**Отчет по практике на тему:**

**Основные проблемы в деятельности отделения патологии беременных**

**Введение**

Основные задачи и направления работы:

оказание стационарной акушерско-гинекологической помощи (профилактика, диагностика, лечение и реабилитация),

в отделении проводится лечение родильниц с нормальным течением послеродового периода, а также профилактика, диагностика и лечение осложнений послеродового периода,

санитарно-гигиеническое обучение женщин по вопросам грудного вскармливания,

предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций,

передаваемых половым путем,

в основе работы отделения лежит профилактика гнойно-септических осложнений у родильниц и новорожденных. Используются: клинические, биохимические, иммунологические исследования крови, бактериологическое исследование различных сред организма.

УЗИ - скрининг у родильниц после родов и после операции кесарево сечения. Гистероскопия - при подозрении на несостоятельности швов на матке, при затруднении в родах ручного или инструментального удаления остатков плацентарной ткани. При острой патологии брюшной полости в послеродовом периоде проводится лапароскопическая диагностика.

Проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдачу листков нетрудоспособности женщинам по беременности и родам, родовых сертификатов в установленном порядке, принимает участие в направлении женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертизу в установленном порядке.

Организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения и снижения заболеваемости внутрибольничными инфекциями беременных женщин и персонала.

Осуществление статистического мониторинга и анализа причин материнской и перинатальной смертности.

Организация питания рожениц в период их пребывания в родильном доме.

**Роль врача в деятельности отделения**

Медицинский персонал обязан обеспечить надлежащий уровень:

наблюдения, обследования и лечения рожениц,

строжайшее соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима работы отделения,

проведение санитарно-просветительской работы (создание школы матерей, физиопсихопрофилактическая работа),

повышение квалификации и постоянное обновление знаний в области акушерства и гинекологии.

Основными задачами акушеров-гинекологов являются:

снижение перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности,

уменьшение материнской заболеваемости и смертности,

работа по планированию семьи, профилактике абортов, лечению бесплодия,

оказание социально-правовой помощи женщинам,

снижение гинекологической заболеваемости.

В работе отделения патологии беременности родильного дома обеспечивается принцип территориальности, преемственности и общедоступности.

Лечебно-профилактическая помощь женщинам оказывается в амбулаторно-поликлинических, больничных и санаторно-курортных учреждениях, а также в учреждениях скорой медицинской помощи. Основными учреждениями здравоохранения, оказывающими акушерско-гинекологическую помощь, являются:

объединенный родильный дом (общего профиля и специализированный по определенному виду патологии беременных - сердечно-сосудистым и эндокринным заболеваниям, туберкулезу, серологической несовместимости матери и плода, невынашиванию беременности. В неспециализированных родильных домах имеются отделения или палаты для беременных, рожениц и родильниц с указанными заболеваниями;

женская консультация, которая может быть структурным подразделением родильного дома, поликлиники или амбулатории;

акушерские и гинекологические отделения городских, областных и других больниц.

Организуется связь с медико-генетической консультацией (кабинеты), деятельность которой направлена на профилактику, своевременное выявление и лечение наследственных заболеваний, а также на предупреждение невынашивания беременности и связанных с ним осложнений для матери и ребенка.

Родильный дом оказывает специализированную помощь по территориальному принципу, но первая и неотложная помощь оказывается всем беременным и роженицам независимо от места жительства и ведомственной подчиненности учреждений, осуществляя таким образом принцип общедоступности.

Женские консультации, дома отдыха и санатории для беременных, отделения и палаты патологии беременности, родильное и послеродовые отделения - все эти профилактические и лечебные учреждения, обеспечивающие обслуживание беременной женщины и родильницы при нормальном и осложненном течении беременности, составляют единый комплекс. В этой системе лечебно-профилактических учреждений создание отделений и палат беременных наиболее ярко отражает принципы объединения этих учреждений.

На догоспитальном этапе принцип преемственности и взаимосвязи осуществляется с: женской консультацией, осуществляющей на уровне первичной медико-санитарной помощи комплекс всех возможных на данном уровне лечебно-профилактических мероприятий, связанных с наблюдением за женщиной, коррекцией незначительных отклонений в течении беременности на догоспитальном этапе, а также проведением санитарно-просветительской работы.

