

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Нормальные роды - своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии [1].

Данные рекомендации могут быть также применены к пациенткам группы высокого риска акушерских осложнений в случае, если роды протекают без осложнений [1].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно по всему миру происходит почти 140 млн. родов, и большинство из них имеет низкий риск осложнений для матери и ребенка. По данным статистического сборника Минздрава России (основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в РФ) доля нормальных родов в 2018 г. составила 37,3%, т.е. 584 767.¹

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

О80.0 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании.

¹ <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiv-sbornik-2018-god>

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Объективными признаками родов являются: сокращения матки с определенной регулярностью (во время активной фазы не менее 3-х схваток за 10 мин) и структурные изменения шейки матки (укорочение-сглаживание-раскрытие).

Роды состоят из 3-х периодов. Первый период родов - время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Точное время начала родов чаще всего устанавливается на основании опроса роженицы - уточняют время, когда сокращения матки (схватки) начали происходить регулярно каждые 5 минут в течение более 1 часа [2].

Первый период родов состоит из латентной и активной фазы. Латентная фаза характеризуется сокращениями матки (нередко болезненными), сглаживанием и прогрессирующим раскрытием маточного зева до 5 см [3]. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более быстрым раскрытием маточного зева от 5 см до полного раскрытия [3]. Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена и может сильно различаться у разных женщин [3]. Максимальная продолжительность латентной фазы у первородящих не более 20 часов, у повторнородящих - 14 часов [4]. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах [3]. Скорость раскрытия маточного зева в активную фазу обычно составляет ≥ 1 см/час, но может быть более медленной [3]. Минимальная скорость раскрытия маточного зева в активную фазу - 0,5 см/час как у первородящих, так и у повторнородящих [5, 6].

Второй период родов - время от полного раскрытия маточного зева до рождения плода. Продолжительность второго периода при первых родах обычно не более 3 часов, при повторных - не более 2 часов [3]. Продолжительность второго периода может увеличиться еще на 1 час при эпидуральной анальгезии и составлять 4 часа у первородящих и 3 часа у повторнородящих пациенток [7].

Третий период родов - время от рождения плода до рождения последа. В 90% третий период родов завершается в течение 15 минут, еще в 7% - в течение 30 минут после рождения плода [8, 9]. С увеличением продолжительности третьего периода родов более 10 минут повышается риск послеродового кровотечения [10]. Срок беременности является

основным фактором, влияющим на продолжительность третьего периода родов, преждевременные роды связаны с более длительным третьим периодом, чем роды в доношенном сроке [11]. ВОЗ рекомендует придерживаться интервала в 30 минут при отсутствии рождения последа перед началом ручного отделения плаценты и выделения последа при отсутствии кровотечения [12].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз нормальных родов устанавливается при своевременных родах (в 37⁰ - 41⁶ недель беременности) одним плодом, начавшихся спонтанно, у пациенток с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедших без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

2.1. Жалобы и анамнез²

- При поступлении в стационар рекомендовано опросить пациентку на предмет наличия схваток (их силы, частоты и продолжительности), наличия и характера выделений их влагалища, шевелений плода в последние 24 часа с целью оценки наличия родовой деятельности и вероятности акушерских осложнений [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При поступлении в стационар рекомендовано определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (УЗИ) плода (оптимально – УЗИ в 1-м триместре беременности) с целью определения тактики ведения родов [13–15].³

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

- При поступлении в стационар рекомендовано собрать акушерский и соматический анамнез с целью оценки вероятности успешных родов и акушерских осложнений [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

² Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

³ <https://vadi.sk/i/6WWXSxDEH7siow>

2.2. Физикальное обследование⁴

- При поступлении в стационар рекомендовано измерить артериальное давление (АД) с целью диагностики гипертензивных осложнений беременности [16–18].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При поступлении в стационар рекомендовано измерить температуру тела с целью диагностики инфекционно-воспалительных заболеваний [2], [3], [19], [20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При поступлении в стационар рекомендовано определить положение и предлежание плода, отношение головки ко входу в малый таз с целью определения тактики ведения родов [21–23].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- При поступлении в стационар рекомендовано измерить высоту дна матки (ВДМ), окружность живота с целью оценки предполагаемой массы плода и определения тактики ведения родов [24].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- При поступлении в стационар рекомендовано оценить продолжительность, частоту и регулярность маточных сокращений с целью оценки наличия и характера родовой деятельности, периода и фазы родов и определения тактики ведения родов [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При поступлении в стационар с целью оценки состояния плода рекомендовано определить частоту сердечных сокращений (ЧСС) плода (провести аускультацию плода)

⁴ Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

при помощи акушерского стетоскопа или фетального доплера после схватки в течение не менее 1 минуты одновременно с определением ЧСС пациентки [2, 3, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При поступлении в стационар рекомендовано провести влагалищное исследование с целью оценки состояния родовых путей, в том числе костной основы таза и места расположения головки по отношению к плоскостям таза, и определения тактики ведения родов [2, 3, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: Бритые промежности и лобка, и очистительную клизму в нормальных родах рутинно не производят и выполняют только по желанию пациентки [3].

2.3. Лабораторные диагностические исследования⁵

Перечень лабораторных диагностических исследований перед родами должен соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность».⁶ При отсутствии исследований, которые необходимо выполнить в 3-м триместре беременности, их выполняют при поступлении пациентки в стационар.

