

Медико-социальная работа в планировании семьи и с беременными женщинами



План лекции:

1. Определение понятия «планирование семьи», Уровни планирования семьи
2. Основные направления деятельности центров планирования семьи и репродукции, цель и задачи медико-социальной работы в планировании семьи
3. Содержание медико-социальной работы по планированию семьи и репродукции с различными категориями населения
4. Методы медико-социальной работы по планированию семьи и репродукции
5. Медико-социальная работа с беременными женщинами и отцами

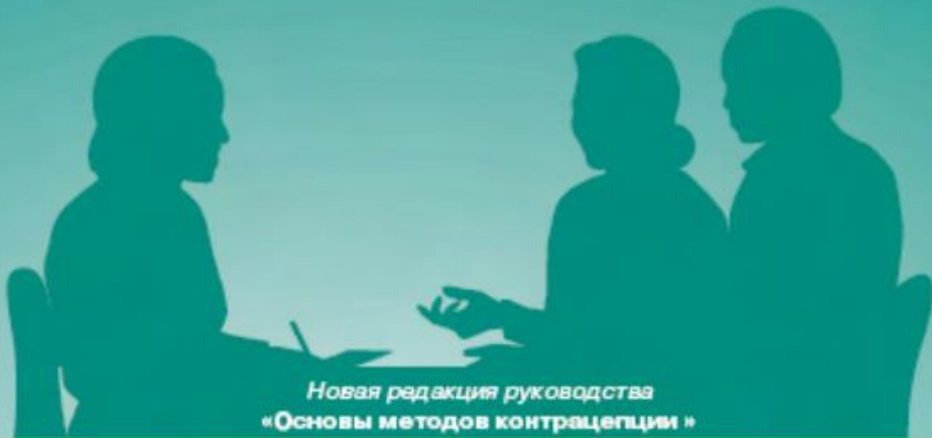
Сообщения и СРС

- Сексуальное просвещение молодежи
- Медико-социальная работа с лицами с нетрадиционной сексуальной ориентацией
- Медико-социальные и этические аспекты ЭКО
- Медико-социальные и этические аспекты стерилизации
- Ментальная карта
- Тест
- Видеофильм



Планирование семьи

Универсальное руководство для поставщиков
услуг по планированию семьи



Новая редакция руководства
«Основы методов контрацепции»



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

ЮСЭИД
От народа США



Center for Communication Programs

Институт здравоохранения
и м. Джона Хопкинса Блумберга
Центр информационных программ



**World Health
Organization**

Всемирная организация
здравоохранения

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85525/9780978856304_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Какие особенности медико-социальной
работы в службе планирования семьи Вы
видите?



Особенности МСР в данной сфере

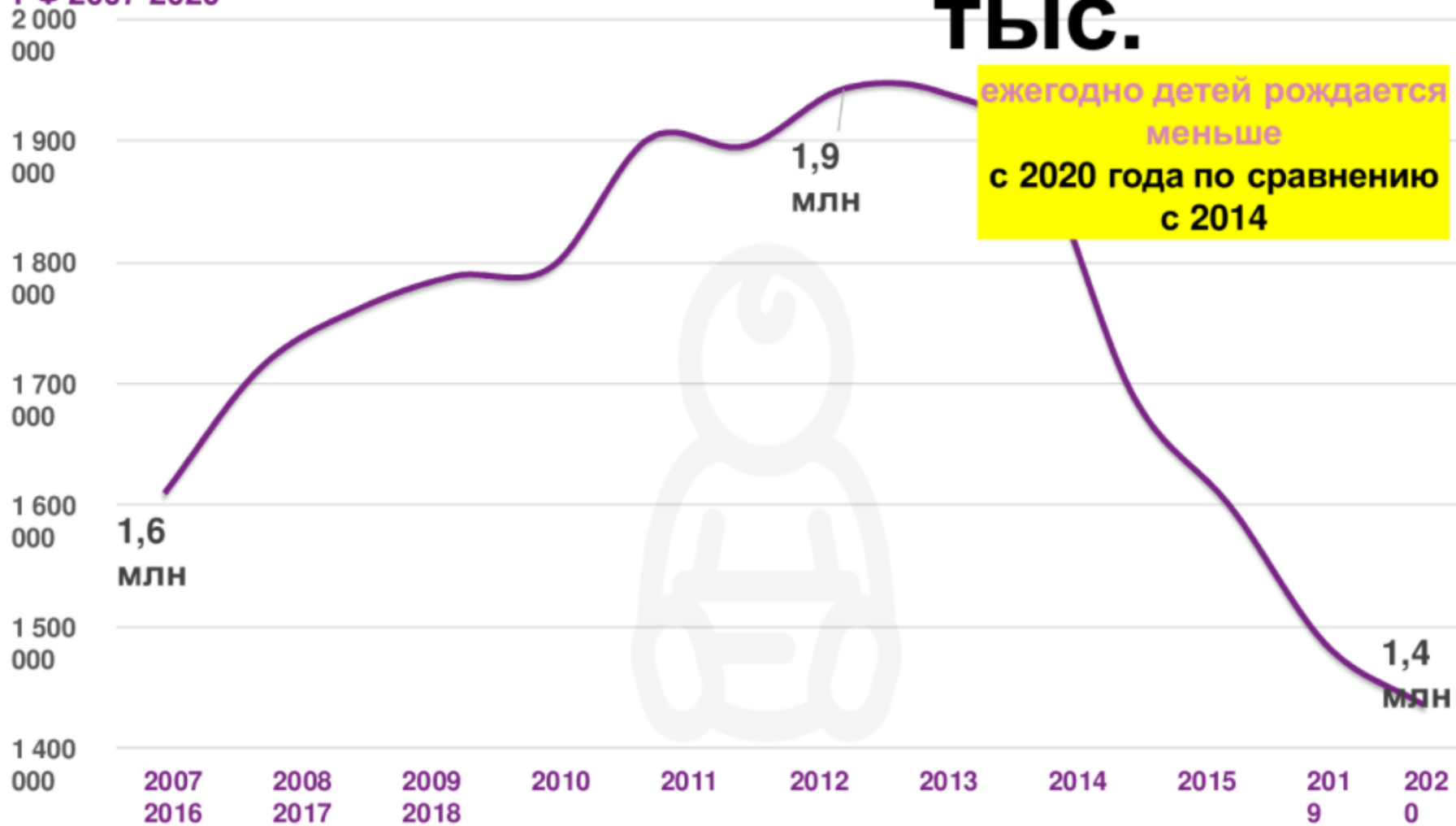
- 1. Деликатная сфера
- 2. Сложный комплекс медико-социальных проблем
- 3. Некоторые семьи (будущие мамы) не обращаются за помощью
- 4. Критика самой идеи планирования семьи
- 5. Нетрадиционные роды



По данным кафедры акушерства и
гинекологии ВолГМУ!! Только **3**
процента женщин здоровы

Демографические вызовы России: рождаемость падает на 500 тыс.