Для осуществления преемственности в наблюдении за беременной в женской консультации и родильном доме на руке каждой беременной выдают обменно-уведомительную карту беременной и родильницы, в которую заносят основные данные о состоянии здоровья женщины и которую она передает врачу при поступлении в родильный дом.

Станциями скорой медицинской помощи оказывается первая помощи при возникновении критических ситуаций в течении беременности, требующих немедленных лечебных мероприятий и осуществляется доставка в родильный дом, в отделение патологии беременности для последующего специализированного лечения:

- городской больницей для взрослых,

- городской поликлиникой для взрослых,

- цетрами планирования семьи.

На стационарном уровне:

взаимосвязь со специализированными отделениями городских больниц по определенной соматической, выделенных отдельно для беременных с целью оказания квалифицированной помощи по данной патологии.

Такая взаимосвязь реализуется, например, с ГКБ №67, где есть специализированное отделение для беременных с кардиальной патологией,

- взаимосвязь между отделениями роддома,

- санаторно-курортное лечение в послеродовом периоде.

Послеродовое кровотечение - клинически значимая кровопотеря, составляющая более 500 мл при родах через естественные родовые пути и более 1000 мл при операции кесарева сечения.

Распространенность ПРК около 5% всех родов.

Несмотря на усовершенствование методов лечения, послеродовые кровотечения остаются ведущим фактором, материнской смертности (15-25%) и тяжелой заболеваемости.

**Критерии медико-социальной проблемы**

Кровотечения в последовом (в третьем периоде родов) и в раннем послеродовом периодах могут возникать в результате нарушения процессов отделения плаценты и выделения последа, снижения сократительной активности миометрия (гипо- и атония матки), травматических повреждений родовых путей, нарушений в системе гемо-коагуляции. Кровопотеря до 0,5 % от массы тела считается физиологически допустимой в родах. Объем кровопотери более этого показателя следует считать патологическим, а кровопотеря от 1 % и более квалифицируется как массивная.

Критическая потеря крови - 30 мл на 1 кг массы тела.

Гипотоническое кровотечение обусловлено таким состоянием матки, при котором отмечается существенное снижение ее тонуса и значительное уменьшение сократительной способности и возбудимости. При гипотонии матки миометрий реагирует неадекватно силе раздражителя на механические, физические и медикаментозные воздействия. При этом могут отмечаться периоды чередующегося снижения и восстановления тонуса матки. Атоническое кровотечение является результатом полной потери тонуса, сократительной функции и возбудимости нервно-мышечных структур миометрия, которые находятся в состоянии паралича.

При этом миометрий неспособен обеспечить достаточный послеродовый гемостаз. Однако с клинической точки зрения деление послеродовых кровотечений на гипотонические и атонические следует считать условным, так как врачебная тактика в первую очередь зависит не от того, какое это кровотечение, а от массивности кровопотери, темпа кровотечения, эффективности консервативного лечения, развития ДВС-синдрома.

Факторы риска:

• экстренное кесарево сечение,

• плановое кесарево сечение,

• задержка плаценты и ее частей в полости матки,

• медиолатеральная эпизиотомия,

• оперативные вагинальные роды,

• затянувшиеся роды (более 12 часов),

• крупный ребенок (более 4 кг),

• гипертермия в родах.

Экономический ущерб:

ущерба в связи с временной утратой трудоспособности (ВУТ)= выплата пособий по ВУТ+ потеря стоимости несозданной продукции из-за уменьшения числа дней работы;

или ущерба в связи с инвалидностью = выплата пособий по инвалидности + потеря стоимости несозданной продукции из-за уменьшения лет работы,

или ущерба в связи с летальностью, который определяется величиной потери несозданной продукции из-за уменьшения числа лет работы вследствие смерти,

стоимость койко-места в день (лекарства, необходимые для лечения, продукты питания, работа врача, среднего и младшего медицинского персонала, стоимость диагностических услуг, стоимость жилищно-коммунальных услуг).

