

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ
НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**дипломная работа студента
очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051581
Нерубенко Ирины Алексеевны**

Научный руководитель
преподаватель Мережко О.В.

Рецензент
Заведующая
педиатрическим отделением
по МОР
ОГБУЗ «Детская областная
клиническая больница», детская
поликлиника № 2
Третьякова Т.Ф.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПРОФИЛАКТИКИ НЕДОНОШЕННОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА.....	6
1.1. Анатомо-физиологические особенности половых органов.....	6
1.2. Классификация основных клинических форм невынашивания беременности.....	16
1.3. Преждевременные роды.....	19
1.4. Симптомы, лечение и ведение преждевременных родов.....	29
1.5. Клинические проявления преждевременных родов.....	32
ГЛАВА 2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОНОШЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	34
2.1. Диагностика.....	34
2.2. Профилактика преждевременных родов	38
2.3. Антенатальный уход.....	40
2.4. Анализ невынашивания беременности в ОГБУЗ «Белгородская ЦРБ».....	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	45
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	47
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	51

ВВЕДЕНИЕ

Как не кощунственно это звучит, но в акушерстве существует такое понятие как привычное невынашивание беременности. О таком состоянии говорят, когда у женщины происходило самопроизвольное родоразрешение в сроке до 37 недель два или более раза. Согласно рекомендации ВОЗ, прерывание беременности до 28 недель считается выкидышем, а после этого – преждевременными родами. Ребенок, родившийся в результате преждевременных родов, считается условно жизнеспособным и, при наличии в клинике соответствующего оборудования, может быть выношен.

Невынашивание беременности в наши дни – актуальная проблема. Плохие экологические условия, психо-эмоциональные перегрузки, неподготовленность будущей матери к беременности (как физическая, так и психологическая). Основная причина прерывания беременности – заболевания матери, не диагностированные и, соответственно, не пролеченные на этапе планирования беременности. К сожалению, по-прежнему крайне небольшая доля беременных занимается активным планированием беременности.

Из наиболее распространенных причин, по которым происходит невынашивание беременности, стоит особо отметить гормональные расстройства, заболевания передающиеся половым путем, аборт в анамнезе. Расстройства в эндокринной системе любой локализации способны нарушать течение беременности. Особая роль принадлежит гипофункции яичников, гиперандрогемии, патологии щитовидной железы.

Гормональный дисбаланс либо не дает организму возможности сохранить беременность, либо способствует ее потере – стимулируя родовые механизмы раньше положенного срока. При условии адекватной терапии все перечисленные нарушения неплохо корректируются, беременность протекает без осложнений.

Заболевания, предающиеся половым путем, обостряясь во время беременности, ведут к нарушению целостности слизистой пробки шейки матки, нарушается ее барьерная функция – беременность оказывается под угрозой.

Перенесенные аборт – серьезная проблема. Невынашивание беременности в таких случаях происходит, чаще всего, по причине истмико-цервикальной недостаточности. Травмирования во время проведения аборта шейки матки (особенно травматично проходит аборт при первой беременности) недостаточно плотно закрывает полость матки – раскрытие ее, происходит раньше положенного срока. Другой постабортной причиной невынашивания может быть деформация полости матки за счет развития спаек – создаются препятствия прикреплению, питанию, росту плодного яйца.

Цель работы:

- определить роль медицинской сестры в проведении профилактики невынашивания беременности с использованием информационных технологий.

Для достижения цели были поставлены следующие **задачи:**

1. Изучить научную литературу по теме «Невынашивание беременности»
2. Проанализировать причины и предрасполагающие факторы, влияющие на невынашивание беременности
3. Изучить возможность использования информационных технологий в профилактике невынашивания беременности.
4. Проанализировать статистические данные, динамику невынашивания беременности в ОГБУЗ «Белгородская ЦРБ».
5. Составить рекомендации по ведению беременных женщин для профилактики невынашивания беременности.

При проведении данной работы были использованы следующие методы:

- общетеоретические (изучение медицинской литературы, информативных материалов)
- аналитический

Объектом исследования были:

- учебная и медицинская литература
- данные акушерско-гинекологического отделения ОГБУЗ «Белгородская ЦРБ».

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1.1 Анатомо-физиологические особенности половых органов

К наружным половым органам относятся: лобок, большие и малые половые губы, клитор и преддверие влагалища, ограниченное сверху девственной плевой. В преддверие влагалища открываются выводные протоки больших вестибулярных (бартолиновых) желез. Кровоснабжение вульвы осуществляется за счет парной внутренней артерии, которая отдает ветви к промежности, клитору. Большие половые губы получают кровь от парной наружной артерии. Отток крови от наружных гениталий осуществляется в основном через внутренние вены. Лимф отток идет в паховые лимфатические узлы и лимфоузлы по ходу наружной и внутренней подвздошных артерий.



Рис.1. Наружные половые органы

Влагалище представляет собой трубчатый мышечный орган, покрытый изнутри многослойным плоским неороговевающим эпителием. Большая часть органа расположена внебрюшинно, и лишь верхняя часть задней стенки имеет брюшинный покров. Стенка влагалища представлена

три слоями. Наружный слой – соединительнотканная оболочка, средний – мышечная оболочка, а внутренний представлен слизистой оболочкой. Кровоснабжение осуществляется ветвями внутренней подвздошной артерии, средней прямокишечной и внутренней артериями. Лимфоток от нижней трети влагалища происходит в поверхностные и глубокие паховые узлы от верхних 2/3 – во все три группы лимфоузлов малого таза. Иннервацию влагалища получает от общего маточно-вагинального нервного сплетения.

Фиксирующий аппарат внутренних половых органов представлен: подвешивающими и закрепляющими связками матки, поддерживающим аппаратом (мышечно-фасциальными структурами полости малого таза и тазового дна).

К подвешивающему аппарату относятся: круглые связки матки, широкие связки матки, подвешивающие и собственные связки яичников.

Закрепляющий (фиксирующий) аппарат представлен следующими структурами: лобково-пузырные и пузырно-маточные связки, кардинальные связки, представленные соединительнотканными и гладкомышечными пучками, отходящими от боковых поверхностей над вагинальной частью шейки матки веерообразно к стенкам таза; крестцово-маточные связки, между которыми проходит ампула прямой кишки.

Поддерживающим аппаратом служат мышцы и фасции тазового дна. Последнее представлено тремя слоями мышц: 1 слой – луковично-пещеристая и седалищно-пещеристые мышцы, наружный сфинктер прямой кишки и поверхностная поперечная мышца промежности, 2 слой – мочеполая диафрагма, через которую проходят влагалище и мочеиспускательный канал, глубокая поперечная мышца промежности, 3 слой представлен парной мышцей, поднимающей заднепроходное отверстие.

