Приложение № 4

к Приказу Министерства здравоохранения

Забайкальского края от 26 мая 2017 г. № 256

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДАХ**

**Авторы-составители:**

**Белокриницкая Т.Е.** – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, президент КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов»

**Дашкевич О.Ю.** – заслуженный врач Забайкальского края, заведующая родильным отделением ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», член КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов»

Клинические рекомендации (протокол лечения) разработан на основе сведений доказательной медицины, приказа МЗ РФ 572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (2012), клинических рекомендаций (протокола лечения) «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде», утв. МЗ РФ 27 мая 2014 №15-4\10\2-3185 (авторы Адамян Л.В., Филиппов О.С., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. и др.). - Москва, 2014. – 27 с.; Клинических рекомендаций (протокола) «Медицинская эвакуация беременных и родильниц», утв. МЗ РФ 2 октября 2015 № 15-4/10/2-5802 (авторы Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., Братищев И.В. и др.). - Москва, 2015. – 14 с.

**Определение**

Самопроизвольные роды – это роды одним плодом в затылочном предлежании, которые начались спонтанно, прошли без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в затылочном предлежании, после родов родильница и новорожденный чувствуют себя удовлетворительно. Нормальные самопроизвольные роды в головном предлежании не подразумевают использование в первом периоде родов утеротонических средств и рассечение промежности (перинео-, эпизиотомию).

**Классификация по МКБ-10**

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| O80.9 | Одноплодные самопроизвольные роды неуточненные |
| O84.0 | Роды многоплодные, полностью самопроизвольные |
| O84.8 | Другое родоразрешение при многоплодных родах |
| O84.9 | Роды многоплодные неуточненные |

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

Различают:

* Преждевременные роды, наступившие при сроке беременности от 22 до 37 нед.
* Своевременные роды – это роды в сроке 37 недель 1 день – 41 неделя гестации.

В течение родов наблюдают три периода:

* 1период – период раскрытия шейки матки;
* 2период – период изгнания плода;
* 3 период – последовый период.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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

**Диагностика:**

1. ***Решить вопрос о возможности эвакуации роженицы в родильный дом.***

2. Оценить данные общего и акушерского анамнеза:

* количество беременностей и родов в анамнезе, их течение, наличие осложнений;
* течение настоящей беременности: угроза прерывания беременности, общая прибавка в весе, динамика артериального давления, изменения в анализах крови (по данным обменной карты);
* данные общего объективного исследования.

3. Оценить период родов: начало схваток, их регулярность, продолжительность, интенсивность, болезненность. Провести 4 приёма наружного исследования: определить высоту стояния дна матки, положение и позицию плода, характер предлежащей части и её отношение к плоскости входа в малый таз (подвижна над входом в таз, фиксирована малым сегментом, большим сегментом во входе в таз, в полости малого таза, на тазовом дне. Произвести аускультацию плода.

4. Оценить характер выделений: наличие кровянистых выделений, подтекание околоплодных вод, наличие в них мекония.

**NB!** При мекониальном окрашивании околоплодных вод и любом нарушении сердечного ритма плода ***вызвать на себя неонатологическую реанимационную бригаду.***

5. При необходимости произвести влагалищное исследование.

6. Сформулировать диагноз, отражающий следующие позиции:

* срочные или преждевременные роды;
* период родов;
* характер излития околоплодных вод – преждевременное (до начала схваток), раннее (с началом родовой деятельности, но до открытия шейки матки 7 см);
* осложнения беременности и родов;
* особенности акушерско-гинекологического анамнеза;
* сопутствующая экстрагенитальная патология.

**Ведение роженицы:**

***При наличии условий и возможностей транспортировки необходимо произвести срочную эвакуацию в акушерский стационар или перинатальный центр, согласно принятой маршрутизации (приказ МЗ ЗК).***

При отсутствии возможности транспортировки роженицы в родильный дом следует приступить к ведению родов. Бритье наружных половых органов и очистительную клизму не производить. Наружные половые органы обработать водой с мылом и кожным антисептиком. Заменить нательное бельё, по возможности – принять гигиенический душ. Заменить постельное бельё, под него подложить клеенку.

ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

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

1) использовать утеротоники (окситоцин) для медикаментозного усиления маточных сокращений и ускорения родов;

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

**Ведение периода раскрытия, как правило, активно-выжидательное.**

1. Возможность свободного положения пациентки в родах. При излитии околоплодных вод при не прижатой головке рекомендуется положение на боку.

2. Обучение женщины технике дыхания во время родов.

3. Исследование пульса – каждый час, артериального давления на периферических артериях каждые 4 часа, измерение температуры тела - 1 раз в 4 часа.

4. Контрактильная деятельность матки – каждые 30 мин, с документальной регистрацией полученных данных.

5. Оценку частоты и объема мочеиспускания – самоконтроль женщины (необходимо предлагать чаще посещать туалет – контроль за мочеиспусканием каждые 2-3 часа). При отсутствии самостоятельного мочеиспускания – выведение

мочи катетером.

6. Мониторинг сердечной деятельности плода (аускультация каждые 30 мин).

Необходимо выяснять самочувствие – степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, расстройства зрения.

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

**Второй период родов**

С момента полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка.

В среднем, второй период родов у первородящих длится 1,1 час у повторнородящих – 0,4 часа.

**Особенностями ведения второго периода родов является:**

1) Нахождение медицинского персонала с роженицей постоянно.

2) Документированный мониторинг:

* АД, ЧСС роженицы 1 раз в час;
* Контроль за опорожнением мочевого пузыря 1 раз в час;
* Мониторинг родовых схваток каждые 30 минут;
* Мониторинг сердечной деятельности плода после каждой схватки;

3) Роды ведутся с пассивным (на фоне схваток) опусканием головки на тазовое дно, избегая управления потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы).

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

4) Подготовить место для принятия родов (разложить чистые пеленки или одноразовый пакет для приема родов, нагреть пеленки, которыми будут обтирать ребенка, подготовить необходимые инструменты для родов, приготовить шапочку и носочки для ребенка).

5) Рождение ребенка может происходить в любом положении, которое выбрала сама женщина. Наиболее удобное положение в родах – полусидя. Наиболее неудобное и опасное для плода положение – лежа на спине.

6) Приступать к приему родов при появлении головки из половой щели 2-4 см в диаметре, вне потуги головка не уходит.

7) Пуповину следует пересекать стерильными инструментами, обработав её кожными антисептиками, после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты после рождения ребенка.

**В родах не следует:**

1) выполнять рутинную эпизио-, перинеотомию ;

2) использовать утеротоники (окситоцин) для укорочения второго периода родов;

3) противодействовать разгибанию головки;

4) форсировать рождение ребенка за одну потугу. После рождения головки необходимо дать возможность головке повернуться, а плечикам развернуться самостоятельно, в это время провести пальцевое исследование шейной борозды в целях диагностики обвития пуповины вокруг шеи. При тугом обвитии пересечь пуповину между 2 зажимами, при не тугом – ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги. Цианоз личика не является опасным признаком;

5) поднимать ребенка при не пережатой пуповине выше тела матери (уровня плаценты);

6) использовать окситоцин и метилэргометрин во втором периоде родов для профилактики кровотечения.

Приём родов заключается в оказании акушерского пособия, к которому приступают при появлении головки из половой щели 2-4 см в диаметре.

Как только подзатылочная ямка подойдет под лонную дугу (принимающий роды ощущает затылок в ладони), а с боков можно прощупать теменные бугры, приступают к выведению головки. Роженицу просят не тужиться; ладонью левой руки обхватывают вышедшую часть головки, а ладонью правой руки с отведённым большим пальцем обхватывают промежность и медленно, как бы снимая её с головки (с лица), одновременно другой рукой бережно приподнимают головку кверху – при этом над промежностью сначала показывается лоб, затем нос, рот и, наконец, подбородок. Выводить головку нужно непременно до тех пор, пока промежность «не сойдет» с подбородка – пока подбородок не выйдет наружу. Всё это проделывают обязательно вне схватки.

