



**Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии**

Лекция

Основные этапы развития акушерства. Организации акушерско- гинекологической помощи в Украине

**Лектор: заведующий кафедрой
профессор Круть Юрий Яковлевич**



Акушерство (от франц. accoucher — помогать при родах)

древнейшая область медицины, наука, изучающая процессы, связанные с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом, методы помощи женщине при беременности, родах и послеродовом периоде, а также профилактику и лечение осложнений беременности и родов.

Гинекология (от греч. gune — женщина, logos — наука) -

наука, изучающая анатомо-физиологические особенности женского организма, заболевания половых органов женщины, методы их профилактики, диагностики и лечения.

Современное акушерство и гинекология представляют единую клиническую дисциплину.

Развитие акушерства в последние десятилетия в развитых странах мира способствовало выделению в границах этой классической науки нового направления — **перинатологии (от греч. péri — приставка, означает "около" + лат. natus — рождение) — науки о развитии и охране плода и новорожденного.**



Развитие акушерства и гинекологии является составной частью всего исторического пути приобретения и усовершенствования человечеством медицинских знаний.

Первые сведения о гинекологии встречаются еще в рукописных памятках Древней Индии, Египта, Греции (IV тыс. до н. э.). Древнеегипетские врачи, например, уже могли различать признаки маточных кровотечений, воспалительных болезней половых органов, умели распознавать сроки беременности.

Роды в домашних условиях принимали акушерки. Есть сведения и об обезболивании родов, о проведении операции кесарева сечения.

Медицинские знания древних греков берут свое начало со II тыс. до н. э. и наиболее ярко отражены в мифах (кесарево сечение на умерших). Акушерству обучались сначала в храмах Артемиды, а в VI — V ст. до н. э. появились первые семейные медицинские школы.



Многие известные анатомы первых столетий новой эры (Гален) и последующих веков (Везалий, Фаллопий и др.) в той или иной мере посвящали свои работы особенностям женского организма.

Так, в XVI веке Везалий описал особенности женского таза, строение матки. В тот же период Фаллопий описал строение яйцеводов (фаллопиевы трубы), яичника, первым предложил термин "плацента".

В этот же период врачи Франции осуществили кесарево сечение на живой женщине. Внедрение в практику кесарева сечения было непростым, так как операция нередко проводила мать к смерти из-за кровотечения, инфекции и от других причин. Длительное время рану на матке оставляли открытой.



Европейские войны в эпоху Средневековья способствовали развитию хирургии. Самый выдающийся хирург того периода — **Амбруаз Паре (1509—1590)**, который был выходцем из семьи цирюльников, служивших при дворе короля Франции. Он после длительного периода забвения возродил практику кесарева сечения на умерших роженицах, а также поворот плода на ногу.

Первым врачом, выполнившим **кесарево сечение** на живой женщине, считают немца И. Траутманна (1610).



Таким образом, **развитие акушерства как науки** берет свое начало приблизительно с XVIII ст., вслед за бурным развитием хирургии. Помощь роженицам вместо повитух начали оказывать дипломированные врачи-акушеры.

На рубеже XVII —XVIII ст. голландский врач **Девентер (1651 — 1724)** изучал костный таз, дал описание плоского и равномерно суженного таза.

Его современник француз **Ф. Морисо**, автор знаменитого труда "О болезнях беременных и рожениц", предложил свой метод выведения головы плода в случае его тазового предлежания, применяемый и в настоящее время.



В XVII и XVIII веках происходит активное накопление как теоретических знаний, так и практических навыков в области акушерства. Было дано описание наиболее часто встречающихся видов узкого таза (Девентер); предложено измерение таза (Боделок, Смелли); описан механизм родов при нормальном и узком тазе.

В начале XVII века семья Чемберленов в Англии изобрела акушерские щипцы для извлечения плода из родовых путей.



В XIX ст. сформировалась современная модель акушерских щипцов. Можно предположить, что примитивные акушерские щипцы применялись еще в древнейшие времена. Считают также, что **англичанин П. Чемберлен изобрел первые щипцы в начале XVII ст.,** но сохранял свое изобретение в тайне по коммерческим соображениям, в связи с чем его щипцы смогли отыскать лишь в 1813 г.

Так, появились модели щипцов Л. Левре (Франция), Ф. Негеле (Германия), **Дж. Симпсона (Англия), позднее — модификации, предложенные Н. Н. Феноменовым (Россия), И. П. Лазаревичем (Киевская школа).** Именно в это время в мире создаются первые научные общества акушеров-гинекологов (впервые в Англии в 1852 г.) и других специалистов в области медицины.



Рис. 82. Акушерские щипцы:

а — щипцы Лазаревича (модель 1891 г.); *б* — английские щипцы Симпсона;
в — французские щипцы Левре; *г* — немецкие щипцы Негеле; *д* — щипцы
Симпсона — Феноменова



Акушерские щипцы Симпсона-Феноменова





В целом, XIX ст. характеризовалось значительным развитием клинической медицины, ассимиляцией новейших достижений фундаментальных знаний в области физиологии, патологической анатомии, микробиологии, иммунологии.

Выдающиеся труды Л. Пастера, открытие средств обезболивания (наркоза), асептики и антисептики (И. Земмельвейс, О. Холмс, Дж. Листер, Н. И. Пирогов, Н. В. Склифосовский, К. К. Рейер) послужили значительным толчком развития хирургии, гинекологии и оперативного акушерства.

