

Приложение 2
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«ПАРТОГРАММА»**

ТАШКЕНТ 2025

Оглавление

Вводная часть.....	5
Основная часть.....	9
Приложения	29
Список литературы.....	33

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10:

O80	Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение. Включены: <ul style="list-style-type: none">• случаи с минимальной помощью или без нее, с проведением эпизиотомии или без нее• нормальные роды
O80.0	Самопроизвольные роды в затылочном предлежании
O80.1	Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании
O80.8	Другие самопроизвольные одноплодные роды
O84.0	Роды многоплодные, полностью самопроизвольные
O60.1	Преждевременные самопроизвольные роды с досрочным родоразрешением
Ссылки: https://mkb-10.com/index.php?pid=14392 https://mkb-10.com/index.php?pid=14418 https://mkb-10.com/index.php?pid=14277	

Коды по МКБ-11:

JВ20	Самопроизвольные роды одним плодом
JВ20.0	Самопроизвольные роды в затылочном предлежании
JВ20.1	Самопроизвольные роды в тазовом предлежании
JВ24.0	Самопроизвольные роды при многоплодной беременности
JВ00.1	Спонтанные преждевременные роды с родоразрешением
Ссылки: https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release	

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2030 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка.

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад: члены рабочей группы по организации процесса по направлению инфекционные болезни:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Надырханова Н.С.	Директор, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н., профессор	ТМА
3	Гафурова Ф.А.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства, гинекологии и перинатальной медицины,
4	Каримова Ф.Д.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства и гинекологии №2

Список основных составителей:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупов У.Ю.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
2	Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
3	Алиева Д.А.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
4	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
5	Микиртичев К.Д.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
6	Ильясов А.Б.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
7	Нажметдинова Д.Ф.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
8	Шамсиева З.И.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РСНПМЦЗМиР
9	Мансурова Х.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
10	Абдураимов Т.Ф.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
11	Ядгарова К.Т.	научный консультант, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
12	Усмонов С.К.	научный консультант	РСНПМЦЗМиР
13	Курбанов Б.Б.	заведующий кафедрой, д.м.н.	ТашПМИ, кафедра акушерства и гинекологии
14	Бабажанова Ш.Д.	акушер-гинеколог, д.м.н.	РПЦ
15	Матякубова С.А.	директор, д.м.н.	Хорезмский филиал РСНПМЦЗМиР
16	Насретдинова Д.Б.	директор, к.м.н.	Андижанский филиал РСНПМЦЗМиР
17	Суяркулова М.Э.	директор, к.м.н.	Ферганский филиал РСНПМЦЗМиР
18	Шодмонов Н.М.	директор, к.м.н.	Джиззакский филиал РСНПМЦЗМиР
19	Джумаев Б.А.	директор, д.м.н.	Ташкенский областной филиал РСНПМЦЗМиР
20	Даминова Р.А.	директор	Наманганский филиал РСНПМЦЗМиР
21	Дустмуродов Б.М.	директор	Хорезмский филиал РСНПМЦЗМиР
22	Аширбекова Г.У.	директор	Филиал РСНПМЦЗМиР РК
23	Хамроева Л.К.	директор	Хорезмский филиал РСНПМЦЗМиР
24	Садыкова Х.З.	директор	Самаркандский РСНПМЦЗМиР
25	Эшонкулов А.Г.	директор	Навоийский филиал РСНПМЦЗМиР
26	Зиёев А.М.	директор	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦЗМиР
27	Жураев Н.Б.	директор	Бухарский филиал РСНПМЦЗМиР
28	Ачилова С.И.	директор	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦЗМиР

Рецензенты:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
----------	---------------	------------------	---------------------

1	Юсупбаев Р.Б.	д.м.н., старший научный сотрудник, руководитель отдела фетальной медицины	РСНПМЦЗМиР
2	Иноятова Н.М.	к.м.н., доцент	ЦРПКМР, кафедра акушерства, гинекологии и перинатальной медицины

РСНПМЦЗМиР – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

РПЦ – Республиканский перинатальный центр

РК – Республика Каракалпакстан

ТашПМИ – Ташкентский педиатрический медицинский институт

ТМА – Ташкентская медицинская академия

ЦРПКМР – Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместителей), врачей региональных учреждений системы родовспоможения в онлайн-формате «_18_» _декабря_ 2023 г., протокол №2. Руководители рабочей группы: д.м.н. Надырханова Н.С., директор ГУ «РСНПМЦЗМиР», Абдуллаева Л.М., д.м.н., профессор ТМА, главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Гафурова Ф.А., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатальной медицины ЦРПКМР, Каримова Ф.Д. д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 ЦРПКМР.

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Акушерства и Гинекологии» «_21_» _декабря_ 2023 г., протокол №_19_. Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

Внешняя экспертная оценка:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Тинатин Гагуа	акушер-гинеколог, эксперт ВОЗ, д.м.н.	Медицинский Университет Д. Твилдиани (Грузия)

Поддержка в переводе протокола: Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА/UNFPA) в Узбекистане

Список сокращений.

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДАД	Диастолическое артериальное давление
САД	Систолическое артериальное давление
УУР	Уровень убедительности рекомендаций
ЧСС	Частота сердечных сокращений

Цель протокола:

Целью настоящего документа является содействие эффективному использованию партограммы работниками здравоохранения, оказывающими помощь роженицам в ходе родов и родоразрешения.

Категории пациентов: роженицы в активной фазе первого периода родов, включая преждевременные, срочные, запоздалые роды одним или несколькими, живым/ими или мертвым/ими плодами.

Пользователи протокола: врачи акушеры-гинекологи, акушерки, организаторы здравоохранения, студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов, роженицы, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств):

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

2. Основная часть

2.1. Введение.

Более одной трети случаев материнской смертности, половина случаев мертворождения и четверть всех случаев смерти новорожденных вызваны осложнениями во время родовой деятельности и родоразрешения. Для предупреждения неблагоприятных исходов родов решающее значение имеет мониторинг родовой деятельности и родоразрешения, а также раннее выявление и лечение осложнений.

В феврале 2018 г. ВОЗ опубликовала сводные рекомендации по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов, которые легли в основу Национального клинического протокола «Нормальные роды». В этих рекомендациях представлены методы, которых следует придерживаться на всем протяжении родов и в послеродовой период, а также указана неэффективная тактика, которой следует избегать. В целях содействия эффективному осуществлению рекомендаций по ведению нормальных родов ВОЗ в 2022 г. провела анализ и пересмотрела структуру предыдущей версии партограммы.

Партограмма ВОЗ 2022 г. подготовлена для обеспечения благополучия женщины и плода в родах путем проведения мониторинга и регулярной оценки течения родов на предмет возможных отклонений.

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.2. Определение.

Партограмма – способ графического описания родов, в котором отражаются в виде кривой раскрытие шейки матки, продвижение плода и другие показатели общего состояния и течения родов.

Установлено, что использование партограммы обеспечивает оказание качественной и безопасной медицинской помощи в родах, основанной на доказательных данных, поддерживающего ухода и минимизирует или исключает избыточные вмешательства.

Партограмма не служит заменой процессу принятия клинического решения специалистом с учетом индивидуальных обстоятельств, а также предпочтений пациентки. Если такие решения принимаются, они должны основываться на комплексной оценке состояния женщины и ребенка.

