

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ
МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**

КЫРГЫЗСКИЙ АЛЬЯНС АКУШЕРОВ

**РОДЫ ОДНОПЛОДНЫЕ,
САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ
РОДОРАЗРЕШЕНИЕ**

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

БИШКЕК 2020

Национальный клинический протокол для родовспомогательных учреждений I, II и III уровней организаций здравоохранения, утвержден Приказом МЗ КР №216 от 02.04.2020 г.

Клинический протокол «Роды срочные, полностью самопроизвольные» // Сборник клинических протоколов по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения, утвержденный Приказом МЗ КР №625 от 03. 12. 2008 г., считать утратившим силу.

Этапы оказания помощи

Все уровни организаций здравоохранения Кыргызской Республики.

Целевая группа

Врачи акушеры-гинекологи, акушерки, студенты медицинских высших и средних учебных заведений, специалисты МЗ КР, ФОМС МАК.

Целевая группа пользователей

Роженицы, со спонтанным началом родовой деятельностью в доношенном сроке.

Дата создания

2019 год.

Планируемая дата обновления

Проведение следующего пересмотра планируется в январе 2022, а также внепланово при появлении новых научно-обоснованных данных. Все поправки к клиническим протоколам будут опубликованы в периодической печати. Любые комментарии и пожелания по содержанию клинического протокола принимаются с глубокой признательностью.

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

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

Асылбашева Р.Б., главный специалист УОМПиЛП МЗ КР

Стакеева Ч. А., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 КГМА, к.м.н.

Орозалиева А., акушерка КРД №2, г. Бишкек

Вайсканова Г., акушерка ГПЦ г. Бишкек

Ормонбекова Н., заведующая родильным отделением НЦОМид

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

Методологическая поддержка

Джакубекова А.У., ведущий специалист по лекарственной политике УОМПиЛП МЗ КР.

Внутренний эксперт:

Калканбаева Ч.К., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2, КГМА, д.м.н., проф. Внешний эксперт
--

Тинатин Гагуа, эксперт ВОЗ.

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», реализуемый Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (Германским обществом по международному сотрудничеству) по поручению Правительства Германии за оказанное техническое и методическое содействие при разработке и внедрении данного клинического протокола

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	5
КЛЮЧЕВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	6
ВВЕДЕНИЕ	7
ТЕРМИНОЛОГИЯ	11
ВЕДЕНИЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ	15
ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА	15
ДИАГНОСТИКА НАЧАЛА РОДОВ.....	21
РУТИННЫЙ УХОД В РОДАХ	22
ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ.....	32
ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ	35
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД.....	38
Приложение 1	43
Приложение 2	44
Приложение №3.....	45
Приложение № 4.....	47
Партограмма	53
Приложение №5.....	54
Приложение №6.....	56
Приложение №7.....	63
Приложение №8.....	69

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	Артериальное давление
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
РКИ	Рандомизированные клинические испытания
УДД	Уровень достоверности доказательств
ГСО	Гнойно - септические осложнения
КТГ	Кардиотокография
КТП	Контролируемая тракция пуповины
МЕ	Международные единицы
МКБ	Международная классификация болезней
ОЗ	Организация здравоохранения
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЧСС	Частота сердечных сокращений
ЧД	Частота дыхания
Ш/М	Шейка матки
В/У	Внутриутробное

КЛЮЧЕВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Каждая женщина во время беременности и родов нуждается в поддерживающем уходе, в том числе:

- подготовка к родам во время беременности;
- предоставление в родах минимального уровня вмешательств, совместимого с безопасностью;
- поддержка питания и потребления жидкости во время родов;
- свобода передвижения и положения в родах;
- совместное пребывание матери и ребенка после родов, с поддержкой исключительно грудного вскармливания;
- информирование женщины относительно ее здоровья, а также плода/новорожденного.

2. Присутствие партнера по родам (в родах) рекомендуется для каждой роженицы.

3. Стандартная продолжительность латентной фазы I периода родов не установлена и у разных рожениц может широко варьировать.

4. Допустимая скорость раскрытия шейки матки в активной фазе I периода родов составляет 0,5 см/час, при условии удовлетворительного состояния роженицы, в/у плода и целом плодном пузыре.

5. Медицинского вмешательства требует продолжительность активной фазы I периода родов 8 и более часов.

6. Влагалищные исследования следует проводить по строгим показаниям. Риск ГСО возрастает в 5 раз, если проведено 8 и более влагалищных исследований.

7. Активное ведение III периода родов следует проводить только обученному медицинскому персоналу.

ВВЕДЕНИЕ

Ежегодно по всему миру происходит почти 140 млн. родов и большинство из них протекает без каких-либо рисков для матери и ребенка, как в начале, так и в процессе родовой деятельности. Интранатальный период имеет решающее значение для выживания женщин и их детей, так как риск заболеваемости и смертности может увеличиться значительно, если возникают осложнения. Всемирная организация здравоохранения сформировала руководящие принципы ведения неосложненных родов, в которых подчеркивается важность целостного подхода, основанного на уважении пожеланий роженицы и соблюдении прав человека, позволяющих каждой матери получить «положительный опыт родов».

«Положительный опыт родов» – это желаемый результат у всех родильниц, т.к. подразумевает рождение здорового ребенка в безопасном окружении, а также физическую и эмоциональную поддержку, в том числе со стороны партнеров и доброжелательного, компетентного медицинского персонала. Это современное руководство по основополагающей помощи в родах включает рекомендации, которые обеспечат высокое качество независимо от уровня здравоохранения.

Цель данного клинического протокола:

Обеспечить клинический персонал нормативной базой по ведению самопроизвольных родов.

Задачи:

- улучшение исходов для матерей и детей;
- сокращение затрат на здравоохранение;
- сокращение ятрогенных осложнений, связанных с чрезмерным использованием медицинских вмешательств;
- улучшение физического и психологического благополучия матери.

Данный клинический протокол признает беременность и роды, как нормальный физиологический процесс, в течение которого необходим поддерживающий уход, в том числе:

- качественная подготовка женщины к родам во время беременности;
- предоставление в родах минимального уровня вмешательств, совместимого с безопасностью;
- поддержка питания и потребления жидкости во время родов женщиной;
- свобода передвижения и положения в родах;
- совместное пребывание матери и ребенка после родов, с поддержкой исключительно грудного вскармливания;
- информирование женщин относительно своего здоровья, а также плода/новорожденного.

Основные группы пользователей: акушеры-гинекологи, фельдшера и акушерки, принимающие роды, студенты медицинских высших и средних учебных учреждений, сотрудники ФОМС.

Для чего предназначен данный клинический протокол: для ведения самопроизвольных (физиологических) родов и послеродового периода у женщин.

Декларация конфликта интересов: перед началом работы члены рабочей группы по созданию данного клинического протокола заполнили декларацию о наличии конфликта интересов по отношению к фармацевтическим компаниям. Конфликт интересов отсутствует.

Классификация уровней доказательств (УД)

1++	Высококачественные мета - анализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с очень низким риском ошибки
1+	Хорошо выполненные мета-анализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с очень низким риском ошибки
1-	Мета-анализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с высоким риском ошибки
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований типа случай – контроль или когортных исследований, либо высококачественные исследования типа случай – контроль, либо когортные исследования с очень низким риском ошибки, предвзятости и с высокой вероятностью выявления связи с причиной
2+	Правильно проведенные исследования типа случай – контроль или когортные исследования с низким риском ошибки, предвзятости и с умеренной вероятностью выявления связи с причиной
2-	Исследования типа случай – контроль или когортные исследования с высоким риском ошибки, предвзятости и со значительным риском отсутствия связи с причиной
3	Неаналитические исследования, например, сообщение о случае, серии случаев
4	Мнения экспертов

Система оценки убедительности рекомендаций по системе GRADE (настоятельность рекомендаций)

Высокая настоятельность рекомендаций (strong recommendation)	Ожидаемые положительные эффекты от соблюдения рекомендаций перевешивают возможные нежелательные последствия
--	---

Низкая настоя- тельность реко- мендаций (weak recommendation)	Ожидаемые положительные эффекты от соблюдения рекомендаций, воз- можно, перевешивают нежелательные последствия, но группа разработчиков КР не уверена в этом
--	--

Шкала оценки уровня достоверности доказательств (УДД) клинической эффективности лечебных и профилактических вмешательств по системе GRADE включают 4 категории: высокий, средний, низкий и очень низкий уровни (А, В, С и D). По умолчанию, доказательства, основанные на результатах РКИ, относятся к высокому уровню достоверности, а доказательства, основанные на результатах обсервационных исследований, к низкому УДД. Следует обратить внимание на то, что система GRADE не рассматривает и не оценивает опубликованные систематические обзоры и мета-анализы.

