

той которой будет широкая и действенная профилактика различных заболеваний. Именно это явится реальным претворением в жизнь решений XXVI съезда и Программы КПСС в области здравоохранения.

Поступила 14 сентября 1983 г.

УДК 061.66:616 — 055.2

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

*Л. Ф. Шинкарева, А. В. Чиркова, М. И. Сабсай, К. Г. Серебренникова,
В. И. Жданова*

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Л. Ф. Шинкарева) Ижевского
ордена Дружбы народов медицинского института*

Решениями XXVI съезда КПСС и постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» перед советским здравоохранением поставлены новые задачи, важнейшими из которых являются повышение качества акушерско-гинекологической помощи, профилактика и раннее выявление заболеваний, улучшение охраны здоровья женщин и детей и их диспансерного наблюдения.

Определяющее значение в диспансеризации женского населения имеет очередность поэтапного охвата различных контингентов женщин с распределением их по группам интенсивности наблюдений и оздоровления с учетом возраста, особенности профессии, условий труда и быта. Отбор женщин для диспансерного наблюдения проводится при текущей обращаемости, приеме на работу, после стационарного лечения, при анализе медицинской документации.

Для решения организационных и информационных вопросов в женских консультациях г. Ижевска функционируют кабинеты диспансеризации. Являясь структурным подразделением поликлиники, такие кабинеты организуются за счет ее внутренних резервов. Их основные задачи заключаются в своевременном выявлении лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, и в обеспечении их взятия на учет, в контроле за соблюдением сроков явки здоровых и больных для планового обследования и лечения, подготовке женщин к врачебному приему, в ведении статистической учетной и отчетной документации по диспансеризации.

В кабинет диспансеризации ежедневно поступают амбулаторные карты с врачебных приемов, с периодических и целевых осмотров, амбулаторные карты с выписками из историй болезни, статистические талоны по учету посещаемости поликлиники. Методическое руководство и контроль за работой кабинета диспансеризации осуществляет заведующий женской консультацией и заведующий поликлиникой.

Одним из перспективных направлений, способствующих улучшению акушерско-гинекологической помощи и эффективности диспансеризации, является организация специализированных приемов по наиболее сложным видам акушерско-гинекологической патологии, требующим углубленного обследования и дифференцированного лечения. Такая форма работы обеспечивает не только рациональное использование материально-технической базы здравоохранения, применение современных методов диагностики и лечения больных, но и повышение уровня специальной подготовки медицинского персонала [1]. Специализированные приемы целесообразны при хорошо оснащенных базовых женских консультациях, многопрофильных клинических больницах и медико-санитарных частях. Наш опыт свидетельствует, что ведение специализированных приемов по вопросам бесплодия, невынашивания беременности, дисфункциональным маточным кровотечениям, детской патологии может осуществлять специально подготовленный врач. При организации консультативно-методического центра по реабилитации больных с особо сложной гинекологической патологией (нейроэндокринные нарушения, генитальный эндометриоз и др.) рационально привлекать сотрудников кафедр акушерства и гинекологии, разрабатывающих научные основы реабилитации этого контингента больных. В Ижевске функционируют специализированные приемы (кабинеты) по вопросам невынашивания беременности, лечения женского бесплодия, контрацепции при крупных женских консультациях, в которых

сконцентрирована и выполняется квалифицированная специализированная помощь больным. В республиканском масштабе организованы центр по оказанию специализированной помощи больным генитальным эндометриозом, медико-генетический кабинет и кабинет сексопатологии. Проводятся консультативные приемы профессора, доцентов при Республиканской клинической больнице и базовых женских консультациях.

Очередной задачей является обеспечение четкой преемственности между этапами оказания специализированной помощи. Специалист в свою очередь должен контролировать соблюдение этапности в оказании помощи: участковый врач — специализированный прием — стационар — санаторий — профилакторий (при необходимости) — участковый врач.

Интересен опыт женской консультации № 4 Ижевска, которая работает в тесном контакте с руководством предприятия, профкомом объединения, женсоветом, общественными организациями цехов и отделов, руководителями комиссий социального страхования и санитарным активом. На предприятии функционирует 15 комнат гигиены женщины. За последние 5 лет гинекологические участки разукрупнены до 2 тысяч женщин. С целью приближения медицинской помощи к работницам на здравпунктах был открыт прием акушера-гинеколога, работают процедурный и физиокабинет, в которых женщины могут своевременно получить необходимое лечение. Для их лучшего обслуживания в смотровом кабинете организована предварительная самозапись к цеховым врачам акушерам-гинекологам, осуществляющим прием с 8 до 18 ч ежедневно. Женщины, посетившие смотровой кабинет, при необходимости направляются к участковому акушеру-гинекологу в удобное для них время. Количество необоснованных посещений к врачу таким образом сократилось, что позволило врачам уделить больше внимания пациенткам на приеме. Разработаны и внедрены в практику паспорта цеховых акушеров-гинекологов и паспорт заведующей женской консультацией, с помощью которых анализируются основные показатели акушерско-гинекологической службы, участка и женской консультации в целом. Функционирует система «работа без дефектов», ежедневные погрешности в работе врачей и акушеров фиксируются и разбираются на производственных совещаниях, что способствует повышению уровня обслуживания и лечения женщин.

