



Проект «Мать и Дитя»
Джон Сноу, Инкорпорейтед



РОДОВСПОМОЖЕНИЕ, ОРИЕНТИРОВАННОЕ НА УЧАСТИЕ СЕМЬИ



Руководство для преподавателя



**Россия
2003**

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

Родовспоможение, ориентированное на участие семьи

Содержание

ВВЕДЕНИЕ

Введение для преподавателя.....	1
Расписание.....	9
Учебно-методические задачи	11
Перечень материалов.....	12

ДЕНЬ 1

1. Знакомство и вводная часть.....	15
2. Предварительное тестирование.....	18
3. Введение в родовспоможение, ориентированное на участие семьи: доказательная медицина.....	19
4. Взгляды на родовспоможение	37
5. Альтернативные положения при родах	41

ДЕНЬ 2

6. Поддержка в ходе родов.....	48
7. Нефармакологическое обезболивание.....	51
8. Практика родовспоможения, основанная на фактах.....	54
9. Активное вмешательство на третьей стадии.....	66
10. Нарботка клинических навыков	70

ДЕНЬ 3

11. Партограмма.....	75
12. Уход за новорожденным	110
13. Послеродовой уход за матерью	118

ДЕНЬ 4

14. Совместная работа акушерки и врача.....	126
15. Семейные консультации по вопросам РОУС.....	136
16. Основные принципы организации инфекционного контроля в родильном доме.....	146
17. Практический пример инфекционного контроля	156

ДЕНЬ 5

18. Оценка реализации РОУС.....	159
19. Стратегия изменений.....	161
20. Анализ ситуации.....	164
21. План действий.....	166
22. Планирование недели клинической практики.....	168
23. Итоговое тестирование.....	177
24. Оценка и осмысление результатов первой недели.....	178

НЕДЕЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Введение.....	179
A. Оборудование родильных палат.....	182
B. Анализ результатов итогового тестирования.....	183
C. Семейные консультации по РОУС.....	184
D. Нарработка клинических навыков.....	185
E. Обзор научной литературы.....	186
F. Партограмма.....	187
G. Инфекционный контроль.....	188
H. Профилактика и лечение послеродового сепсиса.....	189
I. Подготовка итоговой конференции.....	200
Дополнительные модули ВОЗ: Осложнения.....	201

РАЗДАТОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Занятие 1:	Регистрационный бланк
Занятие 2:	Предварительный тест
Занятие 3:	Градация достоверности рекомендаций
Занятие 13:	Ролевые карточки «Послеродовый уход»
Занятие 15:	Руководство для наблюдателя
Занятие 16:	Игровые карточки по инфекционному контролю
Занятие 20:	Анализ ситуации
Занятие 21:	План действий
Занятие 23:	Итоговый тест и ответ-ключ
Занятие 24:	Оценка результатов недели 1
Клиническая практика:	Оценка результатов недели 2

Библиография.....	202
-------------------	-----

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 Vacci, 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,” 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
Сиупсинкас 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.

Введение для преподавателя

Формат:

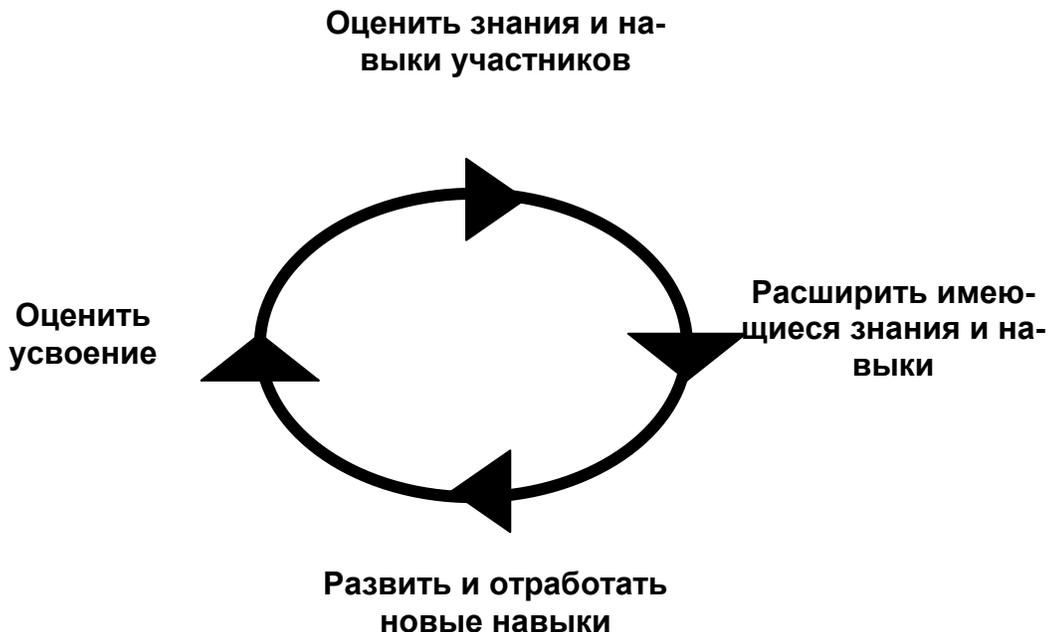
Каждому занятию предшествует определение учебных задач, продолжительности занятия, необходимых материалов и приготовлений и учебной методики. Подробно описываются этапы проведения собственно занятия. Указывается информация, которую необходимо будет вывесить на доске, и материалы, которые предстоит раздать участникам.

Участники получают письменные руководства с конспективным изложением основных положений по каждому занятию и дополнительную литературу по соответствующей теме. «Папка участника» содержит также большинство инструкций, которые потребуются участникам для работы в группах и других учебных мероприятий (в частности, рассмотрение практических примеров). Это позволит избежать необходимости раздавать множества материалов непосредственно в ходе занятий.

Методология:

Настоящий курс основан на принципах взрослого восприятия материала. Взрослые лучше всего воспринимают и усваивают изучаемый материал, когда чувствуют, что он близок по своей тематике к их повседневной жизни и работе, и получают возможность применить новые навыки непосредственно на практике.

Занятия учебной программы основаны на так называемом **Цикле обучения для взрослых**, который представлен на следующем рисунке:



1. Каждое занятие следует начать с выяснения имеющегося у участников объема знаний и навыков по теме. Для этого в планы занятий включены краткие вопросы для обсуждения и задания.
2. Расширьте имеющиеся знания, предложив вниманию участников новую информацию.
3. Дайте участникам возможность попрактиковаться в применении новых знаний и навыков в ходе упражнений и/или обсуждения.
4. В конце занятия оцените, насколько хорошо участники усвоили тему. Планы занятий включают рекомендуемые вопросы и упражнения, позволяющие оценить степень усвоения материала. Кроме того, в конце каждого учебного дня также запланированы мероприятия по оценке полученных знаний и навыков.

Технические приемы обучения взрослых:

В рамках настоящего курса используются следующие приемы обучения:

Мозговой штурм. Этот прием нацелен на стимулирование активного творческого поиска и максимальное раскрытие имеющихся у участников знаний и навыков. Роль инструктора сводится к тому, чтобы подвигнуть участников на озвучивание первых пришедших на ум мыслей и идей и их последующее быстрое осмысление. Мозговой штурм используется, когда нужно очертить или прояснить суть дела, сгенерировать информацию, которая поможет завязать или направить в нужное русло обсуждение.

Процесс: Ведущий задает вопрос по теме, которую предстоит исследовать. Участников просят исходить из собственного опыта и взглядов и предлагать как можно больше идей. По мере того, как участники высказывают идеи, все они фиксируются на доске; ни одна не отвергается с порога. По завершении мозговой атаки группа совместно анализирует полученную таким образом информацию.

Преимущества: Стимулирует творческий подход к решению проблем. Особенно эффективен в ходе первых занятий, когда необходимо выработать цели, задачи и правила обучения.

Рассмотрение практических примеров. Этот технический прием рассчитан на то, чтобы поставить участников в ситуацию, с которой им, вероятно, приходилось или придется столкнуться, заставить проанализировать её и принять адекватное

решение. Практический пример обычно приводится в форме детального описания ситуации или события, после которого на обсуждение участников выносятся определенные вопросы. Практические примеры следует подбирать таким образом, чтобы они были близки участникам. Кроме того, у них должно быть достаточно времени для того, чтобы прочитать описание ситуации, осмыслить и обсудить её.

Процесс: Ведущий раздает описание соответствующей ситуации или проблемы. Участники знакомятся с описанным примером. После этого следует либо разбить участников на небольшие группы для обсуждения, либо предложить совместное обсуждение всей группой. Сам инструктор при этом должен направлять ход дискуссии.

Преимущества: Помогает участникам выявить альтернативные действия и решения в проблемных ситуациях, с которыми они могут столкнуться в реальной работе. Нередко позволяет выявить много полезных сведений, на которые участники смогут сослаться при последующем обсуждении и ответах на вопросы.

Демонстрация. Этот прием используется, чтобы показать участникам, как именно следует делать что-либо. Демонстрация позволяет оживить информацию, доносимую до участников в ходе лекции, обсуждения или разъяснения. Например, обсуждение процесса реанимации новорожденного может оказаться гораздо менее эффективным приемом, нежели непосредственная демонстрация техники реанимации, с тем чтобы участники могли увидеть действия акушера-гинеколога и попытаться воспроизвести их.

Процесс: Инструктор должен объяснить цель демонстрации, после чего продемонстрировать собственно новую манипуляцию или прием. Участникам предлагается задать вопросы, завязать обсуждение. Наконец, они должны воспроизвести увиденное сами.

Преимущества: Активные попытки воспроизвести продемонстрированное действие позволяют оценить, хорошо ли участники усвоили полученную информацию, и закрепить её.

Взаимное обучение. Этот прием используется, чтобы помочь участникам составить полную картину из отдельных элементов. Каждому участнику предоставляется возможность выступить в роли «эксперта» по «своему» частному вопросу и поделиться знаниями с другими. В этом случае участники выполняют функции одновременно учащихся и преподавателей.

Процесс: Общая группа разбивается на подгруппы посредством раздачи карточек двух типов (например, с буквами и цифрами). Каждой из подгрупп первого типа (например, с цифрами) поручается досконально изучить какой-либо из аспектов изучаемого предмета. Каждая такая подгруппа тщательно прорабатывает свой вопрос, пока все члены группы не усвоят его настолько

досконально, что будут в состоянии преподать его другим. Теперь один из членов исходных групп выступает в роли «эксперта» перед второй группой. Вторые группы формируются посредством перегруппировки (например, по буквам). Вторая группа работает до тех пор, пока каждый из участников не получит возможность полностью изложить перед ней свой предмет. После этого проводится совместное обсуждение результатов полной группой.

Преимущества: Этот прием позволяет каждому участнику тщательно изучить какой-либо вопрос и вслед за этим объяснить его остальным. Это эффективный способ помочь участникам развить навыки преподавания и привить им уверенность в своих силах, знаниях и умениях.

Лекция. В рамках настоящего курса лекции используются в основном в форме кратких презентаций, призванных подчеркнуть ключевые моменты изучаемого материала. Лекции должны проводиться при активном участии слушателей — им следует постоянно задавать вопросы, выпытывать у них информацию, а не выступать исключительно самому безо всякого перерыва.

Процесс: Ведущий выявляет моменты, когда участников можно вовлечь в обсуждение, задать им вопросы. Заранее отрепетируйте и захронометрируйте лекцию, чтобы убедиться, что материала заготовлено не слишком мало и не слишком много для отведенного времени. В ходе самой лекции постоянно следите, не утратили ли участники концентрацию, внимательно ли они слушают. Если видите, что люди начинают утрачивать интерес, прервитесь, увлеките их вопросами.

Преимущества: Лекции позволят в сжатые сроки дать слушателям детальную и конкретную информацию.

Ролевые игры. Этот прием подталкивает участников к поиску выходов из сложных ситуаций. Разыгрывается короткая, часто не отрепетированная заранее сценка, где каждому из участников отводится определенная роль, с которой они должны справиться. В отличие от театра или драмкружка, актерам-участникам не предлагается готовой пьесы или сценария — только описание ситуации, в которую они поставлены, действий, которые они могут предпринять, и мнений, которые им предстоит высказать.

Процесс: Роли может назначить ведущий, а могут выбрать, по собственному вкусу, сами участники. Описание ситуации, которую предстоит разыграть, можно дать устно, а можно раздать в письменном виде. Участникам ролевой игры нужно дать какое-то время на подготовку. Каждый участник должен выступать не от своего лица, а от лица персонажа, которого он играет. После этого инструктор организует обсуждение действий и переживаний участников разыгранной сцены. «Актерам» нужно дать возможность описать свою роль и действия, посмотреть, совпадает ли их субъективное восприятие с мнением других участников. После этого пусть участники

обсудят, как увиденное ими соотносится с их реальной работой и ситуациями, с которыми им доводилось сталкиваться.

Преимущества: Обсуждение после ролевой игры может затронуть роли, взгляды, действия персонажей, сыгранных участниками, при этом сами участники остаются вне критики. Этот прием, помимо обучающей нагрузки, носит и развлекательный характер, способствуя, в то же время, развитию у участников навыков самовыражения и наблюдательности.

Малые группы. Часто бывает необходимо разбить общую группу на несколько мелких, чтобы упростить обсуждение, поиск решения проблем и задач.

Процесс: Участники разбиваются на малые группы — по выбору или по жребию. Каждой группе предлагается за ограниченное время решить четко сформулированную задачу или проблему. Заранее оговаривается, в каком виде группа должна представить найденное решение, при этом все члены группы несут совместную ответственность за его представление. После такого инструктажа каждая из групп занимается поиском решения, после чего отчитывается перед всеми участниками.

Преимущества: Чем меньше группа, тем больше у каждого участника возможностей, чтобы внести свой индивидуальный вклад. Чем больше малых групп, тем больше шансов услышать интересные мнения и информацию, получить неординарные решения (с другой стороны, однако, чем больше малых групп, тем больше времени займет заслушивание их отчетов).

Методы оценки:

Оценка усвоенного участниками — важнейший этап подготовки. Поскольку подготовка по РОУС подразумевает, что врачи и акушерки должны воспринять кардинально новый подход, новые методы совместной работы, а, возможно, и в корне изменить привычную клиническую практику, очень важно постоянно проверять их реакцию на новый материал. По мере возможности предоставляйте участникам возможность озвучивать интересующие их вопросы, волнующие сомнения относительно приемлемости предлагаемых методов РОУС. Тем самым, вам удастся определить, каким практическим компонентам следует уделить повышенное внимание и дополнительное время. Кроме того, это даст участникам возможность выговориться, почувствовать, что их сомнения услышаны

Оценочные мероприятия запланированы на конец каждого дня первой недели. Кроме того, вы можете предусмотреть и дополнительные мероприятия. Вот, в частности, некоторые из них, которые можно адаптировать к нуждам настоящего тренинга.

Анализ степени решения поставленных на день задач: Попросите участников взять чистый лист бумаги и ответить на следующие вопросы:

- Насколько по пятибалльной шкале (5 – максимальная оценка) были решены поставленные на день задачи
- Какие предложения у вас будут относительно следующего дня проведения тренинга?

Соберите ответы и, в начале следующего дня, подведите итоги предыдущего.

Письменная оценка: Чтобы оценить, насколько эффективно, с точки зрения участников, прошел день, попросите их несколько минут подумать и ответить на следующие вопросы:

- Что сегодня, по-вашему, было самым полезным?
- Что вам далось труднее всего? Что бы вы могли предложить для преодоления подобных трудностей в дальнейшем?
- Какие предложения у вас имеются насчет завтрашнего дня?

Соберите ответы и проанализируйте их на следующий день.

Ролевая игра: Попросите участников разыграть в лицах иллюстрацию самого ценного урока, полученного ими сегодня, или нарисовать картинку, отражающую нечто ценное, что они почерпнули за день, а в последствии объяснить это всей группе.

Проверка самочувствия: Поинтересуйтесь, как на людей подействовало то, что они узнали за день, как они себя чувствуют. Чтобы как-то систематизировать отклик, попросите их в двух словах записать, что они испытывают прямо сейчас, а потом, если хотят, поделиться этим вслух с остальными членами группы.

Навеянные образы: Попросите участников закрыть глаза и мысленным взором окинуть прошедший день — с самого начала. Спросите, с какими чувствами они приступили сегодня к работе, результаты которой вы оцениваете. Задайте им наводящие вопросы из числа предложенных ниже, чтобы они задумались о познавательных, эмоциональных, поведенческих аспектах проделанной за прошедший день работы. Дайте участникам возможность время задуматься над каждым вопросом, прежде чем переходить к следующему. Ответов требовать не нужно. Всколыхнуть воспоминания о прошедшем дне нужно для того, чтобы участники задумались, а не для того, чтобы они формулировали и анализировали прошедший день.

- Что вы сегодня испытали? Как вы себя чувствовали в начале — и как в конце? Что изменилось за день? Что-нибудь вас поразило? Что-нибудь разочаровало? Что-нибудь рассмешило?

- Какие новые навыки вы приобрели? Представилась ли вам возможность в них поупражняться? Каково это было?
- Извлекли ли вы какую-либо особо ценную для себя информацию по изучавшемуся предмету? Как бы вы её описали тем, кого сегодня здесь не было?

Физический континуум: Попросите участников оценить свое отношение к заявлению типа: «Сегодня я полностью переосмыслил понятие «инфекционный контроль». Попросите полностью согласных со столь принципиальной формулировкой встать по одну сторону комнаты, полностью несогласных — по другую, колеблющихся — остаться где-то посередине, на соответствующем расстоянии от полюсов. Попросите нескольких участников объяснить, почему они остановились именно там, где остановились. *Примечание:* Этот метод особенно хорош, когда дело касается противоречивых, неоднозначных предметов, когда важно, чтобы все увидели, как распределяются мнения участников по сложным вопросам. Он помогает прояснить ценности, задуматься над своим отношением к предмету, поделиться пониманием.

Попросите участников снова перераспределиться по помещению и встать по одну сторону комнаты тех, кто считает, что они заметили «серьезные изменения», по другую — тех, кто считает, что ничего не изменилось, и где-либо между ними тех, кто придерживается промежуточной точки зрения.

Бумажные бои: Попросите каждого взять листок бумаги, записать на нем вопрос, который поможет оценить, насколько хорошо сегодняшние занятия (или семинар в целом) способствовали решению поставленных задач (например, участник может поставить вопрос так: «Назовите и опишите три альтернативные позы при родах»). После того, как все участники записали свои вопросы, попросите их скомкать свои бумажки в шарик, разделить на две равные команды и встать друг напротив друга. Объясните, что теперь они будут этими шариками перекидываться, а задача состоит в том, чтобы на тот момент, когда ведущий скажет «стоп!» как можно больше шариков оказалось на стороне противоположной команды.

Когда все приготовятся, скомандуйте: «На старт! Внимание! Марш!» — и пусть участники пару минут швыряют друг в друга бумажки. Потом скомандуйте: «Стоп!»

Пусть обе команды соберут шарики, оказавшиеся на этот момент на их стороне, и пересчитают их. «Выигравшей» считается сторона, где оказалось меньше шариков. Затем попросите команды развернуть бумажки и про себя ознакомиться с вопросами. После этого, «победители» первыми задают вопрос, а «проигравшие» должны дать на него правильный ответ, который удовлетворит и обе команды, и ведущего. После этого, команды должны поочередно задавать друг другу вопросы и отвечать на них, пока все шарики не будут исчерпаны.

Ниже предлагается несколько ежедневных оценочных заданий, разработанных специалистами **EngenderHealth**:

Ежедневное оценочное задание А:

Попросите участников в 1-2 предложения сформулировать ответы на один или оба из следующих вопросов:

1. Что вам показалось неясным в ходе сегодняшних занятий?
2. Как нам улучшить завтрашние занятия?

Ежедневное оценочное задание Б:

Зачитайте начала следующих предложений (одного или нескольких) и попросите участников завершить их. Соберите письменные ответы.

1. Завтра, я надеюсь, что ведущий....
2. По-моему, мы слишком много времени тратим на....
3. По-моему, мы мало времени уделяем....
4. Сегодня в конце занятий я испытывал(а)... (добавить одно слово)
5. Хорошо бы, чтобы ведущий....

Ежедневное оценочное задание В:

Раздайте участникам по листочку с тремя рожицами (улыбающейся, безразличной и грустной). Пусть, покидая класс, обведут ту из них, что наилучшим образом описывает их настроение в конце дня:



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>	Доклад дежурной группы			
09:15	1. Знакомство и представление участников 2. Предварительное тестирование	6. Поддержка при родах 7. Нефармакологическое обезболивание	11. Партограмма	14. Дородовый инструктаж 15. Консультирование семейных пар по РОУС	18. Оценка возможностей реализации РОУС 19. Стратегия изменений
11:00	Перерыв				
11:15	3. Введение в РОУС <i>(Лекция для расширенной аудитории)</i>	8. Практика родовспоможения, основанная на данных доказательной медицины	(продолжение)	(продолжение)	20. Анализ ситуации
13:00	Обед				
14:00	4. Взгляды на родовспоможение	(продолжение) 9. Активное ведение третьей стадии родов	12. Уход за новорожденными	16. Инфекционный контроль при РОУС	21. План действий
15:45	Перерыв				
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	Оценка результатов				
18:00	Собрание координационного комитета				

НЕДЕЛЯ 2: КЛИНИЧЕСКАЯ 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
Присутствие на утреннем плановом совещании	Плановое совещание	Плановое совещание	Плановое совещание	Плановое совещание	Подготовка к конференции
Подготовка родовых палат	Подготовка родовых палат			Прием родов и проведение послеродовых обходов	
Прием родов и проведение послеродовых обходов	Прием родов и проведение послеродовых обходов	Прием родов и проведение послеродовых обходов	Прием родов и проведение послеродовых обходов	Встреча с местным медперсоналом	
В промежутках — учебные мероприятия	В промежутках — учебные мероприятия	В промежутках — учебные мероприятия	В промежутках — учебные мероприятия	БРИГАДЫ С-Д	Конференция с участием медперсонала родильного отделения
В конце смены — встреча с местным медперсоналом для передачи пациентов	Встреча с местным медперсоналом	Встреча с местным медперсоналом	Встреча с местным медперсоналом	Прием родов и проведение послеродовых обходов	- Отзывы клиентов - Сообщение результатов анкетирования - Отзывы участников
				Встреча с местным медперсоналом	Оценка результатов недели 2

Примечания:

- С первого по четвертый день каждая бригада дежурит 24 часа, после чего 24 часа отдыхает. На пятый день каждая бригада дежурит в течение двенадцатичасовой смены. Итого, каждая бригада получит по 60 часов клинической практики.
- В каждую смену на дежурстве находятся две бригады.
- Недельная клиническая практика должна начинаться в субботу, чтобы итоговая конференция пришлась на пятницу.
- В состав каждой из четырех бригад входит штатный набор акушерок, врачей и педиатров-неонатологов плюс два напарника-инструктора.
- Для учебной работы в свободное время у инструкторов должны иметься учебные материалы, включая краткие отдельные модули. На каждый день следует выбрать определенную тему для изучения. Модули должны использоваться по усмотрению инструкторов и членов бригад, с учетом наличия свободного времени в промежутках между принятиями родов.

Учебно-методические задачи

По завершении программы подготовки по РОУС участники научатся:

- 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 аудиообезболивание, 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.

Перечень материалов

Занятие	Необходимые материалы
1. Знакомство и вводная часть	Регистрационный лист
2. Предварительное тестирование	Раздаточный материал: «Предварительный тест»
3. Введение в РОУС	Видеоматериал(ы) по РОУС Видеомагнитофон Слайды АСNM Проектор слайдов
4. Взгляды на родовспоможение	не требуются
5. Альтернативные позы при родах	Стул Мат или подстилка Слайды АСNM Проектор слайдов
6. Поддержка в ходе родов	Слайды АСNM Проектор слайдов
7. Нефармакологические методы обезболивания	Полотенца Водная грелка Кассетный плеер и музыкальные записи
8. Практически обоснованные методы родовспоможения	Карточки для групповых заданий
9. Активное вмешательство на третьей стадии родов	не требуются
10. Нарработка клинических навыков	Модель таза Кукла Сумка и маска Раздаточный материал: «Проблемы родовой деятельности»
11. Партограмма	Раздаточный материал: «Партограмма» Проецируемый слайд или ламинированный плакат с незаполненным бланком партограммы
12. Уход за новорожденным	Слайды или видео по уходу за новорожденным при РОУС, если есть — прозрачные листы для лекционного проектора Проектор слайдов Видеомагнитофон Лекционный проектор

13. Послеродовой уход за матерью	Ролевые карточки
14. Дородовый инструктаж	не требуются
15. Семейные консультации по РОУС	Раздаточный материал: «Руководство наблюдателя»
16. Инфекционный контроль при РОУС	Лекционный проектор, слайды к нему
17. Практический пример организации инфекционного контроля	не требуются
18. Оценка возможностей для реализации РОУС	не требуются
19. Стратегия изменений	не требуются
20. Анализ ситуации	Раздаточный материал: «Анализ ситуации»
21. План действий	Раздаточный материал: «План действий»
22. Планирование недельной клинической практики	Графики дежурств клинических бригад
23. Итоговое тестирование	Раздаточный материал: «Итоговый тест»
24. Оценка и осмысление	Форма «Оценка Недели 1»

Неделя клинической практики	Необходимые материалы
Основные материалы и оборудование, необходимые на эту неделю, включают:	Фетаскопы стерильные одиночные смотровые перчатки стерильные парные перчатки различных размеров нестерильные перчатки, маски глазные щитки или защитные очки смазка местная анестезия различные шовные материалы стерильные иглы и шприцы комплект для неонатальной реанимации антибактериальное мыло
А. Родовые палаты	Оборудование для родовых палат (может включать родильные шары, оконные шторы и т. п.)
Б. Анализ тестов	Исправленные предварительные и итоговые тесты, заполненные участниками Ключи-ответы к тестам
В. Семейные консультации по РОУС	не требуются
Г. Нарботка клинических навыков	Модель таза; кукла; сумка и маска; раздаточный материал «Проблемы родовой деятельности» (материал Дня 2 теоретических

	занятий)
Д. Обзор научной литературы	Материалы для чтения из папки участника (а также дополнительная литература, по усмотрению инструкторов)
Е. Партограмма	Описание клинического случая родов Партограмма клинического случая Несколько незаполненных бланков партограммы Упражнения по заполнению партограммы (материал Дня 3 теоретических занятий)
Ж. Инфекционный контроль	Список вопросов, взятых из практического примера (материал Дня 4 теоретических занятий)
З. Ведение послеродового сепсиса	Раздаточный материал «Ведение послеродового сепсиса»
И. Подготовка к итоговой конференции	Формы НПК, заполненные в течение недели Калькуляторы, бумага и карандаши для планирования и анализа данных
Модули ВОЗ	Модули ВОЗ по осложнениям в акушерской практике
День 6	Форма «Оценка Недели 2»

Занятие 1: Знакомство и вводная часть

Время: 1 час 30 минут

Материалы: Лист записи в дежурную группу

Подготовка: Подготовьте лекционный плакат; вывесьте лист записи

Методы: Работа в малых группах

Учебные задачи: К концу занятия участники смогут:

- описывать график и порядок проведения учебных занятий

Поприветствуйте участников. Расскажите им о цели программы подготовки (представленной на плакате):

Цель программы подготовки по РОУС:

- способствовать улучшению состояния здоровья матерей и новорожденных посредством подготовки медицинских работников к внедрению практики родовспоможения, ориентированного на участие семьи (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.

Скажите участникам, что на вводную лекцию, которая состоится позже утром, приглашены представители области. К тому времени они уже успеют кое-что узнать об истории семейно ориентированного родовспоможения и о его предназначении. Однако для начала всем нужно познакомиться.

Знакомство:

Попросите участников разбиться попарно таким образом, чтобы напарники не были знакомы по работе.

- При желании можно попросить представителей двух разных роддомов построиться в две шеренги и составить пары по порядку.
- Альтернативный вариант: разрезать открытки пополам и раздать одни половинки работникам одного роддома, а вторые половинки — работникам другого роддома. Пусть ищут себе «вторую половину».

Попросите напарников побеседовать между собой (не дольше 10 минут), разузнать друг о друге информацию, представленную на нижеприведенном плакате, и приготовиться представить своих напарников всей аудитории.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Имя2. Должность и место работы (роддом)3. Имеет ли представление о семейно ориентированном родовспоможении и, если да, то какое4. Ожидания от программы подготовки |
|--|

Примечание: В случае если группа большая, для экономии времени можно предложить участникам просто кратко представиться, ответив на вышеперечисленные вопросы, либо попросить ограничиться односложными ответами, в частности, на вопрос 4.

Рассадите участников по местам и попросите сначала добровольцев, а затем всех по очереди представить своих напарников. По мере представления фиксируйте на плакате ожидания участников.

После того, как все будут представлены, обобщите озвученные участниками и записанные вами ожидания и объясните, какие из них сбудутся, а какие, скорее всего, нет.

График и организационные вопросы:

Попросите участников обратиться к графику учебных мероприятий, вложенному в папку. Сначала кратко обрисуйте недельный план занятий, ответьте на вопросы. После этого подробнее остановитесь на графике на сегодняшний день.

Разъясните учебно-методические задачи на день (они должны быть вывешены на плакате и представлены в папке участников).

Сделайте все необходимые организационные объявления (относительно перерывов, питания, мест проведения занятий и т. п.).

Дежурная группа и Управляющий комитет:

Представьте участникам идею Дежурной группы и Управляющего комитета. Объясните, что они нужны для того, чтобы участники имели «право голоса», и что инструктора рассчитывают, что за пять дней семинара большинство участников успеет добровольно поработать в составе Дежурной группы или Управляющего комитета.

В папках участников содержится следующая информация:

Дежурная группа — это группа участников, взявшихся 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.

Особо подчеркните, что участие Дежурной группы в работе Комитета крайне важно, поскольку они представляют общее мнение участников семинара.

На следующий день представители Дежурной группы должны в ходе утреннего отчета сообщить участникам, что именно обсуждалось накануне на собрании Управляющего комитета. Если проводились оценочные мероприятия, они также должны сообщить результаты оценки.

Вывесьте «Лист записи» в Дежурную группу, желательно, у выхода, чтобы участникам было удобно его изучить и записаться на дежурство.

Занятие 2: Предварительное тестирование

Время: 30 минут

Материалы: Раздаточный материал «Предварительный тест»

Методы: Тестирование

Учебные задачи: К концу занятия участники должны:

- определить области учебной программы РОУС, с которыми они не знакомы

Расскажите о предварительном тестировании. Объясните участникам, что этот же тест им предстоит заполнить в конце недели. Позже, в ходе недели клинической практики, участники смогут задать инструкторам вопросы по любым темам, которые так и останутся для них неясными.

Объясните, что тест нужен для того, чтобы:

- помочь самим участникам определить, о каких областях РОУС они не имеют достаточно четкого представления и хотели бы узнать побольше;
- помочь участникам оценить и сравнить уровень своих знаний в начале и по окончании программы семинара;
- показать инструкторам уровень подготовленности контингента участников, помочь определить области, требующие повышенного внимания;
- помочь организаторам и преподавателям курса оценить эффективность учебной работы;
- РЕЗУЛЬТАТЫ тестирования НЕ БУДУТ доводиться до сведения начальства участников; они нужны только инструкторам.

Объясните участникам, чтобы они зря не переживали, если не знают ответов на те или иные вопросы или не знакомы с терминологией. Объясните, что за неделю учебы они узнают всё, что им нужно знать по изучаемым вопросам.

Раздайте тесты и дайте участникам **20 минут** на их самостоятельное заполнение.

Соберите заполненные тесты, проверьте, что все они подписаны, чтобы по завершении курса их можно было вернуть участникам. Вечером Дня 1 совместно с другими инструкторами проанализируйте тесты и обсудите области, требующие повышенного внимания, и, напротив, меньше времени, нежели предполагалось.

Занятие 3: Введение в РОУС: доказательная медицина

Время: 1 час 45 минут

Материалы: видеоматериалы по РОУС; слайды Американского колледжа медсестер-акушерок (ACNM)

Подготовка: Подберите видеосюжеты по РОУС и остановите кассеты на начале нужных сюжетов

Методы: Лекция, обсуждение

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- перечислять задачи подготовки по РОУС;
- перечислять сферы практического применения знаний и навыков, которые получают участники;
- давать определение РОУС;
- давать определение доказательной медицины;
- перечислять источники для расширения знаний по родовспоможению, основанному на принципах доказательной медицины.

Вводная лекция адресована широкой аудитории, включая администрацию и в целом персонал родильных домов, а не одним участникам.

Поприветствуйте участников и гостей семинара. Возможный вариант: попросите представителя администрации родильного дома, на базе которого проводится семинар, выступить с краткой ответной речью.

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, ориентированное на участие 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.

Первая программа подготовки инструкторов по РОУС была разработана и успешно реализована на Украине в 1996 году совместными усилиями MotherCare/John Snow, Inc. и Американского колледжа медсестер-акушерок. В дальнейшем программа подготовки инструкторов по РОУС (ПИ РОУС) была, с некоторыми изменениями, осуществлена в Молдове (1997 г.) и в Крыму (Украина, 1998 г.). Основываясь на успешном опыте

реализации проектов РОУС на Украине, в Молдове и Крыму, учебная программа РОУС в 2000 году впервые была представлена в России Проектом «Мать и дитя» (WIN).

Проект в области стратегии здравоохранения «Мать и дитя» (WIN) в России финансируется Агентством США по международному развитию (USAID) при активной поддержке Министерства здравоохранения РФ.

Задачи проекта «Мать и Дитя» включают повышение доступности, объема и качества прогрессивных услуг в области охраны материнства и детства. Проект «Мать и Дитя», осуществляемый под руководством John Snow, Inc., предусматривает комплексный подход к решению этих задач в области здравоохранения, и РОУС представляет собой ключевой элемент этого подхода. Внедрение практики РОУС позволит медицинским учреждениям, которые обслуживают российских женщин, значительно повысить качество услуг в области родовспоможения и, в конечном итоге, способствовать улучшению состояния здоровья российских женщин и детей.

Цель программы подготовки по РОУС:

- Способствовать улучшению состояния здоровья женщин и грудных детей за счет подготовки медицинских специалистов к внедрению родовспоможения, ориентированного на участие семьи (РОУС), в лечебно-профилактических учреждениях России.

От участников ожидается, что они будут:

- внедрять практики РОУС в работу своих медучреждений;
- помогать администрациям роддомов проводить организационные изменения, необходимые для внедрения РОУС;
- участвовать в оценке реализации РОУС с использованием оценочных анкет и помогать в этом своим коллегам;
- неформально делиться с коллегами информацией о РОУС.

Объясните, что сегодняшний день начнется с обзорной презентации для участников тренинга и всех желающих сотрудников медучреждения, посвященной общим сведениям о родовспоможении, ориентированном на участие семьи.

Представьте участникам развернутое **определение РОУС:**

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]

За вводной частью следуют две презентации для гостей.

1. Проект «Мать и Дитя»: Краткая презентация **Проект «Мать и дитя»/Women and Infants' (WIN) Project**, рассказывающая о проекте и инициативах в области РОУС, представленная штатным сотрудником Проекта «Мать и Дитя». Кратко расскажите о целях проекта, о роли подготовки по РОУС в проекте, об истории подготовки, о достижениях на сегодняшний день. Сюда можно включить следующее (имеется в виде слайдов):

- Проект, финансируемый USAID, июнь 1999 — сентябрь 2003.
- Цели проекта:
 - Повысить доступность
 - Повысить спрос
 - Повысить качество
 - Объединяющие принципы:
 - Родовспоможение, ориентированное на участие семьи
 - Медицинская помощь, основанная на доказательствах
 - Непрерывное повышение качества
 - Цели Проекта «Мать и Дитя» по РОУС:
 - Интегрировать концепцию и практику РОУС в работу родильных отделений медучреждений, охваченных проектом.
 - Реализовать РОУС в порядке эксперимента на базе медучреждений-участников.
 - Создать учебные центры для распространения и развития инициативы РОУС.

В рамках подготовки инструкторов по РОУС создана базовая группа инструкторов, представляющих родильные дома Перми, Березников и Великого Новгорода. Эта когорта инструкторов будет проводить курсы в дальнейшем.

2. Региональные тенденции в области ОМД и РОУС: Краткая презентация по вопросам охраны материнства и детства (ОМД) и родовспоможения, ориентированного на участие семьи (РОУС), в регионе, подготовленная штатным сотрудником принимающего роддома, представителем облздрави или другим уполномоченным лицом. Эта презентация призвана дать участникам представление о положении дел в области ОМД в регионе, о перспективах внедрения РОУС в регионе.

Прочтите обзорную лекцию по РОУС. Используйте фото-слайды ACMN, позволяющие составить представление о том, как реально принимаются роды с участием семьи¹.

[Слайды пронумерованы, номера слайдов даны в скобках]

Программа РОУС разработана для максимального удовлетворения информационных, социальных и эмоциональных потребностей здоровых беременных женщин, для создания комфортной обстановки во время беременности и родов. [Слайд №2]

Основной целью программы РОУС в дородовой 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. [Слайд №3]

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. [Слайд №4]

В работе Оукли и др. [Oakley et al., 1992] дан обзор литературы, отражающей опыт и впечатления женщин о предоставляемом им уходе во время беременности. [Слайд №5]

Следующие вопросы были выделены ими как ключевые:

- Продолжительность ухода;
- Реакция на социальные проблемы женщин и их обязанности;

¹ Адаптировано с презентации Полины Глэтлейдер «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи» [“Family-Centered Maternity Care” by Pauline Glatleider, CNM, MN, American College of Nurse-Midwives].

- 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.

