



**Министерство здравоохранения Рязанской области
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Рязанский медицинский
колледж»**



Дни науки (апрель 2021)

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Секция по специальности 31.02.02 Акушерское дело

Учебно-практическая конференция «Актуальность выбора темы выпускной квалификационной работы по специальности 31.02.02 Акушерское дело с учётом проблем практического здравоохранения».

Для студентов специальности «Акушерское дело», группы 2090117, 2090217.



Рязань, 2021

Содержание

1. Предисловие.....	3
2. Организаторы и участники конференции.....	4
3. Участие акушерки в оказании лечебно-диагностической и профилактической помощи при асфиксии новорожденных.....	5
4. Консультирование пациенток по профилактике рака молочных желёз.....	11
5. Консультирование беременных по профилактике врождённых пороков развития.....	16
6. Обучение беременных профилактике лактационного мастита.....	19
7. Консультирование пациенток по профилактике гемолитической болезни новорожденного ребёнка.....	27
8. Консультирование родильниц по профилактике гипогалактии.....	32
9. Консультирование пациенток по профилактике острой кишечной непроходимости в гестационном периоде.....	38
10. Психологические особенности деятельности акушерки при наблюдении и уходе за пациентками с мастопатией в гестационном периоде.....	45

Предисловие

Любой человек, чтобы выжить и не потеряться в нашем непростом мире сегодня, должен смело идти навстречу новому, то есть быть способным исследовать и проектировать своё взаимодействие с непрестанно и непредсказуемо изменяющимся миром.

Это означает, что нам нужно учиться непрерывно и безостановочно. Проектно-исследовательское мышление необходимо и взрослым, и детям. Его необходимо специально пробуждать, планомерно развивать и заботливо культивировать.

Исследовательская компетентность обучающегося – это способность и готовность его самостоятельно осваивать и получать новые знания, выдвигать идеи, гипотезы в результате выделения проблемы, работы с различными источниками знаний, исследования темы, проведения наблюдения, предложение путей решения проблемы и поиска наиболее рациональных вариантов решения вопросов, проектов.

Федеральный государственный образовательный стандарт по специальности 31.02.02 Акушерское дело предусматривает выполнение проектно-исследовательских работ в ходе выполнения индивидуальных проектов, курсовых работ, самостоятельной работы обучающихся, а в качестве Государственной итоговой аттестации он предусматривает выполнение обучающимися выпускной квалификационной работы (далее- ВКР). ВКР - это учебно-исследовательский проект студента с направлением исследования в профессиональной области деятельности.

Выполнение ВКР способствует систематизации, расширению освоенных во время обучения знаний по общепрофессиональным дисциплинам, профессиональным модулям и закреплению знаний выпускника по специальности при решении разрабатываемых в выпускной квалификационной работе конкретных задач, а также выяснению уровня подготовки выпускника к самостоятельной профессиональной деятельности и направлена на проверку качества полученных обучающимся знаний и умений, сформированности общих и профессиональных компетенций, позволяющих решать профессиональные задачи.

В сборнике представлены материалы студенческой учебно-исследовательской конференции «Актуальные проблемы медицины в период распространения новой коронавирусной инфекции Covid-19».

Организаторы конференции: преподаватели Л.М. Гречанинова, Е.А. Левандовская, Т.С. Зубкова.

Участники конференции: представители практического здравоохранения, приглашена главная акушерка ГБУ РО «ГКРД № 2» М.Ю. Жукова, заведующая отделением С.А. Туманова, руководители ВКР, обучающиеся по специальности 31.02.02 «Акушерское дело», группы 2090117, 2090217.

№ П/П	ФИО обучающихся	№ группы	Тема проекта	ФИО руководителей
1	Ларичева Ирина Александровна	2090117	Участие акушерки в оказании лечебно-диагностической и профилактической помощи при асфиксии новорожденных	Т.С.Зубкова
2	Родионова Диана Максимовна	2090117	Консультирование пациенток по профилактике рака молочных желёз	Е.А. Левандовская
3	Соловьева Ксения Николаевна	2090117	Консультирование беременных по профилактике врождённых пороков развития	Т.С.Зубкова
4	Сорокина Ульяна Игоревна	2090117	Обучение беременных профилактике лактационного мастита	Т.А. Горшкова
5	Фабричная Юлия Олеговна	2090217	Консультирование пациенток по профилактике гемолитической болезни новорожденного ребёнка	Т.С. Зубкова
6	Стребеж Екатерина Виталиевна	2090217	Консультирование родильниц по профилактике гипогалактии	Т.С. Зубкова
7	Хайыдова Алина Сапарбаевна	2090217	Консультирование пациенток по профилактике острой кишечной непроходимости в гестационном периоде	Т.А. Горшкова
8	Терехова Елизавета Валерьевна	2090117	Психологические особенности деятельности акушерки при наблюдении и уходе за пациентками с мастопатией в гестационном периоде	О.А. Калыгина

Выступающие представили презентации, в которых отразили первую главу будущей выпускной квалификационной работы.

1. Ларичева Ирина Александровна

Тема: Участие акушерки в оказании лечебно-диагностической и профилактической помощи при асфиксии новорожденных.

Актуальность темы

Тема данной работы актуальна для практического здравоохранения, потому что асфиксия новорожденного является одной из причин высокой перинатальной заболеваемости и смертности в Российской Федерации и за рубежом.

Профессиональная роль акушерки в проведении реанимационных мероприятий при асфиксии новорожденных детей имеет большое значение, так как в настоящее время накоплен большой клинический опыт по первичной реанимации новорожденных, позволяющий повысить эффективность комплекса медицинских мероприятий.

Течение асфиксии и прогноз для жизни и здоровья новорожденного во многом зависят от знаний, навыков, мастерства и оперативности медицинских работников, которые первыми встретили его в этом мире.

Таким образом, все это доказывает актуальность темы ВКР и ее соответствие одному из видов профессиональной деятельности акушерки.

Цель работы: изучить особенности участия акушерки в оказании лечебно-диагностической и профилактической помощи при асфиксии новорожденным.

Задачи работы:

- Изучить теоретические аспекты и провести обзор нормативно-методической базы по теме работы;
- Проанализировать участие акушерки в оказании лечебно-диагностической помощи при асфиксии новорожденным детям;
- Показать профессиональную роль акушерки в профилактике асфиксии новорожденных.
- Разработать рекомендации пациенткам

Объект исследования: мероприятия по проведению лечебно-диагностической и профилактической помощи при асфиксии новорожденным детям.

Предмет исследования: участие акушерки в оказании лечебно-диагностической и профилактической помощи при асфиксии новорожденным детям.

Нормативно – правовая документация

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 921н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"
3. «Клинический протокол диагностики и лечения асфиксии при рождении.» Утверждено на Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан протокол №1 от 21 января 2014 года
4. «Клинические рекомендации по сердечно-лёгочной реанимации у детей» разработанные Российским Национальным Советом по реанимации Объединением детских анестезиологов и реаниматологов России, Москва 2014год
5. Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 апреля 2010 г. N 15-4/10/2-3204 "Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям" под редакцией академика РАМН Н.Н. Володина, профессора Е.Н. Байбариной, академика РАМН Г.Т.

Особенности охраны труда на рабочем месте

Акушерки должны регулярно проходить медицинский осмотр и быть привитыми в соответствии с Национальным календарем прививок.

Во время родов медперсонал должен работать в масках и соблюдаться меры предосторожности на наличие биологических жидкостей.

Основными факторами, влияющими на здоровье акушерки являются: нервно – эмоциональное напряжение, биологический, физический и химический факторы.

Приказ Минздравсоцразвития России №302н от 12 апреля 2011 г. «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы. СанПиН 2.1.3.2630-10 ГОСТ 12.0.004-2015 ССБТ. Организация обучения безопасности труда, общие положения. Пункт 5.

Особенности работы в условиях распространения новой коронавирусной инфекции

В родильном отделении медперсонал должен носить средства индивидуальной защиты и соблюдаться меры предосторожности.

Передача коронавируса от матери ребенку во время беременности маловероятна. При наличии COVID-19 у матери новорожденного следует немедленно передать неонатологам.

Маршрутизация женщин и их новорожденных определяется по результатами проведенных тестирований.

