

**ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии
имени В.А. Алмазова»**

**Ведение физиологических
родов**

Клинический протокол

Институт перинатологии и педиатрии



Определение нормальных родов.

Нормальные роды – это роды одним плодом в сроке 37 недель 1 день – 41 6/7 недель беременности, которые начались спонтанно, имели низкий риск к началу, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился в затылочном предлежании. В родах возможно применение амниотомии, использование спазмолитиков, проведение аналгезии. После родов роженица и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.



Приемное отделение

При обращении женщины в приемное отделение необходимо оценить общее состояние, жалобы, произвести термометрию и осмотр кожных покровов, измерить артериальное давление, выслушать сердцебиение плода. Изучить данные обменной или амбулаторной карты. При отсутствии признаков инфекционных заболеваний, выполняют следующие пункты:

1. Регистрация роженицы в родильном отделении.
2. Жалобы и сбор анамнеза.



Определение срока беременности

- по дате последней менструации,
 - дате первого шевеления плода (первородящие – 20 недель, повторнородящие - 18 недель) – сомнительный признак,
 - данные внутреннего исследования при 1-ой явке в женскую консультацию (сомнительный признак),
 - данным УЗИ (в сроки от 11 до 13 6/7 недель беременности) – КТР плода
- при расхождении сроков по КТР менее 5 дней – срок беременности определяется по дате 1-го дня последних месячных,
 - при расхождении сроков по КТР более 5 дней - срок беременности определяется по дате УЗИ,
 - при отсутствии данных УЗИ в I триместре – учитываются данные УЗИ II триместра (18-22 нед.)

3. Осмотр

- Оценка общего состояния
- Кожные покровы
- Термометрия общая
- Телосложение
- Измерение массы тела
- Измерение роста
- Исследование пульса и артериального давления на периферических артериях
- Аускультация тонов сердца
- Аускультация легких
- Осмотр молочных желез
- Пальпация живота, определение размеров печени
- Проба поколачивания (Пастернацкого)



4. Наружное акушерское исследование

- 4.1. Измерение размеров матки: высота дна матки и окружность живота
- 4.2. Измерение размеров таза (d. spinarum, d.cristarum, d.trochanterica, c.externa)
- 4.3. Пальпация плода: положение, позиция, предлежание, отношение головки к плоскостям таза
- 4.4. Аускультация плода с помощью акушерского стетоскопа
5. **Влагалищное исследование:** состояние наружных половых органов и промежности, влагалища, шейки матки (оценка степени зрелости шейки матки в баллах), плодного пузыря, определение высоты стояния предлежащей части плода, особенности плоскостей малого таза, определение диагональной и истинной конъюгат, оценка характера околоплодных вод и влагалищных выделений.

Оценка степени зрелости шейки матки по шкале Е.Х.Бишопа

6. Ультразвуковое исследование плода (если последнее ультразвуковое исследование произведено 7 дней назад и более): положение, позиция, вид, предполагаемая масса плода, наличие обвития пуповины; объем околоплодных вод, локализация плаценты, состояние нижнего сегмента матки.

7. Определение предполагаемой массы плода (на основе данных УЗИ, формулы Жордания, Якубовой)

8. Взятие крови из периферической вены:

8.1. Определение Hbs Ag Hepatitis B virus #

8.2. Определение антител класса M,G (Ig M, Ig G) к Hepatitis C virus#

8.3. Определение антител класса M,G (Ig M, Ig G) к Human immunodeficiency virus HIV1, HIV2#

8.4. Анализ крови на сифилис *

** если результаты предшествующих анализов сроком давности более 21 дня*

если результаты предшествующих анализов сроком давности более 3 месяцев

- 8.5. Определение группы крови и резус-фактора, если не определены ранее в данном учреждении
- 8.6. Определение уровня гемоглобина крови
- 8.7. Определение количества тромбоцитов в крови или тромбоэластограмма
- 9. Определение белка в моче.**
- 10. Установление предварительного диагноза и выработка плана ведения родов**
- 11. Санитарная обработка роженицы**
- 12. Одевание профилактического компрессионного белья (чулки).**



Родильное отделение

I период родов

Контроль за состоянием роженицы: общее состояние, жалобы, степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения и др.