2.4. Инструментальные диагностические исследования⁷

- При поступлении в стационар рекомендовано измерение размеров таза (пельвиометрия) с помощью тазомера с целью определения тактики ведения родов [25], [26], [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарий: Рост ≤ 150 см, поперечный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса $\leq 9,5$ см, продольный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса $\leq 10,5$ см, межкостистый размер ≤ 10 см), отношение рост/ВДМ $\leq 4,7$ могут свидетельствовать о формировании клинически узкого таза [28], [29], [27], [30], [31].

⁵ Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

⁶ <https://vadi.sk/i/6WXSxDEH7siow>

⁷ Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

- При неинформативности данных наружного акушерского и влагалищного исследования, аускультации плода, а также несоответствии размеров высоты дна матки и окружности живота сроку беременности рекомендовано УЗИ плода с целью определения положения и состояния плода, задержки роста и макросомии плода, а также локализации плаценты [32], [33, 34].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -1).

2.5. Иные диагностические исследования

Не применимо.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Введение первого периода родов⁸

- С началом активной фазы родов рекомендовано установить венозный катетер с целью своевременного начала интенсивной терапии при возникновении критической ситуации в родах и раннем послеродовом периоде [3], [35].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- С целью профилактики акушерских осложнений рекомендовано не проводить родостимуляцию у пациенток, находящихся в латентной фазе первого периода родов, если состояние матери и плода остается удовлетворительным [3, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 1).

- Рекомендовано предлагать подвижность и свободное положение в родах [3, 38].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий: Ходьба и вертикальное положение в первом периоде родов сокращают продолжительность родов, уменьшают частоту кесарева сечения и эпидуральной анальгезии [38].

- Рекомендовано применение немедикаментозных методов обезболивания родов с целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности пациентки [3, 39–42], [43, 44].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

⁸ Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

Комментарий: Наличие партнера в родах приветствуется и может быть предложено пациенткам при наличии индивидуальных родовых боксов в родильном отделении [3, 45]. Методы немедикаментозного обезболивания родов представлены в Приложении А3.

- С целью уменьшения боли, связанной с родами, при неэффективности немедикаментозных методов обезболивания родов рекомендованы медикаментозные методы обезболивания родов [3, 46] с учетом состояния и предпочтений пациентки и возможностей медицинской организации, а также показаний и противопоказаний к проведению различных методов обезболивания.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств -1).

Комментарий: Для обезболивания родов могут использоваться разные медикаментозные методы, включая нейроаксиальную анальгезию (Приложение 3). Среди всех методов обезболивания в родах эпидуральная анальгезия обладает целым рядом преимуществ. При проведении нейроаксиальной анальгезии в акушерстве применяют современные местные анестетики (ропивакаин**, бупивакаин**, лидокаин**, левобупивакаин**). Кроме эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной возможно применение паравертебральной поясничной симпатической блокады. К системным методам обезболивания относят применение опиоидов. Также возможно использование ингаляционных методов обезболивания, хотя они являются менее эффективными (Приложение 3). Необходимо учитывать, что эти препараты обладают свойством расслаблять мускулатуру матки, что повышает риск гипотонического кровотечения.

- Рекомендован прием жидкости во время родов с целью профилактики обезвоживания и кетоза [3, 36].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств -5).

Комментарий: Прием пищи должен быть ограничен [47, 48]. Прием легкой пищи небольшими порциями может быть разрешен в латентной фазе родов при отсутствии показаний к оперативному родоразрешению [49].

- С целью профилактики обезвоживания и кетоза рекомендовано внутривенное введение 5% раствора декстрозы**, если пероральный прием жидкости ограничен или недостаточен [50–52], [53].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -2).

Комментарий: Потребность в глюкозе в родах аналогична потребности, наблюдаемой при длительных и энергетически затратных физических нагрузках [52].

- Рекомендовано ведение партограммы в родах с целью динамической оценки состояния роженицы, плода и родовой деятельности [36, 54].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Образец партограммы и правила ее заполнения представлены в Приложении Г1. Партограмма заменяет дневник наблюдения за пациенткой, кроме записи консилиума об изменении тактики родов с влагалищным исследованием. В латентной фазе первого периода родов каждые 4 часа проводится учет пульса, АД, температуры тела, мочеотделения, тонуса матки, силы и частоты схваток, характера выделений из половых путей. В активной фазе первого периода родов проводится учет пульса каждые 30 минут, температуры тела каждые 2 часа, АД и мочеиспускания каждые 4 часа [12].

- Рекомендована аускультация плода в родах с целью оценки состояния плода [55].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Аускультация плода проводится в течение 1 минуты в первом периоде родов после схватки, в латентной фазе - каждый час, в активной фазе - каждые 15-30 минут, во втором периоде родов каждые 5 минут и после каждой потуги, ЧСС плода сверяется с ЧСС роженицы [3, 19, 56]. Если выслушивается ускорение или замедление ритма плода, то аускультация продолжается в течение, как минимум, 3-х маточных сокращений. При этом оцениваются вероятные причины, которые могут влиять на изменение ЧСС плода (например, положение роженицы, гиповолемия). Если ускорение или замедление ритма плода не исчезает, то проводится КТГ плода. Если в течение 20 минут при КТГ плода не выявлено признаков нарушения состояния плода, то проводится периодическая аускультация плода.

- Рекомендован контроль маточных сокращений в родах с целью своевременной диагностики слабости или бурной родовой деятельности для определения тактики ведения родов [20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: Подсчет схваток проводится в течение 10 минут. В норме число схваток во время активной фазы родов составляет 3-5 за 10 минут. Тахисистолия определяется как >5 схваток в течение 10 минут в двух последовательных подсчетах или в течение 30 минут.

