

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКИЙ АЛЬЯНС АКУШЕРОВ

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПО ВЕДЕНИЮ СРОЧНЫХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ

(для студентов средних медицинских
образовательных организаций,
практикующих акушеров
родовспомогательных организаций)



БИШКЕК 2020

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ**

КЫРГЫЗСКИЙ АЛЬЯНС АКУШЕРОВ

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ПО ВЕДЕНИЮ
СРОЧНЫХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ
РОДОВ**

(для студентов средних медицинских образовательных
организаций, практикующих акушеров
родовспомогательных организаций)

БИШКЕК 2020

Методическое пособие разработано и опубликовано при технической поддержке кыргызско-германского проекта "Содействие перинатальному здравоохранению в Кыргызстане", реализуемого Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (Германское общество по международному сотрудничеству) по поручению Правительства Германии.

GIZ не несет ответственности за содержание материала

Методическое пособие для средних медицинских образовательных организаций, практикующих акушеров, утвержден МЗ КР от 03.02.2020 г.

Методическое пособие предназначено для студентов средних медицинских образовательных организаций, практикующих акушеров.

Целевая группа

студенты средних учебных заведений, специалисты МЗ КР.

Дата создания

2019 год

Планируемая дата обновления

Проведение следующего пересмотра планируется в январе 2022, а также внепланово при появлении новых научно-обоснованных данных. Любые комментарии и пожелания по содержанию методического пособия принимаются с глубокой признательностью.

Рабочая группа по разработке методического пособия (согласно Указанию МЗ КР № 543 от 19 июля 2019г.)

Ешходжаева А.С., начальник УОМПиЛП МЗ КР, руководитель рабочей группы

Бообекова А.А., начальник УЧРиОР МЗ КР

Асылбашева Р.Б., главный специалист УОМПиЛП МЗ КР

Тогузбаева Б. Д., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 КГМА

Макенжан уулу А., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 КГМА

Максутова Э.М., заведующая ЦПС «Брак и семья» НЦОМид

Орозалиева А., акушерка КРД №2

Казакбаева Ч., Ментор проекта GIZ Содействие перинатальному здравоохранению в Кыргызстане

Внутренний эксперт:

Шоонаева Н.Дж. – зав. кафедрой акушерства и гинекологии КГИМИПиПК им. С.Б. Даниярова, д.м.н., проф.

Адрес для переписки с рабочей группой: Кыргызская Республика, 720040, г. Бишкек, ул. Тоголока Молдо, 1. Тел.: 66-27-98, 62-18-29.

Выражается глубокая признательность кыргызско-германскому проекту «Содействие перинатальному здравоохранению в Кыргызстане», реализуемого Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (Германское общество по международному сотрудничеству) из средств Правительства Германии за оказанное техническое и методическое содействие при разработке и внедрении данного методического пособия.

GIZ не несет ответственности за содержание методического пособия.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	5
СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ	6
ВВЕДЕНИЕ	8
ПЕРВИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА	24
СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИНЫ	24
ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА	30
ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ	32
ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ	49
ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ	57
НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ РОДИЛЬНИЦЫ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	61
КУЛЬТУРА КОММУНИКАЦИЙ	65
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	67

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	Артериальное давление
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГСО	Гнойно - септические осложнения
КТГ	Кардиотокография
КТП	Контролируемая тракция за пуповину
МЕ	Международная единица
МКБ	Международная классификация болезней
ОЗ	Организация здравоохранения
С/Б	Сердцебиение
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЧСС	Частота сердечных сокращений
Ш/М	Шейка матки

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

- Партограмма – способ графического описания родов, в котором отражаются в виде кривой раскрытие шейки матки, продвижение плода и другие показатели общего состояния и течения родов. Используется для прогнозирования родов, контроля темпа родов и оценки проводимых акушерских мероприятий.
- Потуги – произвольные, ритмичные сокращения матки (схватки) с сокращением мышц передней брюшной стенки, диафрагмы и промежности, направленные на изгнание плода.
- Родоразрешение – система организационных, медицинских и технологических мероприятий, направленных на завершение беременности.
- Роды – физиологический процесс, направленный на изгнание плода и последа при достижении определенного срока беременности и гестационного возраста плода (22 недели). В зависимости от гестационного возраста плода, роды относят к преждевременным – при сроке беременности от 22 до 37 недель, своевременным – при сроке беременности от 37 до 42 недель, запоздалым – при беременности \geq 42 недель с признаками переносимости плода.
- Схватки – произвольные ритмичные сокращения матки, направленные на сглаживание, раскрытие шейки матки и продвижение плода по родовому каналу. Схватки оценивают за 10 минут 1 раз в 30 минут наблюдения по продолжительности, интенсивности, ритмичности и координированности сокращений верхнего и нижнего сегментов матки. Родовые схватки должны обеспечивать нормальный темп родов.
- Шкала Бишопа (Bishop) – оценка состояния шейки матки по степени размягчения, укорочения и отно-

шения к проводной оси малого таза в балльной системе (0 – 2 балла – незрелая; 3 - 4 балла - недостаточно зрелая; 5 - 8 баллов - зрелая). Учитывается как прогностический признак при беременности и при подготовке к родам.

- Эпидуральная анестезия - метод проводниковой анестезии, заключающийся во введении анестетика в эпидуральное пространство. Считается «золотым стандартом» обезболивания родов.

ВВЕДЕНИЕ

Слайд 1.

Физиологические роды (ВОЗ)

- начались спонтанно/самопроизвольно;
- имели низкие факторы риска в начале родов;
- сохранили низкие факторы риска во время родов;
- при этом ребенок рожден:
 - самостоятельно (без оказания пособий, помощи);
 - в головном предлежании;
 - в сроке беременности между 37-42 недели;
- родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Термины «физиологические роды», «нормальные роды», «естественные роды» обычно используются, как взаимозаменяемые и, как правило, означают роды, которые не требовали медицинского вмешательства. В данном документе, для исключения разночтений, далее будет использоваться только термин «физиологические роды».

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет **физиологические роды**, как роды, которые:

- начались спонтанно/самопроизвольно;
- имели низкие факторы риска в начале родов;
- сохранили низкие факторы риска на протяжении всех трех периодов родов;
- при этом ребенок рожден:
 - самостоятельно (роды, прошедшие без осложнений);
 - в затылочном предлежании;
 - в сроке между 37 – 42 завершёнными неделями беременности;
- после родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Код по МКБ X:

080 – роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение

включены:

- случаи с минимальной помощью или без нее, с проведением эпизиотомии или без нее;
- нормальные роды.

080. 0 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании;

080. 1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании;

080. 8 Другие самопроизвольные одноплодные роды;

080. 9 Одноплодные самопроизвольные роды неуточненные самопроизвольные роды БДУ.

Слайд 2. Критерии физиологических родов

Критерии физиологических родов

Роды в сроке гестации 37+0 - 42+0 недели;

- спонтанное/самопроизвольное начало;
- затылочное предлежание;
- низкие факторы риска;
- роды через естественные родовые пути;
- не требуют непрерывного мониторинга плода;
- нет осложнения со стороны матери и плода;

III период родов:

- активное/физиологическое ведение.

Слайд 3. Критерии патологических родов

Критерии патологических родов

- Индукция родов.
- Инфузия окситоцина.
- Требуется непрерывный мониторинг плода.
- Требуется фармакологическое обезболивание, в том числе опиоидами, эпидуральная или спинальная анестезия, общая анестезия.
- Инструментальные роды (вакуум – экстрактор или акушерские щипцы).
- Кесарево сечение.
- Проводилось искусственное рассечение промежности (эпизиотомия/перинеотомия).
- Раннее (менее чем через 1 минуту после рождения плода) пережатие пуповины.
- Наличие: факторы риска до родов, осложнения во время родов, сразу после родов (в течение двух часов после рождения плода).

Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов: улучшение здоровья и благополучия матерей и новорожденных

По итогам технических консультаций, эксперты ВОЗ предложили 56 рекомендаций по уходу в интранатальный период: 26 из которых являются новыми и 30 перенесены из уже существующих документов. Рекомендации структурированы согласно стадиям: весь период родовой деятельности, деторождения, первый период родов, второй период родов, третий период родов, уход за новорожденным непосредственно после родов и уход за матерью непосредственно после родов. Основываясь на критериях принятия решений GRADE, которые определяли общее направление, а в неко-

торых случаях – и специфический контекст рекомендаций, эксперты группы по разработке руководящих принципов разделили рекомендации на несколько категорий, которые перечислены ниже.

Рекомендуется: вмешательство или процедуру следует проводить.

Не рекомендуется: вмешательство или процедуру не следует проводить.

Рекомендуется в определенных ситуациях: вмешательство или процедуру следует проводить только в строго определенных обстоятельствах или у пациенток, специально оговоренных в настоящем документе.

Рекомендуется только в контексте исследования: итог вмешательства или процедуры может быть непредсказуем, поэтому их допустимо массово проводить только в рамках исследований, направленных на получение новых эмпирических данных об их эффективности, приемлемости и практической осуществимости.

Слайд 4.

