

Адамян Л.В.^{1,3}, Смольнова Т.Ю.^{1,3}, Петрухин В.А.⁴, Баев О.Р.^{1,2}, Радзинский В.Е.⁵

¹*ФГБУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (директор академик РАМН, проф. Сухих Г.Т.)*

²*Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФПДО Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова (зав. кафедрой – академик РАМН Сухих Г.Т.)*

³*Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ (зав. кафедрой – академик РАМН, проф. Адамян Л.В.)*

⁴*ГБУЗ МО Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва (директор – академик РАМН В.И. Краснопольский)*

⁵*ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии (зав. кафедрой – заслуженный деятель науки РФ, доктор мед. наук, профессор Радзинский В.Е.)*

Сведения об авторах:

Адамян Лейла Владимировна, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по науке, руководитель отделения оперативной гинекологии ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова; зав. кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФПДО, МГМСУ; главный внештатный специалист Минздравсоцразвития по акушерству-гинекологии

Адрес: 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д.4

Телефон: 8(495) 438- 40-68

Е-mail: l_adamyana@oparina4.ru

Смольнова Татьяна Юрьевна, доктор медицинских наук, доцент кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФПДО, МГМСУ Адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20/1, старший научный сотрудник отделения оперативной гинекологии ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова

Адрес: 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4.

E-mail: smoltat@list.ru

Петрухин Василий Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, руководитель акушерской клиники Московского областного НИИ акушерства и гинекологии ГБУЗ МО

Адрес: 127473, г. Москва, ул. Покровка 22а

E-mail: 1akmoniiag@mail.ru

Баев Олег Радомирович- доктор медицинских наук, профессор, руководитель родильного отделения ФГБУ НЦАГиП им В.И.Кулакова Минздрава РФ, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии факультета послевузовского профессионального образования врачей Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова

Адрес:117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д.4

Телефон 8(495) 438 11 88

E-mail: metod_obsgyn@hotmail.com

Радзинский Виктор Евсеевич - заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Адрес:117997, Россия, Москва, ул.Миклухо-Маклая, 6.

Тел +7495 4346007.email: rudn. ru

Представленный проект является основой для разработки нового протокола по ведению нормальных родов. Авторы проекта рассчитывают в скором времени получить отклик заинтересованных специалистов для обсуждения круга вопросов, которые должны быть отражены в протоколе, включая само определение нормальных родов, структуру протокола, а также положений, которые будут в достаточной степени отражать потребность различных уровней службы родовспоможения в современных, имеющих доказательную базу, рекомендациях по ведению родов.

В течение последних лет медицинскими сообществами разных стран, а также ВОЗ, разработан ряд руководств, посвященных ведению родов, которые отличаются как по формату, так и некоторым положениям тактики. Эти руководства не могут быть использованы простым копированием в лечебных учреждениях РФ, так как имеются отличия в системах организации медицинской помощи, финансирования, образования специалистов и самих пациентов. Вместе с тем целесообразно использовать представленные в этих руководствах данные для подготовки собственных рекомендаций, адаптированных к условиям российской системы здравоохранения.

В настоящий момент нет необходимости в детальном обсуждении и согласовании мелких деталей протокола, но авторы с благодарностью примут рекомендации по объему обследования, подготовке и ведению родов, обезболиванию, применению партограммы, включению в него положений из протокола оказания помощи новорожденному, послеродовому периоду.

	вставление, акушерскую ситуацию 3) определить риски, выбрать и обосновать тактику ведения родов
--	--

Наблюдение за родами включает:

- 1) Пациентка должна иметь возможность экстренного вызова персонала.
- 2) Наблюдение за роженицей возлагается, в основном, на акушерку родового блока, которая должна находиться непосредственно с пациенткой: в 1-м периоде — периодически (каждые 15—30 мин); в конце 1-го периода, во 2-м и в 3-м периодах — постоянно.
- 3) Положение пациентки в родах свободное (исключая вертикальное положение при излитии околоплодных вод при не прижатой головке). Следует иметь в виду, что роды в вертикальном положении (на коленях, сидя на корточках) на четвереньках, по сравнению с положением на спине, полусидя, на боку, укорачивают роды на 1 час и меньше требуют регионарной анальгезии.
- 4) Обучите женщину технике дыхания во время родов и родоразрешения.
- 5) Исследование пульса – каждый час, артериального давления на периферических артериях каждые 4 часа, измерение температуры тела - 1 раза в 4 часа, сократительная деятельность матки – каждые 30 мин., контроль за мочеиспусканием – каждые 2-3 часа. При отсутствии самостоятельного мочеиспускания – выведение мочи катетером. Регистрация полученных результатов на партограмме обязательна.
- 6) Запись дневников в родах проводится каждые 3 часа (может быть заменено партограммой). Внутреннее акушерское исследование в первом периоде родов проводится не реже 1 раза в 6 часов (фиксация в истории родов и партограмме)
- 7) Ведение партограммы в родах обязательно (см. ниже)
- 8) Мониторинг сердечной деятельности плода (аускультация), КТГ при поступлении, излитии околоплодных вод, перед- и после обезболивания обязательны⁴
- 9) Мониторинг сократительной деятельности матки при излитии околоплодных вод, перед- и после обезболивания обязательны
- 10) Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога (для обезболивания родов):

⁴ Непрерывная КТГ плода в родах проводится по показаниям со стороны плода.

