



USAID
от АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

ПРОЕКТ ПО
УЛУЧШЕНИЮ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА,
ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ ИМ.
АКАДЕМИКА В.И. КУЛАКОВА
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ



ИВАНОВСКИЙ НИИ
МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
ИМ. В.Н. ГОРОДКОВА



Комплекс рекомендуемых изменений

для оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам»

Москва 2011

Данная работа выполнена при финансовой поддержке американского народа через Агентство США по международному развитию (USAID) посредством Проекта USAID по улучшению здравоохранения (HCI). Проект HCI выполняется Университетской исследовательской компанией (URC) в рамках контракта GHN-I-01-07-00003-00. Проект «Улучшение помощи мамам и малышам» выполняется в России в партнерстве с ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России; ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России и ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздравсоцразвития России.

Комплекс рекомендуемых изменений

для оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам»

Другие ресурсы по данному вопросу (как и по многим другим) доступны в библиотеке ВЕБ–портала проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» по ссылке:
<http://www.healthquality.ru/open>

Авторы:

- **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, заведующая акушерским отделением ЦРБ г. Торжок, Тверская область
- **Панова Ирина Александровна**, заведующая отделом акушерства и гинекологии, ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова», Минздравсоцразвития
- **Антанович Галина Михайловна**, зам. Главного врача по медицинской части, Нерехтская ЦРБ, Костромская область
- **Гажева Анастасия Викторовна**, к.м.н., ученый секретарь, эксперт по улучшению качества, ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития
- **Иванов Алексей Викторович**, к.м.н., эксперт по улучшению качества, ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития
- **Ижаева Зульфия Нюргаметовна**, к.соц.н., эксперт по улучшению качества, ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития
- **Жолобов Юрий Николаевич**, зав. акушерским отделением, Тутаевская ЦРБ, Ярославская область
- **Жукова Елена Владимировна**, зав. акушерским стационаром, Моршанская ЦРБ, Тамбовская область
- **Капралова Людмила Викторовна**, Мичуринская городская больница №. 2, Тамбовская область
- **Короткова Анна Владимировна**, к.м.н., заместитель директора по международным вопросам, директор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» с Российской стороны, ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздравсorазвития
- **Котова Евгения Александровна**, к.м.н., эксперт по улучшению качества , ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздравсorазвития
- **Меньшова Лариса Лучьевна**, Уваровская ЦРБ, Тамбовская область
- **Новожилов Алексей Викторович**, к.м.н., эксперт по улучшению качества. ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздравсorазвития
- **Симmons Николь (Simmons Nicole)**, MHS, директор проекта «Улучшение помощи

мамам и малышам», URC

- **Суровцев Андрей Николаевич**, врач акушер-гинеколог; Клиническая больница №. 2, г. Ярославль
- **Чернобровкина Ольга Викторовна**, директор по улучшению качества, URC-РФ
- **Шаранов Павел Александрович**, зав. родовым отделением, Шарьинская ЦРБ, Костромская область
- **Шарифкулов Ренат Борисович**, зав. обсервационным отделением, Костромская областная больница, Костромская область
- **Яковченко Надежда Андреевна**, врач-организатор здравоохранения, координатор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам», URC-РФ

Рецензенты

- **Баев Олег Радомирович**, д.м.н., профессор, Заведующий родильным отделением, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России
- **Ходжаева Зульфия Сагдуллаевна**, д.м.н., Ведущий научный сотрудник 2-го акушерского отделения патологии беременных, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Рецензия на Пакет готовых решений¹ по реализации программы «Оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы» в рамках проекта «Улучшение помощи мамам и малышам»

Пакет готовых решений (ПГР), представляет собой методические рекомендации по внедрению и использованию партограммы при ведении нормальных и затрудненных родов, которые дополнены набором организационных мер для их реализации.

В современных условиях, характеризующихся изменением принципов выбора тактики ведения беременности и родов с учетом доказательных медицинских данных, разработка и внедрение подобных программ имеет важное значение. Определяя цели и задачи своей работы, авторы трижды провели аудит в трех областных и 22 муниципальных лечебных учреждениях ЦФО, что позволило им выявить ряд проблем и конкретизировать пути их решения. Было определено отсутствие единой тактики ведения родов, осложнившихся патологическим прелиминарным периодом, преждевременным разрывом плодных оболочек и нарушением родовой деятельности. Кроме того было обращено внимание на отсутствие ясности в определении границ латентной и активной фаз родов, из-за чего роды велись излишне агрессивно, необоснованно проводилась медикаментозная стимуляция.

В связи с вышеизложенным в основу данного ПГР был положен принцип ведения родов с графическим описанием основных характеристик родового акта – партограмма. За основу взята партограмма, рекомендованная ВОЗ и дополненная на второй странице рядом положений, характеризующих завершение родов. Приведены подробные инструкции по ее заполнению.

Следующий раздел ПГР посвящен аномалиям родовой деятельности. В данном разделе последовательно рассмотрены факторы риска развития данной патологии, причины и критерии диагностики, методы коррекции и акушерская тактика. Также уделено внимание таким серьезным осложнениям родов, как дистоция плечиков плода.

При составлении ПГР использованы современные данные доказательной медицины, которые представлены в доступной практическому применению форме. ПГР методически правильно построена, иллюстрирована демонстративными схемами.

Завершает ПГР набор критериев оценки эффективности, а также механизмов контроля за внедрением и использованием рекомендаций в практической работе.

Таким образом, рассмотренный вариант пакета готовых решений по реализации программы «Оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы» представляет собой комплекс мероприятий, внедрение которых направлено на оптимизацию тактики ведения родов, обеспечение методической поддержки и контроля за выполнением, что имеет важное значение для практического акушерства.

**Заведующий родильным отделением
ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России
доктор медицинских наук
профессор**

O.P.Баев

¹ Пакет готовых решений (ПГР) по реализации программы «Оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы» в рамках проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» апробированный и внедренный в Ярославской, Костромской и Тамбовской областях. По итогам работы данного проекта ПГР был оформлен и представлен как данный комплекс рекомендуемых изменений для оптимизации тактики ведения родов с использованием партограммы

Рецензия на Пакет готовых решений по реализации программы «Оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы» в рамках проекта «Улучшение помощи мамам и малышам»²

Одним из эффективных путей снижения акушерской и перинатальной патологии является оптимизация тактики ведения родов на основе четких ориентиров, способствующих своевременному началу лечебно-профилактических мероприятий. Признанным ориентиром, определяющим качество оказываемой помощи в родах является партограмма, применение и интерпретация результатов которой при различных ситуациях, связанных с родовым процессом, легли в основу рецензируемого «Пакета готовых решений». Безусловным преимуществом данного Пакета является этапность проведенной работы: внедрение партограммы, проведение повторных (трижды) аудитов по эффективности ее использования с выявлением частых причин оказания субоптимальной помощи – т.н. работа над ошибками, их анализом и, наконец, - конкретными рекомендациями по их устранению. Данная работа проводилась одновременно в трех областных и 22 муниципальных лечебных учреждениях ЦФО, что повышает ценность изложенных рекомендаций.

В результате проведенной работы авторами справедливо отмечено, что основные ненадлежащие практики были связаны с отсутствием четких дефиниций относительно конкретных акушерских ситуаций. Так, только внедрение партограммы способствовало разграничению патологического прелиминарного периода и начала первого периода родов, а также латентной и активной фаз родов. Кроме того надо признать, что некоторые рекомендации (например, тактика при дистоции плечиков, при преждевременном излитии околоплодных вод, при развитии хориоамнионита и др) выходят за пределы применения партограммы, но являются очень полезными, так как основаны не только на собственном опыте авторов, но также на основании данных доказательной медицины.

Материал изложен доступно, содержит данные образовательного, информационного и организационного характера; для наглядности подкреплен графиками по алгоритму действий при осложненных родах (слабости родовой деятельности, дискоординированной родовой деятельности и чрезмерно бурной родовой деятельности). Предложенный набор критериев оценки эффективности, а также механизмов контроля за внедрением и использованием рекомендаций в практической деятельности акушерских стационаров, является действительно "готовым решением" по повышению качества оказания медицинской помощи.

Таким образом, данный «Пакет готовых решений по реализации программы «Оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы» является современным документом, содержащим наряду с организационно-методическими материалами также индикаторы контроля и качества оказываемой помощи, что обеспечивает его важное прикладное значение в работе акушерских стационаров.

**Ведущий научный сотрудник
2-го акушерского отделения патологии беременных
ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулаков»
Минздравсоцразвития России
доктор медицинских наук**

З.С. Ходжаева

² Пакет готовых решений (ПГР) по реализации программы «Оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы» в рамках проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» апробированный и внедренный в Ярославской, Костромской и Тамбовской областях. По итогам работы данного проекта ПГР был оформлен и представлен как данный комплекс рекомендуемых изменений для оптимизации тактики ведения родов с использованием партограммы

Руководители, оказавшие поддержку:

Стародубов В.И. – доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, вице-президент РАМН, заслуженный врач России, директор ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития»
Сухих Г.Т. - доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН Директор ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Малышкина А.И. - доктор медицинских наук, директор ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова», г. Иваново.

