

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПВХ «Республиканский
центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
от «10» декабря 2015 года
Протокол №19

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Ведение родов.

2. Код протокола

3. Код МКБ-10:

O80 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании.

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АД	– артериальное давление
АПАС	– Акушерские Повреждения Анального Сфинктера
АУП	– аналгезия, управляемая пациентом
ВАС	– внутренний анальный сфинктер
ВВ	– внутривенный
ВИ	– влагалищное исследование
ВМ	– внутримышечный
ВОП	– врач общего профиля
ДИ	– доверительный интервал
ЗКП	– забор крови плода
ЗН	– затылком назад (головное предлежание)
ЗП	– затылком вперед (головное предлежание)
ЗП	– затылком поперек (головное предлежание)
ИИБ	– Интенсивность испытываемой боли
ИМТ	– индекс массы тела
ИСИП	– интранатальная смертность в интранатальном период
КС	– кесарево сечение
КСЭ	– комбинированная спинально-эпидуральная анестезия
КТГ	– кардиотокография

КТГ	– кардиотокография
МКЛА	– минимальная концентрация локальной анестезии
МОВ	– мекониальные околоплодные вод
НАС	– наружный анальный сфинктер
НЗ	– незначимый
НПВП	– нестероидные противовоспалительные препараты
ОИТН	– отделение интенсивной терапии новорожденных
ОРН	– отделение реанимации новорожденных
ПИБ	– Поведенческий индекс боли
ПИОВ	– преждевременное излитие околоплодных вод
ППП	– позднее пережатие пуповины
ПРК	– послеродовое кровотечение
РПП	– раннее пережатие пуповины
САМ	– синдром аспирации мекония
СЗ	– среднее значение
ТЭСН	– транскутанная электростимуляция нервов
ЧССП	– частота сердечных сокращений плода
ЭАУП	– эпидуральная аналгезия, управляемая пациентом
ЭКГ	– электрокардиограмма

5. Дата разработки протокола: 2013 года (пересмотрен 2015 г.).

6. Категория пациентов: роженицы родильницы.

7. Пользователи протокола: акушерки, акушеры-гинекологи, неонатологи.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

8. Определение: Физиологические роды – это роды одним плодом в сроке 37-41 недели гестации, которые начались спонтанно, низкого риска на начало родов, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в головном предлежании, после родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Рекомендуется применять следующие определения родов:

- **латентная первая фаза родов** – период времени, не обязательно непрерывный, когда схватки болезненные, наблюдаются некоторые изменения шейки матки, включая ее сглаживание и раскрытие до 4 см.
- **первый период родов** – схватки регулярные, наблюдается постепенное раскрытие шейки матки от 4 см.

Роженицы должны быть проинформированы о том, что продолжительность установленного первого периода родов бывает разной, и что первые роды в среднем длятся от 8 до 18 часов. Повторные роды длятся в среднем 5 - 12 часов.

9. Клиническая классификация: нет.

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации: с началом родовой деятельности у роженицы.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.

11.1 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

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

11.2 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование (АД, пульс, определение сокращений матки; определение положения и предлежания плода, выслушивание сердцебиения плода);
- оценка схваток;
- влагалищное исследование;
- Т тела - не реже, чем каждые 4 часа;
- определение группы крови и резус- принадлежность роженицы
- определение группы крови и резус- принадлежность новорожденного.

11.3 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:

- КТГ.

12. Диагностические критерии:

12.1. Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- схваткообразные боли внизу живота.

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

12.2 Физикальное обследование:

Общий осмотр:

- пальпаторное определение регулярных сокращений матки (не менее двух схваток за 10 минут продолжительностью 20 секунд и более);
- определение положения и предлежания плода;
- выслушивание сердцебиения плода (норма 110-160 уд/мин, в начале первого периода не реже, чем каждые 30 минут, в активной фазе не реже, чем каждые 15 минут в течение 1 полной минуты после окончания схватки во время потуг - каждые 5 минут или после каждой потуги);
- влагалищное исследование;
- измерение АД не реже, чем каждые 4 часа, (при гипертензии через 1 час)
- измерение пульса – каждые 30 минут;
- Т тела не реже, чем каждый 4 часа;
- контроль частоты и объем мочеиспускания (самоконтроль роженицы);
- обсуждение с роженицей метод ведения 3-го периода с предоставлением полной устной и письменной информации о потенциальных преимуществах и недостатках активной и выжидательной тактики.

12.3 Лабораторные исследования: нет.

12.4 Инструментальные исследования:

- КТГ – с целью мониторинга за состоянием внутриутробного плода.

12.5 Показания для консультации специалистов: нет.

12.6 Дифференциальный диагноз: нет.

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

14. Тактика ведение родов:

Первоначальная оценка состояния роженицы:

- выслушивание показаний роженицы, определение ее эмоциональных и психических потребностей и осмотр ее медицинской карты;
- физическое обследование роженицы (температура, пульс, артериальное давление, продолжительность, сила и частота схваток);
- определение высоты и стояния дна матки, положение плода в матке и предлежание плода;
- определение характера влагалищных выделений (кровянистые выделения, амниотическая жидкость);
- оценка боли, испытываемой роженицей, включая ее желание применить один из методов обезболивания. Помочь роженице справиться с болевыми

ощущениями – одна из основных задач медицинского персонала во время родов (приложение №1).

В дополнение к этому:

- ЧССП плода должна выслушиваться в течении одной минуты после схваток. Пульс матери должен ощупываться, чтобы не перепутать пульс матери и ЧССП;
- если у беременной есть подозрение на начало родов или установлен диагноз первый период родов, то следует предложить провести влагалищное исследование;
- медицинские работники, проводящие влагалищное исследование, должны получить согласие женщины на исследование, обеспечить конфиденциальность и комфорт;
- объяснить причину осмотра, и полученные данные;
- графическое ведение записи родов (партограмма) должно быть использовано, 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 матери и плода, а также маточных сокращений.

Рекомендации по определению затянувшегося первого периода родов:

Диагноз задержки установленной первой стадии родов необходимо принимать во внимание все аспекты прогресса в родах и должен включать в себя:

- раскрытие шейки матки менее чем на 2 см через 4 часа при первых родах;
- раскрытие шейки матки менее чем на 2 см через 4 часа/замедление в прогрессе при вторых/последующих родах;
- отсутствие/остановка продвижения головки плода;
- изменения силы, продолжительности и частоты схваток.

