

Женская консультация



ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

это подразделение
поликлиники
диспансерного
характера,
оказывающее
амбулаторную лечебно-
профилактическую
акушерско-
гинекологическую
помощь женскому
населению



Охрана здоровья женщины, матери и ребенка предусматривает

следующие изменения

- объединение акушерской и гинекологической служб с общей медицинской службой; диспансеризация и оздоровление населения в подростковом возрасте, перед вступлением в брак и созданием семьи; ориентация акушерства на перинатальную охрану плода; совершенствование деятельности центров и кабинетов пренатальной диагностики; улучшение общей медицинской и специализированной помощи беременным женщинам;
- создание и дальнейшее совершенствование акушерско-педиатрическо-терапевтических комплексов с целью подготовки женщин к материнству, преемственного и непрерывного оказания помощи беременным, родильницам и новорожденным, своевременного выявления и лечения экстрагенитальных заболеваний до и во время беременности, проведения прегравидарной подготовки женщин группы резерва родов;
- совершенствование системы этапного оказания родовспомогательной помощи;
- активная профилактика и своевременное лечение гинекологических заболеваний;

- развитие специализированной медицинской помощи: консультаций «Брак и семья», медико-генетических центров, акушерских стационаров и отделений для лечения и родоразрешения женщин с эндокринной и сердечно-сосудистой патологией, почечными заболеваниями и др.;
- активизация деятельности по планированию семьи и формированию здорового образа жизни;
- широкое внедрение немедикаментозных методов терапии и профилактики женских болезней, осложнений беременности и родов; использование природных и преформированных физиотерапевтических факторов;
- автоматизация, компьютеризация и обеспечение современной техникой.

Цель деятельности женской консультации

профилактика и снижение
заболеваемости органов
репродуктивной системы и оказание
квалифицированной амбулаторной
акушерско-гинекологической
ПОМОЩИ

ЗАДАЧИ

выполнение оптимальных лечебно-диагностических технологий на амбулаторно-поликлиническом этапе; выявление женщин группы резерва родов и проведение преконцептивной подготовки.

проведение динамического наблюдения беременных женщин в целях предупреждения осложнений беременности, родов и послеродового периода;

выполнение комплекса лечебно-профилактических мероприятий с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара, у гинекологических больных;

проведение вторичной профилактики злокачественных новообразований репродуктивной системы;



- консультирование и оказание услуг по планированию семьи;
- организация и проведение профилактических осмотров женского населения, начиная с подросткового возраста, с целью раннего выявления патологии репродуктивной системы;
- обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных между женской консультацией и другими лечебно-профилактическими учреждениями;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности и родам, в связи с гинекологическими заболеваниями, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- проведение медико-реабилитационных мероприятий;

- проведение мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни;
- обеспечение женщин медико-социальной и правовой защитой в соответствии с действующим законодательством по охране материнства и детства, в рамках компетенции женской консультации;
- выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности медицинского персонала и пациентов, предотвращения распространения инфекций;
- внедрение в практику работы современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;
- проведение мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала

ЗАДАЧИ

- Проведение работы по контрацепции для предупреждения непланируемой беременности
- Проведение санитарно-профилактической работы



ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ В

МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

- Возраст беременной 35 лет и более.
- Наличие у одного из супругов хромосомной перестройки или порока развития.
- Наличие в анамнезе детей с:
 - наследственными болезнями обмена и сцепленными с полом;
 - врожденной гиперплазией коры надпочечников;
 - врожденными пороками развития (изолированными или множественными);
 - хромосомными заболеваниями;
 - умственной отсталостью.
- Наличие вышеперечисленной патологии среди родственников.
- Кровнородственный брак.
- Привычное невынашивание беременности неясного генеза.

- Неблагоприятные воздействия в ранние сроки беременности (заболевания, диагностические или лечебные процедуры, прием медикаментозных средств).
- Осложненное течение беременности (угроза прерывания с ранних сроков, не поддающаяся терапии, многоводие).
- Патология плода, выявленная при ультразвуковом исследовании.
- Изменение показателей скринирующих факторов: альфа-фетопротеина, хорионического гонадотропина, эстриола, 17-оксипрогестерона.
- Наличие у супругов вредностей, связанных с профессией.
- Первичная аменорея, нарушения менструального цикла неясного генеза.

