



Проект «Мать и Дитя»  
Джон Сноу, Инкорпорейтед



## **РОДОВСПОМОЖЕНИЕ, ОРИЕНТИРОВАННОЕ НА УЧАСТИЕ СЕМЬИ**



**Руководство для участника**



**Россия  
2003**

Настоящая публикация осуществлена при поддержке USAID/Russia (в силу исполнительного распоряжения №HRN-1-803-98-0032-00 в рамках программы MCH TASC, контракт No. HRN-I-00-98-00032-00) и John Snow, Inc.

# Родовспоможение, ориентированное на участие семьи

## Содержание

### ДЕНЬ ПЕРВЫЙ

1. Знакомство и вводная часть .....	1
2. Предварительное тестирование .....	
3. Введение в родовспоможение, ориентированное на участие семьи: доказательная медицина .....	4
4. Взгляды на родовспоможение .....	17
5. Альтернативные положения при родовых схватках .....	19

### ДЕНЬ ВТОРОЙ

6. Поддержка в ходе родов .....	24
7. Нефармакологическое обезболивание .....	26
8. Практика родовспоможения, основанная на фактах .....	28
9. Активное ведение родов на третьей стадии .....	36
10. Нарботка клинических навыков .....	39

### ДЕНЬ ТРЕТИЙ

11. Партограмма .....	44
12. Уход за новорожденным .....	72
13. Послеродовый уход за матерью .....	79

### ДЕНЬ ЧЕТВЕРТЫЙ

14. Совместная работа акушерки и врача .....	84
15. Семейные консультации по вопросам РОУС .....	92
16. Основные принципы организации инфекционного контроля в родильном доме .....	96
17. Практический пример инфекционного контроля .....	105

### ДЕНЬ ПЯТЫЙ

18. Оценка реализации РОУС .....	106
19. Стратегия изменений .....	115

ССЫЛКИ .....	117
--------------	-----

## Выражения признательности

Данная публикация подготовлена при содействии World Education, Inc. в 2003 году с использованием учебных материалов пособия Дж. Мерсер, П. Глэтлейдер и А. Баччи «Программа подготовки инструкторов по родовспоможению, ориентированному на участие семьи», Украина, 1998 и Россия, 2000 [“Family-Centered Maternity Care Training of Trainers Curriculum,” Ukraine 1998 and Russia 2000 versions, by Judith Mercer, CNM, DNSc, FACNM, Pauline Glatleider, CNM, MN and Alberta Vaccì, MD], разработанного в рамках совместного проекта Американского колледжа медсестер-акушерок (American College of Nurse-Midwives) и John Snow, Inc./MotherCare, при поддержке USAID в рамках контракта No. 5052-20-Q, Delivery Order No. 11. Редакция 1998 года представляет собой адаптированный вариант одноименного пособия «Программа подготовки инструкторов по родовспоможению, ориентированному на участие семьи», Украина, 1996,” разработанный Патрицией Палуцци, CNM, MPH и Паулин Глетлейдер, CNM, MN [“Family-Centered Maternity Care Training of Trainers Curriculum,” Ukraine 1996 by Patricia A. Paluzzi CNM, MPH and Pauline Glatleider, CNM, MN] .

John Snow и World Education выражают благодарность за участие в подготовке новой (2003года) редакции учебной программы следующим лицам:

Динекина Т.Я., эксперт, проект WIN, Мурманск  
Глэтлейдер Полин [Glatleider Pauline], автор и преподаватель учебной программы по РОУС, США  
Гусакова Е.В., акушерка, роддом №2, Великий Новгород  
Кабаков В.Л., акушер-гинеколог, эксперт, проект «Мать и Дитя», Архангельск  
Маланин А.В., акушер-гинеколог, Березниковский роддом  
Препас Роберта [Prepas Roberta], консультант по РОУС, США  
Швабский О.Р., акушер-гинеколог, Пермь  
Сиупсинскас Гельмиус, представитель ВОЗ, акушер-гинеколог, Литва  
Степанова И.А., главная акушерка, роддом №21, Пермь  
Трушков А.Г., акушер-гинеколог, МСЧ №9, Пермь  
Зуева Л.П., зав. кафедрой эпидемиологии Санкт-Петербургской Государственной Медицинской Академии  
Колосовская Е.Н., профессор кафедры эпидемиологии Санкт-Петербургской Государственной Медицинской Академии

Содержание и мнения, выраженные в настоящем пособии, всецело принадлежат авторам и не обязательно отражают точку зрения Агентства США по международному развитию и Джон Сноу, Инкорпорейтед.

## Курс «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи». График занятий

### НЕДЕЛЯ 1: ТЕОРИЯ

	ДЕНЬ 1	ДЕНЬ 2	ДЕНЬ 3	ДЕНЬ 4	ДЕНЬ 5
09:00	<i>(Только инструктора)</i>	<b>Доклад дежурной группы</b>			
09:15	1. Знакомство и представление участников 2. Предварительное тестирование	6. Поддержка при родах 7. Нефармакологическое обезболивание	11. Партограмма	14. Совместная работа акушерки и врача	18. Оценка реализации РОУС 19. Стратегия изменений
11:00	<b>Перерыв</b>				
11:15	3. Введение в РОУС <i>(Лекция в большой аудитории)</i>	8. Практика родовспоможения, основанная на фактах	(продолжение)	15. Семейные консультации по РОУС	20. Анализ ситуации
13:00	<b>Обед</b>				
14:00	4. Взгляды на родовспоможение	(продолжение) 9. Активное вмешательство на третьей стадии родов	12. Уход за новорожденными	16. Инфекционный контроль при РОУС	21. План действий
15:45	<b>Перерыв</b>				
16:00	5. Альтернативные позиции при родах	10. Нарботка клинических навыков	(продолжение) 13. Послеродовый уход за матерью	17. Инфекционный контроль: практический пример	22. Планирование недельной клинической практики 23. Итоговое тестирование 24. Оценка и осмысление результатов недели 1
17:45	<b>Оценка результатов</b>				
18:00	<b>Собрание руководящего комитета</b>				

## НЕДЕЛЯ 2: КЛИНИЧЕЧКАЯ ПРАКТИКА

ДЕНЬ 1	ДЕНЬ 2	ДЕНЬ 3	ДЕНЬ 4	ДЕНЬ 5	ДЕНЬ 6
БРИГАДЫ А-В	БРИГАДЫ С-Д	БРИГАДЫ А-В	БРИГАДЫ С-Д	БРИГАДЫ А-В	БРИГАДЫ С-Д
<p>Присутствие на утреннем плановом совещании</p> <p>Подготовка родовых палат</p> <p>Прием родов и проведение послеродовых обходов</p> <p>В промежутках — учебные мероприятия</p> <p>В конце смены — встреча с местным медперсоналом для передачи пациентов</p>	<p>Плановое совещание</p> <p>Подготовка родовых палат</p> <p>Прием родов и проведение послеродовых обходов</p> <p>В промежутках — учебные мероприятия</p> <p>Встреча с местным медперсоналом</p>	<p>Плановое совещание</p> <p>Прием родов и проведение послеродовых обходов</p> <p>В промежутках — учебные мероприятия</p> <p>Встреча с местным медперсоналом</p>	<p>Плановое совещание</p> <p>Прием родов и проведение послеродовых обходов</p> <p>В промежутках — учебные мероприятия</p> <p>Встреча с местным медперсоналом</p>	<p>Плановое совещание</p> <p>Прием родов и проведение послеродовых обходов</p> <p>Встреча с местным медперсоналом</p> <p><b>БРИГАДЫ С-Д</b></p> <p>Прием родов и проведение послеродовых обходов</p> <p>Встреча с местным медперсоналом</p>	<p>Подготовка к конференции</p> <p>Конференция с участием медперсонала родильного отделения</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Отзывы клиентов</li> <li>- Сообщение результатов анкетирования</li> <li>- Отзывы участников</li> </ul> <p>Оценка результатов недели 2</p>

## **Занятие 1: Знакомство и вводная часть**

### **Цель программы подготовки по РОУС:**

- способствовать улучшению состояния здоровья матерей и новорожденных посредством подготовки медицинских работников к внедрению практики семейно ориентированного родовспоможения (РОУС) в своих родильных отделениях

### **От участников ожидаются следующие результаты:**

- внедрение РОУС в свою работу;
- помощь администрации родильных домов в организационных изменениях, необходимых для внедрения РОУС;
- участие в оценке результатов реализации РОУС с использованием оценочных анкет и помощь коллегам в этом;
- неформальное донесение до коллег информации о РОУС.

## Учебно-методические задачи

По завершении программы подготовки по РОУС участники должны научиться:

- давать определение родовспоможения, ориентированного на участие семьи;
- описывать, что испытывает и переживает женщина при родах в обычном роддоме, и сопоставлять это с опытом родов с участием семьи;
- объяснять преимущества мобильности и свободы изменения положения тела при потугах;
- демонстрировать различные положения тела женщины при потугах;
- показывать, как активно помочь женщине найти наиболее удобную из альтернативных поз при потугах;
- объяснять преимущества оказания женщине постоянной поддержки со стороны её спутника при родах;
- демонстрировать применение нефармакологических методов обезболивания при родовых схватках, включая движение, противодействие, поверхностное прогревание и охлаждение, точечный массаж, музыкальное и аудио обезболивание, привлечение и отвлечение внимания;
- обосновывать необходимость следующих вмешательств, применяемых при потугах и родах: эпизиотомия, постановка клизмы, сбривание лобковых волос, непрерывный мониторинг пульса плода, кесарево сечение, стимуляция родовой деятельности, принятие воды и пищи во время схваток;
- объяснять плюсы и минусы активного вмешательства на третьей стадии родовой деятельности;
- демонстрировать клинические навыки проведения осмотра таза, решения проблем родовой деятельности, реанимации новорожденного;
- объяснять необходимости использования партограммы в ходе родов;
- демонстрировать навыки заполнения и чтения партограмм;
- объяснять значение действий и критических линий, отраженных на партограмме;
- описывать и обосновывать следующие практические приемы ухода за новорожденным, применяемые в рамках РОУС: профилактика гипотермии; физический контакт; допуск; раннее, исключительно грудное кормление;
- перечислять формы ухода, в которых нуждается мать в первые часы после рождения ребенка;
- перечислять навыки общения, необходимые в здравоохранении;
- демонстрировать умение консультировать семью по вопросам РОУС;
- перечислять распространенные инфекции и методы их профилактики в условиях родильного отделения;
- описывать симптомы послеродового сепсиса и методы его профилактики;
- описывать четыре практических метода инфекционного контроля, эффективность которых доказана практикой;
- объяснять, каким образом можно проводить РОУС без ущерба для профилактики инфекции;
- объяснять важность стадии оценки как составляющей реализации программы;
- правильно заполнять формы непрерывного повышения качества РОУС и объяснять их содержание другим;
- перечислять моменты, способствующие и препятствующие внедрению РОУС в своих родильных домах;
- составлять планы внедрения РОУС в своих родильных домах.

## **Дежурство**

Так называемая «дежурная группа» из числа участников будет помогать инструктору в организации и проведении семинара в течении предстоящего дня.

Задачи Дежурной группы:

- Обеспечивать подготовку аудитории утром перед началом занятий.
- Проводить «разогревающие» мероприятия после обеда или в случае заметного утомления участников.
- Каждое утро дежурная группа открывает программу семинара подведением итогов и обобщением результатов предыдущего дня.
- Кроме того, члены Дежурной группы от имени всех участников доводят до сведения инструкторов пожелания на предмет улучшения организации и проведения занятий на следующий день. Это делается в ходе заседания Управляющего комитета.

**Управляющий комитет:**

- Каждый день, по окончании учебных мероприятий, проводит собрание продолжительностью около 30 минут.
- В состав Управляющего комитета входят инструктора, организаторы курса и Дежурная группа
- Цель собрания — выявить, что понравилось инструкторам и участникам в течение учебного дня, а что нуждается в улучшении. Рассматриваемые аспекты включают содержание, методологию и организационное обеспечение занятий.
- Участие дежурных в работе Комитета крайне важно, поскольку она представляет общее мнение участников семинара.

### Занятие 3:

## Введение в родовспоможение, ориентированное на участие семьи: доказательная медицина

За последние четыре десятилетия практика родовспоможения претерпела значительные изменения. Динамичные изменения одновременно медицинского и социального характера привели к пониманию необходимости сбалансированного учета технологического и человеческого фактора в родовспоможении. В результате получил развитие новый подход, известный как *родовспоможение, основанное на участии семьи* (РОУС).

- РОУС определяется как подход, нацеленный на максимальное удовлетворение всего комплекса потребностей женщины и использующий обучение и привлечение семьи в качестве важных инструментов обеспечения участия самой женщины в процессе родовспоможения.
- РОУС представляет собой динамичную модель медицинского сопровождения родов, в основе которой лежит новая концепция и практика акушерства.
- РОУС основано на фактах, полученных в результате новейших исследований, которые наглядно демонстрируют реальную эффективность такого подхода к родовспоможению.

**Родовспоможение, ориентированное на участие семьи** — это концепция, разработанная с целью обеспечить необходимый уход и поддержку женщинам с нормальным течением беременности (т. е. при отсутствии серьезных осложнений или сопутствующих заболеваний) а также их семьям во время беременности и родов, максимально удовлетворяя их информационные, социальные, эмоциональные и бытовые потребности.

РОУС обращает особое внимание на обучение и подготовку, которые позволят беременной женщине:

- сознательно и активно участвовать в сохранении собственного здоровья, а также здоровья плода и ребенка;
- поощряет участие членов семьи беременной женщины или других людей по ее выбору в совместной подготовке к родам и материнству, а также приветствует их присутствие и поддержку во время схваток и родов;
- избегает излишнего использования инвазивных, неприятных и/или ограничительных процедур;
- рассматривает роды как процесс, требующий чистоты, а не стерильности;
- поощряет активный образ поведения женщины во время схваток - садиться, ходить, принимать наиболее удобное положение, часто менять позицию, избегать положения лежа навзничь на спине, поощряет женщин принимать положение полусидя или на корточках во время второй стадии схваток;
- обеспечивает непосредственный физический контакт между матерью и ребёнком сразу после родов;

- пропагандирует грудное вскармливание и совместное постоянное пребывание в одной палате новорожденного и матери.  
*Разработано Джудит Рукс [Judith Rooks, CNM, DrPH]*

Программа РОУС разработана для максимального удовлетворения информационных, социальных и эмоциональных потребностей здоровых беременных женщин, для создания комфортной обстановки во время беременности и родов.

Основной целью программы РОУС в дородовый период является обучение женщины, для того, чтобы она могла оперативно и сознательно принимать решения относительно своего здоровья и плода. Образование играет очень важную роль, начиная с самого первого визита к специалисту, когда он объясняет женщине как нужно себя вести во время беременности, и до последнего, когда врач ещё раз напоминает ей о симптомах начала схваток и о том, как проходят роды. Участие семьи или любых других лиц по выбору женщины приветствуется и поддерживается.

Женщина должна участвовать в принятии решений, касающихся здоровья — своего и ребенка. Кроме того, её можно привлекать к участию в дородовом наблюдении — разрешать самостоятельно взвешиваться, сообщать ей основные параметры развития плода. Кроме того, к участию в лечебно-профилактическом процессе могут привлекаться родные и близкие женщины.

Крайне важно, чтобы один и тот же врач вел женщину на протяжении всего перинатального периода. Консультации у постоянного врача или акушерки обеспечивают более полное взаимопонимание и доверие. Их основной задачей является постоянное внимание к проблемам и тревогам женщины, предоставление ей необходимой информации и поддержка её выбора.

В работе Оукли и др. [Oakley et al., 1992] дан обзор литературы, отражающей опыт и впечатления женщин о предоставляемом им уходе во время беременности.

Следующие вопросы были выделены ими как ключевые:

- Продолжительность ухода;
- Реакция на социальные проблемы женщин и их обязанности;
- Важность умения слушать женщину и предоставлять ей реальную информацию.

Женщины, участвовавшие в исследовании, выражали неудовольствие по поводу того, что при родах с ними обходятся так, будто они «машины на конвейере», а роды — «механический процесс», а не важнейшее переживание в жизни женщины.

Далее Оукли кратко подытоживает основные претензии и пожелания женщин:

- Беременность — не болезнь;

- Женщины — тоже люди;
- Акушерство должно базироваться на научной основе;
- Счастье женщины — основной показатель эффективности акушерской практики.

Женщина и её семья с нетерпением ожидают дня родов. И хотя по времени это событие длится не очень долго — оно является самым важным событием в жизни женщины, и поэтому необходимо проявить к ней должное уважение, заботу и уход. Положительный опыт во время родов является залогом хорошего грудного вскармливания, тесных отношений между матерью и ребенком, уверенности в себе, обеспечивает хороший родительский уход.

Концепция РОУС включает несколько особо важных компонентов на стадии собственно разрешения от родов — от общефилософских до конкретных методов ухода. Центральной идеей модели РОУС является всеми разделяемый постулат, что роды представляют собой нормальное и радостное событие в жизни женщины.

Концепция РОУС предусматривает создание и обеспечение спокойной и тихой обстановки, когда акушерка или медсестра постоянно находится рядом с роженицей.

#### Роль акушерки:

Клинический опыт, накопленный в США и других странах, продемонстрировал безопасность и эффективность принятия родов на базе родильных домов и родильных отделений больниц силами одних медсестер-акушерок, в случае неосложненной беременности и родов.

РОУС — это один из отличительных признаков, характеризующих родовспоможение в США. В Америке медсестры-акушерки получают образование по двум дисциплинам — медсестринскому и, собственно, акушерскому делу. Американские медсестры-акушерки занимаются самостоятельной практикой — проводят дородовые консультации, сопровождают беременных, направляя их на консультации к врачам лишь в случае необходимости. При этом беременность они рассматривают не как болезнь, а как нормальное состояние женщины, живущей нормальной семейной жизнью. Иными словами, в США родовспоможение изначально ориентировано на семью.

Американская практика с наглядностью продемонстрировала, что роды в сопровождении одних акушерок не менее безопасны, чем роды под наблюдением врачей. Например, чисто медсестринский родильный дом в округе Лос-Анджелес (при местном университете) демонстрирует показатели не хуже, а во многом даже лучше, чем в целом по стране, где большинство родильных отделений придерживается традиционного подхода к родовспоможению. В этом экспериментальном роддоме используется «средневзвешенный» критерий риска для определения показаний к госпитализации, включающий наличие в анамнезе

таких факторов, как диабет, кесарево сечение и анемия в анамнезе. В работе Грёйлиха и др. [Greulich et al.] проанализированы показатели свыше 30 000 случаев родов под наблюдением медсестер-акушерок, принятых в этом родильном центре в период с 1981 по 1992 годы. Получены следующие заключения:

- Не наблюдалось ни одного смертельного исхода — как среди матерей, так и среди новорожденных.
- Средний показатель госпитализации в ходе и в результате родов составил 17%, а к 1990 году снизился до 7%.
- Кесарево сечение применялось в 1,8% случаев, а вообще оперативные вмешательства потребовались в 4% случаев.
- В блок неонатальной интенсивной терапии помещалось 1,5% новорожденных, а повторно в течение недели – 1,3% новорожденных, выписанных в течение 12-14 часов после рождения.
- 85% новорожденных наблюдались в порядке послеродового патронажа.

Аналогичные результаты получены и в работе Рукса и др. [Rooks et al]. Было изучено 11 814 случаев родов в 84 независимых акушерских роддомах США. Обобщенные результаты выглядят так:

- 70,7 % родов прошли без серьезных осложнений;
- 7,9% привели к серьезным осложнениям, вызвавшим необходимость перевода в реанимационное отделение, в процессе родов или вскоре после них;
- 15,8% случаев потребовали госпитализации (в т. ч. 2,4% — экстренной);
- кесарево сечение применялось в 4,4% случаев;
- материнской смертности не наблюдалось;
- смертность среди новорожденных составила 1,3 случая на 1000 новорожденных (0,13%)
- Показатели младенческой смертности и по шкале Апгара находились на уровне лучших показателей для обычных родильных домов.

Участницы программы РОУС утверждают, что чувствуют себя увереннее на протяжении всего периода беременности и родов. Женщины говорят о новоприобретенном чувстве радости и уверенности в том, что они смогут хорошо позаботиться о своём здоровье и о здоровье своей семьи. Мужчины находят этот опыт неожиданным и чудесным — они гордятся своими женами, удивляются чудесным способностям человеческого тела, своей внутренней силе и нежности.

Доказательная медицина представляет собой раздел медицины, основанный на доказательствах, предполагающий **поиск, сравнение, обобщение** и широкое **распространение** полученных **доказательств для использования в интересах пациентов** (Evidence Based Medicine Working Group, 1993).

Это новый подход, направление или **технология сбора, анализа, обобщения и интерпретации научной информации**. Доказательная медицина предусматривает добросовестное, объяснимое и основанное на здравом смысле **использование**

**наилучших современных достижений для каждого пациента (Sackett D.L. et al., 1996).**

**Основная цель внедрения принципов доказательной медицины в практику здравоохранения - оптимизация качества оказания медицинской помощи с точки зрения безопасности, эффективности, стоимости и др. значимых факторов.**

Доказательная медицина – это сознательное и последовательное **применение в клинической практике вмешательств, в отношении полезности которых есть убедительные доказательства.**

Принципы доказательной медицины дают возможность с учетом новейшей и достоверной информации **оптимизировать влияние на принятие решения** таких во многом **субъективных факторов**, как **интуиция и квалификация врача, мнения авторитетных экспертов, рекомендации популярных руководств и справочников.**

Доказательная медицина предполагает **объединение индивидуального клинического опыта врача с наилучшими доступными независимыми клиническими доказательствами из систематизированных исследований.**

#### **Кохрейновское Сотрудничество (Ассоциация)**

Основой современной доказательной медицины является так называемое **Кохрейновское Сотрудничество (Ассоциация)** — международная организация, целью которой является поиск и обобщение достоверной информации о результатах медицинских вмешательств. Организация была создана в 1992 г. Дж. Чалмерсом (Chalmers J. et al. 1994). В настоящее время насчитывает около 3000 организаций-участников. Кохрейновское Сотрудничество действует в виде сети сообщающихся центров в различных странах. Цель Кохрейновского Сотрудничества — создать исчерпывающий регистр всех рандомизированных КИ, необходимых для составления систематических обзоров.

- 1973 г. — английский эпидемиолог Арчи Кохрейн (Cochrane A.L.) составил первый систематический обзор.
- 1992 г. — открыт первый Кохрейновский центр в Оксфорде.

## **Кохрейновское Сотрудничество (Ассоциация) в цифрах: 15 центров в мире**

- 1388 систематических обзоров
- Результаты 300 000 РКИ
- Критическая оценка систематических обзоров, опубликованных в мировой печати

### **Кохрейновские центры**

**Кохрейновские центры** поддерживают деятельность подразделений Кохрейновского Сотрудничества. Профиль каждого центра определяется с учетом интересов его участников и уровнем финансирования, но все они должны координировать свои действия и оказывать поддержку Кохрейновскому Сотрудничеству. Кохрейновские центры облегчают работу всех, кто намерен составлять систематические обзоры по отдельным областям клинической медицины и системы здравоохранения в целом. Условием такого сотрудничества является публикация в Кохрейновской базе данных систематических обзоров, распространяемых также на компакт-дисках (The Cochrane database of systematic reviews, 1995) и в сети Интернет. Получить такую информацию можно, например, воспользовавшись услугами сервера Московского центра доказательной медицины и фармакотерапии: <http://evbmed.fbm.msu.ru/index-r.html> и официальным сайтом Российского отделения Кохрейновского Сотрудничества: <http://www.cochrane.ru>

### **Четыре этапа в практике доказательной медицины**

- Четко **сформулировать** клинический вопрос на основе проблемы пациента
- Осуществить **поиск** соответствующих статей в существующей литературе
- **Оценить** (критически) данные с точки зрения их достоверности и полезности
- **Использовать** полезные научные данные в клинической практике

### **Степени достоверности представляемой информации**

(разработаны Центром доказательной медицины в Оксфорде):

**А. Высокая достоверность** — информация основана на результатах нескольких независимых клинических испытаний (КИ) с совпадением результатов, обобщенных в систематических обзорах.

**В. Умеренная достоверность** — информация основана на результатах по меньшей мере нескольких независимых, близких по целям КИ.

**С. Ограниченная достоверность** — информация основана на результатах одного КИ.

**Д. Строгие научные доказательства отсутствуют** (КИ не проводились) — некое утверждение основано на мнении экспертов.

## Принимается ли доказательная медицина с легкостью?

### Пример 1

- 12 РКИ по более 3000 пациенткам продемонстрировали результативность лечения кортикостероидами женщин с риском преждевременных родов (1994)
- Однако, только 12-18% женщин, дети которых при рождении весили 501–1500g, получали кортикостероиды (США, 1994)

### Пример 2

- РКИ показали, что рутинное применение КТ не имеет преимуществ по сравнению с периодической аускультацией, но приводят к увеличению частоты вмешательств, и в то же время заболеваемости и расходов (1990)
- Однако, до сих пор КТ остается рутинной практикой даже при нормальных родах во многих роддомах во всем мире

## D.A.Grimes'95: пять препятствий на пути использования ДМ

- Безоговорочное принятие авторитетного мнения
- Принятие новой технологии без критической оценки
- Тенденция соглашаться с существующими догмами
- Педантизм в медицинском образовании
- Зависимость медицинской практики от неконтролируемых впечатлений в отношении клинических аспектов

## Другие причины:

- Нежелание менять существующую практику, которая хорошо работает
- Старомодная политика все еще усиливается

## Уместные технологии

Методы, процедуры, методика и оборудование, которые

- **уместны с научной** точки зрения,
- **адаптированные** к местным потребностям и
- **приемлемые** для тех, для кого они используются.
- Уместные технологии могут использоваться на те **средства**, которые **имеются**

## Примеры антенатальных и родовспомогательных практик (с позиций доказательной медицины):

### Электронный мониторинг ЧСС плода в родах

- Применение КТГ не имеет преимуществ по сравнению с периодической аускультацией, но приводит к увеличению количества вмешательств
  - проведение КТГ – RR 1,49\*
  - эпидуральная анестезия – RR 1,33\*
  - увеличение – RR 1,26\*

оперативное родоразрешение – RR 1,36\*

\*-достоверно

Mires G et al, BMJ, Vol 322, June 2001

- КТГ не является необходимым исследованием в группе родов низкого риска  
Goddard R, BMJ, Vol 322, Jun 2001

### **Рутинный ранний УЗ скрининг**

- Похоже, что эффективен  
(при опытном исследователе) в раннем выявлении пороков развития плода, многоплодных беременностей и в снижении количества родовозбуждений из-за перенашивания
- Похоже, что не эффективен  
В снижении перинатальной смертности WHO RHL No.5, 2002, Geneva  
Целесообразность (если такова существует) рутинного исследования ультразвуком пока не установлена  
Enkin M et al., A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 2000

### **Дородовая помощь**

7 рандомизированных исследований - 57418 женщин:

- 4 посещения специалистов до родов не ухудшают перинатальный исход.
- экономия ресурсов;
- женщины предпочитают визит к акушерке или семейному врачу по сравнению с врачом-акушером;
- Перинатальный исход не меняется.

Carrolli G et al, The Lancet Vol 357, May 2001

### **Три возможности овладения ДМ у перегруженного работой клинициста**

- **Овладение ДМ самостоятельно** (MEDLINE, Кохрейновская база данных – [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), [www.acponline.org](http://www.acponline.org), [www.obgyn.net](http://www.obgyn.net))
- **Использование резюме по ДМ, которые были составлены другими** (Книга М.Энкина, Библиотека по репродуктивному здоровью ВОЗ (WHO RHL), журналы по ДМ – исключение до 98% имеющейся литературы по клиническим вопросам)
- **Использование протоколов ДМ, разработанных другими** (WHO RHL, [www.obgyn.net](http://www.obgyn.net))

### **Рекомендуемая литература:**

#### **Эффективная помощь при беременности и родах**

2 тома: Беременность и роды 1989 г. Под редакцией Iain Chalmers, Murray Enkin, Marc J.N.C Keirse, предисловие Archie Cochrane

#### **Руководство по эффективной помощи при беременности и родах**

2000 (3-е издание) Под редакцией Murray Enkin et al. (имеется на р.яз)

### **Библиотека ВОЗ по репродуктивному здоровью**

- 5-е издание (2002) содержит 70 Кохрейновских обзоров и соответствующие новые комментарии с практическими рекомендациями
- >15 000 экземпляров Библиотеки по репродуктивному здоровью разослано ВОЗ в развивающиеся страны

#### **Mr Jitendra Khanna**

Technical Editor RHL

HRP

World Health Organisation

1211 Geneva 27 Switzerland Tel: +41-22-7913380

Fax: +41-22-7914171

Email: RHL@who.ch

### **Краткая классификация практических подходов в области родовспоможения (по Энкину, 1995):**

#### Однозначно благотворные практические подходы:

- Эмоциональная и психологическая поддержка в период схваток и родоразрешения
- Свобода движений матери и возможность самостоятельного выбора ею положения тела в период родов
- Свобода движений матери в период родов с целью ускорения течения медленных родов
- Постоянная поддержка кормящих матерей и неограниченное грудное вскармливание
- Активное вмешательство на третьей стадии родов (в противовес пассивному наблюдению)

#### Вероятно благотворные подходы:

- Помощь только акушерки женщинам без серьезных факторов повышенного риска.
- Предродовые курсы для беременных женщин и их партнеров.
- Уважение к мнению женщины при выборе сопровождающего лица на время родов
- Наличие сопровождающего лица при поступлении в родильный дом.
- Предоставление женщинам всей информации, которую они хотели бы получить относительно родовспоможения.
- Другие методы для уменьшения болей в родах, такие как: свободные движения и изменения положения тела, контр давление, поверхностное тепло или холод, поглаживания и массаж, музыка аудиоаналгезия, концентрация и отвлечение внимания.
- Женщина сама выбирает положение тела во втором периоде родов и/или при родоразрешении.
- Поощрение раннего контакта матери и новорожденного.

Маловероятно благотворные подходы:

- Рутинное вовлечение врачей-гинекологов в процесс беременности и родов у всех женщин
- Отказ от вовлечения акушеров-гинекологов в процесс беременности и родов у женщин с серьезными факторами риска.
- Обязательный отказ от еды и питья у женщин во время родов
- Рутинные внутривенные инфузии во время родов
- Ограничение посещения новорожденных в роддоме их братьями и сестрами.

Однозначно неэффективные и вредные подходы:

- Рутинное применение клизмы во время родов
- Рутинное выбривание лобка при подготовке к родам.
- Электронный мониторинг плода без исследования образца крови из сосудов кожи головки плода во время родов.
- Ректальное исследование для определения динамики родов.
- Рутинная или слишком широко используемая перинеотомия в период родов.
- Рутинное использование литотомической позиции или положения лежа на спине во втором периоде родов.
- Ограничение времени сосания при кормлении грудью.
- Рутинное ограничение контакта матери и ребенка.
- Рутинное помещение младенцев в детские палаты.