Внедрение рекомендаций: для внедрения рекомендаций потребуются изменения существующей практики ведения родов, т.к. были изменены допустимая (физиологическая) продолжительность латентной и активной фаз первого периода родов, изложенные ранее в КП МЗ КР «Затяжные и обструктивные роды» от 4 июля 2014 года.

Таблица 1: Продолжительность I периода родов

Фазы I периода родов	2014 год	2019 год
Продолжительность латентной фазы I периода родов	<ul style="list-style-type: none"> • 20 часов у первородящих; • 14 часов у повторнородящих [9]. 	Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена и у разных рожениц может широко варьировать [5].

Скорость раскрытия шейки матки в активной фазе I периода родов	Не менее 1 см/час [9].	Не менее 0,5 см/час, поэтому продолжительность активной фазы не должна превышать 8 часов [5].
--	------------------------	---

ТЕРМИНОЛОГИЯ

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» (см. табл. 1).

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 (без оказания пособий, помощи);
 - в затылочном предлежании;
 - в сроке беременности >37 и <42 недели;
- женщина и ее ребенок находятся в удовлетворительном состоянии после родов [1].

В МКБ 10 термин «физиологические роды» не используется. При этом шифр О 80 объединяет все «Роды одно-

плодные, самопроизвольное родоразрешение» в доношенном сроке, в том числе:

О80.0 – Самопроизвольные роды в затылочном предлежании.

Таблица 1. Критерии физиологических и патологических родов

Роды	Признаки
Физиологические	<ul style="list-style-type: none">• Роды в сроке гестации >37 и <42 недели.• Спонтанное/самопроизвольное начало.• Затылочное предлежание.• Роды через естественные родовые пути.• Не требуют непрерывного мониторинга плода.• III период родов:<ul style="list-style-type: none">– активное ведение;– физиологическое ведение;• Нет осложнений со стороны матери или плода.• Низкие факторы риска.
Патологические	<ul style="list-style-type: none">• Индукция родов.• Инфузия окситоцина.• Требуется непрерывный мониторинг плода.• Требуется фармакологическое обезболивание, в том числе:<ul style="list-style-type: none">– опиоидами;– эпидуральная или спинальная анестезия;– общая анестезия.• Инструментальные роды (вакуум-экстрактор или акушерские щипцы).• Кесарево сечение.

	<ul style="list-style-type: none"> • Проводилось искусственное рассечение промежности (эпизиотомия, перинеотомия). • Раннее пережатие пуповины (менее, чем через 1 минуту после рождения плода). • Наличие: <ul style="list-style-type: none"> – факторов риска до родов; – осложнений во время родов; – осложнений, сразу после родов (в течение двух часов после рождения плода).
Факторы риска	– Изложено в Приложении 6.

ПЕРИОДЫ РОДОВ

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

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 I периода родов – это период времени, характеризующийся болезненными сокращениями матки, которые сопровождаются выраженным укорочением шейки матки, ее сглаживанием и/или раскрытием маточного зева до 6 см, вне зависимости от паритета родов (первые или повторные роды). 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.

Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена и у разных рожениц может широко варьировать [5].

Активная фаза I периода родов – это период времени, характеризующийся регулярными болезненными сокращениями матки, которые сопровождаются раскрытием маточного зева от 6 см до полного раскрытия, вне зависимости от паритета родов.

Второй период родов – это период родов от полного раскрытия шейки матки (10 см) до рождения плода.

Второй период родов делится на:

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

Третий период родов – это период с момента рождения плода до рождения последа. Возможно, применение двух тактик ведения III периода родов:

1. активное ведение;
2. физиологическое ведение (выжидательная тактика) предполагает ожидание признаков отделения плаценты, что позволяет послеку выделить самостоятельно в течение 60 минут.

Затянувшийся третий период родов:

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

Послеродовый период – это период от рождения последа до полных 6 недель послеродового периода (42 дня). Послеродовый период делится на:

1. ранний послеродовой период – в течение 24 часа после родов;
2. поздний послеродовой период – после 24 часов после родов до истечения полных 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.

ВЕДЕНИЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ

ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА

При поступлении пациентки в стационар проведите первичную оценку (табл. 2).

Таблица 2. Клиническая оценка

Оценка	Действия
Физиологические	<ul style="list-style-type: none"> • Определить причину обращения пациентки в ОЗ к медицинскому работнику (жалобы). • Просмотреть записи о беременности и результаты скрининга, включая: <ul style="list-style-type: none"> – гестационный возраст (гестационный возраст высчитывается по данным УЗИ в интервале – 10 – 13 недель+6 дней. В случае отсутствия УЗИ в указанных сроках, следует ориентироваться не первый день последней менструации и данных дополнительных исследований, первое шевеление, УЗИ в более поздние сроки и др.;

	<ul style="list-style-type: none"> – анамнез (медицинский, акушерский, гинекологический, хирургический, социальный); – аллергические реакции на лекарства; – осложнения в течение беременности; – прием различных лекарственных препаратов во время беременности; – результаты исследования (в том числе место положения плаценты). <ul style="list-style-type: none"> • Обсудить предпочтения в отношении родов (присутствие партнера и т.д.).
Схватки	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить силу, частоту, продолжительность схваток за 10 минут. • Оценить тонус матки вне схваток.
Состояние матери	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить общее состояние. • Измерить: <ul style="list-style-type: none"> – температуру тела (t0); – пульс (PS); – частоту дыхания (ЧД); – артериальное давление (АД).
Наружный акушерский осмотр	<p>Определить:</p> <ul style="list-style-type: none"> – высоту дна матки; – количество околоплодных вод; – положение плода; – предлежащую часть; – расположение предлежащей части по отношению к плоскостям таза.
Измерение размеров таза при поступлении [приложение № 6]	<p>цС началом родовой деятельностью, без наличия показаний, рутинное измерение размеров таза у здоровых беременных женщин не рекомендуется!</p>

Оценка состояния плода	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить сердцебиение плода: <ul style="list-style-type: none"> – использовать стетоскоп Пинарда, либо ультразвуковое доплеровское исследование; – аускультацию проводить в конце схватки; – выслушивать в течение полных 60 секунд (1 минута); – различать сердцебиение женщины и плода. • Рутинное использование КТГ для женщин с низким риском не рекомендуется.
Выделения из половых путей	<p>При наружном осмотре оценить выделения из наружных половых путей и сделать запись в истории родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – выделений нет; – при наличии выделений обратить внимание на цвет, запах, консистенцию; – если выделения кровянистые, описать цвет и объем; – при подтекании о/п вод, обратить внимание на цвет, объем, запах, консистенцию.
Боль и дискомфорт	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить боль и дискомфорт [Приложение № 3].
Повторные контакты	<ul style="list-style-type: none"> • Просмотреть предыдущие контакты и клинические обстоятельства при каждом контакте. • Учитывать интервал с момента первичного контакта.

ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Проведите после полной клинической оценки пациентки (табл. 3).

Таблица 3. Проведение влагалищного исследования

Критерии	Действия
Показания	<ul style="list-style-type: none">• Стремится свести количество влагалищных исследований к минимуму, путем соблюдения четких показаний*.• Есть предположение, что роды начались.• Показания для проведения планового влагалищного исследования:<ul style="list-style-type: none">– каждые 6 часов в латентной фазе I периода родов;– каждые 4 часа в активной фазе I периода родов [6];– если появились клинические проблемы.
Противопоказания	<ul style="list-style-type: none">• 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.
До проведения влагалищного исследования	<ul style="list-style-type: none">• Четко определить:<ul style="list-style-type: none">– нужно ли проводить влагалищное исследование?– поможет ли влагалищное исследование в принятии клинического решения?

	<ul style="list-style-type: none"> • Очень тщательно изучить анамнез и данные самых последних результатов ультразвукового сканирования. • Объяснить женщине процедуру и получить ее согласие. • Убедиться, что мочевого пузыря женщины пуст. • Провести наружное акушерское обследование и аускультацию сердцебиение плода.
Во время проведения влагалищного исследования	<ul style="list-style-type: none"> • Соблюдать конфиденциальность, достоинство и уважение женщины. • Создать комфортные условия. • Проводить влагалищное исследование только между схватками. <p>Оцените:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Состояние наружных половых органов, промежности. • Состояние шейки матки: <ul style="list-style-type: none"> – положение (кзади, по центру, спереди); – консистенцию; – длину/сглаживание шейки матки; – открытие. • Состояние плодного пузыря: <ul style="list-style-type: none"> – цел; – не определяется; – характер подтекающих вод (цвет, объем, запах). • Предлежащую часть: <ul style="list-style-type: none"> – вид предлежания; – уровень предлежащей части по отношению к плоскостям таза. – Укажите степень зрелости шейки матки по Бишоп**.