- Роды могут быть обезболены (при наличии жалоб пациентки на боли): в латентную фазу - транквилизаторы, в активную фазу – наркотические анальгетики.
- Также может быть использована регионарная анальгезия⁵: эпидуральная (люмбальная и сакральная), спинномозговая, и комбинированная спиноэпидуральная анестезии парацервикальная и пудендальная анестезию. Чувствительные волокна от тела и шейки матки проходят в составе корешков Th11 и Th12, от промежности — в составе корешков S2—S4.

Ведение партограммы обязательно⁶.

- 11) Ведение партограммы (акушеркой) в родах осуществляется каждые 2 часа с оценкой (приложение 2):
- сократительной активности матки (тонус, частота, амплитуда (по данным наружной гистерографии), продолжительность)
 - фиксации на партограмме частоты сердечных сокращений плода каждые 30 мин
 - высоты стояния предлежащей части плода (оценка опускания головки пальпацией живота)
 - характера околоплодных вод
 - динамики раскрытия маточного зева, конфигурации головки, динамики продвижение предлежащей части плода (со слов врача)

I период

Включает:

- 1) Латентную фазу – характеризуется регулярной родовой деятельности, которая приводит к прогрессивному сглаживанию шейки матки и открытию маточного зева до 3-4 см (у первородящих) и 4-5 см – у повторнородящих. Длина шейки матки должна быть менее 1 см.
- 2) Активную фазу родов – дальнейшая дилатация маточного зева до 8 см открытия
- 3) Фаза замедления (от 8 см открытия до полного раскрытия маточного зева)

⁵ Пациентки должны быть информированы, что эпидуральная и комбинированная спиноэпидуральная анестезии более эффективны, чем в\в или в\м использование опиоидов. Однако, этот тип анестезии требует более интенсивного мониторингования, пролонгирует 2 период родов, увеличивает частоту инструментальных родов, кесарева сечения

⁶ Основной целью является ранняя диагностика аномалий родовой деятельности путем оценки степени и скорости раскрытия шейки матки, опускания предлежащей части плода

Особенностями ведения латентной фазы родов является:

- 1) Не рекомендуется вмешательство (амниотомия, использование утеротоников) в латентную фазу родов до начала активной фазы
- 2) Мониторинг прогрессии родов в виде партограммы обязателен (см. приложение 2):
 - в латентную фазу родов частота влагалищных исследований у первородящих должна быть минимальным - 1 раз в 6 часов, у повторнородящих – 1 раз в 4 часа⁷
 - в активную фазу родов частота влагалищных исследований - каждые 2 часа
 - Излитие околоплодных вод, оценка акушерской ситуации перед- и после обезболивания – являются дополнительными показаниями к влагалищному исследованию

Длительность фаз родов и скорость открытия шейки матки⁸

Фаза родов	Скорость раскрытия шейки матки (см/час)		Длительность у первородящих	Длительность у повторнородящих
	первородящие	повторнородящие		
Латентная фаза (от начала регулярных схваток до 3 см открытия)	0,35 см/ч		До 6,5 часов (не более 8 час)	До 5 часов (не более 8 часов)
Активная фаза родов (от 4 до 8 см открытия)	1,5-2 см/час (макс. 3 см/час) (не менее 1,2 см/ч)	2-2,5 см/час (макс. 5,7 см/ч) (не менее 1,5 см/ч)	7,7 час	5,6 час
Фаза замедления (от 8 см до 10 см)	1,2 см/час	1,5 см/час		

Мониторинг сердечной деятельности плода (см. приложение 3).

⁷ Оценка каждые 2 часа способствует агрессивному ведению родов без улучшения результатов

⁸ Имеет широкий диапазон и индивидуально. Определяется этническими особенностями . весо-ростовыми показателями. Афроамериканки имеют более короткий II период по сравнению с европейками. Длительность родов у женщин с нормальной массой тела короче, по сравнению с пациентками с повышенной массой тела и ожирением

1) КТГ (продолжительная прерывная) плода в родах обязательно (при поступлении, излитии околоплодных вод, перед- и после обезболивания и мониторинг сократительной деятельности матки обязательны). Непрерывная КТГ плода в родах проводится по показаниям со стороны плода.

2) Выслушивание сердцебиения плода (норма — 110—160 уд/мин): в I периоде родов при отсутствии КТГ – каждые 30 мин⁹.

3) Выслушивание сердцебиения плода можно производить обычным акушерским стетоскопом, ручным доплеровским прибором или при помощи прибора КТГ с обязательной записью в соответствующую часть партограммы.

4) УЗИ плода (при необходимости).

