



Вазорати тандурустии
Ҷумҳурии Тоҷикистон



Federal Ministry
for Economic Cooperation
and Development

АССОТСИАТСИЯИ АКУШЕР –
ГИНЕКОЛОГОНИ ҶУМҲУРИИ
ТОҶИКИСТОН

**СТАНДАРТҲОИ МИЛЛӢ
ОИДИ ИДОРАИ ВАЛОДАТИ
ХАВФИ БАЛАНД**

giz



Душанбе - 2009



Министерство здравоохранения
Республики Таджикистан



Federal Ministry
for Economic Cooperation
and Development

АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ –
ГИНЕКОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ
ТАДЖИКИСТАН

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ ПО ВЕДЕНИЮ РОДОВ ВЫСОКОГО РИСКА

giz



Душанбе - 2009

3.8/10
2.9/08/10



ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

74025, ш. Душанбе, к. Шевченко, 69, тел. (372) 221-18-35, факс (372) 2217525

ФАРМОИШ

аз 84 - 07 с. 2010

№ 43D

ш. Душанбе

**Дар бораи ворид намудани
стандартҳои миллии онд ба
таваллуи аворизнок**

Бо мақсади амалисозии банди 2.1.5. Нақшаи миллии ҷорбинҳои онд ба таъмини хифри саломатии моларон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи то соли 2014, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 1 августи соли 2008, №370 тасдиқ шудааст,

ФАРМОИШ МЕДИҲАМ:

- 1) Стандартҳои миллии зерин онд ба таваллуи аворизнок тасдиқ карда шаванд:
- Онд ба таваллуи хавфи баланд, алгоритми интиқол (замимаи №1);
 - Онд ба таваллуи пеш аз муҳлат(замимаи №2);
 - Онд ба пешгирии аломати дисстрессии респиратории навзод (замимаи №3);
 - Онд ба таъбасти токсикитикӣ(замимаи №4);
 - Онд ба индуксияи таваллуд (замимаи №5);
 - Онд ба пурӯзурнии кувачи онд таваллуд (замимаи №6);
 - Онд ба таваллуд рехтани обҳои наздифилӣ (замимаи №7);
 - Онд ба таваллуи дарозмуддат, ҷойгиршавӣ ва пешомаҳон нодурусти сарак (замимаи №8);
 - Онд ба афтидани наи ноф (замимаи №9);
 - Онд ба обҳои наздифилӣ меқоналӣ(замимаи №10);
 - Онд ба дистотсияи китфҳо (замимаи №11).
- 2) Сарлори Раёсати таъшиқи хизматрасонҳои тиббӣ ба молару кӯдакон ва таъими онлаи Вазорати тандурустӣ (Раҳматуллоев Ш.Ғ.) дар якҷоягӣ бо ректорони Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино, Донишқадани таъмили ихтисоси баъдипломии кормандони тиббии Тоҷикистон, Пажӯшишгоҳи илмӣю тадқиқотии акушерӣ-гинекологӣ ва перинатологӣи Тоҷикистон, сарлорони Раёсатҳои тандурустии Вилояти Мухтори Кухистони Бадахшон, вилоятҳои Хатлону Сунд, шаҳри Душанбе (Қурбонов У.А., Аҳмадов А.А., Қурбонов Ш.М., Алиёрова П., Бузмаков Ш.М.,

Приложение 3

- схватки резко болезненны, матка между ними не расслабляется;
 - роженица беспокойная: жалуются на сильные боли, мечется, кричит, просит о помощи;
 - продвижение предлежащей головки прекращается;
- мочепускание затруднено, а при катетеризации выделяется малое количество мочи, возможно с кровью.

Опасные симптомы тетании матки:

Время от начала (мин)	Окситоцин (МЕД/мин)	10 ЕД окситоцина в 500 мл р-ра* (1 капля)		5 ЕД окситоцина в 500 мл р-ра (1 МЕД - 0,1 мл или 2 капли)	
		мл/час	капли/мин	мл/час	капли/мин
0	30	60	4	24	8
30	60	12	4	48	16
60	90	12	8	72	24
90	120	16	12	96	32
150	150	20	16	120	40
180	180	24	20	144	48
240	240	28	28	168	56
270	270	32	32	192	64

* Фингера или хлорида натрия 0,9% ** - в 1 мл 20 капель

Приложение 2

Схема инфузии окситоцина

Тошмагов Д.Х., Темуров А.А.) ва сардорони Шуъбаҳо ва Бахшҳои тандурусти шаҳру ноҳияҳои тобеи ҷумҳури:

- а) Воридаҳои стандартҳои тасдиқкардидаро дар амалияи муассисаҳои тандурусти таваллудӣ ва барномаҳои таълимии базахҳои клиникаи кафедраҳои акушерӣ-гинекологии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино ва Донишкдаи таъмили ихтисоси баъди дипломии кормандони тибби Тоҷикистон, Паҷуишгоҳи илмино тадқиқоти акушерӣ-гинекологӣ ва перинатологияи Тоҷикистон таъмин намуда, оид ба рафти амалиёзони он ҷорабинҳои мониторингино баҳодимири ташкил намоянд.

Мӯҳлат дар давоми соли 2011.

- б) Бо мақсади таъмин намулдани эҳтиёҷоти муассисаҳои тиббӣ ба стардартҳои дар боло зикргардида дар бораи микдори наشري онҳо ба Вазорати тандурусти тақлиф пешниҳод намоянд. Мӯҳлат 1 моҳ.

в) Дар яқҷоягӣ бо ташкилотҳои байналмилалӣ барои наشري микдори зарурии стандартҳои таҳиягардида ҷораҳои зарури андешанд. Мӯҳлат то охири моҳи декабри соли 2010.

- з) Назорати иҷрои фармоиши мазкурро ба зимаи худ мегузорам.

Вазир

ДУРУСТ

Н. Салимов




8. перевернуть и поставить роженцу в колено-локтевое положение и попытаться повторить пункт 7. При отсутствии эффекта:

привести намеренный перелом ключицы: нащупать пальцем среднюю треть ключицы и надавить пальцем снизу вверх.

На каждый приём отводится 30 -60 секунд.

Категорически запрещается использовать приём Кристеллера, который усиливает вклинивание плечика, может привести к разрыву матки.

Приложение 1

Мониторюемые показатели

Мониторюемые показатели	
Симптомы хориоамнионита	1. Измерение температуры тела и пульса – каждые 4 часа; 2. пальпация матки - болезненность– каждые 4 часа; 3. наблюдение за количеством и характером выделений из влагалища - каждые 4 часа; при доступности соответствующей бактериологической лаборатории – бак посев на стрептококк В из влагалища 4. определение содержания лейкоцитов в периферическом мазке крови – ежедневно;
1.повышение температуры тела выше 37,8 градусов С; тахикардия у матери 2.болезненность матки при пальпации; 3.загалайщные выделения с неприятным запахом 4.лейкоцитоз 15 000 и более;	6. пальпация матки – схватки в течение 10 минут – каждые 4 часа; 7. кардиотокография по возможности
Начало родовой деятельности	6. пальпация матки – схватки в течение 10 минут – каждые 4 часа; 7. кардиотокография по возможности
Выслушивание сердцебиения (более 160 ударов в 1 мин) или аритмия или брадикардия (менее 120 ударов в мин)	1. Аускультация ЧСС плода каждые 4 часа 2. Кардиотокография (по возможности) 3. Ежедневно
КТГ (по возможности)	

Стандарт № 12. Дистонция плечиков

Дистонция плечиков относится к obstructивным родам.

Проблема: головка родилась, а плечики застряли и не могут родиться

Диагностика:

- головка плода родилась, но остаётся плотно охваченной вульвой;
- подбородок втягивается и опускается на промежность;
- потягивание за голову не сопровождается рождением плечика, которое цепляется за симфиз.

Акушерская тактика (1):

1. позвать на помощь, включая неонатолога и реаниматолога;
2. провести эпизиотомию при необходимости. Причиной дистонции плечиков является препятствие костного характера, поэтому эпизиотомию не приводит к рождению плечиков;
3. положить роженицу на спину, согнуть ей ноги в тазобедренных и коленных суставах и максимально прижать их к животу (приём Мак Робертса);
4. попытаться обычными тракциями вывести плечики. Максимально – 30 – 60 секунд. При отсутствии эффекта;
5. другой ассистент осуществляет дозированное надавливание вниз и вперёд на надплечную область в области расположения переднего плечика, расположив руки как при непрямом массаже сердца. Врач синхронно с ассистентом осторожно продолжает тракцию. При отсутствии эффекта;
6. ассистент осуществляет 1 - 2 качательных надавливания в стороны на надплечной области в области расположения переднего плечика, расположив руки как при непрямом массаже сердца. Врач синхронно с ассистентом осторожно продолжает тракцию. При отсутствии эффекта;
7. врач, принимающий роды, вводит руку со стороны спинки плода к переднему плечу и надавливает на него сзади. При отсутствии эффекта – вводит вторую руку со стороны грудки к заднему плечу и пыгается развернуть заднее плечико в сторону симфиза. При отсутствии эффекта;

МУАЛЛИФОН:

н.и.т., дотсенти кафедра акушер и гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абулалӣ ибни Сино, акушер-гинекологи Ғайриҳоҳидии ВТ ҚТ.

д.и.т., профессор, роҳбари шӯъбаи акушерии ДИТ АҒваП ВТ ҚТ

д.и.т., профессор, мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абулалӣ ибни Сино, гинекологи қудаконаи Ғайриҳоҳидии ВТ ҚТ

авзо-корр. АИ ҚТ, д.и.т., профессор, мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абулалӣ ибни Сино

н.и.т., ассистенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абулалӣ ибни Сино

н.и.т., ассистенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абулалӣ ибни Сино

д.и.т., профессор, мудири кафедраи акушерӣ и гинекологии ДТИКТ ВТ ҚТ

д.и.т., профессор, раиси ассотсиатсияи акушер – гинекологони Ҷумҳурии Тоҷикистон

н.и.т., директори ПИТ АҒваП ВТ ҚТ

профессор, машваратчи ПИТ АҒваП ВТ ҚТ

сардори шӯъба оид ба расонидани ёри ба модарон ва қудакон ва танзими оилаи ВТ ҚТ

н.и.т., дотсент, к.к.и. ПИТ АҒваП ВТ ҚТ

н.и.т., акушер-гинеколог

профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологии ДТИКТ ВТ ҚТ

эксперти Ташкилоти умумиҷаҳони тандурустӣ, дотсент

УЗАКОВА У.Д.

АБДУРАХМАНОВ Ф.М.

АБДУРАХМАНОВА Ф.М.

ДОДХОЕВА М.Ф.

ОЛИМОВА Л.И.

АБДУЛЛАЕВА Р.А.

КУРБАНОВА М.Х.

МУХАМАДИЕВА С.М.

КУРБАНОВ Ш.М.

НАРЗУЛЛАЕВА Е.Н.

АШУРОВА Г.С.

КАМИЛОВА М.Ё.

МИРСАИДОВА М.У

ТАҚРИЗГАРОН:

РУСТАМОВА М.С

ГЕЛМУС ШЪЮПШИНСКАС

МУНДАРИЧА

Саруҳан	Саҳ.
Стандарти №1. Валодати хавфи баланд. Алгоритми интиқол.	3 4-5
Стандарти №2. Валодат пеш аз муҳлат.	6-10
Стандарти №3. Пешгирии аломати дисстресси респиратории навзод.	11-13
Стандарти №4. Табобати токолитикӣ.	14-17
Стандарти №5. Индуксияи (барангезиш) валодат.	18-33
Стандарти №6. Пурзӯркунии валодат.	34-36
Стандарти №7. То валодат реҳтани обҳои наздифилӣ ҳангоми ҳомилагии расида ва норасида.	37-45
Стандарти №8. Валодати дарозмуддат/обструктивӣ.	46-54
Стандарти №9. Аномалияҳои ҷойгиршавии сарак	55-57
Стандарти №10. Афтидани наи ноф.	58
Стандарти №10. Обҳои наздифилӣ бо меконий.	59-60
Стандарти №11. Дистототсияи китфҳо.	61-62
Замимаҳо	63-64

Ø появивение мекония в водах в родах при изначально светлых водах:

- расценивать как проявление дистресса плода;
- немедленно пересмотреть план родов;
- поставить в известность врача неонатолога, который обладает навыками интубации трахеи;
- подготовить оборудование для проведения первичной реанимации в родильном зале;

Реанимация новорожденного - см. стандарт «Первичная реанимация новорожденных».

Использованная литература:

1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А. В. СПб.: «Петрополис», 2003.
2. Bhuta T., Clark R. H., Henderson-Smart D. J. Rescue high frequency oscillatory ventilation vs conventional ventilation for infants with severe pulmonary dysfunction born at or near term. Cochrane Database Syst Rev. 2001; (1): CD002974.
3. Wiswell T. E. Delivery room management of the apparently vigorous meconium-stained neonate: results of the multicenter, international collaborative trial., et al. Pediatrics. 2000 Jan; 105: 1-7.

Стандарт №11. Воды, окрашенные меконием

Частота мекониального окрашивания околоплодных вод составляет 10-15% всех родов (Woods, 1994), возрастает к концу беременности и достигает максимума к 42 неделе беременности. *Меконий, или первородный кал состоит на 75% из воды, остальные 20-25% составляют - кишечный секрет, желчь, сок поджелудочной железы, кровь.*

Наиболее опасная ситуация – сочетание мекониально окрашенных вод с патологической частотой сердечных сокращений плода, что может привести к синдрому аспирации меконием (СМА), когда перинатальная смертность составляет от 30 до 220 %, а неонатальная заболеваемость составляет 500 %.

Развитие СМА возможно внутритробно или сразу после рождения, случается в каждом 10 случае при окрашивании околоплодных вод меконием. СМА составляет от 2 до 20% случаев перинатальной смертности, одной из наиболее частой причиной РДС новорожденных.

Предотвратить все случаи СМА невозможно, но правильно оказанная помощь может снизить частоту данного осложнения.

СМА может стать причиной:

- Ø мекониальной обструкции дыхательных путей;
- Ø химического воспаления;
- Ø уменьшения продукции эндогенного сурфактанта и/или инактивации сурфактанта.

Осложнения СМА:

- Ø пневмоторакс;
- Ø гиповентилляция;
- Ø ацидоз.

Родоразрешение при водах, окрашенных меконием:

- Ø проводится в стационаре 2 – 3 уровня в присутствии неонатолога;
- Ø необходим тщательный контроль за состоянием плода: постоянный КТГ мониторинг (по возможности) или аускультация ЧСС плода каждые 15 минут в течение минуты;
- при удовлетворительном состоянии плода – ведение родов согласно ранее намеченной тактике по стандарту «Физиологические роды»;
- при наличии признаков страдания плода немедленное родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации;

САРСУХАН

Стандартҳои мазкур дар асоси тавсияҳои Ташилотӣ умумиҷаҳонӣ тандурустӣ барои идораи валодати хавфи баланд, ки дар ҷараёни он эҳтимолияти зиёди иштироки мутахассиси тахассуснок лозим аст, коркард карда шудаанд.

Валодати хавфи баланд дар муассисаҳои сатҳи 2-3 гузаронида мешавад. Ташхис ва интихоби тактика аз ҷониби духтурӣ тахассусноктарини муассиса (мудири шӯъба, духтур бо дараҷаи баланди тахассусӣ) муайян карда мешавад.

Стандарҳои миллӣ оид ба идораи валодати хавфи баланд ба паст намулдани сатҳи беморӣ ва фавайт модарӣ равона карда шудааст. Дар асоси стандартҳои мазкур, дар муассисаҳои ёрии валодатӣ таҳия намулдани протоколҳо зарур аст, ки онҳо ба шароитҳои маҳалли мувофиқ бошанд.

Тавсияҳои стандартҳои мазкур дар асоси тибби исботшуда мебошанд. Исботҳо аз рӯи дараҷаи эътиборнокӣ ва сатҳи боваринокии исбот тақсим шудаанд.

1a – Шарҳи хулосавии тадқиқотҳои назорати рандомизатсияшуда – ТНР (РКИ)

1b – Тадқиқоти алоҳидаи назорати рандомизатсияшуда

2a – Шарҳи хулосавии тадқиқотҳои когорти

2 b – Тадқиқоти алоҳидаи когорти

3a – Шарҳи хулосавии тадқиқотҳои «ходиса - назорат»

3b – Тадқиқоти алоҳидаи «ходиса - назорат»

C – Тадқиқоти силсилаи ҳодисаҳо

D – Ақидаи матахассис, ки мубаталои баҳои қатъӣ нашоудааст ва он дар асоси физиология, натиҷаҳои тадқиқоти санҷишӣ ё «принсипҳои асосӣ» аст.

Сатҳи эътимоднокӣ дар матн ифода шудааст.

Стандарт №1. Алгоритми иницијал Хангоми аворисхо дар валодат барои муассисаҳои сатҳи I (амали момодар, дуктур)

Ваодати физиологӣ мувофиқи Фармони ВТ ҶТ таҳти № 541 дар муассисаҳои ёрии валодати сатҳи якум гузаронда мешавад. Хангоми мавҷудияти кавфи инкишофбӣ ё пайдоиши аворисхо дар ҷараёнӣ валодат зан ба муассисаи сатҳи 2-3 бо риояи алгоритми зерин бо яд иницијал қарда шавад.

Амали момодар (дуктур) Хангоми зарурити иницијал	
▲	Ба маълумоти ронанда расонаида шавад. Аз ӯ хошиш қарда шавад, ки ба сафар тайёр бошад. Дар ҳолати набудани нақлиёт – ба шахсонои масълули онд ба таъминини нақлиёт ахборот дода шавад.
▲	Ба маълумоти ронанда расонаида шавад. Аз ӯ хошиш қарда шавад, ки ба сафар тайёр бошад. Дар ҳолати набудани нақлиёт – ба шахсонои масълули онд ба таъминини нақлиёт ахборот дода шавад.
▲	Ба маълумоти ронанда расонаида шавад. Аз ӯ хошиш қарда шавад, ки ба сафар тайёр бошад. Дар ҳолати набудани нақлиёт – ба шахсонои масълули онд ба таъминини нақлиёт ахборот дода шавад.
▲	Ба маълумоти ронанда расонаида шавад. Аз ӯ хошиш қарда шавад, ки ба сафар тайёр бошад. Дар ҳолати набудани нақлиёт – ба шахсонои масълули онд ба таъминини нақлиёт ахборот дода шавад.
▲	Ба маълумоти ронанда расонаида шавад. Аз ӯ хошиш қарда шавад, ки ба сафар тайёр бошад. Дар ҳолати набудани нақлиёт – ба шахсонои масълули онд ба таъминини нақлиёт ахборот дода шавад.

Стандарт №10. Выпадение пуповины

Определение: выпадение пуповины – осложнение, при котором петли пуповины определяются впереди предлежащей части после излития вод.

Акушерская тактика зависит от состояния плода:

- пуповина пульсирует – плод жив;
- пульсации пуповины нет – плод мертвый.

Если пуповина пульсирует, дальнейшая тактика зависит от периода родов.

Пульсация пуповины сохранена, первый период родов – кесарево сечение:

1. заказать операционную, попросить неонатологов подготовиться к реанимации новорождённого;
2. надеть стерильные перчатки и оттолкнуть предлежащую часть вверх из таза, чтобы уменьшить сдавление пуповины;
3. вторую руку положить на надлобовую область и удерживать предлежащую часть вне таза;
4. провести экстренное кесарево сечение.

Пульсация пуповины сохранена, второй период родов:

- попросить неонатологов подготовиться к реанимации новорождённого;
- при головном предлежании эпизиотомия и вакуум – экстракция плода;
- при тазовом предлежании – экстракция плода за тазовый конец под общим обезболиванием.

Пуповина не пульсирует: проведите роды самым безопасным путём для роженицы.

Акушерская тактика при аномалии вставления и предложениях головке

Предложение/ Вставление		Ведение родов
Разбита Предлежащая	Переднеголовное	Кесарево сечение*
	Лобное	Кесарево сечение
	Лицевое: передний вид	Ведение родов через естественные родовые пути
	Лицевое: задний вид	Кесарево сечение
Аномалии вставления головки	Переднетеменное вставление	Кесарево сечение
	Заднетеменное вставление	Кесарево сечение
	Высокое прямое стояние головки	Кесарево сечение при доношенном сроке
	Низкое поперечное стояние головки	Роды могут пройти самопроизвольно или вакуум – экстракция плода

Примечание: * - при небольших размерах плода, удовлетворительной родовой деятельности возможно родоразрешение через естественные родовые пути

▲		▲		▲		▲	
Ба зан марьлунот дода шуд, ба зан марьлунот интикол тайёр аст.	Ба зан марьлунот дода шуд, зан рози ва барои интикол тайёр аст.	Ба зан марьлунот дода шуд, зан рози ва барои интикол тайёр аст.	Ба зан марьлунот дода шуд, зан рози ва барои интикол тайёр аст.	Ба зан марьлунот дода шуд, зан рози ва барои интикол тайёр аст.	Ба зан марьлунот дода шуд, зан рози ва барои интикол тайёр аст.	Ба зан марьлунот дода шуд, зан рози ва барои интикол тайёр аст.	Ба зан марьлунот дода шуд, зан рози ва барои интикол тайёр аст.
Момодоре, ки илораи вапоратро дар ӯҳда дорад, бояд ҳамроҳи зан то макони интикол бошад.							
▲							
Зани зорнда дар мошин дурӯст хобонида шавад. Бовари ҳосил карда шавад, ки макеи зан дурӯст интиҳоб карда шудааст ва зан бароҳат ҷойгир шудааст**.							
▲							
Амали момодора бояд аз расидан ба макони интикол: 1. ба духтури навабдори масъул марълумот оиди ваъзият дода шавад; 2. зан «аз даст» сурӯида шавад. Ҳар роҳхат марълумоти мушаххас дар бораи зан аз вақти воридиши ба муассисаи зинаи 1, чорабинии ҳангоми интикол ва то расидан ба муассисаи дигар дода шавад. Ҳамо гузашта шавад.							

* Таъминоти тақшиқи нақлиёт ба зимиаи марълумоти муассисаи триби ворзор карда мешавад. ** Масалан, баъд аз ихтилоҷ – дар паҳли чап, ҳангоми хунрави – ба пушт.

**БЛАНКИ ИНТИКОЛИ ЗАНИ ХОМИЛАДОР,
ЗОЯНДА ВА ТАВАЛУДКАРДА**

МУҲРИ МУАССИСА	
Ному насаб:	Синну сол:
Сурогаи хона:	
Ташхис:	
Чорабиниҳои таботати то ва дар мавриди интиқол:	
Муассисаи қабулқунанда:	Сана ва вақти интиқол: Сана ва вақти воридшавӣ:
Ҳолат ҳангоми воридшавӣ:	ФА _____ мм сут. сим.
Ҳуш: _____ зарба дар 1 дақиқа	АҲН: _____ дар 1 дақиқа
Набз: _____ ^С Ихтилоҷ: ҳаст/нест	Хунравӣ: ҳаст/нест
Х: _____	Таппиши дили тифл: _____ дар 1 дақиқа
Мухоз: _____	
Ному насаб ва имзои корманди тибби ҳамроҳикунанда:	_____
Ному насаб ва имзои корманди тибби қабулқунанда:	_____
	хати буриш
МУҲРИ МУАССИСА	
Ному насаб	Синну сол
Сурогаи хона:	
Муассисаи қабулқунанда	Сана ва вақти интиқол Сана ва вақти воридшавӣ
Ташхис:	
Ҳолат ҳангоми воридшавӣ:	ФА _____ мм сут. сим.
Ҳуш: _____ зарба дар 1 дақиқа	АҲН: _____ дар 1 дақиқа
Набз: _____ ^С Ихтилоҷ: ҳаст/нест	Хунравӣ: ҳаст/нест
Х: _____	Таппиши дили тифл: _____ дар 1 дақиқа
Мухоз: _____	
Ному насаб ва имзои корманди тибби ҳамроҳикунанда:	_____
Ному насаб ва имзои корманди тибби қабулқунанда:	_____

При высоком прямом стоянии стреловидного шва, головка плода вставляется в прямой размер входа в малый таз (11 см) прямым размером (12 см).

Акушерская тактика: при доношенном плоде – кесарево сечение. Роды через естественные родовые пути возможны лишь при малых размерах плода и способностью головки плода к конфигурации.

Низкое поперечное стояние головки плода – стояние головки стреловидным швом в поперечном размере выхода малого таза.

Акушерская тактика:

- При удовлетворительной родовой деятельности – роды заканчиваются самопроизвольно;
- При появлении признаков дистресса плода – вакуум-экстракция.

Разгибательные предлежания

Частота:

Выделяют три степени разгибания головки:

- Первая степень – переднеголовное;
- Вторая степень – лобное;
- Третья степень – лицевое.

Следует иметь в виду:

Ø Роды в лобном предлежании через естественные родовые пути невозможны, а биомеханизм родов носит теоретический характер.

Ø Роды через естественные родовые пути при заднем виде лицевого предлежания невозможны

Стандарт № 9. Аномалии вставления головки

При правильном биомеханизме родов головка вставляется в малый таз таким образом, что стреловидный шов располагается в поперечном размере на одинаковом расстоянии от лона и мыса. Такое вставление головки называется осевым или *синклитическим*.