Богуславский В.П. - Директор российского представительства Университетской исследовательской компании.

Петросян Л.Б. – специалист по управлению проектами Агентство США по международному развитию, Куратор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам».

Рослов А.И. - начальник департамента Костромской области

Каграмян И.Н.- директор Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области

Лапочкина М.В. – начальник управления здравоохранения Тамбовской области

Гарденков Н.В. – заместитель губернатора Тамбовской области по социальным вопросам

При поддержке руководителей органов управления здравоохранением и руководителей служб развития медицинской помощи детям и служб родовспоможения, комплекс рекомендуемых изменений был апробирован и внедрен в следующих ЛПУ:

Ивановская область	МУЗ ЦГБ г.о. Кинешма
	МУЗ Родильный дом № 1 г.Иваново
Костромская область	МУЗ “Нерехтская ЦРБ”, г. Нерехта
	ГУЗ “Костромская областная больница”, г. Кострома
	МУЗ “Родильный дом №1 г. Костромы”, г. Кострома
	МУЗ “Шарьинская ЦРБ им. Каверина В.Ф.”, г. Шарья
	МУЗ “Галичская городская больница”
	МУЗ «Мантуровская городская больница»
Тамбовская область	МУЗ «Мичуринская городская больница №. 2», г. Тамбов
	МУЗ«Тамбовская областная больница», г.Тамбов
	МУЗ «Уваровская ЦРБ№, Уваровский район
	МУЗ «Городская больница №3», г.Тамбов
Тверская область	ГУЗ Тверской области «Областной клинический перинатальный центр имени Е. М. Бакуниной»
	МУЗ “Родильный дом № 1” г.Тверь
	МУЗ «Ржевский родильный дом», г.Ржев
	МУЗ “Торжокская Центральная Районная больница” Тверской области
	МУЗ «Бежецкая Центральная Районная Больница»
Ярославская область	МУЗ «Клиническая больница №2», г.Ярославль
	МУЗ «Угличская ЦРБ», Угличский МО
	МУЗ «Тутаевская ЦРБ», Тутаевский МО

Оглавление

Предисловие	11
i. О Проекте «Улучшение помощи мамам и малышам.....	11
ii. Методология реализации проекта.....	12
iii. Участники (органы управления, учреждения, специалисты, население, сообщества	15
1. ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ДАННОГО ДОКУМЕНТА.....	16
1.1. Целевая группа, использующая КРИ	17
1.2 Индикаторы	17
1.3.Ожидаемые результаты и выгоды от внедрения КРИ	20
2. О ПРОБЛЕМЕ	22
2.1 Актуальность проблемы.....	22
3. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	24
3.1. Понятия и определения	24
3.2 Парограмма с инструкцией по ее заполнению	30
3.2.1 Принципы заполнения парограммы (ПГ	33
3.2.2 Подробные инструкции по заполнению парограммы	35
4.3 Классификация согласно МКБ-10	43
4.4 Аномалии (нарушения) родовой деятельности.....	47
4.5. Схемы, Алгоритмы и Таблицы	67
5. Процесс внедрения парограммы.....	75
5.1 ЗАДАЧА 1: Принятие ЛПУ политики заполнения парограммы и ведения всех доношенных родов по алгоритмам в этом КРИ	75
5.2 ЗАДАЧА 2: Внедрение использования парограммы и системы документации, с ней связанной	77
5.3 ЗАДАЧА 3: Внедрение алгоритмов ведения затрудненных родов.....	81
5.4 ЗАДАЧА 4: Аудит.....	82
6. ИНДИКАТОРЫ	84
6.1 Перечень проектных индикаторов.	84
6.2 Формы журнала или аудита.	86
7. НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ	90
7.1. Персонал	90
7.2 Оборудование	90
7.3. Материалы	90
8. ПЛАН ВНЕДРЕНИЯ КРИ	94
9. ЛИТЕРАТУРА	99

Список схем и таблиц

Схема №	Название	Страница
1.	Последовательность действий по улучшению	16
2.	Иерархия цели, задач и индикаторов для данного КИР	20
3.	Результаты внедрения КИР: Доля новорожденных с гипоксией и асфиксиеи при родах, 8 ЛПУ	22
4.	Партограмма	32-33
5.	Продвижение головки плода	38
6.	Алгоритм ведения рожениц со слабостью родовой деятельности	68
7.	Алгоритм оказания помощи роженицам с дискоординированной родовой деятельностью	70
8.	Алгоритм лечебно - профилактических мероприятий при чрезмерной родовой деятельности	72
Таблица №	Название	Страница
1	Шкала степени зрелости шейки матки (E.H.Bishop)	74
2	Зрелость шейки матки (по Г.Г.Хечинашвили)	75
3	Перечень рекомендуемых медикаментов для регуляции родовой деятельности	91

Список сокращений:

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГАГ - гестационная артериальная гипертензия

ДАД –диастолическое артериальное давление

ЕД – единица действия

ИВЛ –искусственная вентиляция легких

ИМТ – индекс массы тела

КРИ – комплекс рекомендуемых изменений

КС- опеарция кесарево сечение

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

Минздравсоцразвития – министерство здравоохранения и социального развития

МКБ – 10 – Международная классификация заболеваний и причин смерти

МУЗ – муниципальные учреждения здравоохранения

ПГ – партограмма

ПГР- Пакет готовых решений

ПОНРП-первичная отслойка нормально расположенной плаценты

ПРПО – преждевременный разрыв плодных оболочек

РД – родильный дом

РФ – Российская Федерация

САД-sistолическое артериальное давление

Т° - температура

ХАГ – хроническая артериальная гипертензия

ЧСС – частота сердечных сокращений

Предисловие

i. О Проекте «Улучшение помощи мамам и малышам»

Проект по улучшению здравоохранения (HCI) Агентства США по международному развитию (USAID) выполняется Университетской исследовательской компанией (University Research Co., LLC - URC) в 28 странах мира по различным клиническим направлениям. В Российской Федерации эта инициатива реализуется с 1998 года в сфере охраны материнства и детства, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции и фтизиатрической помощи через сотрудничество с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (при курации главных специалистов и ведущих федеральных институтов), в тесной связи с деятельностью рабочей группы по здравоохранению Российской-американской двусторонней президентской комиссии.

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам» выполняется в рамках HCI в 2009-2011 годах в сфере охраны репродуктивного здоровья и перинатологии с целью содействия Приоритетному национальному проекту «Здоровье» в улучшении демографической ситуации в России и снижении показателей материнской и младенческой смертности. Деятельность проекта направлена на разработку, тестирование и внедрение в конкретных учреждениях организационных решений по совершенствованию процесса оказания медицинской помощи на основе утвержденных Минздравсоцразвития России нормативных документов (приказов, порядков, протоколов, распоряжений, рекомендаций, стандартов).

Проект работает по нескольким клиническим направлениям: улучшение репродуктивного здоровья (в основном – подростков), профилактика и ведение затрудненных родов, внедрение основных компонентов неонатального ухода и исключительно грудного вскармливания в 50 лечебно-профилактических учреждениях Тамбовской, Ярославской, Костромской, Тверской, Тульской и Ивановской областей.

Участниками являются врачи и средний медицинский персонал родовспомогательных и педиатрических учреждений, а также руководители учреждений здравоохранения и социальной защиты, исполнителями – Московское представительство Университетской исследовательской компании (URC, США) (<http://www.urc-chs.com/>), ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России (<http://www.mednet.ru/>), ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России (<http://www.ncagip.ru/>), ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» (<http://www.niimid.ru>), органы управления здравоохранением и главные специалисты службы охраны здоровья матери и ребенка Тамбовской, Ярославской, Костромской, Тверской, Тульской и Ивановской областей.

Деятельность Проекта включает периодические мероприятия: шесть обучающих сессий, конференции, тренинги, ознакомительные поездки по обмену опытом и ежемесячные телеконференции с ведущими экспертами федерального уровня, и, главное, – повседневную работу команд непосредственно в конкретных ЛПУ. Во время обучающих сессий проводится обучение участников проектных команд методологии улучшения, с экспертами обсуждаются необходимые клинические и организационные вопросы, команды делают презентации, делясь с коллегами из других ЛПУ и других областей опытом и знаниями,обретенными в ходе достижения определенных улучшений, и результатами произведенных изменений.

ii. Методология реализации проекта

Проектная деятельность осуществляется на основе подхода к совершенствованию системы оказания медицинской помощи через сотрудничество на основе применения методологии улучшений.

Сотрудничество (collaborative) представляет собой целенаправленно организованное взаимодействие (коммуникации, обмен информацией на обучающих сессиях, во время взаимных визитов для обмена опытом и через специально созданный WEB-портал www.healthquality.ru) всех участников проекта для совместного внедрения улучшений в привычную рутинную практику. Ключевой момент такого сотрудничества – пример коллег, которые первыми разработали и опробовали изменение и получили позитивный результат.

Основными принципами методологии улучшений в здравоохранении являются:

- системный подход,
- ориентация на потребителей услуг подсистемы, в которой проводятся преобразования,
- вовлечение в процесс улучшения всех ключевых профессионалов и формирование из них команды (рабочей группы) для решения определенных задач,
- использование только научно-обоснованных решений,
- строгая научность всех преобразований в системе, то есть тщательное измерение и систематический анализ результатов всех изменений, производимых командами.