- Рекомендовано проводить влагалищное исследование каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов с целью оценки динамики родов [57].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Влагалищные исследования должны выполняться с установленной кратностью, по показаниям, их количество, по возможности, должно быть сведено к минимуму для снижения риска гнойно-септических осложнений [3, 57]. Рутинное применение спазмолитиков в родах не показано [3].

- Рекомендовано проводить влагалищное исследование перед назначением медикаментозной анальгезии с целью определения периода и фазы родов для выбора анестезиологического пособия и дозы анестетика [58].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- **Комментарий:** Акушерскую ситуацию следует учитывать при выборе анестезиологического пособия и дозы анестетика, в том числе перед введением повторных доз, в связи с влиянием на продолжительность родов и ожидаемым временем их завершения [58].

- Рекомендовано проводить влагалищное исследование после излития околоплодных вод с целью своевременной диагностики выпадения петель пуповины [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано проводить влагалищное исследование при выявлении нарушений ЧСС плода с целью своевременной диагностики акушерских осложнений, приводящих к данным нарушениям (выпадение петель пуповины, разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано проводить влагалищное исследование при ухудшении состояния роженицы или другом изменении клинической ситуации с целью своевременной оценки акушерской ситуации [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Не рекомендована рутинная антибиотикопрофилактика в родах [59].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

- При выявлении в урогенитальном тракте роженицы стрептококка группы В (*S. agalactiae*) рекомендована антибактериальная профилактика в 1-м и 2-м периоде родов [60], [61].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Антибиотики следует вводить при развитии родовой деятельности даже при целом плодном пузыре, а также при преждевременном излитии вод до начала родовой деятельности. Антибиотиками выбора служат препараты пенициллинового ряда (АТХ бета-лактамы антибактериальные препараты: пенициллины): #ампициллин** внутривенно первая доза 2000 мг, затем по 1000 мг каждые 4 часа до окончания родов или цефазолин** внутривенно первая доза 2000 мг, затем 1000 мг каждые 8 часов до окончания родов [60], [61], в случае отсутствия ампициллина возможно использование амоксициллин + [клавулановая кислота]** внутривенно 1200 мг каждые 8 часов до окончания родов [62]. При аллергии на бета-лактамы антибактериальные препараты возможно назначение #клиндамицина** внутривенно 900 мг каждые 8 часов до окончания родов [60], [61]. Из-за глобального роста резистентности *S. agalactiae* к препаратам группы макролидов (эритромицин, азитромицин**), в настоящее время не

рекомендуется их применять для эмпирической профилактики [63]. При аллергии на бета-лактамы антибиотики и наличии данных лабораторного исследования об устойчивости *S. agalactiae* к клиндамицину может быть использован ванкомицин** внутривенно в дозе 20 мг/кг каждые 8 часов, максимальная разовая доза – 2000 мг, минимальное время инфузии 1 час или 500 мг за 30 минут при разовой дозе более 1000 мг [61].

- Не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам с ВИЧ-инфекцией при вирусной нагрузке перед родами >1000 копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке перед родами или отсутствии противовирусной терапии во время беременности и/или антиретровирусной профилактики в родах [64, 65].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Данной группе пациенток проводится плановое кесарево сечение с целью профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.⁹

- Не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или есть клинические проявления генитального герпеса накануне родов [66], [67].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Данной группе пациенток проводится кесарево сечение с целью профилактики передачи ВПГ-инфекции от матери ребенку.

- Не рекомендовано применение влагалищных антисептиков или антибактериальных препаратов в родах с целью снижения риска инфицирования матери и новорожденного [68].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: В приведенном Кокрановском мета-анализе не рекомендовано орошение влагалища в родах раствором хлоргексидина**. Доказательных данных по применению других антисептиков в нормальных родах с целью снижения риска инфицирования матери и новорожденного нет, однако, учитывая идентичное

⁹ http://roag-portal.ru/clinical_recommendations

антимикробное действие всех антисептиков, данный тезис-рекомендацию следует экстраполировать на весь перечень антисептических средств, применяемых в акушерстве-гинекологии.

- Не рекомендована рутинная ранняя амниотомия [69].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Разрыв плодных оболочек увеличивает риск восходящей инфекции и пролапса пуповины. Рутинная амниотомия не сокращает продолжительность первого или второго периода родов и не снижает риск кесарева сечения [69]. Однако, если околоплодные воды не излились ранее, при нормальном течении родов и нормальном количестве околоплодных вод амниотомию целесообразно произвести в конце I периода родов. У пациенток с активным гепатитом В, гепатитом С и ВИЧ-инфекцией следует избегать выполнение амниотомии для уменьшения риска восходящей инфекции [20].

3.2. Ведение второго периода родов¹⁰

- Рекомендовано проводить влагалищное исследование каждый час с целью оценки продвижения головки плода по родовому каналу [3, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств -5).

Комментарии: После фиксации полного раскрытия маточного зева при влагалищном исследовании, при наличии возможности, может быть выполнено УЗИ для оценки положения и продвижения головки плода [32]. При регистрации достаточного прогресса продвижения головки по данным УЗИ, дополнительные влагалищные исследования можно не проводить.

- Рекомендовано проводить аускультацию плода каждые 5 минут, или после каждой потуги или путем непрерывного мониторинга (КТГ) с целью оценки состояния плода [56, 70], [71].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств -5).

¹⁰ Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

- Рекомендовано поощрять подвижность и занятие удобного положения пациенткой с низким риском акушерских осложнений вне зависимости от проведения эпидуральной анальгезии с целью уменьшения риска эпизиотомии и инструментальных влагалищных родов [72], [73].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий: Необходимо иметь доступ к постоянному контролю за состоянием плода в выбранном пациенткой положении, и, если необходимо, изменить ее положение для обеспечения адекватного мониторинга за состоянием плода. Большинство современных видов эпидуральной анальгезии позволяет выбирать удобное для пациентки положение во время родов [3, 74].

