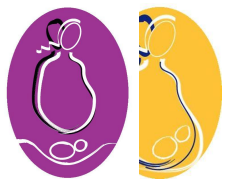


Ведение нормальных родов



Учебный модуль 5С

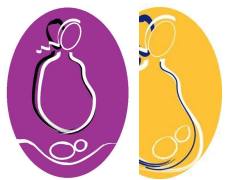




Основная информация

- Современные женщины рожают меньше детей
- Каждое рождение несет особую ценность
- Каждый медицинский работник (и женщина) хотят обеспечить наиболее безопасные и безупречные роды, используя для этого все возможные технологии
- Для достижения наилучших результатов используется множество технологий и процедур...



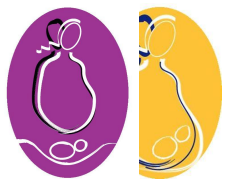


Впечатление женщин от родов

| | |
|--|---------|
| ■ Родильное кресло | ■ 71.1% |
| ■ Прямо перед открытой дверью | ■ 41.6% |
| ■ Болезненное вагинальное исследование | ■ 50.0% |
| ■ Безразличие персонала | ■ 27.3% |
| ■ Унижение достоинства | ■ 82.3% |
| ■ Неуважительное отношение | ■ 63.9% |
| ■ Были самой главной персоной в комнате | ■ 51.9% |
| ■ Если что-то идет не так, то это вина женщины | ■ 27.3% |
| ■ Предпочитают рожать дома | ■ 42.8% |
| ■ Невозможность использовать прокладку | ■ 70.2% |

Chalmers (1998)



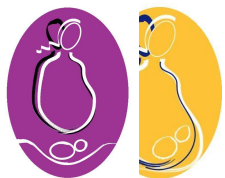


Приверженность к устаревшим практикам

- Во многих развитых странах такие практики, к счастью, уже не применяются, хотя есть и исключения. Например, страны бывшего СССР до сих пор являются страстными приверженцами таких устаревших технологий...
- В результате
- ...женщины выходят из родов с желанием «никогда больше не иметь детей» или «никогда больше не проходить через это».

Chalmers B., Levin A. (2001)



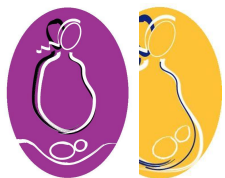


Наиболее важные факторы удовлетворенности женщин родами (1)

- Поддержка, которую женщина получает от медработников
- Качество отношений женщины с медработниками (хорошее общение, взаимопонимание, информирование, удобство в выражении чувств)
- Вовлечение женщины в процесс принятия решений
- Личные ожидания женщины

На основании 6 систематических обзоров, 27 РКИ и 29 наблюдательных исследований (45,000 женщин)



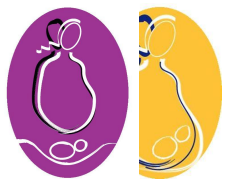


Наиболее важные факторы удовлетворенности женщин родами (2)

- Следующие факторы являются намного менее значительными:
 - Возраст, социально-экономическое положение
 - Национальная принадлежность
 - Подготовка к родам
 - Физическое окружение, где проходили роды
 - Мобильность
 - Медицинские вмешательства, непрерывность ухода
 - Боль

Hodnett ED (2002)



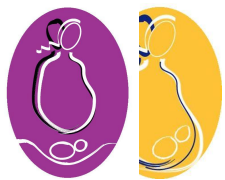


Рекомендации ВОЗ по эффективным технологиям в родовспоможении

- Свободный доступ родственников, по желанию женщины, во время родов, а также свободное посещение в послеродовом периоде
- Здоровый новорожденный должен находиться с матерью
- Нет показаний к бритью лобка или клизме перед родами
- Беременной женщине не должны предлагать занять литотомическую позицию во время первого и второго периода родов
- Систематическое использование эпизиотомии не оправдано
- Во время родов необходимо избегать рутинного назначения анальгетиков или анестетиков

Fortaleza, Brasil (1985)



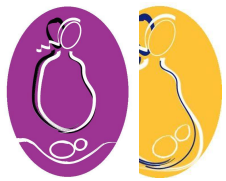


Бритье (1)

- Два исследования были включены в систематический обзор (389 и 150 женщин, соответственно)
 - не было выявлено разницы в уровне материнской заболеваемости, сопровождающейся лихорадкой (OR) 1.26, 95% (ДИ) 0.75 до 2.12)
 - У женщин, которые не подвергались бритью, реже выявлялись Грам-отрицательные бактерии (OR) 0.43, 95% (ДИ) 0.20 до 0.92)

Basevi V, Lavender T. (2000)