При патологическом или *асинклитическом* вставлении головки стреловидный шов располагается у мыса или лона.

Различают:

- переднепоперечное вставление (передний асинклитизм), когда стреловидный шов располагается у мыса и передняя теменная кость опускается первой в плоскость входа в малый таз;
- заднепоперечное вставление (задний асинклитизм), когда стреловидный шов располагается у лона и задняя теменная кость первой опускается в плоскость входа в малый таз;
- асинклитизм Редерера – стреловидный шов вставляется в одном из косых размеров, малый родничок располагается по центру (характерно для общеравномерносуженного таза).

Причины:

- анатомически узкий таз;
- Ø общеравномерносуженный таз
- Ø плоские тазы;
- перерастянутая передняя брюшная стенка.

Диагностика:

- на **партограмме** замедление или остановка продвижения головки;
- данные вагинального исследования.

Акушерская тактика: кесарево сечение

Аномалии стояния стреловидного шва:

- Высокое (во входе малого таза) прямое стояние (после излития вод - вставление);
- Низкое (в выходе малого таза) поперечное стояние (после излития вод - вставление) стреловидного шва.

Стандарт №2. Валодат пеш аз мӯҳлат

Тасниф:

валодат пеш аз мӯҳлат – валодат дар мӯҳлати аз 22 то 37 ҳафтаи гураи ҳомиладорӣ, ҳангоми вази тифл 500,0 грамм ва аз он зиёд (1).

Такроршавӣ:

5 - 12%. Валодат пеш аз мӯҳлат дар 30% ҳолатҳо бе ягон сабаби маълум инкишоф меёбад (1).

Дар 15 – 20% ҳолатҳо валодат пеш аз мӯҳлат дар мавриди пре/эклампсия, бемории гипертоникӣ ва бемориҳои дигари гайригенеталии модар, боздошти дохилибатнӣ ё нуқсонӣ модар-зодии тифл ҳаҷт гардонида мешавад (1).

Аломатҳо:

кашишхурии мунтазам ё номунтазами бачадон – 3 ва зиёдтар дар давоми 30 дақиқа ва:

- А. кушодашавии пардаҳои наздитифлӣ;
- Б. хубоби бутуни тифлӣ ва кушодашавии гарданаки бачадон зиёдтар аз 2 см;
- В. хубоби бутуни тифлӣ ва ҳамворшавии гарданаки бачадон зиёдтар аз 80%;
- Г. хубоби бутуни тифлӣ ва дигаргуниҳои таркибии гарданаки бачадон.

Критерияҳои таъхир:

1. дарди шиддаттиранда дар поёни шикам;
2. кашихурии бачадон (мунтазам ё номунтазам – 3 ва аз он зиёд дар давоми 30 дақиқа бо дигаргуниҳои таркибии гарданаки бачадон: кӯтоҳшавӣ, ҳамворшавӣ, кушодашавӣ), ки ҳангоми муоинаи маҳбали муайян карда мешавад ё реҳтани обҳои наздитифлӣ.

Ҳаҷми муоина ҳангоми валодат пеш аз мӯҳлат:

1. мувофиқи стандарт омиди валодати физиологӣ;
2. муоина бо ойнаҳои маҳбали стерилӣ: баҳо додани шорида-ни обҳои наздитифлӣ, аломатҳои клинӣкии сироят, ҳолати гарданаки бачадон;
3. муоинаи маҳбали: таъно дар мавриди фаъолияти мунтазами валодат – 2 дарди кашихурии ва аз он зиёд дар давоми 10 дақиқа гузаронида мешавад.

- при появлении признаков обструктивных родов срочное кесарево сечение.

У первородящей роды должны закончиться в течение 3 часов от начала активной потужной деятельности. Повторнородящая роженица

- Заподозрить затянувшийся 2-й период родов при отсутствии рождения плода в течение 1 часа потужной деятельности
- произвести влагалищное исследование
- при целом плодном пузыре произвести амниотомию
- обеспечить эмоциональную поддержку
- помочь роженице поменять позицию
- при нормализации прогресса роды вести по стандарту физиологических.

• обеспечить оценку акушерской ситуации каждые 15 минут
ОКСИТОЦИН НЕ НАЗНАЧАТЬ !!

- определить вероятность инструментального вагинального родоразрешения с учетом состояния плода и прогресса родов
 - при появлении признаков обструктивных родов срочное кесарево сечение.
- У повторнородящей роды должны закончиться в течение 2 часов от начала активной потужной деятельности.

4. УС бачадон (аз рӯи шароит): баҳои мӯҳлати гестатсионӣ, вази тахминии тифл (тифлон), нуқсонҳои инкишофёбии тифл, ҳаҷми обҳои наздитифлӣ, ҷойгиршавӣ ва ҳолати ма- шима, дарозӣ ва кушодашавии гарданакӣ бачадон.
5. Ҳангоми пеш аз валодат реҳтани обҳои наздитифлӣ ба аломатҳои хориоамнионит диққат дода шавад (дарднокии бачадон, баландшавии ҳарорати бадан - 38 градуси С ва аз он зиёд, лейкоцитоз зиёда аз 15 000/л, тахикардияи тифл ё ёва модар).

Тактика акушерӣ:

Барои интиҳоби тактикаи акушерӣ нишондодҳои зерин баҳо дода мешаванд:

- мӯҳлати ҳомиладорӣ;
- ҳолати зани зоянда;
- ҳолати тифл. Ҳангоми будани аломатҳои бадшавии ҳолати тифл – таппиши дили тифл камтар аз 120 ё зиёдтар аз 160 зарба дар 1 дақиқа, дигаргунии дар кардиокограмма (аз рӯи шароит): валодат бо тарзи таъҷилӣ гузаронида шавад.

Амалҳои эҳтимоли Ҳангоми валодат пеш аз мӯҳлат:

1. табобати токолитикӣ (ниг. стандарти «Табобати токолитикӣ»);
2. пешгирии аломати дистресси респиратории тифл (АДР) (ниг. стандарти «Пешгирии АДР тифл»);
3. таъмини антибиотикҳо.

Тактикаи кормандони тиб ҳангоми валодат пеш аз мӯҳлат:

Сатҳи яқум:

- баҳои таъҷилӣ;
- ҳангоми набудани лозимияти ёрии таъҷилии акушерӣ адади дарди кашिशурӣ ва таппиши дили тифл ҳисоб карда шавад;
- ташкили интиқоли зан ба муассисаи сатҳи 2 ҳангоми мӯҳлати ҳомиладории зиёда аз 34 ҳафта ва ба муассисаи сатҳи 3 ҳангоми мӯҳлати ҳомиладории камтар аз 34 ҳафта (аз рӯи шароит). Интиқол in utero имконияти зинда мондани навзодро баланд мекунад.

- беспокойное поведение роженицы, она мечется, кричит от боли;
- положительный симптом Вастена.

Акушерская тактика при obstructивных родах:

- **При живом плоде:** произвести кесарево сечение.
- **При мёртвом плоде:** произвести плодоразрушающую операцию.

ЗАТЯНУВШИЙСЯ 2-Й ПЕРИОД РОДОВ

Затянувшийся 2-й период родов отсутствие рождения плода в течение 2 часов потужной деятельности у первородящей роженицы и 1 часа у повторнородящей.

Причины:

- слабые сокращения матки
- наличие препятствия для рождения плода (газово-головная дистропорция, неправильное положение и предлежание плода).

Акушерская тактика

Первородящая роженица

- Заподозрить затянувшийся 2-й период родов при отсутствии рождения плода в течение 1 часа потужной деятельности
- произвести влагалищное исследование
- при целом плодном пузыре произвести амниотомию
- обеспечить эмоциональную поддержку и обезболивание по необходимости
- помочь роженце поменять позицию
- при нормализации прогресса роды вести по стандарту физиологических.
- Отсутствие эффекта в течение последующего 1 часа – затянувшийся 2-й период родов
- обеспечить оценку акушерской ситуации каждые 15 минут

ОКСИТОЦИН НЕ НАЗНАЧАТЬ !!!

- определить вероятность инструментального вагинального родоразрешения с учетом состояния плода и прогресса родов

Сатхи дуюм, сеюм:

- тактика вобаста аст аз;
- муҳлати ҳомиладорӣ;
- ҳолати пардаҳои наздитифлӣ (бутун, нест);
- мавҷуд будан ё набудани аломатҳои сироят.

Мӯҳлати ҳомиладории 22 -24 ҳафтаина (2,3,4):

1. **Дар маериди бутуни пардаҳои наздитифлӣ ва набудани аломатҳои сироят:**
 - назорат;
 - табobati токолитикӣ гузаронида намешавад (ниг. стандарти «Табobati токолитикӣ»).
2. **Дар маериди то валодат рехтани обҳои наздитифлӣ (ТВРОН) ва набудани аломатҳои сироят:**
 - давом додани ҳомиладорӣ номатлуб аст;
 - барангезиши валодат (ниг. стандарти «Барангезиши валодат»).
3. **Дар маериди ТВРОН ва аломатҳои сироят (2,3,4):**
 - табobati антибактериали - ампициллин 1 грамм дохиливаридӣ ҳар 6 соат + гентамицин 80 мг дохилимушакӣ ҳар 12 соат;
 - нӯшокии зиёд;
 - барангезиши валодат (ниг. стандарти «Барангезиши валодат»).

Мӯҳлати гестатсионии 24 – 34 ҳафтаина (2,3,4):

1. **Ҳангоми бутун будани пардаҳои наздитифлӣ ва набудани аломатҳои сироят:**
 - табobati токолитикӣ (ниг. стандарти «Табobati токолитикӣ»)
 - пешгирии АДР навазд (ниг. стандарти «Пешгирии АДР навазд»)
2. **Ҳангоми ТВРОН ва набудани аломатҳои сироят:**
 - табobati токолитикӣ (ниг. стандарти «Табobati токолитикӣ»);
 - пешгирии АДР навазд (ниг. стандарти «Пешгирии АДР навазд»);
 - пешгирии сироят – эритромицин рег ос 250 мг ҳар 6 соат дар давоми 7-10 рӯз; ҳангоми саршавии фаъолияти валодат вордикунии дохиливаридии ампитсиллин сар карда шавад.

- барангезиши валодат баъди хотимаи пешгирии АДР навзод ва розитии хаттии зан (ниг. стандарти «Барангезиши валодат»);
- 3. **Ҳангоми ТВРОН ва мавҷуд будани аломатҳои сироят** (2,3,4):
 - табobati антибактериали: ампициллин 1 грамм дохиливаридӣ ҳар 6 соат + гентамицин 80 мг ҳар 12 соат;
 - нӯшокии зиёд;
 - барангезиши валодат (ниг. стандарти «Барангезиши валодат»);

Мӯҳлати гестасионии 35 – 37 ҳафтаина.

1. **Дар мавриди бунун будани пардаҳои наздифилӣ ва набудани аломатҳои сироят:**
 - назорат;
2. **Ҳангоми ТВРОН ва набудани аломатҳои сироят:**
 - пешгирии сироят;
 - дар мавриди набудани фаъолияти валодат – эритромицин 250 мг per os, ҳар 6 соат, 7 – 10 рӯз;
 - ҳангоми фаъолияти мунтазами валодат – ампициллин 1 грамм дохиливаридӣ ҳар 6 соат то валодаткунонӣ;
 - барангезиши валодат баъди розитии хаттии зан (ниг. стандарти «Барангезиши валодат»);
3. **Ҳангоми ТВРОН ва мавҷуд будани аломатҳои сироят:**
 - табobati антибактериали то тавлиди тифл: ампициллин 1 грамм дохиливаридӣ ҳар 6 соат + гентамицин 80 мг дохилимушакӣ ҳар 12 соат;
 - барангезиши валодат (ниг. стандарти «Барангезиши валодат»);
 - нӯшокии зиёд;

Асосҳои умумии идораи валодат пеш аз мӯҳлат мувофиқи асосҳои умумии идораи валодат (ниг. стандарти «Валодати физиологӣ»):

Идораи валодат пеш аз мӯҳлат хусусиятҳои зерин дорад:

1. Ҳарорат дар зомихона камтар аз 28°C;
2. Таъмини ҷидди занҷираи гармӣ;
3. Буридани дертари наи ноф (баъд аз қатълави таппиш).

Причини:

- анатомически узкий таз;
- большие размеры головки плода (крупный плод, гидроцефалия);
- неправильное предлежание плода (разгибательные)
- неправильное вставление головки плода (высокое прямое или низкое поперечное стояние стреловидного шва, асинклитическое вставление);
- дистонция плечиков

Признаки обструктивных родов:

- роженица находится в родах на протяжении 12 часов и более;
- изменение характера схваток (ослабление, усиление);
- на **партограмме**: предлежащая часть остаётся на одном уровне в течение 4-х часов и более; задержка продвижения головки; скорости раскрытия шейки матки;
- задержка мочеиспускания (симптом прижатия мочевого пузыря);
- симптом Вастена «хровень» или «положительен»;
- высокое и/или косое расположение контрактционного кольца из-за чего матка приобретает форму цифры «8» или песочных часов;
- болезненность нижнего сегмента матки при пальпации из-за его перерастяжения;
- ущемление и/или отек шейки матки;
- желание роженицы тужиться при высоко стоящей головке.
- угрожающий разрыв матки.

Симптомы угрожающего разрыва матки:

- бурная родовая деятельность; схватки очень болезненные;
- контрактционное кольцо, располагается высоко (на уровне пупка) и косо, вследствие чего матка приобретает форму песочных часов или цифры «8»;
- нижний сегмент матки перерастянут и истончен;
- затруднение самопроизвольного мочеиспускания;
- ранние потуги; непроизвольная и безрезультатная потужная деятельность при высоко стоящей головке;
- отечная шейка матки;

Адабиёти истифодашуда:

1. Б. Бирн и Дж. Моррисон. Преждевременные роды. Поиск данных в сентябре 2001 г. В книге: Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 4. Москва, Медиа Сфера, 2003 стр. 1233 – 1265.
2. Festin M. Применение антибиотиков при преждевременном разрыве плодного пузыря: БРЗ, практические аспекты (последняя редакция: 14 июня 2003 года). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
3. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD001058. DOI: 10.1002/14651858.CD001058.
4. Royal College of Obstetrician and Gynecologists (RCOG). Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006. Цитируется по «Эффективная перинатальная помощь и уход. Акушерство. Руководство для участника. Европа, UNFPA, USAID.

- Сочетание слабости родовой деятельности с нижеперечисленной патологией служит показанием (относительным) в сторону выбора кесарева сечения:
- функционально узкий таз/обструктивные роды/газово-головная диспропорция;
 - наличие рубца на матке;
 - снижение фертильности: бесплодие в анамнезе, первые роды в позднем репродуктивном возрасте, тубэктомия в анамнезе;
 - индуцированная беременность;
 - отягощенный акушерский анамнез (родовая травма или отсутствие живых детей после неблагоприятных предыдущих родах, аномалии родовой деятельности);
 - тазовое предлежание плода;
 - крупный плод;
 - перенесенная беременность;
 - тяжёлая экстрагенитальная патология;
 - преэклампсия;
 - задержка развития плода

Во всех вышеперечисленных случаях план ведения должен быть **своевременно** определен в пользу абдоминального родоразрешения.

Молодой возраст, повторные роды **не должны** играть ключевую роль в мотивации отказа от операции.

Общие методы поддержки родов, включая вертикальную позицию, присутствие партнёра, могут усилить схватки и ускорить родовую деятельность (см. стандарт «Физиологические роды»).

Профилактика слабости родовой деятельности осуществляется путем оказания психо-эмоциональной поддержки.

ОБСТРУКТИВНЫМИ называются роды, при которых существует механическое препятствие прохождению плода и для окончания родов часто требуется кесарево сечение.

Обструктивные роды следует заподозрить по данным партограммы - замедление опускания головки (головка находится на одном уровне в течение 4 часов).

Стандарти 3. Пешгирии аломати дистресси респиратории (АДР) навзод

АДР дар зӣёда аз 50% ҳолатҳо дар навзодоне, ки то 32 ҳафтаи ҳомиладорӣ тавлид меёбанд, инкишоф меёбад ва сабаби асосии беморӣ ва фавтияти перинаталии тифлоии норасид мегардад (2). Пешгирии АДР навзодон **танҳо** бо глюкокортикоидҳое, ки барои инкишофи шушҳо мусомдат мекунад, гузаронида мешавад (зинаи А) (4).

Қабули глюкокортикоидҳо ҳафти аворизҳои зерини навзодони норасидро паст мегардонанд: (2)

- аломати дистресси респираторӣ (зинаи А)
- хунравӣ ба меъдаҷаҳои мағзи сар (зинаи А)
- энтероколити некрозагарданда
- сироятӣ системавӣ
- боздошти инкишофёбии кӯдак
- фавтияти неонаталӣ;
- госпитализатсия ба шуъбаи эҳъёгарӣ ё ҳучраи табобати интенсивӣ.

Пешгирии АДР навзодон дар 24 – 34 ҳафтаи ҳомиладорӣ гузаронида мешавад (сатҳи 1а).

Нишондод барои истифодаи глюкокортикостероидҳо (мӯҳлати ҳомиладорӣ 24-34 ҳафта):

- валодат пеш аз муҳлат
- пеш аз валодат рехтани обҳои наздитифлӣ
- хунравии пеш аз валодатӣ
- индуксияи валодат

Таъсир ба модар:

Ҳангоми истифодаи яқҷоя бо бета-адреномиметикҳо сабабгори вариамӣ шуш шуда метавонад, ЛЕКИН истифодаи танҳо кортикостероидҳо сабабгори ин авориз шуда наметавонад. Ҳангоми истифода дар ҳомиладорон бо бемории қанд, бояд назорати ҷиддитари сатҳи қанди хун бурда шавад.

Тактика ведендия:

необходимо прежде всего оценить родовую деятельность.

- **Схватки неактивные (менее 3 схватки за 10 минут и менее 40 секунд) – слабость родовой деятельности:**

ü исключить тазово-головную диспропорцию

ü успокоить и информировать женщину и родственников;

После проведения консультирования и получения информированного согласия:

ü при отсутствии тазово-головной диспропорции начать родостимуляцию (амниотомия, инфузия раствора окситоцина);

- **Схватки активные – (3 схватки за 10 минут, каждая схватка продолжительностью 40 секунд и более):**

ü следует заподозрить тазово-головную диспропорцию/клинически узкий таз или неправильное положение и предлежание плода

ü при тазово-головной диспропорции и наличии информированного согласия решить вопрос об абдоминальном родоразрешении;

Для правильного выбора метода лечения, прежде всего, необходимо выяснить причину слабости родовой деятельности.

При диагностике слабости родовых сил необходимо выбрать оптимальный для матери и плода метод родоразрешения: т.е. необходимо ответить на следующие вопросы:

ü будут ли данные роды проведены через естественные родовые пути?

ü безопасна ли стимуляция родовой деятельности для матери и плода или целесообразнее произвести абдоминальное родоразрешение?

Прежде чем избрать тактику ведения через естественные родовые пути, следует предусмотреть дополнительные осложнения и опасности. Главное - своевременно выявить диспропорцию размеров головки плода и таза матери (клинически узкий таз или obstructивные роды), дистресс плода, несостоятельность миометрия (рубец на матке, высокий паритет).

Затянувшаяся латентная фаза

Затянувшаяся латентная фаза неопасная, не требует немедленных активных действий, но должна насторожить акушера относительно возможности возникновения осложненной, позотому роженицу следует перевести в стационар второго-третьего уровня.

Диагноз затянувшейся латентной фазы устанавливается ретроспективно:

- когда схватки прекращаются, это ложные схватки;
- когда схватки становятся регулярными, но шейка матки раскрывается менее 4 см после 8 часов родовой деятельности – затянувшаяся латентная фаза.

Акушерская тактика:

«Ложные роды (схватки)»:

- успокоить и информировать женщину и родственников;
- при наличии возможности быстрой госпитализации женщина может быть выписана домой. Обязательно информировать беременную об опасных симптомах!
- при отсутствии возможности быстрой госпитализации - организация наблюдения в рододовом отделении.

Затянувшаяся латентная фаза

- успокоить и информировать женщину и родственников;
- **после проведения консультирования и при наличии информированного согласия:**

- провести амниотомию
- начать родостимуляцию раствором окситоцина;
- при нормализации родовой деятельности роды вести согласно стандарта физиологических родов (см. стандарт ведения физиологических родов);
- если женщина не вошла в активную фазу спустя 4 часа после начала введения окситоцина – завершите роды путём операции кесарева сечения. (см. стандарт родостимуляции)

Затянувшаяся активная фаза: признаки:

- график раскрытия шейки матки находится на линии или справа от линии действия.

Гайринишондод барои истифодаи глюкокортикостероидҳо:

- ҳолатҳои зан ё тифл, ки валодаткунониҳои фавриро талаб мекунанд;
- сироятҳои вазиниҳои системавӣ, масалан сил, АПНМ (СПИД) ва ғ.

Қадвали пешгирии АДР навозод (зинаи 1а): (1,2)

- бетаметазон 12 мг д/м, 2 қабул ҳар 24 соат (6). Вояи умумӣ 24 мг дар давоми 48 соат;
- ё дексаметазон 6 мг д/м 4 қабул ҳар 12 соат (1). Вояи умумӣ 24 мг. Дар давоми 48 соат.

Барои пешгирии АДР навозод ҳарду доруи кортикостероидие, ки ҳафт, истифода бурдан мумкин аст. Таъсири мусбӣи эътидолӣ баъд аз 24 соати истифода сар шуда, 7 рӯз давом мекунад.

Пешгирии тақрори АДР навозод тавсия дода намешавад.

Вояи тақрори кортикостероидҳо метавонад тақроршавӣ ва дараҷаи вазиниҳои АДР паст кунанд, аммо фавтияти навозодонро бо боздошти инкишофебии дохилибатнии тифл (вазн камтар аз 10 персентил) паст карда наметавонад, хавфи ақибмониҳои инкишофебии психомоториро баланд мекунад ва проблемаҳои ҳуққиро зиёдтар мекунанд (зинаи 1b)(3).

Адабиёти истифодашуда:

1. Brownfoot FC, Crowther CA, Middleton P: Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth *Cochrane review* 2008; (<http://www.cochrane.org/revIEWS/abstract006764.htm>)
2. Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
3. Crowther CA, Harding JE. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for preventing neonatal respiratory disease (Cochrane Review) In: The Reproductive Health Library, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhilibrary.com>. (Reprinted from The Cochrane Library, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
4. Hofmeyr G.J. Прием кортикостероидов во время беременности для ускорения созревания легких плода: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 19 июня 2007 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
5. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth (Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhilibrary.com>. (Reprinted from The Cochrane Library, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Antenatal corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Feb. 9 p. (Guideline; no. 7).

Причины зятанувшихся/обструктивных родов в первом периоде родов:

- зятанувшаяся латентная фаза;
- зятанувшаяся активная фаза.

Зятанувшаяся латентная фаза клинически проявляется как:

- ложные роды (схватки);
- зятанувшаяся латентная фаза родов.

Зятанувшаяся активная фаза может быть связана с:

- слабостью родовой деятельности;
- диспропорцией между головкой плода и тазом матери или обструктивные роды;
- неправильным положением/предлежанием плода;

При отсутствии изменений в шейке матке и прекращении схваток устанавливается диагноз: «Ложные роды» (табл. 1). Беременная может быть выпущена домой после исключения инфекции/разрыва плодных оболочек с рекомендациями повторной госпитализации в случае появления схваток.

Таблица 1
Сравнительная характеристика истинных и ложных родов

Признаки	Истинные роды	Ложные роды
Схватки	регулярные интервалы между схватками в 5-6 минут, постепенно нарастающая интенсивность и продолжительность схваток (до 1 минуты)	нерегулярные интервалы между схватками, интенсивность не меняется. Схватки могут прекратиться.
Локализация боли	чаще в спине и животе	чаще только в нижней части живота
Раскрытие шейки матки	прогрессирует	шейка матки остается без изменений

Стандарт №8: Неудовлетворительный прогресс родов

Определение: Неудовлетворительный прогресс родов связан с затаянувшимися/обструктивными родами. Затаянувшиеся/обструктивные роды – роды, которые продолжаются более 12 часов или при которых существует механическое препятствие прохождению плода. Диагностика затаянувшихся/обструктивных родов основана на признаках, которые не соответствуют таковым при физиологическом течении родов (см. приложение 3). Затаянувшиеся (затяжные) роды – роды, которые продолжают более 12 часов из-за нарушения сократительной деятельности матки.

Обструктивные (затрудненные) роды – роды, при которых существует механическое препятствие для прохождения плода. Диагностические критерии диагностики затаянувшихся/обструктивных родов основаны на анализе партограммы:

- **средняя скорость раскрытия шейки матки:**
Û **в латентную фазу не менее 0,35 см./час;**
Û **в активную – не менее 1 см/час**
- **динамика продвижения головки.**

При затаянувшихся/обструктивных родах партограмма является «системой раннего оповещения».

