

# Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде

[письмо Минздрава РФ от 6 мая 2014 г. № 15-4/10/2-3185]

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	—	артериальное давление
ВИЧ	—	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	—	Всемирная организация здравоохранения
КТГ	—	кардиотокография
КЩС	—	кислотно-щелочное состояние
МКБ	—	Международная <u>классификация</u> болезней
УЗИ	—	ультразвуковое исследование
ЧСС	—	частота сердечных сокращений

ЭКГ	—	электрокардиография
ЭКО	—	экстракорпоральное оплодотворение

## 1. Терминология

### Код МКБ-10 : O80.0 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании.

**Самопроизвольные роды в затылочном предлежании неосложнённые**— это роды одним плодом в затылочном предлежании, которые начались спонтанно, прошли без осложнений, при которых ребёнок родился спонтанно в затылочном предлежании. В родах возможно применение амниотомии (показанием для амниотомии являются результаты внутреннего мониторинга плода (КЩС, прямая ЭКГ плода) и проведение аналгезии. Нормальные самопроизвольные роды в головном предлежании не подразумевают использование в первом периоде родов утеротонических средств и рассечение промежности (перинео-, эпизиотомию).

После родов родильница и новорождённый находятся в удовлетворительном состоянии.

Если у женщины из группы высокого риска роды протекают без осложнений, то они также могут быть отнесены к тем, к кому применимы рекомендации протокола при самопроизвольных родах (без осложнений).

Своевременные роды — это роды в сроке 37 недель 1 день — 41 неделя гестации.

- Срок родов определяется по формуле:

— срок родов = первый день последней менструации + 7 дней — 3 мес;

— при длительности цикла  $\geq 32$  дня овуляция более поздняя — в расчётный срок следует вносить поправку в сторону уменьшения срока;

— при длительности цикла  $\leq 24-26$  дней овуляция более ранняя — внести поправку в сторону увеличения срока;

при беременности в результате ЭКО: расчёт срока беременности и даты родов проводится от даты пункции фолликула, но продолжительность беременности — 266 дней.

- Определение даты родов по УЗИ: размеры плодного яйца и/или копчико-теменной размер — в сроке 6–14 недель:

— результаты УЗИ в первом триместре (оптимально в 11–14 недель) — более точный метод установления срока беременности, чем по дате последней менструации (1a);

— если различие между сроком по менструации и результатами УЗИ, проведённого в первом триместре, составляет более 5 дней или более 10 дней во втором триместре, то предполагаемую дату родов следует рассчитывать по результатам ультразвукового исследования (1b);

— при наличии результатов УЗИ в первом и втором триместрах срок рассчитывают по более раннему (1b).

**NB!** При достижении 40 недель целесообразно использовать формулу 40<sup>+</sup> (41<sup>+</sup>) для уточнения срока (например: 40<sup>+</sup> означает 40 полных недель и 4 дня).

Основная цель оказания помощи во время нормальных родов — обеспечить безопасность для женщины и ребёнка при минимальном вмешательстве в физиологический процесс, включая латентную фазу родов.

Медицинская помощь женщинам во время родов и в послеродовом периоде оказывается в рамках специализированной медицинской помощи.

При наличии индивидуальных родильных залов с учётом состояния здоровья женщине предлагаются **семейно-ориентированные (партнёрские) роды** — практика родоразрешения, основанная на сопровождении женщины с нормальным течением беременности во время родов членами семьи, участвующими в уходе и поддержке женщины, а также позволяющая семьям получать максимум объективной информации, удовлетворяя их социальные, эмоциональные и бытовые потребности.

Партнёрские роды способствуют предупреждению излишнего использования инвазивных, неприятных и/или ограничительных процедур, повышают взаимоответственность медицинского персонала, роженицы и членов семьи и снижают частоту конфликтов и жалоб.

## 2. Подготовка к родам

**Объективные признаки начала родов:** регулярные схватки через 10 минут и менее, открытие шейки матки 2–3 см (более 1 пальца), укорочение и сглаживание шейки матки более 80% от исходной длины.

**При поступлении** женщины на роды бритьё кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы не являются обязательными и проводятся по желанию женщины. Не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать её проведению. Если их необходимо удалить, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя депиляторы (кремы, гели) или другие методы (ножницы), не травмирующие кожные покровы.

Нецелесообразно использовать бритву, так как это повышает риск инфекции. Постановка очистительной клизмы выполняется при наличии медицинских показаний. Душ назначается всем пациенткам, выдаётся индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пелёнка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.

**При поступлении роженицы в акушерский стационар медицинские работники должны:**

Акушерка	Врач
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Оценить состояние роженицы (удовлетворительное).</li> <li>2) Выслушать сердцебиение плода.</li> <li>3) Измерить температуру тела, пульс, АД, осмотреть кожные покровы и слизистые.</li> <li>4) Провести антропометрию (вес, рост).</li> <li>5) Собрать у роженицы анамнез и заполнить историю родов.</li> <li>6) Провести измерение размеров таза.</li> <li>7) При отсутствии врача — внутреннее акушерское исследование, установку диагноза и выработку плана родов.</li> <li>8) Женщинам, не обследованным на амбулаторном этапе, провести лабораторные исследования<sup>1</sup>.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Оценить состояние роженицы.</li> <li>2) Собрать у роженицы анамнез и заполнить историю родов.</li> <li>3) Выслушать сердцебиение плода.</li> <li>4) Провести общий наружный акушерский осмотр.</li> <li>5) Провести внутреннее акушерское исследование.</li> <li>6) Установить диагноз при поступлении и выработать план родов</li> </ol>

<sup>1</sup> В соответствии с приказом Минздрава России от 6 ноября 2012 г. №584н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании».

После осмотра и оформления документации акушерка приёмного отделения должна лично проводить роженицу и сопровождающего в родовой блок до палаты, в которой она будет находиться во время родов.

При поступлении роженицы в родильный блок медицинские работники должны:

Акушерка	Врач
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Выслушать сердцебиение плода.</li> <li>2) Установить венозный катетер в локтевую вену.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Провести внутренний акушерский осмотр, уточнить период родов, фазу (см. приложение 1).</li> <li>2) Определить нахождение предлежащей части плода, её вставление, акушерскую ситуацию.</li> <li>3) Оценить риски, выбрать и обосновать тактику ведения родов.</li> </ol>

### **Наблюдение за родами включает:**

1) Возможность для женщины экстренного вызова медицинских работников.

2) Наблюдение за роженицей акушеркой родового блока (в основном), которая должна находиться непосредственно с пациенткой: в первом периоде — периодически (каждые 15–30 мин); в конце первого периода, во втором и в третьем периодах — постоянно.

3) Возможность свободного положения пациентки в родах. При излитии околоплодных вод при непржатой головке рекомендуется положение на боку. Следует иметь в виду, что роды в вертикальном положении (на коленях, сидя на корточках) на четвереньках по сравнению с положением на спине, полусидя, на боку укорачивают роды на 1 час и в меньшей степени требуют регионарной аналгезии.

4) Обучение женщины технике дыхания во время родов.

5) Исследование пульса каждый час, артериального давления на периферических артериях каждые 4 часа, измерение температуры тела 1 раз в 4 часа, сократительной деятельности матки — каждые 30 мин. Регистрация полученных результатов на партограмме обязательна.

