



ПРОЕКТ ПО  
УЛУЧШЕНИЮ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ



# ПАКЕТ ГОТОВЫХ РЕШЕНИЙ

по реализации программы

---

## Оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы

---

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам»

**Апрель 2011**

Данная работа выполнена при финансовой поддержке американского народа через Агентство США по международному развитию (USAID) посредством Проекта USAID по улучшению здравоохранения (НСИ). Проект НСИ реализуется Университетской исследовательской компанией (URC) в рамках контракта GHN-I-01-07-00003-00.

## Рабочая группа по данному пакету готовых решений:

- **Раскуратов Юрий Васильевич**, автор пособия, д.м.н., профессор, заслуженный врач России, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Тверской Государственной Медицинской Академии
- **Быковская Лариса Николаевна**, соавтор пособия, к.м.н., врач акушер-гинеколог, заведующий приемного отделения ФГУ «Ивановского НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития
- **Герасимова Валерия Петровна**, врач акушер-гинеколог, заведующий акушерским отделением ЦРБ г. Торжок, Тверская область
- **Панова Ирина Александровна**, заведующая отделом акушерства и гинекологии, ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова», Минздравсоцразвития
- **Суровцев Андрей Николаевич**, врач акушер-гинеколог, Клиническая больница No. 2, г. Ярославль
- **Антанович Галина Михайловна**, Зам. Главного врача по медицинской части, Нерехтская ЦРБ, Костромская область
- **Шаранов Павел Александрович**, Зав. родовым отделением, Шарьинская ЦРБ, Костромская область
- **Жолобов Юрий Николаевич**, Зав. акушерским отделением, Тутаевская ЦРБ, Ярославская область
- **Полянина Марина Владимировна**, и.о. зав. акушерским отделением, Галичская Городская больница, Костромская область
- **Капралова Людмила Викторовна**, Мичуринская городская больница No. 2, Тамбовская область
- **Меньшова Лариса Лучьевна**, Уваровская ЦРБ, Тамбовская область
- **Жукова Елена Владимировна**, Зав. Акушерским стационаром, Моршанская ЦРБ, Тамбовская область
- **Симмонс Николь (Simmons Nicole), MHS**, директор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам», URC
- **Яковченко Надежда Андреевна**, врач-организатор здравоохранения, координатор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам», URC-РФ

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	<b>Предисловие</b> 1.1. О Проекте «Улучшение помощи мамам и малышам» 1.2. Методология реализации проекта 1.3. Участники	<b>5</b>
2.	<b>Предназначение данного пакета готовых решений</b> 2.1. Цель 2.2. Задачи 2.3. Индикаторы 2.4. Ожидаемые результаты внедрения	<b>8</b>
3.	<b>О проблеме</b>	<b>12</b>
4.	<b>Клинические аспекты</b> 4.1. Определения 4.2. Партограмма с инструкцией по заполнению 4.3. Нозология по шифрам МКБ-10 4.4. Аномалии (нарушения) родовой деятельности 4.4.1. Группы риска по аномалиям родовой деятельности (АРД) 4.4.2. Профилактика аномалий родовой деятельности 4.4.3. Диагностика и коррекция сократительной функции матки при АРД 4.4.4. Преждевременный разрыв плодных оболочек при доношенной беременности 4.4.5. Слабость родовой деятельности 4.4.6. Дистоция плечиков и способы её преодоления. 4.4.7. Оказание помощи при тазовых предлежаниях 4.4.8. Гипертонические сокращения матки (дискоординированная родовая деятельность) 4.4.9. Стремительные роды (Чрезмерная родовая деятельность) 4.4.10. Особенности ведения второго периода родов у рожениц с АРД 4.5. Схемы, Алгоритмы и Таблицы	<b>14</b> 14 16 25 27 27 27 29 31 32 35 37 37 38 39 41
5.	<b>Система оптимизации тактики ведения родов с использованием партограммы</b> 5.1. Принятие ЛПУ политики заполнения партограммы и ведения родов по ПГР 5.2. Внедрение использования партограммы и системы документации, с ней связанной 5.3. Внедрение алгоритмов ведения затрудненных родов 5.4. Аудит	<b>48</b> 48 48 50 51
6.	<b>Индикаторы. Мониторинг внедрения предложенной технологии и оценка результатов</b> 6.1. Перечень проектных индикаторов 6.2. Форма журнала/аудита	<b>53</b> 53 55
7.	<b>Необходимые ресурсы</b> 7.1. Персонал 7.2. Оборудование 7.3. Материалы 7.4. Обучение персонала	<b>58</b>
8.	<b>План внедрения ПГР</b>	<b>60</b>
9.	<b>Список приложений</b> Приложенные материалы которые находятся на компакт-диске Проект приказа	<b>65</b> 65 66
10.	<b>Литература и материалы</b>	<b>67</b>

## Список схем и таблиц

<b>Схема №</b>	<b>Название</b>	<b>Страница</b>
<b>1</b>	Последовательность действий по улучшению	<b>6</b>
<b>2</b>	Общая иерархия цели, задач и индикаторов	<b>7</b>
<b>3</b>	Иерархия цели, задач и индикаторов для данного ПГР	<b>9</b>
<b>4</b>	Результаты внедрения ПГР: Процент новорожденных с гипоксией и асфиксией при родах, 8 ЛПУ	<b>10</b>
<b>5</b>	Клиническая больница № 2 г.Ярославля: Процент родов со слабостью родовой деятельности	<b>11</b>
<b>6</b>	Партограмма	<b>18-19</b>
<b>7</b>	Продвижение головки плода	<b>22</b>
<b>8</b>	Алгоритм ведения рожениц со слабостью родовой деятельности	<b>40</b>
<b>9</b>	Алгоритм оказания помощи роженицам с дискоординированной родовой деятельностью	<b>42</b>
<b>10</b>	Алгоритм лечебно - профилактических мероприятий при чрезмерной родовой деятельности	<b>44</b>
<b>Таблица №</b>	<b>Название</b>	<b>Страница</b>
<b>1</b>	Шкала степени зрелости шейки матки (Е.Н.Bishop)	<b>46</b>
<b>2</b>	Зрелость шейки матки (по Г.Г.Хечинашвили)	<b>47</b>
<b>3</b>	Перечень рекомендуемых медикаментов для регуляции родовой деятельности	<b>58</b>

## ПРЕДИСЛОВИЕ

### 1.1. О Проекте «Улучшение помощи мамам и малышам»

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам» нацелен на улучшение услуг в сфере охраны репродуктивного здоровья и перинатологии, начиная с вопросов планирования семьи, ведения здоровой и желанной беременности, завершая рождением и выхаживанием здорового малыша. «Улучшение помощи мамам и малышам» - одна из инициатив Агентства США по международному развитию (USAID), реализуемая в Российской Федерации, одобренная Министерством здравоохранения и социального развития РФ. В основе проектной деятельности лежит сотрудничество в улучшении систем здравоохранения, которое содействует Приоритетному национальному проекту «Здоровье» в улучшении демографической ситуации в РФ и снижении показателей материнской и младенческой смертности.

В своей основе проект ориентирован на разработку организационных решений для совершенствования процесса оказания помощи подросткам, женщинам репродуктивного возраста, беременным, роженицам, родильницам, новорожденным и детям первого года жизни, путем технического содействия при внедрении одобренных и утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации нормативных документов (приказы, протоколы, распоряжения, рекомендации, стандарты).

Проект работает по нескольким клиническим направлениям: улучшение репродуктивного здоровья, особенно среди подростков, профилактика и ведение затрудненных родов, внедрение основных компонентов неонатального ухода и исключительно грудного вскармливания. В его деятельность вовлечено 23 лечебно-профилактических учреждений Тамбовской, Ярославской, Костромской областей.

Участниками Проекта являются руководители здравоохранения, ведущие специалисты территорий в области перинатологии и педиатрии, руководители родовспомогательных и педиатрических учреждений, а также врачи и медицинские сестры этих учреждений, работники учреждений социальной защиты.

В рамках Проекта проводятся такие мероприятия, как обучающие сессии, конференции, тренинги, ознакомительные поездки по обмену опытом и ежемесячные телеконференции с ведущими экспертами федерального уровня. С мая 2009 по сентябрь 2010 года специалисты участвующих регионов приняли участие в трех обучающих сессиях. В ходе сессий проводятся тренинги для членов проектных команд по методологии улучшения, обсуждаются клинические и организационные вопросы, все команды делают презентации, делясь знаниями, приобретенными в ходе достижения определенных улучшений, и результатами деятельности.

### 1.2. Методология реализации проекта.

Основой проектной деятельности является подход, основанный на улучшении помощи через сотрудничество, определенным образом организованного взаимодействия всех участников, базирующийся на применении методологии улучшения.

Основными принципами методологии улучшения являются: системный подход, ориентация на потребителей услуг внутри улучшаемой системы, вовлечение в процесс улучшения всех ключевых специалистов и формирование из них команды для решения определенных задач по улучшению, строгая научность всех преобразований в системе, т.е. использование только научно-обоснованных клинических решений, тщательное измерение и систематический анализ результатов всех инноваций, производимых командами.

подход может быть использован как в одном конкретном лечебном учреждении или его подразделении, так и иметь масштабный характер, затрагивающий не только одну административную территорию. Увеличение количества участвующих в улучшениях учреждений требует особой организации процесса взаимодействия всех команд, который поможет сэкономить время и ресурсы для достижения желаемых результатов. При этом различные команды тестируют различные изменения, а организованный процесс взаимодействия позволяет им своевременно обмениваться информацией и планировать следующие шаги.

На схеме №1 представлена последовательность действий по улучшению. Как правило, выбор проблемы (1) осуществляется путем анализа результатов деятельности различных

учреждений, если эти результаты не удовлетворяют все заинтересованные стороны. Затем, уже сформированной командой, проводится детальный анализ (2) этой проблемы, включая изучение процессов (флоучарт<sup>1</sup>), в которых имеется данная проблема, анализ причинно-следственных связей в системе (диаграмма Ишикавы<sup>2</sup>), сбор и анализ детальных данных, всесторонне характеризующих эту проблему с одной стороны, а с другой стороны позволяющих впоследствии (после внесенных изменений) утверждать, что действительно произошло улучшение помощи. На этапе разработки действий (3) формулируются конкретные задачи для деятельности команды, каждая из которой по мере выполнения (испытания) тщательно измеряется. Цикл ПИАВ (Планирование – Испытание – Анализ - Внедрение) или цикл Шухарта<sup>3</sup>. Каждая из запланированных задач (см. схему №2) решается последовательно, при этом совершается целый ряд изменений, каждое из которых измеряется отдельным микроиндикатором. По мере накопления данных оценивается степень достижения желаемого результата и решается вопрос о масштабном внедрении протестированных подходов.

#### Схема №1 Последовательность действий по улучшению

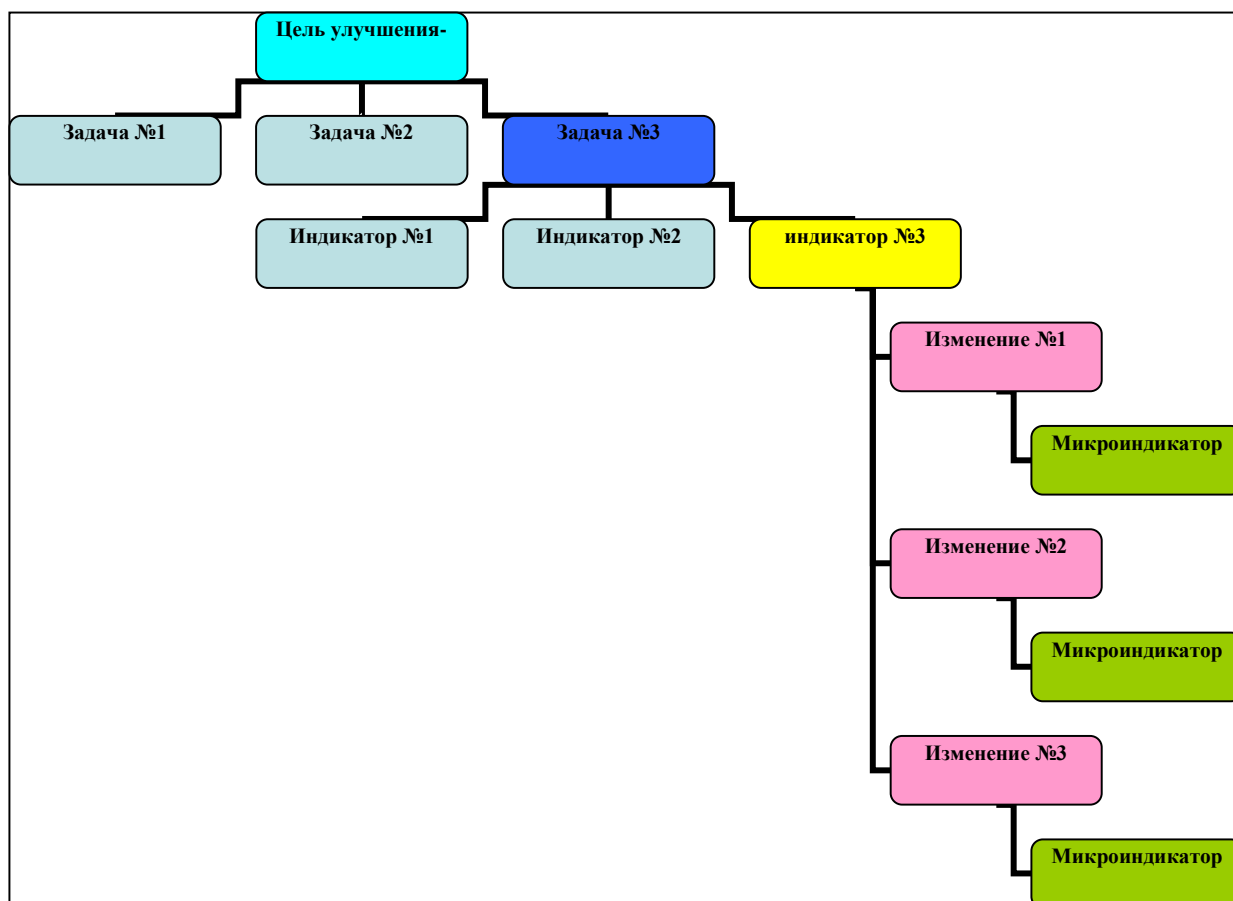


<sup>1</sup> Флоучарт, или динамическая диаграмма, позволяет детально и схематично, с использованием определенных символов, описывать процесс и систему оказания помощи, визуализировать место и значимость всех составляющих выбранной проблемы.

<sup>2</sup> Диаграмма Ишикавы (по имени автора, ее предложившего – Каору Ишикава - Kaoru Ishikawa, одного из основоположников теории управления качеством)

<sup>3</sup> Цикл назван по имени Уолтера Анджю Шухарта (W. Shewhart) – основоположника теории улучшения, известен еще как цикл Шухарта – Деминга.

## Схема №2. Общая иерархия цели, задач и индикаторов



### 1.3. Участники (органы управления, учреждения, специалисты, население, сообщества)

Проект выполняется в тесном партнерстве между:

- Представительством Университетской исследовательской компании (URC) (<http://www.urchs.com/>),
- Центральным НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ), ответственным за разработку и распространение методологии улучшения качества (УК) в области здравоохранения (<http://www.mednet.ru/>),
- ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» - ведущим российским институтом (<http://www.ncagip.ru/>),
- Ивановским НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова - институтом, курирующим субъекты ЦФО (<http://www.niimid.ru/index.aspx>),
- и при непосредственном участии команды акушеров-гинекологов и неонатологов Тверской области, имеющих личный опыт внедрения улучшений и распространения лучших подходов в другие регионы.

В результате работы областных команд до 20 сентября 2010 года были получены клинически важные и статистически достоверные результаты в основных клинических областях: сохранении репродуктивного здоровья подростков, профилактики гипотермии у новорожденных и внедрении исключительно грудного вскармливания, ведения затрудненных родов с использованием партограммы.

## 2. ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ПАКЕТА ГОТОВЫХ РЕШЕНИЙ (ПГР)

Пакет готовых решений, который Вы держите в руках по своей структуре и содержанию существенно отличается от традиционных руководств, методических указаний, справочников и инструкций, привычных для специалистов в области организации здравоохранения и клинической медицины. Объединяется практический опыт нескольких регионов (Кострома, Тамбов, Ярославль), участвующих в Проекте, по вопросам оптимизации родовой деятельности под контролем партограммы для снижения материнских и перинатальных осложнений.

Проблематика правильной тактики ведения родов и роль партограммы в этом описаны в 3<sup>ей</sup> главе ПГР. Четвертая глава документа самая значительная; в ней представлена партограмма, инструкции для ее заполнения, описаны и отражены в диаграммах алгоритмы ведения родов в разных ситуациях, выявлению которых способствует партограмма. В конце этой главы в таблицах представлена полезная информация, в том числе медикаменты для регуляции родовой деятельности, которые требуются в родзале. В пятой главе перечисляются организационные и методологические действия, необходимые для успешного внедрения рекомендованного метода ведения родов с использованием методологии улучшения качества здравоохранения. Необходимые ресурсы для внедрения этих рекомендованных действий кратко описаны в 7<sup>ой</sup> главе, и конкретный план внедрения изменений по срокам - в 8<sup>ой</sup> главе. Много полезных материалов, инструментов и примеров документов находятся на диске приложений, включая презентации с описанием особых путей к реализации цели опытными ЛПУ.

Ценность предлагаемых организационно-методических решений заключается в том, что они были разработаны, апробированы, скорректированы на основе практики и внедрены вашими коллегами параллельно в нескольких районах, областях и ЛПУ разного уровня в разных регионах. Их применение продемонстрировало высокую эффективность, подтверждающуюся тщательными измерениями.

### 2.1. Цель

Использование ПГР должно помочь коллективам специалистов и организаторам здравоохранения в ЛПУ оптимизировать родовую деятельность под контролем партограммы для снижения осложнений со стороны матери и новорожденного.

### 2.2. Задачи

Конкретным путем достижения цели является решение следующих задач, которые описаны подробно в 5<sup>ой</sup> главе:

- (1) Принятие ЛПУ политики заполнения партограммы и ведения родов по ПГР
- (2) Внедрение использования партограммы и системы документации, с ней связанной
- (3) Внедрение алгоритмов ведения затрудненных родов
- (4) Аудит

### 2.3. Индикаторы

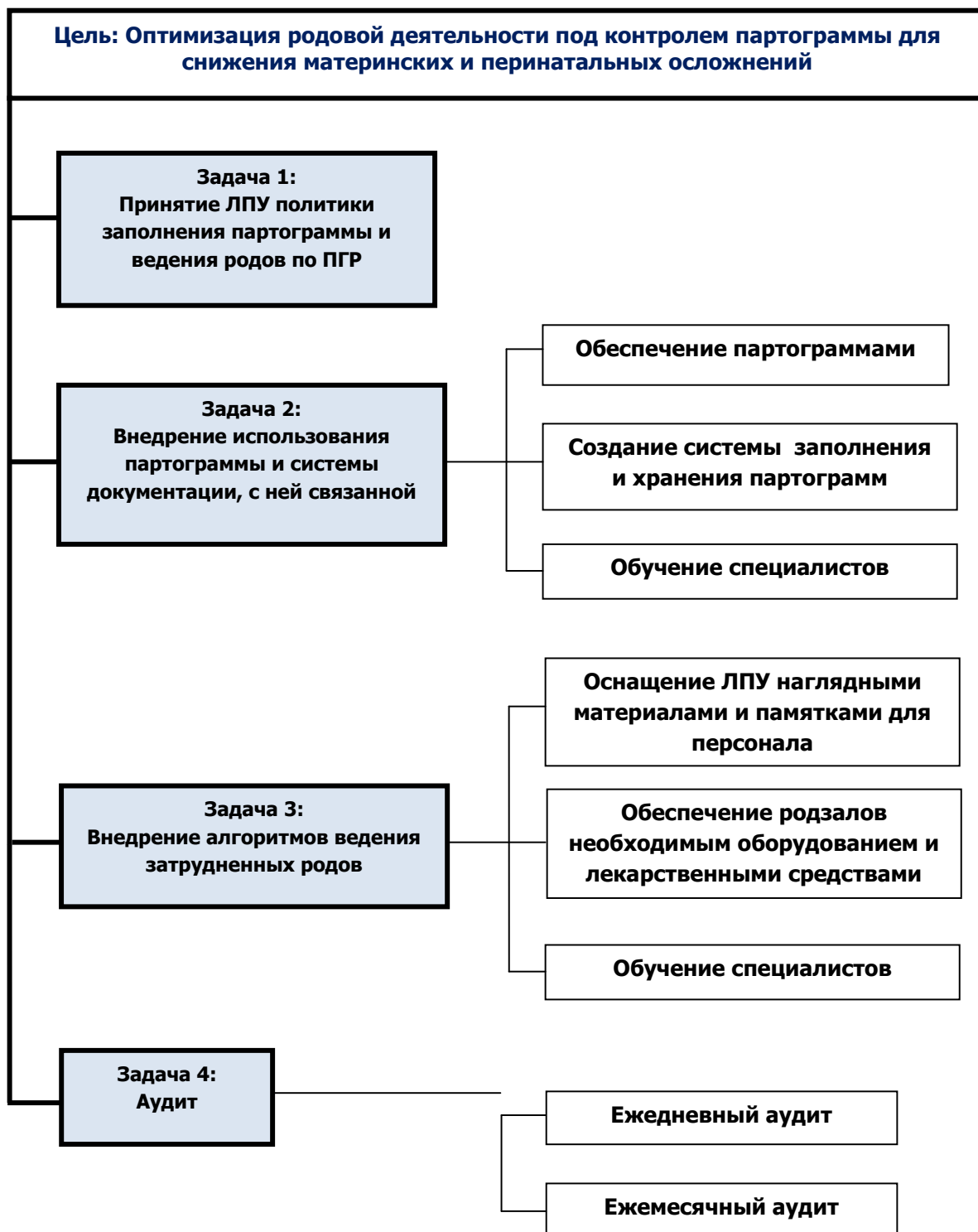
Эффективность решения каждой задачи может быть измерена специфическим индикатором, что позволит вам отслеживать успешность решения выбранной задачи. В свою очередь решение каждой задачи может быть достигнуто путем изменения (или создания) отдельных позиций, собственно и определяющих решение поставленной задачи. Общий список индикаторов, по которым проект «Улучшение помощи мамам и малышам» оценивает эффективность достижения цели, представлен в 6<sup>ой</sup> главе ПГР, одновременно с подробными инструкциями по их измерению.

