



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ



РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН  
АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ  
ИЛМИЙ АМАЛИЙ ТИББИЁТ  
МАРКАЗИ



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

**«НОРМАЛ ТУҒРУҚ  
(ҲОМИЛА ЭНСА БИЛАН КЕЛИШИДА  
ЎЗ-ЎЗИДАН СОДИР БЎЛУВЧИ БИР  
ҲОМИЛАЛИК ТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШ)»**

БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
**«НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ  
(РОДЫ ОДНОПЛОДНЫЕ,  
САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ  
В ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ)»**

ТОШКЕНТ 2021





## O ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING

№ 273

### BUYRUG '1

20^yil "30" -//

Toshkent sh.

#### **Даволаш-профилактика муассасалари учун клиник баённомалар хамда касалликларни ташхислаш ва даволаш стандартларини тасдиқлаш тўғрисида**

Узбекистан Республикаси Президентининг 2021 йил 28 июлдаги “Согликни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам курсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тугрисида”ги ПК,-5199-сон қарори ижросини таъминлаш, халқаро стандартлар асосида ишлаб чиқилган клиник баённомалар, ташхислаш ва касалликларни даволаш стандартларини амалиётга татбиқ этиш ҳамда аҳолига курсатилаётган тиббий хизматлар сифатини янада ошириш мақсадида буюраман:

1. Қуйидагилар:

Куз касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 1-иловага мувофиқ;

Жаррохдик йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларнинг ташхислаш ва даволаш стандартлари 2-иловага мувофиқ;

Эндокринологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 3-иловага мувофиқ;

Кардиологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 4-иловага мувофиқ;

Урологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 5-иловага мувофиқ;

Дерматовенерология ва косметология йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 6-иловага мувофиқ;

Травматология ва ортопедия йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 7-иловага мувофиқ;

Онкологик касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 8-иловага мувофиқ;

Терапевтик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 9-иловага мувофиқ;

Педиатрия йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 10-иловага мувофиқ;

Нейрохирургия йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 11-иловага мувофиқ;

Нефрология йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 12-иловага мувофиқ;

Фтизиатрия ва пульманология йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 13-иловага мувофиқ;

Акушерлик ва гинекология йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 14-иловага мувофиқ;

Аллергик касалликларнинг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 15-иловага мувофиқ;

Юқумли касалликлар буйича клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 16-иловага мувофиқ тасдиқлансин.

2. Клиник баённомалар ҳамда ташхислаш ва даволаш стандартларини 2023 йил учун тасдиқлаш режа жадвали 17-иловага мувофиқ тасдиқлансин.

3. Республика ихтисослаштирилган куз микрохирургияси ИАТМ (А.Юсупов), Академик В.Вахидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия ИАТМ (С.Исмаилов), Республика ихтисослаштирилган эндокринология ИАТМ (Ф.Хайдарова), Республика ихтисослаштирилган кардиология ИАТМ (Х.Фазилов), Республика ихтисослаштирилган урология ИАТМ (Ш.Мухтаров), Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология ИАТМ (У.Сабилов), Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия ИАТМ (М.Ирисметов), Республика ихтисослаштирилган онкология ва тиббий радиология илмий-амалий тиббиёт маркази (М.Тиллашайхов), Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация ИАТМ (Б.Аляви), Республика ихтисослаштирилган педиатрия ИАТМ (Д.Ахмедова), Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия ИАТМ (Г.Кариев), Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси ИАТМ (Б.Даминов), Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология ИАТМ (Н.Парпиева) ва Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология ИАТМ (Н.Надирханова), Республика ихтисослаштирилган аллергия ИАТМ (И.Разикова), Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар ИАТМ (Б.Тажиев) мазкур буйрук билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни вилоят, туман (шахар) микёсида тегишли тиббиёт муассасаларига етказилишини, амалиётда кенг татбиқ этилишини ҳамда стандартлардаги тартиб ва курсатмалардан тулик фойдаланишни ташкил этсинлар;

Тасдиқланган клиник протоколлари ҳамда ташхислаш ва даволаш стандартлари тасдиқланган дан сунг тегишлилиги буйича марказларнинг расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини курсин.

4. Фан ва таълим бошқармаси (А.Махмудов) мазкур буйрук билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни 2021-2022 укув йилидан бошлаб Ўзбекистан Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимидаги тиббий олий таълим муассасаларининг бакалаврият, магистратура, клиникординатура босқичлари, шунингдек шифокорларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш буйича укув дастурларига киритилишини таъминласин.

5. Қорақалпоғистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазири, Тошкент шаҳр ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлиқларига иловаларда тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни тегишли даволаш-профилактика муассасаларида амалиётга татбиқ этилишини таъминлаш вазифаси юклансин.

6. Тиббий хизматлар сифатини назорат қилиш бошқармаси бошлиғи (М.Нарзиев)га бошқарма ва унинг ҳудудий булимлари режали ва режадан ташқари текширишларида иловага мувофиқ тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларнинг тиббиёт амалиётига татбиқ этилиши ва унга риоя қилиниши устидан назорат урнатиш вазифаси юклансин.

7. IT-MED МЧЖ (Б.Хасанов) иловаларда тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартлар тақдим қилингандан сунг вазирлик расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини курсин.

8. Мазкур буйрукнинг қабул қилиниши муносабати билан Ўзбекистан Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2014 йил 23 октябрдаги 377-сон, 2015 йил 5 июндаги 235-сон, 2017 йил 16 августдаги 457-сон, 2017 йил 29 июндаги 351-сон, 2018 йил 19 июлдаги 468-сон, 2019 йил 19 июлдаги 266-сонли буйругининг 1-банди биринчи-саккизинчи, унингчи-ун биринчи хатбошлари ва 1-7, 9-10 иловалари, 2019 йил 1 апрелдаги 90-сонли буйругининг 1-банди еттинчи хатбоши ва 15-17 иловалари, 2018 йил 29 декабрдаги 671-сонли буйругининг 1-банди бешинчи хатбоши ва 4-6 иловалари ва 2019 йил 13 майдаги 127-сонли буйругининг 1-банди иккинчи хатбоши ва 1-иловаси уз кучини йукотган деб ҳисоблансин.

9. Мазкур буйрукнинг ижроси назорат қилишни вазирнинг биринчи уринбосари А.Иноятов зиммасига юклатилсин

**Вазир**



**Б. Мусаев**



ЎЗБЕКISTON РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

**НОРМАЛ ТУҒРУҚ  
(ҲОМИЛА ЭНСА БИЛАН  
КЕЛИШИДА ЎЗ-ЎЗИДАН СОДИР  
БЎЛУВЧИ БИР ҲОМИЛАЛИК  
ТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШ)  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА**

ТОШКЕНТ 2021

## КИРИШ ҚИСМИ

<b>Клиник муаммо</b>	Ҳомила энса билан келишида ўз-ўзидан содир бўлувчи бир ҳомилалик туғруқни олиб бориш
<b>Ҳужжатнинг номи</b>	«Нормал туғруқ (ҳомила энса билан келишида ўз-ўзидан содир бўлувчи бир ҳомилалик туғруқни олиб бориш)» бўйича миллий клиник баённома
<b>Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари</b>	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
<b>Ишлаб чиқиш санаси</b>	24.07.2021 й.
<b>Режалаштирилган янгилаш санаси</b>	2024 йилда ёки янги асосий далиллар пайдо бўлгунга қадар режалаштирилган
<b>Мурожаат учун</b>	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 <sup>А</sup> . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: <a href="mailto:obs-gyn@mail.ru">obs-gyn@mail.ru</a>

## Мундарижа

КИРИШ .....	11
Таърифлар .....	11
КХТ-10 бўйича кодланиши .....	11
Эпидемиология .....	11
НОРМАЛ ТУҒРУҚНИНГ КЛИНИК КЎРИНИШИ .....	12
НОРМАЛ ТУҒРУҚ ТАШХИСИНИ ҚЎЙИШ .....	13
Шикоятлар ва анамнез .....	13
Физикал кўрик .....	13
Лаборатор ва диагностик текширувлар .....	14
Инструментал-диагностик текширувлар .....	14
НОРМАЛ ТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШ .....	15
Туғруқнинг биринчи даврини олиб бориш .....	15
Туғруқнинг иккинчи даврини олиб бориш .....	17
Туғруқнинг учинчи даврини олиб бориш .....	20
Туғруқдан кейинги дастлабки 2 соат давомида туққан аёлнинг ҳолатини кузатиб бориш .....	21
ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ .....	22
ПРОФИЛАКТИКА ВА ДИСПАНСЕР КУЗАТУВ .....	22
ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИЛИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ .....	22
ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ .....	23
ИЛОВАЛАР .....	24
Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси .....	24
Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси .....	25
Туғруқни номедикаментоз оғриқсизлантириш усуллари .....	27
Партограмма .....	32
Апгар шкаласи .....	34
Оғриқнинг жадаллигини баҳолаш визуал-аналог шкаласи .....	35
Туғруқнинг ижобий тажрибасини таъминлаш учун интранатал даврда парвариш қилиш бўйича тавсияларнинг умумий рўйхати .....	36
Туғувчи аёлга маълумот .....	44
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР .....	46

## Ишчи гуруҳ таркиби:

### Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош акушер-гинеколог
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари
Надирханова Н.С., т.ф.н.	РИАГИАТМ, директор
Асатова М.М., т.ф.д., профессор	ТХКМРМ, Акушерлик-гинекология ва перинатал тиббиёт кафедраси мудири
Уринбаева Н.А., т.ф.н.	РПМ, директор

### Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор	РПМ
Джаббарова Ю.К., т.ф.д., профессор	РПМ
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Ким Ё.Д., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор	Тошкент ШПМ, директор
Иргашева С.У.	РИАГИАТМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм вилояти филиали, директор
Усмонов С.К., етакчи мутахассис	Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси
Абидов А.К., т.ф.н.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Нишанова Ф.П., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Микиртчиев К.Д., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Ашурова В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Сапаров А.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Бабажанова Ш.Д., т.ф.н.	РПМ
Тараян С.К., т.ф.н.	РПМ, анестезиолог-реаниматолог
Умарова Н.М., т.ф.н.	РПМ
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.	РПМ
Джураев Ф.С.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Арифханова З.А.	РПМ
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Насретдинова Д.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ Андижон вилояти филиали, директор
Гаффаров Ф.Б.	РИАГИАТМ Навоий вилояти филиали, директор
Курбанов П.Х.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти филиали, директор
Суяркулова М.Э., т.ф.н.	РИАГИАТМ Фарғона вилояти филиали, директор
Шодмонов Н.М., т.ф.н.	РИАГИАТМ Жиззах вилояти филиали, директор
Норкулова М.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Қашқадарё вилояти филиали, директор
Бабажанов М.А.	РИАГИАТМ ҚР филиали, директор
Хамроева Л.К.	РИАГИАТМ Самарқанд вилояти филиали, директор
Садикова Х.З.	РИАГИАТМ Сирдарё вилояти филиали, директор
Бахранова Н.Р.	РИАГИАТМ Бухоро вилояти филиали, директор

Джуманов Б.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Тошкент вилояти филиали, директор
Мухитдинова И.Н., т.ф.н.	РИАГИАТМ Наманган вилояти филиали, директор
Дустмуродов Б.М.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти №2 филиали, директор

### Методик ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., клиник баённомаларни ишлаб чиқишни ташкиллаштириш бўлими бошлиғи	Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси
-----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

### Такризчилар

Юсупбаев Р.Б.	РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим, Илмий кенгаш котиби
Каримова Ф.Д.	ТХКМРМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва гинекология №2 кафедраси мудири

### Ташки экспертиза (Ўзбекистондаги Республикасидаги ЖССТнинг ваколотхонаси кўмагида):

Тинатин Гагуа	ЖССТнинг эксперт (Грузия)
---------------	---------------------------

РИАГИАТМ	–	Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази
РПМ	–	Республика перинатал маркази
ШПМ	–	Шаҳар перинатал маркази
ТХКМРМ	–	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

### Мазкур клиник баённома Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармасининг (ЮНФПА/UNFPA) техникавий кўмагида ишлаб чиқилди

Клиник баённома 2021 йил «29» июлда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 7-сонли баённома.

Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

## КИРИШ

### Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

Клиник баённомада ишлаб чиқиладиган пайтда амалда бўлган далилларга мувофиқ умумий кўринишдаги тавсиялар тақдим этилган.

Амалиётда мазкур баённоманинг тавсияларидан ташқари чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинадиган бўлса, у ҳолда шифокор-клиницистлар беморнинг касаллик тарихида куйидаги маълумотларни қайд этишлари лозим бўлади:

- ким томонидан ушбу қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан ташқари чиқиш тўғрисидаги қабул қилинадиган қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Тавсиялар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди. Шунинг учун, шифокорлар беморларнинг эҳтиёжларини инобатга олган ҳолда, конфиденциал мулоқот тамойилини сақлаган ҳолда, индивидуал олиб бориш тактикасини улар билан муҳокама қилишлари керак. Бунга куйидагилар кирилади:

- Зарур бўлганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш.
- Беморга маслаҳат бериш ва олиб бориш тактикаси ёки аниқ бир муолажани ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва профессионал Этика стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Умумий талабларга мувофиқ ташхислаш ва даволаш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

**Клиник баённомани чиқишдан мақсад:** далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, ҳомила энса билан келишида ўз-ўзидан содир бўлувчи бир ҳомилалик ўз-ўзидан содир бўлувчи асоратланмаган туғруқни олиб бориш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

**Беморлар тоифаси:** ҳомила энса билан келишида ўз-ўзидан содир бўлувчи бир ҳомилалик туғувчи ва туккан аёллар.

**Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар:** акушер-гинекологлар, неонатологлар, лаборантлар, умумий амалиёт (оила) шифокорлари, доялар, клиник фармакологлар, ОТМ ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари ва магистрантлари.

### Қисқартмалар рўйхати:

ҚБ	–	артериал қон босими
ОИВ	–	одамнинг иммунитет танқислиги вируси
БТБ	–	бачадон туби баландлиги
ОГВ	–	оддий герпес вируси
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
КТГ	–	кардиотокография
УТТ	–	ультратовуш текшируви
ХЮУ	–	ҳомила юрак уриши сони

## КИРИШ

### Таърифлар

- Ҳомиладорликнинг 37<sup>0</sup>-41<sup>6</sup> ҳафталик муддатларида ўз-ўзидан содир бўлган туғруқ **муддатдаги туғруқ** деб номланади.
- Туғруқ фаолияти ўз-ўзидан бошланган, туғруқ бошланишида акушерлик асоратлар ривожланиш хавфи паст бўлган ва асоратларсиз яқунланган, туғруқда ҳомила мустақил боши билан туғилган ва туғруқдан кейинги даврда туққан аёл ва боланинг ҳолатлари қоникарли бўлган бир ҳомилалик муддатдаги туғруқ **нормал туғруқ** деб таърифланади.

Туғруқ асоратларсиз яқунланган бўлса, юқорида кўрсатилган таърифлар акушерлик асоратлар ривожланиш хавфи юқори бўлган аёлларнинг гуруҳига ҳам қўлланилиши мумкин.

Кўп йиллик мунозаралар ва изланишларга қарамадан, ҳозирги кунга қадар «нормал туғруқ» деган умум қабул қилинган универсал ёки стандартлаштирилган тушунча мавжуд эмас. Сўнги 20 йил ичида она ва бола прогнозлари яхшиланишини таъминлайдиган ҳомиладорликни тўхтатиш ёки туғруқнинг физиологик жараёнини назорат қилиш, тезлаштириш ва бошқаришга қаратилган муолажалар сони сезиларли даражада ошиши кузатилмоқда. Фаол тиббий аралашув аёл организмнинг фарзанд кўриш табиий қобилиятига ҳам, туғувчи аёлларнинг субъектив тажрибасига ҳам салбий таъсир кўрсатади. Бундан ташқари, тўғридан-тўғри кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда, туғруқ фаолиятида қўлланилаётган тиббий аралашувларнинг сони кўпайиши, турли молиявий имкониятларга эга бўлган аёллар орасида тиббий ёрдам кўрсатишнинг даражасидаги фарқни оширади.

**Факт:** туғруқ физиологик жараён бўлиб, аксарият ҳолатларда она ва бола учун асоратларсиз яқунланади.

- **Аналгезия (оғриқсизлантириш)** – фармакологик ва нофармакологик (шу жумладан, оғриқни сезиш ҳиссининг бошқа турлари таъсирланмайдиган селектив) усуллар ёрдамида оғриқни сезиш ҳиссини камайтиришга қаратилган муолажалар.
- **Туғруқ жараёнида нейроаксиал оғриқсизлантириш** – эпидурал, спинал ва спинал-эпидурал усуллар ёрдамида туғруқ жараёнини оғриқсизлантириш муолажаси.

### КХТ-10 бўйича кодланиши

**O80.0**

Ҳомила энса билан олдинда келишида ўз-ўзидан содир бўлувчи бир ҳомилалик туғруқ

### Эпидемиология

Туғруқ даври она ва гўдак яшаб қолишлиги учун муҳим давр ҳисобланади. Дунё бўйлаб ҳар йили 140 миллионга яқин туғруқлар содир бўлади ва уларнинг аксарияти она ва гўдак учун ҳеч қандай хавф туғдирмасдан кечади. Аммо туғруқ жараёнида асоратлар юзага келганда она ва гўдак учун ўлим хавфи ортиши мумкин. Барқарор ривожланишнинг учинчи мақсади: ҳар қандай ёшда соғлом турмуш тарзини таъминлаш ва фаровонликни тарғиб қилиш, шунингдек, аёллар, болалар ва ўсмирларнинг саломатлигини муҳофаза қилиш бўйича Глобал стратегияга (2016-2030) мувофиқ нафақат асоратланган туғруқлар оқибатида ўлимнинг олдини олиш, балки боланинг кейинги муваффақиятли ривожланиши соғлиқни сақлашнинг устувор вазифаси ҳисобланади.

## НОРМАЛ ТУҒРУҚНИНГ КЛИНИК КЎРИНИШИ

Туғруқнинг объектив белгилари куйидагича:

1. Маълум бир мунтазамлик билан бачадон қисқаришлари (фаол фазада 40 сониядан кўпроқ давом этувчи 10 дақиқа ичида камида 3 мартаба қисқаришлар кузатилиши).
2. Бачадон бўйни тузилишидаги (структуравий) ўзгаришлар (ингичкалашади-текисланади-очилади).

Туғруқ уч даврдан иборат.

**Туғруқнинг биринчи даври** – туғруқ фаолияти бошлангандан бачадон бўйни тўлик очилишига қадар бўлган давр ҳисобланади. Туғруқ фаолияти бошланишининг аниқ вақти кўпинча туғувчи аёлнинг сўрови асосида белгиланади – бачадон қисқаришлари (тўлғоқлар) мунтазам равишда ҳар 5 дақиқада 1 соатдан кўпроқ вақт давомида бошлаган вақт аниқланади.

Туғруқнинг биринчи даври латент ва фаол фазадан иборат:

- латент фазада бачадон қисқаришлари (кўпинча оғриқли), бачадон бўғзининг текисланиши ва 5 см гача очилиб бориши кузатилади;
- фаол фазада мунтазам оғриқли бачадон қисқаришлари, бачадон бўғзининг анча тез 5 см дан тўлик очилиши кузатилади.

Латент фазанинг стандарт давомийлиги аниқ белгиланмаган бўлиб, ҳар бир аёлда фарқ қилиши мумкин. Латент фазанинг максимал давомийлиги биринчи туғувчи аёлларда 20 соатдан, қайта туғувчи аёлларда эса 14 соатдан ошмайди. Одатда фаол фазанинг давомийлиги биринчи туғруқда 12 соатдан, кейинги туғруқларда эса 10 соатдан ошмайди. Одатда фаол фазада бачадон бўғзининг очилиш тезлиги  $\geq 1$  см/соатига ташкил қилади, бироқ, секинроқ очилиши ҳам мумкин. Фаол фазада ҳам биринчи туғувчи, ҳам қайта туғувчи аёлларда бачадон бўғзининг минимал очилиш тезлиги 0,5 см/соатига ташкил қилади.

**Туғруқнинг иккинчи даври** – бачадон бўйни тўлик очилгандан ҳомила туғилишига қадар бўлган давр ҳисобланади. Туғруқнинг иккинчи даври биринчи туғруқда 3 соатдан, кейинги туғруқларда эса 2 соатдан ошмайди. Эпидурал оғриқсизлантиришда туғруқнинг иккинчи даври яна 1 соатга чўзилиши мумкин ва биринчи туғувчи аёлларда 4 соатни ва қайта туғувчи аёлларда эса 3 соатни ташкил қилиши мумкин.

**Туғруқнинг учинчи даври** – ҳомила туғилгандан йўлдош тушгунига қадар бўлган давр ҳисобланади. 90% ҳолатларда туғруқнинг учинчи даври 15 дақиқада ва 7% ҳолатларда эса 30 дақиқа ичида йўлдош туғилиши билан яқунланади. Туғруқнинг учинчи даврининг давомийлиги 10 дақиқадан кўпроққа чўзилиши, туғруқдан кейинги қон кетиш хавфини оширади. Туғруқнинг учинчи даврининг давомийлигига таъсир қилувчи асосий омил ҳомиладорлик муддати ҳисобланади; муддатидан олдинги туғруқларда муддатдаги туғруқларга қараганда туғруқнинг учинчи даври бироз узоқроқ давом этади. ЖССТ йўлдош туғилмаганда йўлдошни қўл билан ажратиб олишни бошлашдан ва қон кетиши кузатилмаганда йўлдошни ажратиб олишдан аввал 30 дақиқа вақт кутишни тавсия қилади.

## НОРМАЛ ТУҒРУҚ ТАШХИСИНИ ҚҰЙИШ

Нормал туғруқ ташхиси туғруқ фаолияти ўз-ўзидан бошланган, туғруқ бошланишида акушерлик асоратлар ривожланиш хавфи паст бўлган ва асоратларсиз яқунланган, туғруқда ҳомила мустақил боши билан туғилган ва туғруқдан кейинги даврда туққан аёл ва боланинг ҳолатлари қониқарли бўлган бир ҳомилалик муддатдаги туғруқ (ҳомиладорликнинг 37<sup>0</sup>-41<sup>6</sup> ҳафталик муддатларида) содир бўлганда қўйилади.

### Шикоятлар ва анамнез

Туғруқ муассасига ҳомиладор/туғувчи аёл қабул қилинганда:

5C	туғруқ фаолияти мавжудлиги ва акушерлик асоратлар ривожланиш эҳтимолини баҳолаш мақсадида тўлғоқлар мавжудлиги (уларнинг кучи, такрорланиши ва давомийлиги), қиндан ажралмалар келиши ва уларнинг хусусияти, сўнги 24 соат ичида ҳомиланинг ҳаракатлари ҳақида сўраш тавсия этилади.
2A	туғруқни олиб бориш тактикасини аниқлаш мақсадида охири ҳайз қўришнинг биринчи куни ва ҳомила УТТнинг (1-триместрда ўтказилган УТТ бўйича аниқлаш оптималроқ ҳисобланади) маълумотлари бўйича ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш тавсия этилади.
5C	акушерлик асоратлар ривожланиш ва туғруқ муваффақиятли яқунланиш эҳтимолини баҳолаш мақсадида акушерлик ва соматик анамнезни йиғиш тавсия этилади.

