



**Государственное бюджетное образовательное учреждение
среднего профессионального образования города
Москвы**

**«Медицинский колледж имени Клары Цеткин
Департамента здравоохранения города Москвы»**

**Методическая разработка
конференции**

по теме:

«Акушерство: вчера, сегодня, завтра»

для студентов I - III курса

Специальность 060102 Акушерское дело



2015
Москва

ОДОБРЕНА

На заседании ЦМК

спец. дисциплин №2

Протокол №_____от_____2015г.

Председатель ЦМК_____

Составители:

Бандас О.Ф. - преподаватель акушерства и гинекологии, первой квалификационной категории ГБОУ СПО «МК им. К. Цеткин ДЗМ»

Попова О. П. - преподаватель акушерства и гинекологии ГБОУ СПО «МК им. К. Цеткин ДЗМ»

Рецензент:

Ушакова Ф. И. - преподаватель педиатрии, высшей квалификационной категории ГБОУ СПО «МК им. К. Цеткин ДЗМ»

СОДЕРЖАНИЕ

I.	ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	4
II.	МЕТОДИЧЕСКИЙ БЛОК	6
	Цели и задачи мероприятия	7
	Междисциплинарные связи	8
	Этапы деятельности преподавателя при подготовке к мероприятию	9
	Программа проведения мероприятия	11
	Хронокарта	12
	Сценарий мероприятия	13
	Видеоматериал	
	Презентации студентов:	
	1. Роды: традиции, суеверия Древнего Мира	14
	2. Роды на Руси	16
	3. Первые роддома	25
	4. Эволюция родильных кресел	35
	5. «Домашние» роды в условиях родильного стационара	41
	6. Роды в разных странах мира	47
	7. Методы пренатальной диагностики	53
	8. Роды в экстремальной ситуации	60
	9. Роды после трансплантации матки	67
	Список литературы	70
III.	ПРИЛОЖЕНИЕ	71
	• Рекомендации студентам по подготовке презентации и применению метода демонстрации слайдов в ходе проведения конференции	72
	• Презентации студентов	73

Пояснительная записка

Методическая разработка конференции на тему: «Акушерство: вчера, сегодня, завтра», составлена в соответствии с «Положением о проведении студенческих конкурсов, конференций и других внеаудиторных мероприятий» ГБОУ СПО Медицинского колледжа имени Клары Цеткин Департамента здравоохранения города Москвы.

Выбор темы «Акушерство: вчера, сегодня, завтра» не случаен.

Задача конференции заключается в том, чтобы проследить историю развития акушерства с древних времен до наших дней.

История акушерства составляет одну из страниц истории культуры и цивилизации человечества. Одним из знаков социализации, безусловно, следует считать возникновение взаимопомощи, в том числе при болезнях, травмах и в первую очередь при родах. Появление сознательной взаимопомощи как важнейшего общественного феномена современная историческая наука относит к развитию человека.

Искусство родовспоможения или акушерство имеет древние истоки.

Ещё в первобытное время существовала инстинктивная самопомощь при родах, но спустя многие века умение помочь роженицы практически дошло до совершенства. Это всё произошло благодаря тому, что с течением времени люди накопили огромное количество материала, необходимого для диагностики родов и лечения патологий, которые могут возникнуть на почве беременности. Первыми носителями этой медицинской отрасли стали опытные женщины, которые накапливали знания и передавали их из поколения в поколение. Конечно, лечение в те далёкие времена сильно отличалось от того, каким мы привыкли видеть его в наши дни. Роженицам давали разнообразные целебные травы, проводили с ними определённые ритуалы с использованием амулетов и заклинаний. Но наряду с нерациональной медициной были методы и рациональной. Есть основания утверждать, что уже в то время существовало кесарево сечение. Ни для кого не секрет, что Древняя Греция являлась источником медицинских знаний. Сборник Гиппократ был главной основой для любого выдающегося медицинского работника на протяжении долгого времени в Европе.

В Сборнике Гиппократ много внимания уделено акушерству.

Средние века – это мрачное времена для медицины. Церковь яростно запрещала любое развитие науки. В частности, служители говорили о непорочном зачатии и детях от дьявола. Более того, плодоразрушающие операции, которые могли бы помочь в развитии акушерства в будущем, вызывала массу недовольства и непонимания со стороны церкви, потому что многие из них заканчивались летальным исходом. Очевидно, что всё это тормозило развитие данного медицинского направления.

Не смотря на то, что акушерство всё-таки медленно развивалось, мужчины не работали в данном направлении, так как это считалось низко и неприлично. Поэтому, как правило, беременные женщины попадали в руки к старым

женщинам, которые лечили их снадобьями и обрядами. К мужчине-хирургу обращались крайне редко, только если роды были тяжёлыми, и то это было доступно не всем, а лишь богатым и знатым женщинам.

XIX век стал веком выдающихся достижений многих естественных наук.

Огромное влияние на развитие акушерства оказали появление наркоза (обезболивания) и методов асептики и антисептики. Впервые в специальных школах начинают обучать акушерско-повивальному делу. Благодаря развитию физиологии и патологии женских половых органов гинекология выделяется в отдельную дисциплину.

Акушерство очень сильно изменилось с древних времён. И если раньше беременность была опасна и страшна, то на сегодняшний день медицинские работники обязательно помогут не только сохранить жизнь роженицы и её будущего ребёнка, но и по возможности поддержать здоровье матери и нового человека.

Конференция проводится под девизом: «Студенты для студентов», студенты выпускной группы 3 АК, обучающихся по специальности «Акушерское дело», принимающие участие в работе кружка по акушерству и гинекологии выступают на мероприятии основными докладчиками.

Данное мероприятие направлено на формирование общих и профессиональных компетенций будущего специалиста, таких как:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчинённых членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 3.6. Проводить санитарно-просветительскую работу по вопросам планирования семьи, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья.

ПК 3.6. Проводить санитарно-просветительскую работу по вопросам планирования семьи, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья.

ПК 1.7. Информировать пациентов по вопросам охраны материнства и детства, медицинского страхования.

МЕТОДИЧЕСКИЙ БЛОК

Цели:

1. Сформировать представление о том, как развивалось акушерство с древних времен до наших дней.
2. Сформировать представление о новых достижениях в акушерстве.
3. Сформировать навыки исследовательской и поисковой деятельности обучающихся.
4. Активизация творческого потенциала обучающихся.
5. Формирование личности будущего профессионала.
6. Формирование умения работать в команде.

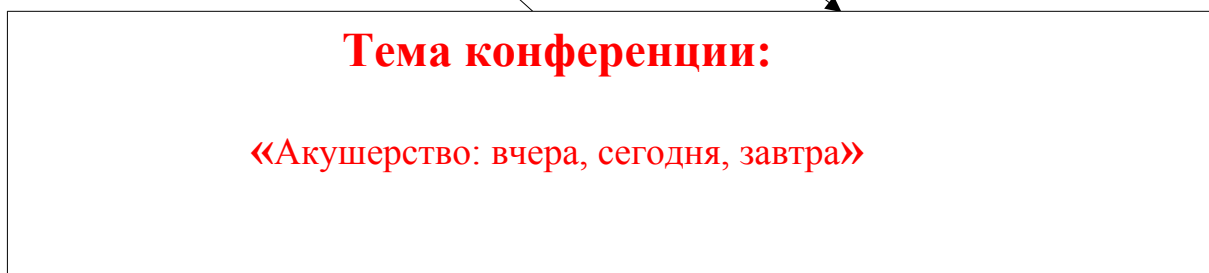
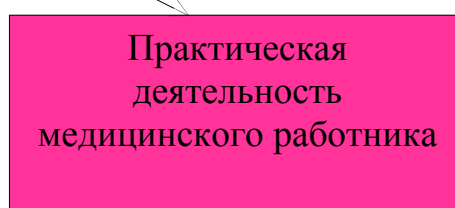
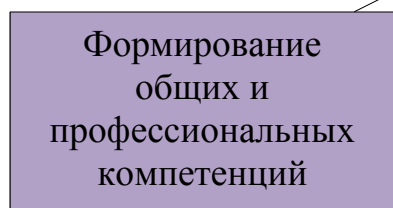
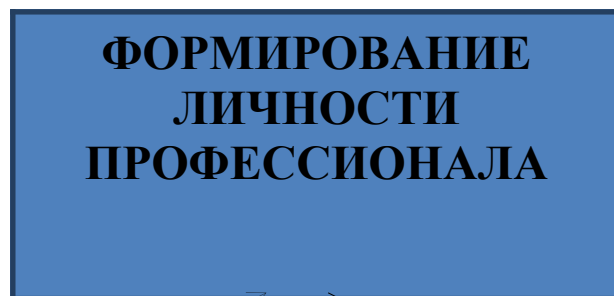
Задачи:

1. Дать обучающимся представление об истории развития акушерства с древних времен до наших дней, о новых достижениях в акушерстве.
2. Акцентировать внимание молодежи на том, что специальные медицинские знания легко экстраполируются в повседневную, в том числе, студенческую жизнь.