На схеме 1 представлена последовательность действий по улучшению. Как правило, выбор проблемы (1), которая требует усовершенствований в системе, осуществляется на основе анализа тех показателей ее деятельности, которые не удовлетворяют все заинтересованные стороны. После определения проблемы формируется соответствующая команда (рабочая группа) и проводится детальный анализ (2) этой проблемы.

Анализ включает: изучение процессов в подсистеме (флоучарт³), в которых эта проблема имеет место быть, установление причинно-следственных связей (диаграмма Ишикавы⁴), сбор и анализ детальных данных, всесторонне характеризующих эту проблему и позволяющих впоследствии (после внесения изменений) оценить, действительно ли произошло улучшение результатов работы подсистемы, и решилась ли проблема. На этапе разработки действий (3) формулируются конкретные задачи для команды по разработке и апробации изменений.

Следующий этап (4) – выполнение задач командами по тестированию и внедрению изменений или выполнение Циклов ПИАВ «Планирование – Испытание – Анализ – Внедрение» (циклов Шухарта⁵). Каждая из запланированных задач решается последовательно, при этом тестируется целый ряд изменений, каждое из которых измеряется отдельным микроиндикатором. По мере накопления данных оценивается степень решения поставленных задач через соответствующие индикаторы, решается вопрос о масштабном внедрении протестированных изменений.

³ 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.

⁴ Диаграмма Ишикавы (по имени автора, ее предложившего – Каору Ишикава - Kaoru Ishikawa, одного из основоположников теории управления качеством)

⁵ Цикл назван по имени Уолтера Андрю Шухарта (W. Shewhart) – основоположника теории улучшения известен еще как цикл Шухарта – Деминга.

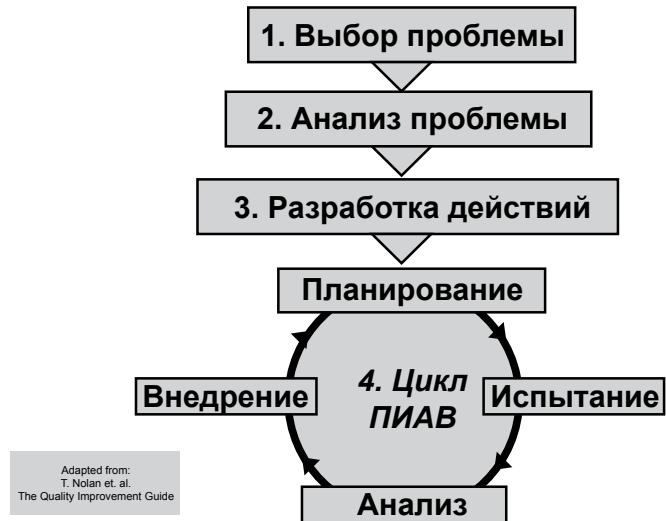


Схема 1. Последовательность действий по улучшению⁶

iii. Участники (органы управления, учреждения, специалисты, население, сообщество)

Проект выполняется в тесном партнерстве между:

Представительством Университетской исследовательской компании (URC) (<http://www.urc-chs.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 из Тверской области, имеющих личный опыт внедрения улучшений и распространения лучших подходов в другие регионы.

⁶ Thomas W. Nolan et al., “The Quality improvement Guide”

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.

1. ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ДАННОГО ДОКУМЕНТА

Комплекс рекомендуемых изменений, 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 (Костромская, Тамбовская, Ярославская, Ивановская и Тверская области), участвующих в Проекте, по вопросам оптимизация врачебной тактики ведения родов при аномалиях родовой деятельности с использованием партограммы. Проблематика правильной тактики ведения родов и роль партограммы в этом описаны в 3^{ей} главе КРИ. 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^{ой} главе, и конкретный план внедрения изменений по срокам - в 8^{ой} 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.

1.1. Целевая группа, использующая КРИ

Использование КРИ должно помочь коллективам специалистов и организаторам здравоохранения в ЛПУ избежать ненадлежащих акушерских практик и оптимизировать врачебную тактику для снижения осложнений со стороны матери, плода и новорожденного.

Задачи

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

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

1.2 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-ой главе КИР, 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-ой главе.

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

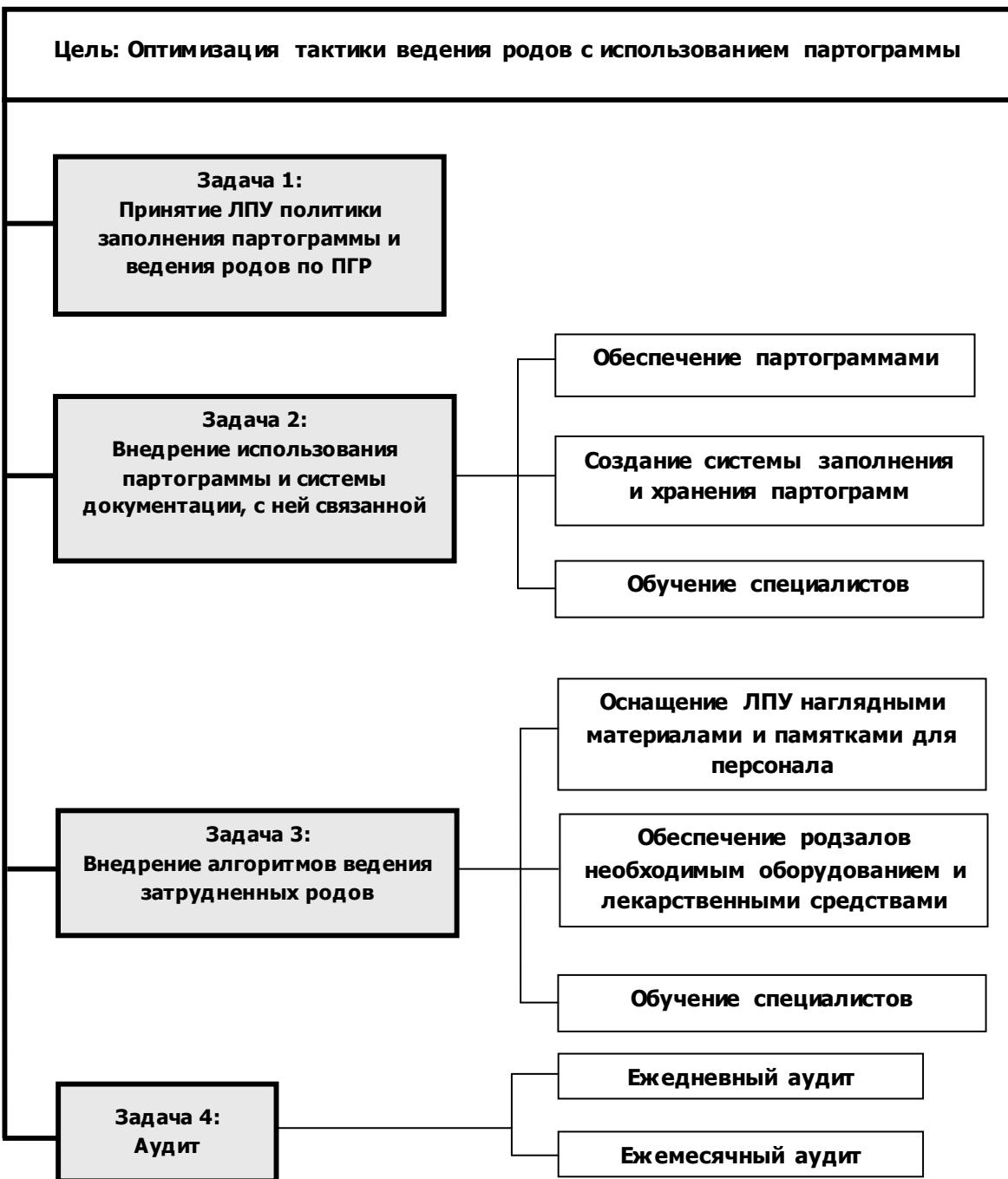


Схема №3. Иерархия целей, задач и индикаторов

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 КРИ:

- *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*)*

другие индикаторы позволяют оценить клинические результаты внедрения предложенных изменений:

- *Доля новорожденных (в т.ч. плодов) с внутриутробной гипоксией, асфиксиией 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*)*

1.3.Ожидаемые результаты и выгоды от внедрения КРИ

С мая 2009 г. по сентябрь 2011 г., в 13 ЛПУ Ярославской, Тамбовской, Костромской областях, а также с декабря 2010г. по сентябрь 2011г. В в 8 ЛПУ Ивановской и Тверской областях внедрялись все элементы данного КРИ. В проекте «Улучшение помощи мамам и малышам» партограмма внедряется с целью снижения уровня асфиксии при родах (коды МКБ-10 Р-20, Р-21), а также уменьшения количества случаев родовой травмы (коды МКБ-10 Р10-Р15). Она используется совместно с алгоритмами ведения рожениц группы риска, для диагностики аномалий родовой деятельности и своевременной корректировки этих аномалий и затрудненных родов. По результатам аудита, в 8-ми ЛПУ за период апрель-июнь, 2010 г. были внедрены алгоритмы, описанные в данном комплексе рекомендуемых изменений. 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, асфиксиеи в родах и с родовой травмой, в период апрель-июнь 2010 г. и 2011 г., после полного внедрения КРИ, с данным показателем в апреле-июне 2009 г., до внедрения КРИ.