Уход на всех этапах родов

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| • уважительное отношение к роженице | – | рекомендуется |
| • эффективное общение | – | рекомендуется |
| • присутствие партнера | – | рекомендуется |
| • непрерывность ухода | – | рекомендуется в определенных ситуациях |

Уважительное отношение к роженице

Во время ухода рекомендуется уважительное отношение к женщине, сохраняющее ее достоинство, личную неприкосновенность и конфиденциальность, а также обеспечивающее защиту от причинения вреда и неправильного лечения, возможность информированного выбора и непрерывную поддержку в течение родов.

Эффективное общение

Рекомендуется эффективное общение между роженицей и персоналом, осуществляющим уход за ней, с применением простых, культурно приемлемых правил.

Присутствие партнера в родах

Присутствие партнера в родах рекомендуется для всех женщин.

Непрерывность ухода

Уход под руководством знакомой акушерки или группы акушеров, которые ведут женщину во время беременности, родов и в послеродовый период, рекомендуются при наличии хорошо зарекомендовавших себя соответствующих специалистов.

Слайд 5.

Уход на всех этапах родов

- Измерение размеров таза при поступлении. — не рекомендуется
- Продолжительность первого периода родов. — рекомендуется

- Течение первого периода родов:
 - если родовая деятельность началась спонтанно, скорость раскрытия цервикального канала 1 см/час в течение активной фазы — не рекомендуется
 - (что фиксируется на партограмме) является недостоверным критерием выявления рисков осложнений для плода и не рекомендуется для этих целей;
 - минимальная скорость раскрытия цервикального канала 1 см/час в активной фазе первого периода родов достигается не у всех женщин и не может являться критерием нормального течения родов. Медленное раскрытие шейки матки (менее 1 см/час), как изолированный признак, не является показанием для оперативного вмешательства; — не рекомендуется
 - родовая деятельность может протекать медленно, пока цервикальный канал не раскроется на 6 см. Тем не менее, если состояние матери и плода приемлемо, медицинское вмешательство для ускорения родов (например: ведение окситоцина или кесарево сечение) не рекомендуется до достижения этого порога. — не рекомендуется

Определения латентной и активной фаз первого периода родов.

Рекомендуется применение указанных ниже определений латентной и активной фаз первого периода родов.

- Латентная фаза характеризуется болезненными сокращениями матки и переменными изменениями цервикального канала, включая некоторое сглаживание шейки матки и медленно прогрессирующее раскрытие цервикального канала до 6 см при первых и повторных родах.
- Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более выраженным сглаживанием шейки матки и более быстрым раскрытием цервикального канала от 6 см до полного раскрытия при первых и повторных родах.

Продолжительность первого периода родов

Женщины должны быть информированы о том, что продолжительность латентной фазы первого периода родов не является догмой и варьирует в широких пределах. Однако ее длительность (раскрытие цервикального канала от 6 см до полного раскрытия), обычно не превышает 12 часов при первых и 10 часов при повторных родах.

Течение первого периода родов

- Если родовая деятельность началась спонтанно, скорость раскрытия цервикального канала 1 см/час в течение активной фазы (что фиксируется на партограмме) является недостоверным критерием выявления рисков осложнений для плода и не рекомендуется для этих целей.
- Минимальная скорость раскрытия цервикального канала 1 см/час в активной фазе первого периода

достигается не у всех женщин и не может являться критерием нормального течения родов. Медленное раскрытие шейки матки (менее 1 см/час) как изолированный признак не является показанием для оперативного вмешательства.

Родовая деятельность может протекать медленно, пока цервикальный канал не раскроется на 6 см. Тем не менее, если состояние матери и плода приемлемо, медицинское вмешательство для ускорения родов (например, введение окситоцина или кесарево сечение) не рекомендуется до достижения этого порога.

Слайд 6.

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ

- | | |
|--|---|
| • госпитализация в родильном отделении. | – рекомендуется только в контексте исследования |
| • рутинное выполнение кардиотокографии плода для оценки его состояния во время спонтанных родов у здоровых беременных женщин. | – не рекомендуется |
| • для оценки состояния плода во время родов рекомендуется аускультация с помощью доплеровского УЗИ – аппарата или стетоскопа Пинара. | – рекомендуется |
| • вагинальное исследование. | – рекомендуется |
| • эпидуральная анестезия. | – рекомендуется |
| • применение опиоидных анальгетиков. | – рекомендуется |

Госпитализация в родильное отделение

Не рекомендуется откладывать госпитализацию здоровой беременной женщины, у которой родовая деятельность началась спонтанно, до активной фазы первого периода. Исключения составляют случаи участия в исследовательских программах.

Измерение размеров таза, бритье промежности и лобковой области при поступлении³

- Рутинное измерение размеров таза здоровых беременных женщин, у которых началась родовая деятельность, не рекомендуется.
- Не рекомендуется рутинное бритье промежности и лобковой области при естественных родах.
- Рутинная оценка состояния плода, при поступлении в родильное отделение
- Не рекомендуется рутинное выполнение кардиотокографии плода для оценки его состояния во время спонтанных родов у здоровых беременных женщин.
- Для оценки состояния плода во время родов рекомендуется аускультация с помощью доплеровского УЗИ-аппарата или стетоскопа Пинара.

Пальцевое вагинальное исследование

Пальцевое вагинальное исследование с четырехчасовым интервалом рекомендуется в качестве рутинного метода, для оценки состояния плода в активной фазе первого периода родов у женщин с низким риском осложнений.

Непрерывная кардиотокография во время родов

Непрерывная кардиотокография для оценки состояния плода у здоровых беременных женщин при естественных родах не рекомендуется.

Периодическая аускультация плода во время родов

Во время родов у здоровых беременных женщин рекомендуется периодически проводить аускультацию плода с помощью доплеровского УЗИ - аппарата или стетоскопа Пинара.

Эпидуральная анестезия

Эпидуральная анестезия рекомендуется для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).

Применение опиоидных анальгетиков

Парентеральное введение опиоидных анальгетиков, таких как фентанил, диаморфин и петидин, рекомендуется для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).

Слайд 7.

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ

- техники релаксации для контроля болевого синдрома и мануальные приемы для контроля болевого синдрома – рекомендуется
- подвижность и положение роженицы – рекомендуется
- обработка влагалища – не рекомендуется

Техники релаксации для контроля болевого синдрома

Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление, дыхательные методики, музыку и практику осознанности, рекомендуются для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).

Мануальные приемы для контроля болевого синдрома

Мануальные приемы, такие как массаж или аппликация теплых пакетов, рекомендуются для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).

Облегчение боли для стимуляции родов

Облегчение боли для предотвращения замедления родовой деятельности и во избежание применения стимуляторов родов не рекомендуется.

Пероральный прием жидкости и пищи

Женщинам с низким риском осложнений рекомендуется пить и принимать пищу во время родов.

Подвижность и положение роженицы

У женщин с низким риском осложнений необходимо поощрять подвижность и вертикальное положение во время родов.

Промывание влагалища

Рутинное промывание влагалища раствором хлоргексидина во время родов с целью профилактики летальных инфекционных заболеваний не рекомендуется.

Слайд 8.

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ

- рутинная амниотомия – не рекомендуется
- раннее применение амниотомии и окситоцина – не рекомендуется
- ведение окситоцина после эпидуральной анестезии – не рекомендуется
- спазмолитики – не рекомендуется
- внутривенное ведение жидкости для стимуляции родовой деятельности – не рекомендуется

Активное вмешательство в родовую деятельность

Активное медицинское вмешательство для стимуляции родовой деятельности не рекомендуется.

Рутинная амниотомия

Использование амниотомии как изолированного метода стимуляции родовой деятельности не рекомендуется.

Раннее применение амниотомии и окситоцина

Раннее использование амниотомии в сочетании с ранним введением окситоцина для стимуляции родовой деятельности не рекомендуется.

Введение окситоцина после эпидуральной анестезии

Введение окситоцина для стимуляции родовой деятельности у женщин, получивших эпидуральную анестезию, не рекомендуется.

Спазмолитики

Введение спазмолитиков для стимуляции родовой деятельности не рекомендуется.

Внутривенное введение жидкости для стимуляции родовой деятельности

Внутривенное введение жидкости для сокращения длительности родов не рекомендуется.

Слайд 9.

ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ

- | | | |
|--|---|--|
| • определение и длительность второго периода | – | рекомендуется |
| • положение во время родов (у женщин, получивших эпидуральную анестезию) | – | рекомендуется |
| • метод натуживания | – | рекомендуется в определенных ситуациях |
| • техники по профилактике повреждений промежности | – | рекомендуется |
| • рутинная эпизиотомия | – | не рекомендуется |
| • давление на живот | – | не рекомендуется |

Определение и длительность второго периода родов.

Рекомендуется применение указанного ниже определения второго периода родов, а также его длительности.

- Второй период — это время от полного раскрытия шейки матки до рождения ребенка. Роженица испытывает потуги, обусловленные экспульсивными сокращениями матки.

- Женщины должны быть информированы о том, что продолжительность второго периода может быть разной. При первых родах он обычно длится не более 3 часов, а при повторных — не более 2 часов.

