**1. Характеристика и структура родильного дома**

Родильный дом №4 - единственный в г. Томске типовой родильный дом, вступивший в эксплуатацию с 13 февраля 1985 года. Он расположен в Октябрьском районе города.

Отделения открывались поэтапно:

Февраль 1985 года - женская консультация с мощностью 600 посещений в смену.

Март 1985 года - гинекологическое отделение на 70 коек.

Июнь 1985 года - два акушерских отделения и отделение новорожденных на 50 коек.

С 2002 года на базе МАУЗ «Родильный дом №4» открыт Научно - исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, в структуру которого входят: отделение гинекологии на 20 коек, отделение для беременных и рожениц на 5 коек, отделение для новорожденных на 5 коек, отделение патологии беременности на 20 коек. В институте оказывается специализированная медицинская помощь в плановом порядке пациентам г. Томска, Томской области и других регионов Сибири и Дальнего Востока.

В октябре 2008 года «Родильный дом №4» был аттестован на международное звание «Больница доброжелательная к ребенку».

По уровню оказания лечебно-профилактической помощи роддом относится к акушерскому стационару III типа, так как в нем наблюдаются беременные женщины с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, в сочетании с гестозом и другими осложнениями беременности и родов.

В настоящее время на базе родильного дома функционирует гестозный центр, где эффективно проводится лечение тяжелых форм гестоза у беременных женщин. При лечении используются современные технологии:

· Плазмаферез;

· УФО крови;

· Аутодонорство;

· Перидуральная анестезия;

· Барокамера.

**2. Характеристика и структура женской консультации, общие принципы работы**

Женская консультация родильного дома №4 является его структурным подразделением, располагается на двух этажах. В женской консультации оказывается амбулаторно-поликлиническая, акушерско-гинекологическая помощь, которая рассчитана на 600 посещений в день.

Работа женской консультации построена по принципу территориально-цехового обслуживания. В сферу обслуживания женской консультации входят женщины Октябрьского района, при этом не исключается свободный выбор врача пациентами других районов города, которые при наличии страховых полисов могут быть прикреплены к участковому врачу женской консультации родильного дома №4.

В женской консультации оказывается лечебно-диагностическая, акушерско-гинекологическая помощь. Проводятся профилактические мероприятия, направленные на сохранение здоровья женщины, гинекологических заболеваний, раннему их проявлению и оказанию лечебной помощи гинекологическим больным, предупреждения осложнений беременности, послеродового периода, проводится работа по контрацепции и профилактике абортов, а также санитарно-просветительская работа, направленная на формирование здорового образа жизни женщин, психологом проводятся занятия как для беременных женщин так и для отцов, постоянно проводится политика грудного вскармливания.

Работа женской консультации ведется совместно с акушерско-гинекологическим стационаром, поликлиниками (в т.ч. и детскими), в рамках единого акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса (АТПК), который был создан в 1986 году и значительно улучшил преемственность в работе.

В структуре женской консультации имеются:

. Регистратура.

. 20 участков по профилю - акушерство и гинекология.

. Прием по профилю - терапия.

. Прием по профилю - стоматология.

. Специализированный прием по контрацепции.

. Специализированный прием по вынашиванию беременных.

. Специализированный прием по профилактике ИППП.

. Специализированный прием для детей и подростков.

. Специализированный прием по профилактике патологии шейки матки.

. Прием по оказанию доврачебной помощи.

. Платный прием акушера - гинеколога.

. Платный кабинет андролога.

. Отделение ультразвуковой диагностики.

. Дневной стационар при женской консультации рассчитанный на 15 коек, работающий в две смены.

В Октябрьском районе г. Томска проживает 88 072 человек взрослого женского населения, из них женщин фертильного возраста 40 000 человек, старше 15 лет 74 591 человек. Детей и подростков 17 365 человек:

· 0-14 лет 13 481 человек;

· 11-14 лет 3 726 человека;

· 14-17 лет 3 884 человека.