Диагностика затаянувшихся/обструктивных родов по данным партограммы:

6. кривая раскрытия шейки матки на партограмме находится на линии действия или справа от нее
7. и/или скорость раскрытия шейки матки менее 1 см/час;
8. роженница находится в родах более 12 часов;
9. латентная фаза длится более 8 часов;
10. отсутствует продвижение головки (предлежащая головка остаётся на одном уровне в течение 4 часов и более).

Затаянувшиеся/обструктивные роды могут быть связаны с нарушением сократительной деятельности матки или отсутствием продвижения головки.

Затаянувшиеся/обструктивные роды могут осложнить течение родов в первом и втором периоде.

Стандарты №4. Табобати токолитики

Табобати токолитикӣ – табобате, ки барои қатъ гардонидани фаъолияти валодат равона карда шудааст.

Токолиз ТАНХО дар заоне, ки фаъолияти валодати фаъол доранд, бо мақсади зерин гузаронида мешавад:

- интиқол ба сатҳи баландтари ёрирасонӣ
- гузаронидани пешгирии АДР навазд.

Табобати токолитикӣ гузаронида намешавад, агар:

- гузаронидани пешгирии АДР навазд пешбини нашуда бошад;
- зарурияти интиқол ба сатҳи баландтар набошад;
- зиёдтар аз 48 соат!

Баъд аз баҳо шароити клиникӣ иҷроиши бандҳои зерин заруранд:

1. Ба оила маълумот оиди хавф ва натиҷаи эҳтимолии ҳомиладорӣ дода шавад.
2. Боварӣ ҳосил карда шавад, ки барои токолиз таъринишондод нест.

Ғайринишондод барои гузаронидани табобати токолитикӣ аз таърифи модар:

- преэклампсия вазнин бо яқҷоягии аломатҳое, ки барои ҳаёти модар хавф дорад (HELLP – аломат, норасоии шадиди гурда/ҷигар ва диг.);
- эклампсия;
- валодат дар марҳилаи фаъол;
- сироят дар равиши валодат;
- хунравӣ;
- зарурияти валодат пеш аз муҳлат;
- бемориҳои вазини модар (диабети қанд, бемориҳои дил, гурдаҳо), ки зарурияти валодаткунонии фаврӣ доранд.

Ғайринишондод барои гузаронидани табobati токолитикӣ аз тарафи тифл:

- нуқсонҳои инкишофёбии тифл, ки бо ҳаёт номувофиқанд;
- боздошти инкишофёбии тифл;
- вайроншавҳои ҳолати тифл (бо сабаби он, ки валодаткунонии фавриро талаб мекунанд);
- хориоамнионит;
- фавти тифл.

Маводҳои дорувориҳои интиҳоби аввалин – бета-блокаторҳои каналҳои калсӣ (нифедипин).

Усули гузаронидани токолиз бо Нифедипин:

1. аз 10 мг рег ос бо фосилаи 30 дақиқа, то қатъшавии ғаъолияти валодат (вояи максимали 160 мг);
2. баъд аз қатъшавии фаолияти валодат вояи нигоҳдоранда - 10 мг ҳар 6 соат дар муддати 48 соат;
3. зиёда аз 48 соат истифода бурдан манъ аст.

Таъсири манфӣ ба зани ҳомиладор:

- гипотонияи артериали;
- таҳижардияи рефлекторӣ;
- табларза;
- дарди сар ва сарчарзанӣ;
- ҳоболудӣ;
- дилбеҳузурӣ;
- зиёдшавии диурез;

Ғайринишондод:

- садамаи кардиогенӣ;
- стенози аорта;
- порфирия;
- гипотонияи артериали;
- норасоии дип.

Ҳангоми таҳаммулноплазирии нифедипин ингибиторҳои простагландинҳо – индометатсин истифода бурда мешавад. Индометатсинро дар намуди шамъча (ректали) ва ҳаб (рег ос) истифода бурдан мумкин аст.

Истифозаваннаи литература:

1. Гулмезоглу А.М. Применение антибиотиков при дородовом или близко к сроку родов разрыве околоплодного пузыря. БРЗ, практические аспекты (последняя редакция: 23 января 2006 года) Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
2. Фестин М. Применение антибиотиков при преждевременном разрыве плодного пузыря: БРЗ, практические аспекты (последняя редакция: 14 июня 2003 года). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
3. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth A guide for midwives and doctors, WHO, 2002.
4. Cammu H, Verlaenen H, Derde M. Premature rupture of membranes at term in nulliparous women: a hazard. Obstetrics and Gynecology 1990;76:671 – 674.
5. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD001058. DOI: 10.1002/14651858.CD001058.
6. Lawn JE, Cousens S, Zupan J, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million deaths: When? Where? Why. Lancet 2005;364:S9–S19.
7. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG). Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006. Цитируется по «Эффективная перинатальная помощь и уход. Акушерство. Руководство для участника. Европа, UNFPA, JSI, USAID».

Тактика ведения при ДРПО и сроке беременности 37 недель и более:

1. провести осмотр в стерильных зеркалах для подтверждения/исключения диагноза ДРПО. Осмотр в зеркалах проводится лишь при необходимости (сомнения в излитии околоплодных вод);
 2. воздержаться от вагинального исследования, кроме случаев неправильного положения (поперечное, косое) или тазового предлежания плода (провести осторожное пальцевое исследование для исключения выпадения пуповины);
- консультировать женщину о выжидательной и активной тактике ведения и предоставить выбор индукции родов или выжидательной тактики (уровень А). Информировать, что самопроизвольное начало родовой деятельности при доношенной беременности *происходит в первые 24 часа более чем в 90% случаев.*

3. после получения информированного согласия следовать выбору женщины;
- проводить родовозбуждение (см. стандарт «Родовозбуждение»). Не следует проводить родовозбуждение в вечернее и ночное время;
- или наблюдать в течение 24 – 37 часов в зависимости от времени ДРПО (3);
4. при отсутствии спонтанной родовой деятельности в течение 24 часов - провести повторное консультирование о родовозбуждении;
5. в родах - при безводном периоде 18 часов и более – назначить антибиотики;

Прогноз

Прогноз для матери, плода и новорожденного зависит от:

- гестационного возраста;
- наличия или отсутствия внутриутробной инфекции;
- антибактериальной терапии;
- правильно выбранной тактики;
- качества наблюдения во время беременности, в родах и послеродовом периоде.

Необходимо помнить, что самопроизвольное начало родовой деятельности при доношенной беременности происходит в первые 24 часа более чем в 90% случаев.

Усули гузаронидани токолиз бо Индометатсин per gestum:

- воия боржунанда: 100 мг ба маъқад.
 - воия нигоҳдоранда: 25 мг ҳар 6 соат дар муддати 48 соат;
 - зиёда аз 48 соат истифода бурдан манъ аст.
- Усули гузаронидани токолиз бо Индометатсин per os:*
- 50 мг индометацин per os бо «Алпмагел»;
 - воия нигоҳдоранда: 25-50 мг per os ҳар 4-6 соат дар муддати 48 соат;
 - зиёда аз 48 соат истифода бурдан манъ аст.

Таъсири манфи

- барвақт маҳкамшавии ноӣи артериали тифл (баъд аз 32 ҳафтаи ҳомиладорӣ истифода бурдан манъ аст);
- энтероколити некрозагштаи навазодон;
- хунравии дохилимеъдачағи дар навазодон

Ғайринишондод:

- диққи нафас;
- хунравӣ аз узвҳои ҳозима, аз ҷумла бемории захми меъда дар собиқа;
- норасогии гурдаҳо;
- бемории рағҳои коронарии дил;
- камобӣ;
- гумони иллати дил ё гурдаҳои тифл.

Бета-адреномиметикҳо: (партусистен, бриканил, ритодрин) – доруҳои ингиби аввалин ба ҳисоб намераванд. То айни замон масъалаи бартарии индометатсин ё бета-адреномиметикҳо ҳал карда нашудааст.

Адабиёти истифодашуда:

1. Coomarasamy A, Knox EM, Gee H, Song F, Khan KS. Effectiveness of nifedipine versus atosiban for tocolysis in preterm labour: a metaanalysis with an indirect comparison of randomized trials. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003;110:1045 –1049.
2. Ingemarsson I, Lamont RF. An update on the controversies of tocolytic therapy for the prevention of preterm birth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2003;82:1-9.
3. İvit H, Köksal A, Yavuzşen HT, Çukurova K, Keklik A, Yıldız A, Zeybek. Comparison of nifedipine and ritodrine for the treatment of preterm labour. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve obstetrik dergisi* 2003;13:26–30.
4. King JF, Flenady VJ, Papatsonis DNM, Dekker GA, Carbonne B. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester: John Wiley & Sons. Coomarasamy A, Knox EM, Gee H, Song F, Khan KS. Effectiveness of nifedipine versus atosiban for tocolysis in preterm labour: a metaanalysis with an indirect comparison of randomized trials. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003;110:1045 –1049.
5. Ingemarsson I, Lamont RF. An update on the controversies of tocolytic therapy for the prevention of preterm birth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2003;82:1-9.
6. İvit H, Köksal A, Yavuzşen HT, Çukurova K, Keklik A, Yıldız A, Zeybek. Comparison of nifedipine and ritodrine for the treatment of preterm labour. *Türkiye klinikleri jinekoloji ve obstetrik dergisi* 2003;13:26–30.
7. King JF, Flenady VJ, Papatsonis DNM, Dekker GA, Carbonne B. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester: John Wiley & Sons.
8. Özmen Ş. Токोलитики в ведении преждевременных родов: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 27 января 2006 г.).

4. консультировать женщину о необходимости проведения профилактики РДС новорождённого в течение 48 часов (при сроке беременности 24 – 34 недели), получить информированное согласие;
5. консультировать женщину о возможности выжидательной или активной тактики ведения и предоставить выбор немедленной индукции родов или выжидательной тактики (при сроке беременности до 34 – недели);
6. после получения информированного согласия следовать выбору женщины: проводить родовозбуждение (см. стандарт «Родовозбуждение») или наблюдать в течение 48 часов;
7. при отсутствии спонтанной родовой деятельности через 48 часов провести повторное консультирование и следовать выбору женщины.

Тактика ведения в зависимости от срока при недоношенной беременности:

Беременность меньше 24 недель - плохой прогноз для плода, выживает редко.

- Провести консультирование. При выборе беременной выжидательной тактики - назначить эритромидин и наблюдать за симптомами возможной инфекции. При появлении признаков хориоамнионита – показано родовозбуждение

Беременность 24 – 34 недели:

- профилактика РДС новорожденного (уровень А) (см. стандарт «Профилактика РДС»);
- антибиотикопрофилактика: эритромидин по 250 мг каждые 6 часов per os – 10 дней при выжидательной тактике;
- при отсутствии признаков инфекции и хорошем состоянии плода беременность можно пролонгировать;
- при признаках хориоамнионита – предложить родовозбуждение.

Беременность 34 – 37 недель:

- информировать беременную о возможности активной и выжидательной тактики;
- рассмотреть возможность родовозбуждения (уровень В);
- наблюдение (см. объём обследования);
- антибиотикопрофилактика при выжидательной тактике.

Ø необходимо перейти на *внутривенное введение пенициллина* на или ампициллина.

Цель назначения антибиотиков: профилактика раннего неонатального сепсиса. Рекомендуемые антибиотики: *пенициллин* или *ампициллин* внутривенно.

При недоношенной беременности в родах – антибиотики назначать всегда с момента диагностики родов.

При доношенной беременности – если безводный период составляет 18 часов и более.

Профилактическое назначение антибиотиков способствует снижению частоты:

- хорисамнионита у матери и инфекции у новорождённого (1а);
- церебральных нарушений у новорождённых, диагностируемых при УЗИ;

Использование антибиотиков не приводит к значительному снижению перинатальной смертности.

Рекомендуемые схемы антибиотикопрофилактики (3,4,7):

1. Эритромицин по 250 мг per os каждые 6 часов. Курс приёма – 10 дней от момента диагностики ДРПО при недоношенной беременности, если выбрана выжидательная тактика;
2. При отсутствии эритромицина или непереносимости: ампициллин по 1 грамму **внутривенно**.

Не использовать Ко-амоксиклав и/или аугментин, которые повышают риск развития некротизирующего энтероколита у новорождённых (1а).

Активная тактика ведения при беременности 24 – 34 недели включает:

- Наблюдение (см. приложение 2)
- Назначение кортикостероидов (см. Стандарт «Профилактика РДС плода»)
- Антибиотикопрофилактику
- Родовозбуждение (см. Стандарт Родовозбуждение)

Акушерская тактика при ДРПО и недоношенном сроке беременности:

1. см. стандарт ведения физиологических родов;
2. провести осмотр в зеркалах для подтверждения диагноза ДРПО, соблюдая принципы профилактики инфекции;
3. при неправильном положении (поперечное, косое) или тазовом предлежании плода – провести осторожное пальцевое исследование для исключения выпадения пуловины;

Стандарты №5. Барангезиши валодат (индуксия валодат)

Тасниф: барангезиши валодат ё индуксияи валодат – кашишхури бо тари сунъи вусъатётгаи мушаххои бачадон мебошад, ки дар натиҷаи он дигаргунҳои таркибии гарданаки бачадон (кӯтоҳшавӣ, ҳамворшавӣ, кушодашавӣ) ва тавлиди тифл дар муҳлати ҳомиладорӣ аз 22 ҳафтаина зиёд ба амал меояд (3). Барангезиши валодат танҳо дар муассисаҳои сатҳи 2 -3 гузаронида мешавад.

Барангезиши валодат бояд он вақте, ки самара аз валодат барои модар ва тифл аз хавфи эҳтимолии идомаи ҳомиладорӣ зиёдтар аст, гузаронида шавад (6).

Индуксияи валодат танҳо дар мавридҳои зерин гузаронида мешавад:

- набудани ғайринишондод барои валодат аз роҳҳои табиӣ
 - хавфи идомаи ҳомиладорӣ барои саломати модар ва тифл аз хавфи барангезиши куваҳои валодат баландтар аст.
- Пеш аз барангезиши валодат бояд:*
- ҳолати зани ҳомиладор ва хавфи барангезиши валодат барои модар баҳо дода шавад;
 - ҳолати тифл ва хавфи барангезиши валодат барои тифл баҳо дода шавад;

Нишондод барои барангезиши куваҳои валодат аз тарафи модар (1, 6):

1. **Аворизҳои акушерӣ:**

- ҳомилати аз муҳлат гузашта;
- то валодат реҳтани обҳои наздифилӣ;
- презептамписияи вазнин;
- гипертензияи гестатсионии вазнин;
- хорисамнионит.

2. **Бемориҳои экстрагениталӣ:**

- диабети қанд;
- бемориҳои дил, шушҳо, гурдаҳо ва дигар бемориҳои ғайригениталие, ки бо сабаби он ҳомиладорию қатъ кардан лозим аст (мутахассиси муайян мекунад: кардиолог, пульмонолог, нефролог, уролог ва ғ.)

Нишондод барои барангезиши валодат аз тарафи тифл:

- фавти дохилибатнии тифл;
- нуҳсонҳои инкишофебии тифл, ки бо ҳаёт номувосификанд;
- аворисҳои ҳолати тифл аз рӯи нишондодҳои ташҳиси функционалӣ (изоиммунизатсия, боздошти инкишофебии тифл).

Гуруҳи ҳомиладорон бо хадшаи бачадон, бисёрзоӣ, бо боздошти инкишофебии дохилибатнии тифл барои индуксияи валодат хавфи баланд доранд. Дар ин ҳолатҳо масъалаи барангезиши валодат ex consiliis ҳал карда мешавад.

Ғайринишондод барои барангезиши валодат (6):

- пешомади пурраи машина;
- пешомади рағҳо (vasa praevia);
- мавҷеи нодурусти тифл (кундаланг ё кач);
- афтидани наи ноф;
- хадша дар бачадон баъди буриши қайсарии корпоралий (классикӣ);
- хавфи валодати обструктивӣ;
- герпеси гениталии фаъол;
- саратони инвазивии гарданаки бачадон.

Барои гузаронидани индуксияи валодат ба аломатҳои зерин баҳо додан лозим аст (5):

- нишондод ва ғайринишондод;
- муҳлати ҳомиладорӣ;
- ҳолати роҳҳои валодат (гарданаки бачадон ва коси модар);
- вазни таҳминии тифл;
- мавҷеъ ва пешомади тифл;
- ҳолати пардаҳои наздитифлӣ (бутун, нест);
- ҳолати тифл аз рӯи аускултатсия ё КТГ (аз рӯи шароит).

Қарорро оиди индуксияи валодат духтури масъул (мудирӣ шӯъба, навбатдори масъул ё духтури дараҷаи баланди тахасусноқӣ) қабул мекунанд.

Активна таттика – озаңает немедленную индукцию родов:
Ӯ имеютя противопоказаня к пролонгированию беременно-сти при любом сроке гестации.

При ДРПО проведение влагалищного исследования опасно!

Влагалищное исследование способствует:

- повышению риска внутриматочной инфекции (эндомиотрита и хориоамнионита у матери);
- увеличению выработки простагландинов и началу преждевременных родов
- укорочению промежутка времени между ДРПО и началом родовой деятельности (2в).

При выжидательной тактике ведения влагалищное исследование не проводится!

Влагалищное исследование проводится **только в следующих случаях:**

- после начала родов или женщины, возможно, находится в родах;
- предполагается активная тактика ведения;
- когда результаты осмотра важны для выбора или изменения метода ведения.

Выжидательная тактика включает:

1. наблюдение (см. приложение 2);
2. назначение кортикостероидов при сроке беременности 24 – 34 недели (см. стандарт «Профилактика РДС плода»);
3. антибиотикопрофилактику.

Антибиотикопрофилактика проводится:

- в сроке беременности от 24 до 37 недель – всем беременным;
- в сроке беременности 37 недель и более - при безводном периоде в родах 18 часов и более.

Антибиотикопрофилактика зависит от срока беременности и наличия родовой деятельности.

I. При отсутствии родовой деятельности, недоношенной беременности и ДРПО *незначают*:

Ø эритромицин по 250 мг пер ос каждые 6 часов (4 раза в сутки) в течение 10 дней.

П. С началом родовой деятельности при недоношенной беременности и ДРПО:

Тактика ведения может быть (7):

- выжидательная;
- активная;

Выжидательная тактика – означает отказ от немедленной индукции родов:

Выбор подобной тактики рекомендуется при сроке беременности менее 34 недель при условии, что отсутствуют противопоказания к пролонгированию беременности.

Продолжительность наблюдения при выжидательной тактике зависит от:

- желанная беременность после консультирования
- срока беременности (до 31 недели дорога каждая неделя, в 32 -34 – каждые 2-3 дня);
- состояния плода;

• наличия признаков инфекции со стороны матери или плода.

Симптомы инфекции:

- Ø гипертермия у матери более 37,8 градусов С;
- Ø тахикардия у матери более 100 ударов в минуту;
- Ø тахикардия у плода более 160 ударов в минуту;
- Ø выделения из влагалища с неприятным запахом;
- Ø болезненность при пальпации матки;
- Ø лейкоцитоз в крови у матери более 15 000 x 10⁹/л.

Хорисамнионит, признаки которого перечислены выше, является абсолютным показанием к родоразрешению. Хорисамнионит не является противопоказанием к операции кесарева сечения.

При наличии клинических признаков хорисамнионита показана антибиотикотерапия: ампициллин 2 грамма внутривенно каждые 6 часов в сочетании с гентамицином 80 мг x 3 раза в сутки внутривенно. В случае вагинальных родов введение антибиотиков прекратить после рождения ребенка. В случае кесарева сечения добавляется метрогил по 500 мг в каждые 8 часов. После нормализации температуры антибиотикотерапия проводится ещё дополнительно 48 часов.

Барои индуксияи валодат розигии зан баъд аз гузаронидани машарат лозим аст. Машарат бояд маълумоти зеринро дар бар гирад:

- нишондод, усул, маводҳои доруворӣ;
- эҳтимолии гузаронидани индуксияи тақрорӣ;
- эҳтимолии валодат бо усули буриши қайсарӣ;
- муҳлати ҳомиладорӣ;
- ҳолати гарданаки бачадон.

Баҳои муҳлати ҳомиладорӣ бояд аз рӯи нишондодҳои зерин гузаронида шавад:

- аз рӯи санаи ҳайзи охирин, агар давраи ҳайзӣ мунтазам бошад;
- аз рӯи мурочиати аввалин, агар мурочиат то 12 ҳафтаи ҳомиладорӣ бошад;
- аз рӯи нишондодҳои муоинаи ултрасадо, агар муоина то 20 ҳафтаи ҳомиладорӣ гузаронида шуда бошад.

Чадавал 1

Баҳои ҳолати гарданаки баҷадон бо истифодаи ҷадавали Е. Н. Bishop гузаронида мешавад. Истифодаи ҷадавали Е. Н. Bishop афзалтар ҳисобида мешавад, азбаски эҳтимолияти Баҳои микродордо (дар бағалҳо) дорад (ҷадв. 1) интиқол қада шавад.

Ҷадавали Баҳои Ҷадавали Расидани Гарданаки Баҷадон (Е. Н. Bishop)

Аломатҳо		0	1	2	3
Қушдашавии гардана-ки баҷадон, см	0	1-2	3-4	5-6	
Ҳамворшавии гардана-ки баҷадон, %	0-30	40-60	60-70	80	
Ҷойгиршавии қисми пешмадаи тифл*	-3	-2	-1,0	+1,+2	
Консистенсияи гарданаки баҷадон	саҳт	каме мулоим	мулоим	-	
Мавқеи гарданаки баҷадон нисбат ба мевари кос	ба ақиб нида	марказо нида	ба пеш нида	-	

*Ҷаҳи Ҷойгиршавии қисми пешмада: сантиметра аз ҳати сифри. Ҳати сифри – ҳати байни шукҳои устухони сурин - I. Nterspinalis; «+» - боштар аз ҳати сифри; «-» - поёнтар аз ҳати сифри (сур. 1)

Диагностика:

Жалобӣ: на истеҳние жидкости из половых путей (может быть внезапное излитие большого количества жидкости, после чего – непрерывное течение). Иногда пациентки связывают это с недержанием мочи. Диагностика ДРПО не представляет обычно затруднений при их обильном излитии.

Сложности возникают при незначительном подтекании или если разрыв произошел давно.

Для уточнения диагноза необходимо:

1. предложить беременной чистую прокладку белого цвета и оценить характер и количество выделений через 1 час;
 2. произвести осмотр в зеркалах с соблюдением правил профилактики инфекции, при котором отмечается:
 - истечение жидкости из цервикального канала, которое может увеличиться при надавливании на дно матки;
 - скопление жидкости в заднем своде;
 - 4. ультразвуковое исследование матки (не является обязательным);
 - косвенным симптомом может служить маловодие, индекс околоплодных вод < 60 мм, вертикальный размер самого глупого кармана < 20мм (2b).
- Маловодие не обязательно указывает на ДРПО.

Дифференциальная диагностика проводится с:

- патологическими выделениями при цервиците или кольпите;
- недержании мочи, связанном с инфекцией или травмой мочевыделительных путей.

Тактика ведения:

Все беременные с ДРПО подлежат госпитализации/перенаправлению на 2 – 3 уровень. Оптимально осуществить перенаправление in utero (т.е. до родоразрешения). Роды проводятся в стационаре 2 уровня при сроке гестации более 35 недель. Роды проводятся в стационаре 3 уровня при сроке гестации менее 35 недель.

Тактика ведения зависит от срока беременности и наличия или отсутствия противопоказаний к пролонгированию беременности (табл. 1).

Стандарт №7. Дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО) при доношенной и недоношенной беременности

Определение: Дородовый разрыв плодных оболочек – это разрыв плодных оболочек до начала регулярной родовой деятельности при сроке гестации 22 недели и более.

Выделяют дородовый разрыв плодных оболочек:

- при недоношенной беременности: в сроке 22 – 37 недель беременности
- при доношенной беременности: в сроке 37 недель беременности и больше

Частота: 2 - 8% от общего числа беременностей (1). При доношенном сроке частота ДРПО составляет от 6 до 19%, преждевременных родах – 2% (7)
ДРПО осложняет всего 2% беременностей, но в 40% связано с преждевременными родами, что вызывает существенное увеличение неонатальной заболеваемости и смертности.
ДРПО повышает риск заболеваемости и смертности новорожденного.

У женщин с внутриматочной инфекцией частота преждевременных родов выше, а у новорожденных с сепсисом смертность возрастает в четыре раза.

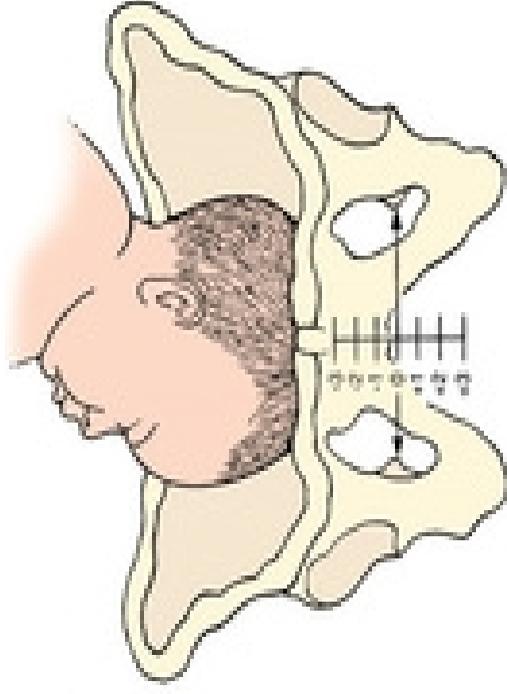
Существуют доказательства, указывающие на связь восходящей инфекции из нижнего половых тракта и развития ДРПО. У одной трети женщин с ДРПО во время беременности наблюдается положительная культура амниотической жидкости.