В родах не рекомендуется:

1) родостимуляция посредством амниотомии и окситоцина¹⁰

2) рутинная амниотомия при открытии маточного зева менее 7 см. Показанием для амниотомии может являться только внутренний мониторинг плода¹¹ (КЩС, прямая ЭКГ плода). Необходимость медикаментозного усиления маточных сокращений в активную фазу I периода нормальных родов отсутствует. В связи с чем, от рутинного использования утеротоников (окситоцина) для ускорения родов следует воздержаться¹²

3) заставлять пациентку тужиться раньше того времени, пока она сама не пожалуется на чувство сильного давления на задний проход

II период

С момента полного открытия шейки матки до рождения ребенка.

Включает:

1) Пассивную фазу – от полного раскрытия шейки матки – до начала потуг (максимально не более 1 часа).

⁹ . во II периоде родов каждые 5 мин, а при активных потугах во II периоде родов (нахождении головки на тазовом дне и врезывании головки) - после каждой схватки

¹⁰ 56% женщин вступают в роды самостоятельно. Роды являются физиологическим процессом. Поэтому вмешательство в роды ведет к увеличению числа дистоции шейки матки, аномалий родовой деятельности, кесареву сечению, увеличению материнской и неонатальной заболеваемости, смертности.

¹¹ Следует иметь в виду, что рутинная амниотомия увеличивает частоту кесарева сечения,

¹² Активное управление родами (амниотомия, использование окситоцина) ведет к некоторому снижению частоты кесарева сечения. Однако, роды в этом случае, являются более интервенционными.

2) Активную фазу – полное раскрытие шейки матки и активные потуги (у первородящих - не более 2 часов, у повторнородящих – не более 1 часа).

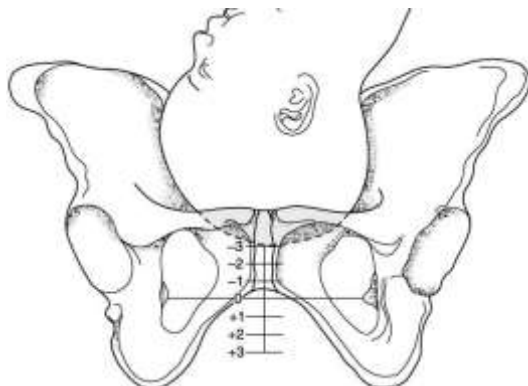
В среднем II период родов у первородящих длится 1,1 час (максимальная длительность 2,9 часа), у повторнородящих – 0,4 часа (максимально 1,1 часа)

Длительность II периода родов у первородящих не должна составлять более 3 часов, у повторнородящих – более 2 часов.

Особенностями ведения II периода родов является:

- 1) Нахождение акушерки с роженицей постоянно
- 2) Документированный мониторинг:
 - АД, ЧСС роженицы 1 раз в час
 - Контроль за опорожнением мочевого пузыря 1 раз в час
 - Мониторинг родовых схваток акушеркой с занесением в партограмму каждые 30 минут
 - мониторинг сердечной деятельности плода – каждые 5 мин
 - при расположении головки в узкой части или на тазовом дне аускультация плода - после каждой схватки.
- 3) При бради- или тахикардии плода – оценка по отношению к пульсу матери
- 4) Прогрессия родов с указанием продвижения предлежащей части плода оценивается врачом с документированием в партограмме (документируется акушеркой со слов врача) (см. приложение 2)

Прогрессия родов с ведением партограммы



1) Во втором периоде родов показателем прогрессии родов является продвижение предлежащей части плода (см. приложение

- Если предлежащая часть на 1 см выше седалищных остей, степень ее вставления обозначают как «-1»
- Если на 2 см ниже — как «+2».
- Если степень вставления предлежащей части более «-3», то предлежащая часть подвижна над входом в малый таз.

- Если степень вставления «+3», то предлежащая часть располагается на тазовом дне и во время потуги появляется в половой щели

- 2) Влагалищное исследование во II периоде родов выполняется каждый час.
- 3) **Во II периоде** головка плода большим сегментом не должна находиться в одной плоскости малого таза свыше 30 – 40 минут у первородящих и 20 – 30 минут – у повторнородящих. Скорость продвижения головки по родовым путям у первородящих составляет 1 см/ч, у повторнородящих – 2 см/ч.

Если в течение 1 часа у первородящих отсутствует динамика продвижения головки по родовым путям, то течение родов следует признать неудовлетворительным.

- 4) Подготовка акушеркой места для принятия родов (разложить чистые пеленки или одноразовый пакет для приема родов, нагреть пеленки, которыми будут обтирать ребенка, подготовить необходимые инструменты для родов), необходимого оборудования и места для реанимации новорожденного (включить тепло, подключить кислород, проверить наличие дыхательного мешка и масок к нему, подключить тройник к электрооттепу, грушу; приготовить пеленки, шапочку и носочки для ребенка).
- 4) Наиболее удобное положение в родах — полусидя
- 5) Роды принимает акушерка, используя поочередно 4 момента.
- 6) Ребенка следует выложить на живот матери для обеспечения контакта «кожа-к-коже» на 1 час, обсушить, укрыть одеялом и убедиться, что его головка накрыта для предотвращения потери тепла.
- 7) Пуповину следует пересекать после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты после рождения ребенка.
- 8) Контакт «кожа к коже» должен сохраняться в течение 1 часа. Грудное вскармливание должно начаться в течение первого часа. Только по истечении 1 часа можно приступить к измерению окружности головки, грудной клетки, определению массы тела и роста ребенка, измерению температуры тела

Рис. 1

**Медиолатеральная техника
эпизиотомии (угол между 45° и
60°)**

Перинео- и эпизиотомия

9) Не рекомендуется выполнение рассечения промежности в родах (перинео- и эпизиотомия)¹³.