[Слайд №6]

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. [Слайд №12]

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. [Слайд №13]

Концепция РОУС предусматривает создание и обеспечение спокойной и тихой обстановки, когда акушерка или медсестра постоянно находится рядом с роженицей. [Слайд №16]

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 Грэйлиха 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 Апгар 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. [Слайд №71]

Спросите участников:

- ***Как вы решаете эффективна ли медицинская практика или нет? Что убеждает вас о полезности практики?***

Обратите внимание, что мед. практика всегда была основана на различных видах информации: укоренившиеся практики, традиции, предпочтения врача или пациента,

политический аспект, доступные источники, и т.д. Однако, в связи с тем, что информация становится все более и более доступной, у медицинских работников появилась возможность принимать решения, основываясь на данных научных исследований.

Соотнесите ответы со следующей дискуссией по доказательной медицине.

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

Попросите участников разбиться на группы по 2-3 человека. Через 10-15 минут они должны быть готовы ответить на следующий вопрос:

Как вы решите, что информация об исследовании в медицинской литературе достоверна?

Соберите группы и попросите ответить. Напишите ответы на флип-чарте. Сравните со следующей градацией, разработанной **Центром доказательной медицины в Оксфорде**.

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) — утверждение, основанное на мнении экспертов.

Раздайте участникам следующий материал, дающий более детальную информацию о градации достоверности исследований.

Раздаточный материал:

Градация достоверности рекомендаций

Градация достоверности рекомендаций	Уровень убедительности доказательств	Курс лечения/профилактика этиология/вред
A	1a	Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (испытаний) (РКИ)
	1b	Отдельное рандомизированное контролируемое исследование (с узким доверительным интервалом)
B	2a	Систематический обзор когортных исследований
	2b	Отдельное когортное исследование
	3a	Систематический обзор исследований «случай-контроль»
	3b	Отдельное исследование «случай-контроль»
C	4	Исследование серий случаев
D	5	Мнение эксперта, которое не подвергалось прицельной критической оценке, или основанное на физиологии, результатах пробного исследования или на «основных принципах»

Достоверность доказательств из разных источников убывает в следующем порядке (Li Wan Po, 1998):

- 1) рандомизированное контролируемое КИ;
- 2) нерандомизированное КИ с одновременным контролем;
- 3) нерандомизированное КИ с историческим контролем;
- 4) когортное исследование;
- 5) исследование типа «случай—контроль»;
- 6) перекрестное КИ;
- 7) результаты наблюдений;
- 8) описание отдельных случаев.

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

Спросите:

- *Каковы некоторые причины того, что родильные дома не внедряют практики, основанные на доказательной медицине?*

Д.А.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

Вниманию тренера: Подробные результаты исследований, приведенные здесь (например RR) могут быть незнакомым для участников подходом. Сконцентрируйте внимание на основных результатах и предоставьте более подробную информацию о результатах для особо заинтересовавшихся участников.

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, www.acponline.org, 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)

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

Представьте краткое описание практик, имеющих отношение к РОУС и представленных в работе Энкина. Скажите, что те из слушателей, кто остается на двухнедельном семинаре, узнают всё об эффективности или неэффективности различных практических методов в подробностях.

Перейдите к ключевым практическим подходам, которые будут освещаться в ходе двухнедельной программы подготовки. Кратко опишите каждый из них (насколько позволяет время). Особенно подчеркните, что это лишь малая часть практических подходов, обобщенных Энкином.

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.

Видео

Для более наглядной демонстрации различных практических подходов покажите аудитории видеосюжеты по РОУС.

До лекции подберите один или несколько видеоклипов (общей продолжительностью не более 10 минут), демонстрирующих различные аспекты РОУС. Если видеокассета записана без перевода на русский, отключите звук и объясняйте происходящее самостоятельно.

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 акушер-гинекологов
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%

Обсудите плюсы и минусы применения следующих технологий.

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 elective 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.

Продемонстрируйте слайды, подтверждающие это положение:

- 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..

Обзор графика занятий

В заключение лекции кратко расскажите о графике занятий на предстоящие две недели, чтобы медперсонал принимающего роддома и участники семинара знали, к чему готовиться:

Акушерки и врачи-гинекологи и неонатологи проведут пять полных дней теоретических занятий, на которых ознакомятся с методами РОУС, фактами и доказательствами их эффективности, практическими приемами. После этого им предстоит пройти пятидневную клиническую практику на базе принимающего роддома.

Кратко расскажите об организационных аспектах недели практических занятий, в частности:

- как переоборудовать родовые палаты;
- график работы дежурных смен;

- какие договоренности были достигнуты с областным руководством, чтобы получить разрешение на практику, вступающую в формальное противоречие с санитарно-эпидемиологическими нормами;
- какие контакты с Проектом WIN будут по завершении программы обучения поддерживать роддома-участники.

Естественно, многие из этих вопросов, в частности, клинические протоколы перехода на новые методы родовспоможения, будут в дальнейшем обсуждаться с персоналом принимающего роддома более подробно.

Занятие 4: Взгляды на родовспоможение

Время: 1 час 45 минут

Материалы: не требуются

Методы: Рассмотрение практических примеров

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- излагать свою точку зрения относительно общепринятых методов родовспоможения;
- описывать, что испытывает женщина при родах в типовом роддоме и что испытывает женщина при родах с участием семьи.

Сценарий этого занятия предусматривает вживание в роль матери и взгляд на родовспоможение её глазами. При помощи этого сценария вы должны выяснить реальное отношение участников к традиционному родовспоможению, помочь им понять, каким образом оно сказывается на матери.

Раздайте материал «Её глазами». Попросите участников разбиться на малые группы, совместно прочитать и обсудить материал. Через 30 минут группы должны дать свои ответы на вопросы, помещенные в конце материала.

Её глазами

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 мочеточника 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 распорядится 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 переключают 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. Мамы должны отдохнуть и набраться сил. Детей уже запеленали и готовы нести. Это уже скоро.

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

- 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.**

Попросите группы представить свои ответы.

Чтобы завязать дискуссию, задайте следующие вопросы:

1. Что, по-вашему, испытывала Анна во время схваток и родов?

Потенциальные варианты ответов:

- дискомфорт, неловкость (бритье, клизма, вагинальный осмотр);
- страх (крики из соседних палат; неизвестно, всё ли с ней в порядке, если врач назначил стимуляцию родовой деятельности);
- тревога;
- смятение (никто ничего не объясняет, врачи принимают какие-то решения и не говорят, почему и зачем)
- беспомощность (всё решают без её участия)
- одиночество и покинутость (предоставлена сама себе; ни акушерки, ни соседки по палате с ней не разговаривают; врачи и акушерки сдают её с рук на руки, приходят и уходят; никто персонально при ней не находится и как бы никто не несет за нее никакой ответственности)
- боль
- желание увидеть собственного ребенка, которого отняли, едва он родился.

2. Типичны ли переживания Анны для вашего роддома? Почему «да» или «нет»?

Выслушайте ответы — они помогут вам составить представление о том, какие из описанных негативных явлений распространены в роддоме участников семинара, а какие нет.

3. Ваше мнение об уходе за Анной. Что делалось правильно? Что нужно менять? Почему?

Выслушивая ответы, постарайтесь заставить участников задуматься над следующими вопросами:

- отношение Анны к персоналу роддома;
- эффективность предпринятых вмешательств (бритье лобка; стимуляция родовой деятельности; обездвижение) и их последствия для матери;
- попросите участников отвлечься от технических деталей родовспоможения, пусть задумаются о том, в каком свете всё происходящее представало перед матерью.

В ходе обсуждения отмечайте для себя, какие аспекты родовспоможения вызывают у участников больше всего эмоций. В дальнейшем этим проблемам нужно будет уделить повышенное внимание.

Расскажите участникам, что научно доказано, что многие из типичных вмешательств, описанных в рассмотренном сценарии, не только бесполезны, но и вредны. Родовспоможение, ориентированное на участие семьи, как раз и разработано, чтобы роды проходили в здоровой, естественной обстановке.

Попросите участников сравнить только что рассмотренный сценарий со сценарием родов с участием семьи, который они утром смотрели на видео. (Можно еще раз прокрутить небольшой сюжет по РОУС, чтобы освежить воспоминания в памяти участников). Спросите:

- Чем то, что вы видели на видео, отличается от практики, принятой в ваших роддомах? Пусть назовут конкретные отличия.

Возможные варианты ответов:

В палату допускают членов семьи; акушерка не отлучается; роженице дают свободу выбора; разрешают задавать вопросы и охотно на них отвечают; не применяют клизму и бритье лобка; не ведут непрерывный мониторинг пульса плода; новорожденного сразу прикладывают к материнской груди и т. п. [Зависит от выбора видеосюжета].

- Что, по-вашему, испытывает мать в сюжете, который вы просмотрели?

Возможные варианты ответов: радость; чувство контроля над происходящим; поддержку; связь с ребенком и семьей; естественно, боль, но и понимание, что окружающие стремятся ее облегчить.

- Ваше мнение об уходе за матерью? Что было хорошо, что плохо?

Отмечайте для себя ответы участников, чтобы оценить их изначальное отношение к РОУС. Практическим элементам, которые встречены с особым неприятием, в ходе дальнейших занятий нужно будет уделить повышенное внимание.

Объясните участникам, что в ходе курса всё увиденное ими будет подробно изучено, будут приведены доказательства эффективности практических приемов РОУС в клинических условиях.

Занятие 5: Альтернативные положения при родовых схватках

Время: 1 час 45 мин

Материалы: Стул; мат или подстилка; слайды АСНМ и проектор

Подготовка: Отрепетируйте ролевую игру

Методы: Демонстрация; ролевая игра

Учебная задача: К концу занятия участники должны быть способны:

- объяснять преимущества свободы передвижения и изменения положения тела при схватках;
- показывать несколько альтернативных положений тела роженицы при схватках;
- демонстрировать, каким образом можно активно подсказывать женщине различные позиции при схватках.

Спросите:

- Назовите какие-либо конкретные способы, которыми вы сейчас пользуетесь, чтобы помочь женщине во время схваток.

Объясните, что при родовспоможении по модели РОУС женщинам оказывается всесторонняя поддержка, в частности:

- морально-психологическая поддержка;
- создание атмосферы спокойствия;
- безмедикаментозное обезболивание
- помощь женщине в поиске наиболее удобной позы при схватках
- постоянное присутствие и доброжелательность персонала

Скажите участникам, что на этом занятии они узнают о различных положениях тела, которые может принимать роженица при схватках, и поупражняются в том, как помочь женщине принять наиболее удобную для нее позу.

Спросите:

- Какие положения может принимать женщина на второй стадии родовых схваток? Какие из них лучше?

Положения могут включать: сидя на корточках, вертикальное, стоя на коленях, лежа на боку, на четвереньках и др.

Особо подчеркните, что нет такого понятия, как «наилучшая» позиция вообще. Для каждой конкретной женщины наилучшая позиция — та, в которой ей удобнее всего рожать в каждый конкретный момент. Единственное, что доказано, это то, что позиция лежа на спине потенциально вредна, и рекомендовать её женщинам нецелесообразно.

Расскажите об имеющихся доказательствах этого факта². Можно воспользоваться слайдами ACNM (номера в квадратных скобках).

- **Хожжение стимулирует родовую деятельность [слайд №19].**

Рид, Миллер и Паул (1981) сравнили показатели эффективности хождения во время родов и окситоцина для ускорения течения родов [слайд №18].

Выяснилось, что хождение дает не меньший стимулирующий эффект, чем окситоцин [слайд №17].

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 [слайд №19].

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 сокращение 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».

² 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).

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).

Продемонстрируйте слайды АСНМ №40-47, иллюстрирующие различные положения при схватках.

Обратите внимание участников на иллюстрации различных положений роженицы, приведенные в материалах участников «Положения матери при схватках и родах»³. Ответьте на возникшие у участников вопросы, продемонстрируйте незнакомые им позы на добровольной помощнице из числа участников.

Объясните, что это прямая обязанность акушерки — активно помогать роженице в поиске оптимальной позы.

С напарницей из числа инструкторов или добровольной помощницей из числа участниц разыграйте сценку помощи роженице в поиске наиболее удобного положения тела при схватках. Удостоверьтесь, что всем участникам хорошо видно происходящее. Для демонстрации некоторых положений тела потребуется мат.

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

³ П. Симкин. «Снижение боли и ускорение схваток: Руководство по нефармакологическим методам в акушерстве» (P. Simkin (1995). “Reducing pain and enhancing progress in labor: A guide to nonpharmacologic methods for maternity caregivers.” BIRTH 22:3 September 1995 page 163)

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.

Попросите участников разбиться на группы по трое и отрепетировать помощь пациентке в выборе самого удобного для нее положения (сценарий ролевой игры, идентичный вышеприведенному, имеется в папках участников). Одна участница должна сыграть роль акушерки, вторая — роль матери, третья — роль наблюдателя. Проиграв ситуацию, каждая тройка должна подготовить отчет о том, что у них получилось. После этого они должны хотя бы раз поменяться ролями и снова проиграть ситуацию. Отведите им на это 45 минут.

Пока группы работают, поочередно наблюдайте за их действиями, предлагайте им конструктивные поправки и советы, не стесняйтесь по делу критиковать участников.

По завершении ролевой игры спросите:

- Что у «акушерки» из вашей группы получилось хорошо?
- Что еще могла сделать «акушерка», чтобы помочь «роженице» найти и принять самое удобное для той положение?



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.

Положения женщины при родах (иллюстрации): верхний ряд — вертикальные положения; второй ряд — сидячие положения; третий ряд — положения на коленях; четвертый ряд — положения на второй стадии родов.

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

Оценка результатов, День 1:

15 минут

Проведите пятнадцатиминутную оценку результатов, чтобы выяснить реакцию участников и степень усвоения ими новых знаний. Воспользуйтесь этим случаем, чтобы понять, насколько велико в участниках сопротивление новому и оценить их реакцию на РОУС.

Предлагается следующий порядок оценки:

Попросите участников письменно ответить на следующие вопросы, помещенные на лекционном плакате, и дайте им 5 минут.

- Каково ваше мнение о родовспоможении, ориентированном на участие семьи?
- Если бы в вашем роддоме было решено внедрить практику РОУС, как бы от этого изменилась ваша роль?

Попросите несколько добровольцев поделиться своими ответами вслух и развернуто объяснить их. Попробуйте выслушать людей, придерживающихся противоположных мнений.

Отметьте для себя, что вызывает наибольшую озабоченность у участников касательно внедрения РОУС, чтобы в ходе последующих занятий уделить этому повышенное внимание. Ни в коем случае не спорьте с участниками и не старайтесь их переубедить на столь раннем этапе. Просто напомните им, что прошел всего-навсего первый день занятий, а курс РОУС рассчитан на две недели.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЧТЕНИЯ ПО ТЕМАМ ДНЯ 1:

Раздайте все или часть нижеперечисленных дополнительных материалов для чтения. Желательно, чтобы участники сами выбрали себе статьи и отрывки, которые их интересуют и с которыми они хотят детально ознакомиться.

РОУС:

- Янг (Young)

Положения тела и хождение при родах:

- Алберс (Albers)
- Эшфорд (Ashford)
- Блум (Bloom)
- Бомфим-Хипполито (Bomfim-Hippolito)
- Рид (Read)

Надлежащее использование технологий:

- Чалмерс (Chalmers)
- Рэймин (Ramin)
- Рид (Read)

Роды под наблюдением медсестер-акушерок:

- Грёйлих (Greulich)
- Пейдж (Page)
- Рукс (Rooks)
- Тёрнбул (Turnbull)

Занятие 6: Поддержка в ходе родов

Время: 45 минут

Материалы: Слайды ACNM, проектор

Методы: Лекция и обсуждение

Учебная задача: К концу занятия участники должны быть способны:

- объяснять преимущества постоянного присутствия при родах и поддержки со стороны спутника женщины.

Спросите:

- У вас в родильном доме разрешают присутствовать при родах отца ребенка или других членов семьи? Если нет, то почему у вас такие порядки?
- Какие плюсы, по-вашему, имеет присутствие при женщине и поддержка со стороны мужа или родственников во время родов?

Представьте доказательства благотворного влияния присутствия и поддержки спутника при родах⁴. (При необходимости используйте, как указано, слайды ACNM)

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 [Слайд №23].

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 [Слайд №24].
- В контрольной группе роды проходили значительно дольше и вызывали больше осложнений ($p = 0.001$). [Слайд №25]

⁴ Источник информации — презентация П. Глэтлейдер «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи» [“Family-Centered Maternity Care” Presentation by Pauline Glatleider, CNM, MN, American College of Nurse-Midwives].

- Матери из экспериментальной группы (с повитухами) после родов чувствовали себя гораздо бодрее, проявляли больше ласки и внимания в отношении ребенка. [Слайд №26]

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. [Слайды №27, 28]

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, человечным методам ухода за роженицами, которые, как показала практика, гораздо полезнее и для матери, и для ребенка [Слайд №29].

«...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. [Слайды №30-33]

Гольфмейр и др. (Hofmeyr 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 [Слайд №54].

Попросите участников поразмыслить над тем, что они только что узнали о поддержке во время родов. Спросите:

- Что вы думаете относительно этих рекомендаций ученых-медиков? Не возникает ли у вас желания внедрить подобный подход в своем роддоме?
- Как вы считаете, не имеет ли смысл женщинам разрешить приглашать сопровождающего по своему выбору или повитуху?
- Реально ли организовать такую практику на базе вашего роддома? Какие правила и инструкции для этого нужно пересмотреть?

Занятие 7: Нефармакологическое обезболивание

Время: 1 час

Материалы: Полотенца, водная грелка, кассетный плеер, музыкальные записи

Подготовка: Отработайте демонстрацию и ролевую игру

Методы: Демонстрация и ролевая игра

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- демонстрировать навыки применения нефармакологических методов обезболивания при родовых схватках, включая движение, противодействие, поверхностное прогревание и охлаждение, музыкальную и аудиотерапию, концентрацию и рассредоточение внимания.

Спросите:

- Что делается у вас в роддоме для облегчения страданий рожениц?
- Как сами женщины участвуют в выборе методов обезболивания?

Представьте доказательства рискованности применения фармакологического обезболивания при родах.

- Эпидуральная анестезия:

Плюс: Снижение болевых ощущений, испытываемых женщинами при родах.

Минус: Более частое использование стимуляции окситоцином, повышение риска кесарева сечения и других хирургических вмешательств.

- В рандомизированном клиническом испытании (Ramin et al, 1995) сравнивались эпидуральная и медикаментозная анальгезия (окситоцин). Выяснилось, что эпидуральная анальгезия эффективнее облегчает боль, но при этом она ассоциируется с большей продолжительностью схваток, повышенным риском маточной инфекции и повышенным риском хирургического вмешательства/кесарева сечения.

- Другие методы

- Женщинам следует предоставить полную информацию об имеющихся методах обезболивания, чтобы они могли сделать информированный выбор, какой метод обезболивания применять в ходе родоразрешения.

Спросите:

- Какими способами акушерка, врач, другие присутствующие при родах могут облегчить боль, испытываемую роженицей, без использования лекарств?

Выслушайте ответы, при необходимости (если не всё из перечисленного ниже названо) дополните их:

Существует несколько способов безмедикаментозного 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

Продемонстрируйте эти методы на коллеге-инструкторе или добровольце из числа участников.

Попросите участников показать всей группе методы, которые они сами знают.

Попросите участников обратить внимание на фотографии и иллюстрации по методам обезболивания [источник: Simpkin, 1995, с. 166⁵].

Если позволяет время, попросите участников разбиться на пары и поупражняться в применении этих методов друг на друге. Один участник должен изображать акушерку, второй — роженицу, затем хотя бы раз они должны поменяться ролями. Ходите, наблюдайте, подсказывайте, поправляйте участников.

Если есть такая возможность, снабдите участников необходимым инвентарем — полотенцами, грелками, кассетными плеерами.

В конце занятия снова соберите всю группу и спросите:

- Каким образом «акушерке» удалось помочь женщине справиться с болью?
- У себя в роддоме получилось бы у вас применить такие приемы обезболивания? Какие из них вам реально пригодятся? Какие будет трудно применить на практике?

⁵ P. Simkin (1995). “Reducing pain and enhancing progress in labor: A guide to nonpharmacologic methods for maternity caregivers.” BIRTH 22:3 September 1995 page 166.

Иллюстрации по обезболиванию

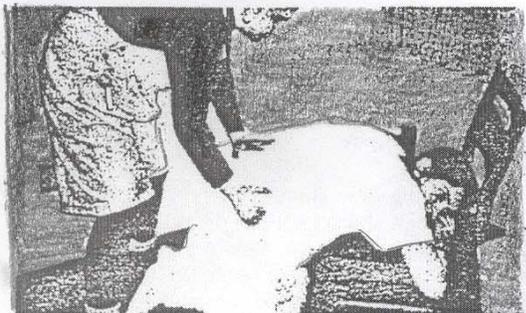


Figure 2. Counterpressure.

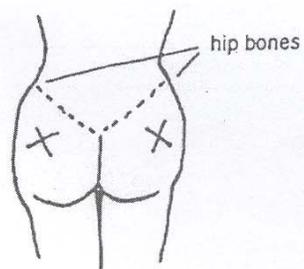


Figure 3. Xs mark places for the hands in the double hip squeeze.



Figure 4. Double hip squeeze.



Занятие 8: Практика родовспоможения, основанная на фактах

Время: 2 часа 30 минут

Материалы: Карточки для групповых заданий

Подготовка: Определитесь с групповыми заданиями, исходя из численности класса; приготовьте карточки с буквами и цифрами для формирования групп.

Методы: Взаимное обучение в группах

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- излагать факты, касающиеся применения следующих вмешательств при родах: рутинная эпизиотомия, рутинная клизма, сбривание лобковых волос, непрерывный электронный мониторинг пульса плода, кесарево сечения, стимуляция родовой деятельности, прием пищи и жидкости во время схваток.

Спросите участников:

- Каким процедурам обычно подвергается женщина в ваших роддомах при подготовке и принятии родов?

Предложите участникам, при необходимости, вспомнить практический пример, который они рассматривали накануне.

Запишите их ответы на плакате. Среди них могут фигурировать следующие ответы:

- клизма
- бритье
- антисептический душ
- воздержание от еды и питья
- ректальный осмотр для оценки прогресса схваток
- аналгезия
- непрерывный мониторинг пульса плода
- литотомия

Скажите участникам, что сейчас они узнают кое-какие научные факты относительно эффективности упомянутых ими методов. У них будет возможность подробно изучить результаты исследований по какому-либо одному из вмешательств, после чего рассказать остальным участникам о том, что они узнали.

Работа в группах по методу взаимного обучения:

Раздайте участникам карточки с цифрами и буквами. Пусть они сгруппируются по цифрам.

Численность групп зависит от размера класса. Так, если на занятии присутствует 25 участников, будет сформировано пять групп по пять человек в каждой.

Исходные группы:

<u>Группа 1</u>	<u>Группа 2</u>	<u>Группа 3</u>	<u>Группа 4</u>	<u>Группа 5</u>
1A	2A	3A	4A	5A
1B	2B	3B	4B	5B
1C	2C	3C	4C	5C
1D	2D	3D	4D	5D
1E	2E	3E	4E	5E

Попросите участников обратиться к инструкциям, которые находятся у них в папках, («Взаимное обучение: Практика родовспоможения»). Кроме того, в папках участников имеются «Сводки фактов», подтверждающих эффективность (или неэффективность) различных вмешательств (см. ниже).

Дайте задание каждой группе. Отведите группам 50 минут на ознакомление с материалами, уточнение вопросов по ним и подготовку короткого, неформального доклада с изложением заключения по полученной ими информации, с которым они хотят ознакомить своих коллег.

Задания распределите следующим образом:

- Группа 1: Эпизиотомия
- Группа 2: Клизма
- Группа 3: Сбривание лобковых волос
- Группа 4: Непрерывный электронный мониторинг сердцебиения плода
- Группа 5: Прием пищи и питья в ходе схваток

Раздаточные материалы для этого упражнения таковы:

**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.

После того, как исходные группы подготовили свои выступления, попросите участников составить новые группы в следующем порядке, согласно указанному в карточках:

Состав вторичных групп:

<u>Группа А</u>	<u>Группа В</u>	<u>Группа С</u>	<u>Группа D</u>	<u>Группа E</u>
1A	1B	1C	1D	1E
2A	2B	2C	2D	2E
3A	3B	3C	3D	3E
4A	4B	4C	4D	4E
5A	5B	5C	5D	5E

В своих новых группах участники должны поочередно выступить с краткими лекциями перед остальными членами новой группы относительно научных данных, свидетельствующих о степени эффективности изученного ими вмешательства или приема. Отведите им на это в общей сложности от 45 минут до 1 часа (в зависимости от размера групп).

Все участники могут ссылаться на любые материалы из Папки участника, равно как и на дополнительные материалы и источники, если есть такая необходимость.

После завершения докладов в группах задайте участникам вопрос:

- Узнали ли вы что-то новое для себя? Что вас удивило?

Еще раз дайте краткий обзор изученных практик. Попросите желающих подытожить основные положения, которые они почерпнули из докладов своих коллег по каждой из

практик. Воспользуйтесь этим, чтобы проверить, хорошо ли участники усвоили, какие практики эффективны, а какие нет. При необходимости еще раз подробно остановитесь на отдельных практиках.

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 не прямой 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 дополнительных 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. Мэхан 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. Мэкен 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 унизительное 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 сказываются 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 влагалищные 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 питье 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 идентична» [Goudon and Lougue].

Занятие 9: Активное ведение родов на третьей стадии

Время: 1 час

Материалы: нет

Методы: Мозговой штурм; лекция; обсуждение

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть в состоянии:

- объяснять плюсы и минусы активного ведения родов на третьей стадии.

Объясните участникам, что будут обсуждаться следующие вопросы:

- процедуры физиологического и активного ведения родов;
- плюсы и минусы такого подхода, известные из научных исследований;
- как привлечь женщину к участию в принятии решений на третьей стадии родов.

Спросите:

- Как обычно происходит ведение родов на 3-й стадии у вас в роддоме?

Последующую информацию преподнесите с учетом ответов, полученных от участников:

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: Стимуляция окситоцином 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.

Попросите участников разделиться на группы по 2-3 человека и, применив мозговой штурм, быстро дать ответ на следующий вопрос (на лекционном плакате). Дайте 10 минут на подготовку.

• Каковы плюсы и минусы активного ведения? физиологического ведения?

Ответы запишите на плакате в виде таблицы. Должны быть упомянуты следующие аспекты:

Активное ведение:

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

Физиологическое ведение:

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

Представьте участникам результаты сравнения эффективности двух методов:

Клиническое испытание в Бристолле: 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 Бристолле
 - 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.

Спросите:

- Зачем в некоторых роддомах ребенка сразу же, как он родился, прикладывают к груди матери? У вас так делают?

Возможный ответ — ребенка прикладывают к груди для сосковой стимуляции сокращения матки с целью ускорения протекания третьей стадии родов. Далее расскажите о следующем:

Стимуляция послеродового сокращения матки путем прикладывания ребенка к груди непосредственно после родов:

- Последние научные факты свидетельствуют о том, что такую практику нельзя считать эффективной.
- Грудное кормление следует начинать лишь тогда, когда ребенок проявит признаки готовности к кормлению.
- Сосковая стимуляция, как показывают исследования, не приводит к снижению риска ПРК. Рандомизированные контролируемые исследования грудного кормления сразу после родов, проведенные в Малави с участием 4 000 рожениц не выявили статистически значимых различий между двумя группами ни по частоте ПРК, ни по средней потере крови, ни по частоте случаев задержки выхода последа.

В заключение задайте вопрос:

- И каково теперь ваше мнение об активном и пассивном ведении третьей стадии родов?
- Как нам информировать матерей о плюсах и минусах этих методов?

Занятие 10: Наработка клинических навыков

Время: 1 час 45 мин.

Материалы: Модель таза; кукла; воздушный мешок с маской; раздаточный материал «Сложности при родах»

Подготовка: Оборудуйте рабочие стенды для практических упражнений

Методы: Демонстрация, ролевая игра

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть в состоянии:

- Демонстрировать клинические навыки осмотра таза, ведения родов при различных сценариях, реанимации новорожденных.

Это занятие дает инструкторам возможность пронаблюдать за клиническими навыками участников, оценить их сильные и слабые стороны, личные качества. Эта информация поможет инструкторам при формировании групп для недельной клинической практики, а также позволит выявить области практики, которым следует уделить особое внимание при работе с этим составом участников.

Скажите участникам, что на этом занятии им предстоит отработка различных клинических навыков в малых группах. Они будут переходить с одного рабочего места на другое и упражняться в следующих практических элементах:

Стенд 1: Обследование таза

Стенд 2: Сложности при родах

Стенд 3: Реанимация новорожденных

Отведите каждой группе по 30 минут для упражнений на каждом рабочем стенде. При каждом стенде должен быть свой инструктор. По прибытии новой группы инструктор должен кратко описать и продемонстрировать упражнение, после чего члены группы должны его по очереди отработать. Особо подчеркните, что акушерки могут отрабатывать каждый из технических приемов самостоятельно.

Стенд 1: Осмотр таза

Покажите, как проводить осмотр таза с использованием муляжа, в том числе, как общаться с женщиной, роль которой будет играть инструктор или доброволец, приставленный к модели таза.

Важно подчеркнуть следующее:

- 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 уметь и им должно быть разрешено проводить обследование таза самостоятельно.

Дайте участникам возможность попрактиковаться и проиграть ситуацию во взаимодействии с женщиной. Пронаблюдав за ролевой игрой, сообщите участникам свои выводы.

Стенд 2: Сложности при родах

Обсудите, какие трудности могут возникнуть при родах. Это:

- ягодичное предлежание плода;
- затянутая латентная фаза схваток;
- затянутая активная фаза схваток;
- затянутая вторая стадия родов;
- плохая переносимость боли матерью;
- аномалии пульса плода;
- тревога матери и членов семьи;

В зависимости от проявленного группой интереса, выберите одну или две сложные ситуации и проведите ролевую игру, демонстрирующую, как с ними справиться. Продемонстрируйте пример продуктивного взаимодействия между акушеркой и врачом.

После этого задайте участникам вопрос:

- Как, по-вашему, участники инсценировки справились с ситуацией?

Попросите участников поочередно разыграть эту же проблемную ситуацию или другие сценарии, предложенные группой. Разыграйте столько сценок, сколько позволяет отпущенное время. После каждой сценки спрашивайте её участников: (1) что, по их мнению, у них получилось хорошо, и (2) в чем они остались недовольны собой. Затем задайте тот же вопрос зрителям.

В раздаточном материале «Сложности при родах» содержатся подробные инструкции и сценарии ролевых игр.

Стенд 3: Реанимация новорожденного

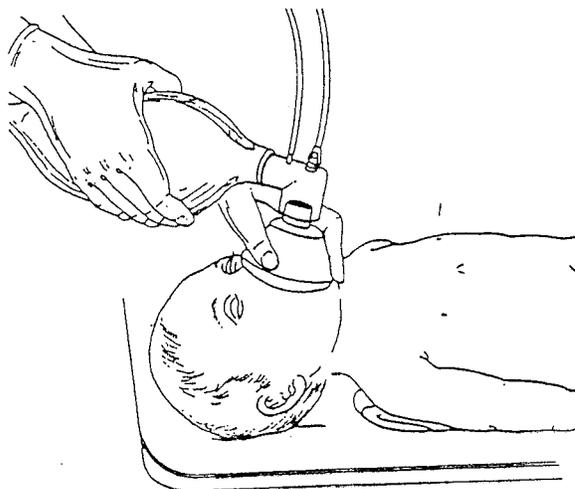
Продемонстрируйте кислородную подушку и маску, попросите участников поупражняться в их применении. Подчеркните, что этот технический прием вполне доступен акушерке; совершенно не обязательно, чтобы реанимацию проводил врач. В ходе демонстрации покажите модель эффективного взаимодействия между акушеркой и врачом.

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 вентилировать 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 вентилировать 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 вдувание 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 вдувания 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».

Оценка результатов, День 2

15 минут

Проведите краткое мероприятие по оценке усвоения материала и реакции участников на новые сведения.

Предлагаемая форма: «физический континуум». Попросите участников выстроиться вдоль дальней от двери стенки класса. Скажите, что сейчас вы сделаете заявление, а они должны распределиться по классу в зависимости от степени своего согласия с этим заявлением. Полностью согласные должны будут отойти к дальней левой стене, полностью несогласные — к правой, колеблющиеся — занять место где-то посередине, в зависимости от степени своего согласия или несогласия с заявлением.

Заявление:

- **«Мы можем реализовать родовспоможение, ориентированное на участие семьи, у себя в роддоме».**

После того, как участники распределятся по классу, попросите некоторых из тех, кто занимает крайние и промежуточные позиции, объяснить свою точку зрения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЧТЕНИЯ ПО ТЕМАМ ДНЯ 2:

Раздайте все или некоторые из статей и материалов, перечисленных ниже. Желательно, чтобы участники выбрали себе статьи по интересам или для углубленного изучения глубоко затронувших их вопросов.

Присутствие членов семьи и поддержка при родах:

- Гордон [Gordon]
- Ходнетт [Hodnett]
- Хомфейр [Hofmeyr]
- Кеннелл [Kennell]
- Клаус [Klaus]
- Лангер [Langer]
- Пейдж [Page]
- Скотт [Scott]
- Соса [Sosa]

Электронный мониторинг плода:

- Левено [Leveno]
- Тэкер [Thacker]

Прием пищи и питья:

- Лудка [Ludka]
- О'Рейли [O'Reilly]
- Скратон [Scrutton]

Применение клизмы и бритья лобковых волос:

- Куэрво [Cuervo]
- Мейхэн [Mahan]

Обезболивание

- Рэмин [Ramin]
- Симкин [Simkin]

Эпизиотомия

- Карроли [Carroli]
- Исон [Eason]
- Тэй [Tay]
- Торп [Thorp]

Занятие 11: Партограмма

Время: 3 часа 30 минут

Материалы: Лекционный слайд с бланком партограммы или увеличенная ламинированная партограмма; лекционный проектор.

Методы: Лекция, дискуссия, упражнения

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть в состоянии:

- обосновывать целесообразность использования партограммы при родах;
- демонстрировать навыки заполнения и чтения партограммы;
- объяснять значения линий действия и бдительности на партограмме.

На этом занятии участникам предстоит ознакомиться с тем, что такое партограмма, как и зачем она применяется, какая информация в нее заносится. Кроме того, участникам будут предложены практические упражнения по нанесению данных на партограмму.

Чтобы выяснить уровень уже имеющихся знаний по предмету, спросите:

- Что такое партограмма? Кто из вас ею уже пользовался раньше?
- Зачем нужна партограмма?
- Если вам доводилось пользоваться партограммой, показалось ли вам, что она полезна?

Раздайте материал «Партограмма», покажите им образец партограммы на первой странице. Объясните, что динамика раскрытия шейки матки на ней представлена в виде непрерывного графика, а кроме того, находят отражение многие другие характеристики состояния матери, плода и процесса родоразрешения, причем в максимально наглядной форме.

Если участники никогда ранее не видели партограмму, интересно будет узнать, пользовались ли они другими графическими инструментами отображения прогресса раскрытия шейки матки, и если да, то сравнить их с партограммой. Особо подчеркните, что на партограмме находят отражение многие другие полезные данные о процессе родов.

Представьте следующие доказательства эффективности использования партограммы⁶:

- 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%.

⁶ «Использование партограммы ВОЗ при ведении родов» [WHO partograph in management of labor. The Lancet, 1994; 343: 1399-404].

- 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%.

Сообщите информацию о применении и основных компонентах партограммы, представленную на следующих страницах. Используйте прозрачный слайд-лист для лекционного проектора или большую ламинированную партограмму, на которых можно писать фломастером.

Для того чтобы разнообразить формат лекции и проверять понимание материала участниками, периодически, по ходу лекции, задавайте контрольные вопросы (предлагаемые вопросы включены в лекцию).

Лекция представляет переработанный вариант Модуля 11 курса ВОЗ «Важнейшие виды антенатальной, перинатальной и послеродовой помощи» [“Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care,” EUR/ICP/FMLY 01 04 03, Module 11].

Что такое партограмма

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.

Вопрос участникам:

- **Какая информация фиксируется на партограмме?**

Запишите полученные ответы на плакате. Допишите всё, что участники забыли упомянуть. Не нужно останавливаться на деталях, как отображать информацию. Всему свое время.

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 («Ч» или «С»), с примесью крови («К» или «В») или мекония («М»). Если целостность околоплодного пузыря не нарушена — «Ц» или «I»⁷.

Конфигурация костей: Фиксируется следующим образом: кости отелены друг от друга, швы легко прощупываются (o); 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 «X») 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 “O” 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 и температура Регулярно регистрируются в отведенных полях партограммы

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 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 Линии бдительности и Линии действия.

Задайте вопрос:

- **Как при помощи партограммы определить, что роды затягиваются?**

Линии бдительности и действия крайне важны. Выход фактического графика родовой деятельности за Линию бдительности означает, что раскрытие шейки матки задерживается

⁷ Латинские буквы соответствуют: “С”=clear; “В”=blood; “М”=meconium; “I”=intact.

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

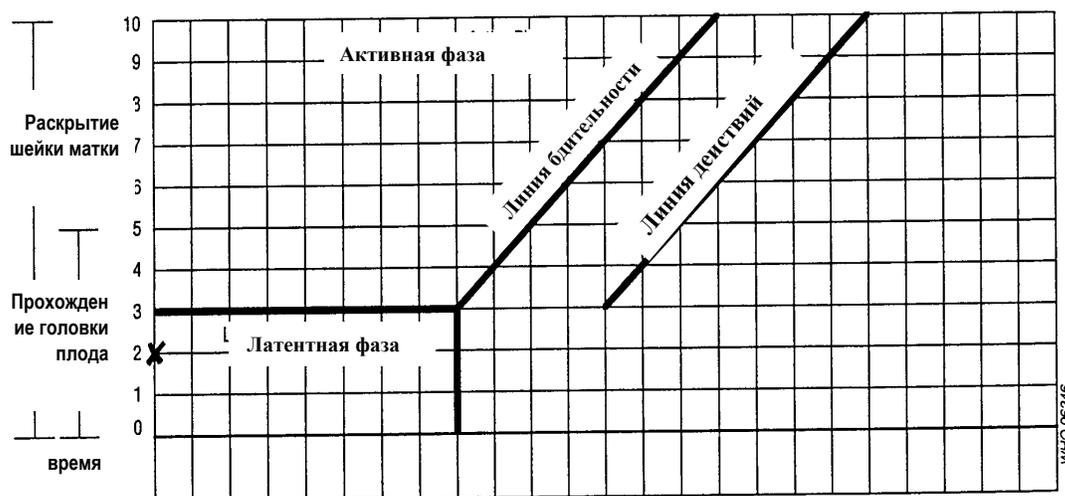
1. Раскрытие шейки матки

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 более быстрого раскрытия шейки матки от 3 до 10 см.