После проведения влагалищного исследования	<ul style="list-style-type: none"> Объяснить женщине результаты исследования. Провести аускультацию сердцебиения плода. Занести данные в историю/партограмму.
--	--

***ВАЖНО! Влагалищные исследования следует проводить по строгим показаниям. Риск ГСО возрастает в 5 раз, если проведено 8 и более влагалищных исследований [10]**

****Оценка степени зрелости шейки матки (Bishop ЕН 1964, RCOG, 2008)**

	Баллы			
Критерии	0	1	2	3
Открытие (см)	<1	1-2	3-4	>4
Длина шейки (см)	4	2-3	1-2	<1
Положение головки	-3	-2	-1/0	+1/+2
Консистенция	Плотная	Умеренно размягчена	Мягкая	
Положение	Кзади	По центру	Кпереди	

Интерпретация балльной оценки

«Незрелая»: 0 - 5 баллов;

«Зрелая, но недостаточно»: 6 - 7 баллов;

«Зрелая»: 8 - 13 баллов.

ДИАГНОСТИКА НАЧАЛА РОДОВ

Таблица 4. Критерии постановки диагноза «I период родов»

Диагноз	Критерии
Ложные схватки (МКБ 047.1)	<ul style="list-style-type: none"> • При первичном осмотре нет структурных изменений/раскрытия шейки матки. • Если схватки прекратились, наблюдайте за состоянием беременной в условиях стационара не менее 24 часов после постановки диагноза: <ul style="list-style-type: none"> – ВНИМАНИЕ!!! Показаний для влагалищного исследования нет; – Если схватки продолжаются, но редкие, не прогрессируют по продолжительности и силе, т.е. ДЗ «I период родов» сомнителен, необходимо провести повторный осмотр ч/з 6 часа отмечаются сглаживание и раскрытие (структурные изменения) шейки матки – поставить ДИАГНОЗ «I период родов»; – состояние шейки матки прежнее – оставить ДИАГНОЗ «Ложные схватки», наблюдать за беременной в условиях стационара не менее 24 часов после постановки диагноза, но предоставить ей возможность отдохнуть (возможно, в условиях отделения/палаты патологии беременных).
I период родов	Регулярные прогрессирующие схватки, не менее двух за 10 мин, которые сопровождаются структурными изменениями в шейке матки.

РУТИННЫЙ УХОД В РОДАХ

Цель: обеспечить женщине комфортные роды согласно их индивидуальным потребностям (табл. 5).

Таблица 5. Уход в родах

Вид ухода	Рекомендации
Уважительное отношение к роженице [приложение № 2]	<ul style="list-style-type: none">• Сохранение достоинства женщины.• Личная неприкосновенность и конфиденциальность.• Обеспечение защиты от причинения вреда и неправильного лечения.• Предоставление возможности информированного выбора.• Непрерывная поддержка в течение родов [6].
Уход, ориентированный на женщину [приложение № 2]	<ul style="list-style-type: none">• Признание медицинским работником того, что женщина остается главным лицом, принимающим решения в ее уходе.• Признание физических, психосоциальных, культурных и эмоциональных потребностей женщины.• Признание ожиданий, стремлений и потребностей женщины, а не институциональные или профессиональные потребности.• Признание права женщины на информированный выбор.• Признание права женщины на неприкосновенность частной жизни и принятие самостоятельных решений касательно ухода во время родов.• Признание потребностей ребенка и семьи женщины.

<p>Женщина в центре внимания [приложение № 2]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставить информацию, которая, прежде всего, способствует родам через естественные родовые пути. • Чтобы женщина могла сделать осознанный выбор, предоставить полную информацию, при этом: <ul style="list-style-type: none"> – уважать право женщины, если она отказалась от предлагаемого ухода; – обеспечить женщине альтернативный уход; • Обеспечить эмоциональную и физическую поддержку женщине: <ul style="list-style-type: none"> – говорить на понятном ей языке; – убедиться, что женщина верно поняла информацию; укрепить доверие женщины; • Соблюдать и выполнять план родов. • Вовлекать женщину в клиническую практику.
<p>Профессиональная этика</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Культура, основанная на взаимном (между медицинским работником и женщиной) доверии. • Четкие и уважаемые границы. • Принятие совместной ответственности. • Открытое и честное общение.
<p>Сотрудничество между персоналом</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Сотрудничество и междисциплинарные профессиональные отношения являются краеугольным камнем передового опыта в области материнства. • Обеспечивать индивидуальный уход каждой женщине. • Поддерживать интеграцию услуг и обеспечивать, при необходимости, беспрепятственный доступ к дополнительному уходу. • Обеспечивать своевременную поддержку младших специалистов. • Обеспечивать возможность непрерывного междисциплинарного совместного обучения.

1. Латентная фаза I периода родов

Таблица 6. Уход и наблюдение во время латентной фазы I периода родов

Активность	Содержание
Начало родов	Сокращения матки сопровождаются структурными изменениями в шейке матки.
Уход	<ul style="list-style-type: none">• Провести первичную оценку (см. табл. 2).• Обеспечить женщине комфортные роды согласно их индивидуальным потребностям и представлениям.• Предложить индивидуальную поддержку (с учетом предпочтений роженицы) для контроля и облегчения боли у здоровых беременных женщин [см. приложение № 4]:<ul style="list-style-type: none">– Техники релаксации;– постепенное мышечное расслабление;– дыхательные методики;– Мануальные приемы:– массаж;– холодные и горячие компрессы;• Поощрять прием пищи и питье [6].• Поощрять подвижность и вертикальное положение во время родов [приложение №3].
Сердцебиение плода (дифференцировать от материнского пульса)	Выслушивать каждые 2 часа, в течение одной полной минуты.
Температура тела, пульс, АД, частота дыхания	Измерять каждые 4 часа.

Наружный акушерский осмотр	<ul style="list-style-type: none"> • проводить каждые 6 часов; • проводить перед каждым влагалищным осмотром.
Схватки	Оценивать каждые 4 часа.
Продолжительность	<ul style="list-style-type: none"> • Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена и у разных рожениц может широко варьировать.
ВАЖНО!!!	<ul style="list-style-type: none"> • Если шейка матки продолжает сглаживаться и раскрываться, а состояния матери и в/у плода остаются удовлетворительными продолжительная латентная фаза не должно быть показанием для кесарева сечения! [3;9] [1++]. • Женщины должны быть информированы о том, что продолжительность латентной фазы Первого периода родов не является строго ограниченной и может варьировать в широких пределах! • Родовая деятельность может, пока цервикальный канал не раскроется на 6 см, поэтому, если состояния матери и плода удовлетворительные, медицинское вмешательство для ускорения родов (например, введение окситоцина или кесарево сечение) не рекомендуется до достижения этого порога [3;9] [1++].

<p>Влагалищное исследование</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Через 6 часов [14] <ul style="list-style-type: none"> – если в шейке матки есть изменения (отмечаются прогрессивного сглаживание и раскрытие шейки матки), но открытие шейки матки менее 6 см, оставьте ДИАГНОЗ: «Латентная фаза I периода родов»; – если изменений в шейке матки нет, схватки редкие, не прогрессируют по продолжительности и силе, возможно, следует пересмотреть диагноз и выставить ДИАГНОЗ: «Ложные схватки», дальнейшее ведение соответственно диагнозу; – если раскрытие шейки матки составляет 6 см или более, то поставьте ДИАГНОЗ «Активная фаза I периода родов», дальнейшее ведение соответственно диагнозу.
<p>Принятие решения, где может находиться беременная</p>	<ul style="list-style-type: none"> • При поступлении женщины в латентной фазе родов, нередко, встает вопрос, можно ли ей вернуться домой или следует остаться в родовспомогательном учреждении. • При принятии решения необходимо учитывать: <ul style="list-style-type: none"> – 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 подвержены риску инфузии окситоцина, кесарева сечения.

	<ul style="list-style-type: none"> • Если женщина решит вернуться домой, необходимо предоставить подробную информацию о том, когда ей следует вернуться, в том числе, если: <ul style="list-style-type: none"> – увеличились частота, сила и продолжительность сокращений матки; – усилились боли, требующих дополнительной поддержки или обезболивания; – появились кровянистые выделения; – излились околоплодные воды; – снизилась двигательная активность плода. • Обязательно необходимо запланировать повторный визит женщины, указав, когда и к кому она может подойти!!!
--	--

2. Активная фаза I периода родов

Критерии: Открытие маточного зева – 6 см и более, активная родовая деятельность.

