беременные группы риска осматриваются главным врачом (заведующим) женской консультации, а по показаниям направляются на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

Беременные женщины с:

- ✓ экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно с врачами-специалистами по профилю заболевания;
- ✓ отягощенным акушерским анамнезом (невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождения детей с тяжелой перинатальной патологией и родовыми травмами, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке с признаками его несостоятельности и (или) осложненным течением послеоперационного периода, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, септические осложнения после родов и аборт, тяжелые травмы родовых путей (разрывы шейки матки, влагалища, промежности третьей степени), разрывы матки во время беременности или в родах в анамнезе, рождение детей с ПРП, пузырный занос, прием тератогенных препаратов);
- ✓ акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности (при отягощенном анамнезе по невынашиванию, при отсутствии эффекта от проводимого лечения на этапе женской консультации), гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, изоиммунизация, анемия, неправильное положение плода, патология пуповины, плаценты, плацентарные нарушения, многоплодие, многоводие, маловодие, наличие опухолевидных образований матки и придатков);
- ✓ наличием рубца на матке после операции кесарева сечения и оперативных вмешательств на матке;
- ✓ выявленной патологией развития плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения,

должны быть проконсультированы в консультативно-диагностическом отделении или акушерском дистанционном консультативном центре на базе акушерских стационаров третьего уровня.

Все данные обследования, результаты клинико-лабораторных исследований, заключения других специалистов, советы и назначения, а также индивидуальный план наблюдения за течением беременности, который согласуется с главным врачом (заведующим) женской консультации, заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (ф. 111 /у-20) и «Обменную карту беременной, роженицы и родильницы (ф. 113/у-20)», которая выдается на руки женщине при взятии ее на учет по поводу беременности, во время каждого посещения с указанием диагнозов и даты последующей явки на прием и подтверждаются подписью врача.

«Индивидуальные карты беременной и родильницы» хранятся в кабинете врача акушера-гинеколога в картотеке по датам очередного посещения. В картотеке должны быть отдельно выделены карты родильниц, женщин, подлежащих патронажу, и беременных, госпитализированных в стационар.

При наличии вредных и опасных условий труда беременным с момента первой явки выдается «Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу» (ф. 084/у) с сохранением среднего заработка по прежней работе.

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии - врачом, ведущим общий прием. При оформлении отпуска по беременности и родам женщинам разъясняется необходимость регулярного посещения консультации и предоставляется подробная информация по уходу за будущим ребенком.

В совместной Декларации ВОЗ и ЮНИСЕФ (1989 г.) подчеркивается особая роль акушерско-гинекологической службы в охране, поддержке и поощрении грудного вскармливания. Врач женской консультации должен: наблюдать за состоянием молочных желез беременной; контролировать деятельность акушерки женской консультации, обучающей беременную технике и практике грудного вскармливания; давать индивидуальные рекомендации по питанию беременной с учетом ее особенностей, привычек, рекомендаций терапевта; добиваться выработки доминанты лактации путем проведения индивидуальных бесед о пользе грудного вскармливания и его неоспоримых преимуществах перед искусственным, условиях становления и сохранения полноценной лактации. Акушерка женской консультации должна обучать беременных технике и практике грудного вскармливания, гигиеническим правилам ухода за грудными железами, контролировать выполнение режима питания и отдыха беременной.

Подготовка к родам и материнству в женской консультации проводится как индивидуально, так и в группах. Наиболее перспективной и эффективной формой занятий является семейная подготовка к рождению ребенка, направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке. Присутствие отца ребенка во время родов и послеродовом периоде способствует изменению образа жизни беременной и ее семьи, ориентирует на рождение желанного ребенка.

Наряду с семейной формой подготовки к деторождению используют традиционные методы психофизической подготовки беременных к родам, а также обучают их правилам личной гигиены, подготовки к будущим родам и уходу за ребенком в школах материнства, организуемых в женских консультациях. При этом используют демонстрационные материалы, наглядные пособия, технические средства и предметы ухода за ребенком.

С 2006 г. на женские консультации возложена обязанность выдачи *родовых сертификатов*. Введение родовых сертификатов имеет своей целью повышение материальной заинтересованности медицинских учреждений в предоставлении качественной медицинской помощи беременным.

Сертификат выдают в женской консультации по месту жительства при сроке беременности начиная с 30 недель и более (в случае многоплодной беременности - с 28 недели). Обязательными условиями выдачи сертификата являются постановка на учет и непрерывное наблюдение в этой женской консультации не менее 12 недель. Сертификат выдают на женщину, а не на ребенка, поэтому даже в случае многоплодной беременности сертификат всего один. Женщине, которая во время беременности наблюдалась в женской консультации на платной основе или заключила договор с родильным домом об оказании платных услуг, родовый сертификат не может быть выдан.

При отсутствии регистрации по месту жительства (прописки) женщина может встать на учет в женской консультации того населенного пункта, где фактически проживает. При выдаче сертификата в нем делается отметка о причине отсутствия регистрации. Женщина имеет также возможность выбрать роддом в любом городе по своему желанию. Сертификат выдается независимо от того, совершеннолетняя женщина или нет, работает она или нет.

С 1 июля 2021 года родовые сертификаты оформляются в электронном формате. Кроме того, данные документы могут быть предоставлены на бумажном носителе.

Порядок оплаты остался прежним, за исключением положений о формировании родовых сертификатов в электронной форме и сроках оплаты.

Медицинские организации самостоятельно будут решать, в какие сроки предоставлять счета на оплату и реестры талонов родовых сертификатов в территориальные органы ФСС. В настоящее время счет на оплату и талоны родовых сертификатов необходимо предоставлять до 10-го числа ежемесячно.

Оплата услуг на основании выставленных счетов на оплату и реестров талонов родовых сертификатов должна производиться в течение 10 рабочих дней с момента поступления указанных документов. В настоящее время оплата производится до 20-го числа каждого месяца.

Изменения вступят в силу 1 декабря 2022 года.

Родовой сертификат состоит из 6 частей: регистрационной (корешок), четырех талонов и собственно сертификата.

Корешок родового сертификата предназначен для подтверждения его выдачи, остается в медицинской организации, выдавшей сертификат. Талон № 1 предназначен для оплаты медицинских услуг, оказанных женской консультацией в период беременности. Передается из консультации в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Талон № 2 используется для оплаты медицинской помощи, оказанной женщине во время родов в учреждениях родовспоможения. Передается из родильного дома или родильного отделения в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Талон № 3 состоит из двух частей. Талон № 3-1 родового сертификата предназначен для оплаты медицинским организациям, осуществляющим диспансерное наблюдение ребенка в первые 6 месяцев жизни. Талон № 3-2 родового сертификата предназначен для оплаты медицинским организациям, осуществляющим диспансерное наблюдение ребенка во вторые 6 месяцев жизни. Талоны № 3 передаются из детских поликлиник в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Родовой сертификат служит подтверждением оказания медицинской помощи женщине в период беременности и родов, а также ребенку в 1-й год жизни учреждениями здравоохранения. Родовой сертификат (без талонов), где записываются дата рождения, масса, рост младенца, выдается женщине при выписке из родильного дома. К родовому сертификату прилагается памятка, содержащая информацию о правах и обязанностях женщины в рамках реализации программы «Родовой сертификат».

Организация медицинской помощи родильницам. После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде. Выписной эпикриз направляется в женскую консультацию (талон N 2 обменной карты беременной, роженицы и родильницы), детскую поликлинику (талон N 3 обменной карты беременной, роженицы и родильницы) в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети "Интернет") и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) или бумажный вариант выдается родильнице на руки для продолжения наблюдения за родильницей в послеродовом периоде и новорожденным. Медицинская документация в течение послеродового периода хранится в специальной ячейке картотеки.

Акушерка женской консультации осуществляет активный патронаж родильниц на дому на 2-3-и сутки после выписки с последующим патронажем врача акушера-гинеколога по показаниям, в том числе после оперативного родоразрешения. О необходимости и сроках посещения гинеколога после родов женщину предупреждают еще в стенах роддома. Обычно, при отсутствии жалоб или показаний рекомендуется посетить гинеколога через 1-1,5 месяцев после родов.

При посещении родильницы врач акушер-гинеколог знакомится с выпиской из стационара о течении и исходе родов, выявляет жалобы, характер лактации и обращает внимание на состояние молочных желез, брюшной стенки и характер лохий. Влагалищное исследование (с тщательным соблюдением правил асептики и антисептики) производится по показаниям.

У всех родильниц выясняется вопрос об особенностях лактации. Следует убеждать женщину в необходимости исключительно грудного вскармливания в первые 4-6 месяцев жизни младенца, учитывая важную роль материнского молока в формировании здоровья ребенка. В послеродовом периоде осуществляется подбор метода контрацепции. При этом необходимо разъяснить достоинства и недостатки выбранного метода с учетом грудного вскармливания.

Родильницы с осложненным течением послеродового периода, не явившиеся в установленные врачом сроки в женскую консультацию, подлежат патронажу на дому.

Оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями.

Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).

В малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), первичная доврачебная медико-санитарная помощь женщинам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах, фельдшерских здравпунктах акушеркой, фельдшером или медицинской сестрой.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь женщинам при гинекологических заболеваниях оказывается в малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), в офисах врачей общей практики (семейных врачей).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь женщинам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в женской консультации, в том числе с использованием выездных методов оказания медицинской помощи, дистанционного консультирования и телемедицины.

На этапе первичной медико-санитарной помощи врач акушер-гинеколог взаимодействует со специалистом по социальной работе в части осуществления мероприятий по предупреждению абортов, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности и после родов.

Выявление гинекологических заболеваний осуществляется в женской консультации при самообращении, при осмотре женщин на дому (по вызову), при проведении профилактических осмотров. На каждую женщину, обратившуюся или направленную в женскую консультацию, заводится «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь амбулаторных условиях» (ф. 025/у).

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские осмотры женщин, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, преконцепционную и прегравидарную подготовку.

В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводится: скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки и цитологическое исследование мазка (соскоба), в т.ч. жидкостная цитология, на наличие атипических клеток шейки матки и скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм).

Скрининг при профилактических осмотрах здоровых женщин считается выполненным при охвате 80% и более женского населения. Широта охвата населения (80% и более) может быть обеспечена с помощью активной рассылки приглашений на обследование с помощью электронной почты и мобильной связи, а также использованием технологии самозабора.

Скрининг для выявления рака шейки матки проводится в возрасте 21 - 29 лет с применением цитологии/жидкостной цитологии - 1 раз в 3 года, в возрасте 30 - 65 лет - с применением ко-тестирования - 1 раз в 5 лет.

Скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез проводится у женщин в возрасте от 40 до 75 лет включительно 1 раз в 2 года.

С целью выявления новообразований и отклонений в состоянии внутренних половых органов проводится бимануальное исследование и УЗИ органов малого таза.