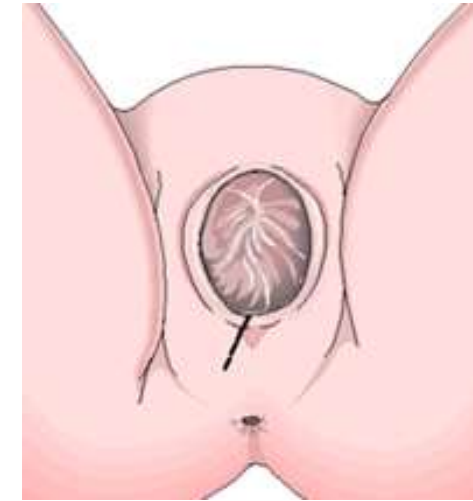
10) Рутинное рассечение промежности в родах также не должно выполняться и у пациенток, имеющих в анамнез разрыв промежности 3 или 4 степени.

11) В настоящее время ВОЗ ограничило использование рассечения промежности в родах:

- осложненными вагинальными родами (тазовое предлежание, дистоция плечиков плода, наложение щипцов, вакуум-экстракция плода);
- рубцовыми изменениями гениталий в результате женского обрезания или плохо заживших разрывах третьей и четвертой степени;
- дистрессом плода

12) Латеральная эпизиотомия не должна использоваться.

13) Предпочтительна медиолатеральная техника (справа между углом в 45° и 60°) (см. рис.1). Операцию производят в тот момент, когда в схватку из половой щели показывается участок головки диаметром 3—4 см. Метод обезболивания – предшествующая регионарная анестезия, инфильтрационная или пудендальная анестезия.



В родах не рекомендуется:

1) переводить в родильный зал (на родильную кровать) до момента врезывания головки (появление головки из половой щели 2-4 см в диаметре, вне потуги – головка не уходит)

2) применять прием Кристеллера

¹³ Нет данных о том, что рутинное проведение эпизиотомии снижает риск повреждения промежности, последующего развития пролапса гениталий или недержания мочи. В действительности, рутинное проведение эпизиотомии ассоциируется с увеличением разрывов промежности третьей и четвертой степени с последующей дисфункцией мышц анального сфинктера.

- 3) выполнять рутинную эпизио-, перинеотомию (понятия «угроза разрыва промежности», «высокой промежности» как показания для проведения вмешательства в классическом акушерстве отсутствует. Понятие «ригидная промежность» предполагает препятствие для продвижения (рождения) головки в течение более 1 часа).
- 4) использовать утеротоники для укорочения 2 периода родов
- 5) управлять потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы)
- 6) Форсировать рождение ребенка за одну потугу. После рождения головки необходимо дать возможность головке повернуться, а плечикам развернуться самостоятельно, при этом необходимо проверить, нет ли обвития пуповины. При тугом обвитии пересечь пуповину между 2 зажимами, при нетуге — ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги. Цианоз личика не является опасным признаком!
- 7) поднимать ребенка при не пережатой пуповине выше тела матери (уровня плаценты)
- 8) рутинное использование окситоцина и метилэргометрина во II периоде родов для профилактики кровотечения

III период

Выделяют 1) физиологический¹⁴ и 2) активный способ ведения III периода родов

1) Физиологический способ ведения III периода родов исключает:

- рутинное ведение утеротоников
- раннее пережатие пуповины до конца ее пульсации и пересечение
- активное удаление плаценты при интенсивном натуживании роженицы

При ведении III периода родов врач должен знать и использовать:

- признаки отделения плаценты
- способы выделения отделившего последа

Признаки отделения плаценты:

- Шредера – изменение формы и высоты стояния дна матки
- Альфельда – удлинения наружного отрезка пуповины
- Клейна – после потуги удлинившийся отрезок пуповины не втягивается

¹⁴ При низком риске кровотечения. Пациентке должен быть предоставлен выбор.

- Кюстнера-Чукалова – при надавливании ребром ладони над лоном отрезок пуповины не втягивается

Способы выделения последа (послед выделяют после опорожнения мочевого пузыря):

- Абуладзе – после бережного массажа матки передне-брюшную стенку двумя руками берут в продольную складку и предлагают роженице потужиться
- Методы Гентера и Креде-Лазаревича – менее щадящие, поэтому используются после безуспешного применения метода Абуладзе

Третий период родов следует считать пролонгированным, если отделение плаценты и выделение последа не произошло в течении 30 мин

Физиологическое ведение III периода родов должно быть изменено на активный способ при:

- а. кровотечении
- б. отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 мин
- в. состояния матери, требующее ускорение III периода родов

Переход на активный способ ведения (тракция за пуповину, массаж матки) может быть осуществлен только после введения утеротоника (см. активный способ ведения III периода) как части активного ведения. Умбиликальное ведение простагландинов и окситоцина не рекомендуется.

