

## **Литература:**

1. Андреев Е.М., Е.А. Кваша (2013). Новый счет младенческой смертности: предварительные итоги // Демоскоп-Weekly. №541-542. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0541/analit05.php> (дата обращения: 15.04.2014).
2. Демографический ежегодник России, 2013. Стат. сб. М.: Росстат. URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/B13\\_16/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/B13_16/Main.htm) (дата обращения: 15.04.2014).
3. Euro-Peristat (2013). European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Euro-Peristat. URL:[http://anrdpn.vjf.cnrs.fr/sites/default/files/European%20Perinatal%20Health%20Report\\_2010.pdf](http://anrdpn.vjf.cnrs.fr/sites/default/files/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf) (дата обращения: 15.04.2014).
4. WHO (2014a). European health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe. <http://data.euro.who.int/hfadb/> (дата обращения: 15.04.2014).
5. WHO (2014b). WHO Mortality Data base. World Health Organization. URL: <http://www.who.int/whosis/mort/download/en/index.html> (дата обращения: 15.04.2014)

---

***Т. К-Г. Аюбова***

**ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

«Центральная районная поликлиника» Абазинского муниципального района Карачаево-Черкесской Республики

**THE COURSE OF PREGNANCY AND OUTCOME OF LABOR IN WOMEN WITH MISCARRIAGE AND THE EFFECTIVENESS OF THERAPEUTIC INTERVENTIONS**

**T. Ayubova**

"Central district hospital" Abaza municipal district of the Karachay-Cherkess Republic, Russian Federation

**Резюме.** Представлены данные сравнительного анализа эффективности лечебно-профилактических мер, проводимых в условиях санатория и в отделении патологии беременных родильного дома, а также данные проведенного специального изучения течения беременности и исхода родов при состояниях, представляющих высокий риск по материнской и перинатальной патологии - невынашивание беременности.

**Ключевые слова:** невынашивание беременности, течение беременности, течение родов, фактор риска.

**Abstract.** The data presented comparative analysis of the efficacy of therapeutic and preventive measures carried out in the sanatorium and in the Department of pathology of pregnancy maternity home, as well as data conducted a special study of pregnancy and outcome of labor in conditions that present a high risk by maternal and perinatal diseases - a miscarriage.

**Key words:** miscarriage, pregnancy, during childbirth, the risk factor.

Проблема невынашивания беременности занимает одно из ведущих мест в акушерстве. По данным [1,2] преждевременные роды, приводящие к рождению недоношенного ребенка, являются одной из наиболее серьезных причин перинатальной заболеваемости. Летальный исход новорожденных при преждевременных родах в 20 раз выше, чем смертность детей, родившихся в срок. По литературным данным невынашивание беременности наблюдается у 8 - 20 % беременных. По данным нашего исследования с каждым последующим самопроизвольным выкидышем нарастает риск недонашивания беременности, так после первого выкидыша повторение его наблюдается в 22 – 24 %, после второго - в 26 – 38 %, после третьего - в 53 - 73 % случаев. Этиология преждевременных родов в 58 - 80 % случаев остается неизвестной [3,4]. К наиболее часто встречающимся причинам невынашивания относятся

психические травмы, эмоциональные воздействия, беременность вне брака, социально-бытовые условия, вредное производство, частые аборт в анамнезе. Кроме того, одной из причин преждевременных родов является миома матки. Наличие миомы матки, особенно при желанной беременности, создает стрессовую ситуацию, способствующую повышению тонуса матки, т.е. появлению угрозы прерывания беременности.