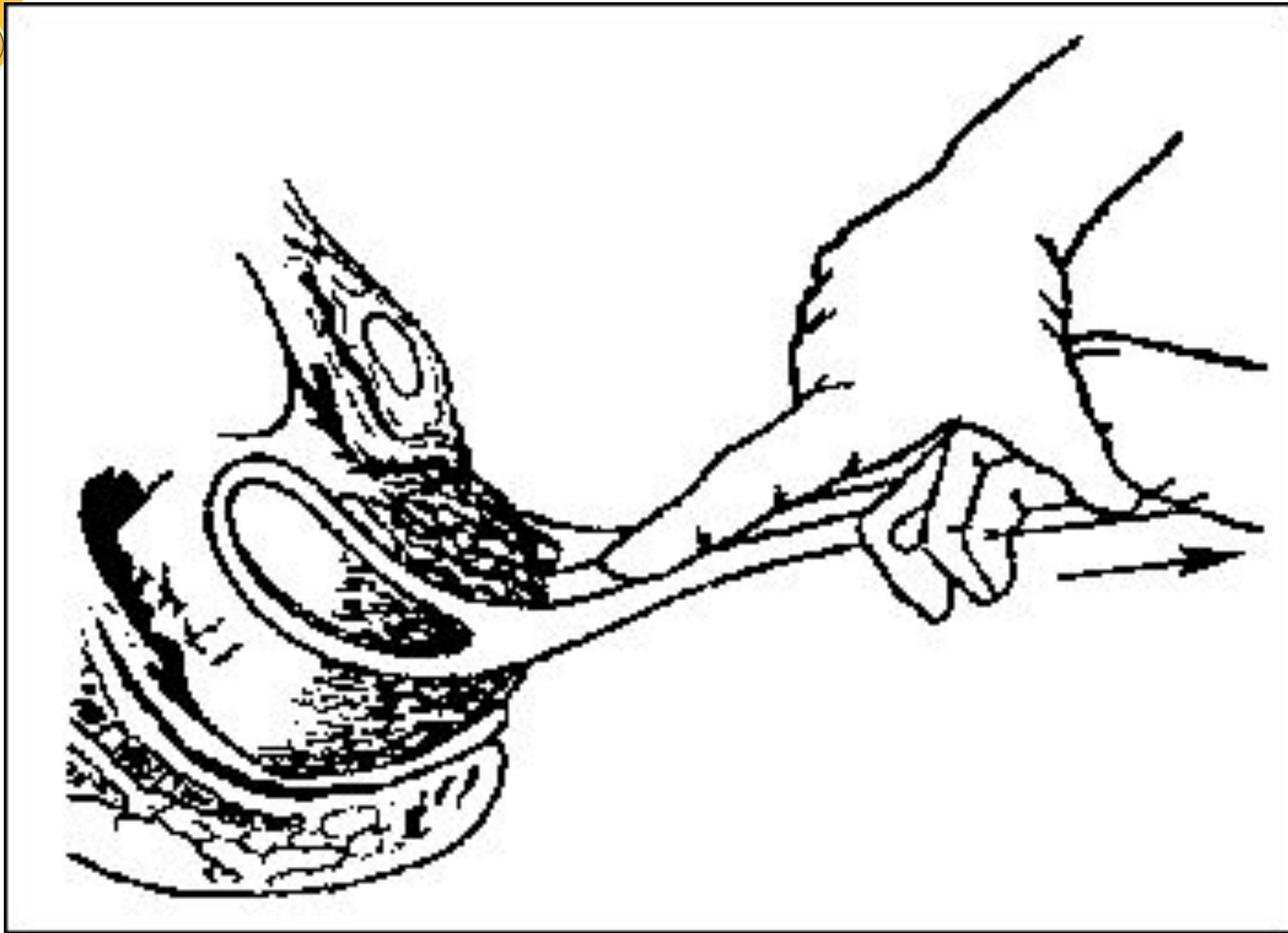


В XX ст. благодаря широкому внедрению асептики, антисептики, анестезии, а также применению гемотрансфузий, антибиотиков удалось значительно уменьшить материнскую заболеваемость и смертность от кровотечений и инфекционных осложнений.

Кроме того, впоследствии расширения показаний к выполнению кесарева сечения с учетом интересов плода, а также ограничений, касающихся наложения «высоких щипцов», поворотов плода, подоразрушающих операций, снизились заболеваемость и смертность новорожденных.

Новые методы оказания помощи во время родов были предложены М. Цовьяновым (Россия) и Е. Брахтом (Германия).

В 50-е годы шведский ученый Т. Мальмстрем и югославский акушер В. Финдерле вместо акушерских щипцов **начали использовать вакуум-экстрактор.**





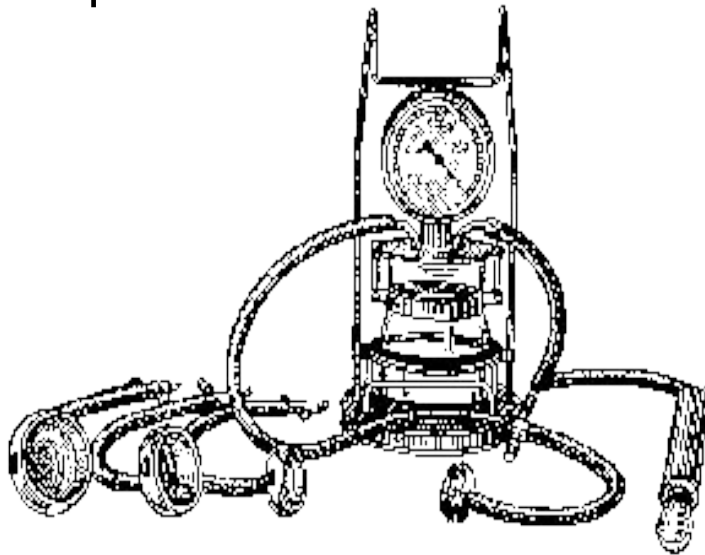
Использование щипцов и вакуум экстрактора

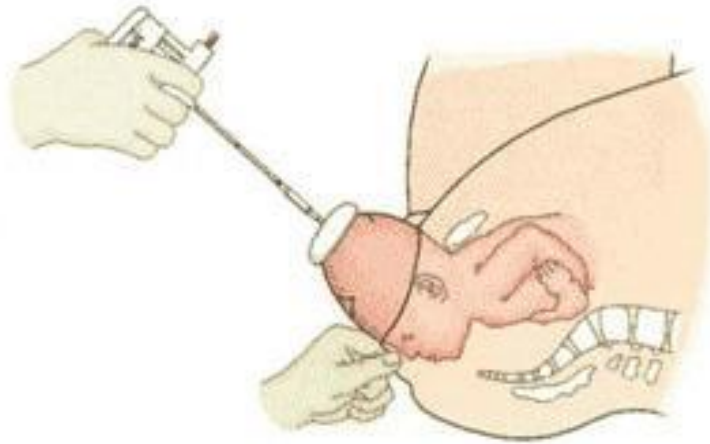
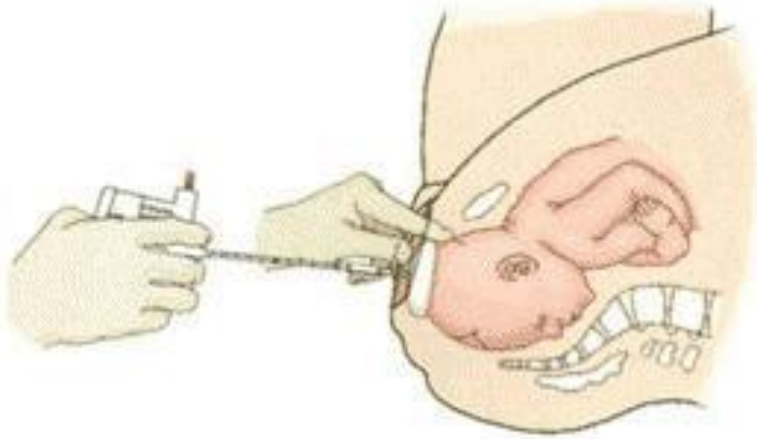
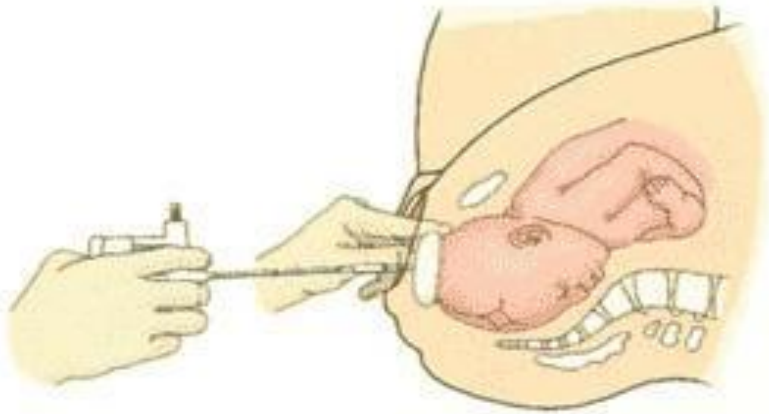




Вакуум-экстракция плода (лат. vacuum — пустота; extrahere — вытягивать) — извлечение живого плода во время родов с помощью вакуум-экстрактора.

Использование вакуум-экстрактора расширяет возможности оперативного родоразрешения через естественные родовые пути и, при соблюдении условий, показаний и техники наложения, не оказывает неблагоприятного влияния на течение раннего неонатального периода у новорожденных детей и безопасно для матери.







Акушерство в нашей стране в течение многих столетий значительно отставало от других отраслей медицины. До XVIII ст. в Украине и России было очень мало врачей, занимавшихся родовспоможением, помощь во время родов оказывали повитухи, цирюльники, знахари и костоправы.

Родильные дома в России появляются только во второй половине XVIII ст. В 1754 г. Екатерина II издала указ, предписывающий организовать повивальное дело и обучение повитух. И лишь спустя 10 лет (1764) в Москве, благодаря настойчивым просьбам ряда передовых деятелей, открылся первый родильный госпиталь.