Основные цели партограммы:

1. Определение порядка мониторинга и графическая регистрация сведений о состоянии роженицы и плода, прогрессе родов;
2. Организация поддерживающего ухода во время родов медицинскими работниками для формирования положительного опыта родов;
3. Содействие в своевременном выявлении и устранении возникающих осложнений родов;
4. Предупреждение выполнения излишних вмешательств в родах;
5. Содействие контролю и повышению качества ведения родов.

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.3. Для кого необходимо применение партограммы?

Ведение партограммы рекомендуется для всех женщин, находящихся в родах. Для женщин из группы высокого риска осложнений может потребоваться дополнительное наблюдение и помощь.

Партограмма заполняется на все случаи родов: одноплодных и многоплодных, в головном и тазовом предлежаниях, в доношенном и недоношенном сроке беременности, живым и мертвым плодом.

Партограмма, в первую очередь, составлена для оказания помощи практически здоровым беременным женщинам и плодам (то есть беременным с низким риском). Для женщин группы высокого риска осложнений в родах, может быть необходим специализированный мониторинг и уход.

Несмотря на наличие известных факторов риска, ПРПО может часто возникать без очевидных причин.

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.4. Где использовать партограмму и когда ее начинать заполнять?

Партограмму рекомендуется использовать в родовспомогательных учреждениях любого уровня: первичного, вторичного, третичного.

Вносить информацию в партограмму о состоянии женщины и плода, а также о ходе родов следует с начала активной фазы первого периода родов (раскрытие шейки матки 5 см или более), независимо от числа родов и состояния оболочек.

Хотя в латентной фазе первого периода родов заполнение партограммы не проводят, проведение стандартного мониторинга за состоянием матери и плода, оказание необходимой помощи при необходимости и ухода является обязательным.

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.5. Структура партограммы.

Партограмма представлена 7-ю разделами:

1. Идентификационные данные и характеристики родовой деятельности на момент поступления пациентки
2. Поддерживающий уход
3. Оказание помощи ребенку
4. Оказание помощи матери
5. Ход родов
6. Введение лекарственных средств
7. Совместное принятие решений

В разделе 1 указывают полное имя женщины, а также важные для ведения родов характеристики родовой деятельности на момент поступления пациентки:

- число родов,
- начало родовой деятельности (самостоятельное/индуцированное),
- дата постановки диагноза активной фазы родов,
- дата и время разрыва плодных оболочек,
- факторы риска.

Этот раздел следует заполнить при подтверждении диагноза активной фазы первого периода родов.

В разделах 2–7 содержится перечень наблюдений за ходом родов. Вскоре после поступления роженицы в отделение медицинский работник должен заполнить информацию по всем разделам. Для фиксации времени наблюдения, а также любого отклонения от нормы по каждому наблюдаемому параметру имеется соответственно горизонтальная ось времени и вертикальная ось пороговых значений. Кроме того, в партограмме предусмотрен раздел для наблюдения во втором периоде родов.

Для обеспечения систематического и единообразного применения партограммы медицинским работникам рекомендуется использовать подход, основанный на принципе: **«Оцени – Запиши – Проверь – Запланируй»**, который предусматривает:

1. **оценку** (оценка состояния женщины и плода, а также хода родовой деятельности);
2. **запись** (документальная фиксация наблюдений за родами);
3. **проверку** на соответствие пороговым значениям (сравнить наблюдения за ходом родовой деятельности с пороговыми значениями, указанными в ячейках для критических показателей);
4. **планирование** (совместно с роженицей принять решение о необходимости и перечне конкретных вмешательств и провести соответствующую документальную фиксацию).

Важно обеспечить динамическое наблюдение со стороны медицинских работников за состоянием женщины и плода, а также за ходом родов и применение принципа **«Оцени – Запиши – Проверь – Запланируй»**, на всех этапах оценки в течение родов.

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.6. Использование партограммы.

Ось времени:

- первый ряд ячеек на оси времени («Время») предназначен для указания фактического времени каждого наблюдения в часах и минутах.
- во втором ряду («Часы») указывают количество часов, прошедших в родах. Одной ячейке соответствует один астрономический час.

Как указано в примере ниже, в случае если первую оценку состояния проводят в 6:30, а вторую и третью оценку состояния выполняют спустя 1 и 2 часа, в 7:30 и 8:30, все эти сведения необходимо внести в соответствующие столбцы. В случае если в 12:30 произошло полное раскрытие маточного зева, указание времени следует продолжать в ячейках, соответствующих второму периоду родов.

Время	6.30	7.30	8.30	9.30	10.30	11.30	12.30	:	:	:	:	:	:	12.45	:	:	:
Часы	1	2	3	4	5	6	7	:	:	:	:	:	:	1	2	3	

Столбец с пороговыми значениями («Критические показатели»).

- в столбце «Критические показатели» представлены пороговые значения для различных параметров родовой деятельности.
- в случае, если параметры родовой деятельности находятся в рамках пороговых значений, указанных в столбце «Критические показатели», следует считать, что ход родов и процесс оказания помощи соответствуют норме, и проведения медицинских вмешательств не требуется.
- медицинские работники должны обозначить кружком любые параметры, которые отвечают критериям столбца «Критические показатели». Это позволит наглядно выделить параметры, требующие особого внимания.
- пороговые значения следует рассматривать как средство раннего оповещения.

В основном, пороговые значения заимствованы из рекомендаций ВОЗ, тогда как некоторые получены на основе консенсусного мнения экспертов.

Периодичность выполнения оценки.

- периодичность наблюдения за параметрами приблизительно соответствует таковой в предыдущей версии партограммы ВОЗ.

Хотя периодичность проведения оценки основана на методических указаниях ВОЗ, для некоторых показателей кратность мониторинга может определяться консенсусным мнением медицинских работников. При этом необходимая кратность оценки будет определяться результатами наблюдений за ходом родов, а также состоянием женщины и ребенка.

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.7. Условные обозначения, используемые при заполнении партограммы.

Если определяемый показатель является числовой величиной, его записывают в числовом выражении.

При указании нечисловых величин, то есть величин, не измеряемых количественно, используют ряд сокращений:

Раздел 1. Идентификационные данные и характеристики родовой деятельности на момент поступления пациентки	
Разрыв плодных оболочек (дата; время)	Н = неизвестно
Раздел 2. Поддерживающий уход	
Сопровождающее лицо	Да
	Нет
	О = отказ роженицы
Обезболивание	Да
	Нет
	О = отказ роженицы от фармакологических или нефармакологических методов обезболивания
Пероральное введение жидкости	Да
	Нет
	О = отказ роженицы
Положение	С = спина, на спине
	М = мобильна (периодически перемещается)
Раздел 3. Плод	
Децелерации ЧСС	Нет
	Ран = ранние
	Поз = поздние
	Вар = переменные
Амниотическая жидкость	Ц = целые плодные оболочки
	С = имеется разрыв плодных оболочек, амниотическая жидкость светлая
	М = амниотическая жидкость окрашена меконием: указать соответственно +, ++ или +++ для небольшой, средней и высокой интенсивности окрашивания
	К = примесь крови в амниотической жидкости
Внутриутробное расположение плода	А = любая позиция при переднем виде затылочного предлежания
	Р = любая позиция при заднем виде затылочного предлежания
	Т = любая позиция при поперечном стоянии стреловидного шва
Родовая опухоль	0 (нет)
	+
	++

	+++ (выраженная)
Конфигурация головки	0 (без патологии)
	+ (кости сближены в области швов)
	++ (захождение костей по швам с возможностью репозиции)
	+++ (захождение костей по швам без возможности репозиции)
Раздел 4. Роженица	
Моча	Б – (отсутствие протеинурии)
	Б след (следовые количества белка)
	Б 1+
	Б 2+
	Б 3+
Ацетон	А – (отсутствие ацетонурии)
	А 1+
	А 2+
	А 3+
	А 4+
Раздел 5. Ход родов	
Не применимо	
Раздел 6. Введение лекарственных средств	
Окситоцин	Нет
	Если выбран вариант «да», укажите дозировку в ед/л и скорость введения в кап./мин
Введение лекарственных средств	Нет
	Если выбран вариант «да», укажите название препарата, дозировку и путь введения
Внутривенные инфузии	Да
	Нет
Раздел 7. Совместное принятие решений	
Не применимо	

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.8. Порядок заполнения раздела 1 «Идентификационные данные и характеристики родовой деятельности на момент поступления пациентки».