**Реабилитация рожениц с послеродовым маточным кровотечением**

Под реабилитацией понимают совокупность лечебных и социально-экономических мероприятий, призванных обеспечить людям с нарушениями различных функций, развившихся в результате болезни, такое физическое, психическое и социальное состояние, которое позволило бы им вновь включиться в жизнь и занять соответствующее их возможностям положение в обществе.

На базе послеродового отделения родильного дома можно проводить:

) совместное наблюдение гинеколога, терапевта;

) симптоматическая терапия в зависимости от соматических заболеваний;

) неспецифическое лечение (витаминотерапия, гимнастика, седативная терапия, консультация психолога);

Участие врача в гигиеническом воспитании и обучение пациенток с данной патологией:

Создание школ матерей, где проводится физиопсихопрофилактическая работа, обучение проведения личной гигиены в период беременности, режима лечебной гимнастики, гигиена питания, режим и четкость приема лекарств, разъяснительная работа о вреде курения в период беременности.

**Оценка качества медицинской помощи, оказываемой в отделении**

Структурный подход

Послеродовое отделение находится на втором этаже акушерской клиники. В него входят:

процедурный кабинет;

смотровая;

палаты;

душевая комната;

санитарный узел.

Процедурный кабинет

В процедурном кабинете имеется:

а) кушетка, покрытая клеёнкой;

б) шкаф для хранения медицинских препаратов, в котором также находятся аптечки для профилактики СПИДа, для первой помощи при отёке лёгких, анафилактическом шоке, маточном кровотечении;

в) шкаф для хранения стерильных растворов;

г) процедурный столик для накрывания стерильной укладки, которая меняется через каждые 6 часов;

д) стойки для систем;

е) раковина для мытья рук.

Смотровой кабинет

В смотровом кабинете имеется:

а) кушетка, покрытая клеёнкой;

б) процедурный столик для накрывания стерильной укладки, которая накрывается 2 раза в день-утром и вечером. Укладка содержит материалы для обработки промежности, а также укладка для обработки послеоперационного шва.

в) гинекологическое кресло;

г) аппарат «Биоптрон-2»;

д) раковина для мытья рук и инструментов

Также кабинеты оснащёны бактерицидными лампами для обеззараживания помещений. График работы бактерицидной лампы отражен в журнале кварцевания.

В послеродовом отделении имеется столовая и комнату дневного пребывания родильниц (холл). В этом холле расположены 2 дивана для пациентов и посетителей. Отделение разделено на две части лифтовым холлом. Каждая часть отделения также имеет свой лифтовый холл, в котором расположены пост медицинской сестры, 2 дивана, 2 кресла, холодильник и телевизор. Стены оформлены витражами и росписью.

В послеродовом физиологическом отделении развернуто 45% от всех акушерских коек родильного дома (отделения). Кроме расчетного количества коек, в отделении имеются резервные («разгрузочные») койки, составляющие примерно 10% коечного фонда отделения. Палаты в послеродовом отделении светлые, теплые и просторные. Окна с большими фрамугами для хорошего и быстрого проветривания комнаты. В отделении 10 четырехместных кроватей (оборудованы 4 койками, 4 прикроватными тумбочками, 1 столом, 4 стульями, 1 умывальником) и 5 одноместныных палат (оборудованы 1 койкой, 1 прикроватной тумбочкой, 1 столом, 2 стульями, 1 умывальником) для родильниц, перенесших операции, с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, потерявших ребенка в родах и др. Площадь однокоечных палат для родильниц должна быть не менее 9 м2. Для размещения в палате 2 коек и более необходимо выделять площадь по 7 м2 на каждую койку. При соответствии размера площади палаты числу коек последние нужно располагать с таким расчетом, чтобы между соседними койками расстояние было 0,85-1 м.

В послеродовом отделении следует соблюдать цикличность при заполнении палат, т. е. одновременное заполнение палат родильницами «одного дня», с тем, чтобы на 5-6-й день их одновременно можно было выписать. Если по состоянию здоровья в палате задерживаются 1-2 женщины, их переводят в «разгрузочные» палаты с тем, чтобы полностью освободить и подвергнуть санитарной обработке палату, функционировавшую в течение 5-6 дней.