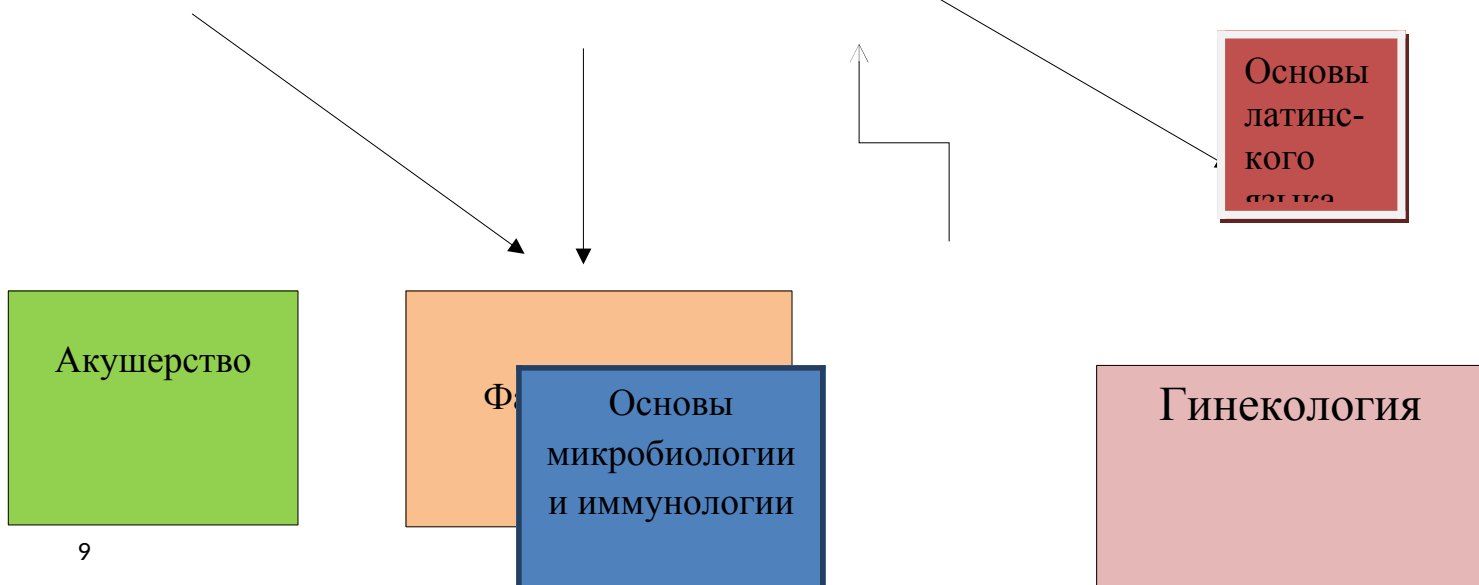
С целью качественной подготовки и проведения конференции были привлечены преподаватели клинических дисциплин МДК 01.01; 04.01 и студенты выпускной группы, обучающихся по специальности «Акушерское дело» и обучающиеся 2 курса, принимающие участие в работе кружка «Акушерство и гинекология».

Важно, что в ходе проведения конференции раскрываются междисциплинарные связи. Изучаемые обучающимися дисциплины и междисциплинарные курсы предстают в едином комплексе. Использование видеоматериалов с участием обучающихся колледжа позволяет наглядно продемонстрировать взаимосвязь теоретических и практических аспектов темы конференции. Участие в конференции старшекурсников делает разговор с первокурсниками более доверительным, усилит интерес к данной дисциплине.

Междисциплинарные связи:



БАЗИСНЫЕ ЗНАНИЯ И УМЕНИЯ



ЭТАПЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Этапы подготовки	Вид деятельности	Сроки
1. Выбор темы конференции	Преподаватели клинических дисциплин принимают решение о проведении конференции на тему «Акушерство: вчера, сегодня, завтра» для обучающихся 1-3 курсов.	1 день
2. Создание оргкомитета по подготовке конференции	Преподаватели выбирают группу обучающихся из участников кружка «Акушерство и гинекология» и создают творческую группу по подготовке конференции. Назначается день и время рабочих заседаний.	1 день
3. Заседание оргкомитета	Преподаватели ПМ 01, 04 разъясняют обучающимся цели и задачи мероприятия и предлагают обсудить темы и содержание докладов. Подбирается литература.	1 день
4. Организация процесса подготовки докладов для конференции.	После распределения тем докладов, преподаватели вместе с обучающимися обсуждают содержание выступлений.	2 дня
5. Проверка преподавателями материалов выступлений.	Преподаватели проверяют доклады и вносят коррективы.	2 дня
6. Подготовка презентации.	Участники готовят слайды (в компьютерной программе Power Point), которые станут наглядным пособием к конференции.	1 день
7. Подготовка видеоматериалов по теме.	Участники под руководством преподавателей находят видеоматериалы по теме конференции.	1 день
8. Написание сценария сценок.	Участники вместе с преподавателями пишут сценарии выступления.	1 день
9. Репетиции	После подготовки докладов в актовом зале проводятся репетиции с использованием мультимедийной	1 день

	установки для демонстрации по ходу докладов слайдов на экране. Вносятся коррективы.	
10. Подготовка актового зала.	<p>Преподаватели обеспечивают готовность актового зала к конференции. Основные контрольные моменты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оборудование для презентации (компьютер, мультимедийная приставка, экран) 2. Оформление сцены. 	1 день
10. Форма одежды студентов	<p>Рекомендуемая форма одежды:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для ведущей – хирургический костюм 2. Для докладчиков – белый халат с эмблемой колледжа 3. Для участников сценки – соответствующая одежда. 	В день проведения конференции
11. Проведение конференции	Преподаватели осуществляют руководящую и координирующую роль. Ассистент проводит демонстрацию слайдов презентации.	По плану

ПРОГРАММА ПРОВЕДЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ

Дата проведения: 16.02.2015 г.

Время проведения: 14.20

Место проведения: Актальный зал колледжа

Продолжительность мероприятия: 60 мин.

Оргкомитет:

- Попова О. П. – преподаватель клинических дисциплин
- Бандас О. Ф. – преподаватель клинических дисциплин

Список участников:

1. Туровцева Вера – студентка группы 3АК
2. Киселева Анна – студентка группы 3АК
3. Джамаева Маржана – студентка группы 3АК
4. Ишоника Катя – студентка группы 3АК
5. Ахундова Исабет – студентка группы 3АК
6. Гюльметова Замина – студентка группы 3АК
7. Евтушенко Алла – студентка группы 2АК
8. Семенова Лена – студентка группы 2АК
9. Руссу Юлия – студентка группы 3АК
10. Северин Анна – студентка группы 3АК
11. Басалаева Елена – студентка группы 2 Ф
12. Грезент Жанна – студентка группы 3АК (участница сценки)
13. Захарченко Ирина – студентка группы 3АК (участница сценки)
14. Каминская Кира - студентка группы 3АК (участница сценки)
15. Земцова Оля – студентка группы 3АК (техническая поддержка)
16. Захарова Тамара – студентка группы 3АК (ведущая конференции)

Оснащение и оборудование:

1. Материально-техническое оснащение:

- компьютер;
- проектор;
- мультимедийный экран

2. Методическое обеспечение:

- методическая разработка;
- презентации на темы:
 1. Роды: традиции, суеверия Древнего Мира
 2. Роды на Руси
 3. Сценка из повести Булгакова М. А. «Записки юного врача»
 4. Первые роддома

5. «Домашние роды» в условиях акушерского стационара
6. Эволюция родильных кресел
7. «Космическое» кресло
8. Роды в разных странах мира
9. Методы пренатальной диагностики
10. Роды в экстремальных условиях
11. Роды после трансплантации матки
 - видеоматериалы:
 - «Роды на универсальном кресле»
 - «Лапино»
 - «Роды в СССР»
 - «Пренатальная диагностика»

ХРОНОКАРТА КОНФЕРЕНЦИИ

№	Элемент	Время
1.	Организационный момент. Вступительное слово преподавателя, сообщение темы, просмотр видеоматериала.	5 мин
2.	Выступления по темам: 1. Роды: традиции, суеверия Древнего Мира 2. Роды на Руси 3. Сценка из повести Булгакова М. А. «Записки юного врача» 4. Первые роддома 5. «Домашние роды» в условиях акушерского стационара 6. Эволюция родильных кресел 7. «Космическое» кресло 8. Роды в разных странах мира 9. Методы пренатальной диагностики 10. Роды в экстремальных условиях 11. Роды после трансплантации матки	45 мин
4.	Обсуждение. Ответы на вопросы аудитории.	7 мин
5.	Подведение итогов. Заключительное слово преподавателя.	3 мин
	Итого:	60 мин

РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

1. РОДЫ: ТРАДИЦИИ И СУЕВЕРИЯ ДРЕВНЕГО МИРА

Доклад подготовила студентка группы 3 АК Туровцева Вера

Момент рождения человека – важнейшая точка в его жизни. Неудивительно, что издавна наши предки находили объяснение процессу родов в существовавших верованиях и окружали его множеством ритуалов, обрядов.

