

Одобен  
Объединенной комиссией  
по качеству медицинских услуг  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
от «13» января 2023 года  
Протокол №177

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

### ВЕДЕНИЕ РОДОВ

#### 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

##### 1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
O80	Самопроизвольные роды в затылочном предлежании

**1.2 Дата разработки/пересмотра протокола:** 2018 год (пересмотр 2022 год).

##### 1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

АД	—	артериальное давление
ВВ	—	внутривенный
ВМ	—	внутримышечный
КС	—	кесарево сечение
КТГ	—	кардиотокография
ПРК	—	послеродовое кровотечение
ЧССП	—	частота сердечных сокращений плода

**1.4 Пользователи протокола:** акушеры-гинекологи, неонатологи, акушерки, врачи скорой помощи

**1.5 Категория пациентов:** роженицы и родильницы.

##### 1.6 Шкала уровня доказательности:

<b>A</b>	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
<b>B</b>	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть

	распространены на соответствующую популяцию.
<b>С</b>	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
<b>D</b>	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

**1.7 Определение** <sup>[1-3]</sup>: **Физиологические роды** – это роды одним плодом в сроке гестации 37 недель 0 дней – 42 недели, которые начались спонтанно, низкого риска в начале и в течение всего родового процесса, при которых ребенок родился спонтанно в затылочном предлежании, после родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

**1.8 Классификация:** нет.

## **2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ** <sup>[1-15]</sup>:

### **2.1 Диагностические критерии:**

- наличие регулярной родовой деятельности (не менее 2 схваток за 10 минут);
- при влагалищном исследовании – структурные изменения шейки матки и/или открытие маточного зева.

**Жалобы:** схваткообразные боли внизу живота (не менее 2 схваток за 10 минут).

**Анамнез:** количество, течение предыдущих родов, осложнения послеродового периода, наличие или отсутствие, анте- или интранатальных потерь плода.

### **Физикальное обследование:**

- пальпаторное определение регулярных сокращений матки (не менее двух схваток за 10 минут продолжительностью 20 секунд и более);
- определение ее эмоциональных и психологических потребностей;
- определение высоты стояния дна матки, положения и предлежания плода;
- выслушивание сердцебиения плода (в случае если ЧСС плода находится в диапазоне от 110 до 159, следует продолжать регулярную оценку ЧСС плода каждые 30 минут в течение первого периода родов и каждые 5 минут в течение второго периода родов, аускультацию проводить во время схватки, продолжать на протяжении не менее 30 секунд по окончании схватки).

- влагалищное исследование (после получения согласия, обеспечения конфиденциальности и комфорта) на предмет структурных изменений шейки матки;
- измерение АД каждые 4 часа, (при гипертензии через 1 час);
- измерение пульса – каждые 30 минут;
- измерение температуры тела каждые 4 часа;
- контроль частоты и объем мочеиспускания (самоконтроль роженицы);
- оценка боли, испытываемой роженицей, включая ее желание применить один из методов обезболивания; помочь справиться с болевыми ощущениями – одна из основных задач медицинского персонала во время родов (Приложение 1);
- обсуждение с роженицей метод ведения 3-го периода с предоставлением полной устной и письменной информации о потенциальных преимуществах и недостатках активной и выжидательной тактики ведения последового периода.

#### **Лабораторные исследования:**

- общий анализ крови;
- определение группы крови и резус фактор.

**Инструментальные исследования:** КТГ – с целью мониторинга за состоянием внутриутробного плода.

Показания для проведения КТГ плода.

#### **Со стороны матери:**

- роды с рубцом на матке (предшествующее кесарево сечение, миомэктомия);
- преэклампсия;
- индукция родов;
- переносная беременность (более 42 недель и 1 день);
- длительный безводный период;
- сахарный диабет, гестационный сахарный диабет;
- резус - конфликтная беременность;
- показания, связанные с соматическими заболеваниями матери.

#### **Со стороны плода:**

- аускультативные нарушения при выслушивании сердцебиения плода;
- внутриутробная задержка роста плода;
- преждевременные роды;
- маловодие, многоводие;
- многоплодие;
- нарушение маточно-плодово-плацентарного кровотока по данным доплерометрии;
- подозрительная или патологическая кардиотокограмма в антенатальном

периоде;

- мекониальное окрашивание околоплодных вод;
- тазовое предлежание плода.

### Состояния, связанные с течением родов:

- стимуляция родовой деятельности окситоцином;
- эпидуральная анестезия;
- вагинальное кровотечение во время родов;
- гипертермия матери (38 и выше);
- появление мекония в водах в процессе родов.

**Таблица 1. Оценка параметров КТГ**

Оценка	Базальный ритм	Вариабельность	Децелерации	Акцелерации
Нормальная КТГ	60 уд/мин110 - 160 уд/мин 110 -160 уд/мин	6 -25 уд/мин	Нет Наличие ранних - с амплитудой до 30 уд/мин. Наличие вариабельных – продолжительностью менее 30-60 секунд	Есть (наличие не является определяющим признаком)
Подозрительный тип КТГ (требующий непрерывного наблюдения)	100 -110 уд/мин, 160 - 170 уд/мин Продолжительностью 30 мин и более.	3 -5 уд/мин, продолжительностью до 40 мин.	Редкие поздние. Децелерации. Урежение с амплитудой до 80 уд/мин и быстрым восстановлением в течение 1-2 мин.	Нет (не является определяющим признаком)
Патологический тип КТГ (требует принятия незамедлительного решения) Дистресс плода	Более 170 уд/мин. Менее 100 уд/мин	Менее 3 уд/мин (монотонный или менее 2 уд.в мин. «немой» тип ктг. В 90% ассоциируется с глубоким метаболическим ацидозом плода. Продолжительностью более 40 мин. Синусоидальный ритм	Ранние децелерации занимают более 40% записи и (или) их амплитуда возрастает до 50 уд/мин и более. Наличие вариабельных с амплитудой более 50 уд/мин и медленным восстановлением (более 2-х мин), пролонгированных. Наличие поздних децелераций с амплитудой более 30 уд/мин. На фоне вариабельности базального ритма ниже 5 уд.в мин, патологическими являются поздние децелерации с амплитудой менее 10 уд.в мин.	Нет (не является определяющим признаком)

При нормальном типе кардиотокограммы во время родов запись осуществляется каждые 3 часа по 30-40 мин. и при любом вмешательстве, направленном на изменение маточной активности, или, при появлении вышеперечисленных показаний.

При подозрительном типе КТГ запись производится непрерывно до нормализации показателей или усугубления патологических изменений.