**Применение высоких технологий в целях охраны здоровья матери и ребенка:**

- Чем богаче страна, чем больше средств в пересчете на душу населения тратится на охрану здоровья — тем выше уровень технологий, применяемых в родовспоможении.
- В странах с наивысшими затратами и максимальным применением высоких технологий в области акушерства и гинекологии показатели иммунизации — одни из худших.
- В странах с наивысшими затратами и максимальным применением высоких технологий в области акушерства и гинекологии показатели младенческой смертности НЕ ЛУЧШЕ, чем в более бедных странах.

Приведите примеры в подтверждение этих тенденций:

**Швеция**

- Общедоступная бесплатная медицинская помощь
- Роды принимаются практически всегда в стационаре
- Младенческая смертность — 4 из 1000
- Материнская смертность — 5 на 100 000 живорожденных детей
- Страна может похвастаться одним высоким показателем: в среднем 14 посещений медсестрами-акушерками на дому каждой беременной женщины.

Нидерланды:

- Общедоступная медицинская помощь
- 46% родов принимается акушерками
- 32% родов принимается на дому
- Младенческая смертность — 5/1000
- Материнская смертность — 7 на 100 000 живорожденных
- Для определения типа и места медучреждения используются общенациональные критерии оценки риска

Великобритания:

- Общедоступная медицинская помощь
- Большинство родов принимается в стационаре под наблюдением акушерок
- Детская смертность — 6/1000
- Материнская смертность — 7/100 000 живорожденных
- В настоящее время национальная программа в области ОМД пересматривается

США:

- Значительная часть населения не имеет доступа к адекватной медицинской помощи
- Роды принимаются преимущественно в стационаре, в т. ч. — 6% под наблюдением акушерок
- Распространено применение высоких технологий, высокий процент кесаревых
- Идет широкая реформа национальной системы здравоохранения
- Детская смертность — 7/1000 живорожденных
- Материнская смертность — 8/100,000 живорожденных

Акушерские технологии:

- Акушерское наблюдение
- Госпитализация при высоком риске осложнения беременности
- Кесарево сечение
- питоцин
- мониторинг сердцебиения плода
- непрерывная эпидуральная анестезия

Обширное повсеместное распространение и применение акушерских технологий при нормальной беременности НЕ ПРИВОДИТ к улучшению итоговых показателей здоровья матери и ребенка. Вот данные по Нидерландам:

Технология	Под наблюдением медсестер-акушерок	Под наблюдением врачей
Кесарево сечение	5.9%	16%
Применение окситоцина	4.5%	21.3%
Перинатальная смертность	0.7%	0.7%

При РОУС во всех без исключения случаях, дополненном избирательным использованием специализированного лечения и высоких технологий, итоговые показатели заметно улучшаются. Вот данные по штату Калифорния, США:

	Центр РОУС	Стационары
Роды под наблюдением врача	5%	96%
Кесарево сечение	13%	23%
Средний срок госпитализации	1,3 суток	2,2 суток
Недостаточный вес новорожденного	4.7%	5.9%
Перинатальная смертность	0.8%	1.1%

Данные по отдельным технологиям:

#### Ультразвук:

Плюсы: Полезен в особых ситуациях, например, для диагностики врожденных аномалий плода.

Минусы: Ультразвуковое исследование является дорогостоящим, и его рутинное использование при нормальном течении беременности не оказывает позитивного воздействия на перинатальные показатели. В настоящее время нет данных, отчетливо свидетельствующих о вредном воздействии ультразвуковых исследований во время беременности, однако необходимы дополнительные данные о действии на новорожденных и об отдаленных последствиях воздействия ультразвука на детей.

#### Рутинный электронный мониторинг плода:

Плюсы: Эффективен, как средство своевременного выявления патологий развития плода.

Минусы: Наблюдается повышенный уровень кесаревых сечений и оперативных вмешательств при вагинальных родах. Количество случаев судорог у новорожденных снижается, однако это исследование не улучшает статистики смертности и заболеваемости. Его широкое использование сыграло роль в резком увеличении количества операций кесарева сечения в США с 4,5% в 1968 году до 24,7% в 1988 году. Интерпретация данных сердечных сокращений плода оставляет широкий простор для разночтений.

#### Кесарево сечение:

Плюсы: Спасает жизнь матери и ребенка при очевидных показаниях — таких как предлежание плаценты и поперечное положение плода.

Минусы: Несмотря на рост хирургического мастерства и улучшение результатов операции, кесарево сечение по-прежнему сопряжено с повышенным риском для здоровья матери, о чем свидетельствует в 2 - 4 раза более высокая материнская смертность (по сравнению с обычными родами). По-прежнему практикуется экстренное повторное кесарево сечение без попытки проведения физиологических родов.

### Эпидуральная анестезия:

Плюсы: Женщины меньше страдают от боли. Последние клинические испытания не подтвердили подозрений, что эпидуральная анестезия приводит к росту процента кесаревых сечений.

Минусы: Затягивается 1-я и 2-я фаза родовой деятельности. Учащаются случаи неправильного предлежания плода, применения окситоцина, хирургических вмешательств.

### Стимуляция окситоцином:

Плюсы: Использование окситоцина усиливает схватки вместе с преждевременным разрывом плодного пузыря, при успешном исходе, может впоследствии снизить вероятность инфекции. В случаях применения амниотомии использование окситоцина может снизить риск заболеваемости в таких случаях, как превышение срока вынашивания плода.

Минусы: Гиперстимуляция окситоцином может привести к гипоксии плода. Существует прямая зависимость с возрастанием числа желтушных явлений у новорожденных.

### **Оценка степени риска**

- Метод оценки состояния беременных женщин, с учетом медицинских и поведенческих характеристик, которые влияют на их здоровье. Эти данные помогают определить наиболее эффективный способ и место для ведения родов, а также наиболее подходящий персонал.
- Это непрерывный процесс, который осуществляется во время всего периода беременности, в период схваток и родов.
- Достоверностью спрогнозировать, у кого из женщин могут развиваться осложнения во время схваток и родов, невозможно.
- 10% беременностей протекает с серьезными осложнениями.
- У 75% пациенток, отнесенных к группе повышенного риска, беременность и роды протекают без осложнений; у 50% пациенток, отнесенных к группе низкого риска, осложнения, тем не менее, случаются.

## Занятие 4: Взгляды на родовспоможение

### Глазами матери (практический пример)

Анна, возраст 24 года, 3-я беременность, первые роды, поступила в родильное отделение со сроком 38 недель и 3 дня, в первом периоде родов. В период дородового наблюдения посещала женскую консультацию 12 раз. На курсы молодых матерей не ходила. Муж Миша ни разу не сопровождал её при посещении врачей в период беременности. Лечилась от воспаления мочевого пузыря на сроке 24 недели.

Анна прибыла в роддом одна, на первой стадии схваток. Акушерка заполняет её историю болезни, измеряет дно и прослушивает сердечный ритм плода. Перед тем, как предстать перед врачом, Анне делают клизму, бреют лобок, и она принимает дезинфицирующий душ. После этого Анну осматривает врач. В ходе осмотра пациентка крайне напряжена. Шейка матки полностью сглажена, раскрытие - 1 см, положение плода 3/5, головка плотно прижата ко входу в малый таз. Следов кровотечения не наблюдается. Воды не отошли. Схватки у Анны повторяются каждые 6-8 минут, спокойно реагирует на мягкую пальпацию. Врач говорит Анне только: «Рановато вы приехали, но ладно уж, оставайтесь».

Анну помещают в общую четырехместную палату. Другие пациентки с ней не разговаривают. Одна стонет, две другие молчат. Разные акушерки приходят и выслушивают сердечный ритм плода. Одна из акушерок остается в палате, но, похоже, она думает о чем-то своем, глядя в окно. Анна слышит крики во время схваток и родов, доносящиеся из другой палаты. Много голосов одновременно. Женщина кричит... ребенок плачет...

Заходит акушерка, говорит Анне, чтобы та собиралась на осмотр. В этот раз её осматривает другой врач и сообщает, что схватки идут слишком медленно, нужна медикаментозная стимуляция. Анна пугается, решив, что с ней не все в порядке.

Время тянется медленно. У нее начинает болеть рука из-за того, что она держит ее вытянутой во время внутривенного введения раствора. Анна слышит, как рождает другая женщина. Она ощущает усиление боли. Когда же это кончится? Она ничего не понимает. Она продолжает молчать и тогда, когда озабоченный персонал время от времени осматривает ее. Она боится. Она молчит. Ей по-прежнему больно.

Ну, все. Она начинает кричать. Приходят доктор и акушерка. Но еще не время. Врач распоряжается дать какое-то лекарство, чтобы уменьшить боль. Анне все равно. У нее по-прежнему болит спина.

Она тужится изо всех сил. Как долго это тянется. Она не различает лица. Слышны крики. "Тужься, сильнее" - опять. Анна чувствует напряжение и жар. Ее ребенок появился на свет. Ребенок кричит, его кладут ей на грудь, потом он внезапно исчезает. "Где мой ребенок?"

Анну перекалывают на узкую каталку. Акушерка приносит ребенка и выцеживает немного молозива из ее груди. Ребенка, наглухо завернутого, кладут лицом вниз ей на грудь, чтобы он мог слизнуть капельки молозива. Ему очень трудно сосать грудь в таком положении, а ей трудно его увидеть. Акушерка снова уносит его.

В коридоре Анне дают немного бульона. На животе у нее лежит пакет со льдом. Вокруг, на удивление, тихо. Роды у всех уже закончились. Но где же ее ребенок? Все эти дети. Где они?

Акушерка говорит, что детей принесут в послеродовую палату к каждой из матерей через два часа. Мама должны отдохнуть и набраться сил. Детей уже запеленали и готовы нести. Это уже скоро.

Анна ложится на спину. Сейчас ее отвезут в ее палату.

**Вопросы для обсуждения:**

- 1. Что, по-вашему, испытывала Анна во время схваток и родов?**
- 2. Переживания Анны типичны для вашего роддома? Почему «да» или «нет»?**
- 3. Ваше мнение об уходе за Анной? Что делалось правильно? Что нужно было делать по-другому? Объясните, почему.**

## **Занятие 5: Альтернативные положения тела при родах**

- **Хождение стимулирует родовую деятельность**

Рид, Миллер и Паул (1981) сравнили показатели эффективности хождения во время родов и окситоцина для ускорения течения родов. Выяснилось, что хождение дает не меньший стимулирующий эффект, чем окситоцин.

Алберс и др. (1997) обнаружили, что число оперативных вмешательств при родоразрешении вдвое ниже у тех женщин, которые передвигаются во время родов (2,7% по сравнению с 5,5%).

Позже Блум и др. (1998) в ходе рандомизированного контролируемого исследования не наблюдали значительных улучшений у женщин, которые ходили во время родов, однако и неблагоприятного действия передвижения отмечено не было.

Хождение оказывает благотворное влияние и на плод. Реже наблюдаются перебои в работе сердца, повышается оценка по шкале Апгара на 1 и 5 минутах жизни новорожденного по сравнению с родами в обездвиженной позе (Робертс, 1980)

- **Положения стоя и лежа на боку стимулируют родовую деятельность и сокращают время схваток.**

Влияние положения, которое принимает женщина на функционирование матки во время схваток было первоначально исследовано Калдейро-Барсиа в 1960, 1978 и 1979 годах, а также Мендес-Бауэром – в 1975 и 1976 годах, и Миллером и Робертсом в 1980-х. Результаты этих исследований показывают, что положение стоя и лежа на боку делает сокращения матки более интенсивными и эффективными.

Калдейро-Барсиа и др. установили, что «при положении пациентки лежа на боку (правом или левом) сокращения матки происходят интенсивнее и с меньшей частотой, чем при положении пациентки лежа на спине... Влияние положение тела на интенсивность маточных сокращений сказывается немедленно по изменении позиции и продолжается всё то время, пока пациентка находится во вновь занятом положении... Эффект смены положения тела носит более выраженный характер в случае естественных схваток, нежели в случае введения окситоцина с целью стимуляции родовой деятельности».

При вертикальном положении снижается потребность в применении медикаментозного обезболивания и эпидуральной анестезии (Робертс, 1980).

- **Положение лежа на спине и литотомическое положение отрицательно сказываются на интенсивности родовой деятельности, здоровье матери и плода.**

В ходе пяти клинических испытаний было показано, что в вертикальном положении схватки протекают интенсивнее и быстрее, чем в положении лежа на спине.

Было показано, что положение лежа на спине отрицательно сказывается на здоровье и продвижении плода, поскольку ухудшает кровоснабжение матки.

При вертикальном положении полусидя у новорожденных реже наблюдается ацидоз, нежели при литотомии (Робертс, 1980).

При положении сидя на корточках расширяется просвет таза, что способствует облегчению прохождения и коррекции неблагоприятного предлежания плода (Робертс, 1980).

Адаптировано с использованием презентации П. Глэтлейдер «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи» (“Family-Centered Maternity Care” Presentation by Pauline Glatleider, CNM, MN, American College of Nurse-Midwives).

Альтернативные положения при родах:



Illustrations by Shanna Finger (© 1994 Ruth Ancheta) from the upcoming book on nursing interventions to prevent or correct dystocia in labor, by Ruth Ancheta and Penny Simkin

*Maternal positions for labor and birth. Top row, upright positions; second row, sitting positions; third row, kneeling positions; fourth row, second-stage positions. See Table 1 for explanations.*

Источник: Penny Simkin (1995). "Reducing pain and enhancing progress in labor: A guide to nonpharmacologic methods for maternity caregivers." BIRTH 22:3 September 1995, page 163

### **Ролевая игра «Различные положения тела при схватках»**

Роли: 1 акушерка; 1 роженица

Время: 10 минут

Акушерка присутствует при второй стадии схваток. Её задача — помочь женщине принять оптимальную позу. Она предлагает и помогает ей испробовать два-три альтернативных положения тела и решить, в котором из них ей удобнее всего. Акушерка должна адекватно реагировать на знаки, подаваемые «роженицей», которыми та сигнализирует, удобно ей или неудобно. При этом она должна активно показывать и подсказывать пациентке новые положения, так чтобы той было совершенно понятно, какое положение ей предлагают испробовать.

## **Дополнительные материалы для чтения:**

### РОУС:

Young, D., (1993). Family-centered maternity care. In: Encyclopedia of Childbearing: critical perspectives. Barbara Katz Rothman, Ed.: 183-4. The Oryx Press: Phoenix.

### Положения и перемещение роженицы:

Albers, L.L., et.al., (1997). The relationship of ambulation in labor to operative delivery. Journal of Nurse-Midwifery, 42(1):4-8.

Ashford, J.I. "Posture for Labor and Birth" In Encyclopedia of Childbearing: critical perspectives ed. Barbara Katz Rothman, 1993; Phoenix: the Oryx Press, p-314-315

Bloom, S.L., et.al., (1990). Lack of effect of walking on labor and delivery. New England Journal of Medicine, 339(2):76-9.

Bomfim-Hyppolito, S., (1998). Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 63 Supplement 1:S67-73.

Read, J.A., Miller, F.C., and Paul, R.H. (1981). "Randomized trial of ambulation versus oxytocin for labor enhancement: a preliminary report". American Journal of Obstetrics and Gynecology 139 (6): 669-672.

### Технологии:

Chalmers, B., (1992). WHO appropriate technology for birth revisited. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 99:709-710.

Ramin, S., et.al., (1995). Randomized trial of epidural versus intravenous analgesia during labor. Obstetrics and Gynecology, 86(5):783-9.

Read, J.A., Miller, F.C., and Paul, R.H. (1981). "Randomized trial of ambulation versus oxytocin for labor enhancement: a preliminary report". American Journal of Obstetrics and Gynecology 139 (6): 669-672.

### Родовспоможение силами акушерок:

Greulich, B., Paine, L., McClain, C. Barger, M, Edwards, N. Paul, R. "Twelve Years and More Than 30,000 Nurse-Midwife-Attended Births." (1994). Journal of Nurse-Midwifery 39(4).

Page, L., et.al., (1999). Clinical interventions and outcomes of one-to-one midwifery practice. Journal of Public Health Medicine, 21(3):243-8.

Rooks, J., Weatherby, N., Ernst, K., Stapleton, S., Rosen, D., Rosenfield, A. (1989). "Outcomes of Care in Birth Centers: The National Birth Center Study." New England Journal of Medicine 321: 1804-11.

Turnbull, D. et.al., (1996). Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. Lancet, 348(9022):213-8.

## Занятие 6: Поддержка в ходе родов

Женщины часто выражали желание и настаивали на том, чтобы при схватках и родах присутствовал их супруг, семья и/или друзья. На практике женщины только выигрывают при постоянной поддержке во время родов.

Первоначальное исследование влияния поддержки со стороны «повивальной бабки» во время родов было проведено Соса и коллегами в 1980 году в Гватемале. В Гватемале принято, чтобы при роженице постоянно находилась повитуха («дула» на местном диалекте), и на протяжении всех родов оказывала ей эмоциональную и физическую поддержку. Она **не покидает роженицу ни на минуту**. В исследовании принимало участие 40 женщин и изучалось эффективность оказания поддержки во время схваток и родов, длительность родов, отношение между роженицей и ребенком. Контрольная группа, принимавшая участие в исследовании не имела при себе лица поддержки. Женщинам в экспериментальной группе повитух оказывали постоянное внимание и поддержку.

- Соса и его коллеги обнаружили, что роды в экспериментальной группе протекали значительно быстрее. Средний показатель времени между прибытием в роддом и рождением в контрольной группе составил 19.3 часа, а в экспериментальной группе 8.7 часов.
- В контрольной группе роды проходили значительно дольше и вызывали больше осложнений ( $p = 0.001$ ).
- Матери из экспериментальной группы (с повитухами) после родов чувствовали себя гораздо бодрее, проявляли больше ласки и внимания в отношении ребенка.

Статья Кеннелла и Клауса в «Журнале Американской медицинской ассоциации» [Kennell & Klaus, JAMA, 1991] описывает воспроизведение этого опыта в американском роддоме. Были получены аналогичные результаты. Женщинам, которым была оказана поддержка, потребовалось меньше эпидуральной анестезии, меньше было кесаревых сечений и меньше случаев наложения щипцов, меньше случаев госпитализации новорожденных, меньше случаев возникновения инфекций и высокой температуры у матерей.

Систематический обзор из Библиотеки Кокрейна, составленный на основе 14 исследований с участием 5000 женщин, отмечает ряд благоприятных эффектов для женщины и младенца, в т. ч.: более редкое использование анальгезии, более низкий процент кесаревых сечений, меньшее количество новорожденных с оценкой менее 7 по шкале Апгара, более короткий по времени 1-й период родов и большее чувство удовлетворения.

Маршал Клаус и др. [Marshall Klaus, M.D et al.] высказали свои замечания по поводу результатов вышеназванного исследования и выразили крайнее сожаление

по поводу приверженности медработников использованию сложных технологий в ущерб простым, человеческим методам ухода за роженицами, которые, как показала практика, гораздо полезнее и для матери, и для ребенка.

«...Я хочу заметить, что я рассказываю вовсе не об изобретении нового лекарства или электронного прибора, позволяющих снять две трети проблемы детской асфиксии, вдвое сократить продолжительность родов, улучшить контакт между матерью и ребенком после родов, — тут, я думаю, не было бы отбоя от желающих приобрести этот прибор или лекарство для каждого родильного отделения в США **за любую цену!** Но ведь сам факт, что необходимость присутствия при женщине спутника и помощника диктуется всего лишь здравым смыслом, нисколько не умаляет ценности этого открытия».

Женщина может пожелать, чтобы при родах присутствовал муж или кто-то еще из родственников или друзей. И медучреждения должны всячески содействовать удовлетворению таких прихотей и потребностей роженицы. Естественно наблюдать силу связи между роженицей и её спутником, а роль акушерки должна сводиться к тому, чтобы помогать им обоим. Именно такая поддержка позволяет женщине разродиться от бремени как можно скорее. И родовспоможение такого рода легко можно организовать на базе действующих родильных отделений.

Гольфмейр и др. (Hofmeug et al., 1991) обнаружили, что поддержка во время родов значительно влияет на отношение к деторождению и грудному вскармливанию. У женщин, которые получили поддержку во время схваток и родов, возникло меньше проблем с грудным вскармливанием, они выразили желание кормить ребёнка исключительно грудью, воспринимали материнство намного легче и спокойнее относились к неравномерности интервалов между кормлениями. Матери же, у которых не было такой поддержки во время родов, жаловались на плохой аппетит у детей.

## **Занятие 7: Нефармакологическое обезболивание**

Существует несколько способов немедикаментозного обезболивания при родах. В том числе:

- движение
- смена положения тела
- противодействие
- прикладывание тепла или холода
- точечный и обычный массаж
- музыкальная и аудиотерапия
- концентрация и рассредоточение внимания

Смотрите иллюстрации на следующей странице:

## Иллюстрации по обезболиванию

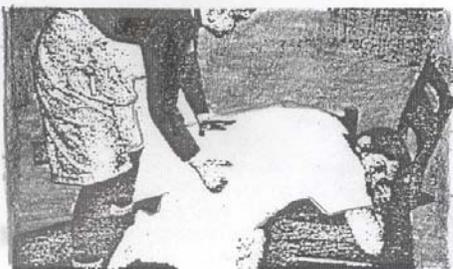


Figure 2. Counterpressure.

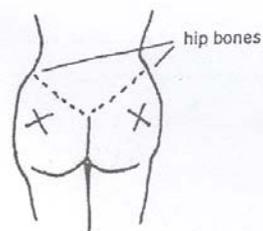


Figure 3. Xs mark places for the hands in the double hip squeeze.



Figure 4. Double hip squeeze.



Figure 5. Knee press.

## Занятие 8: Практика родовспоможения, основанная на фактах

### Взаимное обучение: Практики, используемые в родовспоможении

Цель данного упражнения — дать краткое описание фактов, свидетельствующих о благотворном или негативном влиянии некоторых из распространенных практик на здоровье матери и/или плода. Вашей группе будет поручено изучить научные данные, имеющиеся по одной из таких практик. После ознакомления с данными, описывающими соответствующую практику, участники будут перераспределены по новым группам. После этого каждому из вас предстоит выступить перед своими коллегами с кратким обобщением результатов вашего исследования.

1. Каждый про себя или всей группой вслух прочитайте список фактов, касающихся порученного вашей группе для изучения практического приема [10 мин].
2. Обсудите прочитанные факты и убедитесь, что все члены группы понимают их смысл [20 мин].
3. Спланируйте мини-доклад, с которым каждому из вас предстоит выступить перед членами вашей новой группы. На выступление вам будет отведено 5-10 минут. Можете подготовить и использовать наглядные схемы и графики, вопросы для обсуждения, иллюстрации и другие методы подачи информации [20 мин].

Особое внимание нужно уделить следующим вопросам:

Почему подобная практика находит широкое применение?  
Каково мнение ученых относительно целесообразности этой практики?  
Каковы плюсы и минусы этой практики?

4. Если останется время, обсудите ваши мини-доклады.
5. Перераспределитесь по новым группам. По очереди выступите со своими мини-докладами перед членами новой группы [5-10 минут на каждый доклад].
6. По завершении упражнения весь класс собирается для совместного обсуждения изученных практик и ответа на вопросы.

## Факты, свидетельствующие об эффективности применения отдельных практик в родовспоможении

### Непрерывный электронный мониторинг сердечной деятельности плода

#### Рекомендация:

- Электронный мониторинг сердечной деятельности плода при отсутствии прямого доступа к головке плода в процессе схваток, вероятнее всего, неэффективен.

М. Энкин и др. «Руководство по эффективному ведению беременности и родов» [M. Enkin et al (2000). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd ed. Oxford University Press]:

«В большинстве случаев смерть плода при прохождении им родовых путей может быть с равным успехом предупреждена как путем применения непрямой аускультации, так и посредством непрерывного мониторинга пульса плода, при условии, что аномалии сердечной деятельности вовремя распознаются и предпринимаются своевременные клинические вмешательства. Использование электронного мониторинга без прямого доступа к головке плода ассоциируется с меньшим процентом судорог новорожденного, однако в долгосрочной перспективе не приводит к улучшению среднестатистических показателей серьезных неврологических расстройств у ребенка».

«Непрерывный электронный мониторинг приводит к посту числа кесаревых сечений и послеродовых осложнений у матери. При этом единственное улучшение, с точки зрения состояния здоровья новорожденных, заключается в снижении процента послеродовых судорог. В связи с этим применение электронного мониторинга сердечного ритма можно рекомендовать только в случае, когда особое внимание уделяется профилактике послеродовых судорог. Избирательное применение такого мониторинга можно рекомендовать, когда имеются соответствующие показания в клиническом анамнезе и, возможно, при наличии таких показаний по результатам раннего интранатального обследования».

«Невзирая на все практические проблемы, кислотно-щелочное обследование плода, и об этом свидетельствуют последние данные, служит важным дополнением мониторинга сердечного ритма и должно применяться гораздо шире, нежели это практикуется в настоящее время, особенно на первой и второй стадиях родов. При использовании электронного мониторинга, использование дополнительно анализов крови плода позволяет значительно снизить процент как ложно-положительных («ложные тревоги») так и ложно-негативных (излишняя самоуспокоенность относительно состояния плода) результатов».

К. Дж. Левено и др., «Перспективное сравнительное исследование выборочного и всеобщего применения электронного мониторинга плода» [Leveno, K.J. et al "A Prospective comparison of selective and universal Electronic Fetal Monitoring in 24,995 Pregnancies." New England Journal of Medicine, Vol. 315, 1986, cc. 615-619].

«Нами изучены эффекты, достигаемые за счет применения интранатального электронного мониторинга плода при всех случаях беременности в противовес применению этого метода только в тех случаях, когда есть основания говорить о высокой степени риска для плода. Основными факторами риска считались применение окситоциновой стимуляции родовой деятельности, дисфункции родовой деятельности, аномалии сердечного ритма плода и мекониевое загрязнение околоплодных вод. Настоящее перспективное клиническое испытание с месячным циклом чередования проводилось в течение 36 месяцев, и им было охвачено 34 995 рожениц.

Всеобщий электронный мониторинг привел к незначительному, но статистически значимому росту числа кесаревых сечений по показаниям, вызванным опасениями за здоровье плода, однако перинатальные показатели в целом, судя по числу мертворожденных, низким оценкам по шкале Апгара, использованию принудительной вентиляции легких новорожденных, проценту перевода в неонатальное реанимационное отделение и судорог у новорожденных, практически не изменились.

На основании этого можно заключить, что непрерывный электронный мониторинг плода в процессе родовых схваток при отсутствии особых показаний неэффективен, в частности, когда не имеется данных, позволяющих говорить о том, что плод подвержен повышенному риску перинатальных осложнений».

### **Использование клизмы в практике родовспоможения**

#### **Рекомендация:**

- Рутинное использование клизмы в практике родовспоможения следует прекратить.

М. Энкин и др. «Руководство по эффективному ведению беременности и родов» [M. Enkin et al (2000). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd ed. Oxford University Press]:

«Предполагалось, что очистка кишечника облегчает прохождение головы ребенка через родовые пути, стимулирует сокращения матки и, в конечном итоге, ускоряет процесс родов и снижает риск инфицирования матери и новорожденного. Однако эта практика зарекомендовала себя не просто как неудобная, но и как небезопасная. Сообщалась о случаях раздражения ректального отверстия, колита и даже гангрены и анафилактического шока.

Было предпринято два рандомизированных, контролируемых клинических испытания, позволивших оценить эффективность использования клизмы при плановой госпитализации для принятия родов. Без клизмы выделения фекальных масс были незначительными и удалялись легче, чем фекальные выделения после клизмы. Никакого влияния на продолжительность родов и процент неонатальных и перинеальных раневых инфекций выявлено не было».

К. Мэхен и С. Мак-Кэй. ««Подготовка к родам и клизмы: Сохранять или отказаться?»» [Mahan, C. and S. McKay. “Preps and enemas – Keep or discard?” American Journal of Obstetrics and Gynecology, 160, 1989]:

- «Уитли и Мэк [Whitley and Mack], исследовавшие статистику фекальных загрязнений на второй стадии схваток, сообщают, что загрязнение имело место в 59% случаев в группе без клизмы и в 38% случаев в группе с клизмой; однако у женщин, зачисленных в группу «без клизмы» по медицинским показаниям (диарея за сутки и менее до госпитализации), показатель фекальных загрязнений оказался значительно ниже всех остальных (15%). Из этого явствует, что загрязнение фекальными массами — явление весьма распространенное и мало зависящее от того, ставится клизма при поступлении или не ставится.
- Данные Ромни и Гордона [Romney and Gordon, 1981]: Когда 274 женщины были случайным образом распределены по группам с применением и без применения клизмы, разницы между вероятностью фекальных загрязнений на первой и второй стадии родов не наблюдалось вовсе, а разница в проценте серьезных загрязнений оказалась минимальной (34% в группе с клизмой, 38% без клизмы).
- Загрязнения после клизмы сложнее контролировать, поскольку они чаще всего жидкие.
- Еще один вывод состоит в том, что продолжительность родов в двух группах практически не отличается, что противоречит устоявшемуся мнению, будто использование клизмы ускоряет схватки».

### Обривание лобка

#### **Рекомендация:**

- Обязательное обривание лобка в порядке подготовки к родам следует прекратить.

К. Мэхен и С. Мак-Кэй. «Подготовка к родам и клизмы: Сохранять или отказаться?» [Mahan, C. and S. McKay. “Preps and enemas – Keep or discard?” American Journal of Obstetrics and Gynecology, 160, 1989].

- «...Свидетельства, полученные из множества источников, убедили нас в необходимости отказа от сбривания лобковых волос, поскольку это не позволяет достигнуть поставленной цели и предотвратить инфицирование. Бритье нарушает целостность кожного покрова, приводя к множественным мелким ссадинам, ставит женщин в унижительное положение, а впоследствии приводит к неприятным ощущениям (зуду, жжению) при отрастании волос. При необходимости накладывания швов после эпизиотомии, если лобковые волосы этому мешают, их можно остричь машинкой.
- Еще в 1922 году Джонстон и Сидалл [Johnston and Sidall], изучавшие последствия сбривания лобковых волос, установили, что послеродовая лихорадка наблюдалась у 12,4% женщин, не подвергавшихся обриванию, и у 16,3% женщин, подвергавшихся этой процедуре, что свидетельствует в пользу отказа от сбривания лобковых волос».

- В 1963 году Суини [Sweeney] выяснил, изучив истории болезни 424 пациенток, подвергавшихся кюретажу или дочистке после неполного выкидыша, что сбривание лобковых волос или отсутствие такового никоим образом не сказывается на последующем развитии мочеполовых, кожных и вагинальных инфекций.
- В работе Аделая [Adeleye, 1977] было обследовано 74 женщины из Нигерии, преимущественно из беднейших социально-экономических слоев общества, которых случайным образом разделили на две группы — экспериментальную и контрольную. У всех взяли рутинные перианальные, наружные и влагиаличные мазки на первой стадии схваток, однако 40 из них прошли обривание лобка, а 34 нет. Никаких различий в послеродовой заболеваемости между двумя группами не наблюдалось.
- Ромни [Romney] изучил 693 случая: 228 роженицам лобковые волосы были обриты полностью, 240 были сбриты только перинеальные волосы, 225 вообще не подвергались обриванию. Ромни пришел к выводу, что бритье никоим образом не сказывается на проценте инфекций, зато приводит к повышенному чувству дискомфорта и зуду у многих женщин, о чем свидетельствуют и другие исследования. При этом недовольство процедурой обривания лобка высказали 98% опрошенных рожениц».

