

**Министерство здравоохранения Омской области
Омская региональная общественная организация
«Омская профессиональная сестринская ассоциация»**

**Материалы III Съезда акушерок Омской области
9 июня 2006 г.**

Омск 2006 г.

В сборнике представлены материалы по актуальным вопросам акушерского и сестринского дела в практическом здравоохранении.

Рекомендованы для изучения и распространения опыта в лечебно-профилактических учреждениях города Омска и Омской области.

Редакционный совет:

- Бутова Е.А.** главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Омской области;
- Евсеева Т.В.** заместитель директора ГОУ Омской области «Центр-училище повышения квалификации работников здравоохранения»;
- Морозова Е.Г.** заместитель директора ГОУ Омской области «Центр-училище повышения квалификации работников здравоохранения»;
- Краля В.Д.** декан акушерско-педиатрического факультета ГОУ Омской области «Центр-училище повышения квалификации работников здравоохранения».

Организационный комитет

Председатель орг.комитета

Обрывалин В.В.

Заместитель Министра здравоохранения Омской области

Заместители председателя:

Бутова Е.А.

Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Омской области

Зорина Т.А.

Президент Омской профессиональной сестринской ассоциации

Члены орг. комитета:

Яковлева Л.В.

Председатель Омской областной организации профсоюза работников здравоохранения

Маркварт Л.Д.

Начальник отдела кадровой работы Министерства здравоохранения Омской области

Козлова Н.П.

Ведущий специалист отдела охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Омской области

Ралко В.В.

Заместитель главного врача Государственного учреждения здравоохранения Омской области «Областная клиническая больница» по родовспоможению

Калемина Т.М.

Заместитель главного врача Государственного учреждения здравоохранения Омской области «Областная клиническая больница» по орг.метод.работе

Михайлова Г.М.

Главная медицинская сестра Государственного учреждения здравоохранения Омской области «Областная клиническая больница», главный внештатный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения Омской области

Сайтова Т.В.

Главная акушерка родильного дома Государственного учреждения здравоохранения Омской области «Областная клиническая больница»

Иванюк В.И.

Главный акушер-гинеколог Управления здравоохранения администрации г. Омска

Светлая Г.Д.

Главная внештатная акушерка Управления здравоохранения администрации г. Омска

Дацюк С.Ф.

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом Муниципального учреждения здравоохранения «Омская государственная клиническая больница №1 им. А.Н. Кабанова», главный внештатный специалист по сестринскому делу Управления здравоохранения администрации г. Омска

Морозова Е.Г.

Заместитель директора Государственного образовательного учреждения Омской области «Центр-училище повышения квалификации работников здравоохранения»

Горюнова В.В.

Председатель цикловой комиссии Государственного образовательного учреждения Омской области «Медицинский колледж»

Приветствие делегатам съезда

Уважаемые коллеги!

Мы рады приветствовать Вас на III Съезде акушерок Омской области!

Мы рассматриваем Съезд как уникальную возможность обмена опытом и плодотворных дискуссий по проблемам в акушерском и сестринском деле в реализации национального проекта «Современное здравоохранение» в городе Омске и Омской области.

Большая роль в реализации основных направлений принадлежит акушеркам и медицинским сестрам, и это ставит перед Вами новые и более сложные задачи:

- формирование и охрана репродуктивного здоровья женщин, начиная с детского и подросткового возраста, путем проведения профилактических осмотров и реабилитационных программ;
- прегравидарная подготовка и диспансерное наблюдение беременных на соответствующих этапах оказания медицинской помощи с учетом факторов риска;
- обеспечение высококвалифицированной и доступной медицинской помощи матерям и детям;
- проведение профилактики непланируемой беременности в группах социального, медицинского и возрастного риска;
- проведение мероприятий, направленных на раннюю диагностику злокачественных новообразований;
- санитарное просвещение населения, направленное на формирование здорового образа жизни.

Для решения этих задач необходимо повышение престижа профессии акушерки и медицинской сестры и объединение усилий в вопросах охраны материнства и детства.

Желаем участникам Съезда плодотворной работы, успехов в профессиональной деятельности!

В.В. Обрывалин, заместитель
Министра здравоохранения Омской области
Т.А. Зорина, президент Омской
профессиональной сестринской ассоциации

Программа III съезда акушеров Омской области

- 09.00 - 10.00** Регистрация участников. Выдача методической литературы. Презентация фирм.
- 10.00 – 10.30** Торжественное открытие съезда
Приветственное слово:
- Моисеенко Сергей Владимирович – Министр здравоохранения Омской области
 - Зорина Татьяна Александровна – президент Омской профессиональной сестринской ассоциации
- Награждение.
- 10.30 – 11.00** Роль акушеров в повышении доступности, качества и эффективности медицинской помощи населению Омской области в рамках исполнения приоритетного национального проекта.
Бутова Е.А. – главный акушер-гинеколог
Министерства здравоохранения Омской области
- 11.00 – 11.15** Современные проблемы подготовки специалистов акушерского дела в Омской области
Горюнова В.В. – председатель цикловой комиссии
ГОУ Омской области «Медицинский колледж»
- 11.15 – 11.30** Современные аспекты повышения квалификации средних медицинских работников по специальности «Акушерское дело»
Евсеева Т.В. – заместитель директора
ГОУ Омской области «Центр-училище
повышения квалификации работников здравоохранения»
- 11.30 – 11.45** Роль акушерки в формировании и сохранении репродуктивного здоровья женщины на всех этапах оказания медицинской помощи
Саитова Т.В. – главная акушерка родильного дома
Государственного учреждения здравоохранения
Омской области «Областная клиническая больница»
- 11.45 – 12.00** Организация работы по профилактике непланируемой беременности в группах риска.
Евдокимова Л.Г. - заместитель главного врача
по родовспоможению Муниципального
учреждения здравоохранения «Калачинская ЦРБ»
- 12.00 – 13.00** **Кофе-пауза**
- 13.00 – 13.15** Экстрагенитальная патология и беременность: вопросы организации
Яремчук Л.И. – заместитель главного врача
Муниципального учреждения здравоохранения
«Медико-санитарная часть №10»

- 13.15 – 13.30** Обеспечение исключительно грудного вскармливания в родильном доме
Мехова Т.А. – старшая медицинская сестра
отделения новорожденных Государственного учреждения
здравоохранения Омской области
«Областная клиническая больница»
- 13.30 – 13.45** Организация эффективного ухода за матерью и новорожденным в
послеродовом периоде
Лейба О.И. – главная акушерка
Муниципального учреждения
здравоохранения «Родильный дом №2»
- 13.45 – 14.00** Внедрение инфекционного контроля на основе новых технологий
родовспоможения
Новосельцева Н.М. – главный врач
Муниципального учреждения
здравоохранения «Родильный дом №2»
- 14.00 – 14.15** Внедрение международного проекта «Мать и дитя» в работу акушерских
стационаров.
Гребенюк О.А. – заведующая родильным отделением
Государственного учреждения здравоохранения
Омской области «Областная клиническая больница»
- 14.15 – 14.30** Особенности ведения преждевременных родов
Житенева Т.П. – акушерка обсервационного отделения
Муниципального учреждения здравоохранения
«Клинический родильный дом №4»
- 14.30 – 14.45** Профилактика и ранняя диагностика злокачественных новообразований
женской половой сферы
Десятова М.В. – заведующая отделением
Государственного учреждения здравоохранения
Омской области «Онкологический диспансер»
- 14.45 – 15.15** Открытый микрофон. Принятие резолюции съезда
- 15.30 – 16.30** Концерт
- 16.30** Закрытие съезда. Выдача сертификатов

**Резолюция III съезда акушерок Омской области
9 июня 2006 г.**

Участники III съезда акушерок Омской области по результатам докладов и состоявшейся дискуссии о роли и месте акушерок в системе мер по улучшению качества оказания медицинской помощи женщинам считают необходимым отметить следующее:

- в условиях реформирования здравоохранения важная роль в обеспечении доступности и качества предоставляемых населению услуг, усилении профилактической направленности акушерско-гинекологической помощи принадлежит акушеркам;
- основным направлением акушерского дела в течение пяти лет после проведенного II съезда акушерок определено повышение профессионального и социального статуса акушерок в охране репродуктивного здоровья женщин;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.08.03 № 329 «О совершенствовании организации медицинской помощи новорожденным детям в акушерских стационарах» регламентировано выделение коек новорожденных в учреждениях родовспоможения и их финансирование; определены штатные нормативы, в том числе сестринского персонала;
- в целях улучшения системы управления деятельностью сестринского персонала в родовспомогательных учреждениях введена должность главной акушерки;
- в учреждениях здравоохранения системы Министерства здравоохранения Омской области по состоянию на 01.01.06 работает 514 врачей акушеров-гинекологов и 972 акушерки; обеспеченность ими на 10 тыс. женского населения составила 4,67 и 8,8 соответственно;
- сертификат специалиста имеют 85,4% акушерок, квалификационную категорию – 70,9%;
- в Омской области подготовка акушерок осуществляется в ГОУ Омской области «Медицинский колледж». Повышение квалификации – в ГОУ Омской области «Центр-училище повышения квалификации работников здравоохранения».
- в образовательный процесс внедряются государственные образовательные стандарты среднего профессионального образования базового уровня и последипломной подготовки;
- в Омской области создана система охраны здоровья матери и ребенка, оказавшая существенное положительное влияние на характер и динамику демографических процессов;

- приняты и утверждены областные целевые программы «Здоровая женщина – здоровый ребенок», «Дети Омской области»;
- ряд родильных домов работает в соответствии с Российско-американским проектом «Мать и дитя»;

Важная роль в реализации данных программ принадлежит акушеркам и медицинским сестрам учреждений родовспоможения и детства, осуществляющих демедикализованный профессиональный уход за пациентками и новорожденными, совершенствующих работу по охране и поощрению грудного вскармливания, внедрению современных технологий, основанных на доказательной медицине, родовспоможения, ориентированного на участие семьи.

- учреждения родовспоможения Омской области активно включились в выполнение Приоритетного национального проекта «Здоровье»: введение родовых сертификатов, обследование детей на галактоземию и адреногенитальный синдром, оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, осуществление диспансеризации, дополнительного лекарственного обеспечения.

Вместе с тем осложняет работу отсутствие единой концепции развития акушерского дела в России, профессиональных стандартов и критериев оценки деятельности акушерки. В совершенствовании нуждается профессиональное образование акушерок: недостаточный объем практических навыков (малое количество самостоятельно принятых родов), недостаточное знание современных перинатальных технологий, медицинской аппаратуры, не в полном объеме используется потенциал акушерок в пропаганде и формировании профилактических аспектов охраны репродуктивного здоровья населения.

Руководители ряда лечебно-профилактических и родовспомогательных учреждений не проявляют должного внимания к вопросам улучшения организации работы акушерок (в том числе на фельдшерско-акушерских пунктах и в участковых больницах), создания условий повышения их профессионального статуса, не оказывают содействия и поддержки в развитии Омской профессиональной сестринской ассоциации.

III съезд акушерок Омской области ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Признать необходимым дальнейшее совершенствование акушерского дела, развитие его кадрового потенциала, организационной структуры управления.

2. Обратиться в Министерство здравоохранения Омской области с предложениями:

Разработать совместно с Омской профессиональной сестринской ассоциацией концепцию развития акушерского дела в Омской области и план основных мероприятий по ее реализации;

Разработать, утвердить и внести коррективы в программы последипломной подготовки акушерок перинатальных центров, родильных домов, центров планирования семьи, амбулаторно-поликлинических учреждений, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с задачами по улучшению репродуктивного здоровья женщин и современными перинатальными технологиями;

Продолжить работу по совершенствованию качества профессионального образования акушерок, обратив внимание на:

- дальнейшее развитие системы многоуровневой подготовки и последипломного образования акушерок;
- введение системы наставничества для студентов акушерского отделения медицинского колледжа;
- обеспечение прохождения преддипломной практики по месту планируемой работы.

Подготовить современное пособие для специалистов по специальности «Акушерское дело»;

Продолжить работу по развитию научных исследований в области акушерского дела;

Рассмотреть возможность лицензирования самостоятельной деятельности акушерок, оказывающих услуги населению по физиопсихопрофилактической подготовке беременных и супружеских пар к родам, по вопросам грудного вскармливания, планирования семьи;

3. Рекомендовать руководителям учреждений здравоохранения совместно с главными специалистами в области акушерства и гинекологии, Омской профессиональной сестринской ассоциацией:

- уделять внимание развитию акушерского дела, поднятию его престижа и профессионального статуса, развивать институт главных акушерок и систему управления акушерской деятельностью в учреждениях родовспоможения;
- обеспечить создание условий для эффективного и безопасного труда акушерок, внедрения новых организационных форм и современных технологий оказания акушерской помощи;
- организовать полноценное прохождение учебной и производственной практики учащимся акушерского отделения медицинского колледжа и слушателям Центра-училища повышения квалификации работников здравоохранения;
- проводить систематически профессиональные конкурсы на звание «Лучшая акушерка»;
- оказывать содействие и поддержку работе Омской профессиональной сестринской ассоциации.

4. Омской профессиональной сестринской ассоциации:

- продолжить сотрудничество с общероссийскими и международными сестринскими ассоциациями в области проведения совместных мероприятий по актуальным проблемам акушерского дела, обмену опытом в области организации работы акушерок.

Роль акушерок в повышении доступности, качества и эффективности медицинской помощи населению Омской области в рамках исполнения приоритетного национального проекта

**Е.А. Бутова, главный акушер-гинеколог
Министерства здравоохранения Омской области**

Охрана материнства и детства, совершенствование и развитие акушерско-гинекологической помощи, снижение материнской, перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности в современных условиях остаются приоритетными направлениями деятельности органов управления и учреждений здравоохранения.

Большой вклад в решение этих задач вносят ежегодные российские форумы «Мать и дитя», прошедшие два Областных съезда акушерок Омской области, которые способствуют внедрению прогрессивных научных направлений и технологий в практическое здравоохранение, в том числе в развитие регионального родовспоможения. 12 октября 2005 г. в рамках форума «Мать и дитя» была проведена Всероссийская конференция акушерок на тему «Роль акушерок в повышении доступности и качества медицинской помощи женщинам», на которой был обсужден целый комплекс важных вопросов по развитию акушерского дела в стране.

Состояние акушерского дела в Омской области

По состоянию на 01.01.2006 г. в учреждениях родовспоможения системы Министерства здравоохранения Омской области работает 972 акушерки.

К сожалению, продолжает уменьшаться обеспеченность акушерками населения. Так, за последние 5 лет число акушерок уменьшилось более чем на 10%, а именно, в 2004 г. обеспеченность акушерками составила 9,5 на 10 000 женского населения, в 2005 г. - 8,8. Показатель по РФ в 2004 г. составил 8,7.

В 2004 г. 84,4% акушерок имели сертификат специалиста, в 2005 г. – 85,4%. Доля акушерок, имеющих сертификат, превышает аналогичные показатели среди всех средних медицинских работников.

В 2004 г. доля акушерок, имеющих квалификационные категории, составила 66,6%, в 2005 г. – 70,9%.

В последние годы сформировалась многоуровневая система профессионального образования акушерок, разработан и действует государственный образовательный стандарт

по специальности «акушерское дело» с базовым и повышенным уровнями подготовки. В учреждениях родовспоможения введена должность главной акушерки.

Подготовка акушерок в Омской области осуществляется в медицинском колледже, повышение квалификации – в ГОУОО «Центр-училище повышения квалификации работников здравоохранения».

Прошло 5 лет с момента II Областного съезда акушерок, который сыграл важную роль в повышении престижа акушерок и развитии акушерского дела в Омской области. Мероприятия резолюции этого съезда практически все выполнены.

Акушерки в настоящее время трудятся в родильных домах (отделениях), женских консультациях, перинатальном центре. Особой ответственности и квалификации требует работа акушерок на селе. В настоящее время в Омской области 886 фельдшерско-акушерских пунктов, в большинстве из которых самостоятельно трудятся акушерки, которые отвечают за здоровье беременных, рожениц, родильниц, гинекологических больных, осуществляют патронаж новорожденных и детей до 1 года, проводят работу по профилактике аборт и охране репродуктивного здоровья населения. В ЦРБ сельской местности не всегда акушерская койка обеспечена круглосуточным дежурством врача акушера-гинеколога, что накладывает на акушерок особую ответственность и требует от них высокого умения и искусства не только провести нормальные роды, но и уметь правильно оценить ситуацию и своевременно вызвать врача при малейших отклонениях в течение родового акта, а также возникших осложнений со стороны плода.

Трудно переоценить роль сестринского персонала, особенно акушерок, в обеспечении санитарно-эпидемического режима акушерских стационаров, инфекционной безопасности родильниц и новорожденных.

Неоценим вклад акушерок и в развитие современных перинатальных технологий: подготовку беременной и семьи к родам; совместное пребывание матери и ребенка в палате «Мать и дитя»; поддержку и поощрение грудного вскармливания; внедрение новых лечебно-диагностических технологий в акушерско-гинекологическую практику.

Динамика основных показателей службы охраны материнства и детства

Самоотверженный труд медицинских работников службы родовспоможения и детства – врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, медицинских сестер и акушерок, организаторов службы позволил добиться улучшения основных показателей службы охраны материнства и детства.

В последние годы наметилась тенденция к увеличению рождаемости. Этот показатель увеличился с 8,4 на 1000 населения в 2000 г. до 10,5 в 2005 г.

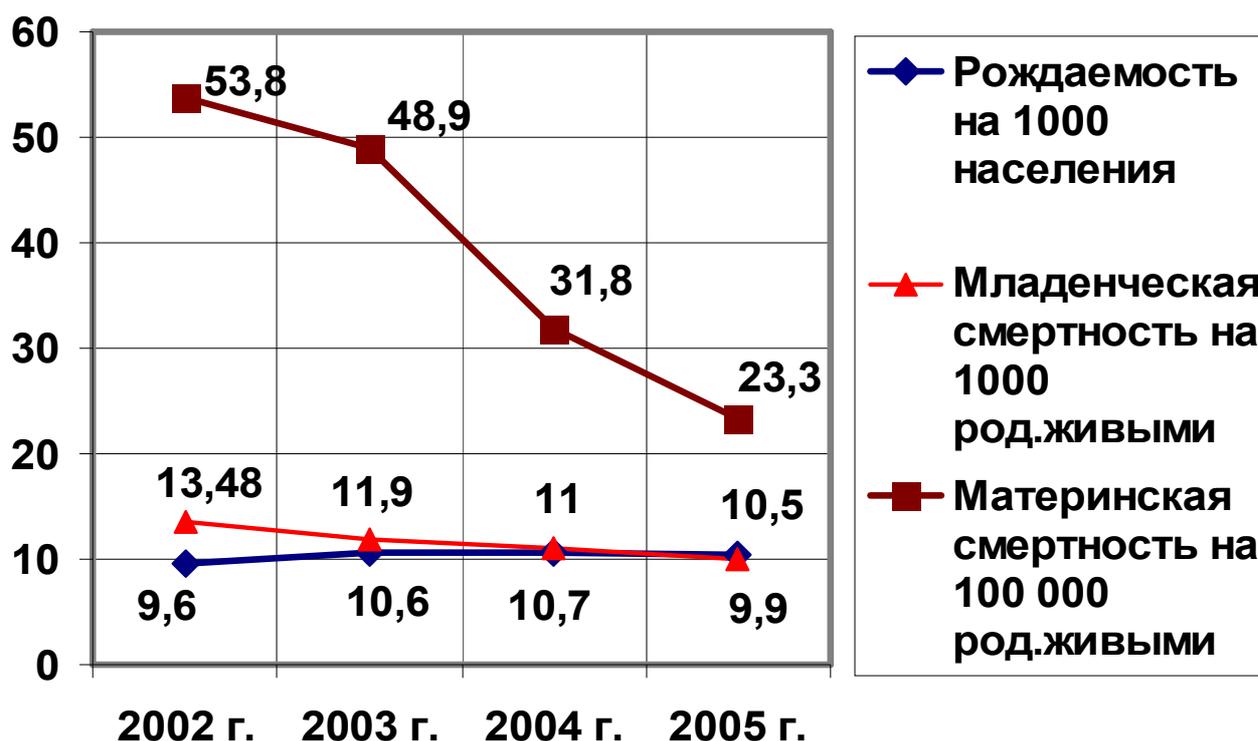
За последние 5 лет показатель материнской **смертности** снизился с 66,0 в 2000 г. до 23,3 в 2005 г. на 100 000 родившихся живыми.

Положительную динамику показателя материнской смертности во многом определило снижение числа аборт в Омской области. За последние 5 лет показатель числа абортов снизился с 54,7 в 2000 г. до 34,0 в 2005 г. соответственно.

Отмечается позитивная динамика и в снижении показателя **перинатальной смертности** – за последние 5 лет с 13,08 на 1000 родившихся живыми в 2000 г. до 11,3 в 2005 г.

Постоянная тенденция к снижению в течение последних лет наблюдается и в отношении важнейшего показателя службы – младенческой смертности, который в 2005 г. составил 9,8 на 1000 родившихся живыми (в 2005 г. – 15,3).

**Динамика демографических показателей
в Омской области**



Динамика перинатальной смертности и составляющих ее компонентов в Омской области, РФ, СФО за период 2000 – 2005 гг.

	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Перинатальная смертность на 1000 родившихся						
- районы	11,71	14,91	15,63	15,76	14,43	13,76
- город	14,55	14,65	14,79	12,6	9,25	9,14
- область	13,08	14,78	15,2	14,12	11,74	11,3
- РФ		12,80	12,08	11,27	10,62	
- СФО				11,71	10,73	
Ранняя неонатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)						
- районы	5,4	6,67	6,52	7,49	7,63	5,45
- город	7,6	6,62	7,01	5,4	2,57	2,52
- область	6,45	6,65	6,77	6,42	5,0	3,89
- РФ		6,20	5,68	5,19	4,83	
- СФО				5,66	5,14	
Мертворождаемость (на 1000 родившихся)						
- районы	6,38	8,29	9,17	8,27	6,8	8,36
- город	6,99	8,09	7,84	7,19	6,68	6,64
- область	6,68	8,19	8,49	7,7	6,74	7,44
- РФ		6,60	6,40	6,08	5,79	
- СФО				6,05	5,59	

За последние 10 лет отмечается высокая **заболеваемость беременных**: из 100 беременных женщин 85 страдают соматической патологией. У 36 женщин из 100 выявляется железодефицитное состояние (анемия), около трети имеют заболевания почек, растет число сердечно-сосудистых заболеваний и позднего токсикоза беременных, все это приводит к осложнениям в родах.

Нормативные документы по развитию акушерского дела и организации акушерско-гинекологической помощи

Одним из основных механизмов повышения эффективности, доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям является разработка нормативных документов по организации службы охраны здоровья матери и ребенка, в том числе в части совершенствования акушерского дела. В последние годы в этом направлении сделано многое.

Приказом Минздрава России от 16.08.02 № 267 «О внесении дополнений в приказ Минздрава России от 27.08.99 № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» должность главной акушерки внесена в перечень соответствия специальности «Управление сестринской деятельностью» должностям специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело».

Постановлением Министерства труда и социального развития РФ от 22.04.03 №21 «О согласовании изменений и дополнений в приложения 1 и 2 к постановлению Минтруда России от 27 августа 1997 г. №43 «О согласовании разрядов оплаты труда и тарифно-квалификационных характеристик по должностям работников здравоохранения Российской Федерации» утверждена должность главной акушерки с тарификацией по 9-15-му разрядам Единой тарифной сетки.

Приказом Минздрава России от 09.08.01 №314 «О порядке получения квалификационных категорий» утверждено Положение о порядке получения квалификационных категорий специалистами, работающими в системе здравоохранения Российской Федерации, в том числе фельдшерами и акушерками.

Министерством образования РФ утверждены государственные образовательные стандарты среднего профессионального образования по специальности «Акушерское дело» с базовым уровнем подготовки (январь 2002 г.) и с повышенным уровнем подготовки (апрель 2004 г.).

В целях совершенствования первичного звена акушерско-гинекологической помощи издан приказ Минздрава России от 10.02.03 №50, которым регламентированы: организация дневных стационаров, кабинетов медицинских психологов, введение должности социальных работников; повышение роли акушерок; внедрение перинатальной диагностики; раннего выявления онкопатологии репродуктивной системы и другие организационные и лечебно-диагностические технологии в профильных амбулаторно-поликлинических учреждениях. Особое внимание уделено организации профилактических мероприятий по предупреждению осложнений беременности и гинекологических заболеваний.

Для упорядочения применения и внедрения новых вспомогательных репродуктивных технологий в деятельность медицинских учреждений Минздравом России издан приказ от 26.02.03 №67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий в терапии женского и мужского бесплодия», которым утверждена инструкция по применению этих методов, первичная медицинская документация, а также структура, перечень оборудования и оснащения центров по лечению бесплодия.

В целях улучшения оказания медицинской помощи новорожденным детям изданы: приказ Минздрава России от 05.08.03 №329 «О совершенствовании медицинской помощи

новорожденным детям в акушерских стационарах», информационное письмо Минздрава России и РАМН от 15.12.03 №2510/13682-03-25/02-02/61 «О совершенствовании организации медицинской помощи новорожденным детям». Этими документами определено раздельное финансирование койки родильницы и койки новорожденного, временная их статистическая отчетность, в том числе коек реанимации, интенсивной терапии новорожденных; снижена нагрузка на медицинский персонал и др.

Приказом Минздрава России от 16.05.03 №207 «Об организации оздоровления беременных женщин в санаториях и санаториях-профилакториях» утверждена инструкция по организации оздоровления беременных женщин в этих учреждениях, показания и противопоказания к их направлению.

Постановлением Правительства РФ от 11.08.03 №485 «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности» в связи с частотой и тяжестью осложнений после абортов в поздние сроки, материнской смертностью при этом утвержден перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности, который включает 4 позиции вместо имевшихся ранее 13. Минздравом России издан одноименный приказ от 14.10.03 №484 об утверждении инструкций о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям и проведения операции искусственного прерывания беременности, регламентирующих социальную поддержку, консультирование и информирование, психологическую помощь, применение современных технологий аборта, контрацепцию и реабилитацию после аборта.

В целях определения путей и неотложных мер по профилактике абортов, снижению осложнений и материнской смертности после абортов коллегией Минздрава России (протокол №14 от 21.10.03) принят ряд важных мер по профилактике и снижению абортов и материнской смертности после абортов в стране.

В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной постановлениями Правительства РФ от 26.11.04 №690 и от 28.07.05 №461, медицинская помощь в период беременности, родов, после родов, в период новорожденности, а также в связи с абортом, и профилактика абортов оказывается в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и средств бюджетов всех уровней.