- Рекомендовано поощрять и поддерживать пациенток следовать собственным позывам тужиться с целью профилактики осложнений в родах [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано использовать методы, направленные на уменьшение травмы промежности и облегчения самопроизвольных родов, такие как массаж промежности и теплый компресс на промежность с учетом предпочтений пациентки и имеющихся возможностей [75].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: Теплый компресс из чистой ткани, намоченный теплой водой (43°C), на промежность и массаж промежности с гелем во втором периоде родов снижает риск разрывов промежности 3-й+ степени, но не влияет на риск разрывов промежности 1-й и 2-й степени [75, 76]. Данные техники выполняются во время и между потугами. Пальцевой массаж выполняется перемещающимися движениями из стороны в сторону внутри влагалища пациентки с мягким давлением вниз [77, 78]. Пособия по защите промежности могут быть использованы для профилактики травм промежности и облегчения рождения ребенка и должны быть основаны на имеющейся практике [3, 75].

- Не рекомендована рутинная эпизиотомия с целью снижения риска травмы промежности [79], [80, 81].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: При показаниях к ее проведению следует использовать срединно-латеральную эпизиотомию (начинать рассечение от средней линии промежности под углом 45°).

- С целью профилактики гипоксии плода и асфиксии новорожденного рекомендовано предпринять попытку перекинуть пуповину через головку плода, если после рождения головки плода пуповина расположена вокруг его шеи [20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Если перекинуть пуповину через головку плода не удастся, следует предпринять попытку родить тело ребенка через петлю пуповины и выполнить прием «Сальто». Чтобы выполнить прием «Сальто», нужно поместить ладонь руки на затылок плода и отклонить головку плода лицом по направлению к бедру матери, что позволит родиться плечикам, затем телу и ногам плода [82–86]. Если прием «Сальто» выполнить не удастся, следует пересечь пуповину между двумя зажимами, однако это увеличивает риск гиповолемии, анемии и гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденного [85].

- Рекомендовано при ведении родов у всех женщин обеспечить готовность к оказанию первичных реанимационных мероприятий новорожденному [3], [87].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Независимо от прогноза и факторов риска рождения ребёнка в асфиксии, персонал, участвующий в приёме родов, должен владеть первичной реанимацией новорождённого. Дежурный врач - неонатолог при принятии смены обязан проверить исправность используемого оборудования, наличие лекарственных препаратов, необходимых для проведения первичной реанимационной помощи, перед родами - ознакомиться с анамнезом матери и медицинской документацией для оценки перинатальных рисков для новорожденного, подготовить место для проведения первичной реанимации новорожденного, оценить перинатальные риски, обеспечить присутствие 2-х и более специалистов, владеющих навыками первичной реанимации в полном объеме при прогнозировании рождения ребенка с необходимостью проведения реанимационных мероприятий.

- Рекомендовано при ведении родов у всех женщин обеспечить комплекс мер для поддержания оптимальной температуры тела новорожденного для профилактики гипотермии [1], [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Перед рождением ребенка акушерке необходимо исключить наличие сквозняков, закрыть окна и двери родильного зала, включить источник лучистого тепла над столиком новорожденного, согреть лоток, пеленки для приема новорожденного, проконтролировать температуру воздуха родильного зала по термометру, находящегося в родильном зале. Оптимальная температура воздуха должна быть не менее 24⁰С. После рождения необходимо немедленно обтереть ребёнка теплой пеленкой, мягко, без грубых движений, поменяв первую влажную пеленку на сухую.

- Рекомендовано при ведении родов у всех женщин проводить осмотр новорожденного с оценкой его состояния по шкале Апгар [88].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Первый осмотр новорожденного необходимо проводить непосредственно после рождения, с целью оценки состояния новорожденного, исключения видимых врожденных пороков развития. Оценка состояния ребенка по шкале Апгар производится через 1 минуту (60 секунд) и 5 минут после рождения. Не следует использовать оценку по Апгар как единственный критерий для обоснования диагноза асфиксии (Приложение Г). Термин асфиксия не должен применяться, если нет доказательств нарушений газообмена (кислотно-основного состояния крови) [89].

- Рекомендовано всех новорожденных, не требующих проведения реанимационных мероприятий после рождения, выкладывать на живот и грудь матери, обеспечив контакт «кожа к коже», для улучшения постнатальных исходов и стимуляции грудного вскармливания [90].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Выкладывание новорожденного на живот и грудь матери, и обеспечение прямого телесного контакта «кожа-к-коже» в течение первого часа жизни

увеличивает частоту и продолжительность грудного вскармливания, снижает риск гипотермии.

- Рекомендовано отсроченное пересечение пуповины (обычно через 1-3 минуты от момента рождения плода) вне зависимости от ВИЧ-статуса пациентки с целью улучшения постнатальных исходов [3, 91].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: У доношенных детей основным преимуществом отсроченного пересечения пуповины является более высокий запас железа у детей в возрасте от рождения до шести месяцев [92], а также лучшее психомоторное развитие [93]. У ВИЧ-инфицированных рожениц, у пациенток, живущих с ВИЧ-положительным партнером, и у пациенток с неизвестным ВИЧ-статусом нет доказательств того, что отсроченное пересечение пуповины увеличивает вероятность передачи ВИЧ от матери к новорожденному [3, 91]. Слишком позднее пережатие пуповины сопровождается значимым повышением количества эритроцитов и уровня гемоглобина, что может приводить к метаболическим нарушениям, которые сопровождаются гипербилирубинемией и увеличением показаний к проведению фототерапии [92].