### Физикал кўрик

Туғруқ муассасига ҳомиладор/туғувчи аёл қабул қилинганда:

5C	артериал қон босимини (ҚБ) ўлчаш тавсия этилади.
5C	тана ҳароратини ўлчаш ўлчаш тавсия этилади.
2B	туғруқни олиб бориш тактикасини аниқлаш мақсадида ҳомиланинг жойлашиши ва олдинда келган қисми, ҳомиланинг боши кичик чаноқ кириш қисмига нисбатан жойлашишини аниқлаш тавсия этилади.
2B	ҳомиланинг тахминий вазни ва туғруқни олиб бориш тактикасини аниқлаш мақсадида бачадон туби баландлиги, қорин айланасини ўлчаш тавсия этилади.
5C	туғруқ фаолияти мавжудлиги ва хусусияти, туғруқнинг даври ва фазаси, туғруқни олиб бориш тактикасини аниқлаш мақсадида бачадон қисқаришларининг давомийлиги, такрорланиши ва мунтазамлигини баҳолаш тавсия этилади.
5C	ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш мақсадида туғувчи аёлнинг ЮУС аниқлаш билан бир вақтда камида 1 дақиқа давомида тўлғоқдан кейин акушерлик стетоскоп ёки фетал доплер ёрдамида ҳомиланинг юрак уришини эшитиш тавсия этилади.
5C	туғруқни олиб бориш тактикасини аниқлаш ва туғруқ йўллариининг ҳолати, шу жумладан, чаноқнинг суяк асоси ва чаноқ текисликларига нисбатан ҳомила бошининг жойлашишини баҳолаш мақсадида қин орқали текширувни ўтказиш тавсия этилади.

Нормал туғруқда мунтазам равишда оралик ва қов усти соҳасидаги тукларни олиб ташлаш ва тозаловчи ҳуқнани (клизма) қўллаш тавсия этилмайди ва фақат аёлнинг хоҳишига кўра бажарилади.

## Лаборатор ва диагностик текширувлар

Турукдан аввал ўтказиладиган лаборатор ва диагностик текширувларнинг рўйхати «Нормал ҳомиладорлик» клиник баённомасига мувофиқ бўлиши керак. Ҳомиладорликнинг 3-триместрида керакли бўлган текширувлар ўтказилмаган бўлса, улар ҳомиладор/туғувчи аёл туғруқ муассасида ўтказилади.

## Инструментал-диагностик текширувлар

<b>5C</b>	Туғруқ фаолияти бошланган соғлом ҳомиладор аёлларда чанок ўлчамларини мунтазам равишда ўлчаш тавсия этилмайди.
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Чанок-бош диспропорцияси хавф омиллари мавжуд ҳомиладор аёлларга пелвиометрияни ўтказиш керак бўлиши мумкин. Бўйи  $\leq 150$  см, бел-думғаза Михаэлис ромбининг кўндаланг ўлчами  $\leq 9,5$  см, бел-думғаза Михаэлис ромбининг бўйлама ўлчами  $\leq 10,5$  см, ўсиқлараро ўлчам  $\leq 10$  см, бўй/БТБ нисбати  $\leq 4,7$  см чанок-бош ривожланиш хавфидан далолат бериши мумкин.

<b>1B</b>	Ташқи акушерлик ва қин орқали текширув, ҳомиланинг юрак уришини эшитиш етарли даражада ахборотли бўлмаганда, шунингдек, ҳомиладорлик муддатига бачадон туби баландлиги ва қорин айланасининг номуносивблигида ҳомиланинг ҳолати ва жойлашиши, ҳомила ўсиши чекланиши ва ҳомила макросомияси, ҳамда йўлдош жойлашишини аниқлаш мақсадида ҳомила УТТ ўтказиш тавсия этилади.
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## НОРМАЛ ТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШ

### Туғруқнинг биринчи даврини олиб бориш

<b>1A</b>	Барча аёллар туғруқ даврида ҳамроҳ билан бўлиши тавсия этилади.
-----------	-----------------------------------------------------------------

<b>1C</b>	Туғувчи аёл ва ҳомиланинг ҳолати қониқарли бўлса, туғруқнинг биринчи даври латент фазасида бўлган туғувчи аёлларда акушерлик асоратларни олдини олиш мақсадида туғруқни чақириш тавсия этилмайди.
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>1A</b>	Туғруқ даврида аёлга ҳаракатлар ва эркин (қулай) ҳолатни таклиф қилиш тавсия этилади.
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------

Туғруқнинг биринчи даврида ҳаракатланиш ва вертикал ҳолатда бўлиш туғруқнинг давомийлигини қисқартиради, кесар кесиш ва эпидурал оғриқсизлантириш ўтказиш частотасини камайтиради.

<b>1A</b>	Туғувчи аёлнинг мамнунлик даражасини ошириш, акушерлик асоратлар хавфи ва оғриқни камайтириш мақсадида туғруқнинг номедикаментоз оғриқсизлантириш усуллари қўллаш тавсия этилади.
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>1A</b>	Туғруқнинг номедикаментоз оғриқсизлантириш усуллари самара бермаганда, туғруқ билан боғлиқ бўлган оғриқни камайтириш мақсадида туғувчи аёлнинг ҳолати ва хоҳишлари, тиббиёт муассасанинг имкониятлари, шунингдек, оғриқсизлантиришнинг турли усуллари қўллашга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни инобатга олган ҳолда, туғруқнинг медикаментоз оғриқсизлантириш усуллари қўллаш тавсия этилади.
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Туғруқни оғриқсизлантириш учун тури медикаментоз усуллари, шу жумладан, нейроаксиал оғриқсизлантиришни қўллаш мумкин. Туғруқда оғриқсизлантиришнинг барча усуллари орасида эпидурал оғриқсизлантириш усули қатор афзалликларга эга. Акушерликда

нейроаксиал оғриқсизлантиришни ўтказишда замонавий маҳаллий анестетиклар қўлланилади (ропивакаин, бупивакаин, лидокаин, левобупивакаин). Эпидурал, спинал ва спинал-эпидурал оғриқсизлантиришдан ташқари, паравертебрал бел симпатик блокадани қўллаш ҳам мумкин. Оғриқсизлантиришнинг тизимли усулларига опиодлар қўлланилиши киради. Оғриқсизлантиришнинг ингаляцион усулларини қўллаш ҳам мумкин, гарчи уларнинг самараси пастроқ бўлса ҳам. Ушбу препаратлар бачадон мускулларини бўшаштирувчи хусусиятга эга бўлгани атоник қон кетиш хавфини ошириши инобатга олинishi лозим.

**5C** Сувсизланиш ва кетоацидоз ҳолатини олдини олиш мақсадида суюқлик қабул қилиш тавсия этилади.

Овқат қабул қилишни чегаралаш керак. Жарроҳлик йўли орқали туғдириб олишга кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда, оз миқдорда енгил овқатни қабул қилишга рухсат берилиши мумкин.

**2B** Суюқликларни перорал қабул қилиш чегараланган ёки етарли бўлмаса, сувсизланиш ва кетоацидоз ҳолатини олдини олиш мақсадида 5% декстроза эритмасини в/и юборишга рухсат берилади.

Туғруқ даврида глюкозага бўлган эҳтиёж, узоқ вақт давом этадиган ва кўп энергия сарфлайдиган жисмоний зўриқишда кузатиладиган эҳтиёж билан баробар туради.

**1C** Туғруқнинг биринчи даври фаол фазасида туғруқ фаолияти, ҳомиланинг ва туғувчи аёлнинг ҳолатини динамикада баҳолаш мақсадида партограммани олиб бориш тавсия этилади.

Партограмма қин орқали текширув билан ўтказиладиган туғруқ тактикасини ўзгартириш бўйича консилиумнинг ҳулосасидан ташқари, туғувчи аёлни кузатув кундалигининг ўрнини босади. Туғруқнинг биринчи даври фаол фазасида пульс, ҳар 30 дақиқада тўлғоқлар кучи ва такрорланиши, тана ҳарорати, ҚБ ва сийдик ажралиши ҳар 4 соатда кузатиб борилади.

**1A** Туғруқда ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш мақсадида ҳомиланинг юрак уришини эшитиш тавсия этилади.

Туғруқнинг биринчи даврида тўлғоқдан кейин бир дақиқа давомида, латент фазада ҳар соатда, фаол фазада ҳар 15-30 дақиқада, туғруқнинг иккинчи даврида ҳар 5 дақиқада ва ҳар кучанишдан кейин ҳомиланинг юрак уриши эшитилади, ҳомиланинг юрак уриши сони туғувчи аёлнинг пульси билан биргаликда текширилади.

Ҳомиланинг юрак уриш ритмида тезлашиш ёки секинлашиш кузатилса, камида 3 бачадон қисқаришлари давомида ҳомиланинг юрак уришини эшитиш давом этилади. Шу билан бирга, ҳомиланинг юрак уриш сонининг ўзгаришига таъсир қилиши мумкин бўлган сабаблар баҳоланади (масалан, туғувчи аёлнинг ҳолати, гиповолемия). Ҳомиланинг юрак уриш ритмида тезлашиш ёки секинлашиш сақланиб қолаверса, КТГ ўтказилади. 20 дақиқа давомида КТГда ҳомиланинг ҳолати бузилиш белгилари аниқланмаса, вақти-вақти билан ҳомиланинг юрак уриши эшитилади.

**5C** Туғруқни олиб бориш тактикасини аниқлаш учун туғруқ фаолияти сустиги ёки ҳаддан ташқари кучли дард тутишини ўз вақтида ташхислаш мақсадида туғруқ даврида бачадон қисқаришларини назорат қилиш тавсия этилади.

Тўлғоқлар 10 дақиқа давомида назорат қилинади. Нормада туғруқнинг фаол фазасида тўлғоқлар сони ҳар 10 дақиқада 3-5 та, ҳар бири 40 сония ва ундан узоқроқ давом этади. 10 дақиқада кетма-кет иккита назоратда ёки 30 дақиқа давомида >5 тўлғоқлар бўлиши тахисистолия деб таърифланади.

**1C** Туғруқнинг динамикасини баҳолаш мақсадида туғруқнинг биринчи даври фаол фазасида ҳар 4 соатда қин орқали текширувларни ўтказиш тавсия этилади.

Қин орқали текширувлар белгиланган вақтда, кўрсатмаларга кўра ўтказилиши керак, имкон қадар, йирингли-септик асоратлар хавфини камайтириш учун уларнинг сонини камайтириш

керак. Туғруқнинг биринчи даври латент фазасида қин орқали текширувлар ҳар 8 соатда ўтказилади. Туғруқда мунтазам равишда спазмолитик препаратларни қўллаш тавсия этилмайди.

**5C** Анестезиологик усул ва анестетикнинг дозасини танлаш учун туғруқнинг даври ва фазасини аниқлаш мақсадида медикаментоз оғриқсизлантиришни ўтказишдан аввал қин орқали текширувни ўтказиш тавсия этилади.

Туғруқнинг давомийлиги ва туғруқ содир бўлишининг эҳтимол қилинган вақтига таъсир кўрсатиши туфайли анестезиологик усул ва анестетикнинг дозасини танлашда, шу жумладан, такрорий дозаларни киритишдан аввал акушерлик вазиятни инобатга олиш керак.

**5C** Киндик тизимчаси тушиб қолишини ўз вақтида ташхислаш мақсадида қоғаноқ пардалари ёрилгандан кейин қин орқали текширувни ўтказиш тавсия этилади.

**5C** Ҳомиланинг ҳолати бузилиш белгилари аниқланганда, ушбу бузилишларга олиб келувчи акушерлик асоратларни (киндик тизимчаси тушиб қолиши, бачадон йиртилиши, нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши) ўз вақтида ташхислаш мақсадида қин орқали текширувни ўтказиш тавсия этилади.

