***«УТВЕРЖДАЮ»***

Директор ГНИИКиФ г. XXXXXXXXXXX

**д.м.н. XXXXXXXXXXXXXX**

«\_\_\_\_» ноября 2001 г.

ОТЧЕТ

о работе врача акушера-гинеколога

гинекологического отделения

XXXXXXXXX клиники XXXXXXX

***XXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXXXX***

за 1998-2000 г.

претендующей на присвоение

квалификационной категории

Г. XXXXXXXXX, 2001 г.

**I. ВВЕДЕНИЕ**

Район Кавказских минеральных вод отличается уникальностью и многообразием курортного лечебного ресурса. На Пятигорском курорте бальнеотерапия отличается значительным разнообразием. Солидную базу для этого обеспечивают исключительные богатство и редкое сочетание различные природных средств: бальнеологических - радоновых и сульфидных - вод, грязи Тамбуканского озера питьевых минеральных вод разного химического состава.

*1. Углекислые воды.*

Первый Пятигорский тип воды - углекислые хлоридно-гидрокарбонатно-сульфатные, натриево-кальциевые.

- Горячие нарзаны (источник 19, 33) характеризуются высокой температурой (больше 42 С), высокой газонасыщенностью (больше 1000 мл/л) гипотонической концентрацией солей ( 7,0-7,6 г/л), терапевтически активной концентрацией кремния (более 50 мг/л), повышенным содержанием марганца, калия, фтора, радия, тория Х и мезотория I.

Источники обладают оригинальным радиологическим составом и классифицируются как воды радиоактивные радиево-мезоториевые с повышенным содержанием тория X.

- Теплые нарзаны (источник Красноармейский новый I, 4,7**,** 24) характеризуется высокой газонасыщенностью, гипотонической концентрацией солей (5,2 г/л), терапевтически активной концентрацией железа - более 10 мг/л (ист. 4, 24) и кремния (ист. 24), повышенным содержанием тяжелых металлов (ист.4,7,24), марганца, калия и тория Х (ист.1,7). Содержание последнего позволяет отнести ист. 1 и 7 к водам слаборадиоактивным с повышенным содержанием тория X.

- Холодные нарзаны (ист. Красноармейские 1,2,3,11) характеризуются высокой газонасыщенностью, гипотонической концентрацией солей (5,2 г/л), терапевтически активной концентрацией железа (ист. Красноармейские 1,2), повышенным содержанием тяжелых металлов, марганца и калия.

Теплые нарзаны нашли широкое применение для питьевого лечения на курорте и выведены в питьевой и Академической галереях (ист. Красноармейский новый) и бюветах.

Минеральные вода Пятигорска характеризуются высокими санитарно-бактериологическими показателями, количество сапрофитных микроорганизмов в 1 мл воды (т.н. микробное число) значительно ниже 100 и лежит в пределах 0-50.

Микрофлора минеральных вод в основном представлена микроорганизмами, преобразующими вещества, содержание в своем составе азот и серу. При этом первую группу микроорганизмов составляют сульфатредуцирующие и тионовые денитрифицирующие микроорганизмы, регулирующие наряду с физико-химическими процессами соотношение сульфитно-карбонатных ионов и содержание сероводорода.

Вторую группу представляет денитрифицирующие и аммонифицирующие микроорганизмы, жизнедеятельность которых сопровождается образованием азота и ионов аммония. Установлено что микробное число вод Пятигорского типа лежит в пределах 0-27 бактерий в 1 мл воды.

Первый Ёссентукский тип - воды слабоуглекислые гидрокарбонатно-хлоридные и хлоридно-гидрокарбонатные-натриевые. Они характеризуются слабой газонасыщенностью, изотонической концентрацией солей (8,3-11,1 г/л) и повышенный содержанием брома. В отличие от вод Ессентуков содержат меньше СО2 и HCO3.

*2. Сульфидные воды*

Второй Пятигорский тип - воды углекисло-сероводородные хлоридно-гидрокарбонатно-сульфатные, натриево-кальциевые - характеризуются высокой температурой, гипотонической концентрацией солей (5,ЗГ/л), терапевтически активной концентрацией сероводорода(10-15 мл/л) и кремния, повышенным содержанием марганца, калия, радия.

Используются эти воды в основном для бальнеологических процедур (Пироговские, Ермоловские, Пушкинские, народные ванны), а некоторые из них выведены в питьевые бюветы Академической и Питьевой галерей и рекомендуются для внутреннего применения.

Среди микроорганизмов, обнаруженных в водах этой группы, наиболее многочисленными являются сульфатредуцирующие, тионовые, денитрифицирующие и аммонифицирующие бактерии. Микробное число вод всех источников этого типа -0-11 сапрофитных гетеротрофных бактерий в 1 мл. воды.

Второй Ессентукский тип - углекисло-сероводородная вода хлоридно-гидрокарбонатного натриевого состава (ист.20). Характеризуется высокой газонасыщенностью, терапевтически активной концентрацией сероводорода (больше 25 мг/л), изотонической концентрацией солей (8,9 г/л), терапевтически активной концентрацией кремния, повышенным содержанием йода, брома и калия. Используются только в питьевых целях.

*3. Радоновые воды*

Радоновые воды в Пятигорске представлены двумя группами:

- вода Пятигорского типа - хлоридно-гидрокарбонатно-сульфатные натриево-кальциевые - характеризуются малой величиной минерализации и широким диапазоном лечебных концентраций радона.

- вторая группа радоновых вод представлена гидрокарбонатно-сульфатной кальциевой натриевой водой. Характеризуется она низкой величиной минерализации (0,7 г/л), терапевтически активной концентрацией кремния, высокой концентрацией радона и повышенным содержанием радия, тория Х и мезотория I. Воды обладают наиболее сложным радиологическим составом и являются единственными на курорте представителями радиоактивных вод радоно-радиевого-мезоториевого типа с повышенным содержанием торияХ. Микробное число радоновых вод лежит в пределах -0-50 бактерий в 1 мл.

Лечебное действие радоновых вод складывается из влияния излучения и действия минеральных веществ, содержащихся в радоновой воде. Поглощенная доза излучения и его биологическая активность составляют около 90% от всего излучения радона. Лечебное действие имеется даже при очень малых интегральных поглощенных дозах излучение обладает высокой ионизирующей способностью и малой проникающей способностью. Выделяют два основных пути воздействия ионизирующего излученияна живое вещество:

№ I) прямое - когда ионизация происходит в биологически важных макромолекулах (ДНК, РНК, ферменты др.)

№ 2) непрямое или косвенное - когда ионизация происходит в молекулах воды, содержащихся в клетках. Частицы ионизируют атомы и молекулы тканей, образуются свободные радикалы (атомы или группы атомов не несущие электрического заряда, но имеющие ненасыщенные химические валентности, обладающие реактивной способностью).

Свободные радикалы дают толчок другим реакциям,развивающимся по цепному самоускоряющемуся типу. Одна активная молекула с большой энергией вовлекает в реакцию сотни и тысячи молекул живого вещества. Таким образом, при радонотерапии энергия облучения превращается в энергии химических связей.

*4. Воды бесспецифических компонентов и свойств*

- Азотно-углекислая гидрокарбонатно-сульфатно-хлоридная натриевая вода

- Хлоридная натриевая вода

- Слабоуглекислая хлоридная натриевая с повышенным содержанием гидрокарбонатов.

Среди гидроминеральных богатств района КМВ особое место занимает минеральное озеро Большой Тамбукан с донными отложениями, обладающими лечебными свойствами.

К лечебным пелоидам озера относятся: ил, черная грязь и темно-серая грязь, которые при добыче грязи смешиваются. Все разновидности лечебной грязи Большого Тамбуканского озера отличаются высоким содержанием тонко дисперсных частиц, сернистого железа, высокими адсорбционными свойствами и необходимой вязкостью. Ониже обладают и наиболее активными биологическими и антибактериальными свойствами. Антибактериальные вещества грязи представлены различными антибиотиками, образуемыми грязевыми микроорганизмами, а также смолообразными веществами, в состав которых входят жидкие и твердые высокомолекулярные жирные кислоты липоиды и пигменты. Биологическая активность темно-серой грязи несколько ниже, чем ила и черной грязи, стально-серая глина антибактериальными свойствами не обладает.

