

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущен(а) к защите
Зам.директора по УР



Иванова М.Н.

ЯДРЕЕВА АЛЕКСАНДРА ВАЛЕНТИНОВНА

**УХОД ЗА РОДИЛЬНИЦАМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО
СЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ НА ПРИМЕРЕ
АКУШЕРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУ РС(Я)**

Выпускная квалификационная работа
по специальности 32.02.02 – «Акушерское дело»

Студентка отделения
«Акушерское дело»

Группа АД-31

Руководитель, преподаватель

Ядреева Александра Валентиновна

Корнева Галина Тимофеевна

г. Якутск 2018 год.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ	
1.1 Физиология и патология послеродового периода.....	5
1.2 Сущность, понятие, показания, противопоказания и возможные осложнения операции кесарево сечение.....	9
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ РАБОТЫ АКУШЕРКИ В ГБУ РС(Я) ЯГКБ	
2.1 Акушерское отделение ГБУ РС(Я).....	14
2.2 Оптимизация акушерского ухода после оперативного родоразрешения.....	16
2.3 Анализ деятельности отделения анестезиологии и реанимации за 2015 - 2017гг в ГБУ РС(Я) ЯГКБ.....	27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	35
ВЫВОДЫ.....	36
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	40

ВВЕДЕНИЕ

« Ни одна функция не играет такой выдающейся роли в жизни женщины, как рождение ребёнка, момент, когда она становится матерью. Лишь давши жизнь новому существу, женщина исполняет назначение, которое указано ей природой».

Г.Плосс (1900)

Охрана здоровья матери и новорожденного – одна из важнейших задач акушерства и перинатологии. Несмотря на значительные достижения в современной медицине, отмечена тенденция к увеличению числа осложнений течений беременности и родов. В последние годы в Российской Федерации, как во всем окружении, идее усиленное формирование перинатального акушерства. Главное правило перинатального акушерства состоит в обеспечении самочувствия мамы, плода и новорожденного, что в линии ситуаций требует стремительного и бережливого родоразрешения. В последние десятилетия непосредственно кесарево сечение стало быть прибором, позволяющим сберечь здоровье и маме, и ребенку. Кесарево сечение в РФ, так же, как и в целом в обществе, считается основной родоразрешающей операцией и улучшение ее хирургической техники не прекращается по пути ведения малотравматичных технологий, сформированных на базе достижений хирургической техники и применяющих инновационные способности новых медицинских технологий. Но, в то же время, кесарево сечение считается более важным фактором послеродовых инфекционных и иных осложнений. Главным из них считается повышение частоты послеродовых гнойно-септических осложнений. А кроме того проблемы ведения беременности и родоразрешения с рубцом на матке.

Большой вклад в решении важных задач по повышению доступности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям вносят акушерки и медицинские сестры, которые первыми принимают ребёнка. Участие акушерки в лечении пациентов очень важно, так как конечный результат зависит от тщательной подготовки пациента к операции,

пунктуального выполнения назначений врача и грамотного ухода за пациентом в послеоперационном периоде и в период реабилитации, так как кесарево сечение способно проявлять воздействие на дальнейшую детородную функцию женщин (вероятно формирование бесплодия, обычного невынашивания беременности, патологий менструального цикла)

В представленной работе анализируются особенности предоперационной подготовки и течение послеоперационного периода у пациенток после кесарева сечения, в условиях отделения анестезиологии и реанимации родильного дома.

Актуальность:

На сегодняшний день операция кесарево сечение является основным ведущим решением родоразрешения при осложненном течении беременности и позволяет снизить неблагоприятные исходы родов и родовой травматизм новорожденных.

Оптимизация медицинского ухода в предоперационном периоде и после операции кесарева сечения является одной из наиболее важных задач акушерства, которая способствует сохранению здоровья матери и ребенка в соответствии с современными рекомендациями ВОЗ и Российского общества акушеров-гинекологов.

Цель: Изучение ухода за родильницами после операции кесарево сечение в отделении анестезиологии и реанимации ГБУ РС (Я) ЯГКБ.

Задачи:

1. Изучить теоретические основы операции кесарево сечение.
2. Изучить роль акушерки в осуществлении ухода и наблюдении за родильницами после операции кесарево сечение.
3. Провести анализ деятельности реанимационного отделения за 2015-2017гг

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

1.1 Физиология и патология послеродового периода

Послеродовый период - промежуток времени, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6 недель (42 дня). В течение этого времени происходит обратное развитие (инволюция) всех органов и систем, которые подвергались изменениям в связи с беременностью и родами. Исключения составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовой период. Женщина после родов называется родильницей.

Ближайшие 2 часа после родоразрешения выделяют особо и обозначают как ранний послеродовый период. По истечению этого времени начинается поздний послеродовый период.

В послеродовом периоде происходят изменения в половых органах (матка, яичники, трубы, влагалище, тазовое дно, молочные железы) и во всех системах организма (пищеварение, кровообращение, мочеотделение, эндокринная система).

Наиболее выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Темп инволюционных изменений максимально выражен впервые 8-12 суток.

После рождения последа матка значительно уменьшается в размерах из-за резкого сокращения её мускулатуры. Её тело имеет почти шаровидную форму, сохраняет большую подвижность за счёт понижения тонуса растянутого связочного аппарата. Шейка матки имеет вид тонкостенного мешка с широко зияющим наружным зевом, свисающим во влагалище. Шеечный канал свободно пропускает в полость матки кисть руки. Вся внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность с наиболее выраженными деструктивными изменениями в

области плацентарной площадки. Просветы сосудов в области плацентарной площадки сжимаются при сокращении мускулатуры матки, в них образуются тромбы, что способствует остановке кровотечения после родов. Процесс заживления внутренней поверхности матки начинается с распада и отторжения обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. В течении, первых 3-4 дней полость матки остаётся стерильной. Этому способствуют фагоцитоз и внеклеточный протеолиз. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, свертки крови и другие отторгающиеся тканевые элементы представляют собой лохии.

Спустя неделю после родов в маточном отделяемом появляются слизь, клетки плоского эпителия и децидуальные, а эритроциты почти исчезают. В таком виде они называются lochia alba. При физиологическом течении послеродового периода у лохий своеобразный прельный запах.

Инволюции шейки матки происходит медленнее. Раньше других отделов сокращается и формируется внутренний зев. Это связано с сокращением циркулярных мышечных волокон. Через три суток внутренний зев пропускает один палец. Формирование шеечного канала заканчивается к десятому дню. К этому времени полностью закрывается внутренний зев. Наружный зев смыкается к концу 3 недели и принимает щелевидную форму. В течение трех недель после родов стенки влагалища остаются отечными, просвет его расширен. Впервые два три дня после родов мышца промежности сокращаются вяло, в дальнейшем сокращении их протекает интенсивнее. К 10-12 дню тонус промежности восстанавливается, но часто не полностью.

Послеродовые инфекционные заболевания - заболевания, наблюдаемые у рожениц, непосредственно связанные с беременностью и родами и обусловленные бактериальной инфекцией. Инфекционные заболевания, выявленные в послеродовом периоде, но патогенетически не связанные с

Гнойно-воспалительные заболевания продолжают оставаться одной из актуальных проблем современного акушерства. Внедрение в акушерскую практику более полувека назад антибиотиков способствовало резкому снижению частоты послеродовых инфекционных заболеваний. Однако в последнее десятилетие во всем мире отмечают рост послеродовых инфекций. Частота послеродовых инфекционных заболеваний варьирует в связи с отсутствием унифицированных критериев и колеблется в пределах от 2% до 10%. Несколько чаще инфекционные осложнения развиваются после операции кесарева сечения. Септические осложнения в послеродовом периоде, как причина материнской смертности, продолжают держать печальное лидерство, занимая 1-2 место, деля его с акушерскими кровотечениями.