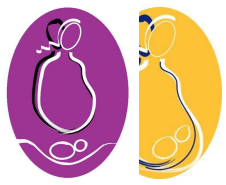


Бритье (2)

- Свидетельства не указывают на то, что оно снижает риск инфекции
- Нарушает целостность кожи
- Вызывает зуд и раздражение по мере отрастания волос
- Унизительная процедура

Mahan, C. & McKay, S. (1983)



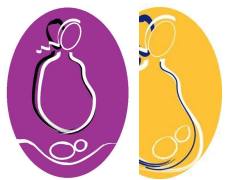


Клизма (1)

- Не предохраняет от фекального загрязнения
- Не влияет на уровень инфекций
- Рутинное использование не обосновано

Mahan, C. & McKay, S. (1983)



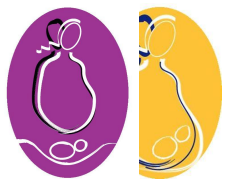


Клизма (2)

- Два исследования, проведенные среди 665 женщин, не показали четкой разницы в уровнях инфекций у послеродовых женщин (ОШ 0.61, 95% (ДИ) 0.36 до 1.04) или новорожденных детей
- **Заключение авторов:** Нет достаточных доказательств эффективности рутинного использования клизмы в первом периоде родов.

Cuervo LG et al. (1999)



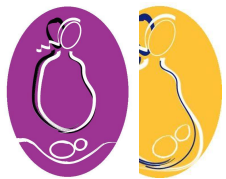


Индивидуальный родильный зал (1)

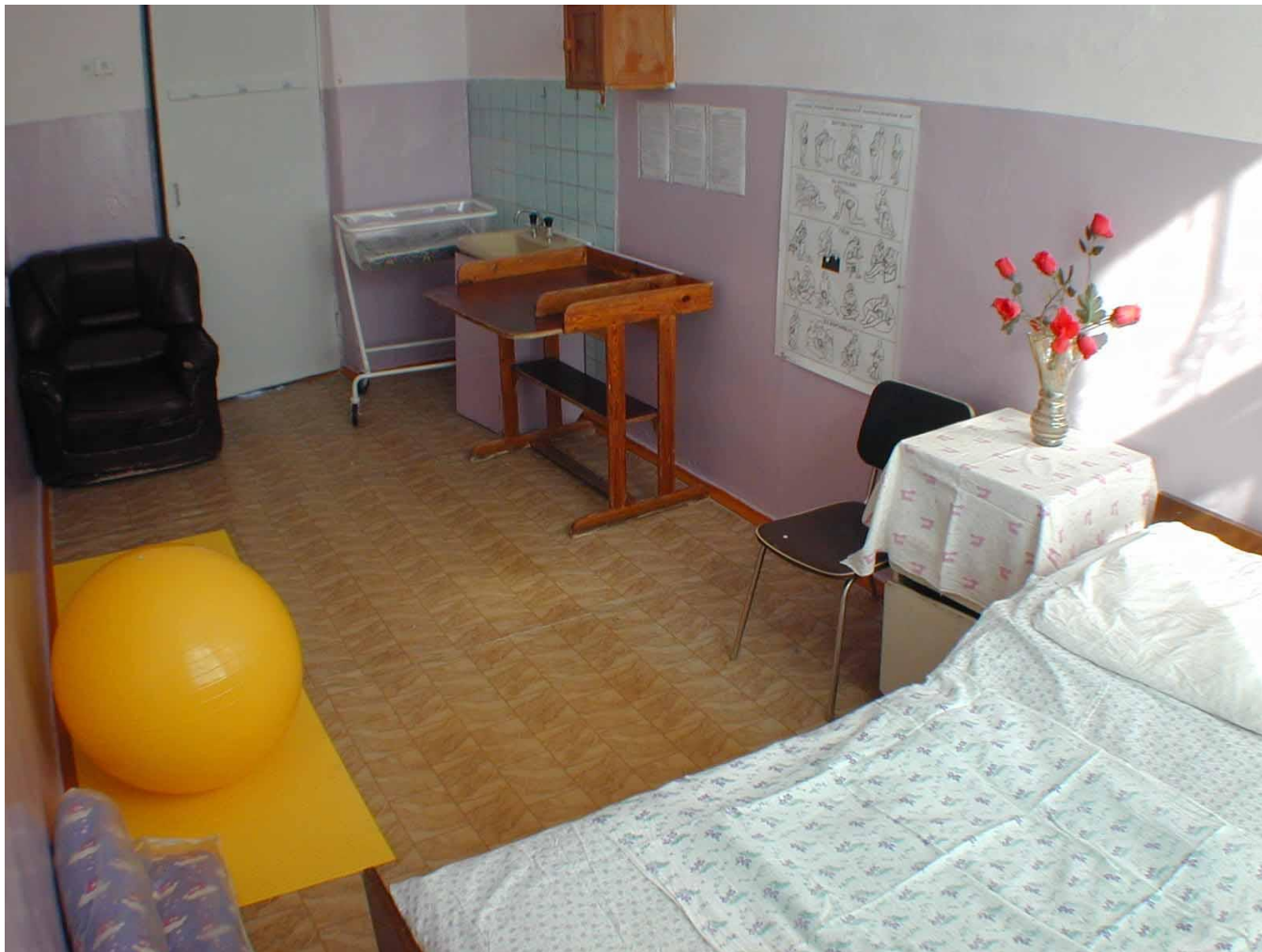


Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПУ)