СТРУКТУРА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

- регистратура
- кабинеты заведующего, старшей акушерки
- врачебные акушерско-гинекологические кабинеты
- операционная
- процедурный кабинет
- кабинет для занятий школы беременных
- ординаторская

Норма нагрузки акушера-гинеколога

- 15 минут на одного больного или 4 пациентки в 1 час
- 3,5 – при консультативном посещении ЛПУ областного и республиканского уровня;
- на профилактическом осмотре – 10 мин. на одну больную или 6 пациентов в 1 час;
- при оказании помощи на дому – 1,25 больных в 1 час.

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ БЕРЕМЕННЫХ

- своевременность поступления беременных под наблюдение женской консультации (при правильной организации работы женской консультации 70-90% беременных должны поступать под наблюдение со сроком до 12 недель беременности, а в сроки после 28 недель, не взятых на учет не должно быть);
- процент женщин, осмотренных терапевтом в срок до 12 недель беременности;
- частота гестозов беременных (встречаются у 10-15% женщин);
- частота экстрагенитальной патологии (имеет место более чем у 70% беременных);
- материнская смертность;

- перинатальная смертность;
- процент срочных родов;
- процент преждевременных родов (частота преждевременных родов составляет 5-10% от общего количества родов);
- процент запоздалых родов (перенашивание беременности наблюдается в 1-2% общего количества родов);
- процент оперативного родоразрешения;
- частота аборт на 100 родившихся живыми и мертвыми (не должна превышать 80).

Основные показатели оценки качества оказания гинекологической помощи

- заболеваемость (число заболеваний, впервые выявленных в данном году);
- болезненность (сумма всех первичных обращений по поводу заболеваний как впервые выявленных в данном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы);
- патологическая пораженность (выявленные при медицинских осмотрах заболевания и патологические отклонения);
- охват населения профилактическими осмотрами;
- охват населения диспансерным наблюдением;
- полнота охвата больных диспансерным наблюдением;
- своевременность взятия больных под диспансерное наблюдение;
- выявлено ИППП, генитального туберкулеза, онкозаболеваний;
- процент больных, направленных на госпитализацию в плановом и экстренном порядке.

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”*, 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.

ДОРОДОВЫЙ И ПОСЛЕРОДОВЫЙ 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 или акушерка .



СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ

- 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.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

- Паспортные данные:
- Фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта.
- Возраст. Для первородящих определяют возрастную группу: юная первородящая – до 18 лет, пожилая первородящая – 26-30 лет, старая первородящая – свыше 30 лет.
- Адрес (согласно прописке и тот, где женщина проживает фактически).
- Профессия.
- Собирается семейный и акушерско-гинекологический анамнез



Объективное обследование проводят:

- Акушер-гинеколог

контроль выполнения рекомендаций специалистов

-Терапевт

-Стоматолог

санация полости рта

-Отоларинголог

-Окулист

-Эндокринолог

-Уролог



ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

При взятии беременной на учет проводят:

- общий анализ крови
- определяют реакцию Вассермана
- ВИЧ-инфекцию
- группу крови и резус-принадлежность у обоих супругов
- уровень сахара крови
- общий анализ мочи
- анализ выделений из влагалища на микрофлору
- кала - на яйца гельминтов.



ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Осмотр беременной включает оценку ее телосложения, степени развития подкожной основы, определение видимых отеков, состояния кожных покровов и слизистых оболочек, молочных желез.
живота.



Наружное и внутреннее акушерское исследование включает измерение таза, определение состояния половых органов и, начиная с 20 недель беременности, измерение, пальпацию и аускультацию живота.

Пальпация живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной наружная ее пальпация (13-15 недель), можно определить тонус матки, величину плода, количество околоплодных вод, предлежащую часть, а затем, по мере прогрессирования беременности, - членорасположение плода, положение его, позицию и вид. Пальпацию проводят, используя 4 классических акушерских приема (по Леопольду). **Аускультацию** тонов сердца плода проводят с 20 недель беременности. Сердцебиение плода определяется акушерским стетоскопом в виде ритмичных двойных ударов с постоянной частотой 130-140 в минуту, а также с помощью аппаратов УЗИ и доплерометрии.



УЗИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

УЗИ во время беременности производят в динамике. Первое – в сроке до 12 недель – для исключения нарушений в системе мать-плацента; второе – в сроке 18-24 недели с целью диагностики врожденных пороков развития плода; третье – в сроке 32-34 недели для биометрии плода и выявления соответствия его физических параметров гестационному возрасту (признаки внутриутробной задержки развития плода).