При задержке в установленном первом периоде следует учитывать следующее:

- количество родов в анамнезе;
- раскрытие шейки матки и частота изменения сокращения матки;
- положения и предлежания плода;
- эмоциональное состояние роженицы.

Необходимо оказать психоэмоциональную поддержку, гидратацию, обезболивание.

Роженицам с целым плодным пузырем, у которых подтверждается задержка на первом периоде родов, рекомендуется провести амниотомию. Через 2 часа повторить влагалищное исследование, и если открытие составляет меньше 1 см, ставится диагноз затянувшаяся активная фаза родов. Далее рекомендуется применение окситоцина (схема введения окситоцина в протоколе «Неудовлетворительный прогресс родов» и «Индукция родов»).

Роженице следует знать, что окситоцин увеличит частоту и интенсивность схваток, а его использование будет означать, что необходимо постоянно контролировать состояние ребенка. Перед началом применения окситоцина следует предложить эпидуральную анестезию (методика проведения эпидуральной анестезии описана в процедурных протоколах по анестезиологии).

Роженице рекомендуется провести влагалищное исследование через 4 часа после назначения окситоцина в родах. Если раскрытие шейки матки составило менее, чем 2 см после 4-х часов применения окситоцина, необходимо рассмотреть вопрос о родоразрешении путем операции кесарево сечение. Если раскрытие шейки матки составило 2 см или больше, влагалищное исследование рекомендуется проводить каждые 4 часа.

Непрерывную КТГ плода следует использовать, когда окситоцин применяется для стимуляции родов.

Показания для вызова врача:

- тахикардия плода выше 160 ударов в минуту и брадикардии ниже 110 ударов в минуту;
- излитие мекониальных околоплодных вод;
- изменение характера околоплодных вод – зеленые, геморрагические;
- отклонение от линии бдительности на партограмме в любую сторону;
- появление кровянистых выделений из половых путей;
- появление головных болей, головокружения, боли в эпигастрии, тошноты, рвоты, мелькании мушек перед глазами;
- повышение температуры тела выше 37,5°C, АД 140/90 мм рт. ст. и выше, пульс выше 90 ударов в минуту;

Второй период родов

Пассивная фаза второго периода родов:

- обнаружение полного раскрытия шейки матки до активных потуг.

Активная фаза второго периода родов:

- головка плода на тазовом дне;
- схватки потужного характера.

Рекомендации по наблюдению во втором периоде родов:

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

- ежечасное измерение артериального давления и пульса;
- измерение температуры каждые 4 часа;
- влагалищное исследование, предлагаемое ежечасно во время активного второго периода/по желанию женщины (после пальпации живота и оценки влагалищных выделений);
- документирование частоты схваток каждые полчаса;

- частота опорожнения мочевого пузыря;
- постоянное удовлетворение эмоциональных и физиологических потребностей женщины;

Дополнительно:

- промежуточная аускультация сердцебиения плода должна проводиться после каждой схватки в минимум течение одной минуты каждые 5 минут. Пульс матери должен прощупываться в случае подозрения на фетальную брадикардию/любые другие аномалии ЧССП для различения между двумя сердцебиениями.
- необходимо постоянно учитывать положение женщины, потребность в питье, копинг-стратегии и облегчение боли в течение второго периода.

Рекомендации по продолжительности и определению затянувшегося второго периода родов

Первородящие женщины:

- следует ожидать рождение ребенка в течение 3 часов с начала активной фазы второго периода родов у большинства женщин;
- задержка активной фазы второго периода родов диагностируется, когда она продолжается в течение более 2 часов.

Повторнородящие женщины:

- следует ожидать рождение ребенка в течение 2 часов с начала активной фазы второго периода родов у большинства женщин.
- задержка активной фазы второго периода родов диагностируется, когда она продолжается в течение более 1 часа.
- если наступило полное раскрытие шейки матки у женщины без эпидуральной анальгезии, и она не чувствует позыва к потугам, необходимо провести следующее обследование через 1 час.

Рекомендации по вмешательствам при затянувшемся втором периоде родов:

- при задержке во втором периоде родов, если роженица чрезмерно устала (особенно важны психоэмоциональная поддержка) рекомендуется обезболивание;
- назначение окситоцина проводится на фоне регионального обезболивания у первородящих женщин; (методика проведения эпидуральной анестезии описана в процедурных протоколах по анестезиологии)
- у первородящих женщин, при подозрении на затянувшийся второй период родов, рекомендуется амниотомия;
- после первичной оценки с задержкой во втором периоде родов, необходимо продолжать акушерский осмотр каждые 15–30 минут.

Помощь во втором периоде родов:

- рождение ребенка может происходить в любом положении, которая выбрала сама женщина (нежелательно - положение на спине);
- потуги регулируются самой роженицей;
- если потуги неэффективны могут применяться поддержка, изменение позы, опорожнение мочевого пузыря и поощрение;
- в потужном периоде необходимо проводить аускультацию сердцебиения плода в течение одной минуты – не реже, чем каждые 5 минут.
- материнский пульс должен прощупываться в случае подозрения на фетальную брадикардию/любые другие аномалии ЧССП для различения между двумя сердцебиениями;
- не рекомендуется массаж промежности во втором периоде родов;
- для оказания пособия в самопроизвольных родах могут применяться как прикладная методика (направление промежности и головы ребенка), так и методика «руки наготове» (руки не касаются промежности или головки ребенка, но держатся наготове).
- эпизиотомия должна проводиться, если существует клиническая необходимость, такая как оперативное вмешательство или подозрение на риск для плода;
- должна быть проведена эффективная инфильтративна анальгезия до выполнения эпизиотомии (р-р Лидокаина 1% - 10 мл или р-р прокаина 0,5% - 10 мл);
- после рождения головки, проверить, нет ли обвития пуповиной, при тугом обвитии пересечь пуповину между 2-мя зажимами, при нетуге – ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги.

