USAID ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА | ПРОЕКТ ПО УЛУЧШЕНИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Профилактика и ведение затрудненных родов с использованием партограммы

Клиническая больница № 2, г. Ярославль

Региональный форум «Мать и дитя», Екатеринбург

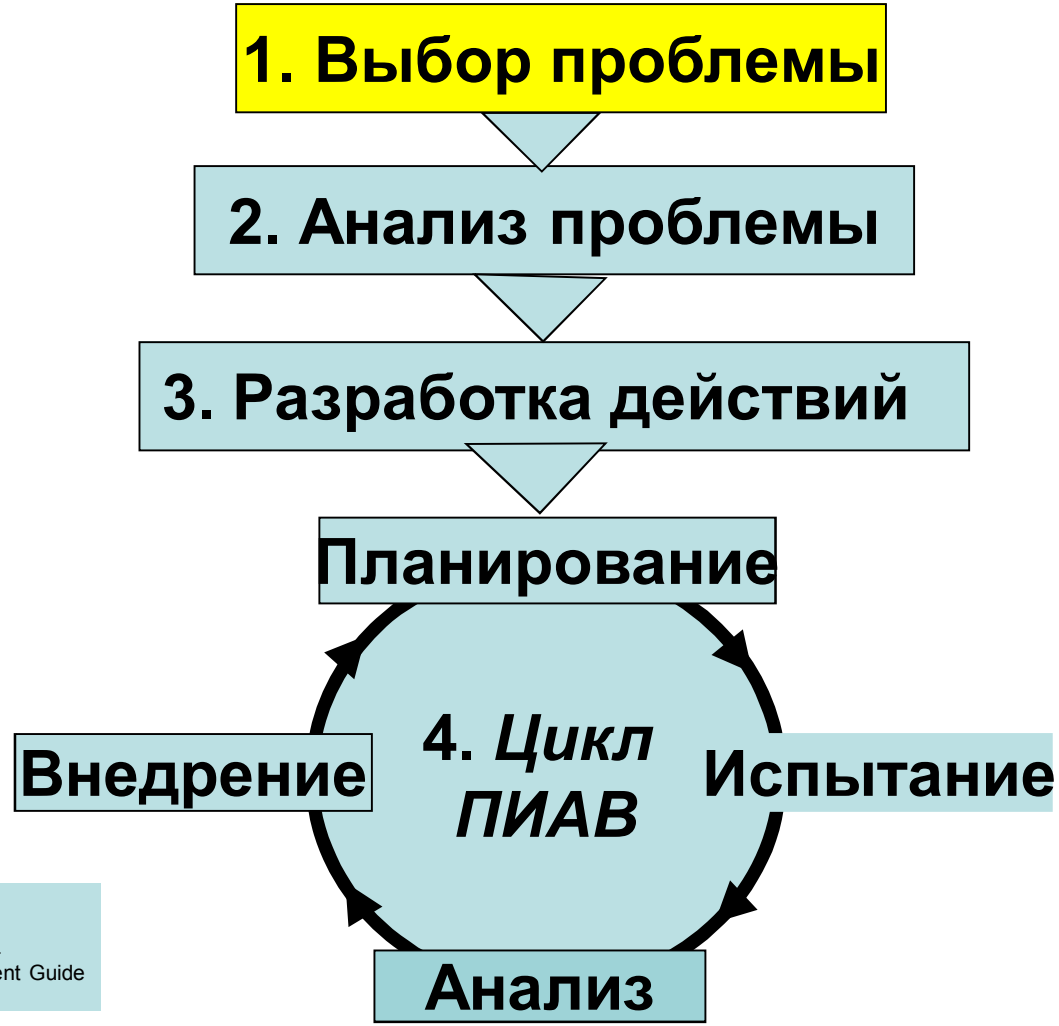
30 июня, 2010 г.

Кто мы

Акушерское отделение МУЗ КБ №2 г. Ярославля:

- В составе многопрофильного ЛПУ
- Звание «Б-ца доброжелательная к ребенку»
- 80 коек:
  - 40 акушерских коек
  - 40 коек патологии беременности
  - 10 индивидуальных родильных залов
  - Совместное пребывание «Мать и дитя»
- Более 2500 родов в год
- 12 акушер-гинекологов и 15 акушерок