**При патологическом типе КТГ необходимо принять решение о способах и методах родоразрешения в течение 20-25 мин.**

#### **Оценка параметров КТГ]:**

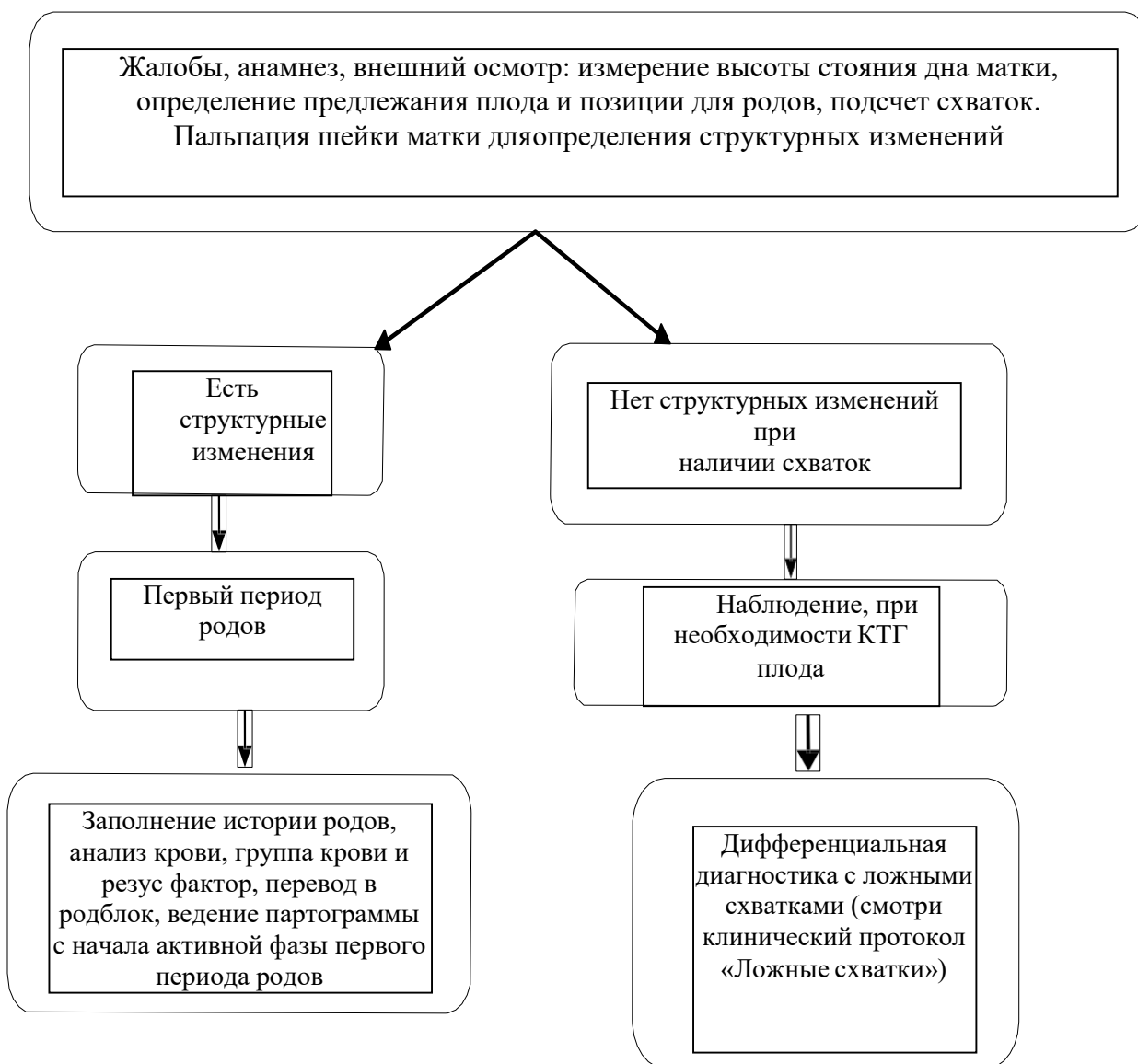
«Нормальная» – все четыре параметра КТГ находятся в пределах нормы.

«Подозрительная КТГ» – один параметр находится в подозрительной категории, а остальные – в нормальной.

«Патологическая КТГ» – два и более параметров КТГ находятся в подозрительной категории или один и более параметров – в патологической категории. Не учитывая акцелерации.

**Показания для консультации специалистов: нет.**

#### **2.2 Диагностический алгоритм:**



### **Перечень основных диагностических мероприятий.**

#### **Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:**

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование (АД, пульс, температура тела).

#### **Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации**

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование (АД, пульс, определение сокращений матки; определение положения и предлежания плода, выслушивание сердцебиения плода);
- оценка схваток;
- влагалищное исследование;
- измерение температуры тела
- общий анализ крови;

- определение группы крови и резус- принадлежность роженицы;
- определение группы крови новорожденного
- определение резус-принадлежность новорожденного от резус отрицательной матери.

### **2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:**

**Дифференциальный диагноз:** нет.

**Дополнительные методы исследования:** нет.

### **3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:** нет.

### **4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:**

**4.1 Показания для плановой госпитализации:** нет.

**4.2 Показания для экстренной госпитализации:** регулярная родовая деятельность.

### **5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ <sup>[1-20]</sup>:**

**Цели лечения:** обеспечение безопасности для роженицы и ребенка во время родов при минимально возможном вмешательстве в физиологический процесс.

**5.1 Карта наблюдения, маршрутизация пациента (схемы, алгоритмы):** ведение партограммы (Приложение 2).

#### **Тактика ведения родов:**

Первоначальная оценка состояния роженицы:

- выслушивание показаний роженицы, определение ее эмоциональных и психических потребностей и осмотр ее медицинской карты;
- физикальное обследование роженицы (температура тела, пульс, артериальное давление, продолжительность, сила и частота схваток);
- определение высоты стояния дна матки, положение плода в матке и предлежание плода;
- определение характера влагалищных выделений (кровянистые выделения, амниотическая жидкость); оценка боли, испытываемой роженицей, включая ее желание применить один из методов обезболивания. Помочь роженице справиться с болевыми ощущениями – одна из основных задач медицинского персонала во время родов (Приложение 1).
- выслушивание сердцебиения плода (в случае если ЧСС плода находится в диапазоне от 110 до 159, следует продолжать регулярную оценку ЧСС плода каждые 30 минут в течение первого периода родов и каждые 5 минут в течение второго периода родов, аускультацию проводить во время схватки, продолжать на протяжении не менее 30 секунд по окончании схватки).
- графическое ведение записи родов (партограмма) должно быть

использовано, как только установлена активная фаза первого периода родов (раскрытие шейки матки 5 см и более). Партограмма используется для ведения первого и второго периода родов.

**Первый период родов** – время от начала регулярных схваток до полного открытия шейки матки.

- латентная фаза первого периода родов длится до раскрытия 5 см;
- активная фаза первого периода родов длится с момента открытия шейки матки 5 см (включительно) до полного открытия шейки матки.

**Показания для вызова врача при ведении родов акушеркой:**

- пульс матери  $< 60$  или  $\geq 120$ ;
- САД менее  $< 80$  или  $\geq 140$ , ДАД  $\geq 90$ ;
- температура менее  $< 35$  или  $\geq 37,5$ ;
- в случае, если за 10 минут зарегистрировано менее 2 или более 5 схваток;
- в случае, если продолжительность схваток  $< 20$  или  $> 60$  секунд;
- тахикардия плода выше 160 ударов в минуту и брадикардии ниже 110 ударов в минуту;
- изменение характера околоплодных вод – зеленые, геморрагические;
- появление кровянистых выделений из половых путей;
- появление головных болей, головокружения, боли в эпигастрии, тошноты, рвоты, мелькании мушек перед глазами.

**Второй период родов** – время от полного раскрытия шейки матки до рождения плода.

**Пассивная фаза второго периода родов:**

- обнаружение полного раскрытия шейки матки до активных потуг.

**Активная фаза второго периода родов:**

- с начала потуг до изгнания плода.

Предложены следующие временные критерии продолжительности активной фазы второго периода родов:

- у первородящих до 3 часов
- у повторнородящих до 2 часов

Критические показатели для второго периода родов  $\geq 3$  ч у нерожавших;  $\geq 2$  ч у повторнородящих

**Рекомендации по наблюдению во втором периоде родов:**

Наблюдения акушерки за роженицей во втором периоде родов включают (все наблюдения регистрируются в партограмме):

- ежечасное измерение артериального давления и пульса;
- измерение температуры тела
- влагалищное исследование, предлагаемое ежечасно в активной фазе второго периода родов;
- документирование частоты схваток каждые полчаса;
- аускультация сердцебиения плода должна проводиться каждые 5 минут (аускультацию проводить во время схватки, продолжать на протяжении не



менее 30 секунд по окончании схватки). Пульс матери должен прощупываться в случае подозрения на фетальную брадикардию/любые аномалии ЧСС плода для различия между двумя сердцебиениями.

- контроль за частотой опорожнения мочевого пузыря;
- постоянное удовлетворение эмоциональных и физиологических потребностей женщины.

**NB! Необходимо постоянно учитывать положение женщины, потребность в питье, облегчение боли в течение второго периода.**

### **Помощь во втором периоде родов:**

- рождение ребенка может происходить в любом положении, которая выбрала сама женщина (нежелательно - положение на спине);
- потуги регулируются самой роженицей;
- если потуги неэффективны могут применяться поддержка, изменение позы, опорожнение мочевого пузыря и поощрение;
- в потужном периоде необходимо проводить аускультацию сердцебиения плода в течение одной минуты – каждые 5 минут или после каждой потуги на протяжении не менее 30 секунд по окончании схватки
- эпизиотомия должна проводиться при оперативных вмешательствах или угрожающем состоянии плода;
- должна быть проведена эффективная инфилтративная анальгезия до выполнения эпизиотомии (р-р лидокаина 2% – 2,0 мл или р-р прокаина 0,5% – 10 мл);
- после рождения головки, проверить, нет ли обвития пуповиной, при тугом обвитии пересечь пуповину между 2-мя зажимами, при нетуге – ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги.