Прием на участках осуществляют 20 врачей гинекологов и 20 участковых акушерок.

В основе благоприятно исхода родов для матери и плода, профилактики заболеваемости новорожденных лежит правильная организация медицинской помощи беременной женщине.

В женской консультации созданы социально-гигиенические условия, дающие возможность сохранить здоровье беременной и благоприятно развиться плоду.

Основной задачей женской консультации является укрепление здоровья женщины во все периода ее жизни.

Основными являются показатели материнской и перинатальной смертности.

Принцип оказания акушерско-гинекологической помощи - это улучшение показаний акушерско-гинекологической помощи, исключение материнской смертности, снижение перинатальной смертности, проведение работы по АТПК и организация службы по планированию семьи.

**3. Функциональные обязанности и объем выполняемой работы**

Моей функциональной обязанностью как участковой акушерки женской консультации является оказание активной помощи врачу в организации и проведении всей работы на участке по приказу №50 от 2000 года. Перед началом приема подготавливается кабинет: проводится текущая уборка, проверяется наличие инструментов и медицинского оборудования, проводится кварцевание, заполняется тетрадь контроля стерилизации. На участке имеется следующая документация:

· Паспорт участка;

· Журнал учета беременных;

· Журнал учета диспансерных больных;

· Журнал отчета по диспансеризации;

· Журнал отчета по беременным;

· Индивидуальные карты беременных;

· Папка патронажа, диспансеризации и листов нетрудоспособности, ф 30.

Кабинет оснащен аппаратом для измерения артериального давления, тазомером, акушерским стетоскопом, фонендоскопом, имеется аппарат «Бэби кар», кушеткой. В смотровом кабинете имеются гинекологическое кресло, стерилизатор для стерилизации инструментов, зеркала, шпатели для взятия мазков, корнцанги, одноразовые перчатки, одноразовые гинекологические наборы, бикс со стерильным материалом, емкость для стекол, салфетки с содержанием дезинфицирующих средств «Ника», «Миродез», имеются два ведра с маркировкой «Отходы класс А» и «Отходы класс Б». «Отходы класс А» - это бытовой мусор, а «Отходы класс Б» - весь материал, соприкасаемый с кровью, раневыми поверхностями, биологической жидкостью, после дезинфекции. Для обработки использованных перчаток емкость с 0,1% раствором «Астеры», салфетки с дез. средствами для обработки кресла, кушетки, стола, а так же всех предметов соприкасаемых с женщиной, в течении дня, с двукратным протиранием в 15 минут. Для замачивания использованных инструментов емкость с 1% раствором «Комбидеза» на 60 минут.

Перед началом приема я подготавливаю карты беременных, расклеиваются анализы. При первичном обращении беременной к врачу, на нее заполняю индивидуальную карту беременной. На лицевой стороне записываю паспортные данные, место работы, профессиональные вредности, исход предыдущих беременностей и родов. Провожу полный сбор анамнеза женщины. После ознакомления с анамнезом перехожу к объективному осмотру: выявляю деформации в костной системе, осматриваю кожу и слизистые, измеряю размеры таза. Женщина взвешивается на весах, ей измеряется рост и артериальное давление на обеих руках. При первой явке беременной я дают направления на обследования согласно приказу №50: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, анализ крови на свертывающую систему, группу крови, RW, ВИЧ-инфекцию, гепатит, хламидиоз и другие инфекции, а также направление на первый УЗИ-скрининг в ОГАУЗ «ОПЦ». При осмотре на гинекологическом кресле у беременной берется мазок, цитология с цервикального канала и шейки матки. Беременная направляется на консультацию к окулисту, лор-врачу, терапевту, стоматологу, хирургу и эндокринологу по показаниям.

Наблюдение беременных должны осуществлять в следующие сроки: в первую половину беременности - 1 раз в месяц; с 20 до 28 недель - 2 раза в месяц; с 28 до 40 недель - 1 раз в неделю (10-12 раз за время беременности). При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает. При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередного срока необходимо провести патронаж и добиться регулярного посещения консультации.