Количество родившихся детей в
РФ 2007-2020¹



1. Федеральная служба государственной статистики. Естественное движение населения Российской Федерации
<https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/TwbjciZH/edn12-2020.html> Дата доступа 31.05.2021 2. Федеральная служба государственной статистики.
Демографический прогноз до 2035 года.

Основные потери беременности происходят на ранних сроках



1. Mentula M.J., Niinimäki M., Suhonen S. et al. Young age and termination of pregnancy during the second trimester are risk factors for repeat second-trimester abortion. Am J Obstet Gynecol 2010; 203: 2: 107.
2. Macklon NS, Geraedts JP, Fauser BC. Conception to ongoing pregnancy: the 'black box' of early pregnancy loss. Hum Reprod Update 2002;8(4):333–343

Задача врачей сегодня – помочь женщине сохранить каждую беременность

Важно заранее готовить женщину к беременности, особенно при наличии заболеваний репродуктивной системы или предыдущих осложнениях беременности (риск потери беременности без лечения максимален в этой группе риска).



1. Акушерство : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1088 с.
2. Mentula M.J., Niinimäki M., Suhonen S. et al. Young age and termination of pregnancy during the second trimester are risk factors for repeat second-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:2: 107.
3. Macklon NS, Geraedts JP, Fauser BC. Conception to ongoing pregnancy: the 'black box' of early pregnancy loss. *Hum Reprod Update* 2002;8(4):333–343.
4. Сухих Г.Т., Адамян Л.В., Серов В.Н. и др. Резолюция Экспертного совещания по теме: «Применение гестагенов в репродуктивной медицине. Утверждение протокола многоцентровой программы по изучению предикторов наступления беременности при применении вспомогательных репродуктивных технологий в российской популяции в соответствии с актуальными международными и национальными клиническими рекомендациями (исследование «ИРИС»). *Акушерство и гинекология*. 2019; 12: 218-25. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2019.12.218-225>

Преграavidарная подготовка необходима обоим будущим родителям

Преграavidарная подготовка —

(от лат. *gravida* — беременная, *pre* — предшествующий)

- 3 комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на подготовку супружеской пары к полноценному зачатию, вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка
- 3 обеспечение оптимального физического и психического здоровья к моменту наступления беременности на основе выявления экономических, культурных, социальных и медицинских факторов риска
- 3 проведение мероприятий по снижению интенсивности их воздействия или полному устранению
- 3 **24+9 мес (ВОЗ, 2014г)**



MARC

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ
АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Утвержден Протоколом №4П-16 Президиума Правления
Междисциплинарной ассоциации специалистов
репродуктивной медицины (МАРС)
от 28 июня 2016 года

L.RU.MKT.CC.10.2016.1510

Оберегай здоровье матери и ребенка вплоть до конца родов! (плакат 1939г)



Основная причина ухудшения
репродуктивного здоровья населения —

высокая инфекционная заболеваемость в стране,
особенно урогенитальными инфекциями.

данные правительства Российской Федерации
и Министерства здравоохранения

Вагинальные инфекции- 22 млн. женщин в год

Условно все вагинальные инфекции можно разделить на 2 части – передающиеся половым путем (гонорея, трихомониаз, хламидиоз и др.) и **банальные инфекции**, т.е. вызванные бактериями или грибами которые в норме присутствуют в небольшом кол-ве во влагалище.

Банальные инфекции делятся по типу возбудителей на несколько видов:

Бактериальный вагиноз – нарушение нормальной флоры без воспаления. Чувствительны к группе нитроимидазолов, клиндамицину.

«Молочница» или вагинальный кандидоз - вагинит с выраженным воспалением
Чувствительны к антимикотикам



Вагинит с выраженным воспалением.
Чувствительны к группе нитроимидазолов, клиндамицину.

Вагинит с выраженным воспалением.
Чувствительны к антибиотикам широкого спектра действия

до 30% вагинитов вызваны сразу несколькими видами бактерий и называются смешанными вагинитами

Определение «планирование семьи»

**Компетентное и
ответственное
родительство**

Совокупность мер политического, социально-экономического и медицинского характера, направленных на сохранение репродуктивного здоровья населения, реализацию гражданами репродуктивных прав

Виды деятельности, которые имеют целью помочь лицам и супружеским парам избежать нежелательных беременностей, произвести на свет желанных детей, регулировать интервалы между беременностями, контролировать выбор времени деторождения, определять по желанию родителей число детей в семье

Структура планирования семьи

- Была создана **трехуровневая служба** планирования семьи
- Для работы в учреждениях которой были подготовлены высококвалифицированные специалисты (врачи, средний медицинский персонал, социальные работники, психологи, педагоги)
- Разработана нормативная правовая база деятельности учреждений данной службы
- Результатом работы стала наметившаяся **положительная тенденция в изменении контрацептивного поведения** населения, позволившая существенно сократить количество абортов.