Методология улучшения в здравоохранении

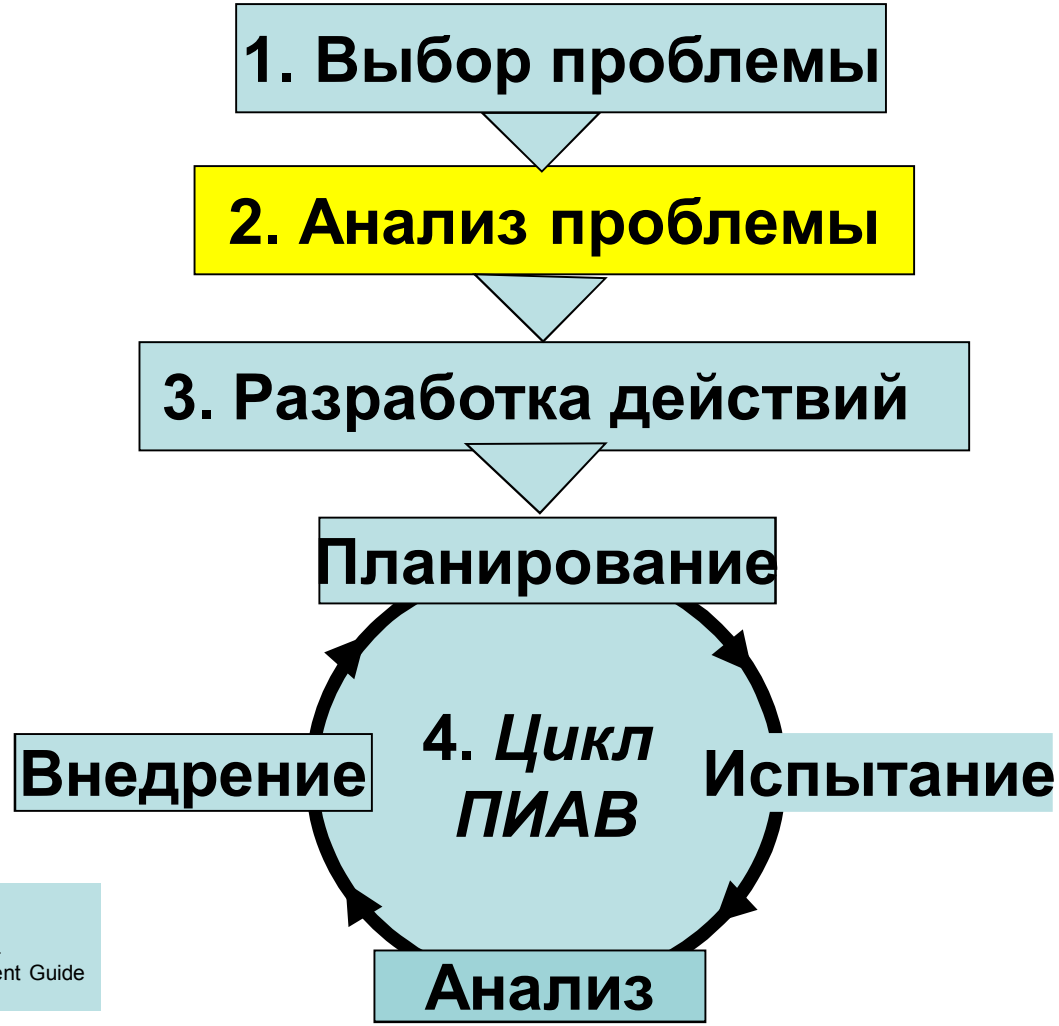


Adapted from:
T. Nolan et. al.
The Quality Improvement Guide

Выявленные проблемы

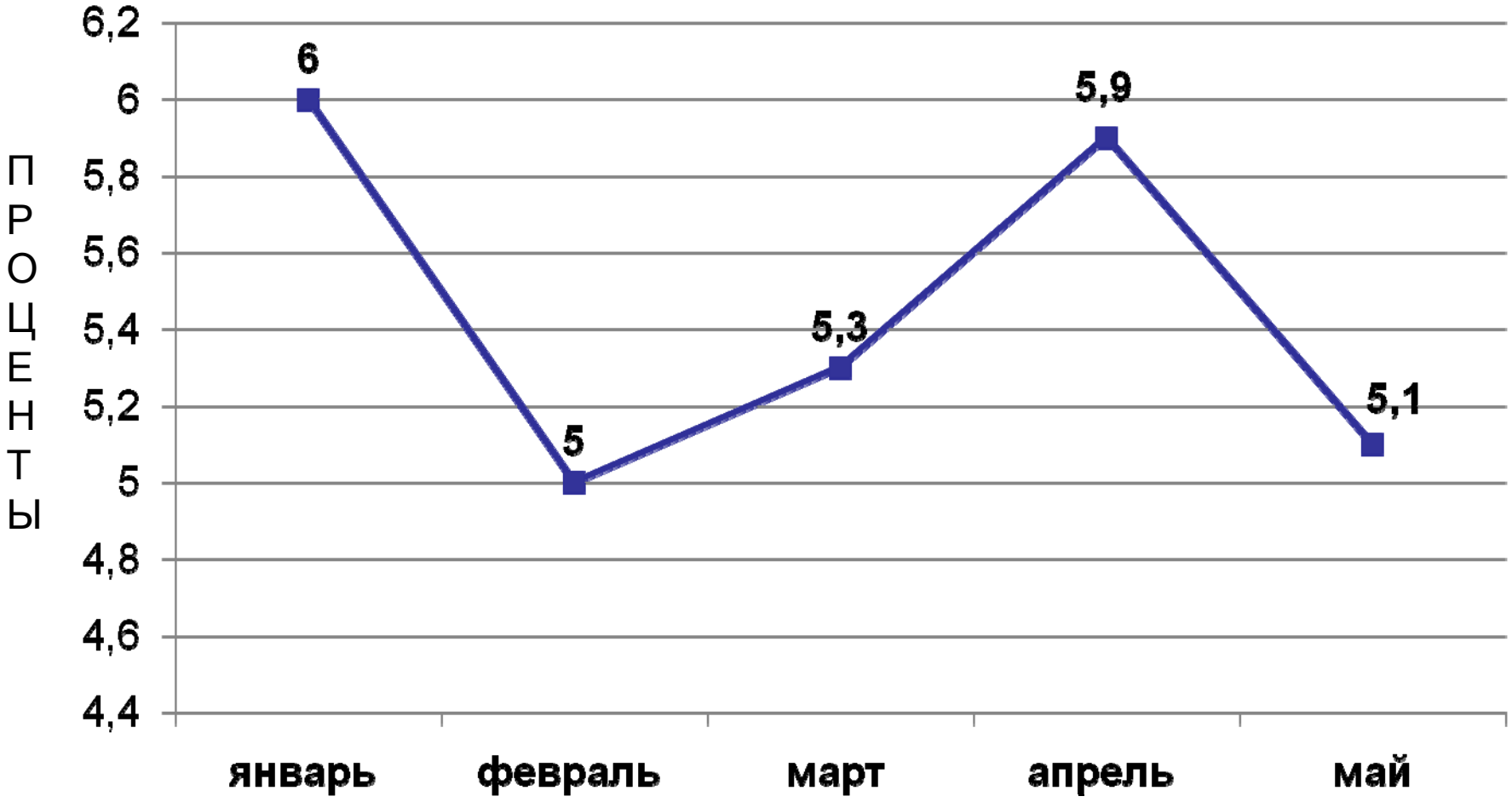
- Нет единой тактики ведения затрудненных родов (патологический прелиминарный период, слабости родовой деятельности, дискоординации родовой деятельности, чрезмерной родовой деятельности)
- Отсутствие критериев аномалий родовой деятельности (слабости родовой деятельности, дискоординации родовой деятельности, чрезмерной родовой деятельности)
- Неправильное ведение родов при слабости родовой деятельности, дискоординированной родовой деятельности, чрезмерной родовой деятельности
- Высокий процент родов с аномалиями родовой деятельности

Методология улучшения в здравоохранении

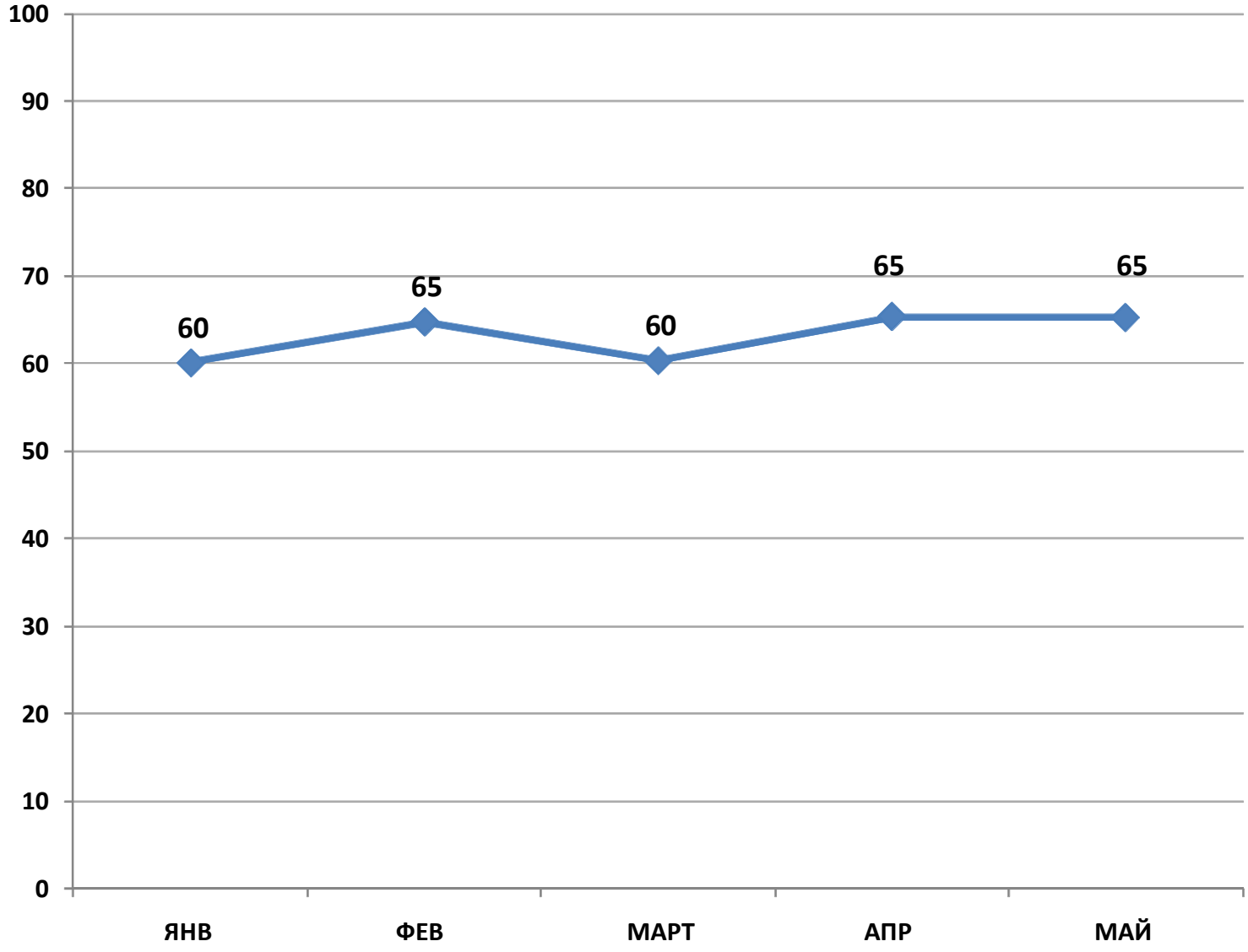


Adapted from:
T. Nolan et. al.
The Quality Improvement Guide

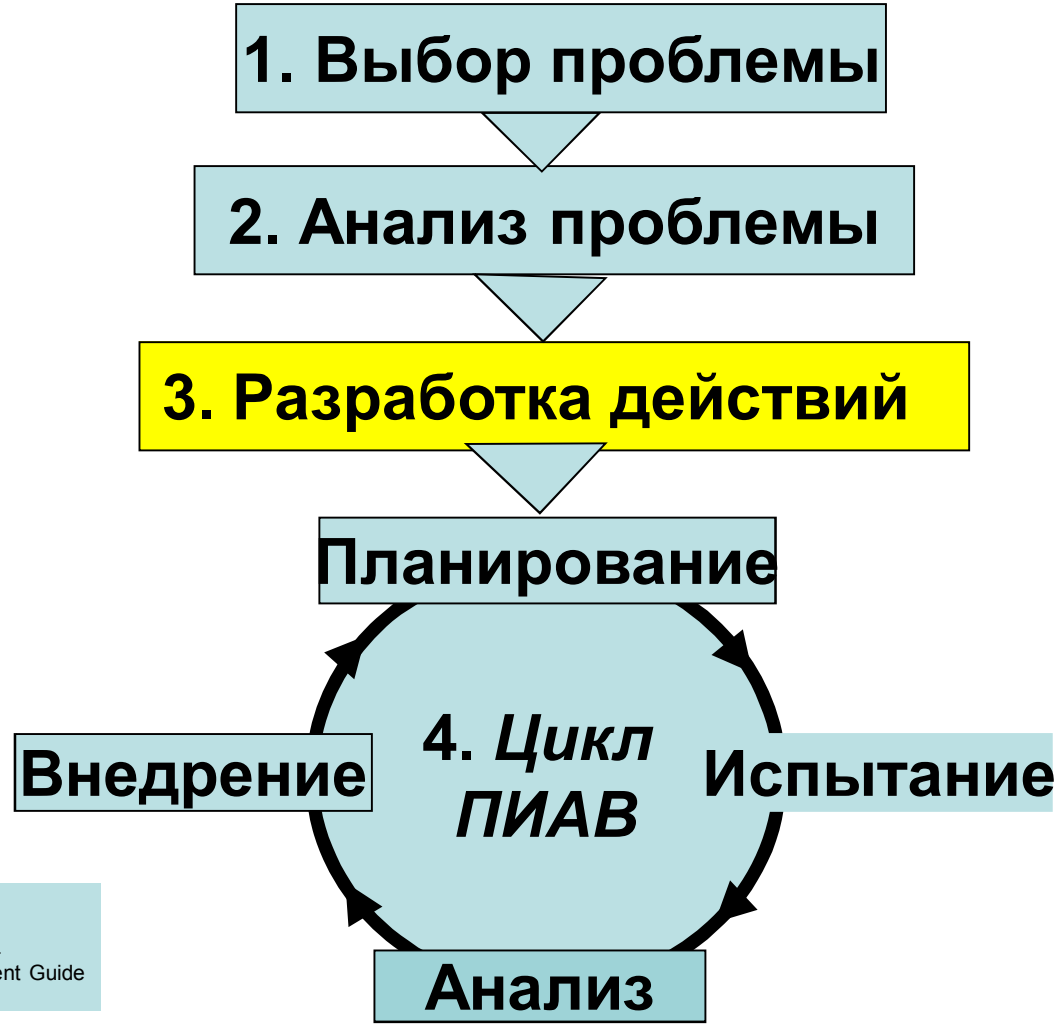
Процент детей родившихся в асфиксии до начала проекта (2009 г.)