При второй явке беременной на индивидуальную карту я приклеиваю световую сигнализацию согласно выявленной патологии. Главным принципом диагностического наблюдения беременных является дифференцированное обслуживание. Все беременные разделяются на три группы диагностического наблюдения согласно степени акушерского риска: низкого, среднего, высокого риска.

**К низкой степени риска** относятся беременные, у которых суммарная оценка выявленных факторов риска соответствует низкой степени перинатальной патологии, а имеющиеся функциональные нарушения органов и систем не вызывают каких-либо осложнений (до 5 баллов).

**К средней степени риска** относятся беременные, у которых суммарная оценка выявленных факторов риска соответствуют средней степени перинатальной патологии (до 10 баллов).

**К высокой степени риска** относятся беременные с установленным диагнозом экстрагенитального заболевания или с акушерской патологией (свыше 10 баллов).

После приема, проводимого при первой явке в консультацию, выявляю беременных высокой степени риска и направляю на консультацию к специалистам. После обследования решается вопрос о возможности сохранения беременности. Медицинские показания для прерывания беременности изложены в приказе МЗРФ №302 от 28.12.93 г.

По мере прогрессирования беременности на каждой явке у беременной измеряется окружность живота и высота стояния дна матки. Измерение окружности живота производят сантиметровой лентой: спереди на уровне пупка, сзади на уровне середины поясничной области. Измерение высоты стояния дна матки над лобком производят сантиметровой лентой или тазомером. Женщина лежит на спине, ноги выпрямлены. Измеряют расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выдающейся точкой дна матки.

**Аускультация** - это выслушивание сердцебиения плода с помощью акушерского стетоскопа. Акушерский стетоскоп отличается от обыкновенного широкой воронкой, которая прикладывается к оголенному животу женщины. При аускультации определяются сердечные тоны плода. Аускультацию тонов сердца плода проводят с 20 недель беременности, но с помощью аппарата «Бэби кар» выслушать сердцебиение плода можно раньше. Сердцебиение плода определяется акушерским стетоскопом в виде ритмичных двойных ударов с постоянной частотой 130-140 в минуту, а также с помощью аппаратов УЗИ и допплерометрии.

УЗИ во время беременности производят в динамике. Первое - в сроке 11-14 недель - для исключения нарушений в системе мать-плацента; второе - в сроке 18-20 недели с целью диагностики врожденных пороков развития плода; третье - в сроке 30-32 недели для биометрии плода и выявления соответствия его физических параметров гестационному возрасту (признаки внутриутробной задержки развития плода).

В 30 недель я повторно выдаю все анализы, направляю на повторный осмотр терапевта. По показаниям беременная с акушерской патологией госпитализируется в отделение патологии беременности. При наличии экстрагенитального заболевания беременная госпитализируется в сроке до 20 недель в терапевтическое отделение для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности. При госпитализации беременной, я контролирую ее нахождение в стационаре и провожу соответствующую запись в индивидуальной карте каждые три дня. При неявке женщины в женскую консультацию и по необходимости, провожу патронаж на дому. Осуществляю послеродовый патронаж и приглашаю женщин на прием для сдачи контрольных анализов.

Диспансеризация гинекологических больных на участке провожу с целью выявления гинекологических заболеваний женской половой сферы, опухолей матки и придатков. На нашем участке состоит на диспансерном учете 447 женщин. На женщин, взятых на диспансерный учет, заводится контрольная карта форма №30 согласно приказу №50. В ней фиксируются даты посещений врача и все проведенные манипуляции. Все формы №30 хранятся в картотеке по месяцам. По назначению врача вызываются женщины, находящиеся на диспансерном учете, на прием. Если женщина в назначенный срок не приходит на прием, то осуществляется патронаж на дому. Здоровые женщины осматриваются врачом 1-2 раза в год.

