

О РАБОТЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В УСЛОВИЯХ АКУШЕРСКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКО-ПЕДИАТРИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА

В. Н. Городков, В. Д. Мотылев, Т. П. Васильева, Л. В. Посисеева

*Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства (директор —
доц. В. Н. Городков) МЗ РСФСР*

В течение последних лет в г. Иванове констатирован рост показателей мертворождаемости и ранней неонатальной смертности. С целью выявления резервов и путей совершенствования работы лечебно-профилактических учреждений по предупреждению перинатальной патологии проведен детальный анализ каждого случая перинатальной смертности в родильных домах г. Иванова. Исследование экспертным методом позволило выяснить причины и условия формирования перинатальной патологии, проследить организацию медицинской помощи на всех этапах охраны здоровья женщин. В результате этого анализа были выявлены нарушения не только в работе отдельных медицинских учреждений, но и в процессе взаимного информационного обмена. Диагностические и тактические ошибки врачей различных медицинских учреждений в осуществлении мер по охране здоровья женщин и новорожденных особенно наглядно проявлялись при передаче информации из женских консультаций в родильные дома, из поликлиник общей сети в женские консультации, со станции скорой медицинской помощи в родильные дома и др. Устранение указанных недостатков организационного характера могло бы явиться одним из существенных резервов повышения эффективности охраны здоровья женщины, плода и новорожденного. Поиски форм и методов работы, которые обеспечили бы тесное взаимодействие различных медицинских учреждений в оздоровлении женщин и детей, привели к идее функционального комплексирования лечебно-профилактических учреждений родовспоможения, детской и взрослой сети и к созданию на этой основе экспериментального акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса (АТПК).

В зависимости от задач и функций отдельных учреждений определился трехуровневый порядок их комплексирования: амбулаторно-поликлинический (кустовой), стационарный (районный) и специализированный (городской). В основу кустового комплексирования был положен территориальный принцип медицинского обслуживания населения, согласно которому женская консультация была функционально объединена с поликлиниками общей сети, детской поликлиникой, медико-санитарными частями и профилакториями промышленных предприятий.

Формированию кустового АТПК предшествовала большая работа. Она включала организационные мероприятия по совмещению терапевтических и педиатрических участков с акушерскими при условии сохранения нормативной численности обслуживаемого детского, общего и женского населения. Потребовалось создание территориальных паспортов участков, совмещенного расписания работы участковых врачей и диагностических служб кустового АТПК. Необходимо было продумать функциональные обязанности участковых врачей трех профилей в условиях АТПК и создать соответствующие интегрированные органы руководства — советы АТПК в составе руководителей медицинских учреждений и экспертов — сотрудников института. На советы АТПК возлагались задачи по охране здоровья женщины, плода и новорожденного, по снижению материнской, перинатальной и ранней детской смертности. С целью их решения совет АТПК проводит ряд конкретных, тщательно спланированных мероприятий согласно специально разработанному «Положению». Всей работой кустового комплекса руководит заведующий женской консультацией, являющийся председателем совета.

Таким образом, в системе АТПК женская консультация занимает центральное место и выполняет координирующую роль в работе комплекса по охране здоровья женщины, плода и новорожденного.

В этих новых условиях деятельность женской консультации приобретает некоторые особенности. Больше внимания уделяется методической работе среди врачей трех профилей. Изучается исходный уровень знаний не только у акушеров-гинекологов, но и у педиатров и терапевтов, среднего медперсонала по вопросам ведения беременности и новорожденных из группы риска, по реабилитации женщин фертильного возраста после перенесенных осложнений беременности и родов, по диспансеризации бе-

временных с экстрагенитальной патологией, по антенатальной охране плода в фармакологическом аспекте и др. Результаты этого анализа обсуждаются на семинарах, конференциях, организуемых с целью повышения квалификации участковых врачей и среднего медперсонала трех направлений.

Внедряется система оперативной взаимосвязи по каналам передачи информации внутри комплекса. Осуществляется переход на оформление результатов обследования женщин в поликлиниках общей сети в виде выписки из амбулаторной карты с неоднократным к ней обращением при последующих беременностях, использование обменной карты в качестве важного средства передачи информации между женской консультацией и поликлиникой уже с момента взятия на учет по беременности. Вводится еженедельный обмен информацией между женской консультацией, детской и взрослой поликлиниками обо всех женщинах, взятых на учет по беременности, выбывших и снятых с учета после родов, а также о родивших, что позволяет осуществлять целенаправленный патронаж. Это дало возможность участковым педиатрам перейти по специально разработанной схеме на двухэтапный дородовый патронаж при взятии на учет по беременности и в 32 нед, а терапевтам своевременно приступить к реабилитации женщин после родов.

Кустовой комплекс обеспечивает постоянную связь женской консультации с роддомом. Информация о женщине передается через ее диспансерную книжку и лист учета групп риска, который заполняется с момента взятия ее на учет в женской консультации, а затем дополняется данными обследования и лечения в учреждениях родовспоможения и общей сети. Вводится ежемесячная передача в роддом сведений о женщинах с прогностически неблагоприятным исходом родов. На каждом акушерском участке имеется картотека полицейвого учета женщин, которая составляется из передаваемых поликлиникой дубликатов учетной формы № 30 на всех женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией, стоящих на диспансерном учете у терапевтов и узких специалистов. Иными словами, осуществляется взаимный информационный обмен, который способствует улучшению качества и своевременности специализированной помощи женщинам, особенно в период беременности, а также устраняет дублирование данных лабораторного обследования.