Этому способствует ряд факторов, составляющих особенности современной медицины. Изменение контингента беременных и родильниц, значительную часть которых составляют женщины с тяжелой экстрагенитальной патологией, с индуцированной беременностью, с гормональной и хирургической коррекцией недонашивания беременности и др. Это так же обусловлено изменением характера микрофлоры. Во время беременности этому нарушению способствуют физиологические нарушения в иммунной системе беременной. К концу беременности в организме женщины отмечают существенное изменение содержания в сыворотке крови отдельных классов иммуноглобулинов, снижение абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов (вторичный физиологический иммунодефицит). На этом фоне довольно уязвима экосистема влагалища, следствием чего является развитие у беременных бактериального вагиноза. *Бактериальный вагиноз*- это патология экосистемы влагалища, вызванная усиленным ростом преимущественно облигатно-анаэробных бактерий. Бактериальный вагиноз у беременных составляет в среднем 14-20%. У 60% родильниц с послеоперационным эндометритом выделены одни и те же микроорганизмы из влагалища и из полости матки. При бактериальном вагинозе у беременных

в несколько раз повышен риск развития раневой инфекции. Причинами изменения состава флоры влагалища у беременных могут быть: необоснованное или непоследовательное антибактериальное лечение, а также применение поверхностных дезинфектантов у практически здоровых беременных.

Предрасполагают к развитию инфекционного процесса многие осложнения беременности: анемия, гестоз, предлежание плаценты, пиелонефрит. Упомянутые выше, инвазивные методы исследования состояния плода, хирургическая коррекция интимно-цервикальной недостаточности повышают риск возникновения послеродовых инфекционных заболеваний.

Возбудителями гнойно-воспалительных заболеваний могут быть патогенные и условно-патогенные микроорганизмы. Среди патогенных микроорганизмов наиболее часты - гонококки, хламидии, микоплазмы, трихомонады. Условно-патогенные микроорганизмы заселяют организм человека, являясь фактором неспецифической противoinфекционной защиты. Однако в определенных условиях они могут стать возбудителями послеродовых инфекционных заболеваний.

Этиологическую структуру гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве отличает динамичность. Большое значение имеет антибактериальная терапия: под воздействием антибиотиков чувствительные к ним виды уступают место устойчивым. Так, до открытия антибиотиков наиболее грозным возбудителем послеродовых заболеваний был гемолитический стрептококк. После того, как в акушерской практике начали использовать антибиотики, чувствительный к ним стрептококк уступил место стафилококкам, легче образующим устойчивые к этим препаратам формы. С 70-х годов в лечебной практике применяют антибиотики широкого спектра действия, к которым стафилококки чувствительны. В связи с этим они в определенной степени утратили свое значение в инфекционной патологии; их

место заняли грамотрицательные бактерии и неспорообразующие анаэробы, более устойчивые к этим антибиотикам.

Неоценимую помощь в диагностике инфекционных осложнений оказывают аппаратные и инструментальные методы исследования (ультразвуковое, обычная и цветная термография, гистероскопия, лапароскопия и др.).

Профилактику гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний должны начинать с первых недель беременности. В женской консультации необходимо выявить беременных, относящихся к группе высокого риска развития бактериальной инфекции или с ее проявлениями, и проводить превентивные и лечебные мероприятия.

В акушерском стационаре должны неукоснительно соблюдать правила асептики и антисептики, широко внедрять новые технологии родовспоможения. К ним относят: ранее прикладывание новорожденного к груди, систему изолированного совместного пребывания матери и ребенка с последующей ранней выпиской из родильного дома, ограничение использования у здоровых женщин средств и методов санитарной обработки, нарушающих биоценоз организма (поверхностные антисептики, бритье подмышек и лобка). С целью предотвращения образования полирезистентных штаммов госпитальной инфекции в отдельно взятом акушерском стационаре следует использовать ограниченное количество антибиотиков первой очереди и их комбинаций, а антибиотики второй очереди использовать строго по показаниям.

1.2. Сущность, понятие, показания, противопоказания и возможные осложнения операции кесарево сечение

Роды- процесс физиологический. *Кесарева сечение*- хирургическая операция, при которой плод извлекают через разрез передней брюшной стенки и матки. Частота кесарева сечения в России, так же как и в США составляет в среднем 15% всех родов.

Считается, что название операции связано с именем Гая Юлия Цезаря, который был извлечен через разрез живота. Первое достоверное сообщение о кесаревом сечении на живой женщине было в 1610 году. Операцию провел

Trautmanиз Виттенборга. В России первое кесарево сечение было выполнено И. Эразмусом в г. Пернове (1756) и В.М. Рихтером (1842) в Москве.

Риск для жизни и здоровья женщины при проведении кесарева сечения в 12 раз выше, чем при самопроизвольных родах. Поэтому, как и любая другая хирургическая операция, кесарево сечение выполняется строго по показаниям. Они могут быть со стороны матери, когда роды представляют угрозу для ее здоровья, и со стороны плода, когда для него процесс родов является нагрузкой, которая может привести к родовой травме и гипоксии плода. Показания к кесареву сечению могут возникнуть во время беременности и в родах.

Кесарево сечение в плановом порядке (до начала родовой деятельности) проводится, например:

- при миопии высокой степени с изменениями на глазном дне
- пороках развития матки и влагалища
- неправильных положениях плода (поперечное, косое)
- предлежания плаценты. Плацента располагается в нижней части матки и перекрывает внутренний зев (вход в матку со стороны влагалища). Это грозит сильным кровотечением, опасным как для жизни матери, так и для плода.

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. В норме плацента отделяется от стенки матки после рождения ребенка. Иногда это происходит во время беременности, тогда начинается сильное кровотечение, что угрожает жизни матери и плода и требует немедленного проведения операции.

- наличие двух и более рубцов на матке после кесарева сечения и др.

- анатомический узкий таз 2-4 степени сужения

- опухоли и деформация костей таза

- крупный плод (масса равна 4 кг и более)

- выраженный симфизит (расхождение лобковых костей)

- множественная миома матки больших размеров.

- тяжелые формы преэклампсии. Преэклампсия - это осложнение беременности, при котором происходит расстройство функции жизненно важных органов, особенно сосудистой системы и кровотока. Тяжелые проявления - преэклампсия и эклампсия. При этом нарушается микроциркуляция в ЦНС, что может привести к тяжелым осложнениям, как для матери, так и плода.

- тяжелые заболевания ССС, сахарный диабет

- разрыв промежности 3 в предыдущих родах

- сросшаяся двойня

- хроническая гипоксия плода, гипотрофия плода, неподдающаяся медикаментозной терапии

- возраст первородящих старше 30 лет

- рак любой локализации

Кесарево сечение в родах проводят:

- при слабости родовых сил, которая не поддается медикаментозной коррекции

- гипоксия плода

- клинически узкий таз. Это несоответствие между головкой плода и тазом матери

- преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения

- угрожающий или начинающийся разрыв матки.

- предлежание или выпадение петель пуповины.