Лечебное действие Тамбуканской грязи определяется двумя основными факторами: физико-химическими свойствами и биологической активностью, к которой относятся и антибактериальные свойства грязи.

К положительным физико-химическим свойствам грязи относятся:

коллоидальность, вязкость, пластичность, солевой состав, содержание сероводорода, показателем антибактериальной активности грязи служит содержание в ней микробов - антагонистов, продуцирующих в грязи антибактериальные вещества.

Уникальность кавминводского месторождения, наличия в нем почти всех известных типов минеральных вод, различающихся по своему химическому, газовому составу и радиоактивности, позволили клиницистам Пятигорского ГНИИКиФ в творческом содружестве с другими научными центрами страны заложить основы современной отечественной бальнеотерапии - разработать основные принципы и дифференцированные метода курортного лечения больных различными заболеваниями с учетом их возраста, показания и противопоказания для лечения, критерии оценки эффективности курортной терапии.

**II. Основная часть**

После окончания Ставропольской государственной медицинской академии в1997 г.. я, пройдя интернатуру по специальности « акушерство и гинекология» при Ставропольской медицинской академии, с 1998 г. стала работать врачом-ординатором физиологического отделения Пятигорского родильного дома. Там продолжаю работать и по сей день. С августа 2001 г. по совместительству работаю врачом акушером-гинекологом в гинекологическом отделении Пятигорской клиники НИИКиФ.

Стаж работы по специальности 4,3 года.

Прошла усовершенствования и специализации:

 2000 г. - Планирование семьи и защита от инфекций, передаваемых половым путем организованное ВОЗ, фондом ООН по народонаселению.

Владею диагностическими методами: кольпоскопией, кольпоцитологией, гистеросальпингографией, методами гормонального тестирования гинекологических больных.

В настоящее время я являюсь сотрудником гинекологического научного отделения Пятигорской клиники ГНИИКиФ. Гинекологическое отделение располагает клинической базой, насчитывающей 30 коек. В отделении работают 4 специалиста с высшим образованием: зав. отделением кандидат мед.наук, два старших научных сотрудника. Задачами работы сотрудников гинекологического отделения являются:

- изучение особенностей механизма действия естественных и преформированных физических факторов, научные обоснования применения и оптимизация лечебных комплексов, планирование и организация курортного дела, подготовка кадров курортных работников.

С января 1992 г. НИР посвящена разработке методик курортного лечения больных с гармональнозависимыми заболеваниями, сприменением радоновых вод сочетано с препаратами антиоксидантного ряда (токоферол, ретинол).

Квалифицированное обследование и лечение больных осуществляется благодаря имеющимся клиническим и биохимическим лабораториям, отделению функциональной диагностики, физиотерапевтическому отделения, рентгенкабинету, залу ЛФК, кабинету иглорефлексотерапии, экспериментальному отделу иммунологии и гормонов.

Вопросами рационального питания занимается врач-диетолог и медсестра.

Курс лечения в гинекологическом отделении рассчитан на 24 дня, необходимые обследования проводятся до начала лечения и после проведенного лечения. Больные поступают в отделение на протяжении всего текущего месяца в зависимости от срока лечения, указанного в их путёвке.

В настоящее время в отделение в соответствии с закрепленными за отделением научными темами поступают в основном больные с диагнозами, соответствующими выше указанным темам.

Это больные генитальным эндометриозом и краурозом и лейкоплакией вульвы. Преобладающий контингент больных, поступающих в гинекологическое отделение, больные генитальным эндометриозом. Данный факт связан прежде всего с улучшенной в последние годы диагностикой данного заболевания и трудностью реабилитации этих больных вне курортного лечения. связанных с плохой переносимостью других видов лечения, частности, гормонального.

В клинике я курирую больных с самой разнообразной патологией. Кроме больных по НИР: «разработка дифференцированных методов курортной терапии при гормонально зависимых заболеваниях в гинекологии», также курирую больных по теме кандидатской диссертации: «Терапия не вынашивания беременности у женщин, страдающих относительной гиперэстрогенией».

В задачи моей работы входит:

1. клиническое, функциональное, лабораторное, электрофизическое обследование больных до и после лечения

2. комплексная оценка состояния здоровья каждой больной женщины

3. анализ причин, влияющих на состояние здоровья больных

4. подбор лечебного комплекса в зависимости от клиники процесса, общего состояния и имеющейся сопутствующей патологии

5. наблюдением за состоянием больных в течении всего курса лечения

6. выдача рекомендаций по улучшению состояния больных после проведенного курса лечения

7. контроль за отдаленными результатами (анкетирование, повторные вызовы в клинику или повторные курсы лечения в клинке, выданных в местных крайздравотделах или облздавотдлах)

8. статистическая обработка материала и анализ полученных данных

Нозологическая структура больных, курируемых Плотниковой С.В.

Таблица № 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Формы | Количество | |
|  | Абсолютное | % |
| Генитальный эндометриоз | 28 | 50 |
| Крауроз и лейкоплакия вульвы | 2 | 3,6 |
| Фибромиома матки | 8 | 14,2 |
| Генитальный эндометриоз в сочетании с миомой матки | 5 | 8,9 |
| Климактерический синдром | 5 | 8,9 |
| Хронический сальпионгоофорит | 2 | 3,6 |
| Бесплодие нейроэндокринного генеза | 3 | 5,4 |
| Состояния после операций на органах малого таза | 3 | 5,4 |

Большая часть больных, курируемых мною - это больные с генитальным эндометриозом. По дынным Баскакова В.П. эндометриоз занимает 3-е место среди гинекологической заболеваемости.

Под влиянием гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы в очагах эндометриоза происходят циклические превращения, сходные с превращениями в слизистой оболочке матки (Железнов В.И., Стрижаков А.Н,, 1985, Баскаков В.П.,1990)

Эмбриональные и дизонтогенетические теории предполагают развитие эндометриоза из смещенных участков зародышевого материала, из которых в процессе эмбриогенеза формируются половые органы женщины, в частности, эндометрий. Справедливость эмбриональной теории подтверждает наблюдения клинически активного эндометриоза в молодом возрасте, в первые годы посленачала менструации, а также сочетания эндометриоза с аномалиями половых органов, органов мочевыводящей системы, желудочно-кишечного тракта.

Согласно теориям эндометриального происхождения эндометриоз развивается из элементов эндометрия, смещенных в различные отделы полового аппарата и за его пределы, подобные нарушения развиваются на фоне гормонального дисбаланса (Левинский О.Б., Шинкарева Л.Ф. 1965, Бабсай М.И., 1974, 1977) и всевозможных хирургических вмешательств.

Возможность лимфогенного распространения элементов эндометрия в другие органы и ткани доказана Бохманом Я.В. и Костиной Л.П. (1965-1977). Другими авторами подтверждена возможность гематогенного распространения эндометриоза. Возможно и механическое занесение частиц эндометрия при хирургических вмешательствах, связанных со вскрытием полости матки, а также при операциях во время и сразу после менструации.

Однойиз основных теорий развития эндометриоза является метапластическая теория, предполагающая развитие эндометриоза в результате метаплазии эмбриональной брюшины или целомического эпителия под влиянием гормональных нарушений, хронических воспалительных процессов и механических травм.

Исследованиями ряда авторов, в том числе Беляевой Ж.Н.(1976), показана беспорядочность экскреции эстругенов, выделяемых при эндометриозе, а также повышенный уровень эстрона по сравнению с уровнем эстрона у здоровых женщин. Как правило, у больных генитальным эндометриозом ЛГ на всем протяжении цикла резко повышен, а ФСГ - резко снижен, в середине цикла выявлено закономерное повышение пролактина (Соколова З.П., 1982). Соколова З.П. предполагает важную роль в развитии эндометриоза не только эндокринных нарушений, но и нарушение биологической реакции клеток на гормоны, реализуемой через специфические рецепторы клеток. У больных эндометриозом нарушен механизм связывания прогестерона, что приводит к извращению биологического действия гормонов.