Первым врачом в России, получившим звание профессора акушерства, стал широко известный ученый-энциклопедист, врач-практик и выдающийся педагог **Нестор Максимович Амбодик-Максимович.**

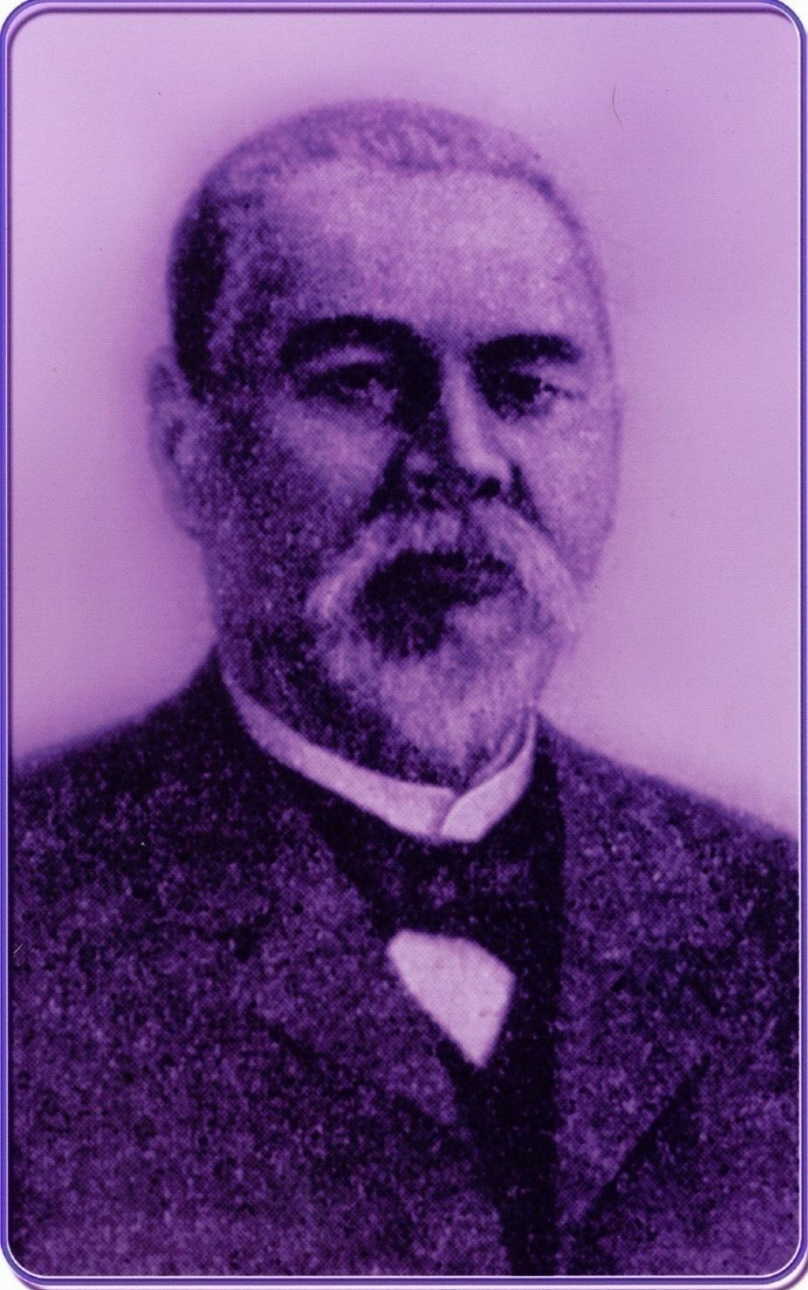


Н.М. Максимович-Амободик (1744-1812) - отец отечественного акушерства.

«Искусство повивания или Наука о бабичьем деле» (1784) – это первое отечественное руководство по акушерству. На этой книге училось не одно поколение врачей на протяжении 100 лет

- описал некоторые формы узкого таза, неправильного вставления головки плода;
- один из первых в России применил акушерские щипцы;
- выжидательная тактика при ведении родов;
- описание болезней, сопутствующих беременности;
- массаж матки с целью её сокращения;
- оперативное лечение внематочной беременности;
- первый начал проводить занятия на акушерском фантоме;
- первое руководство по педиатрии;
- ратовал за грудное вскармливание;
- «Энциклопедия питания и врачевания» - богатейшее собрание лекарственных растений;

**Нестор Максимович
Максимович-Амбодик (1744-1812)**



**Антон Яковлевич
Красовский (1821-1898)**

А.Я. Красовский (1821-1898)

- ученик Н.И. Пирогова;
- «Оперативное акушерство...»;
- Асептика и антисептика в акушерстве;
- 1862 – первая овариоэктомия;
- Основатель первого научного акушерского общества и «Журнала акушерства и женских болезней» (1886).



Иван Павлович
Лазаревич (1825-1902)

И.П. Лазаревич (1825-1902) - основатель украинского акушерства

- в течении 25 лет заведующий кафедрой акушерства и гинекологии в Харьковском университете;
- Харьковский повивальный институт (1869);
- автор двухтомного «Учебника акушерства»;
- изобретатель многих акушерско-гинекологических инструментов, в т. ч. прямых акушерских щипцов;
- автор одной из теорий биомеханизма родов;



Николай Николаевич
Феноменов (1855-1918)

Н.Н.Феноменов (1855-1918)

- ввел асептику в акушерство;
- автор труда по оперативному акушерству;
- разработал ряд новых акушерских операций и акушерских инструментов;
- разработал показания и технику большинства акушерских операций.



**Василий Васильевич
Строганов (1857-1938)**

В.В. Строганов (1857-1938)

- эклампсия – принципы лечения
- научно обосновывал роль микроорганизмов в возникновении послеродовых заболеваний, что позволило поставить их профилактику на более высокий уровень



В Украине в середине XX века были созданы женские консультации, где проводилось диспансерное наблюдение за беременными.

Одновременно совершенствовались методы диагностики и лечения осложнений беременности и родов, а также способы родоразрешения.

Вторая половина XX столетия ознаменовалась внедрением в практику акушерства **новых технологий**, что в итоге определило значимость этой дисциплины не только в практическом отношении, но и в научном плане.

Широкое использование на новом уровне биохимических, эндокринологических, иммунологических, генетических методов исследования позволило четко представить процессы, происходящие в организме матери и плода в процессе нормальной и осложненной беременности.



Хорошо известны **имена отечественных ученых**, чьи труды оказали влияние на современное развитие акушерства: Б.А. Архангельский, М.С. Малиновский, В.И. Бодяжина, К.Н.Жмакин, И.Ф.Жордания, Н.А. Цовьянов, Л.В.Ванина; С.М.Беккер; А.П. Николаев, А.С. Бакшеев, Л.В. Тимошенко; И.И. Грищенко, О.Т.Михайленко, Г.К.Степанковская др.

Изданные этими учеными учебники не потеряли своего значения до настоящего времени.



Научно-технический прогресс в конце XX ст. в развитых странах мира способствовал не только пересмотру многих классических позиций в акушерстве, но и привел к развитию перинатологии, новых перинатальных технологий, новых репродуктивных технологий, эндоскопической хирургии в гинекологии.



Важное значение в научных изысканиях и практической деятельности имели **достижения, позволяющие получать объективную информацию о состоянии плода.**

Сначала стало возможным регистрировать ФКГ и ЭКГ плода. Затем появились **кардиомониторы для записи сердцебиения плода - кардиотокография (КТГ),** которые еще более точно определяли характер сердечной деятельности плода как в норме, так и при развитии кислородной недостаточности (гипоксии плода).

