**Женская консультация: структура, формы работы, содержание.**

ЖК – относится к МО диспансерного типа, осуществляющей амбулаторно-поликлиническое наблюдение за женщинами во все периоды их жизни.

**Задачи:**

1. проведение профилактических мероприятий с целью снижения осложнений в беременности

2. проведение профилактических осмотров всех женщин

3. диспансерный учет беременных, а также больных с хроническими гинекологическими заболеваниями.

4. Организационно-методическая работа

5. санитарно-гигиеническое воспитание, пропаганда ЗОЖ.

**Направления:**

- профилактическое

- организационное

- лечебно-диагностическое

- санитарно-гигиеническое.

**Структура ЖК:**

- регистратура

- кабинеты участковых специалистов (размер участка 3400-3800 женщин от 15 лет и старше).

- кабинеты специализированных приемов – планирования семьи, невынашивания беременности, гинекологической эндокринологии, патологии шейки матки, бесплодия, функциональной и пренатальной диагностики, гинекологии детского и подросткового возраста.

- процедурный кабинет.

- кабинет терапевта

- кабинет психоподготовки к родам.

- кабинет юриста

- кабинет стоматолога

- кабинет венеролога

- другие подразделения – малая операционная, клинико-диагностическая лаборатория, дневной стационар, стационар на дому.

**В соответствии с основными задачами ЖК 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 МО (консультация “Семья и брак”, консультативно-диагностические центры, медико-генетические консультации).

**НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ**

**Главная задача** **ЖК** - диспансеризация беременных.

Срок взятия на учет - до 12 недель беременности.

При первом посещении заполняют **“Индивидуальную карту беременной и родильницы”**, 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.

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ**

Выявляют гинекологические заболевания при посещении женщинами ЖК, на профилактических осмотрах в женской консультации или предприятиях, смотровых кабинетах поликлиник. На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию, заводят **“Медицинскую карту амбулаторного больного”.**

**ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ**

- Ранний охват беременных врачебным наблюдением.

- Взятие на учет.

- Своевременное (в течение 12-14 дней) обследование.

- Дородовый и послеродовой патронаж.

- Своевременная госпитализация женщины в течение беременности и до родов.

- 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".

- Антенатальная профилактика рахита (витамины, УФО).

- Профилактика гнойно-септических осложнений, включающая обязательно урологическую и ЛОР-санацию.

Выдача родового сертификата производится женщинам женской консультацией, осуществляющей наблюдение женщины в период беременности, при явке к врачу на очередной осмотр женщины со сроком беременности 30 недель (при многоплодной беременности — 28 недель беременности) и более.

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

* Корешок родового сертификата предназначен для подтверждения его выдачи, остаётся в лечебно-профилактическом учреждении, выдавшем сертификат.
* Талон № 1 родового сертификата предназначен для оплаты медицинских услуг, оказанных женской консультацией в период беременности. Передаётся из консультации в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты.
* Талон № 2 сертификата используется для оплаты медицинской помощи, оказанных женщинам во время родов в учреждениях родовспоможения. Передаётся из роддома 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 учреждениям здравоохранения услуг за первые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребёнка. Талон № 3-2 родового сертификата предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за вторые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребёнка. Талоны № 3 передаются из детских поликлиник в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты.

Эффективное формирование здоровья ребенка невозможно без учета состояния здоровья его матери. Поэтому организация медицинской помощи по рождению здо­рового ребенка должна осуществляться в условиях единого ***акушерско-терапевтическо-педиатрического комплекса(АТПК)****,*представляющего объединение учреждений акушерской, обще-лечебной и педиатрической сети. Акушер-гинеколог в течение 10—12 дней с момента первой явки беременной организует ее обследование и получение полной информации о здоровье семьи от терапевта, узких специалистов, совместно обслуживающих данную семью. Сведения о взятии беременной женщины на учет поступают из женской консультации в регистратуру детской поликлиники по телефону и заносятся в журнал учета беременных.

* Для врача-педиатра работа по охране здоровья плода сводится к ***проведению дородовых патронажей.***
* ***1-й дородовый патронаж*** проводится***участковым педиатром и медицинской сестрой*** через 10—12 дней после получения сигнала из женской консультации о взятии беременной на учет. К этому времени женщина имеет на руках обменную карту с результатами проведенных инструментальных и лабораторных обследований и заключениями всех специалистов о состоянии ее здоровья, балльной оценки риска перинатальной патологии будущего ребенка.
* **Цель**первого дородового патронажа — прогнозирование возможной патологии у будущего ребенка и подбор индивидуальных мероприятий, необходимых для предотвращения реализации выявленного риска.
* **Задачи** первого патронажа:
* - выявление факторов риска (сбор и оценка данных генеалогического, биологического и социального анамнезов);
* - прогноз состояния здоровья и развития будущего ребенка (группы риска);
* - проведение прогноза и профилактики гипогалактии;
* - информирование беременной о выявленном риске у будущего ребенка;
* - подбор рекомендаций по профилактике реализации выявленного риска (санитарно-гигиенические условия, режим дня и питание беременной женщины);
* - гигиеническое обучение и воспитание будущих родителей (пропаганда здорового образа жизни, положительный психологический настрой на рождение ребенка, формирование мотивации на длительное грудное вскармливание, посещение занятий в «Школе будущих родителей»);
* - определение срока второго дородового патронажа.
* Педиатр, получив сведения из сестринского патронажа, из обменной карты беременной, оценивает степень и направленность риска у будущего ребенка, разрабатывает комплекс мероприятий по профилактике реализации выявленного риска. Свое заключение педиатр вносит в обменную карту беременной. Рекомендации немедикаментозного характера педиатр дает к исполнению непосредственно беременной, а медикаментозные назначения проводятся в женской консультации акушером-гинекологом с учетом груп­пы риска, установленной педиатром, его рекомендаций.
* **2-й дородовый патронаж**осуществляется участковым педиатром и медсестрой на 30 неделе беременности в период начала декретного отпуска женщины.
* **Цель**второго патронажа — контроль выполнения назначений врача женской консультации и педиатра, переоценка факторов риска и направленности риска, коррекция рекомендаций. Особое внимание уделяется посе­щению беременной «Школы матерей» и занятиям по психопрофилактической подготовке к родам.
* **Задачи** второго патронажа:
* - переоценка факторов риска и направленности риска (получение информации о течении беременности, перенесенных заболеваниях, применении медикаментов, изменении условий труда, быта, уточнение предполагаемого срока родов);
* - контроль выполнения предшествующих назначений и их эффективности;
* - проведение повторного прогноза гипогалактии и профилактика гипогалактии;
* - коррекция рекомендаций соответственно выявленному риску;
* - гигиеническое обучение и воспитание будущих родителей (подготовка молочных желез к лактации, подготовка семьи к встрече новорожденного).
* Возможен***третий дородовый патронаж*** всроке беременности 36 недель, который проводитсяпедиатром к женщинам из группы высокого перинатального риска, определяемого акушером-гинекологом.
* После каждого патронажа педиатр оформляет документы:
* - бланк дородового патронажа, в котором указан риск возможной патологии у ребенка и даны рекомендации. Бланки хранятся в картотеке дородовых патронажей в кабинете здорового ребенка (КЗР);
* - обменную карту беременной, куда вносит свои рекомендации по антенатальной профилактике риска возможной патологии у ребенка.