Условия для проведения операции:

- жизнеспособный плод

- отсутствие инфекций

- согласие женщины

Противопоказания к кесареву сечению:

- внутриутробная гибель плода

- инфекции

- пороки развития и состояния плода, несовместимые с жизнью

Предоперационная подготовка

Накануне необходимо принять гигиенический душ. Важно хорошо выспаться, поэтому, чтобы справиться с вполне объяснимым волнением, лучше принять на ночь что-либо успокаивающее (по рекомендации врача). Ужин накануне должен быть легким. А в день операции с утра нельзя ни пить, ни принимать пищу. Непосредственно перед началом операции в мочевого пузыря вводится катетер, который удаляют только через несколько часов после операции. Эти меры позволяют предотвратить серьезные осложнения.

После обезболивания женщине моют живот специальным антисептиком и накрывают стерильными простынями. На уровне груди устанавливается преграда, чтобы пациентка не могла видеть место операции. Делается разрез брюшной стенки. В подавляющем большинстве случаев это поперечный разрез от лона до пупка. Затем раздвигаются мышцы, делается разрез на матке (чаще поперечный, реже - продольный), вскрывается плодный пузырь. Врач вводит руку в полость матки и извлекает ребенка. Пересекается пуповина, ребенка передают акушерке. После этого рану послойно зашивают в обратном порядке. Также восстанавливается и брюшная стенка. На кожу накладывают скобки или швы, а поверх - стерильную повязку. В зависимости от методики и сложности операции длительность ее составляет в среднем 20-40 минут.

Первые сутки после кесарева сечения пациентка находится в ПИТ в ОАР, где проводится круглосуточное наблюдение за ее состоянием: общим самочувствием, артериальным давлением, пульсом, частотой дыхания, величиной и тонусом матки, количеством выделений, функцией мочевого пузыря. По окончании операции на нижний отдел живота кладется пузырь со льдом на 1,5-2 часа, что способствует сокращению матки и уменьшению кровопотери.

Возможные осложнения:

Как и любая другая операция, во время которой производится разрез тканей, а соответственно и кровеносных сосудов, кесарево сечение связано с определенной кровопотерей. Нормальная кровопотеря при самопроизвольных родах составляет примерно 200-250 мл; такой объем крови легко восстанавливается подготовленным к этому организмом женщины. Кесарево сечение подразумевает кровопотерю значительно больше физиологической: средний объем ее составляет от 500 до 1000 мл.

Из осложнений кесарева сечения можно отметить эндомиометрит -воспаление матки. Естественно, в данном случае он возникает чаще, чем после самопроизвольных родов. Понятно, что во время операции происходит непосредственное контактирование полости матки с воздухом, полной стерильности которого добиться невозможно. Для профилактики эндомиометрита после операции назначают антибиотики.

После кесарева сечения матка сокращается хуже, чем после родов через естественные родовые пути, так как во время операции мышца матки пересекается. В связи с этим чаще возникает субинволюция (нарушение сокращения) матки, что требует назначения дополнительной терапии, направленной на улучшение сократительной способности матки. Эту терапию проводят в ОАР в течение 2-5 дней.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ РАБОТЫ АКУШЕРКИ В ГБУ РС(Я) ЯГКБ

2.1 Акушерское отделение ГБУ РС(Я) ЯГКБ

Акушерский стационар входит в состав муниципальной больницы ЯГКБ с 1969 года.

Основные функции и задачи акушерского стационара (АС) - оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях; оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными в период их пребывания в родильном доме.

Организация работы в АС строится по единому принципу в соответствии с действующими положениями родильного дома (отделения), приказами, распоряжениями, методическими рекомендациями.

Структура и оснащение АС должны соответствовать требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактических учреждений.

Акушерская служба ГБУ РС(Я) представлена акушерским родовым отделением, в структуре которого родовой и операционный блок;

- послеродовым акушерским отделением на 100 коек совместного пребывания родильниц с детьми;
- отделением новорожденных ;
- отделением патологии беременности.
- отделение анестезиологии и реанимации.

Структура помещений родильного дома должна обеспечить изоляцию здоровых беременных, рожениц, родильниц и новорожденных от больных, строжайшее соблюдение правил санитарно-эпидемического режима, изоляцию заболевших. АС два раза в год закрывают для проведения плановой дезинфекции, в том числе один раз для косметического ремонта.

С 1 марта 1988 года в акушерском стационаре открылось *отделение реанимации и анестезиологии* на 6 коек, которое обеспечивает

анестезиологическую и реанимационную помощь роженицам и родильницам роддома г. Якутска.

Задачами отделения анестезиологии-реанимации являются осуществление комплекса мероприятий по проведению анестезиологического пособия, реаниматологии и интенсивной терапии беременных женщин, рожениц и родильниц с расстройством функций жизненно важных органов до стабилизации их деятельности.

Огромный практический опыт сотрудников отделения, наличие современного оборудования и новейших лекарственных препаратов позволяет проводить операции любой сложности на максимально безопасном для пациентов. 98% операций кесарева сечения проводятся в условиях регионарной анестезии (спинальная и эпидуральная анестезии), что позволяет женщинам увидеть своих малышей с первых минут их жизни. Большое внимание уделяется обезболиванию в родах, где широко используются безопасные и современные методы анестезии (в том числе и продленная эпидуральная анестезия). Активно применяются методы регионарной анестезии и в комплексной терапии тяжелых форм гестоза.

Основные задачи службы анестезиологии и реаниматологии:
Проведение подготовки к анестезии при различных оперативных вмешательствах, родах, диагностических и лечебных процедурах и манипуляциях. Определение и выбор оптимальных методов анестезии.

Основные задачи службы анестезиологии и реаниматологии:

Проведение подготовки к анестезии при различных оперативных вмешательствах, родах, диагностических и лечебных процедурах и манипуляциях.

2.2 Оптимизация акушерского ухода после оперативного родоразрешения в ОАР ГБУ РС(Я) ЯГКБ

Роль акушерки реанимационного отделения в послеоперационном уходе

Задачей акушерки является оказание помощи человеку, больному или здоровому, в осуществлении тех действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению. Она помогает пациенту выполнить все назначения, предписанные врачом. Работа акушерки в реанимационном отделении сопряжена большими психологическими и физическими нагрузками. Поэтому акушерка, работающая в реанимационном отделении должна быть своего рода психологом, учителем, наставником и т.д.

Роль акушерки в реанимационном отделении неизмеримо возрастает, т.к. в большинстве случаев больной не может сказать, что его беспокоит, а контроль за ним должен обеспечивать жизнедеятельность всех органов и систем. У пациентов, госпитализированных в данное отделение, в желудок может быть введен зонд, в брюшной полости находится несколько дренажных трубок, а в мочевом пузыре - катетер. Все это требует от акушерки при уходе предельного внимания, понимания своих задач, ответственного выполнения назначений врача.

Своевременное информирование о малейших изменениях о состоянии больного или показателях поступивших анализов, данных аппаратов слежения, объем выделяемых и вводимых жидкостей, регистрация их в листе наблюдения является первейшей задачей акушерки.

По санпросвет работе акушерке отделения проводят беседы на темы: «Грудное вскармливание», «Диета в послеоперационном периоде», «О вреде курения», «О личной гигиене» и т.д.

В отделении интенсивной терапии больные должны всегда встречать доброжелательное, вежливое и тактичное отношение.

Акушерка в отделении интенсивной терапии круглосуточно находится рядом с пациентами. Она должна не только внимательно следить за их

состоянием, но и активно интересоваться их самочувствием, их нуждами и быть всегда готовой своевременно обеспечить необходимую помощь.