В данном разделе указывают полные Ф.И.О. женщины, основные характеристики данных родов и факторы риска.

Рекомендации для заполнения раздела 1.

Данные	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись
Ф.И.О.	Уточнить у женщины ее полные Ф.И.О.	Записать полные Ф.И.О. роженицы и убедиться в том, что оно соответствует Ф.И.О., указанным в истории родов.
Число родов	Выписка из медицинской документации с указанием количества беременностей, завершившихся родами.	Число родов = количество родов (на сроке, в котором плод считается жизнеспособным).
Начало родовой деятельности	Охарактеризовать начало родовой деятельности: спонтанное или индуцированное	<ul style="list-style-type: none"> Указать «Спонтанное» в случае, если активная фаза первого периода родов началась без индукции родовой деятельности Указать «Индуцированное» в случае, если имела место индукция родов путем введения окситоцина или простагландинов, амниотомии, введения баллонного катетера в шейку матки, либо иными способами

Диагноз активной фазы родов	Дата постановки диагноза активной фазы первого периода родов	Для указания даты следует использовать формат дд / мм / гг.
Разрыв плодных оболочек	Указать дату и время разрыва плодных оболочек (в случае их разрыва до поступления пациентки).	<ul style="list-style-type: none"> • Эти данные могут быть сообщены женщиной или сопровождающим ее лицом, либо перенесены из медицинской карты в случае, если разрыв оболочек имел место после поступления женщины и до начала заполнения партограммы • Для указания времени следует использовать формат дд / мм / гг • Указать «Н», если имеется подтвержденный разрыв оболочек, однако роженица не может указать дату и/или время разрыва, а также отсутствует документация в медицинской карте
Факторы риска	Указать факторы риска	Имеется информация об акушерских, медицинских или социальных факторах риска, влияющих на оказание помощи и возможный результат ведения родов. Например, имеющееся расстройство здоровья (такое как длительно протекающая гипертензия), акушерские состояния (такие как преэклампсия), поздняя беременность, подростковая беременность, недоношенная беременность, а также колонизация стрептококками группы В.

Пример заполнения раздела 1.

Дата: 7 июня 2020 г.

Время: 6:00

Пациентка Ирина Петрова поступила со схватками; предъявляет жалобы на продолжающиеся в течение последнего часа выделения из половых путей; риск осложнений оценивается как низкий. Гестационный срок 38 недель. Четвертая беременность. В анамнезе две беременности, одна из которых окончилась рождением живого ребенка, одна – мертворождением на доношенном сроке. Также в анамнезе имеется выкидыш. В связи с анемией получает препараты железа для приема внутрь. При поступлении проведена клиническая оценка. Установлено наличие регулярных схваток (3 схватки в течение каждые 10 минут), раскрытие шейки матки 5 см, разрыв плодных оболочек.

ПАРТОГРАММА ВОЗ			
ФИО <i>Петрова Ирина Владимировна</i>	Число родов <i>2</i>	Начало родовой деятельности <i>спонтанно</i>	Диагноз активной фазы родов [Дата <i>06/07/20</i>]
Разрыв плодных оболочек [Дата <i>06/07/20</i> Время <i>5:00</i>]		Факторы риска <i>Мертворождение в анамнезе, анемия</i>	

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.9. Порядок заполнения раздела 2 «Поддерживающий уход».

На всем протяжении родов следует регулярно предлагать меры поддерживающего ухода роженице и оценивать их результативность. В целях упрощения ведения документации, необходимо каждый час заполнять раздел, посвященный мерам поддерживающего ухода.

ВОЗ рекомендует:

- наладить эффективную коммуникацию между персоналом, оказывающим помощь, и роженицей, в том числе использовать простой и культурно приемлемый язык на всех этапах помощи в родах.
- предоставлять каждой женщине четкие разъяснения процедур и их целей.
- разъяснять женщине и сопровождающему ее лицу результаты физикального обследования, а также дальнейшие действия.

Рекомендации для заполнения раздела 2 партограммы.

	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись	Этап 3. Сверить с пороговым значением	Этап 4. Составить план
Сопровождающее лицо	Присутствует ли с женщиной выбранное ею сопровождающее лицо?	Да Нет О = отказ Роженицы.	Критические показатели: Нет.	В случае если выбран вариант «Нет» или «Отказ», следует предложить женщине выбрать и пригласить сопровождающее лицо.
Обезболивание	Приняты ли меры для обезболивания?	Да Нет О = отказ роженницы от обезболивания.	Критические показатели: Нет.	В случае если выбран вариант «Нет», следует предложить женщине фармакологические или нефармакологические методы обезболивания, исходя из ее предпочтений, доступности средств для обезболивания и опыта медицинского персонала.
Пероральный прием жидкостей	Потребляла ли роженица жидкость в требуемом объеме с момента предыдущей оценки состояния?	Да Нет О = отказ Роженицы.	Критические показатели: Нет.	В случае если выбран вариант «Нет», следует рекомендовать роженице прием легкой пищи и употребление жидкости по желанию.
Положение	В каком положении находится женщина в ходе родов и родоразрешения?	С = на спине М = мобильна (периодически перемещается, в том числе ходит, покачивается, находится в любом положении, кроме положения на спине, например на левом боку, на корточках, на коленях, стоя).	Критические показатели: Спина = на Спине.	В случае если выбран вариант «На спине», в течение первого периода родов следует предложить женщине возможность свободного перемещения. В каждом периоде родов необходимо предложить женщине самостоятельно выбрать положение тела (на левом боку, на корточках, на коленях, стоя рядом с сопровождающим лицом).

Пример заполнения раздела 2.

Дата: 7 июня 2020 г.

Время: 6:00

Проведена общая и клиническая оценка состояния Ирины Петровой, пациентка принята в родильное отделение. Наблюдение проводится дежурной акушеркой; родственники или знакомые пациентку не сопровождают. Пациентка предъявляет жалобы на выраженные боли при схватках, настаивает на проведении обезболивания. Употребляла фруктовый сок; перемещается по палате. Дежурной акушеркой, проводящей наблюдение, пациентке предложено выбрать сопровождающее лицо. Пациенткой в

качестве сопровождающего лица выбрана сестра. Акушеркой даны указания сестре в отношении времени и порядка прибытия. Так как в палате находится еще одна роженица, акушерка установила ширму между кроватями. Ирина Петрова находится с сестрой; информирована в отношении техник релаксации для обезболивания.

Время: 7:00

Ирина Петрова находится с сестрой; использует техники релаксации для обезболивания. Получала воду по требованию, находится на кровати в положении на спине.