Посмотрите на **Рис. А**. Слева по вертикали расположены цифры от 0 до 10. Каждая цифра/клеточка означает раскрытие шейки на 1 см.

Рис. А



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.

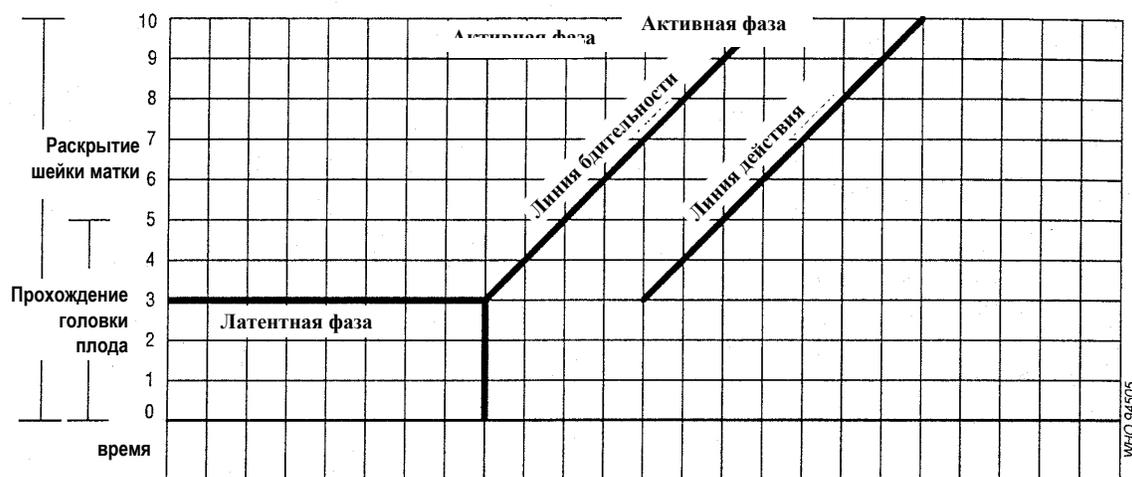
УПРАЖНЕНИЕ 1:

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.

Раздайте участникам и попросите их самостоятельно (без помощи друг друга) выполнить следующее задание:

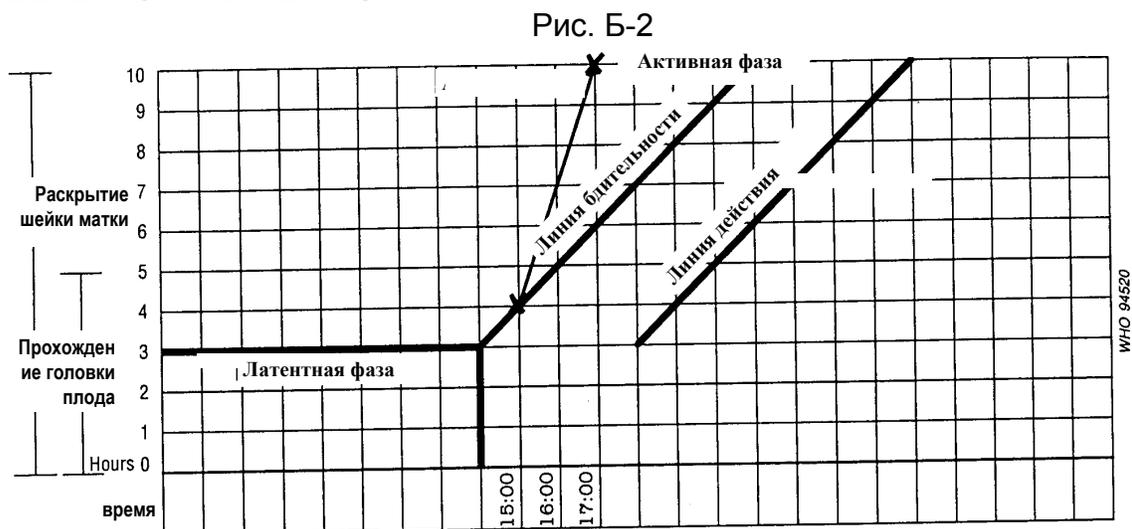
Отметьте на Рис. Б следующие факты:

**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?

На выполнение задание участникам отводится 5 минут. После этого попросите желающих показать и объяснить свои ответы.

ОТВЕТЫ К УПРАЖНЕНИЮ 1:



- Раскрытие шейки матки составляло 4 см, активная фаза.
- Раскрытие шейки отмечается на Линии бдительности на уровне 4 см.
- Время поступления женщины в родильное отделение - 15:00 часов.
- В 17:00 часов раскрытие шейки - 10 см.
- С момента поступления женщины первый период родов длился два часа.

УПРАЖНЕНИЕ 2:

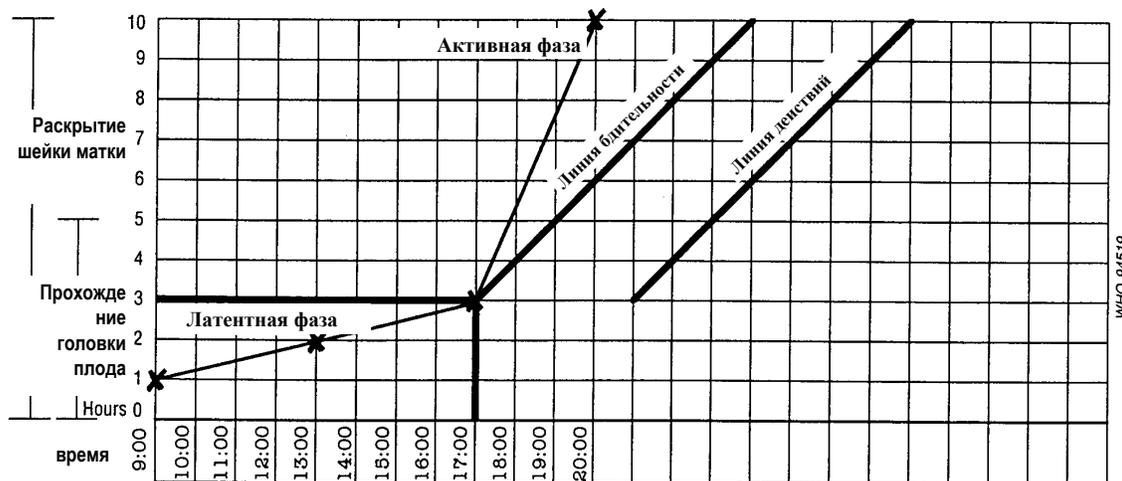
Отображение на партограмме раскрытия шейки матки при поступлении женщины в латентной фазе.

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



Попросите участников разбиться на пары и ответить на следующие вопросы. Отведите им на это пять минут, после чего попросите желающих обосновать свои ответы.

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?

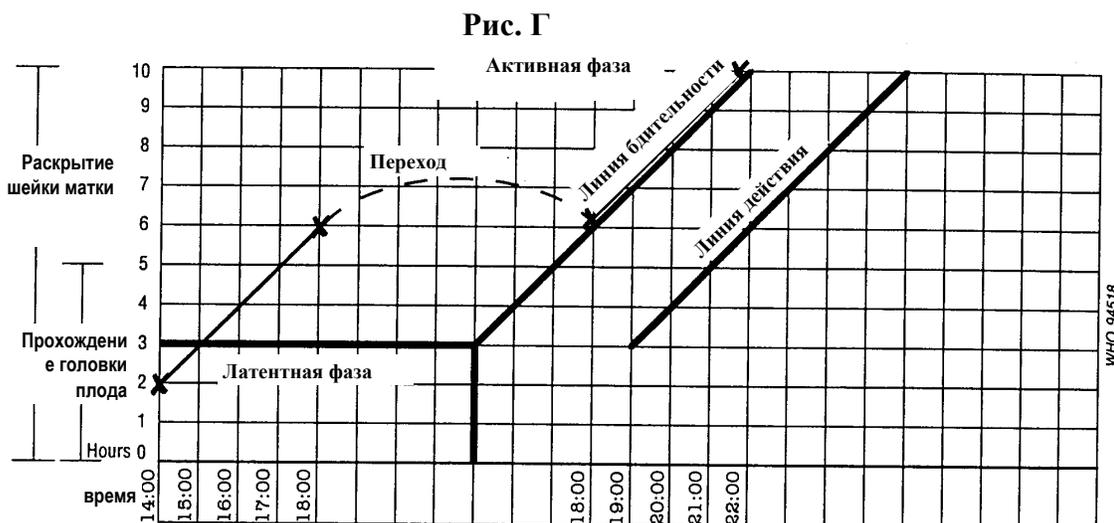
ОТВЕТЫ К УПРАЖНЕНИЮ 2:

- Латентный период родов начался во время поступления женщины (в 9:00) и шейка матки была раскрыта на 1 см.
- Латентный период родов завершился в 17:00 часов, когда шейка была раскрыта на 3 см. Латентный период длился 8 часов.
- Активный период начался в 17:00 часов, когда шейка была раскрыта на 3 см, и завершился в 20:00 часов, когда шейка была полностью раскрыта. Активная фаза длилась 3 часа.

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.

Попросите участников индивидуально выполнить следующее задание, после чего попросите желающих дать обоснованный ответ на него.

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)?

ОТВЕТЫ К УПРАЖНЕНИЮ 3:

- Вагинальный осмотр проводился три раза - в 14:00, 18:00 и 22:00 часа.
- Первый период родов продолжался 8 часов, начался в 14:00 и окончился в 22:00 часа.

Попросите участников подытожить всё самое важное, что они усвоили за это занятие. Исправляйте любые ошибки и неточности. Обязательно дополните ответы участников, если они забудут упомянуть следующие ключевые моменты:

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.

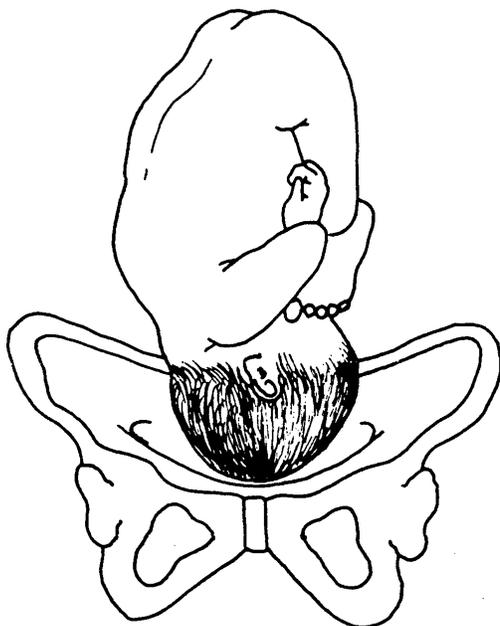
Для определения положения головки над краем таза принято использовать ширину пяти пальцев. До начала прохождения головка плода расположена над краем таза на полную ладонь (**Рис. Д** — верхняя часть).

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.

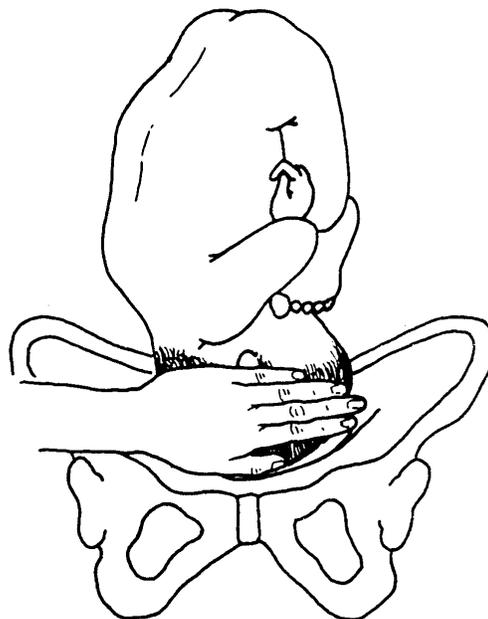
Рис. Д

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

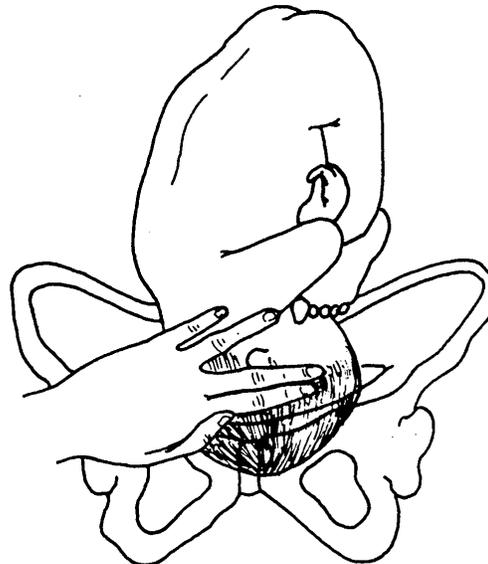
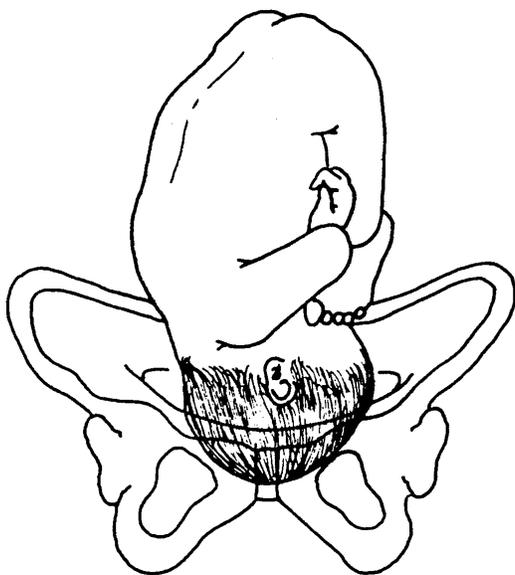


Голова входит в таз = 2/5

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



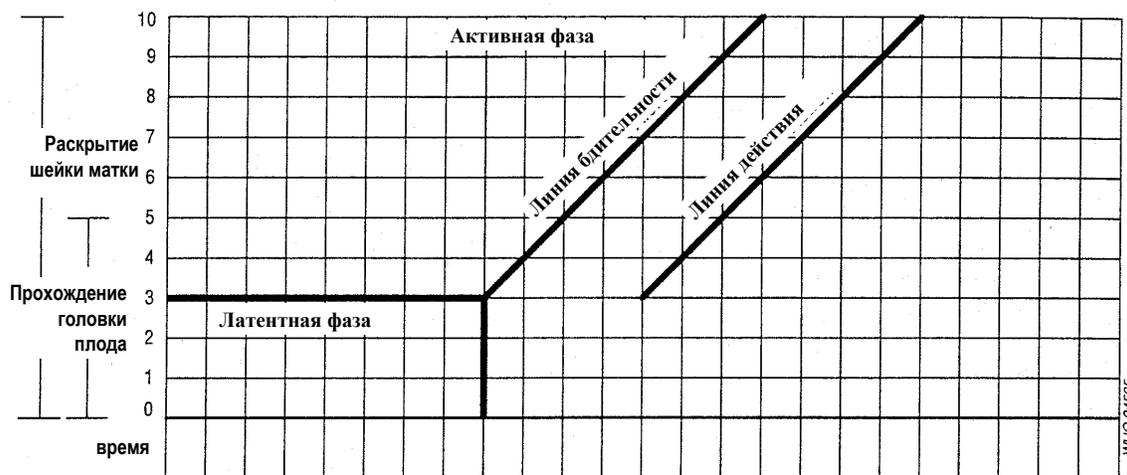
Голова расположена ширину двух пальцев над верхним краем входа в таз



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?

ОТВЕТЫ К УПРАЖНЕНИЮ 4:

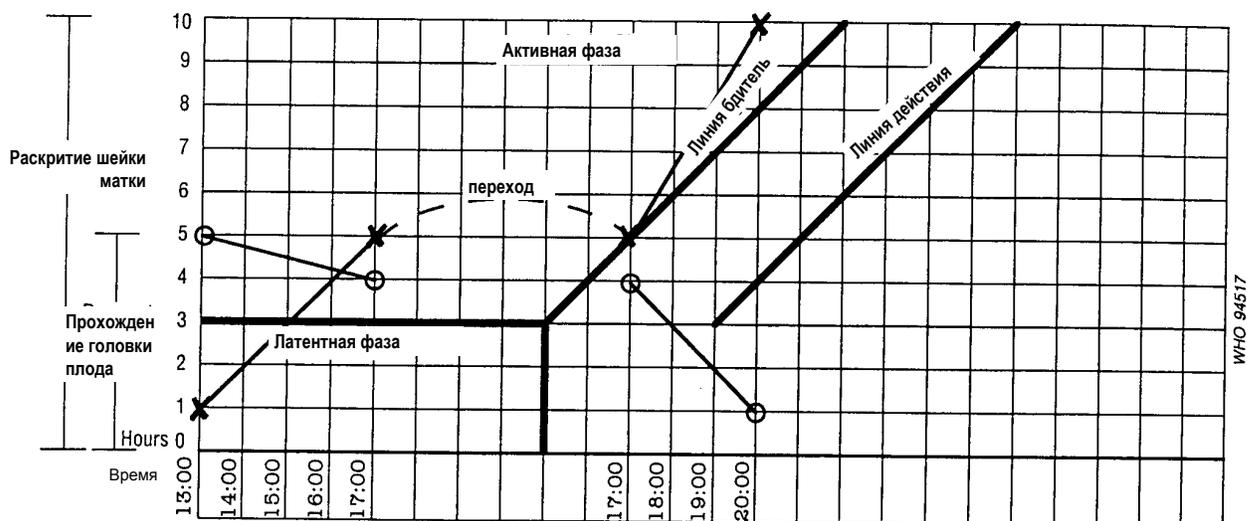


Рис. Ж

- Время поступления в родильное отделение - 13:00 часов, головка на 5/5 (пять пятых) над краем таза, раскрытие шейки - 1 см.
- Через 4 часа — головка на 4/5 (четыре пятых) над краем таза, а шейка раскрыта на 5 см. Раскрытие шейки, спуск головки и фиксирование времени перемещаются в область активного периода родов.
- Через 3 часа — головка на 1/5 (одна пятая) над краем таза, а шейка раскрыта на 10 см.
- Первый период родов в родильном доме продолжался 7 часов.

ВАЖНО ПОМНИТЬ:

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

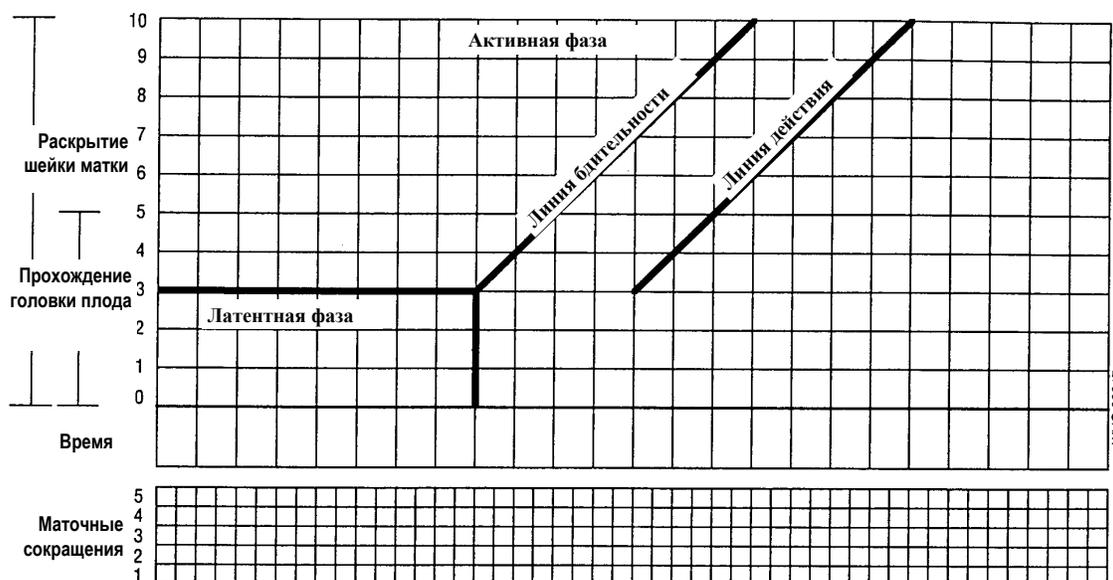
Маточные сокращения (схватки)

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.



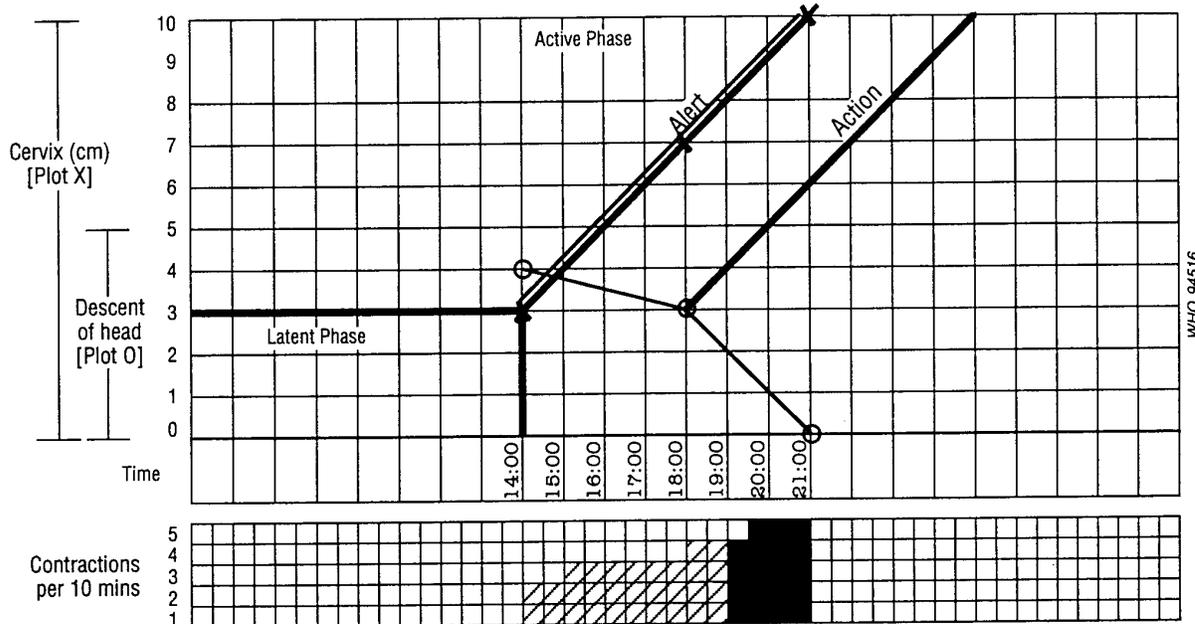
Сплошная штриховка — сильные схватки продолжительностью более 40 секунд.

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



Попросите участников найти 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.

Предложите желающим ответить.

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.

К.

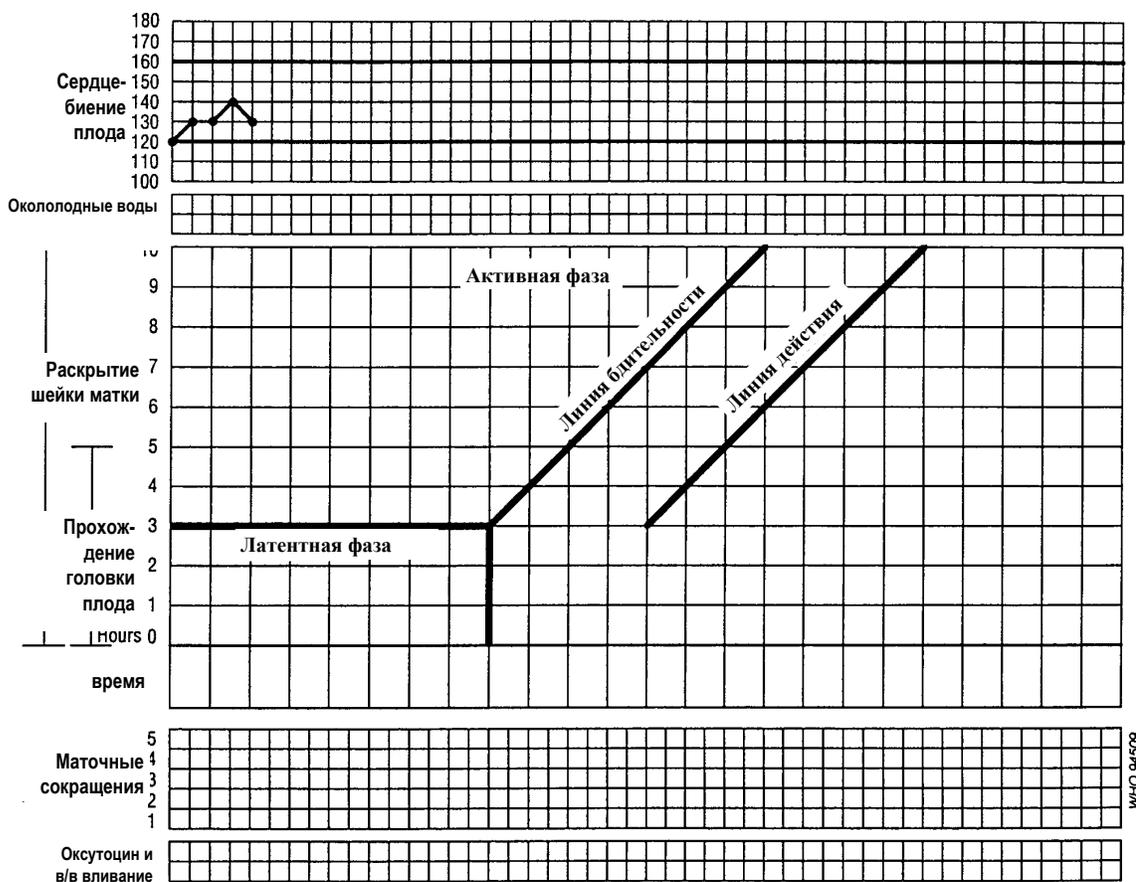
L. Частота пульса

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



М. Околоплодный пузырь и амниотическая жидкость

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:

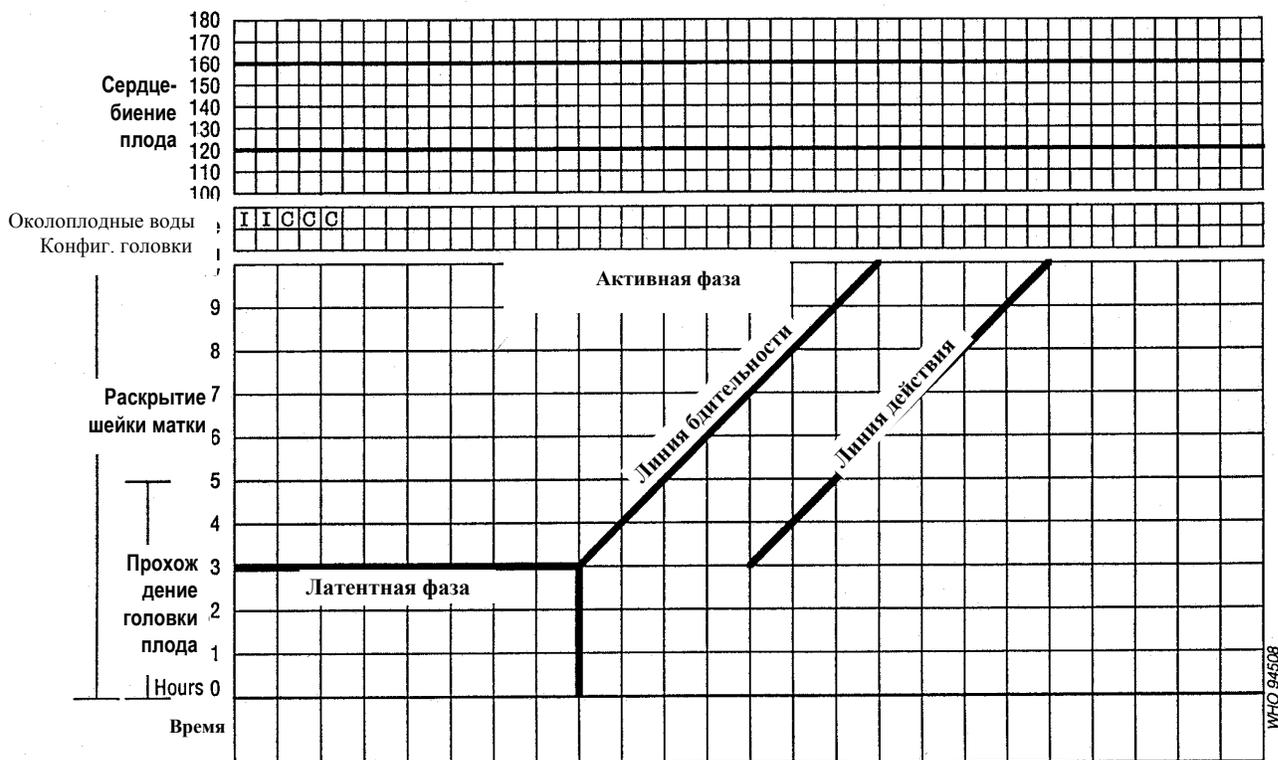
- Амниотическая жидкость чистая, запись - буква “C”, что значит “clear”.
- Жидкость с примесью крови, запись - буква “B” (blood).
- Жидкость с примесью мекония (первородного кала), запись - буква “M”.
- Если жидкости нет, запись - буква “A” (absent)/

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



Попросите участников определить по Рис. И:

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

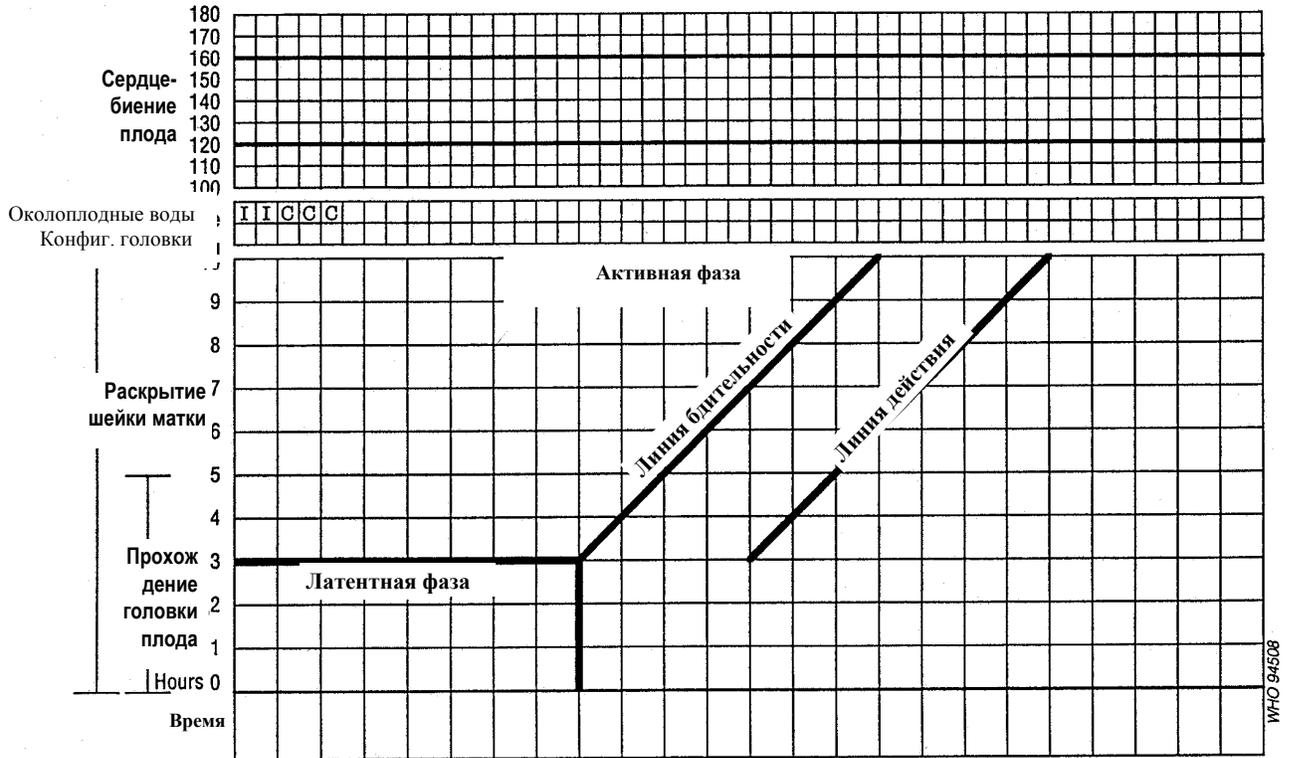


Рис. И

ОТВЕТЫ:

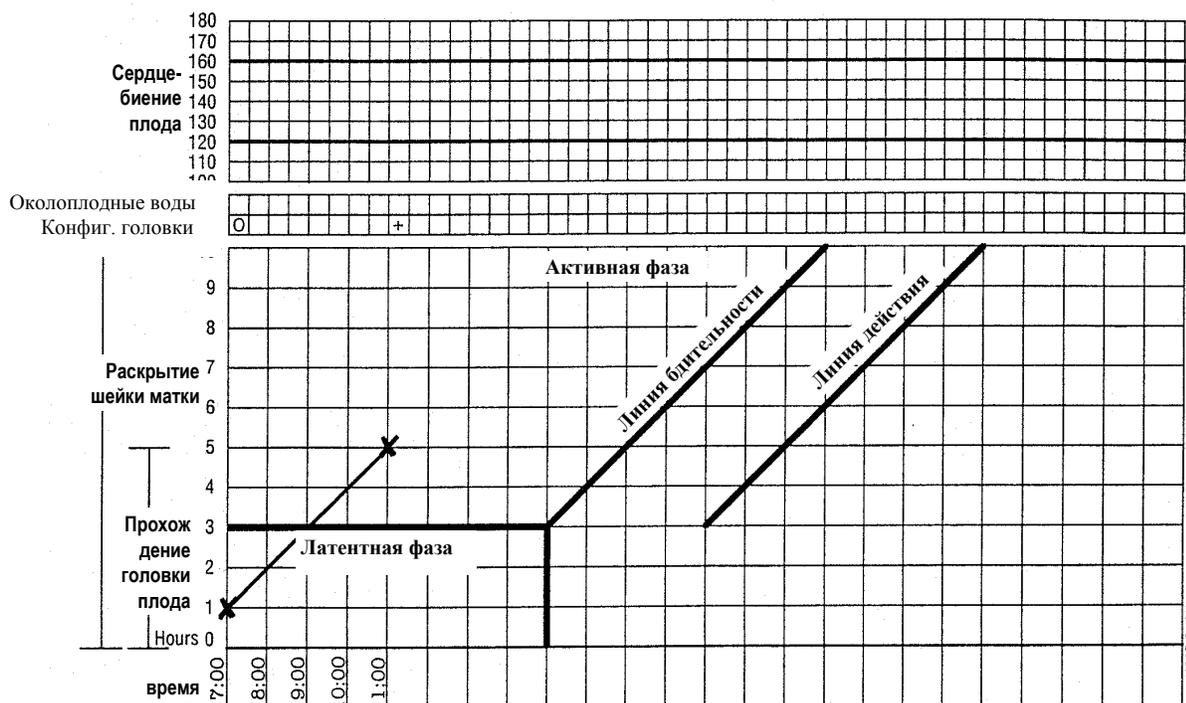
- Оболочка оставалась ненарушенной в течение первого часа (два наблюдения “I”)
- В дальнейшем — околоплодные воды чистые (“C”).

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

Состояние матери

Все наблюдения за состоянием матери регистрируются в нижней части партограммы (см. Рис. Л)

Пульс, артериальное давление и температура

Пульс следует измерять каждые полчаса.

Моча

Анализ мочи — каждые 2-4 часа. Исследуйте концентрацию и количество мочи. При возможности следует проводить также химический анализ на наличие белка и ацетона.

Лекарства и жидкости для регидратации

Отмечайте на партограмме, когда вы их даете.