6) Оценку частоты и объёма мочеиспускания — самоконтроль женщины (необходимо предлагать чаще посещать туалет — контроль за мочеиспусканием каждые 2–3 часа). При отсутствии самостоятельного мочеиспускания — выведение мочи катетером.

7) Запись дневников в истории родов каждые 3 часа. Внутреннее акушерское исследование в первом периоде родов проводится не реже 1 раза в 6 часов.

8) Мониторинг сердечной деятельности плода (аускультация, КТГ).

9) Мониторинг сократительной деятельности матки при излитии околоплодных вод, перед и после обезболивания обязателен.

10) При наличии врача анестезиолога-реаниматолога показана его консультация для выбора оптимального метода обезболивания:

— роды могут быть обезболены (при наличии жалоб пациентки на боли) лекарственными средствами, предусмотренными приказом Минздрава России от 6 ноября 2012 г. №584н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании»;

— также может быть использована регионарная аналгезия : эпидуральная (люмбальная и сакральная), спинномозговая и комбинированная спинально-эпидуральная, парацервикальная и пудендальная анестезия. Чувствительные волокна от тела и шейки матки проходят в составе корешков Th11 и Th12, от промежности — в составе корешков S2–S4.

**Ведение партограммы** — наиболее простой, но эффективный метод графического ведения родов, который точно отражает динамику родового процесса с обязательной характеристикой состояния матери и плода. Партограмма позволяет чётко дифференцировать нормальное и anomальное течение родов и выделить группу женщин, нуждающихся в помощи.

**NB! Ведение партограммы обязательно.**

**Основной целью является ранняя диагностика аномалий родовой деятельности путём оценки степени и скорости раскрытия шейки матки, опускания предлежащей части плода. Ведение партограммы позволяет снизить показатель перинатальной смертности на 40% (ВОЗ).**

11) Ведение партограммы (акушеркой) в родах осуществляется с регистрацией следующих показателей (приложение N 1):

- сократительной активности матки (тонус, частота, амплитуда [в т.ч. по данным наружной гистерографии], продолжительность) — каждый час;
- частоты сердечных сокращений плода — каждые 30 мин;
- высоты стояния предлежащей части плода (оценка опускания головки пальпацией живота) — каждый час;
- характера околоплодных вод — каждый час;
- динамики раскрытия маточного зева, конфигурации головки, динамики продвижения предлежащей части плода — вагинальный осмотр проводится по показаниям, но не реже 1 раза в 6 часов (излитие околоплодных вод является дополнительным показанием к влагалищному исследованию).

### **3. Первый период родов**

Включает:

- 1) Латентную фазу — характеризуется регулярной родовой деятельностью, которая приводит к прогрессивному сглаживанию шейки матки и раскрытию маточного зева до 3–4 см. Длина шейки матки должна быть менее 1 см.
- 2) Активную фазу родов — дальнейшая дилатация маточного зева до 8 см открытия и фаза замедления от 8 см до полного раскрытия маточного зева.

#### **Длительность фаз родов и скорость раскрытия маточного зева**

Имеет широкий диапазон и индивидуальна. Определяется этническими особенностями, весовыми показателями. Афроамериканки имеют более короткий второй период по сравнению с европейскими женщинами. Длительность родов у женщин с нормальной массой тела короче по сравнению с роженицами с повышенной массой тела и ожирением.

Скорость раскрытия маточного зева в латентную фазу в среднем 0,35 см/час, в активную — не менее 1,2 см/час у первородящих и 1,5 см/час у повторнородящих.

Средняя продолжительность родов у первородящих около 8–14 часов, у повторнородящих — 6–12 часов.

#### **Мониторинг сердечной деятельности плода**

- Периодическая аускультация сердцебиений плода является основным и достаточным методом наблюдения за состоянием плода в родах при отсутствии показаний со стороны плода (уровень доказательности 1А).
- Выслушивание сердцебиения плода (норма: 110–160 уд/мин) проводится в первый период родов каждые 15–30 мин в течение одной полной минуты после окончания схватки; после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8 см. Во время потуг - после каждой потуги.
- Рутинное применение КТГ всем роженицам не оправдано, особенно в группе родов низкого риска, так как данная методика имеет высокий процент ложноположительных результатов, а следовательно, увеличивает частоту вмешательств, в том числе оперативных родов (уровень доказательности 1а).
- Непрерывная КТГ плода в родах проводится при наличии медицинских показаний (приложение 3).
- Результаты мониторинга сердечной деятельности плода и сократительной деятельности матки обязательно фиксируются в соответствующей части партограммы.
- УЗИ плода (при необходимости).

**В первом периоде нормальных родов не рекомендуется:**

1) родостимуляция посредством амниотомии и окситоцина;

56% женщин вступают в роды самостоятельно. Роды являются физиологическим процессом. Поэтому вмешательство в роды ведёт к увеличению числа случаев дистоции шейки матки, аномалий родовой деятельности, частоты кесарева сечения, показателя материнской и неонатальной заболеваемости и смертности.

2) рутинная амниотомия при открытии маточного зева менее 7 см. Показанием для амниотомии может являться только внутренний мониторинг плода (КЩС, прямая ЭКГ плода);

Следует иметь в виду, что рутинная амниотомия увеличивает частоту кесарева сечения.

3) медикаментозное усиление маточных сокращений в первом периоде нормальных родов: от рутинного использования утеротоников (окситоцина) для ускорения родов следует отказаться;

Активное управление родами (амниотомия, использование окситоцина) ведёт к некоторому снижению частоты кесарева сечения. Однако роды в этом случае являются более интервенционными.

4) заставлять пациентку тужиться раньше того времени, пока она сама не пожалуется на чувство сильного давления на задний проход.

## 4. Второй период родов

**С момента полного раскрытия маточного зева до рождения ребёнка.**

В среднем, второй период родов у первородящих длится 1,1 часа (максимальная длительность 2,9 часа), у повторнородящих — 0,4 часа (максимально 1,1 часа).

