

**ОРГАНИЗАЦИЯ  
РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ  
КОНСУЛЬТАЦИИ.  
ДИСПАНСЕРНОЕ  
НАБЛЮДЕНИЕ  
БЕРЕМЕННЫХ.**

*Женская консультация (ЖК)* является подразделением поликлиники, МСЧ или родильного дома, оказывающим амбулаторную лечебно-профилактическую, акушерско-гинекологическую помощь населению.

Основными *задачами* женской консультации являются:

- оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, послеродового периода, предупреждение гинекологических заболеваний;
- оказание женщинам социально-правовой помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья матери и ребенка;
- внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения беременных и гинекологических больных;
- внедрение передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.

В соответствии с основными задачами женская консультация должна осуществлять:

- организацию и проведение санитарно-профилактической работы среди женщин;
- профилактические осмотры женского населения;
- проведение работы по контрацепции для предупреждения не планируемой беременности;
- обеспечение *преемственности* в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных между женской консультацией и родильным домом, детской консультацией, другими лечебно-профилактическими учреждениями (консультация “Семья и брак”, консультативно-диагностические центры, медико-генетические консультации).

*Важной задачей врача женской консультации является взятие на учет беременных и осуществление лечебных мероприятий беременным, включенным в группу риска.*

- Деятельность консультации строится по *участковому принципу*. *Акушерско-гинекологический участок* рассчитан на 6000 женщин, проживающих на территории деятельности данной консультации. На каждом из них до 25% женщин находятся в репродуктивном возрасте (от 15 до 49 лет). Режим работы женской консультации установлен с учетом безотказного обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощью женщин в их не рабочее время. Один день в неделю выделен врачу для оказания помощи и профилактических осмотров работниц прикрепленных промышленных предприятий, территориально расположенных на участке врача или для специализированного приема.

# СТРУКТУРА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:

- Регистратура;
- кабинеты врачей акушеров-гинекологов для приема беременных, родильниц, гинекологических больных;
- манипуляционная комната;
- физиотерапевтический кабинет, где проводят лечебные процедуры;
- кабинеты терапевта, стоматолога, венеролога и юриста для консультаций по социально-правовым вопросам.
- Организованы кабинеты специализированного приема для женщин, страдающих бесплодием, невынашиванием беременности, для консультаций по вопросам контрацепции, патологии пременопаузального, климактерического и постменопаузального периодов;
- Лаборатория;
- кабинет УЗИ.

- Врач участка, кроме приема в женской консультации оказывает помощь на дому беременным, родильницам, гинекологическим больным, которые по состоянию здоровья не могут сами явиться в женскую консультацию. Если врач находит нужным, он активно посещает больную или беременную на дому без вызова (*патронаж*).
- Санитарно-просветительную работу проводят врачи и акушерки по плану. Основные формы этой работы: индивидуальные и групповые беседы, лекции, ответы на вопросы с использованием аудио- и видеокассет, радио, кино, телевидения.
- Правовую защиту женщин осуществляют юрисконсульты женской консультации, которые вместе с врачами выявляют женщин, нуждающихся в правовой защите, читают лекции, проводят беседы по основам российского законодательства о браке и семье, льготах трудового законодательства для женщин.

Одной из главных задач женской консультации является выявление предраковых заболеваний, профилактика онкологических заболеваний. Существуют три вида профилактических осмотров:

- ◉ *комплексные,*
- ◉ *целевые,*
- ◉ *индивидуальные.*

Профилактические осмотры женского населения проводят с 20-летнего возраста, два раза в год с обязательным цитологическим и кольпоскопическим обследованиями.

# НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

- Главная задача женской консультации - *диспансеризация беременных*. Срок взятия на учет - до 12 недель беременности. При первом посещении заполняют *“Индивидуальную карту беременной и родильницы”* (форма 111у), в которой записывают все данные опроса, обследования, назначения при каждом посещении. После клинического и лабораторного обследования (до 12 недель) определяют принадлежность каждой беременной к той или иной группе риска. Для количественной оценки факторов риска следует пользоваться шкалой *“Оценка пренатальных факторов риска в баллах”* (приказ №430).

# ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

- Выявляют гинекологические заболевания при посещении женщинами женской консультации, на профилактических осмотрах в женской консультации или предприятиях, смотровых кабинетах поликлиник. На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию, заводят *“Медицинскую карту амбулаторного больного”* (форма 025у). При наличии показаний для диспансеризации, заполняют *“Контрольную карту диспансерного наблюдения”* (форма 030у).

# АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

- Анализ работы проводят по следующим разделам деятельности женской консультации: общие данные по консультации, анализ профилактической деятельности, акушерская деятельность. Анализ акушерской деятельности включает: отчет о медицинской помощи беременным и родильницам (вкладыш № 3): раннее (до 12 недель) взятие на диспансерное наблюдение беременных, осмотр беременных терапевтом, осложнения беременности (поздние гестозы, заболевания, не зависящие от беременности), сведения о новорожденных (родились живыми, мертвыми, доношенными, недоношенными, умершие), перинатальная смертность, смертность беременных, рожениц и родильниц (материнская смертность).

# ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ

- **Ранний охват беременных врачебным наблюдением.** 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 посещениях 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.

# ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ

- **Взятие на учет.** При взятии беременной на учет независимо от срока беременности врач женской консультации обязан: ознакомиться с амбулаторной картой (или выпиской из нее) женщины из поликлинической сети.
- **Своевременное (в течение 12-14 дней) обследование.** Эффективность раннего взятия беременной на учет будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки не обследовать беременную по полной программе. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска, а также вырабатывают план ведения беременности.

# ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ

- **Дородовый и послеродовой патронаж.**  
*Дородовый патронаж* осуществляет участковая акушерка в обязательном порядке дважды: при взятии на учет и перед родами и, кроме того, проводится по мере необходимости (для вызова беременной к врачу, контроля назначенного режима и т.п.).  
*Послеродовой патронаж.* В течение первых 3 суток после выписки из родильного дома женщину посещают работники женской консультации - врач (после патологических родов) или акушерка (после нормальных родов). Для обеспечения своевременного послеродового патронажа женская консультация должна иметь постоянную связь с родильными стационарами.

# ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ

- **Своевременная госпитализация женщины в течение беременности и до родов.** При возникновении показаний экстренная или плановая госпитализация беременной является главной задачей врача женской консультации. Своевременная госпитализация позволяет снизить перинатальную смертность в 8 раз по сравнению с группой женщин, подлежащих стационарному лечению, но своевременно не госпитализированных.
- **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.
- **Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам 100% беременных.** Занятия в "Школе матерей".
- **100 % охват мужей беременных женщин занятиями в "Школе отцов".**
- **Аntenатальная профилактика рахита** (витамины, ультрафиолетовое облучение).
- **Профилактика гнойно-септических осложнений**, включающая обязательно урологическую и ЛОР-санацию.

# ВЫДЕЛЕНИЕ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ В ГРУППАХ ПОВЫШЕННОГО РИСКА

Стратегия риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией. Беременные, состоящие на учете в женской консультации, могут быть отнесены к следующим группам риска:

- с перинатальной патологией со стороны плода;
- с акушерской патологией;
- с экстрагенитальной патологией.

В 32 и 38 недель беременности проводят *балльный скрининг*, поскольку в эти сроки появляются новые факторы риска. Данные исследований свидетельствуют о росте группы беременных с высокой степенью перинатального риска (с 20 до 70%) к концу беременности. После повторного определения степени риска уточняют план ведения беременности.

- С 36 недель беременности женщин из группы среднего и высокого риска повторно осматривает заведующий женской консультацией и заведующий акушерским отделением, в которое беременная будет госпитализирована до родов. Этот осмотр является важным моментом в ведении беременных из групп риска. В тех районах, где нет родильных отделений, беременных госпитализируют по графикам обл-, гор-, здравотделов для профилактического лечения в определенные акушерские стационары. Поскольку дородовая госпитализация для обследования и комплексной подготовки к родам для женщин из групп риска является обязательной, то срок госпитализации, предположительный план ведения последних недель беременности и родов должны вырабатывать совместно с заведующим акушерским отделением.

- **Группа беременных с риском возникновения перинатальной патологии.** Установлено, что  $2/3$  всех случаев перинатальной смертности встречается у женщин из группы высокого риска, составляющих не более  $1/3$  общего числа беременных. На основе данных литературы, собственного клинического опыта, а также многоплановой разработки историй родов при изучении перинатальной смертности О.Г. Фролова и Е.Н. Николаева (1979) определили отдельные факторы риска. К ним отнесены только те факторы, которые приводили к более высокому уровню перинатальной смертности по отношению к этому показателю во всей группе обследованных беременных.

Все факторы риска авторы делят на две большие группы:

⊙ *Пренатальные факторы* подразделяют на 5 подгрупп:

- социально-биологические;
- акушерско-гинекологического анамнеза;
- экстрагенитальной патологии;
- осложнений настоящей беременности;
- оценки состояния внутриутробного плода.

⊙ *Интранатальные факторы* также были разделены на 3 подгруппы. Это факторы со стороны:

- матери;
- плаценты и пуповины;
- плода.

- Для количественной оценки факторов применена балльная система, дающая возможность не только оценить вероятность неблагоприятного исхода родов при действии каждого фактора, но и получить суммарное выражение вероятности всех факторов. Исходя из расчетов оценки каждого фактора в баллах, авторы выделяют следующие степени риска: высокую - 10 баллов и выше; среднюю - 5-9 баллов; низкую - до 4 баллов. Самая частая ошибка при подсчете баллов заключается в том, что врач не суммирует показатели, кажущиеся ему несущественными, считая, что незачем увеличивать группу риска.
- Выделение группы беременных с высокой степенью риска позволяет организовать интенсивное наблюдение за развитием плода от начала беременности.