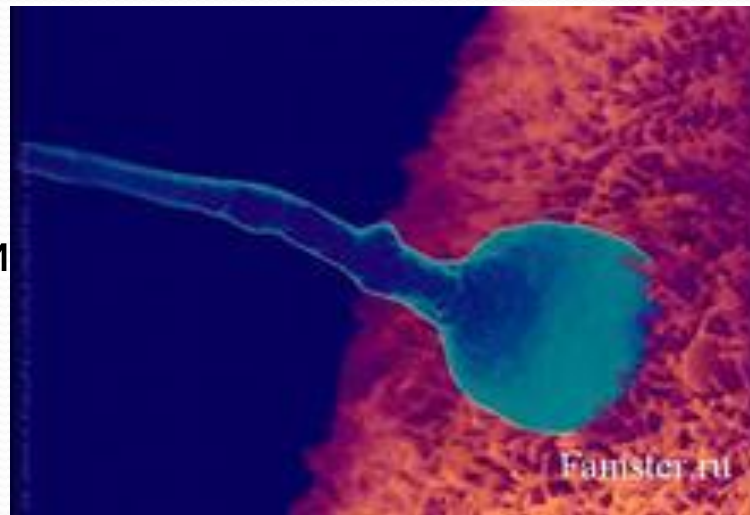
ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ

Школа материнства включает 3 занятия:

Занятие 1

Жизнь до рождения

1. Краткие сведения о строении и функционировании половой системы.
2. Женские и мужские половые клетки
3. Зарождение новой жизни.
4. Факторы риска беременности.



Занятие

Гигиенические правила в период беременности

1. Изменение стиля жизни.
2. Питание – как важный фактор для правильного развития беременности.
3. Личная гигиена.
4. Гигиеническая гимнастика
5. Психо-эмоциональная эволюция женщины во время беременности



Занятие 3

Подготовка к "родам без страха"

1. Календарные сроки наступления родов.
2. Предвестники родов.
3. Подготовка к поступлению в родильный дом.
4. Периоды родов и их продолжительность.
5. Управление родами.
6. Рождение ребенка и первые часы после родов.
7. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде.
8. Информация о помощи юриста по защите прав материнства





8 недель



10 недель



12 недель



14 недель



18 недель



22 недели



32 недели





Планирование семьи

Планирование семьи


- широкий комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на охрану репродуктивного здоровья женщины и обеспечение рождения желанных детей.

- Служба планирования семьи может быть представлена специализированными учреждениями, где оказываются услуги только по вопросам планирования семьи, или быть интегрирована с различными медицинскими учреждениями в качестве их функционального подразделения.

- На современном этапе служба планирования семьи является важнейшей частью профилактического направления репродуктологии.
- Приоритетом в работе центров, клиник и кабинетов планирования семьи является охрана репродуктивного здоровья женщины.
- Выбор метода контрацепции осуществляется с учетом многих факторов: неконтрацептивных свойств, которые можно использовать для улучшения состояния здоровья женщины и профилактики ряда заболеваний, эффективности метода, его безопасности, побочных явлений и индивидуального отношения женщины к данному методу.

- Решение о выборе метода контрацепции принимает пациентка после предварительного консультирования, включающего информацию о всех способах контроля рождаемости.
- Подробная консультация специалиста дает возможность пациентке принять правильное решение.
- Собственный выбор пациентки повышает эффективность метода, так как в этом случае наблюдается более высокая мотивация в соблюдении режима приема препаратов и последовательности использования выбранных средств.
- Оценка безопасности метода основывается на результатах проведенного обследования и выяснения наличия показаний и противопоказаний к применению различных методов контроля рождаемости.

- Эффективность любого метода контрацепции определяется индексом Перля, который выражается в количестве беременностей, наступивших у 100 женщин, применявших данный метод контрацепции в течение одного года.

- 
- Спектр современных методов и средств контрацепции достаточно широк.
 - К современной контрацепции относятся гормональная, внутриматочная, хирургическая контрацепция, барьерные и спермицидные средства, естественные методы планирования семьи, методы неотложной контрацепции.