Для каждой задачи, рекомендовано использование 1 и более конкретных микроиндикаторов, по которым можно оценивать эффективность тестирования данного действия. Эти микроиндикаторы перечислены по задачам и действиям в 5<sup>ой</sup> главе.



Иерархия целей, задач и индикаторов представлена на **схеме №3**.

**Схема №3**



Для оценки успеха выполнения задач и достижения поставленной цели каждому ЛПУ необходимо собирать 5 специальных индикаторов. Три из них позволяют измерить уровень внедрения алгоритмов ведения родов, описанных в данном ПГР:

- Доля родов, начавшихся вагинально, при которых была заполнена партограмма, от числа родов, начавшихся вагинально, в ЛПУ за отчетный месяц (Индикатор В-03-2\*)
- Доля родов с безводным промежутком более 12 часов в ЛПУ за отчетный месяц (Индикатор В-02\*)

- Доля родов, начавшихся вагинально и завершившихся экстренным кесаревым сечением, от числа родов, начавшихся вагинально, в ЛПУ за отчетный месяц (Индикатор В-03-1\*)

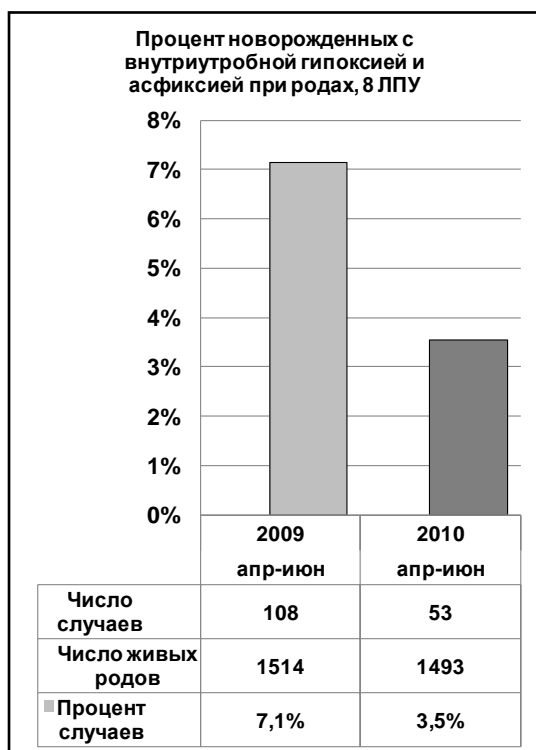
других индикатора позволяют оценить клинические результаты внедрения предложенных изменений:

- Доля новорожденных (в т.ч. плодов) с внутриутробной гипоксией, асфиксией при родах в ЛПУ за отчетный квартал (Д-04-1-1\*)
- Доля новорожденных (в т.ч. плодов) с родовой травмой в ЛПУ за отчетный квартал (Д-06-1-1\*)

#### 2.4. Ожидаемые результаты работы

С мая 2009 г. по июнь 2010 г., в 13 ЛПУ Ярославской, Тамбовской и Костромской области были предприняты попытки внедрить элементы данного ПГР. Первоначальной гипотезой было, что внедрение предлагаемых изменений будет способствовать снижению уровня внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах (коды МКБ-10 Р-20, Р-21), а так же родовой травмы (коды МКБ-10 Р10-Р15). По результатам аудита, в 8-ми ЛПУ за период апрель-июнь, 2010 г. были внедрены алгоритмы пакета готовых решений. В каждом из этих ЛПУ доля родов, начавшихся вагинально, при которых была заполнена партограмма, составила не менее 90%, причем аудит показал, что качество заполнения и уровень правильного выбора алгоритмов были высокими. Было проведено сравнение и анализ между долей новорожденных с внутриутробной гипоксией, асфиксией в родах и с родовой травмой, в период апрель-июнь 2010 г., после полного внедрения ПГР, с данным показателем в апреле-июне 2009 г., до внедрения ПГР.

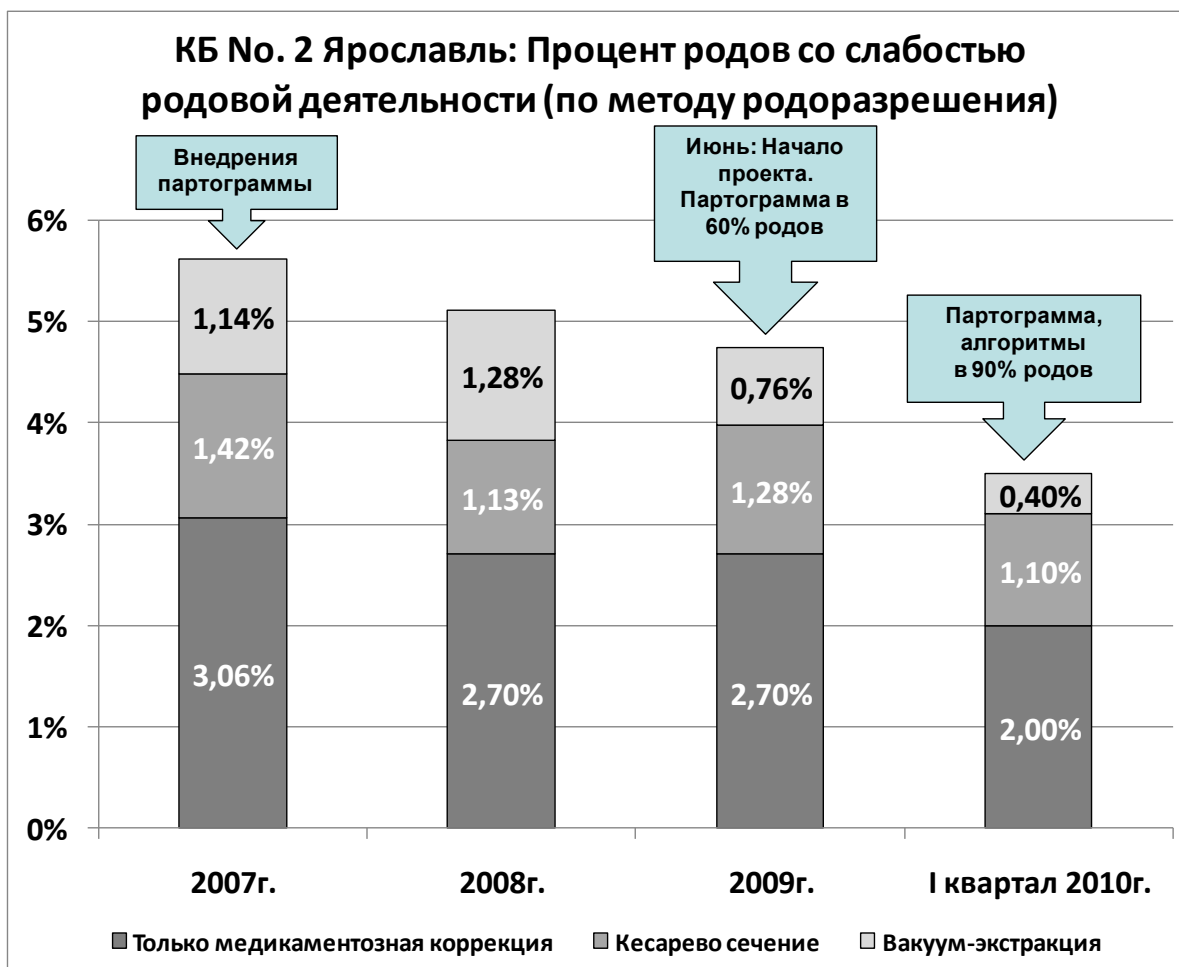
#### Схема №4.



Было отмечено, что произошло достоверное снижение относительного риска гипоксии и асфиксии: в апреле-июне 2010 г риск гипоксии и асфиксии снизился на 43% по сравнению с таким же периодом 2009 года (Относительный риск=0,57; 95% доверительный интервал: [0.42, 0.78, p=0.0003], причем разница в показателях среди больниц была незначительная (см. **схему 4**) . Однако, анализ показал, что внедрение ПГР существенно не повлияло на уровень родовой травмы – снижение риска на 27% в 2010 г. по сравнению с 2009 г. (Относительный риск=0.73; 95% доверительный интервал [0.50, 1.08], p=0.11.).

По-видимому, введение партограммы позволило объективизировать родовой процесс и избежать излишнего родовозбуждения/родостимуляции, что в итоге привело к снижению частоты рождения детей, рожденных в асфиксии, с оценкой по Апгар ниже 7 баллов. На базе результатов аудита и тщательного анализа уровня диагностики и лечения слабости родовой деятельности в Ярославской КБ №2, (см. **схему 5**) можно предположить, что до проекта врачи

не совсем правильно определяли время начала активной фазы родов. В результате имела место гипердиагностика слабости родовой деятельности, из-за которой ведение родов было слишком агрессивно: чаще, чем следует, использовали медикаментозную стимуляцию родов в потужном периоде вследствие гипоксии плода. Использование партограммы позволило персоналу ЛПУ лучше оценивать начало регулярной родовой деятельности и течение родов, что привело к улучшению тактики ведения и исходов родового процесса.



#### Схема №5

Мы предполагаем, что снижение числа гипоксий, произошло за счет снижения гипердиагностики аномалий родовой деятельности при использовании партограммы и, как следствие, уменьшение агрессии при ведении родов, особенно, необоснованного применения медикаментозной родостимуляции и вакуум-экстракции плода.

### 3. О ПРОБЛЕМЕ

Концепцией демографической политики Российской Федерации за период до 2025г. определены основные задачи демографического развития страны, важнейшими из которых являются сокращение уровня материнской и младенческой смертности не менее, чем в 2 раза, укрепление репродуктивного здоровья населения. Решение указанных задач предусматривает не только повышения доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, но и развитие перинатальных технологий. Несмотря на достигнутые за годы изменения в системе здравоохранения в целом и родовспоможения - в частности, показатели материнской смертности и перинатальных потерь в акушерстве остаются проблемой для многих регионов России. По данным ВОЗ во всем мире более полумиллиона женщин каждый год умирает в связи с беременностью и родами. Ежегодно смерть 50 тыс. женщин бывает прямо или косвенно связана с медицинскими ошибками (В.Е. Радзинский)

Перинатальная смертность доношенных детей во многом определяется качеством работы акушерских стационаров. При среднем уровне перинатальной смертности 9 -11 на 1000 родившихся детей ведущими причинами потери доношенных детей остаются гипоксия плода и респираторный дистресс новорождённого, пороки развития и родовые травмы. Наибольший интерес для акушеров и неонатологов представляют родовые травмы у новорожденных, которые отмечены в 5 раз чаще при нарушениях родовой деятельности, что сопряжено с примерно одинаковой частотой слабости родовой деятельности и стремительным течением родов (более 6%), одинаково неблагоприятных для плода и новорождённого.

Принято делить родовые травмы условно на механические и гипоксические, а также акушерские ятрогенные повреждения при выполнении родоускоряющих пособий и операций. Число травматических повреждений зависит от многих факторов и составляет в среднем 5,2% от числа новорождённых. Чаще других у новорожденных диагностируются кефалогематомы, переломы ключицы, парез лицевого нерва, парезы Эрба – Дюшенна, редко - повреждения спинного мозга и внутримозговые кровоизлияния, их уменьшение в 2,6 -3,2 раза отмечено в стационарах, где расширены показания к кесареву сечению при гипоксии плода и хронической плацентарной недостаточности, в частности, задержке внутриутробного развития.

Следует отметить, что в современном акушерстве существует множество предложений по рациональному ведению родов, направленных на ускорение родового процесса и уменьшение риска для матери и плода, которые зачастую не согласуются с данными доказательной медицины и мировым опытом акушерства. Разногласия имеются даже относительно физиологических родов. Еще больше возникает спорных вопросов по поводу «затрудненных родов», во время которых возникают ситуации, осложняющие течение всех трех периодов родов, вследствие нарушений родовой деятельности, неправильного предлежания плода, механического препятствия во втором периоде родов, увеличивающих или усугубляющих риск и степень тяжести внутриутробной гипоксии и последующих постгипоксических осложнений., а также травматизации новорожденного.

Проводимый трижды аудит по ведению родов в трех областных и 22 районных муниципальных лечебных учреждениях ЦФО выявил ряд проблем по ведению беременных и рожениц группы высокого акушерского и перинатального риска. Основная среди них – отсутствие единой акушерской тактики ведения родов, осложнившихся патологическим прелиминарным периодом, преждевременным разрывом плодных оболочек и нарушением родовой деятельности. Повышенная частота родового травматизма плода и новорожденного при относительно невысокой частоте кесарева сечения в некоторых ЛПУ требует углубленного анализа этих родов.

Нередко неоправданные и ненадлежащие лечебно-профилактические мероприятия объясняются запоздалой оценкой акушерской ситуации. В данном Пакете готовых решений предлагается простой и доступный метод прогнозирования и диагностики осложнений родового процесса - ПАРТОГРАММА, конечной целью которой является отход от агрессии в акушерстве, оптимальное консервативное ведение родов, рождение здорового ребенка. С помощью партограммы реально можно избежать ненужных вмешательств в родовой процесс или своевременно использовать окситоцин для усиления родовой деятельности. Предлагаемые алгоритмы диагностики и коррекции сократительной деятельности матки под контролем партограммы позволили улучшить акушерские и перинатальные показатели на первом этапе Проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» в пилотных ЛПУ.

Впервые партограмма была введена в практику в рамках программы Инициатив безопасного материнства, разработанной в 1987 году Всемирной Организацией Здоровья (ВОЗ) для улучшения оказания помощи в родах и снижения материнской и детской заболеваемости и смертности. Партограмма тестировалась в многоцентровом исследовании в юго-восточной Азии, в котором принимали участие 35 484 женщины.

Применение партограммы и утвержденного протокола по пособию в родах в то время позволило снизить как продолжительность родов дольше 18 часов (с 6,4% до 3,4%), так и применение стимуляции (с 20,7% до 9,1%). Частота операций экстренного кесарева сечения снизилась с 9,9% до 8,3%, а показатели интранатальной гибели плода снизились с 0,5% до 0,3%. Наиболее существенные изменения наблюдались в группе беременных одним плодом (без осложнений): число операций кесарева сечения сократилось с 6,2% до 4,5%. Эти изменения касались как первородящих так и повторнородящих. Партограмма позволяет четко дифференцировать нормальное и аномальное течение родов и выделить группу женщин, нуждающихся в помощи. Применение партограммы рекомендовано во всех клиниках. (WHO maternal health and safe motherhood programme, World Health Organization Partograph in Management of Labor. - *Lancet*, 343: 1399-1404, 1994)

улучшения акушерской тактики были достигнуты в активном ведении родов. Более 40 лет назад Фридман (Friedman) выделил в течении родов фазу быстрого раскрытия шейки матки, но зарегистрирована на партограмме эта стадия была Филпоттом (Philpott) в Зимбабве. После рассмотрения отчетов по применению партограммы было решено внедрить данный метод в практику по всему миру, поскольку нет никаких различий в том, как происходит раскрытие у женщин, относящихся к разным расам и этническим группам.

ВОЗ привлекла внимание к применению партограммы в родах, поэтому многие работы базируются на модели, предложенной ВОЗ.

В рамках Конференции по безопасному материнству 1987 г. в Найроби, организованной Всемирным Банком, ВОЗ и фондом ООН United Nations Population Fund, внимание акцентировалось на том, что всем женщинам помощь в родах должен оказывать квалифицированный персонал с применением всех технических средств. В соответствии с данной рекомендацией ВОЗ разработала печатную партограмму, одобренную Технической Рабочей Группой ВОЗ, и опубликовала монографии и руководства по ее применению. В Индонезии, Малайзии и Таиланде проводились мультицентровые исследования для объективной оценки влияния использования партограммы при ведении родов. В настоящем руководстве для медицинского персонала рекомендуется партограмма ВОЗ, нашедшая признание в разных странах.

## 4. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

### 4.1. Определения

**Амниотомия** - вскрытие плодного пузыря как способ ускорения родов при активном их ведении и при подготовке к родоразрешению.

**Аналоги простагландина E2** – dinoprostone (препедил, простин E2) - препараты, применяемые для ускоренной подготовки к родам при различных акушерских ситуациях.

**Аномалии родовой деятельности** – осложнения родового процесса, приводящие к нарушению физиологического течения родов по темпу раскрытия шейки матки, продвижению плода по родовому каналу и способствующие неблагоприятным осложнениям у матери и плода. Включают в себя патологический прелиминарный период, слабость родовой деятельности, чрезмерную родовую деятельность.

**Дистресс** (distress англ. недомогание, страдание) **новорожденного** – следствие гипоксии плода родовую деятельность и дискоординированную родовую деятельность.

**Беременность** – физиологический процесс в организме женщины, обусловленный развитием плодного яйца, и как симбиоз двух или более организмов, направленный к достижению единой репродуктивной цели.

**Бета – блокаторы** - препараты, блокирующие бета- рецепторы сердечно- сосудистой системы и бронхов. Используются в лечении гипертензивных состояний при беременности. Отрицательный эффект для плода может быть обусловлен уменьшением сердечного выброса.

**Бета - адреномиметики** – препараты с выраженным токолитическим эффектом на матку. Широко используются при ложных схватках и для улучшения маточно-плацентарного кровообращения по типу острого, массивного и длительного токолиза. В акушерской практике чаще применяются, гексапrenalин (гинипрал), фенотерол и тербуталин (партусистен).

**Вегетативный тонус** – соотношение активности симпатического и парасимпатического звеньев вегетативной нервной системы, определяется симпатикотонией и парасимпатикотонией.

**Гипертензия хроническая у беременных** - повышенное артериальное давление, возникшее до беременности, имеет много причин, осложняет течение беременности, родов и послеродового периода.

**Гипертензия, вызванная беременностью (ГВБ)** - основное проявление преэклампсии, может закончиться эклампсией, кровоизлияниями в мозг и внутренние органы, синдромом ДВС и полиорганной недостаточностью. Как правило, требует досрочного и экстренного родоразрешения.

**Дискоординированная родовая деятельность** – осложнение родов, при котором родовая деятельность отличается рассогласованностью сократительной деятельности матки, несоответствием принципу «тройного нисходящего градиента». Наиболее характерными проявлениями дискоординированной родовой деятельности являются гипертонус и спазм нижнего сегмента матки, а также дистоция шейки матки.

**Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови** – патология гемостаза, вследствие активирования свертывающей системы крови, повышения уровня прокоагулянтов и отложением продуктов деградации фибрина в сосудистой стенке с последующей гипокоагуляцией и активацией фибринолиза.

**Дистоция плечиков** – затруднение прохождения плечиков по родовому каналу вследствие сужения таза и макросомии плода.

**Дистоция шейки матки** (функциональная и органическая) – рубцовые изменения или спазм, препятствующие раскрытию шейки матки в первом периоде родов. Является клинической формой дискоординированной у новорожденного. Устаревшее название – асфиксия новорожденного.

**Дородовое излитие околоплодных вод** – см. **Преждевременный разрыв плодных оболочек.**

**Респираторный дистресс-синдром** – синдром тяжелой дыхательной недостаточности у новорожденных, обусловленный различными заболеваниями, преимущественно патологией легких у недоношенных детей, вследствие недостаточного содержания сурфактанта в альвеолах.

**Ингибиторы синтеза простагландинов** - ингибиторы циклооксигеназы первого (ацетилсалициловая кислота (аспирин), нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин). Используются как противовоспалительные и токолитические препараты. При назначении на длительный срок следует учитывать антикоагулянтный эффект и возможность отрицательного влияния на плод, особенно ингибиторов циклооксигеназы первого типа.

**Качество медицинской помощи** – соответствие медицинских услуг ожиданиям пациента и его семьи, достигается путем использования медицинской науки, доказательной медицины и выполнения технологии оказания медицинской помощи с наилучшими результатами.