В XXI веке информационные технологии играют важную роль в самых различных сферах деятельности человека. В здравоохранении, фундаментальной и практической медицине их использование позволяет решать такие задачи, которые ещё в середине прошлого столетия невозможно

было представить. Современные клинические информационные системы, основанные на локальных компьютерных сетях ЛПУ, дают возможность работать с медицинской документацией пациента одновременно нескольким специалистам, помогают медицинским работникам в ведении лечебно-диагностического процесса в проактивном режиме, дают оперативный доступ руководителям ЛПУ к исходной и агрегированной информации. [2]

Диспансеризация населения относится к числу проблем, решение которых также базируется на применении информационных систем. Такие системы представляют собой либо специализированные автономные программные продукты, использование которых предполагает ведение диспансерного учёта граждан и статистический анализ его результатов в различных разрезах, но без естественной связи с медицинской документацией, формируемой во время лечения в ЛПУ, вследствие их автономности, либо клинические информационные системы, предназначенные для использования всем медицинским персоналом ЛПУ и обеспечивающие такую связь.

В представленной работе рассмотрены преимущества применения второго варианта как основы для консолидации всей информации о здоровье, заболеваниях и лечении граждан с целью ведения диспансерного учёта в ЛПУ и обеспечения исходной информации для последующего статистического анализа результатов на различных уровнях здравоохранения, необходимого для принятия обоснованных и своевременных управленческих решений.

Задачи диспансеризации населения на различных уровнях (страна, регион, город или конкретное ЛПУ) характеризуются с технической точки зрения следующими факторами:

- большое количество объектов (субъектов) исследования (от десятков тысяч до десятков миллионов);
- большой объём массивов числовых и текстовых данных,

относящихся к каждому объекту;

- необходимость контроля наступления различных событий во времени и формирования различных списков граждан, подлежащих осмотрам или прошедших их в определённые периоды времени;

- необходимость анализа и статистической обработки результатов проводимых осмотров.

Обработка, анализ и контроль таких объёмов данных, хранящихся на бумажных носителях, представляет собой неразрешимую задачу. Совокупность указанных факторов обусловила то, что изложенные в данном руководстве подходы к диспансеризации населения стали возможными в 80-х годах прошлого столетия вследствие появления средств вычислительной техники, способных хранить и обрабатывать столь большие объёмы информации. Очевидно, что использование современных медицинских технологий для массового обслуживания населения, невозможно без таких средств.[1]

Важно отметить, что применение компьютеров в медицине, начавшееся на несколько десятилетий ранее с целью хранения, обработки и представления результатов лабораторных и рентгенологических исследований, также изначально было обусловлено указанными факторами. Все последующие годы использование компьютеров и таких, основанных на вычислительной технике, информационных и телекоммуникационных технологий, как локальные и глобальные компьютерные сети, идёт параллельно в различных областях медицины, здравоохранения и, в частности, в области организации диспансеризации населения и диспансерного учёта.

Впечатляющие достижения информационных технологий в последние два десятилетия, такие как широкое распространение персональных компьютеров и Интернета, создали предпосылки для повсеместного использования персоналом медицинских учреждений информационных

систем в ежедневной работе по ведению документации. А создание мобильных устройств и методов интеллектуального анализа данных привело к появлению принципиально новых возможностей поддержки врачебных решений в ходе лечебно-диагностических процессов.

С течением времени происходит ряд общесистемных процессов, имеющих отношение к самым различным сферам деятельности человека, и облегчающих применение информационных технологий в медицине, здравоохранении и, в частности, в решении задач диспансеризации населения. К числу таких процессов относятся:

- неперенное обучение студентов всех ВУЗов, в том числе и медицинских, основам информатики и работе с компьютерными программами;

- стремление образованных людей различных возрастных категорий к освоению компьютеров для использования электронной почты, поиска полезной информации, общения в социальных сетях и с другими целями;

- постоянное совершенствование самих информационных технологий и медицинских информационных систем, приводящее к облегчению их использования без специального обучения персонала;

- создание электронных сервисов доступа к информации и к получению различных услуг в сети Интернет;

- идущее параллельно совершенствование и удешевление компьютеров и телекоммуникационных устройств, способствующее переводу их в категорию повсеместно применяемых бытовых устройств.

Наряду с общесистемными процессами идёт процесс распространения в медицинских учреждениях различных медицинских программных продуктов и информационных систем. Распространение таких продуктов и систем, как и каких-либо других инновационных продуктов, подчиняется универсальному закону, описываемому теорией диффузии инноваций, которая была развита Е. Роджерсом (Е.М. Rogers, 2003). [7] В соответствии с

этой теорией, основанной на анализе большого объёма эмпирических данных, полученных в различных сферах деятельности человека, зависимость количества людей, принявших и использующих какую-либо инновацию от момента времени её появления описывается S-образной кривой (рис. 9.1). В значительной степени решение вопроса о принятии той или иной инновации к использованию в медицинском учреждении зависит от личных качеств его руководителя (Е.И. Шульман, 2010).

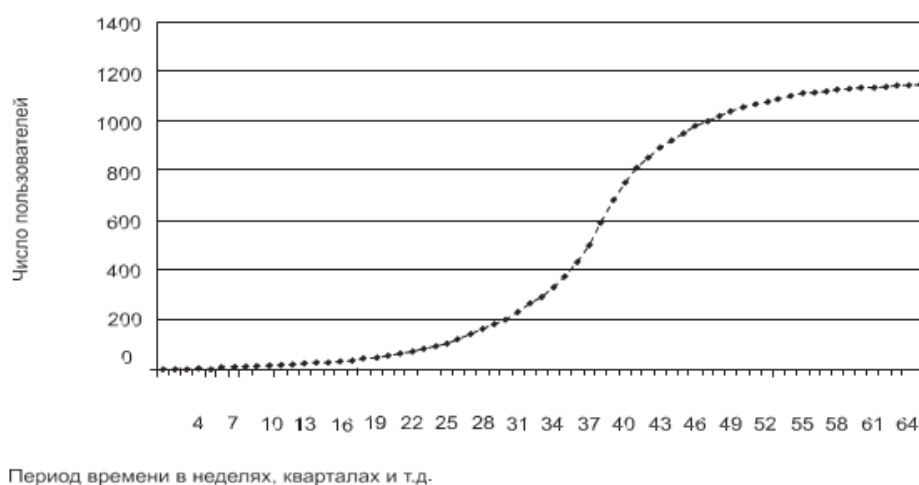


Рис. 1. Пример S-образного вида зависимости числа пользователей какой-либо инновации от времени.