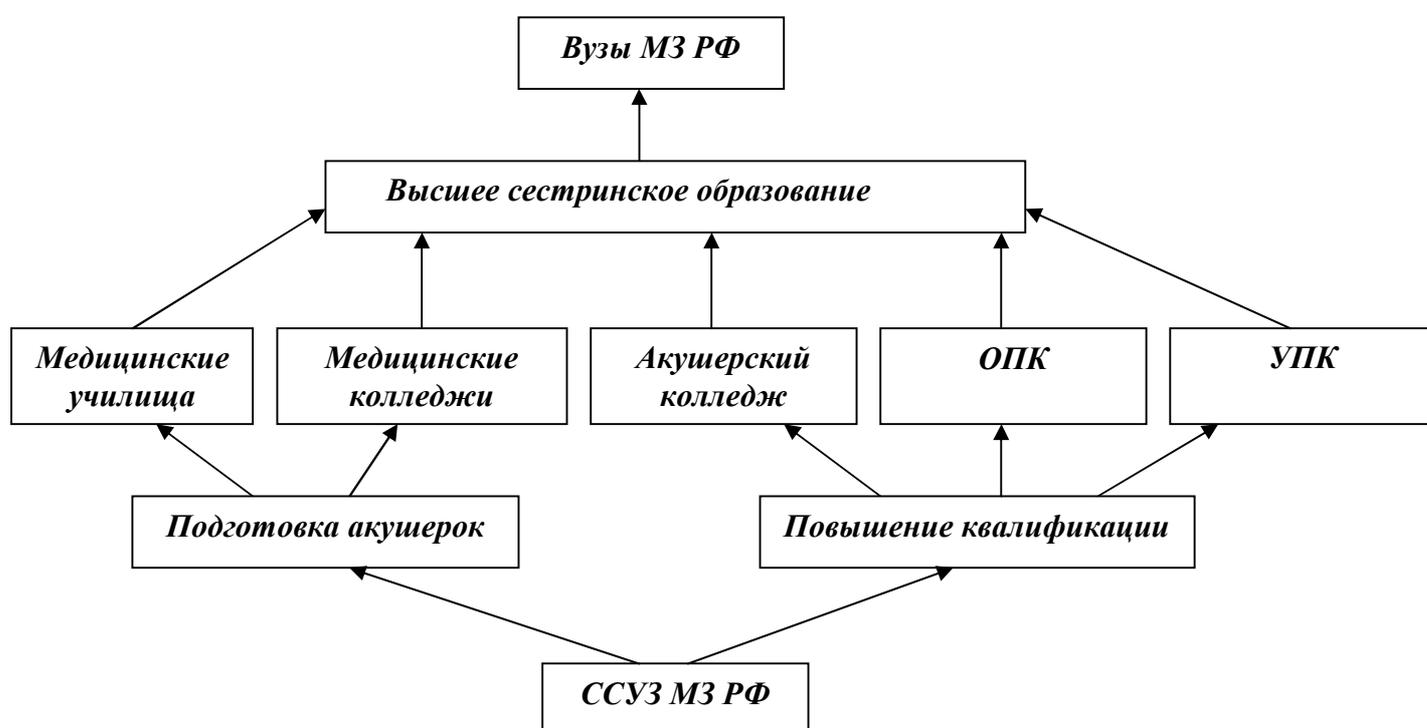
Современные проблемы подготовки специалистов акушерского дела в Омской области

**В.В. Горюнова, председатель цикловой
комиссии ГОУОО «Медицинский колледж»**

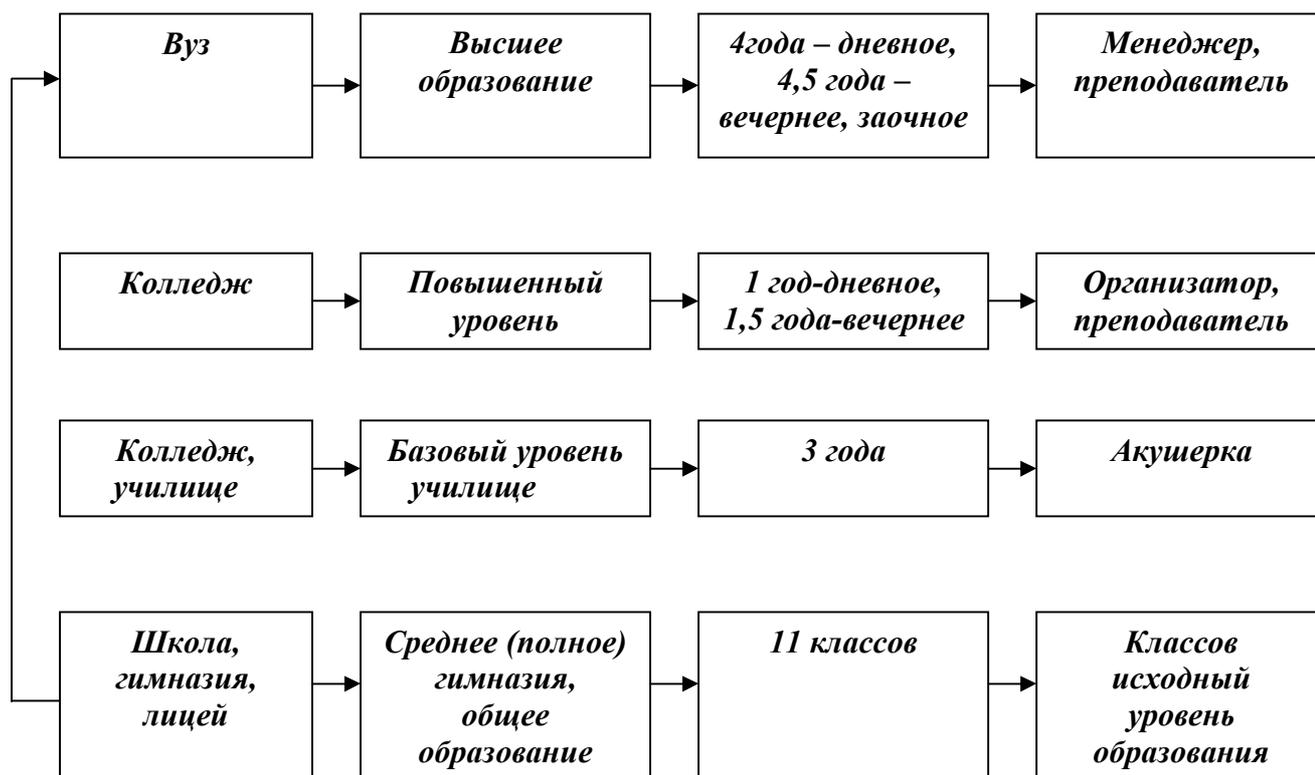
Омский областной медицинский колледж – одно из старейших медицинских учебных заведений Сибири и одно из крупнейших в России. Его история, насчитывающая уже полтора столетия, неразрывно связана с развитием родовспоможения в России и началом подготовки акушерских кадров в нашем регионе, так как история колледжа начиналась с открытия повивальной школы при гарнизонном госпитале в 1882 году, преобразовавшейся затем в 1921 году в акушерский техникум, а затем, в 1935 году в фельдшерско-акушерскую школу.

Одной из специальностей, реализуемых в нашем колледже, является специальность 0402 «Акушерское дело».

Сеть учебных заведений по подготовке акушерок



Структура профессионального образования акушерки



Подготовка акушерок на базовом уровне образования ведется согласно требованию ГОС 2-ого поколения, введенного в действие в 2002 г. Нормативный срок освоения основной образовательной программы при очной форме обучения – 2 г. 10 мес. Стандарт предполагает подготовку специалистов, готовых к профессиональной деятельности в качестве акушерки по оказанию лечебно–диагностической помощи беременным, родильницам, гинекологическим больным в учреждениях здравоохранения.

В общей характеристике специальности, которая предваряет стандарт, подчеркивается, что объектом деятельности акушерки является женщина, ее семья и общество. Деятельность акушерки направлена на сохранение здоровья, репродуктивной функции женщины и планирование семьи.

Решившему избрать профессию акушерки и входящему в мир медицины сегодня трудно. Социальная раздраженность, порой переходящая у молодежи в апатию, неуверенность в будущем, низкая, увы, оплата далеко не легкого труда уменьшили поток абитуриентов, стремящихся попасть в средние медицинские учебные заведения. Еще несколько лет назад медицинские училища отбирали своих будущих студентов на конкурсной основе, отдавая предпочтение наиболее подготовленным.

Сегодня многое изменилось. Высокие идеалы служения людям сменяются более приземленными устремлениями, когда во главу угла ставится заработок. В этом нет ничего зазорного и непонятного. Скорее наоборот.

Любая система обучения достаточно рутинна и обременительна, особенно для ума, скудно вызревшего на ниве российской школы. Это во многом оправдано: знания накапливаются путем многократного повторения и заучивания, особенно в медицине. Однако, система обучения должна предусматривать и стремление впитывать знания, умение анализировать, ясно и логично мыслить. Знать все, даже в одной области, нельзя, но вполне можно чувствовать, ощущать, догадываться, порой интуитивно находить верное решение. В этом незаменима роль педагога. На первый взгляд, кажется, что все сказанное относится к системе высшего образования. Ведь это врачу нужно ставить диагноз и принимать верное решение, а роль акушерки – выполнять назначения врача. Это не так. Мы, педагоги, становясь пациентами, сталкиваемся с теми, кого называем средним медицинскими работниками, и именно от них ждем помощи, спасательной инъекции, нужной таблетки и утешительного слова. Именно они зачастую приезжают по вызову «03» и именно от них зависит наша жизнь.

Современное общество предъявляет особые требования к подготовке конкурентоспособного специалиста: высокий профессионализм, компетентность, высокий интеллектуальный уровень, обеспечение возможности перемены трудовых функций в процессе деятельности. Задача современного образования состоит в том, чтобы научить студента успешно учиться всю жизнь. Уровень подготовки специалистов требует профессионального мастерства. Поэтому для сведения к минимуму риска для пациентов и для успешного обучения на практических занятиях по дисциплинам акушерского профиля используем «фантомный» курс на анатомических муляжах, как отечественного, так и импортного производства. Акушерская цикловая комиссия имеет современные фантомы для отработки большинства навыков и умений на доклинических практиках. Это акушерский фантом «Ева» и гинекологические фантомы, которые обеспечивают реалистическую практику принятия родов и методов специального акушерско-гинекологического исследования.

Немалую роль в процессе подготовки медицинских кадров среднего звена играет преимущество обучения в стенах училища и на лечебных базах. В тех случаях, когда проводится единая линия и теоретические знания подкрепляются правильными навыками, приобретаемыми в клиниках, подготовка будущего специалиста значительно лучше. Иными словами, там, где персонал клиник заинтересован в притоке медицинских кадров, отношение к их подготовке более ответственное и добросовестное. Нельзя не подчеркнуть, что

выпускники медицинских училищ выходят в трудовую жизнь достаточно приобщенными к своей профессии и готовыми к проявлению милосердия и сострадания, которых от них ждут. Однако, практическая работа, зачастую тяжелая и напряженная, может привести в равной степени и к убеждению в правильности избранного пути, и к разочарованию.

В соответствии с важнейшим документом ВОЗ «Здоровье-21 – здоровье для всех в 21 столетии» средние медицинские работники являются ключевым ресурсом здравоохранения по обеспечению доступности и качества медицинской помощи населению на всех этапах, особенно на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Жизненно важная роль в укреплении здоровья женщин и семей, а также в снижении материнской и младенческой заболеваемости и смертности в этой стратегии ВОЗ отводится акушеркам.

Современные аспекты повышения квалификации средних медицинских работников по специальности «Акушерское дело»

**Т.В. Евсеева, заместитель директора
по практическому обучению**

**Е.Г. Морозова, заместитель директора
по учебной работе ГОУОО «Центр-училище
повышения квалификации работников
здравоохранения»**

Сегодня ни у кого не вызывает сомнения необходимость и важность системы непрерывного профессионального образования. Определение непрерывного образования содержится в рекомендациях развития образования взрослых, принятых генеральной конференцией ЮНЕСКО в 1976 г.

В отраслевой программе развития сестринского дела в РФ, решениях коллегий Минздравсоцразвития России, резолюциях 2-го Всероссийского съезда средних медицинских работников отмечено, что разработка единой системы последипломной подготовки специалистов и создание ее методического обеспечения – одна из приоритетных проблем в образовании специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Потребность в последипломной подготовке в современных условиях обусловлена, прежде всего, необходимостью сертификации и аттестации специалистов, занимающих должности, соответствующие среднему медицинскому образованию.

Расширение масштаба образования взрослых в нашей стране привело к осознанию научными, педагогическими и управленческими структурами недостаточности лишь

педагогического компонента в обучении взрослого контингента и явилось предпосылкой к возникновению новой специальности – андрагогики (от греческого «andros» – взрослый, зрелый мужчина и «ago» – веду).

Пятая международная конференция по образованию взрослых, состоявшаяся в Гамбурге в июле 1997 г., назвала образование взрослых ключом к XXI веку.

Учебные заведения последипломной подготовки в современных условиях призваны гибко реагировать на запросы рынка и осуществлять подготовку специалистов, способных эффективно участвовать в лечебно-диагностическом процессе лечебно-профилактических учреждений, работающих в изменившихся социально-экономических и организационно-функциональных условиях.

В Омской области последипломная подготовка специалистов здравоохранения среднего звена, в основном, осуществляется в ГОУОО «Центр-училище повышения квалификации работников здравоохранения». Так, ежегодно на базе учебного заведения обучается около 6,5 тыс. человек, в том числе по специальности «Акушерское дело» - более 200 человек.

Обучение в ЦПК направлено на формирование, закрепление, систематизацию, обобщение и углубление теоретических знаний и практических навыков.

Несмотря на то, что нормативная база по вопросам организации обучения для учреждений базовой и последипломной подготовки одна и та же, в ЦПК при организации и построении учебного процесса используются следующие дидактические принципы:

- установление диалога между преподавателем и обучающимся;
- постановка и решение проблемы;
- непосредственная связь с профессиональной деятельностью в рамках специальности «Акушерское дело»;
- постоянное обсуждение форм, методов, содержания обучения;
- гибкость и быстрое реагирование на изменяющиеся условия реформирования здравоохранения.

В ходе проведения учебных занятий преподаватели ГОУОО «ЦПК РЗ» создают условия, формирующие мотив деятельности, используют разнообразные дидактические приемы: решаются профессиональные задачи, проводятся деловые игры, анализ ситуаций, выполняются алгоритмы действий при проведении различных диагностических и лечебных манипуляций. В связи с тем, что в настоящее время формирование учебных групп в ЦПК осуществляется без учета возраста, физиологической, психологической, социальной, нравственной зрелости, уровня образования, квалификации, важно, чтобы занятия строились

при условии осуществления совместной деятельности, на взаимном уважении, доверии, а атмосфера обучения была дружественной, неформальной.

В современных Государственных образовательных стандартах последипломной подготовки не менее половины учебного времени отводится на практическую часть. Для проведения практических занятий используются лечебно-профилактические учреждения, где применяются инновационные подходы в организации и осуществлении лечебно-диагностического процесса. В настоящее время клиническими базами ЦПК являются ведущие родильные дома г. Омска: родильный дом ГУЗОО «Областная клиническая больница», МУЗ «Родильный дом №2», МУЗ «Родильный дом №5», МУЗ «Родильный дом №6».

В связи со спецификой деятельности учреждений родовспоможения, повышением требований к соблюдению противоэпидемического режима, доступ слушателей к отдельным структурным подразделениям родильных домов, современному медицинскому оборудованию ограничен, что затрудняет возможность отработки практических навыков ими и может сказаться на качестве оказания медицинской помощи.

Экскурсионного ознакомления со структурой и деятельностью лечебного учреждения, на наш взгляд, является явно недостаточным. Поэтому хотелось бы, чтобы руководители лечебных учреждений проявляли большую заинтересованность в совместной деятельности по последипломной подготовке специалистов. Ведь акушерка отдаленных районов области должна знать основные принципы и владеть всеми необходимыми навыками по организации современных пилотных программ, осуществляемых в родильных домах, работающих в режиме инновации.

С целью восполнения недостатка по отработке практических навыков в ГОУОО «ЦПК РЗ» с 2002 г. по рекомендации специалистов Министерства здравоохранения Омской области оформлена тематическая аудитория, которая оборудована современными тренажерами, фантомами, муляжами, ТСО, аудиовизуальными средствами, где слушатели имеют возможность отработать специальные акушерские практические навыки, сдать по ним зачет.

Обучение слушателей по специальности «Акушерское дело» в ЦПК проводится в соответствии с ежегодно утверждаемым Министром здравоохранения Омской области календарно-тематическим планом. Так, за последние 5 лет обучено:

- в 2001 г. – 214 человек
- в 2002 г. – 169 человек
- в 2003 г. – 190 человек
- в 2004 г. – 236 человек

- в 2005 г. – 235 человек

Как видно из приведенных данных, количество обучаемых по специальности «Акушерское дело» в течение ряда лет сохраняется стабильным.

В рамках специальности «Акушерское дело» в учебном заведении реализуются следующие Государственные образовательные стандарты: «Современные аспекты акушерской помощи в родовспомогательных учреждениях», «Охрана здоровья женщины». Предложенные Министерством здравоохранения Российской Федерации стандарты не в полной мере отражают деятельность акушеров, занимающих соответствующие должности, поэтому с учетом современных тенденций в деятельности лечебных учреждений в ЦПК создана и выполняется программа для специалистов, занимающих должности акушеров смотровых кабинетов.

В соответствии с потребностями практического здравоохранения в течение нескольких лет организуются циклы тематического усовершенствования «Современные аспекты организации акушерского дела в родовспомогательных учреждениях» для старших акушеров родильных домов и женских консультаций, обучение на которых предусматривает приобретение навыков организации деятельности отделения, руководства персоналом, работы в коллективе.

В рамках регионального компонента учебным заведением постоянно вносятся коррективы в содержательную часть рабочих программ с целью отражения в учебном процессе «пилотных» проектов, территориальных программ, реализуемых в Омской области.

ЦПК активно включился в реализацию Приоритетного национального проекта «Здоровье» в части обучения специалистов первичного звена по вопросам диспансеризации, дополнительного лекарственного обеспечения, иммунизации, оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, обследования новорожденных детей на галактоземию и аденогенитальный синдром. С января 2006 г. начато выполнение программ тематического усовершенствования «Оказание медицинской помощи отдельным категориям граждан РФ» (для акушеров фельдшерско-акушерских пунктов, женских консультаций). Этому предшествовала серьезная подготовительная работа с руководителями здравоохранения города и Омской области. Определен порядок проведения циклов, подобраны специалисты практического здравоохранения для участия в учебном процессе. Методической службой ЦПК сформированы пакеты нормативных документов, создана учебно-программная документация, как обучающего, так и контролирующего характера. В настоящее время нарабатывается опыт проведения указанных циклов тематического усовершенствования. Кроме того, с целью оперативного отражения хода реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в Российской Федерации и

Омской области, внесены коррективы в учебно-программную документацию всех циклов усовершенствования по специальности «Акушерское дело».

Тем не менее, озабоченность вызывает не востребованность цикла для специалистов службы планирования семьи, на который ежегодно поступает недостаточное для формирования группы количество заявок.

Вопрос повышения квалификации акушерок, работающих в перинатальных центрах, также требует внимания, так как данные специалисты в соответствии с нормативными документами и по сложившейся традиции обучаются совместно с акушерками родильных домов и женских консультаций, что вызывает неудовлетворенность специалистов содержанием учебного материала, не учитывающего специфику их деятельности.

Серьезную проблему для учебного заведения составляет вопрос о повышении квалификации акушерок и фельдшеров мужских смотровых кабинетов.

Имеющийся опыт работы ЦПК РЗ по повышению квалификации акушерок, помимо сказанного, позволяет сделать вывод о том, что реформирование акушерской практики, в целом, идет недостаточно интенсивно.

Как показывает жизнь, актуальными проблемами остаются:

- практическое отсутствие стандартов профессиональной деятельности акушерок;
- отсутствие критериев качества деятельности акушерок;
- отсутствие необходимой нормативно-правовой базы, обеспечивающей деятельность специалистов акушерского дела и разграничение их полномочий;
- отсутствие модели специалиста по специальности «Акушерское дело»;
- отсутствие акушерских исследований и анализа внедрения и использования современных технологий акушерского дела в службе родовспоможения;
- снижение престижа профессии.

Сложившаяся в Омской области система подготовки и повышения квалификации специалистов, основанная на интегративных взаимоотношениях с ЛПУ, Медицинской Академией, учебными заведениями базовой подготовки позволяет сделать вывод, что в нашем регионе существуют все необходимые предпосылки для решения названных проблем. Педагогический коллектив ЦПК готов принять участие не только в проведении исследований в области акушерского дела, но и в разработке стандартов профессиональной деятельности, модели акушерской практики и критериев качества деятельности акушерок. Мы уверены, что наши совместные усилия будут способствовать повышению качества работы специалистов отрасли, совершенствованию их профессиональных умений, решению проблем оказания квалифицированной медицинской помощи женскому населению. Все это потребует изменения психологии не только специалистов акушерского дела, преподавателей,

осуществляющих их последипломную подготовку, но и руководителей лечебных учреждений.

Влияние кадровой политики на реализацию проекта «Мать и дитя» в родильном доме ГУЗОО «Областная клиническая больница»

**Т.В. Саитова, главная акушерка родильного дома
ГУЗОО «Областная клиническая больница»**

Благополучное материнство – понятие, включающее многочисленные аспекты здоровья, как матери, так и ребенка, в том числе физические, психологические и социальные факторы благополучия беременной женщины до, во время родов, в послеродовом периоде, а также благополучное рождение ребенка, готового к здоровому детству.

Охрана репродуктивного здоровья – одно из приоритетных направлений государственной политики и фактор национальной безопасности страны. В 2003 г. законом Омской области на 2003 – 2007 гг. утверждена областная целевая Программа «Здоровая женщина – здоровый ребенок», цель которой – социальная поддержка материнства и детства, предупреждение и снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности, повышение интеллектуального и трудового потенциала страны.

С 2004 г. коллектив родильного дома работает по целевой Программе «Здоровая женщина – здоровый ребенок» и в соответствии с проектом Российско-американского содружества «Мать и дитя». Одна из значимых задач коллектива в реализации проекта – осуществление менее агрессивного, более демедицинизированного профессионального ухода за пациентками и новорожденными, продолжение и совершенствование работы по охране и поощрению грудного вскармливания, внедрение современных технологий, основанных на доказательной медицине, родовспоможения, ориентированного на участие семьи.

Для достижения принципов проекта коллективом выполнено следующее:

1. В родильном доме разработана единая политика по охране и поощрению грудного вскармливания с учетом особенностей каждого отделения.
2. Организовано 12 индивидуальных родильных залов.
3. Послеродовые отделения переведены на режим совместного пребывания матери и новорожденного.
4. Все манипуляции новорожденным выполняются в палатах, в присутствии матерей.
5. Поощряется активный образ поведения женщины во время схваток – возможность садиться, ходить, принимать наиболее удобное положение, часто менять позицию,

избегать положения «лежа на спине», поощряется принятие положений «полусидя» или «на корточках» во время второго периода родов.

6. Во втором периоде родов применяются альтернативные позиции, проводятся партнерские роды.
7. Организованы посещения родственников в послеродовых отделениях.
8. Обеспечивается непосредственный физический контакт между матерью и ребенком сразу после рождения и прикладывание новорожденного к груди.
9. Возможность общения матери с ребенком в отделении РИТ новорожденных.
10. Работает школа матерей по вопросам охраны и поощрения грудного вскармливания с просмотром видеофильмов в дородовых отделениях.
11. Охрана и поощрение грудного вскармливания среди родильниц.

В реализации этой важной государственной программы большая роль отводится сестринскому персоналу – акушеркам и медицинским сестрам, от профессионализма которых зависит здоровье будущего поколения нашей страны.

Кадровая политика – понятие многогранное. Оно включает в себя укомплектованность коллектива кадрами, распределение должностных обязанностей, знание и выполнение их персоналом, квалификацию специалистов и постоянное ее повышение.

Все перечисленные принципы проекта изменили подходы к акушерству, отношение сестринского персонала к ранее применяемым методикам, процедурам. Акушерка, медицинская сестра отделения новорожденных являются консультантами по вопросам ухода за ребенком, грудного вскармливания, питания во время беременности и в послеродовом периоде. Особое внимание уделяется обучению и подготовке родильницы уходу за новорожденным в домашних условиях. Изменились подходы к ведению родов, вопросам инфекционного контроля, поменялась идеология людей, что требует от персонала умения клинически мыслить, владеть основами межличностной коммуникации, быть эрудированными.

Говоря об этических аспектах в акушерстве, большое значение имеют благоприятные межличностные отношения, групповые устремления, мнения, настроения и традиции, что является непосредственным отражением жизни коллектива, его деятельности, а также условием формирования благоприятного социально-психологического климата, от которого зависят многие показатели работы коллектива.

Несомненно, все перечисленные мероприятия потребовали кадровой перестановки. В отделении новорожденных организованы круглосуточные сестринские посты совместного пребывания матери и новорожденного. Проведено перераспределение объемов работ медицинских сестер.

В родовых блоках в связи с организацией индивидуальных родильных залов увеличилась нагрузка на акушерку родового блока, что связано, прежде всего, с разрозненностью помещений. Для ее уменьшения проведено перераспределение объемов работ – организовано по 2 круглосуточных поста акушерок родильного зала. Для качественной подготовки акушерок к приему родов, оказания акушерского пособия, проведения психопрофилактической подготовки рожениц, первичной реанимационной помощи новорожденному, ведению послеродового периода проведено обучение акушерок, что обеспечило 100% взаимозаменяемость специалистов.

Вновь поступающие на работу акушерки проходят стажировку на рабочем месте у опытных специалистов.

Особенно хотелось бы отметить преимущество нововведения в родильных залах. Соблюдается принцип индивидуального ведения «акушерка – роженица – родильница – акушерка». Данный принцип, с одной стороны, дает возможность акушерке должным образом выполнять профессиональные обязанности, компетентно прогнозировать акушерскую ситуацию, с другой – пациентке и ее родственникам общаться с конкретной акушеркой, что создает благоприятную эмоциональную обстановку во время родов.

Для ознакомления с принципами проекта заведующие отделениями, старшая акушерка акушерского физиологического отделения прошли курс обучения в городах Санкт-Петербурге, Перми, Екатеринбурге, Вологде и являются тренерами по программе. Для отработки практических навыков по вопросам охраны и поощрения грудного вскармливания, внедрения Российско-американского проекта «Мать и дитя» ими ежегодно проводятся семинарские занятия по 40-часовой программе для сестринского персонала.

Изучение опыта работы других регионов позволило нам более качественно провести подготовку кадров. В процессе обучения особое внимание уделяется вопросам работы в команде, психологическим аспектам общения с пациентками и их родственниками, что повышает качество ухода за роженицами, родильницами и новорожденными.

Влияние кадровой политики положительно сказывается на показателях работы родильного дома.

В настоящее время в коллективе трудятся 55 акушерок и 71 медицинская сестра.

Применяются все формы последипломной подготовки сестринского персонала. Процент усовершенствования составил 59% (137). 80% (137) от общего числа специалистов имеют сертификаты по специальностям.

Активно проводится аттестация сестринского персонала на квалификационные категории. 93 специалиста (108 подлежит аттестации) имеют квалификационные категории,

из них вторую – 43, первую - 26, высшую – 24. Процент аттестованных составил 68% от общего числа (137), 86% (108) от числа подлежащих.

11 специалистов – старшие акушерки, медицинские сестры и их дублеры имеют повышенный уровень образования по специальности «Сестринское дело». В 2006 г. запланировано обучение на повышенном уровне образования медицинских сестер по направлениям «Неонатология», «Анестезиология и реаниматология». В настоящее время на факультете высшего сестринского образования обучается старшая медицинская сестра отделения новорожденных Мехова Т.А.

Учитывая, что основной процент (25,5%) составляют специалисты со стажем до 3 лет, в родильном доме активно проводится работа по созданию условий для обучения молодых специалистов, что способствует их социально-психологической адаптации в коллективе.