Уход за больными является неотъемлемой составной частью лечебного процесса и включает в себя комплекс мероприятий, способствующих облегчению состояния больного и обеспечивающих успех лечения. К уходу относится четкое и своевременное выполнение всех предписанных больному медицинских манипуляций, лекарственных назначений и помощь при удовлетворении их жизненных основных потребностей (еда, питье, движение, опорожнение кишечника), всегда следует помнить, что главный девиз медсестры: «Не навреди», «Смотри, что берешь». Ее основная функция - предоставить уход самого высокого качества. наблюдении за деятельностью сердечно-сосудистой и дыхательной систем, мочевой системы и желудочно-кишечного тракта, за состоянием операционной раны.

Сразу по окончании операции женщина находится в ОАР, где за ее состоянием следят акушерки и врач-анестезиолог: в первые 12-24 часа после операции следят за общим состоянием, величиной и состоянием матки, выделениями из половых путей, функцией мочевого пузыря, измеряют пульс, артериальное давление, на нижний отдел живота на 2 часа кладут пузырь со льдом для лучшего сокращения матки и профилактики кровотечения из матки.

После оперативного родоразрешения, через 6 часов после операции акушерка должна учить к простейшей лечебной гимнастике и массажу грудной клетки и живота.

- Круговые поглаживания ладонью по всей поверхности живота по часовой стрелке справа налево, вверх и вниз по ходу прямых мышц живота, снизу вверх и сверху вниз – в течение 2-3 мин;
- Поглаживание передней и боковой поверхности грудной клетки снизу вверх к подмышечной области, левая сторона массируется правой рукой, правая – левой;

- Руки заводятся за спину и производится поглаживание поясничной области тыльной и ладонной поверхностью кистей рук в направлении сверху вниз и в стороны;
- Глубокое грудное дыхание, для контроля ладони кладутся поверх грудной клетки: на счет 1-2 делаются глубокий вдох грудью, на счет 3-4 глубокий выдох, при этом на грудную клетку слегка надавливают ладонями;
- Глубокое дыхание животом, ладонями придерживая область швов, на счет 1-2 вдохнуть, раздувая живот, на счет 3-4 выдохнуть, как можно больше втягивая в себя живот;
- Вращение ступнями, не отрывая пятки от постели, поочередно в одну и другую сторону, описывая максимально большой круг, сгибая стоп на себя и от себя;
- Поочередно сгибание и разгибание левой и правой ноги, пятка скользит по постели;
- Покашливание, поддерживая ладонями область швов.
- Упражнения должны повторяться 2-3 раза в день.

Акушерка должна осуществлять гигиену женщины, перенесшей кесарево сечение, в первые дни после операции должна обязательно включать туалет наружных половых органов. Разрешается мытье тела, исключая область послеоперационного шва.

Послеоперационный шов осматривается врачом 1 раз в день. Ежедневно акушерка обрабатывает его зеленкой или раствором марганца для удаления возможных бактерий, способных вызвать его воспаление, и заклеивает специальной стерильной повязкой.

Должна контролировать за питанием женщины после кесарева сечения, также как и после обычных родов, должно быть высококалорийным и разнообразным и содержать 2500-2800 ккал в день. Предпочтение следует отдавать белковой пище (мясо, молоко, кефир и др.) как основному источнику для синтеза необходимого количества молока и восстановления организма после беременности и родов.

Ежедневный рацион кормящей матери после кесарево-сечения включает:

- Мясо (говядина, нежирная свинина, курица, индейка);
- Нежирные сорта рыбы (треска, судак, карп);
- Молочные и кисломолочные продукты (кефир, сыр, творог, йогурт);
- Крупы (овсяная, гречневая, пшеничная);
- Жиры (сливочное и растительное масла, подсолнечное, оливковое, соевое);
- Овощи, фрукты, сухофрукты.

Необходимо исключить из своего питания жирное, жареное, копченое, соленое, мучное и сладкое, газировку, чипсы и др.

Основным условием для успешной лактации, особенно после оперативных родов, является пребывание женщины в атмосфере полного психологического и физического покоя и ее правильной настрой. Женщине после кесарева сечение вводится большое количество разных лекарств. Несмотря на использование обезболивающих препаратов, антибиотиков и других лекарств, которые попадают в молоко, после операции кесарева сечение женщина может полноценно кормить ребенка грудью. В послеродовом периоде используются препараты, совместимые с грудным вскармливанием.

Проблема инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)- одна из острейших в современном здравоохранении в связи с высокой заболеваемостью, смертностью и летальностью, а также с причиняемым выраженным социально-экономическим и моральным ущербом. «Входными воротами» инфекции у родильниц являются поврежденные родовые пути. Через поврежденные влагалище, шейку матки и промежность также легко может проникнуть инфекция. Это может вызвать развитие послеродового инфекционного осложнения.

В акушерских стационарах акушерская диагностика инфекционных состояний предусматривает:

- раннее и полное выявление наличия (отсутствия) инфекционного состояния как у поступающих в стационар рожениц, так и у находящихся в нем на лечении родильниц и новорожденных;
- определение и оценку степени риска для рожениц, родильниц и новорожденных, относящихся к группам риска возникновения инфекционных состояний.

Нами проведен сравнительный анализ течения послеоперационного периода в аспекте клинического, психологического и эмоционального состояния 35 матери на базе акушерского физиологического отделения.

Основную группу составили 20 женщин (57%), родоразрешенная кесаревым сечением и получившая профилактическую антибиотикотерапию (цефозалин 1,0 внутривенно однократно) в соответствии с клиническим протоколом «Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода».

Группа контроля – 15 женщин (43%), родоразрешенных путем кесарева сечения и получивших антибиотикотерапию (цефтриаксон 1,0 внутримышечно 2 раза в день) в течение 5-7 суток. В обеих группах преобладали первородящие – в первой группе 12 женщин (60%), во второй группе 6 женщин (40%). Средний возраст в I группе 25+2,3 лет, во II группе 27+2,9 лет. Все женщины были на доношенных сроках беременности (38-39 недель).

Кроме обычного клинического обследования женщин, изучения данных анамнеза, общего объективного исследования, специального акушерского исследования, включая осмотр шейки матки после родов у всех женщин, были изучены лабораторные данные и проведены дополнительные исследования: УЗИ, кардиотокографическое наблюдение (КТГ). Кроме того, при плановом оперативном родоразрешении всем роженицам рекомендовалось компрессивное белье на период родоразрешения.

Анализ сопутствующих состояний и осложнений беременности представлен в таблице 2.2.1 и рисунках 2.2.1, 2.2.2. по основным показателям данные обеих групп сопоставимы. Анемия во время беременности была почти у трети беременных в обеих группах(30-33%), отеки беременных встречались у каждой пятой беременной (50-40%). Крупный плод – у 10% родильниц в обеих группах. Задержка роста плода диагностирована у 20% беременных женщин в обеих группах.

Сопутствующие состояния и осложнения беременности

Таблица 2.2.1

Сопутствующие состояния и осложнения беременности	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
Анемия	6	30	5	33
Отеки беременных	10	50	6	40
Крупный плод	2	10	2	10
Отягощенный ак.анамнез	12	60	11	73
Задержка роста плода	4	20	3	20



Рисунок 2.2.1 сопутствующие состояния и осложнения беременности



Рисунок 2.2.2 сопутствующие состояния и осложнения беременности

Показания к оперативному родоразрешению представлены в таблице 2.2.2. По основным показателям данные в обеих группах были сопоставимы. Упорная слабость родовой деятельности встречалась у 20% рожениц основной и контрольной групп. Рубец на матке в основной группе - 35%, в контрольной 46,3% (меньше, чем средние показатели учреждения), что объясняется преобладанием первородящих рожениц в обеих группах. Тазовое предлежание и крупный плод – 3 случаев (15%) в основной и 2(13,3%) случаев - контрольной группе. Преждевременная отслойка плаценты соответственно 10% и 7%. Клинический узкий таз - 10% и 7%, что сопоставимо со средними показателями стационара. Преэклампсия средней и тяжелой степени встречались в 20%,7% случаев, что соответствует статистике учреждения.