Положение во время родов (у женщин, не получивших эпидуральную анестезию)

У женщин, у которых не применялась эпидуральная анестезия, рекомендуется поощрять подвижность и вертикальное положение во время родов (с учетом предпочтений роженицы).

Положение во время родов (у женщин, получивших эпидуральную анестезию)

У женщин, у которых применялась эпидуральная анестезия, рекомендуется поощрять подвижность и вертикальное положение во время родов (с учетом предпочтений роженицы).

Метод натуживания

Рекомендуется поощрять и поддерживать рожениц в естественном/произвольном натуживании в период изгнания плода.

Метод натуживания (у женщин, получивших эпидуральную анестезию)

Если женщина получила эпидуральную анестезию во втором периоде родов, рекомендуется отсрочить натуживание на один-два часа после полного раскрытия цервикального канала до момента, когда роженица сама почувствует необходимость этих действий. Не рекомендуется продлевать этот период для профилактики перинатальной гипоксии плода.

Техники профилактики повреждений промежности

Для женщин во втором периоде родов рекомендуются техники:

- направленные на профилактику повреждения области промежности и облегчения деторождения;
- включая массаж промежности, теплые компрессы и ручное пособие по защите промежности (с учетом предпочтений роженицы и доступных методов).

Эпизиотомия

Рутинное или свободное применение эпизиотомии не рекомендуется у женщин, у которых роды происходят спонтанно и естественным путем.

Давление на живот

Ручное давление на живот с целью облегчения родов во втором периоде не рекомендуется.

Слайд 10.

ТРЕТИЙ ПЕРИОД

- | | | |
|--|---|-----------------|
| • профилактическое применение утеротоников | - | рекомендуется |
| • отсроченное пережатие пуповины | - | рекомендуется |
| • контролируемая тракция за пуповину | - | рекомендуется |
| • массаж матки | - | не рекомендуетс |

Профилактическое применение утеротоников

- применение утеротоников с целью профилактики послеродового кровотечения в третьем периоде родов рекомендуется во всех случаях.

- окситоцин (10 МЕ в/м, в/в) рекомендуется для предотвращения послеродового кровотечения.
- если окситоцин недоступен, рекомендуется применение других утеротоников (эргометрина, метилэргометрина или фиксированных таблетированных комбинаций окситоцина и эргометрина) либо перорального мизопроста (600 мкг).

Отсроченное пережатие пуповины

В целях обеспечения лучших клинических результатов для матери и ребенка рекомендуется отсроченное пережатие пуповины (не раньше, чем через одну минуту после рождения).

Контролируемая тракция за пуповину

При наличии квалифицированного и опытного медперсонала рекомендуется контролируемая тракция пуповины в третьем периоде при естественных родах, если медицинский работник и родильница считают важными небольшое снижение кровопотери и небольшое сокращение длительности третьего периода родов.

Массаж матки

Не рекомендуется длительный массаж матки в качестве средства предотвращения послеродового кровотечения у женщин, получивших с профилактической целью окситоцин.

Слайд 11.

БЕЗОПАСНЫЕ РОДЫ

- Чистые роды, но не стерильные.
- Наличие квалифицированного персонала.
- С доступом к неотложной основной акушерской помощи в случае высокого риска или осложнений.

ПЕРВИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИНЫ

Необходимо провести первичную (клиническую) оценку состояния женщины, определение предлежащей части и положения плода, проведение влагалищного исследования и оценки состояния шейки матки.

Слайд 12.

ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА

- определить причину обращения пациентки в ОЗ к медицинскому работнику (жалобы);
- просмотреть записи о беременности и результаты скрининга, включая:
 - гестационный возраст;
 - анамнез (медицинский, акушерский, гинекологический, хирургический, социальный);
 - аллергия на лекарства;
 - осложнения в течение беременности;
 - прием различных лекарственных препаратов во время беременности;
 - результаты исследования (в том числе место положения плаценты);
 - обсудить предпочтения в отношении родов (присутствие партнера итд).

Для этого определите причину обращения пациентки в ОЗ к медицинскому работнику, расспросите жалобу беременной. Просмотрите записи о беременности (обменная карта беременной) и результаты проведенных обследований, включая указанные на слайде.

Важно обсудить с беременной предпочтения в отношении родов, присутствие партнера, если да, то кого она предпочитает в качестве партнера в родах (муж, мама, и т.д.).

В случае отсутствия обменной карты, проведите тщательный сбор анамнеза и течения данной беременности.

Слайд 13.

ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА

- Оценить общее состояние.
- Схватки:
 - оценить силу, частоту и продолжительность схваток в течение 10 минут;
 - оценить тонус матки вне схваток.
- Измерить:
 - температуру тела;
 - пульс;
 - частоту дыхания;
 - артериальное давление (АД).
- Обсудить предпочтения в отношении родов (присутствие партнера итд).
- Наружный акушерский осмотр определить:
 - высоту дна матки;
 - положение плода;
 - предлежащая часть;
 - расположение предлежащей части по отношению к плоскостям таза;
 - количество околоплодных вод.

При наружном акушерском осмотре определите:

- высоту дна матки,
- количество околоплодных вод,
- положение плода,
- предлежащую часть,
- расположение предлежащей части по отношению к плоскостям таза.

Все полученные результаты обследования запишите в истории родов.

Рутинное (без наличия показаний) измерение размеров таза у здоровых беременных женщин, у которых началась родовая деятельность, **не рекомендуется**.

Таким образом, при проведении клинической оценки женщины необходимо осуществить аускультацию сердцебиения плода, которую проводите в конце схватки и в течение полных 60 секунд (или полной 1 минуты). Различайте сердцебиение женщины и ребенка.

Слайд 14.

ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА

- выслушать сердцебиение плода с помощью стетоскопа Пинара или ультразвукового доплеровского исследования;
- рутинное использование КТГ для женщин с низким риском не рекомендуется.

Слайд 15.

ПЕРВИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИНЫ И ПЛОДА

- Первичный контакт и сбор анамнеза.
- Оценка состояния женщины.
- Подсчет схваток.
- Наружный акушерский осмотр.
- Измерение размеров таза при поступлении.
- Оценка выделения из половых путей.
- Оценка состояния плода.
- Оценить боль и дискомфорт.

Слайд 16.

ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА

Влагалищное исследование:

- проводится с целью определения этапа родов и принятия решения дальнейшей тактики ведения родов;
- проводится, если есть предположение, что роды начались;
- если есть подозрение на преждевременный разрыв плодных оболочек, влагалищное исследование производить по строгим показаниям, поэтому первоначально проведите осмотр в зеркалах;
- проводите только после полной клинической оценки!!!

Минимум влагалищных исследований, по четким показаниям*.

До проведения влагалищного исследования:

- четко определите: Нужно ли проводить влагалищное исследование?
- поможет ли влагалищное исследование в принятии клинического решения?
- очень тщательно изучите анамнез и данные самых последних результатов УЗИ;
- объясните женщине процедуру и получите ее согласие;
- убедитесь, что мочевой пузырь женщины пуст;
- проведите наружное акушерское обследование и аускультация с/б плода.

Влагалищные исследования следует проводить по строгим показаниям. Количество влагалищных исследований должны быть сведены к минимуму, путем соблюдения четких показаний.

До проведения влагалищного исследования:

- четко определите, нужно ли проводить влагалищное исследование и поможет ли оно в принятии клинического решения;
- очень тщательно изучите анамнез и данные самых последних результатов ультразвукового сканирования;

- объясните женщине процедуру и получите ее согласие;
- убедитесь, что мочевой пузырь женщины пуст;
- проведите наружное акушерское обследование и аускультацию с/б плода.

Влагалищное исследование проводится только после проведения клинической оценки состояния роженицы и плода!!!

Слайд 17

ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Показания для влагалищного исследования:

- каждые 6 часов в латентной фазе I-го периода родов;
- каждые 4 часа в активной фазе I-го периода родов;
- если появились клинические проблемы.

Противопоказания:

- не получено согласие женщины;
- отмечается дородовое кровотечение (осмотр в условиях развернутой операционной);
- дородовое излитие околоплодных вод (осмотр в зеркалах)
- предлежание плаценты;
- положение плаценты точно неизвестно;
- подозрение на преждевременные роды.

После проведения влагалищного исследования:

- объясните женщине результаты исследования;
- проведите аускультацию с/б плода;
- занесите данные в историю/партограмму.

Влагалищные исследования следует проводить строго по показаниям!

Во время проведения влагалищного исследования:

1. Соблюдайте конфиденциальность, достоинство и уважение женщины при этом создайте ей комфортные условия;
2. Проводите влагалищное исследование только между схватками;
3. Оценивайте:
 - состояние наружных половых органов, промежности;
 - состояние шейки матки (положение - кзади, по центру или спереди, консистенция, длина/сглаживание шейки матки, открытие);
 - плодный пузырь (цел, не определяется, характер подтекающих вод - цвет, объем и запах);
 - предлежащая часть (вид предлежания, уровень предлежащей части по отношению к плоскостям таза).

После проведения влагалищного исследования:

- объясните женщине результаты исследования;
- проведите аускультацию с/б плода;
- занесите данные в историю/партограмму.