Часть из них в наши дни приходится слышать беременной женщине от окружающих в виде народных советов или суеверий. Давайте посмотрим, какие они бывают и что за ними кроется.

Роды – сугубо женская функция организма – источник человеческого рода. Именно поэтому акушерство – одно из самых древних направлений врачевания, ровесник человечества.

Примечательно, что часто традиции, связанные с родами, схожи у разных народов. Это объясняется представлениями наших предков о рождении человека.

Во-первых, роды рассматривались как акт перехода из одного мира в другой, то есть процесс, в котором участвуют сверхъестественные силы. Считалось, что во время родов душа умирает в потустороннем мире и рождается в мире земном. Поэтому роды, впрочем, как и вся беременность, рассматривались, как опасный для женщины и младенца период, в который требуется особая защита от злых сил.

Во-вторых, множество обрядов, таких, как наговоры, заклинания, молитвы, были направлены на облегчение боли. Основным действующим приемом в них являлось внушение, а также отвлекающие и стимулирующие возникновение измененных состояний сознания факторы. Большинство методов сводилось к различным воздействиям на психику женщины. Кроме того, с моментом рождения связывали дальнейшую судьбу человека. От того, каким будет переход из невидимого мира в материальный и какие впечатления получит ребенок в момент рождения, зависит его дальнейшая жизнь.

Благодаря развитию и совершенствованию акушерской службы в мире, беременность и роды не являются рискованным мероприятием как для женщины, так и для плода. На современном этапе развития акушерской помощи в мире, эти осложнения минимальны.

Давайте «покопаемся» в интересных исторических фактах. Первые упоминания о методах диагностики беременности были обнаружены в египетских манускриптах и древнерусских свитках. Задержка месячных

(а в те времена подсчёт был затруднён) – это ещё не 100% наличие беременности, поэтому мочой данной женщины поливали высаженные рядом с домом ячмень и пшеницу. Если они проросли быстрее, чем контрольные посевы (которые поливались обычной водой), значит, беременность достоверно подтверждалась. Позже этот метод диагностики был доказан европейскими врачами научно. Кроме того, этот же «злаковый тест» служил для определения пола будущего ребёнка: если быстрее проросла пшеница – ожидали мальчика, если ячмень – девочку.

В древнем Египте (50 веков назад) был тест на фертильность – возможность забеременеть. Прежде чем жениться, мужчина хотел проверить, бесплодна его жена или нет. Для этого вечером женщине во влагалище помещали зубчик чеснока. Если утром, проснувшись, женщина ощущала во рту его привкус, значит, детородный прогноз был благоприятным. Чтобы женщина быстрее зачала, во время каждого интимного контакта, её обкуривали специальными благовониями.

Покровительницей женщин и детей в Древнем Египте была богиня Таурт. Её изображали в виде беременной самки бегемота с руками женщины и головой львицы. Всем беременным обязательно нужно было носить кулон с изображением этой богини.

Египтянки незадолго до родов посещали Дом Родов (Маммизи) – это храм, где они заручались благословением и поддержкой богини Хатор. После этого беременной полагалось сидеть дома и ждать родов. За это время она договаривалась с проверенной акушеркой, которой доверяла. Роды происходили в доме, в специально оборудованной комнате.

Египтянки рожали сидя на корточках на специальных родильных камнях, нагретых до определённой температуры, упираясь локтями в колени. Живот женщины во время схваток акушерка массировала и натирала шафраном и пивом под специальными благовониями.

В Греции и Риме роды происходили подобным образом. Уже с древних времён там было известно о влиянии вредных факторов на плод, о пользе гигиены, о наследственной патологии. Применялись попытки обезболивания родов. Если женщины погибала – проводилось чревосечение для спасения плода.

В Риме женщине вручали ключ, чтобы рожать было легче. После родов новорожденного клали к ногам отца. Он должен был взять его и поднять над головой, тем самым признавая своё отцовство и принимая его в семью.

Греки дарили новорожденному подарки и небольшие сувениры. На пятый день устраивали праздник, который состоял из вознесения благодарности Богам, застолья и танцев.

Широко распространен у различных народов обычай развязывания и раскрытия всего в доме, призванный способствовать свободному

прохождению ребенка по родовым путям. Рядом с роженицей не должно было быть закрытых сундуков, запертых замков, завязанных узлов.

В Индии повитуха открывает все двери, все окна и откупоривает все бутылки. Беременных окружали красивыми вещами, они слушали только прекрасную музыку — существовали даже специальные концерты для беременных, ели вкусную освященную пищу, рисовали, играли на музыкальных инструментах. Одежда для будущих мам шилась только из дорогих, приятных телу тканей. Такая гармоничная обстановка должна была развивать у ребенка чувство прекрасного. В Индии женщины обязательно должны были петь спокойные красивые песни. Важность пения заключалась в том, чтобы задействовать диафрагмальное дыхание, которое помогает насыщать организм кислородом. Глубокий вдох — долгий выдох.

У шотландских горцев существовал обычай во время родов развязывать все узлы в доме, распускать пояса и развязывать все ленты на женской одежде.

В Китае около роженицы ставили раскрытый зонт.

В еврейских и православных традициях в случае проблемных родов обращались к священнику с просьбой открыть дверей церкви, а также Царских врат на алтаре, что тоже должно было помочь ребенку прийти в этот мир. На Руси рожаящей женщине также предписывалось распустить косы, развязать пояс, снять все украшения, а в доме открыть окна, двери, ворота, сундуки и шкафы.

Традиционно помощь роженице оказывалась женщинами. Так, с древнейших времен у египтян, евреев и китайцев, а также в Древней Греции и Древнем Риме акушерская помощь находилась всецело в руках женщин (повитух). К помощи врача-мужчины прибегали только в тяжелых случаях. Долгое время для врача считалось недостойным заниматься акушерством и принимать роды. Во многих племенах, сохранивших архаичный образ жизни, женщины рожают самостоятельно, либо при помощи старшей женщины в семье (племени).

Место, где женщины должны были рожать, и позы для родов могли быть разными. Чаще всего, например, в европейских странах, в Древнем Египте и Греции, рожали просто в доме. Но для этих целей могло использоваться и отдельное строение. В горной Осетии похожим убежищем служил хлев. В народе уйгуров женщины должны были рожать первенца в доме своей матери. На Руси таким помещением традиционно считалась баня — изолированное хозяйственное строение, стоящее на границе земельного участка, и словно бы между миром «своих» и «чужих».

Что касается родовых поз, то можно сказать, что у разных народов была общая традиция — отсутствие статичной позы лежа на спине.

Широко известна принятая в азиатских странах и у многих племен поза на корточках.

В Голландии в 8-9 веках предпочитали сидячую позу, в приданое невесты даже входил специальный родильный стул.

Древние египтянки рожали, сидя на корточках на священном камне, в Японии женщины также рожали сидя на связке соломы.

В традициях индейских племен была принята поза, когда родители садились на корточки спиной друг к другу и сплетали руки в районе локтей.

Эстонки во время родов сидели на коленях у мужа.

На Руси обычно рожали стоя на корточках или на коленях, а иногда держась за какую-нибудь опору и таким образом провисая.

В Месопотамии и Иране для обезболивания родов применялись наркотические препараты. В Индии использовали йогу для коррекции положения плода. В Америке у **ацтеков и майя** были известны рецепты для предохранения от беременности, лечения бесплодия, пособия при нормальных и осложнённых родах, родостимуляция (хина), обезболивание.

В **Китае** беременным женщинам (как и на Руси) не разрешалось пользоваться ножницами и шить. Если в доме была беременная женщина, семье запрещалось переезжать на другое место и даже переставлять мебель – это могло спровоцировать духов на недобрые дела. Китайцы обезболивали роды посредством иглоукалывания, а во время рождения ребёнка раскрывали зонт, муж при этом покидал дом и молчал, пока жена не родит. После родов женщине полагалось целый месяц сидеть, а точнее, лежать дома. В это время даже самая злая свекровь не имела права заставить невестку работать. Женщине запрещалось не только выполнять какие-либо обязанности по дому, но даже плакать (чтобы не ухудшилось зрение). По этой же причине роженице не давали читать. Кроме того, принимать ванну можно было только с особыми травами, а вот голову мыть было нельзя!