Больные COVID-19 для оказания акушерской помощи должны быть определены в карантинные акушерские отделения многопрофильных стационаров или роддомов III уровня.

Временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Версия 10 от 08.02.2021 г

Методические рекомендации Минздрава Российской Федерации «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19» от 4.06.2020. Версия 2.

Асфиксия новорожденного

- Асфиксия - синдром, характеризующийся расстройством дыхания при наличии сердцебиений или других признаков живорожденности.
- Классификация- первичная и вторичная, острая и хроническая, умеренная и тяжелая
- Патогенез- асфиксия обусловлена нарушением газообмена в виде недостатка кислорода и избытка углекислого газа, а также метаболическим ацидозом

Факторы риска развития асфиксии

Аntenатальные факторы	Интранатальные факторы
Экстрагенитальная патология у матери	Экстренное кесарево сечение
Патологические состояния, связанные с беременностью	Применение акушерских щипцов или вакуум экстракции
Отсутствие пренатальной подготовки	Патологические предлежания плода
Гипертензия, преэклампсия	Преждевременные, стремительные роды или затяжные роды
Анемия или изоиммунизация	Длительный второй период родов (более 2 часов)
Много-, маловодие	Выпадение пуповины
Кровотечения во втором или третьем триместре	Отслойка или предлежание плаценты
Преждевременный разрыв оболочек плодного пузыря	Изменение сердечной деятельности плода
Переношенная беременность	Окрашивание околоплодных вод меконием

Начальные мероприятия

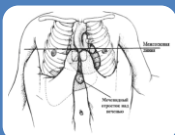


ИВЛ, непрямого массажа сердца и введение лекарственных средств



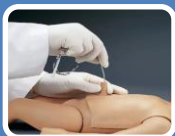
Искусственная вентиляция легких

- Проводится через маску или эндотрахеальную трубку
- Критерий эффективности ИВЛ является ЧСС более 100 уд/мин



Непрямой массаж сердца

- Соотношение сжатий и дыханий составляет 1:3
- После начала оценить ЧСС ребенка



Введение лекарственных средств

- При отсутствии эффекта от непрямого массажа сердца и ИВЛ
- Внутривенное введение препаратов через пупочную вену

Участие акушерки в профилактике асфиксии

Обследование беременной и выявление факторов риска
Санация очагов инфекции и лечение хронических заболеваний
КТГ-мониторинг плода
Контролировать выполнение назначений врача пациенткой
Подготовка женщин к родам
Своевременная госпитализация женщин в родильный
Во время родов проведение контроля за сердцебиением плода
Рациональное введение родов
Умение работать бригадным методом реанимации при асфиксии

Рекомендации для пациенток



Планирование беременности



Здоровый образ жизни



Своевременная постановка на учет в женскую консультацию



Регулярное посещение акушер-гинеколога и выполнение его назначений



Своевременное лечение осложнений беременности

2. Родионова Диана Максимовна

Тема: Консультирование пациенток по профилактике рака молочных желёз.

Актуальность

Рак молочной железы – наиболее частое злокачественное заболевание у женщин в Российской Федерации.

В 2018 году зарегистрировано 70 682 новых случаев, что составляет 20,9% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин.

Средний возраст заболевших составил 61,5 года.

Среднегодовой темп прироста заболеваемости (стандартизованный показатель) составил 1,97 % за последние 10 лет.

В структуре смертности женского населения рак молочной железы находится на первом месте, составляя 16,2 %.

Данные исследования нацеливают акушерку на повышение уровня информированности женщин в вопросах профилактики рисков развития рака молочных желез.

Цель исследования: выявить уровень информированности пациенток ГБУ РО «Женская консультация №1» в вопросах рака молочных желез, целесообразность проведения среди них профилактических мероприятий, направленных на повышение уровня информированности в вопросах профилактики данного заболевания.

Объект исследования: профилактическая деятельность акушерки.

Предмет исследования: консультирование пациенток женской консультации по профилактике рисков развития рака молочных желёз

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические аспекты рака молочных желез.
2. Выявить уровень грамотности пациенток женской консультации по вопросам рака молочных желез, путем их анкетирования на базе ГБУ РО «Женской консультации №1».
3. Провести анализ анкетирования и разработать рекомендации, направленные на повышение уровня информированности пациенток женской консультации в вопросах профилактики рисков развития рака молочных желез в виде информационных буклетов.

Анализ нормативно-правовой документации и литературы, использованной при написании выпускной квалификационной работы

ФЗ-323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи	Приказ МЗ РФ от 20 октября 2020 г. N1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"	Приказ МЗ РФ № 124н от 13 марта 2019 г. «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»
Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 10" (утв. Министерством здравоохранения РФ 8 февраля 2021г.)	Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2020 г. N 58 "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность (с изменениями на 10 июня 2016 года)"	Приказ МЗ РФ от 19 марта 2020 г. N 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»
Национальный проект «Здравоохранение» 2019г. - 2024г	Гинекология Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. 2015. - 704 с. Серия "Национальные руководства" - ISBN 978-5-9704-3217-4.	
Клинические рекомендации «Рак молочных желез» 2020 год -	Каприн А.Д., Костин А.А., Зикиряходжаев А.Д., Рассказова Е.А., Широких И.М. Рак молочной железы, ассоциированный с носительством мутации CHEK2 [Текст]/ Каприн А.Д., Костин А.А., Зикиряходжаев А.Д., Рассказова Е.А., Широких И.М.//Акушерство и гинекология/ - 2018. - №5. — С. 102-107.-	

Характеристика рака молочных желез

Факторы риска развития рака молочной железы

1. раннее менархе

2. поздняя менопауза

3. возраст старше 65 лет

4. отсутствие родов в анамнезе

5. наличие абортв в анамнезе

6. отягощенный семейный анамнез

7. курение

8. алкоголь

9. наличие сахарного диабета

10. ожирение или повышенный индекс массы тела

11. низкая физическая активность

12. травмы молочных желез

13. доброкачественные заболевания молочных желез

14. работа в условиях профессиональных вредностей

15. ионизирующее излучение

16. опухоль яичника в анамнезе

17. опухоль гипофиза в анамнезе

18. рак толстой кишки в анамнезе

19. гормональная контрацепция более пяти лет

Основные клинические симптомы

- наличие опухолевого узла в ткани молочной железы
- плотная консистенция опухоли
- ограниченная подвижность опухоли либо полное ее отсутствие
- наличие симптома «умбиликации»
- наличие одиночного плотного подвижного лимфатического узла в подмышечной области на стороне опухоли

- патологические выделения из соска
- прорастание кожи опухолью и/или изъязвление опухоли
- выраженное утолщение соска и складки ареолы
- втяжение и фиксация соска
- деформация молочной железы, уменьшение или увеличение ее размеров, подтягивание ее вверх, фиксация к грудной стенке
- множественные плотные малоподвижные или неподвижные лимфатические узлы в подмышечной области на стороне опухоли, иногда сливающиеся в конгломераты
- плотные надключичные лимфатические узлы на стороне поражения

Диагностика

- Сбор анамнеза
- Физикальное обследование
- Лабораторные диагностические исследования
- Инструментальные диагностические исследования
- Рентгенологические исследования

Лечение

- лучевое лечение
- химиотерапия
- гормональная терапия
- хирургическое лечение

Реабилитация

- психообразовательные мероприятия
- лечебная физическая культура
- низкоинтенсивное лазерное облучение
- контроль веса, профилактика ожирения
- противоотечная терапия

Профилактика

- осмотр от 1 до 4 раз в год (в зависимости от конкретной клинической ситуации) в течение первых 5 лет, далее – ежегодно
- ежегодное выполнение маммографии
- рациональная диета
- поддержание идеальной массы тела ведение активного образа жизни

Роль акушерки в профилактике рака молочных желез

Участие в ежегодных профилактических осмотрах женского населения согласно Приказу МЗ РФ от 20 октября 2020 г. N1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология", с целью своевременного выявления симптомов рака молочных желез.

Участие в профилактических осмотрах и диспансеризации населения согласно приказу МЗ РФ № 124-Н от 13.03.2019 г., с целью своевременного выявления симптомов рака молочных желез.

Участие в проведении диагностических обследований (осмотр и пальпация молочных желез, лимфатических узлов, осмотр наружных половых органов, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование) при самостоятельном обращении женщин за медицинской помощью.