- Не рекомендована рутинная санация верхних дыхательных путей у детей, родившихся с чистыми амниотическими водами и начавших самостоятельно дышать [3, 94].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Исследования не подтверждают положительного эффекта рутинной санации верхних дыхательных путей, но показывают ее возможное неблагоприятное воздействие на новорожденного. Санация может приводить к стимуляции *n. vagus*, вызывая брадикардию и развитие апноэ. Кроме того, процедура может приводить к повреждению слизистой оболочки верхних дыхательных путей и вторичному инфицированию [95].

- Рекомендовано осуществлять ранее прикладывание к груди всех новорожденных, которые могут самостоятельно получать грудное молоко, если их состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению [3, 87].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Существуют убедительные доказательства того, что раннее начало грудного вскармливания (в течение первого часа после рождения) и исключительно грудное вскармливание в течение первого месяца жизни имеет существенные преимущества в снижении неонатальной смертности и заболеваемости [96, 97].

- Не рекомендовано рутинное обмывание ребенка в первые 24 часа после рождения [98].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

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

- Рекомендована антимикробная офтальмологическая обработка вскоре после родов для всех новорожденных для профилактики инфекционных заболеваний глаз [3], [99]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: В Российской Федерации с целью профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого рекомендуется использовать мазь глазную эритромицина 10 000 ЕД/г (в индивидуальной упаковке). Мазь наносят в асептических условиях, после протирания каждого века стерильной медицинской марлей, профилактическое средство помещается в каждый нижний конъюнктивальный мешок в виде полосы длиной 1 см. Средство следует наносить легким массажем век, а избыток раствора или мази можно удалить через одну минуту.

3.3. Введение третьего периода родов¹¹

- Рекомендовано парентеральное введение окситоцина** или карбетоцина** в третьем периоде родов для профилактики послеродового кровотечения вследствие атонии матки [100–104].

¹¹ Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Окситоцин** вводят внутримышечно в боковую поверхность бедра в дозе 2 мл (10 ЕД) или внутривенно в дозе 5 ЕД в 500 мл раствора натрия хлорида** или декстрозы. Возможно введение окситоцина** внутривенно в дозе 5 ЕД в 50 мл раствора натрия хлорида** со скоростью 16,2 мл/час с помощью перфузора. Агонист окситоцина карбетоцин** вводят внутримышечно или внутривенно медленно сразу после рождения ребенка в дозе 100 мкг/мл [105]. При невозможности введения окситоцина** или карбетоцина** вводят #метилэргометрин** внутривенно медленно (в течение 60 секунд) в конце второго периода родов после появления головы или передней части плеча плода в дозе 0,2 мг [3]. Следует учитывать кратковременность действия метилэргометрина и возможность повышения артериального давления.

- Рекомендовано с целью снижения риска послеродового кровотечения применять активное ведение 3 периода родов (введение утеротоников (АТХ G02A), пересечение пуповины между 1-й и 3-й минутами после рождения плода, самостоятельное рождение последа или его выделение наружными приемами в течение 30 минут) [106], [36].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Послед может быть выделен путем контролируемых тракций за пуповину, которые должен выполнять только обученный медицинский персонал, принимающий роды. При отсутствии навыков у медицинского персонала необходимо дождаться признаков отделения плаценты и извлечь послед наружными методами. Проведение контролируемых тракций за пуповину уменьшает риск задержки последа и ручного удаления плаценты [107–109].

- Пациенткам, которым была проведена медикаментозная профилактика послеродового кровотечения в третьем периоде родов, не рекомендовано рутинное проведение наружного массажа матки с целью профилактики послеродового кровотечения [110].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Наружный массаж матки после влагалищных родов не связан со снижением риска послеродового кровотечения у пациенток, которым был введен

окситоцин** и проведены контролируемые тракции за пуповину для профилактики послеродового кровотечения [110].

- Рекомендована оценка тонуса матки после родов путем ее пальпации с целью ранней диагностики гипотонии матки [100, 111, 112].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

3.4. Наблюдение за состоянием матери в первые 2 часа после родов¹²

- Для оценки объема кровопотери рекомендовано использовать гравиметрический метод - прямой сбор крови в градуированные мерные емкости совместно со взвешиванием пропитанных кровью мягких материалов [113, 114].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Физиологическая кровопотеря в родах через естественные родовые пути составляет <10% объема циркулирующей крови или <0,5-0,7% от массы тела, или <5 мл/кг (<500,0 мл) [113].

- Рекомендовано выполнить послеродовой осмотр последа с целью своевременной диагностики нарушения его целостности и задержки части последа в родовых путях [115].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано после родов провести осмотр влагалища, промежности и шейки матки в зеркалах с целью своевременной диагностики разрывов и провести зашивание разрывов [12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано каждые 15 минут в течение первых двух часов после родов проводить контроль состояния пациентки: АД, пульс, тонус матки, объем кровянистых выделений из влагалища [12].

¹² Относится ко всем родильницам, если не указано иное.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не применимо.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики¹³

- Рекомендована комплексная подготовка к родам с целью снижения тревоги и страха перед родами [116], и увеличения вероятности успешных влагалищных родов и грудного вскармливания [117–119].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: Подготовка к родам (программы по подготовке к родам) повышает удовлетворенность пациентки родами, даже если развиваются осложнения и необходимы медицинские вмешательства [120].