ПАРТОГРАММА ВОЗ

ФИО *Петрова Ирина Владимировна* Число родов *2* Начало родовой деятельности *спонтанно* Диагноз активной фазы родов [Дата *06/07/20*]

Разрыв плодных оболочек [Дата *06/07/20* Время *5:00*] Факторы риска *Мертворождение в анамнезе, аномалия*

		Время												: : :					
		Часы												: : :					
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12												1 2 3					
Критические показатели		← АКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРВОГО ПЕРИОДА → ← ВТОРОЙ ПЕРИОД →																	
Поддерживающий уход	Сопровождающее лицо	Нет	Нет	Да															
	Обезболивание	Нет	Нет	Да															
	Пероральное введение жидкости	Нет	Да	Да															
	Положение	Спина	М	Спина															

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.10. Порядок заполнения раздела 3 «Оказание помощи ребенку».

Задачей этого раздела является содействие процессу принятия решений в ходе мониторинга за состоянием ребенка.

Мониторинг за состоянием ребенка проводится путем регулярного контроля базальной ЧСС плода, а также децелераций, наблюдения за амниотической жидкостью, положением плода, конфигурацией головки и появлением родовой опухоли.

Рекомендации для заполнения раздела 3 партограммы.

	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись	Этап 3. Сверить с пороговым значением	Этап 4. Составить план
Базальная ЧСС	<p>Провести аускультацию ЧСС плода на протяжении как минимум одной минуты.</p> <p>Провести аускультацию во время схватки, продолжать на протяжении не менее 30 секунд по окончании схватки.</p> <p>Оценить пульс роженицы с целью дифференцировки ее сердечных сокращений от сердечных сокращений плода.</p>	<p>Записать базальную ЧСС плода (количество сокращений за 1 минуту).</p>	<p>Критические показатели: <110, ≥160 / мин.</p> <p>Крайне низкая ЧСС плода в отсутствие схваток, либо продолжающаяся после схватки указывает на дистресс плода.</p> <p>Высокая ЧСС плода в отсутствие высокой частоты сердечных сокращений у роженицы должна рассматриваться как признак дистресса плода.</p>	<p>В случае если ЧСС плода <110 или ≥160 в минуту, необходимо попросить роженицу лечь на левый бок, уведомить старшего врача и оценить ситуацию.</p> <p>В случае если ЧСС плода находится в диапазоне от 110 до 159, следует продолжать регулярную оценку ЧСС плода каждые 30 минут в течение первого периода родов и каждые 5 минут в течение второго периода родов.</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Децелерации</p>	<p>Провести аускультацию ЧСС плода на протяжении как минимум одной минуты. Провести аускультацию во время схватки, продолжать на протяжении не менее 30 секунд по окончании схватки.</p>	<p>Записать сведения о децелерациях, пользуясь следующими условными обозначениями: Нет Ран = ранние Поз = поздние Вар = переменные.</p>	<p>Критические показатели: Поз = поздние.</p> <p>Записать сведения о децелерациях. Крайне низкая ЧСС плода в отсутствие схваток, либо продолжающаяся после схватки указывает на дистресс плода.</p>	<p>Если зафиксированы поздние децелерации, либо имеется однократная длительная децелерация, следует попросить роженицу лечь на левый бок, провести аускультацию в течение продолжительного периода времени, уведомить старшего врача и оценить ситуацию. В отсутствие децелераций следует продолжать регулярную оценку ЧСС плода каждые 30 минут в течение первого периода родов и каждые 5 минут в течение второго периода родов.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Амниотическая жидкость</p>	<p>В каком состоянии находятся плодные оболочки? Имеется ли подтекание амниотической жидкости? В случае если выбран ответ «да», какого цвета амниотическая жидкость?</p>	<p>Ц = целые плодные оболочки С = имеется разрыв плодных оболочек, амниотическая жидкость светлая М = амниотическая жидкость окрашена меконием: указать соответственно +, ++ или +++ для небольшой, средней и высокой интенсивности окрашивания К = имеется разрыв плодных оболочек, жидкость окрашена кровью.</p>	<p>Критические показатели: М+++ (интенсивное окрашивание меконием), К = кровь.</p> <p>Наличие густого мекония указывает на необходимость тщательного наблюдения и возможного вмешательства для оказания помощи в случае дистресса плода. Окрашивание амниотической жидкости кровью часто наблюдается при отслойке плаценты, предлежании плаценты, предлежании сосудов или разрыве матки.</p>	<p>В случае окрашивания жидкости кровью, либо при наличии густого мекония следует уведомить старшего врача и оценить ситуацию. В случае если плодные оболочки целы, либо имеется их разрыв и амниотическая жидкость прозрачна, следует оценить состояние амниотической жидкости при следующем влажностном исследовании через 4 часа, если не показано иное.</p>

Внутриутробное расположение плода	При влагалищном исследовании оценить вид предлежания головки плода.	А = передний вид затылочного предлежания Р = задний вид затылочного предлежания Т = поперечное стояние стреловидного шва	Критические показатели: Р = задний вид затылочного предлежания, Т = поперечное стояние стреловидного шва. Если на фоне поперечного стояния стреловидного шва, либо заднего вида затылочного предлежания не происходит поворота плода в передний вид затылочного предлежания, необходимо рассматривать данную ситуацию как патологическое предлежание плода.	В случае выявления заднего вида затылочного предлежания или поперечного стояния стреловидного шва следует уведомить старшего врача и оценить ситуацию. При выявлении переднего вида затылочного предлежания следует повторно оценить положение плода в ходе следующего влагалищного обследования через 4 часа, если не показано иное.
Родовая опухоль	При влагалищном исследовании оценить наличие родовой опухоли (распространенный отек волосистой части головы).	Оценить выраженность отека по шкале от 0 (отсутствует) до +, ++ или +++ (выраженный).	Критические показатели: +++. Крупная родовая опухоль, наряду с другими признаками, может указывать на механическое препятствие прохождению плода.	Если выраженность родовой опухоли +++, необходимо уведомить старшего врача и оценить ситуацию. Если выраженность родовой опухоли от 0 до ++, то, следует повторить оценку при следующем влагалищном обследовании через 4 часа, если не показано иное.
Конфигурация головки	При влагалищном исследовании оценить степень захождения костей черепа друг на друга во время схватки.	Оценить конфигурацию От 0 до +++ (выраженное). Оценка: 0 (отсутствует) + (кости сближены в области швов), ++ (захождение костей по швам с возможностью репозиции), +++ (захождение костей по швам без возможности репозиции).	Критические показатели: +++. Конфигурация головки +++, наряду с другими признаками, может указывать на механическое препятствие прохождению плода.	Если конфигурация головки +++, то необходимо уведомить старшего врача и оценить ситуацию. Если конфигурация головки от 0 до ++, то, как правило, это признак нормы. Необходимо провести повторную оценку в ходе следующего влагалищного обследования через 4 часа, если не показано иное.

Пример заполнения раздела 3.

Дата: 7 июня 2020 г.

Время: 6:00

В ходе мониторинга зарегистрированы движения плода, ЧСС плода 140 уд./мин, без

децелерации. Влагалищное исследование: раскрытие шейки матки 5 см, головное предлежание. Родового отека или патологического изменения конфигурации головки не имеется; плод находится в заднем виде затылочного предлежания. Амниотическая жидкость чистая.

Время: 6:30

ЧСС плода 136 уд./мин. без децелерации.

Время: 7:00

ЧСС плода 132 уд./мин., переменные децелерации.

Время: 7:30

ЧСС плода 148 уд./мин. без децелерации. Со слов дежурной акушерки на постельном белье имеются следы чистой амниотической жидкости. С учетом нахождения прочих клинических параметров в норме, а также удовлетворительного состояния пациентки Ирины Петровой в родах, оценка ЧСС плода проводится акушеркой с периодичностью один раз в 30 минут; планируется оценить состояние амниотической жидкости при следующем влагалищном исследовании.