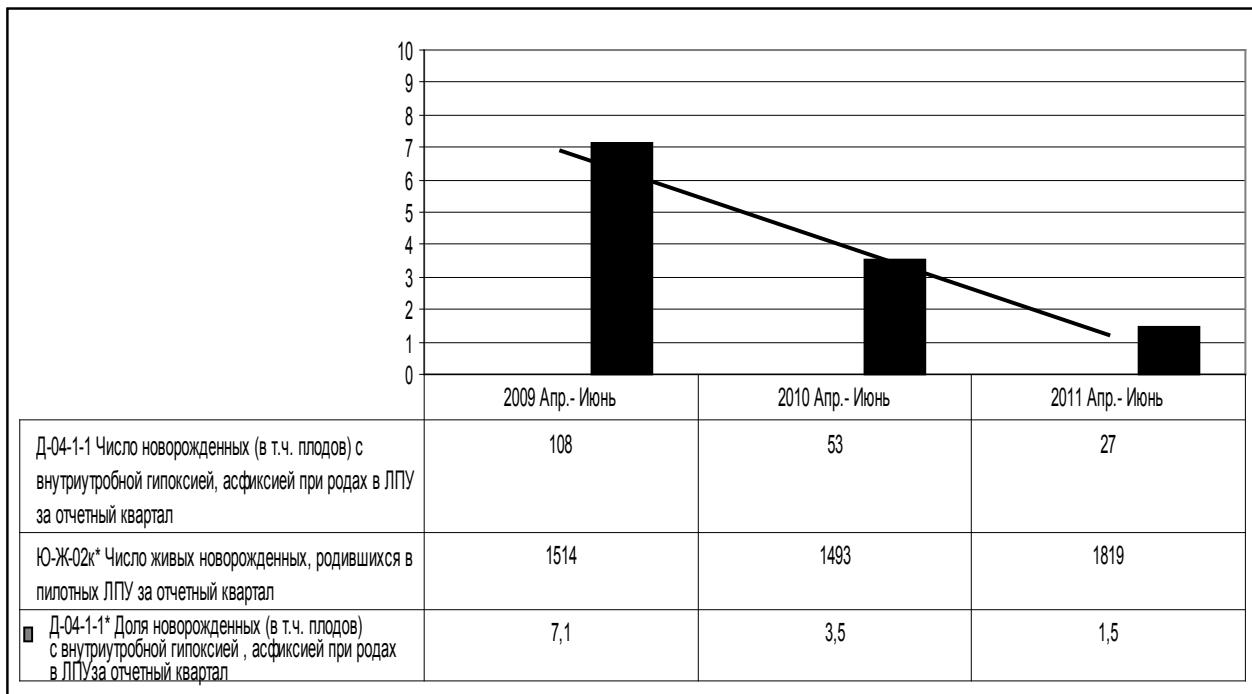


Схема 4. Доля новорожденных (в т.ч. плодов) с внутриутробной гипоксией , асфиксиеи при родах в пилотных ЛПУ. Мы предполагаем, что снижение частоты гипоксии плода произошло за счет уменьшения гипердиагностики аномалий родовой деятельности при использовании партограммы и, как следствие, уменьшение агрессии при ведении родов, особенно, необоснованного применения медикаментозной родостимуляции и влагалищного оперативного родоразрешения (акушерских щипцов и ваккум-экстракции плода)

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) и на 21% в период апрель-июнь 2011г., причем разница в показателях среди больниц была незначительная (см. **схему 4**) . Однако, анализ показал, что внедрение КРИ существенно не повлияло на уровень родовой травмы – снижение риска на 27% в 2010 г. и на 33 % в 2011 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 pilotных ЛПУ можно предположить, что до начала проекта врачи не совсем точно определяли время начала активной фазы родов. В результате имела место гипердиагностика слабости родовой деятельности, из-за которой ведение родов было слишком агрессивным: чаще, чем следует, использовали медикаментозную стимуляцию родов в потужном периоде для ускорения изгнания плода. Использование партограммы позволило персоналу ЛПУ объективно оценивать начало регулярной родовой деятельности и течение родов, что привело к улучшению тактики ведения и исходов родового процесса.

2. О ПРОБЛЕМЕ

2.1 Актуальность проблемы

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. (В.Е. Радзинский).

Партограмма является инструментом графической визуализации процесса родов, который позволяет четко дифференцировать нормальное и аномальное течение родов и выделить группу женщин, нуждающихся в дополнительной помощи.

В рамках программы Безопасного материнства, разработанной в 1987 г., Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) рассмотрела и ввела в практику партограмму для улучшения оказания помощи во время родов и снижения материнской и детской заболеваемости и смертности.

Проведенный трижды аудит за время работы проекта 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 течения этих родов.

Нередко неоправданные и ненадлежащие лечебно-профилактические мероприятия объясняются запоздалой оценкой акушерской ситуации. В данном Комплексе рекомендуемых изменений 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 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 pilotных 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).

3. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

3.1. Понятия и определения

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

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

Аномалии родовой деятельности (Нарушения 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 слабость родовых сил, другие виды слабости родовой деятельности, стремительные роды, и схватки родовые гипертонические или некоординированные.

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

Гестационная артериальная гипертензия, (ГАГ) – повышение АД, впервые зафиксированное во второй половине беременности (после 20 недели беременности) и не сопровождающееся протеинурией.

Гипертензия – см. **Гестационная артериальная гипертензия и Хроническая артериальная гипертензия**

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.

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 родовой деятельности.

Дистресс новорожденного (устаревшее название – асфиксия новорожденного) – клинические проявления гипоксии у новорождённого.

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

Ингибиторы синтеза простагландинов - ингибиторы циклооксигеназы первого типа (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, неподдающейся медикаментозной коррекции и наличии признаков ухудшения состояния плода, КС называется **экстременным**. Гипоксия плода, возникшая во время родов от разных причин (ПОНРП, выпадение пуповины, обвитие пуповиной со сдавлением, 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 – сужение и закрытие шейки матки, обусловленное воспалительным процессом или повреждением эпителия при оперативных вмешательствах, в частности, вследствие диатермокоагуляции по поводу псевдоэррозии 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 (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 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.

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. Вакушерской практике препараты холинолитического (атропиноподобного) и миотропного (папавериноподобного) действия используются в регуляции сократительной функции матки при гипертонусе нижнего сегмента и дистоции шейки матки

Схватки – непроизвольные 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.

Хроническая артериальная гипертензия, (ХАГ) - повышенное артериальное давление, возникшее до беременности, имеет много причин, осложняет течение беременности, родов и послеродового периода. Артериальная гипертензия, диагностированная до наступления беременности или до 20 недели гестации. Диагностическим критерием ХАГ считается САД \geq 140 мм рт.ст. и/или ДАД \geq 90 мм рт.ст. Артериальная гипертензия, возникшая после 20 недели гестации, но не исчезнувшая после родов, также классифицируется как хроническая гипертензия, но уже ретроспективно.

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 - О15) – судорожная форма гипертензии, вызванного беременности, 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.