В настоящее время значение применения информационных технологий уже не исчерпывается возможностями хранения и обработки очень больших массивов данных. Использование таких технологий позволяет усовершенствовать саму организацию медицинской помощи населению и оказывать существенное влияние на ведение лечебно-диагностических процессов в ЛПУ. Общеизвестным и особо значимым фактором такого влияния является повышение качества лечения и, в частности, повышение уровня безопасности пациентов, обусловленное снижением рисков лечения и диагностики, вследствие компьютерной поддержки врачебных решений, основанной на использовании актуальных информационно справочных баз и различных клинических руководств, встраиваемых в современные

клинические информационные системы (КИС).

Появление практических доказательств таких возможностей и осознание общественностью и руководителями развитых стран (М.В. Глазатов и др., 2004) их важности для здравоохранения привело к тому, что в ряде стран, например, в США, Канаде, Англии, в начале 21-го века были приняты, финансируются и реализуются национальные программы информатизации здравоохранения. [6] В нашей стране реализация подобной программы осуществляется с 2011 г. в рамках программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации. Для населения России информатизация российского здравоохранения, предусмотренная программой Минздравсоцразвития России, должна привести:

- к наличию электронной медицинской карты у каждого гражданина, содержащей всю информацию и его здоровье и заболевания на протяжении всей его жизни и возможность доступа к этой информации с согласия гражданина в любом медицинском учреждении страны;

- к возможности дистанционной (с использованием сети Интернет) записи на приём к врачам первичного звена здравоохранения с выбором врача и удобных для пациента даты и времени приёма;

- к возможности проведения телемедицинских консультаций с ведущими специалистами региональных и федеральных медицинских учреждений с использованием современного телемедицинского оборудования.

Осуществление этой программы потребует длительного времени и значительных финансовых затрат. Предполагается, что в результате выполнения программы к 2020 г. все ЛПУ страны будут оснащены медицинскими информационными системами. Можно предполагать, что уже в ближайшие несколько лет количество ЛПУ внедривших такие системы, перейдёт в фазу ускоренного роста на S-образной кривой (рис.1.). Это создаст предпосылки для организации и проведения диспансеризации населения и

ведения диспансерного учёта на основе применения именно таких систем, а не автономных программ, разрабатываемых специально для решения задач диспансеризации.

Очевидно, что для этого потребуется внедрение специального прикладного программного обеспечения в деятельность органов управления здравоохранением каждого региона страны, ориентированного на решение задач анализа и оценки результатов диспансеризации населения, проводимой во всех ЛПУ. Эффективность использования таких продуктов в масштабе регионов в настоящее время не вызывает сомнения. Примером может служить использование базы данных «Диспансеризация», входящей в состав автоматизированной информационной системы «Мониторинг состояния здоровья трудящихся» (АИС СЗТ), разработанной и поддерживаемой в актуальной состоянии коллективом Кустового медицинского информационного центра под руководством д.м.н., проф. Г.И. Чеченина, используемой на протяжении ряда лет в крупном промышленном городе Новокузнецке (Н.М. Жилина и др., 2011, А.П. Шадрин и др., 2011)[5]. Результаты поведённых исследований позволили проследить динамику количества диспансерных больных на протяжении ряда лет; получить процентное отношение граждан, состоящих на диспансерном учёте у специалистов различного профиля; обнаружить, что при снижении числа своевременных обращений к врачам первичного звена происходит увеличение числа работающих граждан, стоящих на учёте по поводу хронических заболеваний (Н.М. Жилина и др., 2011); получить сведения и провести анализ структуры и динамики диспансерных заболеваний по классам МКБ для граждан пенсионного возраста (А.П. Шадрин и др., 2011).

Подчеркнём, что указанные исследования были проведены с использованием базы данных, которые на протяжении ряда лет переносились в АИС СЗТ из заполняемых в ЛПУ г. Новокузнецка учётных форм.

Использование в ЛПУ для ведения диспансерного учёта населения не

автономных программных продуктов, созданных специально для этого, а медицинских информационных систем, предназначенных для решения широкого круга задач ведения лечебно-диагностических процессов, также является в высокой степени эффективным. [4] Подтверждением этого могут служить оценки эффективности, полученные в исследовании (А.В. Кириллова и др., 2005). Организация диспансерного наблюдения пациентов на основе применения медицинской информационной системы в поликлинике привела к следующим результатам:

- выявлено уменьшение количества несвоевременных явок пациентов с 7,6 % до 3,03 %;

- показано снижение затрат времени на заполнение медицинской документации, в том числе статистической отчетности: для оформления всех документов в обычных условиях требуется несколько дней, а при использовании информационной системы – несколько минут);

- обнаружено статистически достоверное снижение частоты госпитализаций в связи с ИБС на 22,2 % и уменьшение средней продолжительности временной нетрудоспособности у больных ИБС на 23,4 %.

Результаты происходящих в последние годы процессов распространения информационных технологий для решения задач здравоохранения и практической медицины, примеры эффективности использования информационных технологий в организации ведения диспансерного учёта на уровне ЛПУ (А.В.Кириллова и др., 2005) и анализа получаемых данных на уровне крупного промышленного города (Н.М. Жилина и др., 2011, А.П. Шадрин и др., 2011) приводят к выводу о необходимости повсеместного внедрения таких технологий для диспансеризации населения в масштабах страны.[11]

Ускорение диффузии программных продуктов в области здравоохранения, несомненно, имеет большое положительное значение для

практического решения задач диспансеризации населения. Однако такое ускорение влечёт за собой обострение проблемы использования и защиты персональных данных пациентов, которая необходима в соответствии с законом о защите персональных данных (А.П. Столбов и др., 2010). Способы организации такой защиты в локальных и глобальных компьютерных сетях хорошо известны, однако их реализация требует значительных финансовых затрат и подготовки специалистов, способных создать условия для безопасного обмена персональными данными между различными ЛПУ, органами здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями и другими организациями (А.П. Столбов и др., 2010).

1.1 Преимущества использования клинических информационных систем

К числу первых известных программных продуктов, которые относительно широко использовались для диспансеризации и профилактических осмотров различных категорий населения относятся такие системы как КАСМОН (Г.С. Попов и др., 1998, В.В. Канеп, 1984) и АСПОН (И.М. Воронцов и др., 1999, Д. Мансур и др., 1990). Эти системы представляли собой автономные программы, предназначенные для проведения диспансеризации и профилактических осмотров различных категорий населения (детей, взрослых, организованных групп населения). Они работали на выпускаемых на рубеже 70-х и 80-х годов прошлого века советских микро и мини-ЭВМ. Характерной особенностью таких систем было использование опросников (распечатанных анкет с вопросами о здоровье, заболеваниях и образе жизни), которые предварительно заполнялись обследуемыми гражданами, а затем вводились в компьютер операторами. На основе ответов автоматически формировался необходимый перечень осмотров врачами-специалистами и обследований, что позволяло

оптимизировать затраты и ускорить проведение массовой диспансеризации, а, следовательно, охватить более широкий круг населения, несмотря на ограниченность имевшихся кадровых ресурсов, материальных и технических средств. Предполагалось, что именно эти системы будут широко использоваться в ходе всеобщей диспансеризации населения СССР (Положение о порядке..., 1986).