Таблица 7. Уход и наблюдение в активной фазе I периода родов

Активность	Содержание
Заполнение партограммы [приложение № 5]	<ul style="list-style-type: none"> • Как только женщина вошла в активную фазу I периода родов, перенесите график раскрытия шейки матки на Линию Бдительности. • Партограмма: <ul style="list-style-type: none"> – обеспечивает наглядный обзор родового прогресса; – позволяет своевременно делегировать медицинскую помощь;

	<ul style="list-style-type: none"> – помогает дифференцировать аномальное течение родов и выделить группу женщин, нуждающихся в помощи. • Если график раскрытия шейки матки проходит по Линии Бдительности, значит, скорость раскрытия шейки матки составляет 1 см в час: прогресс нормальный, вмешательств не требуется, требуется наблюдение [5]; • 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 [5].
ВАЖНО!!!	<ul style="list-style-type: none"> • Скорость раскрытия шейки матки 1 см/час в активной фазе первого периода достигается не у всех женщин и не является критерием нормального течения родов [3].
Пересечение Линии Бдительности	<ul style="list-style-type: none"> • Свидетельствует о скорости раскрытия ш/м менее 1 см в час, но при целом плодном пузыре, удовлетворительном состоянии роженицы и в/у плода, данная ситуация, возможно, является нормой для данной пациентки. Т.е. роды происходят медленнее, чем в среднем, но это еще не патология [5]. • Медленное раскрытие шейки матки (менее 1 см/час), как изолированный признак не является показанием для медицинского вмешательства в течение родов. • Поставить в известность старшего акушер-гинеколога.

<p>Уход, обеспечивающий прогресс в раскрытии шейки матки</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Активизировать роженицу (ходьба, передвижение по палате и т.д.), что бывает достаточным для стимуляции родовой деятельности и успешного завершения родов; • Создать комфортную атмосферу в родильном отделении. • Поддержать присутствие партнера во время родов (при желании женщины). • Поощрять употребление пищи и жидкости во время родов. • Предоставить словесное подбадривание.
<p>Положение роженицы</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> – гипотония матери; – нарушения с/б плода; • Поощрять и поддерживать вертикальное положение (стоя на коленях, на корточках или стоя). • В сравнении с положением лежа и на боку, вертикальное положение в первом периоде родов связано с сокращением его продолжительности. • положение на мяче может быть эффективным инструментом для уменьшения болей.
<p>Прием пищи и питье</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Поощрять женщину пить и употреблять легкую пищу по желанию. • Предлагать частые глотки обычной питьевой воды, которая является более полезной, чем другие напитки.

	<ul style="list-style-type: none"> • Пероральный прием шоколада, сладостей не влияет на исход родов.
Возможные причины временного ослабления родов	<ul style="list-style-type: none"> • Полный мочевой пузырь; • обезвоживание женщины; • введение сильного анальгетика (например, промедола); • применение перидуральной анестезии.
Допустимая/ нормальная скорость раскрытия шейки матки	<ul style="list-style-type: none"> • 2 см за 4 часа; • 0,5 см/час; • до пересечения Линии Действия.
Продолжительность активной фазы первого периода физиологических родов	<ul style="list-style-type: none"> • Желательно, чтобы не превышала 8 часов [3;5]. • Требуется медицинское вмешательство, продолжительность активной фазы I периода родов 8 и более часов.
Оценка прогресса родов	<ul style="list-style-type: none"> • В процессе раскрытия шейки матки, особенно от 8 до 10 см возрастает потребности в поддержке, у женщины могут появиться мелкая дрожь во всем теле, тошнота, рвота, раздражительность. • Необходимо учитывать все аспекты, влияющие на прогресс раскрытия шейки матки, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> – состояние матери и плода; – скорость раскрытия шейки матки; – начало опускания предлежащей головки; – сила, продолжительность и частота маточных сокращений; – паритет; – течение предыдущих родов.

Оценка и поддержка	<ul style="list-style-type: none"> • Оказывать постоянную и индивидуальную поддержку роженице. • Рутинное использование КТГ у женщин с низким риском не рекомендуется [12].
Сердцебиение плода (дифференцировать от материнского пульса)	Выслушивать каждые 15 минут, в течение одной полной минуты.
Схватки	Оценивать: <ul style="list-style-type: none"> • каждые 30 минут, в течение 10 минут; • перед влагалищным исследованием.
Температура тела, АД, частота дыхания	Измерять каждые 4 часа.
Пульс	Каждый 1 час.
Наружный акушерский осмотр	<ul style="list-style-type: none"> • Каждые 4 часа. • По мере необходимости. • Перед влагалищным исследованием.
Влагалищное исследование	<ul style="list-style-type: none"> • Каждые 4 часа [3;5].

Профилактика затяжных родов:

- Ведение родов по партограмме.
- Психоэмоциональный комфорт роженицы:
 - индивидуальный родильный зал;
 - партнерские роды;
 - поощрение действий роженицы: «Вы все сможете», «Вы родите самостоятельно», «У Вас обязательно получится»;
 - выбор удобной позы;
 - вертикальные роды (роды не на спине).

- Предупреждение обезвоживания женщины, т.к. адекватная гидратация улучшает сократительную способность матки. Наиболее полезной является простая вода. Контроль за количеством выпитой жидкости, который может проводить партнер в родах [5].

ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ

Таблица 8. Уход и наблюдение во II периоде родов

Активность	Содержание
Прием пищи и питья	<ul style="list-style-type: none"> • Поощрять женщину есть и пить по желанию. • Предлагать частые глотки обычной питьевой воды, которая является более полезной, чем другие напитки. • Пероральный прием шоколада, сладостей не влияет на исход родов.
Возможные причины временного ослабления родов	<ul style="list-style-type: none"> • Полный мочевой пузырь. • Обезвоживание женщины. • Введение сильного анальгетика (например, тримеперидина). • Применение перидуральной анестезии.
Продолжительность	<ul style="list-style-type: none"> • До 2-х часов у первородящих (при медикаментозном (региональном анестезии) обезболивании до 3ч). • До 1-ого часа – у повторнородящих (2 и более) (при медикаментозном обезболивании до 2ч) [9].
Оценка прогресса родов	<ul style="list-style-type: none"> • Учитывайте все аспекты, влияющие на прогресс раскрытия шейки матки, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> – состояние матери и плода; – опускания предлежащей головки;

	<ul style="list-style-type: none"> – сила, продолжительность и частота маточных сокращений; – паритет; – течение предыдущих родов.
Оценка и поддержка	<ul style="list-style-type: none"> • Оказывайте постоянную индивидуальную поддержку роженицы. • Рутинное использование КТГ у женщин с низким риском не рекомендуется [12].
Сердцебиение плода (дифференцировать от материнского пульса)	<ul style="list-style-type: none"> • Выслушивается каждые 5 мин, в течение 1 полной минуты. • Выслушивайте в конце каждой потуги в течение одной полной минуты. • Если частота сердечных сокращений плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту), следует предположить, развитие дистресс плода и поставить в известность старшего врача акушера-гинеколога.
Схватки	<ul style="list-style-type: none"> • Начало потужной деятельности. • В период изгнания плода, рекомендуется поощрять и поддерживать рожениц в естественном натуживании.
Пульс	Измерять каждый 1 час.
АД, частота дыхания, температура тела	Измерять каждые 4 часа.
Наружный акушерский осмотр	Пальпаторно определить: <ul style="list-style-type: none"> • степень сокращения матки и расслабления её вне схваток; • напряжение круглых связок; • высоту стояния и характер контракционного кольца; • состояние нижнего сегмента матки [6;12].