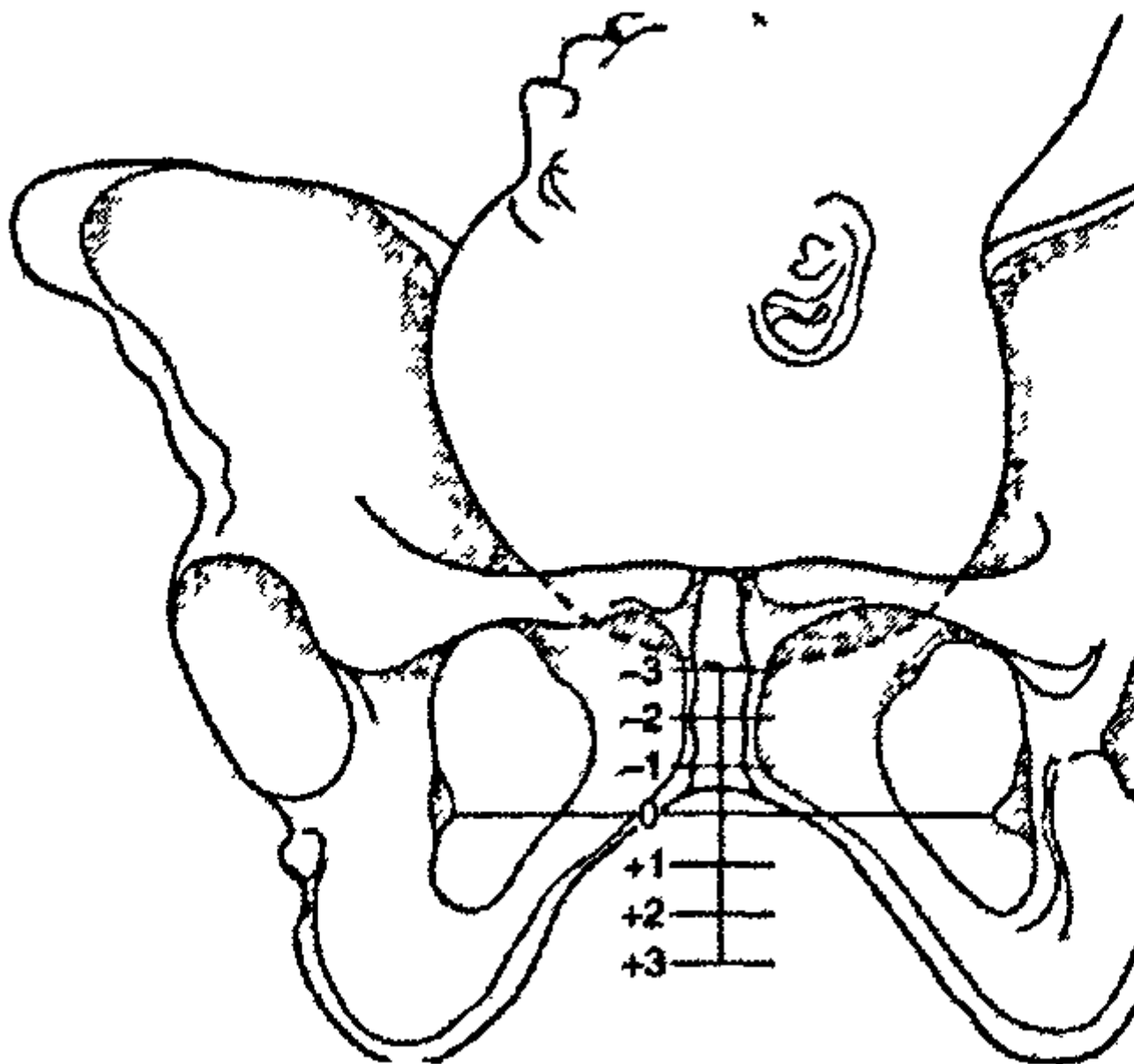
**Длительность второго периода родов у первородящих при эпидуральной аналгезии в родах не должна составлять более 3 часов, у повторнородящих — более 2 часов.**

**Особенностями ведения второго периода родов является:**

- 1) Нахождение акушерки с роженицей постоянно.
- 2) Документированный мониторинг:
  - АД, ЧСС роженицы 1 раз в час;
  - контроль за опорожнением мочевого пузыря 1 раз в час;
  - мониторинг родовых схваток акушеркой с занесением в партограмму каждые 30 минут;
  - мониторинг сердечной деятельности плода;
  - при расположении головки в узкой части или на тазовом дне аускультация плода — после каждой схватки.
- 3) При бради- или тахикардии плода — оценка по отношению к пульсу матери.
- 4) Прогрессия родов с указанием продвижения предлежащей части плода оценивается врачом с документированием в партограмме (см. приложение 2).
- 5) Роды ведутся с пассивным (на фоне схваток) опусканием головки на тазовое дно, избегая управления потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (приём Вальсальвы).

**Прогрессия родов с ведением партограммы**





1) Во втором периоде родов показателем прогрессии родов является продвижение предлежащей части плода (см. приложение):

— если предлежащая часть на 1 см выше седалищных остей, степень её вставления обозначают как «-1»;

— если на 2 см ниже — как «+2»;

— если степень вставления предлежащей части более «-3"», то предлежащая часть подвижна над входом в малый таз;

— если степень вставления «+3», то предлежащая часть располагается на тазовом дне и во время потуги появляется в половой щели.

2) Влагалищное исследование во втором периоде родов выполняется каждый час.

3) Во втором периоде головка плода находится в одной плоскости у первородящих в среднем 30–40 мин, 20–30 мин у повторнородящих. Скорость продвижения головки по родовым путям в среднем составляет: у первородящих — 1 см/ч, у повторнородящих — 2 см/ч.

**NB! Если в течение 1 часа у первородящих отсутствует динамика продвижения головки по родовым путям, то течение родов следует признать неудовлетворительным.**

**NB! Любые приёмы выдавливания плода (в т.ч. Кристеллера) не проводить!**

4) Акушеркой осуществляется подготовка места для принятия родов (разложить чистые пелёнки или одноразовый пакет для приёма родов, нагреть пелёнки, которыми будут обтирать ребёнка, подготовить необходимые инструменты для родов), необходимого оборудования и места для реанимации новорождённого (включить тепло, подключить кислород, проверить наличие дыхательного мешка и масок к нему, приготовить пелёнки, шапочку и носочки для ребёнка).

5) Рождение ребёнка может происходить в любом положении, которое выбрала сама женщина (2а). Наиболее удобное положение в родах — полусидя. Наиболее неудобное и опасное для плода положение — лёжа на спине.

6) Физиологические роды принимает акушерка.

7) Пуповину следует пересекать стерильными инструментами, обработав её кожными антисептиками, после прекращения пульсации сосудов или через 1–3 минуты после рождения ребёнка. Наложение на пуповину пластикового зажима или резинки проводится в удобное для акушерки время. При этом пуповина протирается стерильной марлевой салфеткой с антисептиком. Марлевая салфетка на пупочный остаток не накладывается.

8) При рождении ребёнка следует обеспечить присутствие неонатолога, который осматривает новорождённого сразу после рождения и даёт развёрнутую оценку состояния ребёнка.

### **Перинео- и эпизиотомия**

1) Не рекомендуется рутинное рассечение промежности в родах (перинео- и эпизиотомия).

Нет данных о том, что рутинное проведение эпизиотомии снижает риск повреждения промежности, последующего развития пролапса гениталий или недержания мочи. В действительности рутинное проведение эпизиотомии ассоциируется с увеличением разрывов промежности третьей и четвёртой степени с последующей дисфункцией мышц анального сфинктера.

2) Рассечение промежности в родах также не должно выполняться и у пациенток, имеющих в анамнезе разрыв промежности третьей или четвёртой степени.

3) В настоящее время ВОЗ ограничила использование рассечения промежности в родах:

— осложнёнными вагинальными родами (тазовое предлежание, дистоция плечиков плода, наложение щипцов, вакуум-экстракция плода);

— рубцовыми изменениями гениталий в результате женского обрезания или плохо заживших разрывов третьей и четвёртой степени;

— дистрессом плода.

4) Латеральная эпизиотомия не должна выполняться.

5) Предпочтительна медиолатеральная техника (справа между углами в 45 и 60°) (см. рис. 1). Операцию производят в тот момент, когда в схватку из половой щели показывается участок головки диаметром 3–4 см. Метод обезболивания — предшествующая регионарная анестезия, инфильтрационная или пудендальная анестезия.