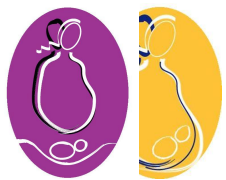


Индивидуальный родильный зал (2)



Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПУ)

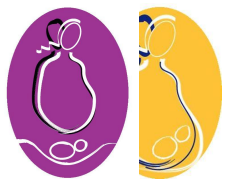




Родильная комната

- 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»

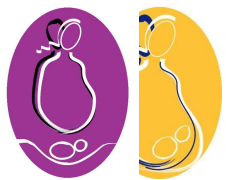




Необходимое оборудование для каждой родильной комнаты

- Чистый стол с источником лучистого тепла или подогревом
- Базовое реанимационное оборудование (мешок, маски для новорожденного)
- Аппарат для отсасывания слизи и катетер или резиновая груша
- Набор для перерезания / пережатия пуповины
- Теплые пеленки для обсушивания ребенка
- Теплая шапочка, носочки и одеяло для ребенка
- Ртутный термометр с минимальным значением ниже 35°C или электронный термометр
- Настенные часы с секундной стрелкой
- Основные препараты (препараты для реанимации, витамин К, мазь для глаз, для экстренной помощи)

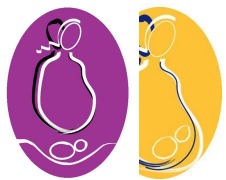




Безопасные роды?

- ВОЗ определяет безопасные роды как:
 - чистые роды
 - которые ведет лицо, обладающее необходимыми навыками
 - имеется доступ к экстренной медицинской помощи, если она необходима

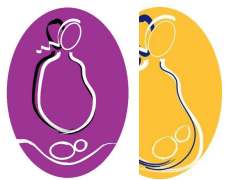




Чистые роды

- Чистые роды – это роды, проводимые медицинским персоналом в медицинском учреждении или человеком, обученным принимать роды с соблюдением принципов ЧИСТОТЫ
 - Чистые руки персонала
 - Чистая поверхность
 - Чистое пересечение пуповины
 - Чистая одежда для новорожденного

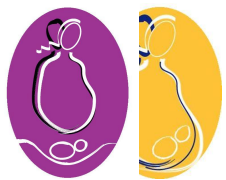




Некоторые положительные вмешательства

- Уважение **информированного выбора** пациентов касательно места рождения ребенка
- Уважение **права матери на приватность и конфиденциальность** там, где проходят роды
- Поощрение использования **плана родов**, составленного матерью
- **Консультирование** молодых матерей