**5C** Акушерлик вазиятни ўз вақтида баҳолаш мақсадида туғувчи аёлнинг ҳолати ёмонлашганда ёки клиник ҳолатнинг бошқа ўзгаришларида қин орқали текширувни ўтказиш тавсия этилади.

**2A** Туғруқда мунтазам равишда антибиотикопрофилактикани ўтказиш тавсия этилмайди.

**1C** Туғувчи аёлнинг жинсий ва сийдик чиқариш йўлларида *S. agalactiae* гуруҳи стрептококки (*S. agalactiae*) аниқланганда, туғруқнинг биринчи ва иккинчи даврида антибактериал профилактикани ўтказиш тавсия этилади.

Антибиотикларни туғруқ фаолияти бошланиши билан, ҳатто қоғаноқ пардалари бутун (ёрилмаган) бўлганда, шунингдек, қоғаноқ пардалари муддатидан олдин ёрилганда туғруқ фаолияти бошланишидан аввал юбориш керак.

Биринчи танлов антибиотиклардан пенициллин қатори препаратлари ҳисобланади: ампициллин в/и: дастлаб 2000 мг дозада, кейин ҳар 4 соатда 1000 мг дан туғруқ содир бўлгунга қадар

ЁКИ

цефазолин в/и: дастлаб 2000 мг дозада, кейин ҳар 8 соатда 1000 мг дан туғруқ содир бўлгунга қадар. Ампициллин мавжуд бўлмаганда амоксициллин+ клавуланат кислотаси в/и: ҳар 8 соатда 1200 мг дан туғруқ содир бўлгунга қадар қўлланилиш мумкин.

Бета-лактама антибактериал препаратларга сезувчанлик бўлганда клиндамицин в/и: ҳар 8 соатда 900 мг дан туғруқ содир бўлгунга қадар қўлланилиш мумкин.

Макролидлар гуруҳи препаратларига (эритромицин, азитромицин) *S. agalactiae* резистентлиги глобал ўсиши туфайли, ҳозирги пайтда уларни эмпирик профилактика учун қўллаш тавсия этилмайди.

Бета-лактама антибиотикларга сезувчанлик бўлганда ва *S. agalactiae* клиндамицинга резистентлиги бўйича лаборатор текширувининг маълумотлари мавжуд бўлганда ванкомицин в/и: ҳар 8 соатда 20 мг/кг дозада қўлланилиши мумкин, бир марталик максимал дозаси 2000 мг, минимал инфузия вақти 1 соат ёки бир марталик дозаси 1000 мг дан юқори бўлганда 500 мг 30 дақиқа ичида.

<b>5C</b>	Туғруқдан аввал вирусли юкламасы >1000 нусха/мл бўлган ОИВ-инфекцияси билан касалланган аёллар, туғруқдан аввал вирусли юкламасы номаълум бўлган ёки ҳомиладор аёл ҳомиладорлик даврида вирусларга қарши терапияни қабул қилмаган бўлса ва/ёки туғруқ пайтида антиретровирус профилактикаси ўтказилмаган бўлса, табиий туғруқ йўллари орқали туғруқни олиб бориш тавсия этилмайди.
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ушбу ҳолатда онадан болага ОИВ-инфекцияси юқишини олдини олиш мақсадида режали кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилади.

<b>5C</b>	Ҳомиладорликнинг 34-ҳафтасидан кейин генитал герпеснинг бирламчи инфекцияланиш ҳолати кузатилган ёки туғруқ арафасида генитал герпеснинг клиник кўриниши намоён бўлган ҳомиладор аёлларда табиий туғруқ йўллари орқали туғруқни олиб бориш тавсия этилмайди.
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ушбу ҳолатда онадан болага ОГВ-инфекцияси юқишини олдини олиш мақсадида режали кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилади.

<b>1A</b>	Янги туғилган чақалоқ ва онанинг инфекцияланиш хавфини камайтириш мақсадида туғруқда антибактериал препаратлар ёки вагинал антисептикларни қўллаш тавсия этилмайди.
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cochrane базасининг мета-таҳлилида туғруқда қинни хлоргексидин эритмаси билан ювиш тавсия этилмайди. Янги туғилган чақалоқ ва онанинг инфекцияланиш хавфини камайтириш мақсадида нормал туғруқда бошқа антисептикларни қўллаш бўйича далилларга асосланган маълумотлар келтирилмаган, бироқ, барча антисептикларнинг антибактериал таъсирини инобатга олган ҳолда, ушбу тезис-тавсияни акушерлик ва гинекологияда қўлланиладиган антисептикларнинг бутун рўйхатига татбиқ этиш керак.

<b>1B</b>	Мунтазам равишда амниотомияни эрта ўтказиш тавсия этилмайди.
-----------	--------------------------------------------------------------

Қоғаноқ пардалари ёрилиши киндик тизимчаси тушиб қолиши ва юқорига кўтарилувчи инфекциянинг ривожланиш хавфини оширади. Мунтазам равишда амниотомия ўтказилиши туғруқнинг биринчи ёки иккинчи даврининг давомийлигини қисқартирмайди ва кесар кесиш хавфини камайтирмайди. Бироқ, қоғаноқ пардалари аввалроқ ёрилмаган бўлса, туғруқ нормал кечишида ва қоғаноқ сувлари нормал миқдорда бўлганда, туғруқнинг биринчи даврининг охирида амниотомияни ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Фаол гепатит В, гепатит С ва ОИВ-инфекцияси билан касаланган аёлларда юқорига кўтарилувчи инфекциянинг ривожланиш хавфини камайтириш учун амниотомияни ўтказишдан сақланиш керак.

### Туғруқнинг иккинчи даврини олиб бориш

<b>5C</b>	Туғруқ канали бўйича ҳомила бошининг сурила боришини баҳолаш мақсадида қин орқали текширувни ҳар соатда ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Қин орқали текширувда бачадон бўйнининг тўлиқ очилиши аниқланганда, иложи бўлса, ҳомила бошининг сурила бориши ва жойлашишини баҳолаш учун УТТ ўтказилиши мумкин. УТТ маълумотларига кўра ҳомила бошининг етарлича сурила бориши аниқланган бўлса, қўшимча қин орқали текширувларни ўтказмасам ҳам бўлади.

<b>5C</b>	Ҳомиланинг юрак уришини ҳар 5 дақиқада ва ҳар кучанишдан кейин эшитиш тавсия этилади.
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------

<b>1C</b>	Инструментал вагинал туғруқ ва эпизиотомиянинг хавфини камайтириш мақсадида, эпидурал оғриқсизлантириш ўтказилгандан қатъий назар, акушерлик асоратлар ривожланиш хавфи паст бўлган туғувчи аёлларга ҳаракатлар ва эркин (қўлай) ҳолатда бўлишни рағбатлантириш тавсия этилади.
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Аёл танлаган ҳолатида ҳомиланинг ҳолатини доимий равишда назорат қилиш имкони бўлиши керак, ва, зарур бўлса, ҳомиланинг ҳолатининг муносиб назоратини таъминлаш

учун аёлнинг ҳолатини ўзгартириш керак. Эпидурал оғриқсизлантиришнинг замонавий турларининг аксарияти туғруқ пайтида туғувчи аёлга қулай ҳолатни танлаш имконини беради.

**5C** Туғруқда асоратларнинг олдини олиш мақсадида туғувчи аёллар ўзлари кучанишига риоя қилишларини рағбатлантириш ва қўллаб-қувватлаш тавсия этилади.

**2B** Туғувчи аёлнинг хоҳишлари ва мавжуд имкониятларни инобатга олган ҳолда, оралиқ шикастланишини камайтириш ва туғруқни енгиллаштиришга қаратилган усулларни қўллаш тавсия этилади, масалан, оралиқни уқалаш ва оралиққа илиқ компрессни қўйиш.

Туғруқнинг иккинчи даврида илиқ сувда (43°C) намланган тоза матодан оралиққа илиқ компресс қўйилиши ва оралиқни гель билан уқалаш оралиқнинг 3-даражали йиртилишлар хавфини камайтиради, бироқ оралиқнинг 1- ва 2-даражали йиртилишлар хавфига таъсир қилмайди. Ушбу муолажалар кучанишлар пайтида ва орасида ўтказилади. Бармоқлар билан уқалаш қиннинг паст томонига енгил босим ўтказиш билан ёнма-ён ҳаракатланувчи ҳаракатлар ёрдамида ўтказилади. Оралиқни ҳимоя қилиш усуллари оралиқ шикастланишини олдини олиш ва бола туғилишини енгиллаштириш учун қўлланилиши мумкин ва амалдаги амалиётга асосланган бўлиши керак.

**1A** Оралиқ шикастланишининг хавфини камайтириш мақсадида мунтазам равишда эпизиотомияни ўтказиш тавсия этилмайди.

Эпизиотомияни ўтказиш учун кўрсатмалар мавжуд бўлганда ўрта-латерал эпизиотомияни қўллаш керак (45° бурчак остида оралиқнинг ўрта чизигидан кесмани бошлаш керак).

**5C** Ҳомиланинг боши туғилгандан кейин киндик тизимчаси унинг бўйнида жойлашган бўлса, ҳомилада гипоксия ҳолати ва янги туғилган чақалоқнинг асфиксиясини олдини олиш мақсадида киндик тизимчасини ҳомила бошининг устидан ўтказишга уриниш тавсия этилади.

Киндик тизимчасини ҳомила бошининг устидан ўтказишнинг иложи бўлмаса, боланинг танасини киндик тизимчасининг ҳалқаси орқали чиқариб олишга ва «Сальто» усулини бажаришга уриниш керак. «Сальто» усулини бажариш учун қўл кафтини ҳомила бошининг энса томонига қўйиб, ҳомиланинг бошини юзи билан онанинг сон томонига эгиш керак, бу эса елкалар, кейин ҳомиланинг танаси ва оёқлари туғилишига имкон беради. «Сальто» усулини ўтказишнинг иложи бўлмаса, киндик тизимчасини иккита қисқич орасида қисиш керак, бироқ бу янги туғилган чақалоқда гиповолемия, анемия ва гипоксик-ишемик энцефалопатия ҳолатлари ривожланиш хавфини оширади.

**5C** Барча аёлларда туғруқни олиб боришда янги туғилган чақалоққа бирламчи реанимацион чора-тадбирларни кўрсатишга тайёргарликни таъминлаш тавсия этилади.

Асфиксия ҳолатида бола туғилиши хавфи ва прогнозидан қатъий назар, туғруқни қабул қилишда иштирок этаётган ходимлар чақалоққа бирламчи реанимацион чора-тадбирларни кўрсатиш кўникмаларига эга бўлиши керак.

Навбатчи шифокор-неонатолог навбатчиликни қабул қилаётганда қуйидагиларни текшириб олиши керак:

- ишлатилаётган асбоб-ускуналарнинг созлигини;
- бирламчи реанимацион чора-тадбирларни кўрсатишда қўлланиладиган доривоситалар мавжудлигини;
- туғруқдан аввал онанинг анамнези ва янги туғилган чақалоқда перинатал хавфларни баҳолаш учун тиббий ҳужжатлар билан танишиши;
- чақалоққа бирламчи реанимацион чора-тадбирларни кўрсатиш жойини тайёрлаб қўйиши;
- перинатал хавфларни баҳолаш, реанимацион чора-тадбирлар ўтказилишини талаб қиладиган чақалоқ туғилиши кутилаётганда тўлиқ ҳажмда бирламчи реанимацион чора-тадбирларни кўрсатиш кўникмаларига эга бўлган 2 ва ундан ортиқ мутахассислар бўлишини таъминлаши керак бўлади.

**5C**

Барча аёлларда туғруқни олиб боришда гипотермиянинг олдини олиш мақсадида янги туғилган чақалоқнинг оптимал тана ҳароратини сақлаб туриш учун комплекс чора-тадбирлар билан таъминлаш тавсия этилади.