Активное ведение 3-го периода:

- после рождения переднего плечика в/м вводят 10 ЕД окситоцина (или 5 ЕД окситоцина в/в) (для сокращения матки после рождения ребенка);

Рождение плаценты с помощью контролируемых тракций за пуповину:

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

отводить матку другой рукой (контракция) в направлении противоположном потягиванию за пуповину;

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

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

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

Массаж матки:

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

Контроль за тономусом матки проводится:

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

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

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

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

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

Показания к осмотру шейки матки:

- кровотечение;
- инструментальные роды;
- быстрые или стремительные роды.

Наблюдения акушерки за женщиной в третьем периоде родов должны включать:

- ее общее физическое состояние, судя по цвету кожи, дыханию и ее сообщению о самочувствии;
- вагинальная кровопотеря.

Кроме того, при кровотечении, задержке отделения плаценты/обмороке роженицы, необходимы частые наблюдения для оценки необходимости реанимации.

Длительный третий период:

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

Рекомендации по лечению при задержке отхождения плаценты:

- всегда должен быть внутривенный доступ у женщин с задержкой отхождения плаценты. Внутривенное вливание окситоцина должно применяться для помощи рождения плаценты.
- для женщин с задержкой отхождения плаценты возможно делать инъекцию окситоцина в пупочную вену с 20 МЕ окситоцина в 20 мл раствора натрия хлорида 0,9%, за которым следует проксимальное пережатие пуповины.
- если плацента не отделяется в течение 30 минут после инъекции окситоцина, или начинается кровотечение, женщине необходимо произвести ручное удаление плаценты, после предоставления информации.

Показания для вызова врача!

- при неэффективности активного ведения 3 периода родов, отсутствии признаков отделения и выделения последа в течение 30-40 минут;
- при отрыве пуповины;
- при дефекте последа;
- при кровотечении;
- разрывы мягких родовых путей, требующие ушивания.

14.1 Медикаменты используемые для ведения родов:

Утеротоники:

- окситоцин 10 ЕД после рождения переднего плечика в/м (или 5 ЕД в/в) для сокращения матки после рождения ребенка, 20 ЕД в пупочную вену на 20 мл 0,9% р-р натрия хлорида (при задержке отхождения плацента).

Антибактериальные препараты:

- 1% тетрациклиновая/эритромициновая мазь – профилактика конъюнктивита у новорожденных.

Гемостатические препараты:

- фитоменадион 1 мг.

14.2. Немедикаментозное лечение:

Немедикаментозное обезболивание

- уменьшение болевых ощущений может быть достигнуто применением: душ и ванна, музыка, проведение массажа, специальное дыхание в сочетании с релаксацией, партнерские роды, психологическая поддержка

Диета:

- разрешается пить во время родов;
- разрешается принимать легкую пищу во время родов за исключением факторов риска, способные повлечь за собой необходимость общей анестезии

14.3. Другие виды лечения: нет

14.4. Хирургическое вмешательство:

- ушивание разрывов мягких родовых путей (восстановление промежности).

14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

- ушивание разрывов мягких родовых путей (восстановление промежности).

Показание:

- травма промежности, вызванная либо разрывом, либо рассечением промежности.

Первая степень:

- повреждение только кожи промежности;

Вторая степень:

- повреждение промежности, включая мышцы промежности, интактный анальный сфинктер;

Третья степень:

- повреждение промежности с вовлечением анального сфинктера:
 - °3a - Разрыв менее 50% наружного анального сфинктера;
 - °3b - Разрыв более 50% наружного анального сфинктера;
 - °3c - Разрыв как наружного, так и внутреннего анального сфинктера.

Четвёртая степень:

- повреждение промежности с повреждением комплекса анального сфинктера (наружного и внутреннего сфинктера) и эпителия.

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

14.6. Дальнейшее ведение:

- первый патронаж родильницы проводится в первые 3 суток после выписки из роддома [5].

15. Индикаторы эффективности лечения

- удовлетворительное состояние родильницы и новорожденного.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16.Список разработчиков клинического протокола:

- 1) Ан Зоя Николаевна – АО «Национальный научный центр материнства и детства» заведующая 1 акушерским отделением.
- 2) Ли Сергей Юрьевич - врач акушер-гинеколог, АО «Национальный научный центр материнства и детства»
- 3) Сакиева Ханшайым Жарасовна – доктор медицинских наук, профессор РГП на ПХВ «Западно-казахстанский государственный медицинский университет имени М. Оспанова»
- 4) Патсаев Талгат Анапиевич – доктор медицинских наук «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», заведующий операционным блоком
- 5) Бапаева Гаури Биллахановна – руководитель отдела науки, АО «Национальный научный центр материнства и детства»
- 6) Искаков Серик Саятович - факультет усовершенствования врачей, Медицинский университет «Астана»
- 7) Шиканова Светлана Юрьевна - кандидат медицинских наук РГП на ПХВ «Западно-казахстанский государственный медицинский университет имени М. Оспанова», руководитель кафедры акушерства и гинекологии №1
- 8) Гурцкая Гульнар Марсовна - кандидат медицинских наук АО "Медицинский университет Астана" доцент кафедры общей фармакологии, врач клинический фармаколог

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет;

18. Рецензенты: Ахмедьянова Гайныл Угубаевна кандидат медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии АО «Медицинский университет Астана»

19. Указание условий пересмотра протокола: Пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

- 1) ClinicClinical Guideline September 2007 Funded to produce guidelines for the NHS by NICE Intrapartum care care of healthy women and their babies during childbirth.

2) Health Care Guideline and order Set Management of Labor Институт
Усовершенствования Клинических Систем Четвертое издание 2011.

Немедикаментозное обезболивание

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

Ингаляционное обезболивание

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

Регионарное обезболивание

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

Информация об эпидуральной анальгезии должна включать следующие пункты:

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

- Рекомендуется проведение непрерывной кардиотокограммы в течение минимум 30 минут во время введения регионарной анальгезии и после введения каждого последующего болюса 10 мл и более.

Основные рекомендации по уходу и поддержке в родах.

На протяжении всего периода родов медицинские работники должны оказывать полноценную эмоциональную, психологическую и физическую помощь женщине и ее семье или помощникам.

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

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

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

Обстановка индивидуальной родовой палаты должна быть приближенной к домашней.

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

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

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

- использования окситоцина для усиления родовой деятельности
- по просьбе роженицы.

Первичный уход за новорожденным:

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

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

При появлении признаков готовности предоставить новорожденному возможность самостоятельно начать грудное вскармливание.