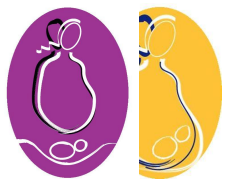




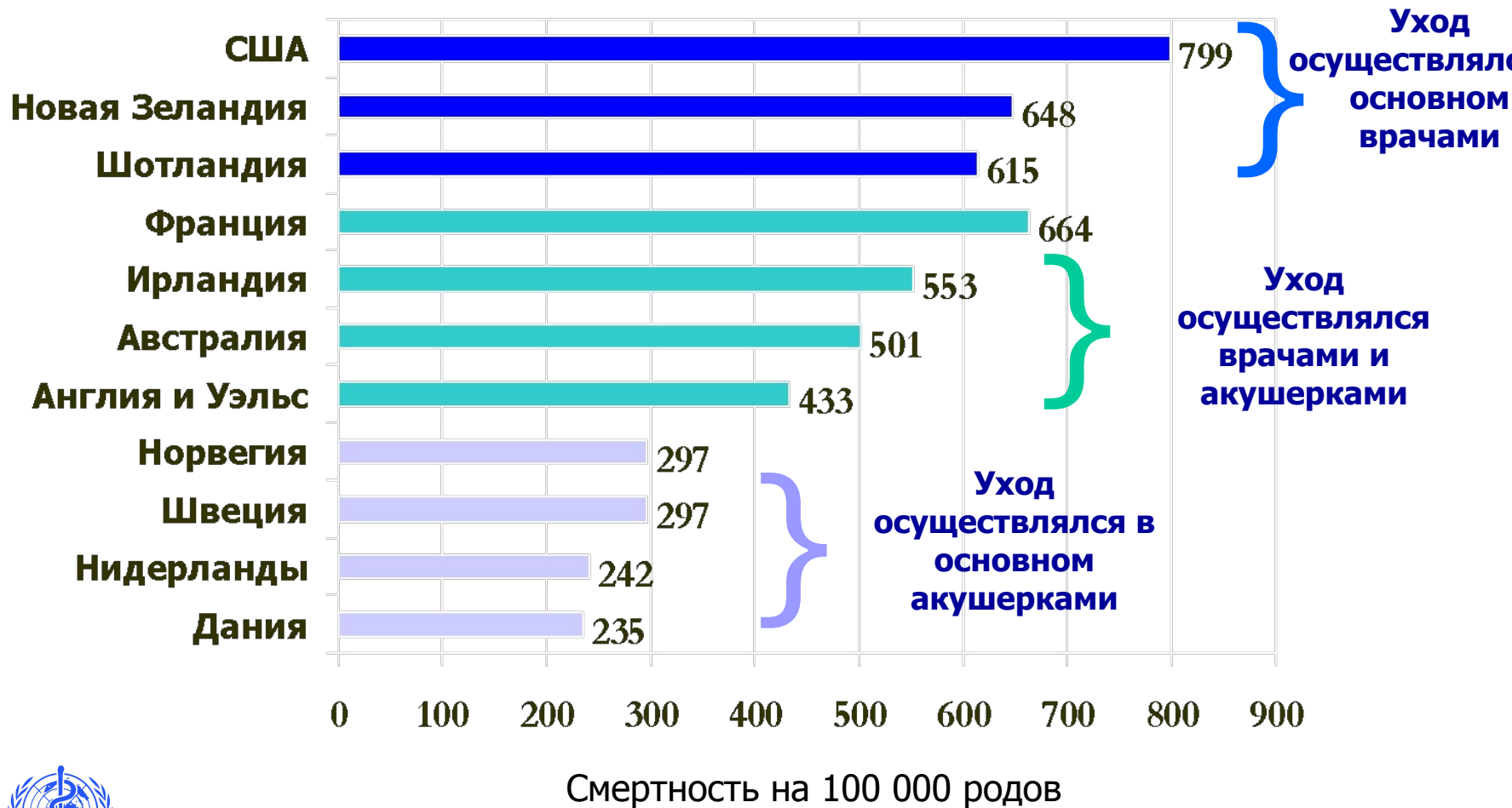
Информирование женщин

- Женщине должна быть предоставлена информация о преимуществах и недостатках специфических процедур, она должна знать, на какой уход она может рассчитывать
- Женщине следует предложить подумать о различных вариантах ведения родов
- Женщина сможет сделать осознанный выбор, безопасный для нее и ребенка
- Женщина имеет право отказа от лечения
- Женщина должна быть вовлечена в процесс принятия решений относительно ведения родов



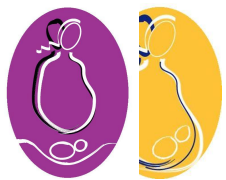


Материнская смертность в некоторых странах, 1919-1920



Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭППУ)



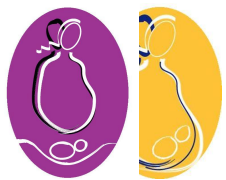


Присутствие поддерживающего лица (1)

- Женщины, которых постоянно поддерживал партнер или кто-либо из персонала (один на один) (15 исследований, 12,791 женщина):
 - Чаще имели спонтанное начало вагинальных родов
 - Реже требовалась анальгезия, реже отмечалось недовольство опытом рождения
 - Реже ощущали отсутствие контроля за процессом родов
 - Было отмечено небольшое уменьшение частоты проведения электронного мониторинга плода

Hodnett ED (2004)





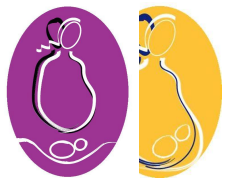
Присутствие поддерживающего лица (2)

- Отмечена тенденция к снижению:
 - Числа детей с низкой оценкой по Апгар через 5 минут
 - Поступлений детей в отделение интенсивной терапии новорожденных.