- Исследование пульса и артериального давления на периферических артериях не реже 1 раза в час
- Измерение температуры тела не реже 1 раза в 4 часа
- Оценка мочевыделительной функции и состояния мочевого пузыря (мочеиспускание не реже 1 раза в 4 часа, при отсутствии самостоятельного мочеиспускания – выведение мочи катетером.
- Оценка сократительной активности матки: тонус, частота, продолжительность, сила, болезненность не реже 1 раза в 2 часа
- Определение высоты стояния предлежащей части плода не реже 1 раза в 2 часа

I период родов

Латентная фаза родов	Раскрытие шейки матки до 4 см	Продолжительность 4-8 часов
Активная фаза родов	Раскрытие шейки матки 4-8 см	Продолжительность 3- 4 часа
Фаза замедления	От 8 см до полного раскрытия	Продолжительность 2 часа у первородящих, отсутствует у повторнородящих

- Выслушивание сердцебиения плода (норма 110-160 ударов в 1 минуту)
 - в первый период родов каждые 15-30 минут в течение одной полной минуты после окончания схватки;
- Кардиотокография плода при поступлении в течение 40мин, далее в прерывистом режиме по 20-30 минут, после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8см.
- Ведение партограммы
- Запись дневников в истории родов проводится не реже чем каждые 2 часа.
- Влапалищное исследование: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4 часа в течение родов; при изменении акушерской ситуации (ухудшение состояния роженицы, нарушение сердцебиения плода, появление кровяных выделений из половых путей, ослабление или чрезмерное усиление родовой деятельности и пр.)

- Амниотомия (раскрытие шейки матки более 6 см, плоский плодный пузырь)
- Для исключения повторных венопункций и обеспечения срочной инфузии при возникновении экстренной необходимости в периферическую вену устанавливается постоянный внутривенный катетер
- Осмотр врачом-анестезиологом (перед обезболиванием и в процессе обезболивания – по протоколу обезболивания)
- Обезболивание родов (эпидуральная аналгезия или наркотические анальгетики - по протоколу обезболивания)



II период родов

Оценка состояния роженицы (общее состояние, жалобы, степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения).

- Контрольное исследование пульса и артериального давления на периферических артериях в начале второго периода родов, каждые 30 минут, с наступлением потуг.
- Определение высоты расположения головки плода наружными приемами или влагалищным исследованием. В начале второго периода, затем через 1 час, при появлении потуг, далее каждые 15 минут.
- Выслушивание сердцебиения плода в течение 30сек-1минуты в начале II периода родов каждые 15 минут, далее после каждой потуги.
- Вызов на роды неонатолога и подготовка к приему ребенка

- В норме потуги должны появляться при расположении головки плода не выше узкой части полости малого таза. Если при головке плода расположенной в узкой части полости или выходе таза у женщины появляются эффективные потуги (поступательное движение головки плода при нормальном состоянии женщины и отсутствии признаков страдания плода) нет необходимости в регулировании потуг. При отсутствии эффективной потужной деятельности применяют регулирование потуг, обращая внимание женщины на обеспечение правильного дыхания, координированность схватки и потуги, правильное распределение усилий направленных на продвижение головки плода.
- Ручное пособие в родах:
 1. уменьшение напряжения промежности в период прорезывания и рождения теменных бугров
 2. воспрепятствование преждевременному разгибанию головки и бережное выведение головки из половой щели вне потуг



3. освобождение плечиков и рождение туловища

- Рассечение промежности проводится по четким показаниям (угроза ее разрыва, острая гипоксия плода, показания со стороны матери)
- Профилактика кровотечения в III и раннем послеродовом периоде родов путем введения утеротонических средств (при прорезывании головки плода вводят окситоцин 5ед или метилэргобревин 1мл внутривенно медленно). С целью профилактики кровотечения возможно в конце I периода родов введение раствора окситоцина 5 ЕД на 50 мл физиологического раствора при помощи инфузомата, начиная с 1,9 мл/час. После рождения переднего плечика скорость инфузии увеличивают до 15,2мл/час.
- Пересечение пуповины проводится после прекращения пульсации или через 1 минуту после рождения ребенка.
- Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар
- Размещение новорожденного на груди матери
- Опорожнение мочевого пузыря