**Третий период родов охватывает промежуток времени между рождением ребенка и выделением последа.**

### **Активное ведение 3-го периода:**

- после рождения переднего плечика в/м вводят 10 ЕД окситоцина (или 5 ЕД окситоцина в/в)

### **Рождение плаценты с помощью контролируемых тракций за пуповину:**

- не раньше, чем через 1 минуту после рождения ребенка, наложите зажим на пуповину ближе к промежности;
- держите пережатую пуповину в слегка натянутом состоянии одной рукой;
- положите другую руку непосредственно над лобком женщины и, стабилизируйте матку, отводя ее от лона во время контролируемого потягивания за пуповину (поможет избежать выворота матки);
- дождитесь сильного сокращения матки (2-3 минуты). Как только почувствуете, что матка сократилась (округлилась, стала плотной) или пуповина удлинилась, очень осторожно потяните на себя вниз пуповину

(тракция) для рождения плаценты. Не ждите признаков отделения плаценты, прежде чем начать потягивание за пуповину. Одновременно продолжайте отводить матку другой рукой (контртракция) в направлении противоположном потягиванию за пуповину;

- если плацента не опускается в течение 30-40 секунд во время контролируемой тракции, прекратите тянуть за пуповину и дождитесь очередного сокращения матки.
- если нужно, переложите зажим как можно ближе к промежности по мере того, как пуповина удлиняется.
- во время следующего сокращения матки повторите контролируемую тракцию за пуповину с одновременной контртракцией в противоположную сторону.

**ВВ! Никогда не проводите тракцию за пуповину (потягивание) без применения контртракций (отведения) хорошо сократившейся матки!**

- при рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться. Держите плаценту обеими руками и осторожно скручивайте плодные оболочки пока не родятся (**осмотрите внимательно плаценту**, чтобы убедиться в ее целостности).

#### **Массаж матки:**

- сразу после рождения последа проведите массаж матки через переднюю брюшную стенку пока матка не сократится.

#### **Контроль за тонусом матки проводится:**

- каждые 15 минут в течение первого часа;
- каждые 30 минут в течении второго часа;
- каждый час в течении третьего и четвертого часа после родов;
- затем каждые четыре часа в течении 24 часов после родов.

Просьбы женщин с низким риском послеродового кровотечения, о физиологическом ведении третьего периода родов должны быть удовлетворены.

Переход от физиологического ведения к активному ведению третьего периода родов показан в случае:

- кровотечения;
- задержки отделения плаценты в течение часа;
- желания женщины искусственно ускорить третий период.

**Потягивание пуповины/пальпация матки должны проводиться только после введения окситоцина, как составляющей части активного ведения родов.**

#### **Показания к осмотру шейки матки:**

- кровотечение;

- инструментальные роды;
- быстрые или стремительные роды.

**Наблюдения акушерки за женщиной в третьем периоде родов должны включать:**

- оценку общего физического состояния, показатели гемодинамики и цвет кожных покровов;
- характер и количество выделений из влагалища.

**Длительный третий период:**

- третий период родов диагностируется как длительный, если не завершен в течение 30 минут после рождения ребенка с активным ведением родов и 60 минут с физиологическим ведением.

**Рекомендации по лечению при задержке отхождения плаценты:**

- всегда должен быть внутривенный доступ у женщин с задержкой отхождения плаценты. Внутривенное вливание окситоцина должно применяться для помощи рождению плаценты.
- если плацента не отделяется в течение 30 минут после инъекции окситоцина, или начинается кровотечение, женщине необходимо произвести ручное удаление плаценты, после предоставления информации.

**Показания для вызова врача (в случае, если роды ведет акушерка)**

- при неэффективности активного ведения 3-го периода родов, отсутствии признаков отделения и выделения последа в течение 30 минут активного ведения;
- при отрыве пуповины;
- при дефекте последа;
- при кровотечении;
- разрывы мягких родовых путей, требующие ушивания;
- ухудшении состояния родильницы.

## **5.2 Немедикаментозное лечение:**

Уменьшение болевых ощущений может быть достигнуто применением немедикаментозного лечения: душ и ванна, музыка, проведение массажа, акупунктура, специальное дыхание в сочетании с релаксацией, психологическая поддержка, участие членов семьи (семейно-ориентированные партнерские роды), а также информирование роженицы о ходе родов.

## **5.3 Медикаментозное лечение [16-20]:**

**Медикаменты, используемые для ведения родов:**

*Утеротоники:* окситоцин 10 ЕД после рождения переднего плечика внутримышечно (или 5 ЕД внутривенно) для сокращения матки после

рождения ребенка, 20 ЕД в пупочную вену на 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида (при задержке отхождения плацента).

### **Новорожденный с геморрагической болезнью.**

*Гемостатические препараты:* фитоменадион раствор для внутримышечного введения 10 мг/мл, 1 мл.

**NB!** Фитоменадион новорожденным применяется в педиатрической дозировке 2 мг / 0,2 мл.

**Новорожденным для профилактики геморрагических заболеваний** – внутримышечно 0,5 – 1 мг однократно в течение первого часа после рождения;

**для лечения** 1 мг внутримышечно в день в течение 3-4 дней (в увеличенных дозах в случае не прямых антикоагулянтов у матери).

Недоношенные новорожденные со сроком гестации менее 36 недель и весом 2500 грамм и более: 1 мг внутримышечно однократно в течение первого часа после рождения.

Недоношенные новорожденные со сроком гестации менее 36 недель беременности и весом менее 2500 грамм: из расчета 0,4 мг/кг внутримышечно однократно в течение первого часа после рождения.

Количество и частота последующих доз должны быть основаны на состоянии коагулограммы.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения)

<b>Фармакотерапевтическая группа</b>	<b>МНН, лекарственная форма</b>	<b>Способ применения</b>	<b>Уровень доказательности</b>
Гормональные препараты системного действия, исключая половые гормоны и инсулины. Гипоталамо-гипофизарные гормоны и их аналоги. Гормоны задней доли гипофиза. Окситоцин и его аналоги.	окситоцин раствор для инъекций 5 МЕ/мл 1 мл	окситоцин 10 ЕД после рождения переднего плечика внутримышечно (или 5 ЕД внутривенно) для сокращения матки после рождения ребенка, 20 ЕД в пупочную вену на 20 мл 0,9% раствор натрия хлорида (при задержке отхождения плацента)	А
Кровь и органы кроветворения. Антигеморрагические препараты. Витамин К и другие гемостатики. Витамин К.	фитоменадион раствор для внутримышечного введения 10 мг/мл, 1 мл	<b>NB!</b> Фитоменадион новорожденным применяется педиатрическая дозировка 2мг / 0,2 мл. <i>Новорожденным:</i> для	С

		<p>профилактики геморрагических заболеваний – в/м, 0,5 – 1 мг однократно в течение первого часа после рождения; для лечения 1 мг в/м в день в течение 3-4 дней (в увеличенных дозах в случае не прямых антикоагулянтов у матери).</p> <p>Недоношенные новорожденные со сроком гестации менее 36 недель и весом 2,5 кг или более: 1 мг в/м однократно в течение первого часа после рождения.</p> <p>Недоношенные новорожденные со сроком гестации менее 36 недель беременности и весом менее 2,5 кг: из расчета 0,4 мг/кг в/м однократно в течение первого часа после рождения.</p> <p>Количество и частота последующих доз должны быть основаны на состоянии коагулограммы.</p>	
Нервная система. Анестетики. Анестетики местные. Амиды. Лидокаин.	лидокаин раствор для инъекций 1%, 5мл	Парацервикально Концентрация - 1%, 5 мл, объем - 10 мл, общее количество дозы - 100 мг	А
Препараты для лечения заболеваний органов чувств. Препараты для лечения заболеваний глаз. Противомикробные препараты. Антибиотики.	тетрацилин мазь глазная 1%	Профилактическое закладывание мази в глаза новорожденного (1% тетрациклиновой) проводится в конце 1-го часа после рождения.	С
иммуноглобулин	анти-D-	профилактика резус-	С

антирезус	иммуноглобулин 300 мкг или 625 ме/мл внутримышечно в течение 72 часов после определения	иммунизации у резус-отрицательных беременных женщин, не сенсibilизированных к Rho(D)-антигену	
-----------	---	---	--

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения): применяются в зависимости от клинической ситуации и группы риска.

**Другие виды лечения:** нет.

#### **5.4 Хирургическое вмешательство:**

Восстановление целостности мягких родовых путей при травме, вызванной либо разрывом.

#### **5.5 Дальнейшее ведение [1-9, 20]:**

**Профилактические мероприятия:** профилактика послеродового кровотечения – активное ведение 3 периода родов, профилактика конъюнктивита новорожденных, профилактика геморрагической болезни новорожденного.

**После родов:** При резус отрицательной крови у матери и резус-положительном факторе у новорожденного, отсутствии титра антител у матери, следует ввести матери анти-D-иммуноглобулин человека дозировкой 300 мкг внутримышечно в течение 72 часов после определения. При резус отрицательной принадлежности крови матери и отца, профилактика иммуноглобулином не проводится.