### **Прием пищи и питья в процессе схваток**

#### **Рекомендации:**

- В процессе схваток не следует ограничивать женщин в приеме пищи и питья.

Л. Лудка и С. Робертс. «Прием пищи и питья при схватках: обзор литературы»  
[Ludka, L. and C. Roberts. "Eating and drinking in labor: a literature review." *Journal of Nurse-Midwifery*: 38(4): 199-207]

- «В последнее время в клинической практике, особенно при родовспоможении силами акушерок, вводятся новые правила, согласно которым рожениц в процессе нормальных схваток не следует ограничивать в приеме пищи и жидкости. На сегодняшний день не имеется сведений, что прием пищи или питья приводит к повышению материнской смертности; в точности также отсутствуют какие-либо данные, которые свидетельствовали бы о негативных последствиях приема пищи и питья для здоровья матери или новорожденного.
- Рукс и др. [Rooks and colleagues] изучили 11 814 случаев родов, при которых женщин не ограничивали в свободном приеме пищи и питья. Среди них не было ни одного случая смертельного исхода или осложнения в результате аспирационной пневмонии, хотя некоторым женщинам и потребовалось экстренное кесарево сечение. Двадцать два процента обследованных принимали сухую пищу, однако ни единого случая осложнений в результате аспирации не наблюдалось».

М. Энкин и др. «Руководство по эффективному ведению беременности и родов» [M. Enkin et al (2000). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd ed. Oxford University Press].

- «Первое контролируемое исследование с целью сравнить результаты внедрения правила, разрешающего женщинам прием пищи и питья во время схваток, охватило 328 пациенток канадской больницы. Женщины выразили полное удовлетворение по поводу того, что им разрешают самостоятельно решать, что им пить и есть. Никаких иных благоприятных или неблагоприятных последствий выявлено не было».
- «Ограничения на прием пищи и жидкости в процессе схваток может привести к обезвоживанию организма и развитию кетоза... Самая распространенная реакция на проблему обезвоживания и кетоза в родильных отделениях, где действует запрет на прием пищи и жидкости, сводится к внутривенному введению жидкости и глюкозы. ...Вливания раствора глюкозы матери приводят к повышению уровня сахара в крови плода, а также к снижению рН артериальной пуповинной крови. При введении матери внутривенно более 25 г глюкозы за весь период родов приводит к избыточному образованию инсулина в организме плода, а это чревато недостаточным содержанием сахара и избыточным содержанием лактата в организме новорожденного... Использование внутривенных инъекций глюкозы и жидкостей для профилактики или борьбы с кетозом и обезвоживанием организма матери может повлечь серьезные негативные последствия для здоровья ребенка».
- «На сегодняшний день не существует способов, которые позволяли бы гарантировать, что желудок роженицы пуст, а рН её желудочного сока выше 2,5. Принудительное голодание, использование антацидов или преданестезионного механического или химического промывания желудка эффективны лишь отчасти. В то же время все меры подобного рода сопряжены с неприятными ощущениями и потенциально опасны для здоровья — как матери, так и ребенка».
- «Синдром аспирации содержимого желудка при общей анестезии — явление реально крайне редкое, но очень опасное. Поэтому рекомендуется по возможности избегать общей анестезии при родах, а в случае необходимости её применения предпринимать все известные меры предосторожности».

### Эпизиотомия

#### **Рекомендация:**

- Рутинное применение эпизиотомии следует прекратить.

М. Энкин и др. «Руководство по эффективному ведению беременности и родов» [M. Enkin et al (2000). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd ed. Oxford University Press].

- «Хотя эпизиотомия стала едва ли ни самым распространенным хирургическим вмешательством в мире, никаких веских научных данных, свидетельствующих о её целесообразности, не имеется» (с. 295)
- «Никаких свидетельств в пользу предлагаемого широкого применения эпизиотомии не приводится. Контролируемые клинические испытания говорят лишь в пользу весьма ограниченного применения эпизиотомии в случае риска задней перинеальной травмы, еще в меньшей степени — при риске шовной перинеальной травмы и меньшем количестве осложнений при заживлении. При этом риск серьезной вагинальной или перинеальной травмы, послеродовых перинеальных болей, диспареунии и недержания мочи не снижается вовсе. Единственным негативным последствием ограниченного применения эпизиотомии становится повышенный риск передней перинеальной травмы. Полученные результаты практически идентичны для медиолатеральной и срединной эпизиотомии».
- «Отсутствуют фактические данные в пользу свободного применения эпизиотомии как средства минимизации риска черепно-мозговой травмы плода. Данные рандомизированных клинических испытаний показывают практически идентичные кривые распределения оценок по шкале Апгара и показателей госпитализации новорожденных в специализированные клинические отделения».

Дж. Торп и У. Боуз. «Эпизиотомия: Можно ли оправдать её рутинное применение?» [Thorp, J. and W. Bowes. "Episiotomy: Can its routine use be defended?" American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol 160 No. 5, May 1989].

- «Рутинное применение эпизиотомии принято обосновывать двумя аргументами: (1) снижение вероятности перинеальной травмы и (2) предотвращает последующее растяжение тазового дна. При тщательном анализе имеющихся данных оба этих аргумента не находят подтверждения».
- «Мы провели заранее спланированное исследование случаев применения рутинной эпизиотомии и установили, что у нерожавших ранее женщин эта процедура имеет тенденцию приводить к разрывам третьей-четвертой степени тяжести, в то время, как у нерожавших ранее пациенток, в отношении которых эпизиотомия не практиковалась, разрывов третьей-четвертой степени не наблюдается вовсе».
- «Бьюкенс и др. [Buekens et al, 1985] исследовали взаимосвязь между эпизиотомией и перианальными разрывами третьей-четвертой степени. Было проанализировано 21 278 случаев родов... Авторы пришли к выводу, что эпизиотомия не предотвращает травмы анального сфинктера или прямой кишки».
- «Снукс и др. [Snooks et al] считают, что расслабленность тазового дна и недержание мочи и кала в период после вагинальных родов являются следствием... повреждения полового нерва... Их работа не поддерживает идею медианной эпизиотомии, как эффективного средства профилактики таких повреждений».

- «Установлено, что функциональное состояние перинеальных мышц динамически зависит от тренированности тела пациента — и никоим образом не от режима родовспоможения в анамнезе (например, через год после абдоминальных родов, вагинальных родов с эпизиотомией или без, родом с использованием щипцов или у ранее не рожавших женщин картина в целом идентича» [Goudon and Lougue].

## Занятие 9: Активное ведение родов на третьей стадии

*Адаптировано с использованием материалов Модуля 15 учебной программы ВОЗ «Основные виды дородовой, перинатальной и послеродовой помощи» [WHO Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care Module 15] и «Активное ведение третьего периода родов» [JHPIEGO ReproLine, Maternal and Neonatal Health, “Active Management of Third Stage of Labor”].*

Третий период родов (последовый) включает время от момента рождения ребенка до отделения и изгнания последа и занимает, как правило, 15–20 минут. После некоторой паузы происходит сокращение матки и отделение плаценты. Об этом можно судить по кровянистым выделениям и удлинению наружного отрезка пуповины по мере опускания плаценты в нижний маточный сегмент.

Происходящие в третьем периоде родов физиологические изменения предназначены для ускорения отделения и изгнания плаценты и плодных оболочек, а также для обеспечения гемостаза. Нормальное поступление крови к плаценте составляет 500–800 мл в минуту. Вслед за её отделением оно может моментально прекратиться, однако возможно и серьезное кровотечение.

Различают два основных метода ведения третьей стадии родов — активный и физиологический («выжидательный»).

Активное ведение: Искусственные стимуляторы (эргометрин, синтометрин или их эквиваленты), вызывающие сокращение матки, могут вводиться матери внутримышечно после рождения переднего плечика или после рождения ребенка. Это приводит к укорочению третьего периода родов и уменьшению кровотечения. Такой процесс называется активным ведением третьего периода родов. При активном ведении плацента и плодные оболочки могут изгоняться посредством контролируемой тракции пуповины, но перед тракцией пуповины необходимо убедиться, что плацента отделилась.

Остановитесь на процедуре активного ведения:

- Окситоцин
  - В течение минуты после рождения ребенка пальпировать нижнюю часть живота, чтобы удостовериться в отсутствии второго плода
  - Дать окситоцин
- Контролируемая тракция пуповины
  - Дождаться сильного сокращения матки (2–3 минуты)
  - Применить контролируемую тракцию пуповины (КТП), одновременно применяя противодействие выше лобковой кости
  - Если плацента не выходит, дождаться следующего маточного сокращения

Физиологическое ведение: Окситоциновая стимуляция не применяется; послед изгоняется только благодаря усилиям матери; пуповина пережимается только после выхода последа. Тракция пуповины не применяется, вместо этого ожидается естественный выход последа. Этот процесс никак не стимулируется за

исключением случаев обильного кровотечения, — тогда вводится эргометрин внутримышечно или окситоцин внутривенно.

Медики должны заранее рассказать женщине об этих методах, их преимуществах и рисках, и предоставить ей возможность сделать информированный выбор. Следует получить согласие женщины на применение выбранной процедуры, и медработник должен четко объяснять женщине, что он делает в процессе вмешательства.

### **Плюсы и минусы:**

#### Активное ведение:

- Плюсы:
  - Сокращает третью стадию родов
  - Снижает риск послеродового кровотечения
- Минусы:
  - Нужны окситоцины и инъекционное оборудование
  - Роды должен принимать человек с опытом:
    - Наблюдения
    - Постановки инъекций
    - КТП

#### Физиологическое ведение:

- Плюсы:
  - Не происходит вмешательства в естественный процесс родов
  - Не нужно дополнительных лекарств/оборудования
  - Устраняется риск негативного воздействия лекарств на самочувствие матери
- Минусы:
  - Третья стадия родов затягивается
  - Возрастает риск послеродового кровотечения

Клиническое испытание в Бристоле: 1695 женщин, Клиническое испытание в Хинчинбруке: 1512 женщин. Случайным образом распределялись по группам с активным и физиологическим ведением третьей стадии родов.

#### Результаты:

##### При активном ведении:

- Процент случаев послеродового кровотечения (ПРК) значительно ниже в обоих случаях:
  - 5.9% против 17.9% в Бристоле
  - 6.8% против 16.5% в Хинчинбруке
- Продолжительность третьей стадии снижается.
- Снижается использование переливания крови и последующих инъекций окситоцинов в терапевтических целях.
- Процент случаев защемления плаценты не увеличился.

### **Стимуляция сосков:**

Насильственное прикладывание новорожденного к материнской груди в первые минуты после родов — и это теперь доказано — не является эффективным методом.

Грудное вскармливание должно начаться самопроизвольно.

Исследования, проведенные в Малави, в ходе которых было обследовано свыше 4 000 матерей, показали, что принудительное прикладывание новорожденного к груди матери не приводит к снижению показателей материнской/детской смертности/осложнений.

## Занятие 10: Наработка клинических навыков

### Осмотр таза:

- Следует уважать приватные чувства пациентки; её тело должно быть постоянно прикрыто простыней или халатом.
- Нельзя приступать к осмотру, не убедившись, что женщина к нему готова. Обязательно нужно спросить ее разрешения.
- Назначение каждой манипуляции нужно объяснять.
- Все прикосновения должны быть мягкими.
- Покажите участникам, как исследовать конфигурацию костей и положение головы плода при осмотре.
- По завершении осмотра снять и должным образом поместить в контейнер для отходов разовые перчатки.
- Акушеркам должно быть разрешено проводить обследование таза самостоятельно.

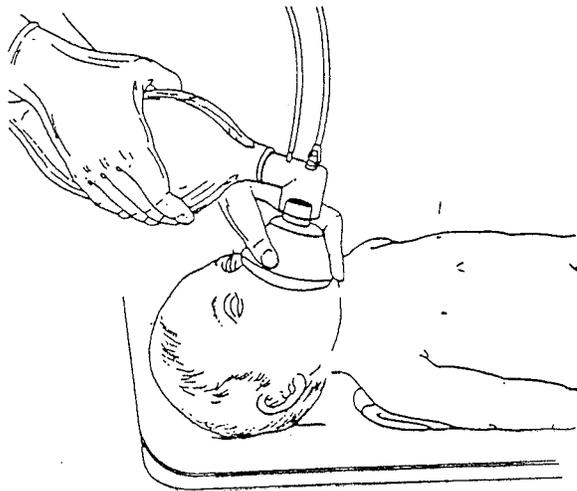
### Инструкции по реанимации новорожденного:

Выдержки из инструкций ВОЗ по дородовой, перинатальной и послеродовой помощи (*WHO Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care*):

«При умеренной неонатальной асфиксии дыхание ребенка слабое, нерегулярное или вообще отсутствует. Частота сердечных сокращений  $>100$  ударов в минуту, мышечный тонус относительно хороший, но цвет синюшный. Сначала необходимо провентилировать легкие при помощи кислородной подушки и маски в течение 1-2 минут, а затем снова оценить состояние. Если дыхание регулярное, а частота сердечных сокращений  $>120$  ударов в минуту, ребенка можно передать матери. В случае все еще нерегулярного дыхания и при частоте сердечных сокращений  $<100$ /мин, необходимо провести эндотрахеальную интубацию и наружный массаж сердца. При промежуточных состояниях, при все еще нерегулярном дыхании и частоте сердечных сокращений выше 100/мин., но ниже 120/мин., ребенку в течение нескольких минут необходимо провентилировать легкие, а потом опять оценить его состояние.

Новорожденного необходимо положить на спину с опущенной и несколько отклоненной назад головкой (см. Рис. А). Для начала дыхания необходимо достаточно высокое давление вдувания (50-70 см  $H_2O$ ); первое вдвухание должно длиться, по крайней мере, 5 секунд. Когда легкие наполнятся, вентиляция продолжается уже при 30-40 см  $H_2O$  с частотой 60 циклов/минуту. Неэффективность вдвухания обусловлена либо неадекватной методикой, либо препятствием в дыхательных путях. Всегда очень важно измерить частоту сердечных сокращений, чтобы оценить эффект вспомогательной вентиляции легких и проверить расширение грудной клетки при каждом цикле.

**Рис. А. Положение младенца при использовании мешка и маски**



*Примечание: Вентиляция 100% кислородом в течение 15 – 30 секунд*

**Новорожденный с сильной асфиксией** в течение первых 30 секунд жизни не дышит, частота сердечных сокращений низка ( $<100$ /мин), мышечный тонус низкий, а цвет кожи серый/бледный.

Необходимо провести вентиляцию легких ребенка при помощи мешка и маски в течение 1-2 минут, а после этого снова оценить его состояние. Если дыхание по-прежнему нерегулярное или отсутствует, а частота сердечных сокращений  $>100$ /мин, продолжайте вентилирование при помощи мешка и маски еще 3-4 минуты, а затем оцените состояние младенца. Если дыхание и частота сердечных сокращений стабилизируются, можете передать ребенка матери. Если ребенок не дышит и частота сердечных сокращений  $<100$ /мин после применения мешка и маски в течение 1-2 минуты, примените эндотрахеальную интубацию и наружный массаж сердца. Если во время эндотрахеальной интубации и наружного массажа сердца работа сердца не улучшается или прогрессивно ухудшается, примените вазоактивные лекарственные препараты».

## Дополнительные материалы по темам Дня 2:

### Родовспоможение:

- Gordon, N.P., et.al., (1999). Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. *Obstetrics and Gynecology*, 93(3):422-6.
- [Гордон и др. (1999). «Результаты привлечения повитух в родовспомогательные отделения стационаров организаций поддержания здоровья»]
- Hodnett, E.D., (2000). Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2000*. Oxford: Update Software.
- [Ходнетт (2000). «Поддержка женщин при родах (обзор базы данных Кокрейна)»]
- Hodnett, E.D., (2000). Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2000*. Oxford: Update Software.
- [Ходнетт (2000). «Преемственность ведения женщин в период беременности и родов»].
- Hofmeyr, GJ, Nikodem, VC, Wolman, WL, Chalmers, BE, Kramer, T (1991). "Companionship to Modify the Clinical Birth Environment: Effects on Progress and Perceptions of Labour, and Breastfeeding." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* (98): 756-764.
- [Хофмейр, Никодем, Уолман, Чалмерс, Крамер (1991). «Привнесение спутников в клиническую обстановку: Влияние на прогресс родов, схватки и грудное кормление»].
- Kennell, J, Klaus, M, McGrath, S, Robertson, S, Hinkley C (1991). "Continuous Emotional Support During Labor in a US Hospital." *Journal of the American Medical Association* 265(17): 2197-2201.
- [Кеннелл, Клаус, Мак-Грат, Робертсон, Хинкли (1991). «Непрерывная эмоциональная поддержка в течение родов в американской больнице»]
- Klaus, M.H., & Kennell, J.H., (1997). The doula: an ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatrica*, 86(10):1034-6.
- [Кеннелл М. и Кеннелл Дж. (1991). «Повитуха: второе открытие забытого компонента родовспоможения»]
- Klaus, M.H., et.al., (1992). Maternal assistance and support in labor: husband, nurse, midwife, or doula. *Clinical Consultations in Obstetrics and Gynecology*, 4(4):211-17.
- [Клаус и др. (1992). Помощь и поддержка матери при родах: муж, медсестра, акушерка или повитуха»]
- Klaus, M., Kennell, J., Robertson, S., Sosa, R., (1986). Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *British Medical Journal*, September 6: 293, 585-7.
- [Клаус, Кеннелл, Робертсон, Соса (1996). «Влияние социальной поддержки при родовой деятельности на заболеваемость матери и ребенка»]
- Langer, A., et.al., (1998). Effects of psychosocial support during labor and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 105(10): 1060-63.
- [Лангер и др. (1998). «Влияние психологической и социальной поддержки при родах на грудное кормление, медицинские вмешательства и самочувствие матери: рандомизированное клиническое исследование в больницах Мексики»]
- Page, L., et.al., (1999). Clinical interventions and outcomes of one-to-one midwifery practice. *Journal of Public Health Medicine*, 21(3):243-8.
- [Пейдж и др. (1999). «Клинические вмешательства и результаты индивидуального подхода в акушерстве»]

Scott, K.D., et.al., (1999). A comparison on intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 180(5):1054-9.

[Скотт и др. (1999). «Сравнение перемежающейся и непрерывной поддержки матери при схватках: метаанализ»]

Sosa, R., Jennell, J., Klaus, M., Robertson, S., Urrutia, J. (1980). "Effect of a Supportive Companion on Perinatal Problems, Length of Labor, and Mother-Infant Interaction." New England Journal of Medicine 303 (11): 597-600

[Соса, Дженнелл, Клаус, Робертсон, Уррутия (1980). «Влияние присутствия и поддержки со стороны спутника на перинатальные проблемы, продолжительность родов и взаимодействие матери и ребенка»]

### Обезболивание

Ramin, S., et.al., (1995). Randomized trial of epidural versus intravenous analgesia during labor. Obstetrics and Gynecology, 86(5):783-9.

[Рамин и др. (1995). «Рандомизированное исследование сравнительной эффективности эпидуральной и внутривенной анальгезии при родах»]

Simkin, P. (1995). Reducing pain and enhancing progress of labor: a guide to nonpharmacological methods for maternity care. Birth, 22(3):161-71.

[Симкин (1995). «Снижение боли и ускорение прогресса родов: руководство по нефармакологическим методам обезболивания в родовспоможении»]

### Электронный мониторинг сердечной деятельности плода при родах:

Leveno, KJ, et al (1986). A Prospective Comparison of selective and universal EFM in 34,995 Pregnancies, New England Journal of Medicine, 315:615-619.

[Левено и др. (1986). «Перспективное сравнение избирательного и сплошного ЭМП на примере 34 995 случаев беременности»]

Thacker, S.B. & Stroup, D.F., (2000). Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

[Тэкер, Струуп (2000). «Непрерывный электронный мониторинг сердечного ритма плода при родах»]

### Клизмы:

Cuervo, L.G., et.al., (2000). Enemas during labor (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

[Куэрво и др. «Клизмы при родах (обзор базы данных Кокрейна)»]

Mahan, Charles, McKay, Susan. (1989) "Preps and Enemas - Keep or Discard?" Contemporary OB/GYN. 160: 241-248.

[Мэйхен, Чарльз, Мак-Кей, Сьюзен (1989). «Клизмы при подготовке к родам: Сохранить или отказаться?»]

### Эпизиотомия:

Carroli, G. & Belizan, J., (2000). Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

Кэрроли, Белизан (2000). «Эпизиотомия при вагинальных родах» (обзор БД Кокрейна).

Eason, E., et.al., (2000). Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. Obstetrics and Gynecology, 95(3):464-71.

- [Изон и др. (2000). «Профилактика травм промежности при деторождении: систематический обзор»]
- Eason, E. et.al., (1995). Much ado about a little cut: is episiotomy worthwhile? Obstetrics and Gynecology, 94(4):616-8.
- [Изон (1995). «Суета сует вокруг мелкого разреза: так целесообразна эпизиотомия или нет?»]
- Tay, S.K., et.al., (1999). Is routine procaine spirit application necessary in the care of episiotomy wound? Singapore Medical Journal, 40(9):581-3.
- [Тэй и др. (1999). «Нужно ли применять прокаиновый спирт при обработке эпизиотомической раны?»]
- Thorp, J.M. & Bowes, W.A., (1989). Episiotomy: can its routine use be defended? American Journal of Obstetrics and Gynecology, 160(5):1027-30.
- [Торп и Боулз (1989). «Эпизиотомия: можно ли оправдать ее рутинное применение?»]

Бритье лобка:

- Mahan, Charles, McKay, Susan. (1989) "Preps and Enemas - Keep or Discard?" Contemporary OB/GYN. 160: 241-248.
- [Мэйхен, Чарльз, Мак-Кей, Сьюзен (1989). «Клизмы при подготовке к родам: Сохранить или отказаться?»]

## Занятие 11: Партограмма

Эффективность партограммы<sup>1</sup>:

- ВОЗ разработала партограмму в 1987 году и с тех пор активно пропагандирует её применение с целью улучшения ведения родов и снижения материнской и детской смертности и числа послеродовых осложнений.
- Партограмма прошла апробацию в многопрофильном медицинском центре в Юго-Восточной Азии. В исследовании приняло участие 35 000 женщин.
- Результаты: Внедрение партограммы, дополненной соответствующим клиническим протоколом по ведению родов, дало следующие результаты:
  - снижение доли затяжных схваток с 6.4% до 3.4% от общего числа случаев;
  - снижение доли родов, потребовавших стимуляции — с 20.7% до 9.1%.
  - снижение доли родов, потребовавших экстренного кесарева сечения — с 9.9% до 8.3%.
  - снижение доли мертворожденных в результате непроходимости родовых путей — с 0.5% до 0.3%.

### Введение в партограмму

Партограмма — это, вероятно, наиболее простое, но наиболее эффективное средство ведения родов из всех, которые до сих пор были разработаны. Идея графического представления прохождения родов теперь для нас кажется очевидной, но такое представление было введено в акушерскую практику только в 1960-ые годы.

Основные принципы партограммы заключаются в следующем: во-первых, это способ отображения процесса раскрытия шейки матки в виде непрерывного графика, а во-вторых, это одновременно и способ графического отображения многих других характеристик состояния матери, плода и течения родов.

Такое **сочетание** характеристик делает партограмму весьма ценной для всех медиков — от малоопытных до самых опытных и в любых условиях — от простейших сельских акушерских пунктов до современных, прекрасно оборудованных родильных домов.

---

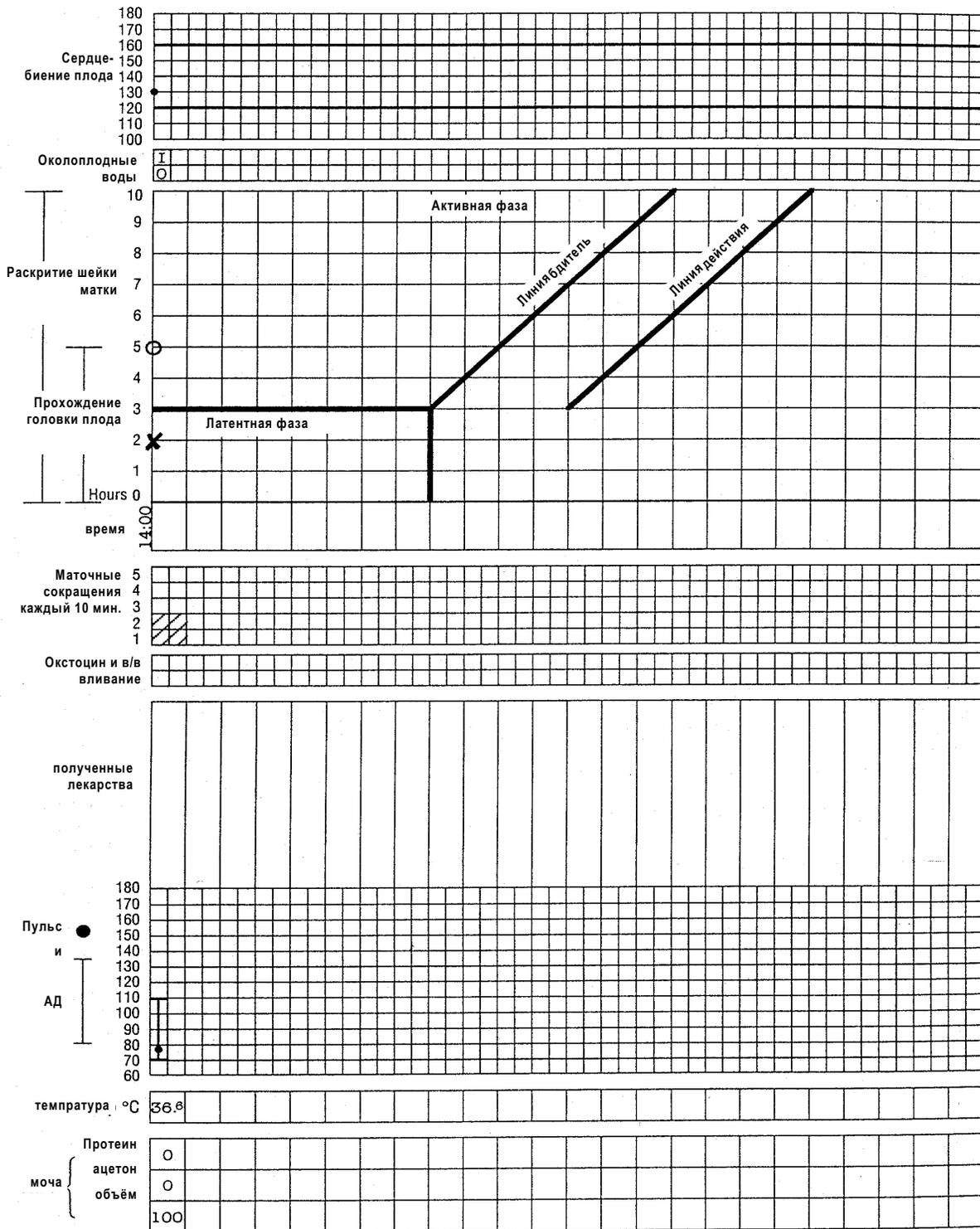
<sup>1</sup> *Источник:* «Партограмма ВОЗ по ведению родов» [WHO partograph in management of labor. The Lancet, 1994; 343: 1399-404].

# ПАРТОГРАММА

Фамилия \_\_\_\_\_  
Дата поступления \_\_\_\_\_

Беременность \_\_\_\_\_  
время поступления \_\_\_\_\_

Регистрационный номер \_\_\_\_\_  
время отхождения вод \_\_\_\_\_



## **Информация, отображаемая на партограмме:**

*Сведения о пациентке:* ФИО, акушерский анамнез (кол-во беременностей и родов), № истории болезни/регистрационный номер при госпитализации, дата и время госпитализации, время разрыва околоплодного пузыря — все эти сведения общего характера фиксируются в верхней части партограммы.

*Частота пульса плода:* Эта запись необходима для дальнейшего мониторинга сердечных сокращений плода.

*Околоплодные воды:* Следует зарегистрировать окраску околоплодных вод: чистые («С» или «С»), с примесью крови («К» или «В») или мекония («М»). Если целостность околоплодного пузыря не нарушена — «Ц» или «I»<sup>2</sup>.

*Конфигурация костей:* Фиксируется следующим образом: кости отелены друг от друга, швы легко прощупываются (о); кости слегка соприкасаются (+); кости находят одна на другую (++); кости серьезно находят одна на другую (+++).

*Раскрытие шейки матки:* Важнейший показатель прогресса родовой деятельности. Отмечается крестиком (буквой «Х») на графике. Смысл понятий «латентная фаза», «активная фаза», «линия бдительности» и «линия действия» будет подробно объяснен ниже.

*Продвижение головки плода:* Важнейший показатель прогресса родовой деятельности. Отмечается буквой “О” на графике.

*Время:* Отсчет времени с момента поступления в родильное отделение. Снизу подписывается реальное время суток.

*Сокращения матки:* Наряду с раскрытием шейки матки и продвижением головки плода сокращения матки (схватки) служат четким показателем прогресса родовой деятельности. Периодичность схваток откладывается по оси времени.

*Окситоцин, лекарства* Назначенные инъекции отмечаются в свободных полях  
*и внутривенные р-ры:*

*Давление, пульс* Регулярно регистрируются в отведенных полях партограммы  
*и температура*

*Моча* Количество мочи регистрируется при каждом испускании. Если имеются реактивы, проводится анализ мочи на альбумин и ацетон (кетон).

Первые отметки о раскрытии шейки матки в активной фазе родов делаются в соответствующих точках вдоль линии бдительности (Alert line). В идеальной ситуации партограмма в дальнейшем не отклоняется от Линии бдительности. Если роды протекают медленнее, данная кривая зависимости раскрытия шейки матки от времени будет перемещаться в направлении линии действия (Action line). Линия

<sup>2</sup> Латинские буквы соответствуют: “С”=clear; “В”=blood; “М”=meconium; “I”=intact.

действия на партограмме ВОЗ (существует несколько вариантов партограмм) будет на 4 часа сдвинута вправо от линии бдительности. Если фактический график родовой деятельности доходит до Линии действия, пора подумать о вмешательстве.

### Смысл и назначение линий действия (Action) и бдительности (Alert)

Линии бдительности и действия крайне важны. Выход фактического графика родовой деятельности за Линию бдительности означает, что раскрытие шейки матки задерживается по сравнению с «оптимальным» графиком — 1 см в час. Это должно послужить сигналом к тому, что этому случаю следует уделить повышенное внимание. Однако никаких действий пока что предпринимать не следует. Если же график доходит до Линии действия, то в этом случае следует переходить к принятию мер, направленных на то, чтобы ускорить родоразрешение.

Присутствие этих линий на партограмме крайне ценно в том плане, что они позволяют медработникам объективно (а не умозрительно) судить — имеет реальное место слабая родовая деятельность или нет. График — это одно, словесное описание — совсем другое. Кроме того, использование партограммы позволяет добиться единообразия практики как внутри каждого отдельно взятого родильного отделения, так и между различными родильными отделениями.