Старшая акушерка отделения патологии беременности Красова Е.В. – заслуженный работник здравоохранения РФ.

Акушерка обсервационного отделения Попова В.С. в 2005 г. в конкурсе Областной клинической больницы «Лучшая медицинская сестра» заняла первое место.

Акушерки и медицинские сестры активно участвуют в общественной жизни родильного дома и больницы. Медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации участвовала в региональном конкурсе «Самая привлекательная сестричка», по результатам которого избрана для участия во Всероссийском конкурсе.

Старшие акушерки и медицинские сестры входят в состав лицензионных и аттестационных комиссий, принимают участие в лицензировании и аккредитации ЛПУ города и области, являются независимыми экспертами аттестационных подкомиссий.

В 2005 г. родильный дом полностью перешел на электронную версию истории родов. Совместно с АСУ разработаны шаблоны, электронные версии документов, что позволяет создать информационную базу данных. Внедряются программа «DOCA+» и программа для унифицированного учета медикаментов, что облегчит выписку, учет и получение медикаментов. Компьютеризированы рабочие места акушерки приемного отделения, родового блока и акушерок палатных. Для обучения сестринского персонала пользованию ПК в родильном доме проведена по индивидуальному графику учеба. В настоящее время все владеют работой с программами.

Сестринский персонал родильного дома – стабильный, сформировавшийся коллектив, способный работать со сложными инновациями и проектами.

Одним из важных направлений профессионального развития сестринского персонала является аттестация на рабочем месте. С этой целью в родильном доме

разработаны стандарты профессиональной деятельности акушерки палатной, приемного отделения, родового блока, медицинской сестры отделения новорожденных, палаты реанимации. Аттестация проведена на всех рабочих местах, что позволило расширить диапазон профессиональных знаний сестринского персонала, клинического мышления, улучшить практическую подготовку, организовать рабочие места, создать условия для труда и отдыха.

В отделении новорожденных внедрен протокол ухода за новорожденными (совместное пребывание матери и ребенка с рождения, участие родственников в уходе за новорожденным, свободный режим кормления, запрет сосок, кормление ребенка с ложки, демедицинализация ухода за новорожденными).

В родовых блоках заполняется партограмма – эффективное средство ведения родов, способ графического отображения процесса раскрытия шейки матки в виде непрерывного графика, а также других характеристик состояния матери, плода и течения родов.

Для правильного ее заполнения и умения воспользоваться собранной информацией, акушерка родового блока должна знать анатомию, особенности ведения родов в различных акушерских ситуациях, учитывать адаптационные резервы ребенка, обеспечивающие сохранение соматического, психического здоровья, гармоничное физическое и нервно-психическое развитие.

Все перечисленные мероприятия привели к улучшению показателей работы родильного дома.

1. Сокращен койко-день с 7,5 в 2004 г. до 6,7 в 2005 г.
2. Не было случаев материнской смертности.
3. Процент детей на совместном пребывании остается стабильным (97%).
4. В связи с демедицинализацией и уменьшением применения инвазивных процедур снижено количество выполненных инъекций, особенно внутримышечных и внутривенных, взятия крови на такие виды исследования как биохимический, RW, HBSAg.
5. Показатели акушерского травматизма снижены.
6. Не было случаев тяжелого травматизма у родильниц (разрывы промежности 3 степени, шейки матки 3 степени).
7. Снизился показатель «родовая травма» с 34% до 20%, что свидетельствует о том, что метод родоразрешения выбирается более оптимально, а также существенно повысилась квалификация акушерок, непосредственно участвующих в родоразрешении.
8. Снизилось число эпизиотомий в родах с 41% (2004 г.) до 21,5% (2005 г.), число кровотечений в раннем послеродовом периоде с 4,3% до 3,7%, эпизиотомия не является рекомендуемой стандартной процедурой.

9. Снизился показатель ГСИ родильниц и новорожденных.

Показатели заболеваемости среди родильниц и новорожденных в 2005 г.

Наименование	Гнойно-септическая заболеваемость (случаев, %)	
	2004 г.	2005 г.
Новорожденных	18,8%	15,4%
Родильниц	19,1%	11,7%

Активное участие сестринской службы в программе по профилактике внутрибольничной заболеваемости – одна из главных предпосылок ее успеха.

Представленные показатели – это свидетельство целенаправленной работы всего коллектива родильного дома, и, несомненно, важна материальная заинтересованность каждого его члена. С введением родовых сертификатов такая возможность появилась, так как финансирование национального проекта направлено на увеличение, в том числе и заработной платы. Я думаю, что это позволит закрепить кадры, повысить заинтересованность и ответственность за выполняемую работу.

Влияние кадровой политики в реализации проекта «Мать и дитя» велико. Адекватное кадровое обеспечение будет влиять на уровень и качество оказания помощи матерям и детям, уровень родовспоможения. Внедрение современных сестринских технологий, применения модернизированной аппаратуры, реализация принципов проекта «Мать и дитя» возможны при наличии ряда факторов:

1. Укомплектованности сестринским и младшим персоналом, четким распределением обязанностей и ответственности.
2. Постоянным самообразованием и повышением квалификации сестринского персонала.
3. Проведением работы по адаптации молодых специалистов и правильным подбором наставников.
4. Поддержанием традиций коллектива.
5. Формированием благоприятного социально-психологического климата в коллективе.
6. Организацией труда и рабочих мест специалистов.
7. Стандартизацией выполняемых манипуляций.
8. Принятием каждым специалистом принципов проекта.
9. Единой системой контроля.

В результате у каждого специалиста формируется удовлетворенное отношение к работе, благоприятный психологический климат в коллективе, что позволит достойно защитить звание «Больница доброжелательного отношения к ребенку».

Обеспечение исключительно грудного вскармливания в родильном доме

**Т.А. Мехова, старшая медицинская сестра
отделения новорожденных ГУЗОО
«Областная клиническая больница»**

**И.В. Быкова, заведующая отделением
новорожденных родильного дома ГУЗОО
«Областная клиническая больница»**

В настоящее время убедительно доказано, что идеальной пищей для младенцев, особенно в первые месяцы жизни, является грудное молоко его матери, которое имеет родственную связь с тканями ребенка.

Материнское молоко не могут заменить никакие самые современные искусственные молочные смеси.

Вопросы поощрения и поддержки грудного вскармливания имеют не только медицинское, но и большое социальное значение. Ведь вскармливание грудью матери оказывает самое благоприятное влияние не только на физическое здоровье, но и на развитие ЦНС ребенка и его психическую деятельность, на формирование социальных связей и контактов в обществе.

Все работники органов и учреждений здравоохранения, имеющие отношение к делу охраны здоровья матери и ребенка должны быть убежденными сторонниками естественного вскармливания младенцев и постоянно проводить работу в этом направлении.

В Омской области уже в течение 8 лет ведется активная работа по внедрению 10 принципов успешного вскармливания, что соответственно дало свои результаты:

- прикладывание младенца к груди матери в течение первого часа жизни осуществлялось в 2004 г.: в селе – 88,2%, в городе – 99,2%
в 2005 г.: в селе – 85,9%, в городе – 95,2%
- совместное пребывание матери и ребенка в роддоме составило в 2004 г.: в селе – 80,9%, в городе – 44,7%
в 2005 г.: в селе – 88,8%, в городе – 50,4%

- выписались из роддома на исключительно грудном вскармливании в 2005 г.: в селе – 87,4%, в городе – 85,8%.

Особенно активизировалась работа по охране, поощрению и поддержке грудного вскармливания в нашей области в 2003 г. после внедрения в работу пилотных учреждений принципов проекта «Мать и дитя». Но проблемы в организации поддержки грудного вскармливания конечно же еще есть, и мы хотим, как одно из пилотных учреждений поделиться своим опытом в этом направлении.

Профессиональным долгом каждого медицинского работника является активная работа за сохранение грудного вскармливания.

Особенно подчеркиваю, что именно медицинским сестрам и акушеркам принадлежит особая и, можно сказать, главная роль в этой работе. Так как именно они больше всего и дольше всего контактируют с кормящей матерью и близки к ней зачастую по возрасту.

В родильном доме Областной клинической больницы разработана политика родильного дома по грудному вскармливанию, цель которой – дать каждому ребенку наилучшее начало жизни путем создания в роддоме условий, в которых грудное вскармливание будет нормой.

Политика соответствует 10 принципам поощрения грудного вскармливания, разработанная Всемирной организацией здравоохранения и по структуре состоит из 10 шагов.

ШАГ 1.

Иметь зафиксированную в письменном виде политику по грудному вскармливанию и регулярно доводить ее до сведения всего медицинского персонала.

Наш родильный дом имеет зафиксированную в письменном виде политику в отношении грудного вскармливания, которая включает все 10 шагов успешного грудного вскармливания.

Документ данной политики имеется во всех отделениях родильного дома, отражающую специфику работы отделения в поддержку грудного вскармливания. Он доступен для всего медицинского персонала, который осуществляет уход за матерями и детьми. Каждый сотрудник имеет возможность в любое время ознакомиться с ним.

Политика родильного дома направлена на защиту только грудного вскармливания и полностью запрещает рекламирование и инструктаж в отношении использования заменителей грудного молока, бутылочек и рожков.

Заменители грудного молока мы используем по строгим медицинским показаниям и не принимаем бесплатных заменителей грудного молока, а только приобретаем их по розничной стоимости.

Групповые занятия по приготовлению искусственного питания в родильном доме мы не проводим и не показываем матерям, как кормить своих детей искусственными смесями.

ШАГ 2.

Обучать весь медицинский персонал навыкам, необходимым для осуществления этой политики.

Весь медицинский персонал прошел обучение по внедрению политики грудного вскармливания. Обучение включало несколько этапов:

- 40-часовой семинар «Консультирование по грудному вскармливанию»;
- 18-часовая программа, включая 3 часа клинической практики 2 раза в год;
- 3-часовой инструктаж для вновь поступивших;
- обучающий фильм по грудному вскармливанию «Мама лучше»;
- обучение младшего медицинского персонала.

По всем темам подготовлены печатные материалы, которые имеются в каждом отделении и доступны для самостоятельного изучения.

ШАГ 3.

Информировать всех беременных женщин о преимуществах грудного вскармливания.

В дородовом отделении все беременные женщины получают информацию о преимуществах грудного вскармливания. Занятия с беременными женщинами проводятся 2 раза в неделю. Для обучения были выбраны следующие темы:

- Преимущества грудного вскармливания;
- Раннее начало грудного вскармливания;
- Важность совместного пребывания матери и ребенка;
- Важность кормления по требованию ребенка;
- Как обеспечить достаточное количество молока;
- Важность грудного вскармливания;
- Риск искусственного вскармливания и использования бутылочек и сосок.

Во всех отделениях нашего родильного дома имеются стенды, а в палатах – памятки по вопросам грудного вскармливания. Мы не используем плакаты и другие материалы, рекламирующие заменители грудного молока и кормление из бутылочек.

ШАГ 4.

Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

Всем новорожденным, не нуждающимся в проведении реанимационных мероприятий, обеспечивается контакт «кожа к коже» на протяжении не менее 30 минут сразу после родов и проводится первое прикладывание к груди.

Роды проводим только в индивидуальном родильном зале, где, при желании, могут присутствовать муж или другие близкие для матери люди. Седативные и наркотические средства используем в родах только по строгим медицинским показаниям. После операции кесарево сечение, сразу после пробуждения медицинские сестры проводят первое кормление грудью, осуществляя также контакт «кожа к коже».

Медицинский персонал родильного отделения также помогает матери осуществить первое кормление грудью и отмечает в истории развития новорожденного «время начала грудного вскармливания».

Медицинская сестра отделения новорожденных ведет протокол грудного вскармливания на каждого новорожденного.

ШАГ 5.

Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей.

Медицинской сестре оценить грудное вскармливание нужно для того, чтобы определить, нуждается ли мать в помощи, и если да, то, как помочь ей. Во время пребывания матери и новорожденного в роддоме, медицинская сестра должна стать для них доброй няней, опекуном и советчиком во всех вопросах.

Всем родильницам медицинские сестры в палатах «совместного пребывания матери и ребенка» оказывают помощь при грудном вскармливании в первые часы пребывания в отделении. Показывают, как правильно расположить и приложить ребенка к груди.

Особое внимание и практическую помощь медицинские сестры оказывают матерям, не имеющим опыта грудного вскармливания, а также в случае проблем, например, при плоских, вытянутых сосках.

Матерям, дети которых получают лечение в реанимационном отделении, для поддержания и установления лактации медицинские сестры предлагают сцеживать молочные железы через 4 – 6 часов после родов или кесарева сечения каждые 2 – 3 часа в течение суток.

В каждой палате у нас имеется письменная информация по вопросам грудного вскармливания: о прикладывании ребенка к груди, защитном действии грудного

вскармливания и риске для здоровья новорожденных при раздельном пребывании матери и ребенка.

ШАГ 6.

Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.

Новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, мы не даем другой пищи (искусственная смесь, глюкоза). Заменители грудного молока и питье новорожденные получают только по медицинским показаниям. Медицинские сестры всегда информируют мать о причине дачи ребенку дополнительного питания или питья, о последствиях и опасном воздействии прикорма на грудное вскармливание.

У нас нет в роддоме запаса заменителей грудного молока, если необходимо, приобретаем его по рыночной цене.

ШАГ 7.

Практиковать круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка рядом в одной палате.

Всех новорожденных, не нуждающихся в проведении реанимационной помощи, сразу помещаем в одной палате с матерью. Все необходимые лечебные манипуляции медицинские сестры проводят в присутствии мамы в палате. Взвешивание новорожденных проводим при рождении и выписке. Всех матерей осведомляем о пользе совместного круглосуточного пребывания с ребенком.

ШАГ 8.

Поощрять грудное вскармливание по требованию.

У нас принята практика кормления детей по требованию младенцев, не ограничивая частоту кормления и время пребывания у груди.

Важно сохранить «свободный» режим кормления. У каждого ребенка он индивидуален и зависит от саморегуляции пищевого центра. При свободном вскармливании ребенок постепенно вырабатывает свой индивидуальный режим кормления от 6 до 8 раз в сутки и чаще без ночного перерыва.

Медицинская сестра контролирует, чтобы промежутки между кормлениями были не более 2 часов.

Тугое пеленание детей не проводится, все дети в роддоме одеты в распашонки и шапочки. Медицинские сестры в случае забора крови, инъекций, проведения фототерапии, проведения БЦЖ, проведения уборки в палате не отделяют новорожденных от матерей.

ШАГ 9.

Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании никаких сосок, пустышек или других средств, имитирующих материнскую грудь.

В нашем родильном доме не используется методика кормления детей из бутылочки с соской, пустышки, не закупаются средства, имитирующие грудь.

Для кормления детей грудным молоком или заменителями грудного молока при наличии медицинских показаний медицинские сестры применяют чашки, ложки, шприцы и зонды.

С ложки младенец слизывает докорм, при этом развиваются нужные для сосания мышцы. Механизм сосания груди и соски совершенно различен.

Мы осведомляем матерей с помощью видеофильмов и печатных материалов о безопасности кормления из чашек, ложек, шприцев.

ШАГ 10.

Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома.

Всех матерей мы осведомляем о том, куда им обратиться в случае возникновения проблем с грудным вскармливанием (при выписке мы даем женщинам контактные телефоны).

В приемном отделении и выписной комнате имеется информация для родственников в поддержку грудного вскармливания.

В заключении хочу отметить: хотя все новые и новые открытия подтверждают огромную пользу грудного молока и вскармливания грудью, немногие сегодня открыто отстаивают принцип «грудное вскармливание – самое лучшее». Однако, лозунги, даже правильные, не заменяют действия.

Мы настоятельно призываем всех, где бы вы ни находились, обеспечивать полную мобилизацию своих служб на достижение этой цели, демонстрируя, таким образом, несравненное превосходство грудного вскармливания, как для новорожденных, так и для матерей.

Внедрение инфекционного контроля на основе новых технологий родовспоможения в МУЗ «Родильный дом №2»

**Н.М. Новосельцева, главный врач
МУЗ «Родильный дом №2»**

**О.И. Лейба, главная акушерка
МУЗ «Родильный дом №2»**

Проблема внутрибольничных инфекций остается в числе приоритетных проблем здравоохранения. Особенно эта проблема актуальна в акушерских стационарах. МУЗ «Родильный дом №2» работает с 2004 года в экспериментальной российско-американской программе в рамках проекта «Мать и дитя». Улучшение качества медицинской помощи в родовспомогательных учреждениях на основе внедрения новых технологий родовспоможения, перинатального ухода диктует необходимость разработки новых требований к лечебно-диагностическому процессу и условиям, обеспечивающим эпидемиологическую безопасность этого процесса на всех этапах оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

Одной из важных задач программы является снижение внутрибольничных инфекций среди родильниц и новорожденных без дополнительных экономических затрат, раннее и полное выявление гнойно-септических инфекций в акушерском стационаре.

Для осуществления этих задач в МУЗ «Родильный дом №2» создана и реализуется система инфекционного контроля. Инфекционный контроль (ИК) – система эффективных организационных и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в ЛПУ, базирующаяся на результатах эпидемиологической диагностики. Для целенаправленной и полноценной деятельности стационара в родильном доме создана комиссия инфекционного контроля – это дополнительная мера по совершенствованию структуры управления инфекционного контроля, в которую входят врачи, акушерки и медицинские сестры родильного дома. В связи с созданием комиссии было подготовлено «Положение о комиссии инфекционного контроля» с определением целей и задач, составлен план мероприятий по внедрению инфекционного контроля, определены функции и обязанности членов комиссии.

Сестринским персоналом проведена большая работа в данном направлении.

Главной медицинской сестрой проведена организационно-методическая работа обучения персонала по внедрению ИК в каждом отделении. Составлена программа обучения, план проведения конференций, семинарских занятий, техучеб. Совместно со старшими

акушерками и медицинскими сестрами проводилось обучение сестринского персонала на рабочих местах с последующим контролем усвоения знаний.

Сестринскому персоналу отведена большая роль в данном разделе профессиональной деятельности

Разработаны алгоритмы деятельности медицинского персонала, пересмотрен принцип подхода в выборе дезинфектантов, кожных антисептиков. Акушерки и медицинские сестры заполняют вновь введенные формы учетно-отчетной медицинской документации, основанной на постановке сестринского доврачебного диагноза по выявлению гнойно-септических заболеваний среди родильниц и новорожденных. Четко фиксирована и определена роль и участие медицинских сестер и акушерок, осуществляющих инфекционный контроль:

- Медицинская сестра отделения новорожденных при совместном пребывании матери и ребенка оценивает состояние слизистой глаз, кожных покровов, пупочную ранку и др. и, если отмечает один из признаков донозологических состояний, разработанных в родильном доме, то делает соответствующую запись во вновь введенной медицинской документации.
- Медицинские сестры отделения реанимации новорожденных, кроме вышеперечисленного, отмечают в определенный промежуток времени, установленный комиссией ИК, факторы риска: количество катетеризаций, число дней на ИВЛ, число детей, находящихся на аппарате ИВЛ, число субклинических форм.
- Акушерки послеродовых отделений осматривают и отмечают состояние молочных желез, выделений из полости матки и состояние швов.
- Операционные медицинские сестры отмечают каждый признак, выявленный в момент предоперационного периода, затем, в момент проведения перевязок: температура тела, местная температурная реакция, ограниченный отек в области послеоперационного шва, боль в области раны, выделение из раны и др.

Необходимо отметить, что наличие отдельных признаков не является диагнозом инфекции операционного хирургического вмешательства, но умение выявить их, самостоятельно разобраться в обстановке и своевременно предупредить развитие возможных инфекционных осложнений позволяет сестринскому персоналу аналитически оценивать свою деятельность.

При выявлении акушерками и медицинскими сестрами всех вышеперечисленных доклинических форм или одного из признаков донозологических состояний сестринский персонал проводит забор материала для бактериологического исследования. Затем

проводится учет и регистрация выявленной микрофлоры и ее антибиотикорезистентность. Все эти сведения передаются по созданной схеме информационного потока.

В работу нашего учреждения были внедрены и реализуются:

- система активного выявления случаев внутрибольничной инфекции, организовано эффективное эпидемиологическое наблюдение за ВБИ (программа, схема сбора данных по программе, схема движения информационных потоков внутри родильного дома);
- система выявления, учета и регистрации донозологических форм заболеваемости ГСИ во всех отделениях стационара (для внутреннего пользования). Составлен перечень донозологических состояний, подлежащих учету и регистрации;
- система профилактики профессионального заражения медицинского персонала в стационаре:
 - алгоритм изоляционно-ограничительных мер в каждом отделении по отношению к источникам ВБИ;
 - алгоритмы эпидемиологически безопасных лечебно-диагностических манипуляций и процедур по отделениям;
 - алгоритмы использования перчаток медицинским персоналом;
 - алгоритм техники мытья рук медицинского персонала;
 - алгоритм обработки рук;
 - алгоритм эпидемиологического расследования.

Выводы:

Система ИК в рамках проекта «Мать и дитя» предоставляет возможность:

- соблюдения единой рациональной тактики профилактики наиболее распространенных гнойно-септических ВБИ;
- разработки стратегии организации антибиотико-профилактики и антибиотикотерапии;
- создания единой системы микробиологической диагностики на уровне международных стандартов применительно к родовспомогательным учреждениям.

Достоинствами системы ИК, предлагаемой для внедрения, являются:

- разработка эпидемиологически безопасных алгоритмов лечебно-диагностических процедур;
- разработка программы эффективного эпидемиологического наблюдения (полный учет всех форм ВБИ, факторов риска ВБИ и т.д.);
- разработка рациональной и эффективной политики применения антибиотиков, дезинфектантов, антисептиков.

**Этапы формирования психоэмоциональной связи матери
и ребенка в реализации проекта «Мать и Дитя»
в МУЗ «Родильный дом № 2» г. Омска**

**Н.М. Новосельцева, главный врач
МУЗ «Родильный дом №2»**

**Т.А. Сосковец, заведующая родовым отделением
МУЗ «Родильный дом №2»**

Роды - один из высочайших, торжественных моментов в жизни женщины, но также роды – самый естественный физиологический процесс.

Проведенное анкетирование ВОЗ в ряде родильных домов г. Санкт-Петербурга выявило ряд неблагоприятных сторон в рутинном ведении родов, как на пример: беременная в родильном зале находится одна, ребенок рядом в кроватке, после родов родильница практически забыта, боли во время родов – а рядом опять нет родного лица. До 60% женщин, участвующих в этом анкетировании, указали на неуважительное отношение к ним со стороны медицинского персонала. Женщина рождает 1 или 2 раза в жизни, и она хочет чувствовать себя «королевой». Работая в этой сфере, мы иногда забываем, что ребенка рожают не врачи и акушерки, не изобретенные монстры, а женщина.

В связи с тем, что в настоящее время роды стали «медикализованными», женщину помещают в непривычную для неё обстановку, используют подчас страшные для неё приборы, делают с ней что-то не понятное, пытаясь при этом помочь. Женщина, порой, не в состоянии всё это воспринять и осмыслить.

Порой тяжело отыскать причины также не благоприятного состояния ребенка. Роды протекали нормально, оказывались общепринятые акушерские пособия, да и выписан ребенок из родильного дома с идеальной справкой, а к концу первого года жизни у 40% детей возникают проблемы психомоторного развития, требующие коррекции.

Попробуем вкратце описать существующие реально и имеющие свои медицинские и социальные особенности и способы деторождения. При родах в родильном доме оказывается квалифицированная медицинская помощь на всех этапах родов, используется современная аппаратура, в течение всего пребывания в родильном доме женщина наблюдается врачами. В послеродовом периоде с родильницы сняты все заботы по организации своего быта, режима и питания, ухода за собой и новорожденным.

Систематическое чрезмерное вмешательство в процесс рождения, частое использование технических средств и лекарственных препаратов (наркотических средств,

транквилизаторов, средств, стимулирующих роды), хирургическое вмешательство превращают рождение ребенка из естественного природного процесса в медицинскую операцию, а будущую мать - в пациента, в «больного». А когда технические средства практически замещают естественность процесса рождения, его эмоциональная сторона оказывается нарушенной. Роды протекают в обстановке пониженной эмоциональности, лишенной радости.

Принятое сейчас в родильных домах Положение рожавшей женщины на спине во втором периоде родов не физиологично, ни для плода, ни для матери, а удобно акушеру для наблюдения и манипуляций. В таком положении продвижению плода способствует только одна изгоняющая сила – потужная деятельность роженицы, а сила тяжести плодного яйца не используется. Плод продвигается по родовому каналу противоестественно – ни вниз, а вверх. И сейчас уже во многих Европейских странах обратили внимание на то, что роды происходят легче и менее травматично в положениях «сидя на корточках» или «стоя на четвереньках» и тому подобное.

За время работы нашего отделения в проекте «Мать и дитя» травмы промежности (эпизиотомия + разрывы промежности) снизились с 42,8% в 2004г. до 23,5% в 2005г. Нет ни одного случая разрыва промежности 3-4 степени. В 2005г. по родовому отделению не регистрировались кефалогематомы и переломы ключиц у новорожденных.

Нет однозначного ответа на вопрос о наиболее рациональной позе женщины в период потуг. Наверное, следует довериться желанию роженицы, ведь в основе её действий лежит глубокий природный инстинкт.

Ранняя перевязка пуповины приводит к тому, что ребенок недополучает до 100 мл крови из плаценты и испытывает резкое кислородное голодание, стресс. Поэтому в нашем родильном доме принято оптимальное пережатие пуповины к концу первой минуты. За это время ребенок хотя бы частично привыкает к самостоятельному дыханию и его мозг, очень чувствительный к гипоксии, не испытывает удара.

Удаление ребенка от матери впервые 2-3 часа после родов вызывает у неё ощущение тревоги, а у ребенка - чувство потери матери. Ведь 9 месяцев он каждую минуту слышал биение её сердца, её голос. И особенно опасна такая патологическая потеря для ребенка больного и ослабленного. Теплый живот матери – самое уютное место для новорожденного. Ежедневные сеансы, когда родители просто держат новорожденного на руках, ласкают его, разговаривают с ним, резко снизили смертность детей и ускорили их выздоровление.

За 2 года контакт «кожа к коже» составил 90% (сюда не входят дети, рожденные путем операции кесарева сечения).

Позднее прикладывание новорожденного к груди лишает его самых целебных капель – молозиво содержит максимальное количество антител. У ребенка сосание груди активизирует пищеварение, способствует перистальтике кишечника и удалению мекония. У матери - способствует сокращению матки и нормализации процессов молокообразования. Поэтому прикладывание новорожденного к груди сразу после родов (не позднее 15 минут) очень полезно как для матери, так и для малыша. В родильном доме процент раннего прикладывания к груди составил 97%.

В течение двух лет в родовом отделении практикуется активное ведение третьего периода родов (до 95% от числа спонтанных родов), что позволило снизить процент кровотечений с 1,1% в 2004г. до 0,9% в 2005г. и особенно кровотечений свыше одного литра с 5 случаев в 2004г. (что составило 0,3% к родам и 29% к кровотечениям) до 3 случаев (0,2% к родам и 16% к кровотечениям) в 2005 г.

Также данная методика позволила освободить роженицу от активного участия в третьем периоде родов и всё своё внимание сосредоточить на новорожденном ребенке. Активное ведение третьего периода родов, как указывалось выше, не увеличивает объема кровопотери и не приводит к осложнениям в последовом раннем и позднем послеродовых периодах. Процент оперативных вмешательств (ручное обследование полости матки, ручное отделение плаценты и выделение последа) по родовому отделению снизился в 2,5 раза по сравнению с 2003г., где ведение третьего периода было обычным.