Направление на консультацию к акушеру-гинекологу пациенток, у которых заподозрена патология молочных желез с целью ранней диагностики и лечения заболевания.

Обучение пациенток технике самообследования молочных желез при самостоятельном обращении женщин за медицинской помощью, прохождении ими профилактических осмотров или диспансеризации, контроль за техникой самообследования молочных желез.

Проведение санитарно-просветительских работ с женским и подростковым населением, направленных на повышение их уровня информированности по профилактике рака молочных желез и ведению здорового образа жизни, своевременной реализации репродуктивной функции женского населения и грудного вскармливания как профилактике заболеваний молочных желез и женских половых органов с использованием информационно – наглядных материалов, индивидуальных и групповых бесед, информационных листов, буклетов, санитарных бюллетеней.

3. Соловьева Ксения Николаевна

Тема: Консультирование беременных по профилактике врождённых пороков развития.

Актуальность.

Врожденные пороки развития являются медицинской и социальной проблемой, так как занимают одно из первых мест в заболеваемости, инвалидности и смертности новорожденных.

Во всем мире отмечена тенденция к росту вредных факторов, способных оказывать негативное влияние на здоровье человека, его генофонд, и приводящих к развитию врожденных пороков.

Главными задачами акушерки являются консультирование беременных и профилактика рисков врожденных пороков развития.

По данным ВОЗ, около 5-8% новорожденных появляются на свет с различными пороками развития, ежегодно умирают 303000 детей в течение первых 4 недель жизни (World Health Organization, WHO).

Цель: изучить роль акушерки по профилактике рисков развития врождённых пороков плода в условиях женской консультации

Задачи:

- ☐ Изучить теоретический материал и нормативно-методическое обеспечение по данной теме.
- ☐ Проанализировать деятельность акушерки в консультировании беременных по профилактике рисков развития врожденных пороков плода
- ☐ Дать рекомендации по профилактике рисков врожденных пороков плода

Объект исследования: система профилактики рисков развития врождённых пороков плода

Предмет исследования: консультирование беременных по профилактике рисков развития врожденных пороков плода в условиях женской консультации

Нормативно-методическое обеспечение

1. Приказ МЗ РФ № 1130н от 20.10.2020 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология»
2. Приказ МЗ РФ №921н от 15.11.2012» Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю неонатология»
3. Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 28 октября 2015 года N 1924 «Об организации проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Рязанской области». (Двухуровневая система диагностики нарушений плода)
4. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2. Под редакцией В.И. Кулакова Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» (Рассмотрены и изучены инвазивные методы пренатальной диагностики)

5. Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19» от 25.01.2021г.

6. ВОЗ. Пороки развития: информац.бюллетень [электронный ресурс]

Особенности охраны труда на рабочем месте

Эргономика труда акушерки заключается в уменьшении факторов, влияющих на ее здоровье:

физические, химические, биологические, тяжесть трудового процесса, нервно-эмоциональное напряжение

На рабочем месте необходимо:

1. Соблюдать меры предосторожности
2. Соблюдать меры личной безопасности
3. В работе с новорожденными соблюдать меры асептики и антисептики
4. Проведение влажной уборки
5. Все оборудование обеззараживается дезинфицирующими растворами

При приеме на работу в акушерские стационары и перинатальные центры регламентируется порядок прохождения обязательных медицинских осмотров

Особенности работы в условиях распространения новой коронавирусной инфекции

- Обязательное использование средств индивидуальной защиты.
- Минимизация перемещений по подразделениям.
- Сокращение пребывания беременной в условиях амбулаторного отделения.
- Маршрутизация женщин и их новорожденных осуществляется по результатам тестов
- При наличии COVID-19 у матери, пуповина должна быть быстро пережата, а новорожденного следует сразу передать неонатологам для оценки состояния.
- Грудное вскармливание на время изоляции не рекомендовано, но возможно сохранение кормления ребенка нативным сцеженным грудным молоком матери.

Врожденные пороки развития плода

Врожденные пороки развития плода (ВПР) - это структурные или функциональные отклонения от нормы, которые проявляются в период внутриутробного развития плода и могут быть выявлены до рождения, во время рождения или на более поздних этапах жизни (ВОЗ).

Критические периоды внутриутробного развития плода

- ☐ 1 период (от зачатия до 2 недель) –действие вредных факторов приводит к гибели зародыша и прерыванию беременности
- ☐ 2 период (от 3 до 8 недель) – период органогенеза, зародыш обладает наибольшей чувствительностью к действию повреждающих факторов

- 3 период (от 8 до 12 недель) – функции плаценты достигают высокой степени активности

Причины врожденных пороков развития

Экзогенные факторы.

1. Физические факторы внешней среды:

- ионизирующая радиация, органические и неорганические химические соединения
- сельскохозяйственные яды, в том числе пестициды, инсектициды, минеральные удобрения,
- профессиональные вредности

2. Химические факторы:

- вредные привычки (алкоголь, курение, наркотики)
- лекарственные препараты

3. Биологические факторы

- вирусные заболевания (цитомегаловирус, краснуха)

Эндогенные (неуправляемые) причины

1. Генетические факторы:

- кровосмешение (кровное родство)
- геномные и хромосомные мутации

- 2. «Перезревание» половых клеток -это комплекс изменений в сперматозоидах и яйцеклетках со времени их созревания до образования зиготы с нерасхождением хромосом, что приводит к генным мутациям.

- 3. Эндокринные заболевания: сахарный диабет у матери

- 4. Возраст родителей- старше 35 лет

Профилактика врожденных пороков развития

Первичная профилактика бывает:

- на государственном уровне (улучшение состояния окружающей среды, усиление сан-просвет работы с населением, улучшение условий работы на вредных производствах)
- индивидуальная (прегравидарная подготовка, планирование беременности, ведение ЗОЖ, исключение контакта с инфекционными заболеваниями)

Вторичная профилактика

включает в себя пренатальную диагностику, а именно:

- Допплерометрия
- Ультразвуковое исследование (трехкратно: при сроках 11-14 недель, 18-21 неделю, 30-34 недели)
- Исследование АФП и ХГ
- Амниоцентез (проводится в 16-20 недель)
- Кордоцентез (проводится в 18-22 недель)

4. Сорокина Ульяна Игоревна

Тема: Обучение беременных профилактике лактационного мастита

Актуальность для практического здравоохранения

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Лактационный мастит— это воспалительное заболевание молочной железы, развивающееся в послеродовом периоде на фоне лактации. Наиболее часто встречающееся как в амбулаторной, так и стационарной практике.

На долю лактационного мастита (ЛМ) приходится 95% всех острых воспалительных заболеваний молочной железы и занимает одно из первых мест в структуре послеродовых гнойно-воспалительных осложнений.

На настоящее время в РФ частота возникновения составляет от 1% до 6%.

В 98,9% лактационный мастит возникает у родильниц. Крайне редко во время беременности, и он составляет 0,1 -1% по отношению ко всем больным лактационного мастита.

Актуальность для акушерки

Актуальность для акушерки отражает важность предупреждения факторов риска, правильность проводимого лечения и профилактики, связанной с высокой распространенностью лактационного мастита. Хирургическое вмешательство на молочную железу подразумевает невозможность грудного вскармливания на некоторое время, поэтому лактационный мастит напрямую связан с риском для здоровья матери и ребенка. Акушерка это именно тот человек, который находится рядом с женщиной в течение нескольких суток после родов, она может выявить ранние признаки лактационного мастита, лактостаза и трещины сосков, что позволяет вовремя начать лечебные и профилактические мероприятия и предотвратить серьезные осложнения.