Анализ сопутствующих состояний и осложнений беременности представлен в таблице 2.2.1 и рисунках 2.2.1, 2.2.2. по основным показателям данные обеих групп сопоставимы. Анемия во время беременности была почти у трети беременных в обеих группах(30-33%), отеки беременных встречались у каждой пятой беременной (50-40%). Крупный плод – у 10% рожениц в обеих группах. Задержка роста плода диагностирована у 20% беременных женщин в обеих группах.

Сопутствующие состояния и осложнения беременности

Таблица 2.2.1

Сопутствующие состояния и осложнения беременности	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
Анемия	6	30	5	33
Отеки беременных	10	50	6	40
Крупный плод	2	10	2	10
Отягощенный ак.анамнез	12	60	11	73
Задержка роста плода	4	20	3	20



Рисунок 2.2.1 сопутствующие состояния и осложнения беременности

Контрольная группа



Рисунок 2.2.2 сопутствующие состояния и осложнения беременности

Показания к оперативному родоразрешению представлены в таблице 2.2.2. По основным показателям данные в обеих группах были сопоставимы. Упорная слабость родовой деятельности встречалась у 20% рожениц основной и контрольной групп. Рубец на матке в основной группе - 35%, в контрольной 46,3% (меньше, чем средние показатели учреждения), что объясняется преобладанием первородящих рожениц в обеих группах. Тазовое предлежание и крупный плод – 3 случаев (15%) в основной и 2(13,3%) случаев - контрольной группе. Преждевременная отслойка плаценты соответственно 10% и 7%. Клинический узкий таз - 10% и 7%, что сопоставимо со средними показателями стационара. Преэклампсия средней и тяжелой степени встречались в 20%,7% случаев, что соответствует статистике учреждения.

Таблица 2.2.2.

Осложнения родов	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
Упорная слабость родовой деятельности, дородовое излитие околоплодных вод	4	20	3	20
Рубец на матке после КС	7	35	7	46,3
Половое предлежание, крупный плод	3	15	2	13,3
Гипертония	1	10	1	7
Клинический узкий таз	1	10	11	77
Преэклампсия средней и тяж.степени	4	20	11	77

Частота осложнений в послеродового периода представлена в таблице 2.2.3 и рисунках 2.2.4.

Анализ осложнений послеродового периода показал, что в основной группе лохиометра встречалась значительно реже (45%), против 73,3% контрольной группы, что объясняется ранним прикладыванием к груди, введением раннего вскармливания, и, как следствие, физиологического сокращения матки. Парез кишечника и тромбофлебит нижних конечностей во второй группе наблюдались чаще 6,7(%), чем в первой (5%), что связано с особенностями анестезиологического пособия (эндотрахеальный наркоз) и, соответственно, более поздней физической активностью женщин после

операции. Показатели постгеморрагическая анемия сопоставимы в обеих группах (на уровне 10,20%).

Таблица 2.2.3

Осложнения послеродового периода	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
Лохиометра	9	45	11	73,3
Гематома послеопер. шва	1	5	2	13,3
Парез кишечника	1	5	1	6,7
Тромбофлебит нижних конечностей	0	0	1	6,7
Постгеморрагическая анемия	2	10	3	20

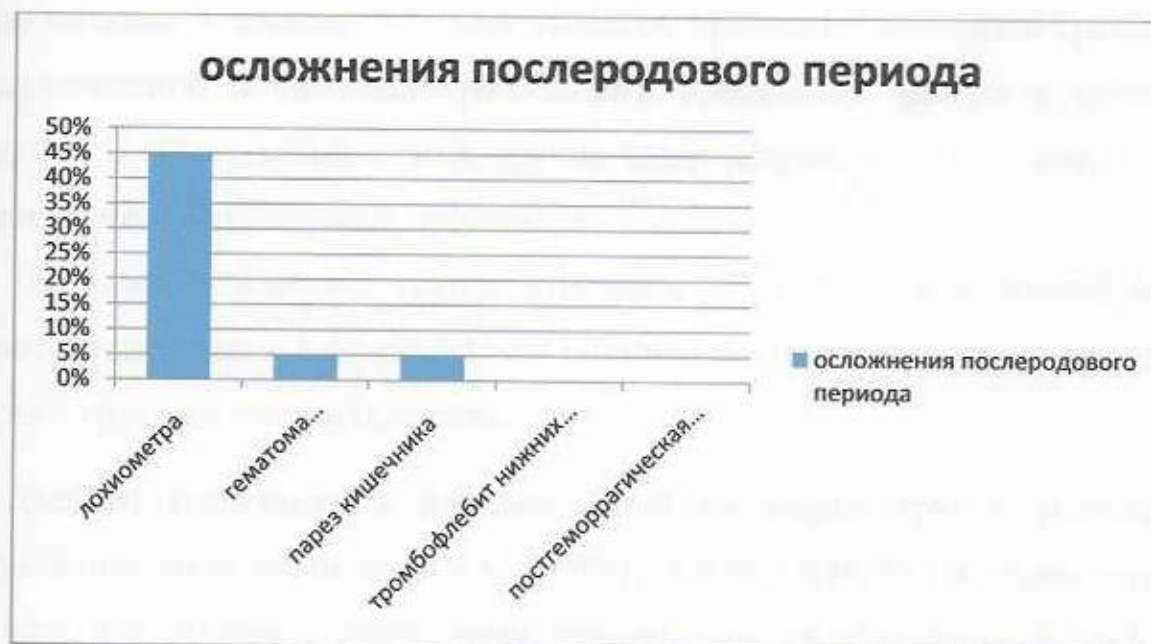


Рис.2.2.3. Частота осложнений послеродового периода у рожениц основной группы.