**Кесарево сечение** – способ родоразрешения путем рассечения матки и извлечения плода, минуя естественные родовые пути. Выполняется в плановом/запланированном порядке и как экстренная операция в зависимости от акушерской ситуации по абсолютным и относительным показаниям со стороны матери и плода. **Плановое КС** проводится до начала родовой деятельности в запланированный день по совокупности показаний со стороны матери и плода. При наличии слабости родовой деятельности, не поддающейся медикаментозной коррекции и наличии признаков ухудшения состояния плода. В этих случаях КС называется **экстренным**.

Внутриутробная гипоксия плода, возникшая во время родов от разных причин (ПОНРП), выпадение пуповины, обвитие пуповиной со сдавливанием, затянувшиеся 1 и 2 периоды родов, в том числе неудачная попытка медикаментозной родостимуляции с нарушением состояния плода, требует именно экстренного КС в интересах плода.

**Конглютинация маточного зева** (conglutinatio ostii uteri) – сужение и закрытие шейки матки, обусловленное воспалительным процессом или повреждением эпителия при оперативных вмешательствах, в частности, вследствие диатермокоагуляции по поводу псевдоэрозии шейки матки.

**Макросомия плода** – увеличенные относительно гестационного возраста размеры туловища плода, особенно плечевого пояса, затрудняющие их прохождение по родовому каналу. Макросомия плода встречается у беременных, страдающих сахарным диабетом и метаболическим синдромом.

**Нарушения родовой деятельности** включают в себя слабость родовых сил, другие виды слабости родовой деятельности, стремительные роды, и схватки родовые гипертонические или некоординированные.

**Партограмма** – способ графического описания родов, в котором отражаются в виде кривой раскрытие шейки матки, продвижение плода и другие показатели общего состояния и течения родов. Используется для прогнозирования родов, контроля темпа родов и оценки проводимых акушерских мероприятий.

**Подготовительный период к родам** – последние четыре недели беременности, когда формируется гормональный гомеостаз и доминанта родов, необходимые для осуществления родового процесса. Клиническими проявлениями подготовительного периода к родам является усиление возбудимости матки и «созревание» шейки матки.

**Потуги** – полупроизвольные ритмичные сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы и промежности синхронно со схватками, направленные на изгнание плода и последа.

**Преждевременный разрыв плодных оболочек** - осложнение беременности, характеризующееся разрывом плодных оболочек и излитием околоплодных вод до начала родовой деятельности.

**Прелиминарный период** – заключительный этап беременности, непосредственно предшествующий родам. Клинически характеризуется прелиминарными схватками, «предвестниками родов» и переходом в латентную фазу родов. **Патологический прелиминарный период** – клинический синдром, предшествующий началу родов при доношенной беременности, проявляется ложными схватками, предродовым дискомфортом, нарушением суточного ритма сна и бодрствования, депрессивными реакциями у беременной.

**Ретикулярная формация** – скопление нейронов, окруженное нервными волокнами, расположенное в центральных отделах ствола головного мозга и между боковыми и задними

рогами спинного мозга. Осуществляет активирующее влияние на кору головного мозга и контролирует рефлекторную деятельность спинного мозга. Ретикулярная формация участвует в формировании родовой доминанты и регуляции родовой деятельности.

**Родоразрешение** – система организационных, медицинских и технологических мероприятий, направленных на завершение беременности. С практической точки зрения возможно досрочное родоразрешение путем индуцированных родов или кесарева сечения.

**Роды** – физиологический процесс, направленный на изгнание плода и последа при достижении определенного срока беременности и гестационного возраста плода (22 недели). В зависимости от гестационного возраста плода роды относят к преждевременным при беременности 22 – 37 недель, своевременным – при беременности 38 – 41 недели, запоздалым – при беременности 42 и более недель с признаками переношенности плода.

**Слабость родовой деятельности** – состояние, при котором родовая деятельность не обеспечивает нормальный темп раскрытия шейки матки и продвижение плода по родовому каналу при отсутствии механического препятствия в родах. При этом схватки характеризуются как непродолжительные, редкие и слабой интенсивности в разных сочетаниях.

**Спазмолитики** – фармакологические препараты, вызывающие расслабление гладкомышечных волокон. В акушерской практике препараты холинолитического (атропиноподобного) и миотропного (папавериноподобного) действия используются в регуляции сократительной функции матки при гипертонусе нижнего сегмента и дистонии шейки матки

**Схватки** – произвольные ритмичные сокращения матки, направленные на сглаживание, раскрытие шейки матки, продвижение плода по родовому каналу. Схватки оценивают по продолжительности, частоте за 10 минут наблюдения, интенсивности, ритмичности и координированности сокращений верхнего и нижнего сегментов матки. Родовые схватки должны обеспечивать нормальный темп родов.

**Токолитики** – препараты разных фармакологических групп, объединенных способностью подавлять сократительную функцию матки. Токолитики нашли широкое применение при невынашивании беременности, при дискоординированной родовой деятельности, в терапии патологического прелиминарного периода, гипоксии плода, при подготовке к экстренным акушерским операциям.

**Хечинашвили метод** определения готовности беременной к родам – способ определения «зрелости» шейки матки по длине, отношению к проводной оси таза, размягчению и проходимости цервикального канала.

**Чрезмерная родовая деятельность** – состояние, при котором сократительная деятельность матки приводит к ускоренному раскрытию шейки матки и завершению родов (при отсутствии механического препятствия). При этом роды могут быть быстрыми (продолжаться у первородящих менее 6 ч, у повторнородящих – менее 4 ч) или стремительными (при продолжительности у первородящих до 4 ч, у повторнородящих – до 2 ч).

**Шкала Бишопа (Bishop)** – оценка состояния шейки матки по степени размягчения, укорочения и отношения к проводной оси малого таза в балльной системе (0 – 2 б. – незрелая, 3 - 4 б. – недостаточно зрелая, 5 - 8 баллов – зрелая). Учитывается как прогностический признак при беременности и при подготовке к родам.

**Эклампсия (МКБ 10 - O15)** – судорожная форма гипертензии, вызванной беременностью, второй половины беременности, требующая неотложных лечебных мероприятий и родоразрешения.

**Эпидуральная анестезия** - метод проводниковой анестезии, заключающийся во введении анестетика в эпидуральное пространство. Используется при оперативном родоразрешении и как способ коррекции сократительной способности матки при преждевременных родах и при дискоординированной родовой деятельности. Считается «золотым стандартом» обезболивания родов при нарушении маточно – плацентарного кровообращения кроме ситуаций, требующих ИВЛ.

## 4.2. Партограмма с инструкцией по ее заполнению

Рекомендованная данным пакетом Партограмма состоит из двух страниц. Первая страница—инструмент, одобренный ВОЗ для визуализации родового процесса. На второй странице отражается большая часть полезной информации о процессе ведения родов, в том числе



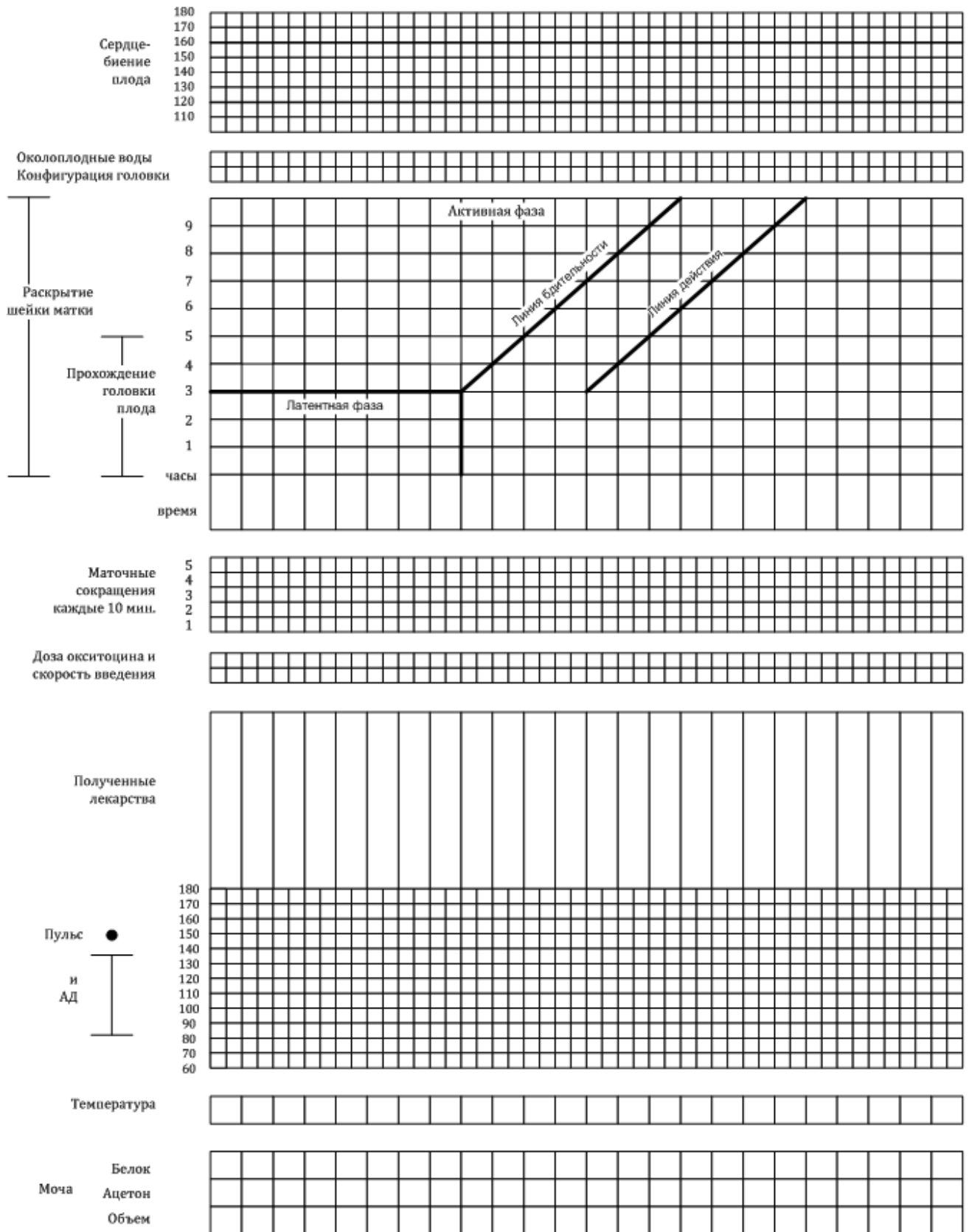
третьего периода. (Активное ведение третьего периода родов, которому посвящено множество научно-обоснованной литературы, станет темой следующего пакета готовых решений для испытания при поддержке проекта «Улучшения помощи мамам и малышам»)

1-я и 2-я страницы партограммы представлены ниже **на Схеме 6.**

# ПАРТОГРАММА

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Беременность \_\_\_\_\_ Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Дата поступления \_\_\_\_\_ Время поступления \_\_\_\_\_ Безводный период \_\_\_\_\_



**Партограмма (стр. 2)**

Ф.И.О \_\_\_\_\_ Регистрационный номер \_\_\_\_\_

<b>1 Потуги начались</b>	Дата ____/____/____	Время в ____ ч ____ мин
<b>2 Родился плод</b>	Пол М · Ж ·	Масса (грамм)
Рост (см)	Окружность головки (см)	Крик
Кожные покровы	Рефлексы	Мышечный тонус
Оценка по шкале АПГАР через 1 минуту (баллов)	Оценка по шкале АПГАР через 5 минут (баллов)	
<b>3. Новорожденный осмотрен неонатологом</b>	Да · Нет ·	Время в ____ ч ____ мин
<b>4. Ведение III периода родов</b>	Группа риска низкая · высокая ·	Наличие венозного доступа Есть · Нет ·
Наличие плазмозаменителей Есть · Нет ·	Катетеризация мочевого пузыря Да · Нет ·	Окситоцин Не введен · Утеротоника окситоцин 10 ЕД в\м · метилэргобревин + окситоцин в\в ·
Контролируемое потягивание за пуповину Да · Нет ·	Выведение последа наружный массаж матки Да · Нет ·	+ Продолжительность III периода ____ мин ____ сек
Учетная кровопотеря по периодам родов _____ мл	Дольки плаценты	Дефекты плаценты Нет · Да · _____
Оболочки	Пуповина	
<b>5. Осмотр шейки матки и родовых путей</b>	Разрыв Да · Нет ·	В случае разрыва: Восстановлена целостность шейки матки и промежности в случае _____

Дежурный врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Зав. отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Подпись Дата Подпись Дата

Наиболее рационально использовать партограмму, начиная с 33 недель беременности, но, возможно, – с 28 недель беременности. Ранние роды имеют свои особенности течения (более длительная латентная фаза первого периода, монотонность схваток в активной фазе первого периода), поэтому применение партограммы при родах 22-32 недели нерационально, так как критерии АД здесь не подходят и пересечение линии действия не требуют назначения родоускоряющих средств, которые при преждевременных родах не рекомендуются использовать.

#### **4.2.1 Принципы заполнения партограммы (ПГ)**

- 1.** ПГ вклеивается (вкладывается) во все истории родов, кроме тех, кто поступает на плановое кесарево сечение.
- 2.** ПГ хранятся в приемных отделениях рядом с историями родов.
- 3.** При поступлении в родовой блок акушерка заполняет титульные графы ПГ наряду с другими документами (история новорожденного, бланки анализов).
- 4.** После осмотра врач определяет в родах женщина или у нее ложные схватки. Если ложные схватки ПГ не заполняется, повторный осмотр через 4 часа. Если есть изменения в шейке матки отмечается начало родовой деятельности на 1й стр. истории родов, если нет, то женщина переводится в палату и ведется по алгоритму ложных схваток (прелиминарного периода).
- 5.** Если женщина в родах, врач выставляет время осмотра, раскрытие шейки матки, расположение головки, наличие или отсутствие плодного пузыря, цвет околоплодных вод, обозначает схватки знаками (точки, штриховка)
- 6.** Акушерка отмечает на это время с/б плода, АД, пульс, мочу.
- 7.** Далее акушерка наблюдает роженицу и отмечает на ПГ параметры, за которыми она следит: с/б плода, АД, пульс, мочеиспускание, частоту схваток; если текут воды – цвет вод
- 8.** Если врач при осмотре делает назначения, то акушерка вносит их в графу «назначения»
- 9.** Повторный осмотр врача в 1 периоде родов – не позже, чем через 4 часа. При этом врач ставит время, раскрытие зева, расположение головки, оценивает ситуацию и принимает решение – наблюдать роженицу дальше (если ПГ идет по линии бдительности или справа от нее) или ставит диагноз и принимает решение, если есть критерии нарушения родовой деятельности (монотонные схватки без тенденции к усилению, увеличению продолжительности и укорочения интервалов, открытие маточного зева менее 1 см в час, болезненные схватки, отклонение линии ПГ к линии действия.) В том случае достаточно отметки на ПГ, во 2ом – запись в истории.
- 10.** Если роды заканчиваются до 2 осмотра врача, то заполняется 2 стр. ПГ (врачом). Если роды без осложнений дублировать записи не нужно, так как 2 страница содержит все данные 2 и 3 периода родов, а также состояние плода, продолжительность родов, кровопотерю.
- 11.** Если есть осложнения в любом периоде родов, оперативные пособия и вмешательства, назначение медикаментов, обезболивания родов, родостимуляции – записи делаются в истории родов.
- 12.** Если акушерка при наблюдении за роженицей отмечает отклонения от нормы – вызывает врача (например, появление патологических вод, нарушение сердцебиения плода, повышение или снижение АД, учащение пульса, отсутствие мочеиспускания в течении длительного времени, жалобы на болезненные схватки, др.)
- 13.** После родов акушерка, наряду с другими документами заполняет журнал ведения ПГ.

#### 4.2.2 Подробные инструкции по заполнению партограммы

Продублируйте следующие данные из истории родов в партограмму:

**На 1 странице партограммы:**

##### 1. **Информация о пациенте:**

- **Полное имя**
- **Число беременностей** – в этой графе укажите общее число беременностей, и число беременностей, которые окончились родами.
- **Номер истории родов (регистрационный номер)**
- **Дата поступления в родовой блок**
- **Время поступления в родовой блок**
- *Дата и время начала родов* – хотя, такой графы на партограмме нет, рекомендуем их указать и на партограмме тоже, в дополнение к истории родов, чтобы эта информация была перед глазами врача при заполнении партограммы.
- **Безводный период** – в этой графе укажите дату и время излития околоплодных вод

##### 2. **Сердцебиение плода (Частота сердечных сокращений плода):**

- Фиксируется каждые полчаса (равно 1 маленький квадратик)
  - Выслушивается каждые 15 минут.
  - Отмечается точкой — •
- Если частота сердечных сокращений плода патологическая <100 или > 180 ударов/мин., предположите дистресс плода и учтите это в плане ведения родов.**

##### 3. **Околоплодные воды:**

- Цвет амниотической жидкости отмечается при каждом вагинальном обследовании
- Отмечается заглавной буквой:

**О** — плодный пузырь цел;

**С** — околоплодные воды светлые, чистые;

**М** — воды с меконием (любая интенсивность окраски);

**К** — примесь крови в водах (окрашивание и кровь);

**В** — патологические выделения воспалительного характера

##### 4. **Конфигурация головки:**

- определять с известной осторожностью во 2-ом периоде родов (1-2 раза):

**0** конфигурации нет;

**+** швы легко разъединяются;

**++** швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании;

**+++** швы находят друг на друга и не разъединяются

##### 5. **Раскрытие шейки матки**

- Если при поступлении открытие шейки матки от 1 до 3 см, отмечать \* в см относительно вертикальной оси ПГ. – в части латентной фазы 1 периода родов, с 4 см - на линии бдительности. (По вертикали, каждая цифра означает раскрытие шейки матки в сантиметрах. Внизу по горизонтали - каждое деление означает 1 час)

➤ Если при поступлении роженицы открытие 2 см, а при повторном осмотре через 4 часа - больше 4 см, то перенести \* на линию бдительности пунктиром и продолжать наблюдение.

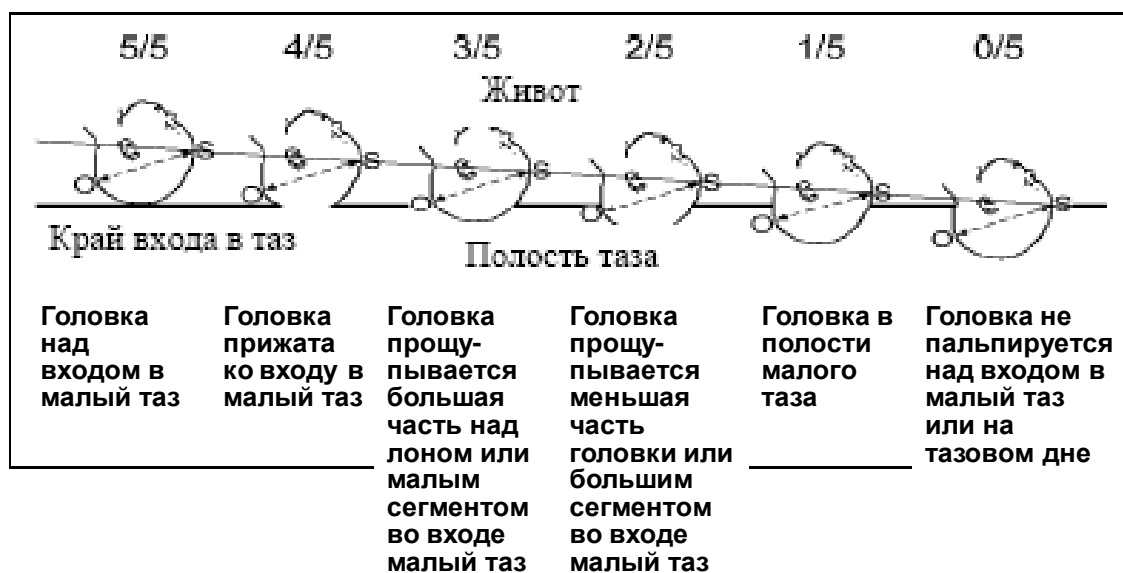
- Если при поступлении роженицы открытие шейки 4 см и более, то \* нужно поставить на линии бдительности.

## 6. Прохождение головки плода

### Оценка продвижения головки при пальпации живота при помощи правила 5-5:

- Имеет отношение к части головки (разделенной на 5 частей), пальпируемой над симфизом;
- Отмечайте кружком (O) при каждом вагинальном исследовании. (Схема 7)
- **Время:** отмечается слева от линии. Для удобства заполнения лучше записывать числом, кратным 30 мин, например 13.00 или 13.30.