В последние годы большое значение стали придавать иммунным нарушениям при эндометриозе (Баскаков В.П., 1979 , Шинкарева Л.Ф., 1982). Выявлена зависимость тестов активности системы иммунитета от фаз менструального цикла у здоровых женщин (Старцева Н.В.,1980, 1982). Активность иммунной системы у женщин в определенной степени от колебания уровня экскреции половых и гонадотропных гормонов. Выявлено, что стероидные и гонадотропные гормоны являются регуляторами клеточного деления, что и имеет непосредственное отношение к гиперпластическим процессам (Баскаков В.П., 1990).

Эстрогены и прогестерон, не превышающие границ нормы, стимулируют Т- и В- лимфоцитарную системы, а высокие их концентрации оказывают иммуно-депрессивный эффект. Т-клеточный иммунодефицит, угнетение функции Т-супрессоров, активизация гиперчувствительности замедленного типа являются фоном для развития эндометриоза (Старцева Н.В., 1980, 1982). Степень Т-иммунодефицита коррелирует с тяжестью и распространенностью процесса. Ею же было обнаружено появление специфических антител эндометриодной ткани, повышения активности Т-лимфоцитов в реакции со специфическими митогенами, что свидетельствует об активизации аутоиммунных реакций. Старцевой Н.В. сделан вывод, что патология иммунной системы, на фоне которой развивается эндометриоз, может быть генетически предопределенной или появляться на фоне гормональных нарушений, вследствие недостаточности иммунного надзора мигрирующие эндометриальные клетки не элиминируются, а формируют очаг эндометриоза (Супрун Л.Я. 1980-1983). Генез эндокринных нарушений при эндометриозе рассматривается как результат напряжения механизмов неспецифической защитно-адаптационной реакции.

Изменение тиосульфидной и аскорбатной окислительно-восстановительной систем способствует развитию эндометриоза. Доказана причастность антиоксидантной защиты к неконтролируемому размножению клеток и пролиферативным процессам.

В клинике эндометриоза ведущим симптомом является альгодисменорея (Баскаков В.П.,1990). Боли при менструации могут носить различный характер в зависимости от степени поражения органов и тканей - от ноющих и тянущих, вплоть до приступообразных. При эндометриозе перешейка матки накануне и во время менструации боли могут сочетаться с задержкой стула и газов, дизурическими явлениями. Эндометриоз яичников может быть некоторое время бессимптомным, пока не начнется микрожерфорация камер и вовлечение в процесс брюшины таза или прилегающих органов. Соответственно, при этом боли внизу живота усиливаются, особенно при менструации (Баскаков В.П., 1966, Шкурова С. Б., 1969 и др.). При позадишеечном эндометриозе обращает на себя внимание скорее обратно пропорциональная,чем прямая зависимость между выраженностью болезненных ощущений и размерами эндометриозного очага (Баскаков В.П 1990). Боли при этой локализации эндометриоза чаще всего - с иррадиацией в область крестца и в прямую кишку.

Следующий симптом эндометриоза - продолжительные и обильные менструации. У некоторых женщин перед и во время менструации повышается температура до субфебрильного уровня (Баскаков В.П. 1990)

Период адаптации больных эндометриозом длится первые 2-3 дня пребывания больных на курорте. Назначался тренирующий режим, в дни менструации исключались занятия ЛФК, терренкуры, радоновые процедуры.

Степень распространенности эндометриоза у всех женщин была П-Ш, 28,6 % (16 человек были оперированы по поводу гинекологических заболеваний в различные периоды течения болезни. У всех больных отмечалась альгоменорея, нарушение общего состояния ( слабость, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, снижение внимания, памяти). У 10 больных (17,9%) имелиськлинические проявления предменструального синдрома, нарушения менструального цикла, в виде кровомазания до и после менструации были у 31 человека (55,3%) Периодические изменения длительности менструального цикла в сторону его удлинения или укорочения были у 13 человек (23%).

Всем больным проводилось обследование до и после лечения:

- клинические анализы крови и мочи

- обследование по тестам функциональной диагностики

- ЭКГ

- белковые фракции крови

- протромбиновыйиндекс

- степень чистоты влагалищного мазка

- кольпоскопия

- реография органов малого таза

- электротермометрия

Многим больным производилась УЗ-диагностика, ряду больных производилось иммунологическое исследование крови и определение гормонов крови (половых).

Методика лечения зависела от степени распространенности эндометриоза, общего состояния больной и сопутствующих заболеваний. В лечении всех групп больных эндометриозом применялись радоновые воды средней концентрации (40 нКи/л) - при II степени распространенности процесса - и высокой концентрации (180-200 нКи/л ) - при III степени распространенности процесса. Комплекс радонотерапии включал применение общих ванн, гинекологических орошенийи микроклизм, по 8-10 процедур на курс, температурой 36 С, экспозиция № 15. При сердечно-сосудистой патологии у больных экспозиция была 10 мин.

При сопутствующих заболеваниях желудочно-кишечного тракта печени, поджелудочной железы назначалась соответствующая диета, питье минеральной вода, отвариз желчегонных трав, медикаментозная терапия.

При остеохондрозе позвоночника назначались в комплексной терапии иглорефлексотерапия, ручной массаж, ЛФК в лечебном бассейне. При необходимости больные проконсультированыузкими специалистами: невропатологом, гастроэнтерологом, окулистом, отоларингологом, артрологом.

Параллельно с радонотерапией, больные получали магнито - лазеротерапию, фонофорез токоферола ацетата № 10 на низ живота, лазеротерапию витамина А, Е № 10 на генитальные области, фонофорез с гидрокартизоновой мазью на низ живота. Патологической бальнеореакции у больных не отмечалось. С улучшением выписано 54 человека, без изменения состояния 2 человека. Улучшение отмечалось по уменьшению клинических патологических проявлений (уменьшение болей, уменьшение количества теряемой крови при менструации и т.п.), а также по изменению в благоприятную сторону объективных данных - уменьшению патологических образований при бимануальных исследованиях, УЗИ, улучшению показателей реографии органов малого таза, клинических и биохимических обследований. Исчезновение или уменьшение симптомов - болей - отмечалось у 54 человек, боли остались такими же, как и при поступлении больных в клинику у 2 больных. У 52 больных отмечалось улучшение общего состояния: уменьшалась раздражительность, улучшался сон, уменьшались головные боли, нормализовалась функция кишечника, исчезали познабливания. К концу лечения уменьшались показатели тестов функциональной диагностики реографии органов малого таза. По данным УЗИ отмечалось уменьшение опухолевидных образований и улучшение структуры тканей миометрия и придатков в 85% случая.

Изменение размеров внутренних половых органов

при применении различных лечебных методик.

Диаграмма № 1

|  |  |
| --- | --- |
| 85% 15% | **85 %** уменьшение размеров матки после проведенных лечебных комплексов **15%** незначительное уменьшение размеров матки после проведенных лечебных комплексов |

За время своей работы я курировала 8 больных фибромиомой матки, 5 больных у которых генитальный эндометриоз сочетался с миомой матки, 2 больных с хроническим сальпингоофоритом. Данные контингенты больных получали также комплексы радонотерапии (ванны гинекологические орошения, микроклизмы). Переносили процедуры без патологической реакции. При наличии только воспалительных изменений отмечались значительные улучшения общего состояния организма и уменьшение воспалительных образований у всех пролеченных больных данного контингента. При фибромиоме матки улучшалось в основном общее состояние больных без значительных изменений со стороны объективных исследований. Стоить отметить, что у трех больных генитальным эндометриозом, имеющих сочетанные формы с фиброматозными узлами тела матки и получающими радонотерапию в сочетании иглорефлексотерапией отмечалось уменьшение фиброматозных узлов. Наряду с другими симптомами улучшение состояния подобные изменения фиксировались бимануальных исследованиях и УЗИ. За это же период времени я курировала 3-х больных с бесплодием нейроэндокринного генеза. В зависимости от формы заболевания данные больные получали комплекс радонотерапии гинекологического массажа, грязелечение, сероводородных ванн в различных сочетаниях. А также иглорефлексотерапию и гормональные препараты. Общее состояние от данных больных в результате полученных лечебных комплексов значительно улучшилось.