Противопоказания для проведения влагалищного исследования

- не получено согласие женщины;
- отмечается дородовое кровотечение (осмотр только в условиях развернутой операционной);
- дородовое излитие о/вод (осмотр в зеркалах);
- предлежание плаценты;
- положение плаценты точно не известно;
- подозрение на преждевременные роды;

ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА

Ложные схватки

Слайд 18.

КРИТЕРИИ ЛОЖНЫХ СХВАТОК

- при первичном осмотре нет структурных изменений/раскрытия шейки матки;
- схватки редкие, не прогрессируют;
- если нет изменений шейки матки, несмотря на продолжающиеся схватки.

Если при первом осмотре нет раскрытия шейки матки, то диагноз начавшейся родовой деятельности не может быть поставлен.

Если схватки редкие, но продолжают, нужно провести повторный осмотр через 4 часа, чтобы проверить, изменилось ли состояние и раскрытие шейки матки:

- если изменения есть (отмечаются сглаживание и раскрытие шейки матки), выставляется ДИАГНОЗ - "Первый период родов";
- если нет изменений шейки матки, несмотря на продолжающиеся схватки, то ДИАГНОЗ "Ложные схватки" остается.

ВНИМАНИЕ!!! Показаний для влагалищного исследования нет.

- наблюдайте за беременной в условиях стационара не менее 24 часов после постановки диагноза, но предоставьте ей возможность отдохнуть (возможно, в условиях палаты/отделения кратковременного пребывания беременных).
- по истечении 24 часов стационарного наблюдения, родовая деятельность не отмечается, структурные

изменения в шейке матки не прогрессируют, состояние матери и плода удовлетворительны, то беременную следует выписать с рекомендацией вернуться при появлении признаков родов: регулярные прогрессирующие схватки, не менее двух подсчитанные за 10 мин, а также при появлении возможных осложнений: кровянистые выделения из половых путей, отсутствие шевеления плода, излитие о/п вод, болезненные схватки, головные боли, тошнота, рвота и др.

Таким образом, если пациентка жалуется на схваткообразные боли внизу живота и поясничной области, но при первом влагалищном исследовании сглаживание и раскрытие шейки матки не отмечаются, исследование следует повторить через 4 (четыре) часа, для исключения ложных схваток. Указанный временной промежуток беременная должна провести в родовспомогательном учреждении, при этом каждая ОЗ, внутренним протоколом, определяет отделение, в которое пациентка будет госпитализирована (палата/отделение патологии беременных; родовой блок).

Следует помнить главное, что в течение 4-х часов пациентка не должна оставаться без наблюдения: контроль с/б плода – каждые два часа; ей должно быть комфортно: в ночное время иметь возможность отдохнуть, а в дневное – выйти на прогулку.

Слайд 19.

КРИТЕРИИ I-го ПЕРИОДА РОДОВ

Регулярные прогрессирующие схватки, не менее двух за 10 минут, которые сопровождаются структурными изменениями в шейке матки.

При наличии критериев: регулярные прогрессирующие схватки, не менее двух за 10 мин, которые сопровождаются структурными изменениями в шейке матки, женщине выставляется диагноз: **I период родов.**

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ.

Необходимо обеспечить женщине комфортные роды согласно их индивидуальным потребностям:

- роженица должна быть в центре внимания;
- очень важно уважительное отношение к роженице и непрерывная поддержка в течение родов с обеспечением эмоциональной и физической поддержки;
- должен быть уход, ориентированный на женщину и строгое соблюдение профессиональной этики.

Слайд 20.

КРИТЕРИИ ЛОЖНЫХ СХВАТОК

– это период от начала регулярных схваток, сопровождающихся структурными изменениями в шейке матки, до его полного (10 см) раскрытия.

Первый период делится:

- латентная фаза – до 6 см раскрытия шейки матки;
- активная фаза - с 6 см (включительно) до полного раскрытия шейки матки.

Первый период – время от начала регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки. Однако определить точное время начала родов очень трудно, так как нерегулярные сокращения матки, как правило, отмечаются на протяжении всей беременности, а первые регулярные схватки мягкие и редкие.

В свою очередь, первый период родов делится на:

- латентная фаза — до 6 см раскрытия шейки матки;
- активная фаза — с 6 см (включительно) до полного раскрытия шейки матки.

Латентная фаза характеризуется постепенным изменением шейки матки. Активная фаза – быстрым (по крайней мере, 1 см открытия в час).

Слайд 21.

Латентная фаза I-го периода родов

Определение: Латентная фаза характеризуется болезненными сокращениями матки и переменными изменениями цервикального канала, включая некоторое сглаживание шейки матки и медленно прогрессирующее раскрытие маточного зева до 6 см при первых и повторных родах.

Регулярные прогрессирующие схватки, не менее двух за 10 минут, которые сопровождаются структурными изменениями в шейке матки.

Как правило, определить точное время начала родов очень трудно, так как нерегулярные сокращения матки, как правило, отмечаются на протяжении всей беременности, а первые регулярные схватки мягкие и редкие.

Средняя продолжительность латентной фазы I-го периода - 8 часов, однако у некоторых пациенток указанная фаза может закончиться быстрее, а у некоторых - напротив, позже. И это не будет считаться патологией. В современном акушерстве длительной латентной фазой у первородящих считают 20 и более часов, у повторнородящих – 14 и более часов. Однако, на сегодняшний день, даже превышение вышеуказанных временных границ (20 и 14 часов соответственно) не должно быть показанием для кесарева сечения, если шейка матки продолжает раскрываться и сглаживаться, а состояние матери и в/у плода остаются удовлетворительными.

Слайд 22.

Латентная фаза I-го периода родов

- Обеспечьте женщине комфортные роды согласно их индивидуальным потребностям и представлениям.
- Предложите индивидуальную поддержку (с учетом предпочтений роженицы) для контроля и облегчения боли у здоровых беременных женщин.
- Техники релаксации:
 - постепенное мышечное расслабление;
 - дыхательные методики;
 - музыка и практика осознанности.
- Мануальные приемы:
 - массаж;
 - аппликации теплых пакетов.
 - Поощряйте прием пищи и питья.
 - Поощряйте подвижность и вертикальное положение во время родов.

Если изменения в сглаживании или раскрытии шейки матки происходят, но не соответствуют ожидаемому прогрессу – 6 см, по истечении 8 часов латентной фазы, оправданным вмешательством на следующие 6 часов являются наблюдение и немедикаментозные методы ускорения родов:

- создание комфорта во время родов: еда, питье, отдельная родильная комната;
- присутствие партнера или сопровождающего лица;
- вертикальное положение, свобода передвижения (особенно ходьба);
- немедикаментозные методы обезболивания родов;

Если схватки продолжают, нужно провести повторный осмотр через 6 часов, чтобы проверить, изменилось ли состояние и раскрытие шейки матки:

- если изменения есть (отмечаются сглаживание и раскрытие шейки матки), но они не соответствуют

ожидаемому прогрессу – 6 см, остается ДИАГНОЗ – “Латентная фаза I периода родов”;

- если раскрытие шейки матки составляет 6 см, то выставляется ДИАГНОЗ “Активная фаза I периода родов”.

Слайд 23.

ДЕЙСТВИЯ

- | | | |
|------------------------------|---|---|
| • Сердцебиение плода | – | выслушивайте каждые 2 часа, в течение 1 полной минуты |
| • Температура тела | – | измеряйте каждые 4 ч |
| • Наружный акушерский осмотр | – | проводите каждые 4 (6) часа
– проводите перед каждым влагалищным осмотром |
| • Схватки | – | оценивайте каждые 4 часа |
| • Продолжительность | – | в среднем 8 часов
– не желательно, чтобы превышала:
– 20 часов у первородящих
– 14 часов у повторнородящих |
| • Пульс, АД, ЧД | – | каждые 4 часа |

ВАЖНО: Выслушивание сердцебиения плода (норма 110-160 уд/мин), каждые 2 часа, в течение 1 полной минуты в Латентной фазе I периода родов, при этом отличать от пульса матери. Все данные записывать в историю родов. Периодическое выслушивание сердцебиения плода является основным и достаточным методом наблюдения за состоянием плода в родах при отсутствии особых показаний.

Если шейка матки продолжает сглаживаться и раскрываться, а состояния матери и плода остаются удовлетворительными, то превышение указанных временных границ (20 и 14 часов соответственно) не должно быть показанием для кесарева сечения.

- Женщины должны быть информированы о том, что продолжительность латентной фазы I периода родов не является строго ограниченной и может варьироваться в широких пределах.
- Если состояние матери и плода удовлетворительно, медицинское вмешательство для ускорения родов (например: введение окситоцина или кесарево сечение) не рекомендуется до достижения этого порога.

Слайд 24.

Наблюдение: стационар или дом

При поступлении женщины в латентной фазе родов, нередко, встает вопрос, можно ли вернуться домой или следует остаться в родовспомогательном учреждении:

- при принятии решения учтите:
 - индивидуальные клинические обстоятельства;
 - расстояние и время в пути до лечебного учреждения;
- известно, что первородящие, поступившие в родовспомогательное учреждение до активной фазы первого периода родов, чаще подтверждены риску инфузии окситоцина и кесареву сечения (2);
- если женщина решит вернуться домой, предоставьте подробную информацию о том, когда ей следует вернуться, в том числе, если:
 - увеличилась частота, сила и продолжительность схваток;
 - усилились боли, требующие дополнительной поддержки или обезболивания;

- появились кровянистые выделения;
- излились околоплодные воды;
- снизилась двигательная активность плода;
- обязательно, запланируйте повторный визит женщины, указав, когда и к кому она может подойти!!!