Революционным для акушерства стало внедрение **ультразвукового исследования (УЗИ) для диагностики беременности, выявления патологии плода, оценки состояния плода.**



Акушерство и гинекология — это
одна из самых сложных
специальностей в медицине,
требующая от врача клинического
мышления, медицинских знаний и
практических навыков, интуиции,
решительности при принятии
единственно правильного решения,
которое поможет сохранить здоровье и
спасти жизнь матери и ребенка.



Акушерство, одна из основных дисциплин в подготовке врачей медицинских факультетов, в настоящее время интенсивно развивается как в теоретическом, так и в практическом направлении.

- Современные акушерские знания, основаны на **принципах доказательной медицины (ДМ)**.
- Учитываются также **клинические протоколы по акушерской и гинекологической помощи**, которые унифицируют требования к объемам и качеству предоставления акушерской и гинекологической помощи.
- Повлиять на улучшение качества и уровня медицинского обслуживания реально только при введении **всемирно признанных медико-организационных технологий, основанных на доказательствах (современные перинатальные технологии)**.



Важную роль в становлении **доказательной медицины** сыграло **Кокрановское сотрудничество** - международная организация (Оксфорд, Великобритания), которая занимается анализом и распространением систематических обзоров клинических исследований. Название организации связано с именем эпидемиолога Арчибальда Кокрана.

- В **Кокрановской библиотеке** каждый врач, владеющий навыками работы с электронными базами данных, может в считанные минуты найти необходимую информацию.
- К экспериментальным видам исследования относятся **рандомизированные контрольные исследования**, которые являются "**золотым стандартом**" методологии клинических исследований.
- Принципы доказательной медицины применяются при разработке государственных нормативов (**стандартов**) **оказания медицинской помощи** и клинических руководств (**клинических протоколов**).



- Используют следующие **критерии оценки достоверности клинических доказательств А, В, С, D.**
- **А (I)** - рекомендации этого уровня являются наиболее вероятными и научно обоснованными.
 - **В (II - III)** - рекомендации этого уровня имеют высокий уровень достоверности и могут быть основой для принятия клинического решения.
 - **С (IV)** - рекомендации этого уровня используются для обоснования определенных клинических решений при отсутствии доказательств уровня А (I) и В (II - III).
 - **D (V)** - экспериментальные исследования или мнение экспертов. Рекомендации этого уровня используются для принятия клинических решений, если исследования уровней А (I), В (II - III), С (IV) не проводились по этическим или иным причинам.



■ **Принцип Всемирной организации охраны здоровья (ВООЗ): «Каждая беременность должна быть планируемой, желанной и заканчиваться рождением здорового, доношенного ребенка».**

■ **К беременности с самого начала всегда следует относиться как к нормальной (физиологической). В этом необходимо в первую очередь убедить женщину, она должна быть уверена, что беременность - это не болезнь.**

Такое отношение беременной к своему состоянию дает возможность предотвратить многие осложнения, связанные с эмоциональным напряжением пациентки.



Основными задачами акушеров - гинекологов являются:

- уменьшение материнской заболеваемости и смертности;
- снижение перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности;
- работа по планированию семьи, профилактике абортов, лечению бесплодия;
- снижение гинекологической заболеваемости;
- оказание социально-правовой помощи женщинам.
- Выделяется амбулаторное и стационарное обеспечение охраны здоровья матери и ребенка, а также оказание помощи гинекологическим больным.



Организация акушерско-гинекологической помощи состоит из основных трех разделов

- 1. **Организации службы планирования семьи (ПС)** как основы формирования и сохранения репродуктивного здоровья.
- 2. **Организации акушерской помощи** на основе принципов безопасного материнства.
- 3. **Организации гинекологической помощи**, основанной на принципах реабилитации репродуктивного здоровья как основного фактора профилактики онко-гинекологических заболеваний.



■ В основу деятельности **службы планирования семьи** возлагается прежде всего целенаправленная работа по формированию у молодежи половой культуры и подготовки ее к созданию здоровой семьи.

- проведение санитарно-просветительной работы по вопросам здорового образа жизни,
- предотвращение нежеланной беременности – вопросы контрацепции,
- полового воспитания,
- профилактики заболеваний, передающихся половым путем;
- организация профилактических осмотров женского населения с одновременным индивидуальным консультированием или подбором метода предотвращения нежелательной беременности;



Организация акушерской помощи на современном уровне рассматривается как организация перинатальной помощи.

- подготовка семьи к рождению ребенка сегодня рассматривается как общая ответственность за рождение ребенка всей семьи,
- *«Школа ответственного родительства»* предполагает подготовку беременной и ее членов семьи к партнерским родам как весомого психологического мероприятия профилактики осложнений в родах, и как результата улучшения здоровья новорожденных;
- формирование и поддержка грудного вскармливания малышей;
- медико-генетическая помощь направлена на профилактику врожденной и наследственной патологии.



В Украине создана трех - уровневая система акушерско-гинекологической помощи.

- К I уровню относятся ФАПы, семейные амбулатории, центральные районные больницы, в которых отсутствуют отделения анестезиологии и интенсивной терапии. Обеспечивается круглосуточное дежурство анестезиолога (чередование дома).
- Лечебные учреждения этого уровня обеспечивают амбулаторное наблюдение и родоразрешение беременных в родильных отделениях с низкой степенью акушерского и перинатального риска развития осложнений, оказание медицинской помощи гинекологическим больным.



- **К II уровню** относятся **женские консультации (ЖК), центральные районные больницы и акушерские отделения городских больниц, городские родильные дома**, в которых есть отделения анестезиологии и интенсивной терапии, а также дежурный неонатолог круглосуточно.
- **Лечебные учреждения этого уровня обеспечивают родоразрешение беременных низкого и высокого (по совокупности факторов) степени акушерского и перинатального риска.**



- К III уровню относятся перинатальные центры и центры репродуктивного здоровья, областные родильные дома, которые являются клиническими базами кафедр акушерства и гинекологии, а также родильные отделения областных больниц, которые имеют в своем составе отделения акушерской реанимации и интенсивной терапии новорожденных;
- Институт педиатрии, акушерства и гинекологии (ПАГ) АМН Украины г.Киев. Лечебные учреждения этого уровня обеспечивают родоразрешение беременных крайне высокой и высокой степени акушерского и перинатального риска со всех областей Украины, женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией, оказание специализированной помощи гинекологическим больным.



Структура акушерского стационара

- акушерское приемное отделение;
- акушерское (родильное) отделение с индивидуальными родильными залами, послеродовыми палатами для совместного пребывания матери и новорожденного;
- отделение патологии беременных;
- операционный блок;
- анестезиологическое отделение с койками интенсивной терапии для женщин;
- Отделения интенсивной терапии новорожденных;
- отделение для неонатального ухода;



Продолжительность беременности

- **Нормальная беременность продолжается 40 недель (280 дней)**
- **Беременность раннего срока: до 12 недель – 1-й триместр беременности.**
- **13 – 27 недель: 2 –й триместр беременности**
- **28 – 40 недель: 3 –й триместр беременности.**
- **С 37 до 42 недель беременность считается доношенной.**
- **После 42 недель – переношенная беременность.**



- Прерывание беременности в сроке до 22 недель называется **выкидышем или абортом (abortus лат.): до 12 недель ранний аборт, с 13 до 22 недель поздний аборт.**

Аборт (выкидыш) бывает искусственным (медицинским) или самопроизвольным.