В нашем исследовании 206 беременных (I группа), получивших санаторное лечение, и 147 (II группа) лечившихся в отделении патологии беременных родильного дома, были отнесены к группе риска по невынашиванию. Причем из них с угрозой прерывания беременности было в I группе 45 и во II группе 43 человека. У всех 353 женщин группы риска по невынашиванию анамнез был неблагоприятным по следующим параметрам: анемия беременных II степени у 225 (54,2 %); хронический пиелонефрит у 33 (7,9 %); ранние и поздние гестозы у 73 (17,6 %); частые (до 5) аборт у 59 (14,2 %); нарушение менструальной функции у 2 (0,5 %). Кроме того у 14 (3,4 %) беременных женщин в анамнезе было кесарево сечение, 9 (2,2 %) беременных женщин имели миому матки. Необходимо отметить у этих беременных частоту инфекционной патологии в анамнезе: ОРЗ, гепатит, воспалительные заболевания гениталий. 206 беременных, получивших лечение в условиях санатория, были разделены на две подгруппы: в первую вошли женщины с риском по невынашиванию беременности - 161 чел., во вторую - с угрозой прерывания беременности - 45 чел. В анамнезе женщин первой группы отмечались анемия II - III степени у 97 (47,146 %), хронический пиелонефрит у 19 (9,2 %); 109 (52 %) женщин были отнесены к старым и юным первородящим. Таким образом, среди женщин группы риска по невынашиванию беременности более чем в 70 % случаев был выявлен отягощенный акушерско- гинекологический анамнез.

Беременные с угрозой невынашивания получали следующее лечение: 1) Воздействие на психо-эмоциональную сферу: лечебно-охранительный режим, занятия психоневролога, аутотренинг. Данный комплекс лечебно-профилактических мероприятий проводился с учетом того, что психоземональное состояние женщин с угрозой прерывания беременности характеризовалось высоким уровнем тревожности по шкале самооценки и было отнесено к IV классу функциональной активности по вегето-тесту. 2) Центральная электроанальгезия (ЦЭА) аппаратом ЛЭНАР (патогенетическое воздействие данного метода описано ниже). 3) Витамин "Е". 4) Фитотерапия. 5) Акупунктурная терапия - по показаниям, при малой эффективности других видов терапии. После нормализации тонуса матки и исчезновения болевых ощущений беременные переводились на обычный режим пребывания в санатории с индивидуально подобранной для них лечебной гимнастикой и режимом климатолечения. Беременные, относящиеся только к группе риска по невынашиванию, получили профилактический курс ЦЭА, психофизиологическую подготовку и общий санаторный режим. Среди этой группы были и беременные группы высокого риска по невынашиванию, имевшие в анамнезе гинекологические операции или миому матки. На эту группу беременных обращалось особое внимание. На фоне проводимой терапии проводилось контрольное кардиомониторное обследование. Были исключены гормональные препараты, 47 токолитики и др. лекарственные препараты, которые небезразличны для состояния внутриутробного плода. Беременность была сохранена в 97,6 % случаях и женщины были выписаны из санатория с соответствующими рекомендациями. Беременные с миомой и рубцовой деформацией матки были госпитализированы в специализированный родильный дом в 37 - 38 недель для соответствующей подготовке к родоразрешению (рисунок 3.2).

Из 147 женщин, находившихся в родильном доме, 104 (70,7 %) были отнесены к подгруппе риска по невынашиванию, и 43 - к подгруппе угрозы прерывания беременности. В анамнезе у них выявлено: гестозы - у 62 (42 %) беременных, анемия - у 71 (48,3 %); хронический пиелонефрит - у 14 (9,5 %); Из общего количества 72 (48,9 %) женщины оказались старыми и юными первородящими. Лечение в отделении патологии беременных женщин родильного дома чаще ограничивались постельным режимом и проведением медикаментозной терапии, витаминотерапии, назначением седативных препаратов и токолитической терапии. Часть беременных получали физические методы лечения — электрорелаксацию по А.З. Хаскину на аппарате “Амплипульс - 4”. Несмотря на подобную комплексную терапию в условиях родильного дома у 25,8 % беременность прервалась на 36 - 38 недельном сроке, что существенно ( $p < 0,01$ ) превышает аналогичный показатель у женщин, лечившихся в санатории. У женщин, находившихся в условиях санатория, исход родов был следующим: у 201 (97,6 %) беременных женщин роды были срочные, у 5 (2,4 %) преждевременные. Естественное родоразрешение было у 192 (93,2 %) беременных, в 14 (6,8 %) случаях родоразрешение проведено кесарским сечением. Рисунок 3.2 Исходы беременности и родов у женщин с риском невынашивания беременности в зависимости от места проведения лечения