Процент родов, начавшихся вагинально, с использованием партограммы, 2009 г.



Методология улучшения в здравоохранении



Adapted from:
T. Nolan et. al.
The Quality Improvement Guide

Мы протестировали пакет готовых решений проекта, который включает в себя:

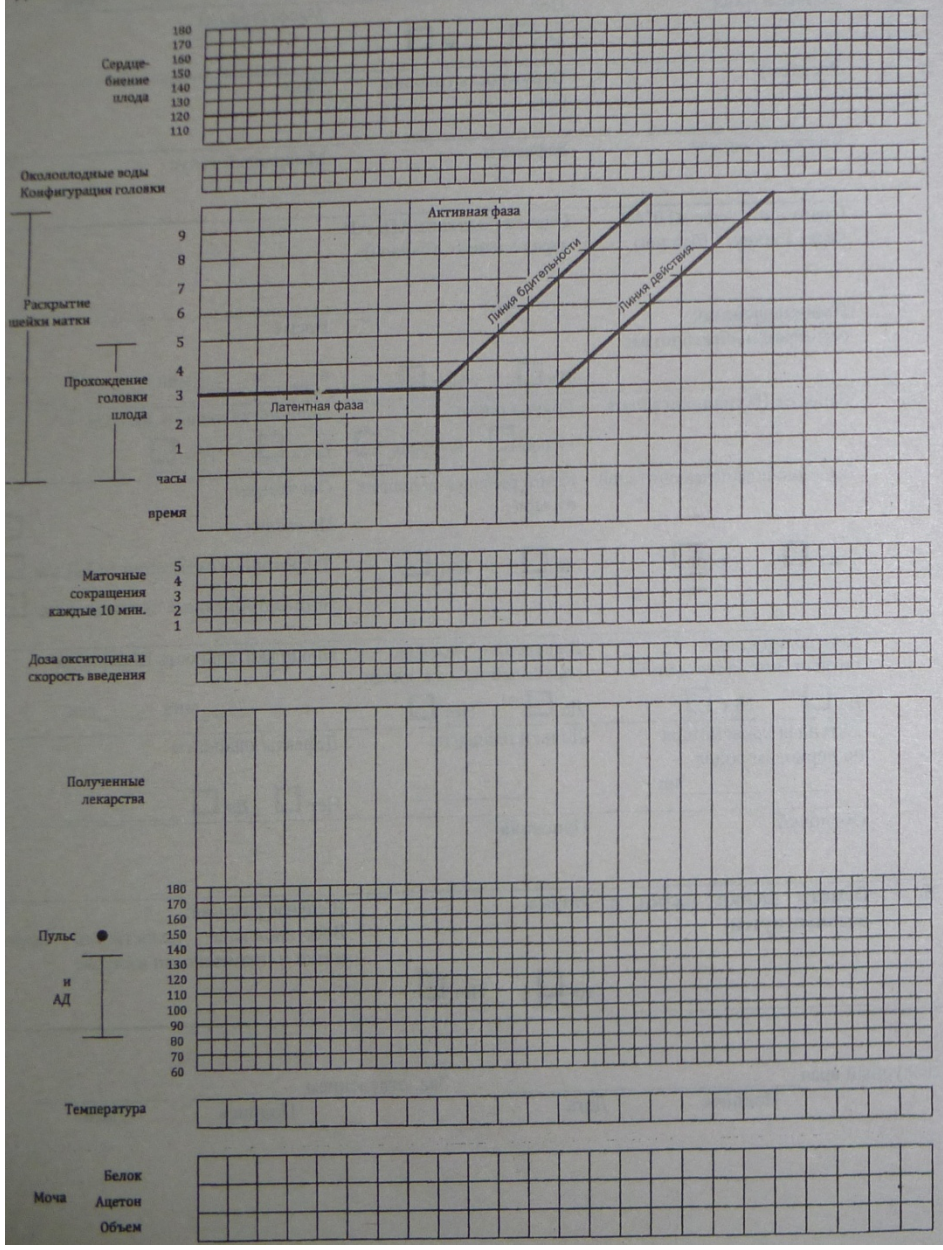
- Ведение партограммы
- Алгоритм ведения рожениц групп риска по аномалиям родовой деятельности

Родильный дом МУЗ КБ № 2

ПАРТОГРАММА

Ф.И.О. _____ Беременность _____ Регистрационный номер _____

Дата поступления _____ Время поступления _____ Безводный период _____

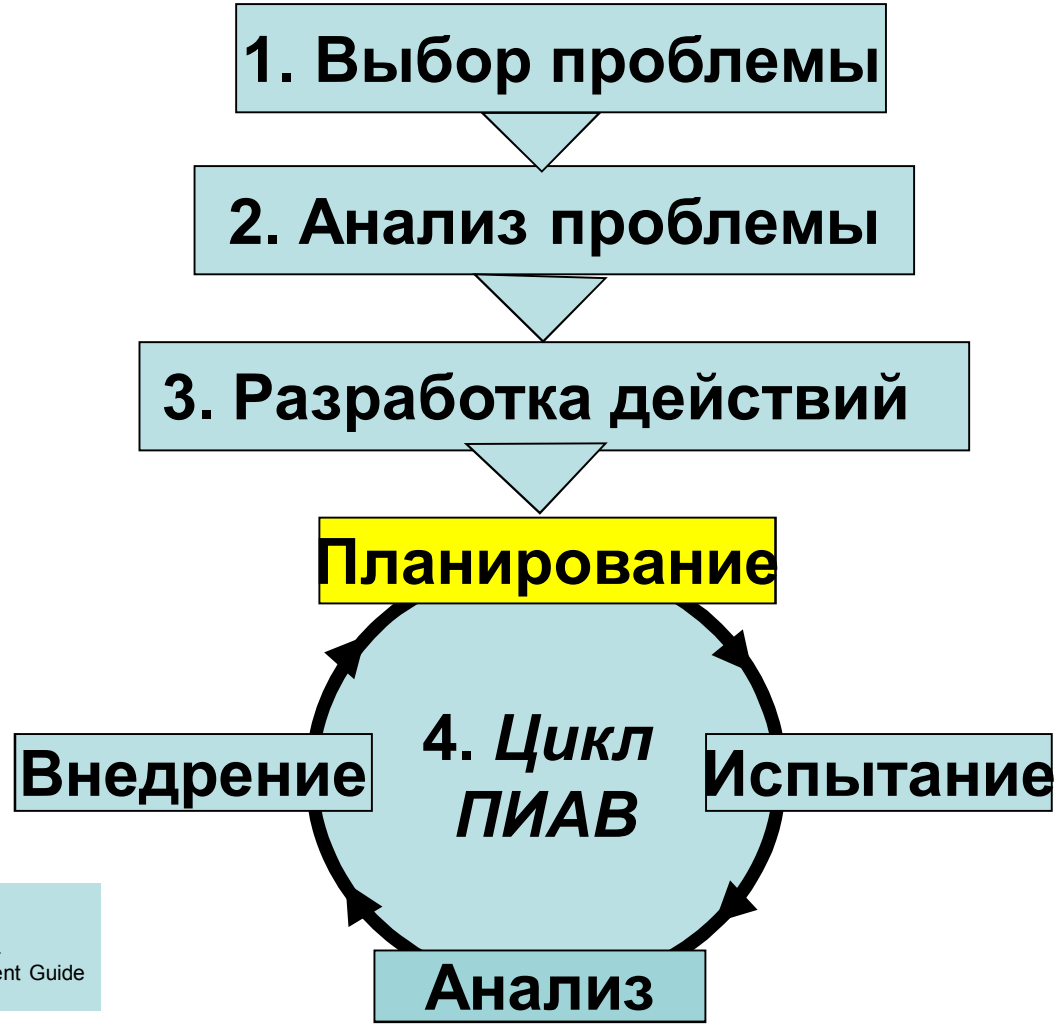


Партограмма (стр. 2) Фамилия_____ Регистрационный номер_____

1	**Потуги начались**	Дата __/__/____	Время в ____ ч ____ мин
2	**Родился плод**	Пол М ☐ Ж ☐	Масса (грамм)
	Рост (см)	Окружность головки (см)	Крик
	Кожные покровы	Рефлексы	Мышечный тонус
	Оценка по шкале АПГАР через 1 минут (баллов)	Оценка по шкале АПГАР через 5 минут (баллов)	
3.	**Новорожденный осмотрен неонатологом**	Да ☐ Нет ☐	Время в ____ ч ____ мин
4.	**Ведение III периода родов**	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
	Учтенная кровопотеря по периодам родов _____ мл	Дольки плаценты _____	Дефекты плаценты Нет ☐ Да ☐ _____
	Оболочки	Пуповина	
5.	**Осмотр шейки матки и родовых путей**	Разрыв Да ☐ Нет ☐	В случае разрыва: Восстановлена целостность шейки матки и промежности в случае

Дежурный врач_____ __/__/____ Зав. отделением_____ __/__/____
Подпись Дата Подпись Дата