Медикаментозное обезболивание снизилось с 54% в 2004г. до 5 - 6% в 2005г. Несмотря на такое снижение медикаментозного обезболивания, показатель дискомфорта у роженицы в родах не увеличился. Это связано с изменениями тактики подготовки к родам на всех этапах, начиная с женских консультаций, отделения патологии беременности и организации индивидуальных родовых залов. В родовом отделении каждый родовой блок оформлен в присущем только ему стиле. В родах широко используются резиновые мячи, «шведская» стенка, массаж, контрастный душ, присутствие родственников, аромо-терапия, музыкальное сопровождение и т.д. С 2004г. увеличилось количество семейных пар, присутствующих на родах (до 42,9%). Введение новых технологий позволило получить экономический эффект по родовому отделению примерно 5000 000 руб. в год.

Персонал, работающий в отделении, сначала с недоверием относился к этому проекту. Было много споров, дискуссий. На сегодняшний день мы не видим возврата к существующим ранее рутинным технологиям. Это признают акушерки, проработавшие 5-8 лет и акушерки, стаж которых более 30 лет.

«Родоразрешение женщин при нормальном течении беременности и родов в домашних комфортных условиях в окружении близких родственников и в присутствии

акушерской бригады с терпеливым и бережным ведением родов и рациональным невмешательством в физиологический процесс – одно из желательных и перспективных направлений в развитии современного родовспоможения.» (А.А.Хасанов), а именно это и предлагает совместный российско-американский проект «Мать и дитя».

Внедрение международного проекта «Мать и дитя» в работу акушерского физиологического отделения

**Г.В. Тарасенко, старшая акушерка акушерского
физиологического отделения ГУЗОО «ОКБ»**

**О.А. Гребенюк, заведующая родильным
отделением ГУЗОО «ОКБ»**

Роды священны.

Это пересечение прошлого и будущего, смысл бытия,
поток света. Роды избирают, подают надежду, обнаруживают
соответствие, формы и содержание. Роды – открытие и завершение.
Они происходят вновь и вновь. Так как душа стремится к жизни.

Роды священны!

Хрис Гриском

Роды – самый естественный физиологический процесс, и если бы природа за миллионы лет чего-то в нем не доработала, то человеческий род угас бы давным-давно.

Роды – один из высочайших, торжественных моментов в жизни женщины и пока женщины рожают детей, у мира есть будущее.

В роддоме часто забывают, что ребенка рожают не врачи, не акушерки, не изобретатели мониторов и других механизмов или лекарств, а мать.

Для этого женщина должна мобилизовать все свои силы, что требует от нее полной отдачи. Все службы должны помнить об этом и быть готовы помочь ей справиться с этим глубоко биологическим актом.

За последние десятилетия практика родовспоможения претерпела значительные изменения.

Динамичные изменения одновременно медицинского и социального характера привели к пониманию необходимости сбалансированного учета технологического и

человеческого фактора в родовспоможении. В результате получил развитие новый подход, известный как родовспоможение, ориентированное на участие семьи (Р.О.У.С.).

Родовспоможение, ориентированное на участие семьи, – это концепция, разработанная с целью обеспечения необходимого ухода и поддержки женщинам с нормальным течением беременности (т.е. при отсутствии серьезных осложнений или сопутствующих заболеваний), а также их семьям во время беременности и родов, максимально удовлетворяя их информационные, социальные, эмоциональные и бытовые потребности.

Р.О.У.С. обращает особое внимание на обучение и подготовку, которые позволяют беременной женщине:

- сознательно и активно участвовать в сохранении собственного здоровья, а также здоровья плода и ребенка;
- поощряет участие членов семьи беременной женщины или других людей по ее выбору в совместной подготовке к родам и материнству, а также приветствует их присутствие во время схваток и родов;
- избегает излишнего использования инвазивных, неприятных и/или ограничительных процедур;
- рассматривает роды как процесс, требующий чистоты, а не стерильности;
- поощряет активный образ поведения женщины во время схваток – садиться, ходить, принимать наиболее удобное положение, часто менять позицию, избегать положения «лежа навзничь на спине», поощряет женщин принимать положения «полусидя» или «на корточках» во время второго периода;
- обеспечивает непосредственный физический контакт между матерью и ребенком сразу после рождения;
- пропагандирует грудное вскармливание и совместное постоянное пребывание в одной палате новорожденного и матери.

Концепция Р.О.У.С. предусматривает создание и обеспечение спокойной, тихой, приближенной к домашней обстановки, когда рядом с роженицей постоянно находится акушерка и по желанию кто-либо из близких ей людей. Доказано, что такая физическая и психоэмоциональная поддержка женщины:

- сокращает продолжительность родов;
- уменьшает потребность в необходимости обезболивания родов;
- уменьшает количество хирургических вмешательств;
- уменьшает количество новорожденных, рожденных с низкой оценкой по шкале Апгар;
- повышает положительное восприятие от процесса родов.

С начала 2004 г. родильный дом вступил в совместный Российско-американский проект «Мать и дитя», который включает в себя внедрение современных технологий, основанных на доказательной медицине. С учетом этих данных и основываясь на результатах доказательной медицины, в акушерском физиологическом отделении проведена реорганизация помещений, пересмотрен ряд методик по ведению приема беременных, рожениц, по принятию родов и осуществлению ухода в послеродовом периоде.

В родовом блоке реорганизованы родильные залы. В данный момент развернуто 8 родильных залов.

Работа родильных залов организована с учетом современных требований. В оснащении - только необходимое медицинское оборудование, обстановка максимально приближена к домашней (надувные кресла, пуфики, шары, наглядная информация, картинки на стенах, коврики, игрушки, стулья для компаньона, стол для приема пищи). Работают родильные залы циклично, с учетом требований санитарно-эпидемиологического режима.

Данная обстановка способствует созданию более благоприятных и положительных эмоций у роженицы, а основная задача сотрудников, работающих в рамках проекта состоит в том, чтобы сделать уход за пациентками и новорожденными менее агрессивным и более демедицизованным. Послеродовое отделение реорганизовано под палаты совместного пребывания, увеличено количество палат за счет отделения новорожденных. Во всех 12 палатах совместного пребывания «Мать и дитя» имеется все необходимое оборудование, наглядная информация. Создание более благоприятной обстановки в индивидуальных родильных залах и нахождение матери с ребенком в палатах совместного пребывания «Мать и дитя» сказывается и на результатах родов и на здоровье матери и ребенка. Концепция ранней физической связи хорошо изучена. Всем известно, что процесс родовых схваток, родов и послеродовой период составляют единый, крайне чувствительный период принятия ребенка матерью и формирования между ними крепких уз.

Надлежащими технологиями обеспечения дружелюбной обстановки и содействия формирования родственной связи являются:

- присутствие на родах ограниченного количества физических лиц (только с согласия роженицы): врач, акушерка, врач-неонатолог, компаньон;
- разрешение посещений родственников в послеродовом периоде;
- максимальный отказ от травмирующих психику матери и ребенка процедур в период родовспоможения;
- разрешение выбора альтернативной позиции в родах;
- поощрение раннего физиологического контакта ребенка с матерью и максимальный отказ от необязательных процедур, отрывающих ребенка от матери.

Проект предусматривает, что основным действующим лицом в родах является акушерка, она принимает роженицу, ведет ее на всем протяжении родов, оказывает пациентке психологическую, физическую поддержку, используя немедикаментозные способы обезболивания в родах.

Акушерка ведет на роженицу и родильницу необходимую документацию. Новой формой, внедренной в нашем отделении, стало применение партограммы, протокола грудного вскармливания и экрана ведения родов. Партограмма – это, вероятно, наиболее простая, но наиболее эффективная форма наблюдения за ведением родов. Партограмма дает графическое представление прохождения родов. Основные принципы:

- это способ отражения процесса раскрытия шейки матки в виде непрерывного графика одновременно;
- это способ графического отображения многих других характеристик состояния матери, плода и течения родов.

Такое сочетание характеристик делает партограмму весьма ценной, так как отражает одновременно весь процесс родов.

Внедрение проекта Р.О.У.С. в работу акушерского физиологического отделения и использование данных доказательной медицины привело к отказу от ряда таких рутинных процедур и манипуляций, как обязательное сбривание лобковых волос, постановка очистительной клизмы, обработка швов на промежности, отказ от повязки после операции кесарево сечение по истечению одних суток, выведение мочи сразу после родов, использование пузыря со льдом после родов. Кроме этого пациентки нашего отделения строго соблюдают правила личной гигиены – промывают промежность проточной водой с мылом в среднем 5 – 6 раз в день, ежедневно ходят в душ, используют нижнее белье и одноразовые гигиенические прокладки, разрешено ношение личных халатов и ночных рубаш.

Обязательными требованиями являются: нахождение ребенка с матерью в одной кровати на всем протяжении пребывания в родовом зале, соблюдение температурного режима, контроль матери и ребенка, постоянные беседы с пациентками, так как на все манипуляции необходимо согласие пациентки, беседа по уходу, беседы с родственниками.

Краткая статистика по акушерскому физиологическому отделению: за данный период родов с участием компаньона – 145; выбор положения в родах с учетом альтернативной позиции – 35% от всех принятых родов; процент совместного пребывания – 96%; раннее совместное пребывание – 85%; снизился процент эпизиотомий и перинеотомий связи со строгим ограничением показаний для проведения данной операции, а именно, укорочение периода изгнания при развитии дистресса у матери или плода и для ускорения родов, если из-за состояния промежности появились проблемы на заключительном этапе

рождения плода. Процент эпизиотомий и перинеотомий у пациенток в родах с традиционной методикой составил 58,3%, а при альтернативной родоразрешении – 22,3%.

«То, как мы рождем – политический вопрос, существо его в том, что каждая женщина имеет право свободно выбирать, каким образом ей рожать ребенка, право на роды, окутанные любовью...»

Особенности ведения преждевременных родов

**Т.П. Житенева, акушерка наблюдательного отделения
МУЗ «Клинический родильный дом №4»**

Проблема охраны здоровья матери и ребенка рассматривается как важная составная часть здравоохранения, имеющая первостепенное значение для формирования здорового поколения людей с самого раннего периода их жизни. В концепции охраны здоровья детей в Российской Федерации и плане мероприятий по ее реализации на период до 2010 г. предполагается разработать меры по снижению уровня младенческой смертности и перинатальных потерь посредством организации высокотехнологичной медицинской помощи. Преждевременные роды (ПР) являются одним из самых важных вопросов проблемы сохранения репродукции. Актуальность ПР обусловлена тем, что они определяют уровень перинатальной заболеваемости и смертности. За последние 5 лет показатель перинатальной смертности в стране снизился на 25,8%. В то же время на долю недоношенных детей приходится 60 – 70% ранней неонатальной смертности и 65 – 75% детской смертности. Мертворождаемость при ПР наблюдается в 8 – 1 раз чаще, чем при своевременных. Перинатальная смертность недоношенных новорожденных в 33 раза выше, чем доношенных.

Частота преждевременных родов в Омском регионе в результате целенаправленных мер по снижению недонашивания беременности уменьшилась с 5,6% до 4,2% в период с 1996 г. по 2005 г. Также, отмечаемое в последнее время снижение перинатальных потерь с 157,7‰ до 103,1‰ произошло за счет недоношенных детей, что связано с успехами клинико-организационной тактики ведения преждевременных родов и лечения новорожденных.

Актуальность вопроса ПР имеет и психосоциальный аспект, так как рождение неполноценного ребенка, его болезнь или смерть является тяжелой психической травмой. Женщины, потерявшие детей, ощущают боязнь за исход последующей беременности, чувство собственной вины, что в конечном итоге приводит к заметному уменьшению их жизненной активности, конфликтам в семье, нередко – к отказу от последующей беременности. В этой связи проблема ПР имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Преждевременными родами в нашей стране принято считать роды, наступившие при сроке беременности от 28 недель до 37 недель беременности с массой плода от 1000 гр. до 2500 гр. Однако, по рекомендации ВОЗ, учет перинатальной смертности осуществляется с 22 недель беременности при массе плода 500 гр. и более. В связи с особенностью акушерской тактики и разным исходом родов для плода считается целесообразным деление ПР на 3 группы с учетом сроков гестации.

Преждевременные роды:

- в 22 – 27 недель,
- в 28 – 33 недели,
- в 34 – 37 недель.

Преждевременные роды в 22 – 27 недель с массой плода от 500 до 1000 г чаще обусловлены истмико-цервикальной недостаточностью, инфицированием нижнего полюса плодного пузыря и его разрывом. Легкие плода незрелы, и добиться их созревания за короткий срок путем назначения медикаментозных препаратов не удастся. В связи с этим высок риск неблагоприятного исхода для плода.

Преждевременные роды в 28 – 33 недели с массой плода от 1000 до 1800 г обусловлены более разнообразными причинами, чем более ранние преждевременные роды. Возможна выжидательная тактика и пролонгирование беременности в течение 2 – 3 дней, проводится профилактика дистресс-синдрома плода. Исход родов для плода этого срока гестации более благоприятный.

Преждевременные роды при сроке гестации 34 – 37 недель с массой плода 1900 – 2500 г обусловлены еще более разнообразными причинами. Процент инфицированных женщин гораздо меньше, чем в предыдущих группах, у большинства женщин этой группы возможна выжидательная тактика ведения родов. Легкие плода практически зрелы, не требуется введения средств для стимуляции созревания сурфактанта и пролонгирование беременности не столь существенно изменяет показатели перинатальной смертности.

Факторами риска ПР являются как социально-демографические (неустроенность в семейной жизни, низкий социальный уровень, молодой возраст), так и медицинские (каждая третья женщина с ПР – первородящая имела ранее перенесенные аборт, ПР, самопроизвольный выкидыш, инфекции мочевых путей, воспалительные заболевания гениталий).

Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) является причиной преждевременных родов в 70% наблюдений.

Существует 3 основные группы причин преждевременных родов:

1. Материнские – истмико-цервикальная недостаточность, пороки развития матки, миома матки, генитальный инфантилизм, экстрагенитальные заболевания, инфекционно-воспалительные заболевания половой сферы и др.
2. Плодовые – пороки и аномалии развития, хромосомные aberrации, многоплодие и др.
3. Сочетанные – гестоз, изосерологическая несовместимость, аномалии прикрепления плаценты, преждевременная отслойка плаценты, многоводие, неправильное положение плода.

Предрасполагающими факторами являются: возраст первородящей менее 18 и более 35 лет, профессиональные вредности, психические и физические травмы, прием алкоголя и наркотических средств, хирургические вмешательства во время беременности и др.

Факторами риска перинатальной заболеваемости и смертности при ПР, помимо срока гестации и массы плода, являются особенности течения самих родов.

По проведенному анализу причин преждевременных родов в Клиническом родильном доме №4 выявлено, что из первопричин преждевременных родов выделяется экстрагенитальная патология и инфекционные заболевания половых путей.

Диагностика ПР:

- оценка анамнеза и объективных данных (схватки, состояние шейки матки, состояние плодного пузыря и т.д.);
- ультразвуковое исследование (трансабдоминальное, трансвагинальное);
- кардиотокография.

Основными осложнениями, связанными с недоношенной беременностью и ПР, являются:

1. Преждевременное излитие околоплодных вод (40 – 45%).
2. Аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация, чрезмерно сильная родовая деятельность).
3. Быстрые или стремительные роды в связи с истмико-цервикальной недостаточностью или затяжные роды в связи с незрелостью родовых путей.
4. Частое дородовое кровотечение вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, низкой плацентации, предлежания плаценты; кровотечение в послеродовом периоде в связи с нарушением механизмов отделения плаценты и задержки ее частей.
5. Более частая гипоксия плода.
6. Инфекционные осложнения в родах (хориоамнионит) и в послеродовом периоде (эндометрит, метротромбофлебит).

Тактика ведения преждевременных родов.

Тактика ведения ПР зависит от их стадии (угрожающие, начинающиеся, начавшиеся), срока беременности, состояния матери и плода, плодного пузыря и степени раскрытия шейки матки, наличия родовой деятельности и ее выраженности.

В условиях женской консультации необходимо выявить женщин группы риска по невынашиванию беременности, рекомендуется строгое наблюдение, профилактическое лечение.

При поступлении беременной в родильный дом уточняют диагноз и стадию преждевременных родов. В зависимости от ситуации придерживаются консервативно-выжидательной или активной тактики ведения при недоношенной беременности. При угрожающих и начинающихся родах назначают консервативно-выжидательный план (продолжение беременности) при сроке гестации до 36 недель, целом плодном пузыре, хорошем состоянии беременной и плода, продольном или поперечном положении плода, отсутствии осложнений беременности и признаков инфекции.

Кесарево сечение показано при преждевременной отслойке нормально или низко расположенной плаценты на фоне начинающихся или начавшихся ПР, эклампсии, острой гипоксии плода, поперечном положении и тазовом предлежании до 32 недель.

Лечение.

Лечение угрожающих ПР должно быть комплексным и направленным на снижение возбудимости и подавление сократительной деятельности матки; повышение «жизнеспособности» плода и его «созревание»; назначается лечение патологических состояний, являющихся причиной ПР.

Лечение включает:

- постельный или полупостельный режим;
- психотерапия, гипноз;
- седативные средства: настойка пустырника, отвар валерианы, триоксазин. В настоящее время с успехом применяется комбинированный препарат Магне-В6;
- спазмолитические препараты: но-шпа 2% - 2.0, папаверин 2% - 2.0, баралгин;
- средства, снижающие активность матки: раствор магния сульфата 25% вместе с раствором новокаина 0,25%, Магне-В6.

Для лечения угрожающих ПР с успехом используют препараты, подавляющие сократительную активность матки. Наибольшее применение в современных условиях получили токолитики: партусистен, бреканил, гипипрал. Токолитики назначают при угрозе преждевременного прерывания беременности в сроки от 22 до 36 недель, а также при необходимости регуляции сократительной деятельности матки в периоде раскрытия и

изгнания (частые, чрезмерно сильные, дискоординированные сокращения матки, гипертонус, тетанус матки).

Токолитические препараты могут вызвать побочные действия и осложнения: сердцебиение, снижение АД, потливость, тремор, беспокойство, тошноту, рвоту, озноб, головную боль. Побочные действия и осложнения обычно связаны с передозировкой препарата и очень редко с его непереносимостью. Поэтому с терапевтической целью следует уменьшить дозу или прекратить введение токолитиков. При лечении токолитиками необходим контроль частоты сердечных сокращений, АД, уровня сахара в крови.

Профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС).

В тех случаях, когда терапия, направленная на сохранение беременности, не дает стабильного эффекта, имеет смысл проводить профилактику респираторного-дистресс синдрома у новорожденных путем назначения беременной глюкокортикоидных препаратов. Под влиянием глюкокортикоидов, введенных беременной, наблюдается более быстрое созревание легких, так как происходит ускоренный процесс выработки сурфактанта.

Формирование респираторного дистресс-синдрома происходит, главным образом, при сроке менее 34 недель и зависит от ряда пренатальных факторов (наиболее неблагоприятные – хроническая плацентарная недостаточность, гипоксия плода, внутриутробная инфекция, др.). Профилактика РДС наиболее целесообразна в сроке беременности 28 – 34 недели. С этой целью применяются:

1. Глюкокортикоидные гормоны:

- дексаметазон;
- преднизолон;
- бетаметазон.

Осложнениями стероидной терапии могут быть иммуносупрессия, гипертензия, увеличение риска инфекционных осложнений, поэтому помимо глюкокортикоидных гормонов для РДС плода применяют:

2. Эуфиллин 2,4%;
3. Лазольван;
4. Этимизол;

Проводится профилактика гипоксии плода (триада по Николаеву с кокарбоксилазой, рибоксин 2%, актовегин).

Для ускорения созревания шейки матки проводится создание гормонального фона, спазмолитическая терапия. Широко используют инфузию простагландинов, причем отдают предпочтение простагландинам E2.

Ведение преждевременных родов.

Течение и исход ПР зависит прежде всего от срока беременности и зрелости плода. При сроке беременности 22 – 27 недель родоразрешение обычно происходит быстро, при неполном раскрытии шейки матки, без оказания акушерских пособий. ПР при сроке 28 – 33 недели по характеру течения приближаются к своевременным; при этом часто прибегают к акушерским пособиям и операциям, включая кесарево сечение. При сроке 34 – 37 недель роды обычно протекают как своевременные; при возникших осложнениях проводятся акушерские пособия и операции, как при доношенной беременности.

При ведении родов необходим тщательный контроль динамики раскрытия шейки матки (ведение партограммы), характера родовой деятельности (регистрация КТГ), вставлением и продвижением предлежащей части плода, его состоянием. Необходимо широко применять спазмолитические средства и бережное обезболивание с учетом недоношенности плода. С целью уменьшения родового травматизма в периоде изгнания пособие оказывается без защиты промежности с пальцевым расширением вульварного кольца. У рожениц с высокой ригидной или рубцово-измененной промежностью обязательно рассечение промежности для облегчения прорезывания головки плода.

Принимается ребенок в лоток на специальной подставке на уровне промежности матери. Не следует поднимать ребенка и опускать ниже уровня матки, что не создавать гипер- или гиповолемию у новорожденного, что может вызвать затруднения сердечной деятельности. Некоторые акушеры используют метод М. Данн, заключающийся в том, что после рождения ребенка послед выжимают по Креде. Ребенка, соединенного пуповиной, согревают на одном горизонтальном уровне до прекращения пульсации пуповины, после чего ее пересекают. Принимать ребенка необходимо в теплые пеленки. Отделение его от матери целесообразно проводить в течение первой минуты после рождения и, если необходимо, то приступить к реанимационным мероприятиям. На родах должен присутствовать педиатр и все должно быть готово для реанимации новорожденного.

Вышеизложенный материал указывает на то, что к ведению каждой женщины с недоношенной беременностью с преждевременными родами следует подходить дифференцированно и рационально, с целью профилактики грозных осложнений и спасения здоровья и жизни матери и плода.

Проблемы и перспективы перинатальной диагностики

О.Н. Богданова, заведующая отделением Центра планирования семьи и репродукции ГУЗОО «ОКБ»

Врожденные пороки развития (ВПР) являются причиной большого количества эмбриональных и плодовых смертей и выходят на первое место в структуре детской заболеваемости, инвалидности и смерти.

Затраты на лечение и уход за детьми с врожденной патологией не оправдываются в силу тяжести последствий ВПР для здоровья и жизнеспособности пораженного ребенка. Поэтому развитие профилактики ВПР и предупреждений рождения детей с ВПР является актуальнейшей проблемой для отечественного здравоохранения.

Причиной врожденных дефектов развития являются генетические факторы и воздействие окружающей среды.

Однако, причины приблизительно 60 – 70% врожденных дефектов не изменены. Из средовых причин наиболее часты такие, как употребление алкоголя и наркотиков, инфекции и употребление лекарственных препаратов.

Для современной перинатальной диагностики используются неинвазивные (УЗ-диагностика и исследования сывороточных маркеров) и инвазивные (биопсия ворсин хориона, плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез) методы.

Самым расширенным, экономичным и эффективным является ультразвуковое сканирование. Уровень выявляемости ВПР при УЗИ достигает 85%. Сроки беременности, при которых возможна УЗ-диагностика пороков развития, различны для каждой из групп анатомических изменений, но до 24 недель беременности большинство из них можно выявить.

Возможности УЗ-диагностики ВПР и эффективность данного метода определяется уровнем подготовки специалиста и качеством УЗ-аппарата. Скрининг факторов материнской сыворотки позволяет в сочетании с другими методами предотвратить рождение 60% детей с пороками развития.

Наиболее сложным, с точки зрения акушера, но и нередко наиболее информативным методом из всех инвазивных методов пренатальной диагностики является кордоцентез. Помимо диагностических пункций пуповины в клинической практике используются и лечебные кордоцентезы, которые легли в основу внутриутробной терапии плода.

Профилактика рождения детей с ВПР заключается в проведении профилактических мероприятий до наступления беременности и активном выявлении пороков развития во время беременности с последующей элиминацией плодов.

В Омске и Омской области широко используются все методы пренатальной диагностики. Эту функцию взял на себя областной перинатальный центр (ЦПСИР, МГК, лабораторные службы ГУЗОО ОКБ, ДЦ).

Проведение инвазивной пренатальной диагностики в условиях ОПЦ позволит обследовать беременных женщин, относящихся к группе высокого риска по материнским и пренатальным осложнениям, а также проводить лечебные кордоцентезы, что несомненно приведет к повышению эффективности пренатального скрининга и улучшению перинатальных исходов.

Роль сестринского персонала в работе Центра планирования семьи и репродукции

**О.Н. Богданова, заведующая отделением Центра
планирования семьи и репродукции ГУЗОО «ОКБ»**

**Т.А. Абрамова, старшая акушерка Центра
планирования семьи и репродукции ГУЗОО «ОКБ»**

Областной перинатальный центр создан в ноябре 1998 г. с целью улучшения оказания акушерско-гинекологической помощи женскому населению Омской области.

ЦПСИР является амбулаторным подразделением ОПЦ и работает в следующих направлениях:

1. Консультативная и лечебно-диагностическая помощь беременным со средней и высокой группой риска по материнским и перинатальным осложнениям.
2. Консультативная и лечебно-диагностическая помощь при патологии репродуктивной системы у женщин, мужчин, детей и подростков.
3. Оказание медицинской помощи на этапе планирования семьи.
4. Организационно-методическая работа.

Мощность ЦПСИР составляет 200 посещений в смену.

Основным связующим звеном между пациентами и специалистами ЦПСИР является регистратура. Это наиболее напряженный и вместе с тем ответственный участок работы, поскольку от того, как встретят здесь пациента, зависит его настрой на последующие встречи со специалистами ЦПСИР.

Правильная организация работы медицинской сестры врачебного приема улучшает качество оказания медицинской помощи пациентам ЦПСиР. Работая с пациентом, медицинская сестра еще на доврачебном этапе регулирует очередность, отдавая преимущество пациентам с неотложной ситуацией, ветеранам, детям.

Акушерками осуществляются некоторые этапы осмотра беременных (измерение веса, АД, окружности живота, высоты стояния дна матки); проводится кардиотонография.

В кабинете подросткового гинеколога проводится подготовка девочек к лечебным и диагностическим манипуляциям.

Работа медицинской сестры кабинета УЗИ заключается в разъяснении пациентам методики проведения того или иного метода исследования и соответствующей подготовки к нему.

Медицинские сестры процедурного кабинета и дневного стационара осуществляют подготовку кабинета и инструментария к работе, ассистируют врачу при проведении манипуляций, выполняют врачебные назначения в дневном стационаре. Неотъемлемой частью их работы является работа с пациентами – разъяснительная, психопрофилактическая и санитарно-просветительная.

Таким образом, медицинская сестра является одним из важнейших участников процесса оказания медицинской помощи населению.

Адекватное кадровое обеспечение как основа оказания качественного ухода за новорожденными, находящимися на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных родильного дома ГУЗОО «Областная клиническая больница»

**Л.В. Ежова, старшая медицинская сестра
отделения реанимации и интенсивной терапии
новорожденных родильного дома ГУЗОО «ОКБ»**

Человек, его жизнь и здоровье – высшие первичные ценности, относительно которых определяются другие ценности и блага.

Огромное значение таких благ, как жизнь и здоровье, обуславливает необходимость их охраны.