2) Активное ведение III периода предполагает¹⁵:

- окситоцин
- раннее пережатие пуповины до окончания ее пульсации и ее пересечение
- быстрое выделение последа наружными приемами (после появления признаков отделения плаценты)
- массаж матки (только после введения утеротоника)

ВОЗ рекомендует активное ведение 3-го периода

¹⁵ активное ведение III периода родов не предполагает обязательное применение активных тракций за пуповину

Активное ведение III периода

Окситоцин

- 1) В течение 1 минуты после рождения ребенка пропальпируйте живот на предмет наличия еще одного плода
- 2) При его отсутствии введите 5 ЕД окситоцина в/в (или 10 ЕД окситоцина в/м). Использование окситоцина предпочтительнее, т.к. он имеет минимальные побочные эффекты и может быть использован у всех женщин. При отсутствии окситоцина, используйте метилэргометрин 0,2 мг в/м или простагландины. **Не используйте метилэргометрин у женщин с высоким артериальным давлением ввиду повышения риска возникновения судорог и нарушения мозгового кровообращения**

Контролируемое потягивание за пуповину

- d. Пережмите пуповину ближе к промежности губчатым зажимом. Держите пережатую пуповину и концы зажима одной рукой.
- e. Положите другую руку непосредственно над лобковой костью женщины и удерживайте матку отводя ее от лона во время контролируемого потягивания за пуповину. Это поможет избежать выворота матки.
- f. Слегка натяните пуповину и дождитесь сильного сокращения матки (2-3 минуты).
- g. Когда матка становится круглой или пуповина удлиняется, очень осторожно потяните на себя вниз пуповину для рождения плаценты. Не ждите появления сильного потока крови до того, как вы начали потягивание за пуповину. Продолжайте отводить матку другой рукой в направлении противоположном потягиванию за пуповину.
- h. Если плацента не опускается в течение 30-40 секунд **контролируемого потягивания за пуповину** (то есть, нет признаков отделения плаценты), прекратите тянуть за пуповину. Осторожно держите пуповину и дождитесь очередного хорошего сокращения матки. При необходимости используйте губчатый зажим для пережатия пуповины ближе к промежности при ее удлинении;
- i. Во время следующего сокращения матки повторите контролируемое потягивание за пуповину с отведением матки в противоположную сторону. При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться.
- j. Держите плаценту обеими руками и осторожно поворачивайте ее, пока плодные оболочки скручиваются.
- k. Медленно потяните плаценту для завершения родов

l. Если плодные оболочки оторвались, осторожно исследуйте верхнюю часть влагалища и шейку матки в стерильных перчатках и используйте губчатые зажимы для удаления всех оставшихся частей плодных оболочек, которые будут обнаружены.

m. Внимательно осмотрите плаценту, чтобы удостовериться в ее целостности. Если часть материнской поверхности плаценты отсутствует или имеет место обрыв оболочек с сосудами, есть основание подозревать наличие в полости матки оставшихся фрагментов плаценты

Массаж матки

- 1) Проведите массаж дна матки через переднюю брюшную стенку женщины до появления сокращений матки.
- 2) Повторяйте массаж матки каждые 15 минут в течение первых 2 часов.
- 3) Убедитесь, что матка не расслабляется (становится мягкой) после остановки массажа матки.

При нормальном течении послеродового периода кровопотеря составляет в среднем не более 0,5 % от массы тела.

Оценка разрывов и их зашивание

- 1) Оценка состояния родовых путей должна быть полная. При необходимости допустимо использование ректального исследования.
- 2) Разрывы родовых путей I степени принято считать незначительными, и в ряде случаев они не требуют зашивания. Разрывы I степени могут зашиты одноэтажным узловым швом с использованием викриловых или кетгутовых хромированных нитей (инфильтрационная анестезия при отсутствии регионарной).
- 3) Восстановление разрывов II степени должно проводиться под тщательным обезболиванием – при отсутствии регионарной анальгезии – инфильтрационная анестезия (или пудендальная) 1% раствором Лидокаина (Прокаина) (10-20 мл). Для разрывов II степени характерно повреждение, помимо кожи и слизистой, поверхностных бульбокавернозных и поперечных мышц тазового дна, но без вовлечения наружного анального сфинктера.
- 4) Зашивание разрывов стенки влагалища II степени проводится наложением 3-0 узловых рассасывающихся швов, зашивание мышц тазового дна (промежности) - с наложением 3-4 узловых рассасывающихся швов (предпочтительно викрил). Кожу целесообразно восстановить непрерывным рассасывающимся внутрикожным швом (для профилактики раневой инфекции)

Уход за новорожденным

- 1) Первичный уход за новорожденным (см. соответствующий протокол)
- 2) В родильном зале рекомендуется обеспечить первое прикладывание ребенка к груди не позднее 1,5-2 часов после рождения продолжительностью не менее 30 минут.
- 3) Проверяйте дыхание младенца и цвет кожных покровов каждые 5 минут, температуру младенца, ощупывая ступню ребенка каждые 15 минут. Осматривайте пуповину на предмет возможного кровотечения каждые 15 минут.
- 4) Поощряйте грудное вскармливание, как только ребенок будет готов (начнет «искать сосок»). Не заставляйте ребенка брать грудь насильно.
- 5) По мере возможности избегайте раздельного содержания матери и ребенка. При раздельном пребывании рекомендуется грудное вскармливание по "требованию" младенца.