Окситоцин

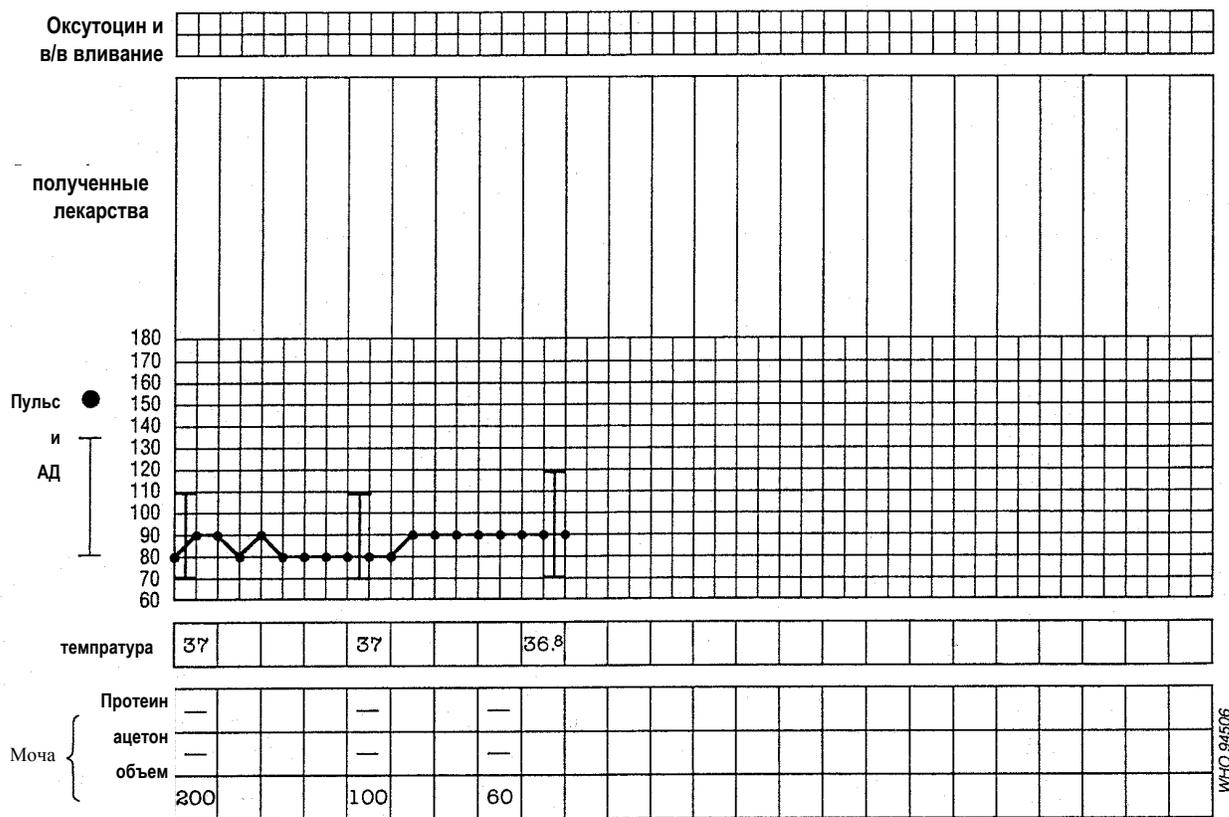
Инъекции окситоцина регистрируются отдельной строкой от прочих лекарств и регидратационных жидкостей.

Все записи регистрируются по оси времени, по мере назначения лекарств.

Попросите участников прочитать партограмму на Рис. Л, и определить:

- **Пульс, давление и температуру женщины при первом измерении.**
- **Как вы оцениваете состояние матери в целом?**

Рис. Л



ИЧО 94506

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:

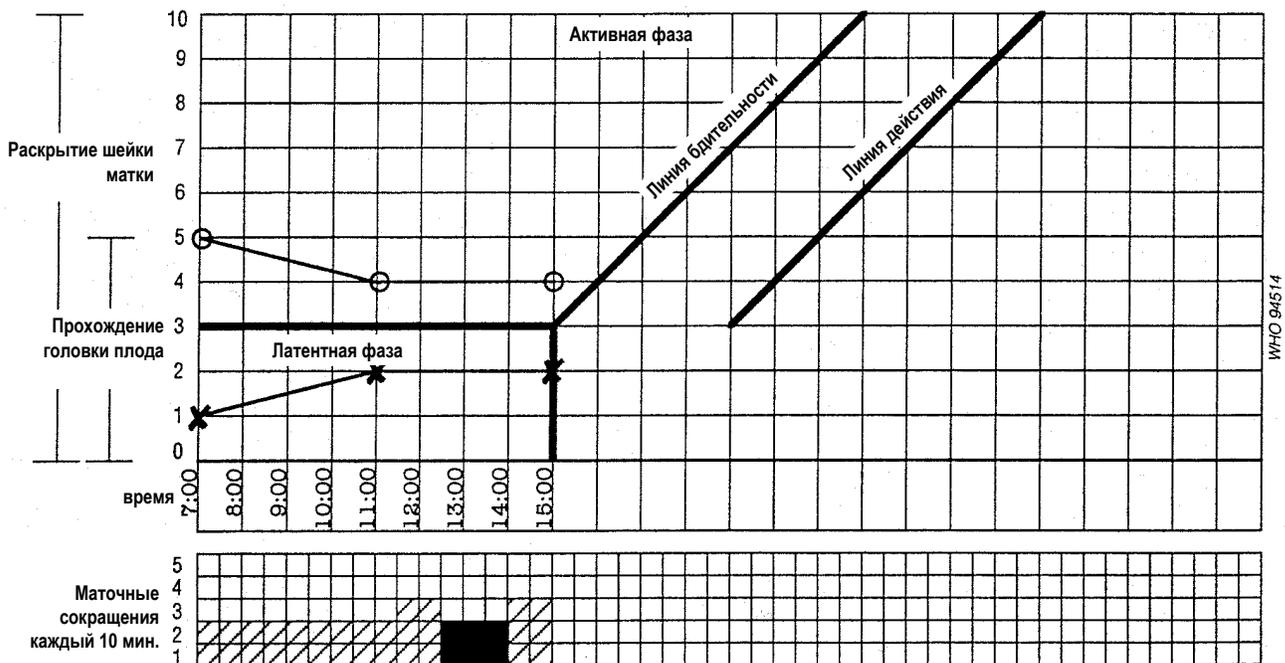
Затянувшийся латентный период

Попросите участников разбиться попарно и выполнить предлагаемое упражнение. После этого соберите и совместно обсудите ответы.

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



ОТВЕТЫ К УПРАЖНЕНИЮ 6:

- При поступлении в 7:00 головка была 5/5, а расширение шейки - 1 см. Было 2 сокращения за 10 мин., которые длились 20-40 секунд.

- Через 4 часа, в 11:00, головка была 4/5, а расширение шейки - 2 см. Было 2 сокращения в 10 мин., которые длились 20-40 секунд.
- Через 4 часа, в 15:00, головка была 4/5, а расширение шейки все еще - 2 см. Было 3 сокращения в 10 мин., которые длились 20-40 секунд.
- Продолжительность латентной фазы - 8 часов и она не закончилась. Надо обратиться к специалисту, чтобы он принял решение, как помочь женщине при родах.

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»

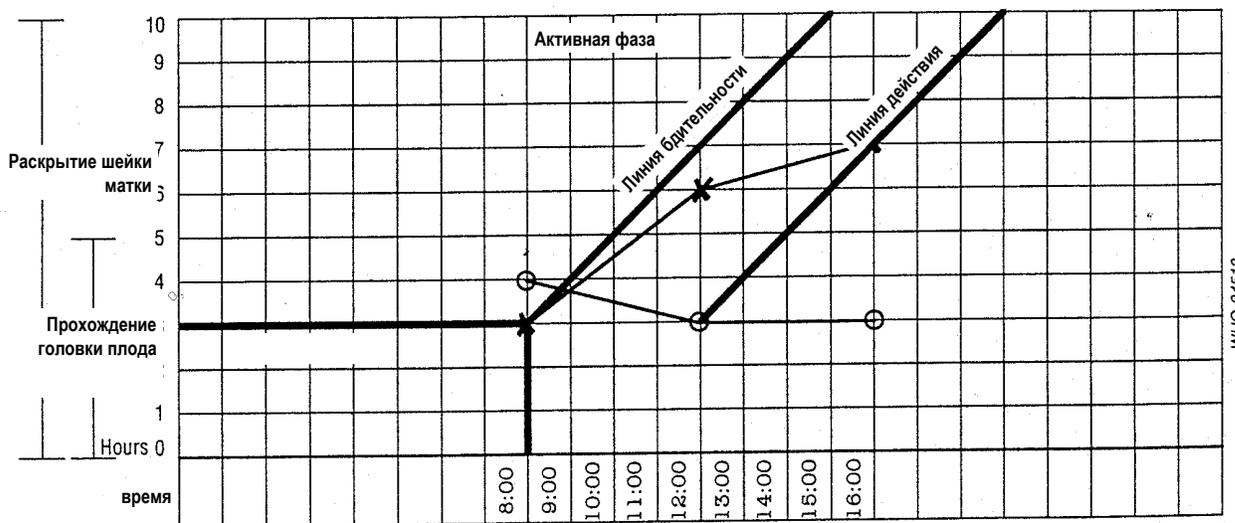
Линия действия отстоит от линии бдительности на 4 часа вправо. Это крайний срок, к которому роды можно считать протекающими без аномальных отклонений. При достижении графиком родов этой линии следует решать, какие меры предпринимать дальше. Причем делать это должен врач-специалист в условиях стационара.

УПРАЖНЕНИЕ 7:

Попросите участников самостоятельно выполнить упражнение, заслушайте ответы желающих и обсудите их.

Упражнение 7 продемонстрирует значимость линий бдительности и действия. Внимательно изучите **Рисунок Н** и ответьте на следующие вопросы:

Рис. Н



- 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 клиническое решение должен врач-специалист в условиях стационара.**

ОТВЕТЫ К УПРАЖНЕНИЮ 7:

- 8:00: раскрытие шейки 3 см, на Линии бдительности. Женщина может остаться в родильном доме.
- 12:00 часов, расширение шейки 6 см, правее Линии бдительности. Женщину необходимо госпитализировать.
- 16:00 часов, раскрытие шейки 7 см, на Линии действия. Пора предпринимать клиническое вмешательство. **Принимать клиническое решение 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.

Работа в группах:

Попросите участников разделиться на группы по 4 человека. Дайте каждой группе одно из следующих упражнений (при большом числе участников каждое упражнение будет выполняться несколькими группами). На выполнение упражнений отведите 20 минут.

Когда группы закончат работу, попросите их сообщить о полученных результатах. Обсудите их всем классом. По каждому из упражнений обсудите положения, сформулированные в рамке «ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ».

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?

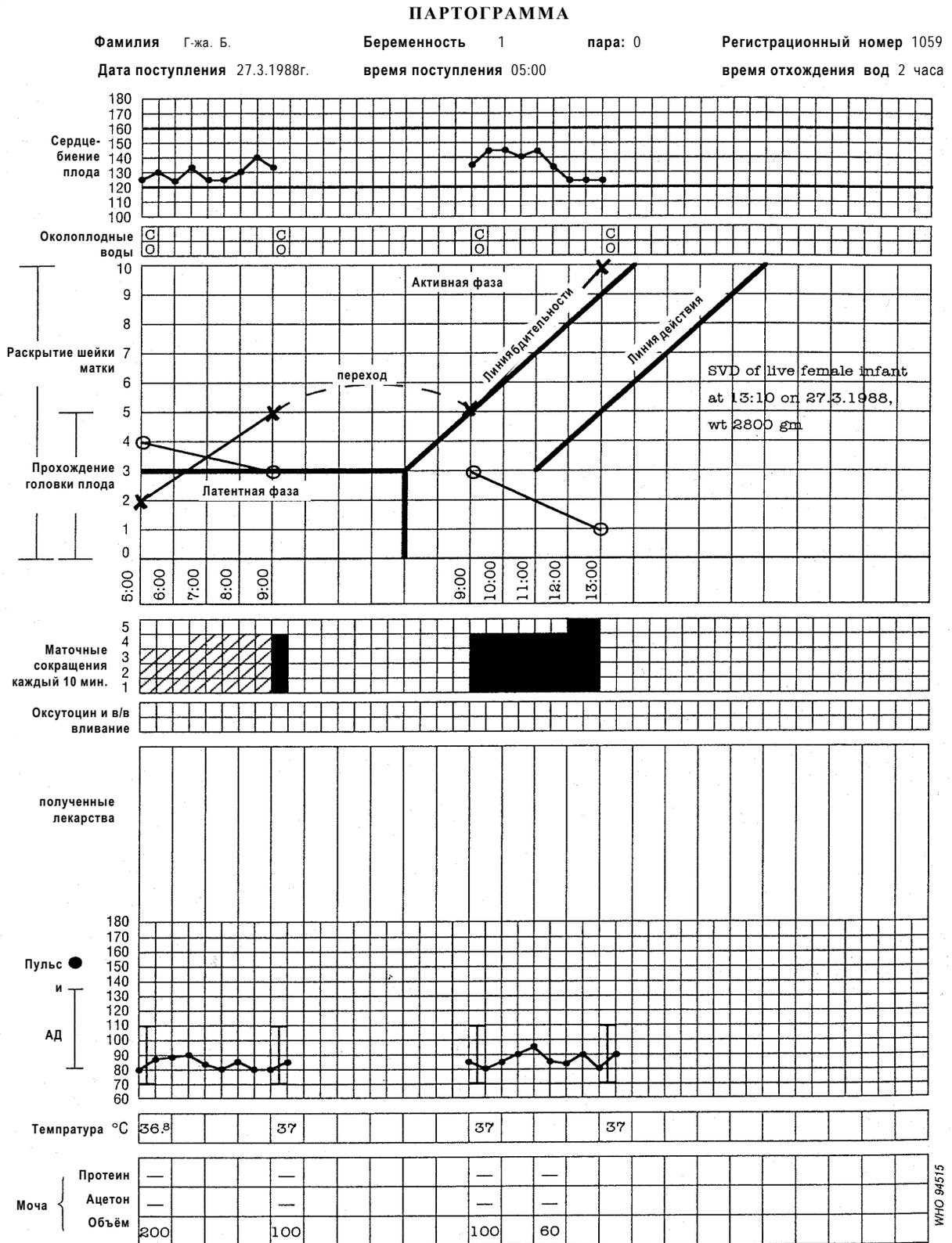
ОТВЕТЫ К ГРУППОВОМУ УПРАЖНЕНИЮ А:

1. 120–130, 120–130.	5. 5 см.
2. В 3:00, за 2 часа до поступления. Чистая.	6. 4 сокращения за 10 минут, самое сильное сокращение длилось 40 секунд.
3. Деформаций не отмечено	7. АД=110/70, Пульс — 80, T=36.8°C.
4. 2 см, 4/5.	8. 8 часов.

ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ:

- 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 картограмма к групповому упражнению А



Групповое упражнение Б:

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

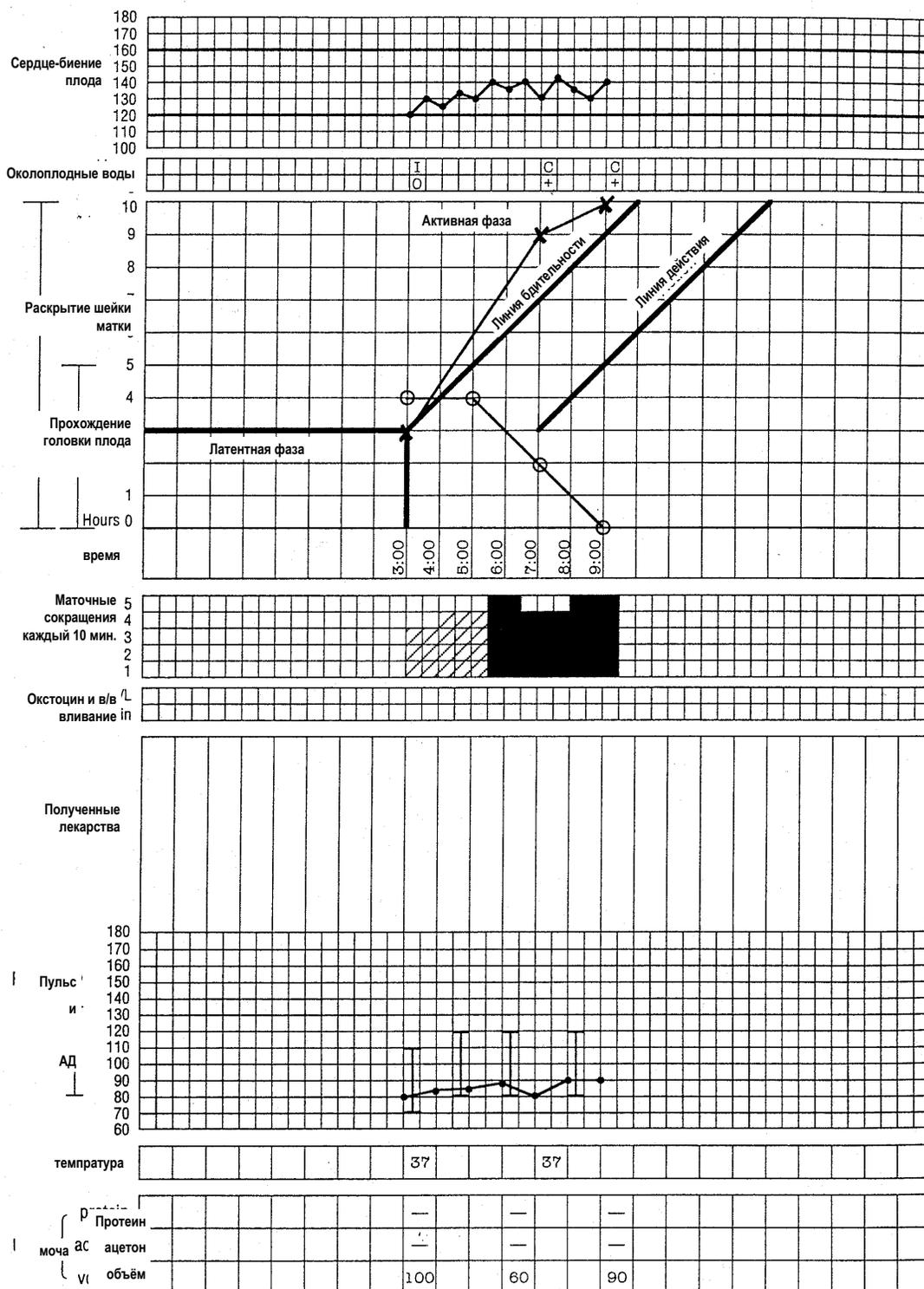
1. При поступлении в роддом:
 - а) Который был реально час?
 - б) Каково было раскрытие шейки матки?
 - в) На какой фазе родов находилась женщина?
- Опишите частоту и продолжительность маточных сокращений в 7:00.
- Какой был пульс ребенка и состояние оболочки плода в 7:00?
- Зачем нужна «линия бдительности»?

ОТВЕТЫ К ГРУППОВОМУ УПРАЖНЕНИЮ Б:

1. 1. а) 3:00 б) 3 см в) активная фаза
2. 4 сокращения за 10 минут, каждое длительностью более 40 секунд
3. Пульс плода: 130/мин
Околоплодные воды отошли в 7:00, жидкость чистая
4. Предупреждает о том, что роды в активной фазе задерживаются, если график раскрытия шейки уходит вправо от данной линии, или предупреждает медработника о том, что женщину пора госпитализировать в клиническое отделение.

Рис. П. ГРУППОВОЕ УПРАЖНЕНИЕ Б ПАРТОГРАММА

Фамилия _____ Беременность _____ Регистрационный номер _____
 Дата поступления _____ время поступления _____ время отхождения вод _____



ИФНО 9/4512

ГРУППОВОЕ УПРАЖНЕНИЕ В:

Заполнение партограммы (см. Рис. Р)

Госпожа Х 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 Х 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 Х 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 Х:

а) в центре здоровья?

б) в клиническом стационаре?

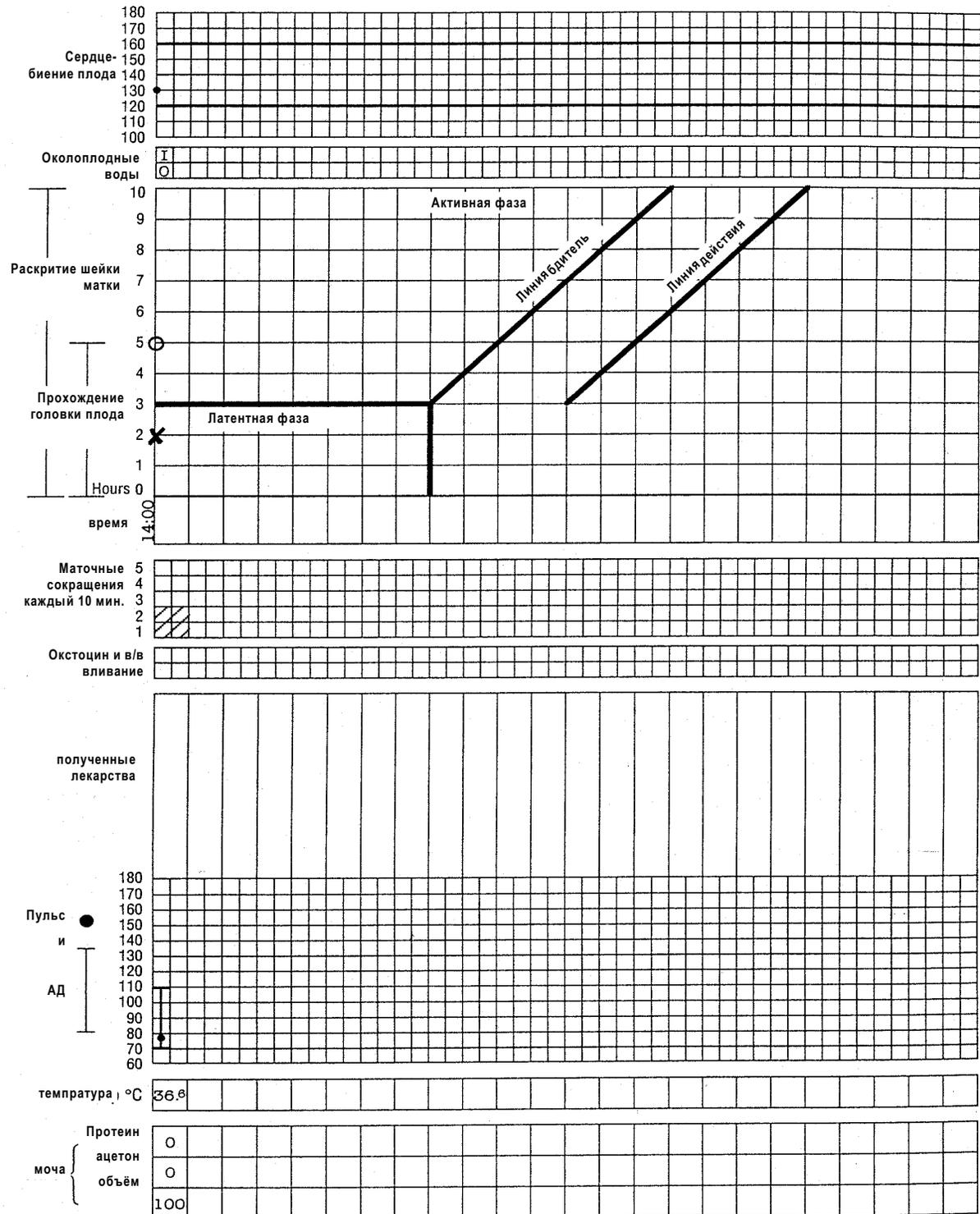
Рис. Р. Групповое упражнение В.

ПАРТОГРАММА

Фамилия
Дата поступления

Беременность
время поступления

Регистрационный номер
время отхождения вод

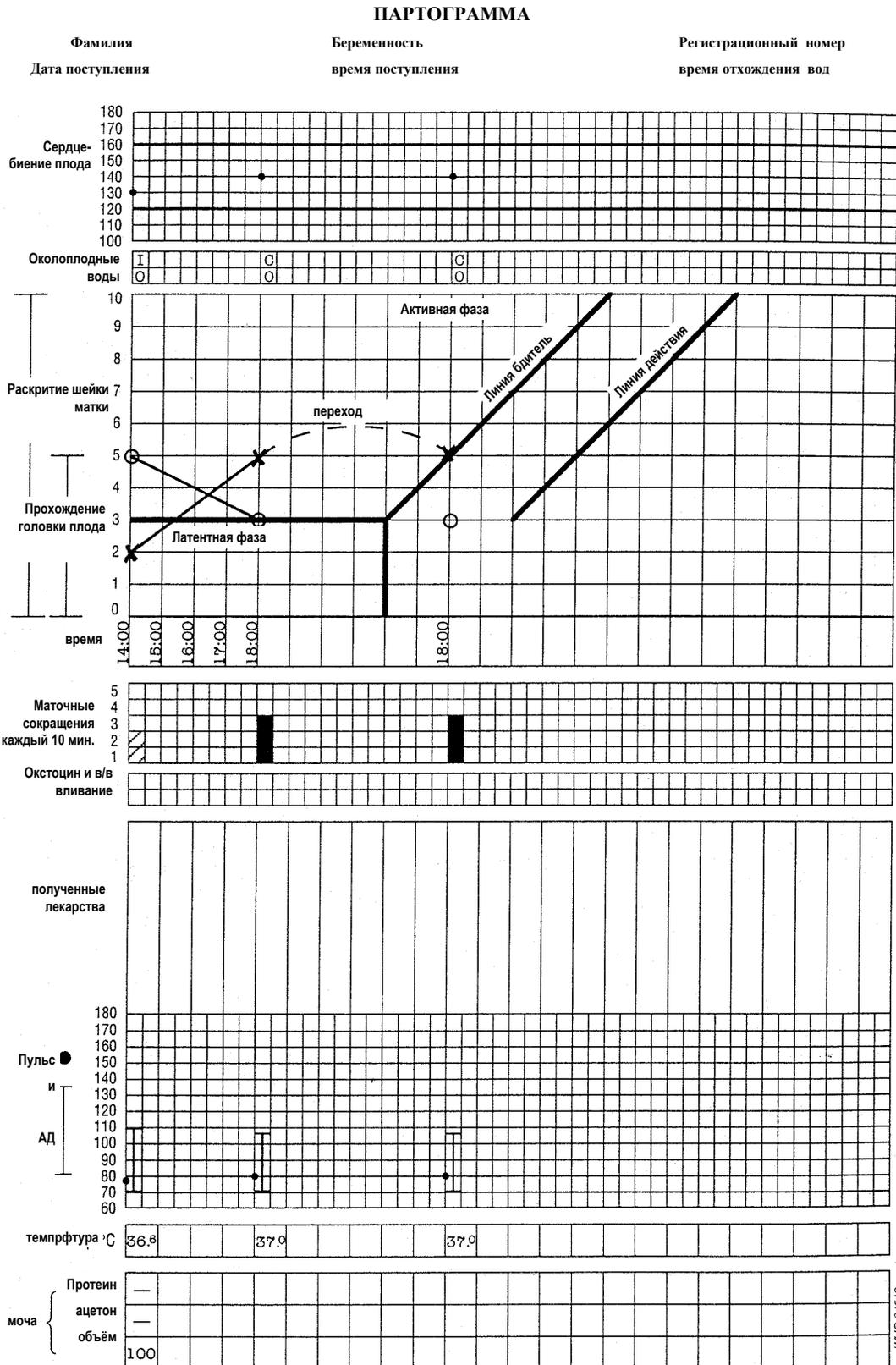


WHO 94511

ОТВЕТЫ К УПРАЖНЕНИЮ В:

1. См. заполненную партограмму (**Рис. С**)
2. 23:00
3. а) немедленный перевод в клинический стационар по причине превышения максимально допустимой задержки — график раскрытия шейки матки вышел вправо за «линию бдительности»
б) тщательное повторное обследование с целью определения причины задержки и оценки проходимости таза.

Рис. С. Групповое упражнение В: Ответы



Занятие 12: Уход за новорожденным

Время: 2 часа 15 мин.

Материалы: Слайды или видео по уходу за новорожденным при РОУС, проектор или видеоманитофон; лекционный проектор и слайды к нему

Методика: Лекция, обсуждение, работа в малых группах

Учебные задачи: К концу занятия участники должны научиться:

- характеризовать следующие виды практики ухода за новорожденными в рамках РОУС и приводить веские доводы в их пользу: профилактика гипотермии, тесный физический контакт с матерью, пребывание в одной палате с матерью, исключительно грудное вскармливание с первых часов жизни

Задайте вопрос:

- Какие методы ухода за новорожденными практикуются у вас в роддоме?

Попросите участников прочесть предлагаемый сценарий, прилагаемый в материалах участников. Если есть такая возможность, проиллюстрируйте его слайдами или видеосюжетом.

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.

Поинтересуйтесь у участников их реакцией на такую модель послеродового ухода за новорожденным. Спросите:

- А как у вас в роддоме? Похоже на то, что вы только что увидели?
- Какие преимущества такой постановки ухода за матерью и новорожденным вы могли бы отметить?

Затем представьте участникам обзорную лекцию по уходу за новорожденными, с поправками на услышанные от участников отклики, если нужно. К этой лекции имеются слайды.

Примечание: В этой лекции использованы материалы ВОЗ «Основной уход за новорожденными» и «Пакет «Мать и дитя» [“Essential Care of the Newborn” and “Mother-Baby Package”].

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 оказании 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 послеродовый период составляют единый, крайне чувствительный период, «приятия» ребенка 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 населения⁸.

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 ребенка в состояние 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

⁸ Энкин

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 переохладение организма ребенка сразу после родов, включая: обсушивание новорожденного, прямой телесный контакт ребенка с матерью, укутывание их обоим 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

Участники должны быть знакомы с преимуществами и техникой грудного кормления. Попросите желающего кратко изложить причины, по которым рекомендуется раннее, исключительно грудное вскармливание.

Если что-то из перечисленного ниже не будет названо, дополните ответ:

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.

Спросите:

- Как стимулировать грудное кормление в первые часы жизни ребенка?
- Как помочь матери правильно реагировать на требовательный писк новорожденного?

Среди ответов должно прозвучать:

- 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.

Работа в группе по теме «Уход за новорожденным»:

Разделите участников на три или более группы. Дайте каждой группе задание ответить на вопросы, приведенные на следующем плакате, применительно к какой-либо одной практике ухода за новорожденными:

- 1) Каковы преимущества этой практики с точки зрения матери и с точки зрения ребенка?
- 2) Как можно реализовать эту практику у вас в роддоме? Что будет этому способствовать? Что будет мешать?

Назначьте каждой группе одну из следующих практик:

1. Телесный контакт между матерью и новорожденным вместо пеленания, как средство профилактики гипотермии
2. Совместное содержание и поощрение раннего физического контакта ребенка с матерью
3. Поощрение спонтанного, неограниченного кормления грудью в первые часы жизни новорожденного.

Дайте группам 15 минут на проработку ответов. После этого предложите выступить с краткими докладами

- Вопрос 1: Заслушайте перечень преимуществ каждого практического подхода и убедитесь, что участники хорошо усвоили материал лекции. При необходимости исправьте и дополните их ответ.
- Вопрос 2: В ответ на препятствия к реализации новой практики, называемые участниками, предложите всем классом провести мозговой штурм на предмет поиска способов устранения таких препятствий.

Занятие 13: Послеродовой уход за матерью

Время: 1 час 15 мин.

Материалы: Карточки с ролями

Подготовка: Вырежьте или напишите/напечатайте карточки с ролями

Методика: Индивидуальное осмысление, лекция и обсуждение

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- перечислять виды и формы ухода, в которых нуждается мать в первые часы после родов

Скажите участникам, что сейчас вы будете обсуждать с ними ключевые элементы послеродового ухода за матерью — прежде всего, в первые часы после родов.

В начале занятия попросите участников поставить себя на место женщины. Раздайте нарезанные бумажки или карточки с напечатанными на них различными ролями. Каждый участник должен представить, что он(а) — женщина, описанная на карточке, через 1-2 часа после родов. (Примеры ролей: «мать, у которой 1 час назад закончились затяжные, тяжелые роды»; «мать, у которой ребенок умер при прохождении родовых путей», «женщина, у которой только что прошли легкие, быстрые роды безо всяких осложнений» и т. п.)

Зачитайте вслух следующие вопросы и попросите участников задуматься, как на них ответила бы женщина, роль которой им досталась. Если хотят, пусть составят письменный конспект своего ответа.

- Что вы сейчас испытываете?
- Что вам нужно непосредственно сейчас?
- Какой помощи вы ждете от медработников?

Поочередно зачитайте вопросы и дайте участникам несколько минут на обдумывание каждого из них, прежде чем задавать следующий.

Затем попросите несколько добровольцев рассказать, какая им досталась роль и какие ответы они дали на поставленные вопросы. Составьте список ответов, которые встречаются регулярно, вне зависимости от роли.

Спросите:

- Какую послеродовую помощь оказывают женщинам у вас в роддоме в первые часы после родов?

После этого прочтите лекцию, делая поправки на ответы участников и на те элементы практики ухода за матерью в период после родов, которые, судя по всему, отличаются от того, что принято в их родильных домах.

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 — «пуэрпериальный 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 раннее 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.
- *Пуэрпериальные 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 энерго-затраты 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 потребуется 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.

Распределение ролей для упражнения «Женщина после родов»

Распечатайте эту страницу и нарежьте бумажные полоски с ролями или перепишите/перепечатайте роли на отдельных карточках. Изготовьте по несколько экземпляров каждой роли, чтобы карточек хватило всем участникам (при значительном числе участников роли, естественно, будут дублироваться).

ВАША РОЛЬ: Мать после затяжных, тяжелых родов, закончившихся час назад

ВАША РОЛЬ: Женщина, у которой плод умер в процессе родов

ВАША РОЛЬ: Мать, только что легко родившая здорового ребенка

ВАША РОЛЬ: Первородящая, перенесшая эпизиотомию и разрывы при родах.

ВАША РОЛЬ: Мать, только что родившая третьего ребенка. Муж не поехал с вами в роддом.

ВАША РОЛЬ: Первородящая мать, испытывающая трудности с грудным кормлением.

ВАША РОЛЬ: Мать с пуэрпериальным сепсисом.

ВАША РОЛЬ: Мать, только что родившая недоношенного ребенка.

ВАША РОЛЬ: Мать, перенесшая кесарево сечение.

ВАША РОЛЬ: ВИЧ-инфицированная мать.

ВАША РОЛЬ: Мать-одиночка, родившая второго ребенка.

ВАША РОЛЬ: Мать, при которой присутствуют муж и старший сын 8 лет.

Оценка результатов, День 3

15 минут

Проведите краткую оценку усвоения участниками материалов третьего дня занятий и их реакции на новые сведения.

Предлагаемая форма: «Бумажный бой»

Попросите каждого взять листок бумаги, записать на нем вопрос по теме сегодняшних занятий. После того, как все участники записали свои вопросы, попросите их скомкать свои бумажки в шарик, разделить на две равные команды и встать в шеренгу друг напротив друга. Объясните, что теперь они будут этими шариками перекидываться, а задача состоит в том, чтобы на тот момент, когда ведущий скажет «стоп!» как можно больше шариков оказалось на стороне противоположной команды.

Когда все приготовятся, скамандуйте: «На старт! Внимание! Марш!» — и пусть участники пару минут швыряют друг в друга бумажки. Потом скамандуйте: «Стоп!»

После этого команды должны поочередно открывать бумажки, оказавшиеся на их стороне и отвечать на содержащиеся в них вопросы, пока все шарики не закончатся.

Ведите счет правильным и неправильным ответам обеих сторон.

Обязательно исправляйте участников и подсказывайте правильные ответы, если они испытывают затруднения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЧТЕНИЯ ПО ТЕМАМ ДНЯ 3:

Раздайте все или часть из перечисленных статей и материалов. Желательно, чтобы участники имели возможность выбирать материалы для подробного ознакомления сообразно со своими вкусами/интересами.

Партограмма:

- Материалы ВОЗ

Телесный контакт матери и новорожденного:

- Андерсон/Anderson
- Фардиа/Fardia

Пеленание:

- Юрдакок/Yurdakok

Грудное вскармливание:

- Каннингем/Cunningham
- Гальперн/Halpern
- Хамош/Hamosch
- Сикорски/Sikorski
- Уэллстарт/Wellstart

Реанимация:

- Каррасо/Carrasco
- Рамджи/Ramji
- Йодер/Yoder

Занятие 14: Совместная работа акушерки и врача

Время: 1 час 45 минут

Материалы: Партограмма (ламинированный плакат или проекционный слайд);
«Руководство ВОЗ по ведению осложнений при беременности и родах»;
несколько чистых бланков партограммы

Методы: Ролевая игра

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- демонстрировать знания порядка проведения консультаций и организации совместной работы акушерки и врача при ведении родов.

Задачи этого занятия:

- Всесторонне осветить роль акушерки при принятии родов по модели РОУС
- Выявить, в каких случаях целесообразны врачебные консультации
- Обсудить спектр надлежащих вмешательств

В ходе этого занятия акушерка и инструктор в роли врача продемонстрируют, как должны взаимодействовать врач и акушерка в ходе принятия родов. Затем участникам будет предоставлена возможность для отработки практических навыков такого сотрудничества.

Акушерка и инструктор-«врач» должны совместно подготовиться к этому мероприятию, ознакомившись с практическими примерами и обсудив специфику каждого случая. Инструктора должны отобрать примеры, затрагивающие конкретные сценарии, которым следует уделить внимание при работе с имеющейся группой участников. Они должны вместе решить, как осветить роль акушерки, показания и сроки обращения за врачебной консультацией, рекомендации акушеркам, полный спектр вмешательств (например, выписка домой, ходячий режим, перевод в клинический стационар, применение окситоцина и т. п.), надлежащий выбор вмешательств в рассматриваемом случае, подход к обсуждению вмешательств(а) с женщиной и ее семьей, последующее наблюдение.

Начните занятие с разъяснения, что оно будет посвящено практическому рассмотрению распространенных трудностей и осложнений посредством ролевых игр и обсуждения.

Спросите:

- Как обычно взаимодействуют акушерки и врачи в вашем роддоме?
- Какие у них функции и обязанности?

Предложите им посмотреть сценку. Объясните, что инструктор, играющий роль акушерки, будет представлять случай инструктору-врачу. Напомните участникам, что акушерка в разыгрываемой ситуации непосредственно находится при женщине, следит за прогрессом схваток, принимает роды, проводит вагинальные осмотры, осуществляет мониторинг состояния матери и плода с использованием партограммы. Врач и акушерка обсудят течение родов на данный момент, произведенные вмешательства, наличие осложнений или затруднений, необходимые в дальнейшем вмешательства и совместный план оказания этой женщине медицинской помощи.