6. Организация оказания медицинской помощи

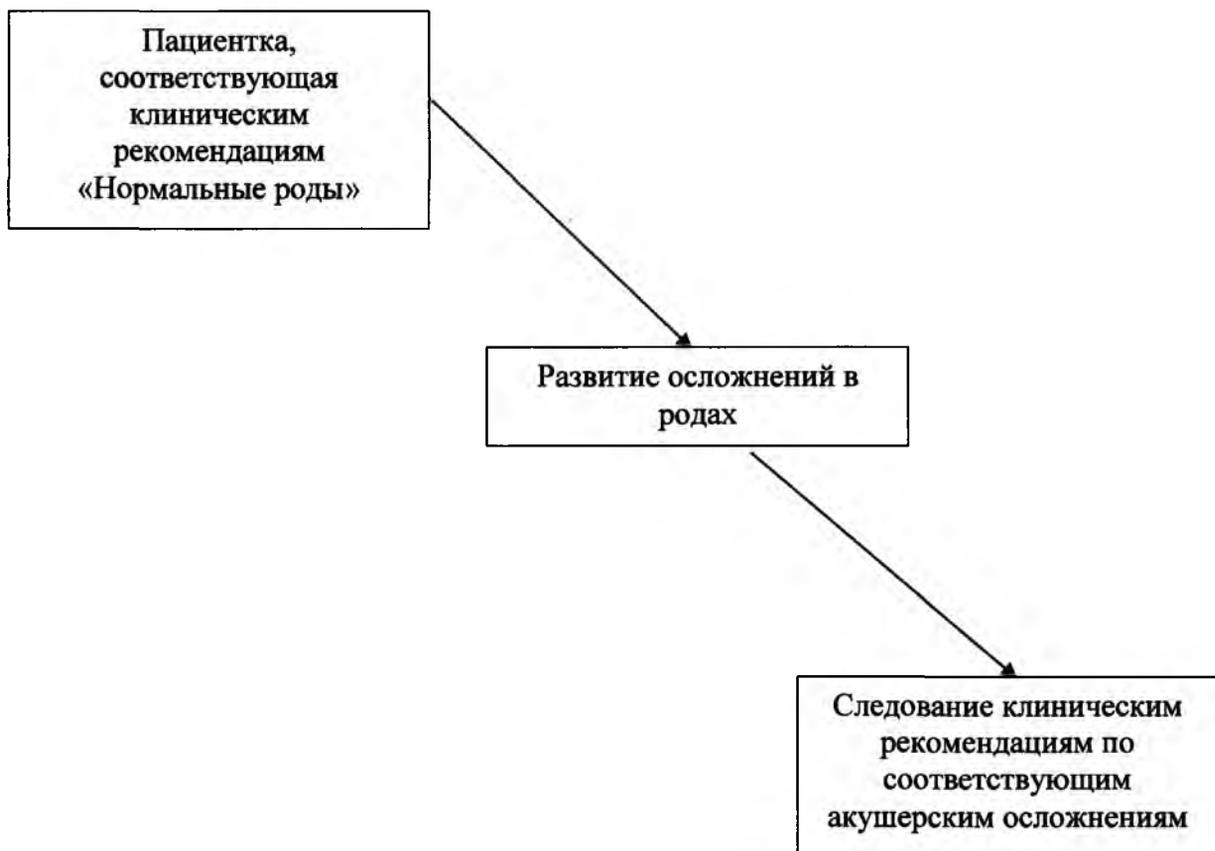
Медицинская помощь при нормальных родах может быть оказана в медицинских организациях акушерского профиля 1-го, 2-го и 3-го уровня.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не применимо.

¹³ Относится ко всем родильницам, если не указано иное.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Что такое нормальные роды?

Нормальные роды – это своевременные (в 37⁰ - 41⁶ недель беременности) роды одним плодом, начавшиеся самостоятельно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов (при отсутствии преэклампсии, задержки роста плода, нарушения состояния плода, предлежания плаценты и других осложнений), прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых пациентка и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Могут ли быть нормальные роды при наличии акушерских осложнений до родов?

В редких случаях роды могут быть нормальными при наличии некоторых акушерских осложнений до родов, например, преэклампсии, задержки роста плода без нарушения его состояния и др.

Как протекают роды?

Роды состоят из 3-х периодов.

Первый период родов - время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Этот период родов состоит из латентной и активной фазы. Латентная фаза характеризуется слабыми сокращениями матки (иногда болезненными) и медленным раскрытием шейки матки до 5 см. Эта фаза может длиться до 20 часов у первородящих женщин и до 14 часов у повторнородящих женщин. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки (схватками) и раскрытием шейки матки до полного раскрытия. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах. Схватки во время активной фазы происходят 1 раз в 2-3 минуты.

Второй период родов - время от полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка. Во время этого периода пациентка ощущает сильное желание тужиться (потуги), которые возникают каждые 2-5 минут. Продолжительность второго периода родов при первых родах обычно составляет не более 3 часов, при повторных - не более 2 часов, но при использовании эпидуральной анальгезии продолжительность может быть на час больше.

Третий период родов - время от рождения ребенка до рождения последа. Обычно третий период родов завершается в течение 15 - 30 минут.

Как я должна вести себя во время родов?

При отсутствии противопоказаний во время родов, особенно в первом периоде, рекомендована активность и принятие удобной для Вас позы. Во время потуг также

поощряется свободное удобное для Вас положение, если это не мешает контролю состояния плода и оказанию пособия в родах.

Может ли мой партнер присутствовать при родах?

Присутствие партнера при родах поощряется в случае его (ее) подготовки к помощи и присутствию при родах.

Буду ли я испытывать боль во время родов?