Уровни планирования семьи



Государственная служба планирования семьи

Федеральный
уровень

Региональный
уровень

Муниципальный
уровень

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 17 февраля 2020 года N 69н/95н

Об утверждении Порядка оказания медицинскими организациями услуг по правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам в период беременности

В соответствии с пунктом 9.1 Правил финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг, оказанных женщинам в период беременности (услуг по оказанию медицинской помощи и по оказанию правовой, психологической и медико-социальной помощи), услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также услуг по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. N 1233 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 2, ст.394; 2020, N 1, ст.97),

приказываем:

Утвердить Порядок оказания медицинскими организациями услуг по правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам в период беременности согласно приложению.

Министр труда и социальной защиты
Российской Федерации
А.О.Котяков

<https://docs.cntd.ru/document/564376911>

Федеральный уровень службы планирования семьи

- Организационное руководство службой планирования семьи на уровне федерации осуществляет **Координационный совет, созданный при Министерстве здравоохранения.**
- ✓ *Принимает решения, касающиеся вопросов распределения средств, выделяемых из федерального бюджета*
- ✓ *осуществляет контроль за их целевым использованием*
- ✓ *обсуждает и контролировал ход выполнения отдельных мероприятий программы*
- ✓ *разработка методических документов*
- ✓ *проведение семинаров, тренингов и научно-практических конференций для руководителей и специалистов службы регионов*

Региональный уровень службы планирования семьи

□ **Межведомственные советы**, которые функционируют как на общественной, так и постоянной основе. В их состав входят глава администрации, главный акушер-гинеколог, руководитель регионального Центра планирования семьи и репродукции, представители органов образования, социальной защиты населения, культуры, общественных организаций, средств массовой информации и другие заинтересованные лица.

- ✓ *разрабатывает стратегию планирования семьи в регионе*
- ✓ *региональные программы в области планирования семьи*
- ✓ *координирует ход и оценивает результаты их выполнения.*

Основные направления деятельности ЦПСиР

• *организационно-методическая:*

- участие в формировании службы планирования семьи в регионе;
- анализ демографической ситуации; проведение социологических исследований с целью изучения потребностей населения в различных услугах по планированию семьи;
- организация подготовки и повышения квалификации кадров;
- подготовка, тиражирование и **обеспечение информационными материалами населения и специалистов;**
- определение потребности населения в различных контрацептивных средствах и подготовка рекомендаций по их закупке и реализации, в том числе бесплатной, для региона;
- осуществление взаимосвязи и преемственности в деятельности различных учреждений службы планирования семьи регионального уровня;

Медицинская направленность:

- **Профилактический уровень** - консультирование населения с целью подбора средств контрацепции;
- медицинская, социальная и психологическая реабилитация женщин после абортов, родов, гинекологических операций;
- организация и проведение профилактических медицинских осмотров населения.

Медицинская направленность: :

- **Профилактический уровень** - консультирование населения с целью подбора средств контрацепции;
- медицинская, социальная и психологическая реабилитация женщин после абортов, родов, гинекологических операций;
- организация и проведение профилактических медицинских осмотров населения.

Муниципальный уровень службы планирования семьи

□ Структурными единицами данного уровня являются клиники планирования семьи и кабинеты (приемы) планирования семьи.

- ✓ *информационно-просветительское: распространение информационных материалов среди населения в трудовых коллективах, образовательных учреждениях, учреждениях социального обслуживания населения и культуры, непосредственно в самих учреждениях; реализация образовательных программ среди различных групп населения; работа со средствами массовой информации, специалистами учреждений, на базе которых развернута деятельность учреждений службы планирования семьи;*
- ✓ *оказание услуг населению по вопросам планирования семьи, профилактики аборта, подбора средств контрацепции, диспансеризации и других видов медико-социальной помощи по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья.*

Цель медико-социальной работы в планировании семьи

Достижение
максимально высокого
уровня
репродуктивного
здоровья населения



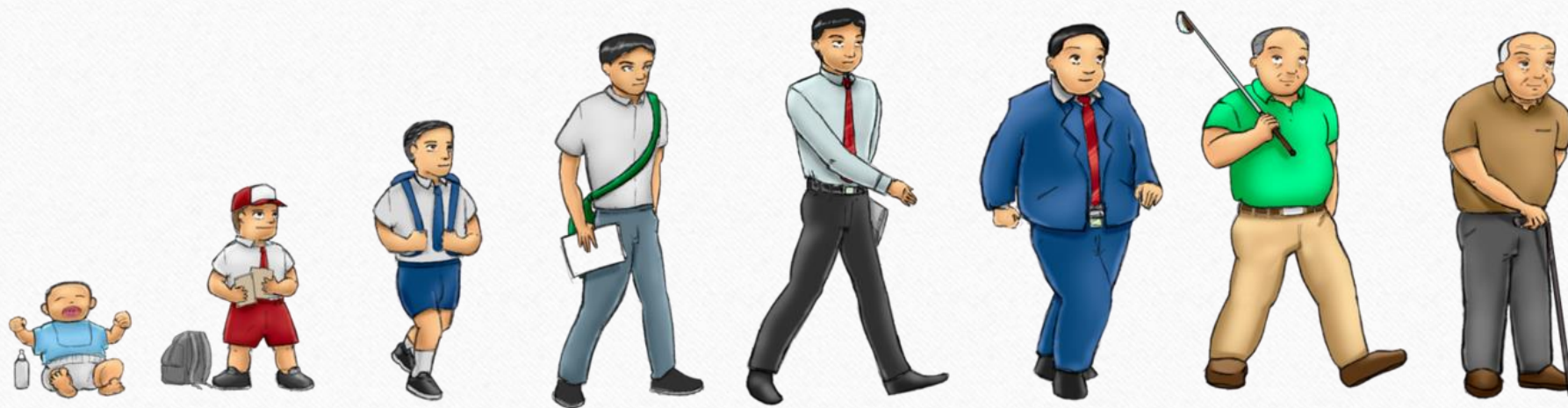
Задачи:

- ❑ повышение уровня информированности населения по вопросам планирования семьи;
- ❑ формирование безопасного и ответственного сексуального поведения населения, особенно подростков и молодежи;
- ❑ содействие в получении населением различных видов медико-социальной помощи по вопросам планирования семьи, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья;
- ❑ помощь в реализации репродуктивных прав.