Наблюдение в стационаре или дома?

При поступлении в стационар в латентной фазе I периода родов нередко встает вопрос, можно ли ей вернуться домой или следует остаться в родильном отделении/доме.

При принятии решения учтите:

- индивидуальные клинические обстоятельства;
- расстояние и время в пути до лечебного учреждения;

Если женщина решит вернуться домой, то предоставьте подробную информацию о том, когда ей следует вернуться в стационар:

- увеличилась частота, сила и продолжительность маточных сокращений;
- усилились боли, требующие дополнительной поддержки или обезболивания;
- появились кровянистые выделения;
- излились околоплодные воды;
- снизилась двигательная активность плода;
- ухудшилось состояние женщины.

ВАЖНО: обязательно запланируйте повторный визит женщины, указав, когда и к кому она может подойти.

Слайд 25.

Активная фаза I-го периода родов

Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более выраженным сглаживанием шейки матки и более быстрым раскрытием маточного зева от 6 см до полного раскрытия при первых и повторных родах.

Критерии диагностики:

- открытие маточного зева – 6 см и более;
- активная родовая деятельность – не менее трех схваток за 10 минут, каждая схватка с продолжительностью более 40 секунд

Активная фаза I-го периода родов – это:

- открытие маточного зева - 6 см и более;
- родовая деятельность - не менее трех схваток за 10 минут, каждая схватка продолжительностью более 40 секунд (маточную активность следует контролировать путем пальпации матки в течение 10 минут и подсчета за указанный период количества и продолжительности схваток);
- скорость открытия маточного зева - не менее 1 см/час, оценивается при каждом влагалищном исследовании.

Следует обратить внимание, что одним из важных диагностических критериев активной фазы I-го периода родов является сглаженная шейка матки. Если в дневнике указывается, что ш/м только укорочено, несмотря на хорошую родовую деятельность, данный диагноз недопустим. Влагалищное исследование необходимо производить не реже, чем каждые 4 часа в течение первого периода родов. Прогресс в первом периоде родов должен быть отображен на партограмме.

Слайд 26.

Активная фаза I-го периода родов

- начать графическое ведение записи родов (партограмма), как только первый период родов был установлен;
- партограмма используется для ведения в основном первого периода родов;
- однако, во втором периоде родов, следует продолжить запись показателей состояния

В рамках программы Safe Motherhood Initiative, разработанной в 1987 году, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассмотрела и ввела в практику ПАРТОГРАММУ для улучшения оказания помощи в родах и снижения материнской и детской заболеваемости и смертности. Применение партограммы и утвержденного протокола по пособию в родах позволило, в ряде стран, снизить как продолжительность родов (от 6,4% до 3,4%), так и применение родостимуляции (от 20,7% до 9,1%). Частота операций экстренного кесарева сечения снизилась (от 9,9% до 8,3%), показатели гибели плода в родах сократились (от 0,5% до 0,3%). Наиболее, существенные изменения наблюдались в группе беременных одним плодом (без осложнений): число операций кесарева сечения сократилось от 6,2% до 4,5%. Улучшения наблюдались как среди первородящих, так и среди повторнородящих. Партограмма обеспечивает наглядный обзор родового прогресса, позволяет четко дифференцировать нормальное и аномальное течение родов, позволяет своевременно делегировать медицинскую помощь и выделить группу женщин, нуждающихся в помощи. Таким образом, применение партограммы является ключевым инструментом для профилактики и лечения акушерских осложнений, в частности затяжных и obstructивных родов.

Партограмма, на сегодняшний день – это самый лучший путеводитель для слежения за процессом нормы и па-

тологии родов. Применение партограммы рекомендовано во всех родовспомогательных клиниках.

Партограмма – эффективная форма записи основных параметров состояния роженицы, плода и динамики родов.

Основными составляющими партограммы, является графическое отображение родового процесса:

- развития родов – раскрытия шейки матки, опускания головки плода, схватки;
- состояния плода – частота сердечных сокращений, конфигурация и состояние околоплодных вод;
- состояния матери – пульс, артериальное давление, температура тела, объем выделенной мочи (наличие белка и ацетона).

Необходимо начинать заполнять, как только женщина вошла в активную фазу I периода родов.

Слайд 27.

ПАРТОГРАММА

- Линия Бдительности – это линия, соответствующая скорости раскрытия шейки матки 1 см в час. Данная скорость является минимально - нормальной скоростью раскрытия шейки матки, как для первородящих, так и для повторнородящих.
- Если график раскрытия шейки матки находится на Линии Бдительности, значит, скорость раскрытия шейки матки составляет 1 см в час: прогресс нормальный, вмешательств не требуется, требуется наблюдение [4].
- Если график раскрытия шейки матки находится слева от Линии Бдительности, значит, скорость раскрытия шейки матки больше 1 см в час, прогресс нормальный, вмешательств не требуется, требуется наблюдение.

- Минимальная скорость раскрытия шейки матки 1 см/ час в активной фазе в первом периоде родов достигается не у всех женщин и не является критерием нормального течения родов [2].
- Медленное раскрытие шейки матки (менее 1 см/час), как изолированный признак не является показанием для оперативного вмешательства.

Линия бдительности – это линия, соответствующая скорости раскрытия шейки матки 1 см в час. Данная скорость является минимально нормальной скоростью раскрытия шейки матки, как для первородящих, так и для повторнородящих.

Если график раскрытия шейки матки находится слева от Линии бдительности, значит скорость раскрытия шейки матки больше 1 см в час, то есть прогресс нормальный, вмешательств не требуется. Требуется наблюдение.

Если график раскрытия шейки матки находится на Линии бдительности, значит, скорость раскрытия шейки матки составляет 1 см в час, то есть прогресс нормальный, вмешательств не требуется. Требуется наблюдение.

Слайд 28.

ПАРТОГРАММА

Пересечение Линии Бдительности

- Свидетельствует о скорости раскрытия ш/м менее 1 см в час, но при целом плодном пузыре, удовлетворительном состоянии роженицы и плода, данная ситуация, возможно, является нормой для данной пациентки. То есть вышеуказанная ситуация свидетельствует о том, что роды происходят медленнее, чем в среднем, но это еще не патология и не является показанием для медицинского вмешательства.
- Поставить в известность старшего акушер - гинеколога.

При пересечении линии партограммы с Линией бдительности, прежде всего, следует оценить акушерскую ситуацию, так как пересечение Линии бдительности свидетельствует о скорости раскрытия ш/м менее 1 см в час. Но при целом плодном пузыре, удовлетворительном состоянии роженицы и в/у состояния плода, данная ситуация, возможно, является нормой для данной пациентки. То есть вышеуказанная ситуация свидетельствует о том, что роды происходят медленнее, чем в среднем, но это еще не патология и не является показанием для медицинского вмешательства.

Следует помнить!!!

Пересечение Линии бдительности с графиком раскрытия шейки матки, сопровождается 4-х кратным повышением риска неонатальной реанимации.

При достижении и пересечении Линии действия – 10-ти кратным повышением риска интранатальный гибели плода!

Слайд 29.

Уход, обеспечивающий прогресс в раскрытии шейки матки

- активизация роженицы (ходьба, передвижение по палате итд);
- создание особенной, комфортной атмосферы;
- присутствие сопровождающего лица;
- предоставление поддержки со стороны персонала;
- положение, позиция в родах.

При этом следует знать и помнить, что:

1. активизация роженицы (ходьба, передвижение по палате и т.д.) бывает достаточной в стимуляции родовой деятельности и успешного завершения родов;

2. создание особенной, комфортной атмосферы в родильном отделении;
3. присутствие партнера во время родов, при желании женщины;
4. употребление пищи и жидкости во время родов снижают частоту случаев затянувшихся родов;
5. присутствие сопровождающего лица во время родов приводит к более быстрым родам, реже применяется окситоцин.