ПАРТОГРАММА ВОЗ													
ФИО <i>Петрова Ирина Владимировна</i>			Число родов <i>2</i>		Начало родовой деятельности <i>спонтанно</i>			Диагноз активной фазы родов [Дата <i>06/07/20</i>]					
Разрыв плодных оболочек [Дата <i>06/07/20</i>]			Время <i>5:00</i>		Факторы риска <i>Мертворождение в анамнезе, анемия</i>								
Время		<i>6:00</i>		<i>7:00</i>									
Часы		1		2		3		4		5		6	
Критические показатели		← АКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРВОГО ПЕРИОДА →										← ВТОРОЙ ПЕРИОД →	
Поддерживающий уход	Сопровождающее лицо	Нет	<i>Норм</i>	Да									
	Обезболивание	Нет	<i>Норм</i>	Да									
	Пероральное введение жидкости	Нет	Да	Да									
	Положение	Спина	<i>M</i>	<i>Спина</i>									
Плод	Базальная ЧСС плода	<110, ≥160	<i>140</i>	<i>136</i>	<i>132</i>	<i>148</i>							
	Децелерация ЧСС	Поз	<i>Норм</i>	<i>Норм</i>	<i>Вар</i>	<i>Норм</i>							
	Амниотическая жидкость	M+++; K	<i>C</i>										
	Внутриутробное расположение плода	P, T	<i>P</i>										
	Родовая жидкость	+++	<i>0</i>										
	Конфигурация головки	+++	<i>0</i>										

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.11. Порядок заполнения раздела 4 «Оказание помощи матери».

Задачей данного раздела является оказание содействия принятию решений в ходе мониторинга за состоянием матери.

Контроль за состоянием и благополучием роженицы включает регулярную регистрацию характеристики пульса, артериального давления, температуры и диуреза.

Рекомендации для заполнения раздела 4 партограммы.

Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись	Этап 3. Сверить с пороговым значением	Этап 4. Составить план
--------------------------	------------------------	---------------------------------------	------------------------

Пульс	Провести подсчет пульса роженицы на протяжении не менее одной минуты.	Указать величину пульса роженицы (уд./мин.).	<p>Критические показатели: <60, ≥120.</p> <p>Тахикардия может служить признаком дегидратации или боли, лихорадки, кровотечения или шокового состояния. Брадикардия может быть при применении некоторых лекарственных средств, положении на спине, наличии боли, кровотечения или заболевания сердца.</p>	<p>Если величина пульса <60 или ≥120 уд./мин., необходимо уведомить старшего врача и оценить ситуацию.</p> <p>В случае если величина пульса ≥60 или <120 уд./мин., следует проводить оценку величины пульса с периодичностью один раз в 4 часа.</p>
САД	Провести измерение Артериального давления в положении сидя.	Указать величину САД роженицы в мм рт.ст.	<p>Критические показатели: <80, ≥140.</p> <p>Низкое САД может быть признаком геморрагического шока, септического шока, скрытого либо явного кровотечения. САД на уровне 140 мм рт. ст. может свидетельствовать о гипертензии (для постановки диагноза необходимо проведение дальнейших оценок).</p>	<p>Если величина САД <80 или ≥140, необходимо уведомить старшего врача и оценить ситуацию.</p> <p>Если величина САД ≥80 или <140, оценку величины САД необходимо проводить каждые 4 часа.</p>
ДАД	Провести измерение артериального давления в положении сидя.	Указать величину ДАД роженицы в мм рт.ст.	<p>Критические показатели: ≥90.</p> <p>ДАД на уровне ≥90 может свидетельствовать о гипертензии (для постановки диагноза необходимо проведение дальнейших оценок).</p>	<p>Если величина ДАД ≥90, необходимо уведомить старшего врача и оценить ситуацию.</p> <p>Если величина ДАД <90, оценку величины ДАД необходимо проводить каждые 4 часа.</p>
Температура	Измерить температуру в Подмышечной впадине.	Указать температуру роженицы в градусах Цельсия.	<p>Критические показатели: <35,0, ≥37,5.</p> <p>Проводить контроль температуры на протяжении родов с целью мониторинга состояния женщины и выявления риска неблагоприятных исходов родов.</p>	<p>Если значение температуры <35,0 или ≥37,5, необходимо уведомить старшего врача и оценить ситуацию.</p> <p>Если значение температуры находится в диапазоне от 35,0 до 37,4 градусов, необходимо проводить оценку температуры каждые 4 часа.</p>

Моча	<p>Определить наличие белка и ацетона в моче с использованием тест полоски.</p>	<p>Указать содержание белка (Б) и ацетона (А), пользуясь следующими категориями: не выявлено, следовые количества, +, ++, +++, +++++.</p>	<p>Критические показатели: Б++, А++.</p> <p>Протеинурия может быть признаком преэклампсии, инфекции мочевыводящих путей, тяжелой анемии, либо ранее недиагностированной патологии почек или сердца.</p> <p>Кетонурия может являться признаком дегидратации вследствие сниженного потребления или избыточной потери жидкости (рвота или диарея), продолжительных родов или ранее недиагностированного диабета.</p>	<p>В случае выявления Б++, А++ и выше, данные наблюдения следует интерпретировать в контексте полного клинического обследования. Необходимо уведомить старшего врача и оценить ситуацию.</p> <p>Если белок и ацетон не выявлен, либо имеется в следовых количествах или на уровне +, следует интерпретировать это как норму и не проводить дальнейшую оценку на протяжении родов.</p>
-------------	---	---	--	---

Пример заполнения раздела 4.

Дата: 7 июня 2020 г.

Время: 6:00

Пульс 88 уд./мин., артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Температура 36,5 °С. Диурез: однократное мочеиспускание при поступлении; протеинурии не выявлено, ацетона не выявлено. Принимая во внимание нормальные значения всех параметров, в отсутствие иных показаний планируется повторная оценка состояния роженицы дежурной акушеркой через 4 часа.

Время: 10:00

Пульс 96 уд./мин., артериальное давление 128/84 мм рт.ст. Температура 36,9 °С. Повторное мочеиспускание; протеинурии не выявлено, ацетона не выявлено.

ПАРТОГРАММА ВОЗ

ФИО *Петрова Ирина Владимировна* Число родов *2* Начало родовой деятельности *спонтанно* Диагноз активной фазы родов [Дата *06/07/20*]

Разрыв плодных оболочек [Дата *06/07/20* Время *5:00*] Факторы риска *Мертворождение в анамнезе, анемия*

Время	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Часы															
Критические показатели	← АКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРВОГО ПЕРИОДА →												← ВТОРОЙ ПЕРИОД →		
Поддерживающий уход	Сопровождающее лицо	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет							
	Обезболивание	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет							
	Пероральное введение жидкости	Нет	Да	Да	Да	0	Да								
	Положение	Спина	М	Спина	М	М	Спина								
Плод	Базальная ЧСС плода	<110, ≥160	140, 136	132	148	133	145	138	128	151	133				
	Децелерация ЧСС	Поз	Нет	Нет	Вар	Нет	Нет	Нет	Нет	Вар	Нет				
	Амниотическая жидкость	M+++ , K	C								+				
	Внутриутробное расположение плода	P, T	P								T				
	Родовая жидкость	+++	0								+				
	Конфигурация головки	+++	0								+				
Роженца	Пuls	<60, ≥120	88							96					
	Систолическое АД	<80, ≥140	120							128					
	Диастолическое АД	≥90	80							84					
	Температура °C	<35,0, ≥37,5	36,5							36,9					
	Моча	B++, A++	-/-							-/-					

Красным кружком обведены параметры, отвечающие критериям в столбце «Критические показатели». В случае если оценка показателя, который определяют и регистрируют с периодичностью 4 часа, не требуется, соответствующую ячейку необходимо оставить пустой.