Важным фактором также является увеличение риска матери, связанного с возможным развитием хориоамнионита (7).

Осложнения при ДРПО (7):

Со стороны матери:

- преждевременные роды (в 40% случаев)
 - хориоамнионит
- С ДРПО связаны 3 причины смерти новорождённых (7):
- недоношенность;
 - сепсис;
 - лёгочная гипоплазия.



Сур. 1. Сатҳи чойгиришии қисми пешомада: сантиметрҳо аз хаши сифрӣ.

Баҳои дараҷаи расидагии гарданаки бачадон бо ҷадвали E. N. Bishop аз рӯй ҷамъи балҳо:

- 0 - 5 балл – **норасида**;
- 6-8 балл – **нопуғра расида**;
- 9-13 балл – **расида**.

Баҳои дараҷаи расидагии гарданаки бачадон барои интиҳоби усули индуксияи валодат лозим аст.

Усулҳои барангезиши валодат:

- Бо даст ҷудо кардани пардаҳои тифлӣ аз мағзеи поёнии бачадон;
- амниотомия;
- инфузияи окситотсин;
- истифодаи простагландин E₁ (мизопростол).

Усулҳои барангезиши валодат вобаста аз дараҷаи расидагии гарданаки бачадон:

- то 6 балл асосан протастландинҳо истифода бурда мешаванд;
- 6 – 8 балл – протастландинҳо ё амниотомия бо инфузияи окситотсин;
- зиёда аз 8 балл амниотомия бо инфузияи окситотсин.

Ҷои оғози барангезиши валодат:

Ø бо даст ҷудо кардани пардаҳои тифлӣ ва истифодаи протастландинҳо – шӯъбаи товалодатӣ;

Ø амниотомия ва инфузияи окситотсин дар шӯъбаи валодатӣ.

I. Ҷудо кардани пардаҳои тифлӣ аз мавҷеи поёнии бачадон (5).

Пеш аз барангезиши валодат бо усули дигар гузаронида мешавад. Ин усули оддӣ ва камхарочот буда, ҳангоми тайёр набудани гарданаки бачадон бесамара аст.

Ба зани ҳомиладор бояд маълумот дода шавад, ки:

- амалиёт метавонад дарднок бошад;
- амалиёт ҳафти сироятро баланд намекунад;
- эҳтимоли то валодат реҳтани обҳои наздитифлӣ вучуд дорад;
- эҳтимоли хунраӣ ҳангоми паст ҷойгиршавӣ ё пешомади машина вучуд дорад (зинаи А).

Техникаи бо даст ҷудо кардани пардаҳои тифлӣ аз мавҷеи поёнии бачадон:

- ба зани ҳомиладор маълумот оиди ин амалиёт дода шавад ва розигии хаттӣ зан гирифта шавад;
- зан ба пушт хобонида шавад (ба кат ё кати гинекологӣ);
- дастон шуста хушконида шавад;
- дасткаш пушида шавад;
- як ё ду ангушт ба канали сервикалӣ ворид карда шавад ва бо ҳаракатҳои арақаш оҳишта пардаҳои наздитифлӣ из канали сервикалӣ ва сегменти поёнии бачадон ҷудо карда шавад;
- муътақид шудан, ки хориҷоти аворизнок нест (хун, обҳои наздитифлӣ);
- дасткаш кашида шавад;
- дастон шуста хушконида шавад;

Использованная литература:

1. Инструмент для оценки качества стационарной помощи матерям и новорождённым. Всемирная организация здравоохранения, 2009, 145 с.
2. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребёнка. Пер. с англ. Санкт-Петербург: Изд-во «Петрополис», 2003
3. Abdel-Aleem H. Применение мизопростола бужкально или сублингвально для созревания шейки матки и индукции родов: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 15 декабря 2006 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
4. Bishop E.H., Pelvic scoring for elective induction. Obstet. Gynecol., 1964; 24 (2): 267.
5. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007:issue 4. Art. No.: CD000941, DOI: 10.1002/14651858.CD000941.
6. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. Guide for midwives and doctors. WHO, 2002
7. Muzonzi G, Hofmeyr GJ. Buccal or sublingual misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007:issue 4. Art. No.: CD004221; DOI: 10.1002/14651858.CD004221.pub2.
8. Royal College of Obstetrician and Gynecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence – based Clinical Guideline No. 9, RCOG Press, 2001. Цитируется по «Эффективная перинатальная помощь и уход. Акушерство. Руководство для участника. Европа, UNFPA, JSI, USAID»

II. Родостимуляция окситоцином

Правила применения окситоцина (см. стандарт «Родовозбуждение»).

Критерии эффективной родостимуляции (6):

- 3 схватки за 10 минут продолжительностью 40 секунд и больше;
- скорость раскрытия шейки матки не менее 1 см/час.

Оценка эффективности родостимуляции проводится не ранее чем через 2 часа после начала инфузии окситоцина.

Критерии неэффективной родостимуляции: (6)

- после введения максимальной дозы – 32 мЕД в минуту не удалось добиться хороших схваток;
- скорость раскрытия шейки матки менее 1 см/час;
- отсутствие продвижения головки (исключить obstructивные роды).

Отсутствие прогресса в родах между двумя осмотрами является показанием к операции кесарева сечения (влагалищное исследование проводится с интервалом в 4 часа) (6).

- ҳолати тифл баҳо дода шавад: таппиши дили тифл дар давоми 1 дақиқа гӯш карда шавад;
- барои хестани зани Ҳомиладор ёрӣ расонида шавад;
- маълумот ба таърихи валодат сабт карда шавад.

II. Амниотомия

Амниотомия - сӯроҳ кардани сунъии пардаҳои наздтифлӣ бо истифодаи асбоби махсус (браншаи чангаки тишакт ё чангаки махсуси Amniohook) (5)

Шароитҳо барои амниотомия:

- канали сервикалӣ як ангушти кӯндалангро мегузаронад ё ҳангоми Ҳамвор будани гарданаки бачадон;
 - пешомади сараки тифл;
 - мӯътақид шудан ба мувофиқати сараки тифл ва коси зан;
 - риояи қоидаҳои пешгирии сироят;
- Ҳангоми бисёробӣ барои пешгирии пеш аз мӯҳлат ҷудошавии машинаи дурустҷойгиршуда ва афтидани наи ноғ, беҳтар аст амниотомия бо сӯзан гузаронида шавад. Обҳои наздтифлӣ бояд оҳиста хориҷ карда шавад (бо қади даст).

Ғайринишондод барои амниотомияе, ки бо максади барангезиши валодат гузаронида мешавад:

- инкишофёбии эҳтимолии номувофиқати функсионалии сараки тифл ва коси модар;
- мавҷеъ (кӯндаланг, қач) ва пешомадҳои нодурусти (пешомадҳои ростшаванда ва ҷойгиршавии нодурусти сараки) тифл;
- пешомади коси тифл (ғайринишондоди нисбӣ);
- хатша дар бачадон баъди буриши қайсарии корпоралӣ;
- даридани дараҷаи III гарданаки бачадон дар валодати пешина (ғайринишондод барои валодат бо роҳҳои табӣ);

Афзалияти амниотомия:

- ӯ усули оддӣ;
- ӯ бе хароҷот;
- ӯ истифодаи минималии асбоб

Норасоғии амниотомия:

1. Баландшавии хавфи:
- сирояти болораванда;
- афтидани наи ноф;
- гузарии сирояти вертикалӣ, масалан ВМО (ВИЧ);
- хунравӣ.
2. Фосилаи пешгуинашаванда ва баъзан фосилаи аз ҳад зиёд то саршави валодат.
3. Самароноқӣ танҳо дар 50% ҳолатҳо.

Техникаи амниотомия:

1. ба маълумоти зан расонида шавад ва розигии хаттӣ гирифта шавад;
2. тапиши дили тифл дар давоми 1 дақиқа гуш карда шавад;
3. браншаи стерилии чангаки тишакл ё чангаки махус тайёр карда шавад;
4. зан ба пушт, ба кати гинекологӣ ё кати оддӣ хобонида шавад (дар кат – пойҳо қат карда шаванд, панҷаҳои пой яқҷоя, зонухо дар ҳолати кушода);
5. ба зери қоси зан зарфи тоза гузошта шавад (зарф ё матои сафед), барои баҳо додани миқдор ва ранги обҳои наздтитфли;
6. дастҳо шуста хушконида шавад;
7. дасткашҳои таъмишшуда пушида шавад;
8. ангуштони нишондиханда ва миёнаи як даст ба канали сервикали ворид карда шавад, ҳолат, чойгиршавӣ, ҳамворшавӣ ва дараҷаи кушодашавии гарданаки бачадон баҳо дода шавад, пардаҳои наздтитфли аз сегменти поёнии бачадон ҷудо карда шавад;
9. ба дасти дигар браншаи чангаки тишакл гирифта ба канали сервикали, аз байни ангуштони нишондиханда ва миёнаи дасти дигар, ба суи пардаҳои тифли ворид карда шавад. Ҳаракат қардан лозим аст, ки бофтаҳои мулоим осеб наёсанд;
10. ду ангушт ба пардаҳои тифлӣ наздик карда шавад, пардаҳо бо нуғи чангак қапида сӯроҳ карда шавад. Обҳо оҳиста сар дода шавад;
11. ба сӯроҳии ташиклшуда ангуштон ворид карда шавад ва сӯроҳии пардаҳои наздтитфли васеъ карда шавад.
12. сатҳи чойгиршавии сарак ва афтидани наи ноф муайян карда шавад;
13. даст бароварда шавад;

Стандарт №6. Родостимуляция

Определение: родостимуляция – усиление родовой деятельности при сроке гестации 22 недель и более.

Показания:

- Затянувшаяся латентная или активная фаза.

Противопоказания:

- повышенная чувствительность к препарату;
- рубец на матке после копорального кесарева сечения;
- несоответствие головки плода и таза матери;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- неправильное положение и предлежание плода;
- аномалии вставления головки;
- угрожающий разрыв матки;
- дистресс плода.

Методы родостимуляции:

- ранняя амниотомия;
 - инфузия окситоцина (см. стандарт «Родовозбуждение»).
- Использование мизопростола и других простагландинов с целью родостимуляции запрещается!**

II. **Ранняя амниотомия** – вскрытие плодного пузыря при раскрытии шейки матки менее 5 см.

Преимущества:

- сокращение продолжительности родов;
- снижает потребность в дальнейшей стимуляции окситоцином;
- снижает вероятность рождения детей с оценкой по шкале Апгар 7 баллов и меньше.

Недостатки:

- повышение частоты нарушенных ритма плода;
- возможно повышение частоты кесарева сечения.

Использованная литература:

1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. Санкт-Петербург: Изд-во «Петрополис», 2003.
2. Abdel-Aleem H. Применение мизопростола буккально или сублингвально для созревания шейки матки и индукции родов: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 15 декабря 2006 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
3. Bishop E.H., Pelvic scoring for elective induction. *Obstet. Gynecol.*, 1964; 24 (2): 267.
4. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 4. Art. No.: CD000941, DOI: 10.1002/14651858.CD000941.
5. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. Guide for midwives and doctors. WHO, 2002.
6. Muzozini G, Hofmeyr GJ. Buccal or sublingual misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 4. Art. No.: CD004221; DOI: 10.1002/14651858.CD004221.pub2.
7. Royal College of Obstetrician and Gynecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence – based Clinical Guideline No. 9, RCOG Press, 2001. Цитируется по «Эффективная перинатальная помощь и уход, Акушерство. Руководство для участника. Европа, UNFPA, JSI, USAID».
8. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG070NICEguideline.pdf>
9. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG70quickrefguide.pdf>
10. <http://guidance.nice.org.uk/CG70>

14. муоинаи обҳои наздифилӣ гузаронида шавад: миқдор, ранг, омехтаҳо;

15. дасткашо кашида шавад, дастхо шуста хушконида шавад;
 16. таппиши дили тифл гуш карда шавад ва баҳо дода шавад;
 17. барои бархестани зан ёри расонида шавад;
 18. маълумот дар таърихи валодат сабт карда шавад:
 - вақт ва сана;
 - нишондод;
 - миқдор ва ранги обҳои наздифилӣ;
 - ҳолати гарданаки бачадон, сатҳи ҷойгиршавии сарак ва таппиши дили тифл то ва баъди амниотомия;
 - имзои духтур.
- Набудани фаёолияти мунгазामी валодат дар муддати 4 соати баъди амниотомия ҳамчун набудани самара аз Барангезиши валодат баҳо дода мешавад (5).

III. Барангезиши валодат бо окситотсин

Қондаҳои Барангезиши валодат бо окситотсин:

1. ақушерка ҳама вақт ҳозир аст;
2. вақти гузаронидани индуксияи нақшавӣ бояд дар соатҳои саҳарӣ ба нақша гирифта шавад, масалан 6⁰⁰ то 11⁰⁰. Барои индуксияи таъҷилӣ (масалан, дар мавриди преэклампсияи вазнин) вақти гузаронидани индуксия аҳамият надорад;
3. **ҳангоми барангезиши қуваҳои валодат бо протастландинҳо – фосила то истифодаи окситотсин бояд на камтар аз 6 соат бошад.**
4. омехтакунонии меъёри истифода бурда шавад (ниг. замимаи 2). Аз ҷояи минималӣ сар карда шавад. Воридкунии болуҷии окситотсин бо сабаби эҳтимолии таркиши бачадон ва дистрессии тифл истифода бурда намешавад.
5. назорати инфузия ҳангоми будани шароит бояд бо инфузомат гузаронида шавад (ниг. техникаи воридкунии окситотсин).
6. танҳо ҳангоми кушода будани пардаҳои наздифилӣ гузаронида мешавад.
7. давомнокии Барангезиши валодат набояд аз 4 соат зиёд бошад.
8. назорати ҳатмии ҳолати тифл гузаронида шавад: аюкултатсия ҳар 15 дақиқа ва саршавии фаёолияти валодат (баҳои кашишхурии бачадон ҳар 30 дақиқа).

9. ҳангоми пайдоиши гипертонуси бачадон ё аломатҳои дистрессии тифл воридкунии окситотсин қатъ карда шавад (ниг. Гиперстимулятсияи бачадон).
10. вақти сар кардани барангезиши валодат, микдори маҳлул, вояи окситотсин ва суръати воридкунии бояд дар таърихи валодат сабт карда шавад.

Усули барангезиши валодат бо окситотсин

- Баландшавии тонуси бачадон ҳангоми воридкунии окситотсин сабабгори пастшавии оксигенатсияи тифл шуда метавонад. Ҳангоми инфузияи маҳлули окситотсин бояд назорати ҳатмии қиддӣ, бо сабт кардани маълумоти зерин дар ҳуҷҷат бурда шавад (вараҷаи назорати интенсивӣ):
- ному насаби зани ҳомиладор, синну сол, ҳомиладорӣ/валодат, № таърихи валодат;
 - фишори артериявӣ ва набз;
 - то пайдоиши муҳози мунтазам: баҳои ҳолати тифл – ҳар 15 дақиқа гуш кардани таппиши дили тифл дар давоми 1 дақиқа, хусусияти обҳои наздидитифлӣ;
 - саршави ва хусусияти фаъолияти валодат – назорати партография;
 - ҳангоми будани КТГ - назорати ҳатмии КТГ;
- Барангезиши аз ҳад зиёд метавонад сабабгори таркиши бачадон, асосан дар занҳои бисёрзоида шуда тавонад.

Таъйёр кардани маҳлули окситотсин барои инфузия (5):

- 5 АДАД окситотсин дар 500,0 мл маҳлули физиологии хлориди натрийи 0,9% ё дар 500,0 мл маҳлули лактати Рингер (дар чунин омехтагӣ 1 мЕД = 2 чакра)
- 10 АДАД окситотсин дар 500,0 мл маҳлули физиологии хлориди натрийи 0,9% ё дар 500,0 мл маҳлули лактати Рингер омехта карда мешавад (дар чунин омехтагӣ 1 мЕД = 1 чакра)
- 1,0 мл = 20 чакра

Возможные осложнения окситоцина и акушерская тактика:

- гиперстимуляция - более чем 4 схватки за 10 минут про-должительностью каждой более 60 секунд.

Если частота сердечных сокращений плода – нормальная:

- уменьшить скорость введения окситоцина;
- повторно оценить сократительную деятельность матки, чтобы оценить требуется ли дальнейшая стимуляция.

При нарушении частоты сердечных сокращений плода:

- Прекратить введение окситоцина и ослабить матку, используя токолитические препараты:
- Ø Тербуталин в дозе 250 мг в/в медленно в течение 5 минут или
- Ø Сальбутамол 10 мг в 1,0 л жидкости для в/в вливанияй физиологический раствор хлорида натрия или лактат Рингера) 10 капель в минуту.

Тактика при гиперстимуляции матки:

1. немедленно прекратить введение окситоцина;
2. уложить женщину на левый бок;
3. обеспечить подачу кислорода со скоростью 8 л/минуту;
4. провести инфузию раствора лактата Рингера и физиологического раствора хлорида натрия 500,0 мл за 15 минут;
5. провести токолиз (уровень С);
6. кесарево сечение при признаках страдания плода.

Использование энзапроста с целью родовозбуждения и родостимуляции противопоказано, так как он имеет следующие нежелательные действия:

- гипертонус матки вплоть до тетануса;
- тошнота, рвота;
- гипертензия;
- тахикардия, брадикардия, аритмия;
- аллергические реакции;
- бронхоспазм и др.

Описаны случаи развития ДВС синдрома, эмболии легочной артерии, тромбоза вен таза, ухудшения течения диабета, приступов эпилепсии.

Техникаи воридакунии окситоцин:

1. Вояи аввалин 1 – 2 миллиладад дар 1 дақиқа (ҳангоми омехтагии 5 АД окситотсин дар 500,0 мл маҳлул - 2 – 4 чакра дар 1 дақиқа).
2. Хар 30 дақиқа вояи аввалин 2 маротиба зиёд карда мешавад то 8 мАД, баъд аз он 4 мАД, то 32 мАД (**суръати максималии воридакунии!!**) илова карда мешавад. Мақсад - суръати кашшурои бачадо то 3 мухоз дар 10 дақиқа бо давомнокии 40 сония, аммо на зиёдтар аз 5 мухоз!
3. Дар аксари ҳолатҳо चुни мухоз ҳангоми воридакунии окситотсин бо суръати 12 миллиладад дар 1 дақиқа дида мешавад (24 чакра дар 1 дақиқа ҳангоми омехтагии 5 АД окситотсин дар 500,0 мл маҳлул)
4. Бояд меъёри таъсирибахши минималӣ истифода бурда шавад, ва меъёри воридакунии набояд аз 24 миллиладад дар 1 дақиқа зиёд бошад.
5. **Суръати максималии воридакунии** – 32 миллиладад дар 1 дақиқа (64 чакра дар 1 дақиқа ҳангоми омехтагии 5 АД окситотсин дар 500,0 мл маҳлул), ки на зиёдтар аз 4 соат ворид карда мешавад.
6. Дар мавриди ноил шудан ба таъсири қаноатбахш 3 – 4 мухоз дар 10 дақиқа – вояи окситотсини ворид карда истода давом дода шавад.
7. Воридакунии окситотсин ҳангоми саршавии фъолияти валодат қатъ карда нашавад (дар мавриди набудани ғайриншондои, масалан, гипертимулятсия).
8. Ворид кардани окситотсин дар давоми 30 дақиқаи аввали давраи бармаҳали баъдивалодати давом дода шавад (дар мавриди идораи фъоли давраи 3 валодат ҳам).
9. Ҳангоми набудани натиҷа аз барангезиши валодат – валодат бо усули буриши қайсарӣ анҷом дода шавад.

Дар хотир доред! Дар аксари ҳолатҳо вояи аввалини окситотсин аз 0,5 до 2 мАД (**дақиқа ро тартиб медиҳад, то вояи максималии 20 мАД**) дақиқа.

Қариб дар хамаи зояндаҳо таъсири мусбӣ дар муддати 6 соат дида мешавад; дар 85% - дар давоми 3 соат.

- время и дату;
 - показания;
 - состояние шейки матки, уровень стояния головки и ЧСС плода до и после введения;
 - подпись врача.
12. Завести лист наблюдения, в котором указать следующее:
- фамилия, имя беременной, возраст, беременность/роды, № истории родов;
 - схватки (каждые 30 минут необходимо считать схватки в течение 10 минут)
 - сердцебиение плода (каждые 30 минут выслушивать сердцебиение плода в течение 1 минуты) или при наличии оборудования проводить кардиотокографический контроль.

При родовом разрыве плодных оболочек эффективность окситоцина и мизопростола одинаковая. Использование окситоцина является предпочтительным, так как данный метод является управляемым. Эффективность родовозбуждения не зависит от состояния шейки матки и кратности родов.

Осложнения при родовозбуждении:

- гиперстимуляция матки;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (см. Национальный стандарт «Акушерские кровотечения»);
- разрыв матки (см. Национальный стандарт «Разрыв матки»).

Гиперстимуляция матки – чрезмерно сильные и/или частые сокращения матки, которые приводят к нарушению состояния плода (тахикардия и/или аритмия и/или брадикардия). Чрезмерно сильные схватки – 5 и более за 10 минут. Тахикардия плода – частота сердцебиения плода более 160 ударов в минуту; брадикардия – менее 120 ударов в минуту.

Повышенная сократительность матки – без изменений частоты сердечных сокращений плода включает маточную тахисистолию - более 5 схваток за 10 минут на протяжении как минимум 20 минут и маточную гиперсистолию /гипертонус – схватки продолжительностью как минимум 2 минуты.

Истифодаи окситосин бо меъёри кам (тадриҷан баландкунии воия камтарин то воия зиёдтар):

- ба баландшавии миқдори амалиётҳои ҷарроҳӣ дар давраи валодат оварда намерасонад;

- камтар сабабгори гиперстимуляциясия бачадон мешавад ва зиёдшавии давомнокии валодат мушоҳида карда намешавад.

Истифодаи вояхи баланди окситосин ба зиёдшавии миқдори ҳолатҳои валодати тез оварда мерасонад.

Ҷиддуҳои адади ҷахраҳо **ҳар 30 дақиқа**, на зиёдтар, аз рӯи далелҳои мета-анализ сабаби (6):

- пастшавии миқдори ҳолатҳои гиперстимуляциясия бачадон;
- зиёдшавии миқдори валодати маҳбали;
- пастшавии миқдори ҳолатҳои сирояти постнаталӣ ва хунравӣ;
- пастшавии миқдори валодат бо усули буриши қайсарӣ аст.

IV. Барангезиши валодат бо истифодаи простландинҳо

Индуксияи валодат бо простагландинҳои хангони баҳои ҳолати гарданаки бачадон аз рӯи ҷадвали Бишоп 0-5 балл, баъзан 6-8 балл – дар мавриди набудани шароит барои амниотомия гузаронида мешавад.

Индуксияи валодат бо простагландинҳои усули идоранашаванда ҳисоб мешавад ва ин маълумот бояд албатта ба зан расонида шавад. Буриши қайсарӣ усули алтернативӣ ҳисобида мешавад.

Дар мавриди ҳолати гарданаки бачадон 8 балл ва аз он зиёд ё аз 6 то 8 балл будан бояд:

- индуксияи валодат бо простагландинҳои қатъ карда шавад;
- амниотомия гузаронида шавад бо истифодаи минбаъдаи окситосин (фосилаи байни истифодаи простагландинҳои ва инфузҳои окситосин на камтар аз 6 соат);

Барои индуксияи валодат Простагландинҳои Е. (динопростон) ва Простагландинҳои Е. (мизопростол) танҳо **маҳбали истифода бурда** мешавад (1, 2, 3).

Ҷадвали истифодаи динопростон:

- 0,5 мг динопростон дохили канали сервикалӣ бо фосилаи 6 – 12 соат то **пайдоиши шароит барои амниотомия**. Воияи максималӣ – на зиёдтар аз 1,5 мг дар 1 шабонаруз ё;
- 1-2 мг динопростон дохили маҳбал бо фосилаи 6 – 12 соат **то пайдоиши шароит барои амниотомия**.

Ҳангоми истифодаи динопростон дар назар доштан лозим аст, ки ин усули идоранашаванда аст.

Схема применения динопростона:

- по 0,5 мг динопростона в цервикальный канал с интервалом 6 – 12 часов **до появления условий для амниотомии**. Максимальная доза – не более 1,5 мг в сутки или
- 1-2 мг динопростона во влагалище с интервалом 6 – 12 часов до появления условий для амниотомии.