Попросите участников, наблюдая за инсценировкой, обратить внимание на следующие моменты:

- действия акушерки в отношении пациентки;
- обмен информацией между акушеркой и врачом;
- необходимые вмешательства и совместный план оказания помощи пациентке.

**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.

Конкретные примеры приводятся ниже. Выберите наиболее подходящий с точки зрения методологических потребностей слушателей.

По завершении инсценировки спросите участников:

- Какие конкретные элементы практики РОУС продемонстрировала акушерка?
- Можно ли было применить еще какие-то элементы РОУС? Назовите их.
- Каким образом в ходе анализа клинической картины использовалась партограмма? Способствовала ли она взаимопониманию между врачом и акушеркой и скорейшему принятию клинического решения?
- Какие навыки общения способствовали эффективной совместной работы акушерки и врача?
- Каково ваше мнение об оценке состояния пациентки и плане лечения? Что бы вы сделали по-другому?
- Какие знания, навыки, отношения, продемонстрированные участниками сценки, вы хотели бы наблюдать у себя в роддоме?

Затем попросите участников, разбившись на пары, подготовить собственные инсценировки. Один участник должен изображать врача, другой — акушерку. Назначьте каждой паре свою ситуацию для обыгрывания из числа случаев, описанных ниже, которые также приведены и в материалах для участников (допускается, чтобы несколько пар работали над одним и тем же случаем). Выдайте каждой паре бланк партограммы. Скажите, что

некоторым из них предстоит затем вынести заполненные партограммы на всеобщее обсуждение.

Отведите парам 30 минут на то, чтобы:

- ознакомиться с описываемым случаем;
- принять решение о своевременности врачебной консультации, рекомендациях акушерки, спектре возможных вмешательств, надлежащем выборе вмешательства в данном случае, порядке обсуждения вмешательства с женщиной и семьей, мерах по последующему ведению пациентки;
- заполнить партограмму описываемого случая;
- отрепетировать сцену обсуждения ситуации акушеркой и врачом.

Если хотят, могут пользоваться справочником ВОЗ по осложнениям.

Когда пары подготовятся, предложите одной из них разыграть свою сценку перед всей группой. Перед этим пусть они перенесут свою партограмму на ламинированный плакат или лекционный слайд.

После того, как эта пара разыграет сценку, спросите её участников:

- Какие конкретные элементы практики РОУС продемонстрировала акушерка?
- Можно ли было применить еще какие-то элементы РОУС? Назовите их.
- Каким образом в ходе анализа клинической картины использовалась партограмма? Способствовала ли она взаимопониманию между врачом и акушеркой и скорейшему принятию клинического решения?
- Какие навыки общения способствовали эффективной совместной работы акушерки и врача?
- Каково ваше мнение об оценке состояния пациентки и плане лечения? Что бы вы сделали по-другому?

Поставьте те же вопросы перед всем классом.

Если остается время, дайте возможность другим парам разыграть свои сценки и обсудите их. (Практика показывает, что обычно успевают выступить с инсценировками 2-3 пары участников).

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 проконсультроваться 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 родового 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

Время: 1 час 45 мин.

Материалы: Раздаточный материал «Руководство наблюдателя»

Методы: Лекция, демонстрация, ролевая игра

Учебные задачи: К концу занятия участники смогут:

- перечислять навыки общения, необходимые работникам здравоохранения;
- демонстрировать умение консультировать членов семьи по вопросам РОУС;
- называть преимущества обучения семьи вопросам родовспоможения.

Скажите участникам, что на этом занятии они ознакомятся с теорией и практикой использования различных навыков общения.

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 интересует. 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

Ролевые игры:

Тренер и участник проводят две ролевые игры, чтобы продемонстрировать навыки «Слушать и узнавать».

Ситуация: Обе игры демонстрируют одну и ту же ситуацию. Акушерка разговаривает с матерью, которая только что пришла в роддом на роды. Акушерка рассказывает ей о практиках РОУС, которые доступны в роддоме.

Пара должна потренироваться заранее. (Участника можно пригласить быть партнером тренера, если нужно).

Игра № 1:

В первой игре, акушерка плохо владеет навыками общения. Она стоит со скрещенными на груди руками или что-то записывает в блокнот, у нее нет визуального контакта с матерью, ведет себя отвлеченно, задает закрытые вопросы и говорит оценивающим языком.

После игры, спросите участников:

- ***Что вы заметили в общении?***
- ***Какова ваша оценка навыков акушерки «слушать»? Достаточно ли она узнала о матери?***
- ***Какие предложения по изменению поведения вы бы посоветовали акушерке?***

Игра № 2:

Во второй игре акушерка хорошо владеет навыками общения. Она задает открытые вопросы, использует язык телодвижений и визуальный контакт, чтобы показать заинтересованность и выразить поддержку, отражает слова матери и сопереживает чувства матери.

По окончании игры, спросите:

- ***Чем отличалась данная ситуация от предыдущей?***
- ***Какие навыки «слушать» продемонстрировала акушерка?***
- ***Достаточно ли акушерка узнала о матери?***
- ***Почему важно получить информацию от матери?***

Раздайте каждому участнику следующий обзор навыков «слушать и узнавать», упомянув о ролевых играх.

Шесть навыков «слушать и узнавать»:

Навык 1. Используйте невербальные средства общения

Объяснение:

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

Демонстрация:

- Скажите участникам, что вторая игра продемонстрировала пять разных видов невербального общения. Продемонстрируйте каждый из видов такого общения во время объяснения или попросите кого-нибудь из участников сделать это.

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 постройте 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 подобающим образом

Спросите:

- ***Как и почему эти средства невербального общения полезны при консультировании семьи о РОУС?***

Навык 2. Задавать открытые вопросы

Спросите, могут ли участники привести пример открытого и закрытого типов вопросов.

Объяснение:

- 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?»

Обратитесь снова к ролевым играм для примера.

Закрытые вопросы, на которые клиент может ответить «Да» или «Нет»

Комментарий: На свои вопросы медработник получает ответы «Да» или «Нет» и узнает немного (получает мало информации). В данном случае сложно продолжать разговор.

Открытые вопросы

Комментарий: Медработник задает открытые вопросы. Клиент не может ответить на них «Да» или «Нет», он вынужден дать некоторую информацию. В этом случае медработник узнает значительно больше.

Приведите участникам несколько примеров закрытых вопросов и попросите переделать их в открытые вопросы.

Пример: Закрытый вопрос: «Вы беспокоитесь по поводу родов сейчас?»

Открытый вопрос: «Что вы чувствуете по поводу родов сейчас?»

Начало и продолжение разговора

Комментарий: Медработник задает открытый вопрос, но он не помогает. Затем медработник задает два более конкретных вопроса, затем следует открытый вопрос. Медработник позднее узнает, что клиенту нужна дородовая помощь (помощь в вопросах планирования семьи).

Спросите:

- *Почему и чем полезны такие навыки задавать вопросы при консультировании семьи по РОУС?*

Навык 3. Реагировать и жестикулировать, выражая интерес

Объяснение:

- 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, например, «ага», «мм» и т.д.

Демонстрация:

«mmm», «эээ» - являются частью языка в разных странах

Спросите:

- *Почему и чем полезны возгласы и жесты при консультировании семей по РОУС?*

Навык 4. Отражать слова клиента

Объяснение:

- 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.

Демонстрация: Перейдите к ролевым играм.

Отражать слова

Комментарий: Медработник отражает слова клиента таким образом, чтобы клиент сообщил как можно больше информации.

Чередование вопросов с эмоциональными возгласами

Комментарий: Разговор протекает естественнее, и медработник из разговора узнает настроение клиента.

Спросите:

- *Почему и чем полезно отражение слов клиента при консультировании по РОУС?*

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

Объяснение:

- 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.

Демонстрация: Перейдите к ролевым играм.

Продолжение выяснение фактов

Комментарий: Медработник задает вопросы для выяснения фактов. Он игнорирует чувства клиента и таким образом выясняет несущественные факты.

Сочувствие

Комментарий: Медработник сочувствует, но акцентирует внимание на свою проблему. Это неправильно.

Отражение слов

Комментарий: Если медработник «отражает» слова клиента, клиент продолжает говорить, но он/она говорит не о своих чувствах.

Сопереживание

Комментарий: Медработник понимает чувства клиента и узнает от него/нее ряд очень важных моментов, не задавая при этом прямых вопросов.

Сопереживание хороших чувств клиента

Комментарий: Важно, чтобы клиент почувствовал ваш интерес к нему/ней, даже если у него/нее нет проблем.

Спросите:

- *Почему и чем эти навыки общения полезны при консультировании по РОУС?*

Навык 6. Избегать употребления оценивающих слов

Объяснение:

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

Демонстрация:

Использование оценивающих слов

Комментарий: Медработник не узнает ничего полезного для себя, но он заставил волноваться клиента.

Как избежать оценивающих слов

Комментарий: Медработник узнал все, что хотел, не беспокоя при этом клиента.

Спросите:

- *Почему и чем полезно избегание оценивающих слов при консультировании по РОУС?*

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.

Раздайте «Руководство наблюдателя». Кратко пройдитесь по перечисленным в нем навыкам общения и убедитесь, что всем всё понятно. Скажите участникам, что это полезный инструмент для самооценки и оценки коллег при консультациях.

Ролевая игра:

Попросите участников обратиться к инструкциям «Семейные консультации по РОУС» в их руководствах. Попросите их разбиться на группы по три человека и проиграть сценарий консультирования семьи по вопросам РОУС при поступлении. Один участник должен изображать медработника, другой играть роль матери, третий — роль отца. После ролевой игры, все трое должны обменяться мнениями о том, как прошел эпизод, после чего поменяться ролями. Роли должны быть перераспределены хотя бы один раз. Дайте группам 45 минут. Наблюдатель в составе каждой группы должен использовать «Руководство наблюдателя» для структурирования своего отчета.

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.
- Продемонстрируйте участливое отношение к пациентке.
- Подключите к беседе отца.
- Когда у матери случится схватка, поддержите её. Дождитесь окончания схватки, прежде чем продолжить беседу.

Соберите весь класс. Попросите:

- Привести пример хорошего, по мнению группы, использования приемов общения в их игре.
- Привести пример неудачного использования какого-либо приема общения и объяснить, почему провалилась попытка его использовать.

Дородовое обучение и инструктаж

Завершите занятие обсуждением дородового обучения и инструктажа. Особо отметьте, что подготовку семей к РОУС в идеале лучше проводить в ходе полноценных курсов дородового обучения.

Спросите:

- Что дает дородовой инструктаж?

Дождитесь, чтобы обязательно прозвучали следующие ответы:

- Позволяет женщине узнать, чего ей ждать от нормального процесса родов.
- Ознакомляет женщину с медицинскими процедурами и экстренными ситуациями, которые могут иметь место.
- Способствует снижению тревоги, помогает женщине расслабиться перед родами.
- Потенциально может снизить потребность женщины в медикаментозном обезболивании в процессе родов.
- Обучает женщину и ее партнера положениям тела и мерам по обеспечению комфорта при родах.
- Дает женщине информацию и средства, которые ей потребуются для принятия решений в процессе родов.

Спросите:

- А какого рода инструктаж проводится у вас в роддоме? Какие темы затрагивает?

По возможности пригласите инструктора или попросите кого-либо из участников с опытом новаторских методов дородового инструктажа рассказать группе об используемой ими модели.

Дайте краткий обзор основных тем, которые должно затрагивать дородовое обучение:

- Изменения в организме матери в каждом триместре беременности.
- Родовая деятельность: процесс схваток, как распознать схватки, что делать дома при первых признаках схваток, когда отправляться в роддом.
- Положения тела при родах и меры по снижению болевых ощущений, которыми могут использовать женщина и ее партнер при родах.
- Процедуры, которых можно ожидать в роддоме.
- Вопросы, которые нужно задать работникам роддома.
- Ранний контакт с новорожденным.
- Восстановление после родов.
- Как совместить заботу о себе, ребенке, других членах семьи.
- Грудное вскармливание.
- Техники релаксации.

Спросите:

- Как можно интегрировать информацию о РОУС в существующие программы дородового обучения?

Выслушайте ответы участников и, если что-то из нижеперечисленного не будет названо, дополните их:

- Семьи должны быть загодя проинформированы, что в роддоме приветствуется их присутствие (партнера допустят в родовую палату, детям разрешат посещение матери).

- Женщина должна быть проинформирована о том, что у нее будет право выбора методов обезболивания, положения тела при родах и т. д. Если она будет заранее знать о возможных альтернативах, в процессе родов ей будет проще сделать адекватный выбор.
- Если женщина уже рожала раньше, она, скорее всего, ожидает, что в процессе родовспоможения будут использоваться процедуры, не рекомендуемые в рамках РОУС (клизма, сбривание лобковых волос). Объясните эту различия в подходах и их причину.

Навыки общения. Руководство наблюдателя

Навыки общения	Часто	Иногда	Редко
Невербальные навыки:			
Непринужденность			
Открытость; непредвзятость			
Обращенность к собеседнику			
Привычка смотреть прямо в глаза			
Обращение лицом к собеседнику (и улыбка)			
Вербальные навыки:			
Выяснять			
Выслушивать			
Ободрять и одобрять собеседника			
Признавать			
Отражать и повторять			
Процесс консультации (этапы):			
Теплая встреча и прием посетительницы и семьи			
Постановка многозначных и однозначных вопросов			
Описание посетителям преимуществ РОУС			
Помощь женщине в самостоятельном выборе решения			
Объяснение предстоящих процедур (регистрация, роды)			
Объяснение порядка повторных посещений, выдачи направлений и т. п.			
Комментарии наблюдателя:			

Занятие 16: Основные принципы организации инфекционного контроля в родильном доме

Время: 1 час

Материалы: Карточки для игры

Методика: Мозговой штурм, лекция и обсуждение, игра

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- Дать определение инфекционного контроля
- Перечислить по крайней мере 5 методов инфекционного контроля, эффективность которых доказана практикой, и, по крайней мере, 5 обычных методов, эффективность которых доказана практикой

Спросите:

- **Что такое инфекционный контроль?**

Соотнесите ответы со следующим определением:

Инфекционный контроль (ИК) – это система базирующихся 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

Чтобы выяснить, что участники знают и делают по ИК в их роддомах, спросите участника прочитать вслух следующую ситуацию:

Ситуация:

Катя пришла в роддом с мужем. Они оба в своей собственной одежде и обуви, не прередевались. 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?

Попросите участников разбиться на группы по 2-3 человека с рядом сидящими людьми. Дайте им 5-10 минут, чтобы они обдумали все процедуры ИК, которые могли бы быть предоставлены в роддоме.

Подойдите к каждой группе и попросите назвать одну процедуру, которая не была названа предыдущей группой. Запишите ответы на флипчарте. Спрашивайте группы до тех пор, пока не останется ни одной неназванной процедуры.

Затем скажите участникам, что они будут обсуждать какие из этих процедур эффективны с точки зрения научных доказательств, а какие нет. Следующая игра поможет тренеру определить что участники уже знают о практиках ИК, основанных на научных доказательствах, и о чем у них неправильное представление.

Игра:

Разделите участников на 3-4 команды. Каждая команда по очереди будет отвечать на вопрос по карточке. В каждой карточке написана практика ИК. Команда должна решить было ли доказано, что данная практика является эффективной. У них есть 1 минута, чтобы обдумать ответ. Если команда отвечает правильно, они получают очко. Так продолжается до тех пор, пока карточки не закончатся.

Карточки и ответы предложены в конце этой секции.

Когда игра закончилась, просмотрите Новые технологии родовспоможения и инфекционный контроль, перечисленные ниже. Соотнесите эти технологии с уже обсужденными участниками во время ситуации и игры. Определили ли участники использует ли их роддом какую-нибудь практику, не основанную на доказательствах. Уделите время беседе о технологиях, по которым участники дали неправильные ответы во время игры и проясните все недопонимания участников о лучших практиках ИК.

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 гонобленореи 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 соответствие 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 де-зобработка 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

Спросите:

- *Какие управленческие структуры поддерживают систему эффективного ИК?*
- *Какие структуры находятся в вашем роддоме?*

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 микрoэкологических 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

Игровые карточки по инфекционному контролю

Разрежьте карточки по пунктирной линии. Вы можете свернуть каждую карточку по середине, так чтобы правильный ответ был невиден.

Методы Инфекционного контроля

Разрежьте по пунктирной линии Согните здесь ↓

Ответы

1. Делайте рутинную очистительную клизму всем женщинам в родах.	НЕ ДОКАЗАНО Исследования показали, что риск фекального инфицирования при проведении очистительной клизмы и без нее одинаков.
2. Проведите рутинную процедуру бритья промежности всем женщинам, готовящимся к родам.	НЕ ДОКАЗАНО Исследования показали, что бритье не влияет на распространенность инфекции.
3. Не разрешайте матерям носить свою собственную домашнюю одежду и пользоваться домашним бельем в родовой.	НЕ ДОКАЗАНО
4. Мама с ребенком находятся в одной палате (совместное пребывание)	ДА, ДОКАЗАНО В дополнение к пропаганде грудного вскармливания и контакта «мать-младенец», при совместном пребывании можно избежать риска нахождения большого числа младенцев в переполненной детской.
5. Проводите осмотр, используя только одноразовые перчатки	ДА, ДОКАЗАНО
6. Убедитесь, что весь персонал одет в не стерильные халаты, которые ежедневно меняются.	ДА, ДОКАЗАНО
7. Мойте руки перед и после проведения процедур, еды или посещения туалета.	ДА, ДОКАЗАНО
8. Используйте метод кварцевания для дезинфекции палат.	НЕ ДОКАЗАНО Просто проветривайте тщательно палаты.
9. Не разрешайте, чтобы младенцы были одеты в принесенную из дома одежду.	НЕ ДОКАЗАНО
10. Убедитесь, что персонал носит халаты и маски во время схваток и родов.	НЕ ДОКАЗАНО
11. Ведение пупочного остатка новорожденного с антисептиками.	НЕ ДОКАЗАНО Рекомендуется просто вести пупочный остаток открытым способом, без мазей.
12. Позволяйте родственникам посещать маму с новорожденным.	ДА, ДОКАЗАНО
13. Мойте новорожденного проточной водой.	ДА, ДОКАЗАНО
14. Ведение швов на промежности без антибиотиков (только личная гигиена).	ДА, ДОКАЗАНО
15. Влажная уборка палаты два раза в день.	ДА, ДОКАЗАНО
16. Проводите рутинную проверку палат и персонала	НЕ ДОКАЗАНО

Занятие 17: Практический пример инфекционного контроля

Время: 1 час 45 мин

Материалы: не требуются

Методика: Изучение практического примера

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- Объяснять, как осуществлять надлежащий инфекционный контроль в рамках РОУС

Скажите участникам, что сейчас им предстоит на практике применить только что почерпнутые сведения об инфекционном контроле, а именно, определить, как организовать родовспоможение, ориентированное на участие семьи, без ущерба для инфекционного контроля.

Раздайте материал «Риск инфекции и РОУС» (см. ниже). Разбейте участников на 4-5 малых групп. Дайте каждой группе задание изучить один из случаев, описанных в материале, и ответить на вопрос, насколько высокому риску инфекции подвергается женщина в описываемом примере. Отведите группам 45 минут на самостоятельную работу.

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. Риску какой инфекции подвергается мать, если вовсе 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?

Снова соберите весь класс вместе и попросите каждую группу кратко отчитаться по своему случаю. Если группа предлагает жесткие ограничительные меры, противоречащие принципам РОУС, например, изолировать мать от ребенка и мужа, попросите их обосновать такую необходимость. Убедитесь, что предлагаемые группой ограничения обоснованы с точки зрения ранее изученной информации о риске распространения инфекции.

Завершите дискуссию повторением основного положения, согласно которому самое главное в практике родовспоможения — научное обоснование, а не неписанные законы, особенно, когда речь идет о поддержке рожавшей женщины членами семьи и возможности совместного пребывания матери и новорожденного.

Спросите:

- Каким образом указанные принципы инфекционного контроля можно применить в вашем роддоме? Что этому может помешать?

Возможно, это станет отправной точкой свободной дискуссии о нормах санитарно-эпидемиологического надзора и о том, какие рычаги нужно задействовать, чтобы добиться из смягчения.

Оценка результатов, день 4

15 минут

Проведите краткую оценку усвоения участниками пройденного за день материала и оцените их реакцию на полученную информацию.

Предлагаемая форма: Попросите участников повторить упражнение «физический континуум», которым завершался второй день занятий. Пусть у них появится возможность сравнить, насколько с начала недели изменилось их собственное отношение и отношение их коллег к РОУС.

Попросите участников выстроиться вдоль дальней от двери стенки класса. Скажите, что сейчас вы сделаете заявление, а они должны распределиться по классу в зависимости от степени своего согласия с этим заявлением. Полностью согласные должны будут отойти к дальней левой стене, полностью несогласные — к правой, колеблющиеся — занять место где-то посередине, в зависимости от степени своего согласия или несогласия с заявлением.

Заявление:

- **«Мы можем реализовать родовспоможение, ориентированное на участие семьи, у себя в роддоме».**

После того, как участники распределятся по классу, попросите некоторых из тех, кто занимает крайние и промежуточные позиции, объяснить свою точку зрения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЧТЕНИЯ ПО ТЕМАМ ДНЯ 2:

Раздайте все или некоторые из статей и материалов, перечисленных ниже. Желательно, чтобы участники выбрали себе статьи по интересам или для углубленного изучения глубоко затронувших их вопросов.

Инфекционный контроль:

- Бирбенбаум/Birembaum
- Де Андраде/de Andrade
- Энкин/Enkin
- Фрост/Frost
- Хамфрис/Humphreys
- Кунарантанопрук/Kunارانtanopruk
- Мерсер/Mercer
- Магфорд/Mugford
- НИЗ/NIH
- Раш/Rush
- Смэйл/Smaill
- Уилсон/Wilson

Занятие 18: Оценка реализации РОУС

Время: 1 час

Материалы: нет

Методика: обсуждение

Учебные задачи: к концу занятия участники должны быть способны:

- объяснять важность оценки, как неотъемлемой части программы реализации;
- правильно заполнять формы непрерывного повышения качества РОУС и объяснять их смысл другим.

Спросите:

- Зачем, вообще, нужно оценивать результаты проекта?

С учетом полученных ответов изложите участникам следующую информацию:

Это позволяет:

- определить, достигнуты ли цели проекта;
- оценить эффективность изменений;
- воздействовать на будущие направления развития инициативы;
- проверить, насколько полезен проект как с точки зрения самой организации, так и с точки зрения общества в целом.

Спросите:

- Вы слышали о концепции непрерывного повышения качества? В чем она состоит?

Выслушайте ответы. Особо подчеркните:

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.

Объясните организацию предлагаемой системы НПК, которая будет реализована в рамках проекта «Мать и дитя» (WIN):

- кому будут направляться данные;
- для чего и как они будут использоваться;
- как будет осуществляться обратная связь с родильными домами, в каком виде они будут получать обработанные и проанализированные данные;
- какую помощь будут получать родильные дома от проекта WIN в плане использования полученных данных в целях оценки прогресса и внесения корректив.

Попросите участников провести мозговой штурм и назвать ключевые аспекты практики РОУС, по которым необходимо организовать сбор данных. Запишите их на плакате/доске.

Укажите, какие из названных участниками практик включены в формы НПК.

Пройдитесь по всем формам НПК и объясните:

- когда заполнять форму (например, при поступлении; через день после родов и т. п.);
- какую информацию заносить в форму, по каким практикам;
- кто должен заполнять форму;
- кто должен отвечать за сбор данных и проводить его;
- как будут использоваться результаты.

Ответьте на все вопросы участников о смысле и назначении тех или иных показателей и вопросов в формах.

Спросите:

- И что вы думаете о предлагаемой системе? Легко её будет реализовать? Какие могут возникнуть трудности?

В завершение подчеркните важность оценки реализации новой модели оказания медицинской помощи. Система оценки поможет им увидеть, хорошо ли продвигается их родильное отделение по новому пути, и определить, с внедрением каких новых практических методов возникают трудности.

Занятие 19: Стратегия изменений

Время: 45 минут

Материалы: нет

Методика: лекция и обсуждение

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- Перечислять условия, препятствующие изменениям.
- Перечислять условия, способствующие изменениям.
- Объяснять смысл поэтапных изменений в рамках модели Левина.

Скажите участникам, что теперь, когда они ознакомились с азами РОУС, пришло время подумать, как донести эту информацию до своих коллег, чтобы спланировать и реализовать новую модель медицинской практики в своих медучреждениях.

Реализация РОУС на базе родильных домов потребует серьезных изменений в устоявшейся практике. На этом занятии, должны объяснить вы участникам, они узнают кое-что о стратегиях и моделях общеорганизационных изменений.

Попросите каждого припомнить случай, когда им довелось пережить серьезные перемены — личные, профессиональные или организационные. Дайте участникам минуту на размышление, затем попросите желающих рассказать о своем опыте. Спросите:

- И как вам далось это изменение?
- Что вы сначала подумали, когда оно было предложено?
- С какими трудностями вы столкнулись? Что помогало переменам?

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. (Можно попросить группу встать и попробовать изобразить натягивание воображаемых штанов в «нетрадиционном» порядке, чтобы участники прочувствовали, насколько трудно дается даже такое мелкое и банальное «новшество»).

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.

Спросите:

- Из-за чего люди сопротивляются новому?

Запишите ответы на доске. Если будет упущено что-то важное, дополните сами⁹:

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

Расскажите о факторах, которые усиливают сопротивление изменениям (Олсон):

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».

Спросите:

- Какие стратегии снижения противодействия изменениям вы могли бы предложить в свете только что обсуждавшихся причин сопротивления?

Выслушайте ответы, подчеркните следующее:

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».

⁹ Теория изменений изложена по статье Олсон Е. М. «Стратегические и технические приемы, доступные медсестре — инициатору изменений» (Olson, E.M. Strategies and techniques for the nurse change agent. Nursing Clinics of North America. 14 (2) June 1979).

Расскажите, что некоторые эксперты разработали теории проведения изменений в жизнь, дополненные своего рода путеводителями или дорожными картами, на которых отмечены все необходимые ориентиры: отправную точку, маршруты реализации, точку прибытия, наконец, подробные инструкции, как закрепить изменения.

Представьте **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 выигрешности изменения, а также выявит области, нуждающиеся в улучшении.

Спросите:

- Какими качествами, по-вашему, должен обладать инициатор изменений?

Среди ответов желательно услышать: гибкость, настойчивость, социальная озабоченность, чуткость к людям, способность заинтересовать и увлечь других, заставить их почувствовать, что «мы всё это сами сделали».

Спросите:

- Чем бы мог проект WIN помочь вашим роддомам на переходном этапе, чтобы вам легче было пройти описанные стадии реорганизации, необходимые для внедрения РОУС?

Ответы могут включать: организация переподготовки; повторные посещения специалистов центра подготовки; налаживание процесса непрерывного повышения качества и оценки работы и т. п.

Занятие 20: Анализ ситуации

Время: 1 час 45 мин

Материалы: Раздаточный материал «Анализ ситуации»

Методика: Работа в группе

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- Перечислять факторы, способствующие и препятствующие внедрению РОУС в своих роддомах.

Чтобы эффективно спланировать изменения в своих родильных домах, участники теперь проведут анализ стартовых условий, в которых им придется начинать внедрение РОУС.

Попросите участников за пять минут записать свое личное мнение по вопросам, представленным на плакате. Пусть сделают краткие заметки, а не подробное изложение.

- Что будет более всего способствовать внедрению РОУС в вашем роддоме?
- Что будет более всего мешать внедрению РОУС в вашем роддоме?

Пусть несколько желающих поделятся своими ответами со всеми.

Раздайте рабочий лист «Анализ ситуации». Объясните, что он поможет участникам обдумать, какие знания, навыки, взгляды и ресурсы, необходимые для реализации РОУС, уже имеются в их роддомах. Этот анализ поможет им выявить своеобразные точки опоры и сосредоточить свое время и силы на тех областях, которые потребуют значительного труда. Все аспекты должны рассматриваться с точки зрения:

- (а) медработников — акушерок, врачей-гинекологов и неонатологов, других медицинских специалистов, работающих в их роддомах;
- (б) учреждения — администрации, ресурсов, внутренних правил и инструкций;
- (с) потребителей — женщин и их семей;
- (д) внешних условий — законов, инструкций, правил, распоряжений облздрави и т. п. и общественного мнения

Пройдите по пунктам рабочего листа и убедитесь, что всем все ясно.

Попросите участников объединиться в общие группы с другими представителями своего роддома и совместно заполнить рабочие листы. Если представителей какого-то роддома слишком много, пусть разобьются на подгруппы по два-три человека и заполняют каждая свою часть рабочего листа. Отведите группам 45 минут на эту работу.

Н. Раздаточный материал «Анализ ситуации»

	Знания	Навыки	Отношение	Ресурсы
МЕДРАБОТНИКИ				
УЧРЕЖДЕНИЕ				
ПОТРЕБИТЕЛИ				
ОКРУЖАЮЩИЕ				

Соберите всех вместе. Пусть каждый роддом назовет один, самый главный фактор в поддержку внедрения РОУС (например, «медработники и так прекрасно знают, как пропагандировать грудное вскармливание») и одно, самое главное препятствие (например, «врачи не привыкли доверять акушеркам такую ответственность»). Отметьте сходства и различия в ответах представителей разных роддомов.

Выберите одно или несколько главных препятствий (как позволит время) и попросите участников методом мозгового штурма предложить стратегии его преодоления.

Занятие 21: План действий

Время: 1 час 45 мин

Материалы: Раздаточный материал «План действий»

Методика: Работа в группе

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- Составить план действий по внедрению РОУС у себя в роддоме.

Скажите участникам, что сейчас, проанализировав предварительно ситуацию у себя в роддомах, им предстоит составить план конкретных действий по внедрению РОУС, естественно, с учетом выявленных содействующих и препятствующих этому факторов.

Раздайте участникам экземпляры рабочего листа «**План действий**»:

О. План действий

Задача	Ответственное лицо	Сроки	Необходимые ресурсы/поддержка

Спросите:

- Зачем, по-вашему, нужен «План действий»? Какая от него польза?

Возможные варианты: подразделяет большую, комплексную, кажущуюся неподъемной задачу на ряд небольших, конкретных, реально решаемых; помогает осмыслить, что реально достижимо с учетом имеющихся материальных и кадровых ресурсов; возлагает ответственность за решение конкретных задач на конкретных людей и назначает конкретные сроки, а не ограничивается абстрактными дискуссиями; помогает понять, какие дополнительные ресурсы нужно привлечь, чьей поддержкой заручиться, и сообщить об этом своей администрации и/или руководству проекта РОУС.

Объясните, как проекта «Мать и дитя» будет впоследствии оказывать содействия роддомам в реализации этих планов.

Снова попросите участников разбиться по роддомам и внести в розданный план действий следующее:

1. перечень задач по внедрению РОУС;
2. ответственных за каждую задачу и сроки, если они поддаются оценке;
3. перечень ресурсов и поддержки, необходимых для выполнения каждой задачи, отмечая, что из этого имеется в наличии, а чем только предстоит заручиться.

На эту работу отведите группам 1 час.

Напомните группам, чтобы не забыли включить в свои рабочие планы систему непрерывного повышения качества и мероприятия по оценке результатов Проекта WIN.

Когда работа над планами завершится, соберите всех вместе. Попросите каждую группу кратко охарактеризовать составленный ею план, уделяя основное внимание главным задачам и поддержке/ресурсам, которые потребуются для ее решения. Обсудите с представителями каждого роддома, каким образом можно получить доступ к требуемым ресурсам.

Занятие 22: Планирование недели клинической практики

Время: 1 час

Материалы: Плакат распределения участников по бригадам для прохождения клинической практики

Подготовка: Распределите участников по бригадам

Учебная задача: К концу занятия участники должны быть способны:

- объяснить, как будет организована недельная клиническая практика
- описывать устройство родовой палаты.

Обсудите с группой порядок прохождения недельной клинической практики. Остановитесь на следующем:

1) График: Обратите внимание участников на график прохождения клинической практики (приведен в начале папки участника).

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
Присутствие на утреннем плановом совещании Подготовка родовых палат Прием родов и проведение послеродовых обходов В промежутках — учебные мероприятия В конце смены — встреча с местным медперсоналом для передачи пациентов	Плановое совещание Подготовка родовых палат Прием родов и проведение послеродовых обходов В промежутках — учебные мероприятия Встреча с местным медперсоналом	Плановое совещание Прием родов и проведение послеродовых обходов В промежутках — учебные мероприятия Встреча с местным медперсоналом	Плановое совещание Прием родов и проведение послеродовых обходов В промежутках — учебные мероприятия Встреча с местным медперсоналом	Плановое совещание Прием родов и проведение послеродовых обходов Встреча с местным медперсоналом БРИГАДЫ С-Д Прием родов и проведение послеродовых обходов Встреча с местным медперсоналом	Подготовка к конференции Конференция с участием медперсонала родильного отделения - Отзывы клиентов - Сообщение результатов анкетирования - Отзывы участников Оценка результатов недели 2

Опишите ежедневную программу:

- Присутствие на утреннем плановом совещании местного роддома.

- Работа с пациентами; послеродовые обходы.
- В свободное от принятия родов время работа с дополнительными материалами.
- Краткое дежурное совещание с персоналом местного роддома в конце смены для передачи дежурства и документов.

Расскажите, кто в какую бригаду назначен, кто из инструкторов какой бригадой будет руководить, в какие смены какая бригада будет работать. В целом, предлагается вышеприведенный график, который при необходимости нужно скорректировать на месте.

На седьмой день все бригады снова соберутся на итоговой конференции и выступят перед работниками местного роддома и гостями из областной администрации с итоговым докладом. Подготовка к конференции планируется в свободное от родов время в пятый-шестой день практики. Конференция даст участникам возможность описать свой опыт клинической работы за неделю; доложить о результатах итогового тестирования и анкетирования; семьи же рожениц поделятся собственными ощущениями от участия в эксперименте. Объясните, что эта конференция — уникальный шанс продемонстрировать всему роддому и не только эффективность РОУС.

2) Протоколы:

Расскажите о клинических протоколах, которые будут использоваться в ходе клинической практики для:

- кесарева сечения
- направления пациентов осложнениями к специалистам
- определения лиц, несущих окончательную ответственность за принятие клинических решений;
- передачи пациентов местному медперсоналу;
- работы в рамках обычных процедур, принятых в местном роддоме.

Протоколы должны прилагаться к материалам участников.

3) Переоборудование родовых палат:

В первый день каждой группе предстоит переоборудовать одну или несколько обычных палат в родовые палаты нового типа. Спросите:

- Какие физические изменения потребуются, чтобы палата выглядела привлекательнее для матери?

В целом, в палатах нужно создать обстановку, максимально приближенную к домашней:

- кровать для рожениц — никаких скоб, использование положения для литотомии нежелательно;
- кресла или диваны для семьи/спутников;
- на окнах занавески;
- оборудование для различных положений при родах (родовой шар, стул и т. д.)
- приватность: одна женщина в палате;
- оборудование для оказания экстренной помощи должно иметься, но не на самом виду (грелка, реанимационный комплект для новорожденного и т. д.)

- отопление.

В свободное время в течение смены члены бригад будут получать дополнительную учебную нагрузку, благо учебных модулей имеется в достатке, в частности:

- изучение и анализ результатов итогового тестирования;
- репетиции различных сценариев родовспоможения и т. п.;
- краткие лекции по темам, которые участникам интересно изучить в подробностях;
- дополнительная информация по таким темам, как лечение послеродового сепсиса и т. п.;
- отработка приемов и навыков на куклах-тренажерах

4) Договор о научно-техническом сотрудничестве (образец):

ДОГОВОР о научно-практическом сотрудничестве

город _____ « _____ » _____ 200 г.

_____, именуемый в дальнейшем «Сторона 1», в лице главного врача _____, действующего на основании Устава, с одной стороны и корпорации «Джон Сноу, Инкорпорейтед» (США), именуемый в дальнейшем «Сторона 2», в лице Главы Московского представительства Вартапетовой Натальи Вадимовны, действующего на основании доверенности с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1 «Сторона 1» принимает на себя обязательства предоставить соответствующие условия для практической подготовки участников курса РОУС на базе акушерского отделения по технологии «РОУС» в том числе по проведению информирования и получению согласия на участие в использовании технологии «РОУС» беременных женщин и рожениц, а так же их партнеров по родам.
- 1.2 «Сторона 1» обязуется предоставить условия для рожениц и родильниц, участвующих в проекте в соответствии с требованиями «Проекта».
- 1.3 «Сторона 2» обязуется надлежащим образом использовать материально-техническую базу, предоставленную в его пользование, обеспечить качественную подготовку специалистов -участников курса РОУС по технологиям «РОУС», включая _____ сотрудников «Стороны 1».
- 1.4 «Сторона 2» принимает на себя обязательства нести полную ответственность за исход родов для женщин и их детей, участвующих в проекте.
- 1.5 Для участия в проекте не допускаются беременные и роженицы со следующими осложнениями беременности и родов:
 - преэклампсия, эклампсия
 - предлежание и отслойка плаценты
 - декомпенсированное нарушение маточно-плацентарной перфузии
 - декомпенсированные хронические заболевания
 - аномалии развития плода
 - подтвержденное внутриутробное инфицирование
 - инфекционные заболевания
 - иммуносенсибилизация плода
 - острая экстрагенитальная патология
 - другие патологические состояния, по согласованию двух сторон («Сторона 1» и «Сторона 2»)

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 «Сторона 1» обязуется:

2.1.1. Предоставить необходимую информацию о беременных женщинах, готовящихся рожать в течение двух недель после заключения настоящего договора.

2.1.2. Совместно со «Стороной 2» провести собеседование с этими беременными по их информированию о технологиях «РОУС» и получению согласия для участия в проекте, а так же рожениц, поступающих в акушерское отделение в приемном покое.