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.12. заполнения раздела 5 «Ход родов».

Задачей данного раздела является оказание содействия принятию решений в ходе мониторинга за параметрами родовой деятельности. Ход родов отражают в партограмме, регулярно регистрируя частоту и продолжительность схваток, раскрытие шейки матки и продвижение головки плода.

Рекомендации для заполнения раздела 5 партограммы.

	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись	Этап 3. Сверить с пороговым значением	Этап 4. Составить план
Частота схваток в течение 10 минут	Определить количество сокращений матки в течение 10 минут.	Указать количество схваток (число).	<p>Критические показатели: $\leq 2, > 5$.</p> <p>При неэффективности сокращений необходимо заподозрить слабость родовой деятельности. Непрерывные схватки указывают на механическое препятствие прохождению плода.</p>	Если за 10 минут зарегистрировано не более двух, либо более пяти схваток, необходимо уточнить их количество путем подсчета в течение следующих 10 минут. Если периодичность схваток подтверждена, следует уведомить старшего врача и оценить ситуацию. Если количество схваток в течение 10 минут составляет 3-5, необходимо оценивать сократительную активность матки каждые 30 минут в первом и во втором периодах родов.
Продолжительность схваток	Оценить продолжительность схваток.	Указать продолжительность схваток в секундах.	<p>Критические показатели: $< 20, > 60$.</p> <p>Короткие схватки могут свидетельствовать о слабости родовой деятельности. Наличие свыше пяти схваток в течение 10 минут, либо непрерывных схваток свидетельствует о механическом препятствии прохождению плода, либо гиперстимуляции.</p>	Если продолжительность схваток < 20 или > 60 секунд, необходимо уточнить полученные значения в последующие 10 минут. Если продолжительность схваток подтверждена, следует уведомить старшего врача и оценить ситуацию. Если продолжительность схваток > 20 или ≤ 60 , необходимо оценивать сократительную активность матки каждые 30 минут в первом и во втором периодах родов.

Шейка матки	<p>Провести влагалищное исследование и оценить раскрытие шейки матки.</p>	<p>После каждого влагалищного исследования в активной фазе первого периода родов отметить символом «Х» ячейку, которая находится на пересечении соответствующего столбца со значениями времени и строки со значениями величины раскрытия шейки матки. Во втором периоде родов указать начало потуг символом «П».</p>	<p>Критические показатели для первого периода родов: 5 см = ≥6 ч (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 5 см в течение 6 и более часов) 6 см = ≥5 ч (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 6 см в течение 5 и более часов) 7 см = ≥3 ч (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 7 см в течение 3 и более часов) 8 см = ≥2,5 ч (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 8 см в течение 2,5 и более часов) 9 см = ≥2 ч (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 9 см в течение 2 и более часов).</p> <p>Критические показатели для второго периода родов: ≥3 ч - у нерожавших; ≥2 ч - у повторнородящих (когда родовый акт не завершается по прошествии 3 часов от начала активной фазы второго периода родов у нерожавших и по прошествии 2 часов – у повторнородящих).</p>	<p>Принятие мер необходимо в случае, если на фоне отсутствия динамики превышено допустимое при имеющейся степени раскрытия шейки время ожидания, либо если затягивается второй период родов. Если ход родов в первом периоде развивается ожидаемым образом, степень раскрытия шейки необходимо определять с периодичностью каждые 4 часа, если не показано иное. Выполнение повторного влагалищного исследования менее чем через 4 часа после предыдущего исследования допускается в случае, если его результаты позволят получить дополнительную важную информацию для процесса принятия решений.</p>
--------------------	---	--	--	--

Продвижение плода по родовым путям	Оценить продвижение плода по родовым путям методом пальпации живота; указать часть головки (одна из пяти частей), которая определяется над симфизом.	Обозначить символом «О» ячейку, которая находится на пересечении соответствующего столбца со значениями времени и строки со значениями степени продвижения плода. После каждого влагалищного исследования необходимо заполнять данные раздела «График О». Для указания степени продвижения плода по родовым путям, оцениваемой методом пальпации живота, следует пользоваться условными обозначениями 5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5, а также 0/5.	Пороговых значений для данного параметра не имеется, так как они в каждом случае индивидуальны.	В первом периоде родов оценивать продвижение плода каждые 4 часа при влагалищном исследовании. Принимая решение о проведении оценки продвижения плода во втором периоде родов, учесть поведение женщины, эффективность потуг, положение и состояние плода.
---	--	---	---	--

Пример заполнения раздела 5.

Дата: 7 июня 2020 г.

Время: 6:00

На момент поступления у пациентки Ирины Петровой зарегистрированы схватки: по 3 в течение каждые 10 минут, умеренной интенсивности, продолжительностью 40 секунд.

Влагалищное исследование: раскрытие шейки матки 5 см, головное предлежание. Продвижение плода по родовым путям 4/5. С учетом нахождения прочих клинических параметров в норме, а также удовлетворительного состояния пациентки Ирины Петровой в родах, оценка количества и продолжительности схваток проводится дежурной акушеркой каждые полчаса. Влагалищное исследование проводится каждые 4 часа, внеплановых влагалищных исследований не проводится.

Время: 10:00

Пациентка предъявляет жалобы на выраженные боли. Сестра пациентки удалась из родильного зала, пациентка находится без сопровождения, лежит в постели на спине. Жизненные показатели: ЧСС 96 уд./мин., АД 128/84 мм рт.ст., ЧСС плода 151 уд./мин. с переменными децелерациями. Зарегистрировано три сильных сокращения матки в течение 10 минут, каждая продолжительностью 50 секунд. Продвижение плода по родовым путям 3/5. Раскрытие шейки матки составляет 8 см; поперечное стояние стреловидного шва. Окрашивание амниотической жидкости меконием 1+. Акушеркой пациентке предложено пригласить сопровождающее лицо. Ирина Петрова попросила пригласить сестру, удалившуюся из зала к родственникам в зону ожидания. Акушеркой даны рекомендации сестре пациентки в отношении мер поддержки и содействия, предложено смочить лицо и тело пациентки при помощи влажной марли, а также

провести массаж области спины.

Время: 13:00

Частота сокращений матки сохраняется на уровне трех в течение 10 минут, каждая продолжительностью 50 секунд. Продвижение плода по родовым путям 2/5. Раскрытие шейки матки составляет 10 см; плод в переднем виде затылочного предлежания. Окрашивание амниотической жидкости меконием 1+4. ЧСС плода 132 уд./мин без децелераций.

Время: 13:30

Частота сокращений матки на уровне четырех в течение 10 минут, каждая продолжительностью 50 секунд. Продвижение плода по родовым путям 0/5. ЧСС плода 118 уд./мин., ранние децелерации. Родоразрешение через естественные родовые пути в 13:45.