Первое консультирование по грудному вскармливанию проводит акушерка.

Измерять температуру тела ребенка электронным термометром через 30 минут и к концу 2-го часа от момента родов (норма 36.5 – 37.5);

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

Использовать домашнюю одежду для новорожденного.

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

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

Для профилактики геморрагической болезни новорожденного ввести фитоменадион в/м 1 мг однократно (возможно пероральное применение препарата согласно инструкции).

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

Нормальные роды и рождение ребенка

Уход в родах

Спросите беременную о ее пожеланиях и ожиданиях в родах

Не вмешивайтесь, если роды протекают естественно

Проинформируйте пациентку, что первые роды длятся в среднем 8 часов, а вторые в среднем 5 часов.

Обеспечьте заместительную индивидуальную терапию

Не оставляйте женщину одну

Поощряйте присутствие партнера (-ов) в родах

Помогайте женщине передвигаться и принимать удобные положения

Регулярно проводите меры гигиены

Влагалищное исследование

Перед проведение можно использовать проточную воду для омывания наружных половых органов

Убедитесь, что исследование действительно необходимо

Спросите разрешение у пациентки, обеспечьте конфиденциальность исследования.

Объясните причину исследования

Доступно объясните полученные данные

Первичный осмотр

Выслушайте женщину.

Узнать о характере выделений из половых путей и качестве схваток

Изучите медицинскую документацию

Измерьте температуру тела, пульс, АД.

Определите характер схваток, частоту сердечных сокращений плода (ЧССП)

Пропальпируйте живот

Предложите влагалищное исследование

Женщины, не вступившие в роды

Если результаты первичного осмотра удовлетворительны, предложите женщине персональную поддержку, остаться/вернуться домой

Первый период родов

После начала родов используйте партограмму с началом первого периода родов (Латентная первая фаза родов – период времени, не обязательно непрерывный, когда схватки болезненные, наблюдаются некоторые изменения шейки матки, включая ее сглаживание и раскрытие до 4 см. **Первый период родов** - схватки регулярные и болезненные, наблюдается постепенное раскрытие шейки матки от 4 см.)

Проверять ЧССП каждые 30 минут после схватки

Каждые 30 мин: фиксировать частоту схваток

Каждый час: проверять пульс

Каждые 4 часа: проверять АД, температуру и предлагать влагалищное исследование

Регулярно: проверять частоту опорожнения мочевого пузыря

Учитывать эмоциональные и психологические потребности женщины

Показания для интенсивного наблюдения.

Показания для кардиотокографии (КТГ) у женщин с низким фактором риска, например, интенсивно мекониальные околоплодные воды, патологическое ЧССП, гипертермия матери, начавшееся кровотечение;

↑ диастолическое АД (выше 90 мм.рт.ст.) или

↑ систолическое АД (свыше 140 мм.рт.ст.) дважды, с интервалом 30 мин

Сомнение в наличии сердцебиения плода

Подозрение на замедление родовой деятельности

Нерожавшая: раскрытие < 2 см за 4 часа

Рожавшая: раскрытие < 2 см за 4 часа или замедление процесса

Второй период родов

Каждые 5 мин., после схватки:
проверять ЧССП

Каждые 30 мин.: фиксировать частоту схваток

Каждый час: проверять АД, пульс, предлагать

влагалищное исследование

Каждые 4 часа:
проверять температуру

Регулярно: проверять частоту опорожнения

мочевого пузыря

Следить за продвижением головки по родовым
путям

Если у женщины полное открытие, но нет

позывов к потугам, осмотреть через 1 час

Убедите женщину не лежать на спине/в

полунаклоне

Следить за положением женщины, восполнением
потери жидкости и необходимости в

обезболивании. Обеспечьте помощь и поддержку

Показания для интенсивного
наблюдения.

Показания для КТГ у женщин с низким
фактором риска, например, окрашенные
меконием вод, патологическая ЧССП,
гипертермия матери, открывшееся

кровотечение, применение окситоцина.

Первородящая: назначить окситоцин, с

предложением регионарной аналгезии, если

схватки в начале второго периода

патологические

Задержка

Нерожавшая: активная фаза второго периода
составляет 2 часа

Рожавшая: активная фаза второго периода
составляет 1 час

Эпизиотомию проводить только при
клинической необходимости:

- Инструментальные роды
- Угрожающее состояние плода

Не предлагать после наличия в
анамнезе травмы третьей или
четвертой степени

Использовать срединно-боковую
технику (под углом в пределах 45°
и 60° справа, начиная от стенки
влагалища)

Используйте аналгезию

Рождение ребенка

Третий период родов

Наблюдать за состоянием роженицы.
Наблюдение за выделениями из половых путей.

Активное ведение: окситоцин (10 МЕ в/м) после рождения переднего плечика плода, пережатие пуповины к концу первой минуты, контролируемые тракция за пуповину.

Физиологическое ведение: по запросу женщины с низким фактором риска. Не вводить окситоцин, не применять раннее пережатие пуповины; рождение под усилием матери. Не натягивать пуповину или пальпировать матку

Возможные осложнения

Задержка отделения плаценты
Активное ведение: > 30 мин
Физиологическое ведение: > 1 час

Уход после рождения

За родильницей: наблюдение за общим физическим состоянием, цветом кожных покровов, дыханием, самочувствием; измерение температуры тела, пульса, АД, тонусом матки, лохиями, опорожнением мочевого пузыря. Обследовать пуповину, плаценту и плодные оболочки. Дать оценку эмоционального/психологического состояния матери. Ребенок: дать оценку по шкале Апгар в течение 1-й и 5-й минут; Сохранять тепло

Обеспечить телесный контакт между женщиной и ребенком как можно быстрее, измерять температуру новорожденного через 30 мин и 2 часа.

Не отделять женщину и ребенка в течении 2-х часов

Предложить кормление грудью при появлении признаков готовности.

После 2-го часа записать антропометрические данные.

Возможные осложнения

Подозрение на послеродовое кровотечение:
принять экстренные меры.
Отсутствие дыхания у новорожденного:
см алгоритм реанимации новорожденного.
Начинать с вентилиации.

Осмотр промежности

Проводить оценку любой травмы, включая обследование прямой кишки. Объяснить женщине принцип обследования и удостоверится в эффективности анальгезии. Зафиксировать полученные результаты.