Ведение послеродового периода

- 1) Рекомендуемый срок нахождения родильницы в стационаре – 3 суток.
- 2) В послеродовой период ежедневно измеряется температура тела 2 раза в сутки, пульс, АД – 2 раза в сутки, проводится осмотр и пальпация молочных желез, пальпаторно определяется высота стояния дна матки, осуществляется контроль за состоянием швов на промежности.
- 3) Резус-отрицательным пациенткам (при отсутствии резус-антител в крови) при рождении резус-положительного ребенка в обязательном порядке в течение 48 часов должен быть введен антирезус иммуноглобулин
- 4) Перед выпиской родильнице предлагается УЗИ органов малого таза.
- 5) При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка) и профилактике нежеланной беременности.
- 6) После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.
- 7) Швы на промежности (в случае наложения узловых кожных швов) могут быть сняты на 5-7 сутки участковым врачом акушером-гинекологом в женской консультации (поликлинике). Внутренние швы не снимаются.

ПАРТОГРАММА (ПЕРВОРОДЯЩИЕ)

Ф.И.О. _____ Возраст _____ № истории родов _____
 Поступила « _____ » 20__ г. _____ ч. _____ мин. Беременность _____ Роды _____ Рост _____ Вес _____
 Окружность живота _____ Высота дна матки _____ ПМП _____ Балльная оценка пренатального риска _____

Дата « _____ » 20__ г.

Время _____

Положение предлежащей части _____

<p>Пульс, уд/мин АД, мм рт. ст., ЧСС плода</p>	<p>220 200 180 160 140 120 100 80 60</p>	<p>Открытие маточного зева, см</p>	<p>9 8 7 6 5 4 3 2 канал</p>		<p>- 3 на входе - 2 прижата ко входу - 1 малым сегментом 0 большим сегментом + 1 в широкой части + 2 в узкой части + 3 в выходе</p>
Продолжительность родов, ч				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	<p>Клинический диагноз:</p> <p>Беременность _____ нед.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Р О Д Ы</p> <p>« _____ » 20__ г. _____ ч. _____ мин.</p> <p>Пол: мальчик девочка</p> <p>Масса _____ Длина _____</p> <p>Оценка по шкале Апгар:</p> <p>1 мин _____</p> <p>5 мин _____</p> <p>Особенности _____</p>
Излитие вод Количество					
Амниотомия Качество					
Сердцебиение плода, уд/мин					
Схватки	Количество за 10 минут				
	Сила + ++ +++				
	Болезненность + ++ +++				
Мочеиспускание					
Температура, С°					
Медикаменты (доза, путь введения)					
Родостимуляция, кап/мин					

Подпись врача

 Акушерка _____
 Дежурный врач _____

ПАРТОГРАММА(ПОВТОРНОРОДЯЩИЕ)

 Ф.И.О. _____ Возраст _____ № истории родов _____
 Поступила « _____ » _____ 20 г. _____ ч. _____ мин. Беременность _____ Роды _____ Рост _____ Вес _____
 Окружность живота _____ Высота дна матки _____ ПМП _____ Балльная оценка пренатального риска _____

Дата « _____ » _____ 20 г.

Время

Положение предлежащей части

Пульс, уд/мин АД, мм рт. ст., ЧСС плода	220	Открытие маточного зева, см	9															- 3 на входе - 2 прижата ко входу - 1 малым сегментом 0 большим сегментом + 1 в широкой части + 2 в узкой части + 3 в выходе
	200		8															
	180		7															
	160		6															
	140		5															
	120		4															
	100		3															
	80		2															
	60	канал	1															
Продолжительность родов, ч				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Клинический диагноз: Беременность _____ нед. _____ _____ _____
Излитие вод Количество																		
Амниотомия Качество																		
Сердцебиение плода, уд/мин																		
Схватки	Количество за 10 минут																	
	Сила + ++ +++																	
	Болезненность + ++ +++																	
Мочеиспускание																		

Р О Д Ы

« _____ » _____ 20 г. _____ ч. _____ мин.