Влагалищное исследование во II периоде родов	<ul style="list-style-type: none"> • Рутинно (без показаний) выполняется каждый час. • Выполняется чаще, но по строгим показаниям!
Признаки, указывающие на удовлетворительное течение второго периода родов	<ul style="list-style-type: none"> • Постоянное опускание плода по родовому каналу. • Начало фазы изгнания (потужного периода).
Признаки, указывающие на неудовлетворительное течение II периода родов	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие продвижения плода по родовому каналу. • Нарушение изгнания в течение поздней (потужной) фазы [3].
ВАЖНО соблюдать правило двух часов	<ul style="list-style-type: none"> • Продолжительность II периода родов ограничена 2 часами. • Головка доношенного плода не должна находиться в одной плоскости малого таза более 2 часов [9].
Эпизиотомия должна быть применена только в следующих случаях	<ul style="list-style-type: none"> • При рубцовых изменениях гениталий в результате женского обрезания или плохо заживших разрывах второй степени. • При дистресс плода [8].
Рождение ребенка [3;5]	<ul style="list-style-type: none"> • Осторожно удерживать за головку плода по мере ее продвижения при сокращениях матки • Попросить мать дышать спокойно и не натуживаться при рождении головки • Обследовать шею ребенка для обнаружения пуповины • Дождаться самостоятельного поворота плечиков

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 дистонии плечиков • НЕ ОСТАВЛЯТЬ! новорожденного ребенка мокрым, тем самым подвергая его риску развития ГИПОТЕРМИИ.
--	---

ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ

Таблица 9. Активное ведение III периода родов

Этапы	Действия
Консультирование	<ul style="list-style-type: none"> • Информировать пациентку о необходимости процедуры и получить информированное согласие на проведение активного ведения 3го 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 • Вводить окситоцин 10 МЕ в/м в течение первой минуты после рождения ребенка [6].

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 10 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Расположить руку над лонным сочленением ладонной поверхностью и удерживать матку, отводя ее от лона в противоположную сторону, выше лобковой кости, во время проведения КТП.
<p>ВАЖНО!!!</p> <p>1. Контролируемую тракцию за пуповину (КТП) необходимо проводить обученным акушеркам.</p> <p>2. При отсутствии обученных акушеров проведение КТП не рекомендовано, учитывая возможные осложнения при проведении КТП.</p>	
Выделение последа	<ul style="list-style-type: none"> • При отделении и выделении плаценты захватить его обеими руками (в перчатках).
Массаж матки	<ul style="list-style-type: none"> • Провести контроль сокращения матки (путем пальпации) • Не проводить массаж матки, если матка плотная и хорошо сократилась.

Осмотр целостности последа	<ul style="list-style-type: none"> После выделения плаценты провести тщательный осмотр материнской и плодовой частей последа, разложив его на лотке для приема родов.
ВАЖНО!	Измерить объём кровопотери и занести в медицинскую документацию.
Утилизация последа	<ul style="list-style-type: none"> После осмотра и оценки плацента утилизируется (см. СОП «Утилизация плаценты»).

Таблица 10. Затянувшийся третий период родов

Проблема	Действия
Если послед быстро не выделяется	Избегать излишне интенсивных тракций за пуповину, т.к. пуповина 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, но исключены ее задержка во влагалище или цервикальном канале	<ul style="list-style-type: none"> Выжидательная тактика в течение 30 мин, если отсутствуют признаки кровотечения, как наружного, так и внутреннего. Опорожнить мочевой пузырь (поскольку переполнение мочевого пузыря может вызывать атонию). Поглаживая матку стимулировать ее сокращение. Приложить ребенка к груди (что стимулирует продукцию окситоцина). Повторить введение окситоцина (10 МЕ в/м) и применить КТП [12].

- 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»).

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

Таблица 11. Алгоритм наблюдения за родильницей в раннем послеродовом периоде, в течение 24 часов

Активность	Содержание
Наблюдение в первые два часа после родов	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наблюдение за родильницей в течение первых 2-х часов после родов осуществлять в родильной комнате. 2. С кратностью каждые 15 минут, оценивать: <ul style="list-style-type: none"> • тонус и высоту стояния дна матки (путем пальпации живота); объем кровопотери; • наполнение мочевого пузыря (путем пальпации и опроса родильницы оценивать). 3. Артериальное давление, пульс, частоту дыхания и температуру измерить сразу после родов и перед переводом в послеродовое отделение. 4. Фиксировать полученные данные в листе наблюдения.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оценку указанных критериев следует проводить всем родильницам в целях раннего выявления атонии матки. 2. Не рекомендуется проводить непрерывный массаж матки для выявления ее атонии и профилактики послеродового кровотечения [12].

<p>Перевод родильницы в отделение совместного пребывания матери и ребенка</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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».
<p>Наблюдение в отделении/ палате совмест- ного пребыва- ния матери и ребенка</p>	<p>В условиях отделения/палаты совместного пребывания матери и ребенка акушеру (-ке) следует осуществлять наблюдение и оценку следующих параметров:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В первые 2 часа после перевода, кратностью каждые 30 минут, оценивать: <ul style="list-style-type: none"> • тонус и высоту стояния дна матки (путем пальпации живота); • характер выделений из влагалища; • наполнение мочевого пузыря (путем пальпации и опроса родильницы оценивать). 2. В последующие 4 часа, вышеперечисленные параметры оценивать каждый час. 3. В последующие 18 часов, вышеперечисленные параметры оценивать каждые 4 часа. 4. Артериальное давление, пульс, ЧД и температуру в первые сутки послеродового периода измерять каждые 4 часа. 5. Фиксировать полученные данные в листе наблюдения.

Консультирование на всем этапе пребывания в отделении совместного пребывания матери и ребенка	<p>Необходимо консультировать родильниц по нижеследующим тематикам:</p> <ul style="list-style-type: none"> • грудное вскармливание; • опасные признаки в послеродовом периоде и куда необходимо обратиться; • режим труда и отдыха; • послеродовая контрацепция; • питания, физические упражнения.
ВАЖНО!!!	В случае выявления отклонений от нормального течения послеродового периода необходимо, на любом этапе наблюдения, немедленно поставить в известность акушер-гинеколога/ дежурного врача!
Выписка из родильного стационара/дома/отделения	При удовлетворительном состоянии родильницы и новорожденного выписка осуществляется в период от 24-72 часа после родов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Effective perinatal care. Training package 2nd edition 2015 <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
2. Intrapartum care. Quality standard. Published: 10 December 2015 www.nice.org.uk/guidance/qs105
3. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. Published: 3 December 2014 www.nice.org.uk/guidance/cg190
4. Queensland Clinical Guideline: Normal birth – November 2017. Email: Guidelines@health.qld.gov.au URL: www.health.qld.gov.au/qcg.
5. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. [Internet]. 1996 [cited 2017 February 10]. Available from: <http://www.who.int>.
6. 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>.
7. Акушерство. Национальное руководство/Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой - Изд «ГЕОТАР Медиа», 2009
8. Дородовая и послеродовая помощь – Национальный клинический протокол – МЗ КР – Бишкек, 2018г. - <http://www.med.kg>.
9. Затяжные и обструктивные роды – Национальный клинический протокол – МЗ КР – 04.07.2014г. - <http://www.med.kg>.
10. Индукция родов – Национальный клинический протокол – МЗ КР – Бишкек, 2016г. - <http://www.med.kg>.

11. Карманный справочник для акушерской деятельности – МЗ КР – Бишкек, 2016г. - <http://www.med.kg>.
12. 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
13. Роды срочные, полностью самопроизвольные – сборник клинических протоколов по акушерству-гинекологии МЗ КР - 2008г. - <http://www.med.kg>.
14. Up To Date Overview of normal labor and protraction and arrest disorders Apr 2014.

Поддерживающий уход [5, 9]

- Поощрять женщину в получении персональной поддержки от выбранного ею лица.
- Поощрять оказание поддержки при родоразрешении партнером.
- Подготовить место для партнера рядом с женщиной.
- Поощрять партнера в оказании адекватной поддержки женщине во время родов и рождения ребенка (растирание спины женщине, протирание лба влажной тканью, помощь при ходьбе).
- Обеспечить хорошее взаимопонимание и поддержку со стороны персонала: объясните все процедуры, получите разрешение на их проведение.
- Создать поддерживающую, ободряющую атмосферу при родоразрешении, уважительного отношения к желаниям женщины;
- Обеспечить приватность и конфиденциальность.
- Поддерживать чистоту женщины и ее окружения.
- Поощрять женщину к свободному хождению; помочь женщине выбрать положение для родов.
- Поддерживать прием женщиной еды и питья по ее желанию. Если женщина заметно истощена или утомилась, убедится, что она накормлена.
- Обучить женщину технике дыхания во время родов и родоразрешения. Поощрять женщину дышать медленнее обычного и расслабляться с каждым выдохом.
- Если женщина страдает от боли предложить сменить положение.