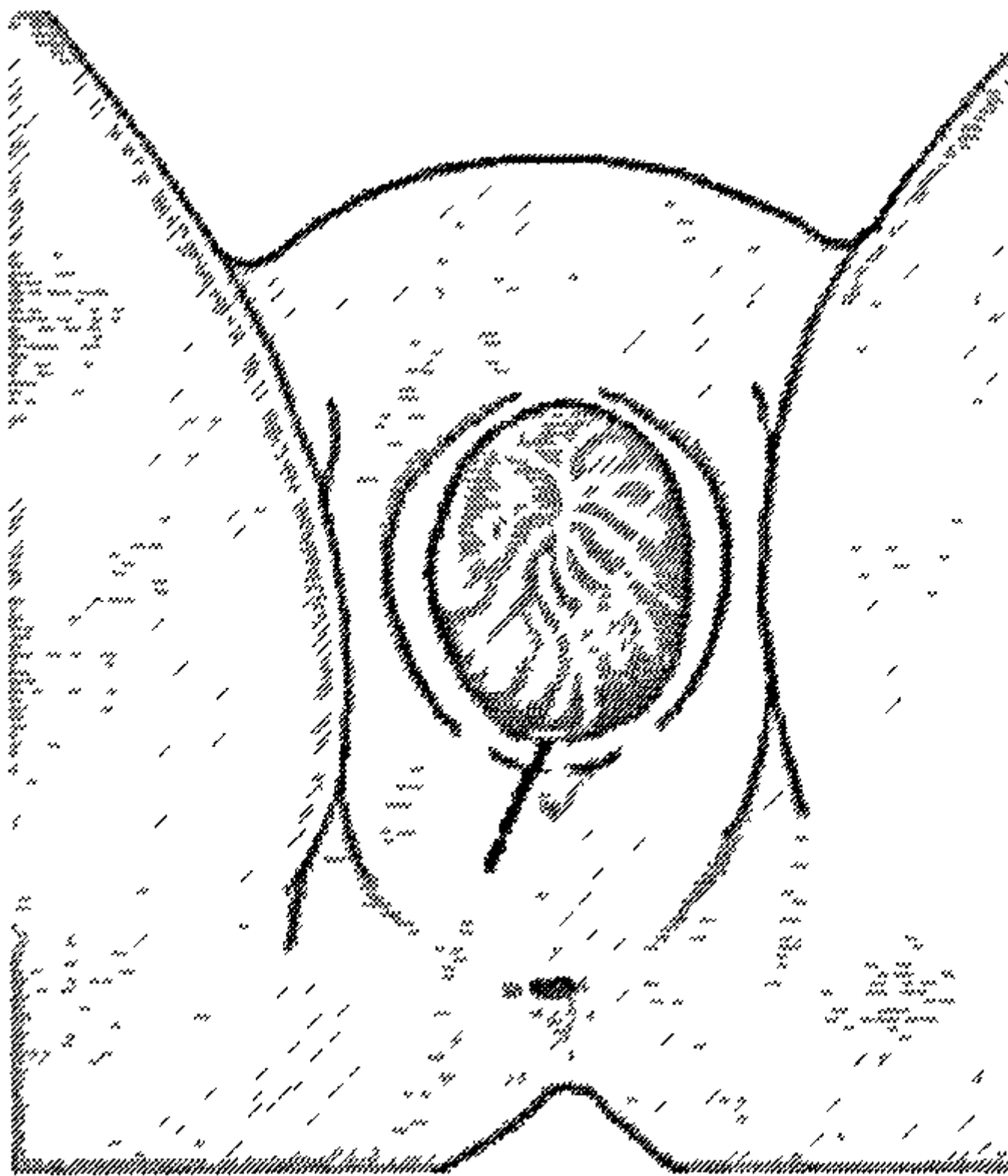


Рис. 1 Медиолатеральная техника эпизиотомии (угол между 45 и 60°)

**В родах не следует:**

1. Переводить в родильный зал (на родильную кровать) до момента врезывания головки (появление головки из половой щели 2–4 см в диаметре, вне потуги — головка не уходит).

2. Выполнять рутинную эпизио-, перинеотомию (понятия «угроза разрыва промежности», «высокой промежности» как показания для проведения вмешательства в современном акушерстве отсутствуют. Понятие «ригидная промежность» предполагает препятствие для продвижения [рождения] головки в течение 1 часа и более).
3. Использовать утеротоники для укорочения второго периода родов.
4. Противодействовать разгибанию головки управлять потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (приём Вальсальвы).
5. Форсировать рождение ребёнка за одну потугу. После рождения головки необходимо дать возможность головке повернуться, а плечикам развернуться самостоятельно, при этом необходимо проверить, нет ли обвития пуповины. При тугом обвитии пересечь пуповину между 2 зажимами, при нетугом — ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги. Цианоз личика не является опасным признаком.
6. Поднимать ребёнка при непережатой пуповине выше тела матери (уровня плаценты).
7. Использовать окситоцин и метилэргометрин во втором периоде родов для профилактики кровотечения.

## 5. Третий период родов

### Ведение третьего периода родов

При ведении третьего периода родов необходимо знать и использовать:

— признаки отделения плаценты;

— способы выделения отделившегося последа.

### Признаки отделения плаценты:

Шредера — изменение формы и высоты стояния дна матки.

Альфельда — удлинение наружного отрезка пуповины.

Клейна — после потуги удлинившийся отрезок пуповины не втягивается.

Кюстнера–Чукалова — при надавливании ребром ладони над лоном отрезок пуповины не втягивается.

### Способы выделения последа (послед выделяют после опорожнения мочевого пузыря):

Абуладзе — после бережного массажа матки переднебрюшную стенку двумя руками берут в продольную складку и предлагают роженице потужиться.

Методы Гентера и Креде–Лазаревича — менее щадящи, поэтому используются после безуспешного применения метода Абуладзе.

## Профилактика послеродового кровотечения [^6].

Осуществляется путём рутинного введения окситоцина (в первую минуту после рождения плода — 10 ЕД в/м или в/в медленно) и выполнения контролируемых тракций за пуповину при наличии подготовленных специалистов [^9].

**NB!** Учитывая, что контролируемые тракции за пуповину незначительно влияют на частоту массивных кровотечений, то от их применения неподготовленными специалистами нужно воздержаться и ограничиться введением окситоцина [^8].

Умбиликальное введение простагландинов и окситоцина не рекомендуется.

**NB!** Последовой период не должен длиться более 30 мин.

- При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться.
- Держите плаценту обеими руками и осторожно поворачивайте её, пока плодные оболочки не родятся.
- Медленно потяните плаценту для завершения родов.
- Если плодные оболочки оборвались, осторожно исследуйте верхнюю часть влагалища и шейку матки в стерильных перчатках и используйте окончатые зажимы для удаления всех оставшихся частей плодных оболочек, которые будут обнаружены.
- Внимательно осмотрите плаценту и оболочки, чтобы удостовериться в их целостности.
- Если пуповина оборвалась или в течение 30 минут не удалось выделить послед, необходимо произвести ручное выделение последа.
- После рождения последа немедленно оцените тонус и появление сокращений матки через переднюю брюшную стенку женщины.
- Оценивайте тонус матки каждые 15 минут в течение первых 2 часов послеродового периода.
- Оценка тонуса матки не должна проводиться формально. Акушерка или врач, выполняющие оценку тонуса матки, обязаны убедиться в том, что матка хорошо сократилась и не расслабляется (становится мягкой).

При нормальном течении последового периода кровопотеря составляет в среднем не более 0,5% от массы тела.