- Постоянная поддержка в родах имела большой эффект, если:
 - Поддержка в родах оказывалась не медицинским персоналом
 - Поддержка оказывалась с самого начала родов

Hodnett ED (2004)



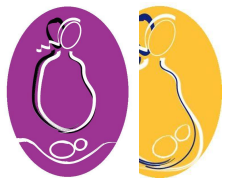


Присутствие и поддержка партнера в родах



Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПУ)



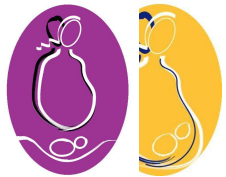


Запрещение приема пищи и воды во время родов

- Негативные последствия:
 - Ослабление родовой деятельности
 - Дистоция шейки матки
 - Увеличение кетоновых тел в моче

Enkin M et al (2000)



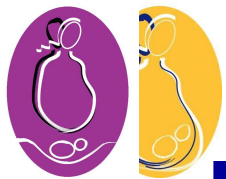


Позиции женщины в первом периоде родов

- Хождение и вертикальное положение
 - Более короткие роды
 - Меньше анальгетиков
 - Меньше препаратов окситоцина
 - Меньше нарушений сердечного ритма плода

Enkin M et al (2000)



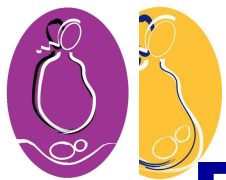


Позиции в первом периоде родов (1)



На четвереньках На коленях с опорой





Позиции в первом периоде родов (2)

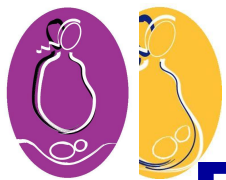


Стоя



С опорой на партнера

Медленный танец



Позиции в первом периоде родов (3)



Сидя



Сидя на мяче



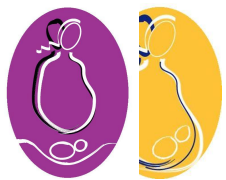
Сидя на стуле



Полулежа

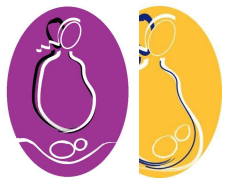


Сидя с опорой на спинку стула



Свободный выбор позиции во время родов



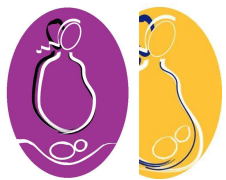


Позиции женщины в первом периоде родов



Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПУ)

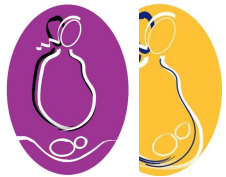




Нефармакологические методы обезболивания

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



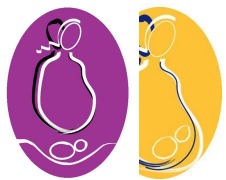


Касание и массаж



Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПУ)



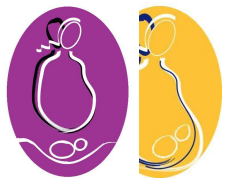


Метод контрдавления



Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПУ)





Погружение в воду

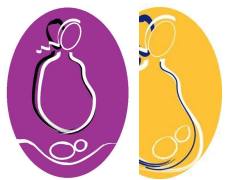


Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПУ)



5С-3





Рутинная КТГ в первом периоде родов (1)

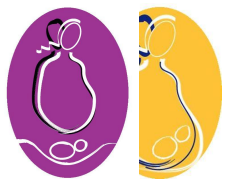
- Применение КТГ (при поступлении) не имеет преимуществ по сравнению с периодической аускультацией, но приводит к увеличению количества вмешательств
 - проведение непрерывной КТГ – RR 1,49*
 - эпидуральная анестезия – RR 1,33*
 - стимуляция – RR 1,26*
 - оперативное родоразрешение – RR 1,36*

*-достоверно

Mires G et al, 2001

- КТГ не является необходимым исследованием в группе родов низкого риска

Goddard R, 2001

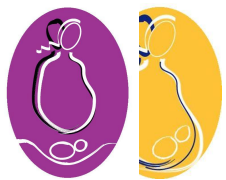


Рутинная КТГ в первом периоде родов (2)

- Большое проспективное РКИ подтвердило предположение, что рутинный мониторинг КТГ всех беременных при поступлении в родовой блок (20 мин.), не имеет никаких преимуществ перед периодической аускультацией в случаях беременностей низкого риска.

Lancet 2003

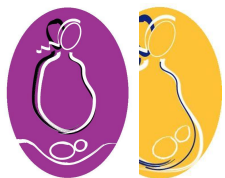




Позиции во втором периоде родов

- Использование любой из вертикальных позиций или позиции на боку, в сравнении с литотомической позицией (на спине) (19 исследований, 5764 участников)
 - Уменьшает длительность второго периода родов
 - Снижает число инструментальных родоразрешений
 - Снижает число эпизиотомий
 - Уменьшает болезненность родов