По результатам профилактических осмотров женщин формируются *группы состояния здоровья*:

I группа здоровья - женщины, у которых не установлены хронические гинекологические заболевания, отсутствуют факторы риска их развития;

II группа здоровья - женщины, у которых не установлены гинекологические заболевания, но имеются факторы риска их развития;

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом - акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

III группа здоровья - женщины, имеющие гинекологические заболевания или риск их развития, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к I и II группам состояния здоровья, рекомендуются профилактические осмотры не реже 1 раза в год.

Женщинам, отнесенным к III группе здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения в рамках диспансерного наблюдения врачом - акушером-гинекологом.

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения).

Выделяются три группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа - женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, доброкачественными заболеваниями шейки матки;

2 диспансерная группа - женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

3 диспансерная группа - женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие, синдром поликистозных яичников, олиго/аменорея).

Женщинам с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы медицинская помощь оказывается на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, с обязательным соблюдением принципов онконастороженности.

Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом акушером-гинекологом, прошедшим повышение квалификации по патологии молочной железы.

Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

В целях раннего выявления злокачественных новообразований рекомендуется проводить ежегодные профилактические осмотры женщин. Ежегодному осмотру подлежат все женщины в возрасте старше 30 лет. Особого внимания требуют женщины в возрасте 40 лет и старше, а также относящиеся к группе риска по развитию рака молочной железы.

Результаты профилактического осмотра заносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного». Кроме того, рекомендуется проводить осмотр и пальпацию молочных желез у всех пациенток при обращении в женскую консультацию. Доступным методом раннего выявления патологии молочных желез является самообследование. Этой методике рекомендуется обучить каждую женщину. Это может осуществлять средний медицинский работник, прошедший специальную подготовку.

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

Лечение женщин с гинекологическими заболеваниями проводится в основном в женских консультациях или специализированных лечебно-профилактических учреждениях при выявлении соответствующих заболеваний (онкологический, противотуберкулезный, кожно-венерологический диспансеры и др.). Лечебные процедуры выполняются акушеркой (процедурной медицинской сестрой) в процедурном кабинете и регистрируются в «Журнале учета процедур».

Для проведения малых гинекологических операций и манипуляций в женской консультации рекомендуется иметь операционную и комнату временного пребывания больных (стационар дневного пребывания). Операции и манипуляции регистрируются в «Журнале записи амбулаторных операций».

В необходимых случаях медицинская помощь больным с гинекологическими заболеваниями может быть оказана на дому (осмотр, анализы, инъекции, консультации).

При наличии показаний к стационарному лечению женщинам выдают направление на госпитализацию с указанием диагноза и результатов проведенного обследования. После выписки больной из стационара врач женской консультации решает вопрос о методах и сроках реабилитации с учетом рекомендаций, указанных в выписном эпикризе. Излечение женщины подтверждается данными проведенного обследования, после чего она снимается с учета.

Значительная часть женщин с гинекологическими заболеваниями нуждается в динамическом наблюдении и контроле. Динамическому наблюдению подлежат больные с хроническим течением заболевания, относящегося к группе риска по возникновению онкологической патологии или нарушения репродуктивного здоровья. На каждую женщину заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. 030/у), где указываются диагноз заболевания, по которому она поставлена на учет, частота осмотров, проводимые методы обследования и лечения. После излечения, подтвержденного контрольными обследованиями, женщина может быть снята с учета в женской консультации.

Контроль за качеством медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями осуществляет главный врач (заведующий) женской консультации. С этой целью в течение месяца просматривается медицинская документация около 50% пациенток, принятых врачом акушером-гинекологом, проводится экспертиза ведения «Контрольных карт диспансерного наблюдения» и «Медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь амбулаторных условиях». При этом оценивается соблюдение регулярности осмотров, объема проведенных профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, наличие эпикризов, а также эффективность проведенного лечения.

Консультирование и оказание услуг по планированию семьи. Предоставление женщинам права на охрану репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, является основополагающим условием их полноценной жизни и осуществления равенства полов. Реализации этого права способствуют развитие службы планирования семьи, расширение и внедрение специальных программ («Безопасное материнство» и др.), улучшение системы полового и гигиенического воспитания, обеспечение контрацептивами населения и в первую очередь молодежи и др.

Женская консультация наряду с центром планирования семьи и репродукции является важным звеном в работе по планированию семьи.

Регулирование деторождения осуществляется тремя способами: контрацепцией, производством медицинского аборта, стерилизацией. В соответствии с рекомендациями ВОЗ одними из компонентов репродуктивного здоровья являются наличие у женщины и мужчины права на получение необходимой информации и доступ к безопасным, эффективным и приемлемым методам регулирования рождаемости по собственному выбору.

Контрацепция. Работу по вопросам планирования семьи осуществляют врачи акушеры-гинекологи и акушерки, имеющие специальную подготовку. Прием проводится по графику, причем время на этот вид приема пациенток не ограничивается и определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

Специализированный кабинет по планированию семьи оснащается аудио- и видеотехникой с демонстрацией средств контрацепции, наглядными пособиями, печатными информационными материалами для населения по планированию семьи и профилактике аборт. В программу занятий с беременными по подготовке к родам необходимо включать беседы о методах контрацепции с целью выработки у женщин мотивации к использованию их после родов.

При выборе того или иного контрацептива следует учитывать следующие положения:

- любой метод предохранения лучше отсутствия предохранения вообще;
- наиболее приемлемый метод – это, тот метод, который удовлетворяет обоих партнеров.

Основными требованиями к способам предохранения от беременности являются:

- надежность;
- доступность;
- гигиеничность;
- минимальное воздействие на полового партнера;
- простота применения;
- безопасность;
- быстрое восстановление фертильности.

При первоначальном консультировании особое внимание уделяется общему и репродуктивному анамнезу, выявляется наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, особенно ИПППП, число беременностей, родов, аборт, а также степень осведомленности пациентки о методах контрацепции. Выясняются также сведения о состоянии здоровья мужа (партнера). Врач информирует пациентку о всех методах контрацепции (механизм действия, эффективность, возможные побочные эффекты и т.д.), помогает выбрать наиболее приемлемый метод контрацепции с учетом состояния ее здоровья, желания и планов на деторождение. Сведения о назначенном методе контрацепции заносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного». На женщин, использующих внутриматочные и гормональные (оральные, инъекционные, импланты) средства, врач оформляет «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (ф. 030/у-04) и осуществляет динамическое наблюдение за этими пациентками.

Консультирование по конкретно выбранному методу включают подробный инструктаж по его использованию, возможным побочным эффектам и осложнениям, рекомендации по наблюдению у врача и сроках его посещения. На повторных приемах выясняется степень удовлетворенности пациентки используемым методом, оценивается правильность его применения и эффективность, наличие побочных явлений. При наличии осложнений или по желанию женщины подбирается другой метод контрацепции.

Работа с молодежью, представляющей группу риска по возникновению нежелательной беременности и ИПППП, может осуществляться путем выделения специальных часов на специализированных приемах в кабинетах планирования семьи.

Консультирование пациенток, подбор методов контрацепции, отбор женщин на консультацию к врачу акушеру-гинекологу, наблюдение за женщинами после родов и прерывания беременности возлагается на акушеров (фельдшеров, медицинских сестер), прошедших специальную подготовку. Они ведут учет работы и распространяют контрацептивы.

Врач акушер-гинеколог проводит образовательные программы с населением по планированию семьи и профилактике аборт, в том числе через средства массовой информации.

Аборт. К сожалению, до сих пор в России аборт остается одним из основных способов регулирования рождаемости. В 2021 г. было произведено около 500 тысяч аборт, что составляет 12,0 на 1000 женщин фертильного возраста. Если в конце 80-х годов XX в. в СССР делалась примерно 1/3 всех аборт в мире, то с начала 90-х годов благодаря развитию службы планирования семьи частота аборт постепенно снижается.

Важным компонентом комплекса мероприятий, направленных на профилактику и снижение аборт в РФ, является создание центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Кроме того, приняты законодательные меры, к которым, в частности, относятся установление срока, отведенного женщине после обращения в медицинскую организацию по поводу искусственного прерывания беременности, для обдумывания данного решения и получения консультации психолога и специалиста по социальной работе.

Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара или стационарных условиях.

В соответствии с законодательством РФ каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Аборт может проводиться по желанию женщины (при сроке беременности до 12 недель), по социальным показаниям (при сроке беременности до 22 недель), по медицинским показаниям (независимо от срока беременности). Аборт должен проводиться только в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку.

Для получения направления на искусственное прерывание беременности женщина обращается к врачу акушеру-гинекологу, а в случае его отсутствия - к врачу общей практики (семейному врачу), медицинскому работнику фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерских здравпунктов.

Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится:

- не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности четвертая - седьмая неделя, при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая неделя, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;
- не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая - десятая неделя беременности.

Искусственное прерывание беременности проводится при наличии информированного добровольного согласия (ИДС) женщины.

Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних младше 15 лет, а также несовершеннолетних, больных наркоманией младше 16 лет, проводится на основе ИДС одного из родителей или иного законного представителя.

Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности, показаний и противопоказаний может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основании ИДС женщины.

Прерывание беременности в сроки, предусмотренные клиническими рекомендациями медикаментозным методом, проводится врачом акушером-гинекологом в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара с обязательным наблюдением женщины не менее 1,5 - 2 часов после приема лекарственных препаратов. При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные препараты, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.

Прерывание беременности в сроке до двенадцати недель хирургическим методом проводится врачом акушером-гинекологом в условиях дневного стационара и стационарных

условиях. Продолжительность наблюдения женщины в условиях дневного стационара после произведенного без осложнений прерывания беременности определяется лечащим врачом с учетом состояния женщины и составляет 3 - 4 часа.

Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы, имеющей возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине (при обязательном наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности) и/или в условиях обсервационного отделения акушерского стационара.

Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям с 22 недель беременности проводится только в условиях акушерского стационара, имеющего возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине с учетом основного заболевания и новорожденному, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела. При проведении фетотида допустимо прерывание беременности сроком более 22 недель в гинекологическом отделении.

Для подтверждения наличия медицинских показаний для искусственного прерывания беременности в соответствии с утвержденным перечнем формируется врачебная комиссия с привлечением врачей специалистов медицинских организаций акушерского профиля третьего уровня (в том числе - дистанционно) в составе врача акушера-гинеколога, врача - специалиста по профилю основного заболевания (состояния) беременной женщины, являющегося медицинским показанием для искусственного прерывания беременности и руководителя медицинской организации (далее - Комиссия). Заключение Комиссии о наличии у беременной женщины заболевания (состояния), являющегося показанием для проведения искусственного прерывания беременности, оформляется письменно и заверяется подписями членов Комиссии.