При необходимости - литотомическое положение.

Разрыв первой степени: наложить швы до полного сопоставления краев раны.

Разрыв второй степени: наложить швы на стенку влагалища и мышечные ткани. Наложить швы до полного сопоставления краев раны.

При наложении швов на стенку влагалища и мышечную ткань использовать безузловую непрерывную технику

При наложении швов на кожу использовать технику подкожного наложения шва

После восстановления целостности промежности предложить препараты НПВП

Возможные осложнения

При наличии травмы исключить разрыв третьей или четвертой степени

Обезболивание

Поддержка женщин

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

Комплекс мер по обезболиванию

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

Ингаляционная аналгезия

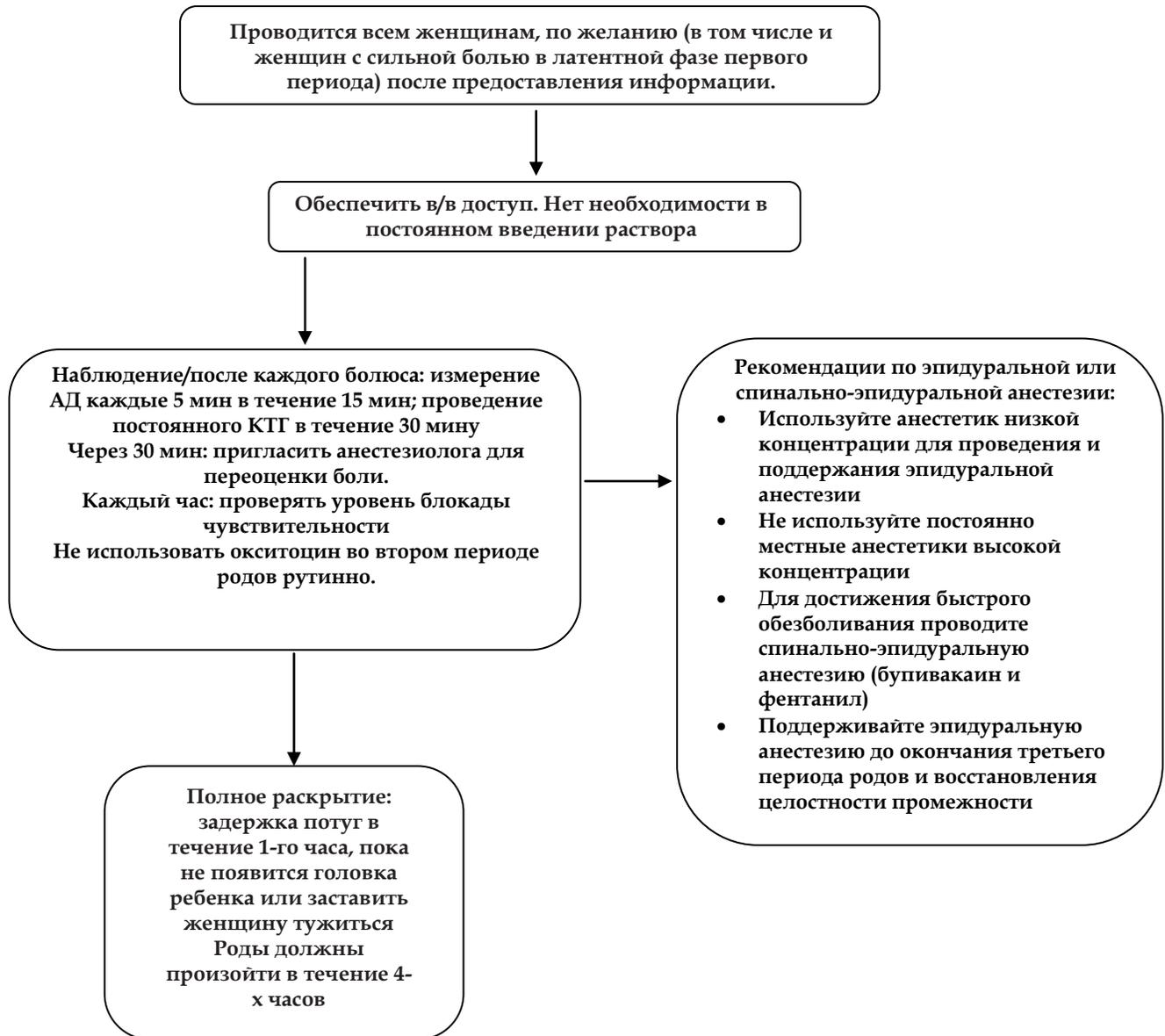
- Обеспечить доступ для смеси кислорода и закиси азота.
 - Объясните, что:
 - Они обеспечивают временное обезболивание
 - Закись азота может вызвать у женщин тошноту и головокружение