### Схема №7 Продвижение головки в родах, соответственно правилу 5-5



## 7. Маточные сокращения

- Сокращения матки: наряду с раскрытием шейки матки и продвижением головки плода сокращения матки (схватки) служат четким показателем родовой деятельности.
- Периодичность схваток откладывается по оси времени. Каждая клеточка означает одно сокращение.
- Различная интенсивность штриховки отражает интенсивность схваток:

**точки** — слабые схватки продолжительностью до 20 сек.

**косая штриховка** — умеренные схватки продолжительностью 20—40 сек.

**сплошная штриховка** — сильные схватки продолжительностью  $\geq 40$  сек.

## 8. Доза окситоцина и скорость введения

- При назначении записывается его количество/концентрация и вводимая доза в минуту (в каплях или ЕД) каждые 30 минут

## 9. Полученные лекарства

- Фиксируются любые дополнительные назначения лекарств

## 10. Пульс

- каждые 30 минут
- отмечается точкой — •

## 11. Артериальное давление

- фиксируется каждые 4 часа
- отмечается линией посередине соответствующей клеточки

## 12. Температура

- фиксируется каждые 4 часа

## 13. Моча

- **Количество, качество и цвет мочи:** записывается при каждом мочеиспускании
- **Протеин, ацетон:** записывается при патологических родах

### Динамика развития родовой деятельности

#### Оцените время начала родов по клиническим признакам:

1. Схваткам с определенной регулярностью – не реже 1 схватки за 10 минут наблюдения;
2. Динамике изменений шейки матки – сглаживания, раскрытия наружного и внутреннего зева, в зависимости от первых или повторных родов;

**Влагалищное исследование** необходимо производить не реже чем каждые 4 часа в течение первого периода родов и после разрыва плодного пузыря. **Если при 1-ом исследовании раскрытие шейки матки отсутствует, диагностика родов может оказаться невозможной.** Для каждого влагалищного исследования отметьте:

- цвет амниотической жидкости – пункт 3;
  - степень раскрытия шейки матки – пункт 5;
  - степень продвижения головки (оценка наружными акушерскими приемами) – пункт 6
3. Если при первом влагалищном исследовании сглаживания и раскрытия шейки матки не удастся выявить, то необходимо исследование повторить через 4 (четыре) часа, для исключения патологического прелиминарного периода (ложных схваток)

#### После диагностирования родов, их прогресс оценивают:

- отмечая изменения в сглаживании шейки и ее раскрытии в течение латентной фазы;
- измеряя степень раскрытия шейки и опускание плода в течение активной фазы;
- оценивая продолжающееся опускание плода в течение второго периода родов;

**Прогресс в первом периоде родов должен быть отображен на партограмме, как только женщина входит в активную фазу родов.**

- **Линия бдительности:** линия должна начинаться от точки раскрытия шейки на 3 см и продолжаться до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.
- **Линия действия:** проходит параллельно линии бдительности, отступя на 4 часа вправо.

#### Признаки, указывающие на удовлетворительное течение первого периода родов:

1. регулярные схватки с прогрессирующим увеличением их частоты и продолжительности;
2. скорость раскрытия шейки не менее 1 см. в час в течение активной фазы родов (раскрытие шейки на или левее линии тревоги);
3. шейка хорошо прилежит к подлежащей части.

#### Обратите внимание при влагалищном исследовании на возможные причины, препятствующие наступлению срочных родов:

- плоский плодный пузырь,
- сохранившиеся оболочки на головке плода при высоком боковом разрыве плодного пузыря;
- наличие конглоутации в области наружного и/ или внутреннего зева шейки матки,

**которые необходимо попытаться устранить:**

#### С момента установления времени начала родов (ретроспективно):

1. сделайте отметку в истории родов и в партограмме, поставьте отметку в виде крестика \* на пересечении времени от начала родов (при этом одно деление временной оси соответствует одному часу) и числа сантиметров раскрытия шейки матки на момент влагалищного исследования, обозначенных по левому краю партограммы; Раскрытие шейки матки оценивайте при каждом влагалищном исследовании и отмечайте крестиком (\*);
2. Соедините отметки о раскрытии шейки матки в линию, которая в норме не должна пересекаться с линией бдительности;
3. При пересечении линии партограммы с линией бдительности следует оказать психологическую поддержку роженице и оценить акушерскую ситуацию для решения вопроса о необходимости коррекции родовой деятельности;
4. При пересечении линии партограммы с линией действия следует корректировать родовую деятельность и действовать в соответствии с алгоритмом, соответствующим клинической форме аномалии родовой деятельности;
5. При достижении раскрытия наружного зева шейки  $\geq 4$  см продублируйте символ (\*) в активной зоне родов и продолжайте вести соответствующие записи.
6. Если имеются схватки, повторно обследуйте женщину через 4 часа для выявления изменений в шейке матки. Если на этой стадии есть сглаживание и раскрытие, то женщина находится в родах; если нет – то это ложные схватки (патологический прелиминарный период).

***Если наблюдается неудовлетворительное течение родов или затяжные роды, постарайтесь устранить причину медленного прогресса в родах!***

#### **Признаки, указывающие на неудовлетворительное течение первого периода родов:**

1. Если после завершения латентной фазы схватки нерегулярные и редкие (< 2-3 схваток за 10 мин);
2. Если скорость раскрытия шейки меньше 1 см в час в течение активной фазы родов (раскрытие шейки справа от линии тревоги);
3. Если шейка плохо обхватывает предлежащую часть.
4. Если положение или предлежание плода отличное от переднего вида затылочного предлежания с малым родничком как ведущей точки, рассматривается как неправильное положение плода или неправильное предлежание.
5. Если пульс у роженицы учащается, можно предположить обезвоживание или наличие сильных болей. Убедитесь, что женщина получает достаточное количество жидкости перорально или внутривенно и обеспечьте адекватную анальгезию;
6. Если у женщины снизилось артериальное давление, предположите кровотечение, уточните причину; однако, это может быть и синдром нижней полой вены. Поэтому предпочтительно положить роженицу на левый бок;
7. Если у беременной наблюдался гипотензивный синдром в положении на спине, то вероятно, и во время родов этот синдром проявится, тогда роды следует вести в положении роженицы на боку для предупреждения «синдрома нижней полой вены».
8. Если в моче женщины присутствует ацетон и нет указаний на наличие сахарного диабета, предположите недостаточное питание, накормите ее и перелейте глюкозу 5% в/в капельно;

При наличии аномалии сократительной функции матки – следуйте соответствующим алгоритмам в зависимости от ведущего клинического симптома.

**На 2й странице партограммы** отмечаются данные 2-ого периода родов и способ ведения 3-его периода. Кроме того, имеются данные по состоянию плода, продолжительности родов, кровопотери в родах, осмотре и целостности родовых путей.



При нормальных родах нет необходимости дублировать эти данные письменно или в специальных протоколах – на 2-й стр. партограммы будут все данные до окончания родов и раннего послеродового периода.

Если роженица поступила в активной фазе 1 периода родов и родила без акушерских вмешательств и пособий до 2-го осмотра, то оформление истории родов облегчается: заполняется лист осмотра при поступлении, составляется план ведения родов и заполняется партограмма.

Акушерские пособия и вмешательства – амниотомия и перинеотомия относятся к нормальным родам. Число нормальных родов в разных ЛПУ различается, но оно существенно (по МУ Торжокская ЦРБ за последние 3 года 47-49%, при среднеобластном показателе 32%).

В случаях, когда при осмотре изменяется диагноз, план ведения родов, делаются назначения, проводятся оперативные вмешательства в любом периоде родов, делаются записи в истории, как обычно.

#### **4.3. Нозология по шифрам МКБ-10**

##### **Формы акушерской патологии**

*042 Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО)*

*047 Ложные схватки*

047.0 Ложные схватки в период до 37 полных недель беременности

047.1 Ложные схватки, начиная с 37 полных недель беременности (патологический прелиминарный период)

047,9 Ложные схватки неутонченные (патологический прелиминарный период).

*048 Переношенная беременность.*

*062 Нарушение родовой деятельности (родовых сил) – (Замечание: в России часто используют термин «аномалии родовой деятельности»)*

062.0 Слабость родовых сил первичная.

062. 1 Слабость родовых сил вторичная.

062.2 Другие виды слабости родовой деятельности:

- Атония матки
- Беспорядочные схватки
- Гипотоническая дисфункция БДУ
- Нерегулярные схватки
- Слабые схватки
- Слабость родовой деятельности БДУ

062.3 Стремительные роды

062.4\* Схватки родовые гипертонические, некоординированные

- и затянувшиеся сокращения матки.
- контракционное кольцо, дистоция.
- Дискоординированная родовая деятельность.
- Сокращения матки в виде песочных часов.
- Гипертоническая дисфункция матки.
- Некоординированная деятельность матки.
- Тетанические сокращения матки.
- Дистоция матки БДУ

\*В российской классификации соответствует дискоординированной родовой Деятельности

*О63 Затяжные роды*

- О63.0 затаявшийся первый период родов
- О63.1 Затаявшийся второй период родов
- О63.2 Задержка рождения второго плода из двойни, тройни ...
- О63.9 Затяжные роды неутонченные

О64 Затрудненные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода

- О64.0 Затрудненные роды при головных предлежаниях вследствие неполного поворота головки
- О64.1 Затрудненные роды вследствие ягодичного предлежания
- О64.2 Затрудненные роды вследствие лицевого предлежания
- О64.3 Затрудненные роды вследствие лобного предлежания
- О64.4 Затрудненные роды вследствие предлежания плечика
- О64.5 Затрудненные роды вследствие другого неправильного положения или предлежания плода
- О64.9 Затрудненные роды вследствие неправильного предлежания или положения плода неутонченное

*О66.9 Затрудненные роды (вообще) или*

- вследствие патологии шейки матки О65.5
- деформации костного таза НКД О65.0
- диспропорции размеров таза и плода НКД О65.4
- очень крупного плода О66.2

*О72.0 Задержка плаценты полная с кровотечением.*

*О72.2 Задержка плаценты частичная с кровотечением.*

*О73.0 Задержка плаценты без кровотечения*

*О84.9 Многоплодные роды.*

**Перечень заболеваний и травм новорожденных, связанных с тактикой ведения родов**

*P10-P15 Родовая травма*

P10 Разрыв внутричерепных тканей и кровоизлияние вследствие родовой травмы

P11 Другие родовые травмы центральной нервной системы

P12 Родовая травма волосистой части головы

- P12.0 Кефалогематома при родовой травме

P13 Родовая травма скелета

P14 Родовая травма периферической нервной системы

P15 Другие родовые травмы

- P15.0 Повреждение печени при родовой травме
- P15.1 Повреждение селезенки при родовой травме
- P15.2 Повреждение грудиноключично-сосцевидной мышцы при родовой травме
- P15.3 Родовая травма глаза

- P15.4 Родовая травма лица
- P15.5 Повреждение наружных половых органов при родовой травме
- P15.6 Некроз подкожножировой ткани, обусловленный родовой травмой

#### P20 Внутриутробная гипоксия

- P20.0 Внутриутробная гипоксия, впервые отмеченная до начала родов
- P20.1 Внутриутробная гипоксия, впервые отмеченная во время родов и родоразрешения
- P20.9 Внутриутробная гипоксия неуточненная

#### P21 Асфиксия при родах

- P21.0 Тяжелая асфиксия при рождении (включает Апгар 0-3 в 1 мин)
- P21.1 Средняя и умеренная асфиксия при рождении (включает Апгар 4-7 в 1 мин)
- P21.9 Неуточненная асфиксия при рождении

### **4.4. Аномалии (нарушения) родовой деятельности**

#### **4.4.1. Группы риска по нарушениям родовой деятельности:**

- ✓ Первородящие моложе 18 лет и старше 30 лет и много рожавшие женщины;
- ✓ Беременные с соматической патологией:
  - ожирением и дефицитом массы тела,
  - гипертензией разного происхождения,
  - эндокринопатиями,
  - патологией почек;
  - анемией.
- ✓ Беременные в состоянии стресса, постоянной тревоги, без должной подготовки к родам;
- ✓ Беременные с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом;
- ✓ Беременные с осложненным течением данной беременности:
  - недостаточной готовностью к родам по состоянию родовых путей и возбудимости матки в подготовительном периоде к родам,
  - при дородовом и раннем излитии околоплодных вод,
  - с перенашиванием беременности и крупным плодом,
  - многоплодной беременностью и многоводием,
- ✓ Беременные с анатомически узким тазом;
- ✓ Беременные с патологией шейки матки, способствующей механической дистонии во время родов (рубцовые изменения и конглотинации в области зева).

***На основе группы риска формируются патогенетические варианты аномалий родовой деятельности в клинических формах: слабость родовой деятельности, дискоординированная родовая деятельность и чрезмерная родовая деятельность. Общий алгоритм ведения при данных состояниях показан на схеме 8.***

#### **4.4.2. Профилактика нарушений родовой деятельности**

##### **4.4.2.1. В подготовительном периоде к родам (с 36 недель беременности):**

- Выявить группы риска по нарушениям родовой деятельности (см. пункт 4.4.1);
- Провести дополнительные исследования для уточнения состояния плода;
- Определиться с выбором уровня стационара, куда беременная должна поступить для родов;

- Проконтролировать подготовку к родам и, по необходимости, провести дополнительные занятия;
- Уточнить у беременной срок родов и обсудить необходимость и срок направления на родовую госпитализацию.

#### 4.4.2.2. С 38 недель беременности:

- Проводить оценку готовности беременной к родам:
  - с использованием состояния шейки матки методами Бишопа и /или Хечинашвили (таблица 1 и 2),
- Проводить оценку плода и функции плаценты с помощью:
  - Кардиомониторного (Биомониторного) исследования,
  - Биофизического профиля плода (если имеется возможность в ЛПУ),
  - УЗ-доплерометрии (маточных и пуповинных артерий) маточно-плацентарного, плодово-плацентарного кровотока.
- Провести необходимые исследования для подготовки к родам (клинические, биохимические, микробиологические);
- Обеспечить консультации других специалистов, консилиум врачей для оценки акушерской и соматической патологии;
- Составить план ведения родов с указанием возможного оперативного родоразрешения;
- Определить возможный патогенетический вариант аномалий родовой деятельности;
- В зависимости от патогенетического варианта ожидаемой патологии сократительной функции матки продолжить соответствующую подготовку к родам:
  - Обеспечить благоприятный психологический климат для беременной, поддержку со стороны семьи;
  - Информировать пациентку о способах и возможных альтернативах родоразрешения;
  - Получить информированное согласие на способ ведения родов;
  - Провести санацию очагов инфекции, лечение выявленной патологии;
  - Рекомендовать сбалансированную диету с достаточным количеством белка, витаминов, ненасыщенных жирных кислот, фосфолипидов, витаминов, микроэлементов.
- Уточнить степень плацентарной недостаточности и задержки внутриутробного плода.

***При декомпенсированной плацентарной недостаточности и задержке внутриутробного развития плода III - оценить маточно - плацентарный кровоток. Поскольку эффективность лечения плацентарной недостаточности в современном акушерстве не доказана, то при отрицательном диастолическом фето - плацентарном кровотоке и показателе состояния плода (ПСП)  $\geq 2,5$  следует провести кесарево сечение под эпидуральной анестезией в интересах плода.***

#### 4.4.2.3. При беременности 40 - 41 недель:

**Допустимо пролонгирование беременности до 41 недели при условии:**

- ежедневного контроля беременной и плода;
- оценки возбудимости матки;
- определения «зрелости» шейки матки по Методу Бишопа и /или Хечинашвили (табл. 1, 2),
- подготовки к родам как при беременности 38 - 40 недель;
- при недостаточно зрелой (недостаточной готовности к родам) шейке матки – мифепристон 200 мг по 1 табл. утром, повторно через 24 ч (оценить состояние шейки матки через 48 – 72 ч) и назначить вагинально препараты аналогов простагландинов E2 в течение двух дней;

- при зрелой (хорошей готовности к родам) шейки матки – родовозбуждение с амниотомией, активное ведение родов, запланировать кесарево сечение при отсутствии эффективной родовой деятельности в течение 6 ч с момента амниотомии и родовозбуждения;

**Н.В.:** при ЗВУР (плацентарной недостаточности) и ухудшении состояния плода по данным динамически проводимой антенатальной КТГ (ПСР $\geq$ 2.5) и данным УЗ-доплерометрии (гипоксии плода), тазовом предлежании и крупном плоде при головном предлежании показано плановое кесарево сечение.

#### 4.4.2.4. При перенашивании беременности (42 и более недель) сроки подготовки к родам ограничены состоянием плода.

##### **Критерии диагностики переносимой беременности:**

- Уточненный срок беременности 42 недели (наиболее достоверный - по данным первого ультразвукового скрининга до 12 недель беременности);
- Боли внизу живота и поясничной области, усиливающиеся при шевелении плода;
- Уменьшение окружности живота за счет снижения количества околоплодных вод;
- Клинические признаки «старения» плаценты, подтверждаемые ультразвуковым исследованием;
- Недостаточно зрелая шейка матки;
- Ухудшение биофизического профиля плода по данным УЗИ и биомониторного исследования:
  - Хроническая гипоксия плода, индекс состояния плода более 1,01 – 1,5 по Демидову (при наличии соответствующих условий для обследования);
  - Снижение содержания эстриола, пролактина, альфа-фетопротеина и трофобластического гликопротеина (ТБГ) в крови беременной (при наличии возможностей для определения).

##### **План ведения беременной с переносимой беременностью**

- Оценка акушерской ситуации;
- Оценка готовности к родам;
- Оценка состояния плода
- Информирование беременной о состоянии плода и способе родоразрешения;
- Преимущественно кесарево сечение под спинальной анестезией при согласии беременной - при малейшем **отклонении от нормального течения родов.**

#### 4.4.3. Диагностика и коррекция сократительной функции матки при аномалиях родовой деятельности

##### **Патологический прелиминарный период (ложные схватки при доношенной беременности) отмечается у 11-12,8% беременных**

Патологический прелиминарный период является следствием нейро-эндокринной дисфункции при доношенной беременности, доказано:

- Преобладание влияния прогестерона на матку;
- Повышение содержания адреналина у беременной и стимуляция  $\beta$  – рецепторов матки;
- Недостаточного накопления серотонина у беременной, снижение порога болевой чувствительности;
- Недостаточная готовность беременной к родам;

##### **Критерии диагностики патологического прелиминарного периода:**

- Нерегулярные, разной интенсивности схватки, беспокоящие беременную преимущественно в ночное время;
- Неритмичный характер сократительной функции матки;

- Нарушение суточного ритма сна и бодрствования;
- Предродовой дискомфорт, депрессивное настроение, чувство усталости и тревоги за исход родов.
- Данные влагалищного исследования:
  - Недостаточная зрелость шейки матки;
  - Плоский плодный пузырь при зрелой шейке матки (часто)
  - Отсутствие клинических признаков родовой деятельности: нарастания интенсивности схваток и морфологических изменений шейки матки в течение 6 и более часов (длительное нахождение в латентной фазе родов при контроле партограммой – ложные схватки).

***У одной трети беременных патологический прелиминарный период прогрессирует в аномалии родовой деятельности (см. таблицу 1: варианты патогенеза аномалий родовой деятельности).***

Своевременная коррекция патологического прелиминарного периода вдвое уменьшает вероятность аномалий родовой деятельности.

### **Коррекция патологического прелиминарного периода**

• В ночное время обеспечить психологическую поддержку беременной, способствовать сну и уменьшить возбудимость матки. Для этого использовать седативные препараты в сочетании с анальгетиками с токолитическим и спазмолитическим эффектом. Рекомендуемые варианты препаратов:

- Sol. Seduxeni/Diazepam 0,5% -2ml внутримышечно + Buscopan 10 mg в свече ректально или в таблетке перорально.
- Sol. Baralgin 5.0 ml + Sol. Relanii 2,0 ml (sol. Seduxeni 2.0 ml) внутримышечно

**N.B.** Седативные препараты влияют на состояние плода и нередко ухудшают показатели КТГ, поэтому не рекомендуются к повторному применению.

• **При утомлении беременной от длительных ложных схваток провести токолиз гинипралом:**

- Sol Gyniprali 0,005% -2 ml + 400.0 физраствора, вводить внутривенно со скоростью 30 капель в минуту.

• **При недостаточном эффекте от проводимой терапии предоставить сон с помощью оксипутирата натрия (ГОМК):**

- Sol. Natrii oxybutiratis 20% - 10 ml из расчета 50 mg на килограмм массы беременной внутривенно с премедикацией. ***Данное назначение выполняет врач – анестезиолог!***

• **При недостаточной готовности к родам после отдыха:**

- Mifepristone 0,2 (200mg) по одной таблетке в сутки 2 раза с интервалом 24 ч с последующим контролем шейки матки и назначением простагландина E2 в форме препидил-гель (Prepidil 500 mg) в шприце эндоцервикально или в задний свод влагалища.

• **При контроле родовых путей обращать внимание на состояние наружного и внутреннего зева шейки матки. Своевременно устранив конглоутации, можно добиться ускорения родовой деятельности.**

• **Плоский плодный пузырь следует вскрыть и развести оболочки. Это необходимо сделать до предоставления сна - отдыха.**

В случае отсутствия необходимости в сне – отдыхе, амниотомию следует сочетать со спазмолитиками (но-шпа, баралгин) для профилактики дистонии шейки матки и гипертонуса нижнего сегмента матки.