Вопрос о прерывании беременности по социальным показаниям решает комиссия в составе врача акушера-гинеколога, руководителя учреждения (отделения), юриста при наличии заключения о сроке беременности, установленном врачом акушером-гинекологом, и соответствующих юридических документов (свидетельство о смерти мужа, о разводе, письменное заявление женщины). При наличии социальных показаний беременной выдают заключение, заверенное подписями членов комиссии и печатью учреждения.

Искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием на основе ИДС женщины.

После искусственного прерывания беременности женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови независимо от метода прерывания беременности проводится иммунизация иммуноглобулином человека антирезус Rho(D) человека в соответствии с инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.

После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого пациентка информируется о признаках возможных осложнений, при появлении которых ей следует незамедлительно обратиться к врачу; предоставляются рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, возможной реабилитации, а также по вопросам профилактики аборт и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности.

После искусственного прерывания беременности контрольный осмотр врача акушера-гинеколога при отсутствии жалоб проводится через 9 - 15 дней.

Стерилизация. В целях охраны здоровья женщин, снижения числа аборт и смертности от них в Российской Федерации разрешена медицинская стерилизация женщин (мужчин). Медицинская стерилизация может быть проведена только по письменному заявлению гражданки(ина) в возрасте старше тридцати пяти лет или, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданки(ина) - независимо от возраста и наличия детей. Имеется большой

перечень медицинских и социальных показаний и противопоказаний для проведения медицинской стерилизации, которую нельзя расценивать как оптимальный способ предохранения от беременности.

Социально-правовая помощь. Оказание социально-правовой помощи в женской консультации является одним из звеньев в системе мер по охране материнства и детства. Эта работа осуществляется юристом, который непосредственно подчиняется руководителю учреждения.

Работа юриста чаще носит индивидуальный, реже - групповой характер. Женщины могут направляться на прием к юристу врачами акушерами-гинекологами и другими специалистами, а также обращаться самостоятельно. Сведения о пациентках и принятых решениях заносятся в «Книгу записей работы старшего юриста, юриста учреждения здравоохранения».

В женской консультации могут быть созданы специальные информационные стенды или организованы групповые беседы по правовым вопросам.

Организация деятельности кабинета (отделения) антенатальной охраны плода

Отделение создается в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по "акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)", в составе подразделения, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (женские консультации второго уровня, консультативно-диагностические отделения (центры, поликлиники) третьего уровня.

Руководство деятельностью Отделения осуществляет заведующий отделением - врач акушер-гинеколог.

Рекомендуемые штатные нормативы кабинета антенатальной охраны плода:

При медицинской организации акушерского профиля второго уровня

Врач ультразвуковой диагностики - 1 должность на 2 500 УЗИ в год

Медицинская сестра - 1 должность на 1 должность врача ультразвуковой диагностики.

При медицинской организации акушерского профиля третьего уровня

Заведующий отделением - врач акушер-гинеколог - вместо 0,5 должности врача акушера-гинеколога (или врача ультразвуковой диагностики) при наличии более 1 875 женщин группы риска в год; 1 должность при наличии более 2 500 женщин группы риска в год.

Врачи: акушер-гинеколог - 1 должность на 1250 женщин группы риска в год и 1 должность на 400 инвазивных диагностических процедур; ультразвуковой диагностики - 1 должность на 1250 женщин группы риска в год.

Средние медицинские работники: Старшая медицинская сестра (акушерка) - вместо 0,5 должности медицинской сестры при наличии более 1 875 женщин группы риска в год или 1 должность при наличии более 2 500 женщин группы риска в год; акушерка (медицинская сестра) - 1 должность на 1 должность врача; медицинская сестра процедурной - 1 должность на 400 инвазивных диагностических процедур.

Младшие медицинские работники: Санитар - не менее 1 должности в смену.

Основной задачей Отделения является реализация комплекса организационных и медицинских мероприятий по диагностике и профилактике перинатальных осложнений (задержка роста плода (далее - ЗРП), преждевременные роды (далее - ПР), преэклампсия (далее - ПЭ), пороки развития (далее - ПРП) и хромосомные аномалии (далее - ХА) у плода.

Основными функциями отделения при медицинской организации акушерского профиля второго уровня являются:

➤ проведение ультразвукового исследования (далее - УЗИ) с архивированием ультразвуковых сканов, определения роста-весовых показателей и уровня артериального давления в сроки 11 - 14 недель и 19 - 21 неделя у беременных женщин прикрепленных территорий в соответствии с листом маршрутизации в целях выявления нарушений развития плода, ЗРП, ПРП и ХА плода, а также риска других осложнений беременности (ПЭ, ПР);

- организация забора образцов крови у беременных женщин в сроки 11 - 14 недель для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (далее - св. β -ХГЧ));
- направление образцов крови и результатов УЗИ, внесенных в талон - направление, в Отделение при медицинской организации акушерского профиля третьего уровня для биохимического исследования и расчета рисков ХА, ЗРП, ПР, ПЭ;
- проведение электронной регистрации беременных женщин, прошедших скрининговое обследование, с занесением сведений о проведенных исследованиях и их результатах в программное обеспечение пренатального скрининга;
- прием и учет заключений - протоколов расчета рисков из Отделения при медицинской организации акушерского профиля третьего уровня, а также передачу их в женские консультации;
- ведение медицинской документации и представление первичных данных и отчетности для информационных систем в сфере здравоохранения;
- методическая работа с врачами женских консультаций по вопросам организации антенатальной охраны плода.

Основными функциями отделения при медицинской организации акушерского профиля третьего уровня являются:

- биохимическое исследование уровня материнских сывороточных маркеров (РАРР-А, св. β -ХГЧ) в образцах крови, направленных из Отделения при медицинской организации акушерского профиля второго уровня;
- проведение селективного пренатального УЗИ в 11 - 14 и 19 - 21 недель беременности из группы высокого риска ХА и при ВПР, выявленных в Отделении при медицинской организации акушерского профиля второго уровня с выдачей протоколов УЗИ и архивированием снимков;
- программный комплексный расчет и перерасчет риска рождения ребенка с хромосомной патологией, рисков ЗРП, ПР, ПЭ;
- инвазивный забор образца плодного материала у беременных с высоким риском рождения ребенка с ХА или ПРП, ассоциированных с ХА, и его направление в медико-генетическую консультацию для проведения генетического исследования и заключения врача-генетика;
- организация консилиума врачей по определению дальнейшей тактики ведения беременности, маршрутизации беременной и новорожденного на основании результатов антенатального обследования и заключения генетика;
- организация телемедицинских консультаций с федеральными диагностическими консультативными центрами при выявленных ПРП (сердца и других органов) для определения дальнейшей тактики;
- анализ результатов эффективности антенатальной охраны плода в части своевременного выявления нарушений развития (ХА, ПРП, ЗРП), а также риска ПР, ПЭ.

Основные критерии качества работы женской консультации:

- ✓ показатель ранней постановки на учет по беременности (до 12 недель);
- ✓ доля женщин, вставших на учет по беременности, из числа женщин, обратившихся для искусственного прерывания беременности;
- ✓ показатель числа искусственных абортов на 1000 женщин фертильного возраста и на 100 детей, родившихся живыми;
- ✓ соблюдение клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи, с учетом критериев качества, предусмотренных клиническими рекомендациями;
- ✓ доля преждевременных родов в перинатальном центре (акушерском стационаре, специализирующемся на оказании медицинской помощи при преждевременных родах) от общего числа преждевременных родов;

- ✓ доля ВИЧ-инфицированных беременных, имеющих неопределяемый уровень вирусной нагрузки перед родами;
- ✓ показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- ✓ отсутствие ВПР у плода, не выявленных во время беременности;
- ✓ разрыв матки вне стационара;
- ✓ несвоевременное направление в стационар при гипертензии средней и высокой степени тяжести, обусловленной беременностью (госпитализация бригадой СМП);
- ✓ несвоевременное направление в стационар при переносимой беременности;
- ✓ доля женщин, охваченных скринингом на выявление злокачественных новообразований шейки матки и молочной железы.

Организации деятельности Центра охраны репродуктивного здоровья подростков

Для оказания профилактической и организационно-методической работы создается Центр охраны репродуктивного здоровья подростков (ЦОРЗП). Он может быть самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением в поликлиниках, городских больницах, консультативно-диагностических центрах, оказывающих медицинскую помощь детям, в женской консультации, в Центре охраны здоровья семьи и репродукции, Центре охраны материнства и детства, перинатальном центре, Центре общественного здоровья и медицинской профилактики, иных медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, имеющих в своей структуре дневной стационар.

Центр оказывает консультативную, лечебно-диагностическую, реабилитационную и социально-психологическую помощь подросткам (в возрасте от 10 до 17 лет включительно), направленную на сохранение и укрепление их репродуктивного здоровья.

Руководство Центром осуществляет заведующий. Структура и штатная численность Центра устанавливается руководителем Центра в зависимости от объема проводимой работы с учетом рекомендуемых штатных нормативов

Центр охраны репродуктивного здоровья подростков осуществляет следующие функции:

- совершенствование, координация и научно-методическая организация службы охраны репродуктивного здоровья подростков;
- оказание специализированной помощи подросткам обоего пола с целью своевременного выявления и лечения патологии репродуктивной системы, обратившихся в ЦОРЗП самостоятельно или по направлению специалистов других медицинских организаций, в соответствии с законодательством Российской Федерации. Возможный конфиденциальный характер работы специалистов ЦОРЗП с подростками старше пятнадцати лет направлен на увеличение гарантии сохранения врачебной тайны;
- организация, участие в проведении, контроль эффективности и качества проведения профилактических осмотров подростков декретируемых возрастов в целях раннего выявления заболеваний репродуктивной системы, профилактики инфекций, передаваемых половым путем (далее - ИППП), включая ВИЧ-инфекцию, непредвиденной беременности;
- своевременное информирование подростков, родителей и педагогов о предстоящем профилактическом осмотре, его целях и порядке проведения;
- проведение первичной диагностики и своевременное направление для обследования и лечения патологии молочных желез у девочек-подростков;
- оказание комплексной медицинской и социально-психологической реабилитационной помощи при гинекологических, урологических, андрологических, эндокринных заболеваниях, после лечения пороков развития, воспалительных, доброкачественных и предраковых заболеваний половых органов, после сексуального насилия и прерывания беременности, включая профилактику повторной беременности;
- своевременное направление беременных подростков в медицинские организации (женская