Температура, С°														Пол: мальчик девочка
Медикаменты (доза, путь введения)														Масса _____ Длина _____
Родостимуляция, кап/мин														Оценка по шкале Апгар: 1 мин _____ 5 мин _____
Подпись врача														Особенности _____ _____ _____ Акушерка _____ Дежурный врач _____

Партограмма (стр. 2) Ф.И.О. _____ Регистрационный номер _____

1 Путь начался _____ Дата / / _____ Время _____
в _____ ч _____ мин

2 Родился плод _____ Пол _____ Масса (грамм) _____
М Ж

Рост (см) _____ Окружность головки _____ Крик _____
(см)

Кожные покровы _____ Рефлексы _____ Мышечный тонус _____

Оценка по шкале АПГАР _____
через 1 минут (баллов) _____ Оценка по шкале АПГАР _____
через 5 минут (баллов) _____

3. Новорожденный осмотрен неонатологом _____
Время _____
в _____ ч _____ мин

4. Ведение III периода родов _____ Группа риска _____ Наличие венозного доступа _____
низкая высокая Есть Нет

Наличие плазмозаменителей _____ Катеризация мочевого Окситоцин _____
пузыря _____ Не введен

Есть Нет Да Нет Утеротоника окситоцин 10 ЕД в/м
метилэргобревин + окситоцин в/в

Контролируемое _____ Выведение последа + Продолжительность III периода _____
потягивание за пуповину _____ наружный массаж матки _____
Да Нет Да Нет _____ мин _____ сек _____

Учетная кровопотеря _____ Дольки плаценты _____ Дефекты плаценты _____
по периодам родов _____ мл _____ Нет Да

Оболочки _____ Пуповина _____

5. Осмотр шейки матки и Разрыв родовых путей _____ В случае разрыва: _____
Восстановлена целостность _____
шейки матки и промежности в случае _____
Да Нет

Дежурный врач _____ / / _____ Зав. отделением _____ / / _____
Подпись _____ Дата _____ Подпись _____ Дата _____

Информация о пациенте: Полное имя, число беременностей, число родов, номер больницы, дата и время поступления в стационар, время разрыва плодного пузыря.

Частота сердечных сокращений плода: Фиксируйте каждые полчаса.

Амниотическая жидкость: Отмечайте цвет амниотической жидкости при каждом вагинальном обследовании:

- Ц: пузырь цел,
- Ч: разрыв пузыря, жидкость чистая,
- М: присутствие мекония в жидкости;
- К: примесь крови в жидкости.

Конфигурация головки.

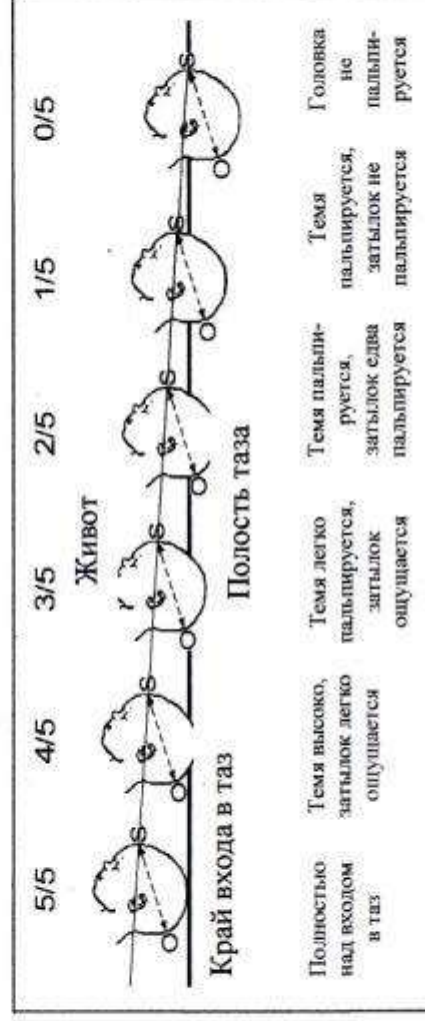
- 1 степень: швы легко делимы;
- 2 степень: швы находят друг на друга, но делимы;
- 3 степень: швы находят друг на друга и не делимы.

Раскрытие шейки матки: Оценивайте при каждом влагалищном исследовании и отмечайте крестиком (x). Начните делать отметки на партограмме с 4 см.

Линия тревоги. Линия должна начинаться от точки раскрытия шейки на 4 см. и продолжаться до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.

Линия действия: Параллельно и отступая на 4 часа вправо от линии тревоги.

Оценка опускания головки пальпацией живота: Имеет отношение к части головки (разделенной на 5 частей), пальпируемой над симфизом; отмечайте кружком (O) при каждом вагинальном исследовании. В положении 0/5 верхнепередняя часть головы (темя) находится на уровне симфиза.



Часть: Относится к количеству времени, прошедшему с момента начала активной фазы родов (наблюдатель или преподаватель).

Время: Фиксируйте реальное время.

Схватки: Введите данные каждые полчаса, запишите число схваток за 10 минут и их продолжительность в секундах.

- Меньше 20 секунд
- Между 20 и 40 секундами
- Более 40 секунд

Окситоцин: При назначении окситоцина записывайте его количество, введенное женщиной в течение 30 минут.

Назначение лекарств: Фиксируйте любые дополнительные назначения лекарств.

Пульс: Каждые 30 минут отмечайте точкой (*).

Артериальное давление: Записывайте каждые 4 часа и отмечайте стрелкой.

Температура: Записывайте каждые 2 часа.

Прогелии, анемия и количество мочи: Записывайте при каждом мочеиспускании.