За данный период времени я курировала 12 больных с бесплодием следствие относительной гиперэкстрагенией. Из них первичное бесплодие отмечено у 5 больных, вторичное бесплодие у 7 больных. Данная группа больных получила радонотерапию с концентрацией радона 40 нКи/л и 180 нКи/л, физиолечение: лазеротерапия, фонофорез вит Е., гидрокартзона на низ живота № 10. На фоне проводимой терапии отмечалось улучшение показателей клинического и гинекологического обследования.

За время своей работы я курировала 5 больных с климактерическим синдромом. Данная группа больных получала: радонотерапию, занятия в группе ЛФК в плавательном бассейне, ежедневные прогулки по разработанным маршрутам, массаж. В результате проведенного лечения отмечалось значительное улучшение состояния, количество приливов значительно сокращалось, больные снова возвращались к нормальной жизни, становились спокойней, уравновешенней, значительно уменьшались головные боли, стабилизировалось артериальное давление.

Для постоянного повышения своего профессионального уровня изучаю периодическую литературу, реферирую некоторые статьи из журналов: «Акушерство и гинекология», «Вопросы курортологии и физиотерапии», «Вопросы охраны материнства и детства» и др.

Участвую в клинических конференциях, конференциях молодых ученных института, реферативных обозрениях отделения.

Кроме работы в гинекологическом отделении Пятигорской клиники НИИКиФ я работаю врачом-ординатором в Пятигорском родильном доме.

*Демографические данные о женском населении г. Пятигорска.*

*Основные показатели работы акушерско-гинекологической службы города.*

Всего населения в городе 186 тысяч. Проживает в городе без регистрации до 20 тысяч человек.

Женское население - 102700,

Девочки 0-14 лет - 17100,

Девушки 15-18 лет - 5400,

Женщины фертильного возраста - 54900,

Женщины старше 50 лет - 34600.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Город | Край |
| Рождаемость: 1998 1999 2000 | 9,0 9,4 9,5 | 10,7 |
| Смертность перинатальная: 1998 1999 2000 | 24,1 18,1 21,5 | 18,8 |
| Смертность материнская: 1998 1999 2000 | 59,3 0 0 | 31,1 |

Пятигорский родильный дом - муниципальное учреждение. Работает в системе медицинского страхования. После лицензирования в 1997 году присвоено I сертификационная категория.

Фактический коечный фонд на 1.01.01 г. - 210 коек.

В 1996 г. перепрофилировано 20 коек гинекологического профиля:

- 10 коек по общей гинекологии в койке для лечения гнойных нозологических форм,

- 10 коек для производства абортов в койки общей гинекологии.

В 1997 г. сокращена с 1.10.97 г. 21 койка в гинекологическом отделении. Перепрофилировано 5 коек. 5 коек из отделения патологии беременности переведены в обсервационное отделение.

Основные финансово-экономические показатели деятельности стационара.

Таблица 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1998 | 1999 | 2000 |
| Средняя функция работы койки: Плановая Фактическая | 322,7 224,1 | 295,0 246,6 | 286,0 299,5 |
| Фактически пролечено больных | 7466 | 7498 | 7561 |
| в том числе: в системе ОМС экстренная помощь | 6480 986 | 6498 1000 | 5750 1811 |
| Средняя длительность лечения больного на койке | 7,2 | 8,2 | 9,1 |
| в том числе по профилю: для беременных и рожениц патология беременности гинекология абортные койки | 10,8 17,6 5,7 1,7 | 11,6 28,1 7,2 1,57 | 11,9 25,3 6,0 - |
| Оборот койки | 31,1 | 30,1 | 32,0 |
| в том числе: для беременных и рожениц патология беременности гинекология для производства абортов | 21,6 15,2 35,8 113,7 | 22,0 8,4 35,8 116,3 | 22,9 12,8 55,8 - |
| Общий фактический расход (млн. рублей) | 2177,8 | 2916,0 | 3251,0 |
| Фактическая стоимость содержания 1 больного (тыс. рублей) | 291,7 | 388,9 | 429,9 |
| Фактическая себестоимость 1 койки (тыс. рублей) | 38,7 | 47,7 | 14,7 |

Основные показатели акушерско-гинекологической службы города.

Таблица 3

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 1998 | | 1999 | | 2000 | |
| Обеспеченность койками на 10000 населения | | 13,3 | | 13,2 | | 12,42 | |
| Частота осложненных родов на 10000 родов | | 4561 | | 4440 | | 4595 | |
| в том числе: токсикозами послеродовыми кровотечениями разрывами матки | | 2325 202 - | | 2283 205 - | | 2351 194 - | |
| Частота кесаревых сечений (%) | 6,4 | | 9,1 | | 10,5 | |
| Удельный вес абортов с применением обезболивания | 950/23,6% местн. 100% | | 964/36% местн. 100% | | 480/28% местн. 100% | |
| Средняя занятость койки в году | 224,1 | | 246,6 | | 299,5 | |
| в том числе: для беременных и рожениц патологии беременности абортной гинекологической | 233 268 193 200,4 | | 256,1 236,7 182,5 251,7 | | 272,8 300,5 - 334,5 | |
| Материнская смертность на 100000 родов | 1-59,3 | | - | | - | |
| Заболеваемость новорожденных на 1000 родившихся живыми | 855 | | 777 | | 845 | |
| Женщины фертильного возраста | 56691 | | 54902 | | 54902 | |
| Количество родов | 1860 | | 1686 | | 1752 | |
| Численность населения | 188,8 | | 186,0 | | 185,2 | |
| Рождаемость | 9,0 | | 9,4 | | 9,5 | |

В отделении осуществляются:

1. Прием беременных и рожениц.

2. Оказание экстренной и плановой квалифицированной помощи беременным, роженицам и родильницам.

3. Своевременное обследование беременных, предупреждение и выявление осложнений беременности, экстрагенитальных заболеваний.

4. Обеспечение преемственности в обследовании, лечении беременных, систематической связи с амбулаторной службой, станцией скорой и неотложной помощи, поликлиникой и детской поликлиникой, а также специализированными учреждениями лечебной сети (противотуберкулезным, кожно-венерологическим и онкологическим диспансерами).

5. Экспертиза временной нетрудоспособности и выдача больничных листов застрахованным больным.

6. Выявление (совместно с амбулаторной службой) и отбор больных, нуждающихся в дородовой госпитализации.

7. Проведение санитарно-просветительской работы, подготовка санитарного актива.

8. Участие в разработке и реализации мероприятий, проводимых администрацией города, края и общественными организациями по охране здоровья женщин.

9. Популяризация современных противозачаточных средств, с целью предупреждения нежелательной беременности, согласно федеральной программы «Планирование семьи».

10. Систематическое освоение новых эффективных методов и средств профилактики и лечения; изучение и использование передовых организационных форм и методов работы, внедрение в практику научной организации труда.

11. Рациональное использование коечного фонда.

12. Систематический контроль за соблюдением СЭР и выполнения режимных мероприятий.

13. Повышение профессиональной подготовки персонала, профессиональной ответственности.

14. Внедрение комплексных мероприятий, направленных на снижение уровня перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных, а также снижении уровня материнского и детского травматизма.

15. Оказание социально-правовой помощи беременным и родильницам.

Руководство отделением осуществляет заведующий отделением, непосредственно подчиняющийся главному врачу родильного дома и егозаместителю по лечебной части.

Медицинская документация ведется по формам, установленным министерством здравоохранения.

Перечень форм основной документации отделения

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Номер |
| 1 | 2 |

Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации 001/у

(заполняется только при отказе в госпитализации в акушерский стационар)

Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц 002/у

(раздельные для физиологического и обсервационного отделений)

Температурный лист 004/у

Листок учета движения больных и коечного фонда стационара 007/у

Журнал записей оперативных вмешательств в стационаре 008/у

(раздельный для физиологического и обсервационного отделений)

Журнал регистрации переливания трансфузионных 009/у

средств

Журнал записей родов в стационаре (раздельные для 010/у

физиологического и обсервационного отделений)

Лист основных показателей состояния больной, находящейся в 011/у

отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии

Направление на патолого-гистологическое исследование 014/у

Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по 016/у

стационару, отделению

Лист регистрации переливания трансфузионных средств 005/у

Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного 027/у

больного

Журнал учета процедур 029/у

Книга регистрации листков нетрудоспособности 036/у

Журнал учета санитарно-просветительной работы 038-0/у

Статистическая карта выбывшего из стационара 066/у

Извещение о больном с впервые в жизни установленным 089/у

диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни,

микроспории, фавуса, трахомы, психического заболевания

История родов 096/у

История развития новорожденного 097/у

Медицинское свидетельство о рождении 103/у

Свидетельство о перинатальной смерти 106-2/у

Обменная карта родильного дома, родильного отделения 113/у

больницы

Методическое руководство и контроль за организацией работы физиологического отделения осуществляет главный акушер-гинеколог комитета по здравоохранению города.