Соблюдение цикличности облегчается наличием небольших палат, а также правильностью их профилизации, т.е. выделением палат для родильниц, которые по состоянию здоровья (после преждевременных родов, с различными экстрагенитальными заболеваниями, после тяжелых осложнений беременности и оперативных родов) вынуждены задерживаться в родильном доме на более продолжительный срок, чем здоровые родильницы.

Помещения для сбора, пастеризации и хранения грудного молока должны быть оборудованы электрической или газовой плитой, двумя столами для чистой и использованной посуды, холодильником, медицинским шкафом, баками (ведрами) для сбора и кипячения молочных бутылочек, молокоотсосами <http://click02.begun.ru/click.jsp?url=zzuS3ZCWl5ZGB6HrF-4-78xnfmJY8\*o2u4gHETWUkDngFCcStro06zvPvHeksiEyW7BwzmWl6PTt1CCTlUttZymERSfZToJ2A5l4EcWREnIzE-eklP3GJVf76kQalCL2PDEPndoz8xdUbsHX8guDhCkbnp50ggobD8CPm1iPvIwr7Ad0igY8tqrq55NqgWLjaqkBof737r6K3pS0Eez5MnrrJRihL2N1hl82sZyUKDPuqD2VNifyMvF5JB\*XCstmGCshh4YUk9FKOWAkCPbpeeNJC\*XxTqdqVtzBiMKDCe1wosf0ivJSQVeheHGXQKjdaWurhZzzuHpRx\*Mt&eurl%5B%5D=zzuS3U9OT05cZOxhMzHld1NP1NvyCN3AweChLPXcfeF41EC6>.

В послеродовой палате родильницу укладывают в постель, застеленную чистым стерильным бельем. Так же, как и в предродовой палате, поверх простыни стелят подкладную клеенку, накрытую стерильной большой пеленкой; подкладные пеленки меняют первые 3 дня каждые 4 ч, в последующие дни - 2 раза в день. Подкладную клеенку перед сменой пеленки дезинфицируют. Каждая кровать родильницы имеет свой номер, который крепят к кровати.

Также в отделении находятся 2 ординаторские для врачей отделения, 1 сестринская комната, кабинет заведующего отделением, кабинет старшей сестры, кабинет сестры-хозяйки, бельевая.

Материально техническое обеспечение

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Рекомендуемый перечень медицинского оборудования |
| 1. | Кровать функциональная |
| 2. | Столик инструментальный |
| 3. | Кресло гинекологическое |
| 4. | Весы медицинские |
| 5. | Тазомер |
| 6. | Амниоскоп с набором тубусов |
| 7. | Насос инфузионный |
| 8. | Стетофонендоскоп |
| 9. | Измеритель артериального давления |
| 10. | Светильник медицинский передвижной |
| 11. | Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и/или переносной |
| 12. | Термометр |
| 13. | Кардиомонитор фетальный |
| 14. | Аппарат суточного мониторирования АД |
| 15. | Ультролайн -УЗО для стерилизации инструментария |
| 16. | Холодильник для хранения медикаментов |
| 17. | Стойки для инфузий |
| 18. | Камера для хранения стерильных инструментов и изделий |
| 19. | Кресло-каталка для перевозки больных с регулировкой положения тела |
| 20. | Глюкометр |

**Кадровый состав**

1.1 Врачебный персонал

|  |  |
| --- | --- |
| Врач-акушер-гинеколог | из расчета 1 должность: на 10 коек в отделении патологии беременности; |
| Врач - трансфузиолог | из расчета: 1 должность при выполнении 200 процедур в год; 0,5 должности при выполнении менее 200 процедур в год |
| Врач-терапевт | из расчета 1 должность в стационаре на 100 коек и дополнительно 0,25-0,5 должности на родильный дом, имеющий 40 и более коек для госпитализации беременных с экстрагенитальными заболеваниями |
| Врач-офтальмолог | 1 должность |
| Заведующий отделением врач акушер-гинеколог | из расчета 1 должность: В послеродовом отделении на 25 коек |

1.2 Средний медицинский персонал

|  |  |
| --- | --- |
| Акушерка | из расчета 1 круглосуточный пост:на 20 коек в послеродовом отделении |
| Медицинская сестра процедурной | из расчета 1 должность на 45 коек |
| Старшая акушерка | в акушерских отделениях всех профилей соответственно должностям заведующих |

**Процессуальный подход**

Для оценки работы отделения:

. Использование коечного фонда роддома (отделения):

А) среднее число занятости койки в году:

Число койко-дней, проведенных за год (общее кол-во или по отделениям) в роддоме.