**Дальнейшее ведение** включает первый патронаж родильницы проводится в первые 3 суток после выписки из роддома.

**5.6 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:** удовлетворительное состояние родильницы и новорожденного.

### **6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

**6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

- 1) Исенова Сауле Шайкеновна – доктор медицинских наук, профессор, акушер-гинеколог, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»
- 2) Аимбетова Алия Робертовна – доктор медицинских наук, акушер-гинеколог Центра молекулярной медицины.

- 3) Лившиц Нина Викторовна – врач функциональной диагностики, ТОО «Институт репродуктивной медицины»
- 4) Акшалова Асель Талгатбековна – доктор философии (PhD) по специальности «Медицина», АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии» врач-клинический фармаколог.

**6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов:** отсутствует.

**6.3 Рецензент:** Бапаева Гаури Биллахановна – доктор медицинских наук, профессор, директор департамента женского здоровья Национальный Научный Центр материнства и детства КФ «University Medical Center»

**6.4 Указание условий пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

**6.5 Список использованной литературы:**

- 1) Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов: улучшение здоровья и благополучия матерей и новорожденных. 2018  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272449/WHO-RHR-18.12-rus>.
- 2) Ayres-de-Campos D. Arulkumaran S for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring introduction. Int J GynecolObster2015; 131:3 - 4, Online. Available: [http:// www.ijgo. Org/article/S0020-7292\(15\)00392-6/pdf](http://www.ijgo.Org/article/S0020-7292(15)00392-6/pdf) [accessed 10.08.16].
- 3) Ayres-de-Campos D. Arulkumaran S for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus. Panel FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. Int J GynecolObster2015; 131:5 - 8, Online. Available: [http:// www.ijgo. Org/article/S0020-7292\(15\)00393-8/pdf](http://www.ijgo.Org/article/S0020-7292(15)00393-8/pdf)[accessed 10.08.16].
- 4) Lewis D. Downe. S for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus. Panel FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: intermittent auscultation. Int J GynecolObster2015; 131:9–12. Online. Available: [http:// www.ijgo. Org/article/S0020-7292\(15\)00394-X/pdf](http://www.ijgo.Org/article/S0020-7292(15)00394-X/pdf) [Accessed 10. August 2016].
- 5) Ayres-de-Campos D, Spong CY, ChandraharanE for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus. Panel FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: cardiotocography. Int J GynecolObster 2015;131(1):13 – 24. Online. Available: [http:// www.ijgo. Org/article/S0020-7292\(15\)00395-1/pdf](http://www.ijgo.Org/article/S0020-7292(15)00395-1/pdf) [Accessed 10. August 2016].
- 6) Visser GHAAyres-de-Campos D for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus. Panel FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: adjunctive technologies. Int J GynecolObster2015;131:25 – 9. Online. Available: [http:// www.ijgo. Org/article/S0020-7292\(15\)00396-3/pdf](http://www.ijgo.Org/article/S0020-7292(15)00396-3/pdf) [accessed 10.08/16].

- 7) Дональд Гибб., Сабаратнам Арулкумаран. Основы кардиотокографии. Теоретические и клинические аспекты. Перевод с английского четвертого издания. -М: Литосфера, 2019. – 323с.
- 8) Петрухин В.А., Новикова С.В., Кузин В.Ф. Кардиотокография. Метод оценки функционального состояния плода во время беременности и в родах. – М.: МЕДпресс – информ, 2020. – 76с.
- 9) BNF 80 September 2020- March 2021
- 10) U.S. Food and Drug Administration 2022 -  
<https://www.fda.gov/media/71502/download>
- 11) WHO Model List of Essential Medicines – 22nd List (2021)
- 12) Vimal Scott Kapoor, Jennifer R Evans, S Swaroop Vedula Interventions for preventing ophthalmia neonatorum. Cochrane Database of Systematic Reviews. Version published: 21 September 2020.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001862.pub4>
- 13) Ayres-de-Campos D. Arulkumaran S for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring introduction. Int J Gynecol Obstet 2015;131:3 - 4, Online. Available: [http:// www.ijgo. Org/article/S0020-7292\(15\)00392-6/pdf](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(15)00392-6/pdf) [accessed 10.08.16].
- 14) Ayres-de-Campos D. Arulkumaran S for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus. Panel FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. Int J Gynecol Obstet 2015;131:5 - 8, Online. Available: [http:// www.ijgo. Org/article/S0020-7292\(15\)00393-8/pdf](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(15)00393-8/pdf) [accessed 10.08.16].
- 14) Lewis D. Downe. S for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus. Panel FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: intermittent auscultation. Int J Gynecol Obstet 2015;131:9 – 12. Online. Available: [http:// www.ijgo. Org/article/S0020-7292\(15\)00394-X/pdf](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(15)00394-X/pdf) [Accessed 10. August 2016].
- 15) Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandrachan E for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus. Panel FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: cardiotocography. Int J Gynecol Obstet 2015;131(1):13 – 24. Online. Available: [http:// www.ijgo. Org/article/S0020-7292\(15\)00395-1/pdf](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(15)00395-1/pdf) [Accessed 10. August 2016].
- 16) Visser GHA Ayres-de-Campos D for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus. Panel FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: adjunctive technologies. Int J Gynecol Obstet 2015;131:25 – 9. Online. Available: [http:// www.ijgo. Org/article/S0020-7292\(15\)00396-3/pdf](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(15)00396-3/pdf) [accessed 10.08/16].
- 17) National Institute for Health and Care Excellence ( NICE). Intrapartum care for healthy women and their babies. NACE clinical guideline 190; December 2014. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557> [accessed 10.08.16].
- 18) Дональд Гибб., Сабаратнам Арулкумаран. Основы кардиотокографии.



Теоретические и клинические аспекты. Перевод с английского четвертого издания. -М: Литосфера, 2019. – 323с.

19) Петрухин В.А., Новикова С.В., Кузин В.Ф. Кардиотокография. Метод оценки функционального состояния плода во время беременности и в родах. – М.: МЕДпресс – информ, 2020. – 76с.

20) Партограмма ВОЗ: руководство для пользователя, 2022

### **Немедикаментозное обезболивание:**

Уменьшение болевых ощущений может быть достигнуто применением немедикаментозных методов обезболивания (душ и ванна, музыка, проведение массажа, специальное дыхание в сочетании с релаксацией), психологическая поддержка женщины и семьи, информирование о процессе родов.

### **Ингаляционное обезболивание:**

Во всех родильных отделениях должен быть смесь кислорода и закиси азота 50:50, т.к. он может облегчить боль при родах, но женщин следует проинформировать, что он может вызвать тошноту и головокружение.

### **Регионарное обезболивание:**

Прежде чем остановить свой выбор на эпидуральной анальгезии, женщина должна быть проинформирована о возможном риске, преимуществах и о возможных последствиях родов.

Информация об эпидуральной анальгезии должна включать следующие пункты:

- обеспечивает более эффективное обезболивание;
- связана с более длительным вторым периодом родов и с увеличением риска вагинальных инструментальных родов;
- не связана с продолжительными болями в спине;
- не связана с увеличением вероятности кесарева сечения;
- будет сопровождаться более интенсивным наблюдением и внутривенным введением;
- роженицам, желающим получить регионарную анальгезию, не нужно в этом отказывать, включая женщин с сильными болями в латентной фазе родов;
- во время применения регионарной анальгезии или после дальнейших болюсных введений артериальное давление должно измеряться каждые пять минут в течение 15 минут;
- при подтверждении полного раскрытия шейки матки у женщин с эпидуральной анальгезией, если женщина не испытывает позыва к потугам или не видна головка младенца, следует задерживать потуги по крайней мере на 1 час или больше при желании женщины, после чего потуги по время схваток должны активно поощряться;
- окситоцин не должен использоваться в обычном порядке во время второго периода родов у женщин, получивших регионарную анальгезию;
- рекомендуется проведение непрерывной кардиотокограммы в течение минимум 30 минут во время введения регионарной анальгезии и после введения каждого последующего болюса 10 мл и более.

### **Основные рекомендации по уходу и поддержке в родах.**

**На протяжении всего периода родов медицинские работники должны**

**оказывать полноценную эмоциональную, психологическую и физическую помощь женщине и ее семье или помощникам.**

Чтобы наладить контакт с роженицей, мед. работнику, осуществляющему уход в родах, необходимо:

- приветствовать, представиться женщине;
- поддержать спокойную обстановку;
- уважать личное пространство роженицы;
- предоставить информацию о течении родов, предполагаемых манипуляциях;
- предоставить информацию о методах обезболивания родов;
- оповестить женщину о передаче своих функций по уходу другому медицинскому работнику, в случае возникновения необходимости дополнительной консультации или в случае окончания смены.