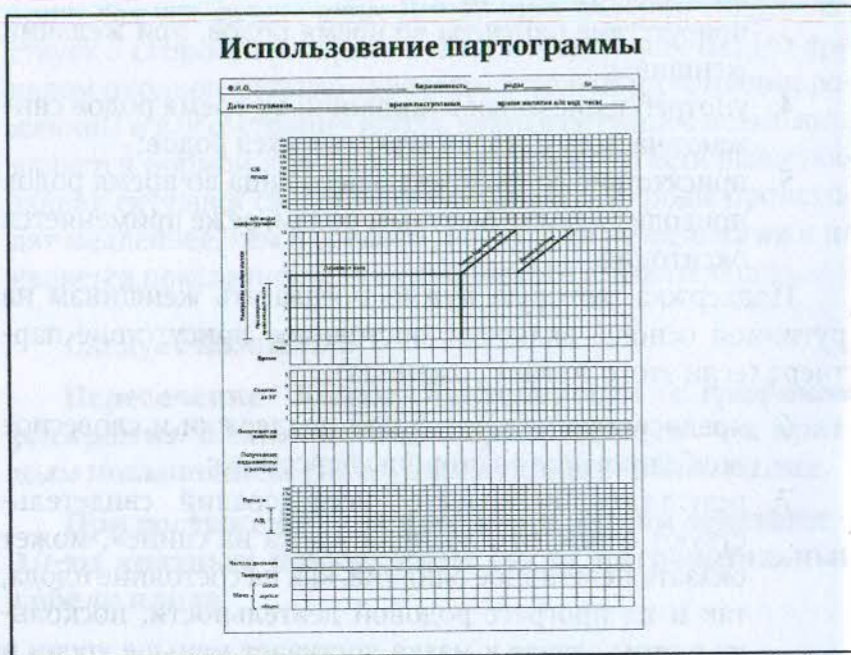
Поддержка, которую нужно предлагать женщинам на рутинной основе, включает постоянное присутствие партнера (если этого желает роженица);

6. предоставление тактильной поддержки и словесное подбадривание со стороны персонала;
7. результаты нескольких исследований свидетельствуют о том, что позиция «лежа на спине», может оказать негативное влияние, как на состояние плода, так и на прогресс родовой деятельности, поскольку в этом случае к матке поступает меньше крови и маточные схватки становятся менее эффективными. Избежать этого можно при помощи частой смены положения роженицы.

Замедление темпа раскрытия ш/матки является диагностическим критерием возможных затяжных родов. Учитывая вышеизложенное, при пересечении Линии бдительности, роженицу следует перевести на второй уровень оказания медицинской помощи или вызвать акушера-гинеколога.

Возможными причинами временного ослабления родов могут быть полный мочевого пузыря, введение сильного анальгетика (например, промедола), применение перидуральной анестезии.

Слайд 30.



Влагалищное исследование необходимо производить не реже чем каждые 4 часа в течение первого периода родов и после разрыва плодного пузыря. При этом внесите соответствующие отметки в партограмму, для каждого влагалищного исследования отметьте:

- цвет амниотической жидкости;
- степень раскрытия шейки матки;
- степень опускания головки (оценка наружными акушерскими приемами).

Частота сердечных сокращений плода:

- фиксируется каждые полчаса;
- выслушивается каждые 15 минут;
- отмечается точкой — •.

Околоплодные воды

Цвет амниотической жидкости отмечается при каждом вагинальном обследовании:

- I — плодный пузырь цел;
- С — околоплодные воды светлые, чистые;
- М — воды с меконием (любая интенсивность окраски);
- В — примесь крови в водах;
- А — отсутствие вод/выделений.

Конфигурация головки:

- 0 конфигурации нет;
- + швы легко разъединяются;
- ++ швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании;
- +++ швы находят друг на друга и не разделяются.

Оценка опускания головки пальпацией живота

Имеет отношение к части головки (разделенной на 5 частей), пальпируемой над симфизом. Отмечайте кружком (О) при каждом вагинальном исследовании.

Окситоцин - при назначении записывается его количество/концентрация и вводимая доза в минуту (в каплях и ЕД) каждые 30 минут.

Назначения лекарств фиксируются любые дополнительные назначения лекарств.

Пульс каждый час в А.Ф. и каждые 4 часа в Л.Ф. отмечается точкой — •.

Артериальное давление фиксируется каждые 4 часа и отмечается линией посередине соответствующей клеточки.

Температура тела фиксируется каждые 4 часа.

Количество мочи записывается при каждом мочеиспускании.

Протеин, ацетон записывается при патологических родах.

Слайд 31.

ДЕЙСТВИЯ

- сердцебиение плода – выслушивайте каждые 15 минут, в течение 1 полной минуты
- схватки – каждые 30 минут, в течение 10 минут
- температура тела – измеряйте каждые 4 часа
- пульс – измеряйте каждый час в А.Ф. (или 4 часа в Л.Ф.)
- АД, частота дыхания – измеряйте каждые 4 часа
- наружный акушерский осмотр – по мере необходимости
- влагалищное исследование – перед влагалищным исследованием
- влагалищное исследование – проводите каждые 4 часа

Слайд 32.

Положение роженицы

- следует избегать положения, лежа на спине;
- поощрять и поддерживать вертикальное положение



Существует мало доказательств того, что какая-либо конкретная позиция является оптимальной в родах.

- Следует избегать положения, лежа на спине, которое связано с неблагоприятными последствиями, в том числе: гипотония у матери и нарушения с/б плода.
- Поощрять и поддерживать вертикальное положение (стоя на коленях, на корточках или стоя) в первом периоде родов, связано с сокращением его продолжительности в сравнении с положением лежа и на боку.
- Положение на мяче может быть эффективным инструментом для уменьшения болей.

Слайд 33.

Немедикаментозные методы обезболивания:

- непрерывная поддержка
- теплые и холодные компрессы;
- техники дыхания и расслабления;
- музыкальная аудио - анальгезия;
- прикосновение и массаж;
- погружение в воду/принятие душа;
- ароматерапия;

Управление дискомфортом и болью

Необходимо реагировать на возможности женщины справляться с дискомфортом и болью. Консультирование и поощрение, поддержка ее выбора, а также гибкий подход помогают женщине чувствовать себя под контролем. При этом нужно учитывать:

- способности женщины справляться с дискомфортом и болью, мобильность, вес и стадию родов;
- план родов женщины.

Нефармакологические методы обезболивания

Большинство нефармакологических методов представляются безопасными как для женщины, так и для ее ребенка. Обсудите имеющиеся варианты, включая известные преимущества и риски, и поддержите женщину в ее выборе.

1. Непрерывная поддержка в родах - непрерывная, физическая поддержка близкого человека во время родов является одним из главных элементов, потому что:
 - сокращается продолжительность родов;
 - уменьшается потребность в необходимости медикаментозного обезболивания;
 - улучшается состояние новорожденного при рождении;
 - повышается положительное восприятие от процесса родов.
2. Погружение в воду/принятие душа - метод основан на релаксирующем воздействии воды. Необходимо поддерживать температуру воды на уровне температуры тела.

ВАЖНО! Не рекомендуется находиться в воде женщинам среднего и высокого риска.

3. Теплые и холодные компрессы значительно сокращают болевые ощущения у женщин. Согревание возможно при помощи теплых различных предметов: теплых одеял, теплых грелок, горячих влажных полотенец.
4. Музыкальная ауди - анальгезия. Музыка создает приятную и успокаивающую атмосферу. Она способна снимать стресс и улучшать эффект от других методов обезболивания, а также может быть дополнительным фактором, способствующим отвлечению внимания;
5. Ароматерапия. Методика заключается в применении натуральных различных масел. Их можно применять в качестве массажного масла, наносить на ладонь и лоб женщины или прикладывать к лицу в виде горячей ароматной салфетки.

ВАЖНО! Перед применением необходимо сделать тест на индивидуальную чувствительность.

6. Техника дыхания и релаксация. С помощью методик дыхания расслабление становится более полным.
7. Прикосновение и массаж. Цель - улучшение самочувствия женщины, уменьшение болей и расслабление. Массаж можно проводить как с помощью рук, так и с использованием различных предметов. Массаж является проверенным средством для снятия напряжения, и он - отличный помощник в родах.

ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ

Второй период родов начинается с полного открытия маточного зева и включает в себя не только механическое изгнание плода, но также его подготовку к внеутробной жизни.

Слайд 34.

Второй период родов

Время от полного раскрытия шейки матки до рождения плода.

Критерии:

- открытие шейки матки - полное;
- начало потужной деятельности;
- опускание предлежащей части плода.

Продолжительность данного периода у первородящих составляет: 30 - 60 минут, у повторнородящих: 15 - 20 минут. Обычно для рождения плода достаточно 5-10 потуг. При более длительных потугах происходит уменьшение маточно-плацентарного кровообращения, что может повлиять на шейный отдел позвоночника плода. Во втором периоде происходит изменение формы головы плода - кости черепа плода конфигурируют для прохода через родовой канал.

Слайд 35.

Второй период родов

- пассивная фаза (ранняя) – полное раскрытие шейки матки (10 см), продолжается опускание предлежащей части плода, нет позывов к потугам;
- активная фаза (поздняя) - полное раскрытие шейки матки (10 см), предлежащая часть плода достигает тазового дна, начало потужной деятельности.

Пассивная фаза

Тактика ведения.

- Отсрочка потуг (при отсутствии клинических проблем), если нет позывов к потугам.
- Консенсус в отношении определенной продолжительности для пассивной фазы второго периода отсутствует.

Проведите повторный осмотр и проконсультируйтесь с акушером – гинекологом, если через час:

- будет отсутствовать потужная деятельность;
- стояние предлежащей части на одном уровне.

Активная фаза – потужная деятельность и имеется процесс врезывания и/или прорезывания.

Слайд 36.

Продолжительность второго периода родов

- до 2 - х часов у первородящих, при медикаментозном (региональном анестезии) обезболивании до 3 ч.
- до 1 - ого часа - у повторнородящих, при медикаментозном обезболивании до 2ч.