Очевидно, что и в настоящее время проблема ограниченности ресурсов стоит не менее остро, а сложность осуществления диспансеризации и объёмы накапливаемых данных в связи с увеличением числа обязательных обследований увеличилась. При этом увеличивается и трудоёмкость ввода данных операторами в автономные программы. Большую сложность ведения на уровне города или региона исходных данных, относящихся к диспансерному учёту, продемонстрируем на примере проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в Белгородской области.

Таблица 1.

Информация о пациентах, необходимая при проведении диспансеризации

Информация о гражданине	Информация об	Дополнительная информация	Информация о страховании
Фамилия	Дата прове	Основной	Код территории
Имя	Дата проведения	Диагноз, с которым	Номер и серия полиса ОМС
Отчество	Выявленный	Группа	Название СМО
Дата рождения,	Стадия заболевания	Факт взятия на диспансерный	Адрес гражданина по месту регистрации

В таблице 1. приведён перечень данных, относящихся к каждому гражданину, прошедшему обследование в рамках программы дополнительной диспансеризации работающих граждан. Эти данные

медицинским учреждениям области необходимо предъявлять в ОФОМС для получения оплаты за проведение дополнительной диспансеризации в течение отчётного месяца. Весь этот объём информации должен быть введён в базу данных посредством специальной автономной программы, которая установлена в учреждениях здравоохранения области.

Указанная в таблице 1. информация по каждому законченному случаю вводится в программу оператором из амбулаторной карты гражданина, проходящего диспансеризацию, и ежемесячно отправляется по электронной почте в областной ОФОМС. Случай считается законченным, когда проведен необходимый для дополнительной диспансеризации объем исследований и осмотров всеми специалистами в соответствии с приказом (Приказ Министерства..., 2010). Отметим, что программы, служащие для ввода информации, позволяют, кроме этого, автоматически формировать карты учёта дополнительной диспансеризации работающего гражданина в соответствии с Приложением № 2 к приказу (Приказ Министерства..., 2010) и создавать отчётные формы «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан» в соответствии с Приложениями № 3 и № 4 к этому приказу.

Медицинские информационные системы, предназначенные для ведения амбулаторных карт, и все клинические информационные системы, как правило, предусматривают ввод всей информации, приведённой в таблице 1, в том месте и в то время, где и когда она возникает: на компьютере медрегистратора, в диагностическом кабинете, в лаборатории, в кабинете врача (Г.З. Рот и др., 1998). Такая работа с информацией в ЛПУ приводит к появлению двух групп факторов, дающих ряд важных положительных эффектов. Первая группа факторов обусловлена исключением необходимости ввода данных в специальные программы ведения диспансерного учёта и условно может быть названа «экономическими факторами».

Во-первых, исключаются затраты труда операторов на проведение

большого объёма рутинной работы.

Во-вторых, в процессе диспансеризации исключается необходимость регистрации тех пациентов, которые ранее обращались в ЛПУ или относятся к прикрепленному к этому ЛПУ населению, так как в этих случаях информация о них уже присутствует в системе.

В-третьих, подход к проведению диспансеризации на основе КИС, используемой в ЛПУ, приводит к исключению ошибок ввода операторами перечисленных в таблице 1 данных. А такие ошибки неизбежно возникают при вводе в программу информации из амбулаторной карты, вследствие неразборчивости рукописных записей, вносимых в неё медицинскими работниками.

В-четвёртых, использование в ЛПУ информационных систем приводит к уменьшению штрафных санкций со стороны СМО, обусловленных ошибками, обнаруживаемыми экспертами в медицинской документации.[12]

Вторая группа факторов, которую условно можно обозначить как «медицинские факторы», обусловлена набором специальных функций, присущих КИС, реализация которых логически невозможна в специальных программах, предназначенных для ведения диспансерного учёта в ЛПУ. Отсутствие такой возможности обусловлено тем, что диспансерный учёт является лишь одним из направлений деятельности ЛПУ, вследствие чего специальные автономные программы для диспансеризации оперируют строго ограниченным объёмом информации, вводимой в них операторами, что не позволяет решать задачи, основанные на использовании данных, полнота которых определяется всем спектром деятельности ЛПУ. К этой группе относятся следующие факторы.

Во-первых, наличие структурированной и легко читаемой информации в медицинской документации, аккумулируемой в КИС, существенно облегчает и ускоряет экспертам страховых медицинских организаций (СМО)

проведение медико-экономической экспертизы, основанной на проверке полноты и правильности медицинской документации.

Во-вторых, КИС «берут на себя» всю логику формирования набора обследований и осмотров из общего списка для каждого проходящего диспансеризацию в ЛПУ гражданина, в зависимости от пола и возраста. Система автоматически формирует «маршрут» осмотров и обследований в зависимости от пола и возраста гражданина, проходящего диспансеризацию, сразу же после выбора гражданина в списке зарегистрированных ранее в этом ЛПУ пациентов или после его регистрации в качестве пациента.

В-третьих, рассматриваемый подход даёт возможность осуществлять предварительное формирование «маршрутов» для определённых контингентов граждан. Такие предварительно сформированные маршруты позволяют распределять посещения гражданами врачей для осмотров в заранее назначенные системой интервалы времени.

В-четвёртых, автоматически обеспечивается возможность накопления и использования информации, собираемой в процессе проведения диспансеризации, для дальнейшего динамического наблюдения различных групп диспансерных больных.

Перечень основных факторов, относящихся к каждой из двух групп, и определяющих преимущества применения КИС для решения задачи ведения диспансерного учёта в ЛПУ, приведён в таблице 2.