3.2 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. _____

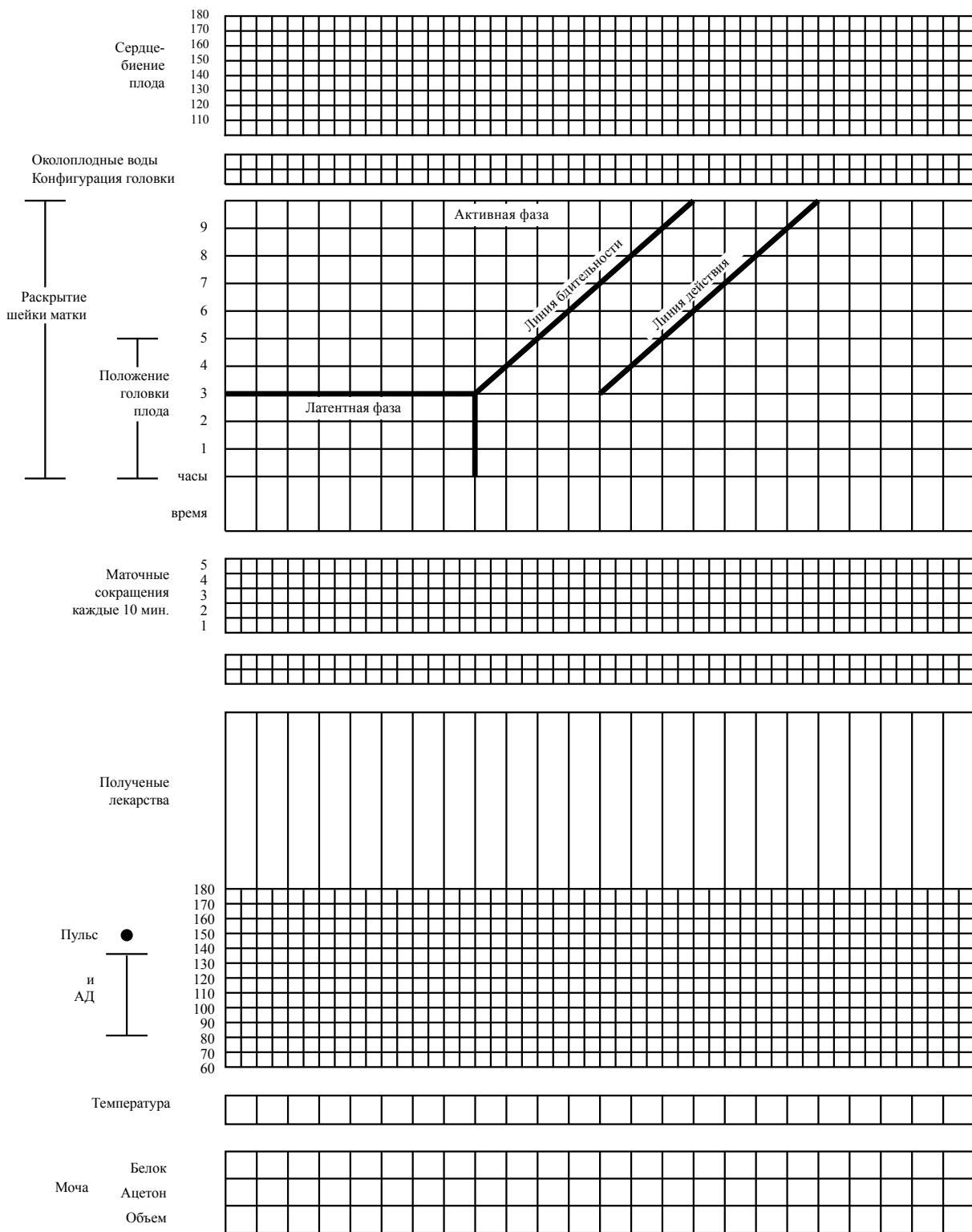
Беременность _____

Регистрационный номер _____

Дата поступления _____

Время поступления _____

Бездонный период _____



Партограмма (стр. 2)

Ф.И.О. _____

Регистрационный номер_____

1 Потуги началисьВремя
Дата ___ / ___ / ___ в ___ ч ___ мин**2 Родился плод**
Пол
М Ж
Масса (грамм)Рост (см) Окружность головки Крик
(см)

Кожные покровы Рефлексы Мышечный тонус

Оценка по шкале АПГАР
через 1 минуту (баллов) Оценка по шкале АПГАР
через 5 минут (баллов)**3. Новорожденный осмотрен неонатологом** Время
Да Нет

в ___ ч ___ мин

4. Ведение III периода родов
Группа риска
низкая высокая
Наличие венозного доступа
Есть Нет Наличие плазмозаменителей Катетеризация мочевого
пузыря
Окситоцин
Не введен
Утеротоника окситоцин 10 ЕД в\м
метилэргобревин + окситоцин в\в
Есть Нет Да Нет Контролируемое потягивание за Выведение последа + наружный Продолжительность III периода
пуповины массаж матки
Да Нет Да Нет мин ___ секУченная кровопотеря Дольки плаценты Дефекты плаценты
по периодам родов
мл
Оболочки Пуповина
Нет Да **5. Осмотр шейки матки и родовых путей** Разрыв
В случае разрыва:
путей
Восстановлена целостность
шейки матки и промежности в случаеДа Нет

Дежурный врач ___ / ___ / ___ Зав. отделением ___ / ___ / ___

Подпись

Дата

Подпись

Дата

Наиболее рационально использовать партограмму, начиная с 33 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 АРД здесь не подходят и пересечение линии действия не требуют назначения рodoускоряющих средств, которые при преждевременных родах не рекомендуется использовать.

3.2.1 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 сердцебиение плода, АД, пульс, мочу.

7. Дальше акушерка наблюдает роженицу и отмечает на ПГ параметры, за которыми она следит: сердцебиение плода, АД, пульс, мочеиспускание, частоту схваток; если текут воды – цвет воды
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 1-ом 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.

3.2.2 Подробные инструкции по заполнению партограммы

Продублируйте следующие данные из истории родов в партограмму:

На 1 странице партограммы:

1. Информация о пациенте:

- **Полное имя**
- **Числобеременностей** – 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 разделение 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.

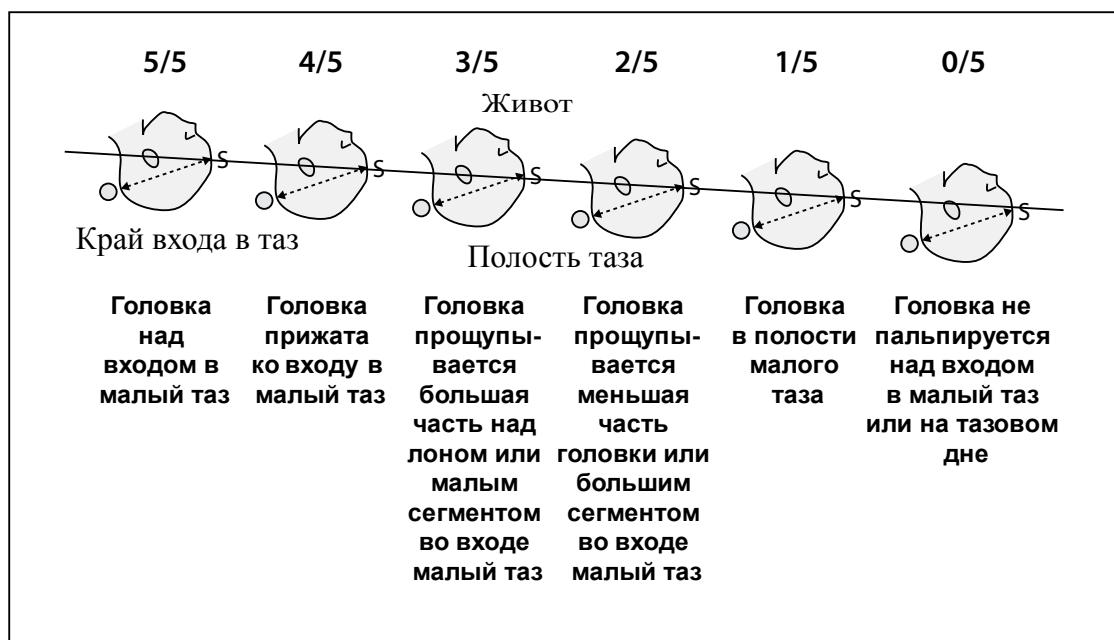
➤ Если при поступлении роженицы открытие шейки 4 см и более, то * нужно поставить на линии бдительности.

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 ≥ 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 удается 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 fazу 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, отступая 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 предлежащей 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 конглютинации в области наружного и/ или внутреннего зева шейки матки,

которые необходимо попытаться устраниить:

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 ≥ 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 Классификация согласно МКБ-10

Формы акушерской патологии

О42 Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО)

О47 Ложные схватки

О47.0 Ложные схватки в период до 37 полных недель беременности

О47.1 Ложные схватки, начиная с 37 полных недель беременности (патологический прелиминарный период)

О47.9 Ложные схватки неуточченные (патологический прелиминарный период).

О48 Переношенная беременность.

O62 Нарушение родовой деятельности (родовых сил) – (Замечание: в России часто используют термин «аномалии родовой деятельности»)

О62.0 Слабость родовых сил первичная.

О62.1 Слабость родовых сил вторичная.

О62.2 Другие виды слабости родовой деятельности:

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

О62.3 Стремительные роды

О62.4* 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.

O63 Затяжные роды

О63.0 затянувшийся первый период родов

О63.1 Затянувшийся второй период родов

О63.2 Задержка рождения второго плода из двойни, тройни ...

О63.9 Затяжные роды неуточченные

O64 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 неуточченное

O66.9 Затрудненные роды (вообще) или вследствии

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

O72.0 Задержка плаценты полная с кровотечением.

O72.2 Задержка плаценты частичная с кровотечением.

O73.0 Задержка плаценты без кровотечения

O84.9 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 неуточченная
- P21 Асфиксия при родах
 - P21.0 Тяжелая асфиксия при рождении (включает Апгар 0-3 в 1 мин)

- Р21.1 Средняя и умеренная асфиксия при рождении (включает Апгар 4-7 в 1 мин)
- Р21.9 Неутонченная 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 дистоции во время родов (рубцовые изменения и конглютинации 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.*

4.4.2 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 излиянии 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.

Причины преждевременного разрыва плодных оболочек:

- Инфекции цервикального канала и нижнего полюса плодного пузыря;
- Гиповитамины 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 рН влагалищного содержимого, микроскопирования при окраске эозином, выявления кристаллизации высущенного на стекле материала (диагностическая ценность метода невелика, $\approx 80\%$);
- Использование одноразовых тест –систем;
- Уменьшение объема околоплодных вод по данным ультразвукового исследования, если до этого не диагностировалось маловодие.

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.
- 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.)