ПАРТОГРАММА ВОЗ

ФИО *Петрова Ирина Владимировна* Число родов *2* Начало родовой деятельности *спонтанно* Диагноз активной фазы родов [Дата *06/07/20*]

Разрыв плодных оболочек [Дата *06/07/20* Время *5:00*] Факторы риска *Мертворождение в анамнезе, анемия*

Время	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	:	:	:	:	13:05	13:45	:	
Часы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
АКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРВОГО ПЕРИОДА																
ВТОРОЙ ПЕРИОД																
Поддержка/активный ЧСС	Сопровождение/лицо	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да			Да	И	
	Обезболивание	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да			Да	А	
	Пиретическое выделение жидкости	Нет	Да	Да	Да	0	Да	Да	0	Да				Да	0	
	Положение	Спина	М	Спина	М	М	Спина	М	М	Спина				Спина	Р	
Плод	Базальная ЧСС плода	<110, ≥160	160	136	132	148	133	145	128	128	137	133	148	125	137	130
	Децелерация ЧСС	Поз	Нет	Нет	Вар	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	
	Амниотическая жидкость	M+++ , K	С						+						+	
	Внутриутробное расположение плода	P, T	Р						Т						А	
	Родовая жидкость	+++	0						+						+	
	Конфигурация головки	+++	0						+						++	
Роженица	Пульс	<60, ≥120	88						96							
	Систолическое АД	<80, ≥140	120						128							
	Диастолическое АД	≥90	80						84							
	Температура К	<35.0, ≥37.5	36.5						36.9							
	Моча	B+ , A++	-/-						-/-							
Ход родов	Частота сокращений в течение 10 мин.	≥4, ≤5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	
	Продолжительность схватки	<30, ≥60	40	40	40	40	40	45	40	45	50	50	50	40	50	
	Раскрытие шейки матки [График X]	10														X
		9	≥ 2ч													
		8	≥ 2.5ч													X
		7	≥ 3ч													
		6	≥ 5ч													
	5	≥ 6ч	X													
	Продвижение плода [График O]	5														
		4	0													
3																
2									0							
1																
0															0	

В активной фазе первого периода родов обозначить величину раскрытия шейки матки символом «X». Принятие мер необходимо в случае, если на фоне отсутствия динамики превышено допустимое при имеющейся степени раскрытия шейки время ожидания. Обозначить начало толку во втором периоде родов символом «O».

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.13. Порядок заполнения раздела 6 «Введение лекарственных средств».

Данный раздел предназначен для содействия единообразному учету всех типов лекарственных средств, введенных роженице в ходе родов, посредством регистрации

введения окситоцина в конкретной дозировке, а также других лекарственных средств или внутривенных растворов.

Рекомендации для заполнения раздела 6 партограммы.

	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись
Окситоцин	Получает ли роженица окситоцин в настоящее время?	Если введение окситоцина имело место, указать дозировку окситоцина в единицах на литр (Ед/л) и скорость введения в каплях в минуту (кап./мин.). При использовании окситоцина указать количество препарата, вводимого за каждые 60 минут.
Препарат	Получает ли роженица какие-либо иные препараты?	Если другие препараты не вводились, указать «Нет». Указать название, дозировку и путь введения любых других лекарственных средств, использовавшихся в активной фазе первого или второго периода родов (например, петидин, 50 мг, внутримышечно (в/м).
Внутривенные инфузии	Получает ли роженица внутривенные инфузии?	Указать: Да Нет В связи с тем, что внутривенное введение жидкостей приводит к снижению подвижности роженицы и обуславливает ненужное повышение затрат, рутинная практика внутривенных инфузий для всех рожениц не может быть рекомендована. Необходимо предлагать роженицам, относящимся к группе низкого риска, самостоятельно пить необходимое количество жидкости, в то время как внутривенное введение должно проводиться только по показаниям.

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

2.14. Порядок заполнения раздела 7 «Совместное принятие решений».

Задачей данного раздела является содействие обеспечению постоянной коммуникации с роженицей и сопровождающим ее лицом, а также единообразная регистрация всех оценок и согласованных планов.

Рекомендации для заполнения раздела 7 партограммы.

	Сделать запись
Оценка	<ul style="list-style-type: none"> Указать общую оценку, а также другие результаты, не зафиксированные ранее и имеющие важное значение для контроля за родовой деятельностью.
Составить план	<ul style="list-style-type: none"> После проведения оценки указать планируемые меры. Например: <ul style="list-style-type: none"> продолжить плановое наблюдение; назначить диагностические тесты; стимулировать родовую деятельность окситоцином; назначить процедуры, такие как искусственный разрыв плодных оболочек; назначить применение вакуум экстрактора или акушерских щипцов; назначить выполнение кесарева сечения. Крайне важно обеспечить участие женщины в процессе принятия решений, а также возможность информированного принятия решения. После каждого этапа клинической оценки состояния женщины и плода указать планируемые меры с учетом совместно принятых решений.

Пример заполнения разделов 6 и 7.

Ход родов и родоразрешения у пациентки в пределах нормы. В ходе родов пациентке было предложено активное перемещение, а также участие сопровождающего лица по выбору. Клинические параметры находились в пределах нормальных значений. Назначения дополнительных вмешательств не требовалось.

Медикаменты	Окситоцин (Ед/л, кап./мин)	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет					Нет		
	Препараты	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет					Нет		
	Внутривенные инфузии	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет					Нет		
Совместное принятие решений	Оценка состояния	Требуется обращение	Нормальный прогресс родов	Нормальный прогресс родов	Нормальный прогресс родов	Требуется обращение	Нормальный прогресс родов	Нормальный прогресс родов	Нормальный прогресс родов					Нормальный прогресс родов		
	План	Предложить участие партнера в родах и активную роль партнера в родах и активную роль партнера в родах	Предложить рутинное наблюдение	Предложить рутинное наблюдение	Предложить рутинное наблюдение	Предложить участие партнера в родах и активную роль партнера в родах и обратиться обращение	Предложить участие партнера в родах и активную роль партнера в родах	Предложить рутинное наблюдение	Предложить рутинное наблюдение	Предложить рутинное наблюдение					Предложить рутинное наблюдение	
Инициалы		АА	АА	АА	ВВ	ВВ	ВВ	ВВ	ВВ					ВВ		

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240017566>

3. Приложения

3.1. Пример заполнения партограммы ВОЗ 2022 г.

ПАРТОГРАММА ВОЗ

ФИО *Петрова Ирина Владимировна*

Число родов *2*

Начало родовой деятельности *спонтанно*

Диагноз активной фазы родов [Дата *06/07/20*]

Разрыв плодных оболочек [Дата *06/07/20* Время *5.00*]

Факторы риска *Мертворождение в анамнезе, аномалия*

		6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	:	:	:	:	13:05	13:45	:	:						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	:	:						
		← АКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРВОГО ПЕРИОДА →												← ВТОРОЙ ПЕРИОД →									
Поддерживающий уход	Сопровождающее лицо	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да				Да	М								
	Обезболивание	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да				Да	Д								
	Пероральное введение жидкости	Нет	Да	Да	Да	0	Да	Да	0	Да				Да	Р	О							
	Положение	Спина	М	Спина	М	М	Спина	М	М	Спина				Спина	Р								
Плод	Базальная ЧСС плода	<110, ≥160	140	136	132	148	133	145	138	128	157	133	149	125	153	130	132	145	145	128	132		
	Децелерация ЧСС	Поз	Нет	Нет	Вар	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Вар	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет		
	Амниотическая жидкость	M+++ , K	C								+						+						
	Внутриутробное расположение плода	P, T	P								T						A						
	Родовая жидкость	+++	0								+						+						
	Конфигурация головы	+++	0								+						++						
Роженица	Пuls	<60, ≥120	88								96												
	Систолическое АД	<80, ≥140	120								128												
	Диастолическое АД	≥90	80								84												
	Температура °C	<35,0, ≥37,5	36,5								36,9												
	Моча	B++, A++	-/-								-/-												
Ход родов	Частота схваток в течение 10 мин	≥2, >5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3		
	Продолжительность схваток	<20, >60	40	40	40	40	40	45	40	45	50	50	50	40	50	50	50	50	50	50	50		
Модуляторы	Раскрытие шейки матки (График X)	10																					
		9	≥ 2ч																				
		8	≥ 2.5ч									X											
		7	≥ 3ч																				
		6	≥ 5ч																				
Совместное принятие решений	Оценка состояния	5																					
		4																					
		3																					
		2																					
		1																					
		0																					
Совместное принятие решений	План	5																					
		4																					
		3																					
Совместное принятие решений	Инициалы	5	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	
		4	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	
		3	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	ММ	