Таблица 2

Факторы, обуславливающие положительные эффекты применения КИС

Группа экономических факторов	Группа медицинских факторов
Отсутствуют затраты труда операторов на ввод данных	Облегчение экспертам СМО проведения медико

Исключается необходимость регистрации пациентов, которые ранее обращались в ЛПУ или относятся к	Формирование набора обследований и осмотров из общего списка для каждого гражданина в зависимости от его
Исключаются ошибки ввода операторами данных, не обходимых для проведения	Распределение посещений гражданами врачей для осмотров в заранее назначенные системой
Уменьшаются штрафные санкции со стороны СМО, обусловленные ошибками ведения медицинской документации	Использование информации, собираемой в процессе проведения диспансеризации для дальнейшего динамического наблюдения

Приведённые преимущества использования клинических информационных систем перед специальными автономными программами для решения задач диспансеризации населения означают, что в будущем именно КИС будут применяться в ЛПУ для ведения диспансерного учёта и решения всего круга задач, связанных с диспансеризацией различных контингентов населения. Одной из таких систем является КИС ДОКА+, хорошо известная в России и отличающаяся от других систем наличием в её составе информационно-справочных баз и проактивных функций поддержки врачебных решений. Рассмотрим на примере этой системы свойства, которые обеспечивают эффективность её применения медицинским персоналом в целом и, в частности, для решения задач диспансеризации.

Первая подсистема даёт возможность вести медицинскую документацию в электронном виде, что позволяет медперсоналу получать доступ к ней из любого кабинета ЛПУ, в котором есть компьютер, подключенный к локальной сети.

Вторая – служит для того, чтобы медики могли заказывать назначения пациентам лечения и обследований непосредственно в системе. Третья – содержит функции, помогающие врачам принимать решения в ходе лечебно-диагностических процессов. Эти функции должны быть настолько удобными

в использовании, насколько необходимо главному участнику этих процессов – лечащему врачу.

В настоящее время не выработаны стандарты, определяющие необходимый набор функций КИС. Несколько лет назад канадские учёные из Университета Виктории сформулировали в виде аксиомы два наиболее важных «пожелания» к таким системам – они должны быть:

- 1) удобными в использовании и 2) полезными

Кажется неправдоподобным, но существующие в мире системы лишь теоретически основаны на столь очевидной аксиоме. Удобность использования КИС медперсоналом является её важнейшим свойством, а степень полезности определяется тем набором функций, которые реализованы в системе.

Рассмотрим функции, присущие современным и необходимые для будущих КИС, проиллюстрировав их на примере системы ДОКА+ (Применение клинической..., 2011), которая является одной из первых российских клинических информационных систем и применяется в многопрофильных больницах (региональных клинических, городских, центральных районных) и специализированных ЛПУ родильные дома, санатории и др.). Не останавливаясь на базовых функциях, назначение которых состоит в компьютерном ведении медицинской документации (историй болезни, историй развития новорожденного, амбулаторных карт и др.), опишем те функции, которые отличают КИС от известных медицинских информационных систем, предназначенных для ведения медицинской документации в электронном виде. Такие функции мы назвали проактивными, поскольку они работают в упреждающем режиме, предлагая помощь лечащему врачу в принятии решения именно в тот момент, когда она может быть им востребована (Е. Шульман, 2008).

К числу проактивных относится целый ряд функций, реализованных в системе ДОКА+. Результатом их работы являются выдаваемые на экран

монитора сообщения, предупреждающие врача непосредственно при заказе им назначения о потенциальной опасности для пациента назначаемых препаратов, связанной с:

- риском нежелательного взаимодействия нескольких назначаемых (и назначенных ранее) медикаментов между собой;

- наличием у пациента противопоказаний по назначаемому препарату, вследствие имеющегося у него сопутствующего заболевания или осложнения основного;

- превышением рекомендуемой максимальной разовой, суточной, курсовой дозы назначаемого препарата;

- риском назначения пациенту препарата, не рекомендованного для людей его возрастной категории;

- риском неблагоприятного изменения некоторых лабораторных показателей;

- эффектами взаимодействия назначаемого препарата с некоторыми компонентами пищи.

Ещё одна из проактивных функций предупреждает врачей о назначении пациенту обследования, не входящего в стандарт обследования его заболевания. Отметим, что в системе ДОКА+ реализован и используется ряд проактивных функций, предназначенных для поддержки работы медсестёр, провизоров и другого медицинского персонала. Для руководителей ЛПУ главными преимуществами использования этой системы являются: увеличение эффективности лечения; повышение уровня безопасности пациентов; рационализация расходов (Г.З. Рот и др., 2006).

Очень важно, что можно получить количественные оценки эффективности работы указанных функций. Среди основных эффектов отметим уменьшение числа назначаемых врачами пар взаимодействующих между собой препаратов (от 1,5 до 1,9 раз), сокращение числа назначений препаратов с дозой, превышающей максимально допустимую (например, в

Старооскольской ЦРБ такое сокращение превысило 50 %).

Влияние проактивных функций КИС на принятие решения руководителями о внедрении её в ЛПУ является непосредственным, так как их применение даёт весомые преимущества перед традиционным способом ведения лечебно-диагностических процессов.

Со временем набор проактивных функций в составе КИС будет увеличиваться, в результате чего системы станут ещё полезнее как для врачей, так и для их пациентов. Основанные на стандартах лечения и диагностики, на данных доказательной медицины, такие функции будут анализировать все имеющиеся в системе сведения о каждом пациенте, его заболеваниях и лечении, и сопоставлять их с информацией, извлекаемой из многочисленных клинических руководств и справочников. Они будут показывать врачу результаты анализа, проводимого в фоновом режиме (инициируемого самой системой) и предлагать ему набор вариантов коррекции лечения или дополнительного обследования для уточнения диагноза, прогноз развития заболевания и его исхода при различных условиях. В сложных ситуациях система не только покажет врачу сообщение на экране монитора при включении компьютера – мгновенно после формирования сообщения, оно будет автоматически отправлено врачу на его мобильное телекоммуникационное устройство.

Также КИС будут иметь возможность самостоятельно (в проактивном режиме) передавать деперсонализированные сведения о пациенте из ЛПУ и обращаться через Интернет к централизованным деперсонализированным базам медицинских данных, содержащим миллионы структурированных историй болезни и использующим сложные алгоритмы интеллектуального анализа данных для поиска аналогичных прецедентов заболевания.

ГЛАВА 2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОНОШЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

2.1. Диагностика

Наблюдение в течение беременности начинается сразу же после наступления беременности и включает в себя следующие методы исследования:

- Ультразвуковое сканирование
- Периодическое определение в крови ХГ;
- Определение ДГЭА/ДГЭА-сульфат.

Дополнительно используются следующие диагностические тесты:

1. Прохождение 8 мм дилататора через внутренний зев (вне беременности) проводится в стационаре.
2. ГСГ
3. УЗИ, особенно во время беременности – укорочение и дилатация шейки и пролабирование плодовых оболочек.

Лечение истмико-вертикальной недостаточности – хирургическое – наложение швов.