2.1.3. Обеспечить информацией о поступлении беременных и рожениц, желающих участвовать в проекте, руководителей проекта (список и контактные телефоны прилагаются).

2.1.4. Предоставить родовые комнаты в соответствии с количеством, участвующих в проекте рожениц.

Родовые комнаты должны иметь следующее оборудование:

- широкую кровать
- средства ухода за роженицей и ребенком, включая оборудование для родов стоя, сидя, и средств, способствующих расслаблению (мячики, коврики, душ, массажеры,)
- реанимационный стол для новорожденного с сервоконтролем и лучистым теплом
- маску, отсос, мешок типа «Амбу» и доступ к увлажненному и подогретому кислороду
- медикаменты для неотложной помощи
- капельницы и браунюли

2.1.5. Иметь в наличии и предоставить по требованию «Проекта» лекарственные средства и медицинскую аппаратуру, требующуюся в случае осложнений родов.

2.1.6. Взять на полную курацию, с ответственностью за исход родов, после получения письменного согласия «Проекта», роженицу в случае тяжелых осложнений родов, таких как : массивное кровотечение, эклампсия, декомпенсация хронической патологии, хориоамнионит.

2.1.7. Предоставить условия по технологии «РОУС» в послеродовом отделении, включая возможность посещения родственников.

2.1.8. Ежедневно закреплять медицинских работников ответственными за связь с «Проектом» из числа работников приемного покоя и родового блока.

2.1.9. Выделить для участия в проекте одного из ведущих акушеров-гинекологов «Клиники», имеющего первую-высшую категорию, владеющего основными хирургическими вмешательствами и реанимационными технологиями в акушерстве.

2.1.10. Выделить для участия в проекте одного из ведущих неонатологов, имеющего первую или высшую категорию, владеющего основными неонатальными технологиями, включая реанимацию новорожденных.

2.2. «Сторона 2» обязуется:

2.2.1. Совместно со «Стороной 1» провести отбор пациентов, для участия в проекте, а так же получения их информированного согласия, отраженного записью в истории родов.

2.2.2. Предоставить в безвременное пользование «Стороне 1» технические средства используемые для подготовки специалистов- участников курса РОУС на ее базе:

- методические материалы
- средства для ухода за роженицами
- информационные материалы

2.2.3. Включить в участие в проекте предложенных «Стороной 1» основных специалистов по акушерству и неонатологии.

- 2.2.4. Провести обучение _____ сотрудников «Стороны 1» по технологиям «РОУС».
- 2.2.5. Нести полную ответственность за действия участников проекта по вопросам сохранения здоровья роженицы и новорожденного и исхода родов.
- 2.2.6. Обеспечить бригадой, обучающихся в проекте специалистов, качественный уход во время родов и после родов за женщиной и новорожденным ребенком по принципам РОУС.
- 2.2.7. Принимать экстренные решения при осложнении родов и при необходимости без промедления привлекать к оказанию мед.помощи закрепленных специалистов «Стороны 1» в следующих ситуациях:
- массивное кровотечение
 - эмболия
 - эклампсия
 - шок, любой этиологии
 - декомпенсация хронической патологии
- 2.2.8. Обеспечить взаимодействие с представителями «Стороны 1» и их мониторинговое информирование
- 2.2.9. Участвовать в утренних планерках, проводимых «Стороной 1» и проводить отчет о проделанной практической работе в предыдущий день, планировать работу на предстоящий день.

3. Срок действия договора

3.1. Настоящий договор вступает в действие с момента подписания обеими сторонами и действует до « » _____ года.

Настоящий договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой стороны.

Сторона 1

Сторона 2

Представительство корпорации
«Джон Сноу, Инк»
ИНН 7738152466
Р/с 40814810500010180373
В ЗАО «Международный Московский
Банк» г.Москва
107031, Москва,
Малый Кисельный пер, д.1/9

Печать

Подпись

Печать

Подпись

5) Инструкция для преподавателей по проведению клинической недели:

1. В последний день теоретической недели тренерам следует провести рабочее совещание: обсудить роль каждого участника, составить конкретный план мероприятий на ближайшие 1-2 дня, проверить наличие всех необходимых материалов, организовать учебные комнаты, заранее провести экскурсию по учреждению и организовать встречу с руководством с подписанием договора между администрацией учреждения и руководителем курса.
2. Во время теоретической недели следует сформировать дежурные группы, в которые должны входить акушеры-гинекологи, акушерки, неонатологи под руководством тренера. Участники групп определяют права и обязанности каждого члена группы.

Например: в обязанности **акушерки входит**: самостоятельное ведение всех периодов родов; определение начала родов; проведение влагалищных исследований и при необходимости привлечение врача; проведение амниотомии после согласования с врачом; проведение наружного акушерского осмотра и выслушивание с/б плода; выполнение в/в и в/м инъекций лекарственных препаратов; осуществление психологической и физической поддержки; проведение туалета новорожденного; проведение эпизиотомии и ушивания разрывов 1-2 степени, при необходимости привлечение врача; при отклонении от нормального течения родов (критерии определяются совместно всеми участниками заранее) информирование врача; мотивированное отстаивание своей точки зрения при необходимости каких либо вмешательств.

Врач акушер-гинеколог - наблюдает за действиями акушерки; осуществляет уход, поддержку роженице, выполняя при этом различные методы обезболивания, информирования, обучения; при необходимости помогает акушерке разобраться в клинической ситуации, провести влагалищное исследование или другие манипуляции; периодически выслушивает с/б плода; при нормальном течении родов вмешивается только с согласия акушерки или тренера; при патологических процессах все вмешательства проводятся с согласия тренера; берет на себя роль ответственного при обращении акушерки за помощью.

Одна из задач как акушерки, так и врача наладить партнерские взаимоотношения, определить критерии передачи на курацию от акушерки к врачу и возможно обратно, отработать принципы не вмешательства и различные приемы ухода.

3. Оснащенность учебной комнаты:

- литература (М.Энкин «Руководство по эффективной помощи при беременности и родах», курсы ВОЗ : «Консультирование по грудному вскармливанию», «Основы ухода за новорожденными и грудное вскармливание»)
- Флип-чарты
- Ламинированная партограмма и партограммы на бумаге
- Видеокассеты, например: наружный поворот плода, щипцы, вакуум-экстракция, кесарево сечение, и.т.д
- Список вопросов с теоретической недели курса
- Вывешенный на стенку план работы на день
- Расходные материалы (карандаши, ручки, фломастеры и т. д.)
- Муляжи (матка, плод, влагалище, кукла для реанимации, клинок, интубационная трубка, стетоскоп, тонометр, достаточное количество пеленок).

Все участники должны быть снабжены перчатками, масками, очками, колпаками, полотенцами. Необходимо иметь свою укладку для профилактики СПИД при аварийных ситуациях.

4. Заранее необходимо отработать вопросы взаимодействия с местным персоналом: определиться с практическими вопросами клинической недели курса: складирование отработанного материала, инструментария; проведение дезинфекции и предстерилизационной обработки; определить ответственных исполнителей, обсудить вопросы оснащения родовых комнат оборудованием, необходимым для оказания экстренной помощи новорожденному и матери, доступ к фетальному кардиомонитору, наличие шовного материала и инструментов для ушивания разрывов. (В рабочей группе лучше иметь свой шовный материал).
5. В первый день клинической недели важно провести переоборудование родовой комнаты. Для этого необходимо, чтобы тренеры заранее познакомились с возможностями учреждения, определили возможные источники получения предметов, необходимых для переоборудования родильного зала. Все переоборудование должно происходить с ведома и согласия руководителя учреждения. Тренеру следует внимательно следить за переоборудованием родовой комнаты во избежание конфликтов бригады и мед.персонала.
6. В свободное время во время клинической недели бригада под руководством тренера проводит разбор клинических тем с использованием литературы, видеофильмов и т.д.. Целесообразно давать домашнее задание участникам групп для подготовки определенных тем дома.

Важно, чтобы разбор каждой клинической темы заканчивался разработкой протокола на уровне данного лечебного учреждения.

7. Перечень тем для разбора на клинической неделе:
 - преэклампсия
 - родовое излитие вод
 - антибиотикопрофилактика
 - инфекционный контроль
 - послеродовое кровотечение
 - родостимуляция и родовозбуждение
 - клинические разборы партограммы
 - острая гипоксия и асфиксия плода
 - преждевременные роды
8. В один из дней целесообразно провести обучение по оказанию первичной реанимации новорожденному.
Во время клинической недели важно уделить внимание обучению акушеров технике ушивания разрывов промежности.
9. Примерный распорядок рабочего дня:
Рабочий день должен начинаться с совещания в группе после участия на общей утренней конференции. Затем проводится обход женщин и детей в послеродовом отделении с тщательным осмотром женщины и ребенка, проводится беседа с женщиной, изучаются назначения лечащего врача. При необходимости следует встретиться с ним и обсудить подходы к ведению женщины в послеродовом периоде, возможно с привлечением тренера. После проведения обхода в группе обсуждаются его результаты.

Рабочий день заканчивается так же совещанием, на котором обсуждаются срочные вопросы и итоги дня, дается задание на дом участникам. Тренер определяет задание для себя (подготовить теоретический материал, утром обсудить какие-то проблемы с руководством больницы, что-то решить с мед.работниками и т. д.)

10. Во время клинической недели с согласия руководства больницы, возможно привлечение участников курса для проведения лекций и бесед в дородовом и послеродовом отделениях для женщин, а так же для медицинского персонала. Темы и методология должны обсуждаться в рабочих группах. *Клиническая неделя должна быть не только посвященной процессу родов и уходу, а так же и общению между мед. персоналом и пациентами, правилам общения, деонтологии, обучению умению слушать и правильно информировать, любить и уважать пациентов.*
11. На клинической неделе необходимо разработать правила посещения род.дома родственниками и продемонстрировать на практике эту возможность.
12. В один из дней клинической недели можно пригласить представителя ЦГСН для обсуждения практических вопросов курса РОУС и его участия в составлении одного из протоколов.

Занятие 23: Итоговое тестирование

Время: 30 минут

Материалы: Раздаточный материал «Итоговый тест»

Методика: тестирование

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- определить области, в которых они, в результате подготовки, получили новые для себя знания и навыки.

Ознакомьте участников с итоговым тестом. Объясните, что сейчас они получают обратно свои предварительные тесты. Цель повторного тестирования:

- (1) помочь участникам оценить, чему они научились за прошедшую неделю и выявить темы, по которым им хотелось бы получить дополнительную практику;
- (2) помочь преподавателям выявить темы, требующие более пристального внимания.

Позже, в течение недельной клинической практики у них будет возможность вернуться к результатам тестирования, обсудить их с инструкторами в свободное от принятия родов время. Еще раз подчеркните, что никто ничего не собирается сообщать начальству роддомов.

Дайте участникам 20 минут на заполнение тестов. Соберите заполненные тесты, проверьте, что они были подписаны, чтобы позже их можно было вернуть участникам.

До начала недели клинической практики просмотрите тесты, сделайте в них пометки, а для себя отметьте, в каких областях знания участников значительно улучшились, а в каких — требуется дополнительная работа в течение недели практики.

Занятие 24: Оценка и осмысление

Время: 30 минут

Материалы: Раздаточный материал «Оценка первой недели»

Методика: Индивидуальное осмысление

Учебные задачи: К концу занятия участники должны быть способны:

- описывать свои впечатления от первой недели программы подготовки по РОУС

Скажите участникам, что теперь у них есть время осмыслить полученные знания и свое отношение к РОУС.

Раздайте всем по чистому листу бумаги. Попросите задуматься, какие изменения произошли с ними за прошедшую неделю обучения. Напишите на плакате/доске вопросы и дайте участникам 15 минут на размышление и запись ответов. Объясните, что ответы подписывать не надо, пусть они останутся анонимными, но собрать их нужно, чтобы все инструктора с ними ознакомились и получили пищу для размышлений.

- Что вы подумали о концепции и идеях РОУС, когда впервые услышали о них в начале недели?
- Что вы сейчас о них думаете?
- Что вы хотите вынести полезного для себя из недельной клинической практики?
- Каковы ваши мысли и чувства относительно перспектив внедрения РОУС в вашем роддоме?

После того, как участники закончили размышлять, попросите желающих поделиться своими мыслями вслух. Уделите время потенциальным ответам на их сомнения относительно перспектив реализации РОУС.

Раздайте форму «Оценка первой недели подготовки». Попросите участников самостоятельно заполнить её и сдать в конце занятия. Объясните, что вторую неделю участникам также предстоит оценить по ее завершении.

В конце занятия соберите оба ответа — анкету и письменные пожелания (и то, и другое анонимно).

Поздравьте участников с завершением первой недели курса.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕМАМ ДНЯ 5:

Теория изменений:

- Олсон [Olson]

НЕДЕЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Введение

Целью недели клинических занятий является демонстрация практических аспектов РОУС, вспоможения при родовых схватках, родах и раннего послеродового периода, которые были изучены в течение недели изучения теории. Кроме того, в свободное от приема родов время будут изучаться дополнительные материалы, что, вкупе с полученным опытом клинической работы, призвано содействовать закреплению понимания участниками принципов РОУС

В течение этой недели медсестры-акушерки и врачи из числа преподавателей будут наглядно демонстрировать участникам модель взаимодействия между врачом и средним медицинским персоналом.

Координация между учебными группами РОУС и штатным клиническим персоналом родильного дома обязательна. Консультации группы РОУС и сотрудниками центра понадобятся в случаях необходимости оказания помощи, предусматривающей проведение усиления родовой деятельности при помощи окситоцина, инструментального обеспечения родов или кесарева сечения. Клинический персонал роддома в соответствии с моделью РОУС будет оказывать консультативную помощь и дополнительную поддержку, помогать проводить грудное вскармливание и инструктирование в послеродовой период.

Порядок отбора и поступления

Критерии допуска матерей к участию в родах по программе РОУС должны быть согласованы с директором (главврачом) роддома и утверждены последним до начала недели клинической практики. К участию в показательных родах по программе РОУС допускаются только беременные женщины с низкой и средней степенью риска осложнений согласно критериям, изложенным в работе Грёйлиха и др. [Greulich et al, 1994].

Женщинам и членам их семьи, обращающимся в роддом по поводу начавшихся схваток, будет предложено принять участие в программе клинической подготовки по РОУС, при условии, что состояние беременной женщины удовлетворяет вышеуказанным критериям отбора. В идеале решение должно приниматься до перевода женщины в родильное отделение. После этого будут соблюдаться все принципы РОУС, включая отказ от традиционной клизмы и бритья и свободы выбора женщиной лица, которое будет сопровождать её для поддержки при родах. В случае, если женщина прибыла одна или отказалась от присутствия члена семьи при родах, роль лица поддержки возлагается на кого-либо из участников учебной программы РОУС.

Оказание помощи при схватках и родах

Группа участников программы РОУС будет оказывать помощь женщине во время схваток и при родах. Одна из медсестер-акушерок будет закреплена за ней специально для этой цели. Остальные члены бригады оказывают дополнительную поддержку как женщине, так и

членам ее семьи. В свободное от оказания непосредственной помощи время, группа обучаемых РОУС будет наблюдать за ходом предродовых схваток, а также за мероприятиями РОУС, применяемыми закрепленной за роженицей акушеркой и инструктором.

Прикрепленная к роженице медсестра РОУС и клиническая бригада будут заносить данные о клиническом течении схваток в партограмму. Инструктор будет руководить прикрепленной медсестрой РОУС и обучать всю учебную бригаду в процессе схваток и родов. При необходимости консультаций по вопросам течения схваток у женщины, их будет осуществлять врач-акушер программы РОУС. На основании результатов такой консультации определяется, необходимо ли вмешательство дежурной группы врачей роддома.

В случае разрывов и/или эпизиотомии, наложение швов будет проводиться прикрепленной к пациентке медсестрой-акушеркой РОУС под руководством инструктора. Все разрывы третьей или четвертой степени будет ушивать врач-акушер РОУС, что должно быть предварительно согласовано с руководителем роддома.

Должны быть предприняты все соответствующие меры для неонатальной реанимации, если есть вероятность возникновения такой необходимости. В таком случае, врач-акушер РОУС и дежурная бригада врачей роддома должны быть оповещены и присутствовать при родах.

Послеродовый уход

Перед началом практических занятий, с руководителем роддома необходимо обсудить вопросы обучения оказанию помощи женщинам, находящимся в послеродовом периоде и новорожденным в рамках РОУС. Это поможет обеспечить сотрудничество и избежать разногласий между акушерами и педиатрами. Бригада РОУС будут делать ежедневные обходы женщин, включенных в программу РОУС, и их детей. Предусматривается послеродовое обучение женщин методикам грудного вскармливания.

Итоговая конференция

На следующий день после завершения клинической практики участники выступят с совместным докладом перед персоналом роддома и гостями. Это даст прекрасную возможность продемонстрировать преимущества РОУС, выслушать показательный опыт пациентов, их близких и самих медработников.

Конференция может включать:

- выступление участников подготовки по РОУС с рассказом о своих впечатлениях;
- представление статистических выкладок, полученных на основании данных, собранных за неделю клинической практики РОУС;
- рассказы о своих впечатлениях родственников женщин, рожавших в условиях РОУС;
- вручение сертификатов участникам, успешно закончившим программу обучения.

Дополнительные учебные модули

Ниже приводится список отдельных модулей для изучения в свободное от принятия родов время в клинике. Они располагаются в рекомендуемом для изучения порядке. Однако совершенно ясно, что в клинических условиях о планомерных теоретических занятиях речи идти не может, поэтому инструкторы свободны выбирать материалы для дополнительного изучения по своему усмотрению, с учетом пожеланий участников и пробелов, обнаруженных в их знаниях по результатам тестирования в конце недели теоретических занятий.

Первая смена:

- A. Оборудование родильных палат
- B. Анализ результатов тестирования
- C. Семейные консультации по РОУС
- D. Нарботка практических навыков клинической работы

Вторая смена:

- E. Обзор научной литературы
- F. Партограмма
- G. Инфекционный контроль
- H. Послеродовой сепсис

Третья смена:

- I. Подготовка к заключительной конференции

Дополнительные модули ВОЗ: Осложнения

Модуль А: Оборудование родильных палат

Учебная бригада подготовит одну или несколько палат к приему родов по методу РОУС. Следует все заранее согласовать с администрацией базового роддома, чтобы были выделены отдельные одноместные палаты и все необходимое оборудование.

В начале первой смены вместе с членами бригады должным образом обставьте и подготовьте палату. Обстановка должна быть по-домашнему уютной:

- кровать для роженицы, кресла или диваны для семьи/спутников;
- приватная обстановка;
- оборудование для оказания экстренной помощи должно иметься, но не на самом виду (грелка, реанимационный комплект для новорожденного и т. д.)
- в палате должно быть достаточно тепло для новорожденного.

Занимаясь обустройством палаты, параллельно обсуждайте:

- причины каждого из изменений, и что оно дает с точки зрения создания подходящей обстановки для родов в кругу семьи;
- как участники оборудуют палаты РОУС у себя в роддомах (чего им будет не хватать? ресурсов, помещений? Как эти проблемы решить?)

До начала практики нужно договориться с роддомом о предоставлении основного клинического оборудования. Только не просите лишнего — того, чего в обычных роддомах в обычных условиях нет и быть не может. Оснащение, которое необходимо включить в процесс обучения, определяется, строго исходя из учета потребностей программы подготовки. Клинический курс РОУС должен продемонстрировать, как много можно сделать без всякой опасности, обладая минимумом средств. Базовый набор оборудования и материалов должен включать:

- фетоскопы;
- стерильные смотровые перчатки (одиночные);
- стерильные перчатки (парные) разных размеров;
- нестерильные перчатки;
- маски;
- защитные очки или лицевые щитки;
- материалы для смазки;
- местную анестезию;
- шовный материал;
- стерильные иглы и шприцы;
- неонатологические аппараты для проведения искусственного дыхания;
- бактерицидное мыло.

Модуль Б: Анализ результатов тестирования

Раздайте присутствующим участникам проверенные предварительные и итоговые тесты, заполненные ими в начале и в конце теоретических занятий. Пусть они несколько минут посмотрят на них и сравнят свои ответы с интервалом в неделю. Попросите их обратить внимание на:

- 1) области, в которых за неделю был достигнут значительный прогресс;
- 2) области, в которых они по-прежнему плохо разбираются.

Попросите участников похвастаться своими достижениями и рассказать о том, что им способствовало (по их мнению). Это вам, как преподавателю, в будущем весьма пригодится.

Пройдите еще раз по всем вопросам и попросите желающих дать правильные ответы. Уделите побольше времени тем вопросам, на которые большинство участников дали неправильные, неточные или неполные ответы при втором тестировании. Спросите их мнение насчет причин, по которым именно эти вопросы вызывают столько трудностей, и сделайте себе заметки на будущее. (Например, какой-то материал участники могли не усвоить потому, что им не хватило времени на практические упражнения, какой-то — потому что он был изложен слишком бегло и поверхностно.) При возможности постарайтесь заполнить пробелы в течение недели клинической практики.

Ответьте на все вопросы участников по поводу тестов.

Module C: Семейные консультации по РОУС

В плане подготовки к ориентировке семей и привлечению их к участию в родах по программе РОУС еще раз повторите ролевую игру по семейной консультации, которая уже проводилась в первую неделю (см. «Руководство инструктора», День 4).

Спросите участников:

- Что вызывает у вас наибольшие опасения при проведении консультаций с семьями?

Обсудите с группой, как с этими опасениями быть, смоделируйте и обыграйте волнующие участников проблемные или тупиковые ситуации.

Попросите разных членов группы отрепетировать несколько разных сценариев, с которыми им, вполне вероятно, предстоит столкнуться на этой неделе, общаясь с будущими матерями в разных ситуациях. Например, в роддом прибывает:

- женщина с мужем;
- женщина без сопровождающих;
- женщина встревоженная и крайне возбужденная;
- женщина, привыкшая рожать по-старому;
- женщина с мужем, которые наотрез отказываются от роли «подопытных».

После каждой инсценировки спросите мнения о её результатах сначала у «артистов», потом у всех остальных, а напоследок сообщите свое. Основное внимание в отзывах следует уделить следующему вопросу:

- Что получилось хорошо у того, кто играл медика?
- В чем его (её) недоработки?
- Какие еще стратегические и тактические хитрости можно было применить в этой ситуации?

Члены учебной бригады, не задействованные в инсценировке, могут при этом пользоваться «Проверочным листом наблюдателя» для структурирования своих замечаний.

Модуль D: Наработка практических навыков

Вспомните, какие навыки клинической работы отрабатывались в ходе первой учебной недели:

- обследование таза (см. День 2)
- неонатальная реанимация (см. День 2)
- помощь матери в поиске удобных положений тела при схватках (см. День 1)
- нефармакологические методы обезболивания (см. День 2)
- помощь в грудном кормлении (см. День 3)
- трудные ситуации при родах (см. День 2)

Если за смену бригаде представилась возможность применить какие-либо из этих навыков на практике, следует обязательно проанализировать этот эпизод:

- Что получилось хорошо?
- Какие возникли трудности?
- Что требует дополнительной практики?

Относительно навыков, которые за не были востребованы за текущую смену, спросите:

- А в таком-то техническом приеме вам ничего не кажется слишком сложным или проблематичным?

Используйте модели, ролевые игры, меняйте участников ролями. Прежде всего, они должны концентрироваться на том, что им плохо дается, на трудностях, упомянутых при обсуждении реальных эпизодов. Не забывайте напоминать участникам, чтобы они оттачивали не только технические приемы, но и методы общения с матерью во время различных клинических манипуляций.

После каждой ролевой игры не забывайте выслушивать отзывы — сначала «актеров», а затем остальных, после чего сообщайте свое резюме. Мнения должны описывать, прежде всего:

- Что получилось хорошо у участника, игравшего роль медика?
- Что нужно совершенствовать?
- Какие другие решения можно было найти в данной ситуации?

Модуль Е: Обзор научной литературы

Попросите каждого члена учебной медицинской бригады выбрать себе какую-то одну тему или практический аспект РОУС в качестве предмета углубленного изучения. Подтолкните их к мысли, что лучше всего для этой цели подходит тема или вопрос, которые они так до конца и **не** поняли, или аспект РОУС, который им кажется **неубедительным**.

Каждый участник должен изучить, как минимум, одну статью из списка рекомендованных по теме и подготовить краткое сообщение (15 минут) для всех собравшихся. Оно должно включать:

- краткую аннотацию (гипотеза, методология исследования, предметы исследования); если статья носит обзорный характер — краткую характеристику типа исследований, которые она изучает;
- основные результаты, заключения и выводы;
- практические рекомендации, основанные на этих результатах;
- личное мнение участника о работе и её результатах; согласие или не согласие с мнением авторов должно подкрепляться разумными доводами.

Попросите других членов группы высказаться о статье, содержащихся в ней рекомендациях и аргументации докладчика. При возможности сообщите дополнительные сведения по теме, затронутой статьей, которые известны вам и могут представлять всеобщий интерес.

Модуль F: Партограмма

Чтобы дать участникам возможность дополнительно попрактиковаться в ведении партограммы, выберите какой-нибудь из реальных случаев этой недели. Это может быть женщина, у которой принимала роды эта смена — или другая.

1) Проанализируйте записи сделанные в ходе принятия родов. Если при родах партограмма не велась, пусть группа заполнит партограмму на основе сделанных записей. После этого задайте вопросы:

- Охарактеризуйте течение родов на основе данных, представленных на партограмме. Наблюдалось ли в какой-нибудь момент отклонение графика вправо за линию бдительности? Что можно сказать о схватках, глядя на график?
- Основываясь на данных партограммы, как бы вы вели эти роды? Так же, как описано в записях? Или по-другому? Почему?

2) Чтобы продемонстрировать, насколько важно правильно заполнять партограмму, снимите копию с оригинала партограммы и исправьте на ней какие-нибудь показатели — например, неправильно укажите раскрытия шейки матки или положение головки плода. Затем спросите участников:

- Сравните правильную и неправильную партограмму. Как бы вы дальше вели роды, если бы дело обстояло не так, как это отображено здесь, а так, как это отображено здесь? Почувствуйте разницу.
- И чем бы всё это могло закончиться для матери и ребенка?

3) Если у класса не хватило времени на выполнение всех упражнений по партограмме в ходе теоретических занятий, проработайте с участниками оставшиеся недоделанными упражнения в свободное время в течение клинической недели, чтобы они получили дополнительную практику ведения и интерпретации партограмм (см. «Руководство инструктора, День 3).

Модуль G: Инфекционный контроль

Кратко напомните участникам основные принципы инфекционного контроля в родовспомогательных отделениях, обсуждавшиеся в ходе недели теории (см. «Руководство инструктора», День 4.) Напомните принципы РОУС:

- Любые меры, ограничивающие свободу выбора и ограничивающие контакт женщины с ребенком и семьей, должны применяться лишь при наличии веских оснований.
- Нормальные роды и деторождение требуют чистоты, но не стерильности.

Узнайте, не было ли случаев инфекционных заболеваний среди поступивших или находящихся в послеродовых палатах роддома пациенток. (Примечание: Следует соблюдать правило невмешательства в частную жизнь женщин, особенно, не участвующих в программе подготовки РОУС).

Если такой случай имел место, кратко охарактеризуйте его и обсудите с участниками:

8. Риску какой инфекции подвергается мать, если вовсе подвергается?
Каковы возможные пути передачи этой инфекции?
9. Какой инфекцией эта женщина может заразить других, если может?
Каковы пути передачи инфекции?
Какие меры нужно принять во избежание её распространения?
10. 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
11. Следует ли изолировать эту женщину? Ответ обоснуйте.
12. Как реализовать РОУС в данной ситуации? Какие меры предосторожности нужно предпринять, и нужны ли они вообще? Объясните, почему.
13. Как обсудить сложившуюся ситуацию с матерью и ее семьей?
14. После освобождения женщиной палаты (выписки, перевода), какого рода санитарная обработка потребуется, прежде чем в нее можно будет помещать следующую роженицу?
15. Какие меры инфекционного контроля в отношении этой женщины были предприняты в роддоме? Адекватны ли они? Почему «да» или «нет»?

Модуль Н: Профилактика и лечение послеродового сепсиса

Для расширенного обсуждения проблемы инфекционного контроля, представьте участникам следующую информацию о профилактике и лечении послеродового сепсиса¹⁰.

ВВЕДЕНИЕ

Послеродовой (пуэрперальный) сепсис является одной из основных причин материнской смертности и дает около 15% всей материнской смертности в развивающихся странах. Если в результате данной инфекции не наступает смерть, то она может стать причиной хронических тазовых инфекционных болезней (ТИБ) и бесплодия. Профилактика и своевременное лечение послеродовой инфекции является одной из главных задач акушерок и врачей-гинекологов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО СЕПСИСА

Послеродовой сепсис представляет собой инфекцию половых путей в любой период времени между разрывом плодного пузыря или началом схваток и 42-м днем после родов или аборта, при наличии двух или более из следующих симптомов:

- боли в области таза;
- температура тела 38,5°C и выше (при оральном или ином измерении);
- ненормальные вагинальные выделения;
- ненормальный, неестественный или гнилостный запах выделений;
- задержка послеродового сокращения матки.

Бактерии, вызывающие послеродовой сепсис

Самые распространенные возбудители:

- стрептококки
- стафилококки
- кишечная палочка (*Escherichia coli*)
- бактерии-возбудители столбняка (*Clostridium tetani*)
- бактерии-возбудители гангрены (*Clostridium welchii*)
- хламидии и гонококки, являющиеся также возбудителями ЗППП.

Инфекция чаще всего имеет смешанную этиологию (т. е., вызвана сразу несколькими видами бактерий), среди которых различают эндогенные и экзогенные:

Эндогенные бактерии: Данные бактерии обычно живут во влагалище и прямой кишке, не причиняя неприятных ощущений (например, некоторые виды стрептококков, стафилококков, кишечная палочка и клостридиоз вельх). Даже, если применяются

¹⁰ Использованы материалы ВОЗ «Модуль “Родовой сепсис”» ("Puerperal Sepsis Module" WHO/FRH/MSM/96.4)

стерильные технологии при родах, тем не менее, может произойти заражение эндогенными бактериями. Вредоносными и вызывающими инфекцию они становятся в следующих случаях:

- при занесении в матку в результате обследования пальцем или инструментами во время обследования таза
- при нахождении в ушибленных, разорванных или мертвых тканях — например, после травмирующих родов или в результате обструкции схваток,
- при проникновении в матку во время затяжных/слабых схваток, после разрыва плодного пузыря.

Экзогенные бактерии: Бактерии, занесенные во влагалище извне (стрептококки, стафилококки, клостридиоз столбнячный и др.). Экзогенные бактерии попадают во влагалище:

- при осмотре грязными руками и с использованием нестерильных инструментов;
- с инородными предметами и субстанциями (например, травами, маслами, нестерильными тампонами);
- при сексе.

Студентам должна быть известна роль заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), возбудителями которых как раз и являются экзогенные бактерии. В районах с высокой заболеваемостью ЗППП (гонорея, хламидиоз и др.), данные болезни и являются основной причиной возникновения внутриматочной инфекции. Если женщина заболевает ЗППП во время беременности и не получает своевременного лечения, то бактерии, провоцирующие данную болезнь, остаются во влагалище и могут стать причиной внутриматочной инфекции после родов. Внутриматочные инфекции, вызванные ЗППП, могут быть предотвращены своевременным диагностированием и лечением женщины во время беременности.

Признаки и симптомы послеродового сепсиса

У женщин обычно наблюдается высокая температура, хотя при клостридиозе это не всегда характерно. Могут, также, наблюдаться тазовые боли, мягкая на ощупь матка, обильные лохии, задержка в сокращении размеров матки, припухлость и гнойные выделения на месте разрывов и эпизиотомии.

Факторы риска послеродового сепсиса

Часть женщин особо подвержена послеродовому сепсису, в частности, страдающие от анемии, недоедания, а также женщины с затянувшимися родовыми схватками.

Как развивается послеродовой сепсис

Послеродовая инфекция может возникнуть во время родов и после них. До родов плодный пузырь и хориальная оболочка/мембрана могут быть заражены в том случае, когда плодный пузырь разорван задолго до того, как начались схватки. После этого бактерии быстро проникают из влагалища в матку и инфицируют мембраны, плаценту, ребенка и мать.

Хориоамнионит — крайне серьезное состояние, нередко приводящее к летальному исходу и матери, и ребенка.

После родов, инфекция может проникнуть в брюшную полость, влагалище, шейку матки или матку. Инфицирование матки быстро распространяется и вызывает инфицирование фаллопиевых труб или яичников, параметрит, перитонит, затем распространяется на лимфатические узлы, приводя к септицемии, так как инфекция проникает в кровь. Далее инфекция может осложниться септическим шоком и распространенной внутрисосудистой свертываемостью крови, которая провоцирует кровотечения. Данная картина, при развитии, быстро приводит к летальному исходу матери.

В послеродовой период женщины подвержены инфекции в силу следующих факторов:

1. Плацентарное место большое, теплое, темное и влажное. Это идеальная среда для роста и быстрого размножения бактерий. В лабораторных условиях - темная, теплая и влажная среда создается искусственно, с целью роста и размножения бактерий.
2. Плацентарное место имеет большой приток крови, благодаря тому, что широкие кровяные сосуды попадают прямо в основное венозное кровообращение. Данный факт и позволяет бактериям в плацентарном месте быстро попадать в кровь. Это явление называется септицемией. Септицемия очень быстро приводит к летальному исходу.
3. Плацентарное место находится недалеко от выхода из женского тела. Только длина влагалища (7-10 см) разделяет вход в матку извне. Это означает, что бактерии, которые обычно живут в прямой кишке (такие как кишечная палочка) могут легко подняться во влагалище и затем в матку. Здесь они становятся опасными или “патогенными”, т.к. могут породить инфицирование плацентарного места.
4. Во время родов, женщина может иметь разрывы шейки матки, влагалища или области промежностей, или ей произведут перинеотомию. Эти области травмированных тканей очень восприимчивы к инфекциям, особенно, если не применялась стерильная технология ведения родов. Инфекция обычно локализуется, но в тяжелых случаях она распространяется к низлежащим тканям.

ПРИЧИНЫ ПОЛСЕРОДОВОГО СЕПСИСА

Самым распространенным очагом возникновения послеродовой инфекции является плацентарное место. Другие возможные места - это разрывы шейки матки, влагалища, промежностей и места проведения перинеотомии.

Факторы риска возникновения инфекции

К ним относятся:

- плохая гигиена,
- плохая техника стерилизации,
- манипуляции глубоко в родовом канале,
- наличие мертвых тканей при родах вследствие:
 - a. внутриматочной гибели плода,
 - b. не удаленных остатков плаценты или плодных оболочек (мембран),

с. распространения мертвых тканей от стенок влагалища после обструкции схваток,

- манипуляции грязными руками, инструментами или тампонами,
- дородовую анемию или плохое питание,
- задержку или обструкцию схваток,
- затяжные (слабые) схватки после разрыва плодного пузыря,
- частые вагинальные обследования,
- кесарево сечение и другие оперативные вмешательства,
- необработанные разрывы влагалища или шейки матки,
- предшествующие венерические заболевания,
- послеродовые кровотечения,
- отсутствие вакцинации против столбняка,
- диабет.

Имеются и другие факторы риска, включая социальные и медико-организационные, которые еще усугубляют смертельную опасность, которую представляет собой послеродовый сепсис.

Социальные факторы риска

К ним относятся:

- отсутствие транспортных средств и ресурсов,
- большое расстояние от дома пациентки до роддома,
- низкий социально-экономический статус,
- культурные факторы, препятствующие своевременному обращению за адекватным уходом/родовспоможением,
- низкий социально-экономический статус семьи,
- отсутствие знаний о признаках и симптомах послеродовой инфекции,
- собственно послеродовая инфекция.

Медико-организационные факторы риска

К ним относятся:

- нерегулярный контроль температуры тела при затяжных схватках и после родов;
- отсутствие асептики во время родов;
- неадекватные бактериологические обследования женщин с послеродовыми инфекциями;
- нехватка донорской крови при переливании крови;
- неадекватный контроль за применением антибиотиков или последующим оперативным вмешательством;
- недостаток необходимых антибиотиков.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО СЕПСИСА

1. Необходимость изоляции, режим и диета

Главная цель особого режима, вводимого для пациенток с послеродовым сепсисом, состоит в том, чтобы не допустить дальнейшего распространения инфекции и заражения других матерей и новорожденных. Основные принципы медсестринского ухода за больной должны неукоснительно соблюдаться всеми медсестрами и акушерками. Они должны:

- ухаживать за роженицей в изолированной палате, в крайнем случае — за ширмой; женщина обязательно должна быть изолирована от других пациенток;
- использовать специально выделенные халат и перчатки при уходе **только** за инфицированной женщиной — и **больше ни за кем**;
- использовать один и тот же набор инструментов, посуды и прочих предметов, исключительно при уходе за данной женщиной, и никакой другой;
- тщательно мыть руки до и после ухода за данной женщиной;

По возможности следует назначать одну акушерку/медсестру для ухода за данной матерью и ее ребенком. Возможно использование помощи одного из родственников при уходе за больной. В таком случае, необходимо проинструктировать помощника, относительно основных принципов предотвращения распространения инфекции. Доступ остальных посетителей должен быть ограничен.

2. Назначение комплекса сильнодействующих антибиотиков широкого спектра действия

Это именно то, что сделает в такой ситуации любой нормальный врач. В отсутствие врача антибиотики обязана немедленно назначить медсестра или акушерка и немедленно начать курс лечения. Если где-то и почему-то закон не позволяет среднему медперсоналу назначать антибиотики без предписания врача даже в критических ситуациях, такие законы или инструкции следует немедленно отменить как убийственные.