## Оценка разрывов и их ушивание

- 1) Оценка состояния родовых путей должна быть полная. При необходимости допустимо использование ректального исследования.
- 2) Разрывы родовых путей I степени принято считать незначительными (не повреждается мышечный слой промежности), и в ряде случаев они не требуют ушивания. Разрывы I степени

могут быть ушиты однорядным узловым швом с использованием рассасывающихся нитей (предпочтительно — викрил) (инфильтрационная анестезия при отсутствии регионарной).

3) Для разрывов промежности II степени, помимо кожи и слизистой, характерно повреждение мышц промежности, но без вовлечения наружного анального сфинктера. Ушивание разрывов промежности II степени должно проводиться под тщательным обезболиванием (регионарная, инфильтрационная или пудендальная анестезия) путём наложения 3–4 узловых рассасывающихся швов, зашивание мышц тазового дна (промежности) — с наложением 3–4 узловых рассасывающихся швов (предпочтительно — викрил). Кожу целесообразно восстановить непрерывным рассасывающимся внутрикожным швом (для профилактики раневой инфекции).

4) Ушивание разрыва промежности III степени (с вовлечением наружного сфинктера прямой кишки) или IV степени (с вовлечением передней стенки прямой кишки) должен проводить опытный врач с участием ассистента и операционной сестры. Обезболивание — продолжающаяся регионарная аналгезия или в/в анестезия.

## **6. Оказание медицинской помощи новорождённому в родильном зале**

### **Готовность к первичным реанимационным мероприятиям.**

Независимо от прогноза и степени риска рождения ребёнка в асфиксии весь медицинский персонал, участвующий в приёме родов (акушер-гинеколог, акушерка, анестезиолог, неонатолог), должен владеть приёмами первичной реанимации новорождённого в полном объёме. Заведующий родильным блоком и дежурный врач-неонатолог являются ответственными за обеспечение исправности необходимого оборудования для проведения первичной реанимационной помощи новорождённому. Обсушивание новорождённого, осмотр и оценка состояния испарения с поверхности кожи приводят к снижению температуры тела новорождённого в течение нескольких секунд после рождения. Это интенсивный сенсорный стимул, вызывающий спонтанное дыхание после рождения. В этот момент потеря тепла носит физиологический характер, её невозможно избежать. Если охлаждение продолжается в течение нескольких минут, то температура тела ребёнка снижается до 36 °С и ниже, развивается гипотермия, что является патологическим состоянием, которое необходимо предупредить.

**NB!** После рождения необходимо немедленно обтереть ребёнка, поменяв первую влажную пелёнку на сухую.

### **Оценка состояния новорождённого.**

После обсушивания необходимо оценить состояние ребёнка и определить, нуждается ли он в реанимационных мероприятиях. При осмотре важно обратить внимание на следующее:

— наличие спонтанного дыхания и сердечных сокращений, цвет кожных покровов — оценка этих признаков позволяет определить показания к проведению срочных реанимационных мероприятий в течение 30 с после родов;

— выявление врождённых дефектов и признаков заболеваний — позволяет обеспечить своевременное и адекватное лечение;

— определение степени зрелости ребёнка и наличие задержки внутриутробного развития.

**NB!** Спонтанное дыхание в течение 30 сек после рождения, громкий крик, частота сердечных сокращений более 100 в минуту, розовый цвет кожи — признаки удовлетворительного состояния при рождении.

Первый осмотр новорождённого желательно проводить непосредственно после рождения на груди у матери с целью исключения тяжёлой патологии и контроля адаптации ребёнка. Санация верхних дыхательных путей проводится только по показаниям (IB), зондирование желудка всем новорождённым проводить не рекомендуется (ПВ).

Если состояние ребёнка удовлетворительное, после обсушивания кожи его следует положить на живот матери (эпигастральная область) и прикрыть тёплой пелёнкой.

**NB!** Масса тела при рождении фиксируется при первом измерении в течение первых часов после родов.

**Низкой массой тела при рождении считают показатель менее 2500 г.**

### **Пережатие и отсечение пуповины.**

Раннее пережатие пуповины (сразу после родов) может привести к снижению уровня гемоглобина и развитию поздней анемии. С другой стороны, слишком позднее пережатие пуповины нередко приводит к развитию гиперволемии и полицитемии, которая может быть причиной респираторных нарушений, гипербилирубинемии. Рекомендуется пережимать пуповину через 1 минуту, но не позднее 10 минут после рождения ребёнка.

### **Пережатие пуповины в конце первой минуты жизни:**

Один зажим Кохера наложить на пуповину на расстоянии 10 см от пупочного кольца.

Второй зажим Кохера наложить на пуповину как можно ближе к наружным половым органам роженицы.

Третий зажим наложить на 2 см кнаружи от первого, участок пуповины между первым и третьим зажимами Кохера протереть марлевым шариком, смоченным 95% раствором этилового спирта, пересечь стерильными ножницами.

### **Первое прикладывание к груди.**

Сразу же после рождения здоровый ребёнок инстинктивно начинает поиск пищи. В течение нескольких часов жизни новорождённый бодрствует, активен и готов к кормлению. Ребёнок может быть менее активным, если матери во время родов были назначены седативные или обезболивающие лекарственные препараты.

Очень важно обеспечить полноценное общение матери и ребёнка сразу после родов.



Для того чтобы первое кормление было успешным, необходимо:

- принимая роды, нужно свести объём медицинского вмешательства к минимуму;
- по возможности избегать применения лекарственных средств, проникающих через плаценту и вызывающих сонливость у ребёнка;
- после родов обеспечить ребёнку контакт с матерью «кожа к коже»;
- предоставить матери и ребёнку возможность общаться друг с другом;
- помочь ребёнку найти грудь, правильно приложив его, если мать находится под влиянием седативных средств или очень устала.

**NB! Разлучать ребёнка с матерью следует только при крайней необходимости.**

**Необходимые процедуры (взвешивание, вторичная обработка пуповинного остатка, пеленание ребёнка) рекомендуется проводить после первого прикладывания ребёнка к груди, после того как он получит первые капли молозива.**

Рождение ребёнка и первые минуты и часы сразу после рождения требуют от матери большого физического и эмоционального напряжения. Консультирование и помощь в родильном зале по вопросам грудного вскармливания сразу после рождения ребёнка закладывают основы правильного вскармливания ребёнка в последующем. От того, как быстро и правильно ребёнок будет приложен к груди в родильном зале, зависит отсутствие многих проблем с грудным вскармливанием в дальнейшем. Оказывая медицинскую помощь матери и ребёнку, персонал не должен забывать об эмоциональном состоянии матери.

### **Сразу после рождения ребёнка:**

- Поздравьте мать с рождением ребёнка и спросите о первых ощущениях и переживаниях, спросите, как она себя чувствует, и приободрите её.
- Убедите родившую женщину, что в первые сутки не должно быть ощущения, что грудь полная. Это не означает, что в груди нет молока, молозиво вырабатывается в небольшом объёме, а «зрелое» молоко появится в течение нескольких дней.
- Помогите приложить ребёнка к груди, обратите внимание на признаки правильного прикладывания (вывернутая нижняя губа, полный захват ареолы соска, нос прижат к груди).

Во время первых кормлений грудью мать может почувствовать болезненные сокращения матки и увеличение объёма кровянистых выделений. Это нормальный процесс, обусловленный окситоцином, который способствует не только выделению молока, но и сокращению матки. В дальнейшем кормление грудью способствует остановке послеродовых кровянистых выделений.