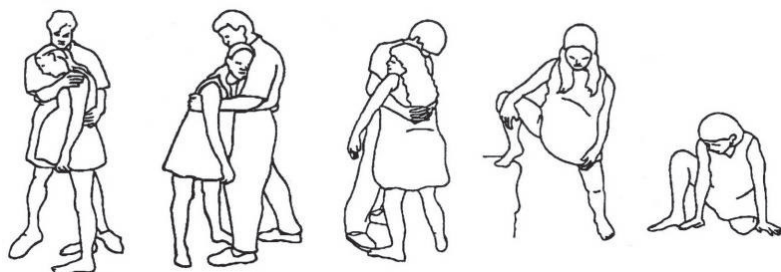
Культура коммуникаций

Аспекты	Содержание
Женщина в центре внимания	<p>Предоставить информацию таким образом, чтобы способствовать физиологическим родам. Делиться и обсуждать с женщиной информацию для получения информированного выбора и согласие:</p> <ul style="list-style-type: none"> – уважать право отказаться от рекомендуемого менеджмента; – обеспечить эмоциональную и физическую поддержку женщины; – использовать поддерживающую и понятную манеру разговора для укрепления уверенности в женщине; – вовлечение женщины в процесс принятия решения
Профессиональная культура	<ul style="list-style-type: none"> – Взаимное доверие. – Четкие и уважаемые границы. – Открытое и честное общение. – Согласование с основанной на фактических данных практикой, включающей аудит и обратную связь.
Культура сотрудничества	<ul style="list-style-type: none"> – 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.

Положения роженицы в родах

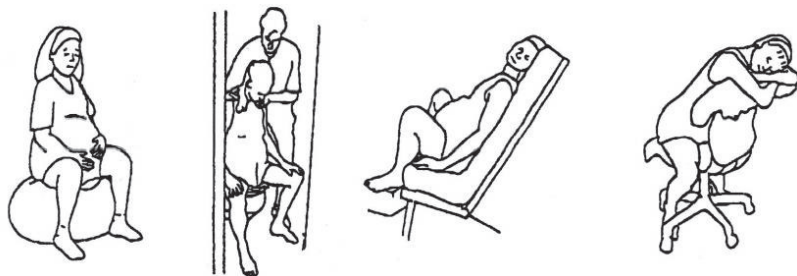


Положение стоя



Опираясь на партнера

Медленный танец



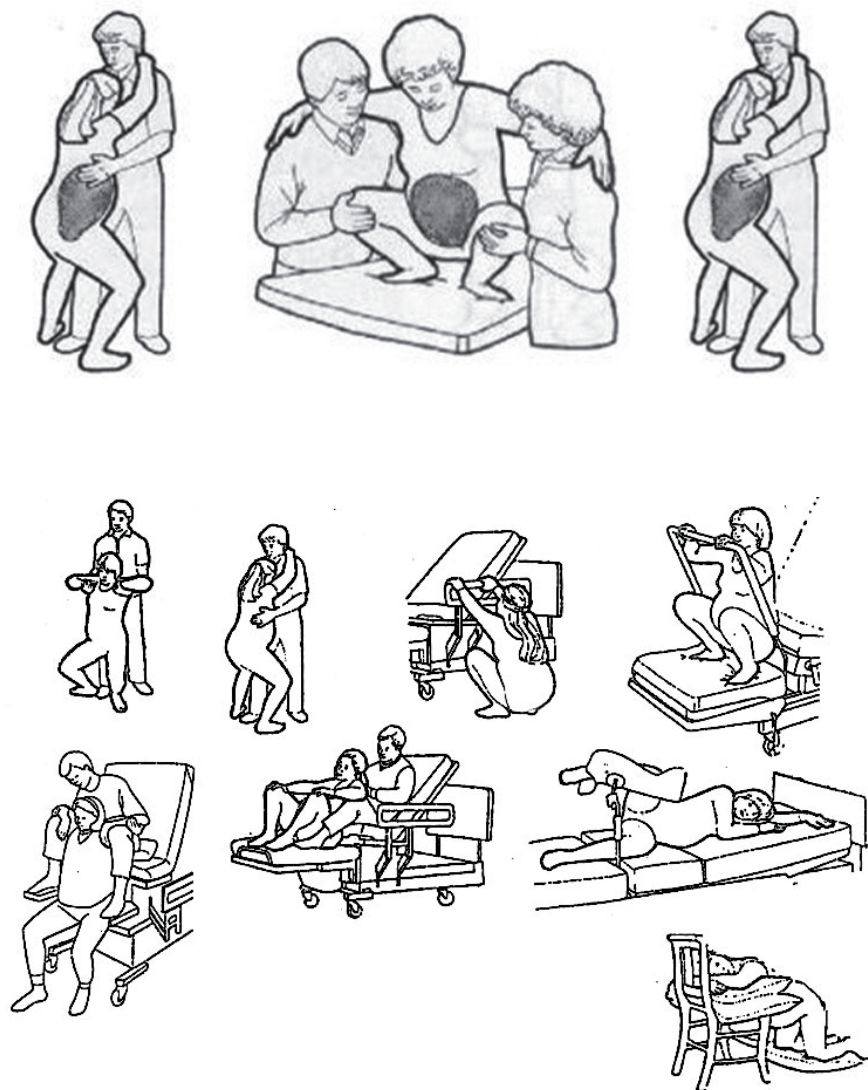
На мяче

На стуле

На стуле

Опираясь на стул

Положения роженицы во II периоде родов



Инструкция по заполнению партограммы

Заполнение партограммы начинается в I периоде родов.

Заполнение партограммы должно проводиться в реальном времени!

Роды с низким риском, с соответствующими ресурсами и поддержкой, до достижения «**Линии Действия**» не требуются никакого вмешательства.

1. Информация о пациентке/паспортная часть:
ФИО, количество беременностей всего и число беременностей, которые окончились родами, номер истории родов, дата и время поступления в родовой блок, время излития околоплодных вод и начало схваток.

2. Частота сердечных сокращений плода

А. Отмечается точками, которые соединяются непрерывной линией.

В. Оценивается аускультативно.

С. Оценивается в I периоде родов:

- в латентной фазе – каждые 2 часа и фиксируется в соответствующей части партограммы;
- в активной фазе – каждые 15 минут, но фиксируется каждые 30 минут в соответствующей части партограммы.

Д. Оценивается во II периоде родов:

- каждые 5 мин или;
- после каждой потуги.

3. Околоплодные воды

Цвет амниотической жидкости/целостность плодного пузыря оценивают при каждом влагалищном исследовании или при излитии/подтекании о/п вод:

- I/O – плодный пузырь цел.
- C/C – околоплодные воды светлые, чистые.
- M/M – воды окрашенные меконием.
- B/K – примесь крови в водах (окрашивание и кровь).
- A/O – отсутствие околоплодных вод.

4. Конфигурация головки

A. Обозначается знаком «+».

B. Оценивается при каждом влагалищном исследовании:

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

5. Раскрытие шейки матки

A. Обозначается знаком «X».

B. Оценивают при каждом влагалищном исследовании:

- каждые 6 часов в латентной фазе,
- каждые 4 часа в активной фазе.

C. Степень раскрытия шейки матки отмечают на вертикальной оси графика, которая содержит числа от 0 до 10. Каждая ячейка соответствует 1 см раскрытия шейки матки.

D. По горизонтальной оси графика имеется 24 клетки, каждая из которой соответствует промежутку времени в один час.

Е. В графе «Время» указывается реальное значение времени. Отсчет времени начинается с момента поступления пациентки в родильную палату. Время всегда записывается слева от вертикали, на которую нанесен знак Х. Для удобства заполнения лучше записывать числом, кратным 30 минутам (например, 13.00 или 13.30).

Обрати внимание!

1. Наличие знака «Х» на партограмме означает, что влагалищное исследование проводилось!
2. Поэтому, если влагалищное исследование не проводилось, знак «Х» не должен быть указан на партограмме!

Е. Первый период родов делится на две фазы: латентная и активная.

Е. Латентная фаза I периода родов – это период медленного раскрытия шейки матки до 6 см. Если схватки прекратились, то, вероятно, у женщины были ложные схватки. Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена и у разных рожениц может широко варьировать.

- При наличии схваток влагалищный осмотр проводится каждые 6 часов с нанесением результатов осмотра на партограмму.
- Если при влагалищном исследовании отмечается открытие шейки матки от 0 до 6 см, то значение раскрытия шейки матки наносится на первую вертикальную линию графы латентной фазы.

Г. Активная фаза I периода родов – это период быстрого раскрытия шейки матки от 6 см до 10 см:

- В части, помеченной как «активная фаза», проведена прямая линия от 6 до 10 см – это «Линия Бдительности», которая представляет собой 10-ю перцентиль

для раскрытия шейки матки и соответствует скорости раскрытия 1 см/час.

- Если при влагалищном исследовании отмечается раскрытие шейки 6 см и более, то значение наносится на «Линию Бдительности».
- Если при поступлении роженицы открытие шейки матки отмечалось до 6 см, а при повторном осмотре – более 6 см, то значение открытия шейки матки следует перенести на Линию Бдительности пунктиром и продолжать наблюдение.
- Влагалищный осмотр следует проводить каждые 4 часа.
- Линия Действия проходит параллельно Линии Бдительности и смещена на 4 часа вправо (что соответствует 4 часам), что соответствует скорости раскрытия шейки матки 0,5 см в час. Данная скорость является минимальной нормальной скоростью раскрытия шейки матки, как для первородящих, так и для повторнородящих.