Число среднегодовых коек (в роддоме или по отделения).

Средний ориентировочный показатель занятости койки в году для послеродового отделения равен 340 дням.

Б) Средняя длительность пребывания в стационаре беременной в днях:

Число койко-дней проведенных беременной в стационаре

Число беременных, выбывших из стационара

На этот показатель оказывает влияние тяжесть заболевания, своевременность госпитализации и правильность диагностики, достаточная поликлиническая подготовка при госпитализации плановых больных.

Средняя продолжительность пребывания на койке роженицы в послеродовом отделении составляет 8-15 дней.

В) оборот койки:

Число родильниц, больных, выбывших из стационара

Число среднегодовых коек (акушерских, гинекологических)

Число выбывших больных определяется следующим образом:

Число поступивших беременных+число умерших+число выписанных больных

Г) Выполнение плана койко-дней:

Среднее число дней занятости койки в году Х100

плановое число дней занятости койки в году

Результативный показатель

Материнская смертность один из основных критериев качества работы родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения. Однако большинство ведущих специалистов рассматривает этот показатель более широко, считая материнскую смертность интегрирующим показателем здоровья женщины репродуктивного возраста, отражающим популяционный итог взаимодействия экономических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных и других факторов. Если в регионах с высокоразвитой экономикой материнская смертность составляет не менее 20 случаев на 100 тыс. новорожденных, то в регионах с развивающейся экономикой - 480, достигая в отдельных странах более 1500 случаев материнской смертности на 100 тыс. живорождений. При этом среднемировой показатель составляет 430.

Основной материнская смертность- это смертность женщин, связанная с выполнением ими генеративной функции. В широком смысле под материнской смертностью понимаются все случаи смерти женщин во время беременности, родов и после родов в течение 42 дней, за исключением случаев смерти, связанных с травматизмом, пожарами и другими ЧС

Основные причины материнской смертности - септические и экстрагенитальные заболевания, маточные кровотечения при родах и в послеродовом периоде, токсикозы беременных, разрывы матки. В борьбе с материнской смерностью основная роль принадлежит правильной организации и качеству обслуживания беременных, рожениц, родильниц, всего женского населения.

А) показатель материнской смертности:

Число женщин, умерших во время беременности с 28 недель

+умершие во время родов

+умершие в послеродовом периоде до 42 дня включительно Х 100000

Число родов живыми новорожденными

Б) показатель смертности беременных в родильном доме:

Число беременных, умерших в стационаре Х1000000

Число беременных, выбывших из отделения патологии беременности

Для отделения патологии беременных мы можем определить показатель антенатальной смертности:

Число мертворожденных, погибших до начала родовой деятельности начиная с 28 недели беременности Х 1000

число родившихся живыми и мертвыми

Профилактика антенатальной смертности состоит прежде всего в улучшении работы женских консультаций, организации антенатальных центов охраны плода. Большое значение имеют отделения патологии беременных. Основные факторы негативно, влияющие на данный показатель:

воздействия внешних факторов среды (радиация, излучение),

- инфекционные факторы (вирус краснухи, цитомегаловирус, ВИЧ),

-несоблюдение матерью лечебно-охранительного режима (вредные привычки - курение, алкоголизм, наркомании, несоблюдения режима трудовых нагрузок),

- антенатальная травматизация (падение, дорожно-транспортное происшествие),

- повреждения плода могут обусловливаться патологией плаценты и пуповины,

- экстрагенитальная и акушерская патология матери, вызывающая повреждение плода,

- отягощенная наследственность.