### **Вторичная обработка пуповинного остатка.**

Для вторичной обработки пуповины в настоящее время наиболее надёжным и безопасным является одноразовый пластмассовый зажим, который накладывается на пуповинный остаток, при этом оптимальное расстояние от кожи живота до зажима составляет 1 см. При наложении зажима слишком близко к коже может возникнуть потёртость. После наложения зажима ткань пуповины выше зажима отсекают, вытирают кровью.

### **Уход за кожей новорождённого в родильном зале.**

Кожа новорождённого покрыта первородной смазкой (*vernix caseosa*), защищающей кожу в период внутриутробного развития. Снятие первородной смазки в родильном зале не рекомендуется. Если кожа ребёнка загрязнена кровью или меконием, следует осторожно удалить загрязнение ватным тампоном, смоченным тёплой водой.

Обмывание ребёнка под краном в родильном зале не рекомендуется.

### **Уход за глазами.**

Для профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого рекомендуется использовать:

- 1% мазь тетрациклина гидрохлорида (однократное закладывание за нижнее веко);
- мазь эритромицина фосфата 10 000 ЕД в 1 г (однократное закладывание за нижнее веко).

Не рекомендуется использовать раствор нитрата серебра, который может вызывать химические конъюнктивиты и болевую реакцию у новорождённых. В настоящее время нет исследований, свидетельствующих об эффективности применения препарата альбуцид.

## **7. Ведение послеродового периода**

1. В послеродовых отделениях должны быть предусмотрены палаты совместного пребывания родильниц и новорождённых. Желательно, чтобы количество коек в палатах совместного пребывания было не более 2 материнских и 2 детских. Оптимальными являются одноместные (1 материнская и 1 детская койки) палаты совместного пребывания.

**NB!** Совместное пребывание матери и ребёнка в родовой комнате и послеродовой палате является одним из самых важных мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций.

1. Необоснованная транспортировка новорождённых в различные помещения акушерского стационара должна быть исключена. Вакцинация, забор крови для неонатального скрининга, аудиологический скрининг, осмотр врача проводятся в той палате, где находится ребёнок.
2. Рекомендуется свободное пеленание ребёнка с открытыми ручками.
3. Уход за пуповинным остатком осуществляется сухим способом.
4. Хирургическое иссечение пуповинного остатка — потенциально опасная процедура, поэтому она категорически не рекомендуется.

5. Необходимо поощрять грудное вскармливание по требованию ребёнка, организовать обучение, консультирование и практическую помощь в решении возникающих трудностей при грудном вскармливании.
6. Следует исключить из пользования новорождёнными, находящимися на грудном вскармливании, искусственных успокаивающих средств (сосок, пустышек).

**NB! Не допускается реклама заменителей грудного молока и групповой инструктаж женщин по искусственному кормлению.**

1. При утверждении порядка посещения беременных и родильниц родственниками администрации родильного дома (отделения) необходимо предусмотреть свободный доступ членов семьи к женщине и ребёнку.
2. Время пребывания родильницы в учреждениях здравоохранения после физиологических родов не должно превышать 4, в отдельных случаях — 5 суток. Рекомендуемый срок нахождения родильницы в стационаре — 3 суток.
3. В послеродовой период ежедневно измеряется температура тела 2 раза в сутки, пульс, АД — 2 раза в сутки, проводится осмотр и пальпация молочных желез, пальпаторно определяется высота стояния дна матки, осуществляется контроль за состоянием швов на промежности.
4. Резус-отрицательным пациенткам (при отсутствии резус-антител в крови) при рождении резус-положительного ребёнка в обязательном порядке в течение 48 часов должен быть введён антирезус-иммуноглобулин.
5. При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребёнка) и профилактике нежеланной беременности.
6. После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.
7. Швы на промежности (в случае наложения узловых кожных швов) могут быть сняты на 5–7-е сутки участковым врачом акушером-гинекологом в женской консультации (поликлинике). Внутрикожные швы не снимаются.
8. Перед выпиской, по желанию женщины ей выполняется УЗИ органов малого таза [^3].

## Приложение №1

### КАРТОГРАММА

Фамилия \_\_\_\_\_ Беременность \_\_\_\_\_

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Дата поступления \_\_\_\_\_ Время поступления \_\_\_\_\_