В течение последних лет, как результат социально-экономического кризиса в стране, значительно снизилось количество родов (в среднем на 30-35%), но в течении отчетного периода эти показатели стабилизировались.

Таблица 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1998 | 1999 | 2000 |
| Количество родов Осложненных родов | 1686 401 | 1752 395 | 1752 393 |

Количество родов, осложнившихся кровотечением

Таблица 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1998 | 1999 | 2000 |
| Количество кровотечений на 100000 родов | 202 | 205 | 194 |

В работе отделения используются единые методики профилактики послеродовых кровотечений, что дало возможность в течении последних лет иметь незначительно варьирующий показатель послеродовых кровотечений.

Материнский травматизм

Таблица 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1998 | 1999 | 2000 |
| Разрыв промежности 1-11 степени Разрыв промежности III степени | 2,6% (28) - | 2,48% (24) - | 1,1% (12) - |
| Разрыв матки | - | - | - |

За отчетный период случая тяжелого материнского травматизма не было. С целью предупреждения разрывов промежности своевременно и обоснованно проводится рассечение промежности, показаниями для которого являются угрожающий разрыв промежности в связи с особенностями ее строения, наличием старых рубцов или крупных размеров плода, начавшейся острой гипоксией плода, ухудшением состояния роженицы, тазовым предлежанием плода. В течении последних лет этот показатель остается на уровне 15-18%.

Обезболивание в родах имеет место в 68-72% случаев. Обезболивание родов составляет основу акушерской анестезиологии.

Проблема обезболивания родов чрезвычайно важна, поскольку боль, истощая организм роженицы, способствует развитию аномалий родовой деятельности, утяжеляет экстрагенитальную патологию, увеличивает травматизм новорожденного. Известно, что при боли в родах из-за выделяемых эндорфинов ребенок начинает дышать внутриутробно и рождается в состоянии гипоксии.

Показания к обезболиванию родов:

1. Отсутствие эффекта от психопрофилактики; 2. Установившаяся родовая деятельность и открытие шейки матки на 3-4 сантиметра; 3. Тазовое предлежание плода; 4. Многоплодие; 5. Гипоксия плода.

Метод обезболивания выбирает анестезиолог, исходя из следующих основных положений: 1. Препараты должны обладать хорошим анельгитическим эффектом и иметь широкий терапевтический диапазон; 2. Препараты не должны угнетать родовую деятельность и оказывать отрицательного воздействия на плод; 3. Анестизиологические средства должны сочетаться с препаратами, применяемыми в родах. Д В основном применяются наркотические и ненаркотические анальгетики. Последние годы более широкое применение нашел метод перидуральной анестезии. Применение ингаляционных анестетиков невозможно из-за отсутствия аппаратуры. Отсутствие аппаратуры также не дает возможности использовать эффективный метод - электроаналгизии.

Акупунктура как нетоксичный метод обезболивания родов весьма перспективна, однако широкое применение этого метода тормозит отсутствие специалистов и четко доказанная эффективность.

С целью профилактики осложнений в родах и послеродовом периоде по показаниям осуществляется дородовая госпитализация беременных, что позволяет своевременно провести в полном объеме обследование и определить тактику ведения беременности и родов.

На фоне снижения общего количества родов и удельного веса повторно родящих в них, а также с увеличением числа беременных с экстрагенитальной патологией все большую актуальность приобретают программированные роды, как один из рациональных приемов современного акушерства, как более безопасная форма родоразрешения для женщин и удобная для персонала родовспомогательного учреждения.

В отделении тактика активного ведения родов в первую очередь касается необходимости досрочного родоразрешения при поздних гистозах, инфекциях, а также при резусенсибилизации.

Количество осложненных родов в последние годы стабильно. Проводимая лечебно-профилактическая работа дала свои результаты. Своевременная и грамотная диагностика поздних гестозов в амбулаторных условиях, своевременная госпитализация и адекватное лечение гестозов в стационаре привели к стабилизации количества поздних гестозов, кровотечений. При поступлении в стационар, состояние беременной с тяжелой формой гестоза оценивается по шкале Виттлингера и Короткова. В зависимости от степени тяжести гестоза устанавливается продолжительность и объем лечения, а также дальнейшая тактика ведения.

Случаи эклампсии на сегодняшний день можно напрямую связать с неудовлетворительным наблюдением беременной на участке и низкой санитарной культурой беременной.

Оперативное пособие в родах

Таблица 4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1998 | 1999 | 2000 |
| 1. Операция наложения акушерских щипцов | 5 0,29% | 6 0,34% | 4 0,28% |
| 2. Ручное отделение плаценты и выделение последа | 39 2,3% | 46 2,6% | 56 5,12% |
| 3. Ручное обследование стенок полости послеродовой матки | 103 6,1% | 126 7,1% | 128 11,8% |
| 4 .Инструментальный контроль стенок полости матки | 2 0,1% | 4 0,2% | 3 0,2% |

Стабилизация показателя ручного отделения плаценты и выделения последов в течении отчетного периода в следствии грамотной профилактики кровотечения в родах, своевременного применения утеротоников. Увеличение количества операций ручного обследования стенок полости матки связано с нарушениями сократительной функции матки после родов и значительным ростом консервативного родоразрешения беременных с рубцом на матке.

В отделении довольно широко используется метод разрешения путем операции кесарево сечение.

Показания к операциям кесарево сечение

Таблица 5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1998 | 1999 | 2000 |
| Общее количество | 108 6,4% | 152 9,1% | 128 10,5% |
| 1. Поздний гестоз | 13-12% | 14-9,2% | 6,2% |
| 2. Рубец на матке | 17-15,7% | 30-19,7% | 21,4% |
| 3. Преждевременная отслойка плаценты и предлежание плаценты | 15-13,8% | 14-9,2% | 7,1% |
| 4. Неправильное положение плода. Неправильное вставление головки плода | 6-5,5% | 9-5,9% | 3,5% |
| 5.Аномалии родовой деятельности | 7-6,4% | 12-7,8% | 13,3% |
| 6.Тазовое предлежание плода | 4-3,7% | 9-5,9% | 4,4% |
| 7. Возрастная первородящая | 17-15,7% | 13-8,5% | 3,5% |
| 8. Клинически и анатомически узкий таз | 5-4,6% | 12-7,8% | 8,9% |
| 9. Миопия высокой степени | 3-2,2% | 10-6,5% | 8,9% |
| 10. «Незрелость» родовых путей | 14-12,9% | 15-9,8% | 8,9% |
| 11. Прочие | 7-6,4% | 14-19,2% | 5,3% |
| 12. Плановые операции | 36-33,3% | 53-34,8% | 51% |
| 13. Послеоперационные осложнения | 3-2,2% | 4-1,7% | 1,6% |
| 14. Не жители г. Пятигорска | 32-29,6% | 42-27,6% | 28,4% |

В отчетный период появилась выраженная тенденция к значительному снижению числа некоторых показаний для оперативного родоразрешения.

Возрастная первородящая с 15,7%, 8,5% до 3,5% за счет дифференцированного подхода к выбору метода подготовки к родам и выбору метода родоразрешения.

Преждевременная отслойка плаценты и предлежание плаценты с 13,8%, 9,2% до 7,1% за счет своевременной и качественной диагностики, увеличения удельного веса обследованных на УЗИ беременных и своевременного и качественного лечения поздних гестозов и другой патологии.

Поздних гестозов с 12%, 9,2% до 6,2% за счет своевременной диагностики и адекватного лечения.