В системе здравоохранения сестринский персонал – это наиболее значительная часть медицинских трудовых ресурсов.

Нехватка сестринских кадров, неэффективное и нерациональное управление ими серьезно ограничивают развитие здравоохранения, приводят к сокращению видов и объемов медицинской помощи, повышению риска для пациентов, увеличению расходов на подбор и удержание кадров, к компромиссам в отношении качества ухода за пациентами, снижению морально-этических норм среди оставшихся сотрудников.

Современная модель сестринского дела – это наука и практика, направленные на повышение профессионального потенциала медицинской сестры и максимально эффективного его использования. Цель сестринского дела – улучшение качества ухода за пациентами, а, следовательно, и улучшение состояния здоровья каждого пациента. Для осуществления вышеуказанного необходимы качественно новые подходы к подготовке сестринского персонала, начиная с медицинских колледжей и заканчивая высшим сестринским образованием.

Многоуровневая система подготовки специалистов сестринского дела обеспечивает здравоохранение руководителями сестринских служб с соответствующим уровнем профессиональной подготовки, медицинскими сестрами, умеющими самостоятельно решать вопросы оказания первичной и специализированной медицинской помощи, владеющими новыми технологиями, обладающими коммуникативными навыками. Они способны стать организаторами, лидерами в своей отрасли, могут определять и решать проблемы, находящиеся в их компетенции.

Несмотря на достаточно высокий процент специалистов, имеющих повышенный уровень подготовки, этот потенциал используется не в полной мере. Причина кроется в отсутствии рабочих мест, готовых принять специалиста этого уровня, что отрицательно сказывается на качестве организации ухода и самом уходе за пациентами.

Методы управления медицинскими кадрами на современном этапе предусматривают не только правильность подбора и расстановки кадров. Управленческий подход к деятельности подчиненных, к сожалению, не всегда положительно влияет на эффективность труда, поэтому, в современных, изменившихся условиях кадровая политика требует новых методов работы.

Формирование сестринского персонала и удержание его – задача сложная и многоаспектная. Большое значение имеет повышение престижа профессии, создание благоприятных условий труда и жизни медицинских сестер, поддержание благоприятного микроклимата в отделении.

При подборе кадров для работы в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, я, как старшая медицинская сестра, учитываю не только профессиональные качества, но и психологические особенности каждого человека. Психологические

особенности человека определяют его успехи в различных видах деятельности, влияют на качество ухода. Характер человека определяет поступки в отношении других людей. Для каких-то медицинских сестер будет комфортнее работать с детским контингентом, другие предпочтут работать с взрослыми пациентами, поэтому при подборе кадров необходимо учитывать психологические факторы. Если медицинская сестра будет заниматься работой, которая не будет для нее комфортной психологически, велика вероятность, что качество оказываемого ухода будет очень низким и приведет к ухудшению состояния новорожденного.

Здоровье женщин и детей, желанное и безопасное материнство являются основой семьи и благополучного общества. В настоящее время в России реализуется Российско-американский проект «Мать и дитя», направленный на внедрение современных международных рекомендаций и технологий в области охраны материнства и детства. Одним из пилотных учреждений по внедрению проекта выбран Областной родильный дом.

Основная цель программы – улучшение качества медицинской помощи в родовспомогательных учреждениях на основе внедрения новых технологий родовспоможения, перинатального ухода.

Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных входит в состав родильного дома, было открыто в целях улучшения качества ухода и лечения недоношенных детей и новорожденных с различной патологией и оказания им квалифицированной медицинской помощи. Вместе со всеми отделениями родильного дома отделение РИТ новорожденных является активным участником внедряемой программы.

Отделение рассчитано на 18 коек и включает в себя палату реанимации на 6 коек и палату выхаживания недоношенных детей на 12 коек.

Задачами отделения РИТ новорожденных является:

1. Оказание первичной реанимационной помощи новорожденным в родильном зале.
2. Выявление видимых пороков развития новорожденного.
3. Оказание специализированной помощи новорожденным.
4. Осуществление качественного ухода за новорожденными.
5. Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных.
6. Охрана и поощрение грудного вскармливания.
7. Обучение матерей уходу за новорожденными.

Главная задача сестринского персонала – постепенно, шаг за шагом, меняя сложившиеся в родовспоможении стереотипы, совершенствовать свои навыки, следуя новым концепциям, предусмотренным программой. В условиях внедрения программы к медицинским сестрам предъявляются особые требования. Это – профессионализм,

внимательность, аккуратность, коммуникабельность, выносливость и многое другое. Не все медицинские сестры такими приходят в отделение, не все такими становятся, но процесс работы над формированием личности медицинской сестры проводится постоянно – путем проведения технических учеб, конференций, семинарских занятий.

Ключевая роль в организации и обеспечении лечения новорожденных отводится старшей медицинской сестре. От правильно организованного труда старшей медицинской сестры, ее профессиональных знаний и деловых качеств зависит работа сестринского и младшего персонала.

Для поддержания профессионального уровня и хорошей ориентации в различных вопросах сестринского дела, я, как старшая медицинская сестра, постоянно стремлюсь к накоплению знаний и приобретению практических навыков. От моего профессионализма, организаторских способностей, которые включают в себя не только знания и умения, но и отношение к своему делу, в большой степени зависит правильная организация работы отделения и, как следствие, – исход заболевания, здоровье новорожденного ребенка.

Моя управленческая деятельность требует комплексного, системного, целенаправленного подхода к организации труда медицинских сестер и обеспечению их всем необходимым для работы.

Продолжая тему управленческой компетентности, нельзя не затронуть сложнейшую тему результативного общения. Как нетрудно представить, все действия руководителя так или иначе связаны с общением. Поэтому очень важно развить в себе навыки такого общения, которые способствовали бы успеху дела. Без этого ни одна команда не сможет работать хорошо, то есть результативно. Открытость и взаимная поддержка возникают там, где у людей (независимо от их должностного положения) есть чувство собственного достоинства и уверенность, что они могут свободно высказать свои мысли, не опасаясь осуждения и понимания. И здесь главным фактором, определяющим степень такой открытости, является стиль руководства.

Таким образом, при всей кажущейся простоте данной темы становится очевидным, что на самом деле для каждого руководителя тема результативного общения стоит на первом месте. Для того чтобы добиться результатов в работе, превратить группу сотрудников в сплоченный коллектив единомышленников, борющихся за здоровье маленьких пациентов, строю свою работу на философии и политике открытого общения.

Большое значение при достижении этой цели придается решению кадрового вопроса.

Оптимальным вариантом является соотношение: 1 медицинская сестра на 2-х новорожденных. В отделении реанимации новорожденных выделено 4 круглосуточных

поста и 2-дневных сестринских поста, благодаря которым мы уменьшили нагрузку на медицинскую сестру, но не достигли оптимального соотношения.

Работа с новорожденными предъявляет высокие требования к медицинскому персоналу, поэтому медицинская сестра должна обладать особыми личностными характеристиками: быть психологически устойчивой, отличаться остротой реакции, добросовестностью, доброжелательностью. Медицинская сестра должна быть милосердной, должна уметь найти индивидуальный подход к пациенту, быть честной и добросовестной, безукоризненно исполнять свой профессиональный долг, не вредить пациенту, уметь хранить тайну. Грамотная сестра испытывает постоянную потребность в пополнении своих знаний, в развитии своей личности.

Четкое планирование деятельности – одно из важнейших условий обеспечения высокого качества работы сестринского и младшего персонала отделения и предупреждения сбоев и ошибок в их работе. Планирование на основе анализа своей предыдущей деятельности и прогнозирование работы отделения позволяют своевременно подготовиться персоналу к внедрению новых методов лечения, использованию нового оборудования, что, в свою очередь, улучшит качество оказываемой помощи.

Одно из первых мест в моей работе старшей медицинской сестры занимает организация рабочего места персонала.

От того, как она проведена, где располагаются предметы ухода за новорожденными, аппаратура, во многом зависит качество ухода, его эффективность. С этой целью в отделении реанимации новорожденных проведена организация рабочих мест согласно разработанным стандартам.

Для осуществления постоянного визуального контроля состояния новорожденных посты размещены в палатах. В палате выделено место для хранения предметов ухода, медикаментов, медицинской документации.

Для качественного проведения манипуляций, связанных с уходом за новорожденными, на постах укомплектованы укладки, оснащенные всем необходимым.

Мебель и аппаратура в палате размещена так, чтобы при возникновении ситуации, требующей экстренных лечебных и диагностических мероприятий, можно было сразу же ее использовать, а работа одного аппарата не мешала работе другого.

Для быстрой ориентации медицинской сестры на видном месте находятся таблицы-схемы с перечнем мероприятий по неотложной помощи.

Рационально организованное рабочее место во многом содействует повышению работоспособности в течение рабочего дня с наименьшими затратами сил и времени, обеспечивая более высокий уровень лечебно-диагностического процесса.

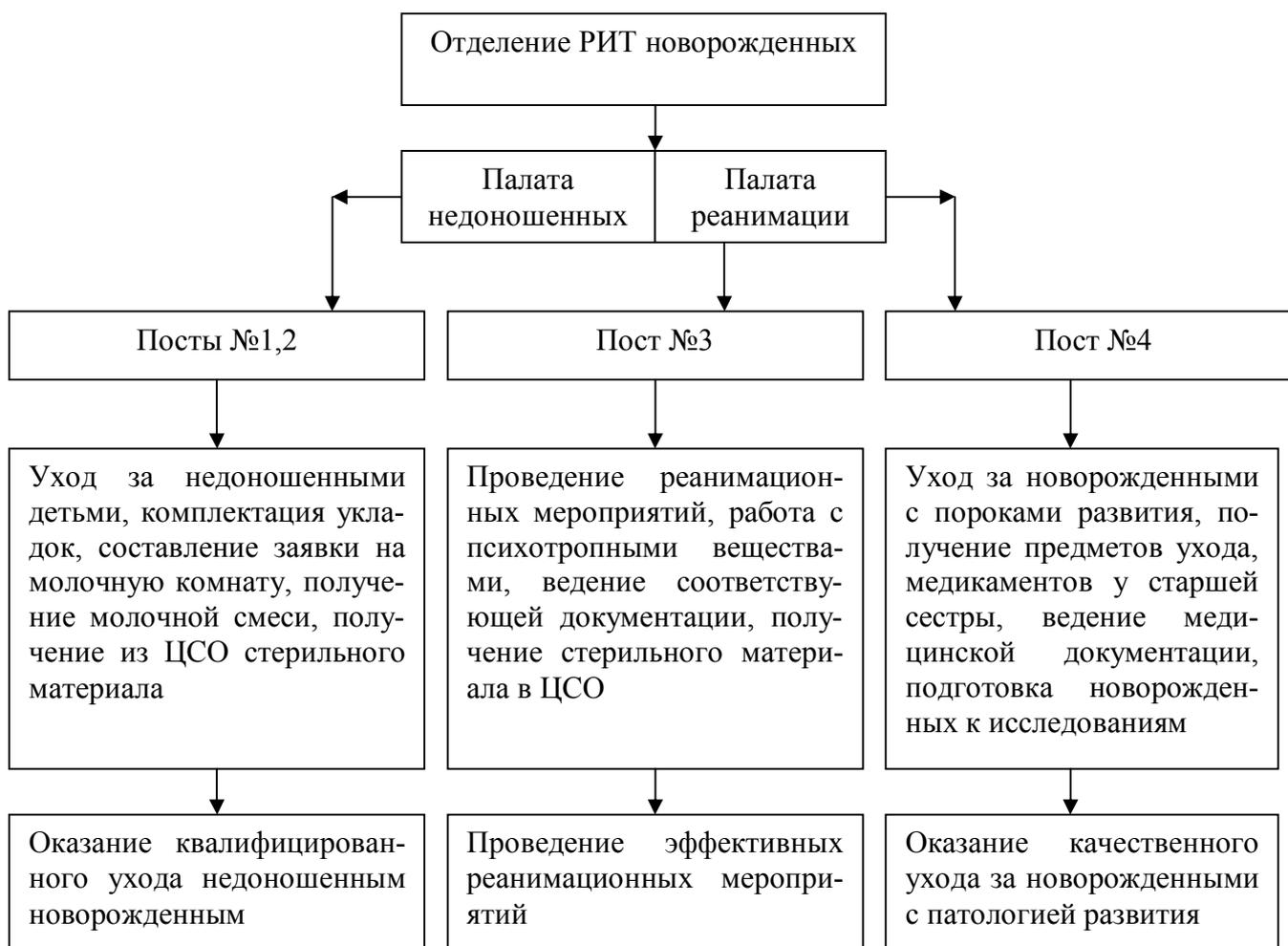
Реформы в здравоохранении в целом и конкретно в сестринском деле, пересмотр взглядов на объем и качество оказываемой медицинской помощи остро поставили вопрос о рациональной и эффективной организации труда не только врачей, но и медицинских сестер, четком разграничении обязанностей и введении новых нормативных нагрузок. Это предполагает более высокую ответственность медицинской сестры за свою работу.

Затраты рабочего времени и стоимость пребывания пациента в отделении во многом зависят от правильной организации рабочего времени и распределения нагрузки на медицинскую сестру. При рациональной организации труда и укомплектованности штатов младшим персоналом появляются резервы времени для выполнения основной работы медицинской сестры – выхаживания новорожденного.

Для повышения качества ухода за новорожденным и снижения нагрузки на медицинскую сестру в отделении реанимации и интенсивной терапии проведена рациональная расстановка кадров и распределены объемы работ.

Схема №1

**Распределение объема работ на сестринский персонал
отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных**



Таким образом, несмотря на большую нагрузку на медицинских сестер, при рациональной организации труда появляются резервы времени для выполнения основной работы медицинской сестры – выхаживания новорожденного.

Стратегическим моментом в деятельности медицинской сестры является организация качественного ухода за пациентами.

Как известно из информационных источников, 80% факторов, оказывающих непосредственное влияние на выхаживаемость новорожденных в отделении РИТ, связаны с деятельностью сестринского персонала. Это еще раз подчеркивает чрезвычайно высокую роль медицинской сестры в оказании качественного ухода за пациентами.

Понятие «интенсивный уход» означает, что все мероприятия по уходу должны выполняться практически непрерывно в течение суток (одно мероприятие сменяется другим) и гармонично сочетаться с проведением мероприятий интенсивной терапии. Необходимо подчеркнуть, что все мероприятия интенсивного ухода за новорожденными должны выполняться только в строгом соответствии с правилами. Опыт работы показывает, что медицинская сестра в совершенстве осваивает выполнение всех мероприятий интенсивного ухода за новорожденными, проработав самостоятельно не менее года.

Самыми важными аспектами сестринского ухода за новорожденными пациентами в отделении реанимации и интенсивной терапии являются:

1. Обеспечение максимального наблюдения при минимуме манипуляций – строгий лечебно-охранительный режим.
2. Обеспечение адекватного температурного режима.
3. Соблюдение всех мер, предотвращающих развитие инфекции.

Обеспечение максимального наблюдения за новорожденными при минимуме манипуляций достигается непрерывным мониторинговым контролем. Для осуществления качественного мониторинга медицинские сестры должны быть знакомы с основными видами мониторов, с правилами наложения датчиков новорожденным детям, знать нормальные пределы колебаний снимаемых показателей. Такой контроль новорожденного малыша позволит избежать лишнего контакта с ребенком, который может стать травмирующим фактором, усугубить имеющиеся нарушения. Кроме того, медицинская сестра осуществляет непрерывный визуальный контакт за ребенком, который в ряде случаев оказывается решающим.

Обеспечение адекватного температурного режима для новорожденных детей не только является составной частью ухода за ними, но и рассматривается как компонент интенсивной терапии. Переохлаждение или перегрев ребенка сами по себе могут привести к развитию осложнений, угрожающих жизни. Контроль поддержания адекватного

температурного режима всецело лежит на медицинских сестрах. Медицинские сестры отделения реанимации новорожденных в совершенстве знают устройство и принципы работы кувезов, реанимационных мест, перфузаторов, аппаратов ИВЛ. Речь идет об умении создать необходимый ребенку температурный режим, влажность, своевременно изменить их, контролировать правильную работу аппаратуры, проводить его последующую обработку.

Обязательный компонент всех мероприятий интенсивного ухода – профилактика инфекционных осложнений. Новорожденные дети, находящиеся в критическом состоянии, особенно недоношенные, чрезвычайно подвержены восприятию инфекции, и, прежде всего, госпитальной микрофлоры. Новорожденного ребенка можно вывести из тяжелейшего шокового состояния, развившегося в первые часы жизни, и в последующем потерять из-за развившихся септических осложнений. В идеале, все, что прикасается к ребенку в отделении реанимации, должно быть стерильным. Для соблюдения этого момента сестринский персонал в совершенстве знает методы асептики и антисептики и строго соблюдает все требования санитарно-противоэпидемиологического режима.

При рождении недоношенных детей и больных новорожденных постоянный круглосуточный контакт ребенка с матерью формирует у него благоприятный биоценоз в условиях отделения реанимации новорожденных. Кроме того, эмоциональный контакт с матерью является одним из направлений реабилитации новорожденного. Пребывание ребенка с матерью изменило функции палатной медицинской сестры, потребовался иной, более тщательный подход к решению проблем, возникающих как у недоношенных детей, так и у матери. Хорошая детская медицинская сестра – это и педагог, и психолог, и медик-профессионал. Как бы не было тяжело, она должна работать с максимальной отдачей, вселять уверенность и заинтересованность в решении проблем у ребенка, а самое главное – нацелить мать, всю семью на терпение, поскольку от этого зависит будущее ребенка.

Обеспечение надлежащей и всесторонней поддержки почти всегда приводит к улучшению состояния семьи. Это помогает медицинским работникам справиться с их собственными переживаниями по поводу больного ребенка, потому что они ощущают возможность реальной помощи. Самым важным является поддержка семьи на пути ее психологического восстановления и возвращения к нормальной жизни. В таких ситуациях очень важно, чтобы медицинская сестра обладала высокой коммуникабельностью, способствующей открытому общению.

В мире ежегодно рождается около 24 млн. маловесных детей (менее 2,5 кг), у которых наблюдается большой дефицит микроэлементов. Основным источником восполнения этого дефицита является грудное молоко.

Медицинские работники могут помочь матерям и детям, за здоровьем которых они наблюдают, организовать успешное грудное вскармливание. Чтобы не возникло ощущение нехватки знаний для оказания такой помощи, с медицинскими сестрами и акушерками проводятся курсы подготовки. На таких курсах приходится много работать, но полученные навыки помогут матерям и детям.

Грудное вскармливание способствует формированию между матерью и ребенком тесных, нежных взаимоотношений, от которых мать эмоционально получает глубокую удовлетворенность. Тесный контакт с ребенком сразу после родов способствует налаживанию этих взаимоотношений. Только грамотная, заинтересованная в положительном результате медицинская сестра сможет правильно объяснить женщине преимущество этих методик. Давать совет – это способ работы с людьми, когда сестринский персонал, стараясь понять их чувства, поможет решить возникшие проблемы.

Плохая организация работы способствует распространению искусственного питания, которое окажет неблагоприятное воздействие на дальнейшую жизнь ребенка.

Для дальнейшего повышения уровня знаний сестринского персонала и выхода на международные стандарты планируется обучение на цикле углубленного изучения неонатологии.

Медицинский персонал работает с детьми, зачастую находящимися между жизнью и смертью, а потому испытывает высокое психоэмоциональное напряжение. Это определенным образом сказывается на психологическом состоянии работников и в последствии может привести к их безответственности, равнодушию. У медицинских сестер постепенно снижается уровень проявления заботы о новорожденных, с которыми они работают. Через какое-то время они начинают понимать, что просто не могут выдержать необходимости персональной заботы, обязательств и ответственности, которых требует их работа. Работа медицинской сестры эмоционально насыщена. Весь ее рабочий день – это теснейшее общение с людьми, прежде всего новорожденными, требующими неусыпной заботы и внимания, их родственниками. «Отдавая свою жизнь» во спасение жизни пациентов, медицинская сестра может легко «сгореть». А родильницам приятнее видеть рядом со своим ребенком не усталого, безразличного, а порой и озлобленного медицинского работника, а активного, излучающего тепло, полного профессиональной силы и жизненной энергии человека.

Медицинский персонал отделения реанимации новорожденных чаще всего подвержен профессиональному выгоранию, так как деятельность в этом подразделении зачастую не ассоциируется с положительным результатом. При всех усилиях персонала встречаются летальные исходы. Работа проходит в условиях напряженности,

сверхответственности. При работе в таких условиях риск выгорания объективно выше, и поэтому особенно важен позитивный и доверительный настрой всего коллектива, его работоспособность. С целью поддержания психоэмоционального состояния сотрудников, которое является не последним фактором, влияющим на качество оказываемого ухода, в отделении широко применяется освоение смежных специальностей, периодически меняется режим работы, своевременно повышается квалификация и уровень профессиональной компетентности, рационально распределяется нагрузка, для эмоциональной разгрузки выделена персональная комната.

Таким образом, результаты выхаживания новорожденных непосредственно зависят от качества ухода, организации и условий труда, профессиональной подготовки сестринского персонала, психоэмоционального состояния сотрудников, укомплектованности кадрами. Обеспечение и последующее соблюдение всех перечисленных моментов при организации неотложной помощи новорожденным в отделении реанимации и интенсивной терапии способствуют качественному проведению неотложной помощи и дальнейшему улучшению состояния новорожденного.

Современные подходы к грудному вскармливанию

**И.В. Быкова, заведующая отделением
новорожденных ГУЗОО «ОКБ»**

**Н.Р. Василенко, врач-неонатолог отделения
новорожденных ГУЗОО «ОКБ»**

**Т.А. Мехова, старшая медицинская сестра
отделения новорожденных ГУЗОО «ОКБ»**

Ежегодно в мире умирает 4 млн. младенцев, не достигнув 4-недельного возраста. Подавляющее большинство этих смертей приходится на первые дни жизни. Ранняя смертность новорожденных составляет во многих странах значительную часть смертности в раннем детском возрасте, зачастую превышая 30%.

Понимание и улучшение знаний принципов и практики основных видов ухода за новорожденными, включая грудное вскармливание, а также приобретение медицинскими работниками, отвечающими за ведение родов и неонатальную помощь, соответствующих умений, навыков способствуют улучшению качества оказания медицинской помощи на современном этапе. Грудное вскармливание является примером того, как кратковременные и простые мероприятия могут обеспечить выгоды и преимущества, как в ближайшее время, так и в долгосрочном плане.

Кормление грудью необычайно важно для здоровья ребенка, его роста и развития в неонатальном периоде, младенчестве и детстве. Пользы от грудного вскармливания больше, если мать начнет кормить ребенка в течение первого часа после родов, если ребенку дают грудь, когда он хочет, и если между кормлениями грудью ему никакого другого питания не дают. Многие проблемы неонатального периода можно избежать или уменьшить их тяжесть, если кормить грудью, следуя именно этим принципам. Такой подход поможет избежать таких проблем как гипотермия, неонатальная гипогликемия, инфекции и неонатальная желтуха.

Грудное вскармливание защищает от смерти и болезней, как в постнатальный период, так и в течение всего периода младенчества и детства. Защитный эффект особенно сильный против инфекционных болезней, которые предотвращаются как через прямую передачу антител и других антиинфекционных факторов, так и долговременную передачу иммунологической компетенции и памяти.

Риск болезней и госпитализации гораздо выше у детей, которые не получают грудного молока. Такая ситуация сохраняется и в развитых странах, указывая на то, что у детей, находящихся на грудном вскармливании, гораздо меньше шансов заболеть каким-либо тяжелым заболеванием.

К числу подходов, позволяющих наладить грудное вскармливание, относятся:

- прикладывание ребенка к груди как можно раньше после родов;
- содействие грудному вскармливанию по требованию ребенка в течение 24 ч в сутки;
- совместное пребывание матери и ребенка в одной палате в течение всех 24 ч в сутки;
- обеспечение матери информацией о преимуществах грудного вскармливания и опасностях искусственного вскармливания;
- обучение матери правильному кормлению грудью, информирование матери о возможных проблемах;
- избегание использования заменителей грудного молока и кормления из бутылочки;
- избегание такой больничной практики, которая мешает грудному вскармливанию.

Хотя все новые и новые открытия подтверждают огромную пользу грудного молока и вскармливания грудью, немногие сегодня открыто отстаивают принцип «грудное вскармливание – самое лучшее». Однако, лозунги, даже правильные, не заменяют действия. Мы настоятельно призываем их, где бы они не находились, обеспечивать полную мобилизацию своих служб на достижение этой цели, демонстрируя, таким образом, несравненное превосходство грудного вскармливания, как для новорожденных, так и для матерей.

Почему необходимо способствовать распространению грудного вскармливания:

- преимущества для здоровья ребенка;
- преимущества для здоровья матери;
- преимущества для взаимоотношений между матерью и ребенком;
- экономические преимущества;
- экологические преимущества;
- право матери сделать информированный выбор о том, как она хочет кормить своего ребенка;
- снижение уровня грудного вскармливания;
- инициативы международных организаций.

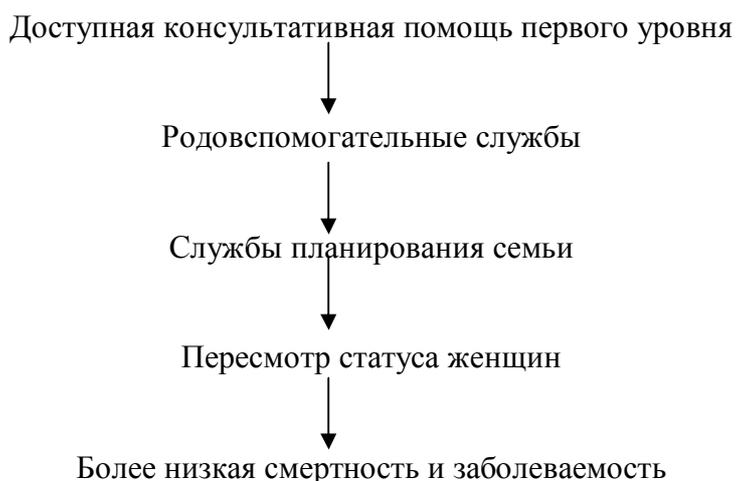
Роль акушерки в охране здоровья матери и ребенка

**Ж.А. Груздева, старшая акушерка
акушерского наблюдательного отделения
МУЗ «Родильный дом №2»**

В текущем столетии в охране здоровья матери произошли разительные перемены. На данный момент матери и их младенцы находятся в большей безопасности, чем сто лет назад. Однако статистика материнской и младенческой смертности оставляет желать лучшего. Охрана здоровья матери и ребенка – одна из важнейших проблем нашего общества и решить ее только медицинскими вмешательствами, порой неоправданными, нельзя.

Инициатива безопасного материнства, которая была начата в 1987 г., является международной программой, рассчитанной на различных медицинских работников, имеющих соприкосновение с женщинами во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Эта инициатива была предпринята с целью стимулировать усилия для уменьшения материнской смертности в мире. Безопасное материнство означает не только профилактику заболеваемости и смертности, оно также предполагает заботу о здоровье матери и ребенка. В это понятие входит физическое, умственное и социальное благополучие женщины до родов, во время и после родов, что в последующем должно обеспечить рождение здорового ребенка, его благополучное развитие и рост. Этот подход соответствует Конституции ВОЗ (1948 г.), которая определяет здоровье, как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или немощи».