Какими бы чудными и странными ни были родовые традиции мира, роды - это самая древняя вселенская тайна женщины, нескончаемый источник продолжения человечества.

2. РОДЫ НА РУСИ

Доклад подготовила студентка группы 3 АК Киселева Анна

Саломея - повивальная бабка, присутствовавшая при рождении Иисуса Христа, которая через чудо засвидетельствовала сохранение девственности Богородицы. Образ Саломеи вошёл в иконографию Рождества Христова и народные обычаи, связанные с родами. Согласно Протоевангелие Иакова, Иосиф, отправляясь на поиски повитухи, встречает женщину, которой рассказывает, что в пещере рождает *«Мария, которая выросла в храме Господнем, и я по жребию получил её в жены, но она не жена мне, а зачала от Духа Святого»*. Повитуха, имя которой не сообщается, соглашается помочь Иосифу, и он отводит её к пещере. Она не успевает оказать никакой помощи Марии при родах, так как *«в пещере засиял такой свет, что они не могли вынести его, а немного времени спустя свет исчез и явился младенец, вышел и взял грудь матери своей Марии»*.

Эта женщина, выйдя из пещеры, встречает Саломею и рассказывает ей о Деве Марии и её родах. Саломея усомнилась в рождении девственницей младенца. Она идёт к Марии и свидетельствует о том, что дева Мария сохранила девственность при рождении Иисуса Христа.

Повитуха Саломея у русских крестьян стала главной покровительницей и помощницей родов. Русские крестьяне на второй день Рождества Христова устраивали праздник для повивальных бабок («бабины» или «бабьи каши») на котором вспоминалась Саломея-повитуха, не имевшая своего дня памяти в православном месяцеслове.

Считалось, что Саломея совершала с младенцем Христом все те же действия, которые должна выполнять при родах деревенская повитуха.

Таинство рождения

В день родов повитуха тайком шла в дом роженицы, задворками, огородами, чтобы ни в коем случае ни привлечь к себе внимания. В давние времена старались, чтобы о начавшихся родах было известно как можно меньшему количеству человек. Из круга осведомленных исключались даже родственники. Мать и малыш в день родов считались наиболее уязвимыми, по поверьям их можно было легко сглазить, «испортить», да и сам процесс родов мог пройти тяжелее и болезненнее.

Роды, как правило, происходили в бане, причем приготовить всё и натопить баню должна была сама беременная женщина.

Открывай ворота – как рожали на Руси.

Издревле, материнская утроба воспринималась своеобразными воротами, через которые ребенок входит в наш мир. Поэтому многие традиции и обряды проводились именно для символического открытия этих самых ворот. Так в доме роженицы открывалось все, что можно было открыть: окна, двери, печные заслонки, лари, сундуки, выдвигались ящики столов. Так же, традиционно распускалось, развязывалось и расплеталось все, что можно было расплести и развязать. Отсюда идет примета, что рожать лучше с распущенными волосами. Так ребенку легче попасть в наш мир.

Может показаться, что это древняя традиция. Но и сейчас в роддомах до сих пор соблюдается эта традиция.

Вода так же участвовала в древних обрядах. Вода из проточного водоема – реки или ручья – использовалась для омовения, питья, ею сбрызгивали роженицу, чтобы ребенок «скатился» так же легко, как течет ручеек или стекает с тела вода.

«Сповивальница».

На Руси это профессия считалась очень почетной. Кто угодно не мог стать повивальной бабкой, одного желания было мало. Прежде всего, женщина должна была быть пожилой (чаще вдовой), у нее должны были отсутствовать месячные. Поведение ее должно было быть безупречным – никаких измен мужу, никакой помощи в «отмывании чад» (аборты), иначе она могла лишиться своей практики.

Не брали в повитухи женщин, которые сами не имели детей или дети которых болели. Если у повитухи умирали свои, или «повитые» детки, то считалось, что у нее «тяжелая рука» и от ее услуг отказывались. Считалось, что со сварливой, непокладистой и чернявой повитухой роды пройдут тяжелее.

Приходили повитухи всегда добровольно, не задумываясь о том, получат ли они оплату, и какую. После родов, роженица обязательно одаривала повивальную бабку символами плодородия и очищения. Это могли быть полотенца, мыло, хлеб, курица и другие, подобные предметы. Более существенное дарение (денежное) преподносилось уже к крестинам малыша.

Мужу родильницы отводилась особая роль при родах: прежде всего он должен был снять сапог с правой ноги жены и дать ей напиток, затем развязать пояс, а после – прижимать колено к спине роженицы, чтобы ускорить роды.

Младенец.

Как только ребенок появлялся на свет, повитуха сообщала матери о том, кто у нее родился, отрезала пуповину (мальчику – на колуне, чтобы был хорошим мастером, девочке – на веретене или прялке, чтобы была хорошей хозяйкой). «Расправляла» ребенка, т.е. разглаживала ему руки, ноги, животик. Затем новорожденного заворачивали в рубаху отца, причем не стиранную, а снятую с тела, чтобы младенец с момента рождения привыкал к родному запаху.

3. СЦЕНКА ИЗ ПОВЕСТИ БУЛГАКОВА М.А. «ЗАПИСКИ ЮНОГО ВРАЧА»

Сценарий

1 сценка «сахар»

За столом сидят две акушерки и врач.

Заходит больной

Больной: Да что ж, вы доктор, не помогают ваши горчишники ничего

Врач: Врешь! Не могут французские горчишники не помочь! Ты их, наверное, не ставил?

Больной: Как же, не ставил? И сейчас стоит...

(и при этом поворачивается спиной, а у него горчишник на тулупе наклеен!..)

Врач: Вот это – анекдот!

Акушерки Анек-дот?! Анекдот?–

Акушерка Пелагея Ивановна Нет-с!–У нас, знаете ли, вся жизнь из подобных анекдотов состоит...У нас тут такие вещи...

Акушерка Анна Николаевна А сахар?!–Расскажите про сахар, Пелагея Ивановна!

Акушерка Пелагея Ивановна Приезжаю я в то же Дульцево к роженице...Ну, понятное дело, исследую–чувствую под шипцами в родовом канале что-то непонятное... то рассыпчатое, то кусочки... Оказывается –сахар-рафинад!

Акушерка Анна Николаевна Вот и анекдот!

Врач Поз-вольте... ничего не понимаю...

Акушерка Анна Николаевна

–Волосы дают жевать роженицам,

Врач

—Зачем?!

Акушерка Анна Николаевна

—Шут их знает. Раза три привозили нам рожениц. Лежит и плюется бедная женщина. Весь рот полон щетины. Примета есть такая, будто роды легче пойдут...

(акушерки уходят)

Врач: Мог ли я тогда предположить, что ждёт меня дальше. Приживусь ли я здесь.

Гаснет свет, голос Булгакова

Побежали дни в Н-ской больнице, и врач стал понемногу привыкать к новой жизни. В деревнях по-прежнему мяли лен, дороги оставались непроезжими, и на приемах у него бывало не больше пяти человек. Вечера были совершенно свободны, и он посвящал их разбору библиотеки, чтению учебников по хирургии и долгим одиноким чаепитиям у тихо поющего самовара. Целыми днями и ночами лил дождь, и капли неумолчно стучали по крыше, и хлестала под окном вода, стекая по желобу в кадку. В один из таких вечеров врач сидел у себя в кабинете над атласом по топографической анатомии. Кругом была полная тишина, и только изредка грызня мышей в столовой за буфетом нарушала ее. Он читал до тех пор, пока не начали слипаться отяжелевшие веки

(раздается сильный стук загорается свет, врач спит)

Врач –Кто там?

Акушерка Анна Николаевна -Рожает Неблагополучные роды...

Врач (спешно одевается, не может обуться)

-Вот оно. Началось. А, черт! Спички не загораются. Что ж, рано или поздно это должно было случиться. Не всю же жизнь одни ларингиты да катары желудка. Половина двенадцатого... Что там такое у этой женщины? - Гм... Неправильное положение... узкий таз. Или, может быть, еще что-нибудь хуже. Чего доброго, щипцы придется накладывать. Отослать ее разве прямо в город? Да немислимо это! Хорошенький доктор, нечего сказать, скажут все! Да и права не имею так сделать. Нет, уж нужно делать самому. А что делать? Черт его знает. Беда будет, если потеряюсь перед акушерками срам. Впрочем, нужно сперва посмотреть, не стоит прежде времени волноваться...

(одевается, накидывает пальто, выходит из комнаты)

(открывает ширму)

Врач (уверенно)

—Ну-с, что такое?—

Акушерка Анна Николаевна

—Поперечное положение,—

Врач

—Та-ак, что ж, посмотрим...

Акушерка Анна Николаевна

—Руки доктору мыть, доктор!