Увеличился удельный вес оперативного родоразрешения у беременных с миопией высокой степени с 2,2% до 8,9%, сопутствующей экстрагенитальной патологии с 4,5% до 9,2% за счет отказа от операции наложения акушерских щипцов. Высокий удельный вес операций кесарева сечения (9,1%) в общем количестве родов продолжает удерживаться за счет значительного количества беременных с рубцом на матке с никорегируемой сопутствующей патологией и большого количества тяжелых форм позднего гестоза поступающих в стационар.

Существует возможность снижения уровня кесаревых сечений за счет:

 Улучшения работы по планированию семьи

 Улучшения работы амбулаторной службы по раннему выявлению и адекватному обследованию и лечению ранних форм гестоза и своевременной дородовой госпитализации в стационар

 Улучшение преемственности разных звеньев амбулаторных служб и стационара

 Повышение уровня квалификации медицинского персонала с постоянным анализом работы по разделам службы и учетом результатов анализа

 Применение наиболее эффективных методов лечения и родоразрешения.

За отчетный период имели место 9 случаев детской смертности после операции кесарева сечения. Эти случаи связаны с рождением недоношенных детей путем операции кесарева сечения по поводу кровотечения (отслойка или предлежание плаценты) и тяжелых форм позднего гестоза. Вовсех случаях операция проводилась в интересах жизни матери.

Совместно с акушерами трудятся сотрудники отделения новорожденных. Первая помощь оказывается новорожденным в родильном зале, где есть условия для оказания реанимационной помощи в полном объеме. Врачи неонатологи работают в круглосуточном режиме, что дает возможность адекватного наблюдения за новорожденным.

Новорожденные дети

Таблица б

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1998 | 1999 | 2000 |
| Родилось детей | 1686 | 1749 | 1752 |
| Доношенные | 1613 95,7% | 1692 96,7% | 1694 96,6% |
| Недоношенные | 73 4,3% | 57 3,3% | 61 3,5% |

Заболеваемость новорожденных на 1000 родившихся

Таблица 7

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1998 | 1999 | 2000 |
|  | 855% | 777% | 845% |
| Доношенные | 835,7% | 756,5% | 965,6% |
| Недоношенные | 1726% | 1701,7% | 1694% |

Заболеваемость по нозологическим формам

Таблица 8

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1998 | 1999 | 2000 |
| 1. Внутричерепная и спинальная травма | 17,8% | 15,4% | 11,4% |
| 2. Внутриутробная гипоксия | 597,3% | 536,8% | 569% |
| 3. Синдром дыхательных расстройств | 55,7% | 34,3% | 38,7% |
| 4. Врожденная пневмония | 1,18% | 0,57% | 0,56% |
| 5. Пневмония | - | - | - |
| б. ОРВИ | 1,18% | - | - |
| 7. Врожденные аномалии развития | 17,2% | 9,1% | 21,1% |
| 8.Гемолитическая болезнь новорожденного | 5,33% | 2,85% | 3,3% |
| 9.Иморрагическая болезнь | 1,8% | 1,7% | 5,1% |
| 10. Инфекции кожи и подкожной клетчатки | 0,5% | 0,57% | 2,3% |
| 11 .Внутриутробное инфицирование | 5,3% | 15,4% | 10,8% |
| 12. Сепсис | - | - | - |
| 13. Прочие |  |  | 9,7% |
| 14. Гипотрофия плода | 131 7% | 13 8,4% | 16 3,5% |

Структура смертности новорожденных

Таблица *9*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1996 | | | | 1997 | | | 1998 | | | | |
|  | ообщая | цдоношен | | недонош | ообщая | ддонош | недонош | ообщая | ддонош | | недонош | |
| Умерло до 7 суток | 6 5,4% | 3 % | | 3 7% | 6, 14% | 72% | 40,35% | 6 4,8% | 6,4% | | 0 63,9% | |
| Внутричерепные и спинальные родовые травмы | 7% | 5% | | 4,8% | % | 36% | 2,6% |  |  | |  | |
| Внутриутробная гипоксия | 96% | 7% | 7,4% | | 57% |  | 7,54% | 6% | | 1% | | 6,4% |
| Синдром дыхательных расстройств | ,3% | ,2% | 5,8% | | ,3% | ,59% | 52,6% | ,4% | | ,8% | | 9,2% |
| Врожденные пневмонии | 53% | 56% |  | |  |  | - |  | |  | |  |
| Пневмонии |  |  |  | |  |  | - |  | |  | |  |
| Врожденные аномалии развития плода | 4% | 9% | 3,7% | | 28% | 7% | 7,54% | 1% | | 8% | | 8,3% |
| Гемолитическая болезнь новорожденного |  |  |  | |  |  | - |  | |  | |  |
| Внутриутробное инфицирование |  |  |  | |  |  | - | 7% | | 8% | |  |
| Сепсис |  |  |  | |  |  | - |  | |  | |  |
| Прочие |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |

# *Здоровье матери и новорожденного*

Основы здоровья населения любой страны закладываются в наиболее ранние периоды жизни каждого нового поколения, поэтому охрана здоровья матери и ребенка занимает одно из первых мест в законодательствах и политике любого правительства.

К началу 1997 г. население РФ составило 147,6 млн. человек, из них 74,4 млн. (53%) женщины. В различных областях народного хозяйства занято 36,2 млн. женщин.

В последние годы экономической и политической перестройки нашего общества наметились негативные изменения в показателях здоровья населения на фоне снижения рождаемости.

В 1996 г. уровень рождаемости был на 1/3 ниже необходимого для простого численного замещения поколений родителей их детьми - около1,3 рождения на 1 женщину в течение жизни.

Большое число бесплодных супружеских пар, относительно высокая материнская и младенческая смертность, неоправданно большое число абортов (2 480 тыс. в 1997 г.) - вот неполный перечень проблем, требующих решения. В этих условиях особое значение наряду с организационными и социальными мерами приобретает использование в клинической практике новых технологий, разработанных на основе достижений фундаментальных исследований в различных областях науки.

Это относится к применению в акушерстве и перинатологии электронной и ультразвуковой аппаратуры, методов молекулярной биологии, иммуноферментных методов определения большого спектра биологически активных веществ, компьютерной обработки данных, эндоскопии, лазерной технологии, эфферентных методов лечения и др. Их применение открыло широкие возможности для изучения процессов, происходящих в организме женщины и ее ребенка, ранее недоступных для исследования.

Прежде всегоэто относится к пренатальной диагностике наследственных и врожденных заболеваний плода. Их частота в популяции равна 2-3%, в том числе пороки развития центральной нервной системы встречаются с частотой 1:1000, синдром Дауна - 1:700-1000, фенилкетонурия - 1:3000, врожденный адреногенитальный синдром - 1:3000. В настоящее время разработаны комплексные технологии диагностики многих заболеваний, включающие в себя ультразвуковое исследование, биохимическое и гормональное исследование крови матери, околоплодных вод и крови плода, биопсию хориона, кордоцентез, ДНК-диагностику с использованием полимеразной цепной реакции. С их помощью уже в 7-8 нед. беременности можно диагностировать синдром Дауна, в более поздние сроки - врожденную гиперплазию коры надпочечников и врожденный гипотиреоз.

Во II триместре беременности наряду с уже широко вошедшей в практику эхографией по данным исследования амниотической жидкости и клеток плода осуществляется диагностика широкого спектра хромосомных и генных заболеваний, различных аномалий развития плода. В эти сроки возможно получение кожи и крови плода с последующей диагностикой генодерматозов, болезней крови, наследственных иммунодефицитных состояний. Использование полимеразной цепной реакции позволяет выявлять инфицирование плода различными вирусами и др. Исследование ДНК в предимплантационном периоде дает возможность выявить наследственно обусловленные патологические состояния у лиц с высоким риском их возникновения, а также у женщин, длительно лечившихся по поводу бесплодия, при гормональных нарушениях и других состояниях, значительно повышающих частоту генетических мутаций в потомстве.

Таким образом, новые технологии позволяют диагностировать заболевания и аномалии развития плода в ранние сроки беременности, при необходимости прервать ее или решить вопрос об акушерской тактике при малых аномалиях развития.

Здоровье женщин, матерей и детей является объективным показателем уровня здоровья населения и индикатором оценки социальных и экологических проблем.