Время отхождения вод \_\_\_\_\_

полученные  
лекарства



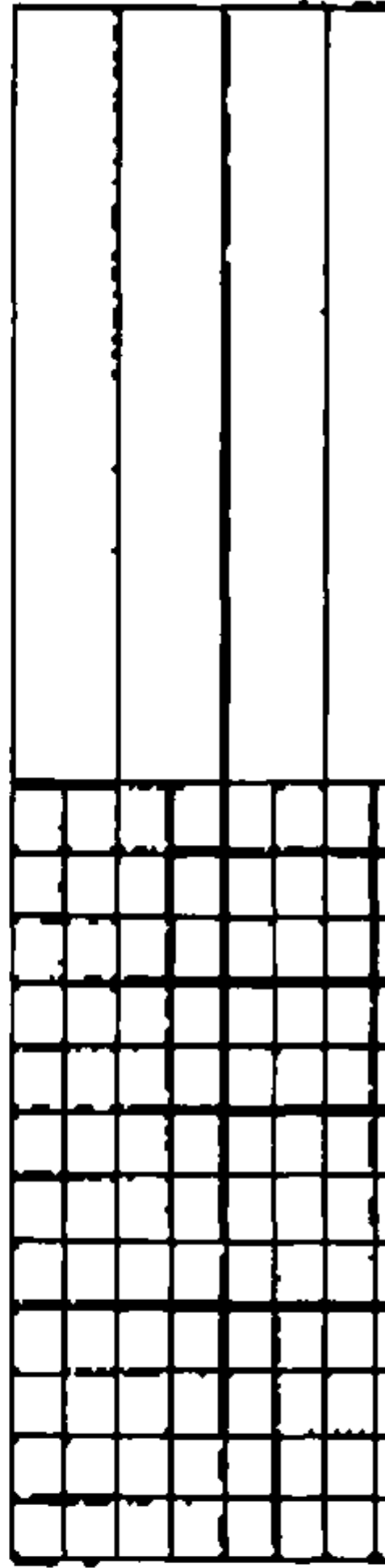
Пульс

и

АД



180  
170  
160  
150  
140  
130  
120  
110  
100  
90  
80  
70  
60



## **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:

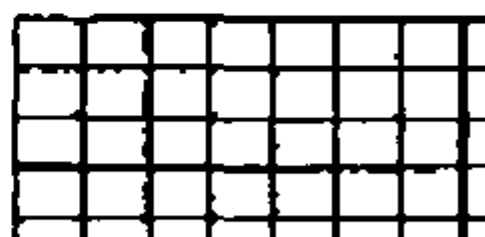
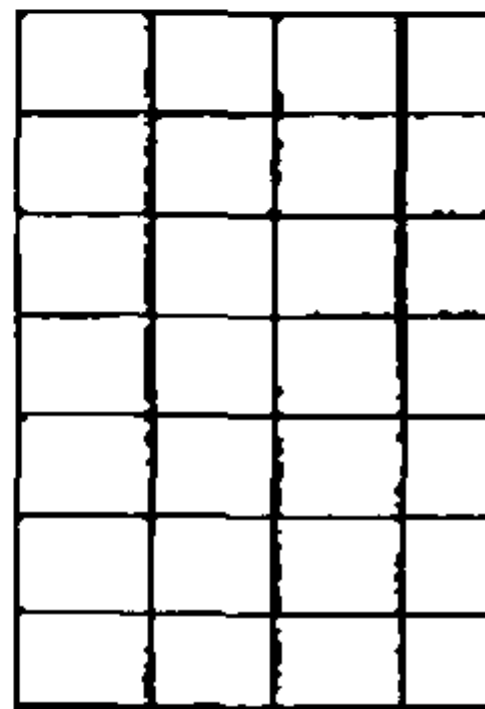
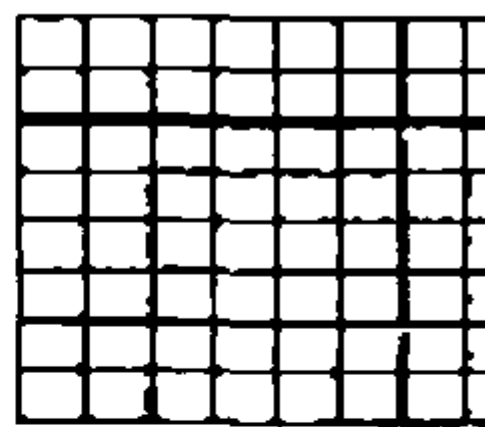
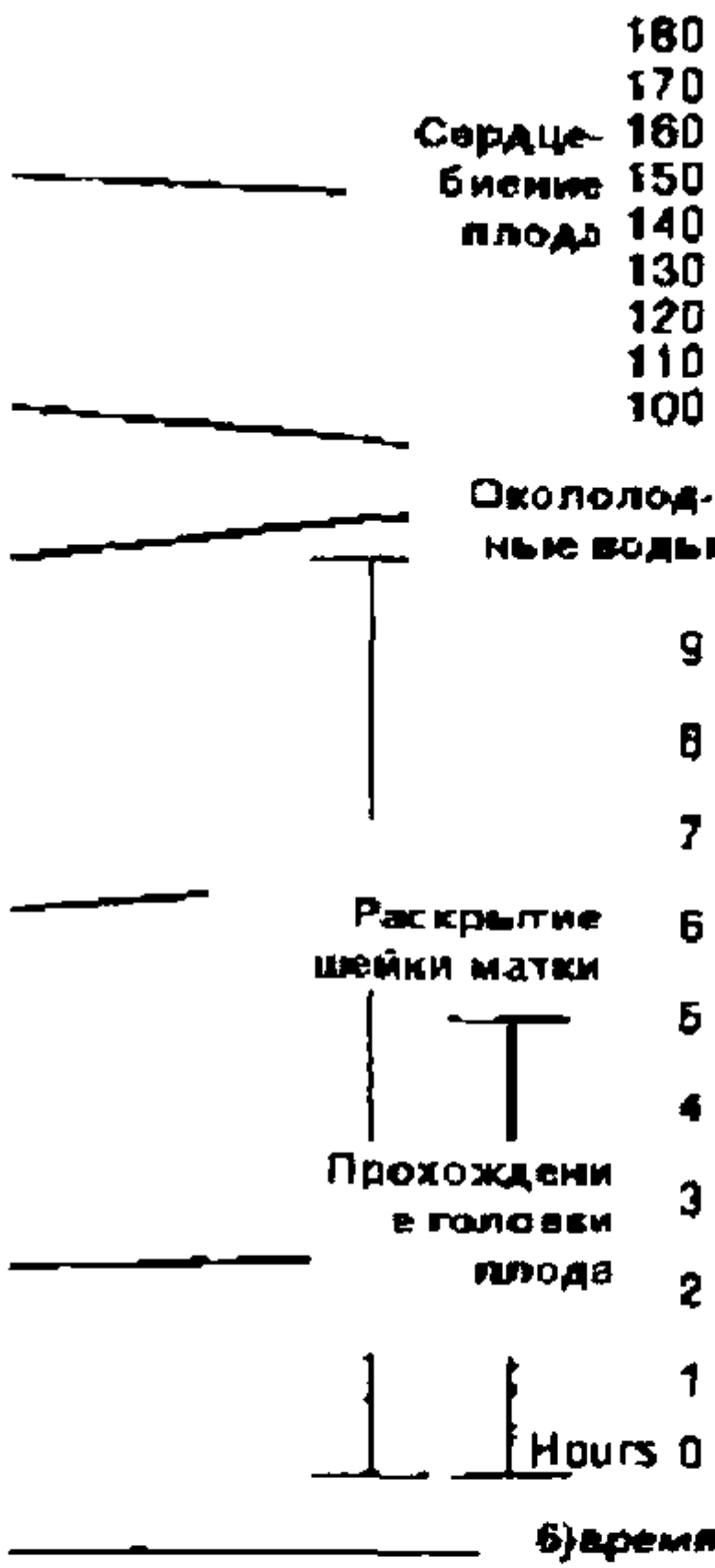
I — плодный пузырь цел;

C — околоплодные воды светлые, чистые;

M — воды с меконием (любая интенсивность окраски);

B — примесь крови в водах;

A — 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 (x).

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 путём 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 чётким 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 сек;

косая штриховка — умеренные схватки продолжительностью 20–40 сек;

сплошная штриховка — сильные схватки продолжительностью более 40 сек.

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

**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.

**Пример заполненной партограммы**



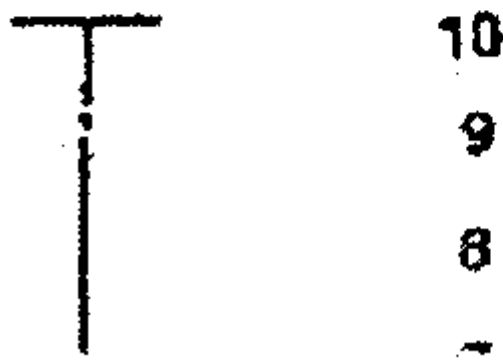
**Фамилии**

**Дата поступления**

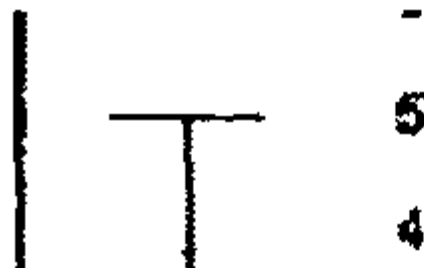
180  
170  
160  
150  
140  
130  
120  
110  
100