Возрастные группы:

- лица, вступающие в репродуктивный период (подростки и молодежь);
- лица активного репродуктивного возраста (вступающие в брак и молодые семейные пары; пары, ожидающие рождения ребенка и имеющие ребенка в возрасте до 1 года;
- пары, выбирающие аборт в качестве метода регулирования рождаемости; бесплодные супружеские пары);
- лица позднего репродуктивного возраста.

Содержание медико-социальной работы с женщинами для различных возрастных групп



Медико-социальная программа работы кабинета планирования семьи

**Работа с
беременными
женщинами**

**Работа с
подростками**

**Работа с
родителями
подростков**

**Работа с
женщинами,
решившимися на
аборт**

**Психологическая
поддержка
молодых семей**

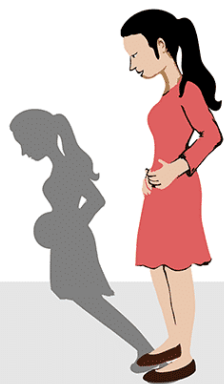
Врач-акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия - врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, направляет женщину для консультирования в кабинет медико-социальной помощи медицинской организации (женской консультации) либо в Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Оказание психологической помощи

Психологическая помощь оказывается женщинам медицинским психологом или психологом, имеющим высшее профессиональное образование по специальностям "медицинская психология", "клиническая психология" или "психолог" (далее - специалист, оказывающий психологическую помощь).

К основным видам деятельности специалиста, оказывающего психологическую помощь, относится психологическое консультирование, психологическая диагностика, психологическая коррекция и профилактика. Специалист, оказывающий психологическую помощь, осуществляет:

оценку психоземotionalного состояния женщины;
формирование атмосферы доверия и взаимодействия;
направление женщины к врачу-психиатру (врачу - психотерапевту);
профилактику отказов от новорожденных;
выявление послеродовой депрессии.



В обязанности специалиста по социальной работе входит:

анализ факторов медико-социального риска и оценка возможности устранения или снижения силы их воздействия на женщину в период беременности;

профилактика состояний, отнесенных к факторам медико-социального риска;

консультирование по вопросам предоставления государственной социальной помощи, решения жилищных и социально-бытовых проблем;

направление женщины при необходимости в органы социальной защиты населения, организации социального обслуживания и иные органы и организации для последующего оказания ей социальной помощи, социальных услуг и (или) мер социальной поддержки.

Специалист по социальной работе в рамках оказания медико-социальной помощи **обеспечивает взаимодействие с органами социальной защиты населения, организациями социального обслуживания и иными органами и организациями.**

Технология «Социальная карта беременной женщины» (Чувашия)

При первичной явке в 12 недель беременности женщина заполняет **социальную карту**, где отмечается нуждаемость в пособие для обеспечения беременных женщин компенсацией на полноценное питание.

В случае, если женщине полагается данное пособие, специалист по социальной работе выдает список документов, необходимых для оформления компенсации и заполненный формализованный бланк, подтверждающий наблюдение в женской консультации. На последующем приеме врач акушер-гинеколог подписывает справку и указывает дату выдачи.

Данная технология работы позволяет сэкономить время, как пациентке, так и акушерке на приеме.

В случае, если у пациентки возникают дополнительные вопросы по социальному обеспечению, она может получить консультацию у специалиста по социальной работе в любое удобное для нее время по графику работы или на занятиях в Школе материнства. **Посещение отмечается в социальной карте беременной женщины.**

После снятия с учета в женской консультации, специалист по социальной работе **осуществляет послеродовой патронаж по телефону**, указанному в социальной карте. **Заполненная социальная карта** вклеивается в индивидуальную карту беременной и родильницы.

Работа специалистов по возрастному критерию – Подростки и молодежь

- низкий уровень знаний по вопросам секса, пола и т.д.
- раннее начало сексуальных отношений
- частая смена сексуальных партнеров
- высокий уровень искусственных абортов и заболеваний передаваемых половым путем, вследствие небезопасного сексуального поведения
- низкая доступность медико-социальной помощи по вопросам планирования семьи
- сексуальные девиации (перверсии)
- профилактика ИПП

Консультирование

Тренинги

Реализация

**Визуальные
средства общения**

**Вербальные
средства общения**

Лица активного репродуктивного возраста

- недостаточная информированность по вопросам планирования рождения ребенка, важности соблюдения оптимальных **интергенетических интервалов (2 года)**
- экономическая и социальная незащищенность в случае рождения ребенка
- нерациональное контрацептивное поведение и как следствие этого использование искусственного аборта в качестве метода регулирования рождаемости
- ограниченный доступ к получению высококвалифицированной медико-социальной помощи в случае нарушений репродуктивной функции, в том числе бесплодия и т.д.
- Попустительское отношение к репродуктивному здоровью

Мероприятия по обучению молодых родителей навыкам ухода за новорожденным:

- проведение с будущими родителями профилактических занятий в кабинете здорового ребенка по уходу за новорожденными и маленькими детьми;
- обучение молодых родителей технологии приготовления детского питания;
- рекомендации молодым родителям по организации домашнего микростадиона;
- оздоровление детей из групп риска по лор-заболеваниям и ортопедической патологии.

Медико-социальная работа с лицами, вступающими в репродуктивный период

- выявление факторов риска нарушений репродуктивного здоровья
- формирование на основе выявленных факторов риска групп для проведения целенаправленной работы по уменьшению (ликвидации) влияния выявленных факторов;
- разработку и реализацию целевых программ по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья подростков;
- участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров с целью раннего выявления патологии репродуктивной системы;

- разработку и реализацию образовательных программ, направленных на формирование установок на здоровый образ жизни, повышение сексуальной культуры, безопасное и ответственное сексуальное поведение;
- консультирование подростков и молодежи по вопросам безопасного и ответственного сексуального поведения
- консультирование родителей, педагогов и воспитателей образовательных учреждений по вопросам полового воспитания, сексуального просвещения и образования подростков и молодежи;
- социальную экспертизу семей подростков, составляющих группу риска.