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

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

- Для пациенток с аллергией к В-лактамным антибиотикам альтернативой является применение клиндамицина (300 мг х 2 раза в день) или вагинальное введение 5 г геля метронидазола
- При незрелой шейке матки в качестве подготовки к родовозбуждению использовать мифепристон (200мг дважды с интервалом 6 часов);
- 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 (максимальна 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.
- Влагалищная лейкорея (≥ 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.

4.4.3 Слабость родовой деятельности

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 с помощью внутриматочного датчика давления активность родовой деятельности недостаточна (менее 100 ЕД Монтевидео, определяется умножением амплитуды схватки на частоту схваток за 10 мин).

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

Слабость родовой деятельности – результат недостаточной активности рожающей 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.

Выбор медикаментозных средств для сна – отдыха роженице 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,
 - об окончании родов с помощью кесарева сечения.
- *В настоящее время энзапрост не применяется в качестве утеротонического средства. Он применяется только для внутриамниотического 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 (бускопан, но-шпа).
- При появлении дискоординированных сокращений матки:
 - уменьшить только дозу утеротоника,
 - провести токолитическую терапию 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 разгибаельных 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 в заднем виде;
- При анатомически узком тазе при доношенной беременности и крупном плоде;
- При маточном кровотечении во время беременности, в первом и втором периоде родов;
- У многорожавших (более 3 родов) и рожениц с истощенной маткой;
- При гипоксии плода;
- Если запланировано кесарево сечение по совокупности акушерских показаний.

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, но-шпа) по состоянию шейки матки и нижнего сегмента матки.
- При условии полного раскрытия шейки матки и отсутствия плодного пузыря, при соответствии размеров головки с тазом матери, доношенном плоде, головке плода находящейся 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 остшая гипоксия плода во втором периоде родов. Необходимо выполнять операцию наложения акушерских щипцов в полном соответствии с техническими правилами, изложенными в оперативном акушерстве.

- При слабости потуг и при низком поперечном стоянии головки плода во втором периоде родов **показана вакуум-экстракция плода.**
 - При острой гипоксии плода (опасность возникновения субдуральных гематом при вакуум-экстракции плода), предпочтение отдается акушерским щипцам. Но при использовании современных полужестких вакуум-экстракторов в настоящее время возможно и при начавшейся острой гипоксии плода.
- **При затрудненном выведении плечиков, вследствие нарушения биомеханизма внутреннего поворота туловища плода, следовать алгоритму «дистоция плечиков и способы её преодоления»**

4.4.3 Дистоция плечиков и способы её преодоления.

Дистоция плечиков является одной из причин затрудненных родов.

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 $\geq 30 \text{ кг}/\text{м}^2$,
- крупный плод,
- 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.

- **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.

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 пуден达尔ную 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 Мак-Робертса).
- (6) со стороны спинки плода надавите ладонью руки на плечико по направлению к груди (прием Рубина I),
- (7) при неудачной попытке приема Рубина I немедленно перейдите к приему Рубина II: двумя пальцами руки, одноименной переднему плечику плода войдите во влагалище со стороны спинки и оказывайте давление на переднее плечико по направлению к груди,

(8) + введите вторую руку к заднему плечику и обеими руками попытайтесь перевести заднее плечико в переднее (прием «винта» Вуда),

(9) извлечь заднее плечико плода за локтевой сустав спереди по грудке.

○ Иногда лучший эффект приемы Рубина II, Вуда дают в коленно-локтевом положении роженицы.

(10) при неудачной попытке изменить ситуацию необходимо сломать ключицу плода для уменьшения размера плечевого пояса.

○ *Каждый прием должен занимать не более 30 – 60 секунд.*

4.4.5 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.

4.4.6 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). Стressовые 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;
- 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;
- Медленный темп раскрытия шейки матки, напоминающий таковой при слабости родовой деятельности («гипертоническая слабость» по И.И.Яковлеву) Гипертонические некоординированные сокращения матки по МКБ

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;

- Адекватное обезболивание родов: эпидуральная аналгезия, промедол + но-шпа + седуксен, при патологическом прелиминарном периоде: 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 (бускопан, 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.

4.4.7 Стремительные роды (Чрезмерная родовая деятельность)

Стремительные роды встречается у 0,7- 1,5% рожениц, исключая ятрогенную причину. 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 ГАГ;
- 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, характерна брадикардия.
- Роды заканчиваются у первородящей за 6 и менее часов, у повторнородящей – за 4 и менее часа.

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).

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;
- Токолитическая терапия: гинипрал 2,0 мл. в 200,0 мл. физиологического раствора по общепринятой методике или инфузия сульфата магния 25%-10 мл в 200,0 физраствора до открытия шейки матки 4-5 см,
- В родах преимущественно положение роженицы на боку, противоположном позиции плода;
- Пуден达尔ная 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 Апгар).
- Неонatalный уход и лечение новорожденного.

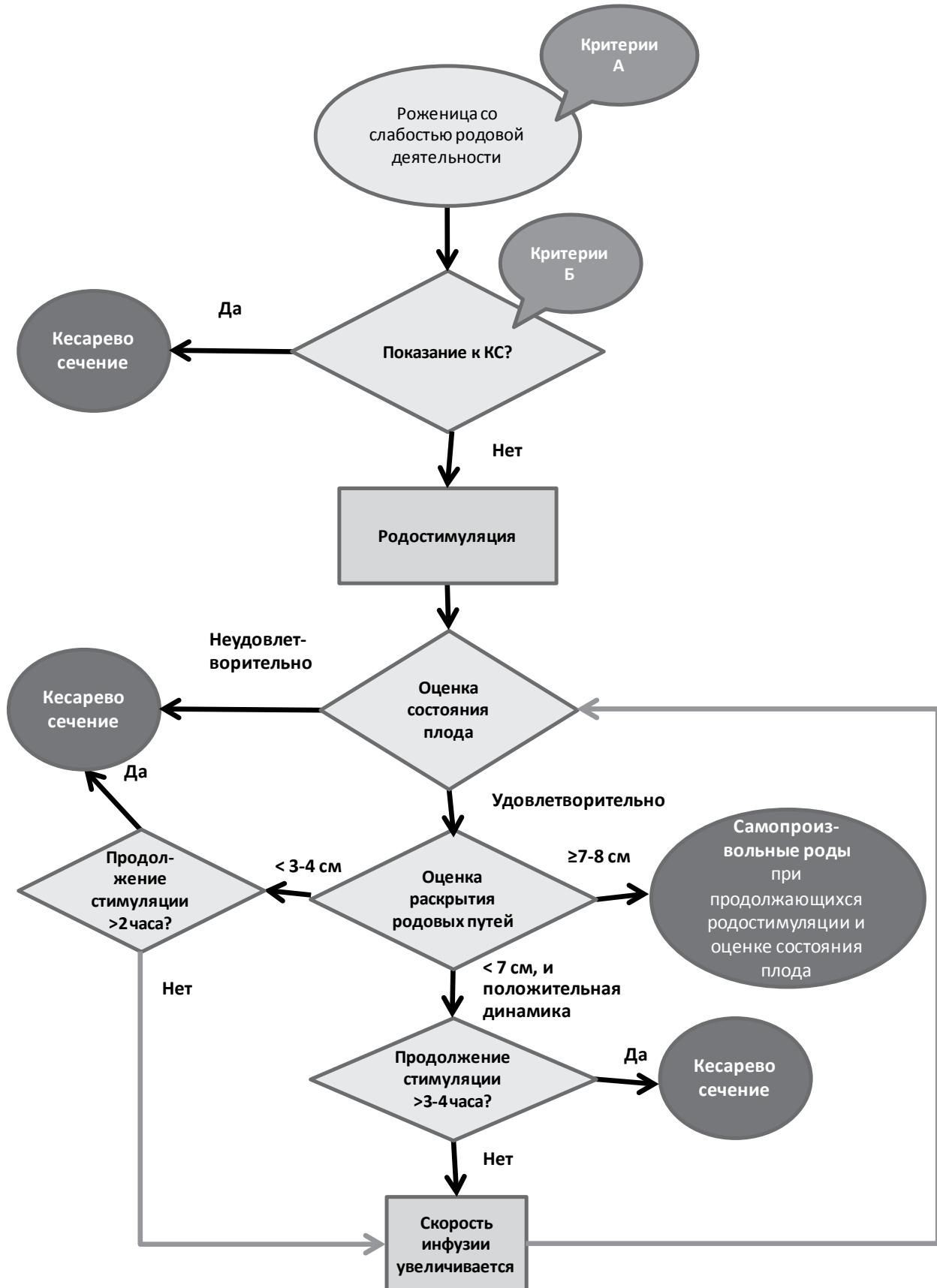
4.4.8 Особенности ведения второго периода родов у рожениц с аномалиями родовой деятельности

- 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;

Важно! 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 с помощью внутриматочного датчика давления активность родовой деятельности недостаточна (менее 100 ЕД Монтевидео, определяется умножением амплитуды схватки на частоту схваток за 10 мин).

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.