## **4. Анализ работы за год**

## Основные показатели работы на участке

|  |  |
| --- | --- |
| Таблица №1. | 2013 год 2012 год |
| Поступило на учет по беременности всего | 157 148 |
| Из них до 3-х месяцев | 138 132 |
| Свыше 7 месяцев | 7 3 |
| Роды в срок | 125 114 |
| Преждевременные роды | 3 4 |
| Выкидыши | 0 0 |
| Токсикозы 2 ой половины беременности | 33 31 |
| % ранней явки | 87,8% 90,4% |
| % поздней явки | 25,5% 26,4% |
| % преждевременных родов | 2,5% 3,2% |
| Посещений беременных всего | 1712 1696 |
| На 1 беременную | 13 15 |
| Патронаж беременных | 173 158 |
| Материнская смертность | 0 0 |
| Перинатальная смертность | 1 0 |
| Умерло в первые сутки | 0 0 |

## Госпитализация беременных в отделение патологии

|  |  |
| --- | --- |
| Таблица №2. | 2013 год 2012 год |
| Количество госпитализированных беременных | 225 173 |

## Посещаемость «Школы материнства»

|  |  |
| --- | --- |
| Таблица №3. | 2013 год 2012 год |
| Количество беременных | 187 147 |

## Манипуляции, проведенные в малой операционной

|  |  |
| --- | --- |
| Таблица №4. | 2013 год 2012 год |
| Кольпоскопия | 401 264 |
| Биопсия | 75 41 |
| КРИО | 25 17 |
| ДЭК | 21 15 |
| Д’конизация | 13 9 |
| Полипэктомия | 7 4 |
| ВМС | 26 17 |

## **5. Овладение смежными специальностями и применение новых форм и методов** **организации труда с целью повышения качества медицинской помощи**

## Владею смежными специальностями: участковая акушерка женской консультации, акушерка процедурного кабинета, акушерка родильного зала, акушерка послеродового отделения.

## Знаю санитарно-эпидемический режим послеродового отделения, работаю с документацией, владею техникой всех медицинских манипуляций в послеродовом периоде (обработка послеродовых и послеоперационных швов, внутривенные инфузионные вливания, внутримышечные, внутривенные и подкожные инъекции, катетеризация мочевого пузыря). Работала акушеркой приемного покоя: заполняла журналы, оформляла истории родов, проводила исследование и санитарную обработку роженицы.

## В течение 6 месяцев совмещала работу послеродового отделения с работой акушерки родильного зала. Овладела навыками оказания акушерского пособия (прием родов), первичной обработки новорожденных, ведение послеродового периода. Оформляла документацию, выполняла санитарно-эпидемический режим родильного отделения.

## Работая в данный момент в женской консультации, я могу работать акушеркой процедурного кабинета и акушеркой кабинета перинатальных инфекций. Владею техникой забора крови на биохимический анализ, на свертывающую систему, группу крови, RW, ВИЧ-инфекцию, гепатит. Владею навыками постановки подкожных, внутримышечных и внутривенных инъекций, методикой забора крови на гормоны: тестостерон, ДГЭА, АФП и ХГЧ, забора крови на онкомаркеры СА-125, техникой забора мазков на ИППП (у новорожденных, у детей до 7 лет, у беременных и гинекологических женщин).

## **6. Профилактическая работа с населением**

## Санитарно-просветительская работа ведется на участке каждый день во время приема беременных и гинекологических больных. Она заключается в проведении бесед и советов: о вреде курения, алкоголя, о необходимости полного и своевременного обследования, предохранения от нежеланной беременности, гигиена женщины во все периоды беременности.

## Беременным женщинам я раздаю брошюры и буклеты: о грудном вскармливании, об уходе за новорожденным, о правильном питании для беременных, о физических упражнениях для беременных, о разгрузочных днях.

## Женщинам, пришедшим на гинекологический осмотр, даем полную информацию о современных методах контрацепции и защите от инфекций, передаваемых половым путем.

## Для повышения уровня знаний я посещаю и принимаю участие в конференциях и семинарах для среднего медицинского персонала. Выступала с докладами: «Современные методы контрацепции», «Преимущество грудного вскармливания», «Инфекции, передаваемые половым путем», «Профилактика высокопатогенного гриппа H3N2, H1N1».