Гўдак туғилишидан аввал доя:

туғруқ залида елвизак мавжудлигини истисно қилиши, дераза ва эшикларини ёпиши, янги туғилган чақалоқ столи устидаги нурли иссиқлик манбасини ёқиши, лоток ва чақалоқни қабул қилиш учун йўргакларни иситиши, туғруқ залидаги термометр ёрдамида туғруқ залининг ҳаво ҳароратини назорат қилиши керак бўлади. Туғруқ залининг оптимал ҳаво ҳарорати камида 24°C бўлиши керак. Чақалоқ туғилгандан кейин, уни зудлик билан иситилган йўргак билан артиб, биринчи йўргакни қуруғига алмаштириш керак бўлади.

**5C**

Барча аёлларда туғруқни олиб боришда Апгар шкаласи бўйича янги туғилган чақалоқнинг ҳолатини баҳолаш билан кўрикни ўтказиш тавсия этилади.

Янги туғилган чақалоқнинг ҳолатини баҳолаш, туғма нуқсонларни истисно қилиш мақсадида уни дастлабки текшируви туғруқдан кейин дарҳол ўтказилиши керак. Боланинг ҳолатини Апгар шкаласи бўйича баҳолаш туғруқдан 1 дақиқа (60 сония) ва 5 дақиқа ўтгач ўтказилади. Асфиксия ташхисини тасдиқлаш учун Апгар шкаласи бўйича баҳони ягона мезон сифатида қўлланмаслиги керак. Газ алмашинувининг бузилишининг (қоннинг кислота-ишқор мувозанати) белгилари мавжуд бўлмаса, асфиксия атамаси қўлланмаслиги керак.

**1A**

Туғруқдан кейинги (постнатал) натижаларни яхшилаш ва кўкрак сути билан озиклантиришни рағбатлантириш мақсадида туғруқдан кейин реанимацион чора-тадбирлар кўрсатилишини талаб қилмайдиган барча янги туғилган чақалоқларни «тери-териға» контактини таъминлаб, онанинг қорнига ётқизиш тавсия этилади.

Ҳаётнинг дастлабки биринчи соати давомида янги туғилган чақалоқни онанинг қорни ва кўкрагига ётқизиш ва тўғридан-тўғри «тери-териға» контактини таъминлаш кўкрак сути билан озиклантиришнинг частотаси ва давомийлигини оширади, гипотермия хавфини камайтиради.

**5C**

Постнатал натижаларни яхшилаш мақсадида аёлнинг ОИВ-ҳолатидан қатъий назар, киндик тизимчасини кечиктириб (одатда бола туғилгандан кейин 1-3 дақиқа ўтгач) кесиш тавсия этилади.

Муддатига етиб туғилган чақалоқларда киндик тизимчасини кечиктириб кесишнинг асосий афзаллиги олти ойгача бўлган болаларда темирнинг захираси юқори бўлиши, шунингдек, психомотор ривожланишнинг яхшиланиши ҳисобланади. ОИВ билан касалланган туғувчи аёлларда, ОИВ билан касалланган шериги билан яшовчи аёлларда ва ОИВ-ҳолати номаълум

бўлган аёлларда киндик тизимчаси кечиктириб кесилиши онадан болага ОИВ-инфекцияси юкиш эҳтимолини ошириши бўйича далиллар келтирилмаган. Киндик тизимчаси жуда кечиктириб кесилиши эритроцитлар ва гемоглобин даражаси сезиларли даражада ошиб кетиши билан кечади, бу эса гипербилирубинемия ва фототерапияни ўтказиш учун кўрсатмалар ошиши билан кечадиган метаболик бузилишларга олиб келиши мумкин.

**5C** Тоза қоғаноқ сувлари билан туғилган ва мустақил нафас олишни бошлаган болаларда мунтазам равишда юқори нафас йўллариининг санациясини ўтказиш тавсия этилмайди.

Тадқиқотларда мунтазам равишда юқори нафас йўллариининг санациясини ўтказишнинг ижобий самараси тасдиқланмаган, бироқ янги туғилган чақалоққа унинг мумкин бўлган салбий таъсир кўрсатиши кўрсатилади. Юқори нафас йўллариининг санацияси *p.vagus* кўзғалишига олиб келиши мумкин, натижада брадикардия ва апноэ ривожланишини келтириб чиқаради. Бундан ташқари, ушбу муолажа юқори нафас йўллариининг шиллик кавати шикастланишига ва иккиламчи инфекцияланишга олиб келиши мумкин.

**5C** Она ва бола озиклантиришга тайёр бўлса, мустақил кўкрак сутини қабул қила оладиган барча янги туғилган чақалоқларни, уларнинг ҳолати барқарор бўлса, кўкракка эрта тутиш тавсия этилади.

Кўкрак сути билан озиклантиришни эрта бошлаш (бола туғилгандан кейинги дастлабки биринчи соат ичида) ва ҳаётнинг дастлабки биринчи ойида фақат кўкрак сути билан озиклантириш янги туғилган чақалоқлар ўлими ва касалланиш даражасини камайтиришда катта фойда келтириши ҳақида ишончли далиллар мавжуд.

**5C** Бола туғилгандан кейин дастлабки биринчи 24 соат ичида болани мунтазам равишда ювиш тавсия этилмайди.

Янги туғилган чақалоқнинг териси бачадон ичи ривожланиш даврида терини химоя қилувчи туғруқ мойи (*vernix caseosa*) билан қопланган бўлади. Боланинг териси қон ёки меконий билан ифлосланган бўлса, илиқ сувда намланган пахтали тампон билан уларни эҳтиёткорлик билан олиб ташлаш керак.

**5C** Юқумли кўз касалликларини олдини олиш мақсадида туғруқдан кейинги дастлабки биринчи соат ичида барча янги туғилган чақалоқларда микробларга қарши офтальмологик ишлов беришни ўтказиш тавсия этилади.

Янги туғилган чақалоқнинг бирламчи туалетини ўтказиш пайтида кўзнинг юқумли касалликларини олдини олиш мақсадида тетрациклин ёки эритромицин кўз суртмасини (алоҳида қадоқланган) қўллаш тавсия этилади. Ҳар бир кўз қовоғини стерил тиббий дока билан артгандан кейин суртма асептик шароитда суртилади, ҳар бир пастки конъюнктивал қопчага 1 см узунликдаги чизик шаклида профилактик восита суртилади.

### Туғруқнинг учинчи даврини олиб бориш

**1A** Туғруқнинг учинчи даврида туғруқдан кейинги қон кетишини олдини олиш мақсадида утеротоникларни барча ҳолатларда қўллаш тавсия этилади.

Туғруқдан кейинги қон кетишини олдини олиш учун окситоцин (10 ХБ, в/и, м/о) тавсия этилади. Окситоцин мавжуд бўлмаганда бошқа утеротоник воситаларни (эргометрин, метилэргометрин, ёки окситоцин ва эргометрин таблеткаларининг бирикмаси) ёки перорал мизопростолни (600 мкг) қўллаш тавсия этилади.

**1A** Туғруқдан кейинги қон кетиши хавфини камайтириш мақсадида туғруқнинг учинчи даврини фаол олиб бориш (утеротоникларни юбориш), хомила туғилгандан кейин киндик тизимчасини 1-3 дақиқа ўтгач кесиш, киндик тизимчасининг назоратли тракциясини ўтказиш ёки йўлдошнинг мустақил туғилиши ёки 30 дақиқа ичида ташқи усуллар билан йўлдошни ажратиб олиш тавсия этилади.

Тиббиёт ходими ва туққан аёл йўқотилган қон миқдори камайиши ва туғруқнинг учинчи даврининг давомийлиги биров қисқаришини муҳим деб ҳисоблашса, тажрибали ва малакали тиббиёт ходимлари мавжуд бўлганда, табиий туғруқда учинчи даврда киндик тизимчасининг назоратли тракциясини ўтказиш тавсия этилади. Киндик тизимчасининг назоратли тракцияси йўлдош ушланиб қолиш ва йўлдошни қўл билан ажратиб олиш хавфини камайтиради. Тиббиёт ходимлари етарли даражада кўникмага эга бўлишмаса, йўлдошнинг ажралиш белгиларини кутиш ва уни ташқи усуллар ёрдамида ажратиб олиш керак.

**1А** Бачадон атонияси ривожланиши бўйича хавф гуруҳига кирувчи аёлларга туғруқнинг учинчи даврида туғруқдан кейинги қон кетишини олдини олиш мақсадида қўшимча тарзда окситоцин ёки карбетоцинни парентерал юбориш тавсия этилади.

Туғруқдан кейинги қон кетиши ривожланиши бўйича хавф гуруҳига кирувчи аёлларга қуйидаги утеротониклар тавсия этилади:

- 500 мл натрий хлорид эритмасига 5 ХБ дозада қўшилган окситоцин в/и 40 томчи/дақ. тезликда ёки перфузор орқали 50 мл натрий хлорид эритмасига 5 ХБ дозада қўшилган окситоцин в/и 16,2 мл/соатига тезликда юборилади;

**ЁКИ**

- бола туғилгандан кейин окситоцин агонисти карбетоцин м/о ёки в/и секин 100 мкг/мл дозада юборилади.

**1В** Туғруқнинг учинчи даврида туғруқдан кейинги қон кетишининг медикаментоз профилактикасини ўтказган туққан аёлларга, туғруқдан кейинги қон кетишини олдини олиш мақсадида мунтазам равишда бачадоннинг ташқи массажини ўтказиш тавсия этилмайди.

Туғруқдан кейинги қон кетишини олдини олиш учун окситоцин юборилган ва киндик тизимчасининг назоратли тракцияси ўтказилган аёлларда табиий туғруқдан кейин бачадоннинг ташқи массажи ўтказилиши туғруқдан кейинги қон кетиш хавфини камайтириш билан боғлиқ эмас.

**5С** Бачадон атониясини эрта ташхислаш мақсадида туғруқдан кейин бачадон тонусини баҳолаш тавсия этилади.

Туғруқдан кейинги қон кетишини ўз вақтида аниқлаш учун туғруқ заллари ва туғруқдан кейинги бўлимининг доялари аёлнинг туғруқдан кейинги ҳолатини мунтазам назорат қилишлари керак, бу биринчи навбатда бачадон тонусини назорат қилишдан иборат:

- туғруқдан кейинги дастлабки 2 соат мобайнида ҳар 15 дақиқада;
- кейинги 2 соат мобайнида ҳар 30 дақиқада;
- кейинги 4 соат мобайнида ҳар 1 соатда;
- 16 соат мобайнида ҳар 4 соатда.

### **Туғруқдан кейинги дастлабки 2 соат давомида туққан аёлнинг ҳолатини кузатиб бориш**

**5С** Йўқотилган қон ҳажмини баҳолаш учун гравиметрик усулдан фойдаланиш тавсия этилади: бошқа усуллар билан биргаликда ўлчанган идишларга тўғридан-тўғри қон йиғиш («Туғруқдан кейинги қон кетишини олиб бориш» МКБ кўринг).

**5С** Йўлдошнинг бутунлиги бузилиши ва туғруқ йўлларида унинг қисмлари қолиб кетишини ўз вақтида ташхислаш мақсадида туғруқдан кейин йўлдошни текшириш тавсия этилади.