- консультация), оказывающие медицинскую помощь женщинам в период беременности, в соответствии с разделом I настоящего Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"; оказание дерматологической помощи подросткам, в том числе с андрогензависимой дермопатией и папилломатозом;
- консультирование подростков по вопросам физиологии и психологии полового развития, иммунопрофилактики, профилактики рискованного сексуального поведения, аборт и ИППП, формирования навыков ответственного репродуктивного поведения и здоровых взаимоотношений в семье;
 - динамическое наблюдение за подростками, использующими контрацептивы, своевременное консультирование сексуально активных девочек-подростков для подбора метода контрацепции, с учетом возникновения побочных эффектов или осложнений на фоне или после использования контрацептивов;
 - оказание психологической и психотерапевтической помощи подросткам и членам их семей при наличии у подростков эмоциональных нарушений, расстройств поведения и половой идентификации, сексуального предпочтения и полоролевого поведения, нервно-психических расстройств после сексуального насилия и аборта, при нежеланной беременности;
 - организация и обеспечение информационно-просветительной работы, подготовка и издание методических и информационных материалов по вопросам полового развития, сохранения репродуктивного здоровья подростков и молодежи для медицинских работников, педагогов, социальных работников, родителей и подростков;
 - информационная и образовательная помощь специалистам, работающим с подростками, в том числе оказывающим медицинскую помощь, обучение навыкам медико-социальной психологии и деонтологии;
 - подготовка и обучение волонтеров из числа молодых людей в возрасте от пятнадцати до двадцати четырех лет, для работы в сфере охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи;
 - участие в реализации целевых программ по вопросам охраны репродуктивного здоровья подростков; изучение экологических, медико-социальных и организационных факторов влияния на репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение подростков с учетом региональных особенностей;
 - внедрение автоматизированной системы анализа показателей распространенности гинекологической, урологической и андрологической заболеваемости, аборт и ИППП у подростков; изучение особенностей репродуктивного и сексуального поведения с учетом возраста подростков; участие в разработке программ коррекции психического статуса с учетом тендерных и возрастных особенностей подростка совместно с другими специалистами ЦОРЗП;
 - организация и проведение семинаров, конференций, тренингов, совещаний по актуальным вопросам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья подростков и молодежи в целевых аудиториях (медицинские, социальные работники, психологи, педагоги, родители) с использованием современных эффективных информационно-просветительных моделей;
 - взаимодействие и привлечение к совместной работе представителей молодежных и общественных организаций, социальных служб, средств массовой информации;
 - взаимодействие с психолого-педагогическими, медико-социальными центрами, органами социальной защиты, оказание социально-правовой помощи подросткам, имеющим факторы повышенного социального риска, находящимся в социально опасном положении или в трудной жизненной ситуации и нуждающимся в медико-социальной защите и поддержке;
 - взаимодействие с социальными педагогами и психологами образовательных организаций;
 - ведение учетной и отчетной документации, представление отчетов о деятельности ЦОРЗП.

Центр осуществляет взаимодействие с другими медицинскими организациями, с органами социальной защиты населения, образования, молодежной политики, и другими организационными структурами в области сохранения и укрепления репродуктивного здоровья подростков и молодежи, пропаганды ответственного репродуктивного поведения и медико-социальной реабилитации.

К работе Центра по проведению профилактической работы среди сверстников могут привлекаться волонтеры из числа подростков и молодежи.

Рекомендуемая организационная структура Центра:

- регистратура;
- кабинеты врачей специалистов (врача-гинеколога детского и подросткового возраста; врача - детского уролога-андролога; врача-терапевта подросткового; врача-психотерапевта; врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра подросткового, врача-дерматовенеролога, врача-сексолога, врача-рефлексотерапевта, врача-эндокринолога; врача-методиста; врача-статистика; психолога (медицинского психолога); социального педагога; юриста; специалиста по социальной работе; ультразвуковой диагностики; процедурный кабинет; манипуляционная; физиотерапевтический кабинет);
- дневной стационар;
- клиничко-диагностическая лаборатория;
- административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами (администрация; бухгалтерия; отдел кадров; экономическая служба; технические службы; стерилизационная; аптека).

Норма нагрузки консультативно-амбулаторного приема врача акушера-гинеколога: первичный прием девочки - 30 минут, повторный прием девочки - 20 минут.

Рекомендуемые штатные нормативы Центра охраны репродуктивного здоровья подростков:

Заведующий Центром – врач акушер- гинеколог - 1 должность;

Врач-акушер-гинеколог (по оказанию медицинской помощи в детском возрасте) - 1,25 должности на 10 тысяч детского населения;

Врачи: детский уролог-андролог, терапевт подростковый, психиатр-нарколог, психиатр подростковый, дерматовенеролог, сексолог, рефлексотерапевт, эндокринолог – по 1 должности на 10 тысяч детского населения; акушер-гинеколог - 1 должность на 10 коек дневного стационара; психотерапевт, физиотерапевт – по 1 должности на 10 должностей врачей-специалистов; методист, статистик, медицинский психолог (психолог) - по 1 должности; ультразвуковой диагностики - из расчета норм времени на ультразвуковые исследования.

Средние медицинские работники: Старшая акушерка - 1 должность; акушерка – по 1 должности на каждую должность врача-акушера-гинеколога; медицинская сестра – по 1 должности на каждую должность врача-специалиста; медицинская сестра дневного стационара - 1 должность на 10 коек.

Не медицинские работники: Юрист, социальный педагог, специалист по социальной работе – по 1 должности.

Организация деятельности Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшимся в трудной жизненной ситуации

Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, создается как структурное подразделение медицинской организации для оказания медико-социальной помощи женщинам в период беременности и в послеродовом периоде.

Целью создания Центра является организация и координация работы кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций.

Центр осуществляет следующие *функции*:

- ✓ разработка методических рекомендаций для специалистов по социальной работе и

- психологов женских консультаций и акушерских стационаров;
- ✓ проведение тренингов со специалистами кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций;
 - ✓ организация "телефонов доверия";
 - ✓ разработка сайта в сети Интернет, пропагандирующего позитивное отношение к родительству и позиционирующего результаты работы центра;
 - ✓ оказание содействия в предоставлении временного приюта в учреждениях социальной защиты (а также в приютах, созданных общественными и религиозными объединениями), организации патронажа женщин, нуждающихся в медико-социальной помощи, реабилитации и поддержке;
 - ✓ анализ деятельности кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций на основе предоставленных отчетов;
 - ✓ создание необходимых условий для обеспечения максимально полной медико-психологической реабилитации и адаптации в обществе, семье;
 - ✓ привлечение различных государственных органов и общественных объединений к решению вопросов медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и координация их деятельности в этом направлении;
 - ✓ осуществление мероприятий по выявлению женщин групп риска по отказу от ребенка после родов;
 - ✓ организация консультирования по вопросам социальной защиты женщин разового или постоянного характера;
 - ✓ участие в формировании у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшего воспитания ребенка;
 - ✓ организация групп психологической поддержки женщин в период беременности с привлечением врачей-психотерапевтов.

Центр самостоятельно оказывает медико-социальные услуги женщинам:

- подвергшимся психофизическому насилию;
- потерявшим родных и близких (вдовы); имеющим детей-инвалидов;
- женщинам-инвалидам;
- одиноким матерям с несовершеннолетними детьми;
- несовершеннолетним матерям;
- несовершеннолетним и одиноким женщинам из неполных семей;
- находящимся в предразводной и послеразводной ситуации;
- находящимся в конфликте с семьей.

Центр осуществляет свою деятельность на основе взаимодействия с органами государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, образования, социальной защиты, с общественными организациями (объединениями), негосударственными фондами, традиционными конфессиями по реализации медико-социальных и психологических задач, направленных на сохранение и укрепление здоровья беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, включая превентивные меры по предупреждению абортот и отказов от новорожденных в роддомах.

Рекомендуемая *структура* Центра:

Кабинеты:

- врача акушера-гинеколога;
- врача-психотерапевта;
- психолога (медицинского психолога);
- специалиста по социальной работе;
- юриста.

Рекомендуемые штатные нормативы Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации:

Руководитель Центра – врач акушер-гинеколог - 1 должность.

Врачи: психотерапевт, психолог (медицинский психолог), психолог (телефона доверия) - по

1 должности.

Средние медицинские работники: Медицинская сестра - 1 должность.

Не медицинские работники: Специалист по социальной работе, юрист, инструктор по труду, программист – по 1 должности.

Организация деятельности дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии

Дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации для оказания медицинской помощи при заболеваниях и состояниях по профилю «акушерство и гинекология» в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

Структура и штатная численность дневного стационара устанавливается руководителем медицинской организации, в составе которой он создан, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения, с учетом рекомендуемых штатных нормативов.

Рекомендованная структура дневного стационара:

- палата(ы);
- процедурная;
- операционная;
- пост медицинской сестры;
- кабинет заведующего дневным стационаром;
- комната для разогрева пищи пациентам (при нахождении пациента свыше 4 часов);
- кабинет врача акушера-гинеколога;
- смотровой кабинет;
- кабинет ультразвуковой диагностики;
- комната персонала;
- санузел;
- санитарная комната;
- иные кабинеты по решению руководства медицинской организации.

Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.

Руководит дневным стационаром врач акушер-гинеколог.

Рекомендуемые штатные нормативы дневного стационара:

Заведующий дневным стационаром - врач акушер-гинеколог - вместо 0,5 должности врача акушера-гинеколога при наличии менее 15 коек; 1 должность - при наличии более 15 коек.

Врачи: акушер-гинеколог - 1 должность на 10 коек; ультразвуковой диагностики - 1 должность на 1 аппарат в смену.

Средний медицинский персонал: Старшая медицинская сестра (акушерка) - вместо 0,5 должности медицинской сестры при наличии менее 15 коек; 1 должность - при наличии более 15 коек; акушерка или медицинская сестра палатная (постовая) - 0,5 должности на 10 коек; медицинская сестра процедурной - 1 должность на 10 коек; медицинская сестра перевязочной - 1 должность.

Младший медицинский персонал: Младшая медицинская сестра по уходу за больными - 0,5 должности на 10 коек; санитар - 0,5 должности на 10 коек; не менее 1 должности в смену.

Сестра-хозяйка – 1 должность.

Дневной стационар осуществляет следующие функции:

- ✓ оказание медицинской помощи больным по профилю "акушерство и гинекология" в случаях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи до 22 недель гестации, за исключением

проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации, проводимых до 36-й недели беременности;

- ✓ продолжение (завершение) курса лечения, назначенного в стационаре, в состоянии, не требующем наблюдения в ночное и вечернее время независимо от срока беременности;
- ✓ восстановительное лечение больных, выписанных из стационара под наблюдение врача медицинской организации после оперативных вмешательств;
- ✓ проведение лечебных и диагностических мероприятий, требующих наблюдения медицинским персоналом в течение нескольких часов в условиях медицинской организации (оказание медицинской помощи в связи с проведением малых гинекологических операций, искусственным прерыванием беременности (в том числе медикаментозным));
- ✓ при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (трансвагинальная пункция яичников, перенос эмбрионов в полость матки и др.), а также при хорионбиопсии, амниоцентезе, кордоцентезе, биопсии плаценты);
- ✓ проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин;
- ✓ внедрение в клиническую практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных с акушерской и гинекологической патологией;
- ✓ организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения и снижения заболеваемости внутрибольничными инфекциями пациентов и медицинских работников;
- ✓ взаимодействие с другими лечебно-диагностическими подразделениями медицинской организации;
- ✓ ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Глава 2

Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи

В соответствии с принципами оказания перинатальной помощи, опубликованными ВОЗ, медицинская помощь во время беременности должна быть районирована и носить уровневый характер, доступный при необходимости любой пациентке. При этом географическое расположение учреждений родовспоможения должно обеспечивать временную доступность базовой неотложной акушерской помощи в течение двух часов, а в случае необходимости оказания высокоспециализированной акушерской помощи - максимально в пределах 12 часов.