Объект исследования: Организационная деятельность акушерки по обучению беременных возникновению рисков развития лактационного мастита

Предмет исследования: Обучение беременных профилактике рисков развития лактационного мастита в условиях женской консультации

Цель: Выявить объем деятельности акушерки в обучении беременных женщин профилактике и факторам риска развития лактационного мастита

Задачи:

1. Изучить теоретические данные и провести обзор нормативно-правовой базы по данной теме.
2. Проанализировать деятельность акушерки по профилактике лактационного мастита
3. Разработать рекомендации для беременной женщины по профилактике рисков развития лактационного мастита

Анализ нормативно-методического обеспечения

- Ф3-323 от 21.11 2011 (редакция от 29.05 2019) «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи.
- Порядок. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»
- ГОСТ. Клинические рекомендации (протокол лечения) "Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде", разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" утвержденные письмом МЗ РФ от 6 мая 2014 г. N 15-4/10/2-318
- Методические рекомендации "Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19" Версия 2 (утв. Минздравом РФ, май 2020 г.)
- Балущкина А.А., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Пустотина О.А. «Москалева Г.В. Новые тенденции в профилактике и лечении послеродового мастита и лактостаз»// Медицинский совет №2. 2019 [Электронный ресурс]

Определение

Мастит – это воспаление молочной железы, которое может сопровождаться или не сопровождаться инфекцией. Это заболевание бывает связано с лактацией, и поэтому оно также называется лактационный мастит или пуэперальный мастит. Наиболее часто патология отмечается у первородящих женщин – около 70% от общего количества пациенток с таким диагнозом.

Чаще развивается через 2-3 недели после родов.

Однако, может возникнуть на любой стадии лактации, включая второй год после родов.

Этиология, патогенез и пути передачи инфекции

Этиология. Примерно в 80% случаев возбудителем заболевания является золотистый стафилококк в монокультуре или в ассоциации с другой микрофлорой (кишечной, синегнойной палочкой).

Патогенез. В возникновении процесса принимают участие различные неблагоприятные факторы, носящие название предрасполагающих:

1. Снижение резистентности (сопротивляемости) организма.
2. Состояние женщины после родов большой кровопотери и осложнений в родах.
3. Застой молока в грудной железе (лактостаз).
4. Наличие входных ворот инфекции (трещины сосков).

Пути передачи инфекции:

1. Галактогенный
2. Лимфогенный
3. Гематогенный

Классификация и клиника

Классификация:

Выделяют: негнойный; серозный; инфильтративный; гнойный: абсцедирующий, инфильтративно-абсцедирующий, флегманозный, гангренозный.

Клиника:

Все формы начинаются остро: повышение температура до 38-40 гр., появляется озноб, отмечается плохой аппетит, слабость, головная боль, ухудшается самочувствие. Молочная железа увеличена, гиперемирована, резко болезненна.

В случае **серозного мастита** при пальпации молочной железы определяется диффузный отек тканей из-за наличия воспалительного экссудата.

При **инфильтративном** - на фоне отека появляется инфильтрат без четких границ и участков размягчения.

При **абсцедирующем** – пальпируется резко болезненный инфильтрат с полостью, над которым определяется симптом флюктуации. Процесс распространяется за пределы квадранта железы.

При **образовании флегмоны** молочная железа значительно увеличивается, в процесс вовлечены 3-4 квадранта.

Гангренозная форма мастита сопровождается некрозом кожи и гнойным расплавлением подлежащих тканей. В процесс вовлечены все квадранты молочной железы.

Диагностика

Лабораторные исследования:

В крови: определяется лейкоцитоз, повышение СОЭ, нейтрофилез, нередко снижены уровень гемоглобина и количество эритроцитов.

Ультразвуковая диагностика

При эхографическом исследовании обычно выявляют гомогенную массу инфильтрата в определенном участке исследуемой молочной железы

Бактериологический посев грудного молока и тестирование на чувствительность флоры к антибиотикам должны быть предприняты, если:

- нет реакции на введение антибиотиков в течение 2 дней;
- имеется рецидив мастита;
- подтвержден госпитально-приобретенный мастит;
- у пациента аллергия на обычные терапевтические антибиотики или тяжелые, необычные случаи;
- если картина мастита не улучшается через 48 часов после начала лечения препаратами первой линии.

Дифференциальная диагностика лактостаза и мастита

Лактостаз	Мастит
<p>Общее состояние кормящей при остром застое молока ухудшается незначительно. Отсутствуют два основных признака воспалительного процесса: гиперемия и гипертермия.</p>	<p>Заболевание начинается остро, с озноба, повышения температуры, потливости, слабости, ощущения разбитости, резких болей в железе. Переход начальной формы мастита в гнойную характеризуется усилением общих и местных симптомов воспаления, при этом выражены признаки гнойной интоксикации. Инфильтрат в железе увеличивается, гиперемия кожи нарастает, в одном из участков железы появляется флюктуация.</p>
<p>Температура тела, клинические анализы крови чаще остаются нормальными, при исследовании секрета молочных желез изменений не определяется.</p>	<p>Температура тела повышена до 38 и выше. В крови наблюдается лейкоцитоз до 10–12 тыс., СОЭ ускорена до 20–30 мм/ч.</p>
<p>Опухолевидное образование соответствует контурам долек молочной железы, уплотненное, подвижное, с четкими границами, бугристой поверхностью, безболезненное. При надавливании на это образование молоко выделяется свободно, сцеживание его безболезненно. Уплотнение определяется на фоне болезненности и</p>	<p>Грудь увеличивается в размере, пальпация ее становится болезненной, инфильтрат определяется нечетко. Сцеживание молока болезненно и не приносит облегчения.</p>

напряженности всей
железы. После
сцеживания женщина
ощущает облегчение.

Острое начало на 3-4-е
сутки после родов у
некормящих и не
сцеживающих молоко
женщин

Острое начало на 5-8-е сутки после родов на
фоне выраженного лактостаза или на 2-4-й
неделе у кормящих женщин

Боль, чувство тяжести,
диффузное уплотнение,
гиперемия и
гипертермия обеих
молочных желез

Боль, уплотнение, гиперемия и гипертермия в
одной молочной железе

Затрудненное и резко
болезненное сцеживание
обеих молочных желез

Затрудненное и болезненное сцеживание одной
молочной железы

Лечение

Лечение должно быть комплексным.

Негнойные формы лактационного мастита лечат консервативно. Лечение гнойных форм начинается с хирургического вмешательства.

Медикаментозное лечение

При негнойных формах показано:

- Медикаментозное прекращение лактации (парлодел или достинекс)
- назначение антимикробных (метронидазол)
- десенсибилизирующих (супрастин, дипразин) и повышающих иммунитет препаратов.

Немедикаментозное лечение

Режим лечебно-охранительный. Пациентку оградить от отрицательных эмоций и болевых ощущений.

Диета: Стол №15

С целью дезинтоксикации при гнойных формах мастита проводят инфузионную терапию кристаллоидами.

Профилактика

Желательно профилактические мероприятия лактационного мастита начинать во время беременности. В большинстве случаев развитие мастита и абсцесса груди

можно предупредить, если с самого начала правильно вести грудное вскармливание с целью профилактики состояний, приводящих к возникновению лактостаза, а также, если своевременно лечить такие ранние признаки, как нагрубание груди, закупорка молочных протоков и воспаление сосков.

Улучшенное понимание ведения грудного вскармливания

Важными положениями этой практики являются:

- Начать кормить младенца грудью, приблизительно, через час после родов, когда появляется поисковый рефлекс при наличии сосательного; контакт кожа к коже;);
- Совместное пребывание в палате «Мать и дитя»;
- Следить за тем, чтобы младенец был правильно приложен к груди;
- Поощрять кормление «по требованию»;
- Кормление исключительно грудью в течение 6 месяцев, отказ от использования дополнительных продуктов, бутылок для кормления и сосок.

Особенности работы медицинского персонала на рабочем месте в условиях распространения новой коронавирусной инфекции

- Рекомендуются соблюдать социальное дистанцирование и использовать лицевую маску при посещении женских консультаций и стационаров. Необходимо выполнять требования дородового наблюдения (скрининг) т.к. отказ от него приводит к высокому риску материнской и перинатальной смертности
- Ведение послеродового периода после выписки из стационара

Большинство консультативных приемов в послеродовом периоде могут быть проведены дистанционно, если у пациентки нет особых жалоб, требующих очного осмотра. Определенные жалобы (со стороны молочных желез или послеоперационного рубца) могут быть оценены по видео или фотографиям. Сокращение количества приемов также может быть полезным в случае потенциальной нехватки медицинских работников, поскольку значительная часть сотрудников может быть изолирована из-за контакта с пациентами с COVID-19

При этом важно сохранить баланс между соблюдением мер социального дистанцирования и необходимостью социальной и эмоциональной поддержки во время важных этапов, таких как беременность и роды

- Маршрутизация женщин и их новорожденных определяется результатами тестирования
- Мать и младенец должны быть временно разделены до получения результатов лабораторного теста
- - если тест положительный, мать и младенец предпочтительно совместное пребывание;

- - если результат теста РНК-ПЦР отрицательный у ребенка и положительный у матери, мать и младенец находятся раздельно;
- - если у матери результат теста отрицательный, то новорожденный может находиться совместно с матерью при условии профилактики воздушно-капельного распространения (маска и т.д.)