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

- С целью гормональной контрацепции используются синтетические аналоги женских половых гормонов — эстрогенов и прогестерона.
- В зависимости от состава и метода применения различают следующие средства гормональной контрацепции:
- комбинированные (эстроген-гестагенные) оральные контрацептивы;
 - контрацептивы, содержащие только гестагены:
 - - оральные гестагенные контрацептивы (мини-пили);
 - - пролонгированные инъекционные контрацептивы;
 - - имплантат для подкожного введения;
 - - гормоновыделяющая внутриматочная система.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

- По составу комбинированные контрацептивы различаются фазностью, дозировкой входящих в препарат компонентов и типом гестагена (прогестина, прогестагена).
- В монофазных препаратах (мерсилон, новинет, логест, марвелон, регулон, фемоден, силест, минизистон, и др.) все таблетки имеют одинаковый состав.
- Комбинированные двухфазные контрацептивы (антеовин) содержат постоянную дозу эстрогена и изменяющуюся дозу гестагенного компонента.
- Трехфазные препараты (триквилар, тризистон, трирегол и др.) содержат таблетки трех разных составов, отличающиеся по дозировке эстрогенного и гестагенного компонентов.

Механизм действия

- подавлении овуляции
- цервикальная слизь становится более вязкой, плотной, препятствующей прохождению сперматозоидов
- атрофия эндометрия

Преимущества метода

- высокая эффективность
- простота применения
- обратимость
- наличие благоприятного неконтрацептивного действия на репродуктивную систему и организм женщины в целом.

Противопоказания к применению КОК

Абсолютные противопоказания:

- - беременность;
- - сосудистые нарушения в настоящее время или в анамнезе в виде тяжелой
- - артериальной гипертензии, тромбозов глубоких вен или тромбоэмболии ветвей
- - легочной артерии, нарушения мозгового кровообращения, ИБС;
- - курение женщин старше 35 лет, так как курение в сочетании с КОК
- - увеличивает риск сердечно-сосудистой патологии;
- - заболевания печени в настоящее время или в анамнезе, приведшие к нарушению функций печени;
- - рак молочной железы;
- - наличие вагинальных кровотечений неясной этиологии;
- - послеродовой период и грудное вскармливание в сроки менее 6 недель
- - после родов.

Гестагенные оральные контрацептивы

- контрацептивы (мини-пили) не имеющие эстрогенного компонента и содержащие только прогестин (экслютон, микролют и др).

Преимущества гестагенных оральных контрацептивов

- хорошая переносимость
- быстрое восстановление фертильности после отмены препарата
- высокая эффективность при соблюдении правил приема.
- минимальное влияние на углеводный и липидный обмен, функции печени и систему гемостаза
- не повышают риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы
- эффект при болезненных и обильных менструациях, предменструальном синдроме, железодефицитной анемии
- возможность их применения в период лактации.

Механизм действия

- изменение цервикальной слизи (сгущение), препятствующее проникновению сперматозоидов в полость матки;
- морфологические изменения эндометрия, способствующие созданию неблагоприятных условий для имплантации оплодотворенной яйцеклетки (наблюдаются «мозаика» разных фаз менструального цикла и истончение эндометрия);
- - ановуляция (не во всех циклах приема препарата) за счет частичного или
- полного подавления пика ЛГ;
- -изменение сократительной активности маточных труб, которое, возможно, препятствует процессу оплодотворения;

Применение гестагенных оральных контрацептивов преимущественно показано в следующих случаях:

- - курящим женщинам старше 35 лет;
- - в период лактации;
- - больным с гипертензией, поддающейся контролю, серповидно-клеточной анемией, фокальной мигренью, сахарным диабетом;
- - при непереносимости эстрогенов или наличии эстрогензависимых побочных эффектов.

Инъекционный прогестагенный контрацептив (депо-провера).

- высокой эффективностью
- индекс Перля при их применении составляет менее 1,0 на 100 женщин/лет.

Механизм действия Депо-провера сходен с механизмом действия гестагенных оральных контрацептивов,

Преимущества

- высокая эффективность;
- отсутствие эстрогензависимых побочных эффектов;
- быстрый и длительный контрацептивный эффект после инъекции;
- простота применения;
- возможность применения в период лактации.

Противопоказания

- беременность
- рак молочной железы
- нарушения менструального цикла неясной этиологии.

Относительными противопоказаниями являются:

- послеродовой период и грудное вскармливание в течение первых 6 недель после родов,
- гипертоническая болезнь,
- нарушение мозгового кровообращения
- сахарный диабет
- заболевания печени с нарушением ее функций

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

- метод предохранения от беременности с помощью устройств, введенных в матку, называемых внутриматочными контрацептивами (ВМК) или внутриматочными средствами (ВМС).
- Индекс Перля при его использовании составляет около 2 на 100 женщин/лет.