Какое значение имеет полное заполнение партограммы? Один простой пример — это быстрое разграничение между различными видами слабого процесса раскрытия шейки матки. Откровенно слабый прогресс при слабых сокращениях матки очевидно отличается по характеру от слабого прогресса при сильных схватках и требует другого подхода. И это немедленно проявляется на партограмме. Кроме того, прекрасно известно значение окрашенной меконием амниотической жидкости, а это также становится очевидным при первом же взгляде на партограмму. Существует и множество других простейших примеров пользы от соответствующего заполнения партограммы.

### **Использование партограммы**

Когда женщина поступает в родовспомогательное учреждение для родов, необходимо оценить состояние самой женщины и ее ребенка. Это включает сбор анамнеза, физическое обследование и обследование таза. Следующая информация поможет вам научиться, как записывать, наблюдать и интерпретировать ваши наблюдения, используя партограмму.

### ХОД РОДОВ

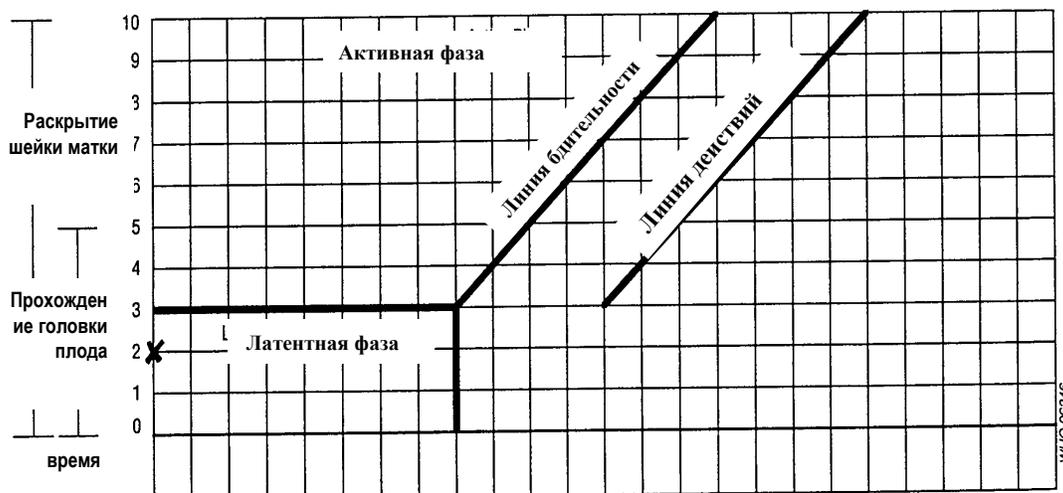
#### Раскрытие шейки матки

Первая стадия родов делится на две фазы: *латентную* и *активную*.

- *Латентная* фаза — это период медленного раскрытия шейки матки от 0 до 2 см с постепенным укорачиванием шейки.

- *Активная фаза* — это период быстрого раскрытия шейки матки от 3 до 10 см.

Рис. А



Посмотрите на **Рис. А**. Слева по вертикали расположены цифры от 0 до 10. Каждая цифра/клеточка означает раскрытие шейки на 1 см. По горизонтальной оси графика мы видим 24 клеточки. Каждая клеточка соответствует одному часу. Раскрытие шейки матки отмечается знаком X. Посмотрите, как на **Рис. А** отмечено раскрытие шейки матки. Кроме того, на партограмму заносятся результаты влагалищного обследования, проведенного сразу после поступления женщины в больницу. Обследование влагалища необходимо проводить каждые четыре часа. Женщин, (особо повторнородящих), вероятно, необходимо проверять более часто при продвижении родов.

#### УПРАЖНЕНИЕ 1:

Отражение на партограмме раскрытия шейки матки, когда роды уже в активной фазе при поступлении женщины в больницу.

Посмотрите на **Рис. Б**.

В разделе, обозначенном как активная фаза, есть Линия бдительности - это прямая линия от 3-10см.

Когда женщина поступает в приемное отделение родильного дома в активной фазе, раскрытие шейки наносится на Линию бдительности в том месте, которое соответствует раскрытию у нее шейки матки, а время записывается прямо под X в строке, отведенной под время.

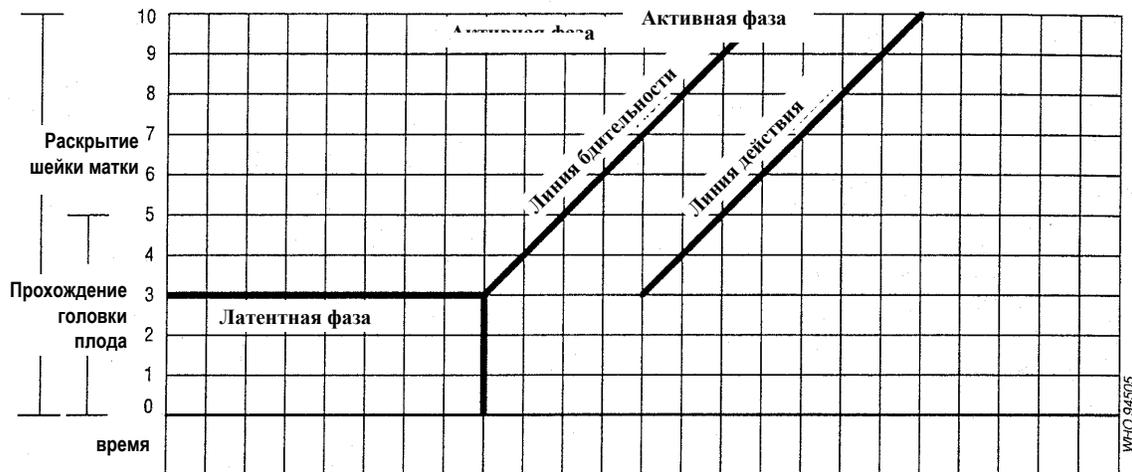


Рис. Б

Если ход родов удовлетворительный, то отображение процесса раскрытия шейки матки на партограмме будет на Линии бдительности или слева от нее.

Отметьте на Рис. Б следующие факты:

**Время поступления в родильное отделение — 15:00, расширение шейки матки — 4 см.**

**На 17:00 расширение 10 см.**

Сколько продолжалась первая стадия родов после поступления в родильный дом?

## УПРАЖНЕНИЕ 2:

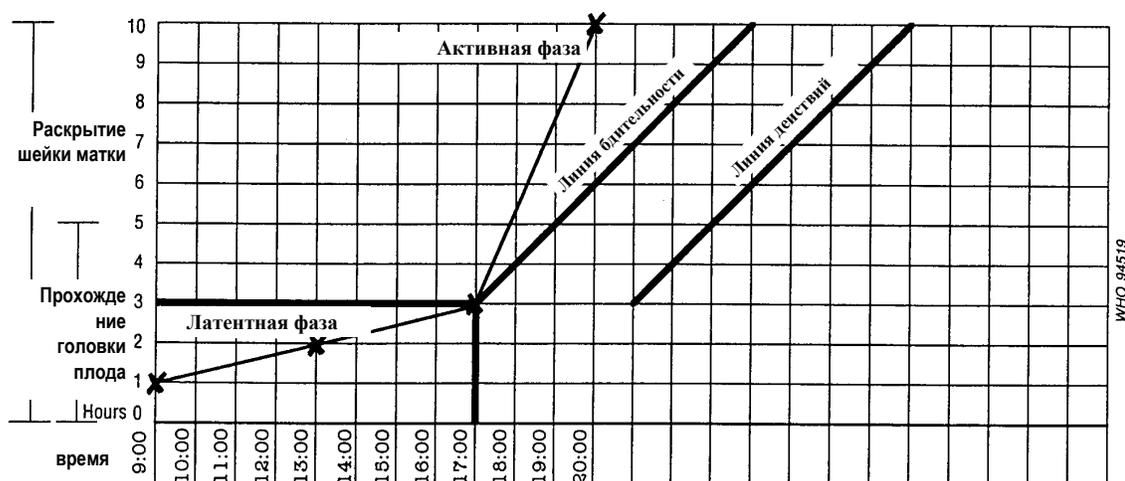
### Отображение на партограмме раскрытия шейки матки при поступлении женщины в латентной фазе.

Латентная фаза обычно длится до 8 часов.

При поступлении в роддом женщины в латентной фазе родов раскрытие шейки матки отмечается на партограмме в нулевой точке (т. е. в момент поступления) (Рис. В).

Вагинальный осмотр проводится через каждые 4 часа, если есть схватки. Если произошло излитие околоплодных вод, но схваток нет, необходимо осторожно провести вагинальный осмотр во время поступления женщины в родильное отделение, чтобы определить раскрытие шейки матки, положение головки плода и убедиться, что выпадения пуповины нет.

Рис. В



Найдите на Рис. В точки, отражающие следующие факты:

**Женщина поступила в 9:00 с раскрытием шейки матки 1 см.**

**17:00 – раскрытие шейки матки 3 см., начало активной фазы родов.**

**20:00 – раскрытие шейки матки 10 см.**

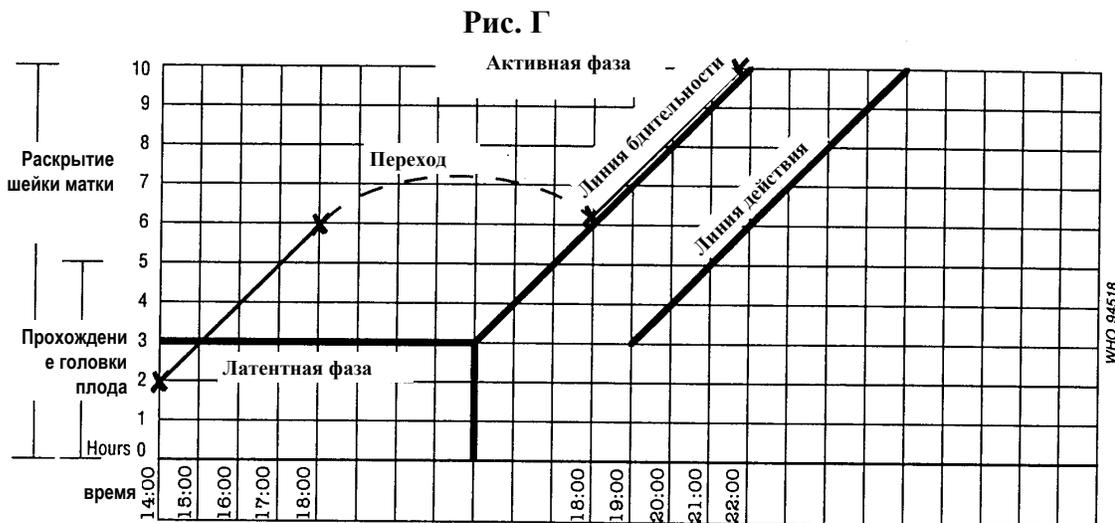
Сколько часов длилась латентная фаза родов?

Сколько часов длилась активная фаза родов?

### УПРАЖНЕНИЕ 3:

#### Отображение раскрытия шейки матки на партограмме, начиная от латентной до активной фазы

Когда раскрытие шейки составляет 0-3 см, это следует отразить графически там, где обозначен латентный период родов (Рис. Г). Когда роды переходят в активную фазу, их отображение следует перенести пунктирной линией к Линии бдительности.



**Примечание:** Пунктиром обозначен перенос точки на Партограмме с латентной фазы на Линию бдительности.

Найдите на **Рис. Г** отражение следующей информации:

**Время поступления — 14:00, раскрытие шейки матки — 2 см.**

**В 18:00 раскрытие шейки матки 6 см — начало активной фазы.**

Перенесите время и раскрытие шейки из латентной в активную фазу на Линии бдительности. Помните, что при переносе необходимо использовать пунктирную линию.

**В 22:00 раскрытие шейки матки — 10 см.**

Сколько раз проводилось вагинальное обследование?

Сколько длилась первая стадия родов (после поступления в роддом)?

### **КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ ДЛЯ ЗАПОМИНАНИЯ:**

- В латентном периоде шейка матки раскрывается от 0 до 3 см. Этот процесс сопровождается укорочением и сглаживанием шейки. Латентная фаза не должна длиться более 8 часов.
- В активном периоде шейка раскрывается от 3 до 10 см, при чем раскрытие должно составлять не менее 1см/час.
- Когда течение родов успешное, раскрытие не должно переходить на правую сторону от Линии бдительности.
- Если во время поступления роды уже в активной стадии, то раскрытие должно быть немедленно отмечено на Линии бдительности.
- Когда роды переходят из латентной в активную фазу, точку раскрытия шейки на партограмме следует немедленно перенести из области латентной фазы в активную область на Линии бдительности.

### ***Прохождение головки плода***

Для успешного течения родов раскрытие шейки матки должно сопровождаться прохождением головки плода.

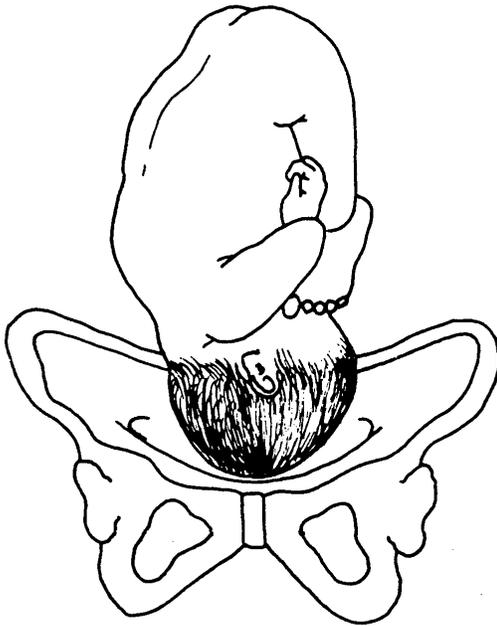
Для определения положения головки над краем таза принято использовать ширину пяти пальцев. До начала прохождения головка плода расположена над краем таза на полную ладонь (**Рис. Д** — верхняя часть).

По мере прохождения головки, её часть, которая остается над краем таза, будет измеряться меньшим числом пальцев (4/5, 3/5 и т.д.). Принято считать, что головка вошла в таз, когда часть головки над краем соответствует толщине 2 пальцев и меньше (**Рис. Д** — нижняя часть).

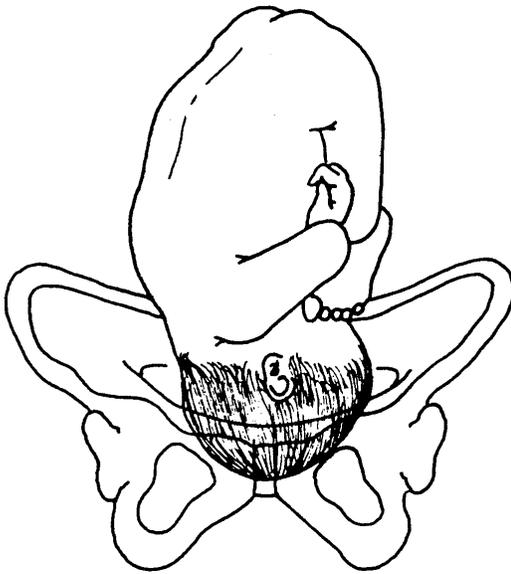
Оценку прохождения головки следует проводить путем сначала абдоминального обследования и лишь затем вагинального, чтобы знать, где нащупывать головку при вагинальном обследовании.

Рис. Д

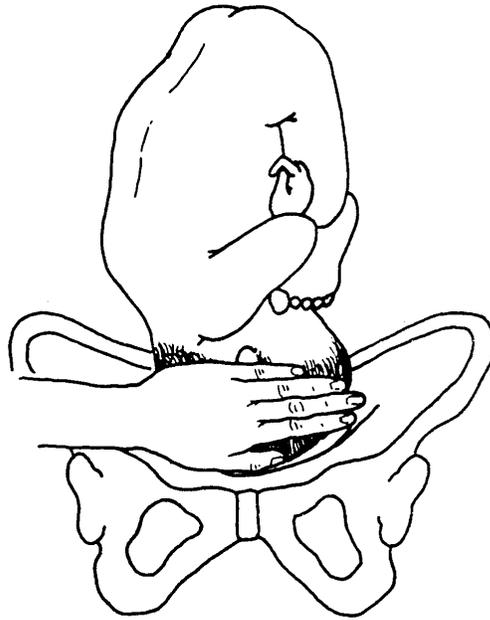
Голова подвижна над границей верхнего края входа в таз = 5/5



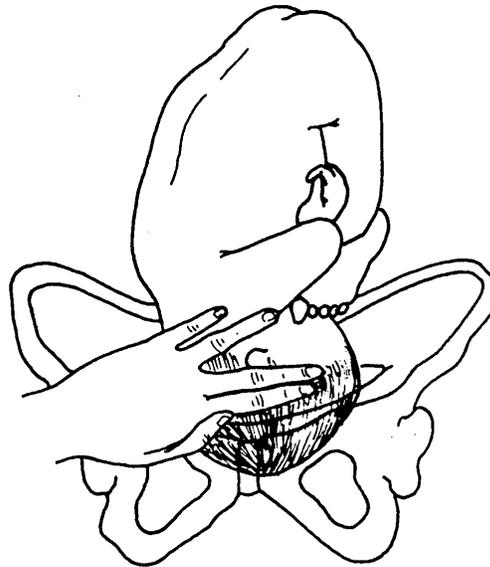
Голова входит в таз = 2/5



Голова расположена на полную ширину ладони над верхним краем входа в таз



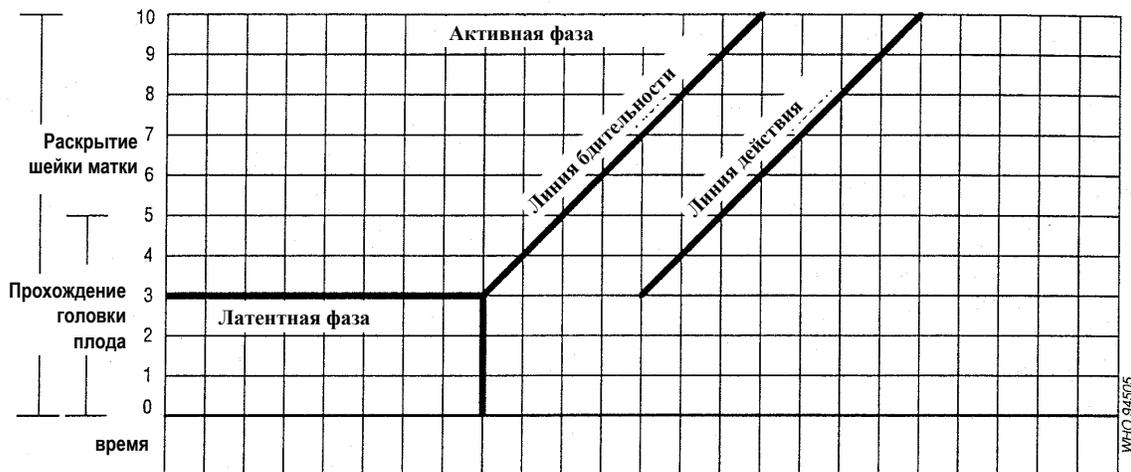
Голова расположена шириной двух пальцев над верхним краем входа в таз



#### УПРАЖНЕНИЕ 4:

Чтобы отметить на партограмме прохождение головки плода, найдите на левой стороне графика (Рис. Е) шкалу «Прохождение головки плода» (в английском варианте партограммы — “descent”) с отметками от 5 до 0. Вхождение (спуск) головки в таз на графике обозначается точкой «0».

Рис. Е



Попросите участников разбиться на пары и выполнить Упражнение 4 (5 минут).

Отметьте на графике следующее:

При поступлении в 13:00 головка плода находилась на 5/5 (пять пятых) над краем таза, шейка матки была раскрыта на 1 см.

Через 4 часа головка находилась на 4/5 над краем таза, раскрытие шейки матки составляло 5 см.

Роды переходят в активную фазу. Показатели раскрытия шейки матки, прохождения головки и отметки времени переносятся на линию бдительности.

Через 3 часа головка находится на 1/5 над краем таза, раскрытие шейки матки — 10 см.

Сколько продолжалась первая стадия родов в родильном отделении?

#### **ВАЖНО ПОМНИТЬ:**

- Измерение спуска головки ребенка помогает акушерке следить за ходом родов.
- Абдоминальное обследование всегда должно проводиться **раньше** вагинального.

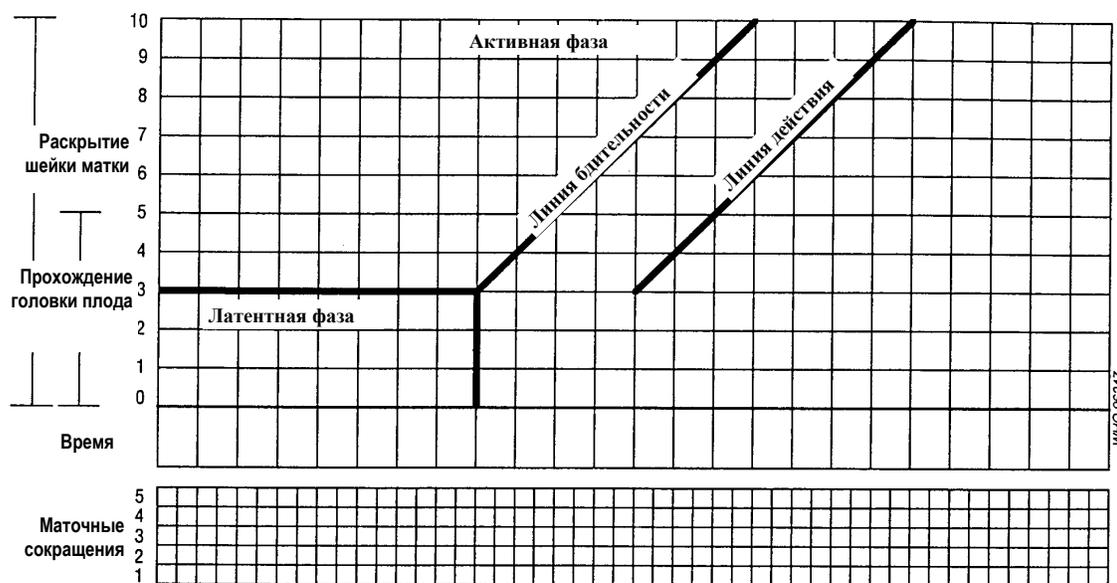
## Маточные сокращения

Без интенсивных сокращений матки нормальная родовая деятельность невозможна. Обычно по мере продвижения родов схватки учащаются и усиливаются.

### Записи на партограмме

Ниже оси времени, слева значится: “Маточные сокращения за 10 мин.” Клеточки соответствуют числам от 1-5. Каждая клеточка означает одно сокращение, значит если в течение 10 мин. будут 2 сокращения, то заштриховываются 2 клетки.

Рис. 3



Различная интенсивность штриховки должна отражать интенсивность схваток. На партограмме принято использовать три следующих вида штриховки:



Точками обозначаются слабые схватки продолжительностью до 20 секунд.



Косая штриховка — умеренные схватки, 20–40 секунд.

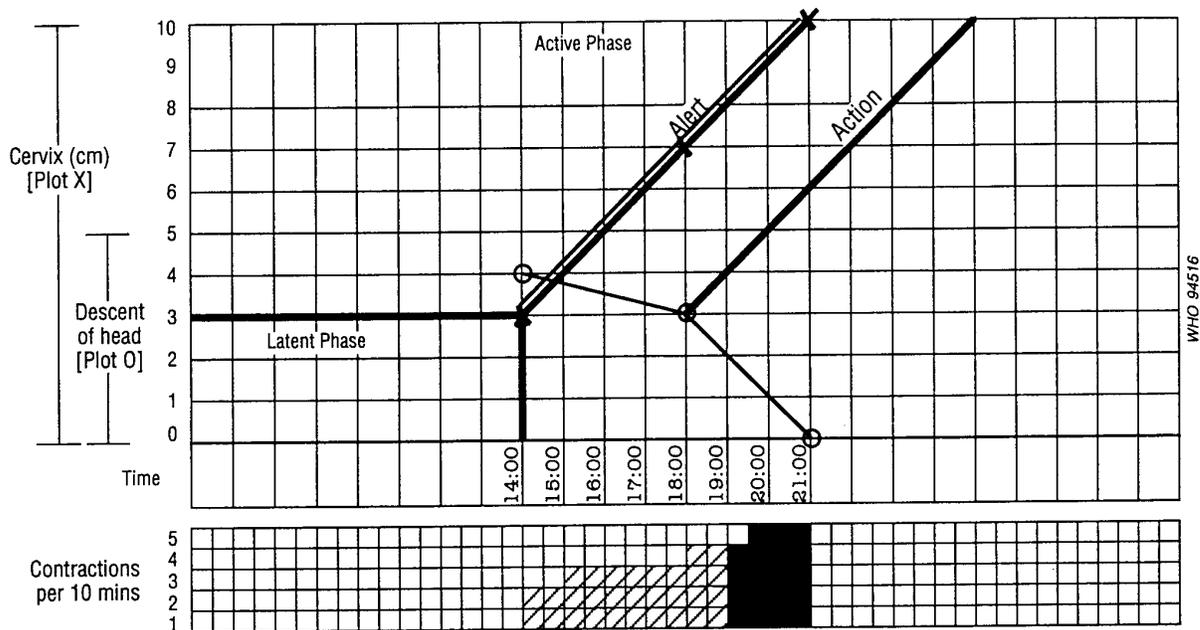


Сплошная штриховка — сильные схватки продолжительностью более 40 секунд.

Во время **латентной фазы** должно быть 1 или больше сокращений за 10 мин., и каждое сокращение должно длиться 20 секунд или больше. Во время **активной фазы** должно быть 2 или больше сокращений за 10 мин, и каждое сокращение должно длиться 20 секунд или больше.

**УПРАЖНЕНИЕ 5:**  
**Отображение схваток на партограмме**

Рис. И



**Найдите на Рис. И отражение следующих фактов:**

Женщина поступила в 14:00 часов в активной фазе родов.

- Раскрытие шейки - 3 см, головка на 4/5 над краем таза.
- В течение 10 мин было 2 сокращения длиной 20-40 секунд.
- 18:00, раскрытие шейки - 7 см, головка на 3/5 над краем таза, и в течение 10 мин. было 4 сокращения продолжительностью 20-40 секунд.
- 21:00 час, раскрытие шейки - 10 см, головка на 0/5 над краем таза, и в течение 10 мин. было 5 сокращений продолжительностью 20-40 секунд.

**ВАЖНО ПОМНИТЬ:**

- Нужно регистрировать как частоту, так и продолжительность сокращений.
- Записывать частоту сокращений за 10 мин.
- Три способа градации продолжительности сокращений: до 20 секунд, от 20-40 секунд, более 40 секунд.
- Сокращения регистрируются под соответствующим временем на партограмме.

## Состояние плода

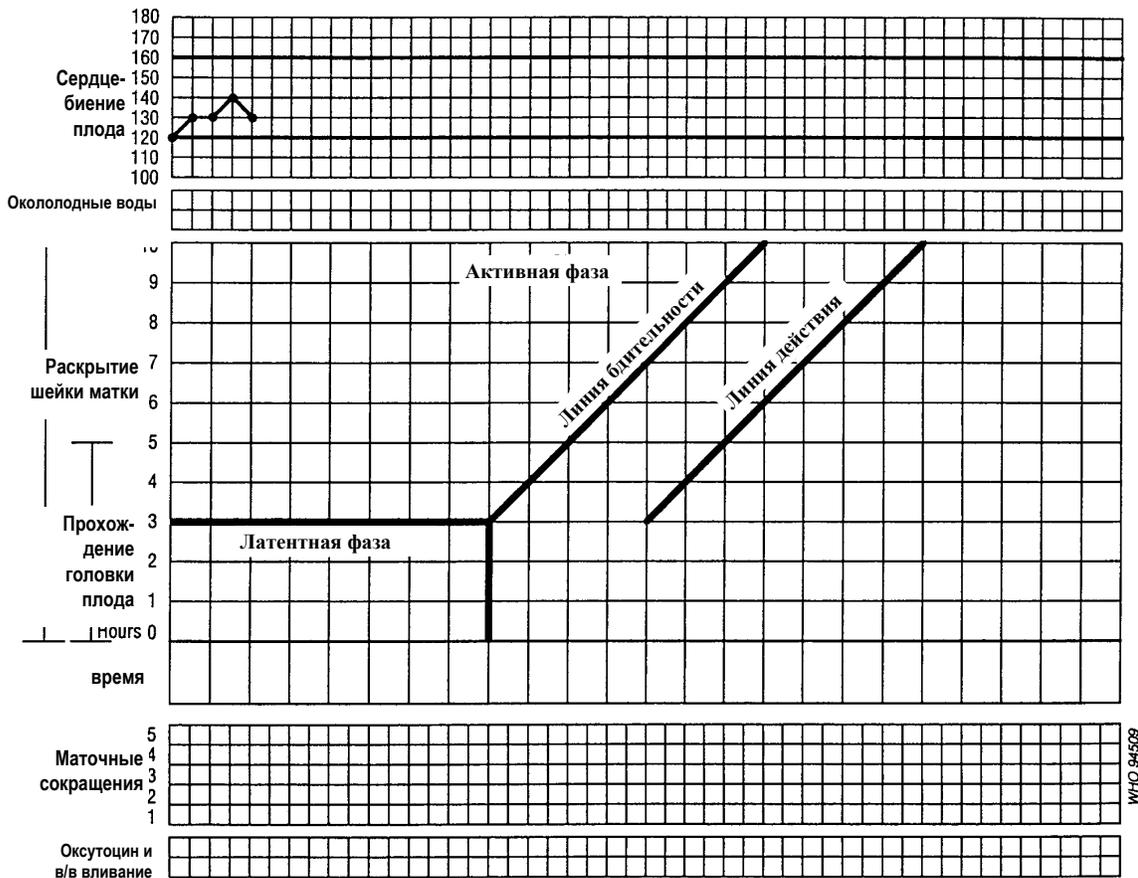
Частота сердцебиения плода, состояние околоплодного пузыря, амниотической жидкости и костей черепа плода — важная информация о состоянии ребенка во время родов.

## Частота пульса

Выслушивание и регистрация частоты пульса плода — самый безопасный и надежный способ удостовериться в том, что с ребенком все в порядке. Частота сердцебиения плода регистрируется в верхней части партограммы каждые полчаса (см. **Рис. Ж**). Каждая клетка графика соответствует 30 мин. Линии, соответствующие 120 и 160 ударам в минуту, выделены, чтобы напомнить акушерке, что это нормальные пределы частоты сердечного пульса плода.

**Попросите желающего ответить, какой пульс был у плода при последнем измерении, зафиксированном на Рис. Ж.**

Рис. Ж



### Состояние околоплодного пузыря и амниотической жидкости

Цвет амниотической жидкости может помочь сделать оценку состояния плода. Следующие наблюдения фиксируются на партограмме ниже записей о сердцебиении плода (Рис. 3). Наблюдения делаются во время каждого влагалищного обследования. Варианты записей таковы:

*Если оболочка цела:*

Обозначьте буквой “I”, что значит “intact” - целая.