Лица позднего репродуктивного возраста

- сталкиваются с проблемой нежелательной беременности из-за отсутствия знаний о возможности ее наступления в этом возрасте.
- У представительниц этой группы часто возникают медицинские и социальные проблемы, связанные с патологически протекающим климактерическим периодом и т.д.

Медико-социальная работа

патогенетического (реабилитационного) направления предусматривает:

- выявление подростков, **страдающих заболеваниями репродуктивной системы**, а также сопутствующими соматическими заболеваниями, негативно влияющими на репродуктивное здоровье;
- содействие подросткам в получении адекватной медико-социальной помощи в учреждениях здравоохранения;
- помощь в реализации репродуктивных прав подростков и молодежи, в том числе права на информирование и услуги по вопросам планирования семьи;
- содействие в получении квалифицированной помощи в связи с прерыванием беременности, обеспечение возможности проведения «безопасного» аборта;

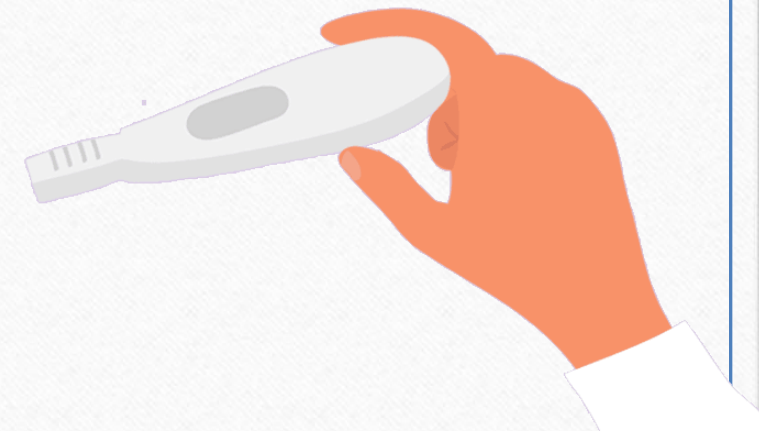
- участие в разработке и осуществлении комплекса реабилитационных мероприятий после операции искусственного прерывания беременности, а также заболеваний репродуктивной системы, в том числе передаваемых половым путем;
- оказание медико-социальной, психологической и правовой помощи юным матерям;
- представление интересов подростков в административных и судебных органах;

Работа со вступающими в брак и молодыми семейными парами

- содействие в проведении комплексных медицинских осмотров для оценки состояния здоровья будущих родителей;
- повышение уровня знаний будущих родителей по вопросам планирования зачатия, рождения и воспитания здорового ребенка;
- содействие в получении необходимой медико-социальной помощи женщинам во время беременности;
- психологическое консультирование супругов, **регулирование интергенетического интервала;**
- формирование рационального контрацептивного поведения в случае временного отказа от рождения ребенка, а также после его рождения.

Медико-социальная работа патогенетического (реабилитационного) направления с представителями данной группы должна быть нацелена на получение необходимой медико-социальной помощи при наличии заболеваний, препятствующих или осложняющих рождение здорового ребенка.

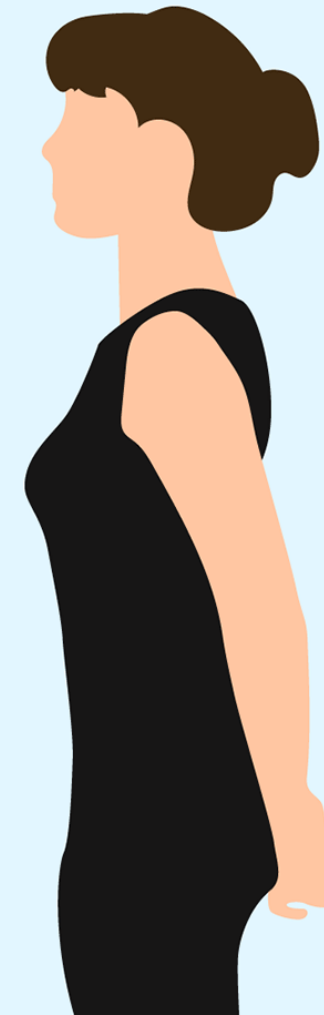
ПРОТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ИНТЕРВАЛ (от греч. protos - первый и gennelikos - рождающий), **интервал** времени между вступлением в брак и рождением первого ребенка. В демографии определяется в среднем для поколения, обычно для поколения женщин. Он, как правило, составляет не менее 9 мес.



ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКИЙ ИНТЕРВАЛ (от лат. inter - между и греч. genesis - рождение), средний интервал в поколении между последовательными рожденьями (рожденьями детей соседних очерёдности) (см. Календарь рожденьий). Анализ распределения И. и. осуществляется чаще всего по результатам анамнестических обследований и, наряду с рассмотрением **протогенетического интервала**, позволяет судить о темпах формирования семьи. Величина И. и. зависит от физиол. и социальных факторов, последние приобретают решающую роль в условиях регулирования деторождения.

Чрезмерное удлинение **интергенетического интервала увеличивает частоту неблагоприятных перинатальных исходов.**

Современные рекомендации Всемирной организации здравоохранения (2013) регламентируют оптимальный интергенетический интервал между двумя последовательными родами длительностью 24+9 мес. (промежуток времени между родами и следующим зачатием плюс 9 мес. гестации).



Доабортное консультирование

- Доабортное консультирование (ДАК) еще называют консультированием в ситуации **репродуктивного выбора женщины (кризисной беременности)**. Кризисная беременность - это незапланированная, не принятая или запланированная, но отвергнутая, или с угрозой отвержения беременность.

Причины неприятия беременности, озвучиваемые женщинами:

1. Все не по плану.
2. Не так, как планировалось.
3. Слишком молодая.
4. Слишком возрастная.
5. Материальные.
6. Жилищные.
7. Здоровье.
8. Неготовность к роли матери.
9. Страх осуждения.
10. Страх разрушения отношений.

Если девушка или женщина забеременела, и это не входило в ее планы, то она находится в стрессе. Это вызывает измененное состояние сознания. Женщина реальность видит в очень узком коридоре свою ситуацию, она порой не видит очевидные факты.