В 2012 году Минздравом России был издан приказ № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в соответствии с которым медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период должна осуществляться на основе листов маршрутизации, позволяющих предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинских организаций. В настоящее время оказание специализированной акушерско-гинекологической помощи регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"» от 20 октября 2020 г.

В зависимости от возможностей оказания медицинской помощи (коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения) медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, были разделены на три уровня:

➤ первый уровень – акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача анестезиолога-реаниматолога, а также медицинские организации, имеющие в составе urgentный родильный зал;

➤ второй уровень – акушерские стационары (родильные дома (отделения), в том числе профилированные по видам патологии), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реанимации) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, а также межрайонные перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации (палаты интенсивной терапии) для женщин (по решению руководителя медицинской организации - с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации), палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, пост патологии новорожденных и недоношенных детей (по решению руководителя медицинской организации);

➤ третий А уровень - акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с отделением телемедицины, в том числе с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации;

➤ третий Б уровень - акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения

акушерской и неонатальной патологии и осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров субъектов Российской Федерации.

Организация деятельности родильного дома

Основным учреждением, оказывающим стационарную акушерско-гинекологическую помощь, является *родильный дом (отделение)*, деятельность которого организуется в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения РФ.

Родильный дом (отделение) создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение в составе медицинских организаций с целью оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовой период, а также медицинской помощи новорожденным.

Родильный дом (отделение) осуществляет следующие *функции*:

- ✓ оказание акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, медицинской помощи новорожденным, а также женщинам с заболеваниями репродуктивной системы в стационарных условиях;
- ✓ внедрение современных перинатальных семейно-ориентированных технологий (демедицинализация родов, партнерские роды, совместное пребывание матери и ребенка, раннее прикладывание к груди, приоритет грудного вскармливания, профилактика гипотермии новорожденных);
- ✓ санитарно-гигиеническое обучение женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем;
- ✓ установление медицинских показаний и направление женщин и новорожденных в медицинские организации для оказания им специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- ✓ проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдача листков нетрудоспособности женщинам по беременности и родам;
- ✓ участие в направлении женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертизу;
- ✓ организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения и снижения заболеваемости внутрибольничными инфекциями женщин, новорожденных и медицинских работников;
- ✓ проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным;
- ✓ проведение анализа причин гинекологических заболеваний, акушерских и экстрагенитальных осложнений у женщин, заболеваемости новорожденных;
- ✓ осуществление статистического мониторинга и анализа причин материнской и перинатальной смертности;
- ✓ обеспечение вакцинопрофилактики новорожденным, проведение неонатального и аудиологического скрининга;
- ✓ организация питания женщин и новорожденных в период их пребывания в родильном доме;
- ✓ взаимодействие с женской консультацией, не входящей в его состав, станцией (отделением) скорой медицинской помощи, поликлиникой, детской поликлиникой, а также с другими медицинскими организациями (противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкологическим диспансерами, Центрами профилактики и борьбы со СПИД);
- ✓ обеспечение проведения антиретровирусной профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ВИЧ-инфицированным роженицам и их новорожденным;
- ✓ организация повышения профессиональной квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием;

- ✓ ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Руководство родильным домом, созданным как самостоятельная медицинская организация, осуществляет главный врач. Руководство родильным домом (отделением), созданным в структуре медицинской организации, осуществляет заведующий (или заместитель главного врача по родовспоможению).

Работу среднего и младшего медицинского персонала организует главная медицинская сестра (акушерка).

В *структуру* родильного дома (отделения) входят:

- **Акушерский стационар:**

1. *приемное отделение;*

2. *акушерское отделение патологии беременности:* палаты для беременных женщин; смотровая; процедурная; кабинет функциональной диагностики;

3. *акушерское физиологическое отделение:* смотровая; предродовая палата; родовой зал (индивидуальный родовой зал); операционный блок: предоперационная; операционная; материальная;

послеродовое палатное отделение: палаты для родильниц; палаты для совместного пребывания матери и ребенка; смотровая; процедурный кабинет;

4. *акушерское наблюдательное отделение:* смотровая; палата патологии беременности; предродовая палата; родовой зал (индивидуальный родовой зал); операционный блок: предоперационная; операционная; материальная; палаты для родильниц; палаты для совместного пребывания матери и ребенка; манипуляционная; процедурный кабинет; изолятор (мельтцеровский бокс).

5. *отделение анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) для женщин:* палата (пост) реанимации и интенсивной терапии для женщин;

6. *акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;*

- **Отделения неонатологического профиля:**

- *отделение новорожденных физиологическое:* палаты для новорожденных; молочная комната; выписная комната; процедурная; вспомогательные помещения;

- *отделение новорожденных при наблюдательном отделении:* палаты для новорожденных; выписная комната; процедурная;

- *палата (пост) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;*

- **Гинекологическое отделение;**

- **Клинико-диагностическая лаборатория;**

- **Кабинет функциональной диагностики;**

- **Физиотерапевтический кабинет;**

- **Рентгеновский кабинет;**

- **Централизованное стерилизационное отделение;**

- **Административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами:** администрация; пищеблок; бухгалтерия; отдел кадров; отдел снабжения; аптека; техническая служба.

Акушерский стационар имеет свое приемное отделение, которое называется приемно-смотровой блок родильного дома (отделения) и три акушерских отделения: физиологическое родовое отделение, наблюдательное родовое отделение и отделение патологии беременности.

Допускается отсутствие наблюдательного отделения при наличии палат на 1 - 2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу наблюдательного отделения.

В структуру родильного дома может входить *женская консультация*.

Рекомендуемые врачебные штатные нормативы родильного дома (отделения):

Главный врач - 1 должность;

Заместитель главного врача (по медицинской части) и Заместитель главного врача (по клинично-экспертной работе) – по 1 должности в родильном доме на 80 коек и более.

Акушерское отделение:

Заведующий отделением – врач акушер-гинеколог - 1 должность в каждом отделении акушерского профиля;

Врач акушер-гинеколог - 1 должность: на 12 коек в отделении патологии беременности; на 12 коек в физиологическом родовом отделении; на 12 коек в наблюдательном родовом отделении; 4,75 должности: на 3 индивидуальные родовые; на 1 предродовую и родовую; в приемном отделении;

Врач-терапевт - 1 должность в стационаре на 100 коек и дополнительно 0,25 должности на родильный дом, имеющий 30 и более коек для беременных с экстрагенитальными заболеваниями;

Заведующий отделением анестезиологии-реанимации - 1 должность;

Врач анестезиолог-реаниматолог - 4,75 должности: на 6 индивидуальных родовых; на 2 операционных и дополнительно 1 должность для проведения плановых оперативных вмешательств; на 6 коек в отделении анестезиологии-реаниматологии (палате интенсивной терапии) для женщин; 1 должность для проведения плановых оперативных вмешательств.

Отделения неонатологического профиля:

Заведующий отделением – врач-неонатолог - 1 должность;

Врач-неонатолог - 1 должность: на 25 коек для новорожденных детей отделения новорожденных физиологического; на 15 коек для новорожденных детей отделения новорожденных при наблюдательном отделении и детей от матерей, больных туберкулезом или септическими послеродовыми заболеваниями; на 10 коек недоношенных новорожденных детей (палату (пост) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных).

Дополнительно 4,75 должности (для обеспечения круглосуточной работы в родильном блоке и палате интенсивной терапии);

Врач анестезиолог-реаниматолог - 4,75 должности на 3 койки (для обеспечения круглосуточной работы).

Гинекологическое отделение:

Заведующий отделением - врач акушер-гинеколог - 1 должность;

Врач акушер-гинеколог - 1 должность на 12 коек; 4,75 должности (для обеспечения круглосуточной работы).

Акушерский стационар. В родильный дом подлежат госпитализации беременные (при наличии медицинских показаний), роженицы, а также родильницы в раннем послеродовом периоде в случае родов вне лечебного учреждения (в течение 24 ч после родов). При поступлении в родильный дом роженица или родильница направляются в приемно-смотровой блок, где предъявляют паспорт и «Обменную карту беременной, роженицы и родильницы» (ф. 113/у-20). Прием женщин в приемно-смотровой блоке проводит врач (в дневные часы - врачи отделений, затем - дежурные врачи) или акушерка, которая при необходимости вызывает врача. В приемно-смотровой блоке целесообразно иметь 1 комнату-фильтр и 2 смотровые комнаты. Одна смотровая комната предусмотрена для приема женщин в акушерское физиологическое отделение, другая - в наблюдательное.

Врач (или акушерка) оценивает общее состояние поступающей, знакомится с «Обменной картой...», выясняет, переносила ли женщина инфекционные, воспалительные заболевания до и во время беременности, обращая особое внимание на заболевания, перенесенные непосредственно перед поступлением в родильный дом, устанавливает наличие хронических воспалительных заболеваний, наличие и длительность безводного периода.

В результате сбора анамнеза, осмотра, знакомства с документами в комнате-фильтре женщин разделяют на два потока: с нормальным течением беременности, которых направляют в *акушерское физиологическое отделение*, и представляющих эпидемическую опасность для окружающих, которых направляют в *акушерское наблюдательное отделение*.

Кроме того, в наблюдательное отделение направляют женщин при отсутствии «Обменной карты...», а также рожениц в раннем послеродовом периоде в случае родов вне лечебного учреждения.

В смотровых физиологического и наблюдательного акушерских отделений проводят объективное обследование женщины, ее санитарную обработку, выдают комплект стерильного белья, берут на анализы кровь и мочу. Из смотровой в сопровождении среднего медицинского персонала женщина переходит (при наличии показаний перевозится на каталке) в родовой блок соответствующего отделения или в акушерское отделение патологии беременности.

Центральным подразделением родильного дома является *родовой блок*, который включает: предродовые палаты, родовой зал (индивидуальный родовой зал), палату реанимации и интенсивной терапии, детскую комнату, операционные, санитарные помещения. В предродовой палате женщина проводит весь первый период родов. Дежурная акушерка или врач постоянно наблюдают за состоянием роженицы. В конце первого периода родов женщина переводится в родовой зал. В акушерских стационарах рекомендуются семейно ориентированные (партнерские) роды.