**Клиническое вмешательство не должно предлагаться или советоваться, в случае, если роды проходят нормально и женщина, и ребенок находятся в хорошем состоянии.**

Обстановка индивидуальной родовой палаты должна быть приближенной к домашней.

Поступающую на роды роженицу принимает дежурная акушерка родильного блока, которая должна: представиться, познакомить с основными принципами ведения родов, предложить роды с партнером, измерить температуру тела, пульс, АД; с началом родовой деятельности – вести партограмму.

Переход от периодической аускультации к непрерывному КТГ у женщин низкого риска рекомендуется по следующим основаниям:

- значительное загрязнение меконием амниотической жидкости, также такой переход следует рассмотреть при легком загрязнении меконием амниотической жидкости;
- аномальная частота сердечных сокращений плода, обнаруженная при периодической аускультации (менее 110 ударов в минуту; более 160 ударов в минуту; любая децелерация после схваток);
- материнская пирексия (определяемая как 38,0°C единично или 37,5°C дважды с разрывом в 2 часа);
- кровотечение, начавшееся в родах;
- использования окситоцина для усиления родовой деятельности;
- по просьбе роженицы.

**Первичный уход за новорожденным:**

Уход осуществляется акушеркой, принимавшей роды или совместно с детской медсестрой.

Первые два часа ребенок находится в постоянном контакте «кожа к коже» с матерью.

При появлении признаков готовности предоставить новорожденному

возможность самостоятельно начать грудное вскармливание.

Первое консультирование по грудному вскармливанию проводит акушерка.

Измерять температуру тела ребенка электронным термометром через 30 минут и к концу 2-го часа от момента родов (норма 36,5 – 37,5°C).

Профилактическое закладывание 1% тетрациклиновой мази в глаза новорожденного проводится в конце 1-го часа после рождения.

Использовать домашнюю одежду для новорожденного.

Взвешивание и измерение ребенка проводится к концу второго часа с соблюдением всех правил тепловой защиты.

Осмотр неонатолога рекомендуется в конце 2-го часа, после чего ребенка переодевают в чистую и сухую одежду распашонки и ползунки.

Для профилактики геморрагической болезни новорожденного ввести фитоменадион в/м 10 мг однократно (возможно пероральное применение препарата согласно инструкции).

Через 2 часа при отсутствии осложнений родильница с новорожденным переводятся в послеродовую палату.

## **Обезболивание**

### **Поддержка женщин**

- Предложите помощь и поддержку.
- Предложите ей прибегнуть в аналгезии на любом этапе родов.

### **Комплекс мер по обезболиванию**

- Для снятия боли предложите проведение родов в воде.
- Поддержите женщину в применении техники дыхания/расслабления, массажа и музыки.

### **Ингаляционная аналгезия**

- Обеспечить доступ для смеси кислорода и закиси азота.

Объясните, что:

- Они обеспечивают временное обезболивание.
- Закись азота может вызвать у женщин тошноту и головокружение.

### **Перед выбором эпидуральной анестезии**

- Сообщите женщине, что эпидуральная анестезия:
  - Проводится только в родильных отделениях.
  - Обеспечивает наиболее эффективное обезболивание, чем опиоиды.
  - Увеличивает длительность второго периода родов и повышает вероятность влагиальных инструментальных родов.
  - Не приводит к длительным болям в пояснице.
  - Не приводит к увеличению длительности первого периода родов и не повышает вероятность кесарева сечения.

- Введение опиоидов в большом объеме может вызвать проблемы с дыхательной системой у ребенка и вызвать у него сонливость.

## Регионарная анестезия

(Регионарная анестезия проводится только в родильных отделениях, анестезиологом)

**Проводится всем женщинам по желанию**  
(в том числе и женщин с сильной болью в латентной фазе первого периода)  
после предоставления информации



**Обеспечить в/в доступ.**  
**Нет необходимости в постоянном введении раствора**



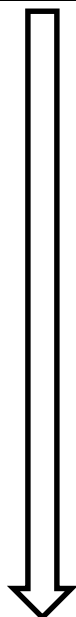
**Наблюдение/после каждого болюса:** измерение АД каждые 5 мин. в течение 15 мин.;  
проведение постоянного КТГ в течение 30 минут.  
**Через 30 мин.:** пригласить анестезиолога для переоценки боли.  
**Каждый час:** проверять уровень блокады чувствительности.  
**Не использовать окситоцин во втором периоде родов рутинно.**



### **Рекомендации по эпидуральной или спинально-эпидуральной анестезии:**

- Используйте анестетик низкой концентрации для проведения и поддержания эпидуральной анестезии
- Не используйте постоянно местные анестетики высокой концентрации
- Для достижения быстрого обезболивания проводите спинально-эпидуральную анестезию (бупивакаин и фентанил)

Поддерживайте эпидуральную анестезию до окончания третьего периода родов и восстановления целостности промежности.



**Полное раскрытие:** задержка потуг в течение 1-го часа, пока не появится головка ребенка или заставить женщину тужиться.  
Роды должны произойти в течение 3-х часов.

## Приложение 2

## Ведение партограммы

1. Партограмма – это графическое отображение результатов динамического наблюдения во время родов за процессом раскрытия шейки матки и продвижения головки плода, родовой деятельностью, состоянием роженицы и плода в 1 и 2 периоде родов.

ПАРТОГРАММА ВОЗ													
ФИО _____		Число родов _____		Начало родовой деятельности _____		Диагноз активной фазы родов [Дата] _____							
Разрыв плодных оболочек [Дата] _____		Время _____		Факторы риска _____									
Время Часы		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
← Продолжительность →		АКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРВОГО ПЕРИОДА											
← Второй период →													
Подврачевательный уход	Сопровождение матери	Нет											
	Обезболивание	Нет											
	Перевязки промежности	Нет											
	Послеоперационная помощь	Спина											
Плод	Беременная женщина	<118, ≥160											
	Увеличение веса	Поз											
	Активность движений	M+++ , X											
	Интенсивность сокращений матки	P, T											
	Температура тела	+++											
Плацентарно-фетальный мониторинг	Скорость кровотока	+++											
	Родовая деятельность	<60, ≥120											
	Состояние плода	<88, ≥148											
	Диаметр шейки матки	≥90											
	Температура тела	<35.0, ≥37.5											
Родовые признаки	Родовая деятельность	S++ , A++											
	Частота сердцебиения в течение 10 мин.	<10, >160											
	Продолжительность схваток	<10, >60											
	Интенсивность боли	10											
	Интенсивность боли (по шкале)	9 2.2ч											
Ход родов	Интенсивность боли (по шкале)	8 2.7.5ч											
	Интенсивность боли (по шкале)	7 2.3ч											
	Интенсивность боли (по шкале)	6 2.5ч											
	Интенсивность боли (по шкале)	5 2.6ч											
	Интенсивность боли (по шкале)	4											
Процесс родов	Интенсивность боли (по шкале)	3											
	Интенсивность боли (по шкале)	2											
	Интенсивность боли (по шкале)	1											
	Интенсивность боли (по шкале)	0											
	Интенсивность боли (по шкале)	0											
Наблюдение за состоянием женщины	Симптомы (лихорадка, тахикардия, гипотензия)												
	Признаки												
	Лечение (антибиотики, инфузии)												
Самостоятельная работа врачей	Оценка состояния												
	План												
Медицинские вмешательства	Манипуляции												
	Манипуляции												

В активную фазу первого периода родов относятся схватки продолжительностью более 10 с. В этот период наблюдается усиление схваток, но на фоне отсутствия признаков полного раскрытия шейки матки и выхода головки ребенка. Продолжительность второго периода родов составляет от начала потуг до рождения ребенка. Об окончании второго периода родов свидетельствует рождение ребенка.

Информацию необходимо вносить в партограмму о состоянии женщины и плода, а также о ходе родов следует с начала активной фазы первого периода родов (раскрытие шейки матки 5 см или более), независимо от числа родов и состояния оболочек. Хотя заполнение партограммы не проводят в латентной фазе родов, однако рекомендуется в латентной фазе проводить мониторинг, оказание необходимой помощи и содействия беременной и плоду.