Перед выбором эпидуральной анестезии

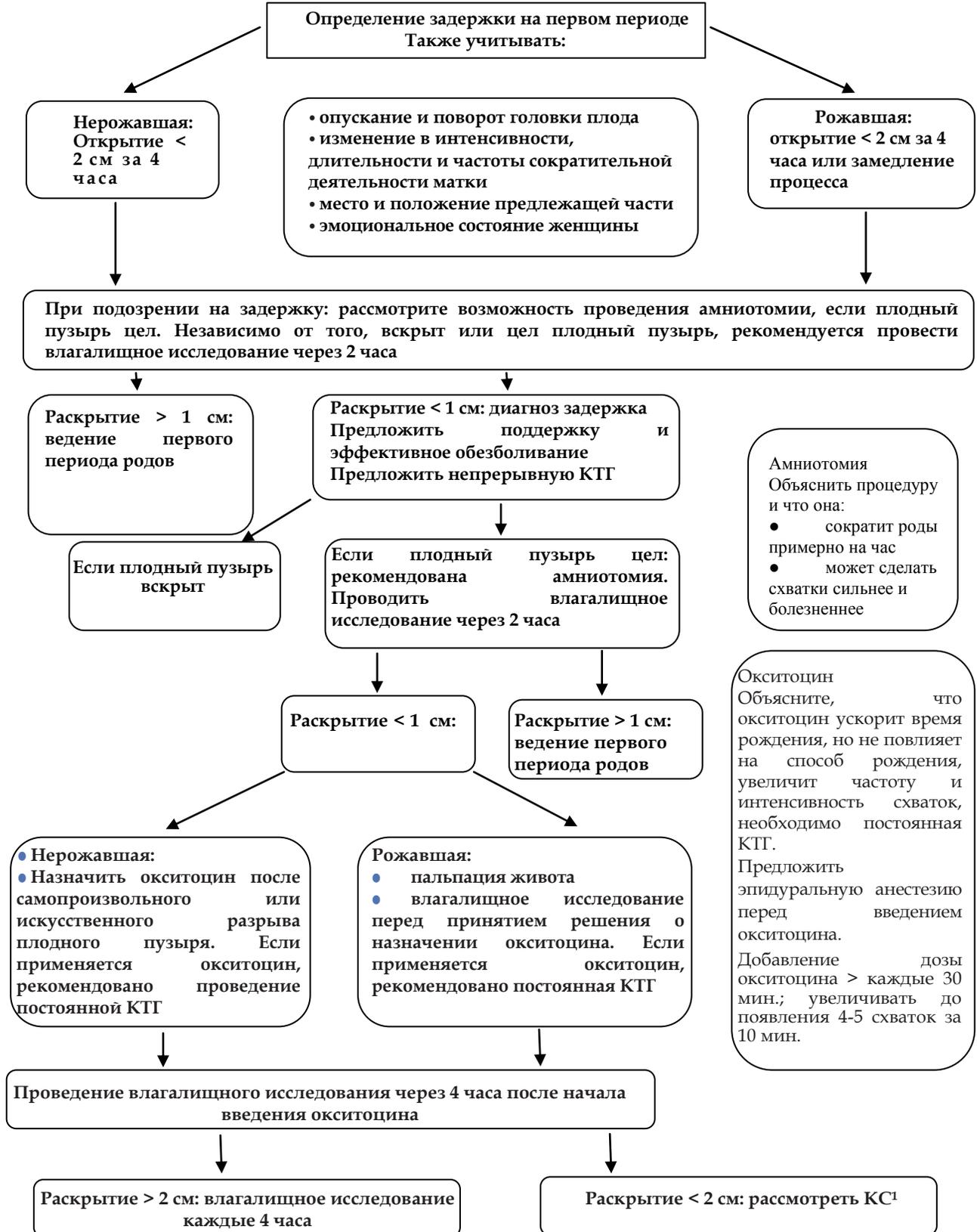
- Сообщите женщине, что эпидуральная анестезия:
 - Проводится только в родильных отделениях
 - Обеспечивает наиболее эффективное обезболивание, чем опиоиды
 - Увеличивает длительность второго периода родов и повышает вероятность влагалищных инструментальных родов
 - Не приводит к длительным болям в пояснице
 - Не приводит к увеличению длительности первого периода родов и не повышает вероятность кесарева сечения
 - Введение опиоидов в большом объеме может вызвать проблемы с дыхательной системой у ребенка и вызвать у него сонливость.

Регионарная анестезия

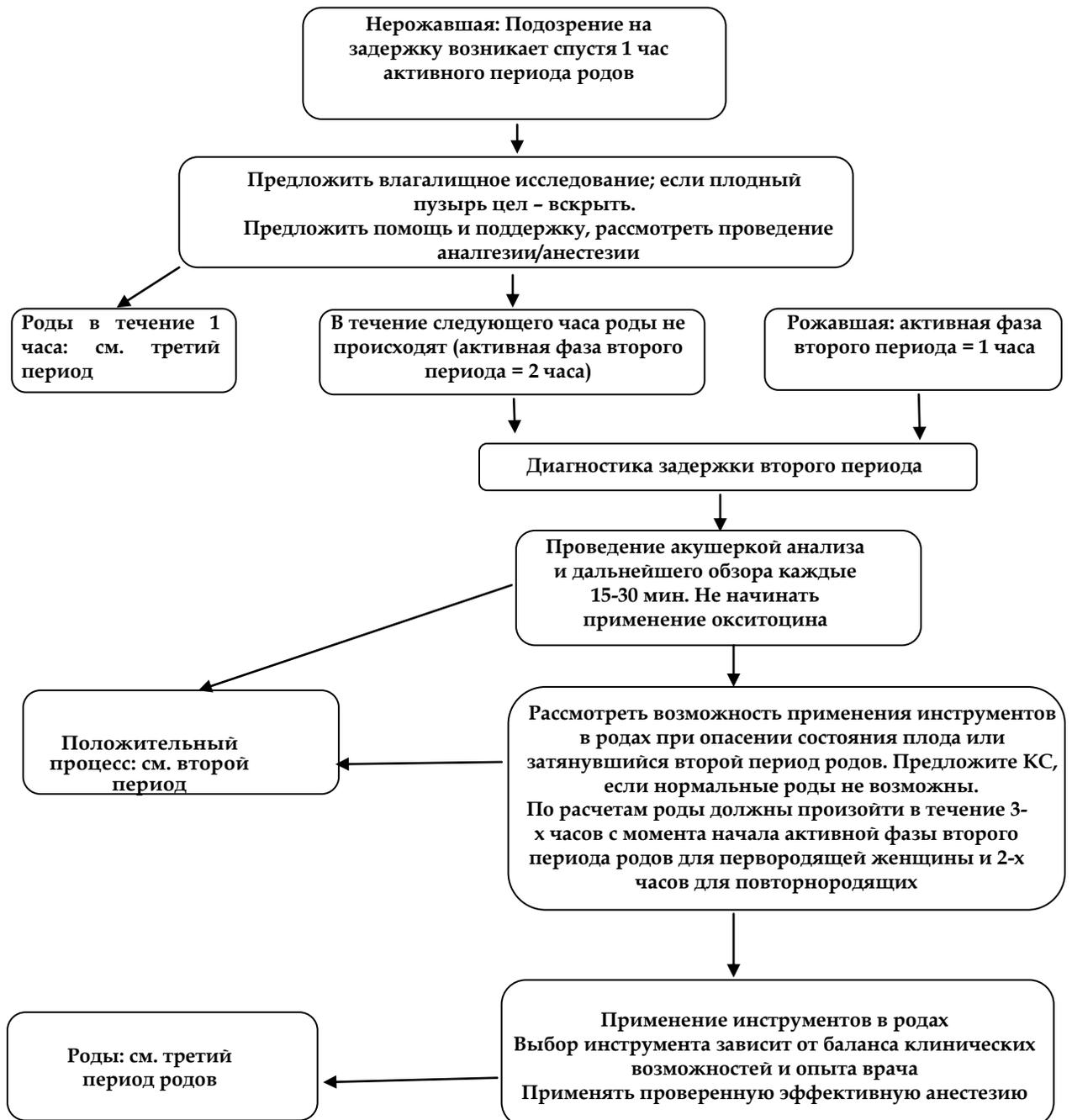
(Регионарная анестезия проводится только в родильных отделениях, анестезиологом)