6. Прохождение предлежащей части плода по плоскостям таза

А. Отмечается знаком «О».

В. Всегда находится на одной вертикали со знаком «Х».

С. Оценивается перед каждым влагалищным исследованием при помощи наружного осмотра, по правилу 5/5 (см. Рис 1).



Рис. 1. Расположение головки плода

7. Маточные сокращения (схватки)

А. Отмечаются в графе «Схватки за 10 минут», где:

- каждая клетка по вертикали соответствует 1 схватке за 10 минут (максимум 5 схваток за 10 минут);
- каждая клетка по горизонтали соответствует 30 мин.

В. Отмечаются, в зависимости от продолжительности схваток:

- точки – слабые схватки продолжительностью до 20 секунд;
- косая штриховка – умеренные схватки продолжительностью 20-40 секунд;
- сплошная штриховка – сильные схватки продолжительностью ≥ 40 секунд.

С. Подсчитываются в течение 10 мин:

- каждые 4 часа в латентной фазе I периода родов;
- каждые 30 мин в активной фазе I периода родов.

Д. Периодичность и интенсивность схваток отмечается в соответствии с осью времени.

Е. Если за 10 мин было 3 схватки, значит должно быть заштриховано 3 клетки по вертикали.

8. Доза окситоцина и скорость введения

А. Дозировка вводимого окситоцина отмечается каждые 30 мин:

- в верхнем ряду клеточек отмечают концентрацию окситоцина в ЕД/л,
- в нижнем ряду клеточек отмечают скорость инфузии в каплях/мл/единицах в минуту.

9. Полученные лекарств

Фиксируются любые дополнительные назначения лекарственных препаратов.

10. Пульс

А. Отмечается в соответствующей части, на линии, точкой « • ».

В. Измеряется и фиксируется:

- в латентной фазе – каждые 4 часа;
- в активной фазе – каждый 1 час;

11. Артериальное давление, температура тела, частота дыхания: в первом периоде родов измеряются каждые 4 часа.

12. Моча

А. Количество, качество и цвет мочи записываются при каждом мочеиспускании.

В. Протеин и ацетон фиксируются при патологических родах.

Партограмма

Ф.И.О. _____	беременность _____	роды _____	№ _____
Дата поступления _____	время поступления _____	время излития о/п вод часы _____	

С/Б
плода

о/п воды
конфигурация

Раскрытие шейки матки

Продолжение
придаточной части

Часы

Время

Схватки
за 10'

Окситоцин ед
кап/мин

Полученные
медикаменты
и растворы

Пульс ●

А/Д

Частота дыхания

Температура

Моча { белок
ацетон
объем

The main grid of the partogram is 20 columns wide (representing 20 hours) and 20 rows high. It contains several horizontal and vertical lines for monitoring:

- Top line (C/Б плода):** A horizontal line at the top of the grid, labeled 'С/Б плода'.
- Second line (о/п воды конфигурация):** A horizontal line below the first, labeled 'о/п воды конфигурация'.
- Third line (Раскрытие шейки матки):** A horizontal line at the 6 cm mark, labeled 'Раскрытие шейки матки'.
- Fourth line (Продолжение придаточной части):** A horizontal line at the 10 cm mark, labeled 'Продолжение придаточной части'.
- Vertical line (Часы):** A vertical line at the 6-hour mark, labeled 'Часы'.
- Bottom line (Время):** A horizontal line at the bottom of the grid, labeled 'Время'.

Key phases and lines are labeled within the grid:

- Латентная фаза:** The period from the start of the labor until the active phase begins.
- Активная фаза:** The period from the start of the active phase until the end of the labor.
- Линия восприимчивости:** A diagonal line starting from the 6-hour mark and rising to the 10 cm mark.
- Линия действия:** A diagonal line starting from the 10-hour mark and rising to the 10 cm mark.

Other scales and lines include:

- Схватки за 10':** A scale from 1 to 5 for recording contraction frequency.
- Окситоцин ед кап/мин:** A scale from 1 to 5 for recording oxytocin dosage.
- Полученные медикаменты и растворы:** A section for recording administered medications.
- Пульс ●:** A scale from 60 to 180 for recording maternal pulse.
- А/Д:** A scale from 60 to 180 for recording maternal blood pressure.
- Частота дыхания:** A scale from 60 to 180 for recording maternal respiration rate.
- Температура:** A scale from 60 to 180 for recording maternal temperature.
- Моча:** A section for recording urine output, including protein, acetone, and volume.

Управление дискомфортом и болью

Необходимо реагировать на возможности женщины справляться с дискомфортом и болью. консультирование и поощрение, поддерживать ее выбор, 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.

Непрерывная поддержка в родах	<p>Непрерывная, физическая поддержка близкого человека во время родов является одним из главных элементов, потому что:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сокращает продолжительность родов; • уменьшается потребность в необходимости медикаментозного обезболивания; • улучшает состояние новорожденного при рождении; • повышает положительное восприятие от процесса родов.
Погружение в воду/принятие душа	<p>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</p>

Теплые и холодные компрессы	значительно сокращает болевые ощущения у женщин. Согревание возможно при помощи теплых различных предметов: одеял, теплых грелок, горячих влажных полотенец. Согревание возможно при помощи теплых различных предметов: одеял, грелок, горячих влажных полотенец.
Музыкальная или аудиоанальгезия	Музыка создает приятную и успокаивающую атмосферу. Музыка способна снимать стресс и улучшать эффект от других методов обезболивания, а также может быть дополнительным фактором, способствующим отвлечению внимания.
Ароматерапия	Методика заключается в применении различных натуральных 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
Техника дыхания и релаксации	С помощью методик дыхания расслабление становится более полным.
Прикосновение и массаж	Целью является улучшение самочувствия женщины и уменьшение болей, 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.

ОЦЕНКА ПРЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА [8]

Факторы риска	Наблюдение	Уровни оказания услуг	
	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Консультиро- вание	Родоразрешение
I. Социально-биологические			
1. Возраст матери:			
- моложе 16 лет	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	II
- 45 лет и старше	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	II
2. Вредные привычки у матери: ПАВ (табак, алкоголь, наркотики)	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Нарколог	I-II
3. Вредные привычки у отца: ПАВ (табак, алкоголь, наркотики)	ФАП/ГСВ/ ЦСМ		Согласно рекомендациям
4. Эмоциональные нагрузки у матери (домашнее насилие в семье)	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Психолог, соц.работник	Согласно рекомендациям
5. Физикальные особенности матери:			

рост 150см и менее	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	Согласно рекомендациям
ИМТ<18.5	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	Согласно рекомендациям
ИМТ > равно 30 и выше	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	Согласно рекомендациям
6. Аномалии таза	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	Согласно рекомендациям
II. Акушерско-гинекологический анамнез			
1. Паритет (число предшествующих родов)			
>4	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	Согласно рекомендациям
2. Аборты в промежутках между родами: 3 и более (в ранних сроках)	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	Согласно рекомендациям
3. Преждевременные роды	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	Согласно рекомендациям
4. Мертворождение с полиорганной недостаточностью	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	Согласно рекомендациям
5. Смерть детей в неонатальном периоде	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	II-III

6. Аномалии развития у детей	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог, генетик до 12 недель	III
7. Неврологические нарушения у детей (ДЦП)	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	II-III
8. Масса тела у доношенных детей менее 2500гр. или 4500гр. и более	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	Согласно рекомендациям
9. Бесплодие	ЦСМ	Акушер- гинеколог	Согласно рекомендациям
10. Рубец на матке 2 и более	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	II-III
11. Миома матки, аномалии матки	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог	Согласно рекомендациям
12. Преэклампсия / эклампсия в анамнезе	ЦСМ	Акушер-гине- колог	II- III
13. Послеродовое кровотечение в анамнезе	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер-гине- колог	II - III
14. ГБН в анамнезе и наличие антител в крови	ЦСМ	Акушер-гине- колог	II-III