Основные принципы подхода к охране материнства на современном уровне



При уходе за матерью и ребенком следует наиболее эффективно использовать материальные и людские ресурсы. Основные условия – это непрерывность и преемственность помощи, начиная с периода до зачатия, на протяжении всей беременности, во время родов и послеродовом периоде. Пакет документов «Мать и дитя» определяет перечень основных вмешательств: планирование семьи, дородовый уход, чистые и безопасные роды, необходимый акушерский уход и наблюдение, пропаганда и поддержка грудного вскармливания, профилактика ЗППП и ВИЧ-инфекции.

Человеком, наиболее подходящим для обеспечения надлежащего с точки зрения технологий и экономической эффективности ухода за женщинами, является акушерка, которая очень хорошо знает своих женщин, их условия труда и жизни, семейные проблемы, быстро находит компромиссные решения, постоянно консультирует по вопросам планирования семьи, грудному вскармливанию и по другим актуальным вопросам. В родах акушерка постоянно ведет наблюдение и осуществляет уход за женщиной, она практически не отходит от женщины и между ними устанавливается атмосфера доверия, взаимопонимания. Акушерки чувствуют женщину, понимают, что заботит и беспокоит ее. Опыт доказывает, что в странах, где роды ведутся акушерками, уровень материнской и младенческой смертности значительно ниже. Тем не менее, при ведении определенных осложнений и осуществлении хирургических вмешательств, требуется дополнительная поддержка и вмешательство врача акушера-гинеколога.

Законодательство в поддержку всемирного использования навыков акушерок должно основываться на определении акушерки, сформулированном совместно ВОЗ, Международной федерацией акушерок и Международной федерацией акушеров и гинекологов более 20 лет назад и пересмотренном в 1992 г. Оно звучит следующим образом: если программа обучения признается государством, которое выдает специалисту лицензию

акушерки на право практиковать, то данный специалист и является акушеркой. Суть данного определения акушерки – признание существования различных программ обучения акушерок. Компетентность акушерок, способность действовать решительно, уверенно и технически грамотно – являются важными качествами для самостоятельного ведения родов. Акушерки должны владеть необходимыми знаниями и навыками для предоставления полного объема услуг в отношении репродуктивного здоровья женщин, включая угрожающие для жизни состояния там, где возникает необходимость. Однако, законодательство по регламентации практики тормозит применение акушерских навыков в полном объеме. ВОЗ считает акушерку, как специалиста, который непосредственно связан с женщиной в период беременности и во время родов, обеспечивая охрану ее здоровья на первичном уровне.

МУЗ «Родильный дом №2» с 2004 г. работает в рамках совместного проекта России и США «Мать и дитя». Сразу же был составлен план комплексных мероприятий по реализации данного проекта, где на первом месте стоял вопрос об обучении и максимальном информировании персонала. Сложившийся годами опыт работы пришлось менять. Изменился подход не только к ведению родов, но и к женщинам и их семье. Акушерка получила больше прав по реализации своих знаний, умений и навыков на практике, а женщина и ее семья, в свою очередь, получили право на участие в принятии решений. Были разработаны, утверждены и внедрены протоколы по приему рожениц, по ведению 1,2,3 периодов родов, ведению послеродового периода и другие. Это позволило акушеркам значительно повысить качество оказываемых услуг, а также поднять престиж своей профессии.

Именно акушерка находится рядом с роженицей и помогает ей выбрать оптимальный метод немедикаментозного обезболивания родов, находит теплые и ласковые слова для женщины во время родов, поздравляет мамочку с рождением малыша, обучает маму правильному прикладыванию к груди и помогает ей. Именно она всегда рядом в самые трудные и знаменательные этапы жизни женщины. Поэтому акушерка должна иметь высокий уровень знаний, умений и навыков работы. В реализации проекта «Мать и дитя» акушерки занимают активную позицию. Акушерке отводится важная роль в осуществлении антенатального ухода, планировании семьи, оказании помощи во время родов, поддержке и поощрении грудного вскармливания в послеродовом периоде.

На современном уровне нельзя рассматривать акушерку в качестве технического исполнителя или помощника врача. Акушерка способна самостоятельно оказывать квалифицированную медико-социальную помощь, планировать и осуществлять уход за

женщинами на основе научных знаний, доказательной медицины, вести тщательное наблюдение и своевременное выявление отклонений от физиологии течения родов.

Конечно, мы не можем одними нашими усилиями улучшить общее экономическое и социальное положение нашего общества, но мы можем анализировать нашу деятельность и применять на практике самые лучшие и передовые технологии при оказании медицинской помощи.

Организация помощи ВИЧ-инфицированным пациенткам в родильном доме ОКБ

**О.Н. Зенькова, старшая акушерка
акушерского наблюдательного отделения
родильного дома ГУЗОО «ОКБ»**

**О.С. Вишня, заведующий отделением
родильного дома ГУЗОО «ОКБ»**

Женщины наиболее уязвимы перед ВИЧ-инфекцией, и с каждым годом все больше россиянок сталкиваются с необходимостью учиться жить с ВИЧ. Принимая решение стать матерью, каждая женщина берет на себя ответственность за жизнь и здоровье будущего малыша.

На сегодняшний день медицина знает достаточно много о том, как предотвратить передачу ВИЧ от матери к ребенку. ВИЧ-инфицированные женщины могут рожать здоровых, не инфицированных детей.

Передача ВИЧ от матери к ребенку возможна в период беременности, при родах и грудном вскармливании. Передача ВИЧ в родильном доме может произойти от больного к больному, от медицинского работника к больному и от больного к медицинскому работнику. Заражение возможно при инвазивных процедурах, связанных с хирургическим вмешательством, при приеме родов, выполнении кесарева сечения или других акушерских процедур, при которых возможно кровотечение. Доказано достоверно, что наиболее подвержены риску заражения медицинские работники, осуществляющие инвазивные процедуры. Вероятность заражения от инфицированного больного повышается в случаях оказания неотложной хирургической помощи. Заражение медицинских работников может произойти при травматизации кожных покровов и слизистых инструментами, загрязненными инфицированной кровью, при попадании крови от больного на незащищенные кожные покровы с наличием на них трещин, мацераций или на слизистые оболочки, в первую очередь глаз.

Таким образом, ВИЧ-инфекция может быть профессиональным заболеванием медицинских работников, что требует строгого соблюдения правил личной безопасности и противоэпидемического режима в акушерском стационаре.

Всемирная организация здравоохранения разработала глобальную стратегию профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа, которой определены основные принципы и механизмы реализации противоэпидемических мероприятий. Предупреждение заражения ВИЧ является единственным способом борьбы в связи с отсутствием эффективных лекарственных препаратов и вакцин. Поэтому, с целью повышения эффективности профилактических мероприятий по ВИЧ-инфекции и готовности областной клинической больницы к работе в условиях поступления ВИЧ-инфицированных пациентов в отделения больницы, а также во исполнение Закона РФ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого ВИЧ» от 24.02.1995 г., приказа МЗ РФ №293 от 19.07.1996 г. «Об усилении мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей психоактивных веществ», приказа ГУЗАОО «О повышении эффективности профилактической работы по ВИЧ-инфекции в ЛПУ Омской области» от 24.02.1998 г. №30 утвержден план работы по профилактике ВИЧ-инфекции. Отделения обеспечены действующими приказами, инструктивными документами, закреплены ответственные лица за качеством проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции. Ежегодно проводятся теучебы по профилактике ВИЧ-инфекции. Медицинский персонал больницы один раз в 5 лет обучается и аттестуется по профилактике ВИЧ-инфекции в Центре повышения квалификации работников здравоохранения. Поступающие в отделение родильного дома пациентки проходят медицинское освидетельствование на антитела к ВИЧ-инфекции. Акушерки обучены правилам взятия и транспортировки крови в лабораторию в центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. При выявлении у пациентки клинических или эпидемиологических данных, позволяющих заподозрить ВИЧ-инфекцию, решается вопрос о переводе в обсервационное отделение в палату (изолятор) для оказания помощи ВИЧ-инфицированным. Для проведения экспресс-диагностики в отделении имеются тест системы. В отделении укомплектован набор одноразового белья, медицинского инструментария, предметов ухода, медикаментов.

Дезинфекция использованного инструментария и предметов ухода проводится согласно приказам №408 от 12.06.1989 г. МЗ СССР «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране».

Медицинский персонал обеспечен всеми средствами индивидуальной защиты: маска, защитные очки или экран, резиновые и кольчужные перчатки, фартуки. Для проведения инвазивных манипуляций используются кольчужные перчатки. Для питания

пациентки используется одноразовая посуда, пища доставляется в палату. Родоразрешение этих пациенток осуществляется в палате пребывания, а при показаниях к оперативному вмешательству - в операционной обсервационного отделения. Новорожденный находится совместно с матерью. Питание новорожденных осуществляется искусственным путем с использованием одноразовых сосок, бутылочек и ложек многоразового применения. Послеродовой уход за ВИЧ-положительными женщинами не имеет существенных отличий от ухода за не инфицированными пациентками. Гигиенические прокладки или материал со следами крови дезинфицируются и утилизируются сжиганием.

Для прекращения лактации используются метод перетяжки молочных желез или медикаментозный метод.

При уходе за новорожденным медицинская сестра соблюдает меры предосторожности, не допуская контактов с инфицированными жидкостями ВИЧ положительной матери (кровь, молоко, выделения из влагалища). В этот период родильницы испытывают особенную потребность в психологической помощи и эмоциональной поддержке. Врачи отделения, акушерки владеют всеми навыками общения с ВИЧ инфицированной пациенткой. Строго соблюдают врачебную тайну.

Для профилактики ВИЧ-инфекции на рабочем месте персонал соблюдает меры предосторожности:

- соблюдение санэпидрежима, применение средств индивидуальной защиты;
- осторожность при работе с острым и колющим инструментарием;
- тщательная дезинфекция инструментария, предметов ухода;
- при возникновении аварийной ситуации проводится обработка места контакта с использованием аптечки индивидуальной защиты. Все случаи контакта регистрируются в журнале регистрации аварийных ситуаций.

Постконтактная профилактика проводится в СПИД центре сразу после контакта через три месяца и через шесть месяцев после контакта.

Акушерки и врачи акушеры-гинекологи имеют большие возможности для предупреждения распространения ВИЧ. Располагая необходимыми знаниями и используя их на практике, они могут предупредить распространение ВИЧ-инфекции среди пациенток и медицинских работников. Поэтому помощь инфицированным лицам должна оказываться квалифицированно и без страха.

Опыт работы акушерской службы МУЗ «Родильный дом №1»

Г.Н. Бочарникова, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части МУЗ «Родильный дом №1»

В настоящее время одной из главных задач, стоящих перед здравоохранением, является обеспечение акушерской и сестринской помощью, которая определяется уровнем профессиональной подготовки специалистов.

В этом году коллектив МУЗ «Родильный дом №1» будет отмечать большую дату в истории родовспоможения города Омска – 80 лет со дня основания и 75 лет оказания акушерско-гинекологической помощи жительницам города и области в здании бывшей мануфактуры общества «Треугольник». Это целая эпоха в развитии акушерско-гинекологической службы города Омска. За эти годы усилием и трудом не одного поколения медицинских работников родильный дом №1 прошел нелегкий путь становления и развития материально-технической базы, кадрового потенциала, совершенствования лечебно-диагностического процесса и профилактической работы. Юбилей всегда является поводом для подведения итогов пройденного пути, оценки сегодняшнего дня и планирования будущего развития учреждения.

Всех нас объединяет принадлежность к самой гуманной и благородной профессии, которая осуществляет охрану здоровья матери и ребенка, вызывает в обществе уважение своей душевной щедростью, милосердием, готовностью в любое время прийти на помощь. Когда акушерка держит на руках крохотного ребенка, которому помогла появиться на свет – испытываешь гордость за свою профессию, удовлетворение за то, что у нас в коллективе и сегодня живы традиции бескорыстного служения пациентам, которые были воспитаны старшими поколениями медицинских работников родильного дома.

Такое отношение врачей, акушерок и медицинских сестер скрепляет коллектив и рождает в нем доброжелательную атмосферу. Поэтому нам предстоит большая, последовательная и кропотливая работа по реализации поставленных задач реформирования акушерского и сестринского дела в Омской области в рамках Национального проекта «Здоровье».

Для улучшения качественных показателей родильного дома №1, согласно областной целевой программе «Здоровая женщина – здоровый ребенок» поставлены главные цели:

1. Повышение профессионализма акушерско-сестринского персонала и престижа профессии.
2. Повышение качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным.

3. Обмен опытом для внедрения в работу самых передовых и современных достижений и технологий медицинской науки и практики в системе родовспоможения.
4. Создание комфортной и доброжелательной атмосферы для пациенток.
5. Воспитание в молодых специалистах заинтересованного, квалифицированного и творческого отношения к своему делу.

Обучение кадров – непрерывный процесс, который позволяет постоянно совершенствовать свое акушерское мастерство, получать новые знания и навыки. Поэтому, особая роль в этом принадлежит администрации родильного дома, заведующим отделениями, главной и старшим акушеркам. В каждом отделении разработаны папки специалиста с методическими рекомендациями, являющимися прекрасными «наставниками» акушерок. Кроме того, проводятся по плану практические занятия на рабочем месте и на фантоме по биомеханизму родов и оказанию квалифицированного акушерского пособия матери и ребенку.

Несмотря на низкую заработную плату, большую загруженность, коллектив родильного дома №1 остается стабильным коллективом единомышленников: более 20 лет работают в родильном доме 30% акушерок, обеспеченность средним медицинским персоналом составляет 100%, а квалификационные категории имеют 88% акушерок.

Одной из хороших традиций нашего родильного дома являются семейные династии врачей и акушерок, когда приходят работать в родильный дом их дети, внуки, что значительно повышает престиж «бабичьего дела».

В наше время процесс реформирования здравоохранения, внедрения новых технологий в родовспоможении требует от акушерок родильного дома №1 постоянного творческого поиска, личного душевного вклада, понимания значимости и ответственности выбранной профессии на благо здоровья будущих поколений.

Организация сестринского ухода за новорожденными детьми в палатах «Мать и дитя» в МУЗ «Клинический родильный дом №6»

**Л.Г. Панченко, главная акушерка
МУЗ «Родильный дом №6»**

**И.С. Вычужанина, медицинская сестра ОРИТН
МУЗ «Родильный дом №6»**

В лечебно-профилактических учреждениях медицинским сестрам отводится одна из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи населению и повышении

качества и эффективности медицинских услуг. Это положение в полной мере относится к специфике работы родильного дома и отделений для новорожденных детей, где большее количество времени с младенцами и их матерями общаются медицинские сестры и акушерки.

Комплексная программа «Дети России», принятая и в Омской области нацеливает нас на повышение качества помощи детям, разработку и реализацию профилактических и оздоровительных программ за счет внедрения новых организационных форм обслуживания. В свете решения этих задач в работу нашего родильного дома была внедрена практика совместного пребывания матери и новорожденного. Количество детей, рожденных в клиническом родильном доме №6 и число детей, прошедших через палату «Мать и дитя», постоянно увеличивается.

Начиная с 2000 г. МУЗ «Родильный дом №6» работает по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Санитарно-просветительная работа медицинского персонала начинается еще с беременной женщины. В женской консультации клинического родильного дома №6 работает школа для родителей по грудному вскармливанию. Занятия проводят акушерки, медицинские сестры, врачи, где будущую мать знакомят с теоретическими и практическими навыками по уходу за ребенком, грудному вскармливанию. Это способствует формированию устойчивой доминанты на необходимость грудного кормления малыша, является одним из самых эффективных методов профилактики вторичной гипогалактии. Нельзя не отметить положительную тенденцию по увеличению количества детей, находящихся на грудном вскармливании за последние годы в Кировском административном округе.

В родильном зале всех новорожденных детей выкладывают на живот матери еще при пульсирующей пуповине. Осмотр ребенка неонатологом, отсасывание слизи, проведение профилактики гонобленореи проводится на животе у матери. Все манипуляции и инъекции у новорожденного сведены до минимума. В отделении «Мать и дитя» ребенок находится совместно с матерью в 1-2-3 местных палатах. Кормление новорожденного осуществляется «по требованию», поскольку каждый ребенок индивидуален, поэтому объем и режим питания у них может быть различным. Практикуется ранняя выписка детей из родильного дома.

В отделениях созданы группы по поддержке и поощрению грудного вскармливания – это группа единомышленников из наиболее квалифицированных медицинских сотрудников, состоящая из врачей, сестер и акушерок. Успешно и круглосуточно работает «горячая линия» по телефону детского отделения по грудному вскармливанию. Практика и

опрос женщин показал, что это работа имеет большое практическое значение для успешного грудного вскармливания детей в домашних условиях.

В нашем родильном доме внедряется сестринский процесс, и отделения для новорожденных тому не исключение. Основная задача сестринского процесса – постепенное внедрение концепции реформы сестринского дела, целью которой является высокое качество оказания медицинской помощи нашим пациентам.

Внедрение сестринского процесса в свою работу мы считаем не экспериментом, а ежедневным, кропотливым и вдумчивым трудом. В каждом отделении разработаны новые должностные обязанности, определены функции каждого работника, разработан ряд новых документов: стандарты неотложной доврачебной помощи, стандарты манипуляций и алгоритмы выполнения процедур, пересмотрены функциональные обязанности медицинских сестер в отделениях в сторону их оптимизации. Так, в этом году введена должность медицинской сестры-вакцинатора для новорожденных детей. В родильном доме функционирует отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных детей, в котором работают высококвалифицированные специалисты.

У медицинской сестры при обслуживании новорожденных, находящихся в палатах «Мать и дитя», стало больше разъяснительной и демонстрационной работы по уходу за ребенком, грудному вскармливанию, а также увеличилось количество общений с матерями и их родственниками.

Большой акцент делается на образование медицинских сестер. Все старшие медицинские сестры в родильном доме обучаются на второй ступени в колледже, что существенно повысило профессиональный и культурный уровень работы в родильном доме. Можно с уверенностью сказать, что профессиональный и творческий потенциал медицинских сестер нашего родильного дома возрос.

Многочисленно проводилось анонимное анкетирование, в котором приняли участие 180 респондентов: 50 беременных женщин, 80 родильниц из палат «Мать и дитя», 50 родильниц из послеродовых палат, которые находились отдельно от своих новорожденных. Возрастной показатель был от 18 лет до 40 лет. Планировали свою беременность 71% респондентов. Основным источником получения знаний по беременности, родам и уходу за малышом 40% респондентов получили из специальной литературы, 18% - из семейного опыта, 15% имеют собственный опыт, 20% - навыки, полученные в «Школе матерей», 7% - затруднились ответить. Перечень включал в себя 50 вопросов об особенностях грудного вскармливания, ухода за детьми, вопросы контрацепции, психоэмоционального общения со своим малышом, отношения к медицинскому персоналу родильного дома.

Можно сделать вывод, что организация совместного пребывания матери и ребенка в родильном доме является физиологичным для матери и новорожденного ребенка, формирующим у матери чувство материнства и привязанности к своему ребенку. Положительным аспектом при совместном пребывании матери и ребенка является снижение гнойно-септических заболеваний у детей и матерей. Снизилось количество конъюгационных гипербилирубинемий. Значительно улучшилось психоэмоциональное состояние родильниц, находящихся в палатах «Мать и дитя». Основные навыки по уходу за новорожденным, грудному вскармливанию, полученные матерью в палатах «Мать и дитя», дают женщине чувство уверенности, что она сможет самостоятельно справиться с ребенком в домашних условиях. Качество этих знаний во многом зависит от особенностей сестринского ухода, психологической поддержки медицинского персонала. Эффективность этой помощи во многом зависит от профессиональной подготовки сестринского персонала родильного дома.

Организация палат «Мать и дитя», пребывание матери с новорожденным несколько изменило качество и характер работы медицинской сестры отделения для новорожденных и потребовало дальнейшего совершенствования функциональных обязанностей медицинских сестер детских отделений. Хорошая детская медицинская сестра – это и педагог, и психолог, и медик-профессионал.

Особенности ведения беременных с заболеваниями мочевыделительной системы

**В.В. Зубакина, старшая акушерка отделения
патологии беременности с ЦЭГП
МУЗ «Клинический родильный дом №6»**

**Т.Н. Субботина, заведующая акушерским
отделением патологии беременности с ЦЭГП
МУЗ «Клинический родильный дом №6»**

«Он у Совета на глазах
Распутал почечный клубочек.
Земля стоит на трех китах,
А Май сидит на паре почек»

В.М. Стругатский, 1976 г.

Забота о здоровье женщины и ребенка является важной государственной задачей. Анализ случаев материнской и перинатальной смертности, к сожалению, в ряде случаев показывает значительное число ошибок лечебно-профилактического и организационно-

тактического плана, снижающих качество охраны здоровья матери и ее ребенка. В связи с этим повышение уровня специальных знаний у специалистов общелечебной сети по вопросам комплексного подхода и профилактике нарушений здоровья в системе «Мать – плод – ребенок» является важным резервом улучшения их работы.

Патология мочевыводящих путей у беременных занимает второе место среди экстрагенитальной патологии после заболеваний сердечно-сосудистой системы.

По данным литературы, в частности в работах М.М. Шехтмана указывается, что частота болезней почек у беременных увеличилась в 4 раза. Она представляет серьезную опасность для здоровья больной матери и ребенка.

У беременных происходят специфические изменения функции почек.

Размеры почек по данным УЗИ составляют: длина от 7,5 см, ширина – 5 – 6 см, толщина – 3 – 5 см. Во время беременности длина почек увеличивается на 1,5 -2 см, уменьшение их на эту величину в послеродовом периоде может быть ошибочно расценено как сморщивание почек.

Физиологической беременности свойственны выраженные функциональные изменения мочевыводящих путей, обусловленные гестогенным влиянием в период беременности. Значительно расширяются почечные лоханки и мочеточники. Помимо расширения происходит нарушение тонуса и сократительной способности мышц малых чашечек, лоханок и мочеточников, что также способствует их растяжению и удлинению. Эти изменения развиваются на IV месяце беременности и сохраняются в течение 12 недель после родов. Объем лоханок увеличивается с 5 – 10 мл до 50 и даже 100 мл. Расширение мочевыводящих путей больше выражено у первобеременных, особенно с правой стороны. Обнаруживаемое в положении женщины на спине расширение мочеточников исчезает, если больная принимает коленно-локтевое положение. Тонкие стенки мочеточников во время беременности становятся резко гипертрофированными, и мочеточники превращаются в ригидные трубки. Развивается гиперплазия мышечной и соединительной оболочек мочеточников, повышается их васкуляризация, возникает отек. Сократительная деятельность мочеточников нарушается, перистальтические волны становятся редкими.

Дилатация и гипокинезия мочевыводящих путей начинается в 6 – 8 недель беременности, достигают максимума в 18 – 20 недель и заметно уменьшаются к 28 неделе.

Эти функциональные изменения, связанные с нарушением моторной деятельности мускулатуры чашечек, лоханок и мочеточников, способны вызвать болевые ощущения в области почек, привести к образованию пиелонефрита, облегчая проникновение инфекции из мочевого пузыря вследствие пузырно-мочеточникового рефлюкса.

В последние десятилетия убедительно доказано, что кровоснабжение почек существенно изменяется во время беременности. Особенностью почечного кровотока является увеличение его в первом триместре беременности и постепенное уменьшение в дальнейшем.

В конце беременности, обычно после 31-ой недели, функция почек изменяется в зависимости от положения тела женщины. В горизонтальном положении (на спине) уменьшается диурез, на 20% ниже становятся показатели почечного кровотока и клубочковой фильтрации. Обычно это связано с развитием синдрома нижней полой вены. Он объясняется давлением беременной матки на нижнюю полую вену, что препятствует оттоку крови. Давление в венах ног значительно повышается, приток крови к сердцу резко сокращается, вследствие чего уменьшается сердечный выброс, падает артериальное давление, может развиваться обморочное состояние. Снижение почечное кровообращение и образование мочи. В ортостатике у здоровых беременных кровообращение и выделительная функция почек изменяются незначительно.

У беременных женщин с патологией почек наблюдаются следующие отклонения в течение беременности – ранние токсикозы, угроза прерывания беременности, гестозы (все формы, как правило, раннее начало гестоза), хроническая плацентарная недостаточность, задержка развития внутриутробного плода, выявляются признаки внутриутробного инфицирования плода, преждевременные роды, несвоевременное излитие вод, аномалия родовой деятельности в родах, аномалия прикрепления и отделения последа. В послеродовом периоде повышается риск гнойно-септических осложнений.

В г. Омске в целях совершенствования оказания лечебно-профилактической помощи беременным женщинам с урологической патологией были разработаны алгоритмы наблюдения и обследования беременных при постановке на учет в женских консультациях, поликлиниках и стационарах.

Беременным, страдающим заболеваниями почек, требуется диспансерное наблюдение терапевта женской консультации.

В г. Омске консультативную помощь женщинам оказывает врач-терапевт городского центра экстрагенитальной патологии на базе женской консультации №6.

Предложенный алгоритм наблюдения беременных способствует систематическому обследованию, раннему выявлению осложнений и своевременной госпитализации. Каждая беременная, у которой ранее не было болезней почек, должна находиться под строгим наблюдением в так называемые критические сроки беременности, особенно в 22 – 28 недель. В этот период наиболее часто впервые проявляется пиелонефрит беременных, называемый гестационным. В указанные сроки беременности, несмотря на отсутствие жалоб, необходимо

производиться еженедельное исследование мочи, бак. посевы ее и при отклонении показателей от нормы (увеличивается уровень эпителиальных клеток в осадке мочи, обнаруживается условно-патогенная микрофлора при бак. посевах) проводить профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития пиелонефрита.

При бессимптомной лейкоцитурii и неотягощенном урологическом анамнезе уролог обязан назначить антибактериальную терапию (один курс). При нормализации показателей продолжается наблюдение терапевтом женской консультации. При отсутствии улучшения проводится обязательная госпитализация в урологическое отделение городских больниц для стационарного лечения.

При обращении с острым течением пиелонефрита: высокая температура до субфебрильных и фебрильных цифр, лейкоцитурия, болевой синдром со стороны почек – беременная направляется машиной скорой помощи в урологическое отделение городской клинической больницы скорой медицинской помощи №1.

В случае необходимости оперативное лечение беременных с урологической патологией осуществляется только в ГК БСМП №1.

По завершении лечения в урологическом отделении беременная переводится или передается на амбулаторный прием в ГЦЭГП и МУЗ «Родильный дом №6» для дальнейшего наблюдения.

Особенности ведения беременных с заболеванием мочевыводительной системы в отделении экстрагенитальной патологии клинического родильного дома №6.

Задачи стационарного отделения

1. Госпитализация в любом сроке беременности для решения вопроса о возможности ее вынашивания, если этот вопрос не решен амбулаторно (желательна своевременная госпитализация до 12 недель).
2. Госпитализация плановая в 10 – 12 недель, 24 – 26 недель, 37 – 38 недель для обследования беременной, состояния плода, проведения необходимой медикаментозной коррекции, подготовки к родам и родоразрешению.
3. Госпитализация для лечения латентно протекающего пиелонефрита с сопутствующей патологией течения беременности и патологией плода.
4. Обследование функции почек, состояния плода и при необходимости лечения осложнений беременности у пациенток, переведенных из урологических отделений города, в частности ГК БСМП №1.