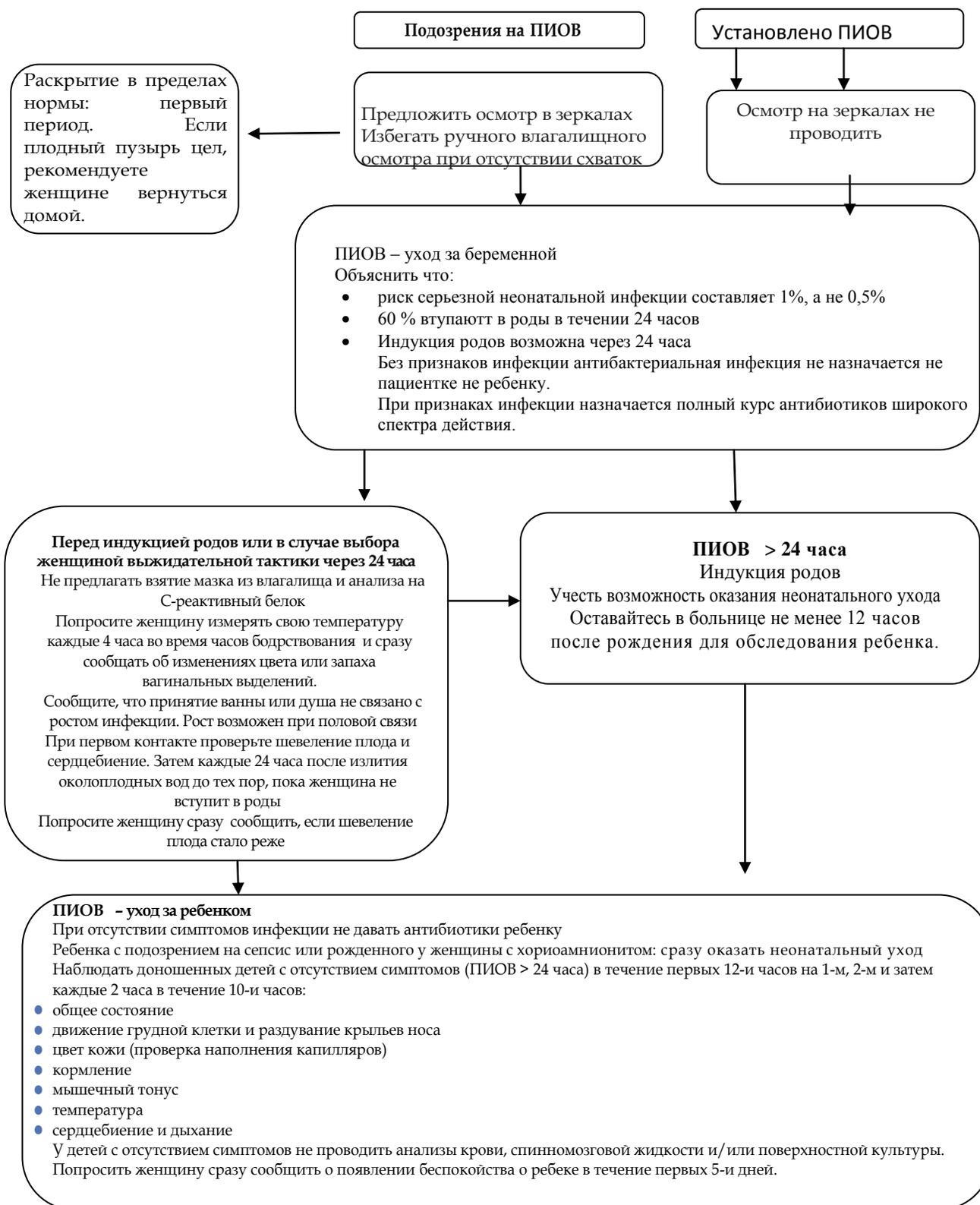
Осложнения Задержка на первом периоде родов.