В активной фазе первого периода родов обозначить величину раскрытия шейки матки символом «X». Принятие мер необходимо в случае, если на фоне отсутствия динамики превышено допустимое при имеющейся степени раскрытия шейки время ожидания. Обозначить начало потуг во втором периоде родов символом «P».

ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ ЛЮБЫЕ НАБЛЮДАЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ, КОТОРЫЕ ОТВЕЧАЮТ КРИТЕРИЯМ, ОТМЕЧЕННЫМ В СТОЛБЦЕ «КРИТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ», ОПОВЕСТИТЕ СТАРШУЮ АКУШЕРКУ ИЛИ ВРАЧА, Внесите в раздел «ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ» НЕОБХОДИМЫЕ ДАННЫЕ И УКАЖИТЕ ПРИНЯТЫЕ МЕРЫ. В СЛУЧАЕ ЕСЛИ РОДЫ ПРОДОЛЖАЮТСЯ БОЛЕЕ 12 ЧАСОВ, НЕОБХОДИМО ПРОДОЛЖИТЬ ЗАПОЛНЕНИЕ ПАРТОГРАММЫ НА СЛЕДУЮЩЕМ БЛАНКЕ.

СОКРАЩЕНИЯ: 0 - отказ, N - неизвестно, С/н - на спине, М - Мобильна (периодически перемещается), Ран - ранние, Поз - поздние, Вар - варибелитные, Ц - целие, С - светлая, М - меконий, К - кровь, А - передний вид, Р - задний вид, Т - поперечное стояние стреловидного шва, Б1 - белок, А1 - ацетон

3.3. Методология разработки протокола.

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями Постановления Министерства здравоохранения республики Узбекистан и Национальной палаты инновационного здравоохранения Республики Узбекистан № 59 от 23 декабря 2019 г., приказа Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №317 от 2 декабря 2022 г., письма-указания Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №03-34/25816 от 3 ноября 2023 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты акушеры-гинекологи ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка» и его региональных филиалов, Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Республиканского перинатального центра.

Создание данного протокола продиктовано медицинской значимостью проблемы, различиями в подходах в медицинской практике, существованием большого количества современных источников доказательств эффективности вмешательств.

Конфликт интересов: перед началом работы по созданию данного протокола все члены рабочей группы заполнили письменное Уведомление о конфликте интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для применения в клинической практике по теме данного протокола.

Вовлечение заинтересованных сторон: при разработке руководящих принципов протокола и рекомендаций запрошены и учтены мнения целевой группы населения (пациентов и членов их семей), включая медицинские (польза для здоровья, побочные эффекты и риски вмешательств), этические, культурные, религиозные аспекты. Запрос мнений осуществлялся путем неформального интервью женщин в профильных отделениях ГУ РСНПМЦЗМиР.

Сбор, обобщение и критическая оценка доказательств.

Методы, использованные для сбора доказательств: поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. В качестве основных источников информации использовались клинические руководства медицинских сообществ и других профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2013-2023 гг, приоритетными при разработке протокола явились данные последних 5 лет (с 2018 г.). В процессе разработки протокола не использовались учебники и монографии как источники с низким качеством доказательств или отсутствием таковых. Систематический поиск основных источников данных включал следующие базы данных:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - Guidelines@health.qld.gov.au
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

В качестве исходного документа для заимствования и адаптации рекомендаций использовались несколько клинических руководств из разных стран.

В случаях, когда в найденных и оцененных клинических руководствах отсутствовали требуемые рекомендации или они были описаны недостаточно/неполно, не подкреплялись доказательствами, противоречили друг другу, были неприменимы в местных условиях или устарели проводился дополнительный поиск рандомизированных контролируемых испытаний, систематических обзоров, мета-анализов, когортных исследований в базах данных:

<http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>,
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>,
<http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> и др.

Проведена критическая оценка качества найденных источников с учетом современности клинических руководств, методологии их разработки, ранжирования рекомендаций по уровням достоверности доказательств и убедительности/силы, применимости к местным условиям оказания медицинской помощи.

Описание методов для формулирования рекомендаций. Окончательные рекомендации протокола формулировались путем заимствования части рекомендаций из нескольких клинических руководств в изначальной редакции без изменений, адаптации части рекомендаций клинических руководств к местным условиям, разработки рекомендаций на основе дополнительного поиска литературы. Рекомендации с низким качеством доказательств и не применимые в местных условиях исключались. Заимствованные из клинических руководств рекомендации принимались с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначально. В случае, если авторами зарубежных клинических руководств использовались другие шкалы уровней доказательности, то они (если это возможно) переводились в систему GRADE. В случаях, когда встречались одинаковые рекомендации в разных клинических руководствах, но с разным уровнем доказательности, рабочая группа включала в протокол ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных.

Протокол документально рецензирован внутренними и внешними экспертами. В случае, если доказательная база рекомендаций была более весома, чем мнение рецензента/эксперта, или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, оставляли за собой право отклонить предложения рецензентов.

При формировании окончательной редакции протокола проект протокола был представлен для обсуждения широкому кругу специалистов из числа профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директора региональных филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместители), врачей региональных учреждений системы родовспоможения. Проект протокола для обсуждения был доступен на официальном сайте ГУ РСНПМЦЗМиР (<https://www.onabolamarkazi>) и телеграмм-канале. Отзывы принимались по электронной почте с заполнением стандартного Листа отзывов. Заключительное обсуждение проекта протокола и формирование окончательной его редакции проводилось в онлайн формате с участием рабочей группы, рецензентов, эксперта ВОЗ и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса.

Финансовая поддержка при разработке данного протокола оказана Представительством ВОЗ в Узбекистане и Представительством Фонда ООН в области народонаселения в Узбекистане (ЮНФПА/UNFPA). Внешнее финансирование включало методологическую поддержку в виде обеспечения внешней оценки документа экспертами ВОЗ на всех этапах его разработки и техническую поддержку в виде перевода протокола на узбекский язык и

его тиражирования. Мнения и интересы финансирующих органов не повлияли на окончательные рекомендации протокола.

В рекомендациях данного клинического протокола все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций (УУР) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

4. Список литературы.

1. Оценки ВОЗ, ЮНИТЭЙД, ЮНФПА, Группы Всемирного банка. Тенденции материнской смертности 2000–2017 гг.: резюме. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019.
2. Партограмма ВОЗ: руководство для пользователя. Всемирная организация здравоохранения, 2022 г.
3. Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018.
4. Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в лечебных учреждениях. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018.
5. World Health Organization, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund (UNICEF). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2017.
6. World Health Organization, United Nations Population Fund, World Bank & United Nations Children's Fund (UNICEF). Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2015.