При наличии двух родовых залов прием родов в них осуществляется поочередно. Каждый родовой зал работает в течение 1-2 суток, затем в нем проводят генеральную уборку. При наличии одного родового зала прием родов осуществляют поочередно на различных рахмановских кроватях. Два раза в неделю проводится генеральная уборка родового зала. Нормально протекающие роды принимает акушерка. В процессе родов необходимо ведение партограммы. В течение родов и в первые дни после рождения выполняется комплекс мероприятий, направленных на профилактику гипотермии новорожденных.

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 зале под наблюдением не менее 2 ч. В родильном зале, при отсутствии противопоказаний, рекомендуется обеспечить максимально раннее первое прикладывание ребенка к груди (не позднее 1,5 - 2 часов) после рождения продолжительностью не менее 30 минут и поддержку грудного вскармливания.

Акушерка 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 привязывают браслетки, а после пеленания поверх одеяла - медальон. На них указывают фамилию, имя, отчество, номер истории родов матери, пол ребенка, массу, рост, час и дату его рождения. После окончания обработки новорожденного акушерка (врач) заполняет необходимые графы в «Истории родов» (ф. 096/1у-20) и «Истории развития новорожденного» (ф. 097/у).

При нормальном течении послеродового периода спустя 2 ч после родов женщина переводится на каталке вместе с ребенком в *послеродовую палату*, которая находится в составе акушерского физиологического отделения.

При заполнении послеродовых палат 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 в наблюдательное родовое отделение или в другое специализированное учреждение.

В акушерское наблюдательное отделение помещают больных женщин, имеющих здорового ребенка, здоровых женщин, имеющих больного ребенка, а также больных женщин, имеющих больного ребенка.

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

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

Планировка отделения патологии беременности должна предусматривать полную изоляцию его от других отделений, возможность транспортировки беременных в физиологическое и наблюдательное отделения (минуя другие отделения), а также выход для беременных из отделения на улицу. В структуре отделения предусмотрены кабинет функциональной диагностики с современным оборудованием (в основном кардиологическим), смотровая, малая операционная, кабинет физиопсихопрофилактической подготовки к родам, крытые веранды или залы для прогулок беременных.

Из отделения патологии беременности женщин могут перевести в связи с улучшением состояния под наблюдение женской консультации, а также для родоразрешения - в физиологическое или наблюдательное отделение. Перевод женщин в одно из этих отделений осуществляется обязательно через приемно-смотровой блок, где им проводят полную санитарную обработку.

Акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи перинатального центра и родильного дома (далее - акушерский дистанционный консультативный центр) организуется с целью оказания неотложной медицинской помощи и проведения реанимационных и лечебных мероприятий женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, в том числе во время транспортировки, и является структурным подразделением акушерского стационара третьего уровня.

Основными *функциями* акушерского дистанционного консультативного центра являются:

- организация, проведение и техническое сопровождение в круглосуточном режиме консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий;
- организация передачи и получения информации (результатов лабораторных и инструментальных методов исследования и параметров, отражающих состояние жизненно важных функций организма человека) для осуществления консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий;
- мониторинг состояния здоровья пациентов, в отношении которых проводились консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий, с оценкой исполнения выданных рекомендаций;
- организация мониторинга течения беременности и формирование групп риска по возникновению осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде;
- организация в медицинских организациях субъекта Российской Федерации мониторинга женщин с угрожающими жизни заболеваниями или клиническими ситуациями, осложнившими течение беременности, родов и послеродового (послеабортного) периода;
- осуществление оперативного, динамического контроля (дистанционного мониторинга) за состоянием здоровья женщин с осложненным течением беременности, родов и послеродового (послеабортного) периода; при прогрессировании заболевания - незамедлительная организация консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий с целью оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики лечебно-диагностического процесса, целесообразности перевода либо медицинской эвакуации;

- выявление и мониторинг в медицинских организациях субъекта Российской Федерации женщин, госпитализированных с показаниями, не соответствующими группе (уровню) акушерского стационара; организация консультирования, включая консилиум врачей, с применением телемедицинских технологий с целью оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики лечебно-диагностического процесса, целесообразности перевода либо медицинской эвакуации;
- определение этапности оказания медицинской помощи, контроль за ее соблюдением и своевременностью медицинской эвакуации женщин с угрожающими жизни заболеваниями или клиническими ситуациями, осложнившими течение беременности, родов и послеродового (послеабортного) периода;
- принятие решения о направлении и составе выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи в медицинские организации субъекта Российской Федерации;
- организация оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пациенток с высокой степенью риска материнской смертности, нуждающихся в интенсивной терапии, в отделение анестезиологии-реанимации с привлечением выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;
- взаимодействие с неонатальным дистанционным консультативным центром;
- обеспечение оперативной информацией (о количестве тяжелых пациентов, характере и степени тяжести выявленной патологии, результатах лечебно-диагностических мероприятий) руководства органов государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Структура и штатная численность акушерского дистанционного консультативного центра устанавливаются руководителем медицинской организации с учетом рекомендуемых штатных нормативов.

Рекомендуемые штатные нормативы акушерского дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи перинатального центра и родильного дома:

Акушерский дистанционный консультативный центр:

Заведующий акушерским дистанционным консультативным центром перинатального центра и родильного дома - врач акушер-гинеколог или врач анестезиолог-реаниматолог - 1 должность;

Врач акушер-гинеколог - 4,75 должности;

Врач анестезиолог-реаниматолог - 4,75 должности;

Старшая медицинская сестра – 1 должность;

Медицинская сестра, фельдшер (акушерка) - 4,75 должности.

Выездные анестезиолого-реанимационные акушерские бригады:

Врач анестезиолог-реаниматолог, врач акушер-гинеколог, медицинская сестра-анестезист, санитар – по 4,75 должности.

Выездная бригада работает в круглосуточном режиме по утвержденному руководителем медицинской организации графику. Обеспечение и контроль за работой выездной бригады осуществляет заместитель главного врача медицинской организации. Врачи выездной бригады оставляют запись в истории родов или медицинской карте стационарного больного с описанием тяжести состояния и параметров, отражающих жизненно важные функции организма пациентки, проведенных медицинских вмешательствах и сделанных рекомендациях. Медицинская эвакуация осуществляется на основании информированного добровольного согласия пациентки или ее законного представителя на медицинскую эвакуацию.

В случае необходимости и с целью обеспечения экстренной транспортировки больных из труднодоступных районов акушерский дистанционный консультативный центр взаимодействует с региональными центрами Всероссийской службы медицины катастроф, структурными подразделениями Министерства РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий и медицинскими организациями, на которые возложены функции обеспечения скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощью.

Основным принципом работы акушерского дистанционного консультативного центра является взаимозаменяемость медицинских работников акушерского дистанционного консультативного центра и медицинских работников отделений (акушерских, анестезиологии-реаниматологии).

Отделения неонатологического профиля. В течение 1-х суток после рождения каждый ребенок находится под интенсивным наблюдением медицинского персонала. Врачи-педиатры проводят ежедневный осмотр детей. Если в родильном доме работает один педиатр, то во время его отсутствия осмотр детей осуществляет дежурный акушер-гинеколог. В необходимых случаях, требующих экстренного вмешательства, акушер-гинеколог вызывает педиатра. По окончании осмотра новорожденных педиатр (акушер-гинеколог) сообщает матерям о состоянии детей и проводит с ними санитарно-просветительную работу.

В современном родильном доме не менее 70% коек физиологического родового отделения должны быть выделены 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, снижает возможность его инфицирования. При таком режиме обеспечивается раннее прикладывание новорожденного к груди, происходит активное обучение матери навыкам практического ухода за новорожденным.

При совместном пребывании матери и ребенка они размещаются в боксах или полубоксах (на 1-2 кровати)

Противопоказаниями к совместному пребыванию матери и ребенка со стороны *родильницы* являются:

- тяжелые гестозы беременных;
- экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации;
- повышенная температура;
- разрыв или разрезы промежности II степени.

Со стороны *новорожденного*:

- недоношенность, незрелость;
- длительно перенесенная внутриутробная гипоксия плода;
- внутриутробная гипотрофия II-III степени;
- родовая травма, асфиксия при рождении;
- аномалия развития;
- гемолитическая болезнь.

Совместное пребывание матери и ребенка в родильном доме требует строжайшего соблюдения санитарно-эпидемиологического режима.

В палатах для новорожденных обсервационного родового отделения находятся дети, рожденные в этом отделении, родившиеся вне родильного дома, переведенные из физиологического родового отделения, родившиеся с тяжелыми врожденными аномалиями, с проявлениями внутриутробной инфекции, с массой тела менее 1000 г. Для больных детей в обсервационном родовом отделении выделяется изолятор на 1-3 койки. При наличии показаний дети могут быть переведены в отделение новорожденных детской больницы.

С целью снижения перинатальной смертности, организации постоянного наблюдения за состоянием жизненно важных функций новорожденных, своевременного проведения корректирующих и диагностических мероприятий в родовспомогательных учреждениях создаются специальные *палаты интенсивной терапии и реанимации новорожденных*. Создание таких палат в родильных домах мощностью 80 коек и более для новорожденных является обязательным. При меньшей мощности родильного дома организуются посты интенсивной терапии.

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

Рекомендуемое время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов - 3 суток, при неосложненном течении послеоперационного периода после кесарева сечения - 4 суток.

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

Выписка осуществляется через специальные выписные комнаты, которые должны быть отдельные для родильниц из физиологического и наблюдательного отделений. Выписные комнаты должны иметь 2 двери: из послеродового отделения и из помещения для посетителей. Нельзя использовать для выписки родильниц приемные помещения.

При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка) и профилактике нежеланной беременности. Медицинская сестра (в палате) должна дополнительно обработать и перепеленать ребенка. В выписной комнате медицинская сестра 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» медицинская сестра отмечает время его выписки из родильного дома и состояние кожных покровов, слизистых оболочек, знакомит мать с записью, которая удостоверяется подписями медицинской сестры и матери. Выписной эпикриз направляется в женскую консультацию, детскую поликлинику в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети "Интернет") и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) или бумажный вариант выдается родильнице на руки для продолжения наблюдения за родильницей в послеродовом периоде и новорожденным. Медицинская сестра выдает матери «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. 103/у-98) и «Обменную карту беременной, роженицы и родильницы» (ф. 113/у-20).

В день выписки ребенка старшая сестра отделения новорожденных сообщает по телефону в детскую поликлинику по месту проживания основные сведения о выписанном ребенке.

Гинекологические отделения родильных домов бывают трех профилей:

- для госпитализации больных, нуждающихся в оперативном лечении;
- для больных, нуждающихся в консервативном лечении;
- для искусственного прерывания беременности.

В структуру отделения должны входить свое приемное отделение, перевязочная, манипуляционная, малая и большая операционные (для отделения с оперативным лечением), физиотерапевтический кабинет, палата интенсивной терапии, комната для выписки. Кроме того, для диагностики и лечения больных с гинекологическими заболеваниями используют другие лечебно-диагностические подразделения родильного дома: лабораторию, кабинет функциональной диагностики, рентгеновский кабинет и др.