На основании сопоставления основных и сопутствующих заболеваний матери и плода все случаи перинатальной смерти целесообразно разделить на предотвратимые, условно предотвратимые и непредотвратимые. К непредотвратимым относятся такие(25-40%), которых можно было бы недопустить, улучшив работу женских консультаций, родильных домов, неонатальной помощи. К непредотвратимым относят, связанные с уродствами, глубокой недоношенностью, патологией плаценты и пуповины. Их устранение предусматривает развитие фундаментальных медицинских наук и улучшение социально-экономических условий.

Факторы, влияющие на соблюдение санитарно-эпидемиологического благополучия в послеродовом отделении роддома, мероприятия, направленные на снижение риска возникновения внутрибольничных инфекций, соответствие проводимых профилактических мероприятий внутри всего стационара и должных, в связи с существующей санитарно-эпидемиологической обстановкой, прогнозом заболеваний и его изменений.

Все мероприятия осуществляются в соответствии с Федеральным Законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», соблюдение санитарно-эпидемиологических требований, обеспечение безопасной среды обитания для человека, его здоровья, наличие государственного санитарно-эпидемиологического надзора в сфере обеспечения санэпидблагополучия.

Отсутствие внутрибольничных инфекции (измерение температуры тела при поступлениии), контроль за младшим медицинским персоналом на наличие гнойничковых заболеваний кистей рук плановый контроль медицинского персонала на наличие ВИЧ инфекции, гепатитов В и С соблюдение санитарно-эпидемилогического режима (стерилизация инструментов, утилизация использованных одноразовых инструментов).

Возникновение внутрибольничных инфекций связано с несвоевременным выявлением и изоляцией в стационаре инфекционных больных, недооценкой важности эпидемиологического анамнеза в отношении перенесенных ранее инфекционных болезней у поступающих больных, неправильным распределением больных в палатах, несоблюдением мер по обнаружению носительства возбудителей заразных болезней среди больных и персонала, невыполнением правил текущей и заключительной дезинфекции, асептики и антисептики, неудовлетворительной сан. обработкой больных и др. Развитию В. и. способствуют снижение резистентности организма под влиянием основного заболевания, оперативного вмешательства, кровопотери, а также появление антибиотикоустойчивых штаммов микробов, лечение иммунодепрессантами и др.

Важная роль в предупреждении В. и. принадлежит соблюдению противоэпидемичеких и санитарно-профилактических мероприятий в лечебных учреждениях.

Среди В. и. в родильных домах наиболее часто встречаются острые респираторные, стафилококковые и кишечные инфекции (Коли-инфекция, Респираторные вирусные болезни, Стафилококковая инфекция). Источниками возбудителей инфекции являются роженицы и обслуживающий персонал.

Основной особенностью послеродового отделения является постоянное пребывание в них высокочувствительных к инфекциям женщин. Ответственность за проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий по борьбе с инфекциями в родильном доме возлагается на главного врача. Заведующий отделением послеродового отделения вместе со старшими акушерками (сестрами) организует и контролирует эту работу.

Заведующий отделением один раз в квартал организует осмотр и обследование персонала на носительство золотистого стафилококка. Персонал ежедневно перед выходом на смену принимает гигиенический душ и проходит врачебный осмотр. Работники роддома обеспечиваются индивидуальными шкафчиками для одежды и индивидуальными полотенцами. Спецодежду персонал меняет ежедневно. Акушерские стационары закрывают для дезинфекции не реже одного раза в год.

Для предупреждения возникновения инфекционных заболеваний в послеродовом отделении должны соблюдаться:

правила приема и перевода беременных в различные отделения родильного стационара,

общие положения по организации и проведению комплекса санитарно-гигиенических мероприятий в акушерских стационарах,

соотношение отделений стационара-правила обработки белья, транспорта, перевязочного материала, рук и перчаток,

правила бактериологического контроля за эффективностью санитарно-гигиенических мероприятий и бактериологического обследования на выявление носителей инфекции,

принципы антибиотикотерапии,

закрытие родильного дома проводится не менее одного раза в год для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости - для косметического ремонта,

обязательное использование масок в отделении в период эпидемиологического неблагополучия,

для персонала роддома предусматривается отдельный вход, гардероб для верхней одежды, индивидуальные 2-секционные шкафчики для личной и санитарной одежды, душевые.