Рекомендации для беременной женщины по профилактике рисков развития лактационного мастита

Правильное прикладывание к груди служит профилактикой трещин сосков (входные ворота для инфекции), а профилактика инфицирования молочных желез – соблюдение личной гигиены матери.

- **Правила правильного прикладывания к груди:**
- Животик ребенка должен быть плотно прижат к животу матери, ушко, плечо и бедро ребенка должны находиться на одной линии.
- Мать должна обхватить сосок и прикоснуться к губам, подождать и приложить ребенка к груди, так, чтобы нижняя губа ребенка захватила нижний край ареолы и сосок (по нижнему краю ареолы проходит млечный синус)
- Кормить ребенка в спокойной обстановке, в удобной позе (можно использовать подушку)
- Необходимо поощрять кормление «по требованию», (каждые 3 часа) как только младенец проявляет признаки готовности к кормлению, например, открывает рот и ищет грудь (в ночное время можно взять ребенка на руки и приложить к груди, он захватит грудь во сне)
- **Правила личной гигиены матери:**
- Ежедневный прием гигиенического душа для того чтобы устранить загрязнения и микроорганизмы на теле. После рекомендуется насухо протереться полотенцем, а грудь протереть бумажными салфетками.
- Также можно использовать в качестве защиты – капли грудного молока. Необходимо протереть сосок грудным молоком, так как грудное молоко создает бактерицидную пленку, и бактерии не могут попасть в организм через эту пленку
- Моющими средствами необходимо пользоваться аккуратно, эти средства должны содержать pH нейтральную среду. Во круг сосков необходимо использовать только 2-3 раза в неделю для того чтобы не возникли трещины.

Заключение

Профилактические мероприятия лактационного мастита и лактостаза должны начинаться не только при возникновении заболевания, а сразу во время

беременности в условиях женской консультации, далее должны продолжаться в родильном доме и после выписки.

Важными аспектами в обучении беременных женщин по профилактике рисков лактационного мастита являются разработка рекомендаций по уходу за молочной железой, контроль техники правильного вскармливания и помощь не только первородящим, но и повторнородящим женщинам в обеспечении правильного прикладывания к груди, предотвращают появление риска осложнений и помогают сохранить жизнь и здоровье матери и ребенка и продолжить грудное вскармливание.

5. Фабричная Юлия Олеговна

Тема: Консультирование пациенток по профилактике гемолитической болезни новорожденного ребёнка.

Актуальность работы

Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) занимает существенное место среди причин перинатальной заболеваемости и смертности. В практике редко, но встречаются осложнения гемолитической болезни новорожденного (ГБН)- ядерной желтухи, приводящей к стойкой инвалидности и даже летальному исходу

Гемолитическая болезнь в Российской Федерации диагностируется у 0,6% новорожденных.

Значительные достижения перинатальной медицины определения резус-Д гена плода у резус-изоиммунизированных женщин позволяет избежать ненужных инвазивных диагностических и лечебных процедур при отрицательной резус-принадлежности крови плода.

Роль и участие акушерки в профилактических мероприятиях гемолитической болезни новорожденных детей значительна, так как от ее квалификации зависит исход и течение заболевания, проведение диспансеризации, оказания лечебно-диагностической, профилактической помощи больным новорожденным под руководством врача.

Объект и предмет исследования; цель исследования, задачи

Объект исследования – система профилактики факторов риска гемолитической болезни новорожденных детей.

Предмет исследования –консультирование пациенток в условиях женской консультации по профилактике рисков развития гемолитической болезни новорожденного

Цель: изучить деятельность акушерки в консультировании пациенток в условиях женской консультации по профилактике рисков развития гемолитической болезни новорожденных детей.

Задачи:

- Изучить теоритическую и нормативно-методическую базу темы.
- Проанализировать деятельность акушерки в организации и проведении профилактики ГБН.
- Разработать рекомендации пациенткам с целью повышения уровня грамотности по профилактике гемолитической болезни новорождённых

Нормативно-методическое обеспечение деятельности специалиста

Приказ МЗ РФ № 1130-Н от 20.10.2020 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"»

Клинические рекомендации. «Резус-сенсibilизация. Гемолитическая болезнь плода.» Письмо Минздрав РФ, 2017г.

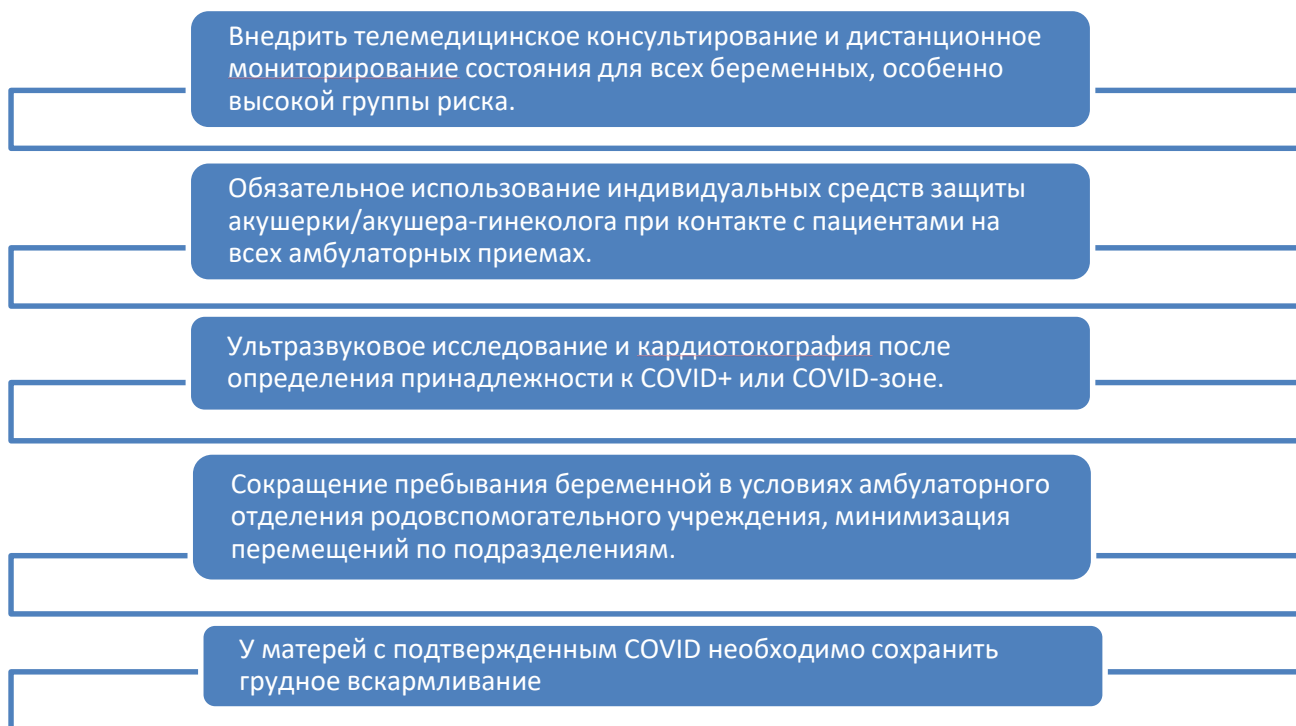
«Клинические рекомендации «Диагностика и лечение гемолитической болезни новорожденных» ассоциации неонатологов Антонова А.Г., Дегтярёва Д.Н., Дегтяревой А.В. и др. ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии» имени академика В.И. Кулакова Москва 2015г.