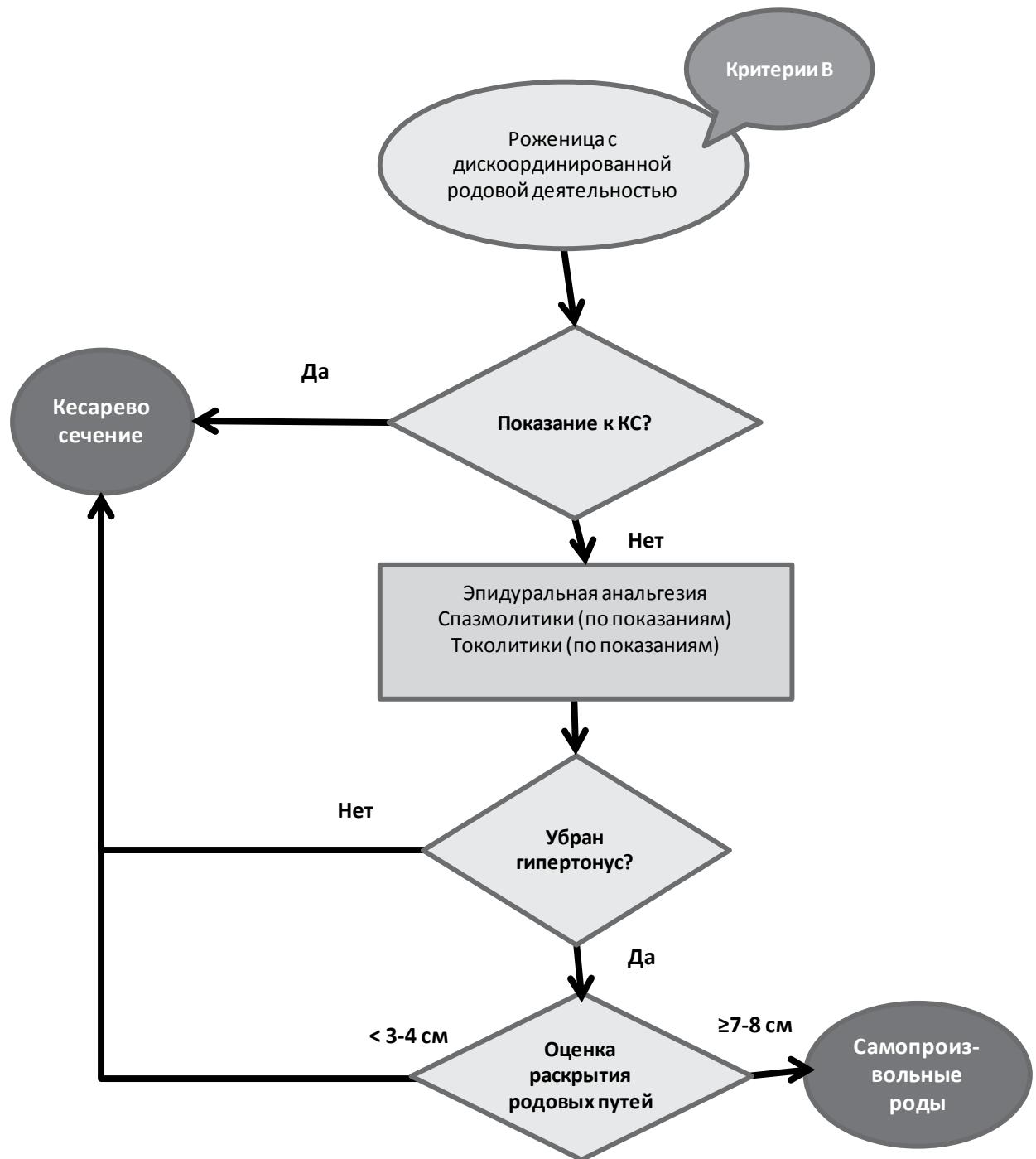


Схема № 9 . Алгоритм оказания помощи роженицам с дискоординированной родовой деятельностью

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;
- 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;
- Медленный темп раскрытия шейки матки, напоминающий таковой при слабости родовой деятельности («гипертоническая слабость» по И.И.Яковлеву) Гипертонические некоординированные сокращения матки по МКБ 10. умножением амплитуды схватки на частоту схваток за 10 мин).

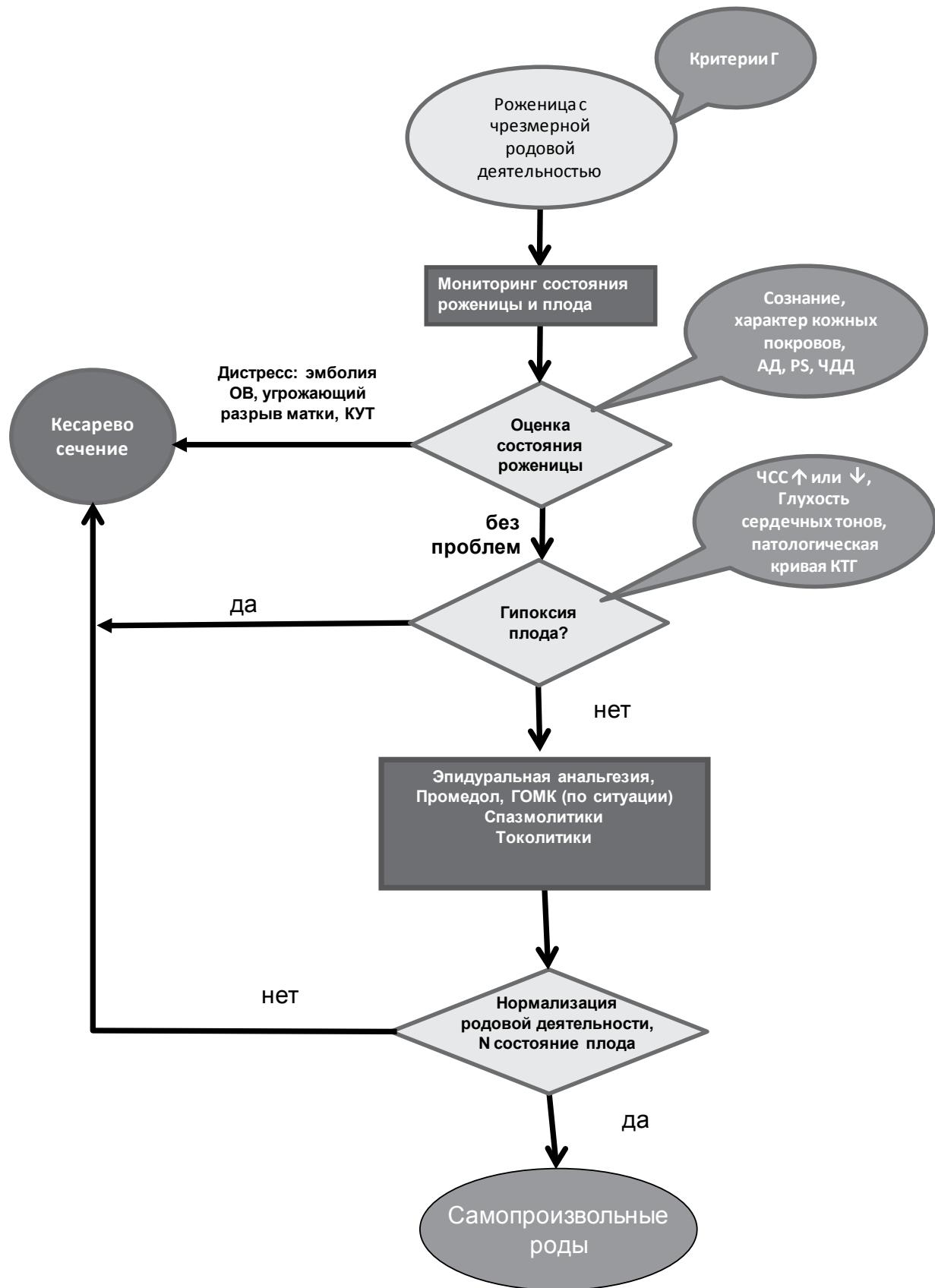


Схема 10. Алгоритм лечебно-профилактических мероприятий при чрезмерно бурной родовой деятельности

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 ускорено 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, с выравниванием частоты сердцебиения после схватки, может иметь место и при нормальном течении родов;

ТАБЛИЦЫ

Таблица 1.Шкала степени зрелости шейки матки (по Е. Х. Бишопу)

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
Проходимость 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.ГХечинашвили)

Характеристика признака	Степень зрелости шейки матки			
	«незрелая»	«созревающая»	«недостаточно 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 - проходит 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 нечетко	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. Процесс внедрения партограммы

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

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 КРИ.
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 ГТОВ 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:

- 1.1.1. Обеспечение партограммами (Тиражирование)
- 1.1.2. Создание системы заполнения партограмм и хранения их в медицинских картах
- 1.1.3. 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)

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° теля (измеряется 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.

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)

Наглядные пособия для персонала родильного отделения

- КРИ 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 Шарыи, 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.