Медико-социальная работа патогенетического направления

- участие специалиста социальной работы в организации и проведении комплекса реабилитационных мероприятий после искусственного аборта с целью профилактики возможных осложнений: разъяснение женщине необходимости их проведения, содействие в получении нужной медицинской, психологической, правовой, социальной и иных видов помощи.

Медико-социальная работа с бесплодными супружескими парами

- имеет в основном патогенетическое (реабилитационное) направление: содействие в получении диагностической и лечебной помощи,
- правовая и психологическая поддержка,
- содействие в бесплатном доступе к современным дорогостоящим видам медицинской помощи, включая новые репродуктивные технологии.
- В случае неуспешного лечения специалисту социальной работы следует помочь бесплодной супружеской паре в оформлении опеки или усыновления.

Лица позднего репродуктивного возраста

- убеждение женщин в преходящем характере проблем,
- создание психологического комфорта в семье,
- налаживание брачно-семейных отношений.
- В рамках медико-социальной работы профилактического направления нужно широко пропагандировать соблюдение норм и правил здорового образа жизни, способствующих улучшению самочувствия женщины, адаптации к новому этапу жизни.

Формы работы в зависимости от решаемых задач также могут быть различными:

- **индивидуальная** (при проведении консультирования по вопросам контрацепции);
- **групповая** (при проведении образовательных программ) школы матерей, отцов;
- **массовая** (повышение информированности подростков через печатные издания или другие СМИ).

Пример: «Основы планирования семьи и здорового образа жизни»

I раздел «Развитие организма человека»;

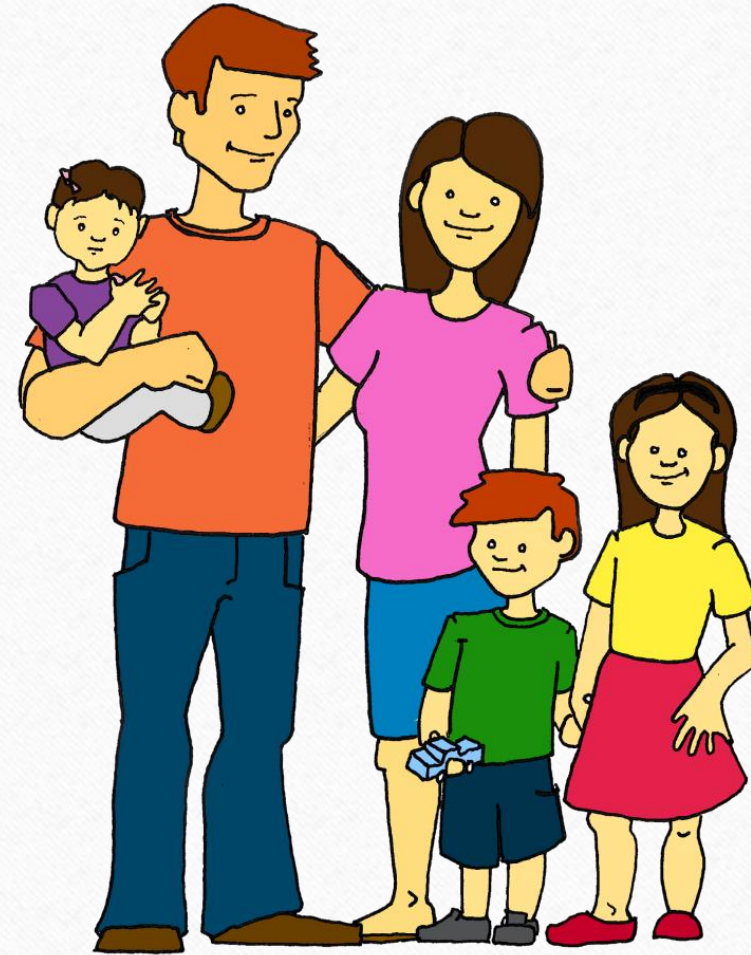
II раздел «Ответственное родительство, планирование семьи и репродуктивное здоровье»;

III раздел «Особенности взросления и становления сексуальности».

IV раздел «Личность, общество, семья»;

V раздел «Психология общения»;

VI раздел «Основы здорового образа жизни».