При использовании динопростона иметь в виду, что **данный метод является неуправляемым**.

Родовозбуждение с использованием простагландина Е. (мизопростолом).

• 25 мкг мизопростола во влагалище. Интервал между введениями мизопростола 6 – 8 часов **до появления условий для амниотомии**. **При появлении условий для амниотомии введение мизопростола прекратить!**

После введения простагландинов необходимо полежать в течение 30 минут.

Родовозбуждение мизопростолом используется при целых плодных оболочках и отсутствии условий для амниотомии. При появлении условий проводится амниотомия и при необходимости инфузия окситоцином. При использовании мизопростола иметь в виду, что **данный метод является неуправляемым**.

Правила использования мизопростола:

1. информировать беременную о преимуществах и возможных осложнениях мизопростола. Обязательно предупредить, что метод является неуправляемым, возможно окрашивание околоплодных вод меконием. Получить письменное информированное согласие;
2. выслушать сердцебиение плода в течение 1 минуты;
3. подготовить таблетку мизопростола;
4. уложить пациентку на спину на кушетку - согнуть ноги, ступни вместе, колени развести;
5. вымыть и высушить руки. Надеть стерильные перчатки;
6. положить таблетку между указательным и средним пальцами одной руки и ввести в **задний свод** влагалища;
7. вывести руку, снять перчатки, вымыть и высушить руки;
8. выслушать и оценить сердцебиение плода;
9. попросить беременную полежать в течение 30 минут;
10. помочь беременной встать;
11. занести данные в историю родов, где указать:

Запомните! В большинстве случаев начальная доза окситоцина составляет от 0,5 до 2 МЕД/минуту до максимальной дозы 20 МЕД/минуту.

Почти у всех рожениц положительный эффект наблюдается в пределах 6 часов; у 85% - в первые 3 часа.

Применение окситоцина в малых дозах (постепенное увеличение от малых доз к более высоким):

- не приводит к увеличению количества оперативных вмешательств в родах;
 - реже приводит к гиперстимуляции матки, не сопровождается увеличением продолжительности родов.
- Применение высоких доз окситоцина приводит к росту числа случаев быстрых родов.
- Увеличение частоты капель **каждые 30 минут**, а не чаще, по данным мета-анализа ведет к (6):
- снижению количества случаев гиперстимуляции матки;
 - увеличению числа вагинальных родов;
 - снижению числа случаев постнатальной инфекции и кровотечений;
 - снижению количества родов путём операции кесарева сечения.

IV. Методы индукции родов простагландинами

Индукция родов простагландинами используется при оценке состояния шейки матки по шкале Бишоп 0 – 5 баллов, иногда 6 – 8 баллов - при отсутствии условий для амниотомии.

Индукция родов простагландинами относится к категории неуправляемых, о чём обязательно информировать беременную. Альтернативой является кесарево сечение.

При состоянии шейки матки 8 баллов и более или от 6 до 8 баллов при возможности для амниотомии необходимо:

- провести индукцию родов простагландинами;
- провести амниотомию с последующим введением окситоцина (перерыв между введением простагландинов и инфузией окситоцина не менее 6 часов);
- Простагландины Е₁ (динопростон) и Простагландины Е₂ (мизопростал) для индукции родов **используют только вагинально** (1, 2, 3).

Барангезиши валодат бо истифодаи простагландини Е₂ (мизопростал).

Чадавали истифодаи мизопростал (1, 2, 3):

- 25 мкг мизопростал дохили маҳбал. Фосилаи байни воридкунӣ 6 – 8 соат **то пайдоиши шароит барои амниотомия. Ҳангоми пайдоиши шароит барои амниотомия воридкунӣ изопростал қатъ карда шавад!**

Баъд аз вориди простагландинҳо дар давоми 30 дақиқа дароз кашидан лозим аст.

Барангезиши валодат бо мизопростал дар мавриди бунун будани пардаҳои тифли ва набудани шароит барои амниотомия истифода бурда мешавад. Ҳангоми пайдоиши шароит амниотомия ва агар лозим бошад инфузияи окситотсин гузаронида мешавад. Ҳангоми истифодаи мизопросталн дар назар доштан лозим аст, ки ин усули идоранашаванда аст.

Қоидаҳои истифодаи мизопростал:

1. Ба зан маълумот оиди бартарият ва аворизҳои эҳтимолии мизопростал дода шавад. Албатта ба зан оиди эҳтимолии рангшавии обҳои наздидитфли бо меконий маълумот дода шавад. Розигии хаттӣ гирифта шавад.
2. Таппиши дили тифл дар давоми 1 дақиқа гӯш карда шавад.
3. Ҳабоҳои мизопростал тайёр карда шавад.
4. зан ба пушт ба қат хобонида шавад – пойҳо қат карда шавад, панҷаҳои пой яқҷоя, зонӯҳо қат карда шавад.
5. дастҳо шуства хушқоннда шавад;
6. ҳаб дар байни ангушти нишонӣ ва миёнаи як даст гирифта шавад ва ба гумбази ақибӣ маҳбал ворид карда шавад;
7. даст бароваранда шавад, дасткашҳо кашидан шавад, дастҳо шуства хушқоннда шавад;
8. таппиши дили тифл гӯш карда шавад баҳо дода шавад;
9. аз зан хоҳиш карда шавад, ки дар давоми 30 дақиқа дароз кашад;
10. барои ҳезонидани зани ҳомиладор ёрӣ расонида шавад;
11. маълумоти зерин дар таърихи валодат сабт карда шавад:
 - вақт ва сана;
 - нишондод;
 - ҳолати гарданаки бачадон, сатҳи ҷойгиршавии сарак ва таппиши дили тифл то ва баъди воридкунӣ;
 - имзои духтур.
12. Дар варақаи назоратӣ маълумоти зерин сабт карда шавад:
 - номи насаби зани ҳомиладор, синну сол, ҳомилагӣ/валодат, № таърихи валодат.

Техника введения окситоцина (6):

1. Начальная доза 1 – 2 миллиединиц в минуту (при разведении 5 ЕД окситоцина в 500,0 мл раствора - 2 – 4 капли в 1 минуту).
2. Каждые 30 минут удваивать начальную дозу до 8 МЕД, затем доза увеличивается каждые 30 минут на 4 МЕД до 32 МЕД (**Максимальная скорость введения!!!**) до появления 3 схваток продолжительностью не менее 40 секунд за 10 минут, но не более 5 схваток!
3. В большинстве случаев такие схватки можно вызвать при скорости 12 миллиединиц в минуту (24 капли в минуту при разведении 5 ЕД окситоцина в 500,0 мл раствора).
4. Использовать минимально эффективную дозу, желательно не превышать дозу более 24 миллиединиц в минуту.
5. **Максимальная скорость введения – 32 миллиединицы (64 капли в минуту при разведении 5 ЕД окситоцина в 500,0 мл раствора) в минуту.**
6. При достижении желаемого эффекта 3 – 4 схватки за 10 минут - поддерживать данную дозу окситоцина.
7. Не прекращать введение окситоцина с началом родовой деятельности (при отсутствии противопоказаний, например, гиперстимуляция).
8. Продолжить введение окситоцина первые 30 минут раннего послеродового периода (даже при активном ведении 3 периода родов).
9. При отсутствии эффекта от родовозбуждения – родоразрешить абдоминальным путём.

- мухоз (бояд ҳар 30 дақиқа, дар давоми 10 дақиқа ҳисоб карда, баҳо дода шавад);
- таппиши дили тифл (ҳар 30 дақиқа, дар давоми 1 дақиқа гӯш карда, баҳо дода шавад) ё дар мавриди будани таҷузот на-зорати кардиотокографӣ гузаронида шавад.

Дар мавриди то валодат рехтани обҳои наздтитифлӣ самаранокӣ окситотсин ва мизопростол баробар аст. Истифодаи окситотсин афзалиятноктар аст. Самаранокӣ барангезиши валодат аз ҳолати гарданаки бачадон ва адади валодат дар собиқа вобаста нест.

Авориз хангоми барангезиши валодат:

- гиперстимулятсияи бачадон
- пеш аз муҳлат ҷудошавии машинаи Дурустҷойгиришуда (ниг. Стандарти Миллӣ оиди Хунравиҳои акушерӣ);
- таркиши бачадон (ниг. Стандарти Миллӣ оиди Таркиши бачадон).

Гиперстимулятсияи бачадон – кашихурии аз ҳад зиёд ё/ва тезшавии суръати кашихурии бачадон, ки сабабгори вайроншавии ҳолати тифл (тахикардия ё/ва аритмия ё/ва брадикардия) мешавад. Кашихурии аз ҳад зиёд – **5 ва аз зиёдтар дар 10 дақиқа**. Тахикардияи тифл – таппиши дили тифл зиёдтар аз 160 зарба дар 1 дақиқа; брадикардия – камтар аз 120 зарба дар 1 дақиқа.

Кашихурандагии баланди бачадон – тахисистолияи бачадонӣ бе тағйирёбии суръати таппиши дили тифл – зиёда аз 5 мухоз дар давоми 10 дақиқа дар фосилаи на камтар аз 20 дақиқа ва гиперсистолия/гипертонус – мухозии давомнокиаш на камтар аз 2 дақиқа.

Аворизҳои эҳтимолии окситотсин:

- гиперстимулятсия – зиёда аз 4 мухоз дар 10 дақиқа бо давомнокии зиёда аз 60 сония.
- Агар таппиши дили тифл – эътидол бошад:**
- суръати воридкунии окситотсин кам карда мешавад;
 - фазолияти кашихурии бачадон барои муайян кардани лозим будани пурзӯркунии минбаъда тақрибан баҳо дода мешавад.

9. при возникновении гипертонуса или признаках дистресса плода немедленно прекратить введение препарата (см. ниже Гиперстимуляция матки);
10. время начала родовозбуждения, количество раствора, доза окситоцина и скорость введения обязательно документировать в истории

Методика родовозбуждения окситоцином:

Повышение тонуса матки при введении окситоцина может привести к снижению оксигенации плода.

При инфузии раствора окситоцина необходимо проводить тщательный документированный контроль (лист интенсивного наблюдения):

- фамилия, имя беременной, возраст, беременность/роды, № истории родов;
- артериальное давление и пульс;
- до появления регулярных схваток: оценка состояния плода - каждые 15 минут (выслушивать сердцебиение плода в течение 1 минуты), характер околоплодных вод;
- начало и характер родовой деятельности – ведение партограммы;
- при наличии КТГ обязательно проводить мониторинг КТГ; Чрезмерная стимуляция может привести к разрыву матки особенно у многорожавших.

Приготовление раствора окситоцина для инфузии (5):

5 ЕД окситоцина разводятся в 500,0 мл - 0,9% физиологического раствора хлорида натрия или в 500,0 мл раствора лактата Рингера (при таком разведении 1 мЕД содержится в 0,1 мл или 1 мЕД = (0,1 мл x 20 капель) = 2 капли.

10 ЕД окситоцина разводятся в 500,0 - 0,9% мл физиологического раствора хлорида натрия или в 500,0 мл. раствора лактата Рингера (при таком разведении 1 мЕД – 0,05 мл; 1 мЕД = (0,05 мл x 20 капель) = 1 капля.
1,0 мл = 20 капель.

Хангоми вайроншави таппиши дилиги тифл:

- Воридкунни окситотсин қатъ карда шавад ва ангезиши бачадон бо истифодаи токолитихо паст карда шавад:
- Ø Тербуталол бо воаяи 250 мг д/в оҳишта дар давоми 5 дақиқа 6
- Ø Сабутамол 10 мг дар 1,0л маҳлул барои воридкунни д/в, маҳлули физиологгии хлорида натрий 6 лактати Рингер, 10 чакра дар 1 дақиқа.

Тақтика хангоми гипертимиулятсияи бачадон:

1. Қатъ кардани воридкунни окситотсин.
2. Зан ба паҳлуи чап хобонида шавад.
3. Оксиген бо суръати 8 л/дақиқа дода шавад.
4. Инфузияи маҳлули лактати Рингер ва маҳлули физиологгии хлорида натрий 500,0 мл дар давоми 15 дақиқа.
5. Токолиз гузаронида шавад (зинаи С).
6. Дар мавриди мавҷудияти аломатҳои вайроншави ҳолати тифл буриши қайсарӣ гузаронида шавад.

Истифодаи энзапрост барои барангезиш ва пурзӯркунии қуваҳои валодат ғайринишондод аст, барои он, ки таъсири манфии зерин дорад:

- гипертонуси бачадон то тетануси бачадон;
- дилбехӯзурӣ, қайқунӣ;
- гипертензия;
- тахикардия, брадикардия, аритмия;
- реаксияи аллергикӣ;
- бронхоспазм ва диг.

Дар адабиёт ҳолатҳои инкишофи аломати лахташави дохилрағии диссемини (ДВС), эмболияи артерияи шушӣ, тромбоплебитии варидҳои кос, вазниншави равиши диабети қанд, ташаннуҷи эпилепсия дарҷ гаштаанд.

Адабиёти истифодашуда:

1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. Санкт-Петербург: Изд-во «Петрополис», 2003.
2. Abdel-Aleem H. Применение мизопростола буккально или сублингвально для созревания шейки матки и индукции родов: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 15 декабря 2006 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
3. Bishop E.H., Pelvic scoring for elective induction. *Obstet. Gynecol.*, 1964; 24 (2): 267.
4. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 4. Art. No.: CD000941, DOI: 10.1002/14651858.CD000941.
5. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. Guide for midwives and doctors. WHO, 2002.
6. Muzonzini G, Hofmeyr GJ. Buccal or sublingual misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 4. Art. No.: CD004221; DOI: 10.1002/14651858.CD004221.pub2.
7. Royal College of Obstetrician and Gynecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence – based Clinical Guideline No. 9, RCOG Press, 2001. Цитируется по «Эффективная перинатальная помощь и уход. Акушерство. Руководство для участника. Европа, UNFPA, JSI, USAID».
8. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG70NICEguideline.pdf>
9. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG70quickrefguide.pdf>
10. <http://guidance.nice.org.uk/CG70>

14. провести осмотр околоплодных вод: количество, цвет, примеси;
 15. снять перчатки, вымыть и высушить руки;
 16. выслушать и оценить сердцебиение плода;
 17. помочь беременной встать;
 18. занести данные в историю родов, где указать:
 - время и дату;
 - показания;
 - количество и цвет околоплодных вод;
 - состояние шейки матки, уровень стояния головки и сердцебиение плода до и после амниотомии;
 - подписи врача.
- Отсутствие регулярной родовой деятельности в период до 4 часов после амниотомии - расценивается как отсутствие эффекта от родовозбуждения (5).

III. Родовозбуждение окситоцином

Правила родовозбуждения окситоцином:

1. акушерка присутствует постоянно;
2. время проведения плановой индукции: необходимо планировать в утренние часы, например при тяжелой преэклампсии, время не имеет значения;
3. **при использовании родовозбуждения простагландинами – перерыв до введения окситоцина должен составлять не менее 6 часов;**
4. использовать стандартное разведение (см. приложение 1). Начинать с минимальной дозировки препарата. **Болusное (дробное) введение окситоцина категорически противопоказано**, так как может произойти разрыв матки, дистресс плода;
5. контролировать инфузию по возможности инфузоматом (см. ниже – техника введения окситоцина);
6. проводить только при вскрытом плодном пузыре;
7. длительность родовозбуждения окситоцином при отсутствии эффекта не должна превышать 4 часа;
8. проводить строгий контроль состояния плода (аускультация каждые 15 минут) и начала родовой деятельности (оценка схваток каждые 30 минут);

Недостатки амниотомии:

1. Повышение риска:
 - восходящей инфекции;
 - выпадения петель пуповины;
 - вертикальной передачи инфекции, например ВИЧ;
 - кровотечения;
 2. Непредсказуемый и иногда продолжительный интервал времени до начала родов.
 3. Эффективность лишь в 50% случаев.
- ### **Техника амниотомии:**
1. информировать беременную и получить письменное информированное согласие;
 2. выслушать сердцебиение плода в течение 1 минуты;
 3. подготовить стерильную браншу пулевых щипцов или специальный крючок для амниотомии;
 4. уложить пациентку на спину на гинекологическое кресло или на кушетку (на кушетке - согнуть ноги, ступни вместе, колени развести);
 5. подложить чистое судно (лоток или постелить белого цвета подкладку) под таз женщины, чтобы оценить количество и цвет околоплодных вод;
 6. вымыть и высушить руки;
 7. надеть стерильные перчатки;
 8. ввести указательный и средний пальцы одной руки в цервикальный канал, отметить плотность, позицию, сглаживание и степень раскрытия шейки матки, провести отделение плодных оболочек от нижнего сегмента матки;
 9. другой рукой взять браншу пулевых щипцов или крючок, ввести в цервикальный канал между указательным и средним пальцем руки, которая находится во влагалище, стараясь не касаться мягких тканей и направив к плодным оболочкам;
 10. подвести два пальца к плодным оболочкам, подцепить инструментом, и вскрыть их. Извлечь инструмент. Медленно выпустить воды;
 11. в образовавшееся отверстие ввести пальцы и максимально растянуть оболочки;
 12. определить уровень стояния головки, исключить выпадение пуповины
 13. вывести руку;

Стандарты № 6. Пурзүркүни валодат

Тасниф: пурзүркүни валодат – пурзүркүни қуваҳои валодат дар муҳлати гестатсионии 22 ҳафтаина ва аз он зиёд.

Нишондод:

- Марҳилаи дарозмуддати латентӣ ва фаъоли валодат
- #### **Ғайринишондод:**
- ҳассосият ба маводи истифодакунанда;
 - ҳадша дар бачадон баъди буриши кайсарии корпорали;
 - номувофиқатии андозаҳои сараки тифл ва коси зан;
 - пеш аз муҳлат ҷудошавии машмаи дурустҷойирушда;
 - мавқеъ ва пешомади нодурусти тифл;
 - аномалияҳои ҷойгиришавии сарак;
 - ҳавфи тарқиши бачадон;
 - дистресси тифл.

Усулҳои пурзүркүни валодат:

- амниотомияи бармаҳал
- инфузияи окситотсин (ниг. стандарти Барангезиши валодат)

Истифодаи мизопростол ва простагландинҳои дигар барои пурзүркүни фаъолияти валодат номулкун аст!

1. **Амниотомияи бармаҳал** – сӯроҳ кардани пардаҳои тифли ҳангоми кушодашавии гарданаки бачадон 5 см ва аз он камтар.

Афзалият:

- кам кардани давомнокии валодат;
- паст кардани лозимияти истифодаи минбаъдаи окситотсин;
- паст кардани эҳтимолияти таваллуди навазодон бо баҳо аз рӯи Ҷадвали Апгар 7 балл ва аз он камтар.

Норасоӣ:

- зиёдшавии ҳолатҳои вайроншавии таппиши дили тифл;
- зиёдшавии эҳтимолияти буриши қайсарӣ.

II. Пурзўркунии валодат бо окситотсин Қоидаҳои истифодаи окситотсин (ниг. стандарти «Баранге-зиши валодат»)

- 3 – 4 муҳоз дар давоми 10 дақиқа бо давомиҳои 40 сония ва зиядтар;
- суръати кушодашавии гарданаки бачадон на камтар аз 1 см/соат.

Самаранокии пурзўркунии валодат баъд аз 2 соати инфузияи окситотсин баҳо дода мешавад.

Меъёри бесамаранокии пурзўркунии валодат (6):

- баъд аз воридкунии меъёри максималӣ - 32 мАД дар 1 дақиқа муҳози хуб дида намешавад;
- кушодашавии гарданаки бачадон камтар аз 1 см/соат
- қатъшавии гузариши сарак (валодати обструктивӣ истисно карда шавад)

Набудани пешравӣ дар валодат дар байни ду муоина нишондодҳои барои буриши қайсарӣ (муоинаи маҳбали бо фосилаи 4 соат гузаронида мешавад) (6).

- сунта перчаткӣ, вымыть и высушить руки;
- оценить состояние плода: выслушать ЧСС плода в течение 1 минуты;
- помочь беременной встать;
- занести данные в историю родов.

II. Амниотомия

Амниотомия - искусственное вскрытие плодных оболочек с использованием специального инструмента (бранша пулевых щипцов или специального крючка Amniohook) (5).

Условия для амниотомии:

- цервикальный канал пропускает 1 поперечный палец или шейка матки расслаблена;
 - головное предлежание плода;
 - уверенность в соответствии головки плода данному тазу;
 - соблюдение правил профилактики инфекции
- При многоводии для профилактики преждевременной отслойки плаценты и выпадения пуповины, амниотомию лучше производить иглой. Околоплодные воды необходимо выводить медленно (вдоль руки).

Противопоказания для амниотомии с целью родовозбуждения:

- Возможное развитие функционального несоответствия между головкой плода и таза матери;
- неправильное (поперечное, косое) положение и предлежание (разлибательное предлежание или неправильное вставление головки) плода;
- тазовое предлежание плода (относительное противопоказание);
- рубец на матке после корпорального кесарева сечения;
- разрыв шейки матки III степени в предыдущих родах (роды через естественные родовые пути противопоказаны).

Не производится рутинно ранняя амниотомия.

Преимущества амниотомии:

- метод прост;
- не требует затрат;
- требует минимум инструментария.

- использование простагландина E₂ (динопростон) или E₁ (мизопростол);

Методы индукции родов в зависимости от степени зрелости шейки матки:

- 0 - 5 баллов чаще используются простагландины;
- 6 – 8 баллов – простагландины или амниотомия с инфузией окситоцина;
- более 8 баллов амниотомия, инфузия окситоцина или их сочетание.

Место начала родовозбуждения:

- Ø ручное отделение плодных оболочек и применение простагландинов - родовое отделение;
- Ø амниотомия и инфузия окситоцина - родильном отделении.

1. Отделение плодных оболочек от нижнего полюса матки (5).

Проводится до начала родовозбуждения другим методом. Метод является простым в исполнении, не требует затрат, неэффективен при незрелой шейке матки.

Пациентка должна быть информирована, что:

- процедура может быть болезненной;
- процедура не увеличивает риск инфицирования;
- возможен родовый разрыв плодных оболочек (ДРПО);
- возможно кровотечение при низко расположенной или предлежании плаценты (уровень А).

Техника отделения плодных оболочек от нижнего полюса

матки:

- информировать беременную и получить письменное согласие;
- уложить пациентку на спину (на кушетку или гинекологическое кресло);
- вымыть и высушить руки;
- надеть стерильные перчатки;
- ввести 1 или 2 пальца в цервикальный канал: оценить состояние шейки матки; определить предлежащую часть плода, исключить предлежание пуповины;
- пальцами движениями медленно отделить плодные оболочки от цервикального канала и нижнего сегмента матки;
- убедиться, что патологические выделения (кровь, воды) отсутствуют;

Адабиёти истифодашуда:

1. Инструмент для оценки качества стационарной помощи матерям и новорождённым. Всемирная организация здравоохранения, 2009, 145 с.
2. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребёнка. Пер. с англ. Санкт-Петербург: Изд-во «Петрополис», 2003
3. Abdel-Aleem H. Применение мизопростола буждально или сублингвально для созревания шейки матки и индукции родов: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 15 декабря 2006 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
4. Bishop E.H., Pelvic scoring for elective induction. *Obstet. Gynecol.*, 1964; 24 (2): 267.
5. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007:issue 4. Art. No.: CD000941, DOI: 10.1002/14651858.CD000941.
6. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. Guide for midwives and doctors. WHO, 2002
7. Muzonzi G, Hofmeyr GJ. Buccal or sublingual misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007:issue 4. Art. No.: CD004221; DOI: 10.1002/14651858.CD004221.pub2.
8. Royal College of Obstetrician and Gynecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence – based Clinical Guideline No. 9, RCOG Press, 2001. Цитируется по «Эффективная перинатальная помощь и уход. Акушерство. Руководство для участника. Европа, UNFPA, JSI, USAID»

Стандарти № 7. То валодат рехтани обҳои наздифилӣ (ТВРОН) ҳангоми ҳомилагии расида ва норасида

Тасниф: То валодат рехтани обҳои наздифилӣ - ин даридани пардаҳои наздифилӣ то саршавии фальопияти мунтазами валодат дар муҳлати гестатсионии 22 ҳафтаина ва аз он зиёд.

То валодат рехтани обҳои наздифилӣ:

- ҳангоми ҳомилагии норасида: дар муҳлати 22 – 37 ҳафтаи ҳомилагӣ;
- ҳангоми ҳомилагии расида: дар муҳлати 37 ҳафтаи ҳомилагӣ ва аз он зиёд.

Тақроршавӣ: 2 - 8% аз микдори умумии ҳомилагихо (1). Ҳангоми ҳомилагии расида то валодат рехтани обҳои наздифилӣ аз 6 то 19% ва ҳангоми ҳомилагии норасида дар 2% ҳолатҳо дида мешавад (6).

ТВРОН танҳо дар 2% ҳолатҳо ҳамчун аворизи ҳомилагӣ мушоҳида карда мешавад, дар 40% ҳолатҳо бошад ТВРОН бо валодат пеш аз муҳлат вобаста аст, ки ин сабаби баландшавии сатҳи беморӣ ва фавти неонаталӣ мебошад.