***После устранения симптомов патологического прелиминарного периода, при условии хорошей готовности беременной к родам, роды вести в зависимости от акушерской ситуации.***

#### **4.4.4. Преждевременный разрыв плодных оболочек при доношенной беременности**

Преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдается у 30 – 40% беременных. Время между разрывом плодных оболочек и началом родовой деятельности принято считать латентным периодом, а между разрывом плодных оболочек и рождением плода – *безводным промежутком*.

Как правило, у двух третей женщин при преждевременном излитии околоплодных вод при доношенном сроке беременности в течение суток развивается спонтанная родовая деятельность. Инфекционные осложнения в виде хориоамнионита могут возникнуть в 50% случаях .

Длительный безводный промежуток увеличивает риск внутриутробной гипоксии и родового травматизма плода.

##### **4.4.4.1. Причины преждевременного разрыва плодных оболочек:**

- Инфекции цервикального канала и нижнего полюса плодного пузыря;
- Гиповитаминозы и недостаток микроэлементов;
- Перерастяжение матки при многоводии и многоплодной беременности;
- Отсутствие пояса соприкосновения при поперечном положении плода, тазовом предлежании и разгибательных выставлениях головки плода;
- Пороки развития плода;
- Пороки развития матки;
- Истмико-цервикальная недостаточность;
- Половой акт и физическое перенапряжение способствуют излитию вод при наличии предрасполагающих акушерских ситуаций.

##### **Критерии для диагностики ПРПО при доношенной беременности:**

- Жидкие выделения из влагалища, усиливающиеся при переходе из горизонтального в вертикальное положение беременной;
- Определение наличия амниотической жидкости во влагалище путем осмотра в зеркалах, тестирования pH влагалищного содержимого, микроскопирования при окраске эозином, выявления кристаллизации высушенного на стекле материала (диагностическая ценность метода невелика, ≈ 80%);
- Использование одноразовых тест – систем («Амниотест», Актим ПРОМ)
- Уменьшение объема околоплодных вод по данным ультразвукового исследования, если до этого не диагностировалось маловодие.

##### **4.4.4.2. Акушерская тактика при преждевременном разрыве плодных оболочек:**

Если произошло дородовое излитие околоплодных вод, при доношенном сроке беременности и состояние плода нормальное, то в течение суток возможна выжидательная тактика.

- Постельный режим;
- Стерильные подкладные;
- Оценка акушерской ситуации;
- Выявление показаний для экстренного кесарева сечения, оперативное родоразрешение при минимальном безводном промежутке до 6 часов;
- При безводном промежутке **более 12 ч:** контроль температуры каждые 3 ч, анализы крови (лейкоцитоз с определением лейкоцитарной формулы, тромбоциты), мазок на флору. **Н.В.:**

Принимая во внимание роль стрептококка группы В в развитии тяжелой заболеваемости (сепсис) у новорожденных препаратом выбора являются защищенные пенициллины.

- Начать введение антибиотиков по выбору:
  - Полусинтетические защищенные пенициллины (аугментин);
  - макролиды (эритромицин, джозамицин, макропен);
  - клиндамицин 150 -300 мг внутривенно в 100, мл раствора;
  - клиндацин 100 мг в форме геля интравагинально 1 раз в сутки при бактериальном вагинозе.)

При лейкоцитозе с нейтрофильным сдвигом показана антибактериальная терапия защищенными пенициллинами или цефалоспоридами I или II поколений, или макролидами. При этом, учитывая роль анаэробной инфекции, перечисленные антибиотики комбинируются с клиндамицином.

- Для пациенток с аллергией к В-лактамам альтернативой является комбинация клиндамицина (600 мг) с гентамицином (1,5 мг/кг) или вагинальное введение 5 г геля метронидазола Дополнить спазмолитической терапией: бускопаном 10 мг или баралгином 500 мг для профилактики первичной дискоординации родовой деятельности; контролировать тонус и возбудимость матки, состояние плода;
- При незрелой шейке матки в качестве подготовки к родовозбуждению использовать препараты простагландинов группы Е в соответствии с рекомендуемыми дозами;
- Через 24 ч в случае отсутствия родовой деятельности начать родовозбуждение окситоцином 5 ЕД /500 мл раствора глюкозы или изотонического раствора с 8 капель в минуту, прибавляя каждые 15 минут по 5 - 8 капель в минуту под контролем возбудимости матки (максимальная скорость инфузии – 40 капель в минуту) по методу окситоцинового титрования с индивидуальным подбором дозы. В настоящее время предпочтительна низкообъемная инфузия (применение инфузомата).
- Оценить эффективность родовозбуждения и родовой деятельности в течение 4 часов.
- В случае недостаточного эффекта от родовозбуждения, обсудить с беременной/ роженицей план дальнейшего ведения родов, включая кесарево сечение;

Кесарево сечение при длительном безводном промежутке Проводится по обычной методике с антибиотикотерапией двумя группами препаратов.

#### **Диагностические критерии хориоамнионита при преждевременном разрыве плодных оболочек:**

- Повышение температуры у роженицы до 38 и более градусов по Цельсию
- Нарастание лейкоцитоза ( $\geq 18 \times 10^9$  с нейтрофильным сдвигом) у роженицы и повышение уровня СРБ в крови.
- Влагилищная лейкорея ( $\geq 80$  лейкоцитов в поле зрения микроскопа при увеличении  $\times 400$  раз),
- Обнаружение патогенной флоры в цервикальном содержимом или в околоплодных водах.
- Гистологическое подтверждение воспаления оболочек.

#### **4.4.5. Слабость родовой деятельности (Inertia uteri)**

Слабость родовой деятельности – наиболее вероятная аномалия родовой деятельности в форме первичной (5,6%), вторичной слабости (2 -5%).

#### **Критерии для диагностики слабости родовой деятельности:**

При анализе течения родов с использованием партограммы (см. в приложениях) слабость родовой деятельности может проявляться:

- длительной латентной фазой (более 6 ч у первородящей и более 4 ч – у повторнородящей);



- замедленным темпом раскрытия шейки матки в активной фазе (ускорения), захождением партографической линии за «линию бдительности» и «линию действия»;
- медленным продвижением головки плода по родовому каналу при отсутствии механического препятствия ему со стороны малого таза и родовых путей во втором периоде родов;
- При оценке схваток в ЕД Монтевидео (умножение амплитуды схватки на частоту схваток) активность родовой деятельности недостаточна; для контроля может быть использована токограмма при биомониторинге плода.

***Слабость родовой деятельности необходимо дифференцировать с гипертоническими сокращениями матки (дискоординированной родовой деятельностью) и гистопатическим состоянием матки, при которых темп раскрытия шейки матки и продвижение плода также затруднены.***

Слабость родовой деятельности – результат недостаточной активности рожавшей матки, зависящей от многих факторов:

- (1) недостаточной стимуляции матки утеротониками, вследствие их малой концентрации или слабой рецепции миометрия по отношению к естественным медиаторам (ацетилхолину, норадреналину), окситоцину, серотонину, простагландинам и кининам;
- (2) нарушения биохимических процессов, обеспечивающих биоэнергетику мышечного сокращения;
- (3) морфологических изменений миометрия, вследствие недостаточного развития матки или замещения мышечных элементов соединительной тканью.

Причинами слабости родовой деятельности являются:

- нейро-эндокринные дисфункции,
- нарушения энергетического состояния при дефиците и избыточной массе тела,
- половой инфантилизм и пороки развития матки,
- перерастяжение матки вследствие многоводия, крупного плода и многоплодной беременности,
- утомление роженицы,
- неврологическая патология у беременной и слабость мышц брюшного пресса.

Наиболее неблагоприятен маточный вариант слабости родовой деятельности, при котором морфологические изменения миометрия не позволяют развивать достаточную сократительную активность матки в ответ на родостимулирующую терапию, а неконтролируемое использование утеротропных препаратов может привести к гистопатическому разрыву матки. Поэтому отсутствие положительного эффекта от проводимых мероприятий в течение 4 - 6 часов достаточное основание для решения вопроса об оперативном родоразрешении с помощью кесарева сечения.

#### **Показания к кесареву сечению при слабости родовой деятельности:**

- Плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода, высокий перинатальный риск.
- Не поддающаяся коррекции в течение 4-6 ч аномалия родовой деятельности, подтвержденная партограммой.
- Сочетание слабости родовой деятельности с крупным плодом.
- Сочетание слабости родовой деятельности с анатомически узким тазом, включая первую степень сужения.
- Сочетание слабости родовой деятельности с тазовым предлежанием плода.

#### **Критерии для предоставления медикаментозного сна-отдыха роженицам:**

- После длительного патологического прелиминарного периода, приобретшего признаки первичной слабости родовой деятельности или дискоординированной родовой деятельности.

- При продолжительности первого периода родов более 12 часов и раскрытии шейки матки менее 8 см.
- В случае повторной родостимуляции в течение 12 ч необходим отдых роженицы и коррекция метаболического ацидоза.

***Выбор медикаментозных средств для сна – отдыха роженицы согласовать с анестезиологом. Во время сна осуществлять совместное с анестезиологом наблюдение за состоянием матери и плода.***

#### **Методика усиления родовой деятельности окситоцином:**

- Начать внутривенное капельное введение раствора глюкозы 5% или изотонического раствора хлорида натрия - 500 мл со скоростью 8 капель в минуту;
- Во флакон ввести с использованием правил асептики 1 мл (5ЕД) окситоцина и продолжить введение с той же скоростью в течение 15 минут. В современных условиях необходимо использовать перфузор (инфузомат).
- Контролировать состояние роженицы и плода, тонус и возбудимость матки, оценить схватки по продолжительности, частоте и силе в течение 10 минут;
- При недостаточном эффекте оцениваемой дозы окситоцина, каждые 15 минут увеличивать частоту капель на 8, добиваясь нормативных показателей. Максимальная скорость введения раствора не должна превышать 40 капель в минуту, что соответствует 0,02 ЕД окситоцина. При максимальной скорости инфузии 40 капель в минуту продолжительность введения 500 мл раствора составляет около 4 часов;
- Через 4 ч от начала введения окситоцина необходимо оценить динамику раскрытия шейки матки и решить вопрос:
  - о дальнейшем введении окситоцина,
  - о предоставлении сна – отдыха,
  - об окончании родов с помощью кесарева сечения.
- ***В настоящее время энзапрост не применяется в качестве утеротонического средства. Он применяется только для внутриаамниотического введения при поздних выкидышах.***
- Если индукция родов проводится при недостаточно зрелой шейке матки, то одновременно с внутривенной капельной инфузией окситоцина необходимо использовать спазмолитики по выбору (баралгин, бускопан, но- шпа).
- При появлении дискоординированных сокращений матки:
  - уменьшить только дозу утеротоника,
- сочетать окситоцин с токолитической терапией партусистеном или гинипралом по принципу длительного токолиза (одна ампула препарата на 500 мл раствора, вводить со скоростью 30 капель в одну минуту). ***Предпочтителен гинипрал из-за менее выраженного побочного влияния на показатели сердечнососудистого профиля.***

**Не следует применять утеротонические препараты при следующих акушерских ситуациях:**

- При наличии неполноценного рубца на матке после кесарева сечения;
- При других анамнестических и объективных признаках **гистопатических изменений матки;**
- **При разгибательных предлежаниях и вставлениях головки плода,** а также в случае переднетеменного асинклитического 2 и 3 степени вставления головки и при заднетеменном вставлении любой степени, при высоком прямом стоянии головки, особенно positio occipitalis sacralis;
- При анатомически узком тазе при доношенной беременности и крупном плоде;

- При маточном кровотечении во время беременности, в первом и втором периоде родов;
- У многорожавших беременных и рожениц с истонченной маткой;
- При предшествовавшей родам гипоксии плода или проявлениях гипоксии плода у роженицы;
- Если запланировано кесарево сечение по совокупности акушерских показаний.

#### 4.4.5.1. **Акушерские операции при родоразрешении через естественные родовые пути:**

- При плоском плодном пузыре, при гипертензии, сердечной недостаточности, в случае многоводия и как способ повысить эффективность препаратов – утеротоников **показана ранняя амниотомия**. Раннюю амниотомию полезно сочетать с введением спазмолитических препаратов (бускопан, баралгин, метацин, но-шпа) по состоянию шейки матки и нижнего сегмента матки.
- При слабости потуг и при низком поперечном стоянии головки плода во втором периоде родов **показана вакуум-экстракция плода**.
  - Противопоказана вакуум-экстракция плода при острой гипоксии плода (опасность возникновения субдуральных гематом), предпочтение отдается акушерским щипцам. В настоящее время возможно при начавшейся острой гипоксии плода.
- При условии полного раскрытия шейки матки и отсутствия плодного пузыря, при соответствии размеров головки с тазом матери, при условии доношенного плода, и при нахождении головки плода в полости малого таза или на тазовом дне, **показано наложение акушерских щипцов**. Наиболее частыми показаниями для наложения акушерских щипцов являются экстрагенитальные заболевания у роженицы, слабость потуг и острая гипоксия плода во втором периоде родов. Необходимо выполнять операцию наложения акушерских щипцов в полном соответствии с техническими правилами, изложенными в оперативном акушерстве.
- **При затрудненном выведении плечиков, вследствие нарушения биомеханизма внутреннего поворота туловища плода, следовать алгоритму «дистоция плечиков и способы её преодоления»**

#### 4.4.6. **Дистоция плечиков и способы её преодоления.**

Дистоция плечиков является одной из причин затрудненных родов.

##### 4.4.6.1. **Факторами риска дистоции плечиков во втором периоде родов являются:**

- сахарный диабет у матери,
- метаболический синдром у беременной с абдоминальным типом ожирения,
- ожирение любого типа с ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>,
- крупный плод при массе более 4000 г.,
- сужение таза, особенно уменьшение прямого размера широкой части малого таза,
- аномалии родовой деятельности в первом и во втором периоде родов,
- неадекватные способы коррекции родовой деятельности,
- чрезмерное стремление акушерок ускорить второй период родов до окончания наружного поворота головки и внутреннего поворота плечиков в соответствии с позицией плода.

##### 4.4.6.2. **Критерии диагностики дистоции плечиков:**

- головка плода родилась до подбородка, шея плотно охвачена вульвой,
- потуги не приводят к продвижению плода, попытки потягивания за головку не способствуют рождению плечевого пояса,
- у лона пальпируется выступающее «переднее» плечико плода.

4.4.6.3. **Алгоритм оказания помощи при дистоции плечиков** (необходимо действовать быстро, у Вас всего пять минут!) Помните про три запрета: не давите, не тяните, и не сгибайте!

- (1) позовите помощников, владеющих приемами оказания акушерской помощи во втором периоде родов и неонатолога,
- (2) уложите женщину на спину тазовым концом на край кровати,
- (3) оцените необходимость эпизиотомии, быстро проведите пудендальную анестезию и эпизиотомию,
- (4) не позволяйте помощникам давить на дно матки (это может способствовать разрыву матки!),
- (5) согните ноги роженицы в коленях и разведите в тазобедренных суставах, приведите их к груди (прием McRoberts).
- (6) со стороны спинки плода надавите ладонью руки на плечико по направлению к груди (прием Rubin I),
- (7) при неудачной попытке приема Rubin I немедленно перейдите к приему Rubin II: двумя пальцами руки, одноименной переднему плечу плода войдите во влагалище со стороны спинки и оказывайте давление на переднее плечико по направлению к груди,
- (8) + введите вторую руку к заднему плечу и обеими руками попытайтесь перевести заднее плечико в переднее (прием «винта» Wood),
- (9) извлеките **заднее плечико** плода за локтевой сустав спереди по грудке.
  - Иногда лучшего эффекта приемы Rubin II, Wood дают в коленно-локтевом положении роженицы.
- (10) при неудачной попытке изменить ситуацию необходимо сломать ключицу плода для уменьшения размера плечевого пояса.
  - **В протоколе пособия указать фамилию основного акушера кто ведет и его помощников. На каждый прием затрачивать не более 30 – 60 секунд.**

#### 4.4.7. Оказание помощи при тазовых предлежаниях

Должно соответствовать акушерской ситуации и предполагает выполнение во втором периоде родов пособий:

Цовьянова I (при чисто ягодичном предлежании),

Цовьянова II (при ножных предлежаниях),

Классического ручного пособия (в случае смешанного ягодичного предлежания), а также операции экстракции за тазовый конец (за ножки или за паховый сгиб) по показаниям со стороны матери и плода.

**Учет условий и безукоризненное выполнение техники пособий и операции экстракции плода за тазовый конец позволит снизить риск травматических повреждений матери и плода.**

#### 4.4.8. Гипертонические сокращения матки (дискоординированная родовая деятельность)

Дискоординированная родовая деятельность (нарушение принципа «тройного нисходящего градиента») наблюдается у 1 – 4% рожениц.

Дискоординированная родовая деятельность – следствие рассогласованной работы продольных и поперечных гладкомышечных элементов матки в родах. Это характеризуется нарушением принципа «тройного нисходящего градиента» в работе верхнего и нижнего сегмента матки. Эффективность схваток при этом отстает от нормы, родовой процесс замедляется. Патологический характер родовой деятельности способствует нарушению маточно-плацентарного кровотока, гипоксии плода. Длительная дискоординированная родовая деятельность приводит к активированию маточных тканевых факторов свертывания крови и способствует синдрому ДВС.

Дискоординированная родовая деятельность чаще встречается после патологического прелиминарного периода, при преждевременном разрыве плодных оболочек и при недостаточной готовности к родам (как биологической, так и психологической). Стрессовые ситуации,

реализующие свой эффект через ретикулярную формацию головного мозга и высшие вегетативные центры, способствуют дезорганизации нервной регуляции сократительной функции матки у рожениц.

Неадекватное применение утеротоников при недостаточной готовности к родам также способствует дискоординированной родовой деятельности (ятрогенный фактор).

#### **Клинические проявления дискоординированной родовой деятельности**

- ***Самое главное – отсутствие симптомов клинического несоответствия размеров головки и таза . Очень важно прежде всего исключить клинически узкий таз.***
- Схватки аритмичные (с разной продолжительностью и различными промежутками времени между ними);
- Повышенная субъективная реакция на схватки вследствие снижения порога болевой чувствительности и спазма циркулярных мышечных волокон нижнего сегмента матки и шейки матки;
- Нарушение функции соседних с маткой органов, объединенных общей иннервацией: задержка мочеиспускания без механического препятствия, спазм сфинктера прямой кишки, тошнота и рвота во время схватки;
- Спастическое состояние мышц промежности, затрудняющее влагалищное исследование;
- Гипертонус (доходящий до спазма) нижнего сегмента матки во время схватки, препятствующий фиксации предлежащей части во входе в малый таз;
- Плотная, свисающая и спазмированная шейка матки. При этом следует различать механическую (при рубцовых изменениях) и функциональную (вследствие спазма шейки матки во время схватки) дистоцию шейки матки;
- Замедленный темп раскрытия шейки матки и нарастание признаков утомления роженицы;
- Ухудшение сердечной деятельности плода как свидетельство гипоксии и утомления роженицы;
- Медленный темп раскрытия шейки матки, напоминающий таковой при слабости родовой деятельности («гипертоническая слабость» по И.И.Яковлеву) Гипертонические некоординированные сокращения матки по МКБ

#### **4.4.8.1. Принципы профилактики и коррекции дискоординированной родовой деятельности:**

- Использование спазмолитических и токолитических средств в коррекции длительного прелиминарного периода и при преждевременном разрыве плодных оболочек
- При необходимости подготовка шейки матки простагландинами для последующего родовозбуждения;
- Сочетание окситоцина по принципу титрования с адекватным обезболиванием родов (промедол + метацин, седуксен/ диазепам + баралгин, седуксен + свеча с индометацином ректально);
- Отказ от утеротоников во время родов при гипертонусе нижнего сегмента матки и недостаточно зрелой шейке матки;

#### ***При дискоординированной родовой деятельности***

#### ***утеротоники категорически противопоказаны!***

- В зависимости от акушерской ситуации, с учетом течения беременности, родов и состояния плода, при информированном согласии роженицы планировать:
  - кесарево сечение;
  - предоставить отдых роженице ГОМК (анестезиолог);
  - назначить спазмолитики по выбору (баралгин, бускопан, метацин, но-шпа) в случае функциональной дистоции шейки матки;

- в случае гипертонуса / спазма нижнего сегмента матки и острой гипоксии плода показана токолитическая терапия по принципу острого токолиза (одна ампула гинипрала 10 мкг в 20 мл. изотонического раствора внутривенно медленно со скоростью 1 мл в минуту) для уменьшения сокращений матки и улучшения маточно-плацентарного кровотока под контролем самочувствия роженицы, пульса, АД, дыхания и сердечной деятельности матери и плода.

#### **4.4.9. Стремительные роды (Чрезмерная родовая деятельность)**

Стремительные роды встречается у 0,7- 1,5% рожениц, исключая ятрогенную. В группу риска по чрезмерной родовой деятельности относятся роженицы при следующих предрасполагающих факторах:

- наследственной предрасположенности по материнской линии;
- при повышенной нервной возбудимости роженицы;
- при наличии некоторых экстрагенитальных заболеваний (гипертиреоза, пороков сердца, дисплазии соединительной ткани), при гипертензиях, в том числе и ГВБ;
- в случае истмико-цервикальной недостаточности;
- у многорожавших женщин;
- при неадекватном применении родоускоряющих средств и методов стимуляции родовой деятельности (ятрогенный фактор).