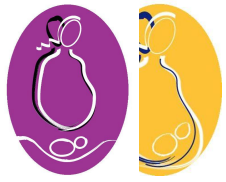


Вертикальные позиции во втором периоде родов

- Недостатки
 - Увеличение разрывов промежности второй степени
 - Увеличение частоты кровопотерь объемом свыше 500 мл
- Основное преимущество:
 - Снижение числа нарушений сердечного ритма плода (ОР 0.31, 95% ДИ 0.08 до 0.98)

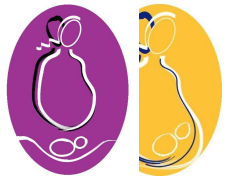
Gupta JK, Hofmeyr GJ. (2003)



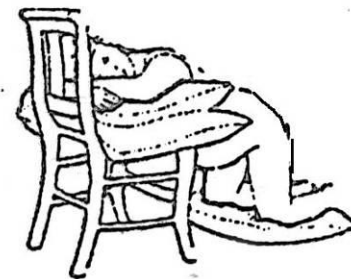
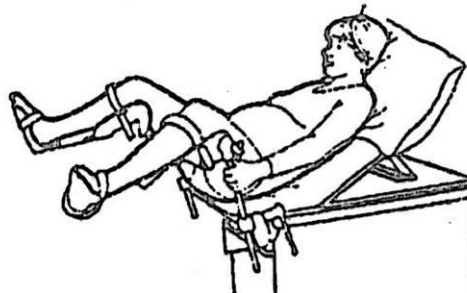
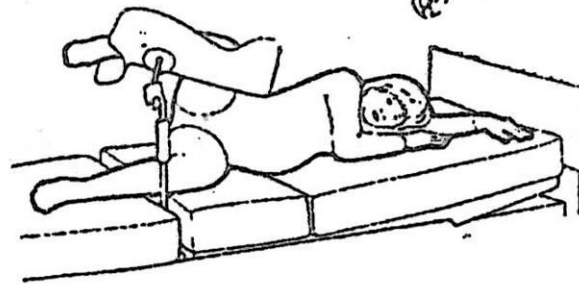


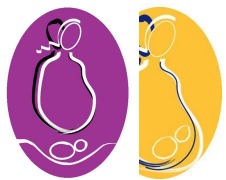
Позиции во втором периоде родов (1)





Позиции во втором периоде родов (2)



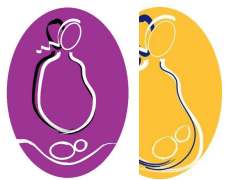


Принятие удобной позиции во втором периоде родов (1)



Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПУ)



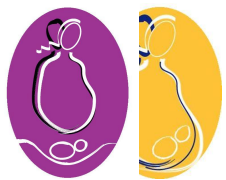


Принятие удобной позиции во втором периоде родов (2)



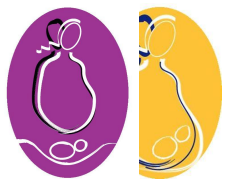
Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПУ)





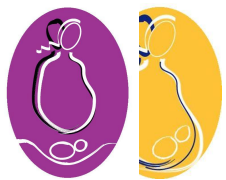
Ведение второго периода родов

- Выжидательное ведение пассивной фазы второго периода родов целесообразно в случае удовлетворительного состояния матери и плода, а также при нормальном прогрессе / опускании плода
- Чем дольше период активных потуг, тем выше риск послеродового кровотечения, внутриматочной инфекции и перинатальной заболеваемости (ацидоз плода)
- Активные потуги в начале второго периода родов приводят к увеличению частоты тяжелых или травматических инструментальных родов



Второй период родов: формы ухода, которые не полезны

- Рутинное управление потугами
- Задержка дыхания
- Раннее начало потуг
- Произвольное ограничение длительности второго периода родов

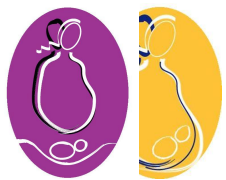


Длительность второго периода родов

- Нет доказательств тесной связи между длительностью второго периода родов и
 - Низкой оценкой по шкале Апгар в 5 минут
 - Частотой случаев уровня рН пуповинной артериальной крови < 7.20
 - Судорог новорожденного
 - Поступлений в ПИТ новорожденных
 - Уровнем перинатальной смертности и
 - Неонатальной смертностью

- При современных подходах к ведению родов, при отсутствии факторов, указывающих на недостаточность плода, длительность второго периода родов свыше трех часов не несет чрезмерных рисков для плода

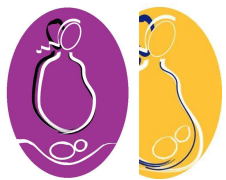




Управление потугами

- Преимущества
 - Более короткий второй период родов
- Недостатки
 - Изменения ЧСС и ударного объема
 - Снижение притока крови к матке
 - Может привести к снижению насыщения плода кислородом
 - Ниже среднее значение рН пуповинной артериальной крови
 - Больше нарушений сердечного ритма плода
 - Низкая оценка по шкале Апгар



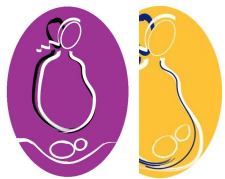


Отсроченное начало потуг

- Отсроченные потуги связаны с:
 - Уменьшением длительности потужного периода
 - Снижением числа децелераций
 - Уменьшением усталости первородящих женщин
- Отсроченные потуги не связаны с очевидным негативным исходом.