Эффективно в 80–90% случаев.

Гормональные причины привычного невынашивания

Самая частая недостаточность лютеиновой фазы (НФЛ). Заключается в недостаточном влиянии прогестерона на эндометрий. Доля в этиологии привычного невынашивания – 5–40% по данным разных авторов.

2.2. Профилактика преждевременных родов

При рассмотрении перспективы любого серьезного медицинского состояния важны как профилактический, так и терапевтический аспекты. Существует ряд трудностей при осуществлении профилактики недоношенности. Профилактика зависит от степени понимания причин возникновения недоношенности и особенно от соответствующих физиолого-патологических изменений. Клинические состояния, связанные с наступлением преждевременных родов, многочисленны и разнообразны по своей природе. Целесообразно обсуждать в отдельности каждое связанное с наступлением преждевременных родов клиническое состояние; для описания возникающих разнообразных проблем обсуждения два примера состояний.

Вероятно лучше всего, если будущей профилактикой гипертонической болезни во время беременности, которая является причиной почти 15% случаев наступления преждевременных родов, будут заниматься группы исследователей, изучающих гипертензию у небеременных женщин. Уместность этой информации для гипертонивных состояний при беременности может быть определена лишь с учетом адаптации к беременности сердечно-сосудистой системы и почек матери, а также происходящих в связи с этим физиологических и биохимических изменений. Часто имеет место неправомерная задержка переноса имеющейся информации, а конкретной небеременной женщине на забеременевшую. Это нельзя полностью отнести за счет существующих ограничений на проведение исследовательских процедур у матери и плода. Было бы, по-видимому, разумным, чтобы имеющие дело с гипертонической болезнью при беременности акушеры присоединились к медицинским исследовательским подразделениям, занимающимся изучением проблемы гипертензии. Страдающая гипертонией беременная пациентка представляет собой уникальный пример гипертонивного состоянию значение течения гипертонической болезни при беременности может также помочь углублению понимания этого заболевания у небеременных женщин,

поскольку в сердечно-сосудистой системе матери наблюдается поразительное адаптационное изменения.

2.3. Антенатальный уход

Осуществление антенатального ухода с недостаточно раннего срока беременности или нерегулярного постоянно связывали с наступлением преждевременных родов, и поэтому пути улучшения понимания значения этого факта, а также совершенствование типа и качества антенатального ухода занимают важное место в программах профилактики. Существует несколько проблем, затрудняющих определенное заключение о том, что связь между неадекватным антенатальным уходом и преждевременными родами носит причинный характер. Одна из таких проблем, методическая, состоит в том, что женщины, рожавшие в ранние сроки беременности, имеют меньше возможностей воспользоваться антенатальным уходом, особенно в последние месяцы, когда особенно необходимы частые визиты к врачу. Не во всех исследованиях это обстоятельство учитывалась. А в тех случаях, когда его учитывали, и особенно когда при этом использовали подход, базирующийся на статистических таблицах дожития, то взаимосвязь между неадекватным перинатальным уходом и наступлением преждевременных родов в какой-то мере ослаблялась.

2.4. Анализ невынашивания беременности в ОГБУЗ «Белгородская ЦРБ»

Практическая часть дипломной работы проведена на базе женской консультации ОГБУЗ «Белгородская ЦРБ» путем изучения статистических данных за 2017–2018 года.

Таблица 1. Наблюдение беременных в женской консультации (учет форма №32)

	2017 год	2018 год
1. Состояло под наблюдением	373	372
2. Поступило	750	673
3. Выбыло из-под наблюдения	30	33
4. Закончили беременность	749	722
5. Роды у подростков	15	13
6. Срочные роды	714	693
7. Преждевременные роды	21	15
8. Абортами (всего)	14	14
9. В том числе 22–27 недель	10	10
10. Самопроизвольный выкидыш	9	10
11. Не наблюдались	1	-
12. Состоит под наблюдением	372	290
13. % не вынашивания	4,0%	3,5%

Исходя из анализа статистических данных за 2017–2018 года, следует отметить значительное снижение невынашивания беременности, что является хорошим результатом работы по профилактике невынашивания беременности.

Таблица 2. Лечение и исходы беременности у пациенток с угрозой невынашивания беременности

Нозология и вид лечения	2017 год	2018 год
1. Угрозы прерывания беременности	274–37,2%	232–32,7%
2. Получили лечение	274–100%	232–100%
3. Стационар	240–87,6%	198–85,3%
4. Дневной стационар	34–12,4%	14–6,1%
5. Амбулаторно	-	20–8,6%
6. Из них преждевременные роды	13–4,7% (61,9%)	4–1,7% (26,7%)
7. Самопроизвольные выкидыши	6–2,2% (66,7%)	4–1,7% (40%)
8. Угрожаемые по не вынашиванию	442–60,7%	344–48,5%
9. Получили лечение	442–100%	344–100%
10. Стационар	41–9,3%	22–6,3%
11. Дневной стационар	364–82,3%	299–86,9%

12. Амбулаторно	37–8,4%	23–6,6%
13. Из них преждевременных родов	-	1–0,3%
14. Самопроизвольные выкидыши	2–1,6%	1–0,3%

Из данной таблицы следует, что 2018 году, по сравнению с 2017 наблюдается снижение угрозы прерывания беременности на 4,5%. Это говорит о том, что, главным образом, снижение происходит за счет ранней диагностики в женских консультациях. Также наблюдается значительное снижение преждевременных родов и самопроизвольных выкидышей более чем на 25%.

Число женщин, угрожаемые по невынашиванию, уменьшается, так как в настоящее время все лечение угрозы прерывания сводится к симптоматическому лечению – использованию средств для снижения сократительной деятельности матки.

Таблица 3. Причины преждевременных родов (по данным женской консультации)

П/№Причины	2017 год	2018 год
1. ХУГИ (хроническая урогенитальная инфекция)	4	2
2.ОАА (отягощённый акушерский анамнез)	4	4
3. Многоплодие	2	-
4. Отслойка плаценты	2	1
5. Рубец на матке	1	3
6. Психологические эмоциональные нагрузки	-	2
7. Социальный фактор-алкоголизм	-	-
8. Физическая травма	-	-
9. Сифилис	-	1
10.гестоз 2 половины	3	1
11.ЭГП	3	-

Из причин в основном преобладают хронические урогенитальные инфекции и отягощённый акушерский анамнез, в то же время за последний год возросла численность рубцов на матке.