## Прослушала 18-часовой курс обучения по грудному вскармливанию. Присутствовала на семинаре «Профилактика профессионального заражения медицинских работников вирусами гепатитами и ВИЧ инфекции». «Санитарно-эпидемиологический режим в ЛПУ».

## Функциональные обязанности акушерки женской консультации совместного пребывания матери и ребенка по вопросам поддержки и поощрения грудного вскармливания.

## В период беременности акушерка:

## · Обучает беременных технике и практике грудного вскармливания;

## · Гигиеническим правилам ухода за грудными железами;

## · Контролирует выполнение режима питания и отдыха беременной;

## · Участвует в занятиях в школе материнства;

## · Распространяет памятки и брошюры по поддержке грудного вскармливания.

## В послеродовом периоде акушерка:

## · Осуществляет патронаж родильниц на дому по показаниям;

## · Убеждает мать в необходимости грудного вскармливания для здоровья матери;

## · Контролирует выполнение рекомендаций врача;

## · Обучает показаниям и технике сцеживания грудного молока.

## Режим кормления.

## Для вскармливания детей первых месяцев жизни рекомендован свободный режим кормления. Ребенок сам определяет частоту прикладывания к груди. Данный режим приводит к увеличению выработки молока, способствует профилактике лактостаза, мастита.

## Новорожденный ребенок может «требовать» от 8 до 12 и более раз прикладывания к груди, длительность кормления может составлять от 15 до 25 минут, однако надо знать, что в первые 2-3 минуты ребенок всасывает от 40 до 50 процентов необходимого ему молока, в последующие 4-5 минут 70-80 процентов.

## Критерии достаточного кормления ребенка:

## · Достаточная прибавка в весе ребенка за первый месяц (600-800 грамм);

## · Частота мочеиспусканий не менее 6 раз в стуки;

## · Частота стула соответствует количеству кормлений (6-10 раз) в первый месяц жизни;

## · Ребенок спокоен, выдерживает интервалы между кормлениями 2 и более часов.

## Для выработки достаточного количества молока маме необходимо:

## · Увеличить частоту кормлений;

## · Не пропускать ночные кормления;

## · Если ребенок долго спит нужно сцедить молоко молокоотсосом, не дожидаясь его пробуждения;

## · Предлагать обе груди в одно кормление и заканчивать той грудью, которой начали;

## · Максимально долго находиться с ребенком, обеспечивая тесный контакт с ним;

## · Необходима спокойная обстановка дома, помощь и психологическая поддержка мужа и родственников;

## · Достаточный по продолжительности ночной сон (6-8 часов) и отдых днем (1-2 часа);

## · Правильное и сбалансированное питание с использованием специальных продуктов питания для кормящих матерей (увеличение калорийности питания на 700-1000 ккал, объем жидкости не менее 2 литров в день);

## · Прием настоев трав, стимулирующих лактацию (чабрец, душица, крапива, тмин, укроп, анис, фенхель и др.), редьки с медом, моркови, тертая с молоком, настоя грецких орехов;

## · Посещение лечебных мероприятий, назначенных врачом (физиотерапия: ультрафиолетовое облучение молочных желез, иглорефлексотерапия, точечный массаж).

## Техника кормления.

## · Внимание матери должно быть сконцентрировано на малыше, контакт «глаза в глаза»;

## · Ребенок всем корпусом повернут к матери и прижат к ней, голова и туловище находятся в одной плоскости, его лицо находится близко от груди (рис. 1).