Методические рекомендации Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19 (утв. Минздравом России)

Особенности охраны труда на рабочем месте

Химические факторы:	<ul style="list-style-type: none">•Едкие вещества•Органические растворители•Аэрозоли, пыль•Химические средства для дезинфекции•Канцерогенные вещества и др.
Биологические факторы	<ul style="list-style-type: none">•Грибки•Бактерии•Вирусы и др.
Физические факторы	<ul style="list-style-type: none">•Ионизирующее излучение•Электромагнитные поля различного частотного диапазона (например, при работе за компьютером)
Факторы трудового процесса	<ul style="list-style-type: none">•Нервно-эмоциональное напряжение•Вынужденная или неудобная рабочая поза•Напряжение зрительного аппарата

Особенности работы медицинского персонала на рабочем месте в условиях распространения новой коронавирусной инфекции



Характеристика гемолитической болезни новорожденного

Гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБН) — изоиммунная гемолитическая анемия, возникающая в случаях несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам, при этом антигены локализуются на эритроцитах плода, а антитела к ним вырабатываются в организме матери.

Причины гемолитической болезни новорожденных:

- несовместимость по системе АВ0 (у матери в большинстве случаев определяется 0 (I) группа крови, а у плода А (II) или (реже) В (III);
- несовместимость эритроцитов матери и плода по резус-фактору (у матери резус-отрицательная, у плода резус-положительная);
- несовместимость по редким факторам крови.

Формы гемолитической болезни новорождённого

Отечная форма- нежизнеспособная форма ГБН.

Анемическая форма- степень выраженности клинических проявлений зависит от степени снижения Hb.

Желтушная форма- при рождении могут быть желтушно прокрашены околоплодные воды, оболочки пуповины, первородная смазка. Характерно раннее развитие желтухи (до 24 часов жизни) на фоне побледнения кожных покровов и видимых слизистых оболочек, увеличение печени и селезенки.

Визуальный осмотр не является надежным показателем уровня билирубина.

Осложнения гемолитической болезни новорожденного

1. Билирубиновая энцефалопатия (ядерная желтуха) - поражение нервной системы, возникающее вследствие повреждения неконъюгированным билирубином нейронов, составляющих ядра головного мозга.

2. Синдром сгущения желчи— может развиваться в любое время, чаще после проведения операции заменного переливания крови (ОЗПК). Желтуха приобретает зеленоватый оттенок, печень увеличивается в размерах по сравнению с предыдущим осмотром, увеличение интенсивности окраски мочи.

Диагностика гемолитической болезни новорожденного

До родов:

Отягощенный акушерский анамнез, резус-конфликт, I группа крови
УЗИ

Проба Кумбса (прямая и непрямая)

Амниоцентез и кордоцентез

Допплерометрия кровотока в средней мозговой артерии плода

После родов:

Общий анализ крови

Определение группы крови и резус-фактор ребенка, матери и отца

Почасовой прирост неконъюгированного билирубина

Лечение гемолитической болезни новорожденного

Консервативное лечение

- Фототерапия-является наиболее эффективным методом консервативной терапии ГБН (начинать максимально рано, непрерывно, интенсивно высокодозная).

Внутривенное введение иммуноглобулинов

Оперативное лечение

ОЗПК- операция заменного переливания крови, учитывают быстрый прирост билирубина в первые часы жизни и уровень гемоглобина.

ОЗПК в первую очередь направлена на удаление свободного (непрямого) билирубина. Используют резус-отрицательную кровь, совпадающую по группе с кровью ребенка.

Профилактика резус-изоиммунизации

1. Неспецифическая профилактика.
2. Специфическая антенатальная профилактика у пациенток с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии у них изоиммунизации.

3. Специфическая постнатальная профилактика у пациенток с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии у них изоиммунизации.

Роль акушерки в профилактике факторов риска развития ГБН в женской консультации:

1. Ранняя постановка беременной на учет в женскую консультацию
2. Выделение группы риска беременной
3. Контроль титра антител беременной
4. Своевременное обследование беременной

6. Стребез Екатерина Виталиевна

Тема: Консультирование родильниц по профилактике гипогалактии.

Актуальность

Грудное вскармливание является идеальным способом обеспечения детей раннего возраста питательными веществами, необходимыми для их здорового роста и развития.

Профилактика гипогалактии относится к важнейшим проблемам здравоохранения. В данный момент по данным ВОЗ примерно 37% женщин прекращает грудное вскармливание именно по причине гипогалактии.

Главная причина перевода ребёнка на искусственное вскармливание - это отсутствие знаний у матери, как избежать проблем при кормлении грудью, отсутствие психологического настроя женщины на кормление грудью.

Основные задачи акушерки пропагандировать, разъяснять, обучать и оказывать практическую помощь, мотивировать на сохранение грудного молока, и помочь бороться с гипогалактией.

Объект и предмет исследования; цель исследования, задачи

- Объект исследования: система профилактики гипогалактии
- Предмет исследования: консультирование пациенток по профилактике рисков развития гипогалактии
- Цель: изучить деятельность акушерки в профилактике гипогалактии и предупреждение проблем, возникающих при кормлении грудью
- Задачи:
 1. Изучить нормативно-методическое обеспечение темы;
 2. Проанализировать деятельность акушерки в вопросах профилактики гипогалактии;
 3. Сделать выводы и разработать рекомендации пациентке по профилактике гипогалактии.

Нормативно-методическое обеспечение деятельности

1. Приказ 1130- Н от 10.20.2020 "Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"
2. СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" (изменения от 04.03.2016 №27) отражает вопросы охраны здоровья медицинского персонала.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"».
4. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации 4 издание 2019г., Москва
5. Программа ВОЗ и ЮНИСЕФ "17 принципов успешного грудного вскармливания"

6. Клинические рекомендации "Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и в послеродовом отделении» 24.06.2015г

Особенности охраны труда на рабочем месте

- физические факторы – различные виды излучений, виброакустические воздействия, микроклимат, условия освещенности и т. д.;
- химический фактор – химические вещества и смеси в воздухе рабочей зоны и на коже работников, в т. ч. биологической природы (антибиотики, витамины, гормоны, ферменты, белковые препараты);
- биологический фактор – микроорганизмы, живые клетки и споры, содержащиеся в бактериальных препаратах; патогенные и условно патогенные микроорганизмы;
- тяжесть трудового процесса – физическая динамическая и статическая нагрузки, масса поднимаемого и перемещаемого груза, стереотипные рабочие движения и т. д.;
- напряженность трудового процесса – работа с оптикой, нагрузка на голосовой аппарат, длительное сосредоточенное наблюдение и т. д.

С целью профилактики воздействия данных факторов следует придерживаться требований Приказа МЗ РФ от 12 апреля 2011 года № 312 Н Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ» - «Санитарно эпидемиологические правила и нормативы» СанПиН 2.1.3.2630-10

Особенности работы медицинского персонала на рабочем месте в условиях новой коронавирусной инфекции

При поступлении в приемное отделение, пациента с клиническими проявлениями ОРВИ, медицинский работник проводит мероприятий с использованием СИЗ.

Если у матери обнаружен COVID-19, ей рекомендуется прикасаться к ребенку и держать его на руках, безопасно кормить грудью с соблюдением правил респираторной гигиены, держать ребенка «кожа-к-коже» и находиться с ним в одной комнате.

Если мать, инфицированная COVID-19, слишком плохо себя чувствует, чтобы кормить ребенка грудью, ей необходимо получить помощь для осуществления безопасного кормления ребенка грудным молоком иными путями, в том числе посредством сцеживания молока, релактации (процесс возобновления грудного вскармливания после периода отсутствия такового или периода вскармливания в очень небольшом объеме) или использования донорского грудного молока из банков молока.

Гипогалактия и ее симптомы

Гипогалактия — это снижение выработки молока в секреторных клетках грудных желез во время лактационного периода. Это явление влечет за собой снижение поступления питательных веществ в организм ребенка, необходимых для нормального роста и развития.

Субъективные: у женщины со сниженной секрецией молока обычно не возникает чувства его прилива, грудная железа практически все время на ощупь кажется мягкой. Ребёнок постоянно в период между кормлениями проявляет беспокойство, плачет, очень мало спит и продолжает активно искать грудь. Время кормления обычно увеличивается, ребенка сложно отнять от молочной железы, при таких попытках он начинает плакать. Ребенок мочится не чаще 6-7 раз в день, симптом "сухих пеленок" Выделяется концентрированная моча. Дефекации редкие, по консистенции стул является плотным. голодный стул (скудный). Суточные прибавки веса менее 15-20 грамм.

Объективные: Контрольное кормление в течении суток в условиях детской больницы.