Таблица 4. Причины самопроизвольных выкидышей (по данным женской консультации)

П/№Причины	2017 год	2018 год
1. ОАА (отягощённый акушерский анамнез)	5	3
2. ЭГП	-	1
3. ХУГИ (хроническая урогенитальная инфекция)	3	2
4. Многоплодие	-	-
5. Неясной этиологии	-	-
6. Гипертоническая болезнь 3-3 степени	-	-
7. Резус отрицательный(кровь)	-	1
8. Патология плаценты	-	-
9. Отслойка плаценты	2	2
10. ВПР	1	1
11. ИЦН	1	-

Из данной таблицы видно, что идет снижение доли самопроизвольных выкидышей за счет причин (отягощенного акушерского анамнеза и хронической урогенитальной инфекции).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе дипломной работы была достигнута цель, через решение следующих задач:

1. Изучение литературы по теме;
2. Проанализированы причины и предрасполагающие факторы, влияющие на невынашивание беременности;
3. Обобщены знания об анатомо-физиологических особенностях женских половых органов;
4. Определены общие принципы профилактической диагностики невынашивания беременности;
5. Проанализированы статистические данные, динамика невынашивания на базе ОГБУ «Белгородская ЦРБ»;
6. Составлены рекомендации по профилактике невынашивания беременности.

Большая роль в профилактике невынашиваемости и реабилитации детей отводится медицинским сестрам.

Для нашего исследования представляет интерес применения новейших технологий, включая информационные для повышения эффективности профилактики недоношенности.

Изучив процесс организации сестринской помощи (определение этапов организации) проанализировав план мероприятий по профилактике, мы пришли к выводу, что работу необходимо проводить по нескольким направлениям:

- 1) санитарно-просветительная, профилактическая работа по предупреждению невынашивания, формированию здорового образа жизни (Приложение 2),
- 2) повсеместное внедрение в мероприятия по профилактике информационных технологий.

Одним из условий успешной профилактики недоношенности является ранняя диагностика заболеваний, выявляемых при помощи компьютерных исследований, разработка бесед, памяток по выхаживанию, уходу и реабилитации детей.

На основе этого можно сделать вывод, что организация сестринской процесса по профилактике недоношенности и реабилитации недоношенного ребенка – это продуманный, долгосрочный четко организованный подход, рассчитанный на удовлетворение потребностей и решение проблем наших пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баймурадова С.М. Патогенез, принципы диагностики, профилактики и терапии синдрома потери плода, обусловленного приобретенными и генетическими дефектами гемостаза: дис. ... докт. мед. наук.-М., 2007.-286 с.
2. Запертова Е.Ю. Роль ряда цитокинов и интегринов в генезе привычного невынашивания беременности. Автореф. дис. канд.мед.наук - М., 2005. - 24 с.
3. Иващенко Т.Э., Беспалова О.Н., Тарасенко О.А., Швед Н.Ю. Генетические основы предрасположенности к акушерской и гинекологической патологии // Молекулярная медицина. - 2007. - № 3. - С. 19—26.
4. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности — современный взгляд на проблему // Рос. вестн. акуш.-гинекол. - 2007. - № 2. - С. 62—64
5. Тетруашвили Н.К. Ранние потери беременности (иммунологические аспекты, пути профилактики и терапии): дис. ... докт. мед. наук.-М., 2008. — 247 с.
6. Allison J.L., Schust D.J. Recurrent first trimester pregnancy loss: revised definitions and novel causes // Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.-2009.-Vol.16(6). - P. 446—50
7. Bansal A.S., Bajardeen B., Shehata H. et al. Recurrent miscarriage and autoimmunity // Expert Rev Clin Immunol. - 2011. - Vol. 7(1). - P. 37—44.
8. Carp H.J.A., Shoenfeld Y. Recurrent spontaneous abortions in antiphospholipid syndrome: natural killer cells — an additional mechanism in a multi factorial process // Rheumatology. - 2007. - 46(10). - P. 1517—9.
9. Dukhovny S., Zutshi, J.F. Recurrent second trimester pregnancy loss: evaluation and management // Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. - 2009. - 16(6). - P. 451—8
10. Kutteh W.H. Thrombophilias and recurrent pregnancy loss / W.H. Kutteh, D.A. Triplett // Semin Report Med.-2006.-Vol.24(1). - P. 54—6.

11. Marquard K., Westphal L.M., Milki A.A. et al. Etiology of recurrent pregnancy loss in women over the age of 35 years // *Fertil Steril.* - 2010. - Vol. 94(4).-P. 1473—7.
12. Saraswat L. et al. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. // *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2010; 117:245—257.
13. Toth B., Jeschke U., Rogenhofer N. et al. Recurrent miscarriage: current concepts in diagnosis and treatment // *J Reprod Immunol*
14. Wijesiriwardana A., Bhattacharya S., Shetty A. et al. Obstetric outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester // *Obstet Gynecol.*-2006. - Vol. 107(3). - P.557—62.
15. Бабцева А.Ф., Заболотских Т.В., Романцова Е.Б., Юткина О.С., Харченко М.В., Васильева Е.В. Наблюдение глубоко недоношенных детей на амбулаторном этапе: учебное пособие. - Благовещенск: Буквица, 2011 – 34 с.
16. Демьянова Т.Г., Григорянц Л.Я., Авдеева Т.Г., Румянцев А.Г. Наблюдение за глубоко недоношенными детьми на первом году жизни. - М.: ИД МЕДПРАКТИКА, 2006. - 148 с.
17. Детские болезни: учебное пособие с комп. - диском / под ред. А.А. Баранова. 2-е изд. – М., 2007. – 1008 с.
18. Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. - М., 2015. – 174 с.
19. Бронштейн И. Г. Уход за недоношенными детьми в семье и их развитие. М., 2005. - 98 с.
20. Классификация основных заболеваний и синдромов у детей / Быков В.О., Душко С.А., Филимонов Ю.А., Ткачева Н.В., Водовозова Э.В., Губарева Г.Н., Кузнецова И.Г., Леденева Л.Н., Миронова Э.В., Попова Т.А., Унтевский И.И. – 4-е изд., Ставрополь, 2008. – 451 с.
21. Неврология недоношенных детей / А.Б. Пальчик, Л.А. Федорова, А.Е. Понятишин, М.: Медпресс-информ, 2010. – 300 с.
22. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н.

Володина. – М., 2007. – 848 с.

23. Неонатология. Ч. 3.: учебное пособие / В.О. Быков, Э.В. Водовозова, С.А. Душко, Г.Н. Губарева, И.Г. Кузнецова, Е.В. Кулакова, Л.Н. Леденева, Э.В. Миронова, Т.А. Попова, И.А. Стременкова, Е.В. Щетинин. – Ставрополь: Изд-во СтГМА, 2011 – 214 с.