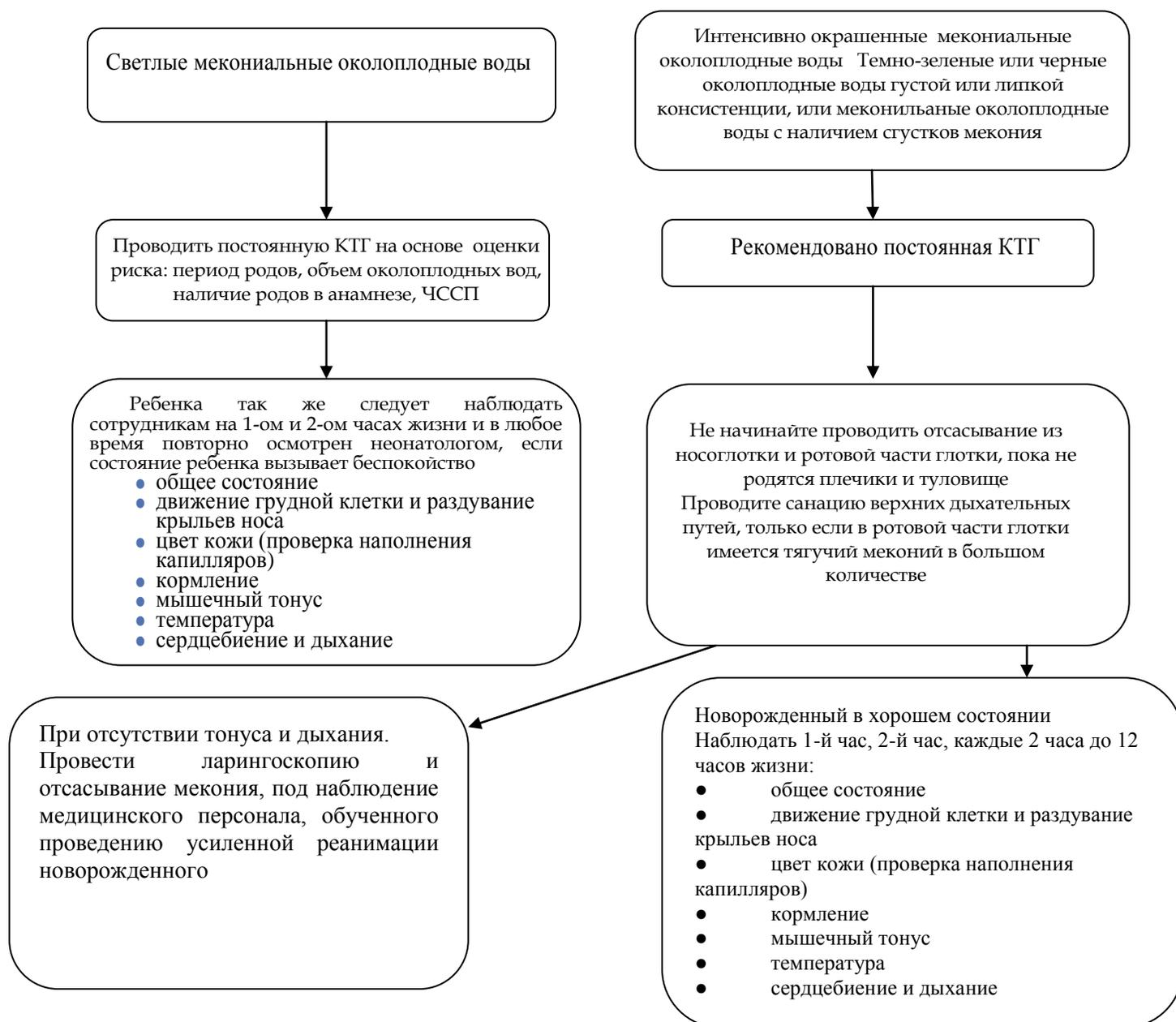
Задержка второго периода родов.



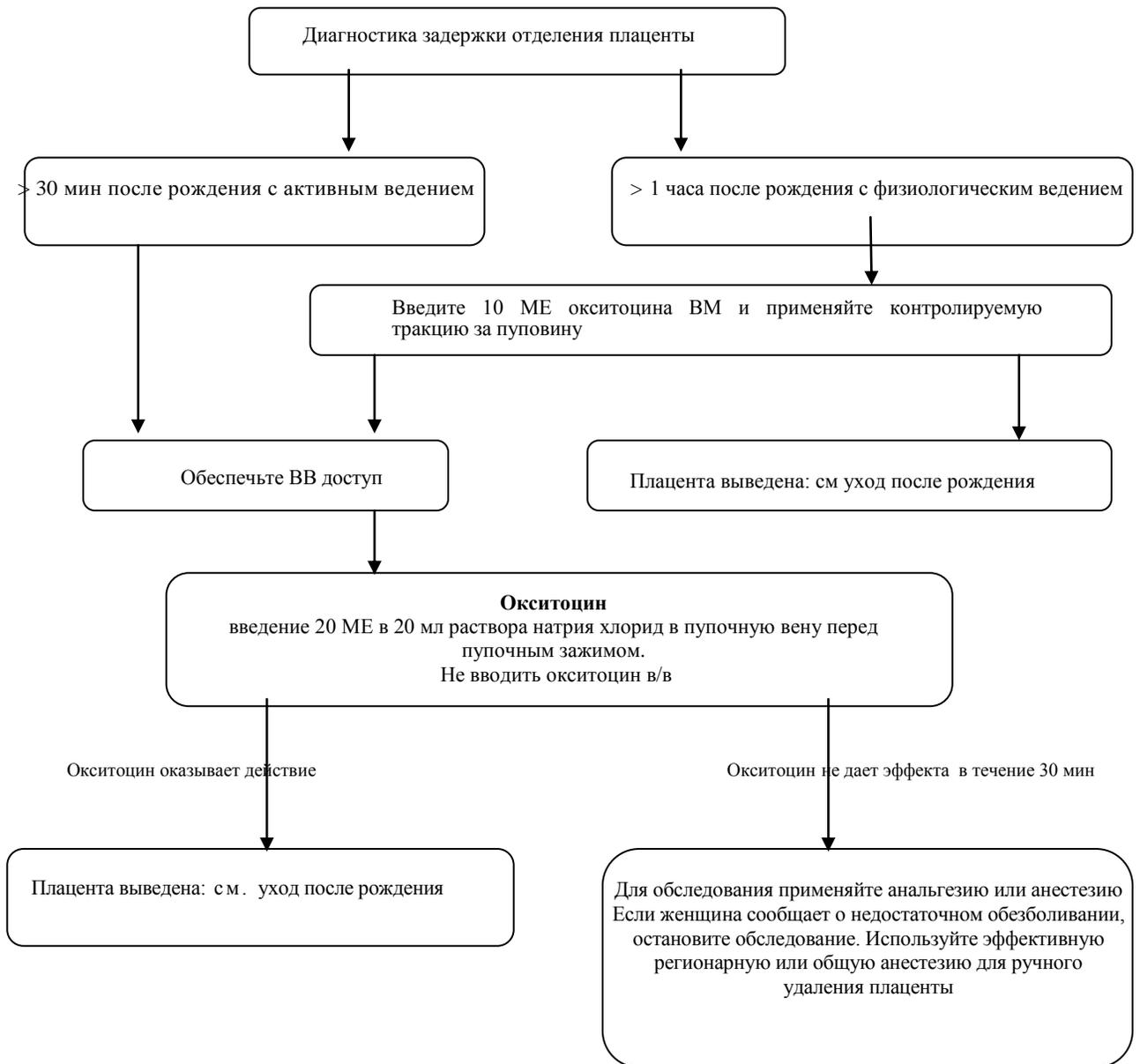
Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ)



Мекониальные околоплодные воды.



Задержка отделения плаценты.



Клиническое управление нормального, нетипичного и ненормального результата электронного мониторинга плод (во время родов)