<b>5C</b>	Йиртилишларни ўз вақтида аниқлаш мақсадида туғруқдан кейин қон кетиш белгилари мавжуд бўлганда, қин, оралиқ ва бачадон бўйнини кўзгуларда текшириш ва мавжуд бўлса, уларни тикиш тавсия этилади.
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>5C</b>	Туғруқдан кейинги дастлабки 2 соат мобайнида ҳар 15 дақиқада тукқан аёлнинг ҳолатини баҳолаш тавсия этилади: ҚБ, пульс, бачадон тонуси, қиндан келаётган қонли ажралмалар ҳажми.
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **ПРОФИЛАКТИКА ВА ДИСПАНСЕР КУЗАТУВ**

<b>2B</b>	Туғруқдан аввалги ташвиш ва кўрқувни камайтириш ва табиий туғруқ йўллари орқали муваффақиятли туғруқ содир бўлиши ва кўкрак сути билан озиқлантириш эҳтимолини ошириш мақсадида туғруққа ҳар томонлама тайёргарлик кўриш тавсия этилади.
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Туғруққа тайёргарлик кўриш (туғруққа тайёргарлик кўриш дастурлари) ҳатто асоратлар ривожланиб, тиббий аралашувлар ўтказилиши зарур бўлса ҳам, аёлнинг туғруқдан мамнунлик даражасини оширади.

## **ТИББИЙ ЁРДАМ КўРСАТИЛИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ**

Нормал туғруқда тиббий ёрдам 1, 2 ва 3 даражали акушерлик тиббий муассасаларида кўрсатилиши мумкин.

## ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

№	Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
1.	Туғруқхонага туғувчи аёл қабул қилинганда охириги ҳайз кўришнинг биринчи куни ва ҳомила УТТнинг маълумотлари бўйича ҳомиладорлик ва туғруқ муддати аниқланди	Ҳа/Йўқ
2.	Туғруқнинг биринчи даврида тўлғоқдан кейин бир дақиқа давомида, латент фазада ҳар соатда, фаол фазада ҳар 15-30 дақиқада, туғруқнинг иккинчи даврида ҳар 5 дақиқада ва ҳар кучанишдан кейин ҳомиланинг юрак уриши сони туғувчи аёлнинг пульси билан биргаликда эшитилди	Ҳа/Йўқ
3.	Партограмма олиб борилган	Ҳа/Йўқ
4.	Туғруқдан кейинги қон кетишини олдини олиш учун парентерал тарзда окситоцин юборилди (тиббий қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда)	Ҳа/Йўқ
5.	Киндик тизимчаси кечиктириб кесилди (одатда бола туғилгандан кейин 1-3 дақиқа ўтгач)	Ҳа/Йўқ
6.	Бола туғилгандан кейин 30 дақиқа ичида йўлдош ажратиб олинди	Ҳа/Йўқ
7.	Туғруқдан кейин йўлдош текширилди	Ҳа/Йўқ

## Клиник баённомани ишлаб чиқиш услугиёти

Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи  
(диагностик аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи  
(профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

## Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

### Тиббий аралашувга ахборот асосида ихтиёрий розилик бериш аризаси

**Тиббий аралашув** – инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактик, текширув, диагностик, терапевтик ва реабилитацион йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий муолажанинг турларидир.

1. Мен, \_\_\_\_\_

(беморнинг Ф.И.Ш)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ йили туғилганман, қуйдаги манзилда руйхатга олинганман,

\_\_\_\_\_

(бемор ёки ишончли вакилнинг турар (яшаш) жойининг манзили)

\_\_\_\_\_ шуни маълум қиламанки,

\_\_\_\_\_

(тиббиёт муассасасининг номи)

\_\_\_\_\_ муассасасида режалаштирилган тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бераман

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширувлар, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан, асоратлар келиб чиқиш эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.
3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва оқибатларини олдиндан аниқ айтиб бериш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавfli эканлиги, вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман. Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар берилмаслигидан хабарим бор.
4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа турларида кутилмаган шошилиш ҳолатлар ва асоратлар келиб чиқиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатилишига (такрорий операциялар ёки муолажар) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув кечиши ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.
5. Мен бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлиги юқори бўлиши учун, менда дори воситалар ва озик-овқат махсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик препаратларни қабул қилиш, шу жумладан, менинг саломатлигим, насл билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак деб биламан.
6. Мен жарроҳлик аралашув вақтида қон йўқотилиши ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтқазилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари

хақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур тиббий чоратадбирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қуйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараёни ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олинишига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностик ва терапевтик мақсадлар, жумладан, ҳужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усулларини рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги ва бундай қарорнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Мен касаллигим, унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қуйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат бераман:

---

---

---

---

(ишончли шахслар)

10. Мен ушбу ҳужжатнинг барча бандлари билан танишдим, тушундим ва буни қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо \_\_\_\_\_

Сана «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ й.

### Туғрукни номедикаментоз оғриқсизлантириш усуллари

1. **Фитбол.** Тос тубини бўшаштиришга ёрдам беради, шунингдек, ҳаракат эркинлигини таъминлайди. Ўтирган ҳолатда тўп оралиққа оғриқсиз босим ўтказиши, бу эса орқа мия сатҳида ноцицептив таъсиротнинг бир қисмини тўсиб қўйиши ва шу билан оғриқни сезиш ҳиссини камайтириши мумкин.
2. **Уқалаш** туғрук жараёнида ноқулайлик ҳиссини камайтиради, оғриқни кетказиши ва аёлнинг мамнунлик даражасини оширади. Уқалаш оғриқни енгиллаштиришнинг оддий, арзон ва хавфсиз тури ҳисобланади.
3. **Нуктали уқалаш (акупрессура).** Нуктали уқалашнинг фойдаси бўйича чекланган маълумотлар келтирилган. Малакали тиббиёт ходимлари томонидан бир марталик ишлатиладиган игналар билан нуктали уқалаш ўтказилиши бўйича ҳеч қандай маълум хавфлар келтирилмаган.
4. **Аёлнинг танасига илиқ пакетларни қўйиш.** Иссиқлик одатда аёлнинг орқаси, қориннинг пастки қисми, чов ва оралиқ соҳасига қўйилади. Қўллаш мумкин бўлган иссиқлик манбаларига шиша идишга тўлдирилган илиқ сув, қиздирилган гуруч билан тўлдирилган пайпоқ, илиқ компресс (илиқ сувга намланган сочик), иситиш ёстиқчаси (электрогрелка) ёки иссиқ аёл киради. Қўйиб қолмаслик учун эҳтиёткорлик билан иссиқлик манбасини қўйиш керак. Парвариш қилувчи ходим иссиқлик манбасини ўз терисида текшириши ва аёлнинг териси ва илиқ пакетнинг орасига бир ёки икки қаватли мато қўйиши керак. Иссиқлик оғриқни енгиллаштириш учун қўлланилишидан ташқари совуқ қотиш ёки титроқни енгиллаштириш, бўғимларнинг қаттиқлигини камайтириш, мушакларнинг тиришишини камайтириш ва бириктирувчи тўқиманинг чўзилишини ошириш учун қўлланилади.
5. **Муз.** Аёл бел соҳасида оғриқ сезганда, муз пакетлари бел соҳасининг пастки қисмига қўйилиши мумкин. Қўллаш мумкин бўлган совуқнинг манбаларига муз билан тўлдирилган пакет ёки хирургик қўлқоп, музлатилган гел пакетлари, муз билан тўлдирилган пластик шиша, музда музлатилган газланган сувли банкалар. Аёлнинг териси ва музлатилган пакетнинг орасига бир ёки икки қаватли мато қўйилиши керак. Оралиққа музлатилган компресслар туғрукдан кейин бир неча кун давомида вақти-вақти билан қўйилиши мумкин.
6. **Мушакларни аста-секин бўшаштириш ва нафас олиш усуллари ўз ичига олган бўшаштирувчи усуллар.** Антенатал даврда бажариладиган йоганинг бўшаштирувчи, нафас ва ҳолатни эгаллаш муолажалари туғрукдан аввалги ташвиш ва қўрқувни камайтиради. Туғрук жараёнида йога билан шуғулланиш оғриқни камайтириши ва аёлнинг туғрукдан мамнунлик даражасини ошириши мумкин.
7. **Туғрукнинг биринчи даврида душ қабул қилиш ёки сувга тушиш.** Аёлнинг тана ҳарорати кўтарилмаслиги ва ҳомила учун потенциал хавфни оширмаслик учун сувнинг ҳарорати инсон танасининг ҳарорати билан тенг ёки бироз юқорироқ бўлиши керак (37°C дан ошмаслиги керак). Узок вақтга сувга тушиш (икки соатдан ортиқ) туғрукнинг давомийлигини узайтиради ва окситоцин ишлаб чиқарилишини камайтирган ҳолда, бачадон қисқаришларини секинлаштиради. Сувга тушишга қарши кўрсатмалар: иситма, инфекцияга гумон қилиш, ҳомиланинг ноаниқ ҳолати, жинсий йўллардан қонли ажралмалар келиши ва ҳомиланинг юрак уришини доимий назорат қилишни талаб қиладиган ҳар қандай ҳолатлар. Туғрукнинг иккинчи даврида сувга тушишнинг фойдаси бўйича чекланган маълумотлар келтирилган. Бироқ, янги туғилган чақалоққа ёки аёлга сувда туғишнинг ножўя таъсирларнинг кўпайиши бўйича ҳеч қандай маълумотлар

- келтирилмаган. Сувда туғишнинг фойдаси ва хавфи етарлича ўрганилмаганлиги тўғрисида туғувчи аёлларни хабардор қилиш керак.
8. **Аудиоаналгезия (музыка, шовкин ва атрофдаги товушлар)** аёлнинг туғруқдан мамнунлик даражасини оширади ва туғруқдан кейинги депрессия хавфини камайтиради.
  9. **Ароматерапия.** Эфир мойлари кучли таъсирга эга ва нотўғри қўлланилса зарарли бўлиши мумкин. Ҳомиладор аёллар ўзларининг эфир мойларини аралаштиришдан сақланишлари керак. Ароматерапия малакали ходимлар назорати остида қўлланилиши керак. Эфир мойларига сезгир ходимларда аллергия реакциялардан ҳимоя қилиш учун ароматерапия қўлланилиши ҳақида маълумот бериш керак.
  10. **Гипноз** туғруқ жараёнида оғриқни камайтиришнинг фармакологик усуллар қўлланилишини камайтириши мумкин. Оғриқни камайтириш бўйича аёлларнинг туғруқдан мамнунлик даражаси ошиши кузатилмаган. Гипноз – бу концентрациянинг йўналтирилган шакли. Ўз-ўзини гипноз қилиш – бу гипнознинг бир тури ҳисобланади, унда малакали ходим аёлга онгни ўзгартиришни ўргатади. Туғруқда ўз-ўзини гипноз қилишдан асосий мақсад – ташвиш ва қўрқувни бошқаришга ёрдам беришдан иборат. Анамнезда оғир руҳий ўзгаришлари бўлган ва психоз билан касалланган аёлларга гипноз қўлланилмайди. Туғруқ жараёнида гипноз қўлланилишининг бошқа аниқ хавф ёки камчиликлари бўйича маълумотлар келтирилмаган.
  11. **Бел оғриғи ёки бошқа туғруқ оғриқларида инъекция учун стерил сувни тери ичига ёки тери остига юбориш.** Одатда 0,1 дан 0,5 мл гача стерил сув инъекциялари тўрт марта тери ичига ёки тери остига юборилади. Биринчи иккита нуқта орқа юқори ёнбош суяклари устки қисмида жойлашган (бу эрда Михаэлис ромбининг ўнг ва чап чуқурчалари жойлашган). Қолган иккита нуқта 3 см пастда ва биринчи иккита нуқтадан 1 см медиалроқ жойлашган. Инъекция жойини спиртли пахтача билан артиб бўлгач, стерил сув юборилади ва тўртта кичик папула ҳосил бўлади. Оғриқнинг давомийлигини қискартириш учун инъекцияларни тез юбориш керак. Инъекциядан кейин 30-60 сония ичида ёниш ҳисси пайдо бўлиши ҳақида беморни огоҳлантириш керак. 2 дақиқадан сўнг оғриқ камаяди ва 1-2 соат давом этади. Инъекция пайтида вақтинчалик оғриқдан бошқа ҳеч қандай ножўя таъсирлар қайд этилмаган.