Родившаяся головка обычно поворачивается затылком в сторону бедра матери, иногда наружный поворот головки задерживается. Если показаний к немедленному окончанию родов не имеется (внутриутробная асфиксия плода, кровотечение), не следует торопиться, надо дождаться самостоятельного наружного поворота головки, в таких случаях женщину просят потужиться, при этом головка поворачивается затылком в сторону бедра матери и переднее плечико подходит под лоно. Если переднее плечико не подошло под лоно, оказывается помощь: кладут ладони на височно-шейные поверхности и, осторожно, бережно оттягивая головку книзу, подводят переднее плечико под лонное сочленение. Далее обхватывают головку левой рукой так, что ладонь её ложится на нижнюю щечку, и приподнимают головку, а правой рукой, подобно тому, как это делали при выведении головки, осторожно сдвигают промежность с заднего плечика.

Когда оба плечика вышли, осторожно обхватывают младенца за туловище в области подмышечных впадин и, приподнимая кверху, извлекают полностью из родовых путей.

Акушерское ручное пособие при прорезывании головки должно быть всегда максимально бережным, оно имеет целью, прежде всего, помочь рождению здорового ребёнка, не причиняя ему никакой травмы, и одновременно сохранить по возможности целость тазового дна.

**Обсушивание новорождённого, осмотр и оценка состояния**

Испарения с поверхности кожи приводят к снижению температуры тела новорождённого в течение нескольких секунд после рождения. Это интенсивный сенсорный стимул, вызывающий спонтанное дыхание после рождения. В этот момент потеря тепла носит физиологический характер, её невозможно избежать. Если охлаждение продолжается в течение нескольких минут, то температура тела ребёнка снижается до 36 градусов С и ниже, развивается гипотермия, что является патологическим состоянием, которое необходимо предупредить.

**NB!** После рождения необходимо положить ребенка на живот матери и укрыть его сухой теплой пеленкой. Пуповину пересечь после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты после рождения ребенка.

**Оценка состояния новорожденного производится на животе матери**

После обсушивания необходимо оценить состояние ребёнка и определить, нуждается ли он в реанимационных мероприятиях.

***При осмотре важно обратить внимание на следующее:*** наличие спонтанного дыхания и сердечных сокращений, цвет кожных покровов – оценка этих признаков позволяет определить показания к проведению срочных реанимационных мероприятий в течение 30 с после родов.

***NB!*** Спонтанное дыхание в течение 30 с после рождения, громкий крик,

частота сердечных сокращений более 100 в минуту, розовый цвет кожи - признаки удовлетворительного состояния при рождении. При необходимости вызвать на себя неонатальную реанимационную бригаду.

Если состояние ребенка удовлетворительное, после обсушивания кожи его следует оставить на животе матери (эпигастральная область), прикрыв тёплой пелёнкой.

**Пережатие и отсечение пуповины**

Пуповину пересечь после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты после рождения ребенка.

Техника: один зажим Кохера (или пластиковый зажим) наложить на пуповину на расстоянии 10 см от пупочного кольца. Второй зажим Кохера (или пластиковый зажим) наложить на пуповину как можно ближе к наружным половым органам роженицы. Участок пуповины между зажимами протирается стерильной марлевой салфеткой с антисептиком и пересекается стерильными ножницами. На пуповинный остаток накладывают стерильную повязку.

***Ребенка одевают (пеленают) на животе матери.***

**Первое прикладывание к груди**

Сразу же после рождения здоровый ребёнок инстинктивно начинает поиск пищи. Очень важно обеспечить полноценное общение матери и ребёнка сразу после родов, для этого ребенок после рождения прикладывается к груди матери.

***NB!*** В период транспортировки в акушерский стационар ребенок находится на животе матери. Разлучать ребёнка с матерью следует только при крайней необходимости.

**Сразу после рождения ребенка:**

Поздравьте мать с рождением ребенка и спросите о первых ощущениях и переживаниях, спросите, как она себя чувствует, и приободрите ее.

Помогите приложить ребенка к груди, обратите внимание на признаки правильного прикладывания (вывернутая нижняя губа, полный захват ареолы соска, нос прижат к груди).