КТГ плода в родах

В интранатальный период до 4-6 см раскрытия шейки матки физиологический ритм характеризуется теми же признаками, что и в антенатальный (за исключением спорадических акцелераций 2 за 20 мин): базальная частота 125-160 уд/мин, амплитуда осцилляций – 7-15 уд/мин.

После 6 см раскрытия шейки матки допустим низкоосциляторный ритм (5-7 уд/мин) при сохранной базальной частоте, а также появление ранних среднеамплитудных децелераций (до 15 уд/мин)

Патологической КТГ следует считать:

- 1) Низкоосциляторный ритм (3-5 уд/мин) на фоне мекониально окрашенных вод в сочетании или без- с синдромом задержки роста плода и отсутствием акцелераций
- 2) Низкоосциляторный ритм (3-5 уд/мин) при нормальной плавающей базальной частоте (линейный тип токограммы)
- 3) Низкоосциляторный ритм (3-5 уд/мин) в сочетании с плавающим базальным ритмом (синусоидальный тип кривой)
- 4) Низкоосциляторный ритм (3-5 уд/мин) в сочетании с высокоамплитудными децелерациями (30-50 сек и выше) – проваливающийся ритм
- 5) Высокоосциляторный (более 15 уд/мин) высокочастотный ритм (признак о. гипоксии при сохраненных компенсаторных резервах)
- 6) Экстрасистолический тип кривой (записывается как две-три параллельные тахограммы, как артефакты) (признак нервно-рефлекторных изменений миокарда плода в терминальной стадии жизни)
- 7) Бради- и тахикардия (менее 120 и выше 160 уд/мин)

При появлении указанных ритмов следует уточнить диагноз, дальнейшую тактику ведения и способ родоразрешения

При поступлении	При излитии околоплодных вод	Перед-, после обезболивания	В фазу замедления (открытие шейки матки 8 см и более)	Во II периоде родов
КТГ до получения STV интервала (в норме не менее 3)				Аускультация плода с помощью акушерского стетоскопа или при помощи прибора КТГ
<p>Критерии нормальной КТГ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Базальный ритм в пределах 120 –160 уд/мин • Амплитуда вариабельности базального ритма 5 – 25 уд/мин • Регистрация 5 и более вариабельных спорадических акцелераций на протяжении 30 минут записи • Децелерации отсутствуют или отмечаются ранние спорадические, неглубокие и очень короткие. <p>Выделяют 4 типа децелераций</p> <p>Dip 0 - возникают в ответ на сокращение матки, реже спорадически, продолжаются 20 – 30 с и имеют амплитуду 30 ударов в минуту и более. Во втором периоде родов диагностического значения не имеют.</p> <p>Dip I - (ранняя или V-образная децелерация) является рефлекторной реакцией сердечно-сосудистой системы плода в ответ на сдавление головки плода или пуповины во время схватки. Ранняя децелерация начинается одновременно со схваткой или с запаздыванием до 30 с и имеет постепенное начало и окончание. Длительность и амплитуда децелерации соответствует длительности и интенсивности схватки.</p> <p>Dip II - (поздняя или U-образная децелерация) является признаком нарушения маточно-плацентарного кровообращения и прогрессирующей гипоксии плода. Поздняя</p>				<p>При расположении головки в узкой части полости малого таза, на КТГ во время потуги могут наблюдаться:</p> <ul style="list-style-type: none"> п. ранние децелерации до 80 уд/мин о. кратковременные акцелерации до 180 уд/мин р. Ритм быстро восстанавливается вне потуги

децелерация возникает после пика маточных сокращений и достигает самой нижней точки через 20 – 30 с. Общая продолжительность децелерации обычно составляет более 1 минуты.

Различают три степени тяжести децелерации: легкую (амплитуда урежения до 15 в минуту), среднюю (16 – 45 ударов в минуту), тяжелую (более 45 ударов в минуту).

Dip III – переменная децелерация обусловлена быстрым сдавлением сосудов пуповины, что вызывает внезапную гипертензию и вагусный ответ на раздражение барорецепторов и, как следствие – брадикардию. Тяжесть переменных децелераций зависит от амплитуды: легкие – до 60 ударов в минуту, средней тяжести – от 61 до 80 ударов в минуту, тяжелые – более 80 ударов в минуту.

Используемая литература:

- 1) Приказ Минздрава России № 572н (Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) от 12 ноября 2012г.
- 2) Стандарт специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании (от 23 января 2013 г)
- 3) Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), Фонд ООН по народонаселению, ЮНИСЕФ, Всемирный банк Нормальные роды и родоразрешение. В руководстве для врачей и акушеров «Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Единые подходы к оказанию помощи при беременности и в родах» // Руководство, 2000, в ред. 2003, с.404
- 4) ACOG Practice Bulletin No 71 American College of Obstetricians and Gynecologists CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN–GYNECOLOGISTS NUMBER 71, APRIL 2006
- 5) Management of Labour . SOGC Obstetrical Content Review Committee • 2012
- 6) Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth. Published by the RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Королевский Колледж Акушеров и Гинекологов Великобритании) 2007
- 7) Нормальные роды. Клинические протоколы. Институт здоровья семьи. Проект «Мать и дитя». 2008 г., Издание 3-е, переработанное, и дополненное с. 164