**Перечень заболеваний мочевыводящих путей, при которых противопоказано
вынашивать беременность в соответствии с приказом №302 от 28.12.93**

1. Острый гломерулонефрит.
2. Хронический гломерулонефрит: любая форма гломерулонефрита с ХПН.
3. Гидронефроз: единственной почки, двухсторонний, развившийся до беременности, сопровождающийся азотемией или пиелонефритом.
4. Пиелонефрит: единственной почки, хронический с артериальной гипертензией, хронический с почечной недостаточностью.
5. Единственная почка с резким снижением ее функции, особенно при наличии азотемии или артериальной гипертензии, а также при туберкулезе, пиелонефрите или гидронефрое единственной почки.
6. Стеноз почечной артерии (реноваскулярная гипертензия).
7. Острая и хроническая почечная недостаточность любой этиологии.

При поступлении пациентки в отделение проводится общеклиническое обследование: проба по Зимницкому, клиренс по эндогенному креатинину, суточная протеинурия, бак. посев мочи, УЗИ почек, дуплексное сканирование почек (по показаниям – аномалия развития почек, аномалия расположения почек, вторично сморщенная почка, артериальная гипертензия), консультация уролога, окулиста, ЭКГ, по показаниям – нефролог, электрофорез белков, электролиты, коагулограмма.

Проводится УЗДГ плода, обследование на torch-инфекции. Если у пациентки имеет место тяжелая патология почек, проводится консилиум с участием главных специалистов города (уролога, нефролога) и при получении согласия на прерывание беременности пациентка переводится в городскую клиническую больницу №1 в гинекологическое отделение.

До 12 недель беременность прерывается путем проведения медицинского аборта.

С 13 до 22 недель – амниоцентез (при отсутствии противопоказаний).

С 22 недель – индуцированные роды.

В доношенном сроке беременности вырабатывается план ведения родов (если роды планируются через естественные родовые пути), указываются возможные осложнения и профилактика осложнений в родах и в раннем послеродовом периоде, назначается антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Показаниями к родоразрешению путем операции кесарево сечение являются:

- тазовая дистопия почки;
- кисты почек больших размеров;
- терминальный гидронефроз.

В родах показанием к кесареву сечению являются акушерские осложнения.

О родильнице с заболеванием почек врач родильного дома должен уведомить женскую консультацию. Терapeut женской консультации, снимая женщину с диспансерного учета, сообщает о ней участковому терапевту или урологу районной поликлиники. Таким образом, осуществляется преемственность наблюдения за больной: районная поликлиника – женская консультация – районная поликлиника.

Уход за пациентками с заболеваниями МВС

Особого ухода требуют пациенты, переведенные из урологического отделения ГК БСМП №1 с нефростомой.

В первые 3 – 5 суток после операции нефростомический дренаж без особой надобности промывать не следует.

В дальнейшем трубку необходимо промывать ежедневно теплым 0,25% раствором новокаина, 3%-ным раствором борной кислоты или ацетилсалициловой кислоты. Во избежание растяжения полости лоханки, возникновения лоханочно-почечных рефлюксов, промывать нефростомическую трубку следует крайне осторожно, вливая жидкость через шприц без поршня (пассивно) по 10 мл.

В папке специалиста постовой акушерки имеется алгоритм обработки и промывания нефростомы, разработанный совместно со специалистами – урологами.

Продолжительность дренирования почечной лоханки у беременной с острым пиелонефритом может быть различной и зависит от особенностей течения заболевания. В большинстве случаев возникает необходимость в обеспечении беспрепятственного оттока мочи с помощью нефростомического дренажа периода родоразрешения.

В обязанности постовой и дежурной акушерки входит измерение температуры тела дважды в день, контроль количества выделяемой жидкости по нефростомическому дренажу, внешнего вида, состояния пациентки, выявлять жалобы.

Позвольте представить некоторые статистические показатели, касающиеся данного контингента беременных. Общее количество беременных с заболеваниями мочевыделительной системы составило: в 2004 г. – 15,7%, в 2005 г. – 17,9%, что подтверждает литературные данные о непреклонном росте этой патологии в популяции всего населения.

Таблица 1

Структура заболеваний мочевыделительной системы

Заболевания мочевыделительной системы	2004 г.		2005 г.	
	абсолют. число	удельный вес	абсолют. число	удельный вес
Хронический пиелонефрит	623	56,7%	486	50,7%
Гестационный пиелонефрит	429	39%	416	43,4%
Гломерулонефриты	46	4,1%	56	5,8%
Итого	1098	100%	958	100%

Таблица 2

**Осложнения беременности и родов у женщин
с заболеваниями МВС в Клиническом родильном доме №6**

Осложнения	2004 г. (%)	2005 г. (%)
Гестозы	51,8	50,6
Плацентарная недостаточность	58,4	22,7
Аномалии родовой деятельности	13,9	7,7
Предлежания плаценты	9	3
Нефростомы	15	4
Нефрэктомии	5	1
Стент почки	11	3

Выводы:

1. При анализе представленного материала следует отметить наметившуюся тенденцию к увеличению частоты заболеваний почек, что может быть объяснено увеличением обращаемости пациенток за консультативной помощью в ЦЭГП. Тем не менее, по литературным данным отмечается динамика роста заболеваний МВС во всем мире.
2. Заболевание почек способствует развитию сочетанных форм гестоза у каждой второй беременной.

3. При высоком риске развития ХФПН (у каждой второй беременной в 2004 г.) своевременно и полноценно проводились профилактические курсы лечения, которые дали возможность снизить данную патологию в 2,5 раза (58,4% в 2004 г. и 22,7% в 2005 г.).
4. Улучшение организации медикаментозной помощи на всех этапах курации беременных с урологической патологией, своевременно начатая антибактериальная терапия позволили снизить количество беременных, нуждающихся в хирургическом лечении, в том числе в объеме нефрэктомии (5% и 1% соответственно в 2004 г. и 2005 г.).

Дифференцировка больных по степени риска, тщательное наблюдение, правильное ведение беременности и родов, необходимое лечение позволяет многим больным женщинам родить здоровых детей и сохранить свое здоровье.

**Применение эфферентных методов и озонотерапии
в акушерско-гинекологической практике
(по материалам МУЗ «Женская консультация №1»)**

**Г.Д. Светлая, Л.И. Цыганкова, О.Н. Белова,
В.А. Лобов, Е.Л. Новицкая, Н.Я. Шульгина,
Н.А. Синчурава**

В «Руководстве по безопасному материнству» главный акушер-гинеколог России академик В.Н. Серов сказал: «Как сейчас нередко называют эфферентные методы – «медицина выведения» не должна приниматься за панацею и не должна противопоставляться другим используемым методам терапии гестозов. Будущий XXI век будет веком расцвета «медицины выведения», чтобы обеспечить профилактику развития и терапию, в частности, гестозов, уносящих столь много жизней женщин и детей».

Основными инновациями нашего учреждения в течение последних пяти лет явились:

1. Внедрение исследования системы гемостаза при невынашивании беременности в условиях г. Омска.
2. Применение плазмафереза при акушерской и гинекологической патологии.
3. Использование озона.

Основные показания для применения плазмафереза в акушерстве и гинекологии (Абубакирова Р.А., 1992 г.):

1. Акушерские кровотечения
2. Гестозы

3. Гнойно-септические заболевания в акушерстве и гинекологии
4. Вирусные инфекции вне и во время беременности
5. Изосенбилизация и иммуноконфликт матери и плода
6. Антифосфолипидный синдром
7. Нарушения репродуктивной функции, обусловленные хроническими воспалительными заболеваниями
8. Нейроэндокринные синдромы
9. Беременность, осложненная экстрагенитальной патологией
10. Плацентарная недостаточность

Относительные противопоказания для плазмафереза:

1. Анемия
2. Гипопротеинемия

В клинике невынашивания беременности плазмаферез используется для подготовки к беременности и ведения беременности у женщин с привычным невынашиванием аутоиммунного генеза и в сочетании аутоиммунных нарушений и персистирующей вирусной и бактериальной инфекции.

Применение лечебного плазмафереза способствует более благоприятному течению раннего этапа беременности на фоне меньшей медикаментозной нагрузки, что представляется исключительно важным во время эмбриогенеза.

Исследования состояния фетоплацентарного комплекса гормонального комплекса, методами гормонального скрининга, УЗИ, доплерометрии, КТГ показало, что после проведения плазмафереза отмечено улучшение всех параметров, что послужило основанием для использования плазмафереза для лечения плацентарной недостаточности.

Нами проведен анализ работы по применению плазмаферезов при различных акушерских и гинекологических ситуациях за период с 2004 г. по 2005 г.

Таблица 1

Проведено плазмаферезов

	2004 г.	2005 г.	Всего
Количество пациентов	38	71	109
Количество плазмаферезов	153	310	463
Количество плазмаферезов на 1 пациентку	4,05	4,3	4,25

У 109 пациенток, применявших плазмаферез, имели место: экстрагенитальная патология – 75, привычное невынашивание беременности – 33, бесплодие – 7, хронические инфекции - у большинства пациенток.

Исходы беременности: из 109 пациенток, которым был проведен плазмаферез, беременность закончилась:

- срочными родами – 106;
- преждевременными родами – 1;
- самопроизвольными выкидышами – 2.

Озонотерапия – это дозированное применение медицинского озона с лечебной целью.

В последние годы в клинической практике акушерства и гинекологии для профилактики и лечения многих патологических состояний все более широкое применение находит медицинский озон. Озон в терапевтических дозах действует как иммуномодулирующее, противовоспалительное, бактерицидное, противовирусное, фунгицидное, антистрессовое, анальгезирующее средство.

При введении озона, растворенного в жидкой фазе, наблюдается выраженная активация показателей системы противoinфекционной защиты организма.

Озон улучшает текучесть крови. Одновременно повышается упругость и изменчивость формы эритроцитов, что улучшает транспорт кислорода и вязкость.

Показания к озонотерапии в акушерстве и гинекологии:

- невынашивание беременности;
- ранний токсикоз;
- гестоз;
- анемия беременных;
- фетоплацентарная недостаточность;
- задержка внутриутробного развития плода;
- острые и хронические заболевания гениталий;
- септические состояния.

Противопоказаниями к озонотерапии являются:

- состояния гипокоагуляции;
- инфаркт миокарда;
- судорожный синдром;
- тиреотоксикоз;
- индивидуальная непереносимость озона.

При проведении озонотерапии в клинике невынашивания беременности следует строго придерживаться рекомендуемых низких доз озона, как патогенетически оправданных и безопасных. Курс озонотерапии включает в себя 5 – 7 внутривенных капельных инфузий озонированного физиологического раствора по 200 – 400 мл.

Количество пациентов, прошедших озонотерапию

	2001 г.	2002 г	2003 г	2004 г.	2005 г.
Беременных	552 – 2760	656 – 3280	778 – 3890	681 – 3405	633 – 3165
Гинекологических	242 – 1100	332 – 1510	265 – 1195	249 – 1120	287 – 1295
Всего	3860	4790	5085	4525	4460

Среди побочных действий озонотерапии отмечается ощущение тепла в нижних отделах живота, усиление аппетита, сонливость.

Широкий спектр терапевтического действия, простота проведения озонотерапии позволяет применять медицинский озон как при комплексном лечении различных заболеваний в акушерстве и гинекологии, так и самостоятельно, без применения других лечебных средств.

Оптимизация лечения кандидозных вульвовагинитов

О.В. Быстрова, МУЗ «МСЧ №10»

Актуальность проблемы

На сегодняшний день проблему лечения кандидозных вульвовагинитов сложно считать решенной. Эффективность рекомендуемых схем терапии не достигает 100%, а частота рецидивов, по мнению различных специалистов, колеблется от 15 до 60%. Несмотря на появление новых противогрибковых препаратов, значительные успехи в диагностике и профилактике грибковых инфекций за последние 20 лет заболеваемость ВВК значительно выросла и составляет 20-40% (Прилепская В.Н.) всех инфекционных поражений влагалища и стоит на втором месте среди всех вульвовагинитов. Это связано: с увеличением численности иммунокомпроментированных популяций населения, имеющих нарушения местного и общего иммунитета; с широким, нередко неконтролируемым использованием лекарственных средств, в частности антибиотиков, цитостатиков, оральных контрацептивов; с ростом числа пациентов с нарушениями углеводного обмена на фоне эндокринопатий; с активным использованием инвазивных устройств в диагностических целях; с ухудшением экологической обстановки и т.д.

У женщин носительство грибов рода *Candida* на слизистой влагалища составляет 12-15%, по данным разных источников, резко увеличиваясь в последней трети беременности до 30-80%, что является в ряде случаев, при присоединении представителей условно-патогенной микрофлоры, причиной развития тяжелой инфекционной патологии

женских половых органов, невынашивания, инфекционных осложнений в послеродовом периоде. Немаловажным является и то, что передача инфекции новорожденному в родах возможна в 70-80%, что у недоношенных, маловесных детей может стать причиной поражения кожных покровов, развития системных легочных микозов, диссеминированного кандидоза. Урогенитальный кандидоз характеризуется выраженными нарушениями состава нормальной микробиоты в сторону снижения нормальных симбионтов и увеличения содержания условно-патогенных микроорганизмов с развитием баквагиноза, являющегося Ко-фактором канцерогенеза рака шейки матки, так стремительно выросшего за последние двадцать лет. Все вышеизложенное является важным стимулом в создании четких рекомендаций по лечению хронических вульвовагинитов у пациенток, особенно детородного возраста, в современных условиях.

Цель исследования

Задачей нашей работы было выработать оптимальную схему лечения кандидозных вульвовагинитов, соблюдая следующие требования:

1. Учет сопутствующей микст-инфекции, нередко сопровождающей или развивающейся как следствие тяжелой кандидозной инфекции.
2. Выбранный препарат должен оказывать минимум побочных эффектов, учитывать наличие соматической патологии или индивидуальной непереносимости препаратов, так как иногда из-за осложнений приходится прерывать курс лечения или коррекция последних сводит к нулю все результаты.
3. Определить оптимальную длительность курса лечения в каждом конкретном случае.
4. Добиться высокой (по нашему мнению это 96-98%) излеченности, отсутствия рецидивов в ближайшие один - два года, и, что особенно важно, - хорошего качества жизни пациенток.
5. Добиться, с учетом всех предыдущих моментов, минимизации стоимости лечения.

Учреждения: исследования проводились на базе гинекологического отделения и амбулаторного приема гинеколога медико-санитарной части №10, ее бактериологической лаборатории и лаборатории кафедры микробиологии ОГМА.

Материалы и методы исследования: диагностика кандидозов

Диагностика кандидозной инфекции в настоящее время не представляет больших трудностей. Проводят микроскопические, биохимические, культуральные и серологические методы исследования. Микроскопируют патологический материал в целях обнаружения почкующихся дрожжевых клеток или элементов псевдомицелия. Культуры из патологического материала получают на агаре Сабуро или сусло-агаре при температуре 20-37°C. Объектом культурального исследования на кандидоз является отделяемое влагалища и цервикального канала. Для оценки состояния защиты организма выполняют следующие тесты: внутрикожную пробу с кандиды-антигеном, реакцию непрямой иммунофлуоресценции (РНИФ), реакцию иммунодиффузии (РИФ) в гелях, определение нерастворимых иммунокомплексов (НИК) и секреторных антител (АТ) в цервикагогинальных смывах. О состоянии гуморального иммунитета позволяет судить РНИФ, с помощью которой также определяется титр противокандидозных антител. Для улучшения качества ранней диагностики кандидоза в микологическом центре разработаны методы определения специфического IgG и его субклассов (1-4) к *Candida albicans* на основе ИФА с использованием поли- и моноклональных АТ против IgG. Положительные результаты при определении подклассов IgG свидетельствует о тенденции к распространению процесса на слизистые и кожные покровы, что обуславливало необходимость применения системных антимикотических препаратов.

В настоящее время выделены следующие формы урогенитального кандидоза, каждый из которых требует определенного подхода к выбору длительности и набора препаратов терапии:

1. Бессимптомное кандидоносительство, при котором отсутствуют клинические проявления заболевания, дрожжеподобные грибы выявляются в низком титре (менее 10⁴ КОЕ/мл), а в составе микробных ассоциантов вагинального микроценоза абсолютно доминируют лактобациллы. В нормальных условиях организм сам контролирует размножение грибов, и этот вариант не требует активных лечебных мероприятий.
2. Истинный кандидоз, при котором грибы выступают в роли моно возбу дителя, вызывая клинически выраженную картину вагинального кандидоза. При этом, в вагинальном микроценозе в высоком титре присутствуют грибы *Candida* (более 10⁴ КОЕ/мл), наряду с высоким титром лактобацилл (более 10⁶ КОЕ/мл) при отсутствии диагностически значимых титров каких-либо других условно-патогенных микроорганизмов. При этой стадии развития процесса достаточно провести эрадикацию грибов, а иногда происходит самоизлечение макроорганизма за счет компенсаторных возможностей биоценоза влагалища.

3. Сочетание вагинального кандидоза и бактериального вагиноза, при котором дрожжеподобные грибы участвуют в полимикробных ассоциациях, как возбудители заболевания. В этих случаях дрожжеподобные грибы (часто в большом титре) обнаруживают на фоне массивного количества облигатно-анаэробных бактерий и гарднерелл при резком снижении концентрации или отсутствии лактобацилл. По мнению Наумкиной Е.В., именно этот тип нарушения биоценоза влагалища является некомпенсированным, а основным критерием компенсаторных возможностей организма является уровень лактобацилл. Исходя из наших практических наблюдений, такой тип нуждается в длительной и многоэтапной терапии, направленной не только на эрадикацию инфекционного процесса, но и нормализацию состава биотопа влагалища.

Для выбора метода диагностики мы опирались на следующие требования: доступность, простота и возможность выполнения в условиях обычной бак. лаборатории, дешевизна, возможность определения количественного и качественного состава биотопа влагалища для определения формы инфекции, сопутствующей патогенной и условно-патогенной флоры и выработки тактики лечения.

Наиболее интересной в этом плане для клинициста является после микроскопии мазков по общепринятой методике количественный посев материала на расширенный набор питательных сред с инкубацией в аэробных и микроаэрофильных условиях, культуральное исследование влагалищного отделяемого.

Методика исследования

1. Взятие материала

Материал забирает акушер-гинеколог после введения зеркала из заднего свода влагалища стерильным ватным тампоном.

Для лучшего сохранения анаэробов рекомендуется использовать ватные тампоны с лизированной кровью: тампон пропитывают смесью, которая готовится следующим образом: 10 мл лизированной двукратным замораживанием и оттаиванием донорской крови и 10 мл глицерина растворяют в 80 мл изотонического раствора хлорида натрия, излишки влаги отжимают, тампоны стерилизуют при 1 атм. 20 минут, хранят в холодильнике и используют в течение недели.

После забора тампон помещают в 4,5 мл транспортной среды (0,4% агаризованной тиогликолевой буфер или среда «для контроля стерильности») и в течение 2 часов доставляют в лабораторию (при необходимости, в исключительных случаях, допускается хранение материала в транспортной среде в холодильнике при +4°C, не замораживая, в течение 18-24 часов).

В ряде случаев целесообразно параллельное взятие материала из цервикального канала для подтверждения этиологической роли выделенных возбудителей, уточнения локализации патологического процесса и т.д.

2. Микроскопия.

Микроскопия вагинальных мазков, окрашенных по Грамму, позволяет выявить некоторые облигатно-патогенные возбудители (гонококки, трихоманады), а также оценить состояние вагинального эпителия (соотношение клеток базального, промежуточного и поверхностного эпителиальных слоев, наличие «ключевых клеток»), наличие и степень выраженности лейкоцитарной реакции, количественный и качественный состав микрофлоры.

Оценку общей микробной обсемененности вагинального отделяемого проводят по 4-х бальной системе по числу микробных клеток, обнаруживаемых в одном поле зрения при микроскопии с иммерсией (А.С. Анкирская, В.В. Муравьев, 2001):

- «+» до 10 микробных клеток в поле зрения, незначительное их количество;
- «++» (2+) от 11 до 100 микробных клеток в поле зрения, умеренное их количество;
- «+++» (3+) от 100 до 1000 микробных клеток в поле зрения, большое их количество;
- «++++» (4+) более 1000 микробных клеток в поле зрения, массивное их количество.

Качественная оценка микрофлоры включает обнаружение возбудителей ИППП (трихоманады, гонококки), а также дифференциацию различных морфотипов по их тинкториальным и морфологическим признакам. Различают морфотипы лактобацилл, коринеформных бактерий, фузобактерий, бактероидов, мобилинкуссов, лептотрихий, гарднереллы, вейлонеллы, а также грамположительных кокков, колиформных палочек, дрожжеподобных грибов.

3. Методика культурального исследования.

1 день

1. Транспортную среду с помещенным в нее тампоном условно принимают за разведение 1/10.
2. Затем готовят разведения исходного материала 1/1000 и 1/100000 на агаризованном тиогликолевом буфере и из полученных разведений делают посевы пр. 0,1 мл на сектора питательных сред:
 - для выявления энтеробактерий и некоторых неферментирующих грамотрицательных микроорганизмов (НФГОМ) - на среду Эндо;

- для стафилококков - на желточно-солевой агар (ЖСА);
 - для дрожжеподобных грибов рода *C* - на среду Сабуро (вариант - сусло-агар);
 - для выявления микоплазм и уреоплазм (ООО НПФ «Диагност-мед», Омск) (вариант- посев непосредственно из разведений капельно на плотные среды для мико-уреоплазм);
 - для выявления лактобактерий - на модифицированную среду Цейслера (5% кровяной агар (КА) с добавлением 1% глюкозы и 1% дрожжевого экстракта) (варианты - МРС-4 или в пробирки со средой Бликфельда);
 - для выявления гарднерелл и некоторых других условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) - по 0,1 мл на сектора модифицированного КА (ГРМ-агар с добавлением 2% эритроцитарной сыворотки КРС);
3. Чашки с посевами для выявления лактобактерий и гарднерелл инкубируют в течение 48-72 часов в условиях повышенного содержания CO₂ (эксикатор со свечой или CO₂-инкубатор типа ГПИ-01 и др.).
 4. Для выделения некоторых облигатно-анаэробных бактерий делают посев из полученных разведений по 0,1 мл и в 10 мл предварительно прогретой обогащенной тиогликолевой среды (на 1000 мл добавляют 1 мл 1 % раствора гемина, 1 мл 1 %раствора мендиона, 1 мл твина-80).
 5. Параллельно взятый материал из цервикального канала засевают на тот же набор питательных сред тампоном с последующим растиранием петлей для получения изолированных колоний.

2 день

1. На ЖСА учитывают рост колоний стафилококка, чашки оставляют до 48 часов инкубации при комнатной температуре.
2. На Эндо учитывают рост условно-патогенных энтеробактерий (УПЭ) и отдельных представителей неферментирующих грамотрицательных микроорганизмов (НФГОМ).
3. На Сабуро регистрируют рост колоний дрожжеподобных грибов, чашки оставляют при комнатной температуре до 5 суток.
4. Выросшие на питательных средах колонии микроскопируют и отнимают для накопления чистых культур.

3 - 4 день

1. Окончательно учитывают рост стафилококков на ЖСА.
2. Проводят идентификацию выделенных чистых культур факультативных анаэробов (общепринятым методами).
3. Регистрируют рост *Gardnerella vaginalis* на модифицированном КА (очень мелкие точечные колонии, гладкие, округлые, с ровными краями, окруженные зоной β-гемолиза.

Для изучения морфологии колоний рекомендуется пользоваться лупой). Дальнейшая идентификация по морфологии (грамотрицательные или грамвариабельные мелкие полиморфные палочки), отсутствию оксидазной и каталазной активности, а также в реакции непрямой иммуносрлюоресценции. На модифицированном КА. помимо гарднерелл регистрируют рост стафилококков, УПЭ, НФГОМ, дрожжеподобных грибов, стрептококков, коринефбактерий, *Vacillus* и др.

4. Учитывают рост лактобактерий на модифицированной среде Цейслера (мелкие или средних размеров шероховатые округлые колонии), их ориентировочную идентификацию проводят по морфологии (относительно крупные, грамположительные правильной формы, равномерно окрашенные палочки, располагающиеся одиночно или цепочками), отсутствию подвижности и каталазной активности; на этой среде возможен рост также *G vaginalis* (не всегда легко различить из-за нечетко видимого гемолиза), *Candida* (крупные белые матовые колонии). При использовании среды Бликфельда результат регистрируют по изменению цвета и микроскопии.
5. Регистрируют рост и проводят количественный учет микоплазм и уреаплазм по изменению цвета засеянных жидких индикаторных питательных сред. В сомнительных случаях делают высев из побирок, изменивших цвет, по 0,1 мл капельно на плотные питательные среды для мико- и уреаплазм.

4 - 5 день

1. Проводят окончательную идентификацию и при необходимости определение чувствительности к антибиотикам и антимикотикам выделенных культур факультативных анаэробов.
2. Готовят препараты-мазки с роста в обогащенной тиогликолевой среде, красят по Грамму, изучают морфологию выросших микроорганизмов, делают высев на кровяной агар с инкубацией в аэробных условиях.

5 - 7 день

1. Окончательно просматривают чашки со средой Сабуро.
2. Регистрируют наличие или отсутствие роста на кровяном агаре (высевы с обогащенной тиогликолевой среды), изучают морфологию выросших колоний, сопоставляют с результатами микроскопии; по морфологии, тинкториальным свойствам, отсутствию роста в аэробных условиях в ряде случаев возможно установление родовой принадлежности анаэробов (*Peptococcus*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Lactobacillus*, анаэробных коринеформных бактерий).
3. Изучают морфологию колоний выросших мико- и уреаплазм на плотных средах при высевах с индикаторных жидких сред.

4. Если рост сопутствующей флоры мешает учету результатов на плотной среде для микро- и уреоплазм, результат считают сомнительным, анализ рекомендуется повторить.
5. По окончании исследования проводят анализ полученных результатов, сопоставление данных культурального исследования с результатами микроскопии вагинального мазка и дают заключение о состоянии микробиоценоза влагалища.

Материалы исследования

В нашей клинике за период 2002-2005 гг. было исследовано 105 культур дрожжеподобных грибов *Candida* spp, выделенных путем бак посева по кузанной методике. В структуре преобладали: *C.albicans* (80,02%), *C.tropicalis* (13,3%), *C.krusei* (4,76%), *C.kefur* (0,95%), *C.guilermo* (0,95%).

Доля устойчивых и умеренно устойчивых штаммов *Candida* к амфотерицину В составила 1,8%, к флуконазолу - 6,1%, к кетоконазолу - 11,0%, к клотртмазолу - 3,0%, к нистатину - 3,0%, к итраконазолу - 9,2%. Удельный вес устойчивых форм среди кандид колеблется в пределах 1-15%, в зависимости от типа препарата. Из вышеизложенного следует, что грибы рода *Candida* характеризуются невысоким удельным весом устойчивых к противогрибковым препаратам вариантов. Трудности терапии кандидозов, очевидно, связаны не с устойчивостью возбудителей, а с биологической активностью кандид, тяжестью основного заболевания.

Анализируя количественный и качественный состав микрофлоры влагалищного отделяемого мы получили следующие данные:

1. Кандида в титре 10³ выявлена у 42,8%.
2. Кандида в высоком титре-10⁴ и более КОЕ/мл 57,2%.
3. Лактобактерии в титре-10³ и менее КОЕ/мл 45,71%.
4. Лактобактерии в титре-10⁴ и более КОЕ/мл 55,29%.
5. Кандидоз сочетался с гарднереллами в титре 10⁴ и более КОЕ/мл в 21,9%.
6. Сочетание кандидоза с высоким титром одного или двух видов условно-патогенных бактерий выявлено в 51,4%.
7. Сочетание с уреоплазмой выявлена в 5,71%.
8. Хламидиоз выявлен в одном случае.