На данном этапе, нет определенной максимальной продолжительности второго периода (пассивной и активной фазы). Вместо жестких временных ограничений для принятия решений должно основываться на оценке физического и эмоционального состояния роженицы и состояния плода.

Предоставление информации о рисках и преимуществах более продолжительной и более короткой продолжительности второго периода, относящихся к индивидуальным обстоятельствам.

Длительная продолжительность может быть уместна, когда:

- состояние матери и плода удовлетворительные;
- проведено соответствующее консультирование женщины.

Слайд 37.

Оценка прогресса родов

Учитывайте все аспекты, влияющие на прогресс родов, в том числе:

- состояние матери и плода;
- опускания предлежащей части;
- паритет;
- сила, продолжительность и частота маточных сокращений;
- течение предыдущих родов.

Признаки, указывающие на удовлетворительное течение второго периода родов:

- постоянное опускание плода по родовому каналу;
- начало фазы изгнания (потужного периода).

Признаки, указывающие на неудовлетворительное течение второго периода родов:

- отсутствие продвижения плода по родовому каналу;
- нарушение изгнания в течение поздней (потужной) фазы.

Возможные причины временного ослабления родов:

- полный мочевой пузырь;
- обезвоживание женщины;
- введение сильного анальгетика (например, тримепридина);
- применение перидуральной анестезии.

Необходимо рекомендовать женщине как можно чаще опорожнять мочевой пузырь в процессе родов. Информировать женщину о том, что, она может пить и употреблять легкую пищу в процессе родов. Ограничение питания в родах приводит к дегидратации и ацидозу!

Слайд 38.

ВАЖНО!

Правило двух часов:

продолжительность второго периода родов ограничена двумя часами, головка доношенного плода не должна находиться в одной плоскости малого таза более двух часов.

Слайд 39.

Оценка состояния матери и плода

- сердцебиение плода – выслушивайте сердцебиение плода в конце каждой потуги в течение 1 полной минуты;
- пульс – каждый час;

- наружный акушерский осмотр – определять степень сокращения матки и расслабления её вне схваток, напряжение круглых связок, состояние нижнего сегмента матки, контракционное кольцо;
- схватки
- влагалищное исследование – каждый час.

Обязательно необходимо проводить постоянную оценку состояния роженицы и плода на протяжении второго периода родов.

Важно! В течение процесса родов, постоянный мониторинг:

- пульс каждый час
- ЧСС плода каждые 5 минут;
- А/Д, ЧД, температура тела – измерять через каждый час;
- наружный акушерский осмотр – пальпаторно, определить степень сокращения матки, расслабления вне схваток, напряжение круглых связок, высоту стояния, характер контракционного кольца, состояние нижнего сегмента матки;
- влагалищное исследование во II периоде родов выполняется каждый час.

Уважительное отношение к женщине, сохраняющее ее достоинство, личную неприкосновенность и конфиденциальность, а также обеспечивающее защиту от причинения вреда и неправильного лечения, возможность информированного выбора и непрерывную поддержку в течение родов.

Кардиотокография (КТГ) - непрерывная синхронная регистрация частоты сердечных сокращений (ЧСС) плода и тонуса матки с графическим изображением сигналов на калибровочной ленте. Регистрация частоты сердечных сокраще-

ний производится ультразвуковым датчиком на основе эффекта Доплера (доплерография). Регистрация тонуса матки осуществляется тензометрическими датчиками. Таким образом, кардиотокограф позволяет получить два вида графических изображений. Первый график — тахограмма, которая отражает изменения ЧСС плода во времени по оси абсцисс — время в секундах (минутах), а по оси ординат — ЧСС/мин., следовательно, при повышении частоты сердечных сокращений кривая отклоняется вверх, а при замедлении — вниз.

Рутинное использование КТГ (при поступлении) при физиологических состояниях не имеет преимуществ по сравнению с периодической аускультацией. Приводит к увеличению кесарева сечения и влагалищных оперативных родов. Для оценки состояния плода во время родов рекомендуется аускультация со стетоскопом Пинара. При выслушивании сердцебиения плода обязательно дифференцировать от материнского пульса. Если частота сердечных сокращений плода — меньше 100 ударов в минуту или больше 180 ударов в минуту — следует предположить развитие дистресс плода и поставить в известность старшего врача акушера — гинеколога.

Слайд 40.

Положение женщины во втором периоде родов (1)



Слайд 41.

Положение в родах

При нахождении в вертикальном положении во время родов, по сравнению с позицией на спине уменьшается:

- продолжительность родов;
- риски родоразрешения путем кесарева сечения;
- применение эпидуральной анестезии;
- неотложные состояния у новорожденных;
- количество инструментальных родоразрешений;
- количество эпизиотомий;
- риск затяжных родов.

При «вертикальных» родах меньше давление матки на крупные сосуды, что способствует улучшению маточно-плацентарного кровообращения и предотвращает развитие у ребёнка гипоксии, как во время схваток, так и при прохождении головки через родовые пути. При «вертикальных» родах короче длительность первого периода родов. Вертикальное положение в этом периоде обеспечивает равномерное и более интенсивное, по сравнению с лежачим положением, давление плодного пузыря и головки ребёнка на нижний маточный сегмент и шейку матки. Роды протекают физиологично, продвижение ребёнка по родовым путям происходит с наименьшими для него энергетическими затратами.

Основываясь на современных данных, информировать женщин, имеющих низкий риск осложнений в родах, о преимуществах вертикального положения, поощрять их, помогая им в выборе того положения, которое они предпочитают.

Слайд 42.

Эпизиотомия

ВАЖНО!

Эпизиотомия должна быть применена только в случае дистресс плода.

Слайд 43.

Рождение ребенка

Действуйте согласно алгоритму при рождении ребенка.

Алгоритм помощи при рождении ребенка

- осторожно удерживать за головку плода по мере ее продвижения при сокращениях матки;
- попросить мать дышать спокойно и не тужиться при рождении головки;
- обследовать шею ребенка для обнаружения пуповины;
- дождаться самостоятельного поворота плечиков;
- поддерживать тело ребенка одной рукой при его рождении;
- выложить ребенка на живот матери и немедленно обсушить ребенка;
- отметить время рождения;
- если обвитие пуповины не тугое - осторожно снять пуповину с шеи;
- если обвитие тугое, пережать, перерезать, а затем размотать пуповину;
- в случае задержки рождения плечиков: **СОХРАНЯТЬ СПОКОЙСТВИЕ**, вызвать помощь. Далее вести такие роды, как при дистоции плечиков;
- **НЕ ОСТАВЛЯТЬ!** новорожденного ребенка мокрым, тем самым подвергая его риску развития **ГИПОТЕРМИИ**.

ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ

Этот период начинается с момента рождения плода и заканчивается рождением последа.

Слайд 44.

Третий период родов

- I. Активное ведение
- применение утеротоника;
 - пережатие и пересечение пуповины;
 - КТП (контролируемая тракция за пуповину);
 - массаж матки;
 - осмотр целостности последа и родовых путей.

Активное ведение третьего периода родов

Этапы	Действия
Консультирование	<ul style="list-style-type: none">• информировать пациентку о необходимости процедуры и получить информированное согласие на проведение активного ведения 3-го периода родов.• заполнить утвержденный бланк информированного согласия пациента.
Введение окситоцина	<ul style="list-style-type: none">• провести пальпацию матки с целью оценки и выявления второго плода.• ввести окситоцин 10 МЕ в/м в течение первой минуты после рождения ребенка.

Пережатие и пересечение пуповины	<p>В случаях, если новорожденный не испытывает асфиксии и не нуждается в проведении немедленной реанимации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • провести пережатие пуповины после окончания пульсации (но не позже 3-й минуты после рождения ребенка); • наложить зажим Кохера на расстоянии 14 см. от основания пупочного кольца; • наложить одноразовый пластиковый зажим на расстоянии 1,5 – 2 см. от основания пупочного кольца; • отрезок 1,5 – 2 см. от пластикового зажима накрыть стерильной марлевой салфеткой (для предотвращения разбрызгивания крови) и пересечь стерильными ножницами.
Контролируемая тракция за пуповину (КТП)	<p>Расположить руку над лонным сочленением ладонной поверхностью и удерживать матку, отводя ее от лона в противоположную сторону выше лобковой кости вовремя КТП.</p>
<p>Важно! Проведение контролируемой трaкции за пуповину в III периоде родов, необходимо проводить обученными акушерками. Учитывая возможные осложнения при проведении КТП, при отсутствии обученных акушерок, проведение КТП не рекомендовано.</p>	
Выделение последа	<ul style="list-style-type: none"> • при отделении и выделении плаценты захватить его обеими руками (в перчатках). • провести контроль сокращения матки (путем пальпации). • после выделения плаценты провести тщательный осмотр материнской и плодовой части, разложив ее на лотке для приема родов.