Hansen SL et al (2002)

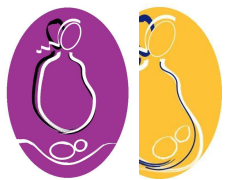




«Разутьюживание» и массаж промежности

| | Теплый компресс (N=404) | Массаж с лубрикантом (N=403) | Тактика «не трогать руками» (N=404) |
|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| Любые травмы | 310 (76.7) | 309 (76.7) | 314 (77.7) |
| Без травм | 94 (23.3) | 94 (23.3) | 90 (22.3) |
| Эпизиотомия | 1 (0.3) | 7 (1.7) | 2 (0.5) |
| Разрывы 1 степени | 97 (24.4) | 91 (22.6) | 89 (22.0) |
| Разрывы 2 степени | 70 (17.3) | 73 (18.1) | 74 (18.3) |
| Разрывы 3-4 степени | 3 (0,7) | 5 (1,3) | 6 (1,5) |
| Послеродовые проблемы промежности | 20 (6.3) | 14 (4.3) | 16 (4.9) |



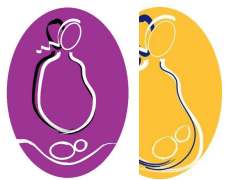


Защита промежности (1)

- В группе, где акушерка не придерживала промежность руками, больше женщин жаловались на боль на 10-й день после родов (34.1 по сравн. с 31.1%) (ОР 1.10, 95% ДИ 1.01 до 1.18). NNT=33.
- Уровень эпизиотомий в группе, где акушерка не придерживала промежность, был ниже. (ОР 0.79)
- Частота травм промежности было одинаковым
- Число ручных отделений плаценты было выше (ОР 1.69)
- Других отличий не отмечено

McCandlish et al. (1998)





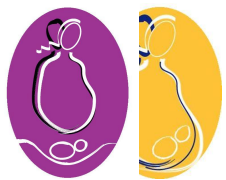
Защита промежности (2)

■ Выводы

- Уровень уменьшения боли, отмеченный в группе, где акушерка придерживала промежность, имел статистическую ценность, и выявленная разница может касаться значительного числа женщин
- Эти результаты являются доказательством того, что женщина и врач должны сами решать, какой из методов ведения промежности предпочтительней

McCandlish et al. (1998)

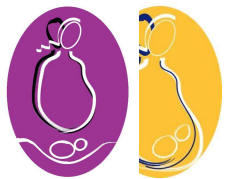




Эпизиотомия при вагинальных родах (1)

- По сравнению с рутинным использованием эпизиотомии, ограниченное проведение данной операции привело к:
 - Снижению числа травм промежности (ОР 0.88, 95% ДИ 0.84 до 0.92)
 - Снижению частоты наложения швов (ОР 0.74, 95% ДИ 0.71 до 0.77)
 - Снижению осложнений при заживлении (ОР 0.69, 95% ДИ 0.56 до 0.85)



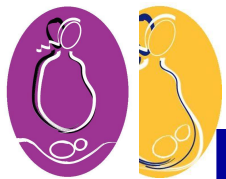


Эпизиотомия при вагинальных родах (2)

- Ограниченное проведение эпизиотомий связано с:
 - Увеличение числа передних травм (ОР 1.79, 95% ДИ 1.55 до 2.07).
- Других различий в группах не отмечено

Carroli G, Belizan J. (2003)



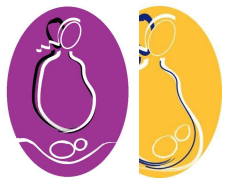


Нет доказательств эффективности



- Катетеризации мочевого пузыря
- Рутинного осмотра шейки матки после родов
- Обработки антисептиком после родов
- Ушивания всех мелких трещин

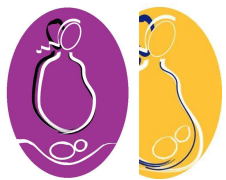
... и многих других процедур



Физиологическое (выжидательное) ведение третьего периода родов

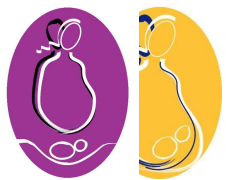
- Наблюдение
- Полное отсутствие применения лекарственных препаратов
- Запрет на потягивание за пуповину или давления на дно матки
- Запрет на активные попытки родильницы тужиться для ускорения рождения последа, а также пережатие и пересечение пуповины только после рождения последа