Медико-социальная работа с беременными женщинами и отцами

<https://perinatal-rostov.ru/pacientam/pregravidarnaja-podgotovka/>

**Школа
молодых
родителей**

режим дня

уход за
новорожден
ным

обучение
методике
естественного
вскармливания

рекомендация
соответствующей
литературы

методы
физического
воспитания

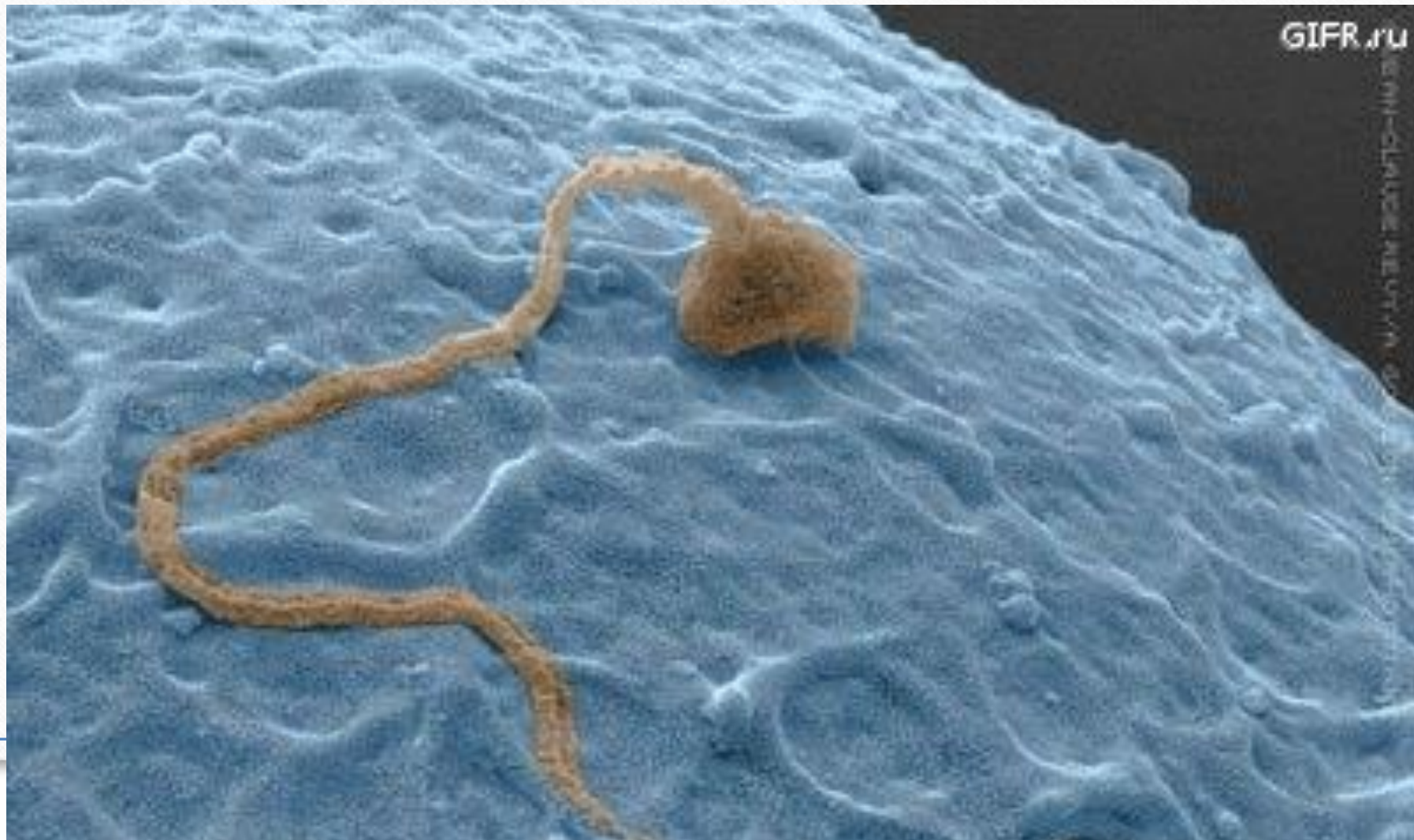
пропаганда
естественного
вскармливания

питание
беременной
и кормящей
матери

мероприятия по
оздоровлению
будущих
родителей

подготовка
грудных желез
матери

Сознательное зачатие что это?



Современная прегравидарная подготовка

предполагает три основных этапа:

1. Первым этапом проводится оценка репродуктивного здоровья супружеской пары: сбор анамнеза, медико-генетическое консультирование, которое позволяет еще до зачатия оценить вероятность возникновения врожденных аномалий у плода; клиническое обследование; лечение очагов инфекции



- скрининг системы гемостаза (коагулограмма);
- оценка степени риска беременности и родов для женщины при наличии хронических заболеваний;
- консультация и при необходимости лечение у стоматолога и отоларинголога;



Первый этап

На **первом этапе** прегравидарной подготовки всем парам, планирующим беременность, рекомендуются комплексное обследование и меры профилактики:

- определение группы крови и резус-фактора (на возможный резус-конфликт);
- терапевтическое обследование (осмотр, анализы крови и мочи, измерение артериального давления, флюорография),
- подбор адекватной терапии хронических заболеваний;

- обследование обоих партнеров на инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ, гепатиты В и С;



- анализ крови на антитела к TORCH-инфекциям (краснухе, токсоплазмозу, цитомегаловирусу, вирусу простого герпеса). В случае отсутствия антител к краснухе рекомендуется проведение вакцинации, после чего целесообразно отложить наступление беременности на 6 мес.;

Обследование женщины



Кроме общих анализов потребуются следующие обследования:

- УЗИ органов малого таза, кольпоскопия;
- Гинекологическое, гормональное и иммунологическое обследование;

- гистологическое и цитологическое обследование;
- составление точного графика овуляций на основании базальной температуры

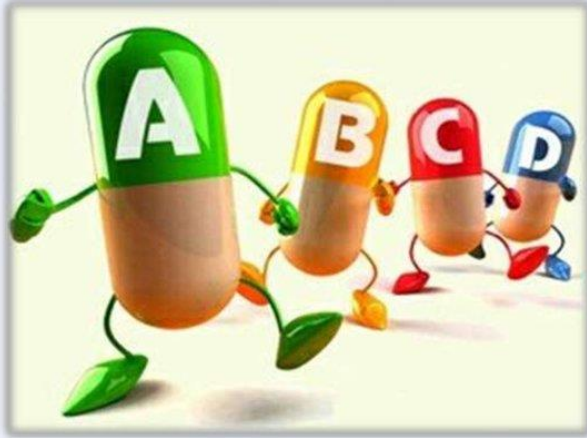
Обследование мужчины

Было бы ошибкой полагать, что беременность является исключительно женской заботой. Мужчина тоже должен осознавать свою ответственность.

Помимо общих анализов и обследований может потребоваться **спермограмма** — специальный анализ, призванный выяснить способность мужчины к продолжению рода. Оценивается количество и энергичность сперматозоидов, прочие параметры.



2. Второй этап включает применение, как минимум за 3 мес. до наступления беременности, витаминно-минеральных комплексов



Второй этап

Поскольку в современных условиях обеспечить сбалансированное питание очень сложно, а компенсировать дефицит витаминов только за счет питания практически невозможно, были разработаны витаминно-минеральные комплексы, необходимые для подготовки организма к зачатию и полноценному вынашиванию беременности.



Также проводят профилактику различных пороков развития (прием фолиевой кислоты), йодопрофилактику (прием йода), коррекцию гормональных, метаболических нарушений и тромбофилических состояний.

3. Третий этап включает раннюю диагностику беременности в целях оптимального ведения ранних сроков, своевременного выявления факторов риска осложненного течения беременности и профилактики осложнений



Нетрадиционные роды

- Вертикальные

Партнерские



основные плюсы вертикальных родов.