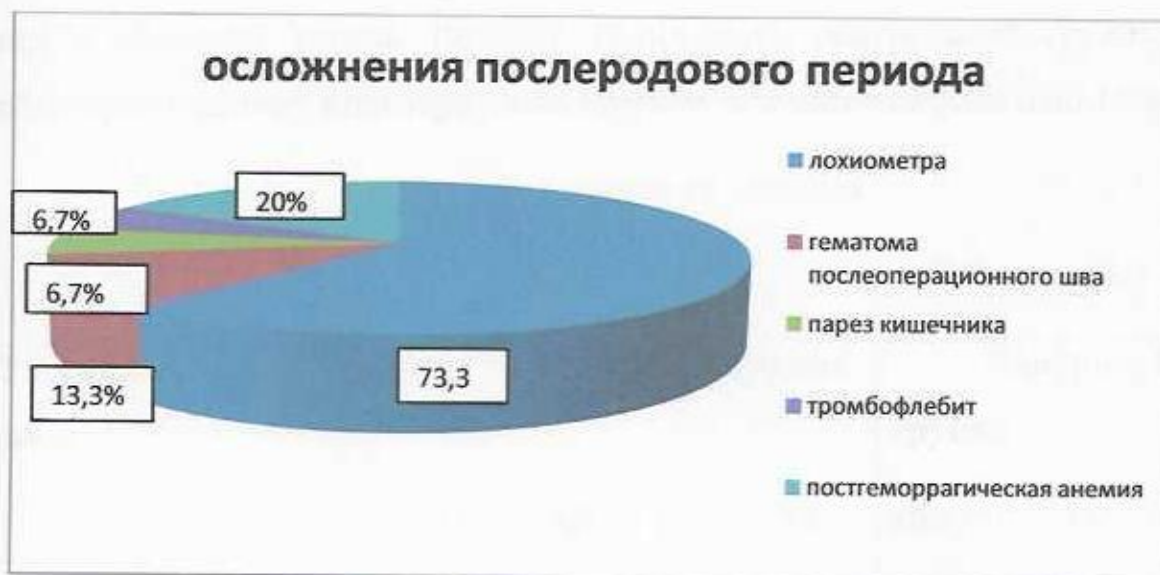


Рис.2.2.4. Частота осложнений послеродового периода у рожениц основной группы

Течение послеродового периода отражено в таблице 2.2.3. Большинство рожениц основной группы - 18(90%) после родоразрешения были размещены вместе с ребенком в палате «Мать и дитя», что позволило начать грудное вскармливание с первых суток жизни новорожденного. Во второй группе ведение послеоперационного периода с применением системных антибиотиков в течение 5-7 дней являлось противопоказанием к грудному вскармливанию и требовало отдельного пребывания матери и ребенка. Грудное вскармливание в этой группе было разрешено с 6-го дня, после отмены антибактериальных препаратов.

Гиполактация в первой группе отмечалась у 4(20%), а во второй была значительно выше – у 12 (80%), что объясняется ранним прикладыванием к груди и грудным вскармливанием.

Дисбиоз кишечника и родовых путей во второй группе рожениц встречались достоверно чаще – у 2(20%) против 13(86,7%) женщин первой группы, что связано с длительным применением антибиотиков. В этой же группе наблюдались постинъекционные осложнения (инфильтраты) – у 2 женщин (13,3%). Ранняя выписка стационара – на 3-4 день была возможна

только в основной группе 19(95%), роженицы контрольной группы с антибактериотерапией в послеродовом периоде оставались в родильном доме.

Течение послеродового периода

Таблица 2.2.3

Течение послеродового периода	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
Совместное пребывание М и Д	18	90	0	0
Гипогалактия	4	20	12	80
Замедленная инволюция матки	4	20	13	86,7
Дисбиоз кишечника и родовых путей	2	10	9	60
Постинъекционные инфильтраты	0	0	2	13,3
Ранняя выписка	19	95	0	0

Таким образом:

1. Анализ особенностей клинического течения послеоперационного периода в группе с профилактической антибиотикотерапией, свидетельствует о снижении таких осложнений как лохиометра, тромбофлебит нижних конечностей, парез кишечника. В группе с длительной антибиотикотерапией в послеродовом периоде значительно чаще развивается дисбиоз кишечника и родовых путей, замедленная инволюция матки, постинъекционные инфильтраты.

2.3. Анализ деятельности отделения анестезиологии и реанимации за 2016-2017 гг.

В ОАР за 2016 г., проведено 2799 анестезиологических пособий, из них экстренных - 2214, плановых - 585: комбинированных эндотрахеальных наркозов - 316 из них (севораном) 68; спинномозговых анестезий - 1133; эпидуральных анестезий - 104; тотальных внутривенных анестезий - 197; эпидуральное обезболивание родов-1049. В отделении планирования семьи проведено 56 тотальных внутривенных анестезий.

За 2017 г., проведено 2581 анестезиологических пособий, из них экстренных - 2008, плановых - 573: комбинированных эндотрахеальных наркозов - 297 из них (севораном) 52; спинномозговых анестезий - 987; эпидуральных анестезий; тотальных внутривенных анестезий - 173; эпидуральное обезболивание родов-1014. В отделении планирования семьи проведено 56 тотальных внутривенных анестезий. Более полно структура анестезиологических пособий приведена в таблице № 1.

Анестезиологическая смертность - 0.

Анестезиологических осложнений не было.

Работа ПИТ ОАР

Распределение анестезиологических пособий по годам

Таблица 1

№		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.	
		экстр	план	экстр	план	экстр	план	экстр	план
1	Пособия	933	271	1132	342	2214	585	2008	573
2	Всего	1204		1474		2799		2581	

Показатели работы акушерского стационара по операции

(кесарево сечение)

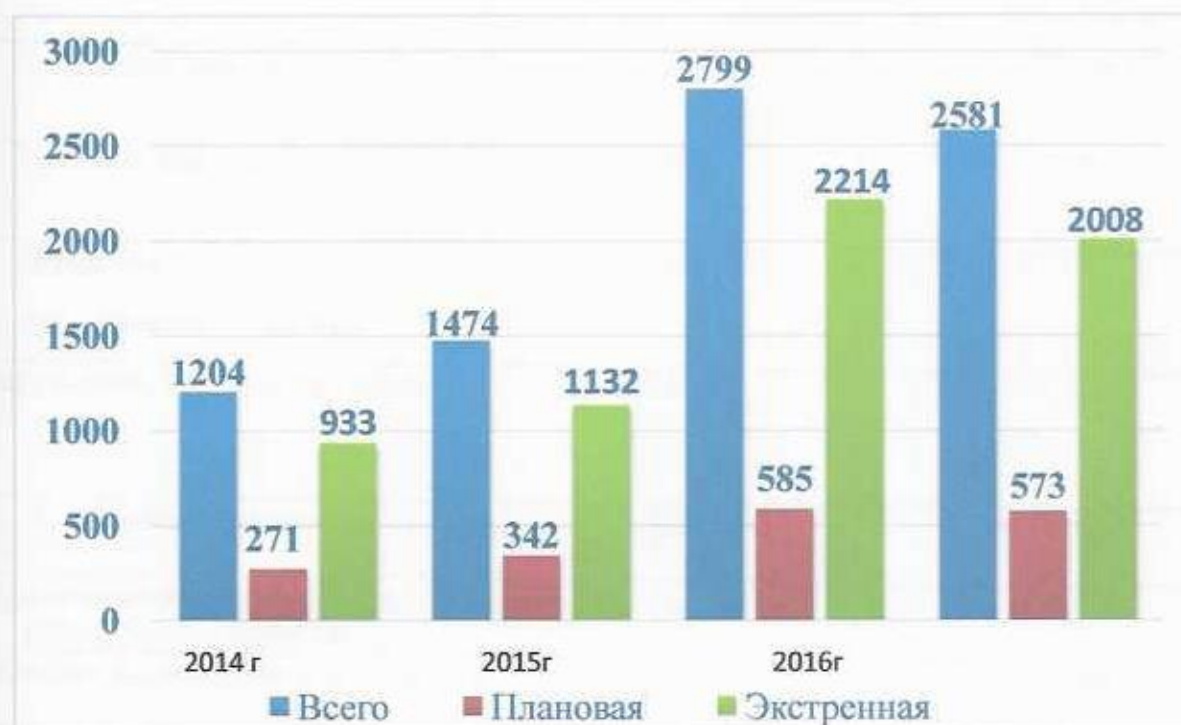


Диаграмма 1

В последние годы идёт рост анестезиологической активности за счёт увеличения количества операций, поступления на роды женщин с тяжёлой патологией. Снижение числа анестезиологических пособий объясняется сокращением количества родов в 2017 г. из-за закрытия роддома на санацию и ремонт.