- **Роды в сроке беременности от 22 до 37 недель называются преждевременными.**
- **Роды в сроке 37-42 недели – срочные.**
- **Роды после 42 недель беременности – запоздалые.**
- **Роды, проведенные с помощью акушерских операций (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция) – патологические.**



Перинатальный период жизни

- 1) *антенатальный (дородовой) период* с 22 недель беременности т. е. с момента достижения жизнеспособности плода до начала родовой деятельности;
- 2) *интранатальный период* — от начала родовой деятельности до рождения ребенка;
- 3) *ранний неонатальный период (постнатальный)* — от момента рождения ребенка до семи первых полных суток жизни после рождения (168 ч).



Невынашивание беременности

- ✓ *ранний спонтанный аборт* - спонтанное (самопроизвольное) прерывание беременности до 11 недель + 6 дней;
- ✓ *поздний спонтанный аборт* - с 12 до 21 недели + 6 дней;
- ✓ *преждевременные роды* - с 22 полных до 36 недель + 6 дней



- **Перинатальная смертность (ПС)** — гибель плода, наступившая в период от 22 нед беременности до рождения или новорождённого до 7сут (168 ч) постнатальной жизни (в ранний неонатальный период).
- Показатель ПС равен отношению суммы мертворождённых (антенатальная и интранатальная смертность) и смерти детей в раннем неонатальном периоде к числу детей, родившихся живыми и мёртвыми, **умноженному на 1000**. Таким образом, показатель ПС измеряют в промилле (‰).



Материнская смертность — один из основных критериев качества организации работы родовспомогательных учреждений и системы здравоохранения в целом

- **Показатель материнской смертности (МС) — все случаи смерти женщин, наступившей в период беременности или в течение 42 дней после её окончания, независимо от продолжительности и локализации беременности, от какой-либо причины, связанной с беременностью или отягощенной ею или её ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины, рассчитанные на 100 тыс. родов живыми детьми.**



- Если в экономически развитых регионах **коэффициент материнской смертности** составляет менее 10 случаев на 100 тыс. живорождённых, то в регионах с развивающейся экономикой достигает 480, а в отдельных странах — 2000 случаев МС на 100 тыс. живорождённых детей (Афганистан, 2000 г.). При этом среднемировой показатель составляет 430 МС на 100 тыс. живорождённых детей.
- Ежегодно в мире для 529 тыс. женщин беременность заканчивается трагически — они погибают (одна материнская смерть каждую минуту). На долю развивающихся стран приходится свыше 99% материнских смертей (95% — на страны Азии и Африки). При этом квота родов развивающихся стран составляет 86%.



СТРУКТУРА (ПРИЧИНЫ) МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

1. Экстрагенитальная патология
2. Акушерские кровотечения
3. Сепсис
4. Преэклампсия/эклампсия
5. Родовой травматизм (разрывы матки)
6. Внематочная беременность



- Часто летальный исход (материнская смертность) обусловлен очевидными недостатками медицинской помощи: лечебно-диагностическими ошибками, нерациональным ведением родов, несвоевременно оказанной экстренной помощью и др.
- Поэтому **материнская смертность** и является интегрированным показателем не только состояния репродуктивного здоровья населения, но и отражением качества медицинской помощи, уровня её организации.



Важность консультирования до наступления беременности

- **Значение консультирования перед наступлением беременности очевидно.**
- **Характер развития плода и его нарушения могут быть выявлены в период антенатального наблюдения.**
- **Профилактические меры, предпринятые до зачатия, способны помочь избежать отклонений от нормального развития плода.**
- **На частоту возникновения некоторых серьезных осложнений трудно повлиять в период беременности, но можно предупредить до беременности.**

Антенатальная помощь должна начинаться до наступления беременности.



Цель обследования

- **Выявление факторов и патологических состояний, которые могут повлиять на течение и исход беременности, здоровье матери, а также внутриутробное развитие плода и состояние здоровья будущего ребенка**
- **Медицинское обследование до беременности помогает предотвратить многие из рисков, связанные с беременностью, и увеличить шансы рождения здорового ребенка.**



На что обращать внимание при сборе анамнеза

- **Соматический анамнез у обоих партнеров, прием медицинских препаратов**
- **Семейный анамнез (генетические и наследственные факторы) обоих партнеров**
- **Социальный статус пары, образ жизни**
- **Наличие профессиональных вредностей**
- **Наличие вредных привычек у обоих партнеров**
- **Акушерско-гинекологический анамнез**



Рекомендуемые обследования

- При выявлении экстрагенитальной патологии – направление к профильным специалистам
- При наличии факторов риска генетической патологии – направление на генетическое консультирование и обследование родительской пары



Методы исследования в поздних сроках беременности

- **Методы исследования в поздних сроках беременности состоят из:**
- **общего осмотра беременной или роженицы,**
- **наружного измерения матки и таза женщины,**
- **наружного и внутреннего акушерского обследования,**
- **выслушивания сердцебиения плода,**
- **вспомогательных инструментальных и аппаратных методов исследования состояния плода (кардиотокография, УЗИ, доплерометрия кровотока в пуповинной артерии и т.п.).**



Методы исследования состояния плода

- **Ультразвуковая фетометрия плода** является информативной с 20 недель беременности (А) и включает определение размеров головки, окружности живота и длины бедра.
- **Кардиотокография (КТГ)** – синхронная электронная запись сердечного ритма плода и маточных сокращений в течении 10-15 минут.
При анализе КТГ оценивают такие параметры: базальная частота сердечных сокращений (БЧСС), вариабельность ЧСС (амплитуда и частота осцилляций), наличие и тип временных изменений БЧСС в виде ускорения (акцелерация) или замедления (децелерация) сердечного ритма.



Методы исследования состояния плода.

■ **Биофизический профиль плода (БПП)** (с 30 недель беременности) - оценивается по сумме баллов отдельных биофизических параметров (дыхательные движения плода, тонус плода, двигательная активность плода, реактивность сердечной деятельности плода на нестрессовый тест (НСТ), объем околоплодных вод)

■ **Доплерометрия скорости кровотока в артерии пуповины** (отображает состояние микроциркуляции в плодовой части плаценты, сосудистое сопротивление которой играет основную роль в фетоплацентарной гемодинамике)

■ **Ультразвуковая томография плода** в поздние сроки беременности проводится за показаниями **для диагностики многоплодной беременности, некоторых пороков развития плода, маловодии и многоводии, патологии расположения плаценты или частичного ее отслоение, аномалий развития и опухолей матки или других органов малого таза и т.п.**



Профилактика

- Было обнаружено, что эффективными являются следующие меры:
 - Назначение **фолиевой кислоты** для профилактики дефектов нервной трубки плода.
 - Обеспечение вакцинации женщины против краснухи.
 - **Прекращение табакокурения.**
 - **Прекращение употребления алкоголя.**
 - Пропаганда физических упражнений.
 - Снижение употребления лекарственных средств до минимума и злоупотребления ими.



Курение во время беременности повышает риск

- **Низкой массы тела новорожденного**
(снижение в среднем на 125-275 г по сравнению с некурящими)
- **Преждевременных родов**
- **Самопроизвольного аборта**
- **Предлежания плаценты**
- **Курение во время лактации** ведет к снижению темпов роста ребенка, уменьшению продукции материнского молока.

Беременность - это лучшая возможность для поощрения женщины к прекращению курения.



- ✓ У 3569 женщин с низким уровнем жизни наблюдалось снижение пропорции детей с низкой массой тела при рождении в группе женщин, которые отказались от курения, по сравнению с теми, что не отказались (8,5% до 13,7%)
- ✓ Систематический обзор продемонстрировал достоверное снижение частоты **ПР на 16%** (0,84, ДИ 0,72-0,98) в результате внедрения программ по отказу от курения.