*Если оболочка разорвана:*

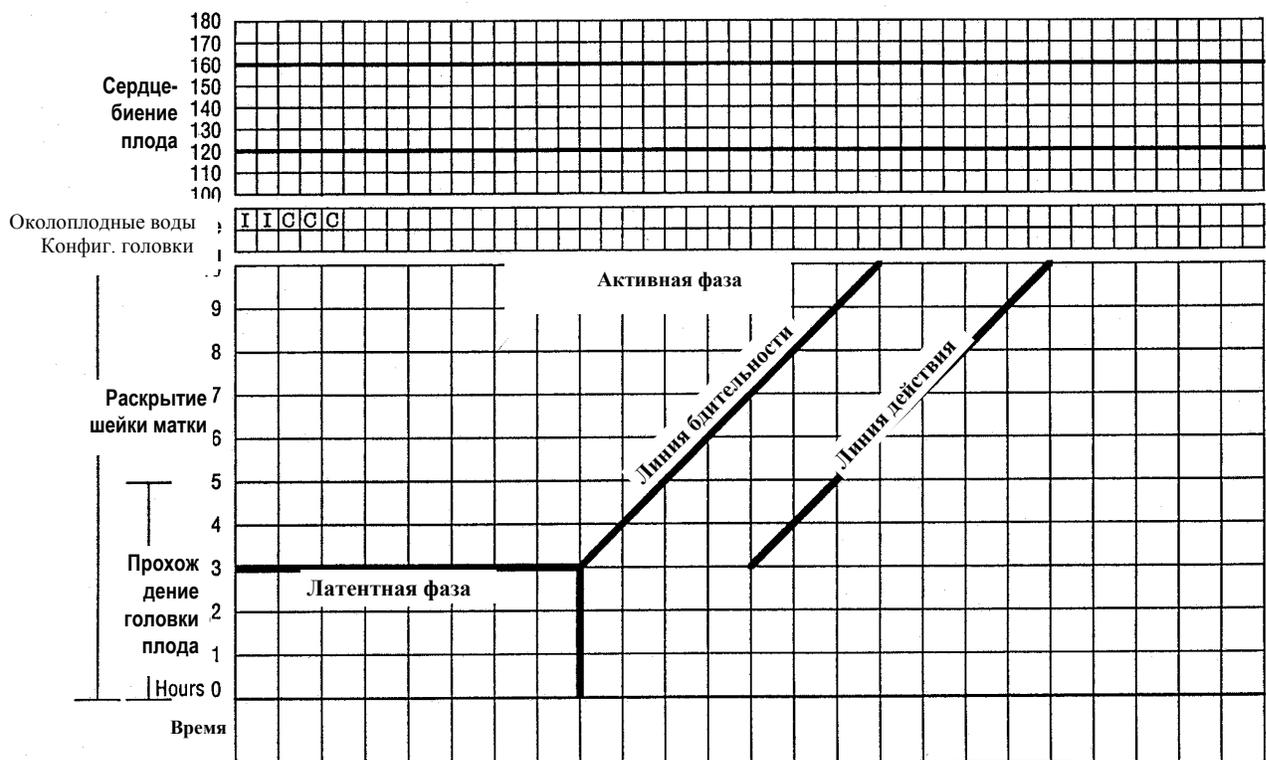
- Амниотическая жидкость чистая, запись - буква “C”, что значит “clear”.
- Жидкость с примесью крови, запись - буква “B” (blood).
- Жидкость с примесью мекония (первородного кала), запись - буква “M”.
- Если жидкости нет, запись - буква “A” (absent)/

Прослушивайте сердцебиение плода каждые 5 минут, если:

- в жидкости есть зеленый или черный меконий;
- отсутствует жидкость сразу после разрыва околоплодного пузыря.

**Эти признаки могут указывать на то, что ребенок в опасности.**

Рис. 3



**Определите по Рис. И:**

- На протяжении какого времени после начала ведения партограммы околоплодная оболочка оставалась ненарушенной?
- Каково было состояние околоплодной жидкости при последнем наблюдении?

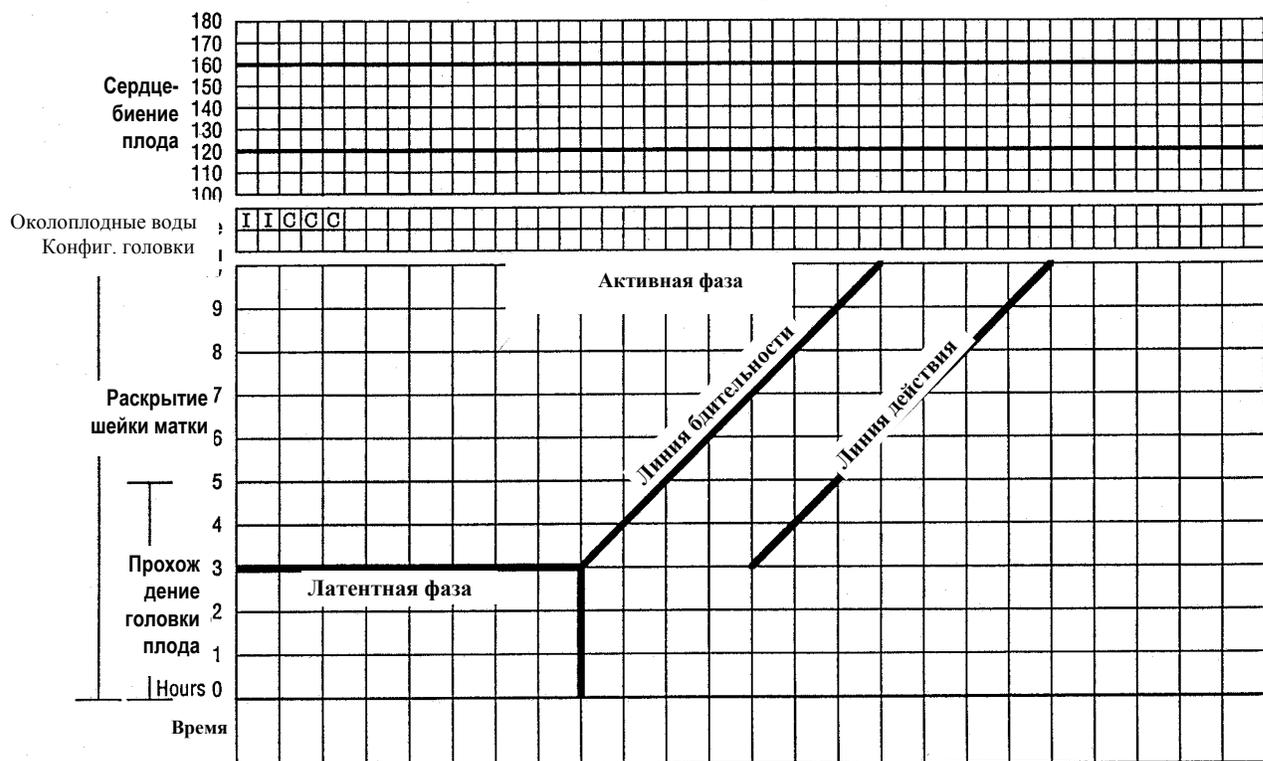


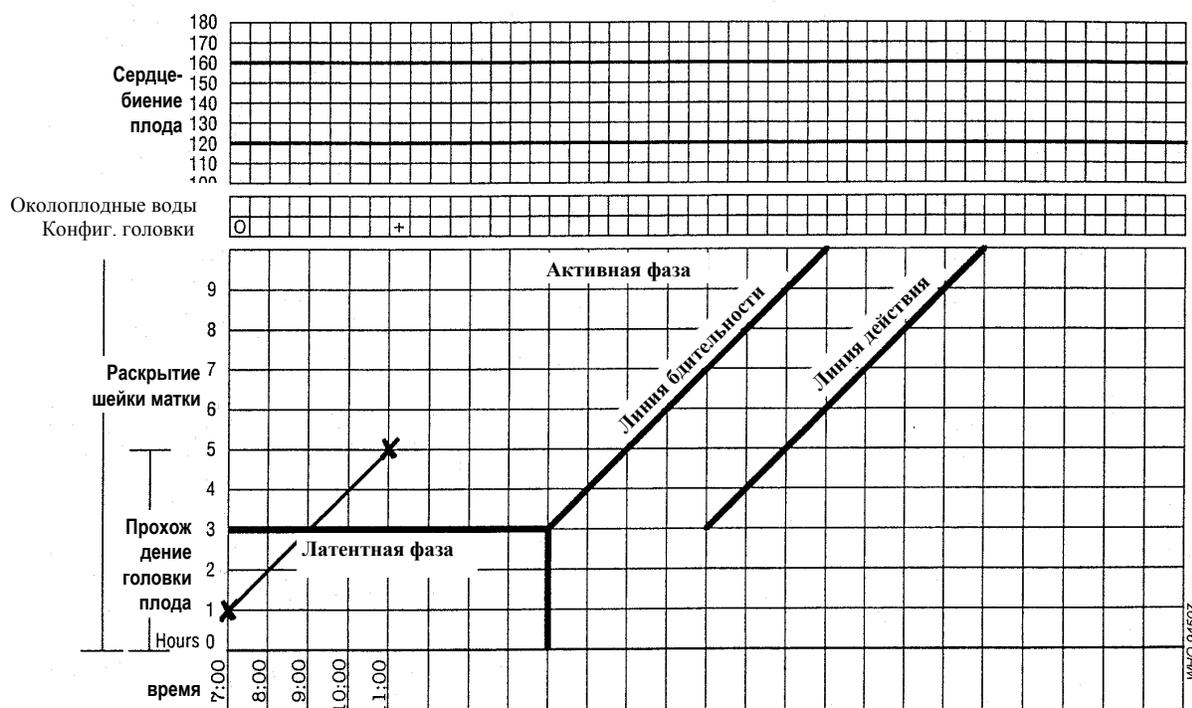
Рис. И

### Конфигурация костей черепа плода

Конфигурация костей черепа плода — это важный показатель, поскольку он дает представление о том, насколько хорошим будет соответствие головки и таза. Для отметок о состоянии головки плода (см. **Рис. К**) используются следующие условные обозначения:

- o = кости отделены друг от друга, а соединения легко прощупываются.
- + = кости слегка соприкасаются друг с другом.
- ++ = кости находят друг на друга, но их можно легко разъединить нажатием пальца
- +++ = кости находят друг на друга, но их нельзя легко разделить нажатием вашего пальца.

Рис. К



#### ВАЖНО ПОМНИТЬ:

- Прослушивать сердцебиение плода следует сразу после пика маточного сокращения, когда женщина лежит на спине
- Запись о сердцебиении плода необходимо делать через каждые полчаса в первый период нормальных родов.
- Обычно сердцебиение плода составляет 120-160 ударов/минуту.
- Значительное схождение костей, заостренная головка являются признаком диспропорции (ребенок слишком большой), требуется срочная специализированная помощь



## **Патологическое течение родов**

Акушерка или доктор могут использовать партограмму для определения осложнений во время родов. Когда роды проходят ненормально, акушерка должна помочь женщине, с тем чтобы она могла получить квалифицированную помощь специалиста, который решит исход родов — для спасения матери и ребенка могут потребоваться кесарево сечение, внутривенное капельное вливание окситоцина, обезболивание, регидратация, хирургические щипцы или вакуумная экстракция.

### ***Затянувшийся латентный период***

Когда женщина поступает для родов в латентный период (раскрытие шейки матки менее 3 см), и латентная фаза длится 8 часов, то такое течение родов не является нормальным. Ее необходимо переправить в госпиталь.

Выделенная линия на партограмме к концу 8 часов латентной фазы обозначает, что женщину необходимо направить в такую больницу, где ей окажут более квалифицированную необходимую помощь (кесарево сечение, хирургические щипцы, вакуумная экстракция и т. п.).

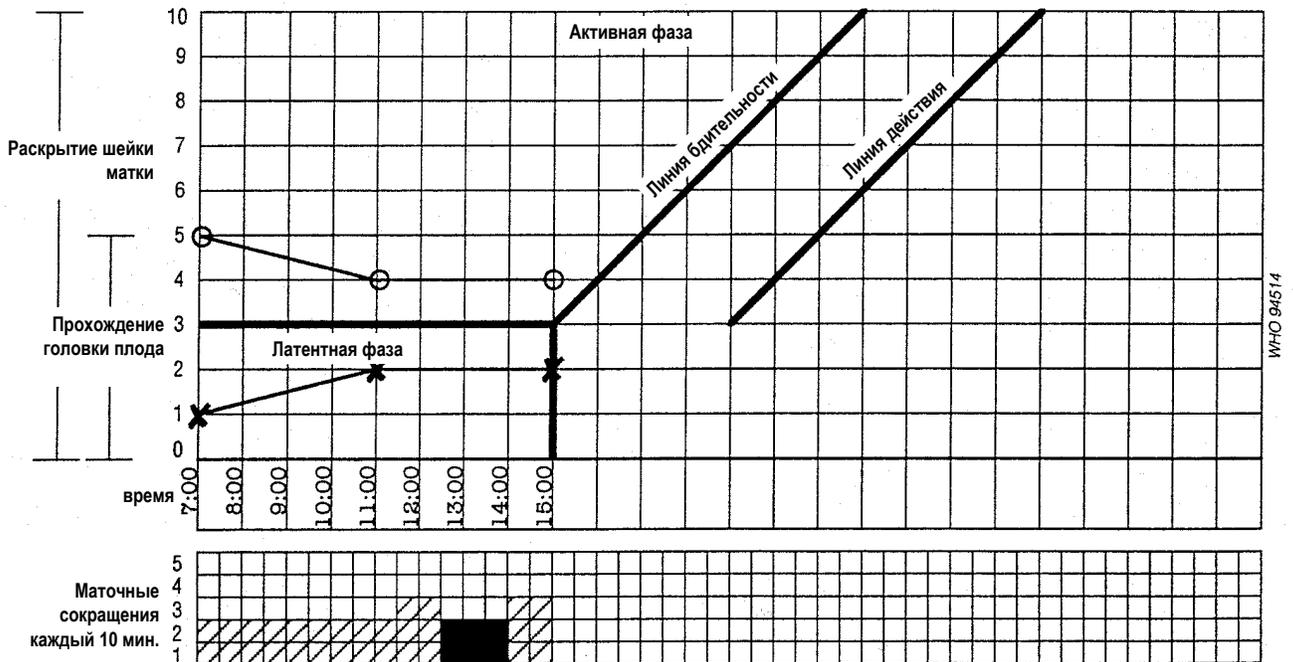
## УПРАЖНЕНИЕ 6:

### Затянувшаяся латентная фаза

Заполните следующие данные с использованием партограммы, представленной на Рис. М.

- При поступлении в 7:00 часов головка была ..... раскрытие шейки было .....
- За 10 мин. было.....сокращений, продолжительностью .....
- После 4 часов, в 11:00, головка была..... раскрытие шейки было .....
- За последние 10 мин. получасового периода было .....сокращений, продолжительностью.....
- 4 часа спустя, в 15:00, головка все еще была....., а раскрытие шейки все еще было.....
- За десять минут было.....сокращений, продолжительностью.....
- Продолжительность латентного периода составила.....

Рис. М



***При выходе графика вправо за «линию бдительности»***

В активной фазе нормально протекающих родов график раскрытия шейки матки должен все время оставаться слева от «линии бдительности» или совпадать с ней. Если реальный график выходит вправо за нее, это должно служить предупреждением, что роды затягиваются.

В этой ситуации мать следует госпитализировать в специализированную клинику, за исключением случаев, когда очевидно, что родоразрешение обязательно произойдет уже в ближайшее время.

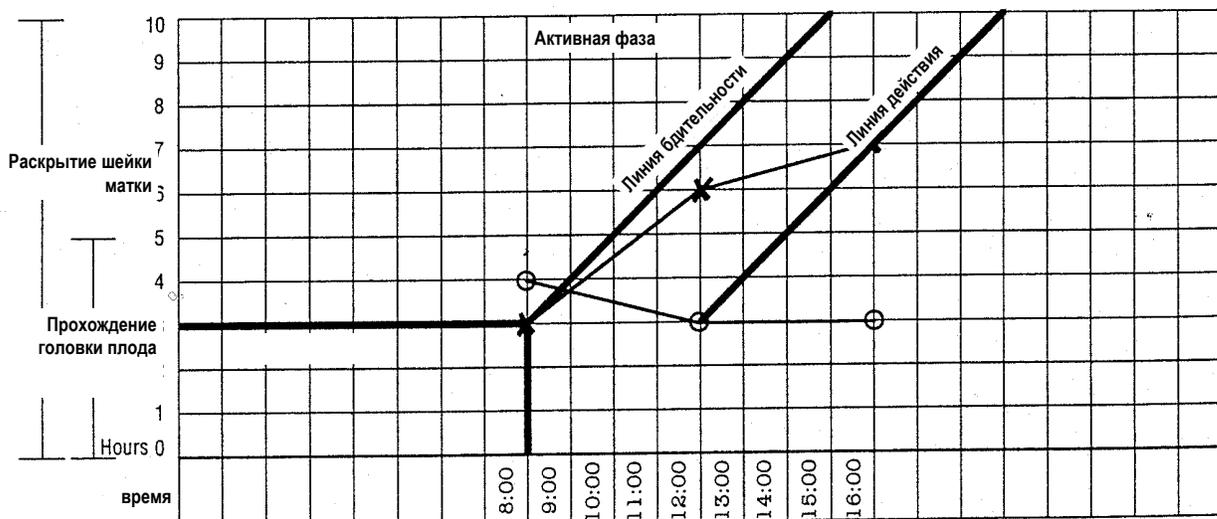
***При достижении графиком «линии действия»***

Линия действия отстоит от линии бдительности на 4 часа вправо. Это крайний срок, к которому роды можно считать протекающими без аномальных отклонений. При достижении графиком родов этой линии следует решать, какие меры предпринимать дальше. Причем делать это должен врач-специалист в условиях стационара.

## УПРАЖНЕНИЕ 7:

Внимательно изучите **Рисунок Н** и ответьте на следующие вопросы:

Рис. Н



WHO 94513

- 8:00: раскрытие шейки ..... см, на Линии бдительности. Женщина может остаться в родильном доме.
- 12:00 часов, расширение шейки..... см, правее Линии бдительности. Женщину необходимо госпитализировать.
- 16:00 часов, раскрытие шейки ..... см, на Линии действия. Пора предпринимать клиническое вмешательство.

**Принимать дальнейшие клинические решения должен врач-специалист в условиях стационара.**

### **ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ:**

- Всех женщин, у которых график раскрытия шейки матки вышел вправо за «линию бдительности», необходимо переводить в клиническое отделение, за исключением случаев, когда очевидно, что родоразрешение завершится в самое ближайшее время
- По достижении «линии действия» следует еще раз убедиться, что прогресс родов не достигнут, и принять решение относительно необходимого клинического вмешательства.

### **Групповое упражнение А:**

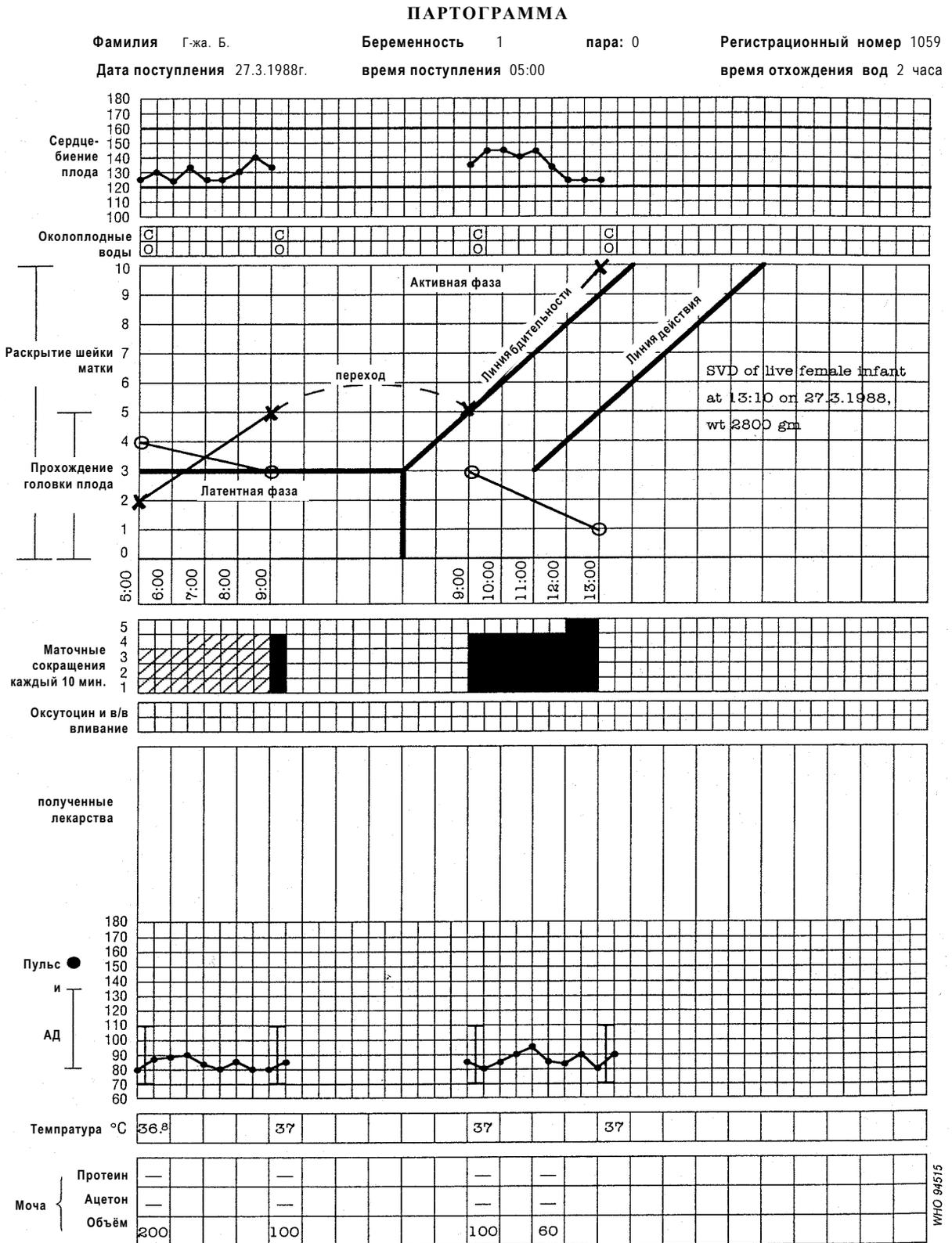
Изучите заполненную партограмму первого периода нормальных родов (**Рис. О**). Ответьте на следующие вопросы.

1. Какая была частота сердцебиения плода во время поступления женщины в роддом? Какая была частота сердцебиения плода в 13:00 часов?
2. Когда произошел разрыв околоплодного пузыря? Какой была околоплодная жидкость?
3. Какая была форма головки плода?
4. Каково было раскрытие шейки матки во время поступления женщины? Какое было состояние головки?
5. Каково было раскрытие шейки матки, когда роды перешли из латентной в активную фазу?
6. Опишите сокращения матки около 9:00 часов.
7. Укажите значения показателей жизнедеятельности женщины непосредственно после её поступления в родильное отделение.
8. Сколько времени прошло с момента поступления в роддом до полного раскрытия шейки матки?

### **ВАЖНО ПОМНИТЬ:**

- Момент поступления принимается за «ноль» часов, если женщина поступает с латентной фазой родов.
- Когда начинается активная фаза родов, все записи переносятся, раскрытие шейки матки на партограмме отмечается на Линии бдительности.
- При нормальном течении родов на активной фазе график раскрытия шейки матки остается на «линии бдительности» или слева от нее.

Рис. О. Заполненная партограмма к групповому упражнению А

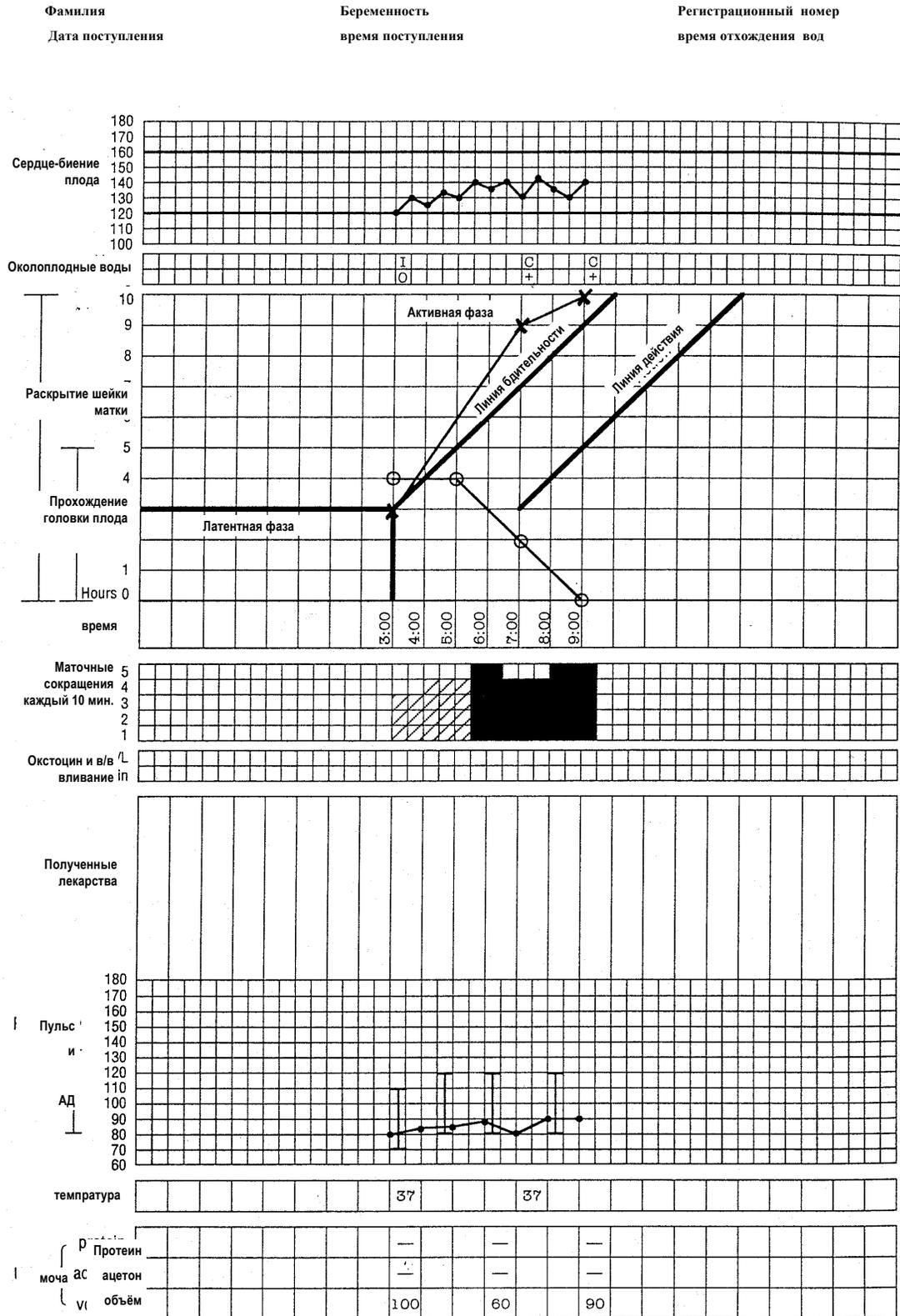


### **Групповое упражнение Б:**

Изучите партограмму (**Рис. П**) и дайте ответ на следующие вопросы:

1. При поступлении в роддом:
  - а) Который был реально час?
  - б) Каково было раскрытие шейки матки?
  - в) На какой фазе родов находилась женщина?
- Опишите частоту и продолжительность маточных сокращений в 7:00.
- Какой был пульс ребенка и состояние оболочки плода в 7:00?
- Зачем нужна «линия бдительности»?

# Рис. П. ГРУППОВОЕ УПРАЖНЕНИЕ Б ПАРТОГРАММА



ИПС 94512

## **ГРУППОВОЕ УПРАЖНЕНИЕ В:**

### **Заполнение партограммы (см. Рис. Р)**

Госпожа X поступила для родов в 14:00 часов. При абдоминальном осмотре наблюдалось 2 сокращения за 10 минут, длительностью 20 секунд. Головка была на 5/5 над краем таза, а сердцебиение плода было 130/мин. При вагинальном осмотре было установлено, что раскрытие шейки было 2 см, околоплодный пузырь цел, но головка прощупывается.

Давление крови женщины было 110/70 mmHg; пульс 78/мин.; температура 36,6 °С. Количество мочи 100 мл; анализ на белок и ацетон отрицательный.

1. Абдоминальный и вагинальный осмотр госпожи X был проведен в 18:00 часов.

Получены следующие данные для занесения их в партограмму:

а) Время осмотра – 18:00

б) Частота сердцебиения плода 140/мин.

в) Околоплодный пузырь разорван, жидкость чистая

г) Схождение костей головки отсутствует

д) Раскрытие шейки матки - 5 см.

е) Спуск головки - 3/5 над краем таза

ж) 3 сокращения матки за 10 минут, каждое продолжительностью в 50 секунд

з) Давление крови было 105/70 mmHg; пульс 80/мин.; температура 37°С.

2. Какой самый поздний срок, по вашему мнению, раскрытия шейки на 10 см у данной г-жи X в случае удовлетворительного течения родов?