III период родов

Оценка состояния матери в 3 периоде родов (общее состояние, жалобы, болевые ощущения, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения, объем кровяных выделений из половых путей)

- Исследование пульса и артериального давления на периферических артериях матери после рождения ребенка
- Забор крови из сосудов пуповины для определения группы крови, резус фактора ребенка, проведения проб Кумбса и Розенфельда при 0(I) группе или Rh –отрицательной принадлежности крови женщины
- Определение признаков отделения последа: признак Чукалова-Кюстнера, Альфельда, Шредера, Довженко
- Применение наружных приемов выделения отделившегося последа: способ Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича, Роговина, Брандт-Эндрю.
- Наружный массаж матки после рождения последа
- Тщательная оценка величины кровопотери

Ранний послеродовой период

- Осмотр последа
- Осмотр мягких родовых путей при помощи зеркал
- Восстановление целостности мягких тканей родовых путей (под местной, эпидуральной или внутривенной анестезией)
- Наблюдение за роженицей в родильном блоке в течение 2 часов после родов:
 1. оценка общего состояния роженицы, жалоб после рождения последа и каждые 20-30 мин
 2. Измерение пульса и артериального давления на периферических артериях после рождения последа и перед переводом в послеродовое отделение
 3. Наблюдение за состоянием матки каждые 20-30 минут
 4. Контроль за количеством и характером выделений из половых путей каждые 20-30 минут
 5. Прикладывание ребенка к груди роженицы и проведение первого кормления.

Правила оформления ПАРТОГРАММЫ.

Может быть единственным документом наблюдения за течением нормальных родов.

Заводится при поступлении в стационар пациентки с установленным диагнозом: Роды.

Правила заполнения

Информация о пациентке: полное имя, количество беременностей и родов, номер истории

родов, дата и время поступления в родовой блок, время излития околоплодных вод.

Частота сердечных сокращений плода: фиксируется каждые полчаса (выслушивается каждые 15 минут) - отмечается точкой – •

Околоплодные воды: цвет амниотической жидкости отмечается при каждом вагинальном обследовании:

Г – плодный пузырь цел **С** – околоплодные воды светлые, чистые

М – воды с меконием (любая интенсивность окраски) **В** – примесь крови в водах

А – отсутствие вод/выделений



Конфигурация головки: 0 – конфигурации нет

+ – швы легко разъединяются

++ – швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании

+++ – швы находят друг на друга и не разделяются

Раскрытие шейки матки: оценивается при каждом влагалищном исследовании и отмечается крестиком (×).

Линия бдительности: линия должна начинаться от точки раскрытия шейки на 3 см и продолжаться до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.

Линия действия: проходит параллельно линии бдительности, отступя на 4 часа вправо.

Опускание головки: оценку прохождения головки следует проводить путем сначала абдоминального обследования и лишь затем вагинального:

5/5 – головка на 5 пальцев выше лона – над входом в малый таз

4/5 – на 4 пальца выше лона – прижата ко входу в малый таз

3/5 – на 3 пальца выше лона – прощупывается большая часть головки над

лоном **2/5** – на 2 пальца выше лона – над лоном прощупывается меньшая

часть головки **1/5** – головка в полости малого таза

Время: отмечается слева от линии. Для удобства заполнения лучше записывать числом кратным 30 мин. Например, 13.00 или 13.30.

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. На партограмме принято использовать следующие три вида штриховки:

- точки – слабые схватки продолжительностью до 20 с.
- косая штриховка – умеренные схватки продолжительностью 20-40 с.
- сплошная штриховка – сильные схватки продолжительностью более 40 с.

Окситоцин: при назначении записывается его количество/концентрация и вводимая доза в минуту (в каплях или ЕД) каждые 30 мин.