ВАЖНО!	Измерить объем кровопотери и занести в медицинскую документацию.
Утилизация последа	После осмотра и оценки плацента утилизируется (см. СОП «Утилизация плаценты»).
Затянувшийся третий период родов считается:	<ul style="list-style-type: none"> • Если плацента не родилась в течение 30 мин. после рождения ребенка при активном ведении третьего периода родов. • Если плацента не родилась в течение 60 мин. после рождения ребенка при физиологическом ведении III периода родов.

Слайд 45.

Третий период родов

II. Физиологическое ведение

Выжидательная тактика (физиологическое ведение) предполагает ожидание признаков отделения плаценты, что позволяет последу выделиться самостоятельно в течение 60 минут.

Выжидательная тактика предполагала ожидание признаков отделения плаценты, что позволяло последу выделиться самостоятельно, или под воздействием стимуляции сосков, либо тяжести, помещенной на живот. В сравнении с выжидательной тактикой активное ведение третьего периода родов характеризовалось существенным снижением частоты ПРК. Однако такая практика привела к некоторому увеличению частоты случаев задержке выделения последа.

Слайд 46.

Затянувшийся третий период родов

- Если плацента не родилась в течение 30 мин. после рождения ребенка при активном ведении третьего периода родов.
- Если плацента не родилась в течение 60 мин. после рождения ребенка при физиологическом ведении III периода родов.

Известно, что плацента, не отделившаяся в течение 30/60 мин, может самостоятельно не родиться. С последним связана опасность кровотечения.

Затянувшийся третий период родов

Критерии	Рекомендации
если послед быстро не выделяется	<ul style="list-style-type: none">• избегать излишне интенсивных тракций за пуповину, последняя может оборваться или произойдет выворот матки;
если матка сократилась удовлетворительно	<ul style="list-style-type: none">• плацента, вероятно, отделилась, но ущемилась в шейке матки, следует дождаться расслабления шейки матки и выделить послед;
если плацента не отделилась исключено: задержка в цервикальном канале или во влагалище	<ul style="list-style-type: none">• отсутствуют признаки кровотечения, как наружного, так и внутреннего - выжидательная тактика в течение 30 мин;• поглаживая матку стимулировать ее сокращение, а также прикладывают ребенка к груди (стимулирует продукцию окситоцина), а также необходимо опорожнить мочевой пузырь (поскольку переполнение мочевого пузыря может вызывать атонию). Далее следует повторить введение окситоцина (10 МЕ в/м) и применить КТП.

- В отсутствии обученных медицинских специалистов, при условии отсутствия кровотечения, пациентку желательно перенаправить в лечебное учреждение более высокого уровня с плацентой в полости матки.
- Если послед не выделился, но появились признаки кровотечения (наружного или внутреннего), следует провести ручное отделение плаценты (см. протокол «Затяжные роды»).

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ РОДИЛЬНИЦЫ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Послеродовой период начинается с момента рождения последа до завершения обратного развития изменений, произошедших в организме женщины во время беременности. Продолжительность периода составляет до 6 недель (42 дня).

Слайд 47.

Послеродовой период

- Ранний послеродовой период – длится в течение 24 часов после родов;
- Поздний послеродовой период – от 24 часов и 6 недель после родов.

Большое значение в снижении заболеваемости и смертности имеет адекватное рутинное наблюдение в родах и в послеродовом периоде, своевременная неотложная акушерская помощь и перенаправление на более высокий уровень оказания медицинской помощи. Несмотря на усилия по улучшению качества предоставляемой помощи при неотложных ситуациях, остаются резервы для улучшения.

Слайд 48.

Послеродовый период

Наблюдение первые 2 часа после родов:

- тонус и высота стояния дна матки (путем пальпации живота);
- артериальное давление (АД);
- частота сердечных сокращений (пульс);
- объем кровопотери;
- температура;
- состояние мочевого пузыря.

Наблюдение первые 2 часа после родов

Осуществлять в родильной комнате наблюдение за родильницей сразу после родов и в течение первых 2-х часов после родов.

В первый час после родов наблюдение и оценку осуществлять с кратностью каждые 15 минут по следующим критериям:

- тонус и высота стояния дна матки (путем пальпации живота);
- артериальное давление (АД);
- частота сердечных сокращений (пульс);
- объем кровопотери.

Фиксировать полученные данные в листе наблюдения.

Во второй час после родов наблюдение и оценку осуществлять также с кратностью каждые 15 минут за следующими критериями:

- тонус и высота стояния дна матки (путем пальпации живота);
- артериальное давление (АД);
- частота сердечных сокращений (пульс);
- температура тела (при переводе)

- наполненность мочевого пузыря (путем пальпации и опроса родильницы);
- объем кровопотери.

Фиксировать полученные данные в листе наблюдения.

Оценку указанных критериев следует проводить всем родильницам в целях раннего выявления атонии матки.

Непрерывный массаж матки для выявления ее атонии и профилактики послеродового кровотечения не рекомендуется.

Слайд 49.

Перевод родильницы в отделение совместного пребывания матери и ребенка через 2 часа после родов

- осуществить перевод родильницы из родильной комнаты в отделение/палаты совместного пребывания матери и ребенка;
- информировать акушера(-ку) о состоянии родильницы (особенности течения родов и раннего послеродового периода, а также о состоянии новорожденного);
- акушерке родильного блока следует передать родильницу и новорожденного акушерке отделения/палат совместного пребывания по принципу «из рук в руки».

Слайд 50.

Наблюдение в отделении/палате совместного пребывания матери и ребенка:

- тонус и высота стояния дна матки (путем пальпации живота);
- артериальное давление (АД);
- частота сердечных сокращений (пульс);
- наполненность мочевого пузыря (путем пальпации и опроса родильницы);
- характер выделений из влагалища.

В условиях, отделения/палаты совместного пребывания матери и ребенка акушеру - (ке) следует осуществлять наблюдение и оценку следующих параметров:

- тонус и высота стояния дна матки (путем пальпации живота);
- артериальное давление (АД);
- частота сердечных сокращений (пульс);
- наполненность мочевого пузыря (путем пальпации и опроса роженицы);
- характер выделений из влагалища.

При этом наблюдение и оценку осуществлять с кратностью:

- первые 2 часа после перевода - каждые 30 минут;
- последующие 4 часа – каждый час;
- затем каждые 4 часа в течение 18 часов;

Фиксировать полученные данные в листе наблюдения.

В случаях выявления отклонений от нормального течения послеродового периода необходимо на любом этапе наблюдения немедленно поставить в известность акушера - гинеколога/дежурного врача.

Слайд 51.

Консультирование на всем этапе пребывания в отделении совместного пребывания матери и ребенка

Необходимо консультировать роженицу нижеследующим тематикам:

- грудное вскармливание;
- опасные признаки в послеродовом периоде и куда необходимо обратиться;
- режим труда и отдыха;
- послеродовая контрацепция;
- питания, физические упражнения.

Слайд 52.

Выписка из родильного стационара/дома/отделения

При удовлетворительном состоянии роженицы и новорожденного выписка осуществляется в период от 24 - до 72 часов после родов.

КУЛЬТУРА КОММУНИКАЦИЙ

Слайд 53.

Женщина в центре внимания

- предоставить информацию таким образом, чтобы способствовать физиологическим родам;
- делиться и обсуждать с женщиной информацию для получения информированного выбора и согласия.

- Уважать право отказаться от рекомендуемого менеджмента.
- Обеспечить эмоциональной и физической поддержкой женщину.
- Использовать поддерживающую и понятную манеру разговора для укрепления уверенности в женщине.
- Вовлечение женщины в процесс принятия решения.

Слайд 54.

Профессиональная культура включает:

- взаимное доверие;
- четкие и уважаемые границы;
- открытое и честное общение;
- согласование с основанной на фактических данных практикой, включающей аудит и обратную связь.

Культура и сотрудничество

- содействие активному междисциплинарному подходу для удовлетворения потребностей каждой женщины;
- поддержка интеграции ухода и беспрепятственный доступ к дополнительной помощи;
- систематизация механизмов наставничества для поддержки молодых медицинских специалистов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Intrapartum care. Quality standard. Published: 10 December 2015 www.nice.org.uk/guidance/qs105
2. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. Published: 3 December 2014 www.nice.org.uk/guidance/cg190
3. Queensland Clinical Guideline: Normal birth – November 2017. Email: Guidelines@health.qld.gov.au URL: www.health.qld.gov.au/qcg.
4. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. [Internet]. 1996 [cited 2017 February 10]. Available from: <http://www.who.int>.
5. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.10). Available from: <http://www.who.int>.
6. Акушерство. Национальное руководство/Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой - Изд «ГЕОТАР Медиа», 2009
7. Дородовая и послеродовая помощь – Национальный клинический протокол – МЗ КР – Бишкек, 2018г.
8. Затяжные и обструктивные роды – Национальный клинический протокол – МЗ КР – 04.07.2014г.
9. Индукция родов – Национальный клинический протокол – МЗ КР – Бишкек, 2016г.
10. Карманный справочник для акушерской деятельности – МЗ КР – Бишкек, 2016г.
11. Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов: улучшение здоровья и благополучия матерей и

новорожденных, 2018г. – <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>. WHO/RHR/18.12

12. Роды срочные, полностью самопроизвольные – сборник клинических протоколов по акушерству-гинекологии МЗ КР - 2008г.