ТВРОН хавфи беморӣ ва фавти наводонро баланд месозад. Дар занон бо сирояти дохилибачадонӣ тақроршавии валодат пеш аз муҳлат баландтар аст, дар наводон бо сепсис сатҳи фавтият чор маротиба баландтар мешавад.

Далелҳои мавҷуданд, ки алоқаи сирояти болораванда аз қисми поёнии узаҳои чинӣ ва ТВРОН – ро нишон медиҳанд. Дар аз се як ҳиссаи занон бо ТВРОН дар давраи ҳомиладорӣ кишти мусбӣи моеъи амниотикӣ мушоҳида карда мешавад. Баландшавии хавфи инкишофёбии эҳтимолии хориоамнионит омилӣ муҳим ба ҳисоб меравад (7).

Авориз ҳангоми ТВРОН (7):

Аз тарафи модар:

- валодат пеш аз муҳлат (дар 40% ҳолатҳо);
- хориоамнионит.
- Бо ТВРОН 3 сабаби фавти наводон вобаста аст (7):
- норасидагӣ
- сепсис
- гипоплазияи шушо

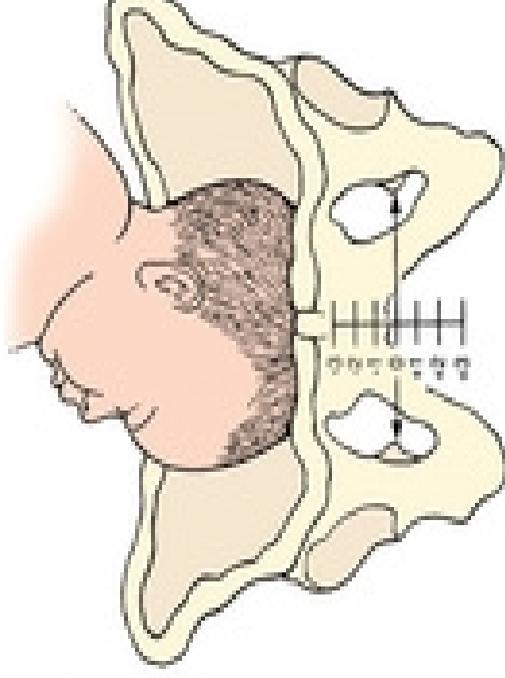


Рис. 1. Местонахождение предлежащей части: сантиметры от нулевой линии.

Оценка степени зрелости шейки матки по Е. Н. Bishop по сумме баллов:

- 0 - 5 баллов - шейка матки незрелая;
- 6-8 баллов - недостаточной зрелая,
- 9-13 баллов - зрелая шейка матки.

Оценка степени зрелости шейки матки необходима для выбора метода индукции родов.

Методы родовозбуждения:

- ручное отделение плодных оболочек от нижнего полюса матки;
- амниотомия;
- инфузия окситоцина;

Ташхис:

Шикоятҳо: ба рехтани хориҷоти моеъ аз роҳҳои таносул (Эхтимол рехтани миқдори зиёди хориҷот, баъд аз он – рехтани бифосилаи он). Баъзан заңҳо ин ҳолатро бо ист накардани пешоб вобаста мекунанд. Ташхиси ТВРОН одатан ҳангоми рехтани хориҷоти зиёд мушкили надорад.

Мушкили дар мавриди рехтани хориҷоти ноҷиз дӯда мешавад.

Барои тасдиқ кардани ташхис лозим аст:

1. ба зани ҳомиладор латтаи назоратии тозаи сафед пешниҳод карда шавад ва хусусият ва миқдори хориҷот баъд аз 1 соат баҳо дода шавад;
 2. муоина бо ойнаҳои маҳбали бо риояи қоидаҳои пешгирии сироят гузаронида шавад, ки дар натиҷаи он:
 - шоридани хориҷот аз канали сервикали, ки дар мавриди фишор овардан ба қариб бачадон зиёд мешавад;
 - қамъшави хориҷот дар гӯмбази ақиб маҳбал; 3. муоинаи ултрасадои бачадон (зарур нест):
- ӯ камоби аломати ғайримустақим шуда метавонад, индекси обҳои наздифилӣ < 60 мм, андозаи вертикали киаса чуқуртарин < 20мм (2b).

Камоби на ҳама вақт аломати ТВРОН аст.

Ташхиси дифференциали дар ҳолатҳои зерин гузаронида мешавад:

- хориҷоти аворизнок ҳангоми сервисит ё коллит;
- ист накардани пешоб, ки бо сирояти роҳҳои пешоброн ё осеби роҳҳои пешоброн вобаста аст.

Тактикаи идора:

Ҳамаи ҳомиладорон бо ТВРОН бояд ба сатҳи 2-3 бистарӣ/интиқол карда шаванд. Афзалиятноктар аст интиқол ин ӯтего гузаронида шавад (яъне то валодаткунонӣ). Агар мӯҳлати ҳомиладорӣ аз 35 ҳафтаина зиёдтар бошад валодат дар муассисаи сатҳи 2 гузаронида мешавад. Агар мӯҳлати ҳомиладорӣ то 35 ҳафтаина бошад валодат дар муассисаи сатҳи 3 гузаронида мешавад.

*Место нахождения предлежащей части: означают сантиметры от нулевой линии. Нулевая линия – это линия между острой и тупой костью – Interphalae.

Прознаки		Степень зрелости в баллах		
Раскрытие шейки матки, см	0	1-2	3-4	5 и более-
	0-30	40-50	60-70	80 и более
Слаженность шейки матки, %	0-30	40-50	60-70	80 и более
Место нахождения предлежащей части плода*	-3	-2	-1, 0	+1, +2
Консистенция шейки матки	плотная	размягчена	мягкая	
Положение шейки матки по отношению к оси таза	кзади	срединное	кпереди	

Шкала оценки состояния шейки матки (E. H. Bishop)

Оценка состояния шейки матки для индукции родов проводится с использованием шкалы E. H. Bishop, которая даёт возможность количественной оценки в баллах (табл. 1).

Таблица 1

Тактика идора аз мӯҳлати ҳомиладорӣ ва будан ё набудани ғайринишондод барои давом додани ҳомиладорӣ вобаста аст (замимаи 1).

Тактикаи идора (7):

- назоратӣ;
- фаъол.

Тактикаи назоратӣ маънои дарҳол рад кардани индуксияи валодатро дорад:

Ў Интиҳоби тактикаи назоратӣ дар мӯҳлати ҳомиладории камтар аз 34 ҳафтаина тавсия карда мешавад, танҳо дар мавриди набудани ғайринишондод барои давом додани ҳомиладорӣ.

Давомнокии назорат ҳангоми тактикаи назоратӣ вобаста аст аз:

- аз хоҳиши зан баъд аз машварат;
- мӯҳлати ҳомиладорӣ (то ҳафтаи 31 ҳомиладорӣ ҳар як ҳафта қимматбаҳо аст, дар 32 -34 ҳафтаи ҳомиладорӣ – ҳар 2-3 рӯз);
- ҳолати тифл;
- мавҷуд будани аломатҳои сироят аз қониби модар ё тифл.

Аломатҳои сироят:

- Ø гипертермия дар модар зиёда аз 37,8 дараҷаи С;
 - Ø тахикардия дар модар зиёда аз 100 зарба дар 1 дақиқа;
 - Ø тахикардияи тифл зиёда аз 160 зарба дар 1 дақиқа;
 - Ø хориҷот аз маҳбал бо буи нохуш;
 - Ø дарднокии бачадон ҳангоми палмосидан;
 - Ø лейкоцитоз дар хуни модар зиёда аз 15 000 x 10/л.
- Хориамнионит, ки аломатҳои он дар боло зикр шудаанд, нишондоди мутлақ барои валодаткуноӣ аст. Хориамнионит барои буриши қайсарӣ ғайринишондод ҳисобида намешавад. Дар мавриди мавҷуд будани аломатҳои клиникии хориамнионит табobati антибактериалӣ нишон дода шудааст: ампицитиллин 2 грамм дохиливаридӣ ҳар 6 соат бо гентамитсин 80 мг x 3 маротиба дохиливаридӣ. Дар мавриди валодати маҳбали воридкунии антибиотикҳо баъд аз тавлиди тифл қатъ карда шавад. Дар риши қайсарӣ метрогил 500 мг дохиливаридӣ ҳар 8 соат ворид карда шавад.
- Баъд аз эътидоллашавии ҳарорат табобат антибиотикӣ бояд дар давоми 48 соати минбаъда гузаронида шавад.

Для индукции родов обязательно информированное согласие пациентки после проведения консультирования. При проведении консультирование необходимо обсудить следующую информацию:

- показания к индукции, возможные способы, используемые препараты;
- возможность повторной индукции;
- возможность абдоминального родоразрешения;
- срок гестации;
- состояние шейки матки.

Оценка срока беременности проводится в совокупности по следующим данным:

- по дате последней менструации при регулярном менструальном цикле;
- по первой явке на антенатальный уровень при условии, что она была до 12 недель;
- по данным УЗИ при условии, что исследование проводилось до 20 недель.

Показания для родовозбуждения со стороны плода:

- внутриутробная гибель;
- аномалии развития плода, несовместимые с жизнью;
- нарушение состояния плода по данным функциональных методов исследования (изоиммунизация, задержка развития плода).

Наличие рубца на матке, высокий парите (многOROЖАВШИЕ), задержка развития плода представляет высокий риск для индукции родов. В подобных случаях вопрос о родовозбуждении решается *ex consilium*.

Противопоказания для родовозбуждения (6):

- полное предлежание плаценты;
- предлежание сосудов (*vasa praevia*);
- неправильное положение плода (поперечное или косое);
- выпадение пуповины при живом плоде;
- рубец на матке после корпорального (классического) кесарева сечения;
- риск obstructивных родов;
- активный генитальный герпес;
- инвазивный рак шейки матки.

Для проведения индукции родов необходимо провести оценку (5):

- показаний и противопоказаний;
- срока беременности;
- состояния родовых путей (шейки матки и таза матери);
- предполагаемой массы плода;
- положения и предлежания плода;
- состояния плодных оболочек (интактные);
- состояния плода по данным акультации или КТГ (по возможности)

Решение об индукции родов принимает ответственный врач (заведующий отделением, ответственный дежурant или врач высшей квалификационной категории).

Тактика фаъол – маъно индуксия дарҳолро дорад:

- Дар ҳамаи мӯҳлатҳои ҳомиладорӣ ғайринишондод барои давом додани ҳомиладорӣ мавҷуд аст.

Ҳангоми ТВРОН гузаронидани муоинаи маҳбали хавфнок аст!

Муоинаи маҳбали сабабгори:

- баландшаваи сироятӣ дохилибачадонӣ (эндометрит ва хорисамнионити модар);
- баландшаваи тарашуҳоти простагландинҳо ва ибтидои валодат пеш аз мӯҳлат;
- кӯтоҳшаваи фосилаи байни пеш аз валодат реҳтани обҳои наздифилӣ ва ибтидои фаъолияти валодат (2b).

Ҳангоми тактикаи назоратӣ аз муоинаи маҳбали бояд даст кашада шавад!

Муоинаи маҳбали танҳо дар ҳолатҳои зерин гузаронида мешавад:

- баъд аз саршавии валодат ё дар мавриди эҳтимол сар шудани валодат;
- тактикаи идораи фаъол пешбинӣ шудааст;
- дар мавридҳои, ки натиҷаи муоина барои интиҳоб ё тағйири усули идора лозим аст.

Тактикаи назоратӣ дар бэр мегирад:

1. назорат (ниг. замимаи 1);
2. назорат (ниг. замимаи 1);
3. таъини пешгирикунандаи антибиотикҳо.

Таъини пешгирикунандаи антибиотикҳо:

- дар мӯҳлати ҳомиладории аз 24 то 37 ҳафтаина – ба ҳамаи ҳомиладорон;
- дар муҳлати ҳомиладории 37 ҳафтаина ва зиёдтар – дар мавриди 18 соат будани давраи беобӣ ва зиёдтар.

Таъини пешгирикунандаи антибиотикҳо аз муҳлати ҳомиладорӣ ва мавҷуд будани фаъолияти валодат вобаста аст.

Ҳангоми набудани фаъолияти валодат, ҳомилагии норасида ва ТВРОН таъин карда мешавад:

- эритромицин 250 мг рег ос ҳар 6 соат (4 маротиба дар 1 шабонарӯз) дар давоми 10 рӯз.

Бо саршавии фаъолияти валодат ҳангоми ҳомиладории норасида ва ТВРОН:

Ø лозим аст, ки воридкуни дохиливаридии *пенициллин* ё *ампициллин* сар карда шавад.

Мақсади таъини антибиотикҳо: пешгирии сепсиси бармаҳали неонаталӣ. Антибиотикҳои тавсияшуда: *пенициллин* ё *ампициллин* дохиливаридии.

Ҳангоми ҳомиладории норасида дар давраи валодат - антибиотикҳо аз лаҳзаи таъхиси валодат таъин карда мешавад.

Ҳангоми ҳомиладории расида – агар давраи беобӣ 18 соат ва зиёдтар бошад.

Таъини антибиотикҳо барои пешгирии сироят сатҳи аворизҳои зеринро паст мекунад:

- хориоамнионити модар ва сирояти навзод;
- аворизҳои сиребралӣ дар навзодон, ки ҳангоми муоинаи УС муайян карда мешавад;

Истифодаи антибиотикҳо сатҳи фаъияти перинаталиро наҷадон паст мекунад.

Чадвалҳои тавсияшудаи пешгирии сироят бо антибиотикҳо (4, 6):

1. эритромицин 250 мг рег ос ҳар 6 соат. Давомнокии кабул – 10 рӯз аз хопати таъхиси пеш аз валодат рехтани обҳои наздитифлӣ, дар мавриди интиҳоби тактикаи назорати;
2. ҳангоми набудани эритромицин ё ҳассосият: ампициллин бо микдори 1 грамм дохиливаридии;

Ко-амоксиклав ва/ё аугментин бо сабаби баланд кардани ҳавфи инкишобии энтероколити некрозшаванда истифода бурда намешавад.

Тактикаи фаъоли идораи ҳомиладорӣ дар мӯҳлати 24 – 34 ҳафта дар бар мегирад:

- Назорат (ниг. замимаи 1);
- Таъини кортикостероидҳо (ниг. стандарти «Пешгирии АДР навзод»);
- Пешгирии сироят бо антибиотикҳо;
- Барангезиши валодат.

Тактикаи ақушерӣ ҳангоми пеш аз валодат рехтани обҳои наздитифлӣ ва мӯҳлати норасидаи ҳомиладорӣ:

1. ниг. стандарти идораи валодати физиологӣ;
2. барои тасдиқ кардани таъхиси пеш аз валодат рехтани обҳои наздитифлӣ муоина бо ойнаҳои маҳбали гузаронида шавад.

Стандарт №5. Родовозбуждение (индукция родов)

Определение: родовозбуждение или индукция родов – искусственно вызванные сокращения матки, которые ведут к структурным изменениям шейки матки (укорочение, сглаживание, раскрытие) и рождению плода при сроке беременности 22 недели и более (3).

Родовозбуждение проводится только в учреждениях 2 – 3 уровня.

Родовозбуждение необходимо тогда, когда польза от родоразрешения для матери и плода превышает возможный риск от прерывания беременности (6).

Индукция родов используется только тогда, когда:

- отсутствуют противопоказания к родоразрешению через естественные родовые пути;
- опасность prolongирования беременности для здоровья матери и плода превышает риск индукции родов.

Перед родовозбуждением необходимо:

- оценить состояние беременной и риск родовозбуждения для матери;
- оценить состояние плода и риск родовозбуждения для плода.

Показания для родовозбуждения со стороны матери (1, 6):

1. Акушерские осложнения:

- перенесенная беременность;
- дородовый разрыв плодных оболочек;
- тяжёлая преэклампсия;
- гестационная гипертензия;
- хорисамнионит.

2. Экстрагенитальные заболевания:

- сахарный диабет;
- заболевания сердца, лёгких, почек, и другие экстрагенитальные заболевания, которые требуют завершения беременности (определяет врач соответствующей специальности: кардиолог, пульмонолог, нефролог, уролог и т.д.);

Использованная литература:

1. Coomarasamy A, Knox EM, Gee H, Song F, Khan KS. Effectiveness of nifedipine versus atosiban for tocolysis in preterm labour: a metaanalysis with an indirect comparison of randomized trials. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003;110:1045 – 1049.
2. Ingemarsson I, Lamont RF. An update on the controversies of tocolytic therapy for the prevention of preterm birth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2003;82:1-9.
3. İvit H, Köksal A, Yavuzşen HT, Çukurova K, Keklik A, Yıldız A, Zeybek. Comparison of nifedipine and ritodrine for the treatment of preterm labour. *Türkiye klinikleri jinekoloji ve obstetrik dergisi* 2003;13:26–30.
4. King JF, Flenady VJ, Papatsonis DNM, Dekker GA, Carbonne B. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester: John Wiley & Sons.
5. Özmen Ş. Токोलитики в ведении преждевременных родов: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 27 января 2006 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.

3. Ҳангоми мавқеи нодурусти тифл (кундаланг, қач) ё пешомади коси тифл – муоинаи маҳбалӣ (оҳиства) барои истиснои афтидани наи ноф гузаронида шавад.
4. машарат бо зан оиди ҳатман гузаронидани пешгирии АДР навозд дар муддати 48 соат (дар муҳлати ҳомилагии 24 – 34 ҳафтаина) гузаронида шавад.
5. машарат бо зан оиди тактикаи назоратӣ ва фаъол гузаронида шавад ва ба зан имконияти интиҳоби индуксияи валодат ё тактикаи назоратӣ дода шавад (дар муҳлати ҳомиладории 34 ҳафтаина);
6. баъд аз гирифтани розигии хаттии зан мувофиқи интиҳоби зан: гузаронидани барангезиши фаъолияти валодат (ниг. стандарти «Барангезиши фаъолияти валодат») ё назорат дар муддати 48 соат бурда шавад;
7. Ҳангоми набудани фаъолияти мунтазами валодат баъд аз 48 соат машарати тақрорӣ гузаронида шавад ва интиҳоби зан ба назар гирифта шавад.

Тактикаи идора вобаста аз муҳлати ҳомиладорӣ:

Муҳлати ҳомилағӣ то 24 ҳафтаина - пешгуӣи бад барои тифл.

- Машарат гузаронида мешавад. Дар мавриди интиҳоби тактикаи назоратӣ аз ҷониби зан – эритромитсин таъин карда мешавад ва назорат аз болои аломатҳои сирояти эҳтимолии бурда мешавад. Ҳангоми пайдоиши аломатҳои хориҷаи хориҷаи барангезиши валодат нишон дода шудааст.

Ҳомилағии 24 – 34 ҳафтаина:

- пешгирии АДР навозд (ниг. стандарти «пешгирии АДР навозд»);
- пешгирии антибиотикӣ: эритромитсин 250 мг ҳар 6 соат рег ос – 10 рӯз дар мавриди интиҳоби тактикаи назоратӣ;
- Ҳангоми набудани аломатҳои сироят ва ҳолати хуби тифл ҳомиладориро давом додан мумкин аст;
- Ҳангоми пайдоиши аломатҳои хориҷаи хориҷаи сирояти эҳтимолии бурдаи валодат пешниҳод карда шавад.

Ҳомилағии 34 – 37 ҳафтаина:

- ба зан маълумот оиди тактикаи назоратӣ ва фаъол дода шавад;
- эҳтимолии барангезиши қувваҳои валодат дида баромада шавад (сатҳи В);
- назорат (ниг. замиаи 1);

- пешлири антибиотикӣ ҳангоми тактикаи назоратӣ.

Тактикаи идора ҳангоми то валодат рехтани обҳои наздифил дар мӯҳлати ҳомилагии 37 ҳафтаина ва аз он зиёд:

1. муоина бо оинаҳои маҳбалии таъмишуда барои тасдиқ кардан ё накардани тахиси ТВРОН гузаронида шавад;
2. аз муоинаи маҳбалӣ даст кашада шавад, гайр аз ҳолатҳои маъқеи нодуруст (кундаланг, қач) ё пешомади коси тифл (муоинаи оҳисти ангишти барои муайян кардани афтидани наифноф);
3. машарат бо зан оиди тактикаи назоратӣ ва ғайр гузаронида шавад ва ба зан интиҳоби озоди индуксияи валодат ё тактикаи назоратӣ дода шавад (зинаи А). Ба маълумоти зан расонида шавад, ки дар 90% ҳолатҳо саршавии ғайривалии валодат дар 24 соати аввали ҳомилагии расида мушоҳида карда мешавад.
4. баъди гирифтани розигии хаттӣ мувофиқи интиҳоби зан:
 - барангезиши валодат (ниг. стандарти «Барангезиши валодат»);
 - ё назорат дар муддати 24-37 соат вобаста аз вақти ТВРОН (3);
5. ҳангоми сар нашудани ғайривалии валодат дар давоми 24 соат – тақриран машарат оиди барангезиши валодат гузаронида шавад;
6. дар ҷараёни валодат - ҳангоми давомнокии давраи беобӣ 18 соат ва аз он зиёд – антибиотикҳо таъин карда шавад

Пешгӯӣ:

Пешгӯӣ барои тифл ва навзод аз омилҳои зерин вобаста аст:

- мӯҳлати гестатсионӣ;
- мавҷудият ё набудани сироятӣ дохилибатнӣ;
- таъбаоти антибактериалӣ;
- интиҳоби дурусти тактика;
- сифати назорат дар давраи ҳомиладорӣ, валодат ва давраи баъдивалодатӣ.

Методика проведени токолиза Индометацином рег гестум:

- напрузочная доза: 100 мг ректально;
- через 1 час поддерживающая доза: 25 мг каждые 6 часов в течение 48 часов;
- не используется более 48 часов.

Методика проведени токолиза Индометацином рег ос:

- 50 мг индометацина орально с «Алпмагелем»;
- через 1 час поддерживающая доза 25-50 мг орально каждые 4-6 часов в течение 48 часов
- не используется более 48 часов

Побочные эффекты:

- раннее закрытие артериального протока плода (не следует назначать после 32 недели беременности);
- некротический энтероколит новорожденных;
- внутрижелудочковое кровоизлияние у новорожденных.

Противопоказания:

- бронхиальная астма;
- кровотечение из желудочно – кишечного тракта, а также язвенная болезнь в анамнезе;
- почечная недостаточность;
- заболевания коронарных сосудов сердца;
- маловодие;

• подозрение на пороки сердца или почек у плода.
Бета-адреномиметики: (партусистен, бриканил, ритодрин) не являются препаратами первого выбора, так как до настоящего времени не решен вопрос о преимуществах индометацина или бета-адреномиметиков.

Противопоказания для проведения токолитической терапии со стороны плода:

- аномалии развития плода не совместимые с жизнью;
- нарушение состояния плода (так как требует немедленного родоразрешения);
- хориоамнионит;
- мертвый плод.

Медикаменты первого выбора β – блокаторы кальциевых каналов (нифедипин).

Методика проведения токолиза Нифедипином:

1. 10 мг нифедипина орально с интервалом 30 минут до прекращения родовой деятельности (максимальная доза до 160 мг);
2. после прекращения родовой деятельности поддерживать доза - 10 мг каждые 6 часов в течение 48 часов.
3. Токолитическая терапия не используется более 48 часов.

Побочные эффекты у беременной:

- артериальная гипотония;
- рефлекторная тахикардия;
- озноб;
- головная боль и головокружение;
- сонливость;
- тошнота;
- увеличение диуреза.

Противопоказания:

- кардиогенный шок;
- стеноз аорты;
- порфирия;
- выраженная артериальная гипотензия;
- сердечная недостаточность.

При непереносимости нифедипина следует использовать ингибиторы протостагландинов - индометацин. Индометацин можно использовать в виде свечей (ректально) и таблеток (орально).

Адабиёти истифодашуда:

1. Gülmезođlu AM. Применение антибиотиков при дородовом или близко к сроку родов разрыве околоплодного пузыря. БРЗ, практические аспекты (последняя редакция: 23 января 2006 года) Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
2. Cammu H, Verlaenen H, Derde M. Premature rupture of membranes at term in nulliparous women: a hazard. *Obstetrics and Gynecology* 1990;76:671 - 674
3. Festin M. Применение антибиотиков при преждевременном разрыве плодного пузыря: БРЗ, практические аспекты (последняя редакция: 14 июня 2003 года). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
4. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD001058. DOI: 10.1002/14651858.CD001058
5. Lawn JE, Cousens S, Zupan J, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million deaths: When? Where? Why. *Lancet* 2005;364:S9–S19
6. Royal College of Obstetrician and Gynecologists (RCOG). Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006. Цитируется по «Эффективная перинатальная помощь и уход. Акушерство. Руководство для участника. Европа, UNFPA, JSI, USAID»

Стандарти №8: Чараёни ғайриқаноатбахши валодат

Тасниф: чараёни ғайриқаноатбахши валодат бо валодати дарозмуддат/обструктивӣ **вобаста аст.**

Валодати дарозмуддат/обструктивӣ – валодате, ки зиёда аз 12 соат давом мекунад ё дар равиши он муқобилияти механикӣ баори гузарии тифл вучуд дорад.