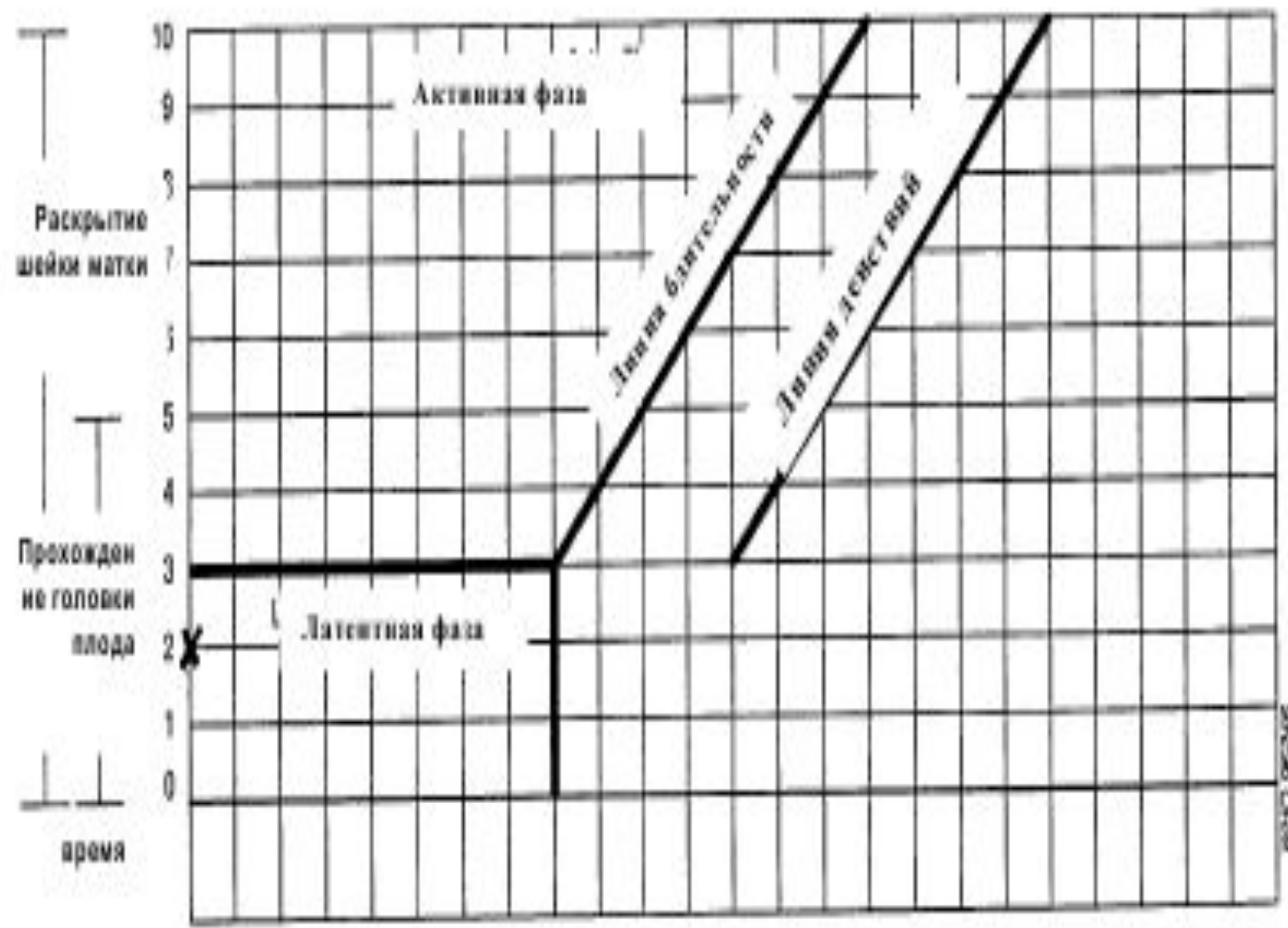
Назначения лекарств: фиксируются любые дополнительные назначения лекарств.

Пульс: каждые 30 минут отмечается точкой - •

Артериальное давление: фиксируется каждые 4 часа и отмечается линией посередине соответствующей клеточки.

Температура тела: фиксируется каждые 4 часа.





ИРИС ДИКА

Литература.