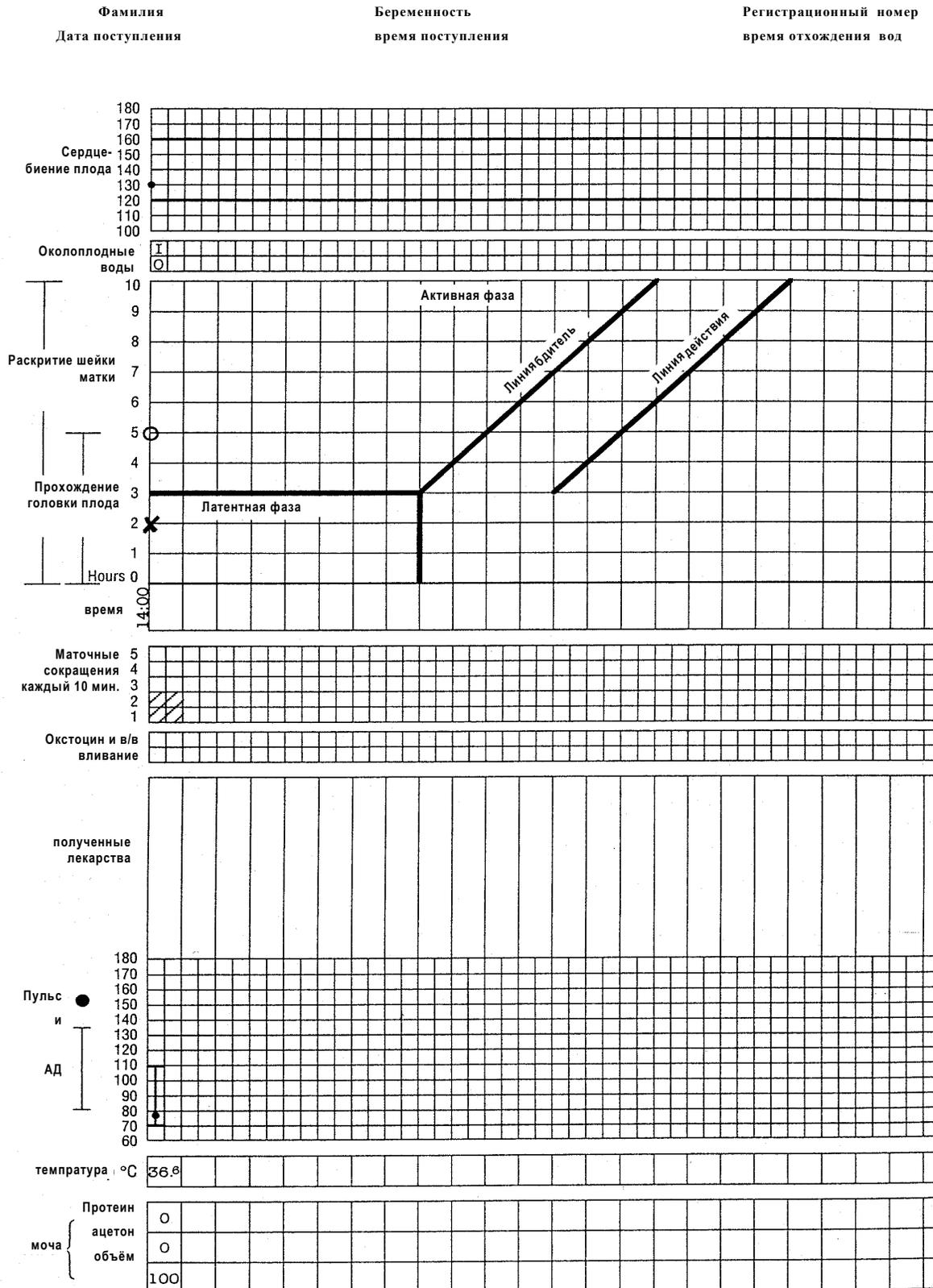
3. Если в 22:00 был проведен вагинальный осмотр, выявивший раскрытие шейки 7 см, какие дальнейшие действия следует предпринять для ведения родов г-жи X:

а) в центре здоровья?

б) в клиническом стационаре?

Рис. Р. Групповое упражнение В.

ПАРТОГРАММА



## **Занятие 12: Уход за новорожденным**

### **ПРАКТИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: Первые часы жизни**

Едва Мария родила, акушерка кладет мальчика ей на живот и принимается обсушивать. Одновременно она быстро оценивает его состояние и видит, что новорожденный самостоятельно задышал, пульс у него — около 120 ударов в минуту. Она прочищает ему глазки, закапывает профилактические капли. Всё это время ребенок остается на животе у матери или в непосредственной близости от нее. После этого Марию с сыном укутывают одеялами, сохраняя между ними кожный контакт.

Минуту спустя акушерка пережимает пуповину. Потом помогает Марии положить мальчика поближе к груди, чтобы при первой потребности он смог начать сосать её. После этого мать с ребенком оставляют в покое, муж Марии остается с ними в палате. Примерно через младенец начинает искать материнскую грудь, и акушерка помогает Марии поудобнее приложить его к ней и приступить к первому в жизни сына кормлению.

## 1. Обзор «Младенческая и детская смертность»

Ежегодно в мире умирает 8,1 миллиона детей; 50% смертности приходится на первый месяц жизни ребенка.

Из 4 миллионов смертей в раннем детском возрасте 2,8 миллиона приходятся на первую неделю жизни.

Основные причины смерти новорожденных:

- Асфиксия при родах — 21 %
- Пневмония — 19%
- Столбняк — 14%
- Врожденные аномалии — 11 %
- Родовые травмы — 10.6%
- Недоношенность — 10.3%
- Сепсис — 7.2%

Множество детей остаются инвалидами на всю жизнь. В большинстве стран свыше 80% ранней детской смертности по-прежнему приходится на младенцев без врожденных пороков развития и с нормальным весом при рождении. Большинство таких смертей можно было бы предотвратить при адекватной подготовке медперсонала в таких областях, как оказание первой помощи при асфиксии и предупреждение гипотермии и инфекций.

## 2. Вмешательства, направленные на снижение неонатальной смертности

В значительной мере снижению смертности среди новорожденных способствует надлежащая медицинская помощь при беременности и родах. Она должна быть дополнена специальным уходом за новорожденными и мерами по снижению смертности и увечий в результате таких послеродовых факторов, как инфекции, переохлаждение и асфиксия. Такого рода профилактические мероприятия просты, недороги, доступны, экономически эффективны. Ведь для нормального ухода за новорожденными отнюдь не требуется высоких технологий!

«Пакет «Мать-дитя» ВОЗ предлагает весьма доступный комплекс мер снижению неонатальной смертности:

- Реанимация
- Профилактика и лечение гипотермии
- Раннее чисто грудное вскармливание
- Профилактика и лечение инфекций новорожденных, включая глазные и пуповинные

### 3. Принципы и технологии ухода за новорожденными

Научно установлена эффективность следующих принципов:

- A. Выявление женщин с высоким риском осложнений при родах и их надлежащее лечение
- B. Активное наблюдение за родами с целью раннего выявления осложнений и патологий плода
- C. Дружелюбная обстановка и формирование родственной связи между матерью и ребенком
- D. Поддержание нормальной температуры тела ребенка
- E. Инициация спонтанного дыхания
- F. Профилактика и лечение инфекционных заболеваний
- G. Исключительно грудное вскармливание с первых часов жизни ребенка

Для реализации некоторых из перечисленных принципов требуются соответствующие технологии (процедуры, инструменты, приборы, протоколы), которые будут обсуждены. Все они не требуют больших затрат, кроме изначальных затрат на повышение квалификации и уровня знаний медицинских работников.

- A. Выявление женщин с высоким риском осложнений при родах и их надлежащее лечение.
- B. Активное наблюдение за родами с целью раннего выявления осложнений и патологий плода.

Рутинное использование партограммы — одна из оптимальных технологий раннего выявления осложнений. Главное, чтобы все медработники, обеспечивающие родовспоможение, своевременно заносили все необходимые сведения в партограмму и в историю болезни матери.

- C. Дружелюбная обстановка и формирования родственной связи между матерью и ребенком.

В какой обстановке мать производит на свет свое потомство — сказывается и на результатах родов, и на здоровье матери и ребенка. Концепция ранней физической связи хорошо изучена. Мы знаем, что процесс предродовых схваток, родов и послеродовой период составляют единый, крайне чувствительный период, «приятный» ребенку матерью и формирования между ними крепких уз. Надлежащими технологиями обеспечения дружелюбной обстановки и содействия формированию родственной связи являются:

- Присутствие отца или другого члена семьи при родах и разрешение посещения женщины в период послеродовой госпитализации.
- Максимальный отказ от травмирующих психику матери и ребенка процедур в период родовспоможения.

- Разрешение применять традиционную народную практику, если это не сказывается на качестве медицинской помощи, оказываемой матери и ребенку.
- Поощрение раннего физического контакта ребенка с матерью и максимальный отказ от необязательных процедур, отрывающих ребенка от матери.

Контролируемые клинические испытания показали, что ограничение контакта между матерью и новорожденным в первые часы жизни последнего приводят к меньшей привязанности матери к ребенку, росту чувства собственной некомпетентности и неуверенности в себе, повышают риск насилия в отношении ребенка и пренебрежения его интересами со стороны первородящих матерей из социально неблагополучных слоев населения<sup>3</sup>.

#### D. Инициация спонтанного дыхания

Вмешательства, применяемые для сокращения перинатальной асфиксии, могут стать эффективным средством снижения смертности новорожденных и профилактики серьезных хронических заболеваний в дальнейшем. Однако в 50% случаев рождения детей, нуждающихся в медицинской помощи для инициации дыхательной деятельности, эта ситуация оказывается непрогнозируемой. Именно поэтому так важно, чтобы при каждом случае приема родов под рукой имелось все необходимое оборудование, а персонал имел навыки обращения с ним.

На случай послеродовой асфиксии у ребенка должна иметься кислородная подушка или маска, а в случае устойчивой брадикардии — проводиться массаж сердца. Работники здравоохранения должны быть обучены методам выявления и вмешательства при родовой асфиксии.

Соответствующие технологии включают:

- Оценка состояния новорожденного на предмет необходимости реанимационных манипуляций сразу после его рождения
- Реанимация с использованием кислородной маски и других кардиопульмонарных реанимационных манипуляций, необходимых для инициации самостоятельной дыхательной деятельности
- Ведение новорожденных, перенесших послеродовую асфиксию

#### E. Поддержание нормальной температуры тела ребенка

Под гипотермией понимают падение температуры тела ребенка ниже 36,5° С. Лучшим средством профилактики гипотермии для всех без исключения новорожденных (включая недоношенных и с недостаточным весом) является обсушивание ребенка и приведение его в состояние прямого кожного контакта с матерью. Нужно как можно скорее иницировать кормление грудью, привести

---

<sup>3</sup> Энкин

ребенка в состоянии физического контакта с матерью, укрыть их во избежание утечки тепла.

Рандомизированное контролируемое исследование [Fardia, 1980] показало, что температура тела новорожденных при прямом кожном контакте с телом матери выше, чем у помещенных под прямое тепловое облучение. «Чем раньше допускался прямой телесный контакт между новорожденным и матерью, чем продолжительнее он был, тем на более высоком уровне поддерживалась температура тела новорожденного»

Имеются и другие данные рандомизированных клинических исследований, свидетельствующие о благотворном влиянии прямого кожного контакта матери и ребенка на здоровье *недоношенных* новорожденных. В частности, о последних идет речь в следующем рандомизированном клиническом исследовании (Anderson 1991), ставившем перед собой задачу определить степень эффективности «кенгуриной» практики, когда новорожденный недоношенный плод должен самостоятельно отыскать путь к материнской груди:

- Новорожденные «не переохлаждались; не испытывали кислородного голода; были менее подвержены сбоям ритма дыхания, апноэ и брадикардии; роста инфекционных заболеваний отмечено не было; сон был в два раза регулярнее, продолжительность регулярного сна выше, а показатели пребывания в состоянии покоя вне состояния сна – в четыре раза выше. Кроме того, они раньше выходили из инкубационной камеры, быстрее выписывались из стационара, а на протяжении 6 месяцев после выписки реже плакали».
- «Температура тела матерей саморегулировалась, обеспечивая их новорожденным детям термически наиболее благоприятный режим».
- «Матери с большей охотой кормили детей грудью, производили больше молока, дольше кормили новорожденных; чувствовали себя ближе к детям; увереннее контролировали состояние ребенка».

Пеленание, напротив, никоим образом не предотвращает гипотермии. Более того, оно может привести к пагубным последствиям. Турецкие исследователи во главе с Юрдакоком [Yurdakok et al, 1990] установили, что «дети, которых пеленали до трехмесячного и более возраста, в четыре раза чаще болеют пневмонией и острыми респираторными вирусными инфекциями, нежели дети, которых не пеленали».

Гипотермия дает запуск развитию множественных проблем со здоровьем, включая такие состояния, как гипогликемия, плохой аппетит, ацидоз, аномальная свертываемость крови, повышенный риск респираторных заболеваний и инфекций. В первые минуты жизни новорожденный рискует переохладиться до такой степени, что температура его тела упадет на 2-4°C, всего лишь из-за испарения амниотической жидкости с поверхности его тела. Сразу после рождения способность организма ребенка компенсировать внешние потери тепла за счет повышения интенсивности метаболизма и внутренней терморегуляции еще не

достаточно развита. При этом, чем меньше масса тела и слабее здоровье новорожденного, тем выше риск гипотермии.

Надлежащие технологии, позволяющие предотвратить гипотермию, включают:

- Обучение персонала концепции «тепловой цепочки», позволяющей предотвратить переохлаждение организма ребенка сразу после родов, включая: обсушивание новорожденного, прямой телесный контакт ребенка с матерью, укутывание их обоих сухой, чистой тканью.
- Ранняя диагностика гипотермии путем регулярного измерения температуры тела новорожденного.
- Отогревание переохладившихся новорожденных с использованием: прямого телесного контакта с матерью, матрасов-грелок, при необходимости — конвекционных инкубаторов.
- Обеспечение адекватной теплоизоляции и теплозащиты при транспортировке ребенка внутри или вне помещения.

#### F. Профилактика и лечение инфекционных заболеваний

Некоторые формы бактериальных инфекций (столбняк, сепсис, менингит, пневмония, диарея) вносят серьезный вклад в статистику смертности новорожденных. Неонатальные инфекции становятся следствием заражения на последней стадии беременности, в ходе родов и в первые дни жизни ребенка. При этом большинство этих инфекций достаточно легко поддаются профилактике.

В частности, *ophthalmia neonatorum* может быть предупреждена путем промывания глаз ребенка непосредственно после рождения и применением 1% р-ра нитрата серебра или 1%-й тетрациклиновой мази. Кроме того, следует уделять внимание профилактике и лечению ЗППП (в частности, гонореи и хламидиоза) у матерей в ходе дородового наблюдения.

Профилактика инфекций должна являться неотъемлемой частью ухода за новорожденными. Меры профилактического характера включают:

- Соблюдение санитарно-гигиенических правил и обеспечение стерильности в процессе родов
- Всегда чистые руки и перчатки
- Чистоту помещений
- Стерилизацию и/или дезинфекцию всего оборудования и материалов
- Запрет доступа посторонних
- Предотвращение скученности
- Наличие чистой воды для мытья рук персонала и членов семьи

К медицинским технологиям, способствующим предотвращению инфекции, относятся:

- 1) Надлежащая обработка пуповины
- 2) Отказ от практики, способствующей распространению инфекции, как то: помещение более одного новорожденного в общий инкубатор или

- обогреватель, недостаточная санобработка инкубаторов и другого оборудования и инструментов и т. п.
- 3) Соблюдение правил личной гигиены медперсоналом, ухаживающим за новорожденными
  - 4) Максимальное содержание новорожденного при матери во избежание распространения внутрибольничной инфекции в переполненных детских палатах
  - 5) Профилактика *ophthalmia neonatorum*
  - 6) Клинические наблюдения с целью раннего выявления инфекций
  - 7) Своевременное лечение местных и общих инфекций

G. Исключительно грудное вскармливание с первых часов жизни ребенка

Раннее, исключительно грудное вскармливание — один из главных залогов здоровья новорожденного на долгие годы, поскольку оно защищает от смерти и тяжелых болезней. Чем раньше новорожденный получит полноценное грудное кормление, тем это полезнее для его здоровья. В идеале ребенок должен получить материнское молоко уже в первый час после рождения, получать естественное вскармливание по мере возникновения потребности — и никаких искусственных пищевых смесей в порядке докармливания.

Как содействовать раннему началу кормления грудью:

- Дать новорожденного матери для кормления как можно скорее после родов
- Приветствовать грудное кормление 24 часа в сутки по первому требованию
- Пропагандировать совместное содержание матери и ребенка 24 часа в сутки
- Информировать матерей о преимуществах грудного вскармливания и опасностях, сопряженных с искусственным вскармливанием грудных детей
- Обучать матерей технике кормления грудью, рассказывать о проблемах, с которыми они могут столкнуться
- Избегать использования искусственных заменителей грудного материнского молока и кормления из бутылочки
- Отказываться от рутинной практики, мешающей грудному вскармливанию.

## Занятие 13: Послеродовой уход за матерью

Выдержки из «Практического руководства по послеродовому уходу за матерью и новорожденным» ВОЗ [Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide (WHO/RHT/MSM/98.3)]

Часы непосредственно после родов — своего рода кульминация, долгожданная развязка беременности и начало новой жизни. Именно в этот период формируются важнейшие эмоциональные и физические связи между матерью и ребенком. Однако в этот период вероятно развитие серьезных проблем со здоровьем. Если их своевременно не выявить и не решить, это может привести к затяжным негативным последствиям и даже смерти матери или ребенка. Однако же, в практике родовспоможения раннему послеродовому периоду нередко уделяют недостаточно внимания. Отсутствие адекватного послеродового ухода — суть вопиющее небрежением тем фактом, что **большинство случаев материнской смертности и инвалидности приходится на послеродовой период.**

Послеродовой период (по-научному — «пуэрперальный период» или «пуэрперий») начинается примерно через час после отделения плаценты и продолжается шесть недель. Послеродовой уход должен отвечать особым нуждам матери и включать:

- профилактику и ранее выявление и лечение послеродовых осложнений и заболеваний;
- консультации и услуги по грудному вскармливанию, уходу за новорожденным, иммунизации и питанию матери.

Дайте краткий обзор основных послеродовых осложнений и заболеваний:

- *Послеродовое кровотечение* — одна из основных причин материнской смертности. Ежегодно оно уносит жизни около 150 000 женщин, причем почти 90% этих смертей приходится на первые четыре часа после родов.
- *Пуэрперальные инфекции*, такие как сепсис, по-прежнему занимают значительное место среди причин материнской смертности, особенно в развивающихся странах.
- *Эклампсия* идет на третьем месте в мире среди причин материнской смертности. Женщины, страдающие от эклампсии или тяжелой преэклампсии в первые дни после родов, подлежат госпитализации.
- *Заболевания мочевыводящих путей* — инфекции, задержки мочеиспускания, недержание мочи — также весьма распространены.
- *Боли в промежности и влагалище*, особенно если имели место разрывы тканей или эпизиотомия на второй стадии родов, также часто явление. Необходимо регулярно проводить осмотр промежности, чтобы вовремя выявлять случаи инфекции.

- *Психологические проблемы* в послеродовой период встречаются весьма часто. Их можно сгладить путем адекватной социальной помощи и консультациями подготовленных специалистов в период беременности, родов и послеродового периода.

Прямое влияние на материнскую и детскую смертность в послеродовой период оказывает *состояние питания* женщины в подростковом возрасте, в период беременности и лактации. В послеродовой период организм женщины нуждается в дополнительном питании, чтобы компенсировать энергозатраты на лактацию. Профилактические меры включают обеспечение регулярного приема матерью соответствующих продуктов, усиленное питание, прием витаминных добавок беременными и кормящими женщинами, новорожденными и детьми.

В послеродовой период женщины должны пройти консультацию по вопросам *контрацепции*. В случае полностью грудного вскармливания новорожденного мать, по крайней мере в первые шесть недель, может положиться на противозачаточный эффект лактационной аменореи (ЛАМ). Если через шесть недель потребуются дополнительная контрацепция, можно рекомендовать негормональные противозачаточные таблетки (прогестин), инъекцию пролонгированного действия медроксипрогестерона ацетата [depot medroxyprogesterone acetate (DMPA)], внутриматочную спираль (ВМС) или барьерную контрацепцию — диафрагму или презервативы. В первые месяцы лактации следует избегать применения комбинированных оральных контрацептивов.

Послеродовой период — удобное время, чтобы убедить женщин, их партнеров и членов семьи пройти *обследование на ВИЧ-инфекцию*, если этого не было сделано в период беременности. При положительном результате анализа на ВИЧ-инфекцию следует провести консультацию по возможным лечебно-профилактическим мерам. Во многих бедных странах риск развития у грудного ребенка диареи или несварения желудка в результате кормления искусственными смесями низкого качества или неправильной рецептуры перевешивает риск заражения ВИЧ-инфекцией при грудном кормлении. В любом случае, работники служб родовспоможения должны делать все возможное для защиты себя и матерей от инфицирования.

Все матери должны проходить *иммунизацию* как минимум двумя дозами противостолбнячной сыворотки для защиты себя и новорожденных. Третья прививка делается через шесть месяцев после второй, а последние две — спустя, как минимум, год или при следующей беременности. В местностях с высоким риском заболевания туберкулезом прививка BCG делается грудным детям вскоре после рождения. Комбинированную вакцинацию «дифтерия/коклюш/столбняк» рекомендуется проводить всем детям по достижении ими возраста 6, 10 и 14 недель. Разовая доза оральной вакцины от полиомиелита должна даваться новорожденному непосредственно после рождения или в первые две недели жизни, а плановая иммунизация от полиомиелита проводится в возрасте 6, 10 и 14 недель.

В местностях, где часты случаи перинатального распространения гепатита В, первая прививка от гепатита В делается как можно скорее после рождения ребенка, а следующие прививки — в возрасте 6 и 14 недель.

Что касается графика *послеродовых посещений*, то здесь, судя по всему, имеются «ключевые» моменты, когда контакт с медицинским работником позволяет выявить проблемы и осложнения и адекватно отреагировать на них. Их можно кратко свести к формуле «6 часов, 6 дней, 6 недель, 6 месяцев» (которую, впрочем, не следует интерпретировать слишком жестко. В Таблице 3 представлены общие направления ухода за матерью на различных этапах контакта с ней в послеродовой период. Гораздо важнее жесткого графика посещений — обеспечить всем женщинам возможность посещения врача в случае необходимости. Нужна надежная инфраструктура для комплексного, культурного медицинского обслуживания беременных, молодых матерей и их семей. Элементы такой инфраструктуры включают организацию оказания услуг и медицинской помощи, развитие соответствующих инструментов, подготовку и привлечение кадров, охрану здоровья и пропаганду здорового образа жизни, научные исследования.

#### Ключевые практики:

Первые часы после родов крайне важны. Все это время медицинские работники должны:

- оценивать самочувствие и состояние матери, измерять и фиксировать температуру и артериальное давление;
- регулярно следить за кровяными вагинальными выделениями, сокращением матки, высотой дна
- выявлять симптомы серьезных послеродовых осложнений, в частности, кровотечения, эклампсии и инфекций и назначать соответствующее лечение.
- наложить швы в случае разрывов промежности или эпизиотомии.

В послеродовой период женщине необходимы:

- информация/консультации по следующим вопросам:
  - уход за новорожденным и грудное вскармливание;
  - самочувствие, состояние организма, включая симптомы и признаки потенциальных проблем;
  - уход за собой: личная гигиена и укрепление здоровья;
  - половая жизнь;
  - контрацепция;
  - питание;
- поддержка со стороны:
  - медицинских работников;
  - партнера и семьи: эмоциональная и психологическая;
- лечение по поводу подозреваемых или явных осложнений;
- время на уход за ребенком;
- помощь по дому;

- оплачиваемый послеродовой отпуск;
- социальная реабилитация с целью облегчения возвращения к нормальной семейной и общественной жизни;
- защита от оскорблений и насилия.

Женщины могут испытывать страх по поводу:

- собственной несостоятельности;
- прекращения интимных отношений между супругами;
- изоляции от общества;
- постоянной ответственности за новорожденного и других детей.

Практические методы, хорошо зарекомендовавшие себя:

- скрупулезный контроль объема мочеиспускания женщины в течение первых 8-12 часов после родов;
- регулярное обследование промежности в первую неделю после родов;
- строгие меры по соблюдению гигиены при уходе за матерями и новорожденными всеми работниками, осуществляющими уход за ними;
- постоянное совместное пребывание матери и ребенка на протяжении всего срока госпитализации, включая ночные часы;
- психологическая помощь матери/супругам в послеродовой период со стороны работников, осуществляющих уход;
- разъяснение всем беременным и родившим женщинам преимуществ грудного вскармливания;
- разъяснение всем беременным и родившим женщинам особенностей и вариантов контрацепции в послеродовой период
  - разъяснение всем беременным и родившим женщинам необходимости использования негормональных методов контрацепции в период лактации и грудного вскармливания (эффект ЛАМ, механическая контрацепция, ВМС);
  - назначение исключительно прогестогенных (негормональных) противозачаточных средств после 6 недель кормления грудью, если женщина этого просит;
  - разъяснение вредных последствий применения комбинированных оральных контрацептивов в первые 6 месяцев кормления грудью или до отнятия ребенка от груди (в зависимости от того, что произойдет раньше);
  - Введение ВМС либо непосредственно после родов (до 2 дней) либо по прошествии 4-6 недель, в зависимости от выбора метода.

### Дополнительная литература по темам Дня 3:

#### **Уход за новорожденными**

- Carrasco M, Martell M, Estol P., (1997). Oronasopharyngeal suction at birth: Effects on arterial oxygen saturation. *Journal of Pediatrics*. 130:832-834.
- [Карраско, Мартелл, Эстол (1997). «Ороназофарингеальное отсасывание при родах: влияние на кислородное насыщение артериальной крови»]
- “Essential Newborn Care and Breastfeeding” prepared by Bureau for International Health, Trieste, Italy, WHO Collaborating Center for Maternal and Child Health and Institute of Nutrition, Almaty, Kazakhstan, WHO and UNU Collaborating Center for Nutrition. For WHO Regional Office for Europe. (Excerpt only. Complete manual available from WHO in Russian).
- [«Основной уход и грудное вскармливание новорожденных». Рекомендации Бюро международного здоровья, Триест, Италия, Центра охраны материнства и детства ВОЗ и Института питания, Алматы, Казахстан, по заказу Европейского отделения ВОЗ]
- Ramji S, et al. (1993). Resuscitation of asphyxic newborn infants with room air or 100% Oxygen. *Pediatric Research*. (34): 809
- [Рамджи и др. (1993). «Реанимация новорожденных при асфиксии с использованием воздуха и чистого кислорода»]
- Yoder VA. (1994). Meconium-stained amniotic fluid and respiratory complications: impact of selective tracheal suction. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 83. No.1, Jan. 1994, p.77-84.
- [Йодер (1994). Мекониевое загрязнение амниотической жидкости и респираторные осложнения: влияние селективного отсасывания из трахеи»]
- Yurdakok K, Yavuz T, Taylor C. "Swaddling and acute respiratory infections." *AJPH*. 1990; (80): 873-874.
- [Юрдакок, Явуз, Тейлор (1990) «Пеленание и острые респираторные инфекции»]

#### Партограмма

- WHO partograph in management of labor. *The Lancet*, 1994; 343: 1399-404.
- [«Применение партограммы ВОЗ при ведении родов»]

#### Телесный контакт матери с новорожденным

- Anderson, Gene C. (1991) Current Knowledge about skin-to-skin (Kangaroo) care for preterm infants. *Journal of Perinatology*. Vol XI. No. 3:216-226.
- [Андерсон, Джин (1991). «Имеющиеся знания о влиянии телесного контакта на здоровье недоношенных новорожденных (эффект кенгуру)»].
- Fardia, JA, (1980). A comparison of skin-to-skin contact and radiant heaters in promoting neonatal thermal regulation", *Journal of Nurse-Midwifery*, 25(1):19-27.
- [Фардиа (1980). «Сравнительное влияние телесного контакта и лучевого обогрева на терморегуляцию организма новорожденного»]

## Занятие 14: Совместная работа акушерки и врача

### Ролевая игра. Инструкция:

Вам с партнером дается 30 минут на подготовку инсценировки осложненных родов. Один из вас должен изображать акушерку, другой — врача.

Порядок работы:

1. Прочитайте назначенную вам ситуацию.
2. Совместно решите:
  - пора ли обращаться за консультацией к врачу?
  - рекомендации акушерки
  - спектр возможных вмешательств
  - оптимальное для этой пациентки вмешательство
  - как обсудить вмешательство с семьей
  - какое потребуется послеродовое наблюдение.
3. Заполните партограмму для этого случая.
4. Отрепетируйте сцену обсуждения случая акушеркой и врачом.

Приготовьтесь выступить.

### Ролевая игра: Совместная работа акушерки и врача

Время: 5-10 минут

#### **Акушерка:**

Описывает врачу случай с использованием ламинированной партограммы:  
включая эмоционально-психологическую реакцию женщины  
включая реакцию семьи

Рассказывает, какие акушерские действия предпринимались

Объясняет причину, по которой потребовалась врачебная консультация

Представляет и обсуждает с врачом свои рекомендации и соображения

#### **Врач:**

Внимательно выслушивает рассказ акушерки

При обсуждении возможных вмешательств обращается к партограмме

Обсуждает и обосновывает спектр необходимых вмешательств

После этого акушерка и врач совместно вырабатывают дальнейший план оказания помощи, обсуждения сложившейся ситуации с женщиной и семьей, график медицинских вмешательств и реабилитационных мероприятий.

### Практический пример А: Задне-затылочное предлежание плода

Г-жа М., 22 года, беременность: 1, родов: 0, срок: 40 недель 2 дня; поступила: 06:00 на стадии начала активных схваток:

- Жалобы на боли в пояснице при маточных сокращениях; родственники прибыли и ждут; самочувствие М. удовлетворительное.
- Состояние матери и плода нормальное (судя по пульсу плода, показателям жизненно важных функций матери, приему и выведению жидкости).
- Головка плода прощупывается на 3/5.
- Оболочка цела.
- Шейка раскрыта на 4 см; вероятно, задний вид затылочного затылочного предлежания;
- 3 сокращения за 10 минут по 30 секунд каждое.

В 09:00:

- Жалобы на продолжающиеся боли в пояснице при схватках; семья волнуется;
- Головка плода прощупывается на 2/5;
- Оболочка цела;
- Раскрытие шейки матки — 5 см;
- Заднее-затылочное предлежание плода, головка плода достаточно мягкая;
- 3 схватки за 10 минут длительностью от 30 до 40 секунд каждая.

Пересечена линия бдительности на партограмме. Акушерка обращается к врачу за консультацией.

### **Практический пример Б: Затянувшаяся латентная фаза либо ложные схватки**

Г-жа Р., 19 лет, беременность - 1, родов – 0, срок - 39 1/7 недель, поступила в 10.00:

- Жалобы на схватки, начиная с 19.00 накануне. Пищи не принимала с 20.00. Не спала с 3.30 сегодня утром.
- Состояние матери и плода нормальное.
- Положение головки плода при пальпации — 3/5.
- Околоплодная оболочка не нарушена.
- Раскрытие шейки матки — 2 см.
- 2 сокращения за 10 минут продолжительностью 30 секунд.

#### **На 14.00:**

- По словам г-жи Р. сокращения матки усиливаются, но она крайне устала; семья волнуется.
- Состояние матери и плода нормальное.
- Положение головки плода при пальпации — 3/5.
- Околоплодная оболочка не нарушена.
- Раскрытие шейки матки — 2 см.
- 3 сокращения за 10 минут продолжительностью 30 секунд.

#### **На 18.00**

- Со слов г-жи Р. интенсивность маточных сокращений не изменилась. Она очень устала и проголодалась. Семья волнуется, когда же, наконец, родится ребенок.
- Состояние матери и плода нормальное.
- Положение головки плода при пальпации — 3/5.
- Околоплодная оболочка не нарушена.
- Раскрытие шейки матки — 2 см.
- 2 сокращения за 10 минут продолжительностью 30 секунд.

За 8 часов раскрытие шейки матки не изменилось. Сокращения матки не усилились. Не рано ли г-жа Р. обратилась в родильный дом? Может быть, схваток, в действительности, еще и не начиналось? Акушерка должна обсудить это с врачом.

## Практический пример В: Затянувшаяся активная фаза

Г-жа Д., 28 лет, беременность – 2, родов – 1, срок – 39 недель 5 дней, поступила в 7:00 на стадии активных схваток:

- Г-жа Д. Держится хорошо; присутствуют её муж, мать и дочь 10-ти лет.
- Состояние матери и плода нормальное (т. е., пульс плода, показатели жизненно важных функций матери, прием и выведение жидкости из организма);
- Головка плода прощупывается на уровне 4/5;
- Околоплодная оболочка цела;
- Раскрытие шейки матки — 2 см;
- 2 схватки за 10 минут по 30 сек. каждая.