<i>По времени возникновения:</i>	<i>По причинам:</i>	<i>По степени выраженности:</i>
Ранняя- нарушение происходит в течении 10 дней	Первичная	Легкая- снижение количества молока до 25%
Поздняя- нарушения происходят после 10 дней	Вторичная	Умеренная- снижение количества молока до 50%
		Средняя- снижение количества молока до 75%
		Тяжелая- снижение количества молока более 75%

Группы риска по развитию гипогалактии:

1. С поздними менархе и поздно установившемся менструальным циклом
2. С ранними менархе
3. С дисфункцией яичников
4. С анемией
5. Патологии беременности, родов, послеродового периода

Классификация гипогалактии

Первичная и вторичная гипогалактия

Истинная (первичная) – не более у 2-3% женщин. Причинами первичной гипогалактии являются инфантилизм молочных желез с дисгормональными нарушениями, соматические и инфекционные болезни.

Вторичная гипогалактия-отсутствие у женщины доминанты лактации, раннее и необоснованное введение докорма заменителями женского молока, стресс, необходимость выхода на работу, возраст матери более 35 лет, редкие кормления, при низкокалорийном рационе, недостаточном употреблении жидкости и

несбалансированной диете, лактационные кризы – 97% женщин.

Также причиной вторичной гипогалактии может быть нарушение техники кормления, которое приводит к мозолям, ссадинам и трещинам. В дальнейшем возникают такие серьезные проблемы, как лактостаз и мастит.

Правила прикладывания ребенка к груди

Ребенка нужно держать впереди себя на руках или перед собой на подушке. Поддерживать ребенка сзади за плечи и под шеей, но не за голову. Повернуть ребенка к себе лицом так, чтобы во время кормления ему не нужно было поворачивать голову.

Ребёнок должен быть всем телом повернут к матери, прижат к ней, ушко, плечо и бедро ребенка расположены на одной линии.

Сосок матери нужно расположить на уровне носа или верхней губы ребенка

Головка ребенка чуть запрокинута

Рот ребенка широко открыт, угол между губами тупой

Подбородок ребенка прижат к груди матери

Во время сосания не слышно посторонних звуков – цоканья, причмокиваний;

Ареола захватывается асимметрично — снизу больше, чем сверху

Сосок после кормления равномерно вытянут, не скошен, не сплюснут.

Лечение гипогалактии

Лекарственные препараты для лечения гипогалактии используют не менее двух недель:

- Глутаминовая кислота
- Апилак
- Витаминно-минеральные комплексы: «Гендевит», «Ундевит», «Матерна», «Олиговит» и другие
- Витамин Е

Применяют не все препараты сразу, а 1-2, руководствуясь наибольшей эффективностью в каждом конкретном случае.

- Используют отвар крапивы, экстракт чистеца буквицветного. Отвар шиповника, корней одуванчика, настойка элеутерококка. Также используют чай

для кормящих матерей. Меню кормящей мамы должно быть сбалансированным, богатым витаминами, микроэлементами.

Если лактацию восстановить не удастся, то на время лечения требуется докорм. В соответствии с протоколом Международной Академии медицины грудного вскармливания для выбора докорма рекомендован следующий подход. Предметом первого выбора должно быть сцеженное материнское молоко. При недостаточном объеме материнского молозива (молока) следует отдавать предпочтение донорскому молоку. В нем преобладают сывороточные белки, а не тяжелые казеиновые, как в молоке животных. В нем — нужные пропорции основных питательных веществ, а витаминов и минералов столько, сколько нужно. Кроме того, в молоке есть гормоны, ферменты, иммуноглобулины. При отсутствии донорского молока адаптированные смеси на основе гидролизата белка являются наиболее предпочтительными по сравнению со стандартными молочными смесями, так как они исключают ранний контакт с цельным коровьим молоком и способствуют более быстрому снижению уровня билирубина.

Профилактика гипогалактии

Преимущество на всех этапах оказания медицинской помощи по поддержке грудного вскармливания и профилактике гипогалактии: (женская консультация, родильный дом, детская поликлиника)

Женские консультации: 1 формирование доминанты лактации; 1 информирование о преимуществах грудного вскармливания; 1 занятия в школах будущих матерей	Родильные дома: 1 родильный зал (раннее прикладывание к груди); 1 послеродовое отделение (совместное пребывание, обучение и помощь при грудном вскармливании); 1 информирование о преимуществах грудного вскармливания, обучение принципам грудного вскармливания.	Детская поликлиника: 1 профилактика гипогалактии, сохранение лактации, наглядные материалы и информационная поддержка естественного вскармливания; 1 агрессивный маркетинг искусственного детского питания
---	---	--

Рекомендации для акушерки

1. Выработать у матери доминанту лактации;
2. Поощрять, убеждать, хвалить всех матерей, кормящих грудью;
3. Оказывать психологическую поддержку матери начиная с родильного зала;
4. Помогайте матерям наиболее рационально кормить грудью, улучшать навыки кормления;
5. Объяснять матерям правила прикладывания ребенка к груди;
6. Если ребенок не может сосать грудь, помогать матери сцеживать грудное молоко для питания ребенка.

7. Хайыдова Алина Сапарбаевна

Тема: Консультирование пациенток по профилактике острой кишечной непроходимости в гестационном периоде.

Актуальность

Проблема охраны здоровья матери и ребенка является одним из приоритетных направлений современного здравоохранения.

В настоящее время отмечена тенденция к росту экстрагенитальной патологии при беременности, в том числе хирургической, что оказывает негативное влияние не только на течение и исход гестационного процесса, но и на динамику показателей материнской и перинатальной смертности.

Несмотря на невысокую частоту заболевания при беременности (один случай на 40 000-50 000 родов), материнская смертность при развитии кишечной непроходимости достигает 10-20%, а мертворождаемость — 30-50%.

Объект исследования: деятельность акушерки по профилактике острой кишечной непроходимости у пациенток в гестационном периоде.

Предмет исследования: консультирование пациенток по вопросам профилактики острой кишечной непроходимости в гестационном периоде.

Цель работы: выявить объём деятельности акушерки по консультированию пациенток по вопросам профилактики острой кишечной непроходимости в гестационном периоде.

Задачи:

- Изучить теоретические данные и нормативную базу
- Проанализировать деятельность акушерки по профилактике осложнений острой кишечной непроходимости в гестационном периоде
- Разработать рекомендации для пациентки по профилактике осложнений острой кишечной непроходимости в гестационном периоде.

АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ И НОРМАТИВНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В АКУШЕСТВЕ И ХИРУРГИИ

- В главе 5 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" «Организация охраны здоровья» представлена статья 30 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» нацеленная на сохранение репродуктивного здоровья.
- В статье 3.11.6. приказа Министерства Здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203 N «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» выявлены критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острой кишечной непроходимости
- В методических рекомендациях Министерства здравоохранения РФ от 25 января 2021г. «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19» в главе № 9 уделяется внимание профилактике новой коронавирусной инфекции

Острая непроходимость кишечника - синдром, характеризующийся частичным или полным нарушением продвижения содержимого по пищеварительному тракту и обусловленный механическим препятствием или нарушением двигательной функции кишечника.



КЛИНИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Для кишечной непроходимости характерна клиническая триада:

- Абдоминальная боль
- Рвота
- Задержка стула и газов

Признаки, свойственные различным формам острой кишечной непроходимости, не всегда отчетливо выражены. Чем сильнее непроходимость, тем больше выраженность признаков и быстрее развиваются общие проявления болезни, менее выражено вздутие живота, могут отходить стул и газы.

При прогрессировании возникших нарушений у больных острой кишечной непроходимостью преобладают гемодинамические расстройства. Из-за ослабления сокращений кишечника, боли уменьшаются и становятся постоянными, отмечают асимметрию живота, его вздутие. Рвота становится частой, обильной.

В дальнейшем состояние больных крайне тяжелое, возникает лихорадка, развиваются нарушения гемодинамики, вплоть до шока, перитонит и олигурия, которой заканчиваются все виды острой кишечной непроходимости. При выслушивании вздутого живота - "мертвая тишина".

ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Трудности диагностики острой кишечной непроходимости у беременных связаны с изменениями топографических соотношений органов в брюшной полости, что не позволяет чётко определить некоторые наиболее характерные симптомы (например, асимметрию живота, наличие выраженной перистальтики кишечника).