Пелагея откидывает одеяло, врач садиться к роженице, пальпирует живот. Женщина стонет.

Врач

—Тихонько, тихонько... потерпи,—

(про себя, хмурится, продолжает ощупывать) Собственно говоря, Анна Николаевна права. Сколько бы я ни исследовал, больше Анны Николаевны я все равно бы не узнал. Диагноз верный: поперечное положение. Ну, а дальше?..

Врач (вставая с кровати)

—Так, исследуем изнутри!

(снова моет руки)

—Эх, Додерляйна бы сейчас почитать!

(склоняется над роженицей, производит внутреннее обследование, акушерки чем то заняты)

—Здесь я —один-одинешенек, под руками у меня мучающаяся женщина, за нее я отвечаю. Но как ей нужно помогать, я не знаю, потому что вблизи роды видел только два раза в своей жизни в клинике, и те были совершенно нормальны.

Врач (бубнит)

–Поперечное положение... раз поперечное положение, значит, нужно... нужно делать...–

Акушерка Анна Николаевна.

Поворот на ножку!–

Врач

–Да, поворот на ножку.

Поворот прямой... поворот комбинированный... поворот не прямой.... Таз, искривленные, сдавленные младенцы с огромными головами... свисающая ручка, на ней петля. Поперечное положение есть абсолютно неблагоприятное положение. Что правда, то правда. Абсолютно неблагоприятное как для самой женщины, так и для врача, шесть месяцев тому назад окончившего университет.

Врач

–Что ж... будем делать,–

Акушерка Анна Николаевна

–Пелагея Ивановна, приготовляйте хлороформ.

Врач: Прекрасно, что сказала, а то ведь я еще не был уверен, под наркозом ли делается операция? Додерляйна надо посмотреть...

(врач моет руки)

Врвч

–Ну-с, хорошо... вы готовьте для наркоза, укладывайте ее, а я сейчас приду, возьму только папиросы дома.

Акушерка Анна Николаевна

–Хорошо, доктор, успеется,

(вытирает руки, одевает пальто, уходит)

хватает книгу, ходит по залу.

Врач: - Вот он Додерляйн «Оперативное акушерство».

(Быстро перелистывает страницы.)

поворот всегда представляет опасную для матери операцию. Хорошо. Если я сумею даже каким-нибудь чудом определить затруднения и откажусь от дальнейших попыток, что, спрашивается, я буду делать с захлороформированной женщиной из деревни Дульцево?

Дальше:...Совершенно воспрещается попытка проникнуть к ножкам вдоль спинки плода, т.к. это может дать повод к самым печальным последствиям...«Печальным последствиям». Немного неопределенные, но какие внушительные слова! А что, если муж дульцевской останется вдовцом?

Довольно! Чтение принесло свои плоды: в голове у меня все спуталось окончательно, и я мгновенно убедился, что я не понимаю ничего.

(бросает книгу, смотрит на часы)

Черт! Оказывается, я уже двенадцать минут дома. А там ждут....с каждым часом промедления...

(выбегает в больницу)

(Акушерка готовит маску с хлороформом, роженица лежит на опер. столе, стонет)

Акушерка Пелагея Ивановна

—Терпи, терпи, доктор сейчас тебе поможет...

Женщина

—О-ой! Моченьки... Нет... Нет моей моченьки!.. Я не вытерплю!

Акушерка Пелагея Ивановна

—Небось... Небось... вытерпишь! Сейчас понюхать тебе дадим... Ничего и не услышишь.

(Врач и акушерка моют руки)

Акушерка Анна Помню, как предшественник ваш делал. Вводил одну руку внутрь, другой помогал снаружи, очень он чутко работал, полагался на чувство меры, без которого врач никуда не годится, осторожно, но настойчиво низводил одну ножку и за нее извлекал младенца, так всегда было любо смотреть, как работал!

Врач

—Давайте,—

(мажет пальцы йодом)

(Пелагей складывает руки роженицы, анна прикладывает маску к ее лицу)

Женщина

—Га-а! А!!—

(Несколько секунд она судорожно рвалась, стараясь сбросить маску.)

Акушерка Пелагея Ивановна

—Держите!

(женщина засыпает под наркозом)

Врач

—Пелагея Ивановна, пульс?

Акушерка Пелагея Ивановна

—Хорош.

(Анна акушерка, сдвинув маску, посмотрел зрачок.)

—Спит.....

(гаснет свет)

Булгаков

Лужа крови. Мои руки по локоть в крови. Кровяные пятна на простынях. Красные сгустки и комки марли.

(Загорается свет)

(Пелагея Ивановна встряхивает младенца и похлопывает его, раздаётся крик ребенка)

Акушерка Пелагея Ивановна

–Жив... жив , и мать жива.

(Врач ощупывает пульс)

Акушерка Анна Николаевна –Ну, тетя, тетя, просыпайся.

Булгаков

Сморщенное коричневое личико глядит из белого ободка, и не прерывается тоненький, плаксивый писк.

Акушерка Пелагея Ивановна

–А вы, доктор, хорошо сделали поворот, уверенно так.

Действующие лица.

Акушерка Анна – Киселева Анна

Акушерка Пелагея – Ира Захарченко

Врач -

Роженица – Тамара Захарова

Автор - Каминская Кира

Больной - Нуйвар (тулуп, валенки, шапка ушанка, борода, штаны шаровары)

Музыка, черепашка, таз, кувшин, акушеркам белые плоточки на голову, ребенок

4. ПЕРВЫЕ РОДДОМА

Доклад подготовила студентка группы 3 АК Катя Ишонина

Первый родильный дом в Москве (и в России) был открыт в 1764 при Воспитательном доме и имел три отделения: “для секретно родящих”, “для рождающихся незаконных детей” и “для женщин замужних, но не желающих оставить ребёнка”.

В 1801 профессор Московского университета В. М. Рихтер (1767-1822) основал и возглавил Повивальный институт с родильным госпиталем на 3 кровати.

На Руси первый роддом был создан по указу царя Николая II в 1897 году, «...дабы женщины лёгкого поведения не рожали на улицах». В те времена рожать в роддоме было признаком бедности и грязного, безродного происхождения. Приличные дамы рожали у себя дома под присмотром повитух. В древности в России помощь оказывали **бабки-повитухи**. Некоторые из них были умелыми и наблюдательными, использовали приемы для исследования беременных и рожениц, применяли травяные растворы, стимулирующие родовую деятельность, и кровоостанавливающие средства для лечения полового бессилия, бесплодия

В 1903 в Москве было 12 родильных домов (на 138 кроватей).

В 1906 открыт “образцово-показательный” родильный дом им. А. А. Абрикосовой (ныне родильный дом № 6), при котором были созданы женская и детская консультации.

В 1907 на средства купца Лепёхина был открыт родильный дом (на 63 кровати), носивший его имя (впоследствии Родильный дом № 7 им. Г. Л. Грауэрмана).

В 1907 открылась первая в Москве больница для послеродовых больных.

До 1917 родильные дома города могли принять лишь около половины рожениц (остальные рожали на дому).

Значительный рост сети родильных домов произошёл после постановления ЦИК и СНК СССР о запрещении аборт (1936) и в 1960-85.

Вместо родильных приютов для неимущих и безмужних рожениц в стране развернулось грандиозное строительство родильных домов для всех женщин без исключения. Так к 1960 году по Советскому Союзу родильных коек насчитывалось уже более 200'000. По сравнению с царской Россией произошло 30-кратное увеличение количества коек при одновременном падении рождаемости.

К 1995 в Москве было 22 родильных дома (5,5 тысяч акушерских и 4,4 тысячи гинекологических коек), что полностью удовлетворяет потребности населения города. В современных Родильных домах созданы специализированные отделения для женщин с сердечно-сосудистыми, эндокринными, гнойно-септическими, почечными и другими заболеваниями. Консультативную и лечебную помощь родильным домам оказывают Центр акушерства, гинекологии и перинатологии, а также профильные кафедры и клиники Московской медицинской академии и других медицинских вузов.

5. «Домашние роды» в условиях стационара.

Доклад подготовила студентка группы ЗАК Ахундова Исабет

Если говорить о современных роддомах, то можно рассказать про госпиталь лапино. Мы, группа ЗАК в октябре побывали там, посмотрели отделения и палаты. Роддом оборудован по мировым стандартам, современнейшее оборудование, нас впечатлил и персонал и устройство роддома.

Как это не странно, но сейчас некоторые пациентки хотят рожать в условиях, не похожих на больницу и именно в Лапино есть отделение «домашних» в кавычках родов.

Домашние роды в условиях стационара проходят в специально оборудованной палате, интерьер которой оформлен в домашнем стиле: мягкая домашняя кровать, приспособленная для родов, со встроенным родильным стулом, специальная комфортная ванна, душ, мягкие кресла и столик, гимнастический мяч, коврик и другие предметы для релаксации во время родов.