Употребление алкоголя во время беременности может привести

- К развитию **алкогольного синдрома плода:**
 - **Задержка роста и развития плода и новорожденного**
 - **Микроцефалия**
 - **Дефекты развития глаз**
 - **Уродства лица**
 - **Патология суставов**



Обучение для подготовки к родам

- **До беременности**
 - Учебные заведения
 - Центры репродуктивного здоровья
 - **Женские консультации**
- **Во время беременности и в послеродовом периоде**
 - Женские консультации



Оборудованное помещение для занятий

- **Желательно наличие следующего оборудования:**
 - **Достаточное количество стульев (расположите их так, чтобы создать более дружественную обстановку, благоприятствующую общению)**
 - **Телевизор, аудио и видеоманитофон**
 - **Шведская стенка**
 - **Напольные маты**
 - **Мячи для аэробики**
 - **Стульчики для родов**
 - **Манекены (куклы, молочная железа)**
- **Наличие стендов с информационными материалами**







Возможные темы занятий

- **О течении беременности:**
 - **Физиологические и психологические изменения во время беременности**
 - **Роль отца**
 - **Питание и здоровый образ жизни**
 - **Физическая активность**
 - **Гигиена во время беременности**
 - **Тревожные симптомы во время беременности**
 - **Ведение домашних дневников**



Возможные темы занятий

О рождении ребенка:

- **Физиология родов (“роды без страха”)**
- **Партнерские роды и роль партнера**
- **Первый период родов** и практические упражнения:
альтернативные методы обезболивания родов,
свободный выбор позиции
- **Второй период родов** и практические упражнения:
отработка рациональных положений женщины во
втором периоде родов, контакт “кожа-к-коже”
- **Третий период родов** (активное и физиологическое
ведение, преимущества и недостатки)
- **Раннее грудное вскармливание**
- **Правила и распорядок работы родильного стационара
(визит в стационар)**





Возможные темы занятий

- **О послеродовом периоде:**
 - **Грудное вскармливание**
 - **Уход за новорожденным**
 - **Гигиена послеродового периода**
 - **Тревожные симптомы для матери и ребенка**
 - **Профилактика синдрома внезапной смерти ребенка**
 - **Контрацепция в послеродовом периоде**





Две модели оказания перинатальной помощи

Традиционная

- Мать и дитя воспринимаются как пациенты
- Разные этапы родов проводятся в разных помещениях
- Уход за ребенком в отдельной палате
- Запрещение посещений родственниками
- Отцов информируют о ходе родов

Ориентированная на семью

- Мать и дитя и медики - члены одной команды
- Роды в одном помещении
- Уход в палате мать и дитя
- Родственники привлекаются к уходу за матерью и ребенком
- Отец принимает участие в ходе родов

**РОДДОМ ЗАКРЫТОГО
ТИПА.**

ПОСЕЩЕНИЯ ЗАПРЕЩЕНЫ.

АДМИНИСТРАЦИЯ.



Роды – первый период в предродовой (как было)





Роды: приемный покой (как было)



- В роддом нельзя – сопровождающее лицо домой
- Кафель, шапки, маски, шкаф с медикаментами...
- Анамнез, осмотр, влагалищное исследование
- Клизма и бритье – всем



Безопасные роды

- ВООЗ определяет безопасные роды как:
 - чистые роды
 - которые ведет человек, обладающий необходимыми навыками
 - имеется доступ к экстренной медицинской помощи, если она необходима



Эффективная Antenatalная Помощь и Уход (ЭАПУ)











Роды – первый период (как было)

- Маски, шапочки, кульки с лекарствами
- Еще 2-3 роженицы с измученным выражением лица, или кричат
- Капельницы, кого-то осматривают
- Все лежат
- Не пить, не есть
- Персонал периодически куда-то исчезает,..
- Открытая дверь. Вход свободный – персоналу, студентам...



Современная родильная комната

- Индивидуальная
- Чистая, а не стерильная
- Теплая (температура не должна быть ниже 25° С), без сквозняков
- При рождении недоношенного новорожденного температура не должна быть ниже 28°С
- Хорошо освещенная
- Безопасная для матери и ребенка
- Оборудована инвентарем для свободного выбора позиций в родах
- Ориентирована на семью
- Обстановка должна быть как можно более «домашней»



Индивидуальный родильный зал (1)





Austria, clinică privată





Jescazgan, Kazakhstan





Роды – первый период: раскрытие шейки матки (длится 6-12 часов)

- **Партнерские роды - поддерживающее лицо (муж, мама, сестра, подруга) .**
- **Доула** — это помощница в родах. Само слово произошло от греческого βοῦλη - «женщина-служанка». Сейчас **доула** — это женщина, которая оказывает психологическую поддержку во время родов.
- **Постоянная психологическая поддержка – врач и акушерка всегда рядом.**
- **Демедикаментализация родов.**
- **Свобода выбора позиции, можно пить, есть, душ, бассейн, мяч и.т.д.**
- **Домашняя обстановка, отдельная индивидуальная палата**



Присутствие поддерживающего лица (1)

- Женщины, которых постоянно поддерживал партнер или кто-либо из персонала (один на один) (15 исследований, 12791 женщина):
 - Чаще имели спонтанное начало родов
 - Реже требовалось обезболивание
 - Реже отмечалось недовольство опытом рождения
 - Реже ощущали отсутствие контроля за процессом родов
 - Уменьшение частоты проведения электронного мониторинга плода



Присутствие поддерживающего лица (2)

- Отмечена тенденция к снижению:
 - Числа детей с низкой оценкой по шкале Апгар
 - Поступлений детей в отделение интенсивной терапии новорожденных.
- Постоянная поддержка в родах имела больший эффект, если:
 - оказывалась не только медицинским персоналом
 - оказывалась с самого начала родов



Позиции женщины в первом периоде родов

- **Хождение и вертикальное положение:**
 - Более короткие роды
 - Меньше анальгетиков
 - Меньшее использование утеротоников (окситоцина)
 - Меньше нарушений сердечного ритма плода



Позиции в первом периоде родов (1)

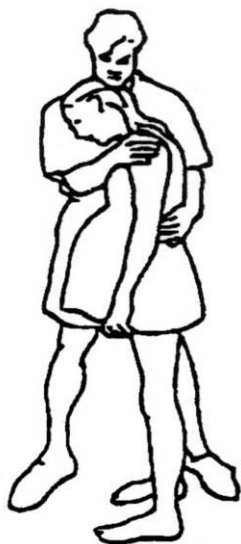


На четвереньках На коленях с опорой



Позиции в первом периоде родов (2)

Стоя



С опорой на партнера

Медленный танец



Позиции в первом периоде родов (з)

Сидя



Сидя на мяче



Сидя на стуле



Полулежа



Сидя с опорой
на спинку стула



Свободный выбор позиции во время родов





Нефармакологические методы обезболивания

- Техника релаксации
- Касание и массаж
- Контрдавление
- Погружение в воду или душ
- Холодный или горячий компресс
- Гипноз, музыкальная или аудио анальгезия



Сюда же относятся поощрение хождения в первом периоде родов, выбор женщиной различных позиций, которые приносят облегчение хотя бы на некоторое время, а также поощрение вертикального положения женщины.

Техники расслабления, отвлечение и массаж могут помочь во время родов и являются более предпочтительными, чем фармакологическое обезболивание.

Очень важно эмоционально поддерживать и поощрять женщину, хвалить ее за то, как хорошо она справляется с болью в родах.