Необходимо осуществить качественный сбор анамнеза на наличие спаек, оперативных вмешательств на органы брюшной полости в прошлом, нарушение функций кишечника, вследствие новообразований, наличие глистных инвазий и т.п.

Достаточно целесообразно начинать проведение диагностики с комплексного УЗИ, позволяющего выявить косвенные признаки острой кишечной непроходимости. Преимущество этого метода неоспоримо, ведь УЗИ предоставляет возможность его многократного и безопасного применения с целью наблюдения за динамикой клинической картины заболевания и оценки состояния плода.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Лечение острой кишечной непроходимости выполняют совместно с хирургом. Начинают лечение с консервативных мер. Выполняют стимуляцию моторики пищеварительной системы, борьбу с парезом кишечника (метоклопрамид,

паранефральная блокада, эпидуральная анестезия) на фоне дезинтоксикационной терапии (введение жидкости до 3-4 л/сут).

Если на протяжении 1,5-2 ч указанные меры не приводят к разрешению кишечной непроходимости, выполняют чревосечение, цель которого - устранить препятствие и опорожнить кишечник.

В послеоперационном периоде его дренируют. После операции назначают антибиотики широкого спектра действия и выполняют постоянную аспирацию кишечного содержимого, назначают инфузионную терапию.

СРОКИ И МЕТОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Прерывание беременности требуется только при динамической кишечной непроходимости, вызванной самой беременностью. При всех других вариантах заболевания следует избегать операций на матке.

При развитии заболевания в первой половине беременности ее необходимо сохранить.

Вопрос о сохранении беременности во второй половине решают индивидуально. Если острая кишечная непроходимость сопровождается родовой деятельностью, роды необходимо закончить через естественные родовые пути, после чего провести операцию на кишечнике. Если же отсутствуют условия для быстрого родоразрешения, вначале выполняют кесарево сечение, после чего хирургическое лечение острой кишечной непроходимости

БЕРЕМЕННОСТЬ И ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Острая кишечная непроходимость может быть принята за имитацию ряда осложнений беременности:

- Риск развития преэклампсии
- Угрозы прерывания беременности
- Преждевременная отслойка плаценты
- Риск невынашивания беременности на разных сроках
- Риск абдоминального родоразрешения
- Осложненное течение родового, послеродового и послеоперационного периодов
- Возникновение проблем с лактацией, вследствие, отказ от грудного вскармливания

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Чрезмерная выработка прогестерона (фактор, способствующий гипотонии кишечника)

Увеличение размеров матки (способствует нарушению перистальтики)

Стёртость объективной симптоматики (вследствие растяжения брюшины малого таза, приводящей к запоздалой диагностике)

Невозможность использования рентгенологического метода исследования (в связи с риском облучения плода)

Тактические вопросы решаются в зависимости от состояния пациентки и плода

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Тщательный сбор анамнеза пациентки (выявить, были ли оперативные вмешательства на органы брюшной полости в течение жизни, наличие спаек, нарушения функции кишечника, вследствие новообразований)

Своевременное обнаружение новообразований кишечника и назначение адекватного лечения

Предупреждение формирования спаек

Устранение глистных инвазий
Своевременное лечение острых кишечных инфекций
Обеспечение комфортных и благоприятных условий во время беременности
Ведение здорового образа жизни, регулярное проведение курсов общеукрепляющей терапии: умеренная физическая активность, сбалансированное рациональное питание, дыхательная гимнастика
Повышение теоретических знаний о первых признаках острой кишечной непроходимости, и при подозрении на этот синдром немедленное обращение к врачу

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ

Из всего вышеперечисленного следует, что профессиональная роль акушерки состоит в следующем:

- Тщательный сбор анамнеза и выявление факторов риска развития острой кишечной непроходимости
- Обращать внимание на жалобы беременной и самые ранние признаки начала острой кишечной непроходимости
- Дать рекомендации беременной с риском возникновения острой кишечной непроходимости по рациональному сбалансированному питанию
- Информировать беременную о важности знаний первых признаков острой кишечной непроходимости
- Обучить пациентку дыхательной гимнастике, направленной на укрепление здоровья и поднятие общего тонуса организма

Острая кишечная непроходимость - одно из наиболее серьезных заболеваний органов брюшной полости. При беременности встречается чаще и летальность при этом значительно выше, чем у небеременных.

Острая кишечная непроходимость у беременных характеризуется неблагоприятным прогнозом для матери и плода. Материнские потери составляют 10-20%, перинатальные - 30-50%. При хирургическом лечении, проведенном в течение первых 3 ч после начала заболевания, летальность не превышает 5%, тогда как при запоздалом хирургическом лечении материнская летальность возрастает вследствие перфорации кишечника или выраженных нарушений водно-электролитного баланса.

Формирование группы риска беременных по развитию острой кишечной непроходимости, наблюдение за ними и проведение профилактических мероприятий с ранних сроков, нацеленных на устранение нарушений моторики кишечника, смогут предотвратить заболевания и осложнения в более поздние сроки беременности.

8. Терехова Елизавета Валерьевна

Тема: Психологические особенности деятельности акушерки при наблюдении и уходе за пациентками с мастопатией в гестационном периоде.

Актуальность

- Доброкачественные заболевания молочных желез являются наиболее распространенными болезнями репродуктивной сферы у женщин.
- По статистике мастопатия у беременных встречается в 30% случаев.
- Основным и самым грозным осложнением данных патологий является развитие рака молочных желез.
- В ходе гормональной перестройки при беременности женщина становится уязвима в психологическом плане.
- Мастопатия в гестационный период может способствовать ухудшению психоэмоционального состояния женщины.
- Акушерка должна знать, как проявляются заболевания молочных желез в гестационный период для профилактики заболеваний и оказания психологической поддержки беременным.
- **Объект:** мероприятия по психологической поддержке беременных с мастопатией.
- **Предмет:** деятельность акушерки по психологической поддержке беременных с мастопатией.
- **Цель:** изучить особенности деятельности акушерки по психологической поддержке беременных с мастопатией.

Задачи:

1. Изучить методы обследования, ухода и наблюдения за пациентками с мастопатией в гестационный период.
2. Провести анализ деятельности акушерки при проведении обследования, ухода и наблюдения за пациентками с мастопатией во время беременности.
3. Проанализировать деятельность акушерки по психологической поддержке беременных с мастопатией.
4. Разработать анкету, провести опрос, сделать выводы и составить рекомендации для пациенток с мастопатией в гестационный период.

Нормативно-правовая и нормативно-методическая документация

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130-Н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"
- Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 21 апреля 2016 г. N 747 "О внесении изменений в приказ министерства от 17 января 2014 г. N 49 "Об утверждении маршрутизации пациентов терапевтического, хирургического, гинекологического, педиатрического профиля, инфекционных больных"
- Клинические протоколы «Доброкачественная дисплазия молочной железы»
- Приказ Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»
- Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19»

Характеристика заболевания

Мастопатия — это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы.

Этиология:

- ✓ опухоли и воспалительные заболевания яичников
- ✓ нарушения работы надпочечников
- ✓ нарушения работы гипофиза с выделением избыточного количества гормонов
- ✓ нарушения работы гипоталамуса с выделением избытка либеринов

Клинические проявления:

- ✓ боли
- ✓ выделения из сосков
- ✓ диффузные уплотнения в молочных железах

При обследовании беременной учитываются

- Данные анамнеза
- Физикальный осмотр
- Данные инструментальных исследований
- Лечение
- Удаление очагов пролиферативной мастопатии хирургическим путем с последующим медикаментозным лечением.
- Устранение причин, провоцирующих заболевание и поддерживающих его существование.
- Поэтапное и продолжительное этиопато-генетическое лечение.

Деятельность акушерки

- Занятия с женщинами в «школах матерей» - о режиме беременной женщины
- Психологическая помощь и релаксирующий тренинг
- Рекомендации по питанию беременных с мастопатией
- Рекомендации по подбору комфортного бюстгальтера

Психологическое состояние пациенток

✓ Эмоциональная неустойчивость

✓ Раздражительность

✓ Высокий уровень личностной тревожности
✓ Повышенная чувствительность снижающая активность личности
✓ Слабость
✓ Мнительность
✓ Неадекватная самооценка