24. Омолоева, Т.С. Особенности организации лечебно-профилактической помощи недоношенным детям на педиатрическом участке, дифференцированная тактика наблюдения / Т.С. Омолоева; ГОУ ВПО ИГМУ Минздрава России. – Иркутск: ИГМУ, 2011. – 33 с.

25. Педиатрия. Национальное руководство: в 2 томах – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, том 1–1024 с., том 2 – 1023 с.

26. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учеб. / под ред. А.С. Калмыковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с.

27. Принципы этапного выхаживания недоношенных детей / Союз педиатров России, ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН; под ред. Л.С. Намазовой-Барановой. - М.: ПедиатрЪ, 2013. - 240 с.

28. Пропедевтика детских болезней: учебник \ Под ред А.С. Калмыковой. - М: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 920 с.

29. Руководство по практическим умениям педиатра : учеб. пособие для вузов / под ред. В.О. Быкова – изд. 3-е, стереотип. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 574 с.

30. Недоношенные дети. М, 2000. – 49 с.

31. Схема клинического обследования и особенности написания истории болезни (истории развития) ребенка: методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов / Быков В.О., Филимонов Ю.А., Ткачева Н.В., Доронин В.Ф., Чередниченко Т.Т. – Ставрополь, 2009. – 202 с.

32. Халецкая О.В., Яцышина. Недоношенные дети: вскармливание, наблюдение за развитием и состоянием здоровья на первом году жизни, учебное пособие для системы послевуз. Проф. Образования врачей.: - Н.

Новгород, изд. НГМА, 2006. - 96 с.

33. Шабалов, Н.П. Детские болезни [Текст]: учеб. для вузов в 2-х томах / Н.П. Шабалов. – 7-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2012. – 367 с.

34. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра / Р.Р. Кильдиярова. 2012 г.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970419588.html>

35. Статистическая информация Минздрава России
<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskaya-informatsiya-minzdrava-rossii>

36. Самсыгина Г. А. Педиатрия. Избранные лекции, 2009
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970410905.html> Детские болезни / под ред. Р. Р. Кильдияровой. 2014 г.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429488.html>

37. Сколько детей в России рождаются раньше срока. -
<http://doctorpiter.ru/articles/15693>.

38. Федеральная служба государственной статистики -
<http://www.gks.ru>.

25. Учебно-методическое пособие для студентов. «Недоношенный ребёнок. Сестринский процесс при уходе за недоношенным ребёнком»
Энгельс 2006 г - <http://do.gendocs.ru/docs/index-302583>.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ

Беседа с родителями



Причины невынашивания:

1. На частоту рождения недоношенных детей влияют такие социально-экономические и социально биологические факторы, как характер труда женщины, жилищные условия, питание беременной, семейное положение, возраст и др.

2. Наиболее частыми причинами невынашивания являются осложнения, связанные с беременностью. Среди них на первом месте стоят токсикозы беременных, многоплодие, преждевременное отхождение вод, неправильное положение плода, предлежание и преждевременная отслойка плаценты, плацентиты.

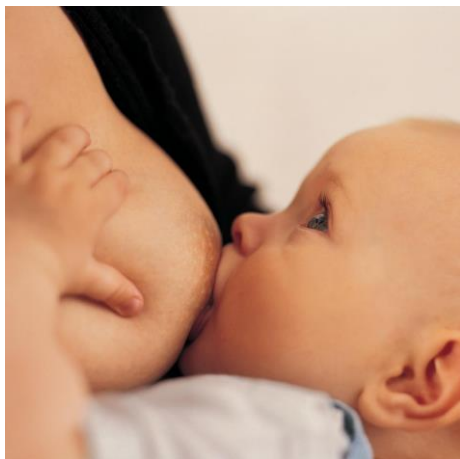
3. Частой причиной являются экстрагенитальные заболевания матери: сердечнососудистые и эндокринологические заболевания, анемии, инфекционные заболевания (грипп, микоплазменная инфекция), а также другие острые и хронические инфекции.

4. Определенный удельный вес среди причин преждевременного рождения ребенка имеют профессиональные вредности: хронические интоксикации, работа в горячих цехах, работа, связанная с вибрацией, курение, алкоголизм и т. д.

5. К невынашиванию ведут также предшествующие аборт, anomalies развития женских половых органов, физические и психические травмы, голодание (качественное или количественное), изосерологическая несовместимость крови матери и плода, частые беременности и роды (с интервалом менее года), хромосомные anomalies ребенка, криминальные вмешательства.

ЛЕКТОРИЙ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ



Адекватное вскармливание имеет исключительную важность для развития недоношенных детей. Рациональное вскармливание положительно влияет на клиническое течение (поражение незрелых тканей дыхательной системы, нервной, ЖКТ, сетчатки глаза). Влияет на психическое развитие и развитие речи, способность к обучению и память, на поведенческие реакции и индекс интеллектуальности (IQ) у школьников. После первой недели жизни, у детей с малой массой при рождении формируются повышенные питательные потребности. Это обусловлено недостаточными внутриутробными запасами белков, жиров, кальция, фосфора, железа, витаминов А, С и Е, микроэлементов, так как дети родились преждевременно или их развитие в утробе матери было нарушено. У них имеется более высокий темп роста. Ежедневная прибавка массы тела у детей с ОНМТ, пересчитанная на 1кг массы тела, превышает таковую у доношенных более чем в 2 раза (доношенные дети – 6 г/кг/сутки, недоношенные – 15 г/кг/сутки).

В грудном молоке матерей недоношенных детей содержится больше протеина, чем в молоке женщин, родивших в срок, большая часть «лишнего» протеина – это *противоинфекционный протеин*. Недоношенным детям необходимо гораздо большее количество протеина для успешного роста, они также нуждаются в дополнительной защите от инфекций. При преждевременных родах молоко родной матери является наилучшей пищей для недоношенного ребенка, т. к. оно отвечает всем его потребностям.

Важно начать сцеживание в первый день после родов, т. к. это будет стимулировать поступление молока таким же образом, как и раннее прикладывание новорожденного к груди.

Методика вскармливания зависит от массы и гестационного возраста новорожденного. Оральное питание возможно при координации сосания, глотания, закрытия надгортанника, нормальной двигательной активности пищевода, которые обычно отсутствуют до 34 недели гестации. Если новорожденный имеет гестационный возраст более 35 недель, массу более 2кг и у него нет противопоказаний для орального кормления (постоянная рвота, СДР, сепсис, судороги), ему необходимо начать оральное вскармливание грудным молоком или молочной смесью с помощью бутылочки, чашки или ложки. Если новорожденный не может сосать применяется зондовое кормление. Если ребенок очень болен или незрел, методом выбора является парентеральное питание.