### На 11:00:

- Г-жа Д. устала, хочет передохнуть. Муж собирается отвезти семью домой и вернуться один.
- Состояние матери и плода нормальное (т. е., пульс плода, показатели жизненно важных функций матери, прием и выведение жидкости из организма).
- Головка плода прощупывается на 4/5.
- Околоплодная оболочка цела
- Шейка раскрыта на 4 см; предлежание плода — правое поперечно-затылочное
- 3 схватки за 10 мин. по 30 секунд каждая

### На 13:00:

- Г-жа Д. ждет возвращения мужа. Боится, что он пропустит момент рождения ребенка.
- Состояние матери и плода нормальное (т. е., пульс плода, показатели жизненно важных функций матери, прием и выведение жидкости из организма).
- Головка плода прощупывается на 3/5.
- Околоплодная оболочка цела
- От осмотра шейки матки отказалась
- 2 схватки за 10 мин. по 20-30 секунд каждая

### На 15:00:

- Вернулся муж г-жи Д. Прогуливаются по коридору. Пациентка внешне успокоилась, однако явно переживает от затянувшихся схваток.
- Состояние матери и плода нормальное (т. е., пульс плода, показатели жизненно важных функций матери, прием и выведение жидкости из организма).
- Головка плода прощупывается на 2/5.
- Околоплодная оболочка цела
- Шейка раскрыта на 4 см; предлежание плода — правое поперечно-затылочное
- 3 схватки за 10 мин. по 30 секунд каждая

На партограмме достигнута линия действия. Акушерка обязана срочно проконсультироваться с врачом.

### **Практический пример Г: Затянувшаяся 2-я стадия (экспульсивная фаза)**

Г-жа А., 32 года, беременность - 2 , родов – 1, срок - 40 недель 2 дня, поступила в 6.00 с раскрытие шейки матки 4 см. Роды протекали нормально. К 10:00 шейка была раскрыта на 8 см, к 12:00 — на 10см, опускание головки плода — 1/5. Пульс плода все это время стабильный — от 12 до 145 сокращений/сек. Оцениваемый вес плода — 3600 г. Жизненно важные показатели матери в норме. В 12:30 г-жа А. почувствовала, что готова разрешиться.

#### **13:00:**

- Потуги носят спонтанный характер. При родах присутствует мать роженицы.
- Состояние матери и плода нормальное (пульс плода, показатели матери в норме).
- Прохождение головки — 0/5 при нулевой деформации костей
- 4 схватки за 10 минут, >40 секунд каждая.

#### **14:00:**

- Потуги не приносят результата и постепенно ослабевают. Г-жа А. Заявляет, что слишком устала и не может разродиться. Её мать бьется в истерике и умоляет акушерку «сделать хоть что-нибудь».
- Состояние матери и плода нормальное (пульс плода, показатели матери в норме).
- Прохождение плода продолжается, но медленно. При этом деформация черепных костей доходит до +1.
- 3 схватки за 10 минут, по 30-40 секунд каждая.

Вторая стадия длится уже 1,5 часа. Прогресс есть, но крайне медленный. Акушерка уведомляет об этом врача и запрашивает консультацию.

### **Практический пример Д. Нестабильная сердечная деятельность плода**

Г-жа В., 24 года, 2 беременность, 1 роды в анамнезе, срок: 38 нед. 2 дня, поступила в 13:00 с самопроизвольным разрывом околоплодного пузыря. Воды светло-зеленого окраса. Находится на ранней стадии схваток.

- Г-жа В. Жалуется на схватки с 6:00 утра. Позавтракала. Прибыла с мужем в качестве лица поддержки при родах. Вместе с мужем посещала курсы молодой матери.
- Состояние матери и плода нормальное, за исключением окрашенных меконием вод.
- Прохождение головки плода при пальпации — 3/5.
- Отходящие воды — светло-зеленой окраски, без твердых частиц
- Раскрытие шейки матки — 4 см
- 3 схватки за 10 минут, от 30 до 40 секунд каждая.

#### **На 15:30:**

- По словам г-жи В. схватки заметно усилились. Обильно потеет, опирается на мужа. При схватках пьет воду и фруктовый сок.
- Состояние матери в норме
- Пульс плода при аускультации во время некоторых схваток падает до 90-100 в минуту; по окончании схваток нормализуется до 130/мин.
- Подтекание светло-зеленой жидкости без твердых частиц.
- Прохождение головки плода — на 2/5
- Раскрытие шейки матки — 6 см
- 4 схватки за 10 минут > 40 секунд.

Акушерка уведомляет врача о необходимости консультации.

#### **На 16:30:**

- Г-жа В. испытывает сильные позывы тужиться. Муж физически и морально поддерживает её.
- Пульс плода прослушивается — 90/сек. При схватках; по окончании схваток нормализуется до 130/мин.
- Прохождение головки < 0/5
- Раскрытие шейки матки — 8 см
- 5 схваток за 10 минут длительностью > 40 seconds.

### Пример Е. Плохая переносимость боли

Г-жа К., 18 лет, 1-я беременность, без родов в анамнезе. Поступила на сроке 37 недель, на ранней стадии активных схваток. Время поступления – 1:00. Спонтанное прободение околоплодной оболочки было замечено в 21:00. Околоплодные воды чистые. Прибыла в сопровождении сестры, которая остаться не смогла. Регулярно наблюдалась на дородовой стадии. Курсы не посещала. Беременность незапланированная. Г-жа К. Громко кричит при каждой схватке.

#### При поступлении, в 1:00

- Состояние матери и плода в норме
- Головка плода прощупывается на 3/5
- Подтекание бесцветной жидкости
- Шейка раскрыта на 4 см
- 3 схватки за 10 по 30-40 секунд каждая.

#### На 5.00:

- Состояние матери и плода нормальное, за исключением беспрестанных стонов и жалоб «я больше не могу терпеть». Требуется болеутоляющего.
- Акушерка отлучалась из палаты на 90 мин. по поводу поступления и срочного приема родов у другой пациентки. Записи на партограмме продолжал экстерн.
- Прохождение головки — 2/5
- Околоплодная жидкость чистая
- Шейка раскрыта на 6 см
- 2 схватки за 10 минут > 40 сек.

Акушерка сообщает врачу о необходимости консультации и возвращается к койке г-жи К., где продолжает мониторинг.

**Практический пример Ж. Повышенная нервозность (женщины и/или семьи)**

Г-жа Б., 25 лет, 2-я беременность, ранее не рожала, срок 38 нед. 2 дня. Поступила в 8.00 с первыми признаками схваток. Прошла обычный курс дородового наблюдения. Посещала, вместе с мужем, курсы молодой матери. Хочет, чтобы при родах присутствовали муж и мать. Мать пациентки дважды рожала кесаревым, опыта схваток не имеет.

**При поступлении (8:00):**

- Состояние матери и плода нормальное
- Головка прощупывается на 4/5; приблизительный вес – 3 400 г.
- Оболочка не нарушена
- Раскрытие шейки матки — 2 см, головное предлежание
- 4 схватки за 10 мин. по 20-30 секунд каждая.

**На 12:00:**

- Состояние матери и плода нормальное
- Прохождение головки плода — на 2/5
- Оболочка не нарушена
- Шейка раскрыта на 3 см
- 3 схватки за 10 по 30 сек.
- Акушерка замечает, что Б. ходит по палате одна, а ее мать сидит, безучастно глядя в окно. Муж куда-то исчез. Акушерка остается с роженицей.

**На 14:00:**

- Состояние матери и плода в норме
- Головка прощупывается на 2/5
- Оболочка цела
- Осмотр шейки матки отложен
- 3 схватки за 10 мин. по 30-40 сек. каждая
- Г-жа Б. испытывает все больший дискомфорт. Муж находится при ней, но ведет себя безучастно. Мать по-прежнему смотрит в окно и плачет. Акушерка пытается показать мужу г-жи Б. приемы активной поддержки при родах, призывает его к активным действиям, после чего переключается на мать роженицы (*Предложите варианты помощи матери г-жи Б.*)

**На 16:00:**

- Состояние матери и плода в норме
- Головка прощупывается на 2/5
- Оболочка цела
- Шейка матки раскрыта на 5 см
- 4 схватки за 10 мин. по 40 и более секунд каждая
- Г-жа Б. чувствует себя еще более дискомфортно. Муж танцует с ней медленный танец и ласково уговаривает её еще немножко потерпеть. Мать г-жи Б. по-прежнему смотрит в окно и рыдает.

Линия бдительности пересечена. Акушерка обращается за консультацией к врачу и сообщает ему о прогрессе родов **И** динамике состояния членов семьи роженицы за прошедший период.

## **Занятие 15: Семейные консультации по вопросам РОУС**

### **Цель консультирования:**

- *Консультирование* – это способ работы с людьми, где вы стараетесь понять их чувства и помочь им решить их проблемы.

При разговоре с пациентами или клиентами, находящимися в разных ситуациях, важно уметь дать совет. Это умение может вам пригодиться в вашей семье и с друзьями ли с коллегами на работе. Потренируйте эти навыки со слушателями – результаты этого общения могут вас удивить и обнадежить.

- Вы должны уметь выслушать клиента и дать понять, что он вас заинтересует. Это вызовет клиента на разговор.

### **Слушать и узнавать**

- Используйте невербальное и вербальное общение, чтобы разговаривать клиента, не задавая много вопросов
- Относитесь к чувствам клиента с проникновением

### **Шесть навыков «слушать и узнавать»:**

#### **Навык 1. Используйте невербальные средства общения**

Невербальное общение - это выражение вашего отношения посредством вашей позы, выражения лица, то есть всем, кроме разговора.

#### ***Невербальное общение***

##### **1. Поза:**

Препятствует: вы стоите и ваша голова выше головы собеседника.

Способствует: вы сидите и ваша голова на уровне головы собеседника.

Запишите на флипчарте: «Следите за уровнем вашей головы»

##### **2. Визуальный контакт:**

Способствует: смотреть на клиента и уделять ему внимание, когда он/она говорит

Препятствует: смотреть в сторону или в ваши записи

*(Примечание: Обмен взглядом в разных странах имеет разное значение. Иногда взгляд в сторону означает, что он/она готов слушать. Если необходимо, используйте это в вашей ситуации).*

### **3. Препятствия:**

Препятствует: сидеть за столом или писать заметки во время разговора

Способствует: убрать записи или стол

### **4. Не спешить:**

Способствует: пусть клиент видит, что у вас есть время. Сядьте и поприветствуйте его не спеша, затем по стойте около него/нее, подождите ответа

Препятствует: спешка. Быстрое приветствие, проявление нетерпения, поглядывание на часы.

### **5. Прикосновение:**

Способствует: касаться клиента тактично

Препятствует: касаться клиента не тактично

*(Примечание: если вы не можете продемонстрировать тактичного прикосновения, не делайте этого вообще)*

## **ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ ПО НЕВЕРБАЛЬНОМУ ОБЩЕНИЮ**

- Следить за уровнем головы
- Уделять внимание
- Устранять препятствия
- Не спешить
- Касаться подходящим образом

## **Навык 2. Задавать открытые вопросы**

- Прежде, чем начать разговор с клиентом, необходимо задать ему несколько вопросов.
- Важно задавать вопросы таким образом, чтобы вы могли вызвать клиента на откровение с вами и тем самым получить необходимую информацию. Это предостерегает вас от возможности задавать большее количество вопросов и неспособности извлечь главное из сказанного за отведенный промежуток времени.
- *Открытые вопросы* обычно самые полезные. Чтобы ответить на них клиент должен сообщить вам некоторую информацию.
- Открытые вопросы обычно начинаются словами: «Как?», «Что?», «Когда?», «Где?», «Почему?».
- *Закрытые вопросы* обычно менее полезны. Они подсказывают клиенту ожидаемый вами ответ, и на эти вопросы он может ответить словами: «Да» или «Нет».
- Закрытые вопросы обычно начинаются словами: «Вы делаете?», или «Делали ли вы?»

### **Навык 3. Реагировать и жестикулировать, выражая интерес**

- Если вы хотите, чтобы клиент продолжал говорить, вы должны показать, что вы слушаете его/ее и что вас интересует то, что он/она говорит.
- Чтобы показать, что вы слушаете и заинтересованы, существуют следующие важные способы:
  - жесты, например, взгляд, кивок головой, улыбка
  - обычные эмоциональные возгласы

### **Навык 4. Отражать слова клиента**

- Медработники иногда задают клиентам много фактических вопросов. Однако ответы на эти вопросы не всегда полезны. Отвечая на каждый вопрос, клиент может говорить все меньше и меньше.
- В этом случае полезно повторить слова клиента. Это свидетельствует о том, что вы понимаете его/ее и он/она, вероятнее всего, скажет вам все, что важно для него/нее. Лучше повторить его/ее слова, слегка изменив предложение, то есть так, чтобы это не прозвучало, как подражание.

### **Навык 5. Проникнуться- показать, что вам понятны чувства клиента**

- Когда клиент говорит что-то, что выражает его/ее чувство, необходимо отреагировать на это таким образом, чтобы показать, что вы слышите его/ее и вам понятны *его/ее чувства*.
- Проникновенность отличается от симпатии. Симпатизируя человеку, вы жалеете его и смотрите на все с ВАШЕЙ точки зрения.
- Вы можете спросить так, чтобы побольше выяснить.
- Вы можете переспросить.
- Необходимо отметить также хорошее самочувствие клиента. Проникновенность – это не только умение показать ваше понимание его/ее плохого самочувствия.

### **Навык 6. Избегать употребления оценивающих слов**

- «Оценивающие слова» это такие слова как: правильно, неправильно, хорошо, плохо, отлично, здорово, достаточно.

### **Резюме:**

#### **Навыки СЛУШАТЬ и УЗНАВАТЬ**

- Использовать полезное невербальное общение.
- Задавать «Открытые» вопросы.
- Реагировать и жестикулировать, выражая тем самым интерес.
- Отражать слова клиента.

- Проникнуться – показать. Что вам понятны его/ее чувства.
- Избегать употребление оценивающих слов.

### **Ролевая игра:**

#### **Консультирование семьи по вопросам РОУС**

Женщина, мать трехлетнего ребенка, поступает в роддом со схватками в сопровождении мужа. Их принимает акушерка и проводит с ними беседу относительно РОУС. Она объясняет, что при РОУС роды будут организованы совсем по другому принципу, нежели это было при рождении первого ребенка. Акушерка должна проявить хорошие навыки общения.

Инструкции для акушерки:

- Сначала поздоровайтесь с женщиной, помогите ей почувствовать себя уютно.
- Выясните анамнез.
- Объясните, чего ей ожидать от родов по модели РОУС, чем они будут отличаться от традиционного принятия родов, с которым она столкнулась в предыдущий раз.
- Проявите участие и участие к пациентке.
- Подключите к беседе отца.
- Когда у матери случится схватка, поддержите её. Дождитесь окончания схватки, прежде чем продолжить беседу.

## Занятие 16: Основные принципы организации инфекционного контроля в родильном доме

**Инфекционный контроль (ИК)** – это система базирующаяся на результатах эпидемиологической диагностики *организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий*, направленных на предупреждение возникновения и распространения нозокомиальных инфекций (НИ).

### Новая система изоляции

#### 2 уровня:

- **стандартные меры предосторожности**–применяются ко всем пациентам
- **меры, основанные на пути передачи**–для пациентов с документированной или заподозренной колонизацией или инфекцией, вызванной определенными микроорганизмами

#### Ситуация:

Катя пришла в роддом с мужем. Они оба в своей собственной одежде и обуви, не переодевались. У нее схватки.

Какие процедуры по ИК должен провести роддом на каждом этапе пребывания Кати в роддоме, чтобы убедиться в том, что ни она ни ребенок не передадут или не приобретут никакую инфекцию?

### Новые технологии родовспоможения и инфекционный контроль

#### Приемное отделение.

- Санобработка: бритье промежности, постановка очистительной клизмы, душ только пожеланию женщины.
- Возможно использование личного и постельного белья для женщины и индивидуального белья для родственников, присутствующих на родах, сменная обувь.
- Замена кварцевания помещения на проветривание

#### Отделение патологии беременных

- Санобработка: бритье промежности, постановка очистительной клизмы, душ только пожеланию женщины.
- Проведение клизмы с использованием только одноразовых наконечников
- Возможно использование личного и постельного белья для женщины и индивидуального белья для родственников, присутствующих на родах, сменная обувь.
- Замена кварцевания помещения на проветривание

### **Родовая (индивидуальные).**

- Возможно использование личного белья и носочков (вместо бахилл) для женщины, чистое индивидуальное белье (допускается одноразовая одежда) и сменная обувь для родственников, присутствующих на родах.
- Предродовая подготовка исключает бритье промежности и постановку очистительной клизмы.
- Участие в ведении родов членов семьи (муж, мать, сестра) или другого близкого человека, кому женщина доверяет.
- Непрерывная поддержка в родах семьей (психологическая поддержка, проведение массажа с целью обезболивания родов по специальной методике, осуществление правильного дыхания во время родовой деятельности, проявление заботы, любви).

### ***Неонатальный уход:***

- Сразу после рождения ребенок выкладывается на живот матери, в момент выкладывания вытирается теплой пеленкой (кожный контакт). На голову ребенка одевается шерстяная шапочка, на ножки – шерстяные пинетки.
- Пуповина не пережимается до окончания пульсации, окончание пульсации определяет акушерка, которая держит ее в руках. Профилактика гонорейи осуществляется на животе у матери.
- В родильном зале закладывается тетрациклиновая мазь только детям, рожденным от матерей с гонореей или имевших в анамнезе гонорею и у необследованных женщин.

### **Послеродовое отделение (палата совместного пребывания).**

- Не проводится антисептическая обработка груди
- Совместное пребывание матери и ребенка
- Ведение швов на промежности без антибиотиков (только личная гигиена)
- Гигиеническая обработка новорожденного водопроводной водой
- Рутинная обработка глаз новорожденного не проводится
- Ведение пупочного остатка открытым способом (сухое ведение пуповины)
- Свободный интерьер в палате
- Использование своей одежды для матери и ребенка
- Не требуется ношение маски и колпака для медперсонала
- Использование одноразовых перчаток при осмотре
- Допустим совместный сон мамы и ребенка в одной кровати. По возможности кровать должна быть достаточно широкой и ровной, наилучшей моделью является модель Адик Левина.

### **Палата интенсивной терапии (ПИТ)**

- Допуск к ребенку родителей
- Дополнительное оснащение –предметами домашней обстановки( жалюзи на окнах, игрушки)
- Особенности выхаживания маловесных детей (метод Кенгуру)
- Гигиеническая обработка новорожденного водопроводной водой
- Рутинная обработка глаз не проводится

- Ведение пупочного остатка открытым способом
- Ведение катетеризированных вен открытым способом

**Общие требования, предъявляемые к одежде персонала, обработке рук, уборке помещений, утилизации медицинских отходов, дезинфекции и стерилизации:**

Одежда персонала

- Медицинский халат, личная хлопчатобумажная одежда под халатом, легко обрабатываемая обувь (смена медицинского халата ежедневно).
- Шапочка медицинского персонала по желанию.
- Масочный режим только в период эпидемий.
- Перчатки стерильные или нестерильные в соответствии с проводимой манипуляцией
- Во время родов медицинский персонал одевает чистую одежду: халат нестерильный на каждые роды, перчатки, фартук, очки (маска и шапочка по желанию персонала в целях индивидуальной защиты).

*Инвазивные мероприятия у новорожденного:*

- Маска, колпак, стерильный халат, одноразовые (стерильные) перчатки на каждого ребенка

Обработка рук.

- Мытье рук с мылом до начала работы, после туалета, перед и после приема пищи.
- Использование только одноразового полотенца.
- Перед манипуляциями обработка рук дезинфектантом.
- Наружный осмотр женщины проводится с использованием одноразовых перчаток (возможно применение полиэтиленовых)
- При проведении инвазивных манипуляций использовать стерильные перчатки
- Жидкое мыло для матери и ребенка в палате

Использование перчаток

- Перчатки стерильные или нестерильные в соответствии с проводимой манипуляцией

Одежда женщины

- Разрешено использование домашнего белья
- Смена постельного белья по приказу №345, использование фабричных гигиенических прокладок

Одежда родственников

- чистая одежда и сменная обувь

Одежда новорожденного

- Разрешено использование личных распашонок, пеленок и т.д. , а также памперсов
- Больничное белье подлежит автоклавированию

Уборка помещений

- Обработка поверхностей после контакта с каждой пациенткой
- В конце рабочей смены обработка поверхностей
- Генеральная уборка один раз в семь дней

- Влажная уборка помещений два раза в день по мере необходимости
- Используемые средства дезинфекции должны быть соответствующей концентрации согласно аннотации на каждый препарат
- Кварцевание заменяется на проветривание

#### Уборка родовой

- Производится допустимыми средствами согласно методическим рекомендациям по дезинфекции и стерилизации предметов медицинского назначения
- Обработка поверхностей загрязненных биологическими жидкостями, кровь, производится дезсредствами в соответствии с режимом обработки таких поверхностей, а остальные поверхности моющими средствами.
- Если произошло загрязнение родильного зала в полном объеме, то проводится дезобработка с проветриванием
- Текущая обработка проводится после каждого родов
- Генеральная уборка проводится аэрозольным методом один раз в семь дней с ведением журнала генеральных обработок.
- Влажная уборка помещений два раза в день по мере необходимости

#### Уборка палат послеродового отделения (палат совместного пребывания).

- Цикличность заполнения палат – от 1 до 3 суток
- Влажная уборка палаты два раза в день с применением мыльно-содового раствора, в т.ч. пеленального стола
- Генеральная уборка после освобождения палаты с использованием дезсредств

#### Утилизация медицинских отходов

- Шприцы утилизируются в разобранном виде: иглы отдельно от колпачков с полным погружением и заполнением полостей шприца
- Игла погружаются в отдельную емкость (в контейнер), с которой и утилизируются.
- Утилизация ватных шариков после инъекций в отдельной емкости
- Перчатки утилизируются в отдельной емкости
- Утилизация наконечников после проведения клизмы производится аналогично утилизации одноразовых шприцов
- Иметь в палатах совместного пребывания емкости для сбора пеленок с одноразовыми пакетами, при их отсутствии использовать многоразовые клеенчатые мешки.

#### Дезинфекция

- Проводится в режиме вирусного гепатита согласно методическим рекомендациям.
- Дезинфекция предметов медицинского назначения после каждого родов.
- Пеленальные столы: индивидуальный стол обрабатывается санитаркой с использованием моющего средства после контакта с новорожденным
- Обработка игрушек моющим раствором
- Обработка дезраствором кресел смотровой после каждой женщины

## Стерилизация

- В отделении находятся биксы с ватными шариками, перчатками, стерильным материалом для накрывания стерильного стола.
- Стерильный стол накрывается каждые шесть часов с указанием даты и времени при условии отсутствия стерильных укладок женщины.
- Термометры после дезинфекции ополаскиваются чистой водой и хранятся в сухом виде
- Медицинские инструменты, перевязочный материал
- Одежда для проведения манипуляций согласно рекомендациям
- Пеленки для новорожденного автоклавированные

## Микробиологическое исследование

### *Женщин:*

- Бак. посев из цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам проводится по показаниям:
  - необследованные женщины,
  - женщины с рецидивирующим кольпитом.
- Бак. посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам проводится по показаниям:
  - острый пиелонефрит
  - бактериурия
  - пиурия
- Гистологическое исследование плаценты проводится только при подозрении на генерализованную инфекцию для определения путей инфицирования (нисходящая, восходящая инфекция).

### *Новорожденных:*

- Бакпосев у новорожденных берется из подмышечной впадины по показаниям
- забор материала из интубационной трубки через 1 сутки; содержимое трахеи тоже через 1 сутки
- по эпид показаниям (Бак посев кала, с очагов инфекции при диагнозе ВУИ бак посев до назначения антибиотиков)
- Донозологические формы (слезотечение и т .д. )

## **Структура Инфекционного контроля и управление**

Два подхода к организации ИК

### **Регуляторный подход**

- Диктат внешних организаций
- Сбор данных для сравнения с внешними стандартами
- Инспекции
- Наказания за несоблюдение правил

### **Стратегия улучшения качества**

- Персонал роддома сам определяет цели и методы их достижения
- Сбор данных для внутренней оценки
- Постоянная нацеленность на улучшения
- Неудачи объясняются пороками системы, а не виной конкретного человека

### **Стандарты инфекционного контроля в стационарах**

- Структура управления системой ИК
- Учет и регистрация госпитальных инфекций
- Микробиологическое обеспечение ИК
- Эпидемиологическая диагностика ГИ
- Профилактические и противоэпидемические мероприятия в системе ИК
- Обучение персонала
- Охрана здоровья персонала

### **Структура управления и распределения обязанностей по инфекционному контролю**

*Стационар имеет организационную структуру, обеспечивающую эффективный инфекционный контроль:*

- Имеется комитет по ИК - (КИК), полномочия которого распространяются на все подразделения и службы стационара
- Имеется госпитальный эпидемиолог
- Во всех подразделениях стационара, являющихся объектами ИК, имеются ответственные лица за обеспечение ИК
- Ответственность за организацию и выполнение мероприятий по ИК возлагается на главного врача стационара

### **Основные функции КИК**

- разработка принципов организации ИК в стационаре, программ и планов ИК, определение основных задач
- решение вопросов необходимости и целесообразности финансирования и обеспечения ресурсами мероприятий по ИК
- анализ результатов реализации планов (программ) ИК и внесение соответствующих корректив
- информирование о своей деятельности всех служб, обеспечивая необходимое взаимодействие
- проведение оценки эффективности мероприятий по ИК

## Учет и регистрация госпитальных инфекций (ГИ)

***Стационар обеспечивает своевременную и полную регистрацию и учет всех госпитальных инфекций.***

- Регистрация и учет ГИ осуществляется на основе перечня ГИ, подлежащих регистрации в данном стационаре
- Перечень и классификация ГИ и других состояний, подлежащих регистрации и учету в данном стационаре, основаны на стандартных определениях случая ГИ (диагностических критериях), не противоречащих принятым на городском (региональном, национальном) уровне.
- Медработник, выявивший ГИ, формулирует диагноз в соответствии со стандартным определением случая
- Существует процедура активного выявления ГИ

## Микробиологическое обеспечение ИК

- внедрение современных методов микробиологической диагностики
- стандартизация и повышение надежности методов изучения чувствительности к антимикробным препаратам
- внедрение современных систем контроля качества микробиологических исследований
- разработка системы показаний для микробиологического обследования
- связь клиницист - микробиолог - эпидемиолог
- **Отказ от рутинных исследований окружающей среды и персонала (до 50-80% в общем объеме исследований!)**

## Эпидемиологическая диагностика (ЭД) госпитальных инфекций

*В стационаре проводится эпидемиологическая диагностика ГИ, обеспечивающая разработку эффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий.*

- Стационар обеспечивает сбор информации, необходимой для проведения ЭД, количество и качество необходимых данных зависит от микробиологических условий данного стационара и определяется по результатам эпидемиологического анализа
- В стационаре проводится эффективный ретроспективный эпидемиологический анализ.
- В стационаре проводится эффективный оперативный эпидемиологический анализ.

## Профилактические и противоэпидемические мероприятия в системе ИК

*В стационаре разработаны эффективные меры ИК, основанные на результатах эпидемиологической диагностики и учитывающие особенности данного стационара.*

- Мероприятия по инфекционному контролю разрабатываются на основании результатов ретроспективного эпидемиологического анализа и постоянно корректируются с учетом данных оперативного анализа.
- В стационаре имеются специальные инструкции по исполнению всех процедур выполнения конкретных мероприятий по ИК и алгоритмы выполнения лечебно-диагностических манипуляций с учетом требований ИК

### **Обучение персонала**

*Персонал стационара всех уровней и специальностей имеет базовую подготовку по ИК и постоянно повышает свою квалификацию в этой области*

- В стационаре разработаны и используются дифференцированные образовательные программы для обучения специалистов разного профиля по проблемам ИК, учитывающие специфические особенности данного стационара (отделения)
- Все сотрудники проходят обязательное обучение в области ИК при поступлении на работу и в дальнейшем на регулярной основе продолжают свое обучение

### **Охрана здоровья персонала**

*Стационар обеспечивает эффективную охрану здоровья медицинских работников от неблагоприятного воздействия профессиональных факторов инфекционной и неинфекционной природы*

- Имеется комитет (комиссия) по охране профессионального здоровья работников стационара
- Главный врач стационара несет ответственность за организацию эффективной охраны профессионального здоровья
- Заведующие отделениями обеспечивают организацию регулярных медицинских осмотров персонала, организуют профилактические мероприятия и отвечают за создание безопасных условий труда

### **Стратегия контроля использования антимикробных средств**

- Мониторинг тенденций развития антимикробной устойчивости
- Разработка протоколов эмпирической/ специфической терапии и предоперационной профилактики
- Разумное ограничение набора препаратов, используемого в больнице и разработка специальных форм, порядка выписки и отпуска антимикробных препаратов больничной аптекой
- Введение в штат больниц специалистов в области химиотерапии и обучение врачей

### **Деконтаминация рук**

- Разработка показаний для мытья и антисептики рук

- Обеспечение условий для мытья рук
- Использование безводных (спиртовых) антисептиков
- Отказ от использования для высушивания рук полотенец многократного применения
- Обучение персонала технике обработки рук.
- Рациональный выбор препаратов для обработки рук
- Повышение мотивации и ответственности медработников

## Занятие 17: Практический пример инфекционного контроля

### Риск инфекции и РОУС

В вашем родильном отделении 8 палат, где можно принимать роды: 6 в настоящее время заняты роженицами, одна персоналом, одна свободна. В отделении находятся следующие роженицы:

Палата №1: Здоровая женщина, идут схватки, при ней муж

Палата №2: Женщина, у которой при первом посещении врача по поводу беременности был обнаружен сифилис. Она и ее муж прошли курс лечения, результат обследования во время третьего триместра показал, что курс лечения дал положительные результаты. Идут роды, муж присутствует

Палата №3: Мать — активный носитель гепатита В, муж присутствует

Палата №4: Мать на 2-й день после рождения ребенка, пуэрперальный сепсис, муж и ребенок присутствуют

Палата №5: Нормальная здоровая мать, 2 часа после родов, муж присутствует

Палата №6: Роженица в ранней стадии родов, разрыв околоплодной оболочки, муж присутствует

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы относительно матери, назначенной вашей группе:

1. Ризику какой инфекции подвергается мать, если вообще подвергается?  
Каковы возможные пути передачи этой инфекции?
2. Какой инфекцией эта женщина может заразить других, если может?  
Каковы пути передачи инфекции?  
Какие меры нужно принять во избежание её распространения?
3. Подвержены ли следующие люди риску инфицирования при родах, рождении либо в послеродовой период? Если да, то каким образом это может произойти?
  - a) мать
  - b) плод/ребенок
  - c) отец
  - d) акушерка
  - e) врач
4. Следует ли изолировать эту женщину? Ответ обоснуйте.
5. Как реализовать РОУС в данной ситуации? Какие меры предосторожности нужно предпринять, и нужны ли они вообще? Объясните, почему.
6. Как обсудить сложившуюся ситуацию с матерью и ее семьей?
7. После освобождения женщиной палаты (выписки, перевода), какого рода санитарная обработка потребуется, прежде чем в нее можно будет помещать следующую роженицу?