Также, беременная сама может сделать выбор своего партнера в родах. Это может быть супруг, мама, сестра или просто подруга. Но в то же время, весь арсенал медицинской помощи всегда наготове – за стенами уютной домашней родильной палаты располагается родильный дом со всеми средствами экстренной помощи и реабилитации.

6. ЭВОЛЮЦИЯ РОДИЛЬНЫХ КРЕСЕЛ

Родильные кресла

Родильные стулья использовались с древнейших времен до 1800-х годов. Они часто передавались в семьях по наследству. Родовые кресла были на пике своей популярности к концу 1700-х годов, использовались и женщинами, и мужчинами - акушерами. Спинка в родильном кресле, позволяет матери сидеть прямо во время родов. Тем не менее, оно имеет низкий центр тяжести, поэтому мать может также сесть на корточки и по-прежнему опираться на стул.

Многие стулья были семейными реликвиями, которые передаются из поколения в поколение по сегодняшний день. Они все еще используются в некоторых странах. Некоторые стулья имели довольно сложные конструкции и подставки для ног для комфорта матери. Некоторые также могут быть сложены, или преобразованы в кровать для операционной.

Сиденья имеет форму, чтобы разрешить доступ во время родов, также может быть сложено преобразовано в кровать или операционный стол.

Прототипом его служило родоразрешение на коленях мужчины или женщины, что в 16-17 веках часто практиковалось в Европе.

Рахманов Александр Николаевич -

акушер, организатор родовспоможения.

Усовершенствовал оборудование акушерских стационаров.

Придумал и ввёл в практику кровать для рожениц, так называемую *Кровать Рахманова*.

В современной медицинской практике безопасности способов терапии, равно как и удовлетворению пациента уделяется повышенное внимание.

Кровать родовая разработана таким образом, что будущая мать располагает максимальной свободой движений на первом этапе родов и в период выхода плода. При помощи ручного управления родовой кроватью можно регулировать безгранично. Мягкое, гладкое покрывало и подушки стола легко поддаются мытью и дезинфекции. При необходимости, в два-три приема можно приспособить стол для

срочного хирургического вмешательства. Родовая кровать нового поколения — для легких и безопасных родов.

Роженица сама может управлять техникой и ставить спинку в удобное для нее положение, боковые поручни можно поднять или опустить движением одной руки, а когда наступает сам момент родов, акушеры трансформируют кровать, откидывают секцию для таза и таким образом получают удобный доступ к пациентке».

После родов новоиспеченная мама вместе с малышом еще в течение двух часов отдыхает на этой кровати, а потом переводится в послеродовое отделение.

3Слайд



Второй этап родов в вертикальном положении с партнером. Женщина может опереться на своего партнера.



Роды в классическом положении.



Роды в положении на корточках, оптимизация родовой оси, промежность расслаблена. Первый этап родов и/или промежуточный этап в коленно-локтевом положении в случае потуг при оставшемся в прежнем положении проходе шейки или в случае внутриматочной асфиксии.



Роды в положении на корточках с партнером. При появлении головки плода мужчина может слегка приподнять женщину.



Роды с хирургическим вмешательством, роды при помощи щипцов или вакуумная экстракция, ручное выжимание в случае ягодичного предлежания плода, послеродовая обработка промежности, ручное удаление плаценты.



Роды в коленно-локтевом положении для повторнородящих женщин, если необходимо расслабить промежность или при рождении особенно крупных детей.

Второй этап родов в вертикальном положении — удобная сидячая поза. Вырез в матрасе исключает давление на промежность. В случае ягодичного предлежания плода возможно ручное выжимание.



Кесарево сечение в родильной палате.



После родов в коленно-локтевом положении. После выхода плода женщине не нужно переворачиваться. Она может просто сесть, откинувшись



Положение в случае шока — пролапс полового шнура или большой потери крови.



назад.

*Роды в
положении
Тренделенбурга в
случае
патологических
родов,
хирургического
вмешательства
или выжимания
вручную.*



*Поднятие ног для
расслабления.*

7. « Космическое кресло» Демонстрация фильма *студентка группы 3 АК Северин Аня*

8. РОДЫ В РАЗНЫХ СТРАНАХ

Доклад подготовила студентка группы 3 АК Гюльметова Замина

В каждой стране есть свои традиции родов. Если, к примеру, славянки рожают без обезболивания, в западных странах роженицы предпочитают облегчить роды с помощью эпидуральной анестезии, а в восточных странах с помощью массажа и акупунктуры. Большинство из нас за лактацию борются до последнего, а француженки предпочитают не кормить грудью.

НОРВЕГИЯ

Эпидуральная анестезия при родах применяется часто, окончательное решение о применении анестезии принимает врач, поскольку обезболивание, как и прочие медицинские действия, не рассматривается как сервис, заказанный и оплаченный клиентом

Практически обязательные в России перед родами клизма и бритье в Норвегии неизвестны и не практикуются.

Присутствие при родах мужа либо другого человека, близкого роженице, совершенно обычно, и подавляющее большинство родов в Норвегии — партнерские роды.

Кесарево сечение, как способ разрешения от бремени — дело исключительно врача, и по желанию роженицы эта операция не делается.

Палаты во всех норвежских больницах очень комфортабельны и снабжены душем, телевизором, телефоном, а заказать блюда можно на выбор по меню.

Отец ребенка может посещать его и маму в любое время в течение дня, кроме тихого часа, а остальные посетители — в специально отведенное для этого время.

Декретный отпуск:

- Год для мамы (80-100% от зарплаты);
- 12 недель для папы;
- Дополнительный год отпуска для мамы и папы без оплаты

2 БРАЗИЛИЯ

В Бразилии естественные роды совсем не пользуются популярностью. Если есть хоть малейшая возможность, женщины стараются рожать в платных клиниках, где роды, как правило, стимулируют, что довольно часто приводит к кесареву сечению.

В этой южноамериканской стране врачи делают кесарево сечение по желанию женщины, и доля таких операций в общем количестве родов очень высока – 40%. В частных клиниках Бразилии этот показатель еще выше.

Пытаясь объяснить такой высокий показатель операций кесарева сечения, бразильские женщины предполагают, что местным врачам легче провести 60-минутную операцию, нежели контролировать долгий процесс естественных родов. Кроме того, роды путем кесарева сечения стоят дороже. В настоящее время, однако, количество операций начинает снижаться. Бразильское правительство поставило цель сократить долю кесаревых и объявило государственным клиникам, что не намерено компенсировать стоимость операций, если их доля будет превышать 30%.

Интересные факты:

- Нет водных родов;
- Почти нет вертикальных родов;
- Нужно брить лобок;
- Рожают в больничной одежде;
- Только один сопровождающий;
- В бесплатных клиниках на женщин кричат и ругаются;
- В платных клиниках почти всем роды стимулируют, ставят эпидуральную анестезию и потом делают кесарево.

3 Голландия

Естественные роды являются идеалом для большинства женщин в Голландии. Если ребенок появляется на свет в роддоме рано утром и без осложнений, мама и малыш могут уехать домой через 2 часа после родов. Зато молодую маму и ребенка оберегает уникальная голландская система «домашней заботы». В течение 7 дней после родов семью навещает медсестра. Она не только проверяет, все ли в порядке с малышом и мамой, но и убирает квартиру, готовит обед и дает ценные советы молодым родителям. Она также контролирует наплыв посетителей и печет традиционные голландские печенья по случаю рождения младенца: *beschuit met muisjes*, что можно буквально перевести как «печенья с мышами». В роли мышей выступают маленькие кусочки мармелада. Печенья покрываются бело-голубой глазурью в честь мальчика и бело-розовой – в честь новорожденной девочки.

Плюсы:

- кесарево сечение в стране стараются делать только тогда, когда оно необходимо,
- с вами будут работать люди, гарантированно имеющие большой опыт работы с естественными родами,
- после родов к маме на протяжении 10 дней приходит оплачиваемая государством помощница по хозяйству, которая может помочь и с ребенком.

Минусы:

- довольно высокий по меркам Западной Европы уровень младенческой смертности (хотя он вполне себе ничего по сравнению с Россией),
- голландские домашние акушерки - не "духовные", они просто делают свое дело.

5ИНДОНЕЗИЯ

На Бали очень хорошо становится понятно, что то, что мама ест до родов - очень важно. Бедные жительницы острова, для которых основной пищей является дешевый рис, очень часто страдают от послеродовых кровотечений. Они же, кстати, чаще хотят кормить своих малышей смесями. Бесплатной медицины в Индонезии нет, так что большая часть жительниц страны рожают дома вынужденно. Европейцы и прочие представители "Запада" считаются здоровяками. Они чаще рожают или в "западных" больницах, или в родильных центрах. По сравнению даже с Россией платные роды в Индонезии доступны - родить в хорошей палате с врачом можно за 300-600 долларов.