Для сокращения числа диагностических и тактических ошибок на базе женской консультации был организован специальный интегрированный орган текущего оперативного контроля за деятельностью врачей — консультативно-экспертная комиссия (КЭК). В ее состав вошли заведующий женской консультацией, заведующий терапевтическим и педиатрическим отделениями поликлиник общей и детской сети, врачи-специалисты, заведующие отделениями роддома и эксперты — сотрудники института. Задачи КЭК включают определение степени риска перинатальной и материнской патологии при взятии женщин на учет, в процессе наблюдения и при прогнозировании исходов родов, оценку и коррекцию плана лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на охрану здоровья беременной и родильницы, выявление контингента женщин, подлежащих наблюдению на спецприемах и др.

КЭК проводит заседания еженедельно, в строго определенные дни. На комиссиях разбираются все случаи беременности при взятии на учет, в 32 нед и после родов с привлечением всей медицинской документации женской консультации и поликлиник, заведенной на каждую женщину. Участие в работе КЭК специалистов разного профиля позволяет не только проводить наиболее полную экспертизу плана ведения беременной, но и обеспечивать участковых врачей надлежащей информацией о том, как это сделать лучше, а также в каждом конкретном случае дает возможность осуществлять интегральный подход к профилактике, диагностике и лечению акушерской и экстрагенитальной патологии у беременных. Оперативный разбор качества медицинской помощи уже в процессе наблюдения за беременной, плодом и впоследствии новорожденным значительно повышает ответственность врачей, заставляет их чаще в повседневной практике пользоваться научной литературой.

Опыт работы женской консультации в ее взаимосвязи с другими лечебно-профилактическими учреждениями комплекса практически за двухлетний период выявил положительные сдвиги в качественных показателях медицинских учреждений за 1983 год: снижение перинатальной смертности — на 4%, частоты мертворождаемости — в 1,5 раза, частоты послеродовых гнойно-септических заболеваний у женщин — в 1,3 раза. Своевременно проводится первичное обследование беременных женщин при взятии на учет за счет сокращения сроков обследования до 2 нед в поликлинике общей сети. В 1,5 раза снизилось число диагностических ошибок, что привело к улучшению выявляемости женщин групп риска. Создание акушерско-терапевтико-педиатрического комплекса позволило успешно внедрить новый подход

к профилактике железодефицитной анемии у беременных и детей, в результате которого частота анемии у детей первого года жизни уменьшилась в 3 раза.

ВЫВОДЫ

1. Создание и функционирование акушерско-терапевтико-педиатрических комплексов является наиболее рациональным подходом в осуществлении мер по охране здоровья женщины и новорожденного.

2. Расширение деятельности АТП-комплексов повышает роль женской консультации в организации непрерывного профилактического наблюдения за здоровьем женщин и детей на всех этапах их обслуживания и отвечает задаче диспансеризации населения.

Поступила 20 декабря 1983 г.

УДК 618.3:061.66

РОЛЬ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

*Н. Л. Капелюшник, Ф. Н. Сабиров, Р. А. Осипов, Т. И. Тимофеева,
Л. И. Мальцева, А. А. Хасанов, Л. М. Кутышева*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Н. Л. Капелюшник) Казанского
института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

В решениях XXV и XXVI съездов КПСС, в постановлении партии и правительства «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» отмечена необходимость повышения качества лечебно-профилактической помощи поликлинического звена. В связи с этим акушерам-гинекологам женских консультаций еще большее внимание следует уделять первичной и вторичной профилактике осложненных беременности, родов и перинатальной патологии. При этом ведущее значение имеют раннее выявление и рациональное лечение экстрагенитальных заболеваний, среди которых первое место по числу больных (0,5 — 7%) и как причина материнской смертности занимают сердечно-сосудистые поражения. Из них приобретенные пороки сердца составляют 90% и врожденные — 10%.

Задачами женской консультации являются точная диагностика болезней сердца и оценка функционального состояния миокарда, а при ревматических поражениях — определение степени активности процесса.

При компенсированных заболеваниях сердца беременность не представляет значительного риска, однако присоединение акушерской патологии (нефропатия, анемия беременных и др.) может привести к декомпенсации кровообращения. Поэтому даже при отсутствии признаков декомпенсации женщин необходимо госпитализировать на протяжении беременности 3 раза: на сроке 8 — 10 нед (лучше в кардиологическое отделение) для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности сохранения беременности, в 28 — 32 нед для поддержания сердечно-сосудистой системы в период максимальной физиологической нагрузки и в 37 — 38 нед для подготовки сердечно-сосудистой системы к родам.

При признаках недостаточности кровообращения госпитализация показана в любые сроки. В стационаре у беременных выявляют сопутствующие заболевания и назначают лечение с проведением санации очагов инфекции. Женщинам с заболеваниями сердца для предупреждения беременности следует рекомендовать контрацептивы.

При заболеваниях почек вопрос о возможности сохранения беременности решается совместно с терапевтом на основании результатов комплексного исследования функции почек больной.

Течение беременности нередко осложняется заболеваниями желез внутренней секреции. При сахарном диабете со II триместра беременности, как правило, ухудшается течение заболевания. У 40 — 50% женщин беременность осложняется поздним токсикозом, нередко многоводием, угрозой самопроизвольного прерывания, пиелонефритом, которые трудно поддаются лечению. При родах наблюдаются несвоевременные отхождения вод, слабость родовых сил, асфиксия плода; клиника узкого таза из-за макросомии плода; характерна склонность к гипогалактии и развитию инфекционных послеродовых заболеваний; у плодов и новорожденных регистрируется высокая перинатальная смертность.