Методология улучшения в здравоохранении

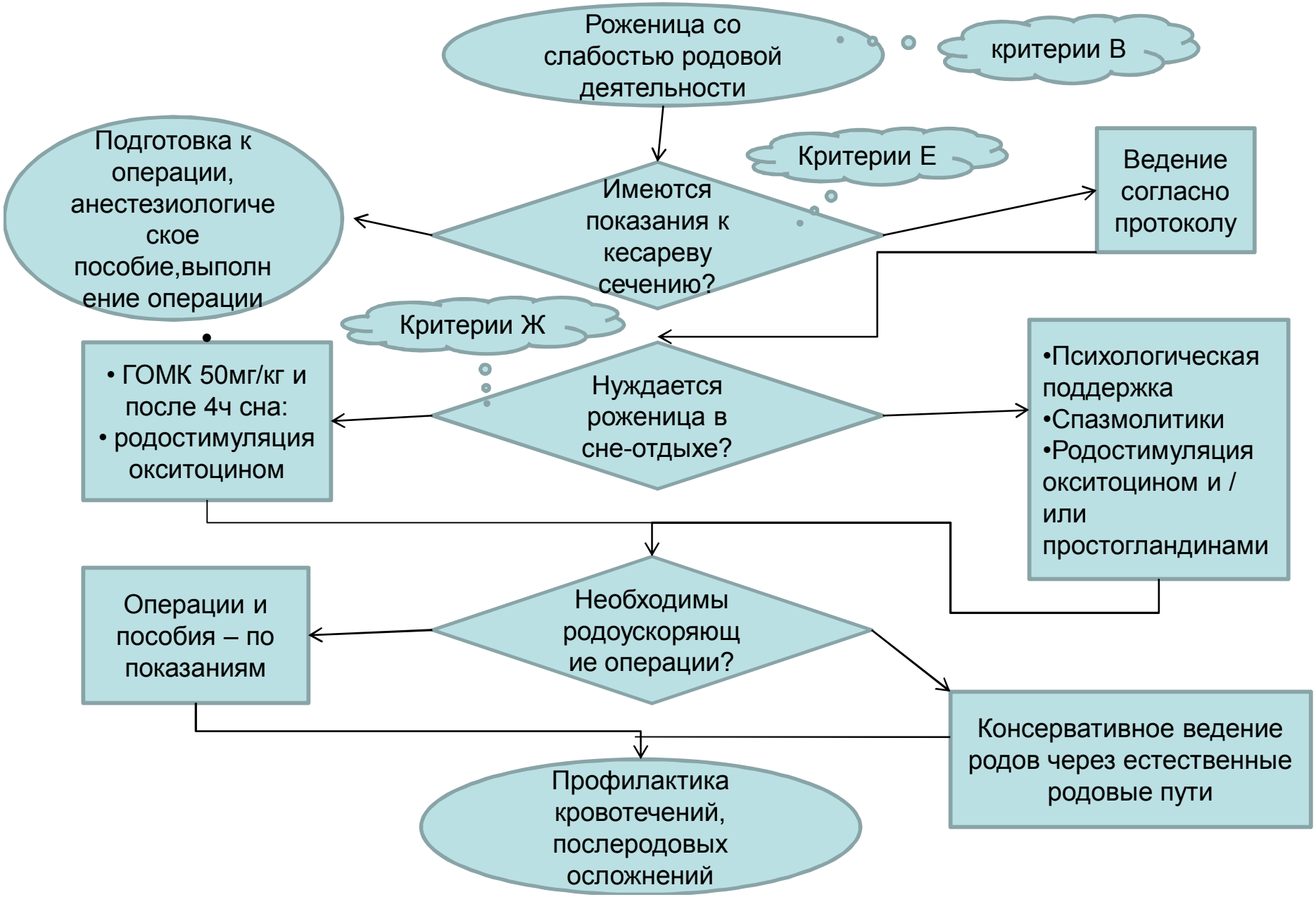


Adapted from:
T. Nolan et. al.
The Quality Improvement Guide

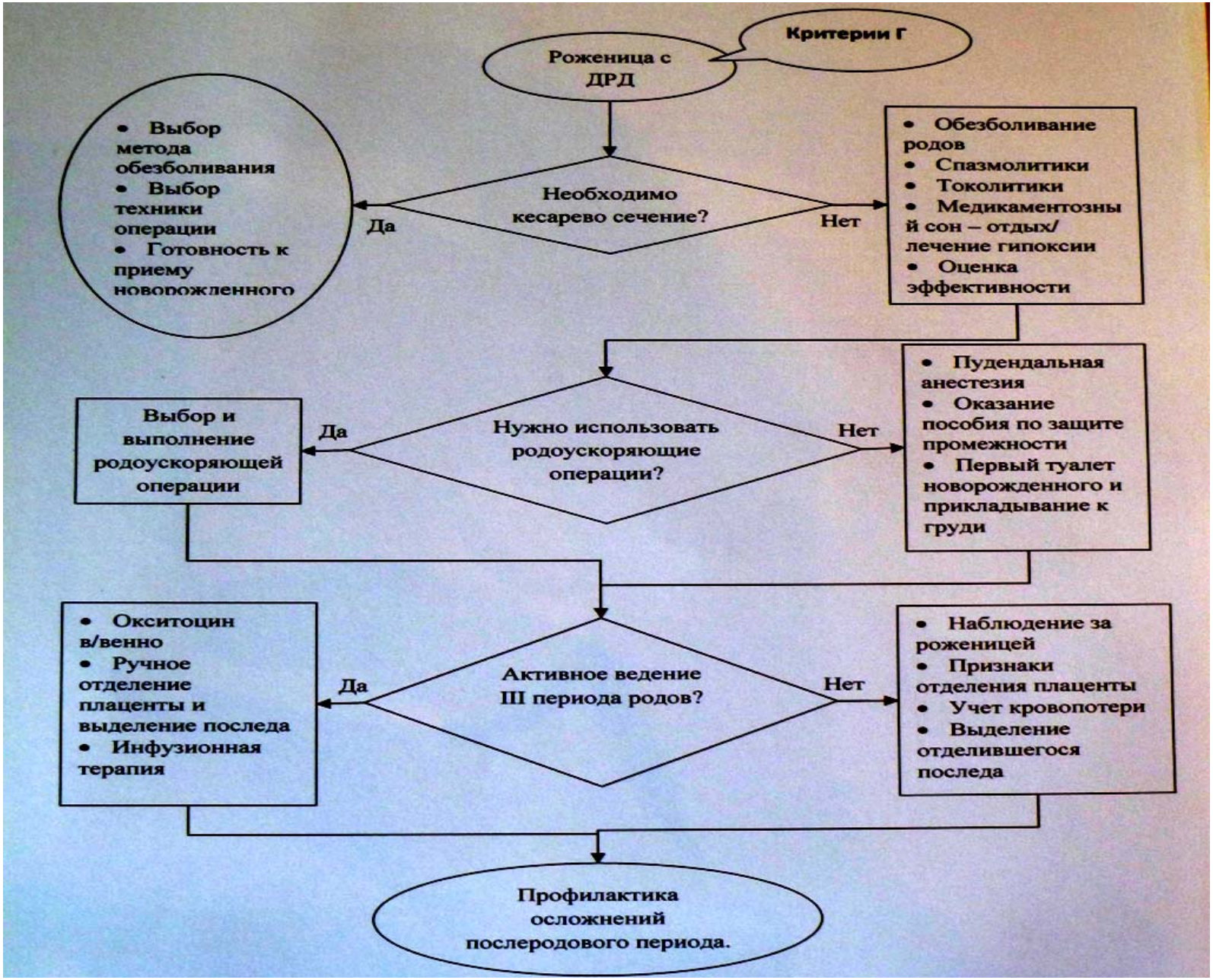
Основные этапы работы

- Принятие решения об использовании партограммы в ЛПУ
- Обучение врачебного и среднего медицинского персонала с использованием инструкций, наглядных материалов, видеофильма
- Ежедневный аудит партограмм зав. отделением
- Первые 3 месяца ежемесячный разбор типичных ошибок
- Разбор алгоритмов ведения родов с аномалиями

Алгоритм ведения рожениц со слабостью родовой деятельности



Алгоритм оказания помощи роженицам с дискоординированной родовой деятельностью (ДРД)



Критерии А:

Диагностика патологического прелиминарного периода:

- Нерегулярные,разной интенсивности схватки,беспокоящие беременную преимущественно в ночное время; Неритмичный характер сократительной функции.
- Нарушение суточного ритма сна и бодрствования;
- Предродовый дискомфорт, депрессивное настроение, чувство усталости и тревоги за исход родов;
- Недостаточная зрелость шейки матки;
- Плоский плодный пузырь при зрелой шейке матки;
- Отсутствие клинических признаков родовой деятельности: нарастания интенсивности схваток и морфологических изменений шейки матки в течение 6 и более часов.

Критерии Б:

Диагностика преждевременного излития околоплодных вод:

- Жидкие выделения из влагалища, усиливающиеся при из горизонтального в вертикальное положение тела беременной.
- Определение наличия амниотической жидкости во влагалище путем осмотра в зеркалах, тестирования pH влагалищного содержимого.
- Уменьшение обьема околоплодных вод по даным ультразвукового исследования, если до этого не диагностировалось маловодие. *При выявлении маловодия необходимо исследовать мочевой пузырь и почки плода для исключения порока развития мочевыводящих путей.*

Критерии В

Диагностика слабости родовой деятельности

- Длительная латентная фаза (более 6 ч у первородящей и более 4 ч у повторнородящей); или
- Замедленный темп раскрытия шейки матки в активной фазе, захождение партографической линии за линию бдительности и линию действия; или
- Медленное продвижение плода по родовому каналу при отссутствии механического препятствия ему со стороны малого таза и родовых путей во втором периоде родов; или
- Оценка схваток с помощью токограммы при биомониторинге плода.