1. Акушерство: национальное руководство /Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1200 с.
2. Баев О. Р., Комиссарова Л. М., Пучко Т. К., Васильченко О. Н., Мальбахова Е. Т., Полянчикова О. Л., Шифман Е. М. – Базовый протокол ведения родов.- Москва 2011.
3. Клинические акушерские протоколы. Институт здоровья семьи. Проект «Мать и дитя».
4. Родовспоможение, ориентированное на участие семьи. Институт здоровья семьи. Проект «Мать и дитя».- Москва 2006.
5. Аржанова О. Н., Кошелева Н.Г., Ковалева Т. Г., Айламазян Э.К. – Подготовка беременных к родам. – «Нормед-издат» 2000.



**Преждевременное излитие
околоплодных вод при
доношенном сроке беременности
Клинический протокол**

Институт перинатологии и педиатрии



Преждевременный разрыв
плодных оболочек (ПРПО) –
это осложнение беременности,
характеризующееся нарушением
целостности оболочек плодного
пузыря и излитием околоплодных
вод (до начала родовой
деятельности) на любом сроке
беременности



Состояния, приводящие к ПРПО

Американская коллегия акушеров и гинекологов (ACOG)

указывает на следующие причины и факторы риска
приводящие к ПРПО.

- Воспалительные заболевания половых органов матери и интраамниотическая инфекция
- Клинически узкий таз и аномалии предлежания и положения плода
- Истмико-цервикальная недостаточность
- Инструментальное медицинское вмешательство
- Вредные привычки и заболевания матери



Клиническая картина ПРПО

Если имел место разрыв плодного пузыря, женщина отмечает выделение большого количества жидкости, не связанного с мочеиспусканием. Сложнее, когда имеются микроскопические трещины. На фоне повышенной влагалищной секреции в период беременности лишняя жидкость часто остаётся незамеченной.

Присоединение инфекции приводит к развитию хориоамнионита и характеризуется повышением температуры тела, ознобом, тахикардией у матери и плода, болезненностью матки при пальпации и гнойными выделениями из шейки матки при обследовании. Начало родовой деятельности и латентный период после ПРПО зависят от срока беременности на момент излития.

Латентный период и сроки до родоразрешения на разных сроках беременности

- ПРПО при доношенной беременности. Самый короткий латентный период. Без акушерского вмешательства схватки самостоятельно начинаются через:

12 часов – в 50% случаев;

24 часа – 70%;

48 часов – 90%



Осложнения

Инфекционно-воспалительные осложнения у ребёнка и роженицы.

Гипоксия и асфиксия плода.

Аномалии родовой деятельности.

Преждевременная отслойка
плаценты.

Диагностика

- осмотр в зеркалах
- ультразвуковое исследование

Лабораторные методы диагностики

- микроскопия мазка
- нитразиновый тест (определение РН влагалища)

- современные иммунологические методы диагностики ПРПО

Эти методы основаны на обнаружении определённых белков во влагалищном отделяемом, которые в норме присутствуют только в околоплодных водах. Были выведены определённые моноклональные антитела, не реагирующие на компоненты спермы, мочи и влагалищного отделяемого. На их основе были созданы два иммунохроматографических теста, чувствительных к плацентарному α -микроглобулину-1 (ПАМГ-1) и протеину-1, связывающему инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1). Принцип действия обоих тестов одинаков, но отличается по чувствительности. Не рекомендуется использовать тест по истечению 12 часов после разрыва.

Тест на определение протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1)

Тест на определение α -микроглобулина-1 ПАМГ-1



- Алгоритм ведения больных с преждевременным излитием околоплодных вод

- подтвердить диагноз разрыва плодных оболочек;
- определить точный срок гестации и характер сократительной деятельности матки;
- оценить состояние плода;
- выявить наличие осложнений.



Существуют две тактики ведения беременных:

выжидательная и активная

Активная тактика, проведение родовозбуждения через 2–6 часов после разрыва плодных оболочек.

Выжидательная тактика сопровождается медикаментозной подготовкой родовых путей, постоянным мониторингом состояния матери и плода (ОАМ, ОАК, бактериологическое (каждые 24 часа) и бактериоскопическое (каждые 12 часов) исследование, термометрия, КТГ, УЗИ с доплерометрией). Но выжидательная тактика может быть использована лишь в тех случаях, когда нет экстренных показаний для родоразрешения.