Ташхиси валодати дарозмуддат/обструктивӣ дар асоси аломатҳое, ки ба равиши валодати физиологӣ мувофиқат намекунад, гузошта мешавад. (ниг. замимаи 3).

Валодати дарозмуддат – валодате, ки бо сабаби вайроншавии фаъолияти кашихурии бачадон зиёда аз 12 соат давом мекунад.

Валодати обструктивӣ – валодате, ки дар равиши он муқобилияти механикӣ баори гузарии тифл вучуд дорад.

Дар асоси муайян кардани меъёри ташхиси валодати дарозмуддат/обструктивӣ партоғамма меистад:

- **суръати миёнаи кушодашавии гарданаки бачадон:**
Ø дар марҳилаи латентӣ на камтар аз 0,35 см/соат;
- **Ø дар марҳилаи фаъол на камтар аз 1 см/соат;**
- **динамикаи гузарии сарак.**

Ҳангоми валодати дарозмуддат/обструктивӣ партоғамма ҳамчун «системаи бармаҳали огоҳунанда» аст.

Ташхиси валодати дарозмуддат/обструктивӣ аз рӯи партоғамма:

1. хати қачи кушодашавии гарданаки бачадон дар партоғамма дар хати амал ё аз тарафи ростии хати амал
2. ва/ё суръати кушодашавии гарданаки бачадон камтар аз 1 см/соат;
3. равиши валодат зиёдтар аз 12 соат;
4. марҳилаи латентӣ зиёдтар аз 8 соат давом мекунад;
5. динамикаи гузарии сарак нест (саракӣ пешомада дар як ҳамворӣ дар давоми 4 соат ва аз он зиёд).

Валодати дарозмуддат/обструктивӣ бо вайроншавии фаъолияти кашихурии бачадон ё набудани динамикаи гузарии сарак вобаста буда метавонад.

Валодати дарозмуддат/обструктивӣ метавонад равиши давраи яқум ва дуоми валодатро аворизивок гардонад.

Стандарт №4. Токолитическая терапия

Токолитическая терапия – лечение, направленное на прекращение родовой деятельности.

Токолиз проводится **ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО** женщинам с активной родовой деятельностью с целью:

- перевода роженицы на более высокий уровень оказания помощи;
- проведения профилактики РДС новорожденного.

Токолитическая терапия не проводится:

- если не предусмотрено проведение профилактики РДС новорожденного;
- если не предусмотрен перевод на более высокий уровень;
- более 48 часов!

После оценки клинической ситуации обязательными пунктами является:

1. информирование семьи о риске и возможном исходе беременности;
2. убедится, нет ли противопоказаний для токолиза.

Противопоказания для проведения токолитической терапии со стороны матери:

- тяжёлая преэклампсия в сочетании с признаками, представляющими риск для жизни матери (HELLP синдром, острая почечная/печеночная недостаточность и др.);
- эклампсия;
- активная фаза родов;
- инфекция в родах;
- кровотечение;
- необходимость досрочного родоразрешения;
- тяжёлые заболевания матери (сахарный диабет, заболевания сердца, почек), которые требуют досрочного родоразрешения.

Использованная литература:

1. Brownfoot FC, Crowther CA, Middleton P.: Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth Cochrane review 2008: (<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab006764.html>).
2. Crowley P. Prophyllactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
3. Crowther CA, Harding JE. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for preventing neonatal respiratory disease (Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com>. (Reprinted from The Cochrane Library, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Hofmeyr G.J. Прием кортикостероидов во время беременности для ускорения созревания легких плода: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 19 июня 2007 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
5. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth (Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com>. (Reprinted from The Cochrane Library, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Antenatal corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Feb. 9 p. (Guideline; no. 7).

Сабабҳои валодати дарозмуддат/обструктивӣ дар давраи якуми валодат:

- марҳилаи латентии дарозмуддат;
- марҳилаи фаъоли дарозмуддат.

Марҳилаи латентии дарозмуддат бо намудҳои зерини клиникӣ зоҳир мешавад:

- валодати қалбакӣ;
- марҳилаи латентии дарозмуддати валодат.

Марҳилаи фаъоли дарозмуддат бо аломатҳои зерин алоқаманд аст:

- сустшавии фаъолияти валодат;
 - номувофиқати андозаи байни сарак ва коси зан ё валодати обструктивӣ;
 - мавқеъ/пешомади нодурусти тифл;
- Дар ҳолати набудани дигаргуни Дар гарданаки бачадон ва қатъшавии дарди кашिशхурӣ таъхиси: «Валодати қалбакӣ» (қадв. 1) гузошта мешавад. Зани ҳомаладор баъд аз истиснои сироят/кушодашавии пардаҳои тифлӣ бо тавсияҳои бистаришавии тақрорӣ ҳангоми пайдо шудани дарди кашिशхурӣ, метавонад ба ҳона ҷавоб дода шавад.

Тавсифи муқоисавии валодати ҳақиқӣ ва қалбакӣ

Аломатҳо	Валодати ҳақиқӣ	Валодати қалбакӣ
Дарди кашिशурӣ	Фосилаҳои мунтазам байни дарди кашिशурӣ: 5-6 дақиқа, тадричан зиёдшавии шиддатнокӣ ва давомнокии муҳоз (то 1 дақиқа)	Фосилаҳои номунтазам байни муҳоз, шиддатнокӣ тағйир намеёбад. Дарди кашिशурӣ метавонад қатъ гардад.
Ҳиссиёти нороҳатӣ	дар шикам ва камар	в. ниҳней части живота.
Раскрытиёи шейки матки	афзоиш меёбад	гарданаки бачадон бе тағйирот

Марҳилаи латентии дарозмуддат

Марҳилаи латентии дарозмуддат беҳавф аст, амали фаврии фаълоро талаб намекунад, аммо акушер бояд дар ёд дошта бошад, ки эҳтимоли пайдоиши аворизоҳи вучуд дорад ва зани зоянда бояд ба статсионари сатҳи 2-3 гузаронида шавад.

Таъхиси марҳилаи дарозмуддат ретроспективӣ гузошта мешавад, дар ҳолати:

- дар мавриди қатъшавии муҳоз - валодати қалбакӣ ҳисобида мешавад;
- дар мавриди муҳози мунтазам ва кушодашавии гарданаки бачадон на камтар аз 4 см баъд аз 8 соати саршавии фаълонию валодат, ва зан дар марҳилаи латентии валодат ҳисобида мешавад.

Тактикаи акушерӣ:

«Валодати (муҳозӣ) қалбакӣ»:

- зан ва ҳешовандонаш ором карда шаванд ва ба онҳо оиди ин ҳолат маълумот дода шавад;
- дар мавриди будани имконияти госпитализатсияи зуд, зан метавонад ба хона ҷавоб дода шавад. Ба зан албатта бояд маълумот оиди аломатҳои хавфнок дода шавад.
- дар мавриди набудани имконияти госпитализатсияи зуд – назорат дар шӯъбаи то валодатӣ ташкил карда шавад.

Противопоказани к назначению глюкокортикостероидов:

- состояниие матери или плода, которое требует немедленного решения;
- тяжелые системные инфекции, например туберкулёз, СПИД и др.

Схемы профилактики РДС новорождённого (уровень 1а) (1, 2, 4):

- бетаметазон 12 мг в/м, 2 приема с интервалом 24 часа (6).
- Общая доза 24 мг в течение 48 часов или
- дексаметазон 6 мг в/м, 4 приема через каждые 12 часов (1).
- Общая доза 24 мг в течение 48 часов.

Для профилактики РДС новорождённого можно использовать любой кортикостероидный препарат, который имеется в наличии. Оптимальный положительный эффект начинается через 24 часа после начала введения и длится 7 дней.

Повторная профилактика РДС новорождённого **не рекомендуется**. Повторные дозы кортикостероидов могут снизить частоту и тяжесть РДС, но не снижают смертность, новорождённых с ЗРП (масса ниже 10 перцентили), повышают риск отставания в психомотрном развитии и усиливают поведенческие проблемы (3) – Уровень доказательств 1в.

Стандарт №3. Профилактика респираторного дистресс синдрома (РДС) новорождённого

РДС развивается более чем в 50% случаев у новорождённых, родившихся до 32 недели беременности и является основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности у недоношенных детей (2).

Профилактика РДС новорождённых проводится **только** глюкокортикоидными препаратами, которые стимулируют созревание лёгких (уровень А) (4).

Приём глюкокортикоидных препаратов снижает риск следующих осложнений недоношенности (4, 5):

- респираторный дистресс-синдром (уровень А);
- кровоизлияние в желудочки мозга (уровень А);
- некротизирующий энтероколит;
- системные инфекции;
- задержка ребенка в развитии;
- неонатальную смертность;
- госпитализацию в отделение реанимации или палату интенсивной терапии.

Профилактика РДС новорождённого проводится в 24 – 34 недели беременности (уровень 1а).

Показания к применению глюкокортикостероидных препаратов (срок беременности 24 – 34 недели беременности):

- преждевременные роды;
- дородовый разрыв плодных оболочек;
- родовое кровотечение;
- индукция родов;

Влияние на мать:

Комбинация с β -адреномиметиками может привести к отёку лёгких, но использование только кортикостероидов не приводит к данному осложнению.

При использовании у беременных с диабетом, необходимо более тщательно регулировать уровень сахара крови.

Мархилаи дарозмуддати латентӣ:

- зан ва хешовандонаш ором карда шаванд ва ба онҳо оиди ин ҳолат маълумот дода шавад;
- баъд аз гузаронидани машарат ва дар мавриди будани розилии хатти;
- Ø амниотомия гузаронида шавад;
- Ø пурзӯркунии валодат бо маҳлули окситотсин сар карда шавад;
- Ø хангоми муътадил гаштани фаъолияти валодат – валодат мувофиқи стандарти валодати физиологӣ бурда шавад (ниг. Стандарти Миллӣ оиди валодати физиологӣ);
- Ø агар зан баъд аз 4 соати воридкунии окситотсин ба марҳилаи фаъол ворид нашавад – валодатро бо усули буриши қайсарӣ анҷом диҳед (ниг. стандарти «Пурзӯркунии валодат»).

Мархилаи фаъоли дарозмуддат

Аломатҳо:

- Û нақшаи кушодашавии гарданаки бачадон аз тарафи рости хати амал аст.

Тактикаи идора:

Пеш аз ҳама фаъолияти валодат бояд баҳо дода шавад:

- муҳози ғайрифазол – камтар аз 3 муҳоз дар 10 дақиқа, давомнокиаш камтар аз 40 сония – сустшавии фаъолияти валодат;
 - Ø истисноӣ номувофиқати косу сарак/ коси танги клинӣкӣ ё мавҷеъ/пешомади нодурусти тифл;
 - Ø дар мавриди тасдиқ шудани номувофиқати косу сарак ва гирифтани розилии хатти масъалаи валодат бо усули буриши қайсарӣ ҳал карда шавад;
 - Барои интиҳоби дурусти усули табобат, пеш аз ҳама бояд сабаби сустшавии фаъолияти валодат муайян карда шавад.
 - Ҳангоми ташҳиси сустшавии фаъолияти валодат бояд усули муносибтарин барои мода рва тифл интиҳоб карда шавад; яъне ба сулоҳи зерин ҷавоб додан лозим аст:
 - Ø оё валодат бо роҳҳои табиӣ гузаронида мешавад?
 - Ø Оё пурзӯркунии фаъолияти валодат барои модар ва тифл бехатар аст ё буриши қайсарӣ усули муносибтар аст?
- Пеш аз интиҳоби тактикаи валодат бо роҳҳои табиӣ бояд аворизҳо ва хавфҳои иловагӣ дар назар дошта шуда бошад. Асосан – бармаҳал муайян кардани номувофиқати андозаҳои

саракани тифл ва коси зан (коси танги клиникӣ ё валодати обструктивӣ), дистресси тифл, ноустувории миометрий (хадшаи бачадон, паритети баланд).

Яққошавии сустшавии фальопияти валодат бо аворизи зерин нишондод (нисби) барои интиҳоби буриши қайсарӣ аст:

- Коси танги функционалӣ/валодати обструктивӣ/нормуофактаи косӣ-сарӣ;
- хадшаи бачадон;
- пастшавии фертилит; бенаслӣ дар собика, валодати нахустин дар сини деринаи репродуктивӣ, тубэктомия дар собика;
- ҳомилагии индуксиякунонда;
- анамнези аворизаноки акушерӣ (осебияти валодатӣ ё набудани кудакони зинда баъд аз валодатҳои пешинаи номусоид, аномалияҳои фальопияти валодат);
- пешомади коси тифл;
- тифли калон;
- ҳомилагии аз мӯҳлати гузашта;
- бемории ғайригениталии вазнин;
- презклампсия;

• боздошти инкишофёбии дохилибатнии тифл.

Дар ҳамаи ҳолатҳои дар боло зикршуда нақшаи идора бояд **бармаҳал** ба ҷониби буриши қайсарӣ муайян карда шавад.

Синни ҷавон, валодати тақрорӣ **набояд** нақши асосиро барои даст кашидан аз буриши қайсарӣ бозад.

Усулҳои умумии дастгирии валодат, алаҳқусус позитсияҳои вертикалӣ, иштироки шарик метавонанд фальопияти валодатро тезонанд (ниг. стандарти «Валодати физиологӣ»).

Пешгирии сустшавии фальопияти валодат бо воситаи дастгирии рӯҳӣ-эҳсосӣ гузаронида мешавад.

Валодати обструктивӣ – валодате, ки дар ҷараёни он мӯҳбилляти механикӣ барои гузариши тифл вучуд дорад ва барои анҷоми валодат асосан буриши қайсарӣ лозим аст.

Дар мавриди сустшавии гузариши сарак аз рӯи партограмма бояд валодати обструктивӣ гумон бурда шавад (сарак дар як сатҳ дар давоми 4 соат.

Ведение преждевременных родов имеет особенности, которые включают:

1. Температура в родильном зале должна быть не менее 28°C;
2. Более позднее пережатие пуповины (после прекращения пульсации).

Использованная литература:

1. Б. Бирн и Дж. Моррисон. Преждевременные роды. Поиск данных в сентябре 2001 г. В книге: Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 4. Москва, Медиа Сфера, 2003 стр. 1233 – 1265.
2. Festin M. Применение антибиотиков при преждевременном разрыве плодного пузыря: БРЗ, практические аспекты (последняя редакция: 14 июня 2003 года) Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
3. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD001058. DOI: 10.1002/ 14651858. CD001058.
4. Royal College of Obstetrician and Gynecologists (RCOG). Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Guideline No. 44, RCOG Press, November 2006. Цитируется по «Эффективная перинатальная помощь и уход. Акушерство. Руководство для участника. Европа, UNFPA, USAID.

- проводить внутривенное введение ампициллина
- родовозбуждение после окончания профилактики РДС новорожденного при инфицированном согласии женщины (см. стандарт «Родовозбуждение»).
3. **При ДРПО и наличии признаков инфекции (2,3,4):**
- антибактериальная терапия: ампициллин по 1 грамму внутривенно каждые 6 часов + гентамицин 80 мг внутримышечно каждые 12 часов;
 - обильное питье;
 - родовозбуждение (см. Стандарт «Родовозбуждение»).

Срок гестации 35 – 37 недели беременности:

1. **При целых плодных оболочках и отсутствии признаков инфекции:**
- наблюдение.
2. **При ДРПО и отсутствии признаков инфекции:**
- профилактика инфекций:
 - ü при отсутствии родовой деятельности - эритромицин 250 мг orally каждые 6 часов, 7 – 10 дней;
 - ü при регулярной родовой деятельности - ампициллин по 1 грамму внутривенно каждые 6 часов до родоразрешения;
 - родовозбуждение при инфицированном согласии женщины (см. Стандарт «Родовозбуждение»).
3. **При ДРПО и наличии признаков инфекции:**
- антибактериальная терапия до рождения плода: ампициллин по 1 грамму внутривенно каждые 6 часов + гентамицин 80 мг внутримышечно каждые 12 часов;
 - родовозбуждение (см. Стандарт «Родовозбуждение»);
 - обильное питье.

Общие принципы ведения преждевременных родов соотвествуют общепринятым принципам ведения родов (см. Национальный стандарт «Ведение физиологических родов»):

Сабабҳо:

- коси танги анатомӣ;
- андозаҳои калони сараки тифл (тифли калон, гидросефалия);
- пешомади нодурусти тифл (ростшаванда);
- ҷойгишавии нодурусти сараки тифл (ҷойгишавии баланд ва рости дарзи тиршақт);
- дистотсияи китфон.

Аломатҳои валодати обструктивӣ:

- зани зоянда дар валодат дар давоми 12 соат ва аз он зиёд;
- дар давоми 4 соат ва зиёдтар, қисми пешомада дар як ҳавворӣ ҷойгир аст;
- дигаргунашавии хислати муҳоз (сустшавӣ, тезшавӣ);
- **дар партограмма:** қисми пешомада дар як ҳавворӣ дар давоми 4 соат ва аз он зиёд: сустшавии гузариши сарақ, суръати кушодашавии гарданаки бачадон.
- қатъшавии пешобронӣ (аломати зершавии шошадон).
- аломати Вастен «баробар» ё «мусбат».
- баланд ё/ва қач ҷойгишавии ҳалқаи контраксионӣ ва бачадон намуди рақами «8» ё соати региро дорад.
- дарднокӣ сегменти поёнии бачадон ҳангоми палмосидан, бо сабаби ёзиши он.
- зершавӣ ё/ва варами гарданаки бачадон.
- сарақи тифл баланд аст, аммо зан хоҳиши зӯрзанӣ дорад.
- хавфи таркиши бачадон.

Аломатҳои хавфи таркиши бачадон:

- фаъолияти бошиқддати валодат: муҳоз аз ҳад зиёд дарднок;
- ҳалқаи контраксионӣ баланд (дар сатҳи ноф) ва қач ҷойгир аст, дар натиҷа бачадон намуди адади «8» ё соати реғӣ гирфтааст;
- сегменти поёнии бачадон тунуқшуда ва ёзида аст;
- боздошти пешобронии мустақилона;
- дарди зӯрзанӣ бармаҳал: фаъолияти зӯрзанӣ беиҳтиёрон ва бенатиҷа дар маъриди баланд ҷойгишавии сарақ;
- варами гарданаки бачадон;
- рафтори нооромонаи зани зоянда, ки беқарор аст;
- аломати мусбии Вастен.

Тактика акушерӣ ҳангоми валодати обструктивӣ:
Ў **Ҳангоми зинда будани тифл:** буриши қайсарӣ.
Ў **Ҳангоми фавти тифл:** ҷарроҳии поракунии тифл.

Давраи дуюми дарозмуддати валодат

Давраи дуюми дарозмуддати валодат – тавлид наёфтани тифл дар давоми 2 соати фазолияти зӯранӣ дар зани наҳустозӣ ва 1 соат дар зани тақрорзояӣ.

Сабабҳо:

- кашишурии сусти бачадон;
- мавҷудияти муқобилит барои гузарии тифл (нормоуфоқатии косӣ-сарӣ, мавқеъ ва пешомади нодурусти тифл).

Тактикаи акушерӣ

Дар зани наҳустозӣ:

- дар мавриди 1 соат давом кардани фазолияти зӯранӣ таҳмин карда шавад, ки давраи дуюм дарозмуддат аст;
- Ў муоинаи маҳбали гузаронида шавад;
- Ў дар мавриди бутун будани хубобӣ тифлӣ амниотомия гузаронида шавад;
- Ў дастгирии эҳсосӣ ва бедардкунӣ ҳангоми зарурият гузаронида шавад;
- Ў барои иваз кардани позитсияи зан ёрӣ расонида шавад;
- Ў дар мавриди муътадил шудани ҷараёни валодат – валодат аз рӯи стандарти валодати физиологӣ бурда шавад.
- набудани натиҷа дар давоми 1 соати оянда – **даврани дуюми дарозмуддат** аст.
- баҳои ҳолати акушерӣ ҳар 15 дақиқа гузаронида шавад.

ОКСИТОТСИН ТАЪИН КАРДА НАШАВАД !!!

- Эҳтимолияти валодати маҳбали инструменталӣ бо назардошти ҳолати тифл ва ҷараёни валодат муайян карда шавад;
- Ҳангоми пайдоиши аломатҳои валодати обструктивӣ буриши қайсарии таъҷилӣ гузаронида шавад.

Второй – третий уровень:
Ў **тактика зависит от:**

- срока беременности;
- состояния плодных оболочек (интактные);
- наличия или отсутствия симптомов инфекции;

Срок гестации 22 – 24 недели беременности (2,3,4):

1. **При целых плодных оболочках и отсутствии признаков инфекции:**

- наблюдение
- токолитическая терапия не проводится (см. Стандарт «Токोलитическая терапия»).

2. **При ДРПО и отсутствии признаков инфекции:**

- пролонгирование беременности нецелесообразно;
- родовозбуждение (см. Стандарт «ДРПО»).

3. **При ДРПО и наличии признаков инфекции (2,3,4):**

- антибактериальная терапия ампициллин по 1 грамму внутривенно каждые 6 часов + гентамицин 80 мг внутримышечно каждые 12 часов;
- обильное питье;
- родовозбуждение (см. стандарт «Родовозбуждение»).

Срок гестации 24 – 34 недели беременности (2,3,4):

1. **при целых плодных оболочках и отсутствии признаков инфекции:**

- токолитическая терапия (см. Стандарт «Токोलитическая терапия»);
- профилактика РДС новорождённого (см. Стандарт «Профилактика РДС новорождённого»).

2. **при ДРПО и отсутствии признаков инфекции:**

- токолитическая терапия (см. Стандарт «Токोलитическая терапия»);
- профилактика РДС новорождённого (см. Стандарт «Профилактика РДС новорождённого»);
- профилактика инфекции - эритромицин орально по 250 мг каждые 6 часов 7 – 10 дней; После окончания – прекратить введение антибиотика. С началом родовой деятельности

- околоплодных вод, расположение и состояние плаценты, длину и раскрытие шейки матки
5. При родовом разрыве плодных оболочек - обратить внимание на симптомы хориоамнионита (болезненность матки, повышение температуры - 38 градусов С и больше, лейкоцитоз более 15 000/л, тахикардия плода и/или матери)

Акушерская тактика:

Для выборе акушерской тактики необходимо оценить:

- срок беременности;
- состояние роженицы;
- состояние плода.

При наличии признаков внутриутробного страдания плода – частота сердцебиения плода менее 120 или более 160 ударов в минуту, изменения на кардиотокограмме (провести по возможности): родоразрешить в экстренном порядке.

Возможные вмешательства при преждевременных родах:

1. токолитическая терапия (см. Стандарт «Токोलитическая терапия»);
2. профилактика респираторного дистресс синдрома (РДС) новорождённого (см. Стандарт «Профилактика РДС новорождённого»);
3. назначение антибиотиков.

Тактика медицинского персонала при преждевременных родах:

Первый уровень:

- провести быструю оценку;
- при отсутствии необходимости неотложной акушерской помощи посчитать частоту схваток, частоту сердцебиения плода;
- организовать транспортировку в стационар 2 уровня при сроке беременности более 34 недель и 3 уровня при сроке беременности менее 34 недель (по возможности). Иметь в виду, что транспортировка in utero повышает возможность выживания новорождённого.

Валодат дар зани нахустозой бояд то 3 соати баъди саршавии фаъолияти фаъоли зурзаний хотима ёбад.

Дар зани тақрорзояй:

- дар мавриди 1 соат давом кардани фаъолияти зурзаний тахмин карда шавад, ки давраи дуюм дарозмуддат аст: муоинаи маҳбали гузаронида шавад;
- дар мавриди бутун будани ҳубоби тифлӣ амниотомия гузаронида шавад;
- дастгирии эҳсосӣ ва бедардкунӣ ҳангоми зарурият гузаронида шавад;
- барои иваз кардани позитсияи зан ёрӣ расонида шавад;
- дар мавриди муътадил шудани ҷараёни валодат – валодат аз рӯи стандарти валодати физиологӣ бурда шавад.
- баҳои ҳолати акушерӣ ҳар 15 дақиқа гузаронида шавад.

ОКСИТОТСИН ТАЪИН КАРДА НАШАВАД !!!

- Эҳтимолияти валодати маҳбалии инструменталӣ бо назардошти ҳолати тифл ва ҷараёни валодат муайян карда шавад;
- Ҳангоми пайдоиши аломатҳои валодати обструктивӣ буриши қайсарии таъ-чӯлӣ гузаронида шавад.

Валодат дар зани тақрорзояй бояд то 2 соати баъди саршавии фаъолияти фаъоли зурзаний хотима ёбад.

Адабиёти истифодашуда:

1. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. М., Медицина, 1980.
2. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А. В, СПб.: «Петрополис», 2003.

Стандарт № 9. Аномалияҳои ҷойгиршавии сарак

Ҳангоми равиши дурусти биомеханизми валодат сарак дар коси хурд чунин ҷойгир мешавад, ки дарзи тиршақл бо хати роҳбалади кос рост меояд ва дар масофаи баробари байни устухони қовуқ ва димоғи чорбанд, дар андозаи кундаланг ҷойгир аст. Ин гуна ҷойгиршавӣ - ҷойгиршавии меҳварӣ ё *синклитикӣ* номда мешавад.