Критерии Е

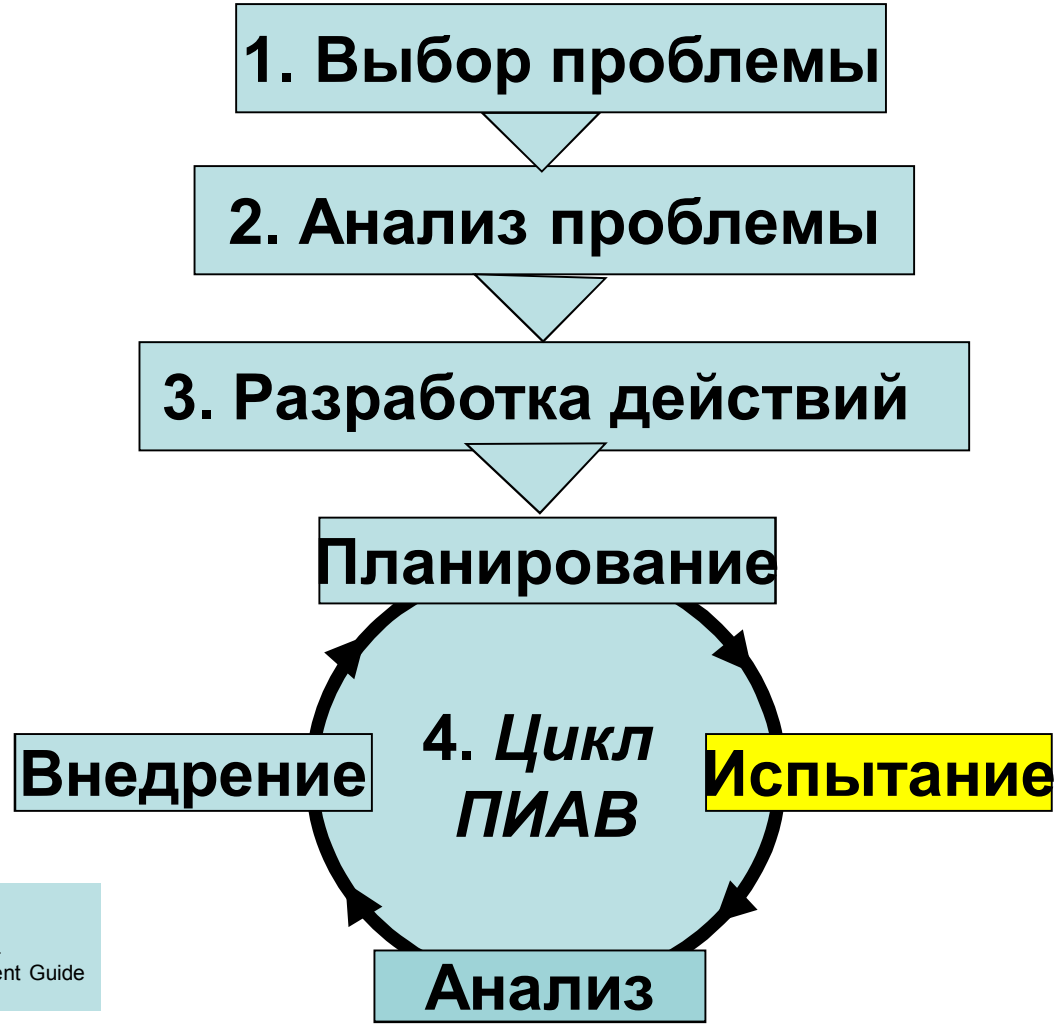
Показания к кесареву сечению при слабости родовой деятельности

- Плацентарная недостаточность,хроническая гипоксия плода, высокий перинатальный риск.
- Неподдающаяся коррекции в течение 4-6 ч аномалия родовой деятельности, подтвержденная партограммой.
- Сочетание слабости родовой деятельности с анатомически узким тазом 2 степени и более;
- Сочетание аномалии родовой деятельности с крупным плодом и анатомически узким тазом, включая первую степень сужения
- Сочетание слабости родовой деятельности с тазовым предлежанием плода.

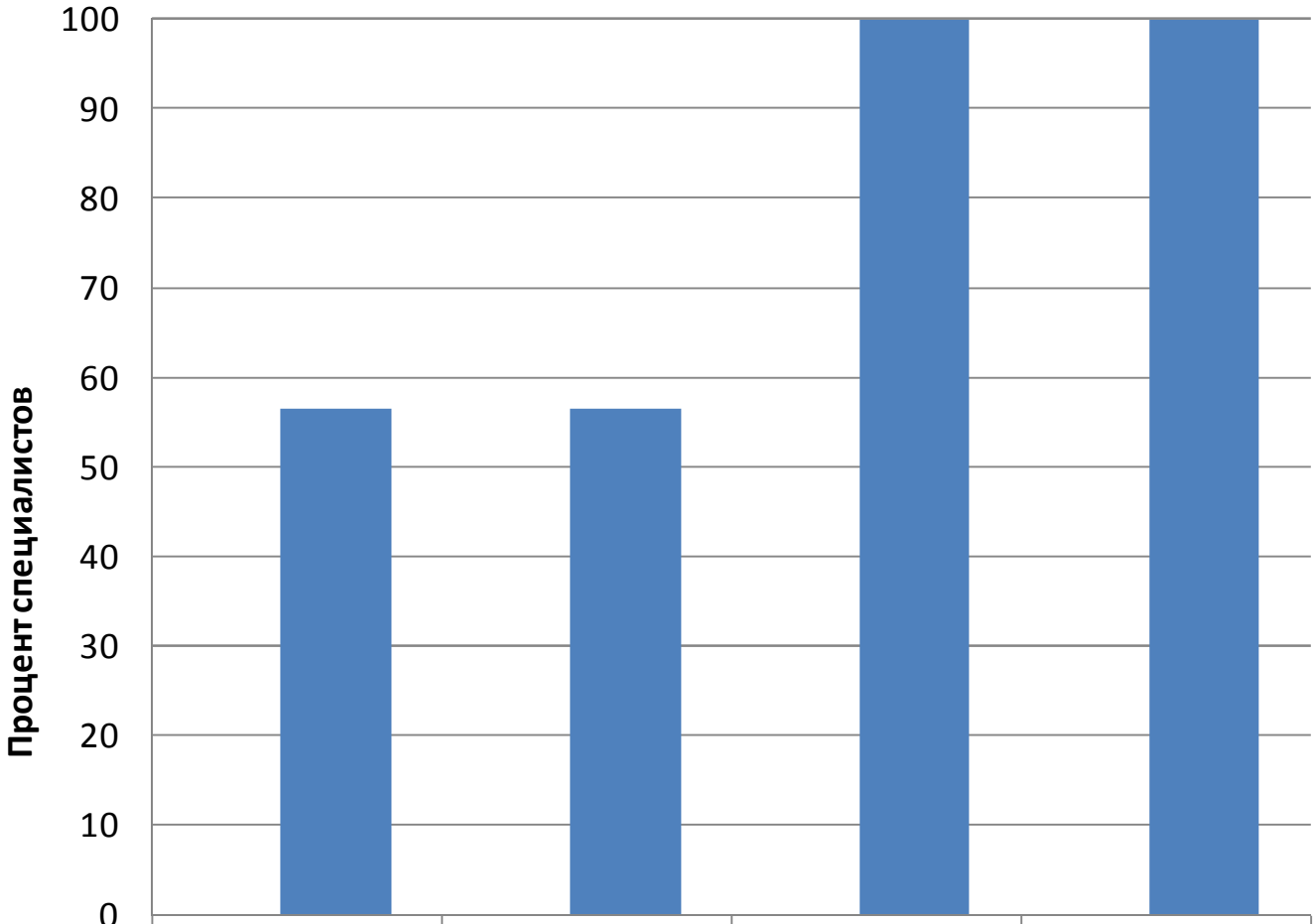
Критерии Ж

- **Предоставления медикаментозного сна-отдыха роженицам:**
- После длительного прелиминарного периода, приобретшего признаки первичной слабости родовой деятельности или дискоординации родовой деятельности.
- При продолжительности первого периода родов более 12 ч и раскрытии шейки матки менее 8 см.
- В случае повторной родостимуляции в течение 12 ч необходим отдых роженице и коррекция метаболического ацидоза.