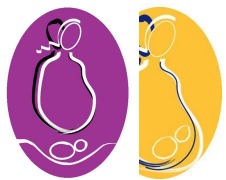
Активное ведение третьего периода родов

- 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



Как производить контролируемое потягивание за пуповину (1)

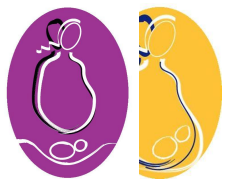
- Наложить зажим на пуповину ближе к промежности и захватить одной рукой
- Положить вторую руку над лоном и стабилизировать матку, оказывать на нее давление во время контролируемой тракции
- Держать пуповину натянутой и ждать маточного сокращения (2-3 минуты)



Как производить контролируемое потягивание за пуповину (2)

- Во время маточного сокращения осторожно потянуть вниз за пуповину для рождения плаценты, при этом следует оказывать контрдавление на матку
- Если плацента не опускается в течении 30-40 секунд контролируемой тракции за пуповину - прекратить потягивание: держать пуповину натянутой и ждать следующего сокращения матки; во время следующего сокращения, повторить контролируемую тракцию, оказывая давление над лоном.



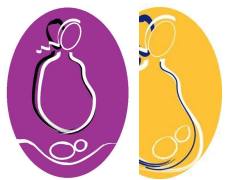


Преимущества активного в сравнении с выжидательной тактикой ведения третьего периода родов

- Снижение общей кровопотери
- Снижение частоты послеродовых кровотечений >500 мл
- Снижение частоты послеродовых кровотечений >1000 мл
- Снижение общей длительности третьего периода родов
- Снижение низких значений уровня гемоглобина, переливаний крови в послеродовом периоде и уменьшение необходимости терапевтического назначения препаратов окситоцина

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. 2003

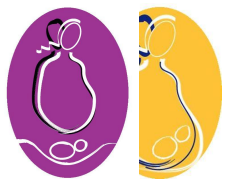




Сравнение активной и выжидательной тактики ведения

| | Активное ведение | Выжидательное ведение |
|--|------------------|-----------------------|
| 1. Продолжительность 3 периода родов (в среднем) | 5 - 8 минут | 15 минут |
| 2. Кровопотеря >500 мл. | 163 / 3126 | 428 / 3156 |
| 3. Кровопотеря >1000 мл. | 27 / 3126 | 83 / 3158 |
| 4. Гемоглобин <90 г/л через 24 -28 часов | 52 / 2108 | 132 / 2148 |



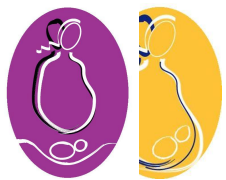


Активное ведение третьего периода родов

■ Недостатки

- Достоверное повышение частоты тошноты (ОР 1.83, 95% CI 1.51 to 2.23),
- Увеличение частоты рвоты (ОР 2.19, 95% CI 1.68, 2.86)
- Нарастание гипертензии (ОР 3.46 95% CI 1.68, 7.09) (возможно из-за эргометрина)



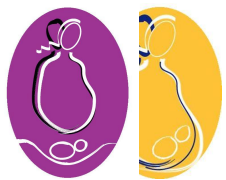


Ведение первого периода родов



- Без рутинного назначения клизмы и / или бритья
- Индивидуальная родильная комната для женщины
- Уход «одна женщина – одна акушерка»
- Участие партнера в родах
- Разрешение питья и легкой еды в родах
- Вертикальная позиция и движение в родах
- Демедикализация
- Немедикаментозные методы обезболивания
- Принцип «наблюдай и выжидай»
- Вовлечение женщины в процесс принятия решений

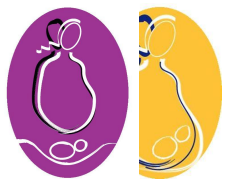




Ведение второго периода родов

- Роды чистые, а не стерильные
- Свободная (удобная) позиция женщины
- Не спешить, не шуметь
- Не руководить потугами
- Следить за состоянием плода
- Не производить эпизиотомию рутинно
- Контакт акушерки и женщины





Ведение третьего периода родов

- Информированное согласие женщины на тактику ведения третьего периода родов
- Активное ведение (предпочтительнее)
- Не использовать пакеты со льдом на низ живота
- Катетеризация мочевого пузыря по показаниям
- Осматривать плаценту и плодные оболочки
- Инструментальный осмотр родовых путей проводить только по показаниям (инструментальные роды, кровотечение, быстрые роды)
- Не обрабатывать влагалище и промежность антисептиками