Пациентка и ее семья должны получить максимальную информацию о состоянии матери и плода, преимуществах той или иной тактики – обязательно получение информированного письменного согласия от пациентки.

При отсутствии признаков восходящей инфекции наблюдение в родильном отделении 4-6 часов.

Выжидательная тактика в течение 48 часов в условиях родового отделения.

Необходимо проводить следующее обследование:

- термометрия каждые 3 часа ;
- контроль пульса;
- ЧСС плода;
- характера выделений из половых путей;
- родовой деятельности.



Объем дополнительного обследования:

- посев отделяемого из цервикального канала на β -гемолитический стрептококк, флору и чувствительность к антибиотикам — при первом осмотре в зеркалах;
- клинический анализ крови ежедневно;
- определение С-реактивного белка в крови
- оценку состояния плода-УЗИ, УЗ-доплерометрия, КТГ 2 раза в сутки.
- антибактериальная терапия по протоколу
- мифепристон 200 мг 1 раз в сутки – 1 таблетка при поступлении и еще одна таблетка через 24 часа)
- осмотр врача 2 раза в сутки
- ожидание спонтанных родов, при отсутствии через 48 часов — оценка состояния шейки матки.
- при наличии «зрелых» родовых путей проводится медикаментозное родовозбуждение,
- при наличии «незрелой» шейки матки – оперативное родоразрешение.

Родовозбуждение проводится в родильном отделении под мониторным наблюдением за состоянием плода.



При наличии «зрелой» шейки матки — в/в ведение окситоцина 5 ЕД через инфузомат по схеме до достижения эффекта (максимум 4 часа) с максимальной скоростью 12 мл/ч.

Оценка эффекта от родовозбуждения проводится через 6 часов.

При отсутствии регулярных схваток и и/или структурных изменений шейки матки — кесарево сечение.

При развитии родовой деятельности, при необходимости, возможно продолжить родостимуляцию окситоцином по схеме через инфузомат.

В послеродовом периоде — антибактериальная терапия в зависимости и наличия/отсутствия признаков восходящей инфекции по протоколу.

У пациенток с преждевременным излитием вод и наличием тазового предлежания плода или рубца на матке, не имеющих абсолютных показаний к оперативному родоразрешению, проводится выжидательная тактика развития спонтанной родовой деятельности в течение 6 часов.

При ее отсутствии родовозбуждение не проводится — кесарево сечение.

Показания к оперативному родоразрешению при ПРПО

- Экстренные показания, принятые в акушерстве.
 - Дистресс плода, маленький для гестационного срока плод (с нарушением плодово-плацентарного кровотока II степени и выше)
 - Признаки инфекционного процесса
 - лихорадка матери ($>38^{\circ}$)
 - иммунокомпроментированная беременность (прием стероидов, иммунодефицитные состояния)
 - тахикардия у плода (> 160 уд в 1 мин.)
 - тахикардия матери (> 100 уд в 1 мин.)
 - выделения из влагалища с гнилостным запахом
 - повышение тонуса матки (оба последних признаков являются поздними признаками инфекции)
- наличие «незрелой» шейки матки через 48 часов с момента излития околоплодных вод



Профилактика

Не существует специфической профилактики. Снизить риск развития ПРПО можно своевременным лечением вагинальной инфекции и отказом от вредных привычек.



Литература

1. Акушерство: национальное руководство /Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1200 с.
2. Болотских В.М. Новые подходы к ведению беременности и родов, осложнённых преждевременным излитием околоплодных вод при доношенном сроке // Материалы Всероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». — М.: Медиабюро StatusPraesens, 2010 — 32 с.
3. Институт здоровья семьи «Проект Мать и Дитя». Клинические акушерские протоколы, - с. 115-119.
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: Учебное пособие / под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 656 с.
5. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, authors. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. (ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes) / Obstet Gynecol., 2007. №109. — P. 1007–1019.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists, authors. Premature Rupture of Membranes. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1998. (ACOG Practice Bulletin No. 1).