Показанием для кесарева сечения послужили: узкий таз - в 5 случаях, рубец на матке - в 2 случаях, крупный плод - в 5 случаях и возраст беременных 35 лет - в 2 случаях. При родах через естественные родовые пути были следующие осложнения: в 13 случаях (6,3 %) слабость родовой деятельности; в 4 случаях (1,9 %) кровотечения в 3-м периоде родов. Исход родов для плода оказался следующим: в 100 % случаях живорожденность, причем только в 5,3 % масса плода до 2,5 кг в 3,8 % вес плода больше 4 кг. Исход беременности и

родов у женщин, находившихся в отделении патологии беременных, следующий: в 70,1 % случаев роды были срочные; в 25,8 % - преждевременные; в 4,1% - плод был переносен. Осложнения в родах: слабость родовой деятельности - у 20 (13,6 %) рожениц, кровотечения - у 11 (7,5 % случаев). В 18 (12,3 %) случаях родоразрешение было путем кесарева сечения, которое в основном производилось по экстренным показаниям. В одном случае операция кесарева сечения закончилась ампутацией матки по поводу кровотечения. Обращает на себя внимание, что в данной группе большой процент 49 рождения недоношенных детей с массой тела до 2,5 кг - 53 (36 %) и наличие мертворождений в 3 (2 %) случаях.

Таким образом, течение беременности и исход родов у женщин группы риска по невынашиванию беременности, находившихся в санатории, оказались благоприятными. В 97,6 % беременность была сохранена до 40 недель. Осложнения в период беременности отмечены на много меньше, чем у женщин в ОПБ. Самостоятельными родами были в 93,2 % случаях (в ОПБ - 87,7 %), кесарево сечение в 6,8 % случаев (в ОПБ - в 12,3 %) случаях; хирургических вмешательств на матке во время родов не было в отличие от показателей ОПБ. Данные проведенного анализа дают основание рекомендовать: при наличии угрозы прерывания беременности своевременную госпитализацию в отделение патологии беременных родильного дома; после стабилизации процесса при сроке беременности 30 - 32 недель — в местные санаторные учреждения для дальнейшей профилактики преждевременных родов.

### **Литература**

1. Государственная Программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» - <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/programs/health/info>
2. Кауров П. К. Особенности формирования профессиональной патологии среди медицинских работников// П. К. Кауров, А.

Н. Перегожин, Г. А. Тюткина, О. В. Смирнова // Матер. X съезда гигиенистов и сан. врачей. Кн. 2.-М.,2007.-С. 1031-1035.

3. Регионы России. Социально-экономические показатели.- 2013: Стат. сб./ Росстат.- М., 2013.- 990 с.

4. Сергеева Н. М. Системный подход к организации информирования населения / /Н. М. Сергеева, С. В. Архипова // Матер. X съезда гигиенистов и санитарных врачей. Кн. 1.-М., 2007.-С. 352-355.

---

***Горелова Н.В.***

**МОДЕЛИРОВАНИЕ В УПРАВЛЕНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ  
СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РОДИЛЬНОГО  
ДОМА**

ГБОУ ВПО Астраханский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань

**MODELING IN THE MANAGEMENT OF NURSING STAFF OF  
THE MATERNITY HOSPITAL**

***Gorelova N. V.***

Astrakhan state medical University of Ministry of Health of the Russian  
Federation, Astrakhan

**Резюме.** На основании анализа и комплексной оценки деятельности среднего медицинского персонала построена модель управления, обеспечивающая оптимизацию рабочей нагрузки сестер и повышение эффективности их работы.

**Ключевые слова:** средний медицинский персонал, хронометражные наблюдения, организационно-управленческая модель.

**Abstract.** On the basis of analysis and comprehensive assessment of nursing staff built a model of governance, ensuring optimization of the workload of nurses and improve the efficiency of their work.