### **Нейроаксиал оғриқсизлантириш усули**

Туғруқда нейроаксиал оғриқсизлантиришни ўтказиш учун кўрсатмалар (туғруқнинг биринчи даврининг фаол фазасида ўтказилади):

- ҳар қандай этиологияли артериал гипертензия (преэклампсия, гипертоник касаллик, симптоматик артериал гипертензиялар);
- баъзи турдаги соматик касалликлар билан касалланган туғувчи аёллар (масалан, гипертоник касаллик, юрак нуқсонлари (барчаси эмас), нафас олиш аъзолари касалликлари – бронхиал астма, буйрак касалликлари – гломерулонефрит; юқори даражали миопия, бош миёна ички босими кўтарилиши ва бошқ.);
- ҳомиланинг антенатал ўлими (ушбу ҳолатда асосий жиҳат аёлнинг руҳий ҳолати ҳисобланади);
- ҳозирги вақтда ёки ўтказилган веноз ёки артериал тромбоз билан касалланган туғувчи аёллар;
- 18 ёшга етмаган туғувчи аёллар;
- аёл тўлғоқлар пайтида оғриққа чидай олмаганда (ушбу кўрсатмани баҳолашда оғриқнинг жадаллигини баҳолаш визуал-аналог шкаласидан фойдаланиш мумкин);
- туғруқ фаолиятининг аномалиялари (акушер-гинеколог эпидурал оғриқсизлантиришнинг туғруқнинг иккинчи даврининг кечилишига таъсирини инобатга олиши керак);

- муддатидан олдинги туғруқ, юқори самарадорлиги ва токсиклиги камроқ бўлгани сабабли, муддатидан олдинги туғруқни оғриқсизлантириш учун опиоид аналгетикларга қараганда эпидурал оғриқсизлантиришни қўллаш афзалроқ ҳисобланади.

Туғруқда нейроксиал оғриқсизлантиришни ўтказиш учун қарши кўрсатмалар:

- оғир гиповолемия (геморрагик шок, дегидратация);
- гипокоагуляция томонига қон ивишининг бузилиш (фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти 1,5 баробардан кўпроқ ошиши, халқаро нормаллаштирилган нисбат 1,5 баробардан кўпроқ ошиши) ва тромбоцитопения ҳолатлари ( $< 70 \times 10^9/\text{л}$ ), туғма ва орттирилган коагулопатиялар.  $70-100 \times 10^9/\text{л}$  тромбоцитопенияда ва гипокоагуляция ҳолати мавжуд бўлмаганда фақат спинал оғриқсизлантиришни қўллаш мумкин (кичик ўлчамдаги игналардан 27-29 G фойдаланиш шарт);
- пункция жойида тери қопламларининг йирингли шикастланиши;
- маҳаллий анестетикларни кўтара олмаслик (амид гуруҳининг маҳаллий анестетикларига анафилаксия ҳолатлари ва юқори сезувчанлик камдан-кам учрайди);
- юрак сунъий ритм бошқарувчиси мавжуд, аортал клапани стенози, аорта коарктацияси, ифодаланган митрал клапани стенози билан касалланган аёлларда юрак қон отиши сақланган бўлиши. Ушбу ҳолатда, регионар оғриқсизлантиришни ўтказишнинг эҳтимоли индивидуал равишда баҳоланади ва кардио-жарроҳ билан келишилади, чунки нуқсон туфайли юзага келган гемодинамик бузилишларни қоплаш даражаси катта аҳамиятга эга.
- оғир жигар етишмовчилиги (коагуляция ва маҳаллий анестетикларнинг метаболизми бузилиши);
- асаб тизимининг демиелинизацияловчи касалликлари ва периферик нейропатия (индивидуал равишда кўриб чиқилади);
- пункция жойида татуировка бўлиши.

Нейроксиал оғриқсизлантириш усуллари ёрдамида туғруқни оғриқсизлантириш имконияти ва кейинчалик уни туғруқнинг барча давларида ўтказиш тактикаси тўғрисидаги қарор барча хавф омиллар, туғруқ кечинининг хусусиятлари ва ҳомиланинг ҳолатини инобатга олган ҳолда фақат акушер-гинеколог ва анестезиолок-реаниматолог томонидан белгиланади. Нейроксиал оғриқсизлантиришни анестезиолог-реаниматолог ўтказиши.

Туғруқнинг биринчи даврида аёл ҳаракатчан ва вертикал ҳолатда бўлиши туғруқнинг умумий давомийлигини қисқартиради, кесар кесиш хавфини камайтирмайди, она ва ҳомилага салбий таъсир кўрсатмайди. Бунга аналгетик таъсир кўрсатиши мумкин бўлган минимал концентрацияли маҳаллий анестетик эритмалари ёрдамида эришилади (дифференциялашган блок феномени).

Нейроксиал оғриқсизлантириш усуллари туғруқнинг иккинчи даврининг давомийлигини узайтириши мумкин, бу ифодаланган моторли блок билан боғлиқ ва бу асоратнинг олдини олиш учун қуйидаги усуллар қўлланилади:

- ҳомиланинг ўткир гипоксияси мавжуд бўлмаганда, мотор блокининг даражаси камаймагунга қадар туғдириб олиш тезлаштирилмайди;
- эпидурал бўшлиққа маҳаллий анестетикнинг инфузияси узлуксиз юборилади;
- маҳаллий анестетикнинг концентрацияси камайтирилади (оғриқ қолдирувчи таъсир сусайиши мумкин).

Туғруқ содир бўлгандан сўнг туққан аёл икки соат давомида ётган ҳолатда бўлиши керак, фақат ходимлар кузатувида ўрндан туриш ва юриш мумкин бўлади. Бу мотор блокиннинг мумкин бўлган қолдиқ таъсири ва ортостатик гипотензия ривожланиши билан боғлиқ.

Нейроаксиал оғриқсизлантиришнинг бошқа усуллари сингари эпидурал оғриқсизлантиришдан ҳам хавфсиз фойдаланиш учун Америка анестезиологлар ассоциацияси томонидан тавсия этилган қуйидаги тамойилларга таяниш лозим:

1. нейроаксиал оғриқсизлантириш реанимация ва интенсив даволашни ўтказиш учун мослаштирилган жойларда ўтказилиши керак;
2. нейроаксиал оғриқсизлантиришни тегишли тайёргарликка эга бўлган анестезиолог-реаниматолог ўтказиши керак;
3. муолажадан аввал аёл кўриқдан ўтиши, акушер-гинеколог билан биргаликда аёл ва ҳомиланинг ҳолати баҳоланиши керак;
4. инфузион терапияни ўтказиш имкониятини таъминлаш (венани катетеризациялаш, эритмаларни тайёрлаш);
5. аёл ва ҳомиланинг ҳолатини назорати таъминланиши керак;
6. ходимлар янги туғилган чақалоқлар реанимациясини ўтказишга тайёр бўлишлиги керак;
7. анестезиолог-реаниматолог нейроаксиал оғриқсизлантиришнинг бутун даврида ва туғруқдан кейинги даврда аёлнинг ҳолатини кузатиши керак;
8. нейроаксиал оғриқсизлантириш шўтказилгандан кейин юзага келган асоратларни бартараф этиш учун керак бўлган ҳамма нарса бўлиши керак.

Аёл ва ҳомила учун туғруқда нейроаксиал оғриқсизлантиришнинг хавфсизлиги қуйидаги омиллар билан белгиланади:

- туғруқда нейроаксиал оғриқсизлантиришнинг ўзига хос хусусиятлари бўйича анестезиолог-реаниматологнинг малакаси;
- эпидурал оғриқсизлантириш шароитида туғруқнинг ўзига хос хусусиятлари бўйича акушер-гинекологнинг малакаси;
- замонавий техник жиҳозлар (игналар, катетерлар, дозаторлар, мониторлар);
- замонавий маҳаллий анестетиклар (бупивакаин, ропивакаин);
- аёл ва ҳомиланинг ҳолатини узлуксиз назорат қилиш.

Режалаштирилган вазиятда нейроаксиал оғриқсизлантириш ва инвазив муолажаларни (операциялар) ўтказиш пайтида антикоагулянтлар ва/ёки дезагрегантларни қабул қилаётган аёлларнинг хавфсизлиги охириги қабул қилинган пайтдан бошлаб, муолажа ўтказилишигача бўлган вақт ораллиғига боғлиқ бўлади. Шошилинич ҳолатда антикоагулянтлар ва дезагрегантларнинг таъсирини инактивация қилиш усуллари қўллаш зарур.

### **Паравертебрал бел симпатик блокадаси**

Нейроаксиал оғриқсизлантиришни ўтказишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолатларда паравертебрал бел симпатик блокадасини ўтказиш тавсия этилади. Паравертебрал оғриқсизлантириш усули қуйидаги афзалликларга эга: бачадон бўйни очилишини тезлаштиради, туғруқнинг давомийлигини қисқартиради, техник жиҳатдан бажариш осон, гипотензияга олиб келмайди. Туғруқда эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказиш мумкин бўлмаган ҳолатларда, паравертебрал блокадаси туғруқни оғриқсизлантиришнинг усули сифатида кўриб чиқилиши мумкин. Паравертебрал оғриқсизлантириш  $T_{12}$ - $L_1$  қиррали ўсимталар чизиғидан 1,5-2,0 см масофада қиррали ўсимтанинг юқори қирраси сатҳида ҳар икки томондан маҳаллий анестетикни юбориш билан ўтказилади. Одатда паравертебрал блокада учун 15-30 мл ҳажмда маҳаллий анестетик қўлланилади. Кўпроқ ҳажмда юбориш маҳаллий анестетикнинг тизимли токсиклиги ривожланиш эҳтимоли билан боғлиқ бўлиши мумкин. Анестетик таъсирнинг энг юқори чўққиси тахминан 40 (10-60) дақиқада

ривожланади, бу эса қон плазмасида анестетикнинг максимал концентрациясига тўғри келади. Ушбу даврда аёлни диққат билан кузатиб бориш керак.

### **Тизимли медикаментоз оғриқсизлантириш усули**

Тизимли опиоидлар оз ёки ўрта даражада туғруқда оғриқни енгиллаштиради. Оғриқсизлантириш тўлиқ эмас, вақтинчалик, седатив таъсир билан кечади ва туғруқ фаолияти бошланганда самаралироқ бўлади. Бачадон бўйни 7 см дан кўп очилгандан кейин опиоидлар самара бермаслиги мумкин. Қўллаш учун чекловларга қарамасдан, опиоидлар қўлланилгандан кейин оғриқнинг вақтинча енгиллашиши кўплаб туғувчи аёллар учун оғриқни даволашнинг фойдали ва қониқарли стратегияси бўлиши мумкин.

### **Ингаляцион оғриқсизлантириш усули**

Туғруқда оғриқни енгиллаштириш учун субанестетик дозаларда ингаляцион анестетикни қўллаш усули ингаляцион оғриқсизлантириш деб номланади. Ингаляцион оғриқсизлантириш усуллари баъзи даражада оғриқсизлантиришни таъминласа-да, кўпчилик аёлларда туғруқни адекват оғриқсизлантириш учун етарли бўлмайди. Ушбу усуллар муваффақиятсиз нейроаксиал блокадалар ёки уларни қўллаш учун қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда кўшимча оғриқсизлантириш усули сифатида қўлланилиши мумкин. Ингаляцион оғриқсизлантириш усули вақти-вақти билан (тўлғоқлар пайтида) ва узлуксиз қўлланилиши мумкин. Ускунадан тўғри фойдаланиш ва онг даражасини назорат қилиш учун анестезиолог-реаниматолог кузатуви остида ингаляцион оғриқсизлантириш усуллари аутоанестезия сифатида қўлланилиши ҳам мумкин.