### Структура партограммы

Партограмма представлена семью разделами:

1. Идентификационные данные и характеристики родовой деятельности на момент поступления пациентки
2. Поддерживающий уход
3. Оказание помощи ребенку
4. Оказание помощи матери
5. Ход родов
6. Введение лекарственных средств
7. Совместное принятие решений

**В разделе 1** указывают полное имя женщины, а также: число родов, начало родовой деятельности (**самостоятельное/индуцированное**), дата постановки диагноза активной фазы родов, дата и время разрыва оболочек, факторы риска. Этот раздел следует заполнить информацией, полученной при подтверждении диагноза активной фазы родов.

### Порядок заполнения раздела 1.

ПАРТОГРАММА ВОЗ		
ФИО <i>Петрова Ирина Владимировна</i>	Число родов <i>2</i>	Начало родовой деятельности <i>спонтанно</i>
Диагноз активной фазы родов [Дата <i>06/07/20</i> ] Разрыв плодных оболочек [Дата <i>06/07/20</i> Время <i>5:00</i> ] Факторы риска <i>Мертворождение в анамнезе, анемия</i>		

### Рекомендации для заполнения раздела 1

Переменная	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись
ФИО	полное имя	убедиться в том, что имя соответствует имени, указанному в медицинской карте.
Число родов	указать количество беременностей, завершившихся родами	Для указания числа родов следует воспользоваться принятой на местах системой кодирования, например, Число родов (Р) = количество родившихся плодов (с 22 недель беременности)
Начало родовой деятельности	Охарактеризовать начало родовой деятельности: спонтанное или индуцированное	Указать «Спонтанное» в случае, если активная фаза первого периода родов началась без какой-либо стимуляции родовой деятельности Указать «Индукцированное» в случае, если имела место искусственная стимуляция родов путем введения беременной окситоцина или простагландинов, искусственного разрыва



		амниотических оболочек, введения баллонного катетера в шейку матки, либо иными способами (фармацевтическими, нефармацевтическими средствами).
Диагноз активной фазы родов	Дата постановки диагноза активной фазы первого периода родов.	Для указания даты следует использовать формат, принятый на местах (например, дд/мм/гг).
Разрыв плодных оболочек	Указать дату и время разрыва плодных оболочек в случае их разрыва до поступления пациентки в родильный блок.	Дата и время [число; минуты] разрыва плодных оболочек, если разрыв оболочек имел место до начала заполнения партограммы.
Факторы риска	Факторы риска	Имеется информация об акушерских, медицинских или социальных факторах риска, влияющих на оказание помощи и особенности ведения родов. Например, гипертензия, преэклампсия, подростковая беременность, недоношенная беременность, а также колонизация стрептококками группы В.

В разделах 2–7 после поступления роженицы в родильный блок необходимо заполнить информацию по всем разделам. Для продолжения наблюдений, сделанных в первом периоде родов, в партограмме предусмотрен раздел для второго периода родов.

Порядок указания времени в партограмме

Полное раскрытие - окончание первого периода										
Время	6:30	7:30	8:30	9:30	10:30	11:30	12:30	:	:	:

Как указано в примере выше, в случае если первую оценку состояния проводят в 6:30, а вторую и третью оценку состояния выполняют спустя 4 часа и по показаниям, все эти сведения необходимо внести в соответствующие столбцы. В случае если в 12:30 произошло полное раскрытие маточного зева, указание времени следует продолжать в ячейках, соответствующих второму периоду родов.

## Раздел 2

Поддерживающий	Сопровождающее лицо	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет
	Обезболивание	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет
	Пероральное введение жидкости	Нет	Да	Да	Да	0	Да
	Положение	Спина	М	Спина	М	М	Спина

Рекомендации для заполнения раздела 2 партограммы

	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись	Этап 3. Сверить с пороговым значением	Этап 4. Составить план
Сопровождающее лицо	Присутствие/отсутствие с женщиной сопровождающего лица	Да Нет О = отказ роженицы	Критические показатели: Нет	В случае если «Нет», следует предложить женщине выбрать и пригласить сопровождающее лицо. В случае если «Да» или «Отказ», в процессе родов необходимо сделать предложение повторно.
Обезболивание	Приняты ли меры для обезболивания?	Да Нет О = отказ роженицы от обезболивания	Критические показатели: Нет	В случае если «Нет», можно предложить женщине обезболивание, исходя из ее предпочтений, доступности средств для обезболивания и опыта медицинского персонала; техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление, дыхательные методики, музыку и практику осознанности, а также мануальные техники рекомендуются для облегчения боли у здоровых беременных женщин
Пероральное введение жидкости	Потребляла ли роженица жидкость	Да Нет О = отказ роженицы	Критические показатели: Нет	В случае если «Нет», следует рекомендовать роженице прием легкой пищи и употребление жидкости по желанию.
Положение	В каком положении находится женщина в процессе родов и родоразрешения	Спина = на спине М = мобильна (периодически перемещается)	Критические показатели: Спина = на спине	В случае если выбран вариант «На спине», в течение первого периода родов следует предложить женщине возможность свободного перемещения. В каждом периоде родов необходимо предложить женщине самостоятельно выбрать положение тела (на левом боку, на корточках, на коленях, стоя рядом с сопровождающим лицом).

Раздел 3

Базальная ЧСС плода	<110, ≥160	140	136	132	148	133	145	138	128	151	133
Децелерация ЧСС	Поздние	Нет	Нет	Вар	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Вар	Нет
Амниотическая жидкость	M+++ , K	C								+	
Внутриутробное расположение плода	P, T	P								T	
Родовая жидкость	+++	0								+	
Конфигурация головки	+++	0								+	

Рекомендации для заполнения раздела 3 партограммы

Базальный ритм	Провести аускультацию ЧСС плода на протяжении как минимум одной минуты. Провести аускультацию во время схватки, продолжать на протяжении не менее 30 секунд по окончании схватки. Оценить пульс роженицы с целью дифференцировки и ее сердечных сокращений от сердечных сокращений плода	В 1 периоде родов записать базальную ЧСС плода (количество сокращений за 1 минуту). Во втором периоде записать наиболее важное с клинической точки зрения значение, полученное в течение 15 минутного интервала.	Критические показатели: $<110, \geq 160$ Во время родов у здоровых беременных женщин рекомендуется периодически проводить аускультацию плода с помощью доплеровского УЗИ аппарата или стетоскопа Пинара. Крайне низкая ЧСС плода при отсутствии схваток, либо продолжающаяся после схватки указывает на дистресс плода. Высокая ЧСС плода в отсутствие высокой частоты сердечных сокращений у роженицы должна рассматриваться как признак дистресса плода	В случае если ЧСС плода $<110$ или $\geq 160$ , необходимо попросить роженицу лечь на левый бок, вызвать старшего клинициста и действовать согласно рекомендациям. В случае если ЧСС плода находится в диапазоне от 110 до 159, следует продолжать регулярную оценку ЧСС плода каждые 30 минут в течение первого периода родов и каждые 5 минут в течение второго периода родов.
Децелерации ЧСС	Провести аускультацию ЧСС плода на протяжении как минимум одной минуты. Провести аускультацию во время схватки, продолжать на протяжении не менее 30 секунд по окончании схватки.	Записать сведения о децелерациях, пользуясь следующими условными обозначениями: Нет Ран = ранние Поз = поздние Вар = вариабельные	Критические показатели: Поз = поздние Записать сведения о децелерациях. Крайне низкая ЧСС плода в отсутствие схваток, либо продолжающаяся после схватки указывает на дистресс плода.	В случае если зафиксированы поздние децелерации, либо имеется однократная длительная децелерация, следует попросить роженицу лечь на левый бок, провести аускультацию в течение продолжительного периода времени, вызвать старшего клинициста и действовать в соответствии с клиническими рекомендациями.
Амниотическая жидкость	В каком состоянии находятся плодные оболочки. Имеется ли подтекание амниотической жидкости. В случае если выбран ответ «да», какого цвета амниотическая жидкость	Ц = целые плодные оболочки С = имеется разрыв плодных оболочек, амниотическая жидкость светлая М = амниотическая жидкость окрашена меконием: указать соответственно +, ++ или +++ для небольшой, средней и высокой интенсивности	Критические показатели: М+++ (интенсивное окрашивание меконием). Наличие густого мекония указывает на необходимость тщательного наблюдения и возможного вмешательства для оказания помощи в случае дистресса плода. К = кровь Окрашивание амниотической жидкости кровью часто наблюдается при отслойке плаценты, предлежании плаценты, предлежании сосудов или	В случае окрашивания кровью, либо при наличии густого мекония следует вызвать старшего клинициста и действовать согласно клиническим рекомендациям.