Методология улучшения в здравоохранении



Adapted from:
T. Nolan et. al.
The Quality Improvement Guide

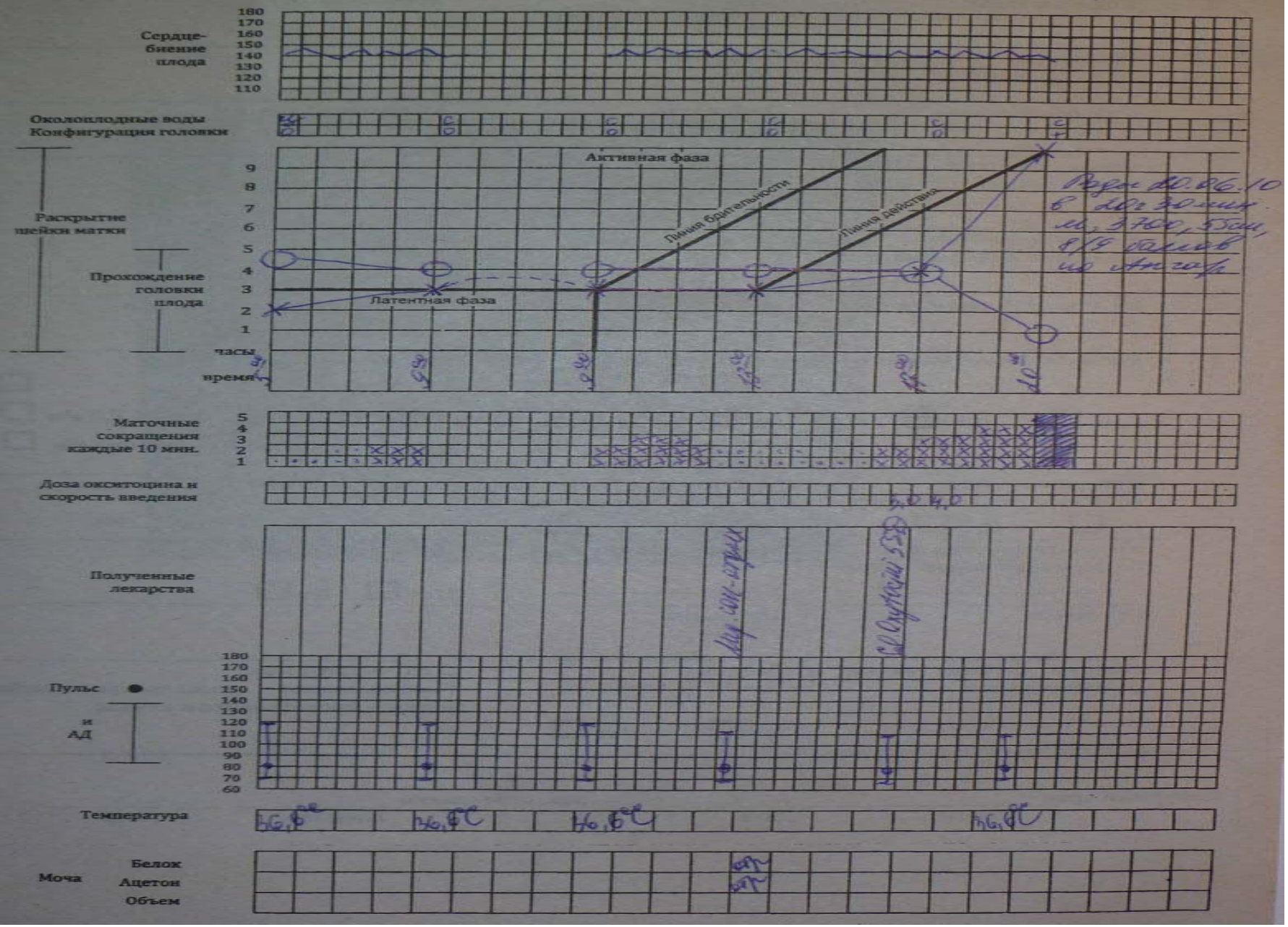


	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4
Число врачей и акушерок, обученных ведению партограммы	13	13	23	23
Число специалистов	23	23	23	23
Доля врачей и акушерок, обученных ведению партограммы	57	57	100	100

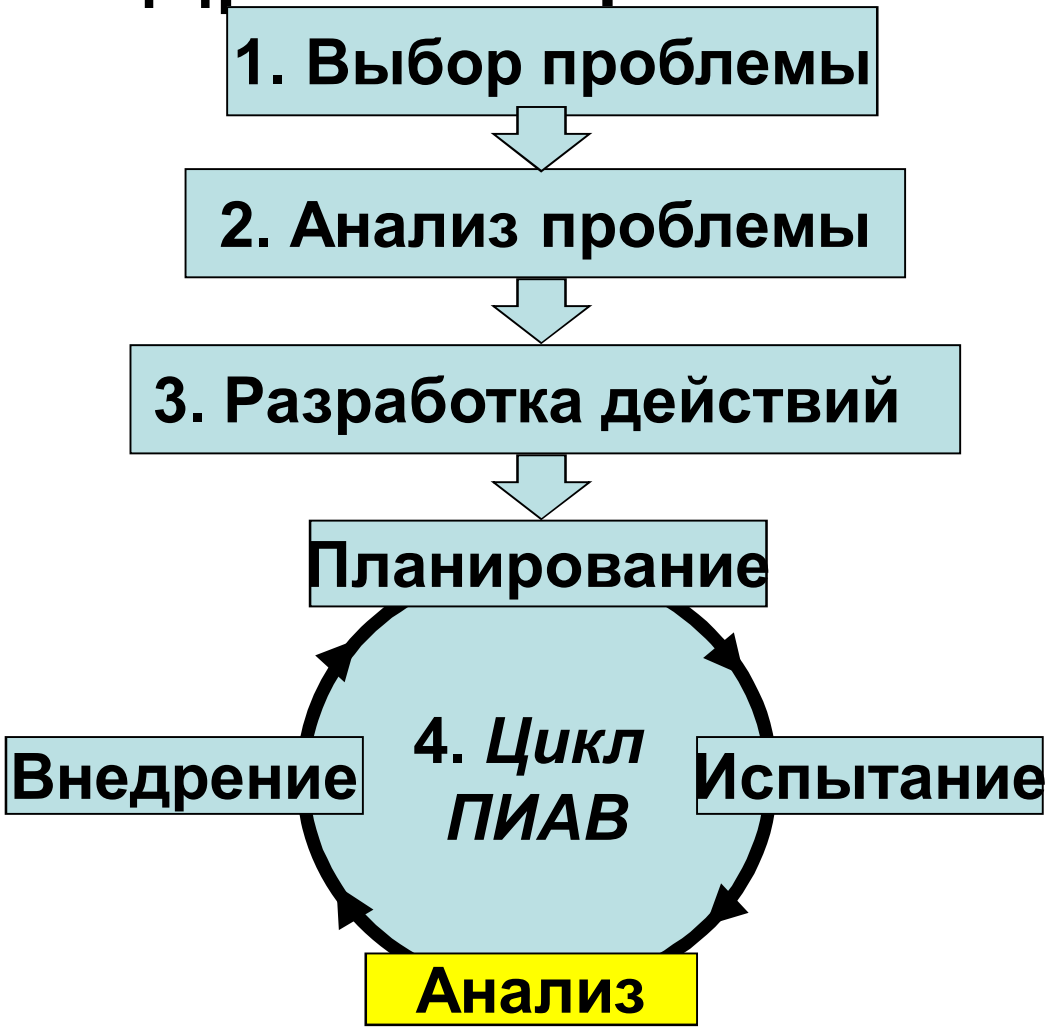
ПАРТОГРАММА

Ф.И.О. Иванова Н.С. Беременность 39 нед Регистрационный номер 1405

Дата поступления 20.06.10 Время поступления 5⁰⁰ Безводный период с 9⁰⁰/11³⁰



Методология улучшения в здравоохранении



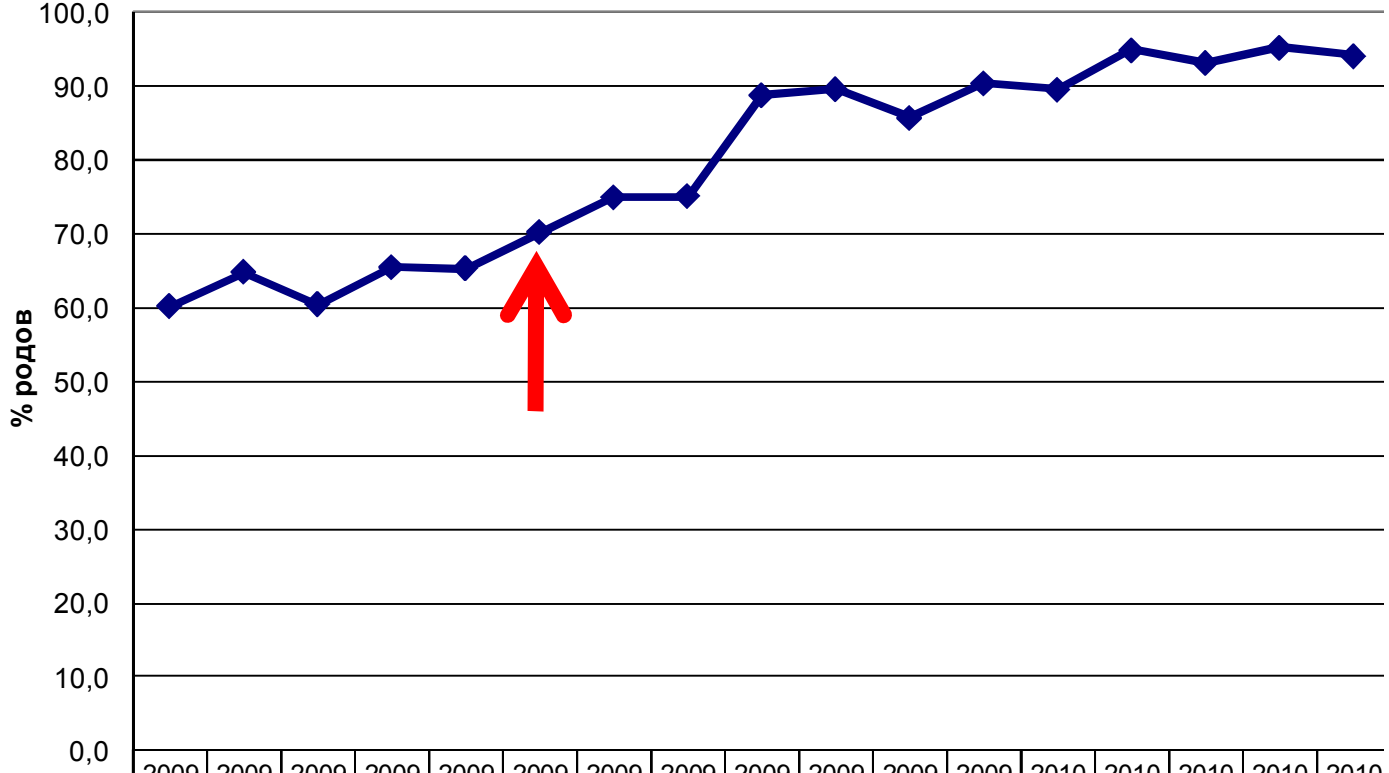
Самые значимые результаты

- Появился унифицированный инструмент ведения родов (в том числе затрудненных)
  - Позволяет своевременно диагностировать аномалии родовой деятельности и проводить их коррекцию
  - Обеспечивает преемственность между сменами медицинского персонала
  - Позволяет своевременно диагностировать клинически узкий таз и своевременно принять решение о родоразрешении
- Командный метод