- Уменьшается вероятность гипоксии плода. Когда женщина во время родов лежит на спине, матка, масса которой достигает 6 кг, начинает оказывать давление на кровеносные сосуды вдоль позвоночника, в том числе аорту. Из-за этого, нормальный поток крови нарушается. В результате, ребенок и мать могут недополучить необходимое количество кислорода. Если женщина сидит на специальном кресле, **фитболе**, или стоя на четвереньках, давление матки на крупных кровеносных сосудов снижается, что улучшает маточно-плацентарный кровоток и предотвращает развитие гипоксии (кислородного голодания) у ребенка в то время когда голова ребенка приходит через родовые пути.
 - Уменьшаются родовые боли. По данным опросов проведённых среди матерей рожавших без анестезии, в большинстве случаев при вертикальном положении боли казались менее выраженными. Хотя эти данные тяжело считать достоверными, ведь ни одну из рожениц нельзя заставить родить сначала горизонтально а потом сразу вертикально и сравнить ощущения.
 - Кроме того, очень неудобно выталкивать ребёнка лежа на спине. Гораздо больше энергии расходуется, в то время как в вертикальном положении сила тяжести помогает. Когда ребенок приходит через родовые пути, существует ощутимая разница между горизонтальным и вертикальным положением матерей. **Когда женщина лежит на спине, ребенок движется рывками. Она, по сути, должна толкать ребенка вверх, преодолевая силу тяжести.** И если она находится в положении наполовину сидя, стоя на коленях или сидя в специальном кресле (женщина выбирает сама соответствующее положение), то процесс протекает плавно и непрерывно, тем самым снижая вероятность врожденных дефектов и разрывов матери. Что позволяет избавиться от необходимости тянуть ребёнка с помощью щипцов.
 - Гораздо меньше потеря крови. Согласно статистике, за счет более быстрого удаления плаценты при вертикальных родах теряется меньше крови по сравнению с традиционным положением.
- Минусы вертикальных родов.**
- Самый главный минус вертикального положения женщины при родах это сложность оказания помощи при возникновении осложнений. **Всё оборудование в роддомах, даже специализированных предназначено для оказания экстренной помощи в горизонтальном положении. Поэтому если что то пойдёт не так то последствия могут быть серьезнее.**

Противопоказания к вертикальным родам.

Любая патология или заболевание, которые произошли во время беременности или во время родов подпадает под категорию акушерских противопоказаний к вертикальным родам. Кроме того, эксперты предупреждают против этого типа родов, когда масса ребенка превышает 3,5 кг, а так же в случаях когда роды являются преждевременными или стимулированными.



РОДЫ В ВОДЕ. ЧЕМ ЛУЧШЕ ВОДНЫЕ РОДЫ ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ? ОПАСНОСТИ ДЛЯ БЕРЕМЕННОЙ



С начала 80-х годов во всем мире стал распространяться необычный способ родов – в воду. На Западе этот метод называют «русским», так как он был разработан нашим соотечественником и современником И. Б. Чарковским. Суть метода заключается в том, что плод попадает из матки по родовому каналу не в воздушную, а в водную среду. И это значительно смягчает воздействие внешних факторов на новорожденного. Существенно и то, что в водной среде мать находится в расслабленном, комфортном состоянии и ей проще контролировать напряжение матки.

Прегавидарная подготовка обеспечивает снижение:

- уровня материнской смертности и заболеваемости;
- уровня перинатальной смертности и заболеваемости, в том числе недоношенных новорождённых;
- распространённости врождённых пороков развития, хромосомных аномалий и нарушений функционального развития плода (включая синдром Дауна), сформировавшихся на фоне дефицита фолатов и микроэлементов (йода, железа и др.)
- частоты преждевременных родов, особенно ранних и сверхранних;
- социальных и экономических последствий для общества, связанных с выхаживанием и реабилитацией детей-инвалидов;
- количества осложнённых беременностей, требующих госпитализации;
- частоту самопроизвольных выкидышей.

Оптимальный микронутриентный статус (насыщенность организма витаминно-минеральными веществами) женщины перед зачатием благоприятно отражается на соматическом здоровье, когнитивных способностях и продолжительности жизни будущего ребёнка.



Возраст женщины достоверно влияет на степень акушерского риска.

Беременность в возрасте 15–19 лет сопряжена с повышенным риском анемии, преждевременных родов и преэклампсии в сравнении с беременными в возрасте 20–35 лет.

Беременные старше 35 лет ещё более подвержены акушерскому риску: значительно возрастает частота преждевременных родов, рождения маловесного ребёнка, артериальной гипертензии, гестационного диабета, предлежания и отслойки плаценты.

У женщин в возрасте старше 35 лет также увеличен риск врождённого порока развития и хромосомных аномалий плода. Риск гибели от причин, связанных с беременностью и родами, у женщин 35–39 лет в 2,5 раза выше, а после 40 лет — в 5,3 раза выше, чем в возрастной категории 20–33 лет. Поскольку возраст — немодифицируемый фактор риска, пациентки старше 35 лет особенно нуждаются в **расширенной прегравидарной подготовке** для снижения акушерского риска и улучшения репродуктивного прогноза.



Подготовка мужчин

Мужчинам следует рекомендовать отказ от привычных интоксикаций (курение, употребление алкоголя, в том числе пива, и др.), медикаментов, оказывающих **тератогенный эффект (нарушающий эмбриональное развитие)**. Желательна нормализация массы тела. Следует ограничить воздействие вредных физических факторов, в первую очередь не допускать **перегрева репродуктивных органов** (как локального — например, при подогреве сидений автомобиля, так и общего — горячие ванны, банные процедуры).

Необходимо также информировать мужчину о негативном влиянии на фертильность вредных производственных факторов (например, электромагнитных полей, что актуально для работников дата-центров).

Информацию о коррекции образа жизни будущие родители также могут почерпнуть на сайте

Следует также обратить внимание будущих родителей, что оптимальный для зачатия режим регулярной половой жизни — **2–**

3 раза в неделю без использования каких-либо методов контрацепции.



Спасибо за внимание!