Производят осмотр и оценку ребёнка по методу Апгар к концу первой минуты после рождения и через 5 мин (таблица 1). Метод оценки состояния плода по Апгар позволяет произвести быструю, предварительную оценку по 5 признакам физического состояния новорождённого:

■ частоты сердцебиения – при помощи аускультации;

■ дыхания – при наблюдении за движениями грудной клетки;

■ цвета кожи младенца – бледный, цианотичный или розовый;

■ мышечного тонуса – по движению конечностей;

■ рефлекторной активности при пошлепывании по подошвенной стороне ступни.

**Таблица 1. Оценка состояния новорождённого по шкале Апгар**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии для оценки**  **по шкале Апгар** | **0 баллов** | **1 баллов** | **2 баллов** |
| Окраска кожи | Бледность или цианоз (синюшная окраска) | Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей (акроцианоз) | Розовая окраска всего тела и конечностей |
| Частота сердцебиений за 1 минуту | Отсутствует | <100 | >100 |
| Рефлекторная возбудимость (реакция малыша на введение носового катетера) | Не реагирует | Реакция слабо выражена (гримаса, движение) | Реакция в виде движения, кашля, чиханья, громкого крика |
| Мышечный тонус | Отсутствует, конечности свисают | Снижен, некоторое сгибание конечностей | Выражены активные движения |
| Дыхание | Отсутствует | Нерегулярное, крик слабый | Нормальное, крик громкий |

Дальнейшую обработку новорождённого (кожа, пуповина, профилактика офтальмобленореи) производят только в акушерском стационаре. Кроме того, неумелые действия при вторичной обработке пуповины могут вызвать трудноостановимое кровотечение после отсечения пуповины от пупочного кольца.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

Последовый период – время от рождения ребёнка до рождения последа. В течение этого периода происходит отслойка плаценты вместе с её оболочками от маточной стенки и рождение плаценты с оболочками – последа.

**В первую минуту после рождения плода следует ввести в мышцу бедра 10 ЕД окситоцина. Женщинам группы риска по кровотечениям начать в/в капельное введение 5 ЕД окситоцина в 500 мл физраствора.**

**Ведение третьего периода родов**

При ведении третьего периода родов необходимо знать и использовать:

- признаки отделения плаценты;

- способы выделения отделившего последа.

**Признаки отделения плаценты:**

Шредера – изменение формы и высоты стояния дна матки.

Альфельда – удлинения наружного отрезка пуповины.

Клейна – после потуги удлинившийся отрезок пуповины не втягивается.

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

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

Абуладзе – после бережного массажа матки переднюю брюшную стенку матери берут двумя руками в продольную складку и предлагают роженице потужиться.

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

1. При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться.

2. Держите плаценту обеими руками и осторожно поворачивайте ее, пока плодные оболочки не родятся.

3. Медленно потяните плаценту для завершения родов.

4. Внимательно осмотрите плаценту и оболочки, чтобы удостовериться в их целостности: послед раскладывают плашмя материнской поверхностью кверху. Обращают внимание, все ли дольки плаценты вышли, нет ли добавочных долек плаценты, полностью ли выделились оболочки. Задержка в матке частей плаценты или её дольки не дает возможности матке хорошо сократиться и может стать причиной гипотонического кровотечения.

5. После рождения последа немедленно оцените тонус и появление сокращений матки через переднюю брюшную стенку женщины.

6. Оценивайте тонус матки каждые 15 минут, обязательно убедившись в том, что матка хорошо сократилась.

**При нормальном течении последового периода кровопотеря составляет не более 0,5 % от массы тела или 5 мл/кг массы тела.**

**Недопустимо:** производить наружный массаж матки и потягивать за пуповину. Это может привести к нарушениям физиологического процесса отделения плаценты и возникновению сильного кровотечения.