В целом работа гинекологического отделения во многом схожа с деятельностью обычного отделения многопрофильной больницы.

В последние годы отделения для искусственного прерывания беременности стараются выводить из акушерских стационаров, организуя их в структуре гинекологических отделений на базе многопрофильных больниц или дневных стационаров.

Организация деятельности Перинатального центра

В целях повышения эффективности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в ряде субъектов РФ организуются перинатальные центры. В последние годы эта работа активизировалась в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Создание перинатальных центров позволяет сформировать эффективную трехуровневую систему оказания акушерско-гинекологической помощи в субъектах Российской Федерации, сконцентрировать в одном учреждении беременных высокого перинатального риска и новорожденных, внедрить современные инновационные технологии в перинатологии и при ведении беременных с тяжелыми осложнениями гестационного процесса и экстрагенитальной патологией, снизить материнскую и младенческую смертность в Российской Федерации. Развитие сети перинатальных центров должно оказать в дальнейшем существенное влияние на преодоление негативных тенденций и стабилизацию демографической ситуации, что определено Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Число и мощность Перинатальных центров определяются с учетом региональных особенностей заболеваемости в субъектах РФ.

Перинатальный центр (далее Центр) является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением в составе медицинской организации. Федеральный перинатальный центр также может являться структурным подразделением образовательных и научных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность. Центр оказывает медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, новорожденным детям, а также гинекологическим больным по сохранению и восстановлению репродуктивной функции.

Руководство Центром осуществляет главный врач (директор).

Центр осуществляет следующие функции:

- оказывает консультативно-диагностическую и лечебную помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным и детям первых месяцев жизни с врожденной и перинатальной патологией, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий;
- участвует в информационном взаимодействии в рамках интеграции медицинских информационных систем, в том числе - с системами органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, медицинскими информационно-аналитическими центрами и территориальными фондами обязательного медицинского страхования для предоставления или получения необходимых сведений, с целью дальнейшей аналитической обработки и подготовки предложений по совершенствованию службы родовспоможения и охраны репродуктивного здоровья населения;
- участвует в аналитическом сборе данных из подсистем единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения и иных государственных информационных систем, касающихся беременных, рожениц, родильниц и новорожденных;
- организует оказание высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения;
- осуществляет оперативное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивает

своевременное оказание им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений;

- осуществляет плановый мониторинг и контроль маршрутизации беременных женщин, рожениц и родильниц в рамках трехуровневой системы в акушерстве; осуществляет взаимодействие между медицинскими организациями;
- организует и проводит консилиумы врачей для определения тактики ведения беременности и родов у женщин с осложненным течением беременности, в том числе при выявлении хромосомных нарушений, генетической патологии и пороков развития у плода, а также при наличии экстрагенитальных заболеваний;
- оказывает дистанционные виды консультативной помощи на основе использования современных информационных технологий при возникновении критических или других ситуаций, требующих разрешения в акушерстве, гинекологии, анестезиологии-реаниматологии, неонатологии, организует экстренную и неотложную медицинскую помощь женщинам и детям, в том числе вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию;
- проводит клинично-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией;
- проводит экспертизу временной нетрудоспособности, выдает листки нетрудоспособности;
- оказывает анестезиолого-реанимационную помощь;
- оказывает хирургическую помощь новорожденным;
- апробирует и внедряет в деятельность медицинских организаций современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;
- обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста;
- проводит организационно-методическую работу по повышению профессиональной подготовки врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием по вопросам перинатальной помощи, организует и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка;
- осуществляет статистический мониторинг и анализ материнской, перинатальной, младенческой смертности, разрабатывает предложения по совершенствованию и развитию службы охраны материнства и детства;
- обеспечивает организацию проведения информационных мероприятий для населения и специалистов по вопросам перинатальной помощи, охраны и укрепления репродуктивного здоровья и позитивного отношения к материнству.

К функциям Федерального перинатального центра дополнительно относятся:

- обеспечение межтерриториального взаимодействия с органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья по оказанию медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовый период и новорожденным;
- осуществление мониторинга состояния беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных субъектов Российской Федерации, нуждающихся в интенсивной помощи;
- оказание дистанционных видов консультативной помощи и организация экстренной и неотложной медицинской помощи женщинам и детям субъектов Российской Федерации при возникновении критических ситуаций, в том числе вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию;
- оказание хирургической помощи новорожденным;

- разработка современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения, направленных на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;
- разработка предложений по совершенствованию и развитию службы охраны материнства и детства;
- мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности перинатальных центров, находящихся в ведении исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации;
- повышение квалификации, обучение и тренинг медицинских работников перинатальных центров, находящихся в ведении исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и детям, в том числе на основе катamnестического наблюдения, в медицинских организациях субъектов Российской Федерации.

Рекомендуемая *структура* перинатального центра:

- Консультативно-диагностическое отделение (центр):

1. Поликлиника: кабинеты врачей акушеров-гинекологов (консультативные кабинеты для беременных женщин, кабинет невынашивания беременности, кабинеты для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции); кабинет врача акушера-гинеколога для несовершеннолетних; кабинеты врача-терапевта, врача-невролога, врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-офтальмолога, врача-уролога; процедурный кабинет; операционная;

2. отделение (кабинет) функциональной диагностики;

3. физиотерапевтическое отделение (кабинет);

4. кабинет (зал) физиопсихопрофилактической подготовки беременной женщины и ее семьи к родам, партнерским родам;

5. центр медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;

6. кабинет (отделение) антенатальной охраны плода;

- Приемное отделение;

- Акушерский стационар: отделение патологии беременности; родовое отделение (индивидуальные родовые) с операционными; отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения с экспресс-лабораторией; акушерское физиологическое отделение с совместным пребыванием матери и ребенка; акушерское наблюдательное отделение (боксовые палаты, при их отсутствии наличие изолятора; палаты совместного пребывания матери и ребенка); акушерский дистанционный консультативный центр для формирования регистра беременных, рожениц и родильниц, определения групп риска и контроля за маршрутизацией пациенток и консультативной помощи врачам при оказании экстренной и неотложной медицинской помощи;

- Неонатологический стационар: отделения новорожденных акушерского физиологического и акушерского наблюдательного отделений; отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией (количество реанимационных коек определяется из расчета 4 койки на 1000 родов в территориях обслуживания); отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания); централизованный молочный блок;

- Гинекологическое отделение с операционными;

- Клинико-диагностическое отделение;

- Отделение ультразвуковой диагностики;

- Организационно-методический отдел.

Перинатальный центр для обеспечения своей деятельности использует возможности лечебно-диагностических подразделений медицинской организации, в составе которой он создан.

Допускается отсутствие observationalного отделения при наличии палат на 1 - 2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу observationalного отделения.

В структуре перинатального центра дополнительно могут предусматриваться:

- ✓ отделение экстракорпоральных методов гемокоррекции;
- ✓ отделение/койки хирургии новорожденных;
- ✓ кабинет катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией;
- ✓ амбулаторное отделение (кабинет) для детей раннего возраста, нуждающихся в динамическом наблюдении и реабилитации;
- ✓ стоматологический кабинет;
- ✓ медико-генетическая консультация (или генетическая лаборатория);
- ✓ отделение/пост хирургии новорожденных;
- ✓ неонатологический дистанционный консультативный центр, в том числе с выездными педиатрическими бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденным;
- ✓ отделение лучевой и магнитно-резонансной диагностики;
- ✓ отделение вспомогательных репродуктивных технологий;
- ✓ центр охраны здоровья семьи и репродукции;
- ✓ центр охраны репродуктивного здоровья подростков;
- ✓ гинекологическое отделение для несовершеннолетних;
- ✓ отделение акушерского ухода для беременных женщин;
- ✓ дневной стационар;
- ✓ пансионат для иногородних больных;
- ✓ бактериологическая лаборатория;
- ✓ лаборатория молекулярной диагностики;
- ✓ аптека;
- ✓ отделение банка крови;
- ✓ отделение банка донорского грудного молока; административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами: бухгалтерия; отдел кадров; отдел снабжения; экономическая служба; технические службы; централизованное стерилизационное отделение; пищеблок; прачечная; дезинфекционное отделение; гараж; симуляционно-тренинговый центр; отдел информационных технологий; иные подразделения по решению руководства медицинской организации;
- ✓ администрация.

Рекомендуемые штатные нормативы врачебного персонала основных подразделений перинатального центра

(Распространяются на медицинские организации 3А и 3Б уровня).

Главный врач (директор) или заведующий перинатальным центром - врач акушер-гинеколог – 1 должность;

Заместители главного врача: по акушерско-гинекологической помощи, по педиатрической помощи, по клинико-экспертной работе – по 1 должности;

Консультативно-диагностическое отделение (центр)

Поликлиника

Заведующий консультативно-диагностическим отделением - врач акушер-гинеколог - 1 должность;

Заведующий женской консультацией - врач акушер-гинеколог - 1 должность;

Врач акушер-гинеколог - 1 должность: на 2200 женщин детородного возраста

обслуживаемого населения; на 10 коек для работы в дневном стационаре;
Врач анестезиолог-реаниматолог - 1 должность при наличии дневного стационара.

Отделение (кабинет) функциональной диагностики

Заведующий отделением функциональной диагностики - врач функциональной диагностики - 1 должность, вводится вместо 0,5 должности врача, на 3 должности врача функциональной диагностики;

Врач функциональной диагностики (в том числе для кардиотокографии) - не менее 1 должности.

Отделение вспомогательных репродуктивных технологий

Заведующий отделением - врач акушер-гинеколог – 1 должность;

Врачи: акушер-гинеколог (для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения); *клинической лабораторной диагностики или эмбриолог* - в зависимости от объема работы; *анестезиолог-реаниматолог, уролог* – по 1 должности.

Физиотерапевтическое отделение (кабинет)

Заведующий отделением врач-физиотерапевт - 1 должность на 3 должности врача-физиотерапевта;

Врач-физиотерапевт - не менее 1 должности.

Кабинет катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией

Врач-педиатр - 1 должность; *Врач-невролог* - 0,5 должности; *Врач-офтальмолог* - 0,25 должности.

Амбулаторное отделение (кабинет) для детей раннего возраста, нуждающихся в динамическом наблюдении и реабилитации

Заведующий отделением - врач- педиатр - 1 должность;

Врачи: педиатр - 2 должности; *невролог, офтальмолог, оториноларинголог, детский хирург* – по 1 должности; *травматолог-ортопед* – 0,5 должности.