Механизм действия ВМС

уменьшение активности и выживаемости сперматозоидов (добавление меди усиливает сперматотоксический эффект);

- усиление спермицидного эффекта слизи эндометрия за счет увеличения количества лизоцима и продуктов его распада, обусловленного полиморфноядерной лейкоцитарной инфильтрацией эндометрия в ответ на инородное тело;
- уменьшение срока жизни яйцеклетки.

В случаях оплодотворения яйцеклетки наступлению беременности препятствуют следующие механизмы:

- усиление перистальтики маточных труб;
- асептическое воспаление в эндометрии,
- приводящее к активации фосфатаз,
- изменению концентрации гликогена, что также нарушает имплантацию яйцеклетки.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

- 1) мужские и женские презервативы;
- 2) влагалищные диафрагмы и цервикальные колпачки;
- 3) спермициды— средства, содержащие химические вещества, инактивирующие сперму.

Механизм действия

- механическое препятствие для попадания спермы во влагалище (презервативы) и цервикальный канал (влагалищные диафрагмы и цервикальные колпачки) или инактивации спермы (спермициды).

Эффективность ниже, чем методов гормональной и внутриматочной контрацепции.

Индекс Перля при использовании презервативов, диафрагм и цервикальных колпачков составляет 4—12 на 100 женщин/лет.

ЕСТЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

- оценка базальной температуры тела особенностей цервикальной слизи
- календарный и симптотермальный методы
- прерванное половое сношение
- временная абстиненция
- метод лактационной аменореи (МЛА).


Индекс Перля при их использовании составляет приблизительно 25 на 100 женщин/лет.

Условия МЛА:

- 1) исключительно грудное вскармливание, которое подразумевает кормление грудью по требованию ребенка не реже чем через 4 часа в течение дня с ночным промежутком не более 6 часов;
- 2) отсутствие менструаций;
- 3) сроке после родов не более 6 месяцев.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

- Женская стерилизация - окклюзия маточных труб, в результате чего становится невозможным оплодотворение яйцеклетки.
- Мужская стерилизация (вазэктомия) блокируется проходимость семявыносящих протоков, что препятствует поступлению сперматозоидов в эякулят.

- 
- Хирургическая стерилизация является необратимым методом контрацепции.
 - Недостатки хирургической контрацепции: риск возникновения осложнений, связанных с хирургическим вмешательством (гематомы, инфекционные осложнения и др.).

НЕОТЛОЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

- экстренные методы предохранения от беременности после незащищенного средствами контрацепции полового акта.
- гормональные средства (КОК и гестагенные препараты, даназол, мифепристон) и внутриматочные контрацептивы
- Введение ВМК в течение 5 дней после незащищенного полового акта нарушает имплантацию оплодотворенной яйцеклетки.

- Комбинированные оральные контрацептивы с целью неотложной контрацепции должны быть приняты в течение 72 часов после незащищенного полового акта (метод Юспе).
- С целью неотложной контрацепции используется прием 4 таблеток КОК, содержащих 30 мкг этинилэстрадиола, дважды через 12 часов (всего 8 таблеток). Если одна таблетка КОК содержит 50 мкг, то необходимо принять 2 таблетки, а через 12 часов повторить прием указанной дозы (всего 4 таблетки). Таким образом, минимальная разовая доза эстрогенов должна составить 100 мкг этинилэстрадиола, а минимальная общая доза эстрогенов — 200 мкг.
- При применении данного метода возможны побочные эффекты в виде тошноты или рвоты.

- Прогестагенные оральные контрацептивы используются в течение 72 часов после незащищенного полового акта.
- С целью неотложной контрацепции следует принять одномоментно 750 мг левоноргестрела (препарат постинор или 20 таблеток мини-пили) и повторить прием в такой же дозе через 12 часов (всего 2 таблетки препарата Постинор или 40 таблеток Мини-пили).

- Даназол — антигонадотропный препарат с целью неотложной контрацепции может применяться в дозе 600 мг дважды с интервалом 12 ч не позднее 72 ч после полового акта.
- Мифепристон (Ru 486) — антипрогестероновый препарат, используется однократно в дозе 600 мг не позднее 72 ч после полового акта.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