III. Экстрагенитальные заболевания				
Следует придерживаться общего правила:				
–	Экстрагенитальное заболевание в стадии компенсации (функция органа не нарушена)			
–	– II уровень;			
–	Экстрагенитальное заболевание в стадии декомпенсации (функции органа нарушена)			
–	– III уровень;			
–	А также могут быть исключения, такие как иммунологические проблемы, рак – все III уровень			
1. Сердечно-сосудистой системы без нарушения кровообращения	ЦСМ	Кардиолог, акушер-гинеколог	II-III	
с нарушением кровообращения	ЦСМ	Кардиолог, акушер-гинеколог	III	
2. Гипертоническая болезнь II-III ст.	ЦСМ	Кардиолог, акушер-гинеколог	II-III	
3. Заболевания почек до беременности без нарушения функции почек	ЦСМ	II	I-III	
3.1. Заболевания почек до беременности с нарушением функции почек	ЦСМ	Нефролог, уролог	II-III	

3.2. Заболевания почек до беременности, обострение во время беременности	ЦСМ	Нефролог, уролог	I-III
4. Эндокринная система: сахарный диабет компенсированный	ЦСМ	Эндокринолог	II-III
декомпенсированный	ЦСМ	Эндокринолог	III
5. Анемия тяжелой степени	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог (при не эф- фективности гематолог)	II
7. Заболевания свертываемости крови	ЦСМ	Гематолог	III
8. Миопия высокой степени	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер- гинеколог, окулист	Согласно рекомен- дациям
9. Хронические инфекции (туберкулез, сифи- лис, ВИЧ-инфекция и др.)	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	По показаниям	II-III
10. Острые инфекции с повышением темпе- ратуры тела	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	По показаниям	I-III
11. Бронхиальная астма	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	По показаниям	I-II

12. Бронхиальная астма, персистирующая	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Пульмонолог	II-III
13. Варикоз нижних конечностей, наружных половых органов	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер-гинеколог	I-II
14. Психические заболевания	ЦСМ	Психиатр	I-II
15. Тромбофлебит	ЦСМ	Хирург	II-III
IV. Осложнения данной беременности			
1. Рвота беременных	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	Акушер-гинеколог	I-III
2. Гестационные отеки без протеинурии	ФАП/ГСВ/ ЦСМ		II-III
3. Гестационные отеки с протеинурией	ФАП/ГСВ/ ЦСМ	II	II-III
4. Гестационная гипертензия	ЦСМ		II-III
5. Преэклампсия легкой степени	ЦСМ	II-III	II-III
6. Преэклампсия тяжелой степени и эклампсия			II-III
7. Кровотечение в первой/второй половине беременности	ЦСМ	II	II-III
8. Резус-изосенсибилизация	ГСВ/ЦСМ	II-III	III

9.Тазовое предлежание плода в 38 недель гестации	ФАП/ГСВ/ЦСМ	Акушер-гинеколог	Согласно рекомендациям
10.Многоплодие	ЦСМ	Акушер-гинеколог	Согласно рекомендациям
11.Переношенная беременность		II	Согласно рекомендациям
12.Неправильное положение плода (поперечное/косое)	ЦСМ	II	Согласно рекомендациям
15. Преждевременные роды			II-III
16. Полное предлежание плаценты до 34 недель без клиники	ЦСМ	Акушер-гинеколог	II-III
V. Патологическое состояние плода и некоторые показатели нарушения его жизнедеятельности			
Недостаточный рост плода, требующий медицинской помощи	ЦСМ	Акушер-гинеколог	Согласно рекомендациям
Выявление аномалий развития плода на УЗИ	ЦСМ	Акушер-гинеколог, генетик, детский хирург	III
Антенатальная гибель плода			II-III

Рекомендации ВОЗ для обеспечения положительного опыта родов по уходу в интранатальном периоде [12]

Эксперты группы ВОЗ по разработке нижеперечисленных руководящих принципов, разделили рекомендации на следующие категории:

1. Рекомендуется: вмешательство или процедуру следует проводить.
2. Не рекомендуется: вмешательство или процедуру не следует проводить.
3. Рекомендуется в определенных ситуациях: вмешательство или процедуру следует проводить только в строго определенных обстоятельствах или у пациентов, специально оговоренных в настоящем документе.
4. 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.

Вид ухода	Рекомендации	Категория рекомендаций
	Весь период родовой деятельности и деторождения	
Уважительное отношение к роженице	Уважительное отношение к женщине, сохраняющее ее достоинство, личную неприкосновенность и конфиденциальность, а также обеспечивающее защиту от причинения вреда и неадекватного лечения, возможность информированного выбора и непрерывную поддержку в течение родов.	Рекомендуется
Эффективное общение	Рекомендуется эффективное общение между роженицей и персоналом, осуществляющим уход за ней, с применением простых, культурно приемлемых правил.	Рекомендуется
Присутствие партнера	3. Присутствие партнера по родам рекомендуется для всех женщин.	Рекомендуется
Непрерывность ухода	4. Уход под руководством знакомой акушерки или группы акушерок, которые ведут женщину во время беременности, родов и в послеродовой период, рекомендуются при наличии хорошо зарекомендовавших себя соответствующих программ.	Рекомендуется в определенных ситуациях
	Первый период родов	
Измерение размеров таза при поступлении	Рутинное измерение размеров таза здоровых беременных женщин, у которых началась родовая деятельность, не рекомендуется.	Не рекомендуется

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.	Рекомендуется
Течение первого периода родов	<p>Если родовая деятельность началась спонтанно, скорость раскрытия цервикального канала 1 см/час в течение активной фазы (что фиксируется на партограмме) является недостаточным критерием выявления рисков осложнений для плода и не рекомендуется для этих целей.</p> <p>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.</p> <p>9. Родовая деятельность может протекать медленно, пока цервикальный канал не раскрывается на 5 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.</p>	<p>Не рекомендуется</p> <p>Не рекомендуется</p> <p>Не рекомендуется</p>

Госпитализация в родильном отделении	Не рекомендуется откладывать госпитализацию здоровой беременной женщины, у которой родовая деятельность началась спонтанно, до активной фазы первого периода. Исключение составляют случаи участия в исследовательских программах.	Рекомендуется только в контексте исследования
Рутинная оценка состояния плода при поступлении в родильное отделение	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.	Не рекомендуется Рекомендуется
Вагинальное исследование	Вагинальное исследование с четырехчасовым интервалом рекомендуется в качестве рутинного метода оценки состояния плода в активной фазе первого периода родов для женщин с низким риском осложнений	Рекомендуется
Непрерывная кардиотокография во время родов	Непрерывная кардиотокография для оценки состояния плода у здоровых беременных женщин при естественных родах не рекомендуется.	Не рекомендуется
Эпидуральная анестезия	Рекомендуется для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется

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).	Рекомендуется
Техники релаксации для контроля болевого синдрома и мануальные приемы 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).	Рекомендуется
Подвижность и положение роженицы	У женщин с низким риском осложнений необходимо поощрять подвижность и вертикальное положение во время родов.	Рекомендуется
Обработка влагалища	Рутинное применение антисептиков для обработки влагалища раствором хлорексидина во время родов с целью профилактики летальных инфекционных заболеваний не рекомендуется.	Не рекомендуется
Рутинная амниотомия	Использование амниотомии как изолированного метода стимуляции родовой деятельности не рекомендуется.	Не рекомендуется

Второй период родов		
Определение и длительность второго периода родов	Второй период – это время от полного раскрытия шейки матки до рождения ребенка. Роденица испытывает потуги, обусловленные интенсивными 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.	Рекомендуется
Эпизиотомия	Рутинное применение эпизиотомии не рекомендуется у женщин, у которых роды происходят спонтанно и естественным путем.	Рекомендуется
Уход в послеродовом периоде		
Антибактериальная терапия при неосложненных родах	Профилактическое назначение антибиотиков с превентивной целью не рекомендуется при неосложненных естественных родах.	Не рекомендуется
Наблюдение за родильницей в послеродовом периоде	В течение первых суток после родов все женщины должны наблюдаться в плановом порядке с целью ранней диагностики вагинального кровотечения, определения сократимости матки и высоты стояния дна матки, измерения температуры и ЧСС (пульса). Артериальное давление измеряется сразу после родов. При нормальных значениях последующее измерение проводится через шесть часов. Диурез регистрируется в течение шести часов.	Рекомендуется

Индикаторы

Индикаторы ресурсов:

1. % специалистов, обученных по клиническому протоколу, из всех, оказывающих акушерскую помощь в родильном отделении.
2. % обеспеченности клиническим протоколом в ОЗ.
3. % родильных отделений/стационаров, в которых критерием активной фазы I периода родов является открытие шейки матки 6 см.

Индикаторы процесса:

1. % физиологических родов, в которых продолжительность латентной фазы составила более 20 часов.
2. % физиологических родов, в которых продолжительность активной фазы составила более 4 часов.

Индикаторы результата:

1. % физиологических родов.
2. % партнерских родов.