#### **Критерии для диагностики стремительных родов**

- Частота схваток в латентной фазе достигает 3- 5 за 10 минут;
- Активная фаза родов проявляется с начала родов, минуя латентную фазу;
- Темп раскрытия шейки матки ускорен;
- Продвижение плода по родовому каналу ускоренно за исключением ситуации клинически узкого таза;
- Сердцебиение плода учащено при продвижении головки по плоскостям малого таза, нередко наблюдается брадикардия во время и после потуги, однако, при головке, находящейся в узкой части малого таза, брадикардия может иметь место;
- Роды заканчиваются у первородящей за 6 и менее часов, у повторнородящей – за 4 и менее часа.

#### **4.4.9.1. Осложнения стремительных родов:**

- Роды вне стационара (домашние, дорожные); Роженицы со стремительными родами не всегда успевают доехать до стационара. Большинство родов вне родильного отделения – стремительные (особенно в районах).
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- Родовой травматизм матери, включая разрыв и выворот матки;
- Родовой травматизм плода;
- Высокий риск перинатальной смертности;
- Ранние послеродовые кровотечения;
- Инфицирование роженицы и плода;
- Послеродовые гнойно-септические заболевания и анаэробные раневые инфекции (столбняк, гангрена).

#### 4.4.9.2. **Коррекция стремительных родов:**

- Заблаговременная госпитализация для оценки готовности беременной к родам и планирования родов с учетом возможных осложнений у матери и плода;
- Психологическая поддержка во время родов;
- Токолитики: верапамил/ изоптин 5 мг в ампуле 2,0 мл с глюкозой внутривенно + свеча с индометацином 0,05 ректально (однократное назначение в первом периоде родов), гинипрал 2,0 мл в 200,0 мл физиологического раствора по общепринятой методике;
- Инфузия сульфата магния 25%-10 мл в 200,0 физраствора до открытия шейки матки 4-5 см, возможно внутривенное введение спазмолитиков (дротаверин (но-шпа), баралгин)
- В родах преимущественно положение роженицы на боку, противоположном позиции плода;
- Пудендальная анестезия и эпизиотомия во втором периоде родов;
- Профилактика кровотечения в III периоде родов окситоцином после пережатия пуповины и/или отделения плода от матери.
- Индивидуальный подход к раннему прикладыванию новорожденного к груди (после оценки по шкале Apgar & Dauns).
- Неонатальный уход и лечение новорожденного.

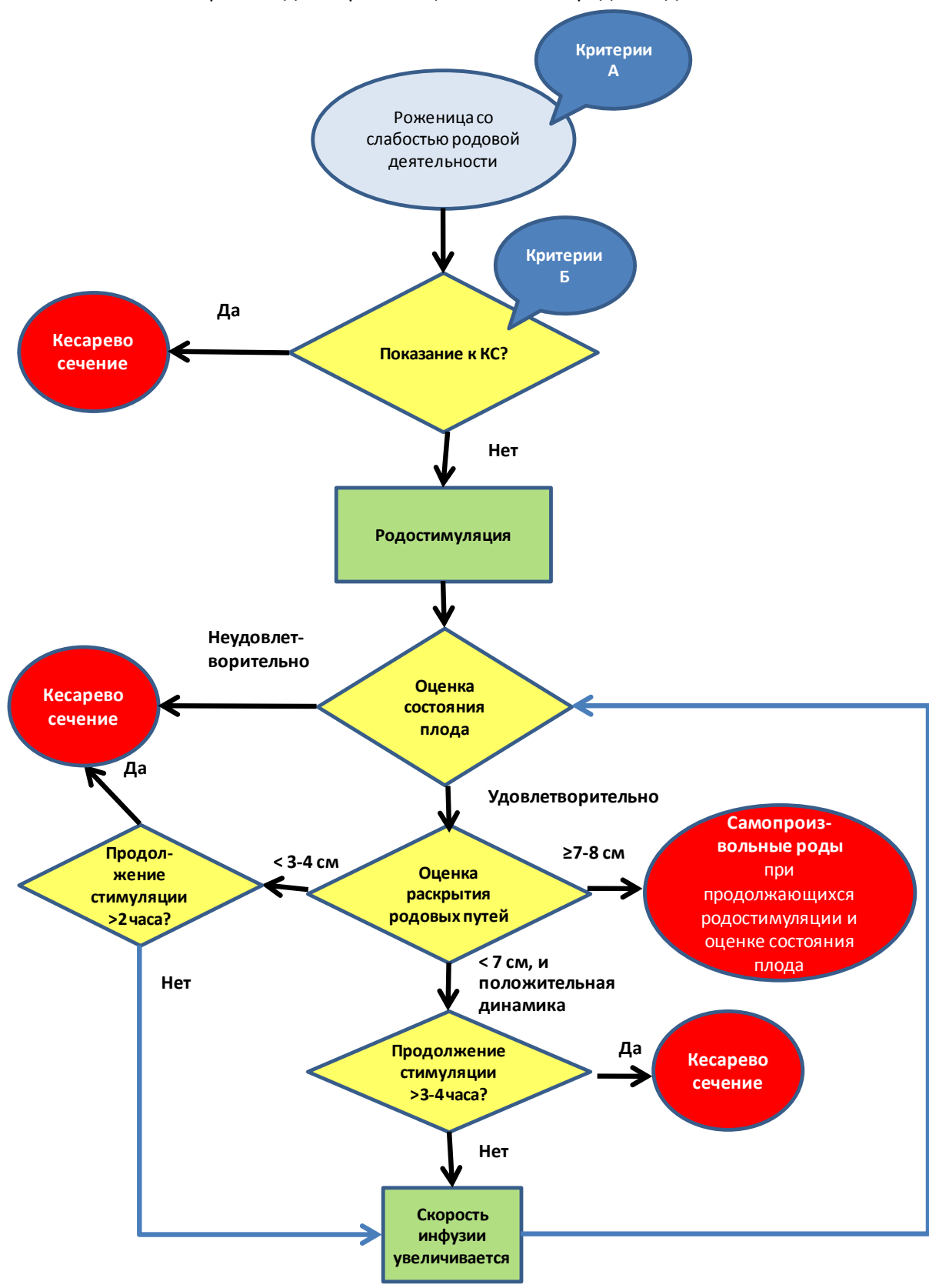
#### 4.4.10. **Особенности ведения второго периода родов у рожениц с аномалиями родовой деятельности**

- Непрерывный мониторинг общего состояния роженицы (пульс, АД, ЧДД);
- Оценка потужной деятельности;
- Психологическая поддержка роженицы по принципу партнерства в родах;
- Выслушивание сердцебиения плода после каждой потуги;
- Характер мочи (цвет) при выведении катетером;
- Регистрация продвижения предлежащей части:
  - по отстоянию плечевого пояса плода от лонного сочленения матери;
  - по продвижению головки по плоскостям таза;
- Контроль признаков несоответствия головки плода с тазом матери при прохождении плоскости входа в малый таз:
  - наружными приемами Вастена и Цангемейстера,
  - по состоянию нижнего сегмента матки
  - симптомам прижатия мочевого пузыря,
  - посредством вагинального исследования;

**Н.В.** необходимо своевременное использование акушерских пособий и операций для завершения «затрудненных» родов. Никогда не использовать запрещенные приемы «выдавливания плода» по Кристеллеру и бинтом Вербова!

#### 4.5. **Схемы, Алгоритмы и Таблицы**

Схема № 8. Алгоритм ведения рожениц со слабостью родовой деятельности





### **Критерии А**

#### **Критерии для диагностики слабости родовой деятельности:**

При анализе течения родов с использованием партограммы (см. в приложениях) слабость родовой деятельности может проявляться:

- длительной латентной фазой (более 6 ч у первородящей и более 4 ч – у повторнородящей);
- замедленным темпом раскрытия шейки матки в активной фазе (ускорения), захождением партографической линии за «линию бдительности» и «линию действия»;
- медленным продвижением головки плода по родовому каналу при отсутствии механического препятствия ему со стороны малого таза и родовых путей во втором периоде родов;
- При оценке схваток в ЕД Монтевидео (умножение амплитуды схватки на частоту схваток) активность родовой деятельности недостаточна; для контроля может быть использована токограмма при биомониторинге плода.

### **Критерии Б**

#### **Показания к кесареву сечению при слабости родовой деятельности:**

- Плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода, высокий перинатальный риск.
- Не поддающаяся коррекции в течение 3-4 ч аномалия родовой деятельности, подтвержденная партограммой.
- Сочетание слабости родовой деятельности с крупным плодом.
- Сочетание слабости родовой деятельности с анатомически узким тазом, включая первую степень сужения.
- Сочетание слабости родовой деятельности с тазовым предлежанием плода.

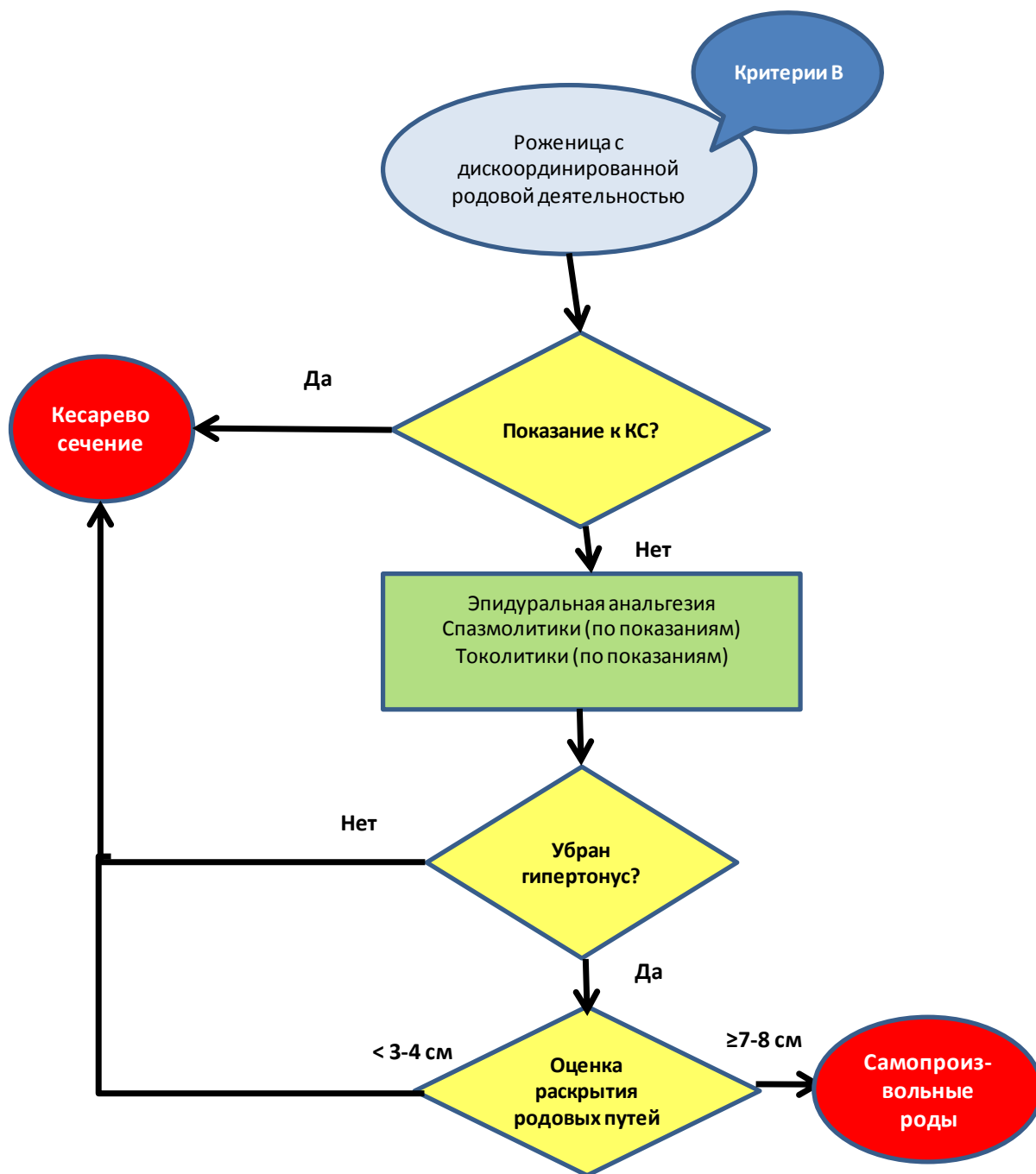


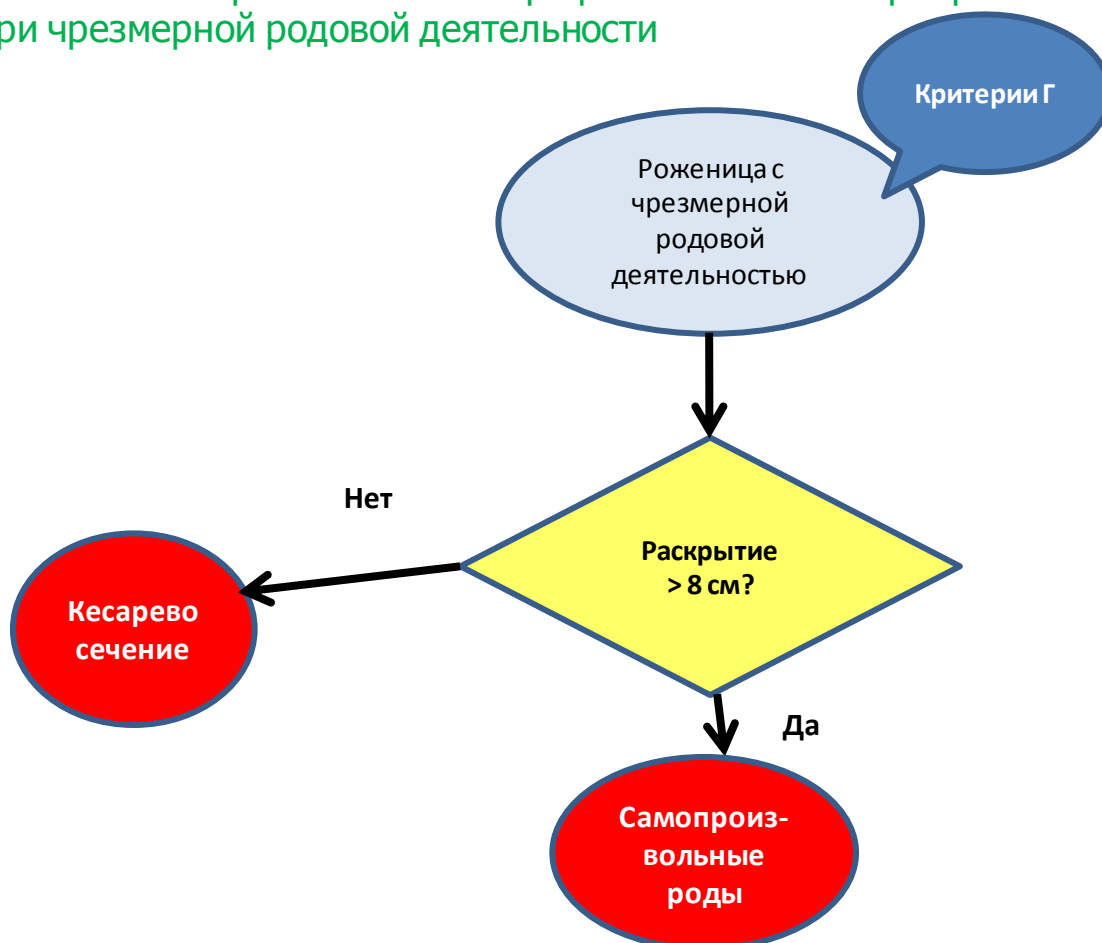
Схема № 9 . Алгоритм оказания помощи роженицам с дискоординированной родовой деятельностью

## Критерии В

### Клинические проявления дискоординированной родовой деятельности

- *Самое главное – отсутствие симптомов клинического несоответствия размеров головки и таза . Очень важно прежде всего исключить клинически узкий таз.*
- Схватки аритмичные (с разной продолжительностью и различными промежутками времени между ними);
- Повышенная субъективная реакция на схватки вследствие снижения порога болевой чувствительности и спазма циркулярных мышечных волокон нижнего сегмента матки и шейки матки;
- Нарушение функции соседних с маткой органов, объединенных общей иннервацией: задержка мочеиспускания без механического препятствия, спазм сфинктера прямой кишки, тошнота и рвота во время схватки;
- Спастическое состояние мышц промежности, затрудняющее влагалищное исследование;
- Гипертонус (доходящий до спазма) нижнего сегмента матки во время схватки, препятствующий фиксации предлежащей части во входе в малый таз;
- Плотная, свисающая и спазмированная шейка матки. При этом следует различать механическую (при рубцовых изменениях) и функциональную (вследствие спазма шейки матки во время схватки) дистоцию шейки матки;
- Замедленный темп раскрытия шейки матки и нарастание признаков утомления роженицы;
- Ухудшение сердечной деятельности плода как свидетельство гипоксии и утомления роженицы;
- Медленный темп раскрытия шейки матки, напоминающий таковой при слабости родовой деятельности («гипертоническая слабость» по И.И.Яковлеву)  
Гипертонические некоординированные сокращения матки по МКБ

Схема 10. Алгоритм лечебно - профилактических мероприятий при чрезмерной родовой деятельности



### **Критерии Г**

#### **Критерии для диагностики стремительных родов**

- Частота схваток в латентной фазе достигает 3- 5 за 10 минут;
- Активная фаза родов проявляется с начала родов, минуя латентную фазу;
- Темп раскрытия шейки матки ускорен;
- Продвижение плода по родовому каналу ускоренно за исключением ситуации клинически узкого таза;
- Сердцебиение плода учащено при продвижении головки по плоскостям малого таза, нередко наблюдается брадикардия во время и после потуги, однако, при головке, находящейся в узкой части малого таза, брадикардия может иметь место;
- Роды заканчиваются у первородящей за 6 и менее часов, у повторнородящей – за 4 и менее часа.

## ТАБЛИЦА 1

### Шкала степени зрелости шейки матки (Е.Н.Вishop)

Признак	Баллы		
	0	1	2
Консистенция	Плотная	Размягчена по периферии, область внутреннего зева плотная	Мягкая
Длина шейки матки	Более 2 см	1 -2 см	Менее 1 см
Проподимость цервикального канала	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	Канал проходим до внутреннего зева	Канал проходим для одного и более пальцев за внутренний зев
Положение шейки матки по отношению к проводной оси малого таза	Кзади	Кзади или кпереди	По проводной оси малого таза

Примечание: 0 – 2 балла - шейка матки «незрелая»;

3 – 4 балла - шейка матки «недостаточно зрелая»

5 – 8 баллов - шейка матки «зрелая»

## ТАБЛИЦА 2

### Зрелость шейки матки (по Г.Г.Хечинашвили)

Характеристика признака	Степень зрелости шейки матки			
	«незрелая»	«созревающая»	«недостаточ но зрелая»	«зрелая»
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена не полностью, преимущественно в области наружного зева	Размягчена почти полностью, за исключением внутреннего зева	Размягчена полностью
Длина влагалищной части	Сохранена, иногда очень длинная	Слегка укорочена	Укорочена до 2 см	Укорочена до 2 и менее 2 см.
Степень проходимости цервикального канала и его отношение к нижнему сегменту матки	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца у повторнородящих	Наружный зев у первородящих пропускает кончик пальца, у повторнородящих - проходим для одного пальца до внутреннего зева	Проходим для одного пальца за внутренний зев, нет плавного перехода в нижний сегмент матки	Свободно проходим для одного или двух пальцев за внутренний зев. Имеется плавный переход в нижний сегмент матки
Толщина влагалищной части	2 см	1,5 см	1 см	0, 5 см
Состояние нижнего сегмента матки	Предлежащая часть через своды пальпируется неотчетливо	Предлежащая часть определяется недостаточно отчетливо	Предлежащая часть определяется довольно отчетливо, ориентиры на ней определить нельзя	Предлежащая часть определяется отчетливо, ориентиры определяются
Расположение шейки матки	Отклонена кзади, наружный зев на середине расстояния между верхним и нижним краем лобкового сочленения	Отклонена от проводной оси таза, наружный зев на уровне нижнего края симфиза или несколько ниже	Ближе к проводной оси таза, наружный зев на уровне нижнего края симфиза или несколько ниже	Строго по проводной оси, наружный зев определяется на уровне седалищных бугров

## 5. СИСТЕМА ОПТИМИЗАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОД КОНТРОЛЕМ ПАРТОГРАММЫ И СПОСОБЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧ

### 5.1 ЗАДАЧА 1: Принятие ЛПУ политики заполнения партограммы и ведения всех доношенных родов по алгоритмам в этом ПГР

Желательно, чтобы ниже перечисленные пункты были утверждены приказом главного врача. Примеры приказа показаны в главе 9 Приложения.