## **Занятие 18: Оценка реализации РОУС**

Обеспечение качества — это комплекс мероприятий по установлению стандартов, мониторингу их соблюдения и совершенствованию работы с целью обеспечения максимально возможной безопасности и качества медицинской помощи (Проект «Обеспечение качества»/Quality Assurance Project, 1993).

Назначение: Предоставить средства для проверки соблюдения конкретных стандартов клинической практики и выявления благополучных и неблагополучных областей.

Назначение программы непрерывного повышения качества (НПК) РОУС:

- установить стандарты практики РОУС с целевыми показателями по этим стандартам, которые желательно достигнуть (т. н. «ориентирами»);
- предоставить средства для аудита реализации, рабочих и конечных показателей практики РОУС;
- выявить области, нуждающиеся в совершенствовании, и области, где все благополучно.

## СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА

### стандартные формы

#### Табель ведения родов\*

Заполняется персоналом роддома сразу после родов.

ИМЯ МАТЕРИ \_\_\_\_\_

№ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

1. Пациентка участвовала в нашей программе РОУС ДА    НЕТ
2. Партограмма использовалась в ходе этих родов. ДА    НЕТ
3. Аналгетики использовались в ходе этих родов. ДА    НЕТ
4. Во время схваток и родов использовался постоянный ЭМП в течение более 45 минут (показание \_\_\_\_\_) ДА    НЕТ
5. Данная пациентка родила в положении горизонтально лежа на спине. ДА    НЕТ
6. Перинеотомию делали ДА    НЕТ
7. Новорожденный находился с матерью кожа к коже в родзале более 30 минут после рождения. ДА    НЕТ
8. Первое грудное кормление прошло в родзале не позднее чем через два часа после рождения. ДА    НЕТ
9. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар через 5 минут после рождения была > 7. ДА    НЕТ
10. Температура тела новорожденного была > 36,5 через час после рождения ДА    НЕТ
11. Обработка глаз новорожденного проводилась через > 45 минут и < 60 минут после рождения. ДА    НЕТ
12. Обработка пуповины новорожденного проводилась через > 45 минут и < 60 минут после рождения. ДА    НЕТ
13. Роды индуцировались (показание: \_\_\_\_\_) ДА    НЕТ
14. Проведена операция кесарева сечения (показание \_\_\_\_\_ -) ДА    НЕТ

По отношению к данной пациентке были осуществлены следующие рутинные практики (процедуры):

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| A. Физиологический подход к ведению 3-го периода родов.                     | ДА | НЕТ |
| B. Активное ведение 3-го периода родов с использованием окситоцина          | ДА | НЕТ |
| C. Активное ведение 3-го периода родов с использованием эргометрина         | ДА | НЕТ |
| D. Рутинная катетеризация во время схваток и родов.                         | ДА | НЕТ |
| E. Рутинное обследование шейки матки с использованием зеркал (расширителей) | ДА | НЕТ |
| F. Рутинное использование льда на живот сразу после родов.                  | ДА | НЕТ |

Комментарии \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Эта форма должна быть заполнена акушеркой или врачом-акушером, принимавшими роды, в как можно более короткие сроки после родов. Пожалуйста, представьте ее Координатору по статистике программы РОУС в рамках Проекта "Мать и Дитя" или положите в коробку, предназначенную для сбора статистических данных по программе РОУС.

## ПОСЛЕРОДОВАЯ АНКЕТА ДЛЯ МАТЕРЕЙ

*Должна быть заполнена матерью и ее семьей в течение 24-48 часов после родов. Заполните, пожалуйста, эту форму до выписки из роддома и отдайте ее дежурной акушерке. Ваши ответы будут рассмотрены как сугубо конфиденциальные и учтены при оценке изменений, проводимых в роддоме с целью улучшения качества услуг, предоставляемых матерям и их семьям.*

**СЕГОДНЯШНЕЕ ЧИСЛО** \_\_\_\_\_

**ДАТА РОДОВ** \_\_\_\_\_

*Пожалуйста, обведите верный ответ*

1. Персонал роддома предоставил мне достаточно информации, и я смогла участвовать в принятии решений относительно принимаемых мер по родовспоможению. ДА    НЕТ
2. При поступлении в роддом мне сделали клизму ДА    НЕТ
3. При поступлении в роддом мне побрили волосы на лобке. ДА    НЕТ
4. Один из членов моей семьи находился рядом со мной почти 100% времени в ходе схваток и родов. ДА    НЕТ
5. Я ощущала физическую и эмоциональную поддержку со стороны моей семьи во время схваток и родов ДА    НЕТ
6. Один человек из медперсонала был со мной как минимум 50% времени в период схваток и родов ДА    НЕТ
7. Я ощущала физическую и эмоциональную поддержку со стороны персонала роддома во время схваток и родов. ДА    НЕТ
8. Персонал роддома предлагал мне не находиться в постели более 50% времени в период схваток и помогал мне в этом ДА    НЕТ
9. Я родила ребенка с пониманием и контролем над происходящим и полным чувством удовлетворения ДА    НЕТ
10. Мой ребенок находился вместе со мной почти все время пребывания в роддоме. ДА    НЕТ
11. Персонал роддома оказывал мне помощь в осуществлении грудного вскармливания в родзале сразу после родов ДА    НЕТ

Дополнительные комментарии

:

---

---

---

---

---

## Акушерская/неонатальная практика и Целевые показатели

**ЦЕЛЬ:** Родильное отделение в роддоме \_\_\_\_\_ будет осуществлять программу, состоящую из следующих 20 акушерских практик. Эти практики были рекомендованы Всемирной Организацией Здравоохранения и нашли поддержку в большом количестве статей научной литературы, как было указано в книге Энкина «Руководство по эффективной помощи при беременности и родах» (1995 г.) М.Энкин с соавт., и Кокрейн Лайбрари по беременности и родам (2000 г.).

1. **Практика** - Персонал роддома будет осуществлять программу родовспоможения, ориентированную на участие семьи.

**Целевой показатель** - > % женщин будут участвовать в этой программе

2. **Практика** - Персонал роддома будет осознавать необходимость и преимущества использования партограмм во время родов.

**Целевой показатель** - > чем у % женщин информация о течении родов будет заноситься в партограмму

3. **Практика** – Персонал роддома будет избегать рутинное использование болеутоляющих лекарственных средств во время родов.

**Целевой показатель** - < % женщин будет получать болеутоляющие лекарственные средства во время родов.

4. **Практика** – Персонал роддома будет использовать постоянный электронный мониторинг сердцебиений плода ТОЛЬКО по специальным акушерским показаниям.

**Целевой показатель** – у < % женщин будет проводиться постоянный электронный мониторинг сердцебиений плода во время родов.

5. **Практика** - Персонал роддома не будет предлагать женщинам принимать горизонтальное положение «лежа на спине» (положение литотомии) в период изгнания плода (при потугах и рождении ребенка).

**Целевой показатель** - < % женщин будут рожать в положении

горизонтально лежа на спине (в положении литотомии).

**6. Практика** – Персонал роддома будет очень избирательно подходить к назначению перинеотомии при родах.

**Целевой показатель** - < % женщин будет сделана перинеотомия.

**7. Практика** – Персонал роддома будет выкладывать новорожденного на живот матери «кожа к коже» на период более 30 минут после рождения.

**Целевой показатель** - > % женщин будут осуществлять контакт «кожа к коже» со своим младенцем по крайней мере в течение 30 минут после рождения.

**8. Практика** – Персонал роддома будет помогать матери и младенцу осуществить ранее грудное вскармливание - первое прикладывание к груди в течение двух часов после родов.

**8 А. Целевой показатель** - > % детей будут первый раз приложены к груди в родзале.

**8 В. Целевой показатель** - > % матерей скажут, персонал помогал им осуществлять грудное вскармливание в родзале.

**9. Практика** – Персонал роддома будет оценивать состояние новорожденного и в случае необходимости проводить реанимацию с помощью вентиляционного мешка и маски в течение 30 секунд после рождения.

**Целевой показатель** – у < % новорожденных оценка по шкале Апгара будет <7 через пять минут после рождения.

**10. Практика** – Персонал роддома будет минимизировать вероятность гипотермии у новорожденного.

**Целевой показатель** - < новорожденных будут иметь температуру тела менее 36,5 через час после рождения.

**11. Практика** – Персонал роддома будет осуществлять профилактику инфекций у новорожденных, способствуя укреплению связи между матерью и младенцем и осуществлению раннего грудного вскармливания.

**11 А. Целевой показатель** - > % новорожденных проведут профилактическую обработку глаз через >45 минут и <60 минут после рождения.

**11 В. Целевой показатель** - > новорожденных будет проведена надлежащая обработка пуповины через >45 минут и <60 минут после рождения.

**12. Практика** – Персонал роддома будет проводить индукцию родов ТОЛЬКО по медицинским/акушерским показаниям или при сроке беременности свыше 41 полной недели.

**Целевой показатель** - < % родов будут индуцированы.

**13. Практика** – Персонал роддома будет проводить операцию кесарева сечения по надлежащим показаниям.

**Целевой показатель** - < % родов будет проведено с операцией кесарева сечения.

**14. Практика** - Персонал роддома будет помогать женщинам участвовать в процессе принятия решений относительно принимаемых мер по родовспоможению.

**Целевой показатель** - > % женщин почувствуют себя активно вовлеченными в принятие решений относительно принимаемых мер по родовспоможению.

**15. Практика** – Персонал роддома не будет делать женщинам клизму перед родами

**Целевой показатель** - < % женщина будет сделана клизма перед родами.

**16. Практика** – Персонал роддома не будет производить выбривания лобка женщинам перед родами.

**Целевой показатель** -< женщин при вагинальных родах будут рожать без предварительного выбривания волос на лобке.

**17. Практика** - Во время родов роженицам будет оказана значительная поддержка со стороны семьи (17А/В) и персонала (17С/Д).

**17 А. Целевой показатель** - > % женщин скажут, что кто-то из членов семьи находился рядом почти 100% времени в период схваток и родов.

**17 В. Целевой показатель** - > женщин скажут, что ощутили физическую и эмоциональную поддержку со стороны семьи во время схваток.

**17 С. Целевой показатель** - > % женщин скажут, что кто-то из персонала роддома находился рядом с ней по крайней мере 50 % времени в период схваток.

**17 D. Целевой показатель** - > женщин скажут, что ощутили физическую и эмоциональную поддержку со стороны персонала во время схваток.

**18. Практика** - Персонал роддома будет осознавать и поощрять преимущества принятия вертикального положения и передвижения во время родов.

**Целевой показатель** - > % женщин будут находиться в движении значительную часть времени в период схваток.

**19. Практика** - Персонал роддома будет осознавать важность того, что женщина должна рожать с ощущением понимания и контролирования процесса родов и при этом получать чувство удовлетворения.

**Целевой показатель** - > % женщин должны будут почувствовать, что они рожали, полностью осознавая и контролируя происходящее, и получая чувство удовлетворения.

**20. Практика** - Персонал роддома обеспечит минимальное разделение матери и ребенка.

**Целевой показатель** – для > % женщин будет обеспечено совместное пребывание с ребенком.

## Занятие 19: Стратегия изменений

Все мы люди, все имеем привычки, и работать привыкаем по устоявшейся схеме. Попросите участников привести пример рутинной привычки — подобной тому, что каждый надевает сначала правую штанину, а потом левую, или наоборот. Просто мы привыкаем каждый день делать обыденные вещи по одной и той же схеме, а если приходится что-то менять, то в первое время мы чувствуем себя неуютно и неловко.

То же самое происходит и в нашей профессиональной жизни. Просто мы привыкаем обходиться с клиентами определенным образом. Привыкаем проделывать над пациентами стандартный набор манипуляций. Будьте вы тысячу раз эксперт в своем деле, в ежедневной работе вы делаете его не задумываясь, автоматически, по устоявшейся годами схеме. Внедрение РОУС, в этой связи, естественно будет серьезной ломкой стереотипов будничной работы и нелегко дастся вам и вашим коллегам. Поэтому сопротивление новому неизбежно, и противиться ему может что угодно — ваш разум, ваше тело, ваша душа, весь ваш дух.

Причины сопротивления изменениям:

- затраты
- трудоемкость
- опасность
- конфликты интересов
- боязнь неудачи
- боязнь дезорганизации

Факторы, способствующие усилению сопротивления изменениям (Olson, 1979):

1. «Когда природа и последствия изменений не ясны тем, кто в них задействован.
2. Когда искажена информация.
3. Когда изменения затеваются по личным побуждениям, а не в интересах организации.
4. Когда изменения игнорируют устоявшиеся нормы и/или традиции.
5. Когда перемены сопряжены с колоссальными рабочими нагрузками.
6. Когда при планировании изменений не детализируется четкий порядок их реализации.
7. Когда недостаточно внимания уделяется предварительной проработке потенциальных проблем.
8. Когда имеет место страх потерпеть неудачу, а также когда нет доверия к руководству, предлагающему изменения.
9. Когда не предусмотрена адекватная двусторонняя связь между организаторами и исполнителями».

Условия, способствующие снижению противодействия изменениям:

1. «Поддержка высших чиновников.
2. Заинтересованность участников.
3. Совместная выработка единогласного решения.
4. Обратная связь.
5. Свобода мнений и предложений по пересмотру изменений».

**Модель поэтапного изменения Левина:**

1. Разморозка: Сначала система выводится из равновесия. В результате люди начинают испытывать потребность в наведении порядка, организации работы по-новому, морально подготавливаются к изменениям. На этом этапе их можно свозить на ознакомительную экскурсию туда, где новая организационная модель уже реализована и работает хорошо или просто предложить испробовать новую модель в качестве пробного эксперимента. Важно не перегнуть палку и не предлагать экстремальных новшеств, дабы не встретить агрессивного отпора.
2. Перестройка: Создаются условия, способствующие изменению поведения людей — благожелательные, непринужденные, способствующие просвещению и привитию нового. В этот период можно предусмотреть поощрение — моральное и материальное — за успешный переход к новой практике работы.
3. Заморозка: После того, как новая система прижилась, пора её закрепить. Положительные отзывы помогут обеспечить внедрение нововведения на постоянной основе. Непрерывный процесс формальной оценки создаст реальное понимание выигрышности изменения, а также выявит области, нуждающиеся в улучшении.

## Родовспоможение, ориентированное на участие семьи, Россия, 2003

### Ссылки

#### Занятие 3: Введение в РОУС

Caldeyro-Barcia, R. et al. (1960). "Effect of position changes on the Intensity and frequency of uterine contraction during labor." American Journal of Obstetrics and Gynecology 80: 284. [Калдейро-Барсия «Влияние изменения положения тела на интенсивность и продолжительность родовых схваток»]

Chalmers, B., (1992). WHO appropriate technology for birth revisited. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 99:709-710. [Чалмерс «Новая редакция рекомендуемых технологий родовспоможения ВОЗ»]

Chalmers, L., Enkin, M., Keirse, M., eds. (1989) Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press. [«Эффективность медицинской помощи при беременности и родах» под ред. Чалмерса, Энкина и Кейрса]

Cochrane Library. Update Software, Inc. Vista, CA. [www.updateusa.com](http://www.updateusa.com). [Библиотека Кокрейна]

Enkin, M., Keirse, M., Renfrew, M., Neilson, J. (1995). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 2<sup>nd</sup> edition. Oxford: Oxford Medical Publications. [Энкин и др. «Руководство по оказанию эффективной медицинской помощи при беременности и родах»]

Glatleider, P. "Family Centered Maternity Care." American College of Nurse-Midwives. [Глэтлейдер, «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи»]

Greulich, B., Paine, L., McClain, C. Barger, M, Edwards, N. Paul, R. "Twelve Years and More Than 30,000 Nurse-Midwife-Attended Births." (1994). Journal of Nurse-Midwifery 39(4). [Грелих и др. «За двенадцать лет число акушерок, самостоятельно принимающих роды, возросло до 30 с лишним тысяч»]

Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, WHO, Geneva. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. WHO/FHE/MSM/94.11. [Программа ВОЗ «Здоровье матери и безопасное материнство»]

Oakley, A. (1992). Perspectives of users of the services. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 8: Supplement (1), 112-122. [Оукли «Перспективы пользователей услуг»]

- Roberts, J. (1980). Alternative positions for childbirth. Part 1. First stage of labor. Journal of Nurse-Midwifery, 25(4): 11-18. [Робертс «Альтернативные положения при родах», ч. 1]
- Roberts, J. (1980). Alternative positions for childbirth. Part 2. Second stage of labor. Journal of Nurse-Midwifery, 25(5): 13. [Робертс «Альтернативные положения при родах», ч. 2]
- Rooks, J., Weatherby, N., Ernst, K., Stapleton, S., Rosen, D., Rosenfield, A. (1989). "Outcomes of Care in Birth Centers: The National Birth Center Study." New England Journal of Medicine 321: 1804-11. [Рукс и др. «Результаты родов в центрах родовспоможения: исследование результатов родовспоможения в национальных масштабах»]
- Turnbull, D. et.al., (1996). Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. Lancet, 348(9022):213-8. [Тёрнбулл и др. «Рандомизированные контролируемые испытания эффективности медицинской помощи, оказываемой акушерками»]
- UNICEF (2000). "State of the world's children 2000." [ЮНИСЕФ «Состояние здоровья детей планеты»]
- Varney, H. (1997). Varney's Midwifery. 3<sup>rd</sup> edition. Jones and Bartlett: Sudbury, MA. [Варни «Акушерство»]
- Waldenstrom, U. & Turnbull, D., (1998). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 105(11):1160-70. [Уалденсторм, Тернбулл «Систематический сравнительный обзор непрерывности ухода за матерью при принятии родов акушерками и при обычном родовспоможении»]

### **Занятие 5: Альтернативные положения при родах**

- Albers, L.L., et.al., (1997). The relationship of ambulation in labor to operative delivery. Journal of Nurse-Midwifery, 42(1):4-8. [Алберс и др. «Связь между хождением при родах и оперативными вмешательствами»]
- Ashford, J.I. "Posture for Labor and Birth" In Encyclopedia of Childbearing: critical perspectives ed. Barbara Katz Rothman, 1993; Phoenix: the Orex Press, p-314-315 [Эшфорд «Положения при родах»]
- Bloom, S.L., et.al., (1990). Lack of effect of walking on labor and delivery. New England Journal of Medicine, 339(2):76-9. [Блум «Отсутствие влияния хождения при родах на их результаты»]

- Bomfim-Hyppolito, S., (1998). Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 63 Supplement 1:S67-73. [Бомфим-Хипполито «Влияние положения тела матери при родах на некоторые показатели здоровья новорожденного и матери»]
- Caldeyro-Barcia, R. et al. (1960). "Effect of position changes on the Intensity and frequency of uterine contraction during labor." American Journal of Obstetrics and Gynecology 80: 284. [Калдейро-Барсиа «Влияние изменения положения тела на интенсивность и продолжительность родовых схваток»]
- Glatleider, P. "Family Centered Maternity Care." American College of Nurse-Midwives. [Глэтлейдер «Родовспоможение, ориентированное на семью»]
- Read, J.A., Miller, F.C., and Paul, R.H. (1981). "Randomized trial of ambulation versus oxytocin for labor enhancement: a preliminary report". American Journal of Obstetrics and Gynecology 139 (6): 669-672. [Рид и др. «Рандомизированные испытания сравнительного влияния хождения и окситоцина в качестве стимуляторов родовой деятельности: предварительный доклад»]
- Roberts, J. (1980). Alternative positions for childbirth. Part 1. First stage of labor. Journal of Nurse-Midwifery, 25(4): 11-18. [Робертс «Альтернативные положения тела при родах», ч. 1]
- Roberts, J. (1980). Alternative positions for childbirth. Part 2. Second stage of labor. Journal of Nurse-Midwifery, 25(5): 13. [Робертс «Альтернативные положения тела при родах», ч. 2]
- Simkin, P. (1995). Reducing pain and enhancing progress of labor: a guide to nonpharmacological methods for maternity care. Birth, 22(3):161-71. [Симкин «Снижение боли и ускорение родов: нефармакологические методы в родовспоможении»]

## **Занятие 6: Поддержка при родах**

- Cochrane Library. Update Software, Inc. Vista, CA. [www.updateusa.com](http://www.updateusa.com). [Библиотека Кокрейна]
- Glatleider, P. "Family Centered Maternity Care." American College of Nurse-Midwives. [Глэтлейдер «Родовспоможение, ориентированное на семью»]
- Hofmeyr, GJ, Nikodem, VC, Wolman, WL, Chalmers, BE, Kramer, T (1991). "Companionship to Modify the Clinical Birth Environment: Effects on Progress and Perceptions of Labour, and Breastfeeding." British Journal of Obstetrics and Gynaecology (98): 756-764 . [Хофмейр и др. «Присутствие спутника как фактор

изменения обстановки при родах в клинике: влияние на прогресс родов и восприятие схваток и грудного кормления»]

Kennell, J, Klaus, M, McGrath, S, Robertson, S, Hinkley C (1991). "Continuous Emotional Support During Labor in a US Hospital." *Journal of the American Medical Association* 265(17): 2197-2201. [Кеннелл и др. «Непрерывная эмоциональная поддержка при родах»]

Sosa, R., Jennell, J., Klaus, M., Robertson, S., Urrutia, J. (1980). "Effect of a Supportive Companion on Perinatal Problems, Length of Labor, and Mother-Infant Interaction." *New England Journal of Medicine* 303 (11): 597-600 [Соца и др. «Влияние присутствия помощника на перинатальные проблемы, продолжительность схваток и взаимодействие матери и ребенка»]

### **Занятие 7: Нефармакологическое обезболивание**

Simkin, P. (1995). Reducing pain and enhancing progress of labor: a guide to nonpharmacological methods for maternity care. *Birth*, 22(3):161-71. [Симкин «Снижение боли и ускорение родов: нефармакологические методы в родовспоможении»]

### **Занятие 8: Научно обоснованная практика родовспоможения**

Enkin, M. et al (2000). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3<sup>rd</sup> edition. Oxford University Press. [Энкин и др. «Руководство по эффективному ведению беременности и родов», 3-е издание]

Leveno, KJ, et al (1986). A Prospective Comparison of selective and universal EFM in 34,995 Pregnancies, *New England Journal of Medicine*, 315:615-619. [Левено и др. «Перспективное сравнение эффективности избирательного и сплошного ЭМФ на основе изучения 34995 случаев беременности»]

Ludka, L., Roberts, C. (1993). "Eating and Drinking in Labor: A Literature Review." *Journal of Nurse- Midwifery*: 38(4): 199-207. [Лудка, Робертс «Еда и питье при родах»]

Mahan, Charles, McKay, Susan. (1989) "Preps and Enemas - Keep or Discard?" *Contemporary OB/GYN*. 160: 241-248. [Мэйхен и др. «Клизма при подготовке к родам: сохранить или отказаться?»]

Thorp, J.M. & Bowes, W.A., (1989). Episiotomy: can its routine use be defended? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(5):1027-30. [Торп, Боуз «Эпизиотомия: оправдано ли её рутинное применение?»]

## **Занятие 9: Активное ведение третьей фазы родов**

JHPIEGO ReproLine. "Active Management of Third Stage of Labor." Maternal and Neonatal Health. <http://www.reproline.jhu.edu>. [ЖПИЕГО ReproLine «Активное ведение третьей стадии родов»]

WHO. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care, Module 15. WHO EUR/ICP/FMLY 01 04 03. [ВОЗ «Основные виды антенатальной, перинатальной и послеродовой помощи», модуль 15]

## **Занятие 10: Нарботка практических навыков**

WHO. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Module 18. WHO EUR/ICP/FMLY 01 04 03. [ВОЗ «Основные виды антенатальной, перинатальной и послеродовой помощи», модуль 18]

## Занятие 11: Партограмма

WHO Partograph in Management of Labor. (1994). The Lancet. 343:1399-404. [«Партограмма ВОЗ при ведении родов»]

WHO. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Module 11. WHO EUR/ICP/FMLY 01 04 03. [ВОЗ «Основные виды антенатальной, перинатальной и послеродовой помощи», модуль 11]

## Занятие 12: Уход за новорожденными

Anderson, Gene C. (1991) Current Knowledge about skin-to-skin (Kangaroo) care for preterm infants. Journal of Perinatology. Vol XI. No. 3:216-226. [Андерсон, Джин (1991). «Имеющиеся знания о влиянии телесного контакта на здоровье недоношенных новорожденных (эффект кенгуру)»].

Enkin, M. et al (2000). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3<sup>rd</sup> edition. Oxford University Press. [Энкин и др. «Руководство по эффективному ведению беременности и родов», 3-е издание]

Fardia, JA, (1980). "A comparison of skin-to-skin contact and radiant heaters in promoting neonatal thermal regulation", Journal of Nurse-Midwifery, 25(1):19-27. [Фардиа (1980). «Сравнительное влияние телесного контакта и лучевого обогрева на терморегуляцию организма новорожденного»]

WHO Essential Care of the Newborn. Final draft prepared by Bureau for International Health, Trieste, Italy, WHO Collaborating Center for Maternal and Child Health and Institute of Nutrition, Almaty, Kazakhstan, WHO and UNU Collaborating

Center for Nutrition. For WHO Regional Office for Europe [«Основной уход и грудное вскармливание новорожденных». Рекомендации Бюро международного здоровья, Триест, Италия, Центра охраны материнства и детства ВОЗ и Института питания, Алматы, Казахстан, по заказу Европейского отделения ВОЗ]

Ramji S, et al. (1993). Resuscitation of asphyxic newborn infants with room air or 100% Oxygen. *Pediatric Research*. (34): 809 [Рамджи и др. (1993). «Реанимация новорожденных при асфиксии с использованием воздуха и чистого кислорода»]

Yoder BA. (1994). Meconium-stained amniotic fluid and respiratory complications: impact of selective tracheal suction. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 83. No.1, Jan. 1994, p.77-84. [Йодер (1994). Мекониевое загрязнение амниотической жидкости и респираторные осложнения: влияние селективного отсасывания из трахеи»]

Yurdakok K, Yavuz T, Taylor C. "Swaddling and acute respiratory infections." *AJPH*. 1990; (80): 873-874. [Юрдакок, Явуз, Тейлор (1990) «Пеленание и острые респираторные инфекции»]

### Занятие 13: Послеродовой уход за матерью

WHO. *Postpartum Care of the Mother and Newborn: A Practical Guide*. WHO/RHT/MSM/98.3. [ВОЗ «Послеродовой уход за матерью и новорожденным»]

### Занятие 15: Семейные консультации по РОУС

USAID/MotherCare, "Interpersonal Communication and Counseling Curriculum for Midwives." Nigeria, August 1993. [АМР США «Межличностное общение при консультациях. Учебная программа для акушерок», Нигерия, 1993]

USAID/MotherCare and PATH Indonesia, *Interpersonal Communication and Counseling Training*, Draft 2, January 1997. [АМР США «Межличностное общение при консультациях. Учебная программа для акушерок», 2-я редакция Индонезия, 1997»]

### Занятие 16: Инфекционный контроль и РОУС

Vacci, A. *Infection Control in Clinical Practice*. Lecture. [Баччи, «Практика инфекционного контроля», конспект лекции]

- Enkin M., Enkin E., Chalmers I., and Hemminki E. Prophylactic antibiotics in association with caesarean section. [Энкин и др. «Профилактика антибиотиками при кесаревом сечении»]
- Mercer, V.M. and Arheart, K.L. Antimicrobial therapy in expectant management of preterm premature rupture of the membranes. (Summary) [Мерсер, Архарт. «Антибактериальная терапия при ожидании родов после преждевременного разрыва околоплодных мембран» (резюме)]
- Mugford, M., Kingstone, J. and Chalmers, I. Reducing the incidence of infection after caesarean section: implications of prophylaxis with antibiotics for hospital resources. (Abstract) [Магфорд и др. «Снижение числа инфекций после кесарева сечения: влияние профилактики антибиотиками в условиях стационара» (фрагмент)]
- NIH Consensus Conference. Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. JAMA, February 1, 1995. Vol. 273, No. 5, 413-418 [Конференция НИЗ по выработке консенсуса (1995). «Влияние кортикостероидной стимуляции созревание плода на исход родов»]
- Rush, J., et.al., (1990). A randomized controlled trial of a nursery ritual: wearing cover gowns to care for healthy newborns. *Birth*, 17(1);25-30. [Раш и др. «Рандомизированное контролируемое испытание ритуальной медсестринской практики: ношение халатов при уходе за здоровыми новорожденными»]
- Smaill, F. & Hofmeyr, G.J., (2000). Antibiotic prophylaxis for cesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software. [Смэйл, Хофмейр (2000). «Профилактическое назначение антибиотиков при кесаревом сечении»]
- Suddarth, D.S. (1991). The Lippincott manual of nursing practice. 5<sup>th</sup> ed. New York: J.B. Lippincott Company. [Суддарт «Липпинкоттовское руководство по медсестринской практике»]
- Tietjen, L., Cronin, W., McIntosh, N. Infection prevention for family planning service programs: a problem solving reference manual. OK: Essential Medical Information Systems, Inc. For JHPIEGO and the International Family Planning Federation. 1992. [Титджен и др. «Профилактика инфекции в рамках программ планирования семьи», по заказу JHPIEGO и МФПС]
- Wilson, J. (1999). Infection control in clinical practice. Bailliere Tindall. [Уилсон (1999). «Инфекционный контроль в клинической практике»]
- WHO. Puerperal Sepsis Module, WHO/FRH/MSM/96.4. [ВОЗ «Послеродовой сепсис», учебный модуль]

Wilson, J. (1999). Infection control in clinical practice. Bailliere Tindall. [Уилсон, «Инфекционный контроль в клинической практике»]

Woman Care International, Basic Infection Control Guidelines [Международная организация охраны здоровья женщин «Базовое руководство по инфекционному контролю»]

#### Занятие 18: Оценка реализации РОУС

Glatleider, P., Mercer, J., Vacci, A. (2000). Family-Centered Maternity Care Training of Trainers: Day 4, Continuous Quality Improvement Strategy. [Глэтлейдер, Мерсер, Баччи «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи. Курс подготовки инструкторов»: День 4 «Стратегия непрерывного повышения качества»].

WIN Project Quality Assurance Course: Access to Quality Health Care. Moscow, 2000. Presented by R. Massoud, A. Korotkova, and O. Chernobrovkina. [Проект «Мать и дитя». «Курс обеспечения качества: доступ к качественной медицинской помощи»]

#### Занятие 19: Стратегия изменений

Olson, E.M., (1979). Strategies and techniques for the nurse change agent. Nursing Clinics of North America, 14(2):323-36. [Олсон «Стратегия и приемы привнесения перемен медсестрами»]

Smith, D.K. (1996). Taking charge of change: Ten principles for managing people and performance. Addison-Wesley: Massachusetts. [Смит «Принятие на себя ответственности за изменения»]