Среди ряда факторов, влияющих на уровень рождаемости, наиболее важными являются нарастающие социально-экономические трудности.

Основными факторами, определяющими относительновысокиуровень материнской смертности, являются:

1. Недостаточная эффективность государство ной службы планирования семьи.

Неудовлетворительно поставлена система информации по всем аспектам проблемы планирования семьи, низок уровень сексуальной культур населения, не осознано отношение людей к своему репродуктивному поведению, не создана эффективная организационная структура службы планирования семьи, недостаточен выбор контрацептивов. На протяжении десятков лет в стране было налажено производство гормональных контрацептивных средств.

2. Недостаточный уровень оказания акушерской помощи.

Состояние материально-технической базы акушерских учреждений, неудовлетворительное оснащение медицинской техникой, инструментарием медикаментами, недостаточная квалификация врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов, терапевтов, акушерок все еще не позволяют оказывать адекватную современным требованиям помощь в период беременности и родов.

Данные экспертной оценки причин смерти женщин во время беременности, родов и в послеродовом периоде свидетельствуют о том, что половина из них погибает от предотвратимых причин, основу которых составляют случаи смерти, прямо связанные с беременностью и родами.

По заключению ВОЗ 63-80% случаев смерти прямо связаны с беременностью и родами; 88-98% из них могли бы быть предотвращены с помощью соответствующих и своевременно принятых мер и новой акушерской технологии.

Разработана и утверждена Федеральная программа «Планирование семьи». Реализация это программы должна изменить отношение общества, правительственных и общественных организаций к вопросам планирования семьи. Перед медицинскими и научными учреждениями стоит задача сделать аборт безопасным.

Невынашивание беременности и проблема детей, родившихся недоношенными, - важный раздел охраны материнства и детства. Невынашиванием завершается примерно 20% всех наступивших беременностей, а дети, родившиеся недоношенными, имеют показатели смертности в 25 - 30 раз выше по сравнению с доношенными. На долю недоношенных детей приходится от 55 до 65% младенческой смертности. Эти дети, особенно маловесные, в значительной мере пополняют контингент инвалидов с детства.

Научными исследованиями ведущих коллективов страны определены скрининг-программы диагностики невынашивания беременности, коррекции выявленных нарушений, выполнение которых позволяет у 60-90% пациенток сохранить беременность.

Организация специализированных отделений для выхаживания недоношенных новорожденных позволяет снизить их летальность и уменьшит число детей с поражениями центральной нервной системы. Вместе с тем получение хороших результатов по профилактике невынашивания и выхаживания недоношенных требуют больших материальных затрат для обеспечения обследования, лечения, реабилитации женщин и детей.

В Российской Федерации число детей, у которых выявляются пороки развития, в последние годы увеличивается. Основной причиной, вызывающей рождение детей с пороками, является влияние социальных и внешнесредовых факторов: алкоголизма, наркомании, воздействия химических, физических, биологических и других вредных производственных факторов, экологических факторов. Помимо внешнесредовых факторов увеличению рождаемости детей с пороками способствуют и достижения медицины - сохранение и вынашивание беременности у больных матерей.

Однако развивающаяся в нашей стране пренатальная диагностика пока неспособна, предотвратить рождение детей с пороками, обусловленными внешнесредовыми факторами, так как сеть медико-генетических и пренатальных лабораторий отстает от потребности.

Важное место должны занять меры по профилактике наследственной патологии. Что касается коррекции генетических дефектов, то эта дорогостоящая служба не получила должного развития. Большие задачи в этой области должна решить и наука. Эти задачи состоят в дальнейшем совершенствовании имеющихся и разработке новых методов, которые позволили бы увеличить число пренатально диагностируемых заболеваний. В этом плане прогрессом явилось использование в последние годы достижений молекулярной биологии. На основе анализа ДНК, выделяемой из клеток хориона, амниотической жидкости, крови плода, и использования так называемых ДНК-зондов в настоящее время возможна пренатальная и даже предимплантационная диагностика более широкого спектра наследственных заболеваний. Вызывает тревогу состояние репродуктивного здоровья женщин.

Еще одной важной проблемой гинекологии является проблема бесплодия в браке. В активном детородном возрасте женщины частота бесплодия колеблется в пределах от 10 до 15%, что составляет 4-5 млн женщин. У большинства из них бесплодие обусловлено непроходимостью или отсутствием маточных труб. Нередко диагностируется абсолютное трубное бесплодие. Для его лечения предложен новый способ, заключающийся в оплодотворении яйцеклетки в пробирке с последующим переносом эмбриона предимплантационного развития в полость матки, где он имплантируется. Этот метод получил название экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона.

Этот метод наиболее эффективен и экономичен в лечении как женского, так и мужского бесплодия, которое наблюдается примерно у 2 млн. мужчин. Эффективность экстракорпорального оплодотворения составляет около 20-30% на 1 попытку, но усовершенствование технологии может повысить ее до 50%.

Для повышения эффективности метода в настоящее время используется предварительное эндокринологическое обследование и обследование на наличие инфекции (токсоплазмоз, краснуха, цитомегалия, герпес, хламидиоз, сифилис, гепатит, гонококковая инфекция, листериоз). При нормальных данных обследования либо после лечения выявленных нарушений проводят стимуляцию суперовуляции для получения большого числа зрелых жизнеспособных ооцитов. В последние годы в схему стимуляции суперовуляции включают агонисты рилизинг-гормона гонадотропинов, что значительно увеличивает частоту наступления беременности.

В последние годы при мужском бесплодии, особенно при абсолютном, стали применять так называемую интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида (ИКСИ). т. е. оплодотворение одной яйцеклетки одним сперматозоидом. Метод пока не нашел широкого применения из-за дороговизны. Многие специалисты считают, что экстра-корпоральное оплодотворение и ИКСИ, несмотря на сложность, являются методами будущего в лечении большинства форм бесплодия.

Таким образом, новые технологии во многих областях акушерства и гинекологии способны существенно повлиять на состояние здоровья женщины, матери, плода и новорожденного.

Важными задачами являются:

1. Государственная социальная защита материнства и детства, законодательные гарантии государственной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и детям. Государство должно гарантировать доступность и бесплатность перинатального наблюдения для всех беременных женщин с применением современных обоснованных перинатальных технологий.

2. Разработка специальных законодательных актов по охране здоровья семьи, материнства, а также по вопросам планирования семьи. Следует изменить условия выплаты пособия женщинам за раннюю явку в женскую консультацию и срок предоставления дородового отпуска при многоплодной беременности.

3. Целесообразно разрешить использовать возможности установления дополнительного отпуска по беременности и родам (сверх установленного государством срока), особенно в тех случаях, когда невозможно обеспечить оптимальные условия труда на производстве.

4. Финансирование отдельных целевых республиканских научно-практических программ «Планирование семьи», «Безопасное материнство».

5. Создание специальных служб планирования семьи и медико-социальной службы.

6. Организация на каждой административной территории Российской Федерации перинатальных центров с реорганизацией акушерской и перинатальной помощи.

7. Техническое переоснащение акушерской и неонатологической служб.

8. Обеспечение родовспомогательных учреждение современными медикаментами.

Я работаю врачом-ординатором в физиологическом отделении родильного дома. Во время дежурств оказываю экстренную и плановую помощь больным в родильных отделениях, отделении патологии беременных, гинекологических отделениях, оказываю консультативную помощь больным хирургического профиля городских лечебных учреждений.

За время работы овладела современными методами профилактики, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии.

За отчетный период мною проведены роды различной степени сложности.

В плановом и экстренном порядке участвовала в качестве хирурга и ассистента в операциях различной степени сложности.