Обычно роды сопровождаются болезненными ощущениями во время схваток (примерно 60 секунд) с последующим расслаблением. Необходимо правильно дышать и быть спокойной для минимизации болезненных ощущений.

Будут ли мне обезболены роды?

Первоначально рекомендуется применить немедикаментозные методы обезболивания родов, такие как правильная техника дыхания, использование мяча, массаж, теплые компрессы, холод на спину в случае болей в пояснице и другие, которые оказываются эффективными в большинстве случаев. При неэффективности немедикаментозных методов при Вашем желании, отсутствии противопоказаний и возможности медицинской организации может быть проведена эпидуральная анальгезия. Следует знать, что эпидуральная анальгезия ассоциирована с повышенным риском удлинения продолжительности родов.

Надо ли мне брить волосы на промежности до родов?

Нет, бритье волос на промежности не обязательно, и делается только по Вашему желанию.

Будет ли мне проведена очистительная клизма до родов?

Нет, очистительная клизма не обязательна, и может быть сделана только по Вашему желанию.

Какие вмешательства будут мне проводиться во время родов со стороны медицинского персонала?

Вам будет установлен венозный катетер (обычно в локтевую вену) с целью возможности быстрой помощи при кровотечении в случае его начала. Также Вам будут проводиться влагалищные исследования – при поступлении в стационар, затем каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов и каждый час во время потуг, а также в случае наличия показаний, например, перед эпидуральной анальгезией или при излитии околоплодных вод, и после родов для оценки целостности родовых путей и зашивания разрывов в случае их выявления. Еще Вам будет проводиться пальпация плода (определение его положения через брюшную стенку) и аускультация плода (выслушивание

сердцебиения плода) при помощи акушерского стетоскопа, а в случае выявления каких-либо нарушений – кардиотокография (КТГ) плода. Возможно, потребуется проведение УЗИ плода при нарушении его состояния или для уточнения его положения. Сразу после рождения ребенка через венозный катетер Вам будут введены утеротоники для профилактики кровотечения.

Могу ли я есть и пить во время родов?

Во время родов рекомендован прием жидкости и при отсутствии противопоказаний - легкой пищи. При этом прием твердой пищи не рекомендован.

Смогу ли я пользоваться туалетом во время родов?

Во время родов Вам необходимо регулярно мочиться, и Вы можете пользоваться туалетом и душем при наличии данной возможности в медицинской организации. В противном случае Вам будет предоставлено индивидуальное судно.

Как провести профилактику разрывов родовых путей?

Для профилактики разрывов промежности и влагалища можно использовать пальцевой массаж промежности с гелем и теплый компресс на промежность, намоченной теплой водой (43°C), во втором периоде родов, который может быть проведен акушеркой при наличии возможности.

Что произойдет, когда ребенок родится?

Когда Ваш ребенок родится при отсутствии осложнений он будет положен Вам на живот для установления контакта кожа-к-коже, укрыт, и максимально рано приложен к груди. Вся дальнейшая обработка ребенка (взвешивание, закапывание глаз, обтирание, осмотр врача-неонатолога) будут проведены позже в родильном зале.

Когда будет перерезана пуповина?

При отсутствии противопоказаний показано отсроченное пересечение пуповины - не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения ребенка.

Как долго я пробуду в родильном отделении после родов?

Обычно время наблюдения в родильном отделении не превышает 2-х часов, после чего Вы с ребенком будете переведены в послеродовое отделение.

Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1. Партограмма

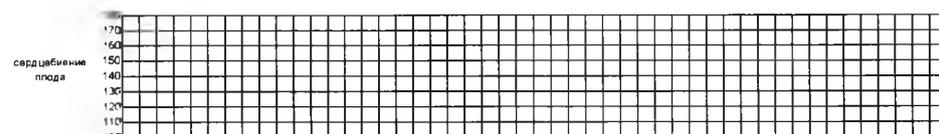
Партограмма

ФИО _____

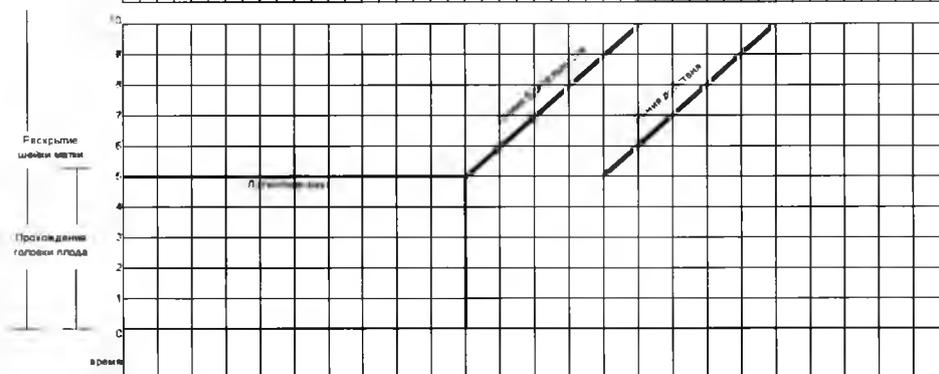
Беременность _____ Роды _____

Дата родов _____ Время начала родов _____

Время отхождения вод _____



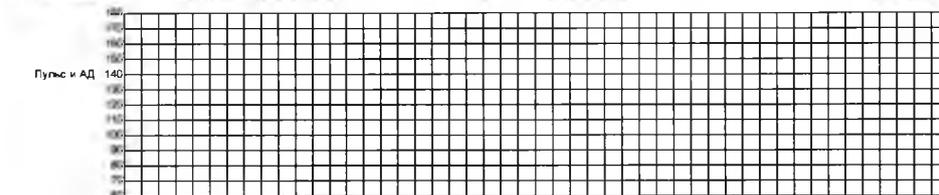
Скопления вод
Конфигурация головки



Маточные
сокращения
каждые 10 мин

Вводимые
лекарственные
средства

Действие и
эффекты



Температура

Моча объем

Роспись

Правила заполнения

Информация о пациентке: полное имя, количество беременностей и родов, номер истории родов, дата и время поступления в родовую блок, время излития околоплодных вод.