Из приведенных данных видно, что в большинстве случаев урогинетальный кандидоз не является моноинфекцией и в половине сопровождается значительными сдвигами нормальной микробиоты влагалища, чем также можно объяснить значительный процент неудачных результатов в лечении. Но, пожалуй, самым важным в решении

поставленных задач мы видим биологические особенности развития, возможность персистенции кандид в форме хламидоспор.

В развитии кандидозной инфекции различают следующие этапы: прикрепление (адгезия) грибов к поверхности слизистой оболочки с ее колонизацией, внедрение их в эпителий, преодоление эпителиального барьера слизистой оболочки, инвазия в соединительную ткань, преодоление тканевых и клеточных защитных механизмов, проникновение в сосуды, гематогенную диссеминацию с поражением различных органов и систем. При вагинальном кандидозе инфекционный процесс чаще всего локализуется в поверхностных слоях эпителия влагалища. На этом уровне инфекция может персистировать длительное время ввиду того, что устанавливается динамическое равновесие между грибами, которые не могут проникнуть в более глубокие слои слизистой оболочки, и макроорганизмом, который сдерживает такую возможность, но не способен полностью элиминировать возбудитель. Нарушение этого равновесия приводит либо к обострению заболевания, либо к выздоровлению или ремиссии. По мнению Кунгурова Н. В. (3), полной эрадикации возбудителя практически никогда не удается достигнуть. Мы связываем неудачи терапии со следующими моментами: находясь в слоях многослойного плоского эпителия влагалища (поверхностном, промежуточном, парабазальном) возбудитель трудно достижим для местных антимикотиков из-за анатомических особенностей строения влагалища, которое имеет множество поперечных складок, определяющих большую растяжимость влагалища и соответственно большую площадь поверхности, на практике просто не представляется возможным нанести на всю поверхность препарат. При применении системных антимикотиков, последние из-за отсутствия сосудистой сети выше базальной мембраны не достигают возбудителя.

Из 105 пациенток были взяты две группы по 30 человек. Условием отбора было: четкое исполнение рекомендаций врача по лечению и контрольным исследованиям, устанавливающим излеченность, которые мы проводили через один и шесть месяцев после окончания курса терапии, далее по желанию пациентки.

Опираясь на результаты обследования, план лечения строился следующим образом:

1. При наличии патогенной или условно-патогенной флоры санацию начинали с нее - выбор антибиотика или антисептика производили по данным чувствительности выделенных микроорганизмов или стандартным схемам лечения при выделении уреа-микоплазм, хламидий, гонококков, трихомон.
2. Следующим этапом было проведение непосредственно этиотропной терапии, направленной на эрадикацию Candida. Имея данные о чувствительности выделенного гриба к антимикотикам, мы получали возможность выбора препарата, учитывая как его

побочные эффекты, так и стоимостный набор терапии. Лечение проводили по общепринятым методикам. В комплекс к местной терапии добавляли влагалищные орошения раствором уксусной кислоты, искусственно поддерживая рН влагалища на нормальном уровне, запуская тем самым естественный механизм местного иммунитета.

3. После основного курса этиотропной терапии в первой группе мы проводили в течение 2-3 недель санацию влагалища антисептиком - тетраборатом натрия, который удаляет оставшийся мицелий гриба из крипт влагалища, нарушает процесс прикрепления к стенке влагалища и тормозит его размножение. Последнее является особенно важным, так как, обладая высокой проникаемостью в слизистую влагалища, антисептик тормозит дальнейший рост возбудителя, персистирующего в многослойном плоском эпителии. А мы помним, что каждые 3-4 недели происходит физиологический регресс эпидермиса (постоянное обновление), и возбудитель вместе с устаревшими клетками покидает влагалище. Одновременно проводится профилактика реинфицирования. Препарат практически не имеет противопоказаний (гиперчувствительность, значительные повреждения целостности кожных покровов, с осторожностью в детском возрасте), из побочных действий - это слабое цитотоксическое действие (важно соблюдать разработанные концентрации: одна часть буры и десять частей глицерина), слабое местнораздражающее действие (в нашей практике встречалось однажды при передозировке, и не требовало серьезных терапевтических мероприятий, кроме удаления излишков препарата из влагалища), у детей возможно, по литературным данным, развитие судорог (у нас самым молодым пациенткам было 14 и 15 лет, и побочных реакций отмечено не было). Кроме того, присутствие глицерина в этом препарате нивелировало сухость, дискомфорт во влагалище, а за счет своей консистенции он легко распределяется по стенкам влагалища, проникая во все крипты и складки, имея небольшую вязкость длительно задерживается на слизистой, что позволяет долго контактировать с активным веществом, продлевая его терапевтическое воздействие. Лечебные манипуляции пациентки выполняли, как правило, самостоятельно в домашних условиях. Девственницам мамы самостоятельно вводили препарат во влагалище через мягкий катетер.
4. Далее, в случае сочетания высокого титра *Candida* со снижением титра лактобактерий, мы считаем необходимым проведение противорецидивного курса, ранее выбранным антимикотиком, направленного на элиминацию уцелевшего возбудителя. Длительность его, как правило, была в два раза короче.
5. Следующим, очень серьезным моментом, является восстановление нормальной микрофлоры. Основную функцию поддержания качественных соотношений микробных

ассоциаций вагины выполняет облигатная флора, представленная лактобациллами в 90-95%. Помимо витаминообразующей и ферментативной активности лактобактерий, адгезия значительного их количества на слизистой оболочке вагины делает невозможной колонизацию последней патогенными микроорганизмами (так называемая колонизационная резистентность). В числе метаболитов лактобактерий следует отметить продукцию перекиси водорода. Под воздействием пероксидаз макрофагов и вагинальных секретов в присутствии галогенов образуются активные супероксидные радикалы (ОСТ), имеющие большое значение в процессах неспецифической защиты макроорганизма. Опытным путем выявлен прямой эффект угнетения лактобактериями грибов рода *Candida* и *Gardnerella vaginalis*. В нашей практике наиболее эффективным препаратом зарекомендовал себя «Биовестин-Лакто», который назначали в дозе 10 мл каждые 12 часов интравагинально 7-10 дней. После лечения при микроскопическом исследовании отмечалось уменьшение количества вагинальных эпителиоцитов в 55% случаев, у 98% пациенток рН влагалищного содержимого находилась в пределах 3,6-4,3. По данным культурального исследования отмечалась нормализация количественного и качественного состава биотопа влагалища. Препарат хорошо переносится больными, побочных реакций отмечено не было. Мы считаем нецелесообразным использование с целью нормализации биоценоза влагалища культуры бифидобактерий, так как количественный состав их при нормальном биотопе влагалища не превышает 3-5% и не является естественным барьером бактериальной защиты.

6. Для профилактики рецидивов инфекции мы выделили два основных направления:
 - 6.1. Устранение эндогенных факторов, при которых наиболее часто наступает возврат заболевания. Резервуаром инфекции является желудочно-кишечный тракт. Пациенткам, страдающим хроническими, часто рецидивирующими кандидозными вульвовагинитами, мы предлагали пройти обследование на дисбиоз и поражение кишечника *Candida*, при подтверждении которого терапия проводилась совместно с гастроэнтерологом. Положительного эффекта удавалось добиться только после восстановления биотопа кишечника.
 - 6.2. Экзогенный путь наиболее разнообразен и включает в себя: половой путь передачи от партнера, страдающего бессимптомным урогенитальным кандидозом или дисбиозом кишечника, в нашей практике мы предлагали пройти обследование им, в случае отказа рекомендовалась терапия, включающая ранее выбранный антимикотик. Реинфицирование возможно через белье, не прошедшее тщательной тепловой

обработки, предметы личной гигиены (мочалки, спринцовки и т. д.). Ношение тесно облегчающего негигроскопичного белья, повышающего температуру и влажность у поверхности тала, частые влагалищные души способствуют развитию грибковых инфекций. Важным является профилактика грибковых инфекций при терапии антибиотиками, цитостатиками, кортикостероидными препаратами. На время лечения рекомендовался половой покой и далее до момента излеченности - барьерная контрацепция.

Терапия второй группы отличалась лишь не включением в схему тетрабората натрия. Излеченность в первой группе составила 98,0%, а во второй группе - 84,5%. Особенно ощутимой была разница в результатах через шесть месяцев. В первой группе рецидивы не были отмечены, в то время как в контрольной группе рецидивы достигали 37,6%.

Выводы:

Нами были выработаны следующие принципы лечения хронических кандидозных вульвовагинитов:

1. Наиболее оптимальным методом диагностики урогенитального кандидоза, позволяющим определить количественный характер нормальной микрофлоры, содержание условно-патогенных симбионтов, выступающих в роли сопутствующего этиологического фактора, определить вид *Candida*, дающий возможность проведения рациональной антимикотической терапии с учетом чувствительности выделенного инфекционного агента является культуральный (методика его описана выше). С учетом имеющихся данных можно планировать длительность курса, стоимостный набор терапии.
2. При наличии снижения уровня лактобацилл, процесс можно считать декомпенсированным, и курс лечения кроме основного отиотропного этапа должен включать санацию тетраборатом натрия в течении 2-3 недель, затем обязательным является противорецидивный курс. Общая продолжительность терапии должна составлять не менее 4 недель, то есть период полной физиологической регенерации многослойного плоского эпителия слизистой влагалища, тем самым ликвидируя инвазию грибов.
3. Нормализуя биотоп влагалища путем внедрения эубиотиков, мы формируем естественный барьер бактериальной защиты, так называемую колонизационную резистентность, нормализуем рН влагалищной среды, запуская тем самым механизм естественного местного иммунитета.

4. Наличие дисбиоза кишечника, кандидоза кишечника и урогенитального кандидоза, сопровождаемого выраженными нарушениями состава нормальной микробиоты свидетельствует о значительных сдвигах со стороны микрофлоры макроорганизма и требует одновременных лечебных мероприятий, как вагинита, так и дисбиоза.
5. Следует проводить мероприятия, направленные на устранение экзогенных факторов рецидива и реинфекции. Сюда мы относим обследование и санацию полового партнера, использование барьерной контрацепции до момента излеченности, гигиенические мероприятия. Частые влагалищные орошения и ношение тесноприлегающего негигроскопического белья также способствуют развитию кандидозной инфекции.
6. Контроль излеченности мы проводим через один и шесть месяцев. Критерием излеченности мы считаем отсутствие любого титра *Candida* при культуральном обследовании и нормализацию состава естественного биотопа влагалища.
7. Данная схема диагностики и лечения не требует значительного удорожания из-за незначительной себестоимости тетрабората натрия. Если сравнивать пульс терапию флуконазолом проводимую в течение 6-12 месяцев или стоимость лечения двух-трех ежегодных эпизодов рецидива, то наша методика окажется более экономичной. Нельзя забывать о выработке резистентных штаммов *Candida* при проведении нерациональной антимикотической терапии, требующей в дальнейшем применения системных антимикотиков, более дорогостоящих и не всегда безобидных для организма. Но, пожалуй, самым важным является качество жизни пациентки, страдающей непосредственно от проявлений болезни, психологического дискомфорта, вызванного отрицательным результатом ранее проведенного лечения, невозможности качественной интимной близости, и несущей нередко серьезные материальные затраты.

Наблюдение за контрольной группой проводилось в течение последних четырех лет. Все пациентки отмечали хорошее самочувствие, отсутствие патологических выделений, дискомфорта при половой жизни.

Рецидив был зарегистрирован у одной пациентки через два года.

Влияние курения на вынашивание беременности

Т.Н. Сушкова, МУЗ «Городская больница №8»

В связи с ростом числа курящих женщин проблема рождения полноценного, здорового потомства стала чрезвычайно актуальной. Курение относится к факторам риска во

время беременности (1). Так как мать, плод и плацента составляют органическое единство, то курение при беременности может вызвать патологические изменения и в организме женщины, и в организме плода (эмбриона). Организм внутриутробного плода не готов к борьбе с никотином, поэтому обезвреживание и удаление токсинов, образующихся при курении его матери, происходят крайне медленно, и плод становится более уязвимым к разным неблагоприятным факторам.

Постепенно у плода курящей женщины развивается и прогрессирует хроническая кислородная недостаточность, так как угарный газ мешает кислороду соединяться с гемоглобином. Давно установлено, что окись углерода в несколько раз легче кислорода, поэтому она активнее вступает в связь с гемоглобином, переводя его в карбоксигемоглобин. Это приводит к нарушению обмена веществ, недоразвитию органов плода, задержке внутриутробного развития плода. Курение при беременности также увеличивает частоту выкидышей, отслойки плаценты, предлежания плаценты, увеличивает перинатальную смертность и является одной из самых распространенных причин преждевременных родов (2).

С целью выяснения влияния курения на течение беременности у жительниц города Омска было проведено исследование. Всего в исследование было включено 400 женщин, лечившихся в МУЗ «Городская больница №8». Критерием отбора служило наличие факта курения или отсутствие его, который сообщался самой беременной женщиной. Основную группу составили 200 курящих женщин со сроками от 5 до 22 недель беременности. Все пациентки основной группы начали курить до беременности и продолжали курить при беременности. В стационар они поступили с болями внизу живота с диагнозом: угроза прерывания беременности. Им проводилась сохраняющая терапия курсом в 10 дней; больше эти пациентки на госпитализацию не поступали.

Контрольная группа состояла из 200 некурящих беременных женщин, со сроками от 5 до 22 недель беременности. Эти пациентки никогда раньше не курили. В стационар они поступили с болями внизу живота с диагнозом: угроза прерывания беременности. Им проводилась сохраняющая терапия курсом в 10 дней. Больше эти пациентки в МУЗ «ГБ №8» не поступали.

Все пациентки основной и контрольной групп были жительницами города Омска. Пациенток основной группы до 17 лет было 6 человек (3%), от 18 до 29 лет – 175 человек (87,5%), старше 30 лет было 19 женщин (9,5%). Средний возраст женщин основной группы составил 23,91.

Пациенток контрольной группы до 17 лет было 4 человека (2%), от 18 до 29 лет – 168 человек (84%), старше 30 лет было 28 женщин (14%). Средний возраст контрольной

группы пациенток – 25,03. Таким образом, в основной и контрольной группах преобладали пациентки в возрасте от 18 до 29 лет.

Социальный статус обследуемых женщин приведен в таблице 1. Установлена и достоверность результата.

Таблица 1

Социальный статус женщин основной и контрольной групп

Социальный статус	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не работают	81	40,5	74	37,0	155	77,5
Работают	96	48,0	103	51,5	199	99,5
Учатся	23	11,5	23	11,5	46	23,0
Всего	200	100,0	200	100,0	400	200,0

$$\chi^2 = 24,04 \quad p \geq 0,002$$

Как видно из таблицы 1, в основной и контрольной группах преобладали работающие женщины.

Характер и частота соматической патологии обследованных женщин представлена в таблице 2.

Таблица 2

Частота экстрагенитальных заболеваний основной и контрольной групп

Заболевания	Основная группа, n=200		Контрольная группа, n=200		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей	17	8,5	15	7,5	32	16,0
Заболевания сердечно-сосудистой системы	8	4,0	7	3,5	15	7,5
Заболевания глаз	7	3,5	7	3,5	14	7,0
Заболевания мочевыделительной системы	18	9,0	16	8,0	34	17,0
Эндокринные заболевания	15	7,5	16	8,0	31	15,50
Заболевания органов слуха	1	0,5	4	2,0	5	2,5
Заболевания нервной системы	1	0,5	1	0,5	2	1,0
Хроническая железодефицитная анемия	10	5,0	8	4,0	18	9,0

Заболевания	Основная группа, n=200		Контрольная группа, n=200		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронические заболевания легких	11	5,5	6	3,0	17	8,5
Аллергические заболевания	8	4,0	5	2,5	13	6,5
Заболевания желудочно-кишечного тракта	26	13,0	20	10,0	46	23,0
Всего	122	61,0	105	52,5	227	113,5

$$\chi^2 = 6,44 \quad p \leq 0,005$$

Согласно таблице 2, в обеих группах было выявлено преобладание заболеваний желудочно-кишечного тракта, заболеваний мочевыделительной системы, хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, эндокринных заболеваний. При статистической оценке показателей выявлено, что частота экстрагенитальных заболеваний не зависит от групп принадлежности.

Частота гинекологических заболеваний обследованных женщин представлена в таблице 3.

Таблица 3

Частота гинекологических заболеваний основной и контрольной групп

Патология	Основная группа, n=200		Контрольная группа, n=200		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронические воспалительные заболевания матки и придатков	48	24,0	37	18,5	85	42,5
Кисты яичников	5	2,5	4	2,0	9	4,5
Эрозия шейки матки	57	28,5	52	26,0	109	54,5
Миома тела матки	1	0,5	-	-	1	0,5
Аномалия развития матки (двурогая матка)	1	0,5	-	-	1	0,5
Мастопатия	3	1,5	3	1,5	6	3,0
Бесплодие	6	3,0	10	5,0	16	8,0
Всего	121	60,5	106	53,0	227	113,5

$$x^2 = 4,25 \quad p \leq 0,005$$

Как видно из таблицы 3, в основной группе есть случаи двурогой матки и миомы тела матки, которых в контрольной группе не было. В основной и контрольной группах преобладали хронические воспалительные заболевания матки и придатков, эрозия шейки матки. При статистической оценке показателей не выявлено достоверных различий в сравниваемых группах.

В основной группе было 68 первобеременных женщин (34%). В контрольной группе с первой беременностью было 84 женщины (42%). Наличие в анамнезе оперативных вмешательств у повторнобеременных обследованных женщин основной и контрольной групп представлено в таблице 4.

Таблица 4

Наличие в анамнезе оперативных вмешательств у повторнобеременных

Акушерский анамнез повторнобеременных женщин	Основная группа, n=200		Контрольная группа, n=200		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Медицинские аборты, выкидыши	88	44,0	76	38,0	164	82,0
Два кесарева сечения, медицинский аборт	2	1,0	-	-	2	1,0
Внематочная беременность	2	1,0	-	-	2	1,0
Роды	6	3,0	7	3,5	13	6,5
Роды, медицинские аборты, выкидыши	31	15,5	33	16,5	64	32,0
Двое родов, медицинский аборт, внематочная беременность	1	0,5	-	-	1	0,5
Амниоцентез, выкидыш, неразвивающаяся беременность	2	1,0	-	-	2	1,0
Всего	132	66,0	116	58,0	248	124,0

$$x^2 = 6,26 \quad p \leq 0,005$$

Согласно таблице 4, в основной группе были повторнобеременными 132 женщины (66%), из них 124 женщины (62%) ранее прерывали беременность (медицинские аборты,

амниоцентез). Оперативные вмешательства в основной группе ранее выполнялись у пяти женщин (2,5%), в том числе на матке (два раза кесарево сечение) у двух женщин (1%), на придатках матки у трех женщин (1,5%) (тубэктомия по поводу трубной беременности).

В контрольной группе было 116 повторнобеременных женщин (58%), из них 109 женщин (54,5%) ранее прерывали беременность. В контрольной группе оперативные вмешательства ранее не проводились, а также не было в анамнезе амниоцентеза и неразвивающейся беременности в отличие от основной группы. При статистической оценке показателей не выявлено достоверных различий в сравниваемых группах.

Состояние беременности в основной и контрольной группах было оценено после проведенного лечения и ультразвукового обследования на момент выписки из стационара. Эти данные приведены в таблице 5.

Таблица 5

**Состояние беременности у пациенток основной и контрольной групп
при выписке из стационара**

Течение беременности	Основная группа, n=200		Контрольная группа, n=200		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Беременность прогрессировала	166	83,0	183	91,5	349	174,5
Самопроизвольный аборт	25	12,5	12	6,0	37	18,5
Неразвивающаяся беременность	8	4,0	5	2,5	13	6,5
Внематочная беременность	1	0,5	-	-	1	0,5
Всего	200	100,0	200	100,0	400	200,0

$$\chi^2 = 1,22 \quad p \geq 0,002$$

Как видно из таблицы 5, у 166 пациенток (83%) основной группы беременность прогрессировала. У 34 женщин (17%) из основной группы беременность прервалась. У 25 беременных (12,5%) произошел самопроизвольный выкидыш (у 24 женщин при сроках от 5 до 11 недель беременности, у одной пациентки – в сроке 19 недель). У 8 женщин (4%) основной группы была выявлена неразвивающаяся беременность в сроках от 5 до 11 недель; одна пациентка (0,5%) была прооперирована по поводу внематочной беременности.

В основной группе из 34 женщин, потерявших беременность, шесть (3%) были первобеременными, 28 женщин (14%) – повторнобеременными. Из 28 повтор-нобеременных женщин, потерявших беременность, у 26 человек (13%) ранее было прерывание

беременности. Из 25 женщин, у которых произошел самопроизвольный выкидыш, пять человек (2,5%) были первобеременными, 20 женщин (10%) – повторнобеременными, в том числе из них 19 человек (9,5%) ранее прерывали беременность. Из восьми женщин с неразвивающейся беременностью только одна (0,5%) пациентка была первобеременной, а семь (3,5%) ранее прерывали беременность.

Таким образом, в основной группе потеря беременности у первобеременных женщин была в 3%, а у повторнобеременных, ранее прерывавших беременность, -13%. Самопроизвольный выкидыш у первобеременных женщин был в 2,5%, а у повторнобеременных, ранее прерывавших беременность, в 9,5%. Неразвивающаяся беременность у первобеременных женщин была в 0,5%, а у повторнобеременных, ранее прерывавших беременность, в 3,5%.

В контрольной группе беременность прогрессировала у 183 женщин (91,5%). Беременность прервалась в контрольной группе у 17 человек (8,5%): выкидыш произошел у 12 женщин (6%) (у 11 женщин в сроках от 5 до 11 недель беременности, у одной – в сроке 20 недель). Неразвивающаяся беременность в контрольной группе была выявлена у 5 пациенток (2,5%) в сроке от 5 до 11 недель; внематочной беременности не было. Таким образом, в основной группе, где были курящие пациентки, беременность прервалась в 17% случаев, а в контрольной, в группе некурящих женщин беременность прервалась в 8,5% случаев.

В контрольной группе из 17 женщин, потерявших беременность, три (1,5%) были первобеременными, 14 женщин (7%) - повторнобеременными, у которых ранее было прерывание беременности. Из 12 женщин, у которых произошел самопроизвольный выкидыш, только две женщины (1%) были первобеременными, а 10 женщин (5%) – повторнобеременными, которые ранее прерывали беременность. Из пяти женщин с неразвивающейся беременностью одна пациентка (0,5%) была первобеременной, а четыре женщины (2%) ранее прерывали беременность.

Таким образом, в контрольной группе потеря беременности у первобеременных женщин была в 1,5%, а у повторнобеременных, ранее прерывавших беременность, -7%. Самопроизвольный выкидыш у первобеременных женщин был в 1%, а у повторнобеременных, ранее прерывавших беременность в 5%. Неразвивающаяся беременность у первобеременных женщин была в 0,5%, а у повторнобеременных, ранее прерывавших беременность, в 2% случаев. При статистической оценке показателей выявлена прямая зависимость между динамикой беременности и наличием вредных привычек у обследованных женщин.

Исследование показало, что курение при беременности является фактором, осложняющим течение беременности жительницам города Омска и повышающим риск

потери беременности в два раза, чем у некурящих женщин. У курящих повторнобеременных женщин, ранее прерывавших беременность, риск потери беременности возрастает на 10%. Самопроизвольный выкидыш у курящих повторнобеременных, ранее прерывавших беременность, возрастает на 7%. Риск неразвивающейся беременности у курящих повторнобеременных женщин, имевших ранее прерывание беременности, возрастает на 2%.

Содержание

Программа III Съезда акушерок Омской области	5
Проект резолюции	7
Е.А. Бутова «Роль акушерок в повышении доступности, качества и эффективности медицинской помощи населению Омской области в рамках исполнения приоритетного национального проекта»	11
В.В. Горюнова «Современные проблемы подготовки специалистов акушерского дела в Омской области»	17
Т.В. Евсеева, Е.Г. Морозова «Современные аспекты повышения квалификации средних медицинских работников по специальности акушерское дело»	20
Т.В. Саитова «Влияние кадровой политики на реализацию проекта «Мать и дитя» в родильном доме ГУЗОО «ОКБ»»	25
Т.А. Мехова, И.В. Быкова «Обеспечение исключительно грудного вскармливания в родильном доме»	31
Н.М. Новосельцева, О.И. Лейба «Внедрение инфекционного контроля на основе новых технологий родовспоможения в МУЗ «Родильный дом №2»	37
Н.М. Новосельцева, Т.А. Сосковец «Этапы формирования психоэмоциональной связи матери и ребенка в реализации проекта «Мать и дитя» в МУЗ «Родильный дом №2»»	40
Г.В. Тарасенко, О.А. Гребенюк «Внедрение международного проекта «Мать и дитя» в работу акушерского физиологического отделения»	43
Т.П. Житенева «Особенности ведения преждевременных родов»	47
О.Н. Богданова «Проблемы и перспективы перинатальной диагностики»	53
О.Н. Богданова, Т.А. Абрамова «Роль сестринского персонала в работе Центра планирования семьи и репродукции»	54
Л.В. Ежова «Адекватное кадровое обеспечение как основа оказания качественного ухода за новорожденными, находящимися на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных родильного дома ГУЗОО «ОКБ»	55
И.В. Быкова, Н.Р. Василенко, Т.А. Мехова «Современные подходы к грудному вскармливанию»	64
Ж.А. Груздева «Роль акушерки в охране здоровья матери и ребенка»	66
О.Н. Зенькова, О.С. Вишня «Организация помощи ВИЧ-инфицированным пациенткам в родильном доме ОКБ»	69
Г.Н. Бочарникова «Опыт работы акушерской службы МУЗ «Родильный дом №1»»	72

Л.Г. Панченко, И.С. Вычужанина «Организация сестринского ухода за новорожденными детьми в палатах «Мать и дитя» в МУЗ «Клинический родильный дом №6»»	73
В.В. Зубакина, Т.Н. Субботина «Особенности ведения беременных с заболеваниями мочевыделительной системы»	76
Г.Д. Светлая, Л.И. Цыганкова, О.Н. Белова, В.А. Лобов, Е.Л. Новицкая, Н.Я. Шульгина, Н.А. Синчура «Применение эфферентных методов и озонотерапии в акушерско-гинекологической практике (по материалам МУЗ «Женская консультация №1»»	83
О.В. Быстрова «Оптимизация лечения кандидозных вульвовагинитов»	86
Т.Н. Сушкова «Влияние курения на вынашивание беременности»	98

**Победители областного конкурса
«Достижения в сестринской практике 2006 г.»**

В номинациях:



«Акушерское дело»

Саитова Татьяна Викторовна,
главная акушерка родильного дома
ГУЗОО «ОКБ»

«Сестринское дело в педиатрии»

Ежова Людмила Валентиновна, старшая
медицинская сестра ОРИТ новорожденных
родильного дома ГУЗОО «ОКБ»



Материалы III Съезда акушеров Омской области

9 июня 2006 г.

Редакционный совет, редакторы и издательство за содержание и стиль научных материалов ответственности не несут

Компьютерная верстка – Лукьянова С.С.