**NB! Если в течение 30 минут послед не отделился, и кровотечение отсутствует – срочно эвакуировать пациентку в акушерский стационар с точкой инфузии, предварительно оповестить акушерский стационар, куда транспортируется больная!**

**Если не хватает плацентарной дольки или части её, если плацента цела и возникло кровотечение из полости матки, следует максимально быстро эвакуировать пациентку в акушерский стационар, предварительно оповестив его.**

**На период транспортировки:**

1. В динамике оценивать тяжесть кровопотери: сознание, цвет и температуру кожных покровов и слизистых, признаков нарушения микроциркуляции (периферический акроцианоз, бледность, холодные конечности, уши и др.), АД, ЧСС.
2. Гемостатическая терапия: внутривенное введение транексамовой кислоты в дозе 15 мг/кг массы тела**.**

3. Катетеризация (пункция) 2-х периферических вен: начать введение сбалансированного раствора кристаллоида 500-1000 мл и физраствора 500 мл с 10 ЕД раствора окситоцина со скоростью 60 капель в минуту.

4. При продолжающемся обильном кровотечении придавить брюшную аорту кулаком к позвоночнику слева от пупка (рисунок 1) или применить двуручное сдавление матки (сжатую в кулак руку ввести в передний свод влагалища и надавить на переднюю стенку матки; другой рукой надавить на заднюю стенку матки – рисунок 2).

Рис. 1. Техника сдавления кулаком брюшной аорты.

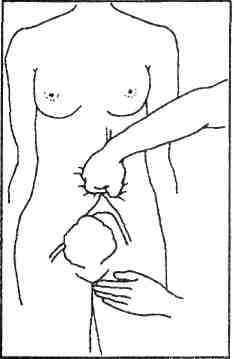
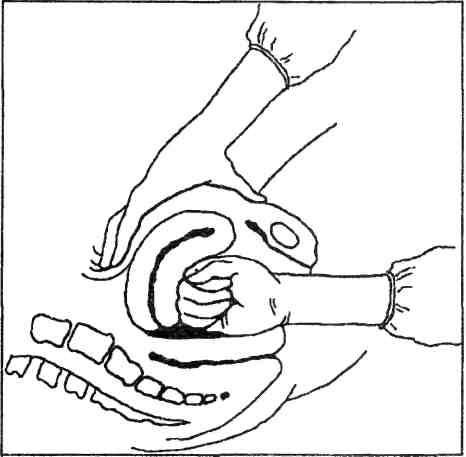


Рис.2. Двуручное сдавление матки



5. Если применения кристаллоидов недостаточно для лечения гиповолемии при острой кровопотере, вводят препараты гидроксиэтилированного крахмала в дозе не более 30 мл/кг (инструкция к препарату от 10.01.2017 г). Введение препаратов ГЭК так же показано при агональном состоянии на фоне острой массивной кровопотери.

**Родившийся послед обязательно доставить в акушерский стационар** для тщательной оценки его целости врачом-акушером.

**Осмотр родовых путей**

Осматривают наружные половые органы, вход во влагалище и промежность. Имеющиеся ссадины, трещины обрабатывают кожным антисептиком, разрывы должны быть зашиты в условиях стационара.

Если имеется кровотечение из мягких тканей, необходимо наложение швов до транспортировки в акушерский стационар или наложить давящую повязку (кровотечение из разрыва промежности, области клитора), возможно тампонада влагалища стерильными марлевыми салфетками. ***Все усилия при данных ситуациях должны быть направлены на срочную эвакуацию родильницы в акушерский стационар, который должен быть оповещен заранее.***

**Послеродовой период**

После родов у родильницы необходимо следить за пульсом, артериальным давлением, за состоянием матки и характером выделений (возможно кровотечение).

Родившийся послед, родильницу и новорождённого необходимо доставить в акушерский стационар.

Перед транспортировкой известить акушерский стационар, в сопроводительных документах указать дату и время родов, кто принимал роды, состояние женщины и ребёнка при рождении, величину кровопотери, какие лекарственные препараты вводились.

Новорожденного, во избежание холодовой травмы, транспортировать на животе матери, хорошо укрыв его дополнительно. Перед транспортировкой измерить температуру его тела.

**Следует помнить!**

Только физиологически протекающие роды могут быть проведены во внебольничных условиях.

Ведение патологических родов вне стационара влечёт за собой неблагоприятный исход, как со стороны матери, так и со стороны плода и новорождённого.

**Дальнейшее ведение пациента:**

* При возникновении ургентной ситуации необходимо максимально быстро эвакуировать пациентку в акушерский стационар, предварительно оповестив его.
* Транспортировка пациентки на каталке.