Погружение в воду





Роды: второй период – рождение плода, длится 30-50 мин (как было)

- Переход из предродовой палаты в родзал
- Стерильный халат, маска, шапочка
- Инструменты, лампа, кафель
- Обработка антисептиками
- Зовут еще пару медработников...
- - *операция!?!?*
- Лежать... - тужиться ...три раза и долго



Роды: второй период (как было)











Создание индивидуальных родзалов











13/09/2006



Роды: второй период (сейчас)

- *В той же палате*
- *Свободный выбор позиции*
- *Не руководят потугами*
- *Поощряют, поддерживают*
- *Без обработки антисептиками, масок и звона инструментов*
- *Эпизиотомия под анестезией*



Позиции во втором периоде родов

- Использование любой из вертикальных позиций или позиции на боку, в сравнении с литотомической позицией (на спине)
 - Уменьшает длительность второго периода родов
 - Снижает число инструментальных родоразрешений
 - Снижает число эпизиотомий
 - Уменьшает болезненность родов

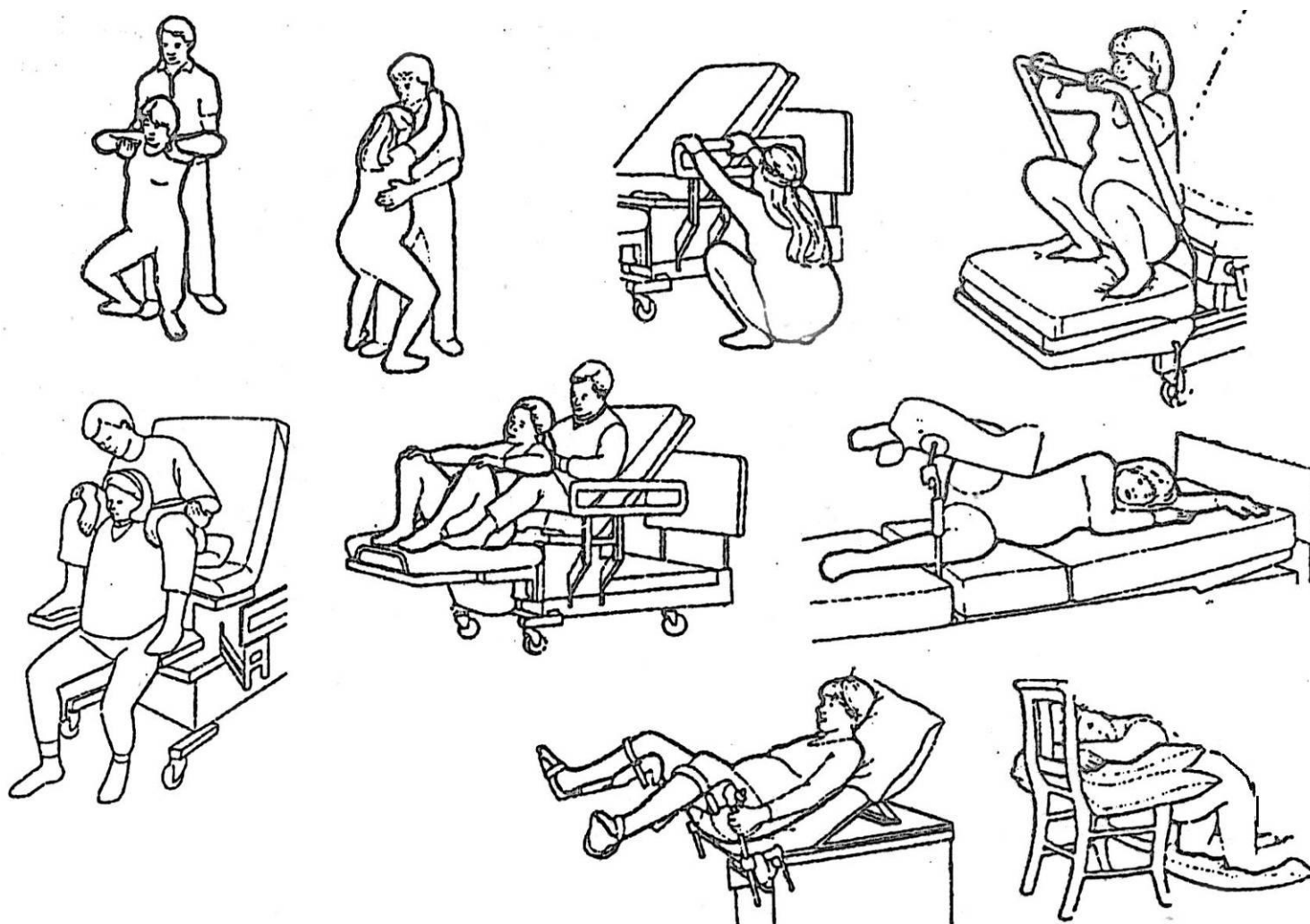


Позиции во втором периоде родов





Позиции во втором периоде родов





Роды – третий период рождение последа (по человечески)

- Ребенок на животе мамы, контакт кожа-к-коже, раннее вскармливание.
- Все процедуры для ребенка – на животе у мамы.
- Без рутинной катетеризации мочевого пузыря, без пузыря со льдом на низ живота.
- Осмотр родовых путей – по показаниям.
- Без обработки влагалища антисептиками.



Активное ведение третьего периода родов (для профилактики кровотечения после родов)

- Профилактическое введение окситоцина (10 МЕ в/м) в течении первой минуты после рождения ребенка или после рождения переднего плечика
- Перевязка и пересечение пуповины к концу 1-ой минуты
- Контролируемые потягивания за пуповину
- Массаж матки



Сразу же после рождения

- Ребенка необходимо обсушить
- Ребенка немедленно выложить на грудь матери, где завершить тщательное обсушивание сухой теплой пленкой
- Убрать влажные пленки
- Надеть шапочку и носочки
- Укрыть ребенка теплой сухой пленкой
- Накрыть мать и ребенка теплым одеялом (вместе)





Контакт «кожа-к-коже» сразу после рождения

- Помогает температурной адаптации новорожденного
- Происходит колонизация материнской флорой
- Удовлетворяет основную потребность матери и ребенка
- Помогает не пропустить «тонкого» периода формирования родственных уз
- Способствует раннему началу грудного вскармливания

К каждому ребенку нужно относиться как к личности



Тепловая цепочка

- Теплое помещение для родов $>25^{\circ}\text{C}$
- Немедленное обсушивание (убрать влажные пеленки)
- Ранний контакт кожа-к-коже (как минимум на 2 часа)
- Ранее начало грудного вскармливания (через 1 час после рождения)
- Купание, взвешивание и полный осмотр ребенка нужно отложить
- Адекватно одеть ребенка
- Организовать совместное пребывание
- Обеспечить тепловую защиту во время реанимации и транспортировки







Эффективная Antenatalная Помощь и Уход (ЭАПУ)