Мероприятия во время беременности для профилактики гнойно-септической инфекции:

всех беременных осматривает отоларинголог, стоматолог, терапевт (для выявления очагов хронической инфекции),

выявленные очаги хронической соматической инфекции обязательно санируют,

проводят бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из влагалища в 36-37неделе,

проводят подготовку сосков к кормлению,

проводят строгое дозированное ультрафиолетовое облучение беременных и рожениц.

**Виды профилактики в отделении**

Первичная профилактика

Первичная профилактика - система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т. д.). Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства.

Например: врач проводит профилактические семинары, в так называемой школе-матерей, создаваемой при отделении, с целью разъяснения уровня физической активности женщины, о вреде вредных привычек, об особенностях питания во время беременности, об уходе за молочными железами а также проводит физиопсихопрофилактическую подготовку беременной к родам.

Физиопсихопрофилактическая подготовка беременной к родам - комплекс мероприятий. Включающий 5-6 бесед, которые проводит врач. На занятиях беременным дают рекомендации по режиму дня и питания, предлагают специальные комплексы физических упражнений, способствующие достижению необходимого уровня психофизической активности организма. Правильно проведенная физиопсихопрофилактическая подготовка устраняет страх перед предстоящими родами, способна значительно уменьшить болевые ощущения во время схваток, обеспечить адекватное поведение роженицы.

Вторичная профилактика

Вторичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Пример вторичная профилактики: профилактика резус-иммунизации женщин (при изосерологической несовместимости матери и плода) для предупреждения развития у плода гемолитической болезни состоит в использовании анти- Rh0(D)-иммуноглобулина во время беременности в срок 28, 34 недели.

Третичная профилактика

Некоторые специалисты предлагают термин третичная профилактика как комплекс мероприятий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.

Пример: содержание женщин имеющих эклампсию в стадии компенсации в условиях отдельной палаты с изоляцией от шума, света и других раздражителей с целью предупреждения декомпенсации процесса, а также их реабилитация в санаториях.

роженица патология кровотечение реабилитация

**Основные проблемы в деятельности отделения патологии беременных**

Нехватка достаточного количества палат с целью госпитализации женщин в количестве одной-двух для сохранения лечебно-охранительного режима.

Недостаточное количество высококвалифицированных врачей.

Трудоемкость поддержания санитарно-эпидемиологического контроля.

Недостаточная материально-техническая база для оказания высококвалифицированной помощи и диагностики.

Пути решения:

. Подготовка специализированных кадров.

2. Улучшение условий труда.

3. Обеспечение отделения необходимыми материально-техническими средствами и лекарственными препаратами.

4. Увеличение объема финансирования.

5. Повышение зарплаты медицинского персонала.

5. Улучшение санитарно-гигиенических норм для пребывания беременных.

. Роль отделения патологии беременности в реализации национального проекта “Здоровье”:

. Повышение квалификации врачей в своей специальности.

2. Достаточный объем санитарно-гигиенических мероприятий с целью предупреждения возникновения и распространения инфекций.

3. Проведение полного и квалифицированного объема профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с целью снижения показателей материнской и перинатальной смертности.

. Охрана материнства и детства, своевременная постановка на учет беременных.

5. Развитие федеральных программ.

. Увеличение объемов оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи.

. Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний (всеобщая диспансеризация).

**Список литературы**

1. А.Л. Линденбратен Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении. - «Медицина», Москва, 2005.

. Акушерство и гинекология, клинические рекомендации. - “ГЕОТАР-МЕД” Москва, 2009 г.

. В.А. Медик, В.К. Юрьев, Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. - «Медицина», Москва, 2003.

. Г.М. Савельева, Р.И. Шалина Акушерство. - “ГЕОТАР-МЕД” Москва, 2009 г.

. И.В. Дуда, М.В. Мальковец, Р.У. Дерфлио, Руководство по анализу деятельности учреждений охраны материнства и детства. - “Вышейшая школа” Минск, 1988г.

. Новиков А.А., Савельев И.А. ,Учебное пособие по врачебно-трудовой экспертизе. - «Медицина», Москва Под ред. В.И. Кулакова, Акушерско-гинекологическая помощь. - «МЕД-ПРЕСС», Москва.