ЧСС плода: фиксируется каждые полчаса (выслушивается каждые 15 минут) - отмечается точкой каждые 30 минут - •

Околоплодные воды: цвет амниотической жидкости отмечается каждый час.

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: отмечается при влагалищном исследовании.

O - 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 5 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 за 10 минут. Различная интенсивность штриховки отражает силу и длительность схваток.

На партограмме принято использовать следующие три вида штриховки:



- точки: слабые схватки,
продолжительностью до 20 секунд



- косая штриховка: умеренные
схватки, продолжительностью
20-40 секунд



- сплошная штриховка - сильные
схватки, продолжительностью
более 40 секунд

Окситоцин: при назначении записывается его количество/концентрация и вводимая доза в минуту 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 2 часа.

Приложение Г2. Шкала Апгар (Apgar score) [159]

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка состояния новорожденного

Содержание:

Параметр/Баллы	0	1	2
Частота сердечных сокращений	Сердцебиение отсутствует	<100 ударов/минуту	≥100 ударов/минуту
Дыхание	Отсутствует	Брадикапноэ, нерегулярное	Активное, регулярное, крик громкий
Мышечный тонус	Отсутствует, конечности свисают	Снижен, некоторое сгибание конечностей	Активные движения
Рефлекторная возбудимость (реакция на раздражение при санации дыхательных путей)	Реакция отсутствует	Реакция слабо выражена (grimаса, движение)	Реакция в виде движения, кашля, чихания, громкого крика
Окраска кожного покрова	Генерализованная бледность или генерализованный цианоз	Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей (акроцианоз)	Розовая окраска всего тела и конечностей

Интерпретация:

Оценка 4-7 баллов через 1 минуту после рождения соответствует средней или умеренной асфиксии при рождении (P21.1, МКБ-10), 0-3 балла через 1 минуту после рождения – тяжелой асфиксии (P21.0, МКБ-10). Несмотря на то, что по МКБ-10 сумма 7 баллов через 1 минуту после рождения соответствует асфиксии средней и умеренной тяжести, нецелесообразно выставлять этот диагноз, поскольку оценка 7 баллов по шкале Апгар к концу 1-й минуты не является клинически и/или прогностически значимой. Прогностическая ценность первой оценки по Апгар в принципе является крайне низкой. Неблагоприятные ближайшие и отдалённые последствия коррелируют с низкой оценкой по Апгар через 5 и 10 минут после рождения.

Пояснение: Тест обычно проводится через 1 и 5 минут после рождения и может быть повторен позже, если оценка остается низкой.

Приложение Г3. Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли.

Название на русском языке: Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли.

Оригинальное название: Visual analogue pain intensity scale.

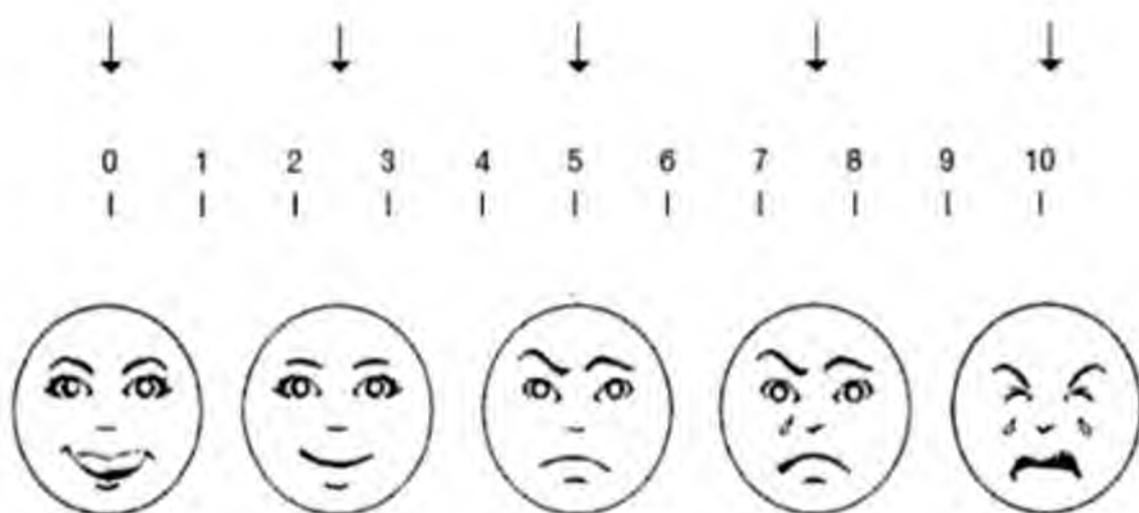
Источник: Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. Pain 1976; 2 (2): 175–

184.

Тип: шкала оценки.

Назначение: оценка интенсивности боли.

Содержание:



Ключ (интерпретация): Шкала длиной 10 см: 0-1 см - боль отсутствует, 1-3 см - боль можно игнорировать, 3-5 см - мешает деятельности, 5-7 см - мешает концентрироваться, 7-9 см - мешает основным потребностям, 9-10 см необходим постельный режим.