А вот фотографии из акушерского центра Буми Сехат, которым управляет акушерка Робин Лим. В этом центре бесплатно могут наблюдаться, получать витамины и рожать все женщины на Бали. В 2011 году за свою работу Робин получила от CNN звание Человека Года.

Кесарево – 20%

Домашние роды – 60%

6ЯПОНИЯ

В этой стране довольно строгие порядки. В роддомах новорожденные находятся отдельно от мам в специальной комнате. При этом к кроваткам прикреплены сигнализации. Молодых мам вызывают только на кормления. Папы же могут прийти посмотреть на малышек через стеклянную стену в строго определенные часы. За те 5 дней, пока мама находится в роддоме, её обучают всем основам ухода за ребенком и даже проверяют усвоенное.

Кесарево – 17%

Эпидуральная анестезия – 3%

Домашние роды – 0,2-1%

Роды в экзотической стране Японии примечательны тремя вещами:

- экстремально низкой распространенностью анестезии в родах,
- экстремально высоким авторитетом врача - его принято слушаться,
- и экстремально хорошими показателями по младенческой и материнской смертности.

7 Израиль

В Израиле с большим уважением относятся к технологии. УЗИ на каждом приеме у врача, автоматически раскладывающиеся кровати, КТГ, с которым можно двигаться и лежать в ванной - это обычные атрибуты беременности и родов в Израиле.

Беременная работает до 40 недель беременности.

Женщина во время беременности может отсутствовать на работе в течение 40 часов без вычета из заработка.

До начала активных родов женщина находится вместе со своим мужем и близкими.

В Израиле почти в каждой клинике есть гостиница для родильниц, куда можно переехать вместе с малышом уже спустя 12 часов после его появления на свет.

Роды в Израиле проходят практически безболезненно, потому что врачи часто используют только современные технологии обезболивания, которые подбирают индивидуально для каждой пациентки в зависимости от результатов анализов.

Срок послеродового отпуска изменился с 12 до 14 нед., он не изменялся в Израиле в течение 53 лет.

Кесарево – 20%

Эпидуральная анестезия – 75%

Домашние роды – 1%

Плюсы:

- в бесплатных для граждан клиниках есть неплохие, сопоставимые с британскими, условия для естественных родов,
- доплата за улучшенные, заточенные именно под естественные роды, условия, вполне подъемна для москвичей - в пределах 2-5 тысяч долларов,

Минусы:

- если вы мечтаете родить дома двойню или малыша в тазовом предлежании, в Израиле сделать это у вас не получится, домашние акушерки работают строго по протоколу (по правде говоря, в этом случае и естественные роды в больнице будут под большим вопросом),
- относительно небольшое число клиник обладают возможностью для совместного пребывания мамы и ребенка после родов.

8 ГЕРМАНИЯ

В основном гинекологами в Германии работают мужчины. Среди особенностей родов можно назвать такой момент, что при первых родах производят эпизиотомию. Дело в том, что очень редко процесс родов обходится без разрывов, и их заживление происходит хуже, чем разрезов.

Отец малыша может присутствовать при родах, причем, ему не требуется сдавать анализы, специально готовиться. Достаточно просто надеть стерильный халат, бахилы, и можно заходить в палату, где проходят роды.

Интересно, что по закону Германии, каждый молодой папа получает отпуск, чтобы оказать жене помощь на первых порах.

9 РОССИЯ

В России, в отличие от других стран, всё-таки приветствуются роды естественные. Неоценимо и присутствие папы при появлении малыша. Вместо папы роль помощника может выполнить мама или подруга.

- Папа может присутствовать на родах бесплатно;

- Женщина сама решает, брить ли лобок и рожать ли в больничной или своей одежде;
- Контакт «кожа к коже» от 40 минут до 2 часов после родов;
- Нельзя ограничивать время первого прикладывания к груди;
- Должна быть возможность совместного пребывания с ребенком.

9. Методы пренатальной диагностики

Доклад подготовила студентка группы 3 АК Джамаева Маржана

Мы расскажем вам об удивительном и необычайном прорыве в медицине. 15 лет назад впервые были обнаружены в крови беременной фрагменты ДНК плода. С тех пор ученые пытаются использовать этот феномен для получения информации о здоровье ребенка, а вернее о возможных генетических и хромосомных дефектах будущего ребенка. Главной задачей диагностики во время беременности является выявление хромосомной патологии или пороков развития плода. Существует множество диагностических и медико-генетических методов, для распознавания тех или иных пороков развития. Но, конечно, врачи стремятся к тому, чтобы диагностика была как можно более точная и как можно менее инвазивная. Теперь по крови матери можно узнать о том, болен ли ребенок, пол ребенка, резус-фактор. Все это кажется невероятным, но уже сейчас такие анализы проводят в Москве и некоторых городах России. Стоят они довольно недешево, но тем не менее многие будущие мамы прибегают к этому методу.

Что было до сегодняшнего дня и что используется по-прежнему как основные методы пренатального скрининга?

Это инвазивные и неинвазивные методы.

Неинвазивные методы - это УЗИ плода, определение биохимических маркеров (хорионический гонадотропин человека, альфа-фетопротеин) в крови будущей матери. Такой вид исследования совершенно безопасен, как для беременной женщины, так и для ее еще не родившегося ребенка, но не обладает высокой точностью.

Этот скрининг, как вы знаете, проводится всем беременным в 10-12 недель беременности.

При УЗИ определяют толщину воротникового пространства, Наличие носовой кости

К инвазивным относятся следующие:

- биопсия хориона (забор части клеток плодного яйца для исследования, проводится на 11 – 12 неделе, выявляется генетическая патология),
- амниоцентез (забор околоплодной жидкости, в первом триместре беременности выявляется гиперплазия коры надпочечников, во втором триместре – хромосомная патология, заболевания нервной системы),
 - амниоскопия
- кордоцентез (забор крови из пуповины плода для исследования, выявляются заболевания крови, инфицированность плода),
Эти методы точные, но как я уже сказала – инвазивные, а значит могут быть осложнения и очень серьезные.

И вот совсем недавно был разработан этот новый метод для надежного диагностирования у плода различных аномалий.

Группа американских медиков добились нового крупного успеха в сфере дородовой диагностики: им удалось на основе анализа проб крови матери и слюны отца полностью реконструировать наследственный материал будущего ребенка и проверить его на наличие так называемых моногенных заболеваний.

Руководитель проекта Джей Шендью (Jay Shendure), профессор генетики Вашингтонского университета в Сиэтле, поясняет: "Это заболевания, вызываемые дефектом какого-то одного гена и передающиеся по наследству по законам классической генетики.

Каждое такое заболевание встречается весьма редко, но зато их много, так что в среднем у каждого сотого новорожденного обнаруживается такой дефект".

Учеными описано сегодня уже более трех тысяч моногенных наследственных заболеваний. Среди наиболее известных - муковисцидоз и хорей Хантингтона, синдром Дауна, Эдвардса, Патау, болезнь Гоше, и синдром Марфана, и болезнь Вильсона-Коновалова, и многие другие.

Проанализировав пробы слюны отца и крови матери, исследователи расшифровали геномы родителей с большой точностью и скоростью.

После приступили к расшифровке генома будущего ребенка. В плазме крови матери содержится около 13% наследственного материала эмбриона, потому с его выделением и расшифровкой трудностей не возникает.

Самой сложной и трудоемкой задачей был дальнейший сравнительный анализ генов родителей и эмбриона.

"Нам удалось установить, какие варианты генов плод унаследовал от матери, а какие - от отца, - говорит профессор Шендью. - Кроме того, мы смогли выявить и новые мутации, те, что отсутствуют в геномах родителей и впервые появились в ДНК эмбриона".

10. Роды в экстремальных условиях

Доклад подготовила студентка группы 2 АК Бокова Лена

Иногда бывает так, что малыш сам выбирает, где и когда появиться на свет, и его маме остается только подчиниться обстоятельствам. Какие только странные места не становятся первыми, которые детки видят в своей жизни!

Роды на дереве

Девушка по имени Чейндза (Cheindza), родом из Африки, вот-вот должна была родить. К несчастью, именно в это время из-за проливных дождей, накрывших весь Мозамбик, из берегов вышла река, протекающая недалеко от родной деревни Чейндзы. Все местные жители нашли свое спасение от разбушевавшейся стихии на раскидистых деревьях, растущих на окраине деревни. В их числе была и будущая мать, которая провела на дереве вместе с односельчанами четыре дня без еды и воды.