зрелые-белые  
плоды

плодоносные ветви



Раскрытие шейки  
матки



Прохождение  
головки плода




**Латентная фаза**

## Приложение №2

### КТГ ПЛОДА В РОДАХ

<p style="text-align: center;"><b>При поступлении</b></p> <p style="text-align: center;">При излитии околоплодных вод Перед-, после обезболивания В фазу замедления (открытие шейки матки 8 см и более)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Во II периоде родов</b></p>
<p>КТГ до получения STV-интервала (в норме не менее 3)</p>	<p>Аускультация плода с помощью акушерского стетоскопа или при помощи аппарата КТГ</p>
<p>Критерии (нормальной) КТГ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— Базальный ритм в пределах 120–160 уд/мин.</li><li>— Амплитуда variability базального ритма 5–25 уд/мин.</li><li>— Регистрация 5 и более variability спорадических акцелераций на протяжении 30 минут записи.</li><li>— Децелерации отсутствуют или отмечаются ранние спорадические, неглубокие и очень короткие. Выделяют 4 типа децелераций</li></ul> <p>Dir 0 — возникают в ответ на сокращение матки, реже спорадически, продолжаются 20–30 сек и имеют амплитуду 30 ударов в минуту и более. Во втором периоде родов диагностического значения не имеют.</p> <p>Dir I (ранняя или V-образная децелерация) является рефлекторной реакцией сердечно-сосудистой системы плода в ответ на сдавление головки плода или пуповины во время схватки. Ранняя децелерация начинается одновременно со схваткой или с запаздыванием до 30 сек и имеет постепенное начало и окончание. Длительность и амплитуда децелерации соответствует длительности и интенсивности схватки.</p> <p>Dir II (поздняя или U-образная децелерация) является признаком нарушения маточно-плацентарного кровообращения и прогрессирующей гипоксии плода. Поздняя децелерация возникает после пика маточных сокращений и достигает самой нижней точки через 20–30 сек. Общая продолжительность децелерации обычно составляет более 1 минуты.</p>	<p>При расположении головки в узкой части полости малого таза, на КТГ во время потуги могут наблюдаться: а. ранние децелерации до 80 уд/мин; б. кратковременные акцелераций до 180 уд/мин; с. ритм быстро восстанавливается вне потуги</p>

<p style="text-align: center;"><b>При поступлении</b></p> <p style="text-align: center;">При излитии околоплодных вод Перед-, после обезболивания В фазу замедления (открытие шейки матки 8 см и более)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Во II периоде родов</b></p>
<p>Различают три степени тяжести децелерации: лёгкую (амплитуда урежения до 15 в минуту), среднюю (16–45 ударов в минуту), тяжёлую (более 45 ударов в минуту).</p> <p>Dip III — переменная децелерация, обусловлена быстрым сдавлением сосудов пуповины, что вызывает внезапную гипертензию и вагусный ответ на раздражение барорецепторов и, как следствие, брадикардию. Тяжесть переменных децелераций зависит от амплитуды: лёгкие — до 60 ударов в минуту, средней тяжести — от 61 до 80 ударов в минуту, тяжёлые — более 80 ударов в минуту.</p>	

## Приложение №3

### ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НЕПРЕРЫВНОГО ИНТРАНАТАЛЬНОГО КТГ-МОНИТОРИНГА

#### 1. Показания со стороны матери:

- кесарево сечение в анамнезе;
- преэклампсия;
- переносимая беременность (>41 недели);
- длительный безводный период (>24 часов);
- индуцированные роды;
- гестационный сахарный диабет, сахарный диабет;
- дородовое кровотечение (признаки непрогрессирующей отслойки плаценты);
- рубец на матке (предшествующее кесарево сечение, консервативная миомэктомия);
- резус-конфликтная беременность;
- другие медицинские показания, связанные с соматическими заболеваниями матери (например, роды через естественные родовые пути у женщины с пороком сердечно-сосудистой системы).

#### 1. Показания со стороны плода:

- задержка развития плода;
- преждевременные роды (недоношенность);
- маловодие;
- отклоняющиеся от нормы результаты доплерометрии скорости кровотока в артерии пуповины (снижение фетоплацентарного кровотока);
- многоплодие;
- наличие околоплодных вод, окрашенных меконием;
- тазовое предлежание плода.

#### 1. Показания, связанные с течением родов:

- стимуляция родовой деятельности окситоцином;
- эпидуральная анестезия;
- вагинальное кровотечение во время родов (непрогрессирующая отслойка плаценты);
- лихорадка у матери;
- околоплодные воды с плотными частицами мекония (свежий меконий).

## **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ**

[1^]: Нормальные роды и родоразрешение // Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Единые подходы к оказанию помощи при беременности и в родах: Руководство для врачей и акушерок / Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ); Фонд ООН по народонаселению; ЮНИСЕФ; Всемирный банк. — М., 2000 [в ред. 2003]. — С. 404.

[2^]: Нормальные роды. Клинические протоколы / Институт здоровья семьи. Проект «Мать и дитя». — Изд. 3-е, перераб. и доп. — М., 2008. — С. 164.

[3^]: Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: Приказ Минздрава России №572н от 12 ноября 2012 г.

[4^]: Стандарт специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании (от 23 января 2013 г.).

[5^]: ACOG Practice Bulletin No 71 American College of Obstetricians and Gynecologists Clinical Management Cuidelines for Obstetrician-gynecologists. — 2006. — Apr. — №71.

[6^]: Gulmezoglu A.M., Lumbiganon P., Landoulsi S. et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial // *Lancet*. — 2012. — May 5. — Vol. 379. — №9827. — P. 1704.

[7^]: *Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth*. Published by the RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007.

[8^]: *Management of Labour*. — SOGC Obstetrical Content Review Committee, 2012.

[9^]: WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. — 2012. — P. 41.

[10^]: Базовая помощь новорождённому — международный опыт / Под ред. Н.Н. Володина, Г.Т. Сухих, Е.Н. Байбариной, И.И. Рюминой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 203 с.

[11^]: Anand K.J., Runeson B., Jacobson B. Gastric suction at birth associated with long-term risk for functional intestinal disorders in later life // *J. Pediatr.* — 2004. — Apr. — Vol. 144. — №4. — P. 417–420; *J. Pediatr.* — 2005. — Jan. — Vol. 146. — №1. — P. 152–153.

[12^]: Bernstein G.A., Davis J.P., Katcher M.L. Prophylaxis of neonatal conjunctivitis // *An analytic review*. — 1982. — Sep. — Vol. 21. — №9. — P. 545–550.

[13^]: Erlandsson K., Dsilna A., Fagerberg I., Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior // *Birth*. — 2007. — Vol. 34. — P. 105–114.

[14^]: Gungor S., Kurt E., Teksoz E. et al. Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal and term infants delivered by elective cesarean section: a prospective randomized controlled trial // *Gynecol. Obstet. Invest.* — 2006. — Vol. 61. — P. 9–14.

[15^]: Hamilton P. ABC of labour care: Care of the newborn in the delivery room // *BMJ*. — 1999. — Vol. 318. — P. 1403–1406.

[16^]: Hutton E.K., Hassan E.S. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates. Systematic review and meta-analysis of controlled trials // *JAMA*. — 2007. — Vol. 297. — P. 1241–1252.

[17^]: Laga M., Plummer F.A., Piot P. et al. Prophylaxis of gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum // A comparison of silver nitrate and tetracycline. — 1988. — Mar 17. — Vol. 318. — №11. — P. 653–657.

[18^]: Renfrew M.J., Lang S. Early versus delayed initiations of breastfeeding // *Cochrane Database Syst. Reviews*.

[19^]: *Neontology. A Prctical Approach to neonatal Diseases* / Eds. G. Bionocore, R. Bracci, M. Weindling. — Springer-Verlag, Italy, 2012. — 1348 p.

[20^]: Saloojee H. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants: RHL commentary // The WHO Reproductive Health Library. — Geneva: World Health Organization, 2008.

[21^]: Van Sleuwen B.E., Engelberts A.C., Boere-Boonekamp M.M. et al. Swaddling: A Systematic Review // Pediatrics. — 2007. — Vol. 120. — P. e1097–e1106.