1. Партограмма должна быть заполнена во время всех родов, кроме плановых кесаревых сечений.
  - **Исключение:** партограмма не заполняется на роды вне родильного отделения, а так же при поступлении рожениц в потужной стадии 2 периода родов.
2. Партограмма заполняется врачом – акушером или акушеркой во время родов (не после родов). Оптимально заполнение партограммы врачом и акушеркой, особенно при большом количестве родов.
3. Дополнительно заполняется вторая страница партограммы в ПГР.
4. Заведующий отделением периодически контролирует заполнение партограммы во время родов.
5. По данным графика раскрытия зева и продвижения головки по отношению к линии бдительности и линии действия, врач, на основе критериев и алгоритмов ведения родов при аномалии родовой деятельности, ДИОВ, затрудненных родов, ставит диагноз и принимает решения о дальнейшем ведении, назначениях и способе родоразрешения, отражает их в плане ведения родов.
6. Плакаты с критериями аномалии родовой деятельности должны быть доступны для ознакомления медицинским персоналом
7. Первая и вторая страницы партограммы являются частями медицинской карты роженицы.
8. Данные из первой и второй страниц партограмм вводятся в журнал еженедельно. (формат журнала представлен в главе 6).
9. Индикаторы рассчитываются на основе журнала ежемесячно.

Необходима поддержка Заведующего отделением и его/ее заинтересованность во внедрении новых технологий для получения лучших результатов. Заведующий отделением должен быть ГОТОВ и СПОСОБЕН к обучению.

Необходима и очень важна поддержка департамента здравоохранения области и главного акушера-гинеколога, который должен быть инициатором в любом начинании. Необходим контроль и всяческая поддержка со стороны департамента всем участвующим ЛПУ.

**Результат:** Поддержка действия руководством

**Возможный микроиндикатор:** Наличие приказа

### 5.2 ЗАДАЧА 2: Внедрение использования партограммы и системы документации, с ней связанной

Для реализации данной задачи необходимо внедрить следующие изменения:

- 5.2.1. Обеспечение партограммами (Тиражирование)
- 5.2.2. Создание системы заполнения партограмм и хранения их в медицинских картах
- 5.2.3. Обучение специалистов (всех акушеров и акушерок)



### **5.2.1. Обеспечение партограммами (Тиражирование)**

Рекомендовано тиражирование достаточного количества экземпляров для использования в течение 6 месяцев при родах в ЛПУ. Файл для печати находится на компактном диске приложений.

Необходимо также подготовить журнал и разместить его в доступном месте.

**Результаты:** Материалы готовы к работе

**Возможный микроиндикатор:** Число бланков партограмм, доступное для использования

### **5.2.2. Создание системы заполнения партограмм и хранения их в медицинских картах**

**Результаты:** Работает система заполнения партограмм и хранения их в медицинских картах

### **5.2.3. Обучение специалистов (всех акушеров и акушерок)**

#### **5.2.3.1. Необходимо разделение ответственности при заполнении партограммы:**

Акушерка заполняет:

- титульную часть 1-й стр. ПГ
- свои наблюдения за роженицей:
- сердцебиение плода (если не стоит фетальный монитор) - каждые 30 мин
- Наличие целостности плодного пузыря, при излитии вод – цвет ОВ
- АД, пульс (при нормотонии не реже 1 раза в 4 часа)
- Т (каждые 4 часа)
- Количество мочи (при каждом мочеиспускании)
- Наличие ацетона, белка в моче (при патологических состояниях – назначается врачом)
- Введение лекарственных препаратов (назначенных врачом), введение окситоцина или других родостимулирующих средств (по назначению врача, указывается количество капель\мин).

Врач акушер – гинеколог при каждом осмотре (не реже 1 раза за 4 часа в 1ом периоде родов) отмечает:

- Время осмотра
- Силу, частоту и продолжительность схваток (штриховка).
- Раскрытие маточного зева (отмечает крестиком)
- Расположение головки (кружок).

Врач акушер – гинеколог также рисует график раскрытия маточного зева (линии соединения), переносит данные на линию бдительности при открытии на 4 см и более.

#### **5.2.3.2. Обучение всех акушеров-гинекологов и акушерок в родильном отделении:**

- Проведение общего семинара по партограмме на областном уровне для лидеров акушерских команд ЛПУ. Обязательно – зав. отделением и акушерка (можно старшая)
- Обученные на семинаре лидеры (зав. родильным отделением и акушерка), проводят обучение всех мед. работников, принимающих роды в своем ЛПУ (врачи-ординаторы, дежурные врачи акушеры-гинекологи, акушерки родового блока) – по той же схеме, что эксперт проводил на семинаре.

- Желательно обучение неонатологов-педиатров главным неонатологом области по принципам правильной диагностики, классификации по МКБ-10 и документации неонатальной гипоксии, асфиксии и родовой травмы, чтобы правильно оценивать результаты ведения родов.
- После трех месяцев тестирования заполнения партограмм в ЛПУ, эксперту целесообразно провести аудит историй родов с использованием партограммы и дополнительный тренинг (работа над ошибками) с целью дать ответы на имеющиеся вопросы. Такая методика обучения была применена в Костромской области (Шарья, Нерехта, Галич). Эксперт может при этом провести индивидуальные тренинги, для тех, кто не усвоил материал. Такие тренинги были проведены в ЛПУ Костромской области, в результате чего были достигнуты хорошие результаты.

Во время проведения аудита эксперту необходимо отметить, что инструкция по заполнению партограммы должна быть изучена очень тщательно и без пропусков.

**КАЖДЫЙ ПУНКТ ВАЖЕН!** Можно выделить следующие типичные ошибки:

- Не все графы партограммы заполняются
- Время указывается не в соответствии с инструкцией
- При открытии маточного зева на 4 см и более результат не переносится на линию бдительности и роды заканчиваются в зоне «латентной фазы 1 периода!
- Часть партограммы заполняется небрежно, а порой – после окончания родов (эксперту это установить легко)

Предполагается, что после проведения аудита, работы над ошибками и дополнительного тренинга, работа с партограммой нормализуется и при следующем аудите ошибок не будет.

- В дальнейшем, хорошо обученные медработники (желательно совместно с главным акушером-гинекологом области) становятся тренерами для других ЛПУ, в том числе для тех, кто не участвует в проекте.

**Результат:** Персонал имеют навыки правильного ведения родов

**Возможные микроиндикаторы:**

- Число обученных специалистов (по категории)
- Доля всего обученного персонала (по категории)

**5.2.3.3. Наглядные пособия для персонала родильного отделения**

- ПГР должен быть доступен для ознакомления медицинским персоналом (например: в ординаторской, на посту медсестры).
- На акушерских постах родового блока и в ординаторской должны быть инструкции по заполнению партограммы, особенно в первых 3 месяца, иногда больше. В ЦРБ Шарья, Костромская область, инструкция по заполнению партограммы по-прежнему идет в комплекте с каждой партограммой.

**5.3 ЗАДАЧА 3: Внедрение алгоритмов ведения затрудненных родов**

Для реализации данной задачи необходимо внедрить следующие изменения:

**5.3.1. Оснащение ЛПУ наглядными материалами и памятками для персонала**

Рекомендуется распечатать схемы 8-12 и критерии, связанные с ними в виде плакатов, поместить на акушерском посту в виде памятки для акушерки (врача). Файл для печати находится на диске приложения и будет представлен на веб-портале проекта.

**Возможный микроиндикатор:** Доля ординаторских, обеспеченных плакатами

### **5.3.2. Обеспечение родзалов необходимым оборудованием и лекарственными средствами**

Перечень оборудования должен соответствовать стандартам оснащения родильного дома согласно приказу №808Н от 31.12.2009г. Минздравсоцразвития РФ.

Перечень лекарственных средств представлен в таблице №4.

### **5.3.3. Обучение специалистов алгоритмам ведения родов с опорой на партограмму (всех акушеров и акушерок)**

Обучение специалистов можно проводить опираясь на главу данного пакета «Нарушения родовой деятельности»

**Возможный микроиндикатор:** число обученных специалистов

## **5.4 ЗАДАЧА 4: Аудит**

### **5.4.1. Ежедневная проверка истории родов.**

В свое рабочее время и ежедневно при сдаче дежурства проверяет все истории родов (прошедших за сутки) и заполнение партограммы, обращая внимание на правильность заполнения и своевременность принятия решений, соответствие алгоритмам ведения родов с аномалией родовой деятельности. Замечания заносятся в журнал. Во время ежедневных пятиминутных собраний персонал родильного отделения разбирают и обсуждают все случаи и качество заполнения партограммы и ведения родов.

Хорошо обученный лидер команды в краткие сроки и в доступной форме обучает всех работников, причастных к ведению родов; четко распределяет обязанности по заполнению ПГ врачом и акушеркой и не допускает ошибок.

**Результаты:** Врачи понимают важности работы по ПГР; исправляют ошибки и постоянно улучшают качество ведения родов

**Возможный микроиндикатор:** Доля дней в месяце когда была проведена проверка истории родов

### **5.4.2. Очень важно на этапе внедрения ПГ и с целью отследить ситуацию проведение ежемесячного аудита историй родов зав.отделением.**

- Заполнение ПГ на все роды, начавшиеся вагинально
- Полнота заполнения 1-й и 2-й страниц ПГ
- Правильность заполнения 1-й и 2-й страниц ПГ

Следующие критерии предложены Клинической больницей No. 2, г. Ярославля, для оценки доли правильных заполненных партограмм при проведении внутреннего аудита:

- (1) Отображение в виде кривых динамики раскрытия шейки матки
  - (2) Отображение цвета околоплодных вод
  - (3) Сердцебиение плода
  - (4) Продвижение предлежащей части плода
  - (5) Когда диагностируется активная фаза родов, точка ставится на линию бдительности
  - (6) Правильное отображение силы и частоты схваток
- Соответствие диагноза критериям и МКБ 10
  - Соответствие ведения родов алгоритмам по ведению родов с АРД.
  - Проведение экстренных КС и других оперативных вмешательств в родах
  - (акушерские щипцы, вакуум-экстракция)

- Необоснованное назначение родостимуляции.

При получении стабильных результатов, аудит можно проводить 1 раз в 3 месяца, выбрав определенное количество историй.

Предложенные формы для экспертного аудита партограмм представлены в главе 6 и на компактном диске приложений.

**Результат:** Команды ЛПУ знают о качестве своей работы

**Возможный микроиндикатор процесса:** Число историй родов проверенных при проведении аудита

**Возможные микроиндикаторы, которые могут быть рассчитаны во время аудита:**

- Доля правильно заполненных партограмм
- Доля родов со слабостью родовой деятельности (нарушениями)
- Доля родов с нарушениями родовой деятельности, проведенных с правильным использованием ПГР
- Распределение способов ведения родов с нарушениями родовой деятельности
- Доля родов со стремительными родами
- И т.д.

## 6. ИНДИКАТОРЫ

### Мониторинг внедрения предложенной технологии и оценка результатов

**6.1 Список проектных индикаторов.** Ниже представленные те «проектные» индикаторы, по которым проект «Улучшение помощи мамам и малышам» измеряет и оценивает эффективность и прогресс внедрения ПГР в целом. Перечислены: код индикатора, под которым он указан в веб-портале проекта, название индикатора, описание того, кто ответственен за его сбор и размещение на веб-портале проекта, и частота сбора. Также кратко описан процесс определения значения индикатора. Во многих случаях, индикатор состоит из 2 или более цифр, которые требуется собрать отдельно—например из числителя и знаменателя. В этих ситуациях, каждый элемент первого индикатора получает свой код для заполнения. Для ясности, коды и названия проектных индикаторов здесь показаны в жирном зеленом шрифте, а коды и названия элементов – в черном, обычном шрифте.

Код	Название / описание	Ответствен за сбор	Частота сбора
<b>V-03-2*</b>	<b>Доля родов, начавшихся вагинально, при которых была заполнена партограмма, от числа родов, начавшихся вагинально, в ЛПУ за отчетный месяц</b> Включаются роды, начавшихся вагинально и завершившиеся экстренным кесаревым сечением Формула: (Индикатор V-03-2 x 100)/ Индикатор Ю-В-01	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
V-03-2*	Число родов, начавшихся вагинально, при которых была заполнена партограмма, от числа родов, начавшихся вагинально, в пилотных ЛПУ за отчетный месяц Включаются роды, начавшиеся вагинально и завершившиеся экстренным кесаревым сечением	ЛПУ	ежемесячно
Ю-В-01	Число родов, начавшихся вагинально, в пилотных ЛПУ за отчетный месяц	ЛПУ	ежемесячно
<b>V-05*</b>	<b>Доля родов с применением стимуляции от числа родов, начавшихся вагинально, в ЛПУ за отчетный месяц</b> Формула: (Индикатор V-05 x 100)/Индикатор Ю-В-01	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
V-05	Число родов с применением стимуляции в пилотных ЛПУ за отчетный месяц	ЛПУ	ежемесячно
<b>V-03-1*</b>	<b>Доля родов, начавшихся вагинально и завершившихся экстренным кесаревым сечением, от числа родов, начавшихся вагинально, в ЛПУ за отчетный месяц</b> Формула: (Индикатор V-03-1 x 100)/Индикатор Ю-В-01	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
V-03-1	Число родов, начавшихся вагинально и завершившихся экстренным кесаревым сечением, в ЛПУ за отчетный месяц Роды, начавшиеся вагинально и завершившиеся экстренным кесаревым сечением, учитываются за исключением тех случаев, когда роженица была доставлена в оперблок, минуя родильное отделение	ЛПУ	ежемесячно

Код	Название / описание	Ответствен за сбор	Частота сбора
<b>Д-04-1-1*</b>	<b>Доля новорожденных (в т.ч. плодов) с внутриутробной гипоксией, асфиксией при родах в ЛПУ за отчетный квартал</b> В 8 ЛПУ, которые внедрили ПГР во время первого этапа проекте, значительно снизился этот индикатор заболеваемости после внедрения ПГР Формула: (Индикатор Д-04-1-1 x 100)/Индикатор Ю-Ж-02к*	Рассчитывается автоматически	ежеквартально
Д-04-1-1	Число новорожденных (в т.ч. плодов) с внутриутробной гипоксией, асфиксией при родах в ЛПУ за отчетный квартал	ЛПУ	ежеквартально
Ю-Ж-02к*	Число живых новорожденных, родившихся в ЛПУ за отчетный квартал	Рассчитывается автоматически	ежеквартально
Ю-Ж-02	Число живых новорожденных, родившихся в ЛПУ за отчетный месяц	ЛПУ	ежемесячно
<b>Д-06-1-1*</b>	<b>Доля новорожденных (в т.ч. плодов) с родовой травмой в ЛПУ за отчетный квартал</b> В 8 ЛПУ, которые внедрили ПГР во время первого этапа проекте, незначительно, а повторно, снизился этот индикатор заболеваемости после внедрения ПГР; интересно провести исследование результатов на базе этого индикатора Формула: (Индикатор Д-06-1-1 x 100)/ Индикатор Ю-Ж-02к*	Рассчитывается автоматически	ежеквартально
Д-06-1-1	Число новорожденных (в т.ч. плодов) с родовой травмой в ЛПУ за отчетный квартал	ЛПУ	ежеквартально

**6.2 Формы журнала или аудита.** На следующих 2-х страницах представлена форма оценки заполненных партограмм. Можно использовать данную форму или как журнал, где регистрируются все роды, начинавшиеся вагинально, Можно также использовать ее для проведения выборочного аудита, на базе которого можно рассчитывать много интересных микроиндикаторов успеха деятельности по внедрению ПГР. Используя форму для аудита, выбрать 20 историй недавних родов, которые произошли до конца отчетного периода, у рожениц, у которых родовой процесс начался естественным путем. Также можно выбрать 20 последних истории родов с применением стимуляции или 20 последних случаев ЭКС.

\_Форма журнала/аудита

Название больницы:

ФИО Эксперта

Дата

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Код Мед. карты	Дата Рож.	Срок Геста- ции  недель	Наличие партограмм ы в карте  (да/нет)	<b>Если ст.4=да</b>  Первая страница партограмм ы правильно заполнена?  (да/нет)  (Если ст. 4=нет, пишите «НП»)	<b>Аномалии/ проблемы в родах (записать все)</b>  Слабая родовая деятельность= <b>срд</b>  Чрезмерная родовая деятельность= <b>Ч</b>  Дистоция плечи= <b>дп</b>  Узкий таз= <b>ут</b>  Другой= <b>др</b>  Нет проблем= <b>нет</b>	Безводный промежуток >12 часов?  (да/нет)	<b>Если ст.6=аномалия или проблема</b>  Врач написал  Правильный диагноз  Аномалии/ проблемы?  (Да/нет/не ясно)  (Если ст. 6=нет, пишите «НП»)	Процесс ведения родов соответствовала состояния родильницы и алгоритмы в пакете готовых решений?  Да/нет/не ясно	<b>Метод ведения родов</b>  В-неоперативный, вагинальный  КС – кесарево сечение  П-плановое  Э-экстренное  ОШ-оперативный вагинальный щипцами  ОВ-оперативный вагинальный с вакуум-экстракцией	Употребили медикаментозное ускорение родового процесса?  (Да/нет)
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

**Отчет эксперта о результатах аудита по партограмме—заполните на компьютере и вложите в коммуникатор –1 из 2 стр.**

Аудит документации в родильном отделении Клиническим экспертом. Из периода май-июль 2010 г., выбрать 20 историй недавних родов у рожениц, у которых родовой процесс начался естественным путем.

Название больницы: \_\_\_\_\_ ФИО Эксперта \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Период аудита \_\_\_\_\_

Общие замечания по процессу выбора мед. карт и проведения аудита: \_\_\_\_\_

Общие замечания по заполнению партограммы:

Общие замечания по поводу решения о процессе ведения родов на базе партограммы:

Результаты:

<b>Наличие партограммы в карте</b>	_____да	_____нет	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX X	_____ Всего
<b>Первая страница партограммы правильно заполнена?</b>	_____да	_____нет	_____НП	_____ Всего



Отчет эксперта о результатах аудита по партограмме — 2 из 2 страниц

Вид аномалии/проблем	Общее Число	Правильный диагноз написан?	Процесс ведения родов соответствовала состояния родильницы и алгоритмы в пакете готовых решений?	Метод ведения родов	Употребили медикаментозное ускорение родового процесса?
Слабая родовая деятельность, Первичная= <b>срд</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не ясно	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не ясно	<input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> ПКС <input type="checkbox"/> ЭКС <input type="checkbox"/> ОШ <input type="checkbox"/> ОВ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Чрезмерная родовая деятельность= <b>Ч</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не ясно	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не ясно	<input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> ПКС <input type="checkbox"/> ЭКС <input type="checkbox"/> ОШ <input type="checkbox"/> ОВ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Дистоция плечи= <b>дп</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не ясно	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не ясно	<input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> ПКС <input type="checkbox"/> ЭКС <input type="checkbox"/> ОШ <input type="checkbox"/> ОВ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Узкий таз= <b>ут</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не ясно	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не ясно	<input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> ПКС <input type="checkbox"/> ЭКС <input type="checkbox"/> ОШ <input type="checkbox"/> ОВ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Нет проблем= <b>нет</b>		XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не ясно	<input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> ПКС <input type="checkbox"/> ЭКС <input type="checkbox"/> ОШ <input type="checkbox"/> ОВ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ВСЕГО		XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не ясно	<input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> ПКС <input type="checkbox"/> ЭКС <input type="checkbox"/> ОШ <input type="checkbox"/> ОВ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## 7. НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ

### 7.1. Персонал:

Существующей группы акушеров, акушерок и медсестер родильного отделения достаточно для внедрения партограммы и алгоритма. Внедрение пакета не потребует дополнительной нагрузки для персонала.

### 7.2. Оборудование:

Перечень оборудования должен соответствовать стандартам оснащения родильного дома согласно приказу №808Н от 31.12.2009г. Минздравсоцразвития РФ.

Перечень лекарственных средств представлен в таблице №4.

## ТАБЛИЦА 3

### Перечень рекомендуемых медикаментов для регуляции родовой деятельности

Медикаментозные препараты	Женская консультация	Палата патологии беременных	Родовой блок
Oxytocin (Окситоцин) 1 мл (5ед)			+
Hyoscine Butylbromide (Бускопан), табл. 10 мг, суппозитории 10 мг		+	+
Metamizole sodium (Баралгин), табл. 500 мг.; амп. 5 мл. 2,5 г.		+	+
Drotaverine (Но-шпа), табл 40 мг, амп. 2,0 мл 40 мг		+	+
Platifyllin (Платифиллин) 0,2%, амп.1,0 мл			+
Dinoprostone (Препадил ) / шприц 500 мкг		+	+
Mifepristone (Мифепристон, мифолиан) табл. 200 мг ( № 3)		+	+
Verapamil (Верапамила гидрохлорид), амп. 2, 0 мл.; 5 мг.			+
Dinoprost (Энзапрост Ф), амп. 5 мг.			+

### 7.3. Материалы

- Достаточно распечатанных форм-партограмм для работы в течение 6 месяцев по ведению родов в ЛПУ
- Плакаты с схемами-алгоритмами и соответствующими критериями—1 набор по акушерскому посту
- Инструкции для заполнения партограммы—1 по каждому акушерскому посту и ординаторской.
- ПГР-1 постоянная копия для ординаторской. Желательно 1 копия для каждого акушера, который работает в родовом отделении.