Акушерский стационар (за исключением акушерского дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи)

Заведующий отделением - врач акушер-гинеколог - 1 должность в каждом отделении акушерского профиля;

Заведующий отделением анестезиологии-реанимации - врач анестезиолог-реаниматолог – 1 должность;

Врачи:

акушер-гинеколог - 1 должность: на 10 коек в отделении патологии беременности; на 10 коек в акушерском физиологическом отделении; на 10 коек в акушерском наблюдательном отделении. 4,75 должности: на 3 индивидуальные родовые; на 1 предродовую и родовую;

функциональной диагностики (в том числе для кардиотокографии), *терапевт* – по 1 должности на 100 коек и дополнительно 0,5 должности на перинатальный центр, имеющий 40 и более коек для беременных с экстрагенитальными заболеваниями;

анестезиолог-реаниматолог - 4,75 должности: на 6 индивидуальных родовых; на 2 операционных и дополнительно 1 должность для проведения плановых оперативных вмешательств; на 6 коек в отделении анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения.

Неонатологический стационар
Отделения новорожденных акушерского физиологического
и акушерского наблюдательного отделений

Заведующий отделением – 1 должность;

Врач-неонатолог - 1 должность: на 25 коек для новорожденных детей акушерского физиологического отделения; на 15 коек для новорожденных детей акушерского наблюдательного отделения и детей от матерей, больных туберкулезом или септическими послеродовыми заболеваниями; на 10 коек недоношенных новорожденных детей (палату интенсивной терапии).

Дополнительно 4,75 должности (для обеспечения круглосуточной работы в родильном блоке и палате интенсивной терапии).

Отделение реанимации и интенсивной терапии
для новорожденных с экспресс-лабораторией

Заведующий отделением – 1 должность;

Врачи: анестезиолог-реаниматолог - 4,75 должности на 3 койки (для обеспечения круглосуточной работы); *невролог* - 0,25 должности на 6 коек; *клинической лабораторной диагностики* (для работы в экспресс-лаборатории) – 1 должность.

Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей
(II этап выхаживания)

Заведующий отделением – 1 должность;

Врачи: неонатолог - 1 должность на 10 коек. Дополнительно 4,75 должности (для обеспечения круглосуточной работы); *невролог, офтальмолог* - 0,5 должности; *функциональной диагностики, акушер-гинеколог* (для обслуживания матерей) – по 0,25 должности.

Отделение/палаты хирургии новорожденных

Заведующий отделением - врач-детский хирург – 1 должность;

Врачи: детский хирург (в том числе для пренатального консультирования и консультирования детей в других неонатальных отделениях медицинских организаций) – 2 должности; *неонатолог* - 1 должность; *анестезиолог-реаниматолог* - 9,5 должностей на 6 коек реанимации для новорожденных (для обеспечения круглосуточной работы).

Дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными
неонатальными бригадами

Врач анестезиолог-реаниматолог - 9,5 должности.

Гинекологическое отделение с операционными

Заведующий отделением - врач акушер-гинеколог - 1 должность;

Врачи: акушер-гинеколог - 1 должность на 10 коек; 4,75 должности при оказании экстренной помощи; *анестезиолог-реаниматолог* - 4,75 должности на 2 операционные и дополнительно 1 должность для проведения плановых оперативных вмешательств.

Отделение лучевой диагностики

Заведующий отделением - врач ультразвуковой диагностики (врач-рентгенолог) – 1 должность;

Врачи: ультразвуковой диагностики - 1 должность на 1 аппарат в смену; *рентгенолог* - 1 должность на рентгеновский кабинет; 1 должность на кабинет компьютерной томографии.

Организационно-методический отдел

Заведующий отделом врач-методист – 1 должность;

Врач-методист – 1 должность; *врач-статистик* – 2 должности.

Отдел информационных технологий

Руководитель отдела – 1 должность;

Программист – 2 должности; *инженер по автоматизированным системам* – 1 должность.

Симуляционно-тренинговый центр

Руководитель центра - врач акушер-гинеколог или врач-неонатолог – 1 должность;

Врачи-специалисты (врач акушер-гинеколог, врач-неонатолог) – 6 должностей; *врач-методист* – 3 должности.

Иные структурные подразделения

Врачи: физиотерапевт - 1 должность на 30 должностей врачей-специалистов, ведущих консультативный прием; *рентгенолог, невролог, эндокринолог, офтальмолог, кардиолог, диетолог, стоматолог, эпидемиолог* – по 1 должности; *генетик* - 1 должность (при отсутствии в перинатальном центре медико-генетической консультации); *клинический фармаколог* - 1 должность на 130 коек и более; *медицинский психолог (психолог)* - 1 должность: на 8 должностей врачей-специалистов, ведущих консультативный прием; для консультативного приема детей раннего возраста (при наличии детского отделения);

Специалист по социальной работе – 2 должности.

Глава 3

Учет и отчетность в деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женскому населению

Учет и отчетность в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь женскому населению

Помимо форм первичной учетной медицинской документации, которые ведут во всех медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в женских консультациях заполняют:

- Индивидуальную карту беременной и родильницы (ф. 111/у-20);
- Обменную карту беременной, роженицы и родильницы (ф. 113/у-20) - выдается беременной при ее первой явке и заполняется при каждом посещении женской консультации (ВОПа, ФАПа);
- Журнал записи родовспоможений на дому (ф. 032/у);
- Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу (ф. 084/у);
- Карту пациента гинекологического профиля (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях) (ф. 025/у);
- Карту пациента дневного стационара акушерско-гинекологического профиля (ф. 003-2/у-20) и др.

Показатели деятельности женской консультации. Наряду с общими для всех медицинских организаций показателями кадрового обеспечения, для анализа деятельности женской консультации рассчитываются специальные показатели, характеризующие деятельность медицинских организаций по оказанию первичной медико-санитарной помощи, и специальные показатели, характеризующие деятельность непосредственно женских консультаций (по оказанию женщинам квалифицированной акушерско-гинекологической помощи вне беременности, в период беременности и в послеродовом периоде и др.).

К специальным показателям, характеризующим деятельность женских консультаций, относятся:

- показатели раннего охвата беременных диспансерным наблюдением;
- показатели, характеризующие охват беременных диагностическими исследованиями;
- показатели охвата женщин различными видами контрацепции;
- показатели распространенности и структуры абортот;
- показатели исходов беременности;
- показатель соотношения абортов и родов.

Показатели раннего охвата беременных диспансерным наблюдением:

- ранний охват беременных диспансерным наблюдением;
- удельный вес беременных, осмотренных терапевтом;
- удельный вес беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности.

Показатели, характеризующие охват беременных диагностическими исследованиями:

- удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана;
- удельный вес беременных, обследованных на резус-принадлежность;
- удельный вес беременных, охваченных УЗИ не менее 2 раз;
- удельный вес беременных, обследованных на альфа-фетопротеин (аФП) и хорионический гонадотропин человека (ХГЧ);
- удельный вес беременных, обследованных на ИПППП.

Показатели охвата женщин различными видами контрацепции:

- охват женщин гормональной контрацепцией;
- охват женщин внутриматочными спиралями (ВМС).

Показатели распространенности и структуры абортотв:

- частота абортотв у женщин фертильного возраста;
- частота абортотв у женщин в разных возрастных группах;
- структура абортотв по возрастным группам;
- структура абортотв по видам абортотв (спонтанные, медицинские легальные, по медицинским показаниям, криминальные и др);
- структура абортотв по срокам прерывания беременности (до 12 недель, 22-27 недели);
- частота абортотв у первобеременных;
- удельный вес абортотв у первобеременных.

Показатели исходов беременности:

- удельный вес родов в срок;
- удельный вес преждевременных родов;
- удельный вес женщин, закончивших беременность абортотвами.

Учет и отчетность в медицинских организациях, оказывающих стационарную помощь женскому населению

Помимо общих для всех больничных учреждений, формами первичной учетной медицинской документации, которые ведутся в родильных домах, являются:

- Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (ф. 002/у);
- Медицинская карта прерывания беременности (ф. 003-1/у);
- Медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях (ф. 096/у-20);
- История родов (ф. 096/1у-20);
- История развития новорожденного (ф. 097/у);
- Медицинское свидетельство о рождении (ф. 103/у-98);
- Медицинское свидетельство о перинатальной смерти (ф. 106-2/ у-98);
- Медицинская карта беременной, находящейся в отделении патологии беременности (ф. 096/1у-20);
- Карта пациента гинекологического отделения стационара (вкладыш в карту стационарного больного) (ф. 003/у);
- Карта пациента при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или в карту стационарного больного) (ф. 025/у 003-2/у-20);
- Карта пациента при искусственном прерывании беременности хирургическим методом (вкладыш в карту стационарного больного) (ф. 003-2/у-20 003/у);
- Карта донесения о случае материнской смерти (ф. 003/у-МС) и др.

Показатели деятельности родильных домов. Для анализа деятельности родильных домов используют общие показатели деятельности медицинских организаций (показатели кадрового обеспечения) и специальные показатели, характеризующие деятельность медицинских организаций по оказанию специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (показатели использования коечного фонда, качества стационарной помощи и др.). Кроме того, с учетом особенностей работы родильных домов применяют целый ряд *специальных статистических показателей, непосредственно связанных с профилем деятельности:*

- показатели, характеризующие течение родов и послеродового периода;

- показатели, характеризующие состояние здоровья новорожденных.

Показатели, характеризующие течение родов и послеродового периода:

- охват стационарным родовспоможением;
- частота внебольничных родов;
- удельный вес физиологических родов;
- частота применения кесарева сечения в родах;
- частота оперативных пособий при родах;
- частота осложнений в родах;
- частота применения обезболивания при родах;
- частота осложнений в послеродовом периоде.

Показатели, характеризующие состояние здоровья новорожденных:

- коэффициент перинатальной смертности;
- коэффициент мертворождаемости;
- частота недоношенности;
- заболеваемость новорожденных;
- охват новорожденных противотуберкулезными прививками;
- охват новорожденных неонатальным скринингом.

Список литературы

1. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: [указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351]. М., 2007.
2. Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта "Здоровье" (Протокол № 2 от 21.12.2005 утвержденный президиумом Совета при Президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов). М., 2005.
3. О родовом сертификате: [приказ Минздравсоцразвития России от 28 ноября 2005 года N 701]. М., 2005.
4. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: [приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 года N 572н (с изменениями на 12 января 2016 года)]. М., 2016.
5. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»: [приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 года N 1130н]. М., 2020.
6. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
7. Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб: совместная декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ. - Женева: ВОЗ, 1989. - 32 с.

Учебно-методическое пособие предназначено для изучения особенностей организации акушерско-гинекологической помощи населению для студентов педиатрического, лечебного и медико-профилактического факультетов (уровень специалитета). Пособие составлено на основании ФГОС для обучающихся данных специальностей.

Юрьев Вадим Кузьмич, **Моисеева** Карина Евгеньевна,
Глущенко Владимир Александрович, **Харбедия** Шалва Демнаевич

Основы организации акушерско-гинекологической помощи населению

*Учебно-методическое пособие для обучающихся педиатрического, лечебного и
медико-профилактического факультетов*