За отчетный период мною проведено родов - 140

Роды физиологические - 140

Роды в тазовом предлежании - 4

Роды с многоплодной беременностью - 2

Роды преждевременные - 36

Роды домашние - 4

Роды осложненные - 100

Поздний гестоз - 61

Рубец на матке после Кесарева сечения - 1

Миома матки - 4

Роды с экстрагенитальной патологией - 32

Проведено операций:

• Ручное обследование стенок полости матки - 40

• ручное отделение плаценты и выделение последа - 8

• Инструментальный контроль стенок полости матки - 4

• Ушивание разрывов шейки матки - 12

• Рассечение промежности - 61

• Пособие по Цовьянову при тазовых предлежаниях - 2

*•* Пудоэндальная анестезия - 50

• Гемотрансфузия **-** 58

• Определение группы крови и резус фактора - 60

• Кесарево сечение - 1/48

• Операции на придатках - 3/20

• Надвлагалищная ампутация матки - 0/8

• Экстирпация матки - 0/4

• Выскабливание при беременности - 68

• Раздельное диагностическое выскабливание - 70

• Пункция брюшной полости через задний свод - 8/18

Диапазон гинекологических операций: зондирование полости матки; диатермокоагуляция шейки матки; вскрытие абсцесса бартолиниевой железы; удаление кист влагалища и бартолиниевой железы; трансвагинальные и трансцервикальные амниоцентез; выскабливание полости матки; введение ВМС.

Случаев материнского и детского травматизма не было.

# *Участие в повышении квалификации*

1. Повышаю свой уровень знаний путем самообразования:работаю с периодической литературой, монографиями;

2. Регулярно посещаю заседания городского общества акушеров-гинекологов, где разбираются методики лечения, проводится анализ работы службы;

3. Посещаю конференции по анализу перинатальной смертности, регулярно рецензирую истории родов, провожу тематические занятия;

4. Участвую в патологоанатомических, клинических конференциях;

5. Систематически сдаю зачеты по ОСТУ и другим регламентным документам;

6. Повышаю уровень оперативной техники при участии в плановых и экстренных операциях.

Отделение, как функциональное подразделение родильного дома, принимает активное участие в подготовке к работе по организации оказания медицинской помощи населению при возникновении чрезвычайных ситуаций как мирного, так и военного времени.

**Заключение**

За последние годы, вследствие социально-экономического кризиса в нашей стране показатель здоровья населения резко снизился, уровень смертности превысил показатели рождаемости. Из-за ослабления здоровья матерей растут показатели младенческой смертности, причем в структуре ее преобладает смертность детей первого месяца жизни. Особую тревогу вызывает нарастание специфических внутриутробных инфекций. Сложившаяся ситуация ставит новые задачи перед практическими врачами. В условиях сложностей финансирования медицины на первый план выходит уровень клинической подготовки, умение оценить изменившиеся в последние годы симптомокомплексы заболеваний. Необходима разработка стратегических мероприятии, направленных на снижение детской и материнской смертности. Необходимо совершенствовать службу планирования семьи, разрабатывать и широко внедрять новые лечебные и диагностические методики, новые технологии ведения беременности и родов. Особое внимание необходимо уделить повышению санитарной грамотности населения. Все поставленные задачи невозможно решить без адекватного государственного финансирования. Вопрос финансирования решается сугубо через представительства страховых компаний путем оплаты счетов за оказанные медицинские услуги. На современном этапе все больше внимания уделяется повышению качества медицинской помощи. Актуальность этой проблемы в настоящее время определяется все больше материальными затратами в связи с усложнением технологий и насыщением кадрами при недостаточной эффективности медицинской помощи и удовлетворенностью ею населения. Для целенаправленного влияния на качество и эффективность медицинской помощи, следует иметь такие методики, которые позволяли бы объективно оценивать результаты медицинской деятельности.

На сегодняшний день при оценке адекватности технологии используются профессиональные стандарты: список нозологических форм и групп с соответствующими перечнями диагностических и лечебных процедур, проведение которых должно быть гарантировано больным и обеспечить возможно достижимый результат лечения. Объем и качество профессиональных стандартов, как и величины тарифов на медицинские услуги в системе ОМС оставляют желать лучшего. Давно назрела необходимость разработать и утвердить на федеральном уровне медицинские стандарты, а также разработать для наиболее часто встречающихся патологий - алгоритмы. В сложившихся условиях каждая медицинская служба должна провести серьезную работу по обеспечению улучшения качества медицинской помощи населению, по на практике это требует внедрения новых лечебно-диагностических технологий, применения дополнительного оборудования, реконструкции и улучшения оснащенности, что напрямую зависит от финансирования. Таким образом, в сложившихся условиях, успех практического осуществления программ улучшения качества медицинской помощи населению напрямую зависит только от объемов финансирования.

**Выводы**

I. Результаты исследование, проводимых гинекологической клинике, свидетельствуют о благотворном влиянии радоновых вод на течение генитального эндометриоза у больных. У всех больных данного контингента эффект радонотерапии заключается в аналгезирующем, противоаллергическом действии, улучшении или нормализации гормональной функции гипоталамо-гипоизарной системы, а также и непосредственно менструальной функции, уменьшение воспалительно-эндометриоизных образований в малом тазу, рубцов и спаек. Данные УЗИ свидетельствуют о том, что при второй степени распространенности эндометриоза значительно чаще улучшается структура пораженных органов и тканей, чем при более высоких степенях распространенности эндометриоза.

Таким образом, видимо, необходимо более ранне применение радонотерапии в чистом виде или в сочетания с различными видами физиотерапии, иглорефлексотерапии в случае выявления у женщин эндометриоза I, II степени или при подозрении на него. Даже при относительно плохой оснащенности аппаратурой учреждений здравоохранения существует множество возможностей раннего выявления эндометриоза (УЗИ, кольпоскопия, лапароскопия, бимануальные осмотры, клинический осмотр и опрос жалоб больной). Необходимо помнить, что с усугублением тяжести процесса усугубляется к трудность лечения.

II. Данные, полученные в гинекологическом отделении нашей клиники, свидетельствуют также и о положительном воздействий разработанного нами лечебного комплекса на больных, страдающих краурозом и лейкоплакией вульвы.

Отмечалось как клиническое улучшение (уменьшение зуда и жжения вульвы), так и улучшение при вульвоскопии - уменьшение атрофических и дегенеративных процессов в пораженных областях.

Данные, полученные нами, позволяет надеяться, что сочетанное воздействие радонотерапии и фонофореза лекарственных веществ (биокартана, гидрокортизона и т.п.) при краурозе и лейкоплакии вульвы займет свое место в комплексном лечении данного контингента больных.

III. Анализируя данные работы нашего отделения напрашивается вывод о необходимости применения коррегирующего действия радонотерапии при некоторых гормональных нарушениях, альгодисменорее, некоторых нейроэндокринных синдромов даже в случае отсутствия при клиническом и объективном обследовании глобальных органических поражений гениталий.

**Список литературы:**

1. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. - Ленинград, 1990.

2. Бохман Я.В. и Костина .Л.И. Вопр. онкол., 1965, XI, 2,3-10.

3. Бунакова Г.В., Коган М.С., Кудлаенко Л.Н. Минеральные воды и лечебная грязь Пятигорска.//В сб.: Основные принципы и методы лечения больных на Пятигорском курорте, Пятигорск. 1976.

4. Железнов Б. И., Стрижаков А.М, Генитальный эндометриоз, 1985.

5. Луговая Л.П. Баскаков В.П. Гурьев А.В. и др. Применение радоновых вод в комплексном лечении больных генитальным эндометриозом. - | Пятигорск, 1987.

6. Луговая Л.П. Лечение больных генитальным эндометриозом радоновыми водами.//В сб.; Профилактическая и реабилитационная бальнеофизиотерапия, - Пермь, 1985.

7. Старцева Н.В. Клиническая и иммунологическая диагностика генитального эндометриоза: дис. канд. мед. наук.- Л. 1982.

8. Супрун Л.Я. Уровень иммунных комплексов у больных эндометриозом. //Здравоохр. Белоруссии. 2982, №4, б4-65

9. Штемберг М.И. Крауроз и лейкоплакия вульвы. Кишинев, 1980.

10. Штемберг М.И., Стовбун Ф.И., Ягина В. С. Микрофлора мочеполовой сферы у больных краурозом и лейкоплакией вульвы. //Материалы совместной конференции кафедр акуш. и гин. Кишиневского мед. института и I Московского мед. института им. И.М. Сеченова, Кишинев, 1972.

11. Штемберг М.И., Казарновская М.Л. Возрастная морфология вульвы. //Материалы совместной конференции кафедр акуш. и гин. Кишиневского мед. института и I Московского мед. института им. И.М. Сеченова, Кишинев, 1972.