Самые значимые результаты (продолжение)

- позволяет быстро оценить тактику ведения родов в отделении или ЛПУ
- применение партограммы позволило снизить процент родов с аномалией родовой деятельности («уход» от гипердиагностики)
- уменьшилось количество немотивированных стимуляций родов
- отмечается снижение родового травматизма плода
- уменьшился процент экстренных кесаревых сечений по причине аномалий родовой деятельности

Доля родов, начавшихся вагинально, при которых заполнена партограмма
Клиническая б-ца №2, г. Ярославль, Ярославская область

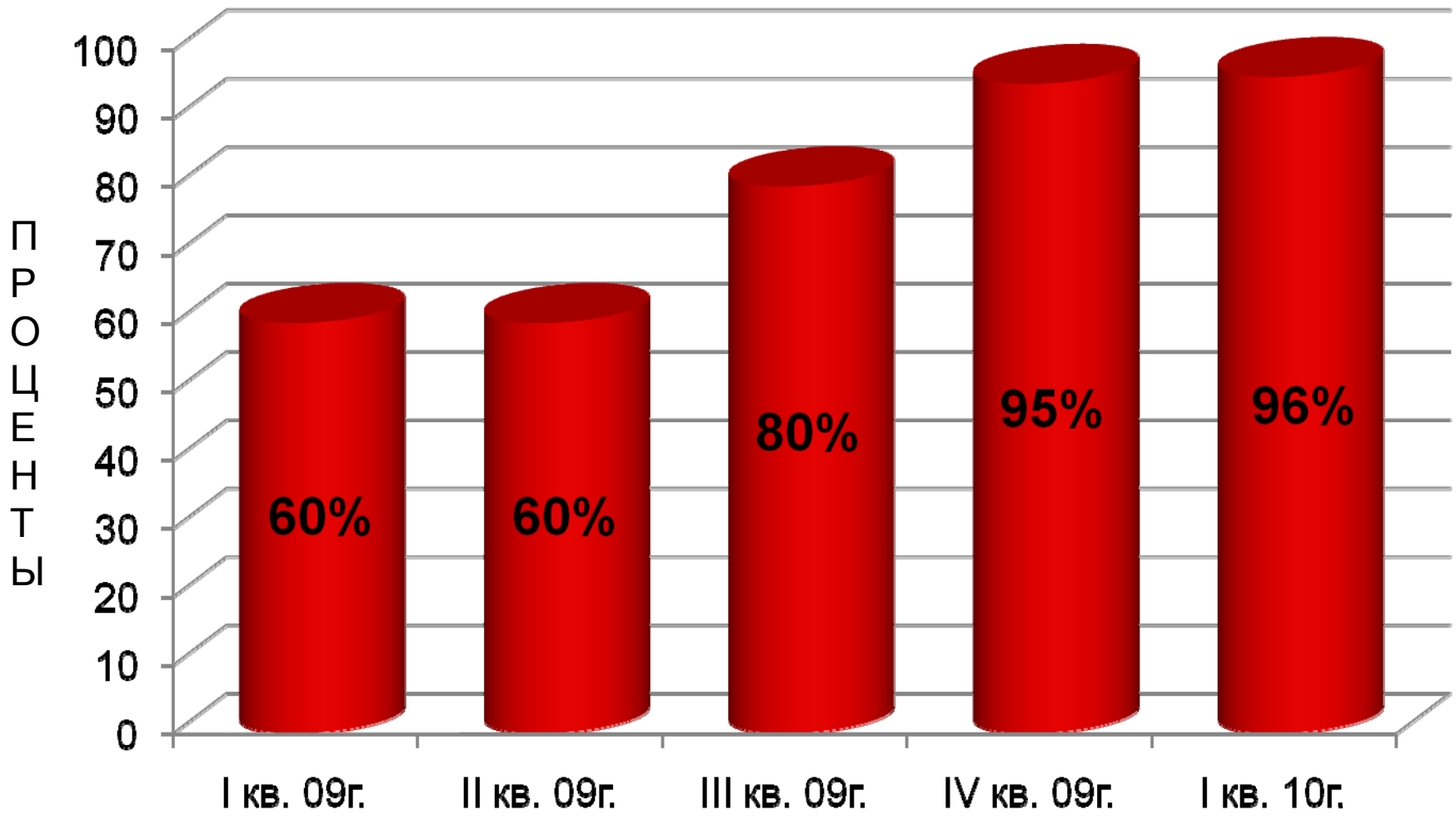


	2009 ЯНВ	2009 ФЕВ	2009 МАР	2009 АПР	2009 МАЙ	2009 ИЮН	2009 ИЮЛ	2009 АВГ	2009 СЕН	2009 ОКТ	2009 НОЯ	2009 ДЕК	2010 ЯНВ	2010 ФЕВ	2010 МАР	2010 АПР	2010 МАЙ
Доля родов, начавшихся вагинально, веденных с помощью партограммы (индикатор В-03-2*)	60,1	64,8	60,4	65,4	65,3	70,2	74,9	75,1	88,8	89,6	85,7	90,4	89,6	94,9	93,2	95,3	94,1
Число родов, начавшихся вагинально, веденных с помощью партограммы (индикатор В-03-2)	128	136	137	34	77	186	221	199	238	95	132	189	189	224	233	161	64
Число родов, начавшихся вагинально, в пилотных ЛПУ (индикатор Ю-В-01)	213	210	227	52	118	265	295	265	268	106	154	209	211	236	250	169	68

Критерии оценки правильности заполнения партограммы

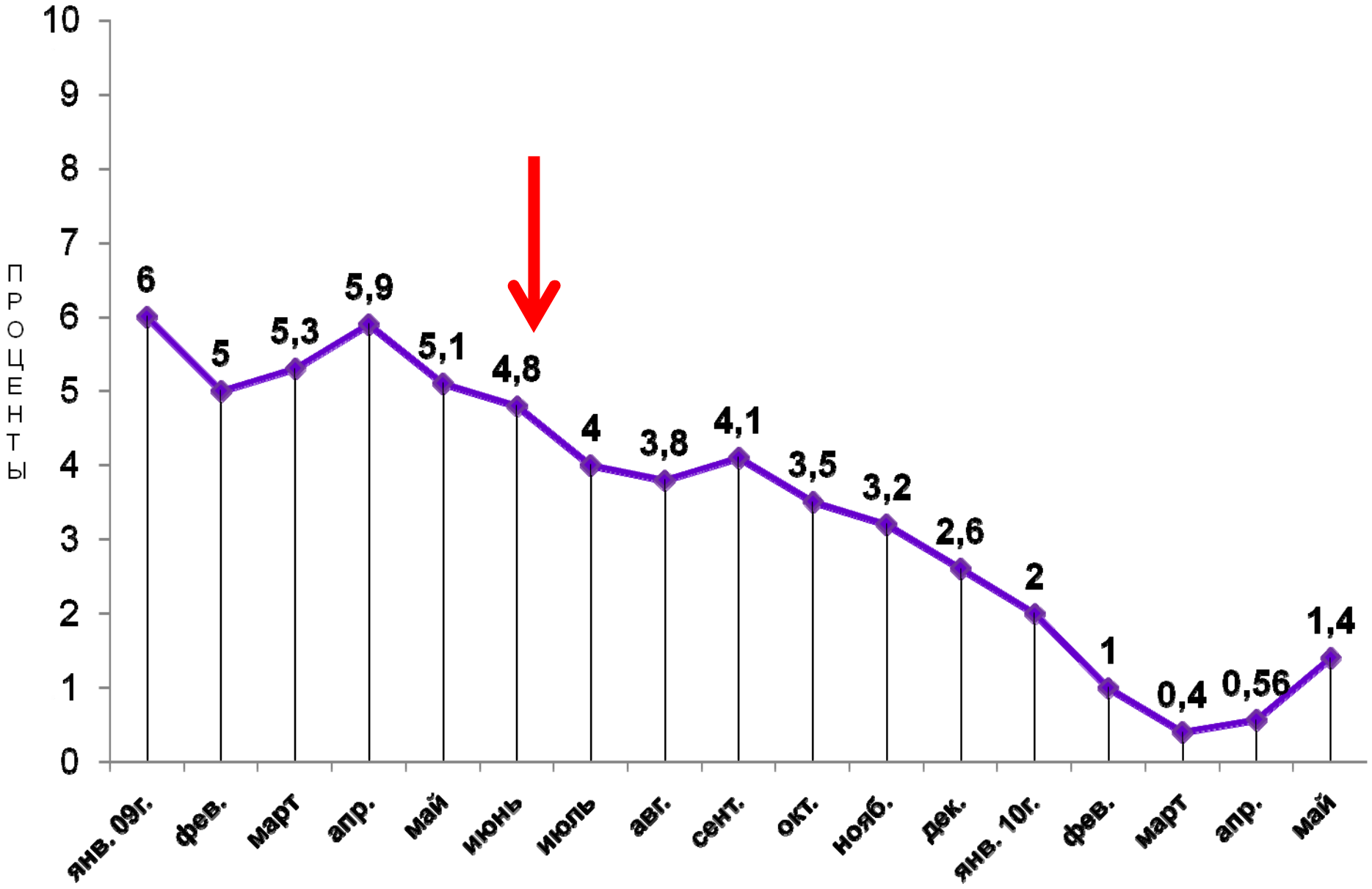
1. Отображение в виде кривых динамики раскрытия шейки матки
2. Отображение цвета околоплодных вод
3. Сердцебиение плода
4. Продвижение предлежащей части плода
5. Когда диагностируется активная фаза родов, точка ставится на линию бдительности
6. Правильное отображение силы и частоты схваток
7. Полное заполнение протокола ведение 3го периода родов