Данные по родильному дому по операции кесарево сечение

Таблица 2

Абсолютное число на 1000 родов	2016 г	2017 г
Принято родов	6224	6178
Нормальных родов	3115	3134
Многоплодных	67	76
Преждевременных	261	440
Индукцированных	929	596
Преэклампсия	451	599
Эклампсия	9	8
Кровотечение в связи с предлежанием плаценты	6	6
С нарушением свертывания крови	6	5
С отслойкой плаценты	42	55
Кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах	130	85
Аномалии родовой деятельности	601	498
Затрудненные роды	309	381
Перитонит после кесарева.с		
Анемия	1718	1482
Болезни мочевыводящих путей	453	593
Сахарный диабет	4	4
Болезни системы кровообращения	655	864
Болезни щитовидной железы	344	282

Роды у возрастных первородящих	391	330
Роды у юн.первород	45	88

В таблице 2 приводятся данные службы родовспоможения с 2016 по 2017годы. Увеличение количества рождаемости связано с Государственной программы поддержки материнства и детства, которая проводится в нашей стране с 2007 года, а именно с введением проекта «Материнский капитал». Количество родов ежегодно повышается за счет повторно родящих женщин.

Процент послеродовых осложнений остается на прежнем невысоком уровне, чему способствует как совместное пребывание родильниц с детьми, использование протоколов проекта «мать и дитя».

Показания к операции (кесарево сечение).

Таблица 3

	2015	2016	2017
Всего родов	5098	6224	6178
Кесарево сечение	1474	2799	2581
Рубец на матке	302- 22,9 %	476-33,5%	480-31,3%
Возрастная первородящая+ОАО	20	26-1,8%	20 1,3%
Преэклампсия(тяжелая-умерен)	56-4,3%	94-6,6%	98-6,4%
Прогрессирующая гипоксия пл	163-12,4%	127-8,9%	191-12,5%
Клинически узкий таз	103-7,8%	136-9,6%	160-10,4%
Неэффективность родовозбужд.	64 - 4,9%	51-3,6%	65-4,2%

Аномалии родовой деятельности	108-8,2%	137-9,6%	162-10,6%
Множотвоя высокая степени	10-1,2%	33-2,3%	31-2,02%
Плодотворная N расположенной плаценты	119 - 9,04%	114-8,02%	89-5,8%
Газовое предлежание	71- 5,0%	71-5,0%	107-6,78%
Косое и поперечное положение плода	9-0,62%	25-1,8%	7 -0,45%
Переносимая беременность	12-0,18%	12-0,8%	3 -0,19%
Анатомически узкий таз	22-2,7%	26-1,8%	
Выпадение петель пуповины	5	1-0,07%	2 -0,13%

На **первом** месте – рубец на матке – 31,3% как и в прошлые годы (2017г- 33,5%, 2016г – 22,9%). В связи со значительной опасностью для матери при повторных операциях, трудностями общения с ребенком и грудного вскармливания большое значение приобретают введение вагинальных родов у женщин с рубцом матке.

На **втором** месте - прогрессирующая гипоксия плода - 12,5%, (2016г. - 8,9%, 20 Юг - 12,4%). Фето-плацентарная недостаточность является ведущей причиной внутриутробных гипоксии и мертворождений. Комплексная диагностика состояний плода (доплер исследования кровотоков и кардиотокография) позволяет своевременно диагностировать внутриутробное страдание плода и определять тактику родоразрешения.

На **третьем** месте - аномалии родовой деятельности - 10,6%, (2017г. - 9,6% 2016 г. -8,3%)

Послеоперационные осложнения. Послеоперационные осложнения без значительных колебаний. Ежегодно повышается показатели эндометрита, в связи с увеличением количества родов, в 2015г. один случай перитонита после операции кесарева сечения по поводу клинически узкого таза, во время операции в связи с гипотонией матки был наложен компрессионный шов по Б.Линчу.

Диаграмма 2



Тяжелое течение беременности за 2016 -2017 гг.



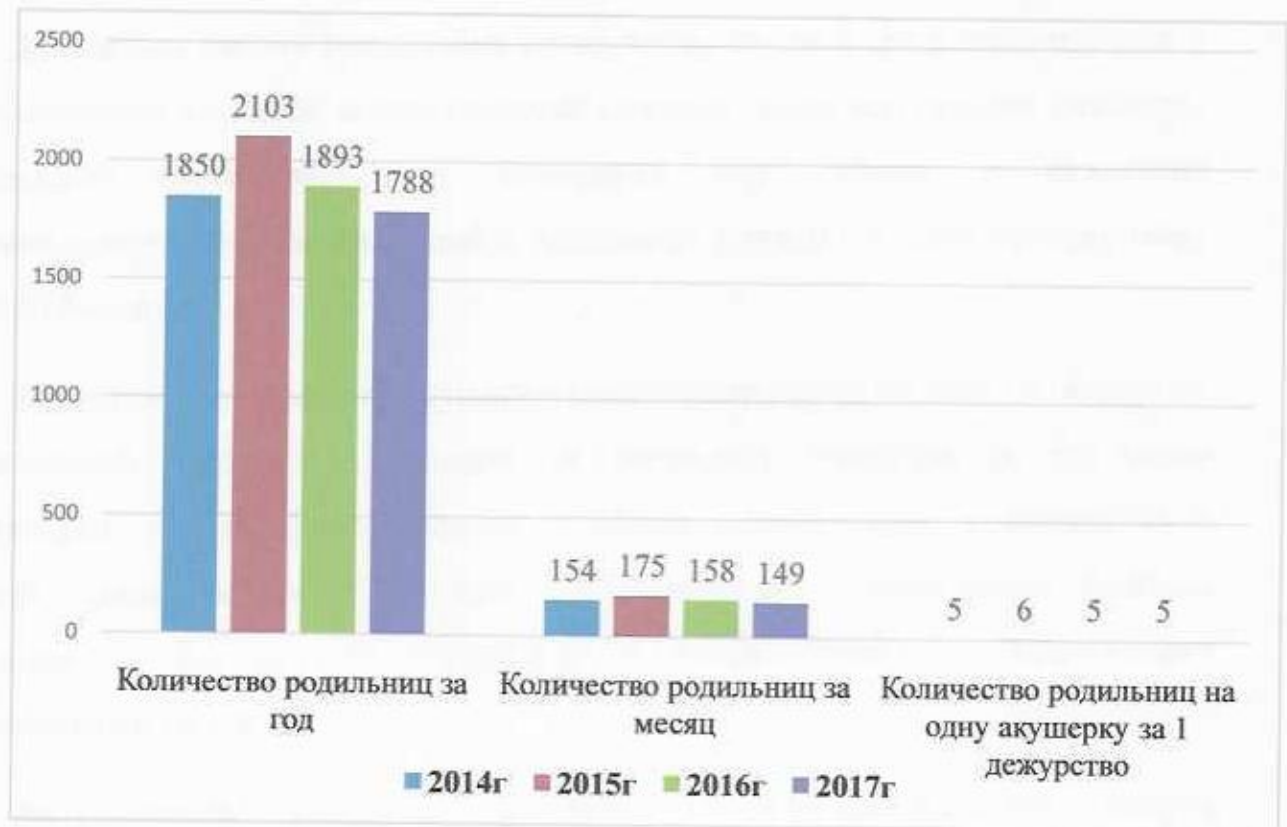
Осложнения беременности поздними преэклампсиями остаются на прежнем уровне. Количество родов ежегодно повышается за счет повторно рожавших женщин. Наряду с этим повышается число беременных женщин с экстрагенитальными заболеваниями, являющимся показаниями для операции кесарева сечения.