Без срочной терапии сильнодействующими антибиотиками женщины с послеродовым сепсисом обречены на неминуемую смерть. Весь смысл использования больших доз комплексных, сильнодействующих антибиотиков в том и состоит, чтобы срочно пресечь инфекцию в зародыше.

Выбор антибиотиков

Если состояние пациентки не слишком тяжелое (умеренная температура, пульс, пациентка в ясном сознании), можно назначить следующий курс лечения:

AMOXICILLIN: начать с 1 г перорально и далее по 500 мг каждые 8 часов в течении 7 дней, **плюс**

METRONIDAZOLE: 400-500 мг каждые 8 часов в течении 7 дней.

или

AMOXICILLIN: начать с 1 г перорально и далее по 500 мг каждые 8 часов в течении 7 дней, **плюс**

TETRACYCLINE¹¹: начать с 1 г перорально и далее по 500 мг каждые 6 часов в течении 7 дней.

Тяжелое состояние пациентки (высокая температура, сильно учащенный пульс, бред) скорее всего указывает на инфекцию сразу несколькими видами бактерий. В этом случае следует немедленно назначить комплекс антибиотиков.

Метронидазол и хлорамфеникол¹² очень эффективны против хламидий и других бактерий, резистентных к прочим антибиотикам. Метронидазол должен также обязательно назначаться после кесарева сечения или в случае подозрения на хламидиоз.

Варианты курса¹³:

BENZYL PENICILLIN: начать с 5 млн международных единиц пенициллина (МЦ) внутривенно, затем по 2 млн МЦ внутривенно каждые 6 часов,

GENTAMICIN: начать со 100 мг внутримышечно, и далее по 80 мг каждые 8 часов,

METRINIDAZOLE: по 400-500 мг перорально каждые 8 часов.

или

AMPICILLIN: начать с 1гр внутривенно и далее по 500 мг внутримышечно каждые 6 часов,

METRINIDAZOLE: по 400-500 мг перорально каждые 8 часов.

или

BENZYL PENICILLIN: начать с 5 млн МЦ внутривенно и далее по 2 млн МЦ каждые 6 часов,

GENTAMICIN: начать со 100 мг внутримышечно, затем по 80 мг каждые 8 часов.

или

BENZYL PENICILLIN: начать с 5 млн МЦ внутривенно и далее по 2 млн МЦ каждые 6 часов,

CHLORAMPHENICOL: по 500 мг внутривенно каждые 6 часов.

Продолжение курса лечения

Если после 48 часов состояние пациентки не улучшилось либо результаты лабораторных анализов говорят о резистентности бактерий к используемым антибиотикам, антибиотики следует сменить. Не меняйте антибиотики, не выяснив следующего:

- Верен ли первичный диагноз?
- Нет ли где абсцесса?

Курс инъекций антибиотиков следует продолжать как минимум в течение 48 часов после исчезновения внешних симптомов инфекции. После этого следует назначить недельный поддерживающий курс антибиотиков перорально в амбулаторных условиях.

¹¹ **Внимание:** Только при отсутствии альтернативного антибиотика в наличии, поскольку тетрациклин противопоказан кормящим грудью матерям.

¹² **Внимание:** У хлорамфеникола есть серьезные побочные эффекты такие, как анемия и лейкоцитопения. Если вы назначили данный препарат, вы должны внимательно следить за составом крови.

¹³ Первый из названных курсов обладает самым широким спектром бактерицидного действия.

3. Обильное питье

Целью данного метода является предотвращение обезвоживания и снижение температуры. При тяжелых случаях, в начале курса необходимо вводить жидкости внутривенно. Если женщина в сознании и нет показаний для назначения общей анестезии в следующие несколько часов, то ей нужно увеличить долю жидкостей перорально. В случаях средней тяжести, также следует увеличить долю жидкостей, принимаемых перорально.

4. Исключить вероятность сохранения остатков плаценты

Источником послеродовой инфекции могут являться оставшиеся частички плаценты. Показателем того, что это произошло, может быть мягкая или вздутая матка, обильные лохии со сгустками. Пациентку нужно направить в медучреждение, где специалисты могут провести кюретаж.

5. Обеспечить высококвалифицированный медсестринский уход

Это подразумевает постоянный уход за пациенткой и скрупулезное выполнение врачебных предписаний. Важно:

- убедить женщину соблюдать строгий постельный режим;
- регулярно измерять температуру, давление, пульс;
- контролировать объем потребляемой и выводимой с мочой жидкости;
- аккуратно вести записи в истории болезни;
- предупредить распространение инфекции и вторичную инфекцию.

Могут возникнуть проблемы практического характера:

- отсутствие изолятора;
- нехватка медперсонала, в результате чего за пациенткой будут наблюдать сменяющие друг друга медсестры и акушерки.

Акушерка должна обходиться с пациенткой бережно — как физически, так и эмоционально. Это означает, что процедуры должны проводиться как можно мягче, поскольку небрежное, грубое обращение еще больше усугубит телесный и эмоциональный шок, пережитый женщиной с момента поступления в роддом.

Важно проявлять и такт при разговорах с пациенткой и членами ее семьи. Женщина больна, и она в этом не виновата. Акушерка и врач должны проявлять к ней сочувствие, хотя бы внешнее. Кроме того, акушерка должна быть безукоризненно точна в своих наблюдениях, записях и отчетах.

6. Лечение осложнений

Перитонит

Обширный перитонит представляет собой воспаление всей брюшины. В данном случае происходит воспаление внешней стенки брюшины, которая представляет собой мембрану,

которая расположена вдоль брюшной стенки, и висцеральной/внутренней стенки брюшины, которая расположена над внутренними органами.

Диагностика: Необходимо знать, как распознавать перитонит. Перитонит или множественный абсцесс может последовать за кесаревым сечением, или после разрыва матки, или в качестве осложнения после послеродовой инфекции.

Помимо высокой температуры для перитонита характерны следующие симптомы:

- болезненная реакция на внезапное ослабление пальпации брюшины;
- боли в животе;
- вздутие живота на 3-4 день;
- рвота;
- урчание в животе;
- понос.

Лечение обширного перитонита:

Лечение следует начинать при первом же подозрении на этот диагноз, не дожидаясь его подтверждения.

Назначьте антибиотики (например, бензилпенициллин + гентамицин + метронидазол) внутривенно и анальгетики (например, петидин 50-100 mg внутримышечно каждые 6 часов). При возможности проведите отсасывание содержимого желудка через зонд.

Немедленно займитесь переводом (госпитализацией) в специализированное клиническое хирургическое отделение.

Сальпингоофорит и параметрит (острые воспаления придатков)

Сальпингоофорит представляет собой инфекционное воспаление яичников и фаллопиевых труб, а параметрит — инфекционное воспаление околоматочной клетчатки (свободная ткань, находящаяся вокруг матки и достигающая стенок шейки матки в виде прослойки между слоями широкой связки).

Диагностика: Сальпингоофорит: симптомы — высокая температура, двухсторонние боли в животе и болезненная реакция на пальпацию нижнего отдела брюшины с обеих сторон.

Параметрит: симптомы — жар, боли и/или болезненность при пальпации брюшины с одной или обеих сторон, выраженная болезненная реакция на вагинальное обследование.

Лечение: Комплекс антибиотиков, например benzylpenicillin + gentamicin + metronidazole. При необходимости — болеутоляющие, например, pethidine 50-100 mg в/м каждые 6 часов. При отсутствии улучшений в течение 2-3 дней — госпитализация в специализированное клиническое отделение.

Септицемия

Септицемия — тяжелая форма генерализованного сепсиса, характеризующаяся быстрым размножением чужеродных бактерий в кровеносной системе.

Диагностика: Высокая температура, озноб, учащенный пульс, крайне тяжелое общее состояние.

Лечение: Немедленно назначить антибиотики, напр. benzylpenicillin + gentamicin + metronidazole. Госпитализировать в специализированное клиническое отделение в экстренном порядке. При подозрении на внутрисосудистое свертывание крови — немедленно начать лечение гепарином.

Абсцессы

Диагностика: Набухшая, флюктуирующая опухоль при вагинальном обследовании, острая боль и чувствительность к пальпации, высокая температура, несмотря на курс антибиотиков.

Лечение: Направить в хирургическое отделение для колпотомии (хирургическая операция на задней стенке влагалища) при абсцессе в дугласовом кармане или лапаротомии при абсцессах иной локализации.

7. Локальные раневые инфекции (при разрывах промежности, вульвы и влагалища; эпизиотомии)

Признаки и симптомы:

- боль
- набухание
- покраснение
- гнойные выделения
- повышенная температура

Лечение:

1. жаропонижающие или анальгетики,
2. сидячие ванны 3 раза в день (в чистой, теплой воде по 1-15 мин.)
3. обработка/очистение ранок раствором перекиси водорода или бетадином 2 раза в день после того, как гениталии были промыты водой.

Если через 3 дня улучшения не наступило — снять швы, если таковые остались, провести очистку и дренаж раны. Обрабатывать перекисью водорода или бетадином 2 раза в день. При отсутствии улучшений в течение еще 3 дней — направить в хирургическое отделение районной больницы для вскрытия и санации раневой полости.

8. Хориоамнионит

Признаки и симптомы:

- высокая температура,
- болезненность матки при пальпации,

- дренаж амниотической жидкости с неприятным запахом,
- учащенный пульс (более 90 ударов в минуту),
- у ребенка также наблюдается учащение сердцебиения (>160 ударов в минуту),
- в анамнезе — затянувшиеся схватки после разрыва плодного пузыря.

Лечение: Необходимо немедленно стимулировать родоразрешение, поскольку мать и ребенок в смертельной опасности.

- поставить капельницу и начать внутривенное вливание лекарственных р-ров;
- начать курс инъекций антибиотиков и жаропонижающих;
- отслеживать признаки возможного шока;
- незамедлительно госпитализировать женщину в клинический стационар для вмешательства квалифицированных акушера-гинеколога и педиатра. Сопровождать пациентку при транспортировке в постоянной готовности к приему родов и реанимации новорожденного.

Предупреждение хориоамнионита

- В ходе дородового наблюдения нужно настоятельно рекомендовать всем беременным женщинам немедленно обращаться за квалифицированной медицинской помощью при первых признаках подтекания околоплодных вод. Если околоплодная оболочка нарушена, а схватки отсутствуют, не следует предпринимать вагинального обследования.
- Если схватки не начнутся в течение 12 часов после нарушения целостности мембран, матери следует назначить профилактический курс антибиотиков широкого спектра действия, например, ампициллин — 1 г внутримышечно разово и затем 300 мг внутримышечно через каждые 6 часов; или амоксициллин — 500 мг перорально каждые 8 часов. В качестве альтернативы: бисептол (sulfamethoxazole/trimethoprine 800/160) 2 раза в день.
- При отсутствии схваток через 12 часов — госпитализация в специализированное акушерско-гинекологическое отделение.

Модуль I: Подготовка к итоговой конференции

В ходе последнего дежурства участники должны параллельно готовиться к предстоящей на следующий день конференции. Начать можно с того, чтобы:

- подобрать кандидатуру семьи, готовой выступить на итоговой конференции со своими впечатлениями;
- проанализировать и интерпретировать данные, которые уже накоплены в рамках системы непрерывного повышения качества;
- обсудить, как построить свой доклад.

Чтобы завершить подготовку к конференции, у них останется еще утро Дня 6.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МОДУЛИ ИЗ КУРСА ВОЗ «ОСНОВНАЯ ДОРОДОВАЯ,
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ И ПОСТНАТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ»**

1. Анемия при беременности (Модуль 7)
2. Кровотечение во время беременности; направление на соответствующий уровень (Модуль 8)
3. Гипертензия во время беременности (Модуль 9)
4. Отклонение от нормального течения родов. Использование окситоцина в родах (Модуль 12)
5. Затяжные (обструктивные) роды (Модуль 13)
6. Родовозбуждение (Модуль 16)
7. Кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периоде (Модуль 17)

Родовспоможение, ориентированное на участие семьи

РАЗДАТОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Неделя теоретических занятий:

- Занятие 1: Лист записи в дежурные группы
- Занятие 2: Предварительный тест
- Занятие 3: Градация достоверности рекомендаций
- Занятие 13: Карточки распределения ролей для игры «Послеродовый уход»
- Занятие 15: Руководство наблюдателя за навыками общения
- Занятие 16: Игровые карточки по инфекционному контролю
- Занятие 20: Анализ ситуации
- Занятие 21: План действий
- Занятие 23: Итоговый тест
- Занятие 24: Оценка результатов недели 1

Неделя клинической практики:

- Ответы на тест
- Профилактика и лечение послеродового сепсиса
- Оценка результатов недели 2

Лист записи в дежурные группы

Пожалуйста, запишитесь на дежурство в удобный для Вас день. Дежурные помогают подготовить класс к началу занятий, проводят «разогревающие» мероприятия, сообщают преподавателям коллективное мнение участников о проведенных занятиях в конце дня.

<u>День 1</u>	<u>День 2</u>	<u>День 3</u>	<u>День 4</u>	<u>День 5</u>
1.	1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.	3.

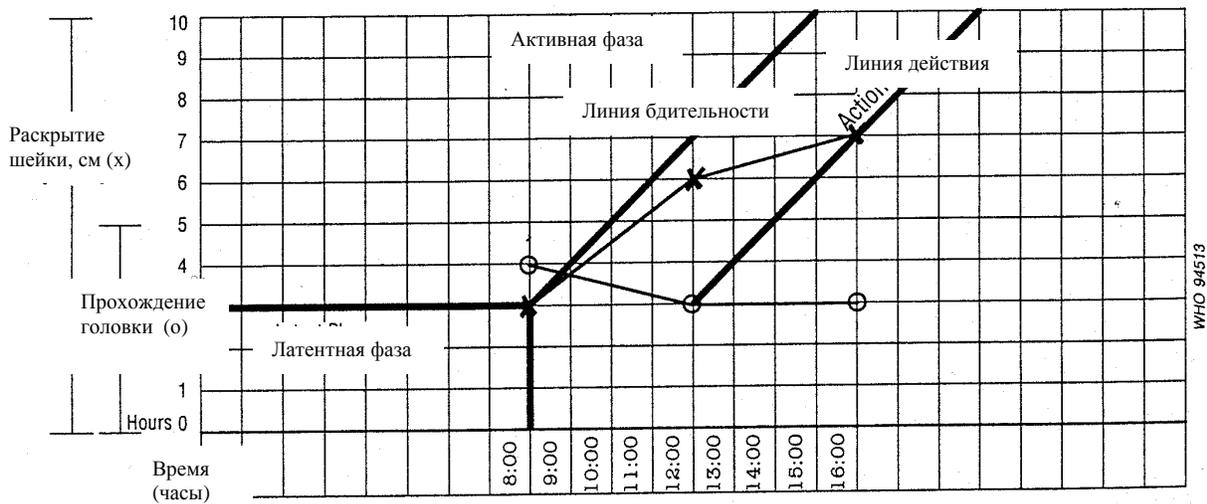
Ф.И.О. _____

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ
по теме «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи»

Обведите «Да», если вы считаете, что приведенное утверждение истинно, и «Нет», если вы считаете, что оно ложно.

1. При родах женщина чувствует себя спокойнее, увереннее, свободнее, если рядом с ней в родовой палате нет никого из близких или знакомых.	Да	Нет
2. Пациенток следует в значительной мере привлекать к принятию клинических решений в процессе родовспоможения.	Да	Нет
3. Клизма и сбривание лобковых волос перед родами способствуют профилактике инфекции.	Да	Нет
4. Тугое пеленание — лучший способ защиты новорожденного от переохлаждения.	Да	Нет
5. Допуск в родильный бокс членов семьи в верхней одежде — одна из причин роста уровня послеродовых инфекций.	Да	Нет
6. Мытье рук и использование стерильных перчаток — одна из эффективных мер профилактики послеродовых инфекций.	Да	Нет
7. Непрерывный электронный мониторинг сердечных сокращений плода приводит к снижению смертности и числа осложнений среди новорожденных.	Да	Нет
8. В первые часы после родов новорожденные находятся в состоянии стресса, поэтому их рано кормить грудью. Сначала им нужно отдохнуть, и лишь затем их можно подносить к груди.	Да	Нет
9. Женщин нужно обязательно консультировать относительно методов контрацепции в послеродовой период.	Да	Нет
10. Медработникам незачем посвящать женщин и их близких в технические тонкости родовспоможения. Всё равно они ничего не поймут.	Да	Нет
11. В период схваток женщинам нужно двигаться, ходить.	Да	Нет
12. Принятие женщиной пищи и питья во время схваток ведет к росту материнской смертности и числа осложнений.	Да	Нет

13. В первые часы после рождения ребенка нужно помещать в отдельную палату, чтобы дать матери отдохнуть после родов.	Да	Нет
14. У женщин, рожаящих лежа на спине, схватки менее интенсивны, и роды тянутся дольше.	Да	Нет
15. Доказано, что активное ведение третьей стадии родов снижает вероятность послеродового кровотечения у матери.	Да	Нет
16. Эпизиотомию следует проводить на рутинной основе, поскольку она позволяет предотвратить более серьезные разрывы тканей промежности.	Да	Нет
17. При любых родах, по возможности, должен присутствовать врач.	Да	Нет
18. Болевые ощущения роженицы можно облегчить массажем и изменением положения тела.	Да	Нет
19. Взгляните на фрагмент партограммы внизу. Нормально ли протекают роды у этой женщины?	Да	Нет



Распределение ролей в игре «Послеродовой уход»

Распечатайте эту страницу и нарежьте бумажные полоски с ролями или перепишите/перепечатайте роли на отдельных карточках. Изготовьте по несколько экземпляров каждой роли, чтобы карточек хватило всем участникам (при значительном числе участников роли, естественно, будут дублироваться).

ВАША РОЛЬ: Мать после затяжных, тяжелых родов, закончившихся час назад

ВАША РОЛЬ: Женщина, у которой плод умер в процессе родов

ВАША РОЛЬ: Мать, только что легко родившая здорового ребенка

ВАША РОЛЬ: Первородящая, перенесшая эпизиотомию и разрывы при родах.

ВАША РОЛЬ: Мать, только что родившая третьего ребенка. Муж не поехал с вами в роддом.

ВАША РОЛЬ: Первородящая мать, испытывающая трудности с грудным кормлением.

ВАША РОЛЬ: Мать с пуэрпериальным сепсисом.

ВАША РОЛЬ: Мать, только что родившая недоношенного ребенка.

ВАША РОЛЬ: Мать, перенесшая кесарево сечение.

ВАША РОЛЬ: ВИЧ-инфицированная мать.

ВАША РОЛЬ: Мать-одиночка, родившая второго ребенка.

ВАША РОЛЬ: Мать, при которой присутствуют муж и старший сын 8 лет.

Навыки общения. Руководство наблюдателя

Навыки общения	Часто	Иногда	Редко
Невербальные навыки:			
Непринужденность			
Открытость; непредвзятость			
Обращенность к собеседнику			
Привычка смотреть прямо в глаза			
Обращение лицом к собеседнику (и улыбка)			
Вербальные навыки:			
Выяснять			
Выслушивать			
Ободрять и одобрять собеседника			
Признавать			
Отражать и повторять			
Процесс консультации (этапы):			
Теплая встреча и прием посетительницы и семьи			
Постановка многозначных и однозначных вопросов			
Описание посетителям преимуществ РОУС			
Помощь женщине в самостоятельном выборе решения			
Объяснение предстоящих процедур (регистрация, роды)			
Объяснение порядка повторных посещений, выдачи направлений и т. п.			
Комментарии наблюдателя:			

**Внедрение РОУС:
Анализ ситуации в родильном доме**

	Знания	Навыки	Отношение	Ресурсы
МЕДРАБОТНИКИ				
УЧРЕЖДЕНИЕ				
ПОТРЕБИТЕЛИ				
ОКРУЖАЮЩИЕ				

Внедрение РОУС: План действий

Задача	Ответственное лицо	Сроки	Необходимые ресурсы/ поддержка

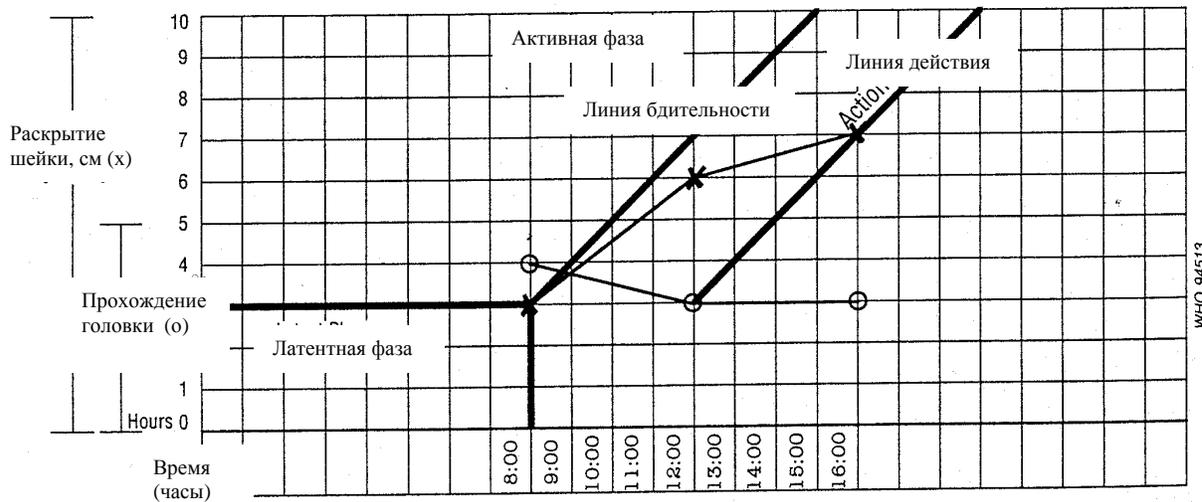
Ф.И. О. _____

ИТОГОВЫЙ ТЕСТ**по теме «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи»**

Обведите «Да», если вы считает, что приведенное утверждение истинно, и «Нет», если вы считает, что оно ложно.

1. При родах женщина чувствует себя спокойнее, увереннее, свободнее, если рядом с ней в родовой палате нет никого из близких или знакомых.	Да	Нет
2. Пациенток следует в значительной мере привлекать к принятию клинических решений в процессе родовспоможения.	Да	Нет
3. Клизма и сбривание лобковых волос перед родами способствуют профилактике инфекции.	Да	Нет
4. Тугое пеленание — лучший способ защиты новорожденного от переохлаждения.	Да	Нет
5. Допуск в родильный бокс членов семьи в верхней одежде — одна из причин роста уровня послеродовых инфекций.	Да	Нет
6. Мытье рук и использование стерильных перчаток — одна из эффективных мер профилактики послеродовых инфекций.	Да	Нет
7. Непрерывный электронный мониторинг сердечных сокращений плода приводит к снижению смертности и числа осложнений среди новорожденных.	Да	Нет
8. В первые часы после родов новорожденные находятся в состоянии стресса, поэтому их рано кормить грудью. Сначала им нужно отдохнуть, и лишь затем их можно подносить к груди.	Да	Нет
9. Женщин нужно обязательно консультировать относительно методов контрацепции в послеродовой период.	Да	Нет
10. Медработникам незачем посвящать женщин и их близких в технические тонкости родовспоможения. Всё равно они ничего не поймут.	Да	Нет
11. В период схваток женщинам нужно двигаться, ходить.	Да	Нет
12. Принятие женщиной пищи и питья во время схваток ведет к росту материнской смертности и числа осложнений.	Да	Нет

13. В первые часы после рождения ребенка нужно помещать в отдельную палату, чтобы дать матери отдохнуть после родов.	Да	Нет
14. У женщин, рожаящих лежа на спине, схватки менее интенсивны, и роды тянутся дольше.	Да	Нет
15. Доказано, что активное ведение третьей стадии родов снижает вероятность послеродового кровотечения у матери.	Да	Нет
16. Эпизиотомию следует проводить на рутинной основе, поскольку она позволяет предотвратить более серьезные разрывы тканей промежности.	Да	Нет
17. При любых родах, по возможности, должен присутствовать врач.	Да	Нет
18. Болевые ощущения роженицы можно облегчить массажем и изменением положения тела.	Да	Нет
19. Взгляните на фрагмент партограммы внизу. Нормально ли протекают роды у этой женщины?	Да	Нет



Программа подготовки по теме «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи»**Оценка участниками:****Неделя 1**

Нам интересно узнать о впечатлении, которое произвела на Вас первая неделя курса. Свое окончательное мнение Вы сможете выразить в конце второй недели, после практических занятий. Пожалуйста, прочитайте каждую из нижеприведенных формулировок и укажите, в какой мере Вы с ней согласны (1 = полное согласие; 5 = полное несогласие). Внизу оставлено место для Ваших развернутых комментариев.

	<u>СОГЛАСЕН ←--→ НЕ СОГЛАСЕН</u>				
1. В ходе курса были рассмотрены самые важные аспекты РОУС. <i>Комментарии:</i>	1	2	3	4	5
2. Занятия были расположены в удачной последовательности. <i>Комментарии:</i>	1	2	3	4	5
3. Времени на отработку новых навыков давалось достаточно. <i>Комментарии:</i>	1	2	3	4	5
4. Письменные материалы были полезными и удобными. <i>Комментарии:</i>	1	2	3	4	5
5. Материалы для чтения были полезными. <i>Укажите самые полезные.</i>	1	2	3	4	5
6. В начале каждого занятия инструктор старались выяснить, что я и так знаю по изучаемой теме. <i>Комментарии:</i>	1	2	3	4	5
7. Инструктора успешно чередовали методы обучения. <i>Комментарии:</i>	1	2	3	4	5

8. По-моему, я готов(а) к внедрению РОУС у себя в роддоме.
Комментарии:

1 2 3 4 5

9. Я готов(а) объяснить и показать, что такое РОУС, своим коллегам по роддому.
Комментарии:

1 2 3 4 5

10. Какие из изученных тем имеют непосредственное отношение к Вашей работе?

11. Какие темы оказались для Вас абсолютно новыми?

12. Какие изменения Вы предложили бы внести в первую неделю занятий?

Ключи-ответы к тестам — предварительному и итоговому

1. При родах женщина чувствует себя спокойнее, увереннее, свободнее, если рядом с ней в родовой палате нет никого из близких или знакомых.	Нет
2. Пациенток следует в значительной мере привлекать к принятию клинических решений в процессе родовспоможения.	Да
3. Клизма и сбривание лобковых волос перед родами способствуют профилактике инфекции.	Нет
4. Тугое пеленание — лучший способ защиты новорожденного от переохлаждения.	Нет
5. Допуск в родильный бокс членов семьи в верхней одежде — одна из причин роста уровня послеродовых инфекций.	Нет
6. Мытье рук и использование стерильных перчаток — одна из эффективных мер профилактики послеродовых инфекций.	Да
7. Непрерывный электронный мониторинг сердечных сокращений плода приводит к снижению смертности и числа осложнений среди новорожденных.	Нет
8. В первые часы после родов новорожденные находятся в состоянии стресса, поэтому их рано кормить грудью. Сначала им нужно отдохнуть, и лишь затем их можно подносить к груди.	Нет
9. Женщин нужно обязательно консультировать относительно методов контрацепции в послеродовой период.	Да
10. Медработникам незачем посвящать женщин и их близких в технические тонкости родовспоможения. Всё равно они ничего не поймут.	Нет
11. В период схваток женщинам нужно двигаться, ходить.	Да
12. Принятие женщиной пищи и питья во время схваток ведет к росту материнской смертности и числа осложнений.	Нет
20. В первые часы после рождения ребенка нужно помещать в отдельную палату, чтобы дать матери отдохнуть после родов.	Нет
21. У женщин, рожаящих лежа на спине, схватки менее интенсивны, и роды тянутся дольше.	Да
22. Доказано, что активное ведение третьей стадии родов снижает вероятность послеродового кровотечения у матери.	Да
23. Эпизиотомию следует проводить на рутинной основе, поскольку она позволяет предотвратить более серьезные разрывы тканей промежности.	Нет
24. При любых родах, по возможности, должен присутствовать врач.	Нет
25. Болевые ощущения роженицы можно облегчить массажем и изменением положения тела.	Да
26. Взгляните на фрагмент партограммы внизу. Нормально ли протекают роды?	Нет

ПОСЛЕРОДОВОЙ СЕПСИС

Фрагменты модуля ВОЗ «Послеродовой сепсис» [“Puerperal Sepsis Module” WHO/FRWMSM196.4]

ВВЕДЕНИЕ

Послеродовой (пуэрперальный) сепсис является одной из основных причин материнской смертности и дает около 15% всей материнской смертности в развивающихся странах. Если в результате данной инфекции не наступает смерть, то она может стать причиной хронических тазовых инфекционных болезней (ТИБ) и бесплодия. Профилактика и своевременное лечение послеродовой инфекции является одной из главных задач акушеров и врачей-гинекологов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО СЕПСИСА

Послеродовой сепсис представляет собой инфекцию половых путей в любой период времени между разрывом плодного пузыря или началом схваток и 42-м днем после родов или аборта, при наличии двух или более из следующих симптомов:

- боли в области таза;
- температура тела 38,5°C и выше (при оральном или ином измерении);
- ненормальные вагинальные выделения;
- ненормальный, неестественный или гнилостный запах выделений;
- задержка послеродового сокращения матки.

Бактерии, вызывающие послеродовой сепсис

Самые распространенные возбудители:

- стрептококки
- стафилококки
- кишечная палочка (*Escherichia coli*)
- бактерии-возбудители столбняка (*Clostridium tetani*)
- бактерии-возбудители гангрены (*Clostridium welchii*)
- хламидии и гонококки, являющиеся также возбудителями ЗППП.

Инфекция чаще всего имеет смешанную этиологию (т. е., вызвана сразу несколькими видами бактерий), среди которых различают эндогенные и экзогенные:

Эндогенные бактерии: Данные бактерии обычно живут во влагалище и прямой кишке, не причиняя неприятных ощущений (например, некоторые виды стрептококков, стафилококков, кишечная палочка и клостридиоз вельх). Даже, если применяются стерильные технологии при родах, тем не менее, может

произойти заражение эндогенными бактериями. Вредоносными и вызывающими инфекцию они становятся в следующих случаях:

- при занесении в матку в результате обследования пальцем или инструментами во время обследования таза
- при нахождении в ушибленных, разорванных или мертвых тканях — например, после травмирующих родов или в результате обструкции схваток,
- при проникновении в матку во время затяжных/слабых схваток, после разрыва плодного пузыря.

Экзогенные бактерии: Бактерии, занесенные во влагалище извне (стрептококки, стафилококки, клостридиоз столбнячный и др.). Экзогенные бактерии попадают во влагалище:

- при осмотре грязными руками и с использованием нестерильных инструментов;
- с инородными предметами и субстанциями (например, травами, маслами, нестерильными тампонами);
- при сексе.

Студентам должна быть известна роль заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), возбудителями которых как раз и являются экзогенные бактерии. В районах с высокой заболеваемостью ЗППП (гонорея, хламидиоз и др.), данные болезни и являются основной причиной возникновения внутриматочной инфекции. Если женщина заболевает ЗППП во время беременности и не получает своевременного лечения, то бактерии, провоцирующие данную болезнь, остаются во влагалище и могут стать причиной внутриматочной инфекции после родов. Внутриматочные инфекции, вызванные ЗППП, могут быть предотвращены своевременным диагностированием и лечением женщины во время беременности.

Признаки и симптомы послеродового сепсиса

У женщин обычно наблюдается высокая температура, хотя при клостридиозе это не всегда характерно. Могут, также, наблюдаться тазовые боли, мягкая на ощупь матка, обильные лохии, задержка в сокращении размеров матки, припухлость и гнойные выделения на месте разрывов и эпизиотомии.

Факторы риска послеродового сепсиса

Часть женщин особо подвержена послеродовому сепсису, в частности, страдающие от анемии, недоедания, а также женщины с затянувшимися родовыми схватками.

Как развивается послеродовой сепсис

Послеродовая инфекция может возникнуть во время родов и после них. До родов плодный пузырь и хориальная оболочка/мембрана могут быть заражены в том случае, когда плодный пузырь разорван задолго до того, как начались схватки. После этого бактерии быстро проникают из влагалища в матку и инфицируют

мембраны, плаценту, ребенка и мать. Хориоамнионит — крайне серьезное состояние, нередко приводящее к летальному исходу и матери, и ребенка.

После родов, инфекция может проникнуть в брюшную полость, влагалище, шейку матки или матку. Инфицирование матки быстро распространяется и вызывает инфицирование фаллопиевых труб или яичников, параметрит, перитонит, затем распространяется на лимфатические узлы, приводя к септицемии, так как инфекция проникает в кровь. Далее инфекция может осложниться септическим шоком и распространенной внутрисосудистой свертываемостью крови, которая провоцирует кровотечения. Данная картина, при развитии, быстро приводит к летальному исходу матери.

В послеродовой период женщины подвержены инфекции в силу следующих факторов:

1. Плацентарное место большое, теплое, темное и влажное. Это идеальная среда для роста и быстрого размножения бактерий. В лабораторных условиях - темная, теплая и влажная среда создается искусственно, с целью роста и размножения бактерий.
2. Плацентарное место имеет большой приток крови, благодаря тому, что широкие кровяные сосуды попадают прямо в основное венозное кровообращение. Данный факт и позволяет бактериям в плацентарном месте быстро попадать в кровь. Это явление называется септицемией. Септицемия очень быстро приводит к летальному исходу.
3. Плацентарное место находится недалеко от выхода из женского тела. Только длина влагалища (7-10 см) разделяет вход в матку извне. Это означает, что бактерии, которые обычно живут в прямой кишке (такие как кишечная палочка) могут легко подняться во влагалище и затем в матку. Здесь они становятся опасными или “патогенными”, т.к. могут породить инфицирование плацентарного места.
4. Во время родов, женщина может иметь разрывы шейки матки, влагалища или области промежностей, или ей произведут перинеотомию. Эти области травмированных тканей очень восприимчивы к инфекциям, особенно, если не применялась стерильная технология ведения родов. Инфекция обычно локализуется, но в тяжелых случаях она распространяется к низлежащим тканям.

ПРИЧИНЫ ПОЛСЕРОДОВОГО СЕПСИСА

Самым распространенным очагом возникновения послеродовой инфекции является плацентарное место. Другие возможные места - это разрывы шейки матки, влагалища, промежностей и места проведения перинеотомии.

Факторы риска возникновения инфекции

К ним относятся:

- плохая гигиена,
- плохая техника стерилизации,
- манипуляции глубоко в родовом канале,
- наличие мертвых тканей при родах вследствие:
 - a. внутриматочной гибели плода,
 - b. не удаленных остатков плаценты или плодных оболочек (мембран),
 - c. распространения мертвых тканей от стенок влагалища после обструкции схваток,
- манипуляции грязными руками, инструментами или тампонами,
- дородовую анемию или плохое питание,
- задержку или обструкцию схваток,
- затяжные (слабые) схватки после разрыва плодного пузыря,
- частые вагинальные обследования,
- кесарево сечение и другие оперативные вмешательства,
- необработанные разрывы влагалища или шейки матки,
- предшествующие венерические заболевания,
- послеродовые кровотечения,
- отсутствие вакцинации против столбняка,
- диабет.

Имеются и другие факторы риска, включая социальные и медико-организационные, которые еще усугубляют смертельную опасность, которую представляет собой послеродовый сепсис.

Социальные факторы риска

К ним относятся:

- отсутствие транспортных средств и ресурсов,
- большое расстояние от дома пациентки до роддома,
- низкий социально-экономический статус,
- культурные факторы, препятствующие своевременному обращению за адекватным уходом/родовспоможением,
- низкий социально-экономический статус семьи,
- отсутствие знаний о признаках и симптомах послеродовой инфекции,
- собственно послеродовая инфекция.

Медико-организационные факторы риска

К ним относятся:

- нерегулярный контроль температуры тела при затяжных схватках и после родов;
- отсутствие асептики во время родов;

- неадекватные бактериологические обследования женщин с послеродовыми инфекциями;
- нехватка донорской крови при переливании крови;
- неадекватный контроль за применением антибиотиков или последующим оперативным вмешательством;
- недостаток необходимых антибиотиков.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО СЕПСИСА

1. Необходимость изоляции, режим и диета

Главная цель особого режима, вводимого для пациенток с послеродовым сепсисом, состоит в том, чтобы не допустить дальнейшего распространения инфекции и заражения других матерей и новорожденных. Основные принципы медсестринского ухода за больной должны неукоснительно соблюдаться всеми медсестрами и акушерками. Они должны:

- ухаживать за роженицей в изолированной палате, в крайнем случае — за ширмой; женщина обязательно должна быть изолирована от других пациенток;
- использовать специально выделенные халат и перчатки при уходе **только** за инфицированной женщиной — **и больше ни за кем**;
- использовать один и тот же набор инструментов, посуды и прочих предметов, исключительно при уходе за данной женщиной, и никакой другой;
- тщательно мыть руки до и после ухода за данной женщиной;

По возможности следует назначать одну акушерку/медсестру для ухода за данной матерью и ее ребенком. Возможно использование помощи одного из родственников при уходе за больной. В таком случае, необходимо проинструктировать помощника, относительно основных принципов предотвращения распространения инфекции. Доступ остальных посетителей должен быть ограничен.

2. Назначение комплекса сильнодействующих антибиотиков широкого спектра действия

Это именно то, что сделает в такой ситуации любой нормальный врач. В отсутствие врача антибиотиками обязана немедленно назначить медсестра или акушерка и немедленно начать курс лечения. Если где-то и почему-то закон не позволяет среднему медперсоналу назначать антибиотики без предписания врача даже в критических ситуациях, такие законы или инструкции следует немедленно отменить как убийственные.

Без срочной терапии сильнодействующими антибиотиками женщины с послеродовым сепсисом обречены на неминуемую смерть. Весь смысл использования больших доз комплексных, сильнодействующих антибиотиков в том и состоит, чтобы срочно пресечь инфекцию в зародыше.