Обучение специалистов алгоритмам ведения родов с опорой на партограмму (всех акушер-гинекологов 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 КРИ; 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 отслеживания ситуации 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 №. 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

6. ИНДИКАТОРЫ

Мониторинг внедрения предложенной технологии и оценка результатов

6.1 Перечень проектных индикаторов. Ниже представленные те «проектные» индикаторы, по которым проект «Улучшение помоиц мамам и малышам» измеряет и оценивает эффективность и прогресс внедрения КРИ 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-03-2*	Доля родов, начавшихся вагинально, при которых была заполнена партограмма, от числа родов, начавшихся вагинально, в ЛПУ за отчетный месяц Включаются роды, начавшихся вагинально и завершившиеся экстренным кесаревым сечением Формула: (Индикатор B-03-2 x 100)/ Индикатор Ю-В-01	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
Ю-В-01	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
B-05*	Число родов, начавшихся вагинально, в пилотных ЛПУ за отчетный месяц Формула: (Индикатор B-05 x 100)/Индикатор Ю-В-01	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
B-05	Число родов с применением стимуляции в пилотных ЛПУ за отчетный месяц	ЛПУ	ежемесячно
B-03-1*	Доля родов, начавшихся вагинально и завершившихся экстренным кесаревым сечением, от числа родов, начавшихся вагинально, в ЛПУ за отчетный месяц Формула: (Индикатор B-03-1 x 100)/Индикатор Ю-В-01	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
B-03-1	Число родов, начавшихся вагинально и завершившихся экстренным кесаревым сечением, в ЛПУ за отчетный месяц Роды, начавшиеся вагинально и завершившиеся экстренным кесаревым сечением, учитываяются за исключением тех случаев, когда роженица была доставлена в оперблок, минуя родильное отделение	ЛПУ	ежемесячно

Код	Название / описание	Ответствен за сбор	Частота сбора
Д-04-1-1*	Доля новорожденных (в т.ч. плодов) с внутриутробной гипоксией, асфиксиией при родах в ЛПУ за отчетный квартал В 8 ЛПУ, которые внедрили КРИ во время первого этапа проекта, значительно снизился этот индикатор заболеваемости после внедрения КРИ 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, асфиксиией при родах в ЛПУ за отчетный квартал Число живых новорожденных, родившихся в ЛПУ за отчетный квартал	ЛПУ	ежеквартально
Ю-Ж-02к*	Число живых новорожденных, родившихся в ЛПУ за отчетный месяц	Рассчитывается автоматически	ежеквартально
Ю-Ж-02	Доля новорожденных (в т.ч. плодов) с родовой травмой в ЛПУ за отчетный квартал В 8 ЛПУ, которые внедрили КРИ во время первого этапа проекта, незначительно, а повторно, снизился этот индикатор заболеваемости после внедрения КРИ, интересно провести исследование результатов на базе этого индикатора Формула: (Индикатор Д-06-1-1 x 100)/Индикатор Ю-Ж-02к*	ЛПУ	ежемесячно
Д-06-1-1*	Число новорожденных (в т.ч. плодов) с родовой травмой в ЛПУ за отчетный квартал	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 КРИ. 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 историй родов с применением стимуляции или 20 последних случаев ЭКС.

Название больница:

ФИО Эксперта

Дата

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Код Мед. карты	Код Рож.	Дата Геста-ции	Срок недель	Наличие парограммы в карте (да/нет)	Если ст.4=да Первая страница парограммы правильно заполнена? (да/нет)	Если ст.4=да Аномалии/ проблемы в родах (записать все)	Безводный промежуток > 12 часов?	Если ст.6=аномалия или проблема Врач написал Слабая родовая деятельность = срд (да/нет) Чрезмерная родовая деятельность = Ч (да/нет) Дистония плечи = ди (Если ст. 4=нет, пишите «НП»)	Процесс ведения родов соответствовал состоянию родильницы и алгоритмы в пакете готовых решений? Правильный диагноз Аномалии/ проблемы? (Да/нет/не ясно)	Метод ведения родов Б-инспративный, вагинальный П-плановое Э-экстренное ОШ-оперативный вагинальный щипцами ОВ-оперативный вагинальный с вакуум-экстракцией	Употребили мединментозное 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. карты проведения аудита: _____

Общие замечания по заполнению партограммы:

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

Результаты:

Наличие партограммы в карте	да _____ нет _____	Всего XXXXXX XXXXXX
Первая страница партограммы правильно заполнена?	да _____ нет _____	Всего III III

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

Вид аномалии/проблем	Общее число	Правильный диагноз написан?	Процесс ведения родов соответствовал состоянию родильницы и алгоритмы в пакете готовых решений?	Метод ведения родов	Употребили медиикаментозное ускорение родового процесса?
Слабая родовая деятельность, Первичная=срд		<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=Ч		<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=ди		<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=ут		<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

			<u>В</u>	
			<u>ПКС</u>	<u>ЭКС</u>
			<u>ОШ</u>	
			<u>ОВ</u>	
Нет проблем=нег	XXXXXX XXXXXX XXXXXX	<u>Да</u>		<u>Да</u>
				<u>Нет</u>
ВСЕГО	XXXXXX XXXXXX XXXXXX	<u>Да</u>		<u>Да</u>
				<u>Нет</u>

7. НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ

7.1. Персонал:

Внедрение партограммы и алгоритма осуществляется всем персоналом родильного отделения (акушеры-гинекологи, акушерки, медсестры).

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		+	+
Drotaverine (Но-шпа), табл 40 мг, амп. 2,0 мл 40 мг		+	+
Atropinum sulfuricum (Атропин) амп 1мл 0,1% р-р			+
Dinoprostone (Препидил) / шприц 500 мкг		+	+
Mifepristone (Мифепристон) табл. 200 мг (№ 3)		+	+
Verapamil (Верапамила гидрохлорид), амп. 2, 0 мл.; 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.
- КРИ-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 КРИ, «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 КРИ.
- Желательна презентация опытного ЛПУ по их опыту и результатам внедрения КРИ
- 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 приложении

- 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 №. 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 КРИ, очень важно правильно собирать индикаторы Д-04-1-1 (Число новорожденных (в т.ч. плодов) с внутриутробной гипоксией, асфиксиеи 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 КРИ

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

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

<i>№</i>	<i>Шаг</i>	<i>Ответственность</i>	<i>Задачи</i>	<i>Сроки</i>
<i>1.2</i>	Приэлaborование партограмм	Команда ЛПУ по партограмме		В течение первого месяца после первой встречи команды ЛПУ
<i>1.3</i>	Подготовка материала	Команда ЛПУ по партограмме	<ul style="list-style-type: none"> • Размещение инструкции, алгоритма, журнала 	В течение первого месяца после первой встречи команды ЛПУ
<i>1.4</i>	Составление план тренинг персонала ЛПУ	Участники в общем тренинге от ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> • Составление плана тренинга который включает 100% акушеров и акушерок (желательно и другой персонал) в родильном отделении • Начать тренинг 	<p>В течение первого месяца после первой встречи команды ЛПУ</p> <p>Течение процесса тренинга зависит от числа персонала в ЛПУ</p>
<i>1.5</i>	Начинать внедрение партограммы	Команда ЛПУ по партограмме	<ul style="list-style-type: none"> • Как только акушер и акушерка обучены и материалы готовы, они должны начинать заполнения партограмм при всех родах, которых они ведут • Нельзя сначала начинать заполнения партограмм, и только потом начинать принятие решения на ее базе. Процесс принятие решения и употребления алгоритма должны быть интегрированы. • Как только специалист начинает использовать партограмму, он обязан использовать ее при всех родах, начинавшиеся вагинально. • Как только специалисты начинают использовать партограмму, зав. отделения должен начинать ежедневный просмотр партограмм 	<p>Начинается в течение первого месяца после первой встречи команды ЛПУ</p> <p>Внедрение не будет завершено до обучения всех персонала</p>
<i>1.6</i>	Вторая встреча команды ЛПУ (с экспертной поддержкой)	Команда ЛПУ по партограмме	<ul style="list-style-type: none"> • Обсуждение плана работы, первые результаты тестирование попыток внедрения, первые индикаторы и необходимые корректировки • Принять решения о корректировке плана действий на базе первых результатов • Размещение итогов встреч в веб-портал 	1 месяц после ориентации команды ЛПУ

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

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

9. ЛИТЕРАТУРА¹

- 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 акушерок 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 Джастус Хоффмайер. 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.

¹ Со всеми материалами, описанными в данном комплексе рекомендуемых изменений, и текстами используемой литературы можно познакомиться на сайте проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» по адресу www.healthquality.ru в разделе библиотека



USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

ПРОЕКТ ПО
УЛУЧШЕНИЮ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ACKNOWLEDGEMENTS

This change package was prepared for the USAID Health Care Improvement Project (HCI), which is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The HCI Project is managed by University Research Co., LLC (URC) under the terms of Contract No. GHN-I-00-07-00003.

ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ

Настоящий Комплекс рекомендуемых изменений подготовлен в рамках Проекта по улучшению здравоохранения, который осуществляется при поддержке американского народа через Агентство США по международному развитию и выполняется Университетской исследовательской компанией (URC) по контракту № GHN-I-00-07-00003.

Подписано в печать 01.11.2011 г.
Печать офсетная
Формат 60*90/16 - 1
Заказ № 2412
Тираж: 120 экз.
Типография «Sunprint»
119334, Москва, Ленинский пр-т., д.37А
(495) 626-42-43
www.sunprint.ru