Нагрузка акушерок ПИТ ОАР(сравнительная таблица)

	Показатель	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
1	Количество родильниц в год	1850	2103	1893	1788
2	Количество родильниц в месяц	154	175	158	149
3	Количество родильниц на 1 акушерку за 1 дежурство	5	6	5	5

С каждым годом увеличивается количество родильниц пролеченных в палатах интенсивной терапии ОАР, это связано с общим увеличением рождаемости, увеличением числа оперативных родов и свидетельствует о все Переливание крови, компонентов крови и кровезаменителей пациентам ОАР

Нагрузка акушерок ПИТ ОАР (сравнительная диаграмма)



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дипломная работа направлена на изучение послеоперационного ухода и восстановления женщин после кесарева сечения, содержит анализ основных показателей деятельности за последний год работы в отделении анестезиологии-реанимации. Особое внимание уделено послеоперационному ведению больных.

Объектом деятельности акушерки является женщина, её семья и общество. В настоящее время профессионализм акушерки определяется по таким показателям, как профессиональная и общая компетенции, мобильность и уровень квалификации. Для повышения качества медицинской помощи необходимо повышать квалификацию в соответствии с современными достижениями науки.

Актуальность изучения вопроса о профессиональной оценке квалификации акушерского персонала определяется современными социально-экономическими требованиями, касающимися повышения качества и доступности квалифицированной медицинской помощи, преодоления низких темпов развития акушерского дела в сравнении с уровнем и темпами развития медицинской науки, ликвидации дисбаланса текучести кадров среднего медицинского персонала и важности повышения качества и уровня подготовки специалистов с акушерским образованием.

В современных условиях модернизации отечественной системы здравоохранения профессионализм и компетентность акушерского персонала требует совершенствования образовательной части системы подготовки и повышения квалификации специалистов акушерского дела.

ВЫВОДЫ

1. С каждым годом в мире делается все больше операций кесарево сечение. Рост «популярности» кесарева сечения коснулся женщин всех возрастных, национальных и этнических групп. Самым резким он оказался у дам младше 25 лет - 57%. Процент оперативных родов остается достаточно высоким 28,5%; основным показанием для операции является рубец на матке. Прежде всего, во всем мире увеличилось число женщин, называемых на языке акушеров «старородящими», то есть перешагнувших 35 летний возраст. Увеличилось количество беременных с серьезными заболеваниями, не позволяющими им рожать естественным способом. Те, кто рожал первенца с помощью этой операции, уже имеют рубец на матке, а это служит показанием к такой же операции при последующих родах. Наконец, увеличилось количество женщин с многоплодной беременностью после применения методов вспомогательной репродукции - прежде всего ЭКО.

2. Повышение оказания медицинской помощи и улучшение перинатальных показателей невозможно без совершенствования родовспоможения. Технический прогресс и разработка новых медицинских пособий, безусловно, способствует повышению эффективности акушерской помощи. Однако в настоящее время ВОЗ и профессиональное акушерское сообщество рекомендует внедрение в акушерскую практику максимально физиологичных, безопасных и неинвазивных, а также удобных в применении и доступных для пациентки и медперсонала способах оперативного родоразрешения. Ведение послеоперационного периода с профилактической антибиотикотерапией полностью соответствует по требованиям ВОЗ. Они способствуют снижению количества послеродовых осложнений, раннему грудному вскармливанию и совместному пребыванию матери и ребенка, что благоприятно отражается на психологическом и эмоциональном состоянии женщины.

Акушерка играет ключевую роль в данном процессе, проводя активную работу по профилактике осложнений, ранней физической активности обучая принципам грудного вскармливания своевременно оказывая акушерскую и психологическую помощь послеоперационном периоде.

Проведенное нами исследование показало, что родильницы группы профилактической антибиотикотерапией через 6-8 часов после оперативного родоразрешения, могут быть размещены вместе с ребенком в палате «Мать и Дитя», что позволяет начать грудное вскармливание с первых суток жизни новорожденного. Соответственно, ведение послеоперационного периода с применением системных антибиотиков в течение 5-7 дней является противопоказанием к грудному вскармливанию и требует отдельного пребывания матери и ребенка. Разрешено только с 5-7-го, после антибактериальных препаратов. В связи с этим патология лактации в виде гипогалактией в данной группе значительно выше.

Замедленная инволюция матки в группе с системным назначением антибиотиков наблюдается чаще, что также объясняется поздним прикладыванием к груди и задержкой грудного вскармливания.

Длительная антибактериальная терапия приводит к развитию дисбиоза кишечника и родовых путей, что и было показано нашим исследованием. Постинъекционные осложнения (инфильтраты) также являются следствием системной антибиотикотерапии. Декларируемая и настоятельно рекомендуемая ВОЗ ранняя выписка из стационара – на 3-4 день = служит профилактикой внутрибольничных инфекций, опасных для здоровья матери и новорожденного. В проведенном нами исследовании, ранняя выписка была возможна лишь у родильниц с профилактическим введением антибиотика.

3. Анализ деятельности акушерского отделения за 2015-2016 гг. ГБУ РС (Я) ЯГКБ показывает, что:

1. С каждым годом увеличивается количество больных пролеченных в палатах интенсивной терапии ОАР, это связано с общим увеличением

рождаемости, увеличением числа оперативных родов и свидетельствует о все возрастающей востребованности работы отделения анестезиологии-реанимации.

2. Отмечается улучшение в оснащении ОАР наркозно-дыхательной аппаратурой, оборудованием для реанимации и интенсивной терапии (дефибриллятор-мониторы и шприцевые волюметрические насосы), что позволяет повысить качество обслуживания больных, но все же, укомплектованность следящей аппаратурой (реанимационные мониторы), шприц-дозаторами остается недостаточной, что существенно затрудняет работу медперсонала в данном подразделении.

3. С учетом роста региональных методов обезболивания, увеличивается потребность в своевременном оснащении отделения расходными материалами (включая, местные анестетики, спинномозговые и эпидуральные наборы).

4. В целом отделение анестезиологии-реанимации справляется с возложенными на него обязанностями по оказанию анестезиолого-реанимационной и консультативной помощи в подразделениях ГБУ РС(Я) «ЯГКБ»

Практические рекомендации:

1. Повышение квалификации акушерок, работающих в ОАР.
2. Ввести учет ПМУ для повышения контроля качества работы акушерки в реанимации.
3. Обучение и обмен опытом работы в ведущих клиниках России
4. Обратить внимание на улучшения здоровья девушек и женщин детородного возраста.
5. Улучшить качество работы женских консультаций по профилактике непланируемой беременности, диспансеризации беременных и гинекологических больных, совершенствования перинатальной диагностики
6. Увеличить количество школы будущих матерей при женских консультациях, ввести уроки в школах и в учебных заведениях.

Использованная литература

1. В.Е.Радзинский. Акушерство // учебник/ под редакцией проф. – М ГЭОТАР-Медиа- 2008.- 678стр
2. Лысак Л.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб. пособие - Ростов н/Д., Феникс, 2014. - 348 с.
3. Славянова И.К. Акушерство и гинекология. - Ростов н/Д.: Феникс, 2014- 573 с
4. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. -Ростов н/Д., 2015.
5. Никитина Ю.П. Руководство по медицинской профилактике. –М.:Геотар-Медиа,2011г. -439с.
6. Смирнова Л.М. и др. Акушерство и гинекология. - м.,2014.
7. Бодяжина.В.И. Акушерство. -М., 2014.
8. ВагановН.Н. Здоровье женщин России. – М., 2009. – 96с
9. Журнал. Медицинская сестра. 1, 2,3,4/2017.
- 10.Журнал. Медицинская сестра 8/2017.
- 11.Якутский медицинский журнал.-2016.-39с.
- 12.www.razlib.ru/medicina/
- 13.litperevod.ru/perinatal.htm
- 14.www.doctor.tj/gynecology/index3.php