Выбор антибиотиков

Если состояние пациентки не слишком тяжелое (умеренная температура, пульс, пациентка в ясном сознании), можно назначить следующий курс лечения:

AMOXICILLIN: начать с 1 г перорально и далее по 500 мг каждые 8 часов в течении 7 дней, **плюс**

METRONIDAZOLE: 400-500 мг каждые 8 часов в течении 7 дней.

или

AMOXICILLIN: начать с 1 г перорально и далее по 500 мг каждые 8 часов в течении 7 дней, **плюс**

TETRACYCLINE¹: начать с 1 г перорально и далее по 500 мг каждые 6 часов в течении 7 дней.

Тяжелое состояние пациентки (высокая температура, сильно учащенный пульс, бред) скорее всего указывает на инфекцию сразу несколькими видами бактерий. В этом случае следует немедленно назначить комплекс антибиотиков.

Метронидазол и хлорамфеникол² очень эффективны против хламидий и других бактерий, резистентных к прочим антибиотикам. Метронидазол должен также обязательно назначаться после кесарева сечения или в случае подозрения на хламидиоз.

Варианты курса³:

BENZYLPENICILLIN: начать с 5 млн международных единиц пенициллина (МЦ) внутривенно, затем по 2 млн МЦ внутривенно каждые 6 часов,

GENTAMICIN: начать со 100 мг внутримышечно, и далее по 80 мг каждые 8 часов,

METRINIDAZOLE: по 400-500 мг перорально каждые 8 часов.

или

AMPICILLIN: начать с 1гр внутривенно и далее по 500 мг внутримышечно каждые 6 часов,

METRINIDAZOLE: по 400-500 мг перорально каждые 8 часов.

или

BENZYLPENICILLIN: начать с 5 млн МЦ внутривенно и далее по 2 млн МЦ каждые 6 часов,

GENTAMICIN: начать со 100 мг внутримышечно, затем по 80 мг каждые 8 часов.

или

BENZYLPENICILLIN: начать с 5 млн МЦ внутривенно и далее по 2 млн МЦ каждые 6 часов,

¹ **Внимание:** Только при отсутствии альтернативного антибиотика в наличии, поскольку тетрациклин противопоказан кормящим грудью матерям.

² **Внимание:** У хлорамфеникола есть серьезные побочные эффекты такие, как анемия и лейкоцитопения. Если вы назначили данный препарат, вы должны внимательно следить за составом крови.

³ Первый из названных курсов обладает самым широким спектром бактерицидного действия.

CHLORAMPHENICOL: по 500 мг внутривенно каждые 6 часов.

Продолжение курса лечения

Если после 48 часов состояние пациентки не улучшилось либо результаты лабораторных анализов говорят о резистентности бактерий к используемым антибиотикам, антибиотики следует сменить. Не меняйте антибиотики, не выяснив следующего:

- Верен ли первичный диагноз?
- Нет ли где абсцесса?

Курс инъекций антибиотиков следует продолжать как минимум в течение 48 часов после исчезновения внешних симптомов инфекции. После этого следует назначить недельный поддерживающий курс антибиотиков перорально в амбулаторных условиях.

3. Обильное питье

Целью данного метода является предотвращение обезвоживания и снижение температуры. При тяжелых случаях, в начале курса необходимо вводить жидкости внутривенно. Если женщина в сознании и нет показаний для назначения общей анестезии в следующие несколько часов, то ей нужно увеличить долю жидкостей перорально. В случаях средней тяжести, также следует увеличить долю жидкостей, принимаемых перорально.

4. Исключить вероятность сохранения остатков плаценты

Источником послеродовой инфекции могут являться оставшиеся частички плаценты. Показателем того, что это произошло, может быть мягкая или вздутая матка, обильные лохии со сгустками. Пациентку нужно направить в медучреждение, где специалисты могут провести кюретаж.

5. Обеспечить высококвалифицированный медсестринский уход

Это подразумевает постоянный уход за пациенткой и скрупулезное выполнение врачебных предписаний. Важно:

- убедить женщину соблюдать строгий постельный режим;
- регулярно измерять температуру, давление, пульс;
- контролировать объем потребляемой и выводимой с мочой жидкости;
- аккуратно вести записи в истории болезни;
- предупредить распространение инфекции и вторичную инфекцию.

Могут возникнуть проблемы практического характера:

- отсутствие изолятора;
- нехватка медперсонала, в результате чего за пациенткой будут наблюдать сменяющие друг друга медсестры и акушерки.

Акушерка должна обходиться с пациенткой бережно — как физически, так и эмоционально. Это означает, что процедуры должны проводиться как можно мягче, поскольку небрежное, грубое обращение еще больше усугубит телесный и эмоциональный шок, пережитый женщиной с момента поступления в роддом.

Важно проявлять и такт при разговорах с пациенткой и членами ее семьи. Женщина больна, и она в этом не виновата. Акушерка и врач должны проявлять к ней сочувствие, хотя бы внешнее. Кроме того, акушерка должна быть безукоризненно точна в своих наблюдениях, записях и отчетах.

6. Лечение осложнений

Перитонит

Обширный перитонит представляет собой воспаление всей брюшины. В данном случае происходит воспаление внешней стенки брюшины, которая представляет собой мембрану, которая расположена вдоль брюшной стенки, и висцеральной/внутренней стенки брюшины, которая расположена над внутренними органами.

Диагностика: Необходимо знать, как распознавать перитонит. Перитонит или множественный абсцесс может последовать за кесаревым сечением, или после разрыва матки, или в качестве осложнения после послеродовой инфекции.

Помимо высокой температуры для перитонита характерны следующие симптомы:

- болезненная реакция на внезапное ослабление пальпации брюшины;
- боли в животе;
- вздутие живота на 3-4 день;
- рвота;
- урчание в животе;
- понос.

Лечение обширного перитонита:

Лечение следует начинать при первом же подозрении на этот диагноз, не дожидаясь его подтверждения.

Назначьте антибиотики (например, бензилпенициллин + гентамицин + метринидазол) внутривенно и анальгетики (например, петидин 50-100 мг внутримышечно каждые 6 часов). При возможности проведите отсасывание содержимого желудка через зонд.

Немедленно займитесь переводом (госпитализацией) в специализированное клиническое хирургическое отделение.

Сальпингофорит и параметрит (острые воспаления придатков)

Сальпингофорит представляет собой инфекционное воспаление яичников и фаллопиевых труб, а параметрит — инфекционное воспаление околоматочной клетчатки (свободная ткань, находящаяся вокруг матки и достигающая стенок шейки матки в виде прослойки между слоями широкой связки).

Диагностика: Сальпингофорит: симптомы — высокая температура, двухсторонние боли в животе и болезненная реакция на пальпацию нижнего отдела брюшины с обеих сторон.

Параметрит: симптомы — жар, боли и/или болезненность при пальпации брюшины с одной или обеих сторон, выраженная болезненная реакция на вагинальное обследование.

Лечение: Комплекс антибиотиков, например benzylpenicillin + gentamicin + metronidazole. При необходимости — болеутоляющие, например, pethidine 50-100 mg в/м каждые 6 часов. При отсутствии улучшений в течение 2-3 дней — госпитализация в специализированное клиническое отделение.

Септицемия

Септицемия — тяжелая форма генерализованного сепсиса, характеризующаяся быстрым размножением чужеродных бактерий в кровеносной системе.

Диагностика: Высокая температура, озноб, учащенный пульс, крайне тяжелое общее состояние.

Лечение: Немедленно назначить антибиотики, напр. benzylpenicillin + gentamicin + metronidazole. Госпитализировать в специализированное клиническое отделение в экстренном порядке. При подозрении на внутрисосудистое свертывание крови — немедленно начать лечение гепарином.

Абсцессы

Диагностика: Набухшая, флюктуирующая опухоль при вагинальном обследовании, острая боль и чувствительность к пальпации, высокая температура, несмотря на курс антибиотиков.

Лечение: Направить в хирургическое отделение для колпотомии (хирургическая операция на задней стенке влагалища) при абсцессе в дугласовом кармане или лапаротомии при абсцессах иной локализации.

7. Локальные раневые инфекции (при разрывах промежности, вульвы и влагалища; эпизиотомии)

Признаки и симптомы:

- боль
- набухание
- покраснение
- гнойные выделения
- повышенная температура

Лечение:

1. жаропонижающие или анальгетики,
2. сидячие ванны 3 раза в день (в чистой, теплой воде по 1-15 мин.)
3. обработка/очищение ранок раствором перекиси водорода или бетадином 2 раза в день после того, как гениталии были промыты водой.

Если через 3 дня улучшения не наступило — снять швы, если таковые остались, провести очистку и дренаж раны. Обрабатывать перекисью водорода или бетадином 2 раза в день. При отсутствии улучшений в течение еще 3 дней — направить в хирургическое отделение районной больницы для вскрытия и санации раневой полости.

8. Хориоамнионит

Признаки и симптомы:

- высокая температура,
- болезненность матки при пальпации,
- дренаж амниотической жидкости с неприятным запахом,
- учащенный пульс (более 90 ударов в минуту),
- у ребенка также наблюдается учащение сердцебиения (>160 ударов в минуту),
- в анамнезе — затянувшиеся схватки после разрыва плодного пузыря.

Лечение: Необходимо немедленно стимулировать родоразрешение, поскольку мать и ребенок в смертельной опасности.

- поставить капельницу и начать внутривенное вливание лекарственных р-ров;
- начать курс инъекций антибиотиков и жаропонижающих;
- отслеживать признаки возможного шока;
- незамедлительно госпитализировать женщину в клинический стационар для вмешательства квалифицированных акушера-гинеколога и педиатра. Сопровождать пациентку при транспортировке в постоянной готовности к приему родов и реанимации новорожденного.

Предупреждение хориоамнионита

- В ходе дородового наблюдения нужно настоятельно рекомендовать всем беременным женщинам немедленно обращаться за квалифицированной медицинской помощью при первых признаках подтекания околоплодных вод. Если околоплодная оболочка нарушена, а схватки отсутствуют, не следует предпринимать вагинального обследования.
- Если схватки не начнутся в течение 12 часов после нарушения целостности мембран, матери следует назначить профилактический курс антибиотиков широкого спектра действия, например, ампициллин — 1 г внутримышечно разово и затем 300 мг внутримышечно через каждые 6 часов; или амоксициллин — 500 мг перорально каждые 8 часов. В качестве альтернативы: бисептол (sul-famethoxazole/trimethoprine 800/160) 2 раза в день.
- При отсутствии схваток через 12 часов — госпитализация в специализированное акушерско-гинекологическое отделение.

Курс «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи»**Оценка участниками
Неделя 2**

Мы хотели бы узнать Ваше мнение о второй неделе подготовки. Пожалуйста обведите ответы и, при желании, прокомментируйте их.

	<u>ДА</u> <u>НЕТ</u>				
	1	2	3	4	5
1. Курс достиг поставленной цели: «Подготовить медицинских работников к внедрению РОУС в своих роддомах». <i>Комментарии:</i>	1	2	3	4	5
2. Мне представилась возможность на практике применить навыки, освоенные в течение первой недели. <i>Комментарии:</i>	1	2	3	4	5
3. Учебные мероприятия в свободное от родов время были полезными. <i>Отметьте самые полезные:</i>	1	2	3	4	5
4. Инструктора эффективно помогали мне применять методы РОУС на практике. <i>Комментарии:</i>	1	2	3	4	5
5. Я готов(а) внедрить РОУС у себя в роддоме. <i>Комментарии:</i>	1	2	3	4	5

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. Я готов(а) продемонстрировать, что такое РОУС коллегам по роддому. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

Комментарии:

7. По Вашим ощущениям, доведется ли Вам применить освоенные навыки в своей работе?

8. Какие изменения предложили бы Вы внести в программу второй недели?

Библиография

1. Алберс Л.Л. и соавторы. (1997). «Связь между передвижением женщины во время схваток и уровнем оперативных вмешательств при родоразрешении». Журнал по медсестринскому делу и акушерству, 42(1):4-8.

Albers, L.L., et.al., (1997). The relationship of ambulation in labor to operative delivery. Journal of Nurse-Midwifery. 42(0:4-8).

2. де Андраде Д. И и соавторы. (2000). «Бактериологическое исследование больничных коек до и после проведения дезинфекции с использованием фенолсодержащего дезинфектанта». Обозрение: Народное Здравоохранение, 7(3): 179-84. Департамент здравоохранения. Соединенное Королевство.

de Andrade, D., et.al., (2000). A bacteriological study of hospital beds before and after disinfection with phenolic disinfectant. Rev Panama Salud Publica. 7(3): 179-84.

3. Андерсон Г.С. (1991) «Современные данные о методе непосредственного контакта матери и ребенка кожа-к-коже (метод Кенгуру) для выхаживания недоношенных детей»

4. Биренбаун и соавторы. (1990). «Использование медицинским персоналом халатов не снижает численность колоний бактерий у новорожденных». Американский журнал по проблемам больных детей», 144(9):1031-3.

Birembaum, H.L., et.al., (1990). Gowning on a postpartum ward fails to decrease colonization in the newborn infant. American Journal of the Disabled Child. 144(9):1031-3.

5. Блум С.Л. и соавторы, (1998). «Отсутствие влияния передвижения женщин на течении схваток и родоразрешение». Новоанглийский медицинский журнал, 339(2):76-9.

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

6. Бомфим-Хипполито С.. (1998). «Влияние положения тела матери во время родов на некоторые показатели состояния матери и новорожденного». Международный журнал по акушерству и гинекологии, 63. Приложение 1 :S67-73.

Bomfim-Hippolito, 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 1:867-73.

7. Варни, (1997). Акушерство Варни, 3-е издание, Johnes and Barlett, Массачусетс.

Varney, H. (1997). Varney's Midwifery. 3rd edition. Jones and Bartlett: Sudbury, Massachusetts.

8. Велстарт Интернейшенэл Модель политики, проводимой роддомом по грудному вскармливанию для здоровых новорожденных, родившихся в срок. 1994, стр. 1-5

9. Вилсон Дж. (1999) Борьба с инфекцией в клинической практике. Бэйлиэр, Тиндал. Департамент здравоохранения. Соединенное Королевство.
10. Влияние кортикостероидов, используемых для развития плода, на перинатальные результаты. ДЖАМА, JAMA, 1 февраля 1995, том 273 (5), стр. 413-418. Консенсус Конференция Национальных институтов здоровья
 NJH Consensus conference. JAMA Feb.1.1995 Vol.273 no5 p.413-418
11. ВОЗ. Основы ухода за новорожденным: - заключительный проект, подготовленный Бюро международного здравоохранения, (Триест, Италия), сотрудничающим Центром ВОЗ по вопросам здоровья матери и ребенка и Институтом питания, Алма-Аты, Казахстан, Сотрудничающим Центром ВОЗ по вопросам питания. Для Европейского Регионального Бюро ВОЗ. (Приводятся выдержки из книги. Имеется издание на русском языке)
12. ВОЗ. Основы ухода за новорожденным. Последний вариант, подготовленный Международным Центром здравоохранения. Триест, Италия. Центр Сотрудничества ВОЗ по здоровью матери и ребенка.. Алма-Аты, Казахстан
13. ВОЗ. Женева. Швейцария Уход во время нормальных родов: Отчет по совещанию Технической Рабочей Группы по нормальным родам, 25-29 марта 1996 г." Программа "Здоровье матери и безопасное материнство»
14. ВОЗ. Послеродовой сепсис. WHO/FRH/MSM/96.4
15. ВОЗ WHQ/FHE/MSM/93.11 Профилактика затянувшихся родов: практическое руководство. Партограмма, часть 2..
16. ВОЗ, Женева. Факты о Грудном Вскармливании.
17. Глэтлейдер Полин. Доклад "Родовспоможение, ориентированное на участие семьи"
18. Гордон Н.П и соавторы. (1999) «Эффект от предоставления больницей поддержки со стороны дуль». Акушерство и Гинекология, 93(3):422-6.
 Gordon, N.P., et al., (1999). Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. Obstetrics and Gynecology. 93(3):422-6.
19. Грюлих Б., Пэйн Л., МакКлайн С., Баргер М., Эдвардз Н., Пол Р., (1994). «Двенадцатилетний опыт работы медсестер-акушерок, принявших более 30 000 родов в графстве Лос-Анджелес Университет Южной Калифорнии в родильном Центре Женского Госпиталя». Журнал по медсестринскому делу и акушерству 39(4)
 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)

20. Траймс Д.А. «Использование данных доказательной медицины в работе факультета акушерства и гинекологии», Высшее образование в ВУЗе, том 86, №3, сентябрь 1995 (статья представлена только на английском языке)

21. Диксон С. (1992). "Психосоциальные и культурные аспекты грудного вскармливания."

22. Йанг Д., (1993). «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи». Энциклопедия по уходу за детьми, Барбара Катц Ротман, 183-4, Орикс пресс: Фоеникс. Исон Е и соавторы, (2000). «Предотвращение повреждения промежности во время родоразрешения: систематический обзор». Акушерство и гинекология, 95(3):464-71

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

23. Исон Е., Лабрек М., Уэлс Дж., Фелдман П., Больница Оттавы, Онтарио, Канада. eeason@ogh.on.ca «Предотвращение повреждения промежности во время родоразрешения: систематический обзор» Акушерство и гинекология 2000 март; 95(3):464-71.

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

24. Исон Е., (1995). «Много шума из-за небольшого разреза: стоит ли делать перинеотомию?». Акушерство и гинекология, 94(4):616-8.

Eason, E. et al., (1995). Much ado about a little cut: is episiotomy worthwhile? Obstetrics and Gynecology. 94(4):616-8.

25. Йодер Б.А. «Амниотическая жидкость, содержащая меконий, и респираторные осложнения: влияние выборочного трахеального отсасывания слизи.» Акушерство и гинекология, том 83, № 1, янв. 1994, стр.77-78

26. Калдейро-Барсия, Роберто и соавторы, (1960). «Влияние изменений положения тела на интенсивность и частоту сокращений матки во время схваток». Американский журнал по акушерству и гинекологии 80: 284 (статья представлена только на английском языке)

Caldeyro-Barcia, Roberto, 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.

27. Карраско М., Мартедь П. Эстол «Оронософрингическое отсасывание при рождении: влияние на кислородное насыщение артерий». Журнал по педиатрии, 1997, том 130, стр. 832-834

28. Карроли Дж., Белизан Дж. (2000). «Проведение перинеотомии при вагинальном родоразрешении». Библиотека Кохрейн, выпуск 3, 2000. Оксфорд: Update Software.

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

29. Кеннелл Дж., Клаус М., Робертсон С, (1991). «Оказание постоянной эмоциональной поддержки во время родов в одной из больниц США». Журнал американской медицинской ассоциации 265(17): 2197- 2201.

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.

30. Клаус М., Кеннел Дж., Робертсон С., Соса Р., (1986). «Влияние присутствия лица поддержки во время родов на показатели заболеваемости матери и ребенка». Британский медицинский журнал, (6):293, 585-7

Klaus, M., Keimell, 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.

31. Клаус М.Х. и соавторы. (1992). «Помощь и поддержка при родах: муж, сестра, акушерка или дула». Клинические консультации по акушерству и гинекологии,

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):21 1-17.

32. Клаус М.Х., Кеннелл Дж. (1997). «Дула: необходимый, вновь открытый элемент родовспоможения». Acta Paediatric. 86(10): 1034-6.

Klaus, M.H., & Kennell, J.H., (1997). The doula: an ingredient of childbirth rediscovered Acta Paediatric. 86(10): 1034-6

33. Библиотека Кохрейн. Имеется индивидуальная и коллективная подписка на ежеквартально обновляемые обзоры на лазерных дисках либо через Интернет. Update Software, Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford, OX2 7LG, UK, Адрес Интернет: <http://www.update-software.com>. Update Software Inc. 936 La Rueda Drive, Vista, CA 92804, Адрес Интернет: <http://www.updateusa.com>

34. Кунарантанопрук С. Силпапойакул К.. (1998). «Ненужные методы борьбы с внутрибольничной инфекцией в Таиланде: обзор». Журнал «Больничная инфекция», 40(1):55-9.

Kunaratnanopruk, S. & Silpapojakul, K., (1998). Unnecessary hospital infection control practices in Thailand: a survey. Journal of Hospital Infection. 40(1):55-9.

35. Кунингхам А . Д. Джелиф, Е. Джелиф «Грудное вскармливание и здоровье в 1980-х: глобальный Эпидемиологический обзор». Журнал по педиатрии, 1991, том 118, стр. 659-666

36. Куэрво Л.Дж. и соавторы, (2000). «Клизмы во время родов» (Обзор Кокрейн). Кокрейн Лайбрани, выпуск 3,2000. Оксфорд: Update Software

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

37. Лаббок М. (1994). "Метод лактационной аменореи (МЛА): метод планирования семьи после родов, ее влияние на политику и научные программы."

38. Лангер и соавторы, (1998). «Влияние социально-психологической поддержки во время схваток и родов на грудное вскармливание, медицинские вмешательства и самочувствие матери в Мексиканской государственной больнице: рандомизированное клиническое исследование». Британский журнал по акушерству и гинекологии, 105(10): 1060-63.

- 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.
39. Левено К. Дж. (1986), «Перспективное сравнение выборочного и длительного электронного мониторинга плода на 34 995 беременных». *Новоанглийский медицинский журнал*, 315:615-619.
- 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.
40. Лудка Л., Роберте С.. (1993). «Употребление еды и жидкости во время родов: литературный обзор». *Журнал по медсестринскому делу и акушерству*, 38(4): 199-207.
- Ludka, L., Roberts, C. (1993). "Eating and Drinking in Labor: A Literature Review." *Journal of Nurse-Midwifery*: 38(4): 199-207.
41. Магфорд М., Кингстоун Дж., Чалмерс Я. "Снижение числа случаев инфекции после кесарева сечения: значение курса антибиотиков для клинических ресурсов", (Резюме)
42. МакНейр, К. Либфрид «Основные моменты». Нью Йорк 1992
43. Махан. Чарлз, Маккей, (1989). «Клизма и бритьё - отменить или оставить». *Современное акушерство и гинекология*, 160:241-248
- Mahan, Charles, McKay, Susan. (1989) "Preps and Enemas - Keep or Discard?" *Contemporary OB/GYN*. 160: 241-248.
44. Ментикогду С.М. и соавторы, (1995). «Влияние длительности второго периода родов на перинатальные показатели». *Американский журнал по акушерству и гинекологии*, 173(3Pt1):906-12.
- Menticoglou, S.M., et.al., (1995). Perinatal outcome in relation to second-stage duration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 173(3 Pt 1):906-12.
45. Мерсер Б.М., Археарт К. "Антимикробная терапия при лечении затянувшихся схваток после преждевременного разрыва плодного пузыря". (Резюме).
46. О'Рейли С.А. и соавторы, (1993). «Матери из группы низкой степени риска. Прием пищи и жидкости во время родов и рвота». *Журнал по медсестринскому делу и акушерству*, 38(4):228-35.
- O'Reilly, S.A., et.al., (1993). Low-risk mothers. Oral intake and emesis in labor. *Journal of Nurse-Midwifery*. 38(4):228-35.
47. Оакли А. (1992). «Перспективы предоставляемых услуг». *Международный журнал медицинских технологий*, 8: Приложение (1), 112-122
- Oakley, A. (1992). "Perspectives of users of the services". *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 8:Supplement (1), 112-122.
48. Огустин М.К. Гипербилирубинемия у здоровых, доношенных новорожденных. (Статья представлена только на английском языке)
- M.Colleen Augustine. RN, CRNP-C, MSN Family Nurse Practitioner. Hyperbilirubinemia in the Healthy Term Newborn, www.nursing98.com/ce/j904b.htm

49. Олсон Е.М. «Стратегия и методы реформирования медсестринской службы». Медсестринская клиника Северной Америки, том 14(2), июнь 1979
- Olson, E.M., (1979). Strategies and techniques for the nurse change agent. Nursing Clinics of North America. 14(2):323-36.
50. Партограмма ВОЗ по ведению схваток и родов. (Резюме). Журнал «Лансет», 1994; 343: 1399-404.
51. Пейдж Л. и соавторы. (1990). «Клинические вмешательства и результаты практики ведения родов только акушеркой». Журнал Народное здравоохранение, 21(3):243-8.
- Page, L., et al., (1999). Clinical interventions and outcomes of one-to-one midwifery practice. Journal of Public Health Medicine. 21(3):243-8.
52. Перес, М. Лаббок и Дж.Квинэн(1992). "Клинические исследования по применению метода лактационной аменореи для планирования семьи."
53. Перри А., Поттер П., (1994) "Клинические навыки и методы медсестринской практики". СанЛуис: Мосби.
54. Питер Дж., Кашоре В. «Инфекции приобретенные в д о: Эпидемиология и борьба с ними.» Из «Инфекционные заболевания плода и новорожденного», Ремингтон Дж., Клейн Дж., Филадельфия, WB Saunders Company, 1995.
55. Пособие JNPIEGO по курсу «Профилактика инфекций». Малком, Ноулз, The Adult learner: A Neglected Species.
56. Рамен С. (1995). «Рандомизированное исследование: эпидуральное или внутривенное обезболивание во время родов». Акушерство и гинекология, 86(5): 783-9
- Ramin, S., et al., (1995). Randomized trial of epidural versus intravenous analgesia, during labor. Obstetrics and Gynecology. 86(5):783-9.
57. Рамжи и др. «Новорожденные с асфиксией - комнатный воздух или 100% кислород», Педиатрические исследования, 1993, том 34, стр. 809
58. Раш Дж. и соавторы, (1990). «Рандомизированное исследование с использованием контрольной группы по изучению принятого в медсестринской практике использования халатов при уходе за здоровыми новорожденными». Рождение, 17(1):25-30.
- 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.
59. Рид Дж. А., Милер А.С., Паул Р.Н., (1981). « Рандомизированное исследование влияния передвижения по сравнению с использованием окситоцина на усиление родовой деятельности: предварительный отчет». Американский журнал по акушерству и гинекологии.
- 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.
60. Робертс Дж.. (1980) «Альтернативные положения во время родов. Часть 2. Вторая стадия родов». Журнал по медсестринскому делу и акушерству, 25(5): 13 (Статья представлена только на английском языке)

Roberts, J. (1980). "Alternative positions for childbirth. Part 2. Second stage of labor". *Journal of Nurse-Midwifery*, 25(5): 13.

61. Робертс Дж. (1980). «Альтернативные положения во время родов. Часть 1. Первая стадия родов». *Журнал по медсестринскому делу и акушерству*, 25(4): 11-18
(Статья представлена только на английском языке)

Roberts, J. (1980). "Alternative positions for childbirth. Part 1. First stage of labor". *Journal of Nurse-Midwifery*, 25(4): 11-18.

62. Рукс Дж. и соавторы. (1989). «Результаты ухода в семейных центрах: Исследования Национального родильного центра». *Новоанглийский медицинский журнал*, 321: 1804-11.

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.

63. Саугстард О.Д., Ротвельт Т, Ален О. «Реанимация новорожденных в асфиксии с использованием комнатного воздуха или кислорода: международное контролируемое исследование: исследование Resear 2. Отделение педиатрических исследований Национальной больницы, Осло, Норвегия.

Saugstad OD, Roorwelt T, Aalen O, Resuscitation of asphyxiated newborn infants with room air or oxygen: an international controlled trial: the Resair 2 study. Department of Pediatric Research, National Hospital, Oslo, Norway

64. Садарт, Дорис Смит. Руководство по медсестринской практике -Липпинкотт. 5-е издание, 1001, Нью-Йорк, J. V. Lippincott Company.

65. Сикорски Дж., Ренфрю М.Дж., (2000). «Поддержка матерей, осуществляющих групповое вскармливание». Библиотека Кохрейн, выпуск 3, 2000. Оксфорд: Update Software.

Sikorski, J. & Renfrew, M.J., (2000). Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 3. 2000. Oxford: Update Software.

66. Симкин П., (1995) «Снятие боли и улучшение течения родов: руководство по не медикаментозным методам для специалистов по уходу за роженицами». *Рождение*, 22(3): 161-71

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

67. Скотт К.Д. и соавторы, (1999). «Сравнительная оценка постоянной и непостоянной поддержки во время родов: мета-анализ». *Американский журнал по акушерству и гинекологии*, 180(5): 1054-9.

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.

68. Скруттон М. Дж. и соавторы. (1999). «Еда во время родов. Рандомизированное контролируемое исследование по оценке риска и пользы». *Анестезия*, 54(4): 329-34.

Scrutton, M.J., etal., (1999). Eating in labour. A randomized controlled trial assessing the risks and benefits. *Anaesthesia*. 54(4):329-34.

69. Слутел М., Голден СС. «Голодание во время родов: архаизм или необходимость.» Журнал Медицинский уход в области акушерства, гинекологии и неонатологии» 1999 сент-окт; 28(5): 507-12

Sleutel M. Golden SS. Fasting in labour: relic or requirement. J Obstet Neonatal Nurs. 1999 Sept-Oct; 28 (5) 507-12

70. Смайл Ф. Хофмайер Дж. «Профилактика антибиотиками при кесаревом сечении». Библиотека Кохрейн, вып.1,2001 г. Оксфорд Update Software

Smaill, F. & Hofmeyr, G.J., Antibiotic prophylaxis for cesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. 2001. Oxford: Update Software

71. Смит Д.К., П996)»Принимая ответственность за проведение изменений. Десять принципов». Совместное заявление Совещания ВОЗ/ЮНИСЕФ по механизму передачи ВИЧ и грудному вскармливанию. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ): Консенсус Конференция. 30 апреля-1 мая, 1992

72. Солфуз Р.. М. Дрейфус «Руководство по использованию добавок железа для профилактики анемии железной недостаточности», сентябрь 1997

73. Сондерс Н. Катрин М. Патерсон, Дж. Вордсвот «Ранняя детская и материнская в связи с длительностью второго периода родов». Британский журнал акушерства и гинекологии, Май 1992, издание 99 стр. 381-385 (Статья представлена только на английском языке)

74. Nigel St. G. Saunders, Catherine M. Paterson, Jane Wadsworth. Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour. In: British Journal of obstetrics and Gynaecology. May 1992. Vol.99, p.381-385.

75. Соса, Клаус. Робертсон. (1980). «Влияние поддержки на перинатальные проблемы, длительность родов». Новоанглийский медицинский журнал, 303 (11): 597-600. (Статья представлена только на английском языке)

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

76. Тай С.К. и соавторы. (1999). «Нужно ли рутинно использовать прокаиновый спирт для обработки раны после перинеотомии?». Сингапурский медицинский журнал, 40(9): 581-3.

Tay, S.K., et al., (1999). Is routine procaine spirit application necessary in the care of episiotomy wound? Singapore Medical Journal. 40(9): 5 81 -3.

77. Тёнбул Д. и соавторы, (1996). «Рандомизированное, контролируемое исследование эффективности ведения родов только акушеркой». Лансет, 348(9022):213-8. (Статья представлена только на английском языке)

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

78. Торп Дж., Боуиз В., (1989). «Эпизиотомия: можно ли оправдать её традиционное использование?». Американский журнал по акушерству и гинекологии, 160(5):1027-30.

Thorp, J.M. & Bowes, W.A., (1989). Episiotomy: can its routine use be defended? American Journal of Obstetrics and Gynecology. 160(5): 1027-30.

79. Тьетъен Л., Кронин В., МакИнтош Н.. (1992). "Профилактика инфекции для программ по планированию семьи: справочник по решению проблем". Основные медицинские информационные системы для JHPIEGO и Международной Федерации Планирования Семьи

80. Тэкер СБ., СтROUP Д.Ф., (2000). «Постоянный электронный мониторинг сердца плода для оценки состояния плода во время родов». Библиотека Кохрейн , выпуск 3,2000. Оксфорд: Update Software.

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.

81. Уайтеллоу А., Диаз-Розелло Дж, Андерсон Дж., (2000). «Контакт «кожа к коже» между матерью и новорожденным в больничных условиях». Библиотека Кохрейн, выпуск 3,2000. Оксфорд: Update Software. (Статья представлена только на английском языке)

Whitelaw, A., Diaz-Rossello, J. & Anderson, G.C., (2000). Skin-to-skin between mothers and their newborn infants in hospital (Cochrane Review), hi: The Cochrane Library. Issue 3. 2000. Oxford: Update Software.

88. Уалденстром У.. Тёнбул Д., (1998). «Систематический обзор сравнения акушерского и стандартного ведения родов». Британский журнал по акушерству и гинекологии, 105(11):1160-70. (Статья представлена только на английском языке)

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.

89. Уолкер М. (1997). «Влияют ли лекарственные средства, назначаемые женщинам во время родов, на грудное вскармливание» Журнал по грудному вскармливанию, 13 (2): 131 -7.

Walker, M., (1997). Do labor medications affect breastfeeding? Journal of Human Lactation. 13(2):131-7.

90. Фардия Дж., (1980) «Сравнение влияния контакта «кожа к коже» и теплоизлучателей на способность к терморегуляции тела новорожденного». Журнал по медсестринскому делу и акушерству, 25(1):19-27.

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.

91. Флеминг «Влияет ли метод наложения швов на болевые ощущения в области промежности после родов» Журнал по медсестринским и акушерским вопросам, том 35 №1, январь-февраль 1990. (Статья представлена только на английском языке)

Fleming N. Can the suturing method make a difference in postpartum perineal pain? Journal of Nursery-Midwifery. Vol. 35, No 1. January/February 1990

92. Фрост Л. и соавторы, (1989). «Изменения в гигиенических условиях снижают уровень инфекций после операции кесарева сечения». Журнал «Больничная инфекция». 13(2): 143-8.

Frost, L., et.al., (1989). Changes in hygienic procedures reduce infection following caesarean section. *Journal of Hospital Infection*. 13(2): 143 -8.

93. Халперн С.Х. и соавторы. (1999) «Действие обезболивающих средств, назначаемых во время родов, на успех грудного вскармливания». *Рождение*, 26(2):83-8.

Halpern, S.H., et.al., (1999). Effect of labor analgesia on breastfeeding success. *Birth*. 26(2):83-8.

94. Хамфриз Х. и соавторы. (1991). «Использование бахил не снижает количество колоний бактерий на поверхности пола операционной». *Журнал «Больничная инфекция»*, 17(2):117-23.

95. Ходнетт Е.Д. (2000). «Оказание поддержки женщинам во время беременности и родов». *Кокрейн Лайбрари*, выпуск 3,2000. Оксфорд: Update Software.

Hodnett, E.D., (2000). Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review), hi: The Cochrane Library. Issue 3. 2000. Oxford: Update Software.

96. Хопкинс Л., Смайл Ф. (2001) «Профилактика антибиотиками при кесаревом сечении: схемы назначения и лекарственные средства». *Библиотека Кохрейн, Обзоры Кохрейн*, выпуск 1, 2001. Оксфорд, Software Update.

Hopkins L., Small F., (2001) Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section (Cocrain Reviews). In: The Cocrain Library. Issue 1. 2001. Oxford: Update Software.

97. Хофмайер, Дж., Никодем, Волман, Чалмерс, Крамер, (1991). «Влияние присутствия лица поддержки на изменение больничной среды: влияние на прогресс и восприятие родов и грудного вскармливания». *Британский журнал по акушерству и гинекологии*, (98): 756-764.(Статья представлена только на английском языке)

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 .

98. Хофмайер, Дж., Никодем, Волман, Чалмерс, Крамер, (1991). «Сопровождение как изменение в вопросе клинических родов: влияние на прогресс и восприятие родов, а также на грудное вскармливание». *Британский журнал по акушерству и гинекологии*, (98): 756-764.

99. Хэмош М. и П. Хэмош «Передача биохимических и иммунологических компонентов от матери к ребенку через грудное молоко» 1988, Индонезия

100. Чалмерс Б., Волман В. Модуль 10. Учебник (ВОЗ) «Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь»

Chalmers B. Wolman W. Module 10. Textbook WHO "Essential antenatal, perinatal and postpartum care".

101. Чалмерс Б., (1992). «Новые технологии ведения родов, предложенные Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ)». *Британский журнал по акушерству и гинекологии*, 99:709-710.

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

102. Чалмерс. Энкин. Крейс. (1989). "Руководство по эффективной помощи во время беременности и родов". Оксфорд: Оксфорд Юниверсити Пресс.

Chalmers, I., Enkin, M., Keirse, M., eds. (1989). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press.

103. Энкин М., Крейс М., Ренфрю М., Нейлсон Дж.. (1995). «Руководство по эффективной помощи при беременности и родах» 2-е издание, Оксфорд, Оксфорд Медикал Пабליкейшнз

104. Энкин М., Энкин Е., Чалмерс Я., Хеммински Е. «Профилактика антибиотиками в связи с кесаревым сечением»

105. Энкин М. Марк Дж. Н.С. Кире. Мэри Ренфрю и Джеймс Нилсен "Ультразвуковой метод наблюдения за протеканием беременности. "В книге: «Руководство по эффективной помощи при беременности и родах», 2-е издание.

106. Энкин, Крейс, Ренфрю, Нейлсон, (1995). "Руководство по эффективной помощи при беременности и родах". 2-е издание, Оксфорд, Оксфорд Медикал Пабликейшнз.

107. Эшфорд Д.А. «Положение рожениц во время родовой деятельности». Предварительные концепции здравоохранения: всеобъемлющий подход. Нью-Йорк, 6 г.с.314-315

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

108. ЮНИСЕФ, (2000). Положение детей в мире 2000. ЮНИСЕФ Хауз, 3 Объединенные Нации, Плаза, Нью-Йорк, Нью-Йорк, 10017, США, Интернет: <http://www.unicef.org> факс: 212-887-7465; тел. 212-326-7000.

109. Юрдакок К., К. Тэйлор «Пеленание и острые респираторные инфекции». AJPH, 1990, том 80, стр. 873-874

110. Агентство США по Международному развитию. «Межличностное общение и курс консультирования». USATO/MotherCare и РАТН Индонезия, январь 1997

111. Агентство США по Международному развитию. Межличностное общение и порядок консультирования для акушерок. USATO/MotherCare, Нигерия, август 1993