Дар мавриди ҷойгиршавии нодуруст ё асинклитикии сарак, дарзи тиршақл дар назди димоғи чорбанд ё устухони қовуқ ҷойгир аст.

Тафавут:

- ҷойгиршавии пеши фарқи сарӣ (асинклитизми пеш), вақте, ки дарзи тиршақл дар назди димоғи чорбанд ҷойгир аст ва устухони пеши фарқи сар якумин шуда ба ковокии даромадгоҳи коси хурд мефарояд;
- ҷойгиршавии ақиб фарқи сарӣ (асинклитизми ақиб), вақте, ки дарзи тиршақл дар назди устухони қовуқ ҷойгир аст ва устухони ақиб фарқи сар якумин шуда ба ковокии даромадгоҳи коси хурд мефарояд;
- асинклитизми Редерер – дарзи сипаршақл дар яке аз андозаҳои қачи кос ҷойгир аст (барои коси умумибаробар-танг хос аст).

Сабаҳо:

- коси танги анатомӣ;
- коси умумибаробартанг;
- коси пачақ;
- ёзидашавии девораи пеши шикам.

Таъхис:

- сустанавӣ ё қатъшавии гузарии сарак аз рӯи партограмма;
 - маълумоти муоинаи маҳбалӣ.
- Тактикаи ақшери:** буриши қайсарӣ.
- Аномалияҳои ҷойгиршавии дарзи тиршақл:**
- истодани баланд (дар даромадгоҳи коси хурд) ва ростӣ (баъд аз рехтани обҳои наздифилӣ - ҷойгиршавӣ) дарзи тиршақл;
 - истодани пасти (дар баромадгоҳи коси хурд). (баъд аз рехтани обҳои наздифилӣ - ҷойгиршавӣ) дарзи тиршақл.

Стандарт №2. Преждевременные роды

Определение: преждевременные роды – роды при сроке беременности от 22 до 37 полных недель при массе плода 500,0 грамм и более (1).

Частота: 5 - 12%.
30% преждевременных родов происходят без видимой причины (1).

15 – 20% преждевременных родов составляет досрочное рождение при преэклампсии, гипертонической болезни и другой экстрагенитальной патологии у матери, внутриутробной задержке и врожденной аномалии развития плода (1).

Симптомы: регулярные или нерегулярные сокращения матки – 3 и более за 30 минут и/или:

- А. разрыв плодных оболочек
- Б. целый плодный пузырь и раскрытие шейки матки более 2 см.
- В. целый плодный пузырь и сглаживание шейки матки более чем 80%
- Г. целый плодный пузырь и структурные изменения шейки матки

Диагностические критерии:

1. усиливающаяся в динамике боли внизу живота
2. сокращения матки (регулярные или нерегулярные – 3 и более схваток за 30 минут, которые ведут к структурным изменениям в шейке матки: укорочение, сглаживание, раскрытие), подтверждённое вагинальным исследованием или излитие околоплодных вод

Объём обследования при преждевременных родах:

1. согласно стандарту ведения физиологических родов;
2. осмотр в стерильных зеркалах: оценить истечение околоплодных вод, клинические симптомы инфекции, состояние шейки матки;
3. вагинальное исследование: проводится исключительно при регулярной родовой деятельности – 2 и более схваток за 10 минут;
4. УЗИ (по возможности): оценить срок гестации, предполагаемую массу плода (плодов), пороки развития плода, объём

БЛАНК ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ, РОЖЕНИЦЫ, РОДИЛЬНИЦЫ

ШТАМП УЧРЕЖДЕНИЯ	
Ф.И.О.	Возраст:
Домашний адрес:	
Диагноз:	
Лечебные мероприятия до и во время перенаправления:	
Принимающее учреждение	Дата и время направления: Дата и время поступления
Состояние при поступлении: _____	
сознание: _____ АД: _____ мм.рт.ст	
Пульс: _____ ударов в минуту; ЧДД _____ в минуту; Т _____ С ⁰	
Судороги: есть/нет Кровотечение : есть/нет,	
Схватки: _____ ЧСС плода: _____ в минуту	
Фамилия И.О. сопровождающего медработника: _____	

Фамилия И.О. принимающего медработника: _____	

_____ линия отреза	
ШТАМП УЧРЕЖДЕНИЯ	
Ф.И.О.	Возраст
Домашний адрес:	
Принявшее учреждение:	
Дата и время направления: Дата и время поступления	
Диагноз	
Состояние при поступлении: _____	
сознание: _____ АД: _____ мм.рт.ст	
Пульс: _____ ударов в минуту; ЧДД _____ в минуту; Т _____ С ⁰	
Судороги: есть/нет Кровотечение : есть/нет,	
Схватки: _____ ЧСС плода: _____ в минуту	
Ф. И.О. и подпись сопровождающего медработника: _____	

Ф. И.О. и подпись принимающего медработника: _____	

Дар мавриди *истодани баланд ва рости дарзи тиршакт*, сараки тифл дар андозаи рости даромадгоҳи коси хурд (11 см) бо андозаи рости худ (12 см) ҷойгир мешавад.

Тактикаи акушерӣ: ҳангоми тифли расида – буриши қайсарӣ. Валодат бо роҳҳои табиӣ танҳо дар мавриди андозаҳои хурди тифл ва қобилияти конфигуратсияи доштани сарак мумкин аст.

Истодани ласт ва кундаланги сарак – истодани сарак бо дарзи тиршакт дар андозаи кундаланги баромади коси хурд.

Тактикаи акушерӣ:

- дар мавриди фаёолияти қаноатбахши валодат – валодат бе даҳолат анҷом дода мешавад;
- дар мавриди пайдоиши аломатҳои дистресси тифл – вакуум-экстракция.

Пешомадҳои ростишаванда

Такроршавӣ: 0,5 - 1 %

Се дараҷаи ростишави сарак вучуд дорад:

- дараҷаи якум – пешисарӣ;
 - дараҷаи дуюм – пешонавӣ;
 - дараҷаи сеюм – рӯй.
- Ø** *Дар назар доштан лозим аст, ки:* Валодат бо роҳҳои табиӣ ҳангоми пешомади пешонавӣ гайримикон аст ва биомеханизми валодат танҳо аҳамияти назариявӣ дорад.
- Ø** Валодат бо роҳҳои табиӣ ҳангоми пешомади ақби рӯй гайримикон аст.

Тактика акушері җангоми аномалияҳои җойгиршавӣ ва пешомади сарак

Пешомади Ҷойгиршавӣ		Идораи валодат
Пешомадҳои ростшаван- да	Пешисарӣ	Буриши кайсарӣ*
	Пешонавӣ	Буриши кайсарӣ
	Рӯй: намуди пеш	Валодат бо роҳҳои табиӣ
	Рӯй: намуди ақиб	Буриши кайсарӣ
Аномалияҳои Ҷойгиршавии сарак	Ҷойгиршавии пеши фарқӣ сарӣ	Буриши кайсарӣ
	Ҷойгиршавии ақибӣ фарқӣ сарӣ	Буриши кайсарӣ
	Ҷойгиршавии баланд ва рости сарак	Буриши кайсарӣ җангоми муҳлати расида
	Ҷойгиршавии паст ва кундаланги сарак	Валодат бо роҳҳои табиӣ ё вакуум – экстраксияи тифл

* Эзоҳ – дар мавриди андозаҳои на он қадар калони тифл, фальолияти каноатбахши валодат – валодат бо роҳҳои табиӣ имконпазир аст.

Адабиёти истифодашуда:

1. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. М., Медицина, 1980.
2. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А. В, СПб.: «Петрополис», 2003.

Пациент-ка	Родствен-ники инфор-мивана, со-ласна и подгото-вленна к перенаправ-лению	Транспорт-организация, водителя готов к выезду в район	Необходима- димьяе медика-менты и оборудо-вание подгото-влено и правильно уложено	Рукководитель Ҷуҷеҷдеия информирава ақушера принайла дакжурство и помогаёт зашии перенаправ-ляея	Ленне перенаправ-ляея
▲					
Акушерка, ведущая роды, сопровождает пациентку					
▲					
Уложить пациентку в машину. Убедиться, что положение выбрано правильно и пациентка расположена удобно**					
▲					
<p>Действия акушерки после приезда в соответствующее учреждение:</p> <p>1. Устно объяснить ответственному дежурному врачу ситуацию;</p> <p>2. Сдать «Сдук на руки»;</p> <p>3. Написать сопроводжающее направление. В направлении указать всю информацию о пациентке с момента поступления в учреждение уровня, включая проведение мероприятия, во время транспортировки и по приезде в другое учреждение. Поставить подпись.</p> <p>** Ответственность за готовность транспорта несет администрация лечебного учреждения</p>					

**Например, после пристыла эклампсии - в положении на левом боку, при кровотечении – на спине

Стандарти №10. Афтидани наи ноф

Стандарт №1. Алгоритми перенаправлення при осложненнях в родах для урчедений I уровня (действия акушерки, врача)

В родоствоматеральных урчедениях первого уровня согласно Приказа МЗ РТ № 541 проводится физиологические роды. Угроз развития или возникновения осложнений в родах требуют перенаправления пациентки в урчедения 2 – 3 уровня с соблюдением следующего алгоритма.

Алгоритм перенаправления при осложнениях в родах для урчедений I уровня.

Действия акушерки (врача) при необходимости перенаправления	
▲	Успокоить пациентку, родствен-ников, объяснить необходимость оказания помощи и предупредить вождать пациентку
▲	Принформировать водителя, попросить его быть готовым к поездке*.
▲	При отсутствии транс-порта информировать ответ-ственных за обеспечение транспорта
▲	НаII при оказании помощи перена-равнению
▲	Информировать руководителя урчедения
▲	В урчедение вывезать другую акушерку

Тасниф: афтидани наи ноф – аворизе, ки баъд аз рехтани обҳои наздифтифлӣ, наи ноф пеш аз қисми пешомада муайян карда мешавад (1,2).

Тақтикаи акушерӣ аз ҳолати тифл вобаста аст:

- тапиши наи ноф ҳис карда мешавад – тифл зинда аст;
- тапиши наи ноф нест – тифл фавақида аст.

Агар тапиши наи ноф бошад, тактикаи минбаъда аз давраи валодат вобаста аст.

Тапиши наи ноф ҳис карда мешавад, давраи якуми валодат:

1. толори ҷарроҳӣ омода карда шавад, неонатологон барои эҳёи навозод тайёр шаванд;
2. дасткашҳои таъмишуда пӯшида шавад ва қисми пешомада болотар аз кос тела карда шавад, барои кам кардани фишор ба наи ноф;
3. дасти дуюм ба мавқеи болои қовуқ гузошта шавад ва қисми пешомада дар мавқеи болои кос нигоҳ дошта шавад;
4. буриши қайсарии таъҷили гузаронида шавад.

Тапиши наи ноф ҳис карда мешавад, давраи дуюми валодат:

- неонатологон барои эҳёи навозод тайёр шаванд;
- ҳангоми пешомади сарак - эплизитомия ва вакуум – экстраксия тифл;
- ҳангоми пешомади кос – экстраксия тифл аз мавқеи кос дар зери бедарқунии умумӣ.

Тапиши наи ноф ҳис карда намешавад: валодат бо усули беҳатартарин барои зани зоянда гузаронида шавад.

Адабиёти истифодашуда:

1. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. М., Медицина, 1980.
2. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А. В, СПб.: «Петрополис», 2003.

Стандарти №11. Обҳои наздितिғилӣ бо меконий

Тақроршавии меконий дар обҳои наздितिғилӣ 10-15% ҳамаи валодатҳоро ташкил медиҳад, дар охири ҳомиладорӣ зиёдтар мешавад ва аз ҳама зиёд дар муҳлати 42 ҳафтаи ҳомилаи мушоҳида карда мешавад. *Меконий, ё наҷосати якумин аз 75% об ва 20-25% дигар - тарашуҳхоти рӯда, зарда, тарашуҳхоти гадуи зери меъда, хун иборат аст.*

Ҳолати хавфноктарин – якҷояшави обҳои наздितिғили мекониалӣ бо таппиши дили аворизноки тифл, вақте, ки фавтияти перинаталӣ аз 30 то 220 %₀, ва беморияти неонаталӣ 500%₀ ташкил мекунад.

Аломати аспиратсияи мекониалӣ дохилибатнӣ ё дарҳол баъди таваллуд дида мешавад ва дар ҳар ҳолати даҳуми обҳои наздितिғили мекониалӣ мушоҳида карда мешавад. ААМ дар 2 - 20% ҳолатҳо сабаби фавти перинаталӣ ва сабаби асосии инкишофи АДР навоздон мебошад.

Пешгирии ҳамаи ҳолатҳои ААМ ғайримикон аст, вале ёриии бармаҳали дуруст расонида метавонад сатҳи аворизи зеринро паст намояд.

ААМ метавонад сабабгори аворизҳои зерин гардад:

- Ø обструксияи мекониалӣ роҳҳои нафас;
- Ø илтиҳоби кимиёвӣ;
- Ø камшавии тарашуҳоти сурфактантӣ эндогенӣ ё/ва инактиватсияи сурфактант.

Аворизҳои ААМ:

- Ø пневмоторакс;
- Ø гиповентиляция;
- Ø ацидоз.

Валодаткунонӣ ҳангоми обҳои наздितिғили мекониалӣ:

- Ø дар статисонҳои сатҳи 2-3 бо иштироки неонатолог;
- Ø назорати ҷуддӣ ҳолати тифл: мониторинги КТГ (ҳангоми будани шароит) ё аускултатсияи таппиши дили тифл ҳар 15 дақиқа дар давоми 1 дақиқа;
- дар мавриди ҳолати қаноатбахши тифл – равиши валодат мувофиқи тактикаи пешбинишуда аз рӯи стандарти «Валодати физиологӣ»;

ВВЕДЕНИЕ

Настоящие стандарты разработаны на основании рекомендаций Всемирной организации здравоохранения для ведения родов высокого риска, при которых с большей вероятностью может потребоваться вмешательство квалифицированного специалиста.

Роды высокого риска проводятся в учреждениях 2 – 3 уровня. Диагностика и выбор тактики определяется самым квалифицированным врачом учреждения (заведующий отделением, врач высшей категории, ответственный дежурant).

Национальные стандарты ведения родов высокого риска направлены на снижение материнской заболеваемости и смертности. На основании данных стандартов в родовспомогательных учреждениях необходимо разработать протоколы, которые должны соответствовать местным возможностям.

Рекомендации в стандартах основаны на доказательной медицине. Доказательства распределены по градации достоверности и уровню убедительности доказательств.

1a Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (испытаний) — РКИ

1b Отдельное рандомизированное контролируемое исследование

2a Систематический обзор когортных исследований

2b Отдельное когортное исследование

3a Систематический обзор исследований «случай—контроль»

3b Отдельное исследование «случай—контроль»

C Исследование серии случаев

D Мнение эксперта, не подвергавшееся прицельной критической оценке либо основанное на физиологии, результатах пробного исследования или на «основных принципах»

Уровень убедительности указан в тексте .

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	стр. 69
Стандарт №1. Роды высокого риска. Алгоритм перенаправления.	70 - 72
Стандарт №2. Преждевременные роды.	73 - 77
Стандарт №3. Профилактика респираторного дистресс синдрома новорождённого.	78 - 80
Стандарт №4. Токолитическая терапия.	81 - 84
Стандарт №5. Индукция (родовозбуждение) родов.	85 - 100
Стандарт №6. Родостимуляция.	101 - 103
Стандарт №7. Дородовый разрыв плодных оболочек.	104 - 111
Стандарт №8. Затянувшийся/обструктивные роды.	112 - 119
Стандарт №9.. Аномалии вставления и предлежания головки	120 - 122
Стандарт №10 Выпадение пуповины.	123
Стандарт №11. Мекониально окрашенные воды.	124 - 125
Стандарт №12. Дистоция плечиков.	126 - 127
Приложения	127 - 128

- дар мавриди пайдоиши аломатҳои вайроншавии ҳолати тифл валодаткунони дарҳол вобаста ба ҳолати акушерӣ;
 - пайдоиши обҳои наздितिfliи мекониали дар валодат (баъд аз обҳои наздितिfliи шафрооф);
 - ҳамчун аломати дистресси тифл баҳо дода шавад;
 - дарҳол нақшаи валодат аз нав дида баромада шавад;
 - ба маълумоти неонатологе, ки малақаҳои интубатсияи трахея дорад расонида шавад;
 - асбобҳои лозимӣ барои гузаронидани эҳёи аввалини навазд дар зомиғоҳ тайёр карда шавад.
- Эҳёи навазд - ниг. стандарти «Эҳёи аввалини наваздон».

Адабиёти истифодашуда:

1. Энжин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А. В, СПб.: «Петрополис», 2003.
2. Bhuta T., Clark R. H., Henderson-Smart D. J. Rescue high frequency oscillatory ventilation vs conventional ventilation for infants with severe pulmonary dysfunction born at or near term. Cochrane Database Syst Rev. 2001; (1):CD002974.
3. Wiswell T. E. Delivery room management of the apparently vigorous meconium-stained neonate: results of the multicenter, international collaborative trial., et al. Pediatrics. 2000 Jan; 105: 1-7.

Стандарти № 12. Дистотсияи китфон

Дистотсияи китфон ба валодати дарозмуддат/обструктивӣ дохил мешавад.

Проблема: сарак таваллуд шуда, китфҳо дар монданд ва таваллуд шуда наметавонанд.

Ташхис:

- сарак таваллуд шуд, аммо аз ҳама тараф бо вулва ихота карда шудааст;
- манаҳ кашида шуда ба сӯи чатан мефарояд;
- ҳангоми кашидан аз сарак китф бо сабаби андармон будан дар зери симфиз таваллуд намешавад.

Тактикаи акушерӣ (1):

1. духтурони неонатолог ва эҳзёргар барои ёрӣ даъваат карда шаванд;
2. ҳангоми лозим будан эпизиотомия гузаронида шавад. Сабаби дистотсияи китфҳо мужбилияти устухонӣ мебошад, бо сабаби ин баъди гузаронидани эпизиотомия китфҳо таваллуд намешаванд;
3. зани зоянда ба пушт хобонида шавад, пойҳои ӯ дар мавқеи пайвандакҳои косу ронӣ ва зонугӣ қат карда шавад ва то ҳадди имкон ба шикам зер карда шавад (усули Мак Робертс);
4. кӯшиш кардан лозим аст, ки бо трақсияҳои оддӣ китфҳо бароварда шавад. Максимуми – 30 – 60 сония. Ҳангоми набудани самара:
5. ассистенти дигар бо мезёр ба ҷониби поён ва пеш мавқеи болои қовуқро зер мекунад (мавқеи ҷойгиршавии китфи пеш) ва дастонро бо тарзи маҳси дил ҷойгир мекунад. Духтур яқҷо бо ассистент трақсияҳои худро давом медиҳад. Ҳангоми набудани натиҷа:
6. ассистент 1 – 2 фишори алвонҷуранда ба мавқеи болои қовуқ, ки дар он ҷо китфи пеш ҷойгир аст, меоварад ва дастони худро ба монанди маҳси дил ҷойгир мекунад. Духтур яқҷо бо ассистент охишта трақсияҳои худро давом медиҳад. Ҳангоми набудани натиҷа:
7. духтуре, ки валодатро қабул мекунад, дасти худро аз тарафи пушти тифл ба сӯи китфи пеш ворид мекунад ва аз ақиб ба он фишор меоварад. Ҳангоми набудани натиҷа – дасти дууми худро аз тарафи қафаси сина ба сӯи китфи ақиб ворид меку-

АВТОРЫ:

к.м.н., доцент кафедрои акушерства и гинекологии №1 ТТМУ имени Абуали ибни Сино, главный внештатный акушер-гинеколог МЗ РТ

д.м.н., профессор, руководитель акушерского отдела НИИ АГиП МЗ РТ

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 ТТМУ имени Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 ТТМУ имени Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор, чл.-корр. АН РТ

к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТТМУ имени Абуали ибни Сино

к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТТМУ имени Абуали ибни Сино

д.м.н., профессор, председатель ассоциации акушеров – гинекологов Республики Таджикистан

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ТИПММК МЗ РТ

директор НИИ АГ и П

начальник отдела Управления МЗ РТ

научный консультант ТНИИ АГиП МЗ РТ, профессор

к.м.н., с.н.с. НИИ АГиП МЗ РТ

к.м.н., акушер-гинеколог

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

РУСТАМОВА М.С

ГЕЛЛИМУС

ШЬЮПШИНСКАС

д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ТИПММК МЗ РТ
эксперт Всемирной организации здравоохранения, доцент кафедры

над ва ҳаракат мекунад, ки китфи ақибро ба қониби симфиз тела кунад. Ҳангоми набудани натиҷа:

8. зани зоянда чаппа гардониди мешавад, ҳолати зонугӣ – ориңчро қабул мекунад ва пункти 7 тақрор карда мешавад. Ҳангоми набудани натиҷа:
9. устухони кулфрак шикаста мешавад: бо ангушт мавқеи миёнаи кулфрак ламс карда ёфта, аз поён ба боло фишор оварда шавад.

Ба ҳар як усул 30 – 60 сония дода мешавад.
Истифодаи усули Кристеллер қатъиян манъ аст ва он сабаби зиёдтар дар мондани китф мешавад ва ба тарқиши бачадон оварда мерасонад.

Адабиёти истифодашуда:

1. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. М., Медицина, 1980.
2. Энкин М., Кейрс М., Нейтсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А. В, СПб.: «Петрополис», 2003.

Замимаи 1
Нишондодҳои назорати дар мавриди ТВРОН

Нишондодҳои назорати	
Аз тарафи модар	<p>Назорати аломатҳои сирояти эҳтимолӣ* (7): (Аломатҳои хоришом-нионит:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>балағидашави ҳарорати бадан</i> • <i>балағидатар аз 37,8</i> • <i>афсӯди С,</i> • <i>тахикардия;</i> • <i>лейкоситоз 15 000</i> • <i>ва зиёдтар;</i> • <i>дардинокӣ бачадон</i> • <i>ҳангоми палмоси-дан;</i> • <i>хориҷот аз маҳбал бо бӯи нохуш.</i> <p>Назорати саршавии фяълояти валодат</p> <p>Гӯш кардани таппиши дили тифл</p> <p><i>Тахикардия (зиёдтар аз 160 зарбадар 1 дақиқа) ё/ва аритмия ё/ва брадикардия (камтар аз 120 зарба дар 1 дақиқа)</i></p> <p>КТГ аз рӯи шароит, хангоми будани аппарат</p>
Аз тарафи баҷадон	<p>1. Чекунчи ҳарорати бадан ва набз - ҳар 4 соат;</p> <p>2. палмосидани бачадон (муҳоз, дарднокӣ) – ҳар 4 соат;</p> <p>3. назорати миқдор ва хусусияти хориҷот аз маҳбал – ҳар 4 соат;</p> <p>4. муайян кардани миқдори лейкоцитҳо дар молшакли периферикӣ хун – ҳар рӯз;</p> <p>5. дар мавриди мавҷудияти лабораторияи бактериологӣ – кишти хориҷоти маҳбал ба стрептококки гуруҳи В.</p> <p>Палмосидани бачадон (ҳисоби муҳоз) – ҳар 4 соат.</p> <p>Ҳар як 4 соат</p> <p>Ҳар рӯз.</p>

Замимаи 2

Ҷадвали ниғузи янгии окситоцин

Фосилаи вақт аз лаҳзаи саршавӣ (дақиқа)		Окситоцин (мг/дақ)		10 мг окситоцин дар 500 мл маҳлул* (1 мг/л – 0,05 мг ё 1 чакра**)		5 мг окситоцин дар 500 мл маҳлул (1 мг/л – 0,1 мг ё 2 чакра)		** Дар 1 мл 20 чакра	
Фосилаи вақт аз лаҳзаи саршавӣ (дақиқа)	Окситоцин (мг/дақ)	Мл/соат	Чакра/дақ	Мл/соат	Чакра/дақ	Мл/соат	Чакра/дақ	Мл/соат	Чакра/дақ
0	1	30	4	6	12	24	48	48	96
30	2	60	8	12	24	24	48	48	96
60	4	90	12	24	36	24	48	48	96
90	8	120	16	48	48	24	48	48	96
120	12	150	20	72	48	24	48	48	96
150	16	180	24	96	48	24	48	48	96
180	20	210	28	120	48	24	48	48	96
210	24	240	32	144	48	24	48	48	96
240	28	270	36	168	48	24	48	48	96
270	32	300	40	192	48	24	48	48	96

Замимаи 3

Аломатҳои хавфнокӣ тетаини бачадон:

- муҳоз аз ҳад зиёд дардинок, сустшави янгии байни муҳоз дида намешавад;
- зани зонаи шикот ба дарди саҳт дорад, бекароп, дов мезанад, ёри металабад;
- гузарши сарак қатъ гардидаст;
- боздошти пешоброғи инди мешавад, хангоми катетеризатсияи пешабнон пешоби бозистода бо миқдори кам, эҳтимол бо хун хориҷ карда шавад.