## · Подбородок прикасается к груди (рис. 2);

## · Над верхней губой виден больший участок ареолы, чем под нижней (рис. 2)

## · Над верхней губой виден большой участок ареолы, чем под нижней (рис. 2).

## Заметно, как ребенок делает медленные глубокие сосательные движения и глотает молоко;

## Ребенок расслаблен и доволен;

## Мать не испытывает боль;

## Рекомендовано кормление из двух грудей, при этом одна должна быть опустошена полностью, чтобы ребенок получил и «переднее.» и «заднее» (более богатое жирами) молоко;

## Учитывая суточный ритм лактации, возможно более частое прикладывание к груди в вечерние часы.

## Несколько советов кормящим мамам.

## Дневной рацион кормящей мамы должен, в идеале, включать:

## · Более двух литров жидкости;

## · 2 йогурта или 30г сыра;

## · 200г мяса, рыбы или 2 яйца;

## · Овощи и фрукты, предпочтительно сырые;

## · Продукты, богатые углеводами, для восполнения энергетических затрат.

## Трещины.

Если у вас на соске появились трещины, кровоточащие при прикосновении губ ребенка, их нужно немедленно лечить, так как они, как и всякая рана, открыты для инфекции.

## Несколько простых практических советов:

## · Меняйте положение при каждом кормлении и давайте сначала грудь, сосок которой менее болезненный;

## · Сделайте кормление более частым и менее продолжительным (10-15 минут);

## · После кормления дайте высохнуть капле молока на соске и как можно дольше держите грудь открытой;

## · При необходимости наносите очень тонким слоем жирный крем, не токсичный для ребенка.

## **7. Обучение молодых специалистов**

## За время работы в женской консультации обучила много студентов медицинского колледжа, приходящих на практику. Научила их выполнять санитарно-эпидемический режим женской консультации (дезинфекция инструментов, перчаток, обработка медицинского инвентаря, контроль стерильности инструментов, биксов со стерильным материалом). Обучила правильному заполнению и ведению документации на участке согласно приказу №50 от 2000 года, составлению отчетов по беременным и диспансерным больным.

## **8. Основные приказы, используемые в работе ЖК №4 «Родильный дом №4»**

## . Приказ №408 от 12.07.1989 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране».

## . Приказ №720 от 31.07.1978 г. «Об улучшении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией».

## . Сан. Пин. 2.1.3.2630-10 от 18.05. 2010 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

## . Сан. Пин. 2.1.7.2790-10 г. «Правила сбора, хранения, удаления отходов лечебно-профилактических учреждений».

## . Приказ №916 от 04.08.1983 г. «Об утверждении инструкций по санитарно-противоэпидемиологическому режиму и охране труда персонала».

## . Приказ №РЗ 1 683-98 г. «Руководство по использованию ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещения утвержденный Минздравом Здравоохранения РФ».

## . Приказ МУ №278-113 от 30.12.1998 г. «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации предметов медицинского назначения утвержденный Минздравом Здравоохранения РФ».

## . Приказ №320 от 05.03.1987 г. «Организация и проведение мероприятий по борьбе с педикулезом».

## . Приказ №384 от 27.09.2012 г. «О мерах по предупреждению профессионального заражения медицинского персонала ВИЧ инфекцией на территории Томской области».

## . Приказ №50. «Об оказании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлиническом учреждении».

## . Приказ №808н от 25.07.2011 г. «О порядке получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками».

## . Инструкция дежурному персоналу «О порядке действий при получении сообщения об угрозе террористического акта».

## **Заключение**

родильный акушерка гинекологический больной

Наблюдение беременных является главной задачей женской консультации. От качества амбулаторного наблюдения во многом зависит исход беременности и родов.

Женщина должна быть взята на учет при сроке беременности до 12 недель. Это позволит своевременно диагностировать экстрагенитальную патологию и решить вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень риска и при необходимости обеспечить оздоровление беременной. Установлено, что при наблюдении женщин в ранние сроки беременности и посещении ими врача 7-12 раз уровень перинатальной смертности в 2-2,5 раза ниже, чем у всех беременных в целом, и в 5-6 раз ниже, чем при посещении врача в сроке беременности после 28 недель. Таким образом, санитарно-просветительная работа в сочетании с квалифицированным врачебным наблюдением - основной резерв для увеличения числа женщин, обращающихся к врачам в ранние сроки беременности.