Ежегодные смотры-конкурсы на лучший акушерско-гинекологический участок с оценкой в баллах также играют важную роль в повышении деловой квалификации медицинских работников. По специально разработанной схеме проводится экспертная оценка ведения гинекологических больных и беременных, что положительно влияет на качество работы. Результаты анализов экспертных оценок обсуждаются на производственных совещаниях. Врачи и акушерки, допускающие наибольшее количество ошибок, самостоятельно прорабатывают соответствующий раздел и сдают зачет.

Не менее важной социально-демографической задачей, стоящей перед акушерами-гинекологами женской консультации, является борьба с абортami. Женщины, применяющие оральные и внутриматочные контрацептивы, подлежат диспансеризации, что фиксируется в карте профилактического осмотра, осуществляется строгий контроль за явкой женщин в консультацию после искусственного аборта в течение первого месяца. Это способствует снижению частоты хронических воспалительных заболеваний, бесплодия, нарушений менструальной функции, нейроэндокринных и дистрофических изменений в гениталиях, а также предупреждает их развитие.

С целью дифференцированного подхода к вопросу диспансеризации больные наблюдаются в 5 группах учета. Такая система диспансеризации позволяет четко определить комплекс лечебно-профилактических мероприятий на год, улучшить качество и эффективность диспансеризации. Для создания более благоприятных условий проведения открыт кабинет диспансеризации. Его работа основана на дифференциальной системе динамического наблюдения за состоянием здоровья работающих. Ведется полицейвой учет женщин. Все карты диспансерного наблюдения (форма № 30) передаются в кабинет диспансеризации и хранятся в специализированной картотеке. Они распределены по группам учета, врачам, диагнозам и месяцам, имеют цветную маркировку. Для осмотра диспансерных больных врачу акушеру-гинекологу выделяются 3 ч в неделю. В системе диспансерного наблюдения профилактические осмотры являются первым и основным этапом. Профилактическая работа проводится по графику, который составляется на год совместно с администрацией и общественными органами прикрепленных подразделений. Кабинет диспансеризации руководит всей технической работой по организационным вопросам и занимается централизованной обработкой диспансерной документации. Это упрощает систему контроля за качеством наблюдения, соблюдением сроков обследования больных, проведением комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий и позволяет врачам иметь дополнительные часы для профилактической работы, являясь резервом повышения показателя своевременности и

полноты охвата больных диспансерным наблюдением. Разработано положение о кабинете диспансеризации.

Организация акушерско-гинекологической помощи в условиях медико-санитарных частей промышленных предприятий требует предварительного изучения на местах структуры акушерской патологии и гинекологической заболеваемости с целью определения потребности, профиля и объема специализированной помощи. График профилактических осмотров утверждается приказом директора. За санитарно-гигиеническим состоянием комнат гигиены и оформлением уголков здоровья следит санитарный актив цеха.

Организация 5-групповой системы диспансеризации позволила увеличить число диспансерных больных за 5 лет на 57% на одного цехового акушера-гинеколога. Для обслуживания диспансерных больных используются кольпоскопия, цервикоскопия, онкоцитология, кольпоцитология, гистеросальпингография, аппарат для гидротубации, аппарат для диатермокоагуляции, жидкий азот для криотерапии, электростимуляция шейки матки. Широко применяются физические методы лечения: ультрафиолетовое облучение, ультразвук, лечебная физкультура, массаж, грязе- и водолечение. В Ижевском санатории «Металлург» без отрыва от производства по курсовкам проводится лечение бесплодия, воспалительных процессов гениталий, осуществляется реабилитация больных после операции по поводу внематочной беременности. У каждого врача акушера-гинеколога имеется перечень рабочих мест, на которых труд женщин запрещен. Разработан и утвержден отделом кадров перечень профессий для трудоустройства беременных женщин и гинекологических больных. По инициативе женской консультации через завком профсоюза беременным выделяются средства на бесплатное диетическое питание и витамины, широко используются кислородные коктейли. Создан кабинет перинатальной охраны плода, важнейшей задачей которого является дифференциация беременных по группам риска перинатальной патологии [2].

Среди беременных выделяют группы риска по развитию токсикоза, невынашиванию беременности, кровотечению при родах, аномалиям сократительной деятельности матки, по родовому травматизму матери и плода. Внедрена карта факторов риска для плода. Своевременная передача беременных, вставших на учет в женскую консультацию, раннее проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий, строгий контроль за охраной труда на производстве, своевременная госпитализация с профилактической и лечебной целью в специализированные родильные дома женщин с акушерской и экстрагенитальной патологией позволяют предупредить и своевременно выявить осложнения беременности и оказать необходимую помощь. Для оздоровления беременных женщин также используется профилакторий. Все эти мероприятия дали возможность, например, снизить частоту самопроизвольных абортс с 6,03 до 3,7%, преждевременных родов — с 5 до 3,7%; в течение трех последних лет в группу практически здоровых переведены 52% пациенток.

При женской консультации работают школа матерей и отцов, школа молодой матери, кабинет дифференцированной психопрофилактической подготовки беременных к родам.

Таким образом, эффективность лечебно-профилактической помощи обеспечивается строгой научно обоснованной этапностью обследования и ведения беременных женщин и гинекологических больных. Введение всеобщей диспансеризации будет способствовать совершенствованию форм и методов работы в области охраны здоровья женщины-матери и ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грачева А. Г. В кн.: Тезисы докладов XIV Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М., 1983.
2. Фролова О. Г., Николаева Е. И., Петухов В. Г., Николаев О. К. В кн.: Совершенствование организационных форм оказания медицинской помощи населению. М., 1981.

Поступила 20 февраля 1984 г.