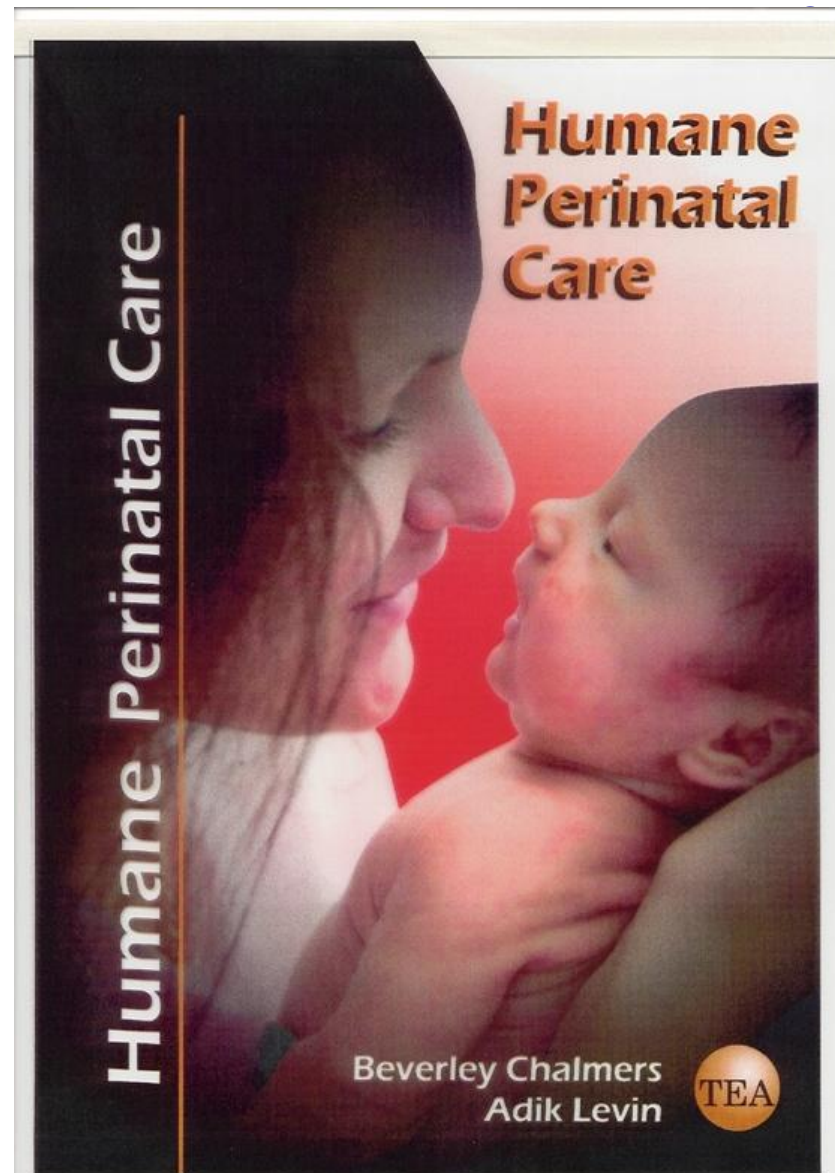


Рекомендации ВООЗ по эффективным технологиям в родовспоможении

- **Индивидуальная родильная комната для женщины**
- **Участие партнера в родах**
- **Здоровый новорожденный должен находиться с матерью**
- **Выбор свободной позиции во время родов**
- **Вертикальная позиция и движение в родах**
- **Демедикализация**
- **Вовлечение женщины в процесс принятия решений**
- **Свободный доступ родственников, по желанию женщины, во время родов, а также свободное посещение в послеродовом периоде**



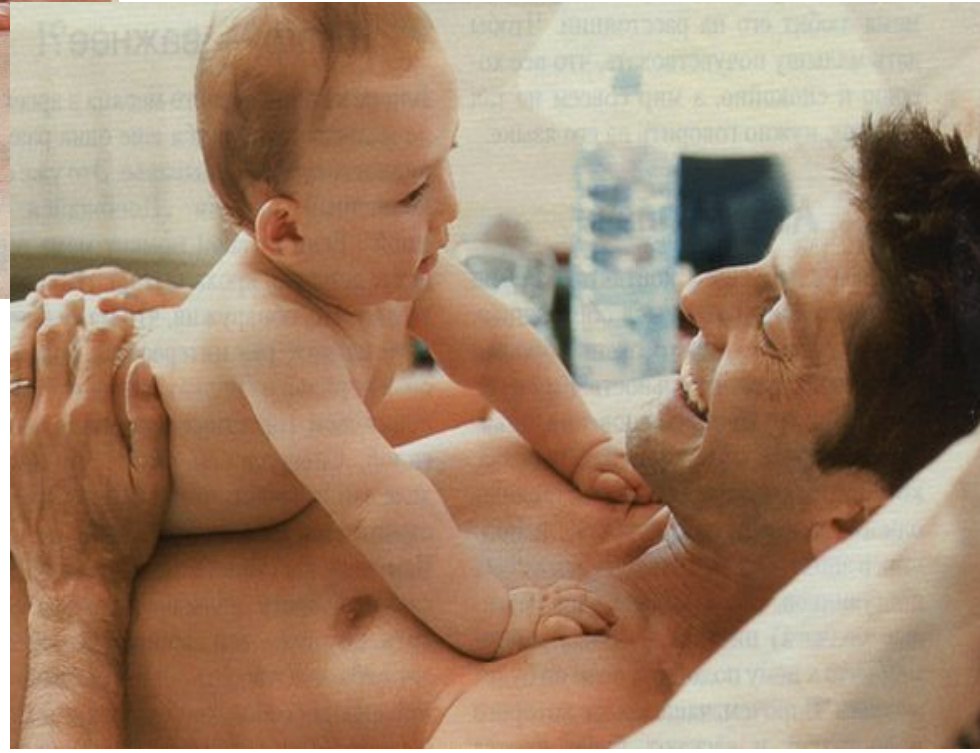
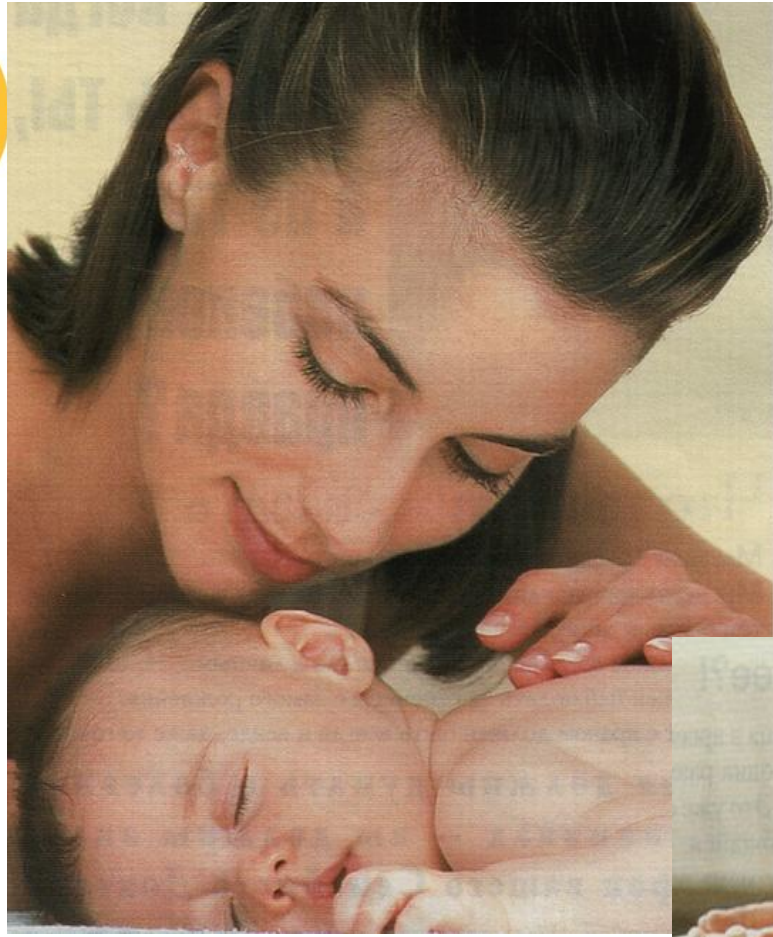
- Беременность не должна рассматриваться как болезнь
- Роды не должны рассматриваться как проблема
- Новорожденные не являются пациентами
- Мама и папа – самые подходящие лица для ухода за новорожденным





Студенческий научный кружок кафедры акушерства и гинекологии ЗГМУ

- Заседание СНК проводится в третий понедельник каждого месяца в 17.00 в аудитории областного перинатального центра (гинекологический корпус).
- Первое заседание СНК состоится 21.09 2015 г. в 17.00



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Эффективная Antenатальная Помощь и Уход (ЭАПУ)



Спасибо за внимание

профессор Круть Юрий Яковлевич



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Эффективная Antenatalная Помощь и Уход (ЭАПУ)