		окрашивания К = имеется разрыв плодных оболочек, жидкость окрашена кровью	разрыве матки.	
Внутриутробное расположение плода	После получения согласия роженицы обеспечения приватности следует выполнить влагалищное исследование одномоментно оценить все параметры, требующие проведения влагалищного исследования. В момент схватки исследование не проводят.	А = передний вид затылочного предлежания Р = задний вид затылочного предлежания Т = поперечное стояние стреловидного шва	Критические показатели: Р = задний вид затылочного предлежания, Т = поперечное стояние стреловидного шва В случае если на фоне поперечного стояния стреловидного шва, либо заднего вида затылочного предлежания не происходит поворота плода в передний вид затылочного предлежания, необходимо рассматривать данную ситуацию как патологическое положение плода.	В случае выявления заднего вида затылочного предлежания или поперечного стояния стреловидного шва следует сообщить старшему клиницисту и действовать согласно клиническим рекомендациям. При выявлении переднего вида затылочного предлежания следует повторно оценить положение плода в ходе следующего влагалищного обследования через 4 часа, если не показано иное.
Родовая опухоль	При выполнении влагалищного исследования в целях оценки клинических параметров необходимо оценить наличие родовой опухоли	Оценить выраженность отека по шкале от 0 (отсутствует) до ++ или +++ (выраженный).	Критические показатели: +++ Оценить наличие родовой опухоли наряду с другими параметрами состояния матери и плода в целях наблюдения и выявления риска неблагоприятных исходов родов. В случае если в предлежащей части головки определяется крупная родовая опухоль, это (наряду с другими отклонениями от нормы) может указывать на механическое препятствие прохождению плода.	В случае если выраженность родовой опухоли оценивают, как +++, необходимо уведомить старшего клинициста и действовать в соответствии с протоколами, принятыми на местах. В случае если выраженность родовой опухоли оценивают в диапазоне от 0 до ++, следует повторить оценку при следующем влагалищном обследовании через 4 часа, если не показано иное.
Конфигурация головки	В ходе выполнения влагалищного исследования для оценки других клинических параметров оценить форму головы плода, а также степень захождения костей	Оценить захождение по шкале от 0 (отсутствует) до ++ или +++ (выраженное). Оценка: + (кости сближены в области швов), ++ (захождение	Критические показатели: +++ ценить конфигурацию головки наряду с другими параметрами состояния матери и плода в целях наблюдения и выявления риска неблагоприятных исходов родов. Третий вид	В случае если конфигурацию головки оценивают как +++, необходимо вызвать старшего клинициста и действовать в соответствии с протоколами, принятыми на местах. В случае если

друг на друга во время родового акта.	костей по швам с возможностью репозиции), +++ (захождение костей по швам без возможности репозиции).	конфигурации головки (наряду с другими отклонениями от нормы) может указывать на механическое препятствие прохождению плода.	конфигурацию головки оценивают в диапазоне от 0 до ++, как правило, это признак нормы (главным образом, если ++ зарегистрировано в поздние периоды родов); провести повторную оценку в ходе следующего влагалищного обследования через 4 часа, если не показано иное.
---------------------------------------	--	--	---

#### Раздел 4

Пульс	<60, ≥120	88				96
Систолическое АД	<80, ≥140	120				128
Диастолическое АД	≥90	80				84
Температура °C	<35.0, ≥37.5	36.5				36.9
Моча	Б++, А++	-/-				-/-

#### Рекомендации для заполнения раздела 4 партограммы

	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись	Этап 3. Сверить с пороговым значением	Этап 4. Составить план
Пульс	Провести подсчет пульса роженицы на протяжении не менее 1 минуты.	Указать величину пульса роженицы (уд./мин.).	Критические показатели: <60, ≥120 Нарастание пульса пациентки может служить признаком дегидратации или боли, лихорадки, кровотечения или шокового состояния. При появлении брадикардии у матери необходимо провести ряд оценок состояния матери (и плода) в целях выявления возможной причины, включая применение конкретных лекарственных средств, положение на спине, наличие боли, кровотечения или заболевания сердца.	В случае если величина пульса <60 или ≥120 уд./мин., необходимо уведомить старшего клинициста и действовать согласно клиническим рекомендациям. В случае если величина пульса ≥60 или <120 уд./мин., следует проводить оценку величины пульса с периодичностью 1 раз в 4 часа.
Систолическое АД	Провести измерение артериального давления	Указать величину систолического артериального	Критические показатели: <80, ≥140 Провести оценку артериального давления	В случае если величина САД <80 или ≥140, необходимо уведомить старшего клинициста и

	положении сидя.	давления (САД) роженницы в мм рт.ст.	целью мониторинга состояния женщины и выявления рисков неблагоприятных исходов родов. Низкое артериальное давление может быть признаком геморрагического шока, септического шока, скрытого либо явного кровотечения. Систолическое артериальное давление на уровне 140 мм рт. ст. может свидетельствовать о гипертензии	действовать согласно рекомендациям на местах. В случае если величина САД $\geq 80$ или $< 140$ , оценку величины САД необходимо проводить каждые 4 часа.
Диастолическое АД	Провести измерение артериального давления в положении сидя.	Указать величину диастолического артериального давления (ДАД) роженницы в мм рт.ст.	Критические показатели: $\geq 90$ Диастолическое артериальное давление на уровне $\geq 90$ может свидетельствовать о гипертензии	В случае если величина ДАД $\geq 90$ , необходимо уведомить старшего клинициста и действовать согласно рекомендациям на местах. В случае если величина ДАД $< 90$ , оценку величины ДАД необходимо проводить каждые 4 часа.
Температура	Измерить температуру в подмышечной впадине.	Указать температуру роженницы в градусах Цельсия.	Критические показатели: $< 35,0$ , $\geq 37,5$ Проводить контроль температуры на протяжении родов с целью мониторинга состояния женщины и выявления рисков неблагоприятных исходов родов.	В случае если значение температуры $< 35,0$ или $\geq 37,5$ , необходимо уведомить старшего клинициста и действовать согласно рекомендациям на местах. В случае если значение температуры находится в диапазоне от 35,0 до 37,4 градусов, необходимо проводить оценку температуры каждые 4 часа.
Моча	Определить наличие белка и ацетона в моче используя тест-полоски.	Указать содержание белка (Б) и ацетона (А), используя следующими категориями: не выявлено, следовые количества, +,	Критические показатели: Б++, А++ При выявлении концентрации белка на уровне 2+ (Б++) может быть необходимо принятие дополнительных мер, однако наряду с этим может быть необходимо повторное определение концентрации 2+	В случае выявления Б++, А++ и выше, данные наблюдения следует интерпретировать в контексте полного клинического исследования. Необходимо уведомить старшего клинициста и действовать согласно



		++, +++, +++.	использованием тест-полоски в следующей порции мочи. Кетонурия может являться признаком дегидратации вследствие сниженного потребления избыточной жидкости (рвота или диарея), продолжительных родов или ранее недиагностированного диабета.	рекомендациям на местах. В случае если белок не выявлен, либо имеется в следовых количествах или на уровне +, следует проводить оценку потери каждые 4 часа, либо после каждого акта мочеиспускания на всем протяжении родов.
--	--	------------------	--	---

## Раздел 5

Частота схваток в течение 10 мин.	$\leq 2, > 5$	3	3
Продолжительность схваток	$< 20, > 60$	40	40

## Рекомендации для заполнения раздела 5 партограммы

	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделайте запись	Этап 3. Сверить с пороговым значением	Этап 4. Составить план
Частота схваток в течение 10 минут	Определить количество сокращений матки в течение 10 минут.	Указать количество схваток в (число).	Критические показатели: $\leq 2, > 5$ При неэффективности сокращений необходимо заподозрить неадекватную активность матки. Непрерывные схватки указывают на механическое препятствие прохождению плода.	В случае если за 10 минут зарегистрировано не более двух, либо более пяти схваток, необходимо уточнить их количество путем подсчета в течение следующих 10 минут. Если периодичность схваток подтверждена, следует уведомить старшего клинициста и действовать согласно рекомендациям на местах. В случае если количество схваток в течение 10 минут составляет 3–5, необходимо оценивать сократительную активность матки каждые 30 минут в первом периоде родов и каждые 5 минут во втором периоде родов.
Продолжительность схваток	Оценить продолжительность схваток.	Указать продолжительность схваток в секундах. Во втором периоде родов записать наиболее важное с клинической точки зрения значение, полученное в течение 15	Критические показатели: $< 20, > 60$ Короткие схватки могут свидетельствовать о неадекватной активности матки. Наличие свыше пяти схваток в течение 10 минут, либо непрерывных схваток свидетельствует о механическом препятствии прохождению плода,	. В случае если продолжительность схваток $< 20$ или $> 60$ секунд, необходимо уточнить полученные значения в последующие 10 минут. Если продолжительность схваток подтверждена, следует уведомить старшего клинициста и действовать согласно клиническим рекомендациям на местах. В случае если продолжительность схваток $> 20$ или $\leq 60$ , необходимо оценивать сократительную активность матки каждые 30 минут в первом периоде родов и каждые 5 минут во втором