Доля правильно заполненных партограмм

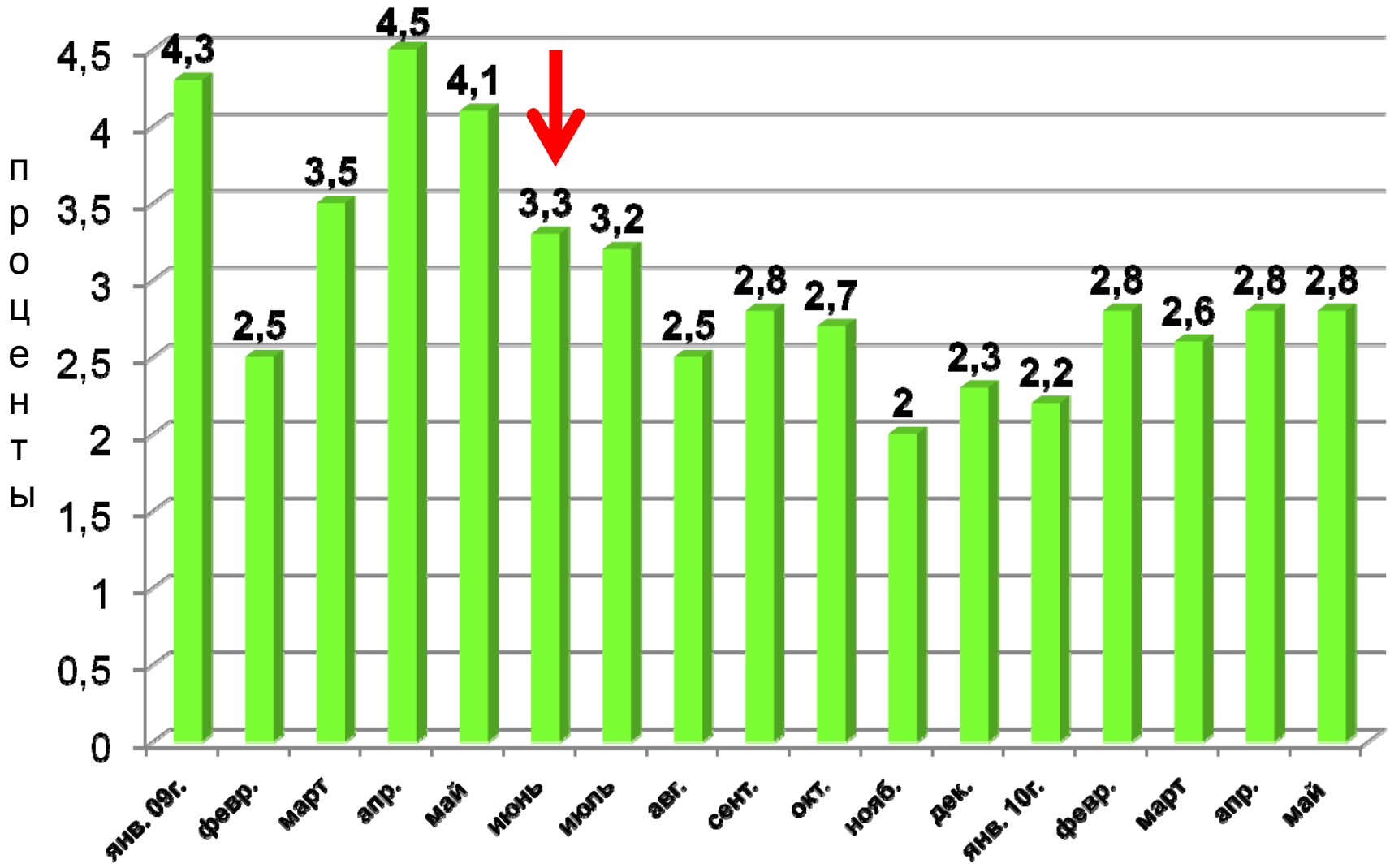


Доля родов со слабостью родовой деятельности (по методу родоразрешения)

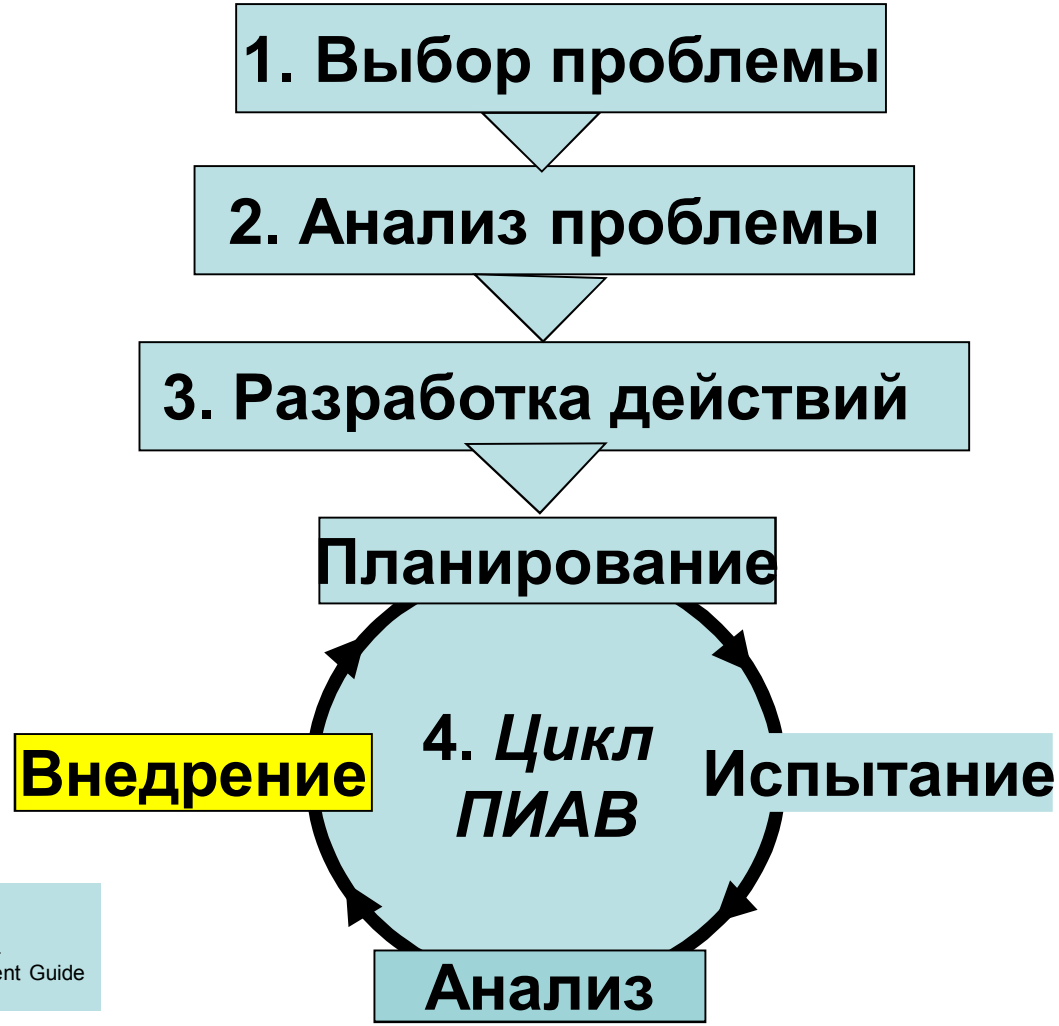
Доля детей родившихся в асфиксии



Доля случаев родового травматизма у новорожденных



Методология улучшения в здравоохранении



Adapted from:
T. Nolan et. al.
The Quality Improvement Guide

Планы расширения действии

- Продолжение внедрения ключевых моментов Пакета готовых решений в другие ЛПУ Ярославской области и в областях-участниках проекта
- Продолжение анализа результатов использования партограммы и алгоритмов с помощью новых индикаторов: доля быстрых и стремительных родов
- Проведение консультаций специалистов ЛПУ города Ярославля по ведению затрудненных родов с использованием партограммы

Основные условия успеха

- Заполнение партограммы во время родов
- Привлечение среднего медицинского персонала
- Поддержка руководителя отделения/ЛПУ

Какие уроки мы извлекли

- Возможна отмена листа наблюдения за роженицей
- Не увеличивает нагрузку на медицинский персонал
- Призывает работать командой
- Повышает значимость акушерок
- Повышает привлекательность отделения для пациенток

СПАСИБО

за

ВНИМАНИЕ!