На четвертый день у нее прямо на дереве начались роды, и на свет появился ее первый ребенок. По этому поводу местной организацией Красного креста был вызван вертолет, наконец-то снявший счастливую мать с ребенком с дерева. При этом мать все еще была связана с ребенком пуповиной, которую ей нечем было отрезать, и была настолько истощена, что еще день не продержалась бы. Врачи в клинике, куда доставили роженицу вместе с ребенком, спасли им обоим жизнь, удалив приросшую плаценту, а затем и произведя все необходимые манипуляции, включая экстренное переливание крови, антибиотики, горячее питание и обильное питье.

Роды в МакДональдсе

Даниэла Миллер (Danille Miller) родила мальчика в комнате отдыха ресторана McDonalds в Ванкувере, США. Даниэла даже не подозревала о своей беременности вплоть до той минуты, пока у нее не начались схватки. До самого последнего момента она работала официанткой в этом ресторане, когда почувствовала себя нехорошо и отошла в комнату отдыха. Ее подруга заметила длительное отсутствие Даниэлы и пошла ее проведать. В комнате отдыха она с изумлением констатировала, что у Даниэлы начались настоящие схватки. Тут же была вызвана скорая помощь, которая по телефону проинструктировала сослуживицу роженицы и саму незадачливую мать, а после приезда проверила состояние ее и ребенка, не найдя аномалий и подтвердив факт рождения

здорового ребенка весом 2500 грамм.

Роды в поезде

Индийской женщине по имени Бхури Калби (Bhuri Kalbi) в самом конце ее беременности пришлось ехать на поезде из города Раджастан, и в процессе этой поездки женщине захотелось в туалет. 33-летняя беременная Бхури Калби решила сходить в туалет. Для тех, кто не знает: туалеты в индийских поездах - сиденье и дырка, ведущая к земле. Причем поезд мчится на полном ходу. Там у Бхури начались стремительные роды, и новорожденная девочка провалилась прямо в отверстие. Случилось это так быстро, что женщина даже не заметила, как ребенок проскользнул в дырку и оказался на железнодорожных путях. Вернувшись на свое место, она забеспокоилась, что ее не тревожит живот. Вот тут-то она и подняла тревогу. Поезд остановили и сообщили всем работникам железной дороги о происшествии. Новорожденного вскоре нашли с небольшими и неопасными травмами, не считая гематомы на голове.

Роды в почтовом отделении

Девочка по имени Dulce родилась во время посещения матерью почты для пополнения счета на своем мобильном телефоне. Произошло это в Англии, в городе Кэмбридшир (Cambridgeshire), имя счастливой мамы — Sonia Marina Nascimento. Ребенка после рождения взвесили на весах для посылок и бандеролей, начальник почтового отделения признался, что такую “бандероль” он взвешивает впервые.

Роды в самолете на высоте 10000 метров

У женщины по имени Никола Демелере (Nicola Delemere) схватки начались в [самолете](#) по пути на Крит на высоте 10 километров. На борту не оказалось ни одного медика, и пилоты были вынуждены отклониться от курса, чтобы приземлиться на ближайший аэродром. Ребенок, в свою очередь, ждать приземления не собирался, и родился в итоге в воздухе где-то над Дюссельдорфом. К счастью, одна из стюардесс оказалась достаточно сообразительной, помогла роженице и делала массаж сердца и искусственное дыхание младенцу на протяжении получаса, пока его не забрали с матерью в больницу из аэропорта. Руководство авиакомпании в качестве подарка предоставило матери и ребенку бесплатное путешествие на Кубу.

Роды в метро

Беременная женщина вышла из поезда метро на станции Kingsbury на северо-западе Лондона, когда почувствовала себя нехорошо. Она обратилась за помощью к прохожим, которые вызвали медицинскую службу. Медики решили, что женщина может не успеть доехать до больницы, и решили, что ей надо рожать прямо там, в любом подходящем для родов месте. В качестве такого родильного помещения была выбрана комната начальника станции, где через полчаса на свет появилась девочка. Учитывая то, что каждый день Лондонским метро пользуются миллионы людей, за 125 лет в метро родилось всего два ребенка, причем первый родился в 1924 году на юге Лондона.

Роды в открытом море

Капитану рыболовецкого судна Эд Кизель (Ed Kiesel) пришлось проявить смекалку, когда женщина — судовой кок (повар) начала рожать в открытом море. С помощью новой упаковки бумажных полотенец и книги “Оказание первой помощи” ему удалось принять роды у женщины. Ситуация сильно осложнялась тем, что ребенок родился ножками вперед, кроме этого у него еще и было обвитие пуповиной. После того, как малыш появился на свет, его спасло искусственное дыхание, выполненное капитаном после чтения соответствующей главы в книге о первой помощи.

Роды в лифте

Мальчик по имени Ashton Lee Simola появился на свет в лифте медицинского центра Carson Tahoe под крик матери “Он уже здесь, лови его!”, который был адресован его отцу. Родители изо всех сил торопились в клинику, так как уже в дороге схватки участились до критического предела, но все же не успели. Ребенок в итоге родился в лифте, обвитие пуповиной удалось устранить только после того, как лифт доехал до приемного покоя.

11. РОДЫ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ МАТКИ

Доклад подготовила студентка группы 2 Ф Басалаева Елена

Первый в истории ребенок, рожденный после трансплантации матки, появился на свет в клинике Гётеборгского университета в Швеции. Его мать, 36-летняя жительница Швеции, имя которой держится в тайне, – носительница редкой генетической аномалии (синдрома Рокитанского), из-за которой у нее отсутствует матка и почка, но присутствуют два здоровых яичника. В 2013 году ей была пересажена матка, донором которой стала 61-летняя подруга семьи, уже имевшая двоих взрослых детей.

В течение нескольких лет с будущей мамой работала команда специалистов Гётеборгского университета во главе с д-ром Мэтсом Бреннстромом. Финансирование дорогостоящего проекта предоставил Фонд научных исследований Джейн и Дана Олссон. Трансплантации предшествовал длительный период забора яйцеклеток у женщины и их оплодотворения в пробирке сперматозоидами мужа. 11 полученных эмбрионов были заморожены. Уже через 1,5 месяца после трансплантации у женщины начались менструации, а спустя год один из эмбрионов был пересажен в матку.

Главный вопрос, который беспокоил ученых: станет ли пересаженная матка надежнымместилищем для будущего ребенка. Специалисты из разных стран бьются над этой задачей с 2002 года, когда врачами из Саудовской Аравии была проведена первая в мире трансплантация матки. За эти годы во всем мире было проведено 11 подобных операций, но ни одна из них не закончилась рождением ребенка. Все попытки имплантации эмбрионов в пересаженную матку завершались отторжением органа либо прерыванием беременности.

Вопреки тревогам медиков, нынешняя беременность проходила гораздо более спокойно, чем можно было ожидать. Ребенок нормально рос, а за время вынашивания произошла лишь одна попытка отторжения матки, с которой врачам быстро удалось справиться. Малыш появился на свет путем кесарева сечения на 31-й неделе. Необходимость в экстренных родах возникла из-за преэклампсии – резкого повышения давления у женщины и проблем в работе единственной почки. Мальчик, названный Винсентом (в переводе с латинского – «побеждающий»), родился с весом 1,8 кг, что совершенно нормально для этого срока. Спустя 10 дней после рождения его выписали из отделения интенсивной терапии. Ребенок хорошо развивается и ничем не отличается от малышей, появившихся на свет менее сложным путем.

Чудесное рождение Винсента дает надежду тысячам женщин, у которых с рождения нет матки (но есть яичники), или она удалена из-за онкологических заболеваний или угрожающих жизни родовых

кровотечений. Только в Великобритании около 15000 таких пациенток. Единственной возможностью иметь ребенка для них до сего дня было суррогатное материнство. Теперь эти женщины получили шанс познать радость беременности и родов. Ученые не исключают, что трансплантированной матки могло бы хватить даже на две беременности – во всяком случае, родители маленького Винсента готовы отважиться и на вторую попытку.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Манухина И.Б., Савельева Г.М. Гинекология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1088 с
2. Сорокина Т.С. История медицины: Учебник для студ. мед. учеб. заведений: Изд-во «Академия». 2004. 560 с.

Использованные сайты

1. Медицинский журнал, Серов В.Н.,
<http://www.medlinks.ru/article.php?sid=21531>

Приложение

**Рекомендации студентам по подготовке презентации и
применению метода демонстрации слайдов в ходе проведения
классного часа**

При подготовке слайдов презентации необходимо соблюдать ряд
условий:

1. В докладе следует выделить основные опорные моменты и по ним готовить слайды;
2. Показывать слайды следует постепенно, демонстрируемые слайды должны быть четко согласованы с содержанием доклада;
3. Предварительно следует прорепетировать доклады с показом слайдов;
4. Просмотр слайдов должен быть организован таким образом, чтобы слушатели могли хорошо видеть демонстрируемые моменты, а докладчик мог пользоваться слайдами в процессе своих сообщений на конференции.