		<p>минутного интервала (например, продолжительность самой короткой или самой длительной схватки в зависимости от конкретного случая).</p>	либо гиперстимуляции	периоде родов.
--	--	---	----------------------	----------------



Раскрытие шейки матки [График X]	10						
	9	$\geq 2\text{ч}$					
	8	$\geq 2.5\text{ч}$					X
	7	$\geq 3\text{ч}$					
	6	$\geq 5\text{ч}$					
	5	$\geq 6\text{ч}$	X				
Продвижение плода [График O]	5						
	4		O				
	3						O
	2						
	1						
	0						

	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись	Этап 3. Сверить с пороговым значением	Этап 4. Составить план
Раскрытие шейки матки [График X]	После получения согласия роженицы и обеспечения приватности следует выполнить влагалищное исследование. В момент схватки исследование не проводят. Одномоментно оценивают все параметры, требующие проведения влагалищного исследования.	После каждого влагалищного исследования в активной фазе первого периода родов отметить символом «X» ячейку, которая находится на пересечении соответствующего столбца со значениями времени и строки со значениями величины раскрытия шейки матки. Во втором периоде родов указать начало потуг символом «П».	Критические показатели для первого периода родов 5 см = $\geq 6$ ч (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 5 см в течение 6 и более часов) 6 см = $\geq 5$ ч (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 6 см в течение 5 и более часов) 7 см = $\geq 3$ ч (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 7 см в течение 3 и более часов) 8 см = $\geq 2.5$ ч (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 8 см в течение 2,5 и более часов) 9 см = $\geq 2$ ч (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 9 см в течение 2 и более часов) Критические показатели для второго периода родов $\geq 3$ ч у	Принятие мер необходимо в случае, если отсутствует динамика раскрытия шейки время, либо если затягивается второй период родов. Степень раскрытия шейки матки необходимо определять с периодичностью каждые 4 часа, если не показано иное. Выполнение повторного влагалищного исследования менее чем через 4 часа после предыдущего исследования допускается в случае, если его результаты позволят получить дополнительную важную информацию для процесса принятия решений.

			нерожавших; ≥2 ч у повторнородящих	
<b>Продвижение плода [График О]</b>	Оценить продвижение плода по родовым путям методом пальпации живота; указать часть головки (одна из пяти частей), которая определяется над симфизом.	Обозначить символом «О» ячейку, которая находится на пересечении соответствующего столбца со значениями времени и строки со значениями степени продвижения плода. После каждого влагалищного исследования необходимо заполнять данные раздела «График О». Следует пользоваться условными обозначениями 5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5, а также 0/5.	Пороговых значений для данного параметра не имеется, так как они в каждом случае индивидуальны.	В первом периоде родов перед проведением влагалищного исследования оценивать продвижение плода каждые 4 часа.

## Раздел 6

Окситоцин (Ед/л, кап./мин)	Нет	Нет
Препараты	Нет	Нет
Внутривенные инфузии	Нет	Нет

## Рекомендации для заполнения раздела 6 партограммы

	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись
Окситоцин	Получает ли роженица окситоцин настоящее время	В случае если введение окситоцина имело место, указать дозировку окситоцина в единицах на литр (Ед/л) и скорость введения в каплях в минуту (кап./мин.). При использовании окситоцина указать количество препарата, вводимого за каждые 60 минут.
Препарат	Получает ли роженица какие-либо иные препараты?	В случае если другие препараты не вводились, указать «Нет». Указать название, дозировку и путь введения любых других лекарственных средств, использовавшихся в активной фазе первого или второго периода родов (например, петидин, 50 мг, внутримышечно (в/м).

Внутривенные инфузии	Получает роженица внутривенные инфузии?	ли	Указать: Да Нет В связи с тем, что внутривенное введение жидкостей приводит к снижению подвижности роженицы и обуславливает ненужное повышение затрат, рутинная практика внутривенных инфузий для всех рожениц не может быть рекомендована. Внутривенное введение должно проводиться только по показаниям.
----------------------	---	----	---

#### Раздел 7

Оценка состояния	Требуется обезболивание	Нормальный прогресс родов	Нормальный прогресс родов	Нормальный прогресс родов	Требуется обезболивание
<b>План</b>	Предложить методы релаксации, массаж, рутинное наблюдение		Продолжить наблюдение		Предложить медикаментозное или не медикаментозное обезболивание

#### Рекомендации для заполнения раздела 7 партограммы

	Сделать запись
Оценка	Указать общую оценку, а также другие результаты, не зафиксированные ранее и имеющие важное значение для контроля за родовой деятельностью.
Составить план	<p>После проведения оценки указать планируемые меры. Например:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ продолжить плановое наблюдение;</li> <li>■ назначить диагностические тесты;</li> <li>■ стимулировать родовую деятельность окситоцином;</li> <li>■ назначить процедуры, такие как искусственный разрыв плодных оболочек;</li> <li>■ назначить применение вакуум экстрактора или акушерских щипцов;</li> <li>■ назначить выполнение кесарева сечения.</li> </ul> <p>Крайне важно обеспечить участие женщины в процессе принятия решений, а также возможность информированного принятия решения.</p> <p>После каждого этапа клинической оценки состояния женщины и плода указать планируемые меры с учетом совместно принятых решений.</p>

## ΠΑΡΤΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟ3

фно Петрова Ирина Владимировна

Число родов **2**Начало родовой деятельности **СПОНТАННО**

Диагноз активной фазы родов [Дата: 16/07/22]

Разрыв плодов оболочек [Дата: 06/17/20 Время: 5:00]

1. Факторы риска: Мертворождение в анамнезе, анемия

[illegible]

## Сокращения для записи нечисловых величин

<b>Раздел 1. Идентификационные данные и характеристики родовой деятельности на момент поступления пациентки</b>	
Разрыв плодных оболочек(дата; время)	Н = неизвестно
<b>Раздел 2. Поддерживающий уход</b>	
Сопровождающее лицо	Да
	Нет
	О = отказ роженицы
Обезболивание	Да
	Нет
	О = отказ роженицы от фармакологических или нефармакологических методов обезболивания
Пероральное введение жидкости	Да
	Нет
	О = отказ роженицы
Положение	Спина = на спине
	М = мобильна (периодически перемещается)
<b>Раздел 3. Плод</b>	
Децелерации ЧСС	Нет
	Ран = ранние
	Поз = поздние
	Вар = переменные
Амниотическая жидкость	Ц = целые плодные оболочки
	С = имеется разрыв плодных оболочек, амниотическая жидкость светлая
	М = амниотическая жидкость окрашена меконием: указать соответственно +, ++ или +++ для небольшой,средней и высокой интенсивности окрашивания
	К = примесь крови в амниотической жидкости
Внутриутробное расположениеплода	А = любая позиция при переднем виде затылочного предлежания
	Р = любая позиция при заднем виде затылочного предлежания
	Т = любая позиция при поперечном стоянии стреловидного шва
	0 (без патологии)

Родовая опухоль	+	
	++	
	+++ (выраженный)	
Конфигурация головки	0 (без патологии)	
	+	(кости сближены в области швов)
	++	(захождение костей по швам с возможностью репозиции)
	+++	(захождение костей по швам без возможности репозиции)
Раздел 4. Роженица		
Моча	Б – (отсутствие протеинурии)	
	Б след (следовые количества белка)	
	Б 1+	
	Б 2+	
	Б 3+	
Ацетон	А – (отсутствие ацетонурии)	
	А 1+	
	А 2+	
	А 3+	
	А 4+	
Раздел 5. Ход родов		
Не применимо		
Раздел 6. Введение лекарственных средств		
Окситоцин	Нет	
	Если выбран вариант «да», укажите дозировку в ед/ли скорость введения в кап./мин	
Введение лекарственных средств	Нет	
	Если выбран вариант «да», укажите названиепрепарата, дозировку и путь введения	
Внутривенные инфузии	Да	
	Нет	
Раздел 7. Совместное принятие решений		
Не применимо		