## **7.4 Обучение персонала**

**7.4.1 Общий семинар по ПГР**, «Оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы» проводится отдельно, в рамках одного рабочего дня. Желательно примерно 14-20 участников, в том числе 1 акушер (по возможности зав. акушерского отделения) и 1 акушерка (по возможности старшая акушерка в акушерском отделении) каждого ЛПУ.

Программа семинара состоит из:

- Презентации эксперта по акушерству по ПГР.
- Желательна презентация опытного ЛПУ по их опыту и результатам внедрения ПГР
- Видеофильм по заполнению партограммы (на диске приложений)
- Инструкция по заполнению партограммы (подробно остановиться на каждом пункте)
- Решение практических задач по заполнению ПГ при разных формах акушерских ситуаций и принятии решения о способах ведении родов, на базе партограммы. Совместное с экспертом решение задач, интерактивное обсуждение.
- Контроль за полученными знаниями на семинаре: дать задачу (несколько вариантов каждому) в письменном виде и через 10-15 минут оценить правильность заполнения ПГ. Обсудить ошибки и неточности участниками семинара.

Семинары по обучению в ЛПУ могут быть проведены таким же образом (по такой же программе), с учетом расписания смен и возможности освободить персонал ЛПУ от ежедневных обязанностей.

### **7.4.2 Материалы для обучения—на диске приложения**

- Партограмма для большого плаката (по 10 примеров по семинару)
- Формы партограмм (5 примеров по участнику)
- Инструкции для заполнения партограммы (1 пример по участнику)
- Видеофильм (папка видео, файл partofgamma.avi)
- Презентация — Партограмма (по заполнению партограммы)
- Презентация — группа по акушерству Кострома 4 сессия
- Презентация — группа по акушерству Тамбов 4 сессия
- Презентация: Результаты внедрения партограммы в КБ No. 2, г. Ярославль («M&C forum Ekaterinburg Yaroslavl»)
- Родовспоможение, ориентированное на участие семьи: Руководство для преподавателя, Занятие 11: Партограмма, USAID Проект «Мать и дитя», 2006.

### **7.4.3 Дополнительный тренинг для неонатологов-педиатров.**

Для правильной оценки эффекта внедрения ПГР, очень важно правильно собирать индикаторы Д-04-1-1 (Число новорожденных (в т.ч. плодов) с внутриутробной гипоксией, асфиксией при родах) и Д-06-1-1 (Число новорожденных (в т.ч. плодов) с родовой травмой). При аудите на первом этапе проекта было отмечено много диагностических ошибок, особенно отсутствие диагноза асфиксии, отсутствие кодов по МКБ-10, (без которых, кстати, ЛПУ не может заполнить ежегодные статистические отчеты.)

Рекомендуем, главному неонатологу региона включить повторный тренинг по этому вопросу в свои регулярные семинары для неонатологов и педиатров. Если это не возможно, проект поможет провести такой тренинг.

## 8. ПЛАН ВНЕДРЕНИЯ ПГР

<b>№</b>	<b>Шаг</b>	<b>Ответственность</b>	<b>Задачи</b>	<b>Сроки</b>
1	<b>Решение заниматься целью «Оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы»</b>	Областная команда улучшение	<ul style="list-style-type: none"> <li>Собрать базовые данные: индикаторы Д-04-1-1* и Д-06-1-1* и В-03-1* на областном уровне за последние 3 года;</li> <li>Собрать информацию об употреблении партограмм в родильных отделениях области</li> <li>Собрать информацию о количестве родов в каждом ЛПУ области</li> <li>Обсудить вопрос в команде и принять решение</li> </ul>	В подготовке к первой встрече (ориентация) областной команды
2	<b>Выбрать ЛПУ для внедрения ПГР</b>	Областная команда улучшение	<ul style="list-style-type: none"> <li>Рассмотреть возможности и способности персонала существующих ЛПУ и интерес руководства ЛПУ внедрить партограммы по всему ЛПУ</li> </ul>	На первой встрече (ориентация) областной команды
3	<b>Составление областную рабочую группу по этой цели</b>	Областная команда улучшение	<p>В состав Рабочей группы входят, как минимум:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Куратор области</li> <li>Главный акушер-гинеколог области</li> <li>Главный неонатолог области</li> <li>Соответствующий представитель городского департамента здравоохранения</li> <li>Лидеры команд всех участвующих ЛПУ</li> </ul>	На первой встрече областной команды; до 2-х недели после первой встречи
4	<b>Выбрать участников в тренинге по ПГР</b>	Команды улучшения выбранных ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 акушер по ЛПУ—желательно, зав. акушерского отделения</li> <li>1 акушерка по ЛПУ—желательно, старшая акушерка акушерского отделения</li> </ul>	До 2-х недели после первой встречи областной команды
5	<b>Общий тренинг по ПГР</b>	Проектный эксперт, Группа участников от каждого ЛПУ	1 рабочий день	В течении первых 6 недели работы над этой целью

<b>№</b>	<b>Шаг</b>	<b>Ответственность</b>	<b>Задачи</b>	<b>Сроки</b>
6	<b>Составление команды (или подкоманды) ЛПУ по этой цели</b>	Главврач ЛПУ, лидер команды ЛПУ	В состав команды входят (желательно): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лидер, на уровне зам. Главврача</li> <li>• Зав. акушерского отделения</li> <li>• Старшая акушерка акушерского отделения</li> <li>• Другие врачи акушеры-гинекологи</li> <li>• Другие акушерки</li> <li>• Медсестры родильного отделения</li> <li>• Врач-неонатолог</li> <li>• Врач анестезиолог-реаниматолог</li> </ul>	В подготовке на ориентации (первую встречу) команды ЛПУ
7	<b>Тренинг по неонатальной диагностике и кодированию</b>	Главный неонатолог области	Тренинг для неонатологов-педиатров родильного отделения ЛПУ, занимающихся этой целью	До 8-х недели после первой встречи областной команды
8	<b>Сбор базовых данных</b>	ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Собрать базовые данные об индикаторах, перечисленных в главе 6, не менее, чем за 6 последних месяцев</li> <li>• Собрать другую информацию о родильном отделении, помещении, персонале и пациентах, используемых клинических протоколах</li> <li>• Подготовить описание системы ведения родов</li> </ul>	В подготовке на ориентации (первую встречу) команды ЛПУ
9	<b>Первая встреча (семинар ориентации) команды ЛПУ (с экспертной поддержкой)</b>	Команда ЛПУ по партограмме	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Слушать краткие презентации о ПГР</li> <li>• Анализ системы ведения родов</li> <li>• Подготовить план действий</li> <li>• Размещение плана и итогов встречи на веб-портале</li> </ul>	В течении первых 6 недели после ориентации областной команды
10	<b>Подготовка и принятие приказа о внедрении партограммы</b>	Команда ЛПУ по партограмме		В течение первого месяца после первой встречи команды ЛПУ
11	<b>Ознакомительный визит в ЛПУ наставник в другой области где ПГР по партограмме внедрено</b>	Члены областной рабочей группы, команд ЛПУ; проект	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 представитель ЛПУ может принимать участие</li> </ul>	В течение первых 8 недели после ориентации областной команды

<b>№</b>	<b>Шаг</b>	<b>Ответственность</b>	<b>Задачи</b>	<b>Сроки</b>
12	<b>Тиражирование партограмм</b>	Команда ЛПУ по партограмме		В течение первого месяца после первой встречи команды ЛПУ
13	<b>Подготовки материалов</b>	Команда ЛПУ по партограмме	<ul style="list-style-type: none"> <li>Размещение инструкции, алгоритма, журнала</li> </ul>	В течение первого месяца после первой встречи команды ЛПУ
14	<b>Составление план тренинг персонала ЛПУ</b>	Участники в общем тренинге от ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Составление плана тренинга который включает 100% акушеров и акушерок (желательно и другой персонал) в родильном отделения</li> <li>Начать тренинг</li> </ul>	В течение первого месяца после первой встречи команды ЛПУ  Течение процесса тренинга зависит от число персонала в ЛПУ
15	<b>Начинать партограммы внедрение</b>	Команда ЛПУ по партограмме	<ul style="list-style-type: none"> <li>Как только акушер и акушерка обучены и материалы готовы, они должны начинать заполнения партограмм при всех родах, которых они ведут</li> <li>Нельзя сначала начинать заполнения партограмм, и только потом начинать принятие решения на ее базе. Процесс принятие решения и употребления алгоритма должны быть интегрированы.</li> <li>Как только специалист начинает использовать партограмму, он обязан использовать ее при всех родах, начинавшиеся вагинально.</li> <li>Как только специалисты начинают использовать партограмму, зав. отделения должен начинать ежедневный просмотр партограмм</li> </ul>	Начинается в течение первого месяца после первой встречи команды ЛПУ  Внедрение не будет завершено до обучения всех персонала
16	<b>Вторая встреча команды ЛПУ (с экспертной поддержкой)</b>	Команда ЛПУ по партограмме	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обсуждение плана работы, первые результаты тестирования попыток внедрения, первые индикаторы и необходимые корректировки</li> <li>Принять решения о корректировке плана действий на базе первых результатов</li> <li>Размещение итогов встреч в веб-портал</li> </ul>	1 месяц после ориентации команды ЛПУ

<b>№</b>	<b>Шаг</b>	<b>Ответственность</b>	<b>Задачи</b>	<b>Сроки</b>
17	<b>Продолжение тестирования действия по плану работы</b>	Команда ЛПУ по партограмме	Например: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Тренинг персонала</li> <li>• Ежедневный просмотр истории родов и заполнения журнала</li> <li>• Первый ежемесячный аудит партограмм</li> <li>• Сбор индикаторов</li> </ul>	В течение месяца после второй встречи областной команды
18	<b>Третья встреча команды ЛПУ</b>	Команда ЛПУ по партограмме	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обсуждение плана работы, первые результаты на базе аудита и журнала,</li> <li>• Принять решения о корректировке плана действий на базе первых результатов</li> <li>• Размещение итогов встреч на веб-портале</li> <li>• Разговор или переписка с экспертом проекта после встречи.</li> </ul>	2 месяца после ориентации команды ЛПУ
19	<b>Продолжение тестирования действия по плану работы</b>	Команда ЛПУ по партограмме	Например: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Тренинг персонала</li> <li>• Ежедневный просмотр истории родов и заполнения журнала</li> <li>• Второй ежемесячный аудит партограмм</li> <li>• Сбор индикаторов</li> </ul>	В течение месяца после третьей встречи областной команды
20	<b>Полное внедрение партограммы</b>	Команда ЛПУ по партограмме	До конца этого периода партограмма должна быть использована на в 90% или больше родов, начинавшиеся вагинально	3 месяца после общего тренинга
21	<b>Поддерживающий визит клинического эксперта в ЛПУ;</b>	Клинический эксперт проекта; Команда ЛПУ по партограмме	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экспертный аудит</li> <li>• Дополнительный и индивидуальный тренинг</li> <li>• Презентации результаты аудита команде</li> </ul>	3 месяца после общего тренинга
22	<b>Анализ данных; подготовка презентации о прогрессе и предварительных результатов работы</b>	Команда ЛПУ по партограмме	Подготовка презентации результатов командами ЛПУ, с поддержкой административным помощником URC при необходимости, и дистанционной поддержкой экспертом проекта	В течение месяца после третьей встречи областной команды и экспертного визита

<b>№</b>	<b>Шаг</b>	<b>Ответственность</b>	<b>Задачи</b>	<b>Сроки</b>
23	<b>Четвертая встреча команды ЛПУ, с участием главврача и руководством ЛПУ (с возможной поддержкой эксперта проекта)</b>	Команда ЛПУ по партограмме Главврач ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Презентация первых результатов главному врачу.</li> <li>• Обсуждение результатов и принятие решения о необходимой поддержке, изменении рабочего плана</li> <li>• Размещение итогов встреч и презентации на веб-портале</li> <li>• Разговор или переписка с экспертом проекта после встречи.</li> </ul>	3 месяца после ориентации команды ЛПУ
24	<b>Обучающая сессия по «Оптимизация родовой деятельности под контролем партограммы для снижения материнских и перинатальных осложнений»</b>	Члены команд областей и ЛПУ по этой цели	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сбор представителей всех команд 2-3 новых регионов, которые занимаются одним вопросом</li> <li>• Представители опытных команд и клинические эксперты по данному вопросу тоже принимают участие, как эксперты проекта для этих областей.</li> <li>• Презентации областных рабочих групп и команд ЛПУ</li> <li>• Обсуждение, подведение общих итогов</li> <li>• Размещение программы, итогов и презентации на веб-портале.</li> </ul>	Апрель 2011 г.
25	<b>Встреча областной команды и рабочей группы по этой цели (с поддержкой эксперта проекта)</b>	Областная команда и рабочая группа	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Презентации областной рабочей группы и команды ЛПУ</li> <li>• Определение необходимости для поддержки и совместной деятельности</li> <li>• Подведение итогов</li> <li>• Составление планы для дальнейшей работы</li> <li>• Размещение итогов на веб-портале</li> </ul>	Желательно ежеквартально, и после обучающих сессий
26	<b>Продолжение работы по плану</b>	Команды ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тестирование изменений для улучшения ведения родов</li> <li>• Сбор индикаторов и размещение их на портале</li> </ul>	Постоянно
27	<b>Встречи команды ЛПУ</b>	Команда ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обсуждение плана работы, первые результаты тестирование попыток внедрения, первые индикаторы необходимые корректировки</li> <li>• Принять решение о корректировке плана действий на базе первых результатов</li> <li>• Размещение итогов встреч на веб-портале</li> <li>• Разговор или переписка с экспертом проекта после встречи.</li> </ul>	Ежемесячно в течение первого года работы.  После этого команда может решить встречаться реже.



## 9. ПРИЛОЖЕНИЯ

Здесь перечислены документы, включенные на компакт-диске, который прилагается к данному ПГР.

### **Папка: Бланк партограммы с инструкцией**

- Партограмма 1-2 стр.doc для печати
- Партограмма 1-2 стр. с инструкциями.doc - Если вы хотите тиражировать форму с инструкциями
- Партограмма для большого плаката.pdf Плакаты партограммы для тренинга
- Инструкции для заполнения партограммы.doc

### **Папка: Видео**

- **Partogramma.avi** Видео для тренинга, как заполнить партограмму шаг за шагом

### **Папка: Руководства**

- **Мать и дитя курс обучения—партограмма.pdf** Родовспоможение, ориентированное на участие семьи: Руководство для преподавателя, Занятие 11: Партограмма, USAID Проект «Мать и дитя», 2006.
- **Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: руководство для акушерок и врачей, ВОЗ, 2000.**
- **2\_Partograph change package final.pdf.** Предыдущий вариант ПГР из 2009 г.
- **Схемы с алгоритмы.doc** Маленькие плакаты для печати, из предыдущего варианта ПГР.

### **Папка: Формы аудита**

- **Аудит партограмм—аудит качества заполнения и соответствия процесса ведения родов с алгоритмами**
- **Аудит результатов внедрения ПГР на гипоксию и асфиксию**
- **Аудит результатов внедрения ПГР на родовую травму**

### **Папка: Презентации**

- **Группа по акушерству Кострома 4 сессия—синтеза результатов внедрения ПГР из команд ЛПУ Ярославской и Костромской области, июнь 2010 г.**
- **Группа по акушерству Тамбов 4 сессия—синтеза результатов внедрения ПГР из команд ЛПУ Тамбовской, июнь 2010 г.**
- **M&C forum Ekaterinburg Yaroslavl—Презентации результатов внедрения ПГР в КБ No. 2, г. Ярославля, представлено на региональном форуме «Мать и дитя» в июле 2010 г.**
- **Partogram audit: Аудит качества заполнения партограммы в 4-х ЛПУ экспертами Герасимовой ВП и Пановой ИА, 17 февраля 2010.**
- **Партограмма: Использование партограмм, презентация для тренинга, май-июнь 2009.**
- **Партограмма февраль: «Принятие решения о ведении родов на базе партограммы», презентация для тренинга, фев. 2010.**
- **Телемост май 2010: «Аномалии родовой деятельности, Дородовое излитие вод, Индукция родов» презентация для тренинга, Ходжаева ЗС, Май 2010**

### **Папка: Дополнительные материалы**

- **ВОЗ: программа по безопасному материнству и женскому здоровью, Lancet 1994; 343; 1399-404. Статья с научными-обоснованными данными о результатах внедрения партограммы.**
- **Клинические протоколы, Институт здоровья семьи, 2008.**
- **Н. С. Брынза, В. В. Грибоедова, А. Г. Трушков, Т. Ф. Степанова, А. С. Корначев, Н. В. Башмакова «Анализ частоты развития родовых травм, дыхательных и сердечно-сосудистых нарушений среди новорожденных в зависимости от тактики ведения родов», УДК: 618.4:616-053.3-001-07.**
- **На следующих страницах показано 2 примера приказа о внедрении ПГР.**

Департамент здравоохранения и фармации  
Администрации городского округа город Рыбинск  
Муниципальное учреждение здравоохранения  
РЫБИНСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР

П Р И К А З

02.03.2010 г.

№ 57

г. Рыбинск

---

В связи с участием лечебно-профилактических учреждений в реализации проекта «Улучшения помощи мамам и малышам», направленного на внедрение в учреждениях системы здравоохранения наилучших научно-обоснованных современных практик в области охраны здоровья матери и ребенка, проводимого при участии Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, Министерства Здравоохранения и социального развития РФ и Университетской Исследовательской Компании (URC), в целях улучшения ведения родов, осложненных аномалиями родовой деятельности и затрудненных родов, в акушерских отделениях пилотных учреждений проводить роды с обязательным партографическим контролем. Формат партограммы, рекомендован ВОЗ.

Приказываю:

1. Заведующему родовым отделением Красильникову В.Ю. и старшей акушерке Верховых И.В. обеспечить обучение медицинского персонала технологии использования партограмм при ведении родов посредством ознакомления с методическими материалами, представленными проектом;
2. При ведении родов акушеркам и врачам акушерам-гинекологам, непосредственно принимающим участие в родах, заполнять партограмму на основе инструкции(приложение 1) и вкладывать её в историю родов;
3. Старшей акушерке Верховых И.В. вести учет использования партограммы в журнале (приложение 2);
4. Контроль за исполнением приказа возложить на зам. гл. врача по мед. части Винокурову Е.Н.

Главный врач

Грязнов

А.С.

С приказом ознакомлены 02.03.2010г.:

Зав. родовым отделением

Красильников В.Ю.

Старшая акушерка родового отделения

Верховых И.В.

И.о. зам. гл. врача по мед. части

Тугбаева А.В.

## 10.ЛИТЕРАТУРА

- 1) Абрамченко В.В. Патологический прелиминарный период. СПб- 1998
- 2) Акушерство.. Национальное руководство / под редакцией акад. Э.К.Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е.Радзинского и Г.М.Савельевой, М.2007- Гэотар- Медиа,- 560 с.
- 3) Гайдуков С.Н. Очерки акушерской патологии. СПб. – Из. СпБГПМА. – 2003. – 372 с.
- 4) Е.Н.Кравченко. Родовая травма,: акушерские и перинатальные аспекты. –М.: Изд. ГЭОТАР-Медиа,- 2009. – 240 с.
- 5) Менгал Е.В., Абрамченко В.В. Способ коррекции патологического прелиминарного периода. Патент (51) 7а 61к45/00, а61р 15/00 2003. 04.27 ( Инстенон в акушерской практике)
- 6) Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: руководство для акушеров и врачей, WHO, UNFA UNICEF,World Bank.- 2003. – 404 с.
- 7) Проект «Мать и Дитя» /Институт Здоровья Семьи, - Клинические Протоколы. 2008. 161 с.
- 8) Раскуратов Ю.В. Аномалии родовой деятельности (особенности патогенеза, клиники и терапии в зависимости от прелиминарного периода).- дисс. докт. мед. наук. – СПб.- 1995.- 350с.
- 9) Чернуха Е.А., Старостина Т.А., Сидорова И.С. Ботвин М,А. Аномалии родовой деятельности. М.
- 10) Мэррей Энкин, Марк Кейрс, Джеймс Нейлсон, Кэролайн Краутер, Лилиа Дьюли, ЭленХоднет и Джустус Хофмейер. Руководство по эффективной помощи при беременности и при рождении ребенка. Перевод с английского под ред. А.В. Михайлова.- СПб, - Изд-во «Петрополис», 2003 г. 480 с. /Перевод Л.П.Симбирцевой и Е.С.Некрасовой
- 11) Эйко Э.Петерсон. Инфекции в акушерстве. Перевод с английского под ред. В.Н.Прилепской. М.:МЕДпресс-информ, 2007.- 352с.
- 12) Shobha H. Mehta et al. Shoulder dystocia and the next delivery: Outcomes and management. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – Vol. 20, Issue 10, 2007, pp. 729-733.
- 13) Vani Dondolu et al. Shoulder dystocia at Noninstrumental Vaginal Delivery.-
- 14) Amer. J. Perinat.: DOI: 10/ 1055|s – 2006- 951304.
- 15) WHO maternal health and safe motherhood programme, World Health Organization Partograph in Management of Labor. - *Lancet*, 343: 1399-1404, 1994.