50:50 нисбатдаги динитроген оксидининг кислород билан аралашмаси кўп йиллар давомида моноанестетик сифатида ҳам, туғруқни оғриқсизлантиришнинг регионар усулларида ёрдамчи воситаси сифатида ҳам қўлланилган. Бу билан боғлиқ бўлган ножўя таъсирлар орасида бош айланиши, кўнгил айнаши, апатия ва мулоқотлашиш даражаси пасайиши кузатилади. Ингаляция бошлангандан кейин 45-60 с ўтгач максимал аналгетик таъсирга эришилади. Шунинг учун туғувчи аёл ингаляцияни тўлғоқларнинг биринчи белгиларидан бошлаши ва энг ифодаланган бачадон қисқаришларидан кейин тугатиши жуда муҳимдир. Туғруқ залларида нафасда чиқариладиган газлар учун газ еғувчи мослама бўлмаслиги, назарий жиҳатдан нафасда чиқариладиган анестетикларнинг юқори концентрациялари узок вақт таъсир қилиши тиббиёт ходимларини хавф остига қўяди. Маълум бўлишича, ингаляция учун 50:50 нисбатдаги динитроген оксидининг кислород билан аралашмасини қўллаш жигар, буйраклар, юрак-қон томир ва нафас олиш тизимларининг функцияларига таъсир қилмайди. Динитроген оксидининг аналгетик таъсири дозага боғлиқ бўлиб, бу туғруқни оғриқсизлантиришда баъзи самарадорликни таъминлайди.

Шунингдек, туғруқни оғриқсизлантиришда севофлуран ҳам қўлланилади. Туғруқни самарали оғриқсизлантиришда ингаляция учун 0,8% ли концентрация мақбул ҳисобланади. 50:50 нисбатдаги динитроген оксидининг кислород билан аралашмасига қараганда, севофлуран оғриқсизлантиришнинг юқори даражасини таъминлайди, бироқ, кучли седация фониди. Севофлуран ифодаланган ножўя таъсирлар кўрсатмайди ва туғувчи аёллар учун қўлай ҳисобланади. Туғруқда буғ ҳосил қилувчи аналгетикларни қўллаш (S02DA: аналгетиклар ва анестетиклар) онг даражаси пасайиши, ёмон ҳид ва юқори нарх билан чекланган. Буғ ҳосил қилувчи аналгетикларни қўллашнинг асосий хавфи – тасодифан дозани ошириб юбориш, нафас йўллари химоя қилувчи рефлексларнинг йўқолишидан иборат.

### Партограмма

#### ANNEX 2: Partograph

Name	Gravida	Para.	Hospital no.
Date of admission	Time of admission	Ruptured membranes	hours

  

Fetal heart rate	180																								
	170																								
	160																								
	150																								
	140																								
	130																								
	120																								
	110																								
	100																								
Liquor Moulding																									

  

Cervix (cm) [plot X]	10																								
	9																								
	8																								
	7																								
	6																								
	5																								
	4																								
	3																								
	2																								
	1																								
	0																								
Descent of head [plot 0]																									
Hours		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Time																									

  

Contractions per 10 mins	5																								
	4																								
	3																								
	2																								
	1																								

  

Oxytocin U/L drops/min																									
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  

Drugs given and IV fluids																								
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  

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

  

Temp °C																									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  

Urine	protein																								
	acetone																								
	volume																								

Source: WHO, used by permission

### **Тўлдириш қоидалари:**

**Аёл ҳақида маълумот:** тўлиқ исми, ҳомиладорликлар ва туғруқлар сони, туғруқ тарихи №, туғруқ бўлимига қабул қилиш санаси ва вақти, қоғаноқ пардалари ёрилиши вақти.

**Ҳомила юрак уриши сони:** ҳар ярим соатда белгиланади (ҳар 15 дақиқада тингланади) – ҳар 30 дақиқада нуқта билан белгиланади.

**Қоғаноқ сувлари:** қоғаноқ сувларининг ранги ҳар соатда белгиланади:

I – қоғаноқ пардалари бутун

C – қоғаноқ сувлари тоза, тиниқ

M – сувлар меконийли (рангининг ҳар қандай интенсивлиги)

B – сувлар қонли

A – сувлар/ажралмалар йўқ

**Ҳомила бошининг конфигурацияси:** қин орқали текширувда аниқланади:

O – конфигурацияси йўқ

+ – чоклар осон ажралади

++ – чоклар бир-бирига киради, бироқ босганда ажралади

+++ – чоклар бир-бирига киради ва ажралмайди

**Бачадон бўйни очилиши:** қин орқали текширувда баҳоланади ва хоч (х) билан белгиланади.

**Хушёрлик чизиги:** бачадон бўйни 5 см дан очилган жойдан бошланиши ва соатига 1 см да тўлиқ очилиш нуқтасига қадар давом этиши керак.

**Ҳаракат чизиги:** хушёрлик чизигига параллель ва 4 соат ўнгда туради.

**Ҳомила боши тушиши:** ҳомила бошининг тушишини биринчи навбатда қоринни пайпаслаб ва кейин қин орқали текширувда баҳолаш керак:

5/5 – боши 5 бармоқда қов тепасида – кичик чаноққа кириш қисмида

4/5 – боши 4 бармоқда қов тепасида – кичик чаноқнинг кириш қисмига тақалган

3/5 – боши 3 бармоқда қов тепасида – қов устида бошининг катта қисми сезилади

2/5 – боши 2 бармоқда қов тепасида – қов устида бошининг кичик қисми сезилади

1/5 – боши кичик чаноқнинг бўшлиғида

**Вақт:** чизикнинг чап томонида белгиланади. Тўлдириш осон бўлиши учун 30 дақиқага каррали вақтда ёзиш қулайроқдир, масалан, 13:00 ёки 13:30.

**Бачадоннинг қисқаришлари:** бачадон бўйни очилиши ва ҳомила бошининг тушиши билан бирга, бачадоннинг қисқаришлари (тўлғоқлар) туғруқ фаолиятининг аниқ кўрсаткичи бўлиб хизмат қилади. Тўлғоқлар сони вақт ўқи бўйлаб чизилади. Ҳар бир катак 10 дақиқада битта қисқаришни билдиради. Штрихли чизикларнинг турли хил интенсивлиги тўлғоқларнинг кучи ва давомийлигини акс эттиради. Одатда партограммада қуйидаги уч турдаги штрихли чизиклардан фойдаланилади:

нуқталар – давомийлиги 20 сониягачан бўлган суст тўлғоқлар

қия штрихли чизиклар – давомийлиги 20-40 сониягачан бўлган ўртача тўлғоқлар

сидирға штрихли чизиклар – давомийлиги 40 сониядан кўп бўлган кучли тўлғоқлар

**Окситоцин:** ҳар 30 дақиқада унинг миқдори/концентрацияси ва бир дақиқада юборилган дозаси қайд этилади.

**Дори-воситалар:** ҳар қандай юборилган қўшимча дори-воситалар қайд этилади.

**Пульс:** ҳар 30 дақиқада нуқта билан белгиланади.

**Артериал қон босими:** ҳар 4 соатда ва тегишли катакнинг ўртасида чизик билан белгиланади.

**Тана ҳарорати:** ҳар 4 соатда белгиланади.

### Апгар шкаласи

**Тури:** баҳолаш шкаласи.

**Қўлланилиши:** янги туғилган чақалоқнинг ҳолатини баҳолаш.

Белгилар	0 балл	1 балл	2 балл
Тери қопламларининг ранги	Умумий оқариш ёки цианоз	Танаси оч пушти рангда, қўл-оёқлари кўкимтир (акроцианоз)	Танаси ва қўл-оёқлари пушти рангда
Юрак уриши сони	Аниқланмайди	1 дақиқада 100 тадан кам	1 дақиқада 100 тадан ортиқ
Рефлекслар	Йўқ	Кам ифодаланган, афтини буриштиради	Аксириш, йўтал, кичкириш
Мушак тонуси	Йўқ, қўл-оёқлари осилиб қолган	Пасайган, қўл-оёқлари озроқ букилган	Ҳаракатлари фаол
Нафас	Йўқ	Сийрак ва тартибсиз, кучсиз йиғлайди (гиповентиляция)	Меъёрида, каттиқ кичкиради

**Талқини:** туғилгандан кейин 1 дақиқа ўтгач 4-7 балл баҳоси ўрта даражали асфиксияга тўғри келади (P21.1, КХТ-10), 0-3 балл баҳоси оғир асфиксия (P21.0, КХТ-10). КХТ-10 бўйича туғилгандан кейин 1 дақиқа ўтгач, 7 балл баҳо ўрта даражали асфиксияга тўғри келсада, бу ташхисни қўйиш ўринли ҳисобланмайди, чунки 1-дақиқанинг тугашига Апгар шкаласи бўйича 7 баллик баҳо клиник ва/ёки прогностик аҳамиятга эга эмас. Апгар шкаласи бўйича дастлабки баҳонинг прогностик аҳамияти паст. Қисқа муддатли ва узоқ муддатли нохуш оқибатлар туғилгандан кейин 5 ва 10 дақиқа ўтгач Апгар шкаласи бўйича паст баҳо билан боғлиқ.

**Тушунтириш:** баҳолаш одатда туғилгандан 1 ва 5 дақиқа ўтгач ўтказилади ва баҳо паст бўлиб қолса, кейинроқ қайта баҳолаш мумкин.

### Оғриқнинг жадаллигини баҳолаш визуал-аналог шкаласи

**Асл номи:** Visual analogue pain intensity scale.

**Манба:** Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. Pain 1976; 2 (2): 175– 184.

**Тури:** баҳолаш шкаласи.

**Қўлланилиши:** оғриқнинг жадаллигини баҳолаш.



**Талқини:**

0-1 см – оғриқ йўқ,

1-3 см – оғриқга эътибор бермаса бўлади,

3-5 см – фаолиятга халақит беради,

5-7 см – ҳаёлни бир жойга жамлашга халақит беради,

7-9 см – асосий эҳтиёжларни қондиришга халақит беради,

9 -10 см – ётоқ тартиби зарур.

**Туғруқнинг ижобий тажрибасини таъминлаш учун интранатал даврда  
парвариш қилиш бўйича тавсияларнинг умумий рўйхати**

ЖССТ, 2018 й.

Парвариш тури	Тавсиялар	Тавсиялар тоифаси
<b>Туғруқ фаолияти ва туғруқ жараёнининг бутун даври</b>		
Туғувчи аёлга нисбатан ҳурмат билан муносабатда бўлиш	1. Ёрдам кўрсатишда, аёлнинг обрўси, шахсий дахлсизлиги ва махфийлигини сақлайдиган, шунингдек, зарар етказишдан ва нотўғри даволашдан ҳимоя қилайдиган, туғруқ жараёнида узлуксиз қўллаб-қувватлаш ва маълумотларни билган ҳолда танлаш имконини таъминлайдиган ҳурмат билан муносабатда бўлиш тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>
Самарали мулоқот олиб бориш	2. Маданий мақбул, оддий қоидалар билан туғувчи аёл ва парвариш қилувчи ходимлар ўртасида самарали мулоқот олиб бориш тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>
Туғруқ жараёнида ҳамроҳ бўлиши	3. Барча аёллар туғруқ пайтида ҳамроҳ билан бўлиши тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>
Узлуксиз парвариш	4. Ўзини яхши кўрсатган тегишли дастурлар мавжуд бўлганда, ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда аёлни олиб борадиган бошқа таниш доянинг ёки доялар гуруҳининг назорати остида бўлиш тавсия этилади.	<b>Муайян вазиятларда тавсия этилади</b>
<b>Туғруқнинг биринчи даври</b>		
Туғруқнинг биринчи даври латент ва фаол фазасини аниқлаш	5. Туғруқнинг биринчи даври латент ва фаол фазаларига куйидаги таърифларни қўллаш тавсия этилади: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Латент фаза бачадоннинг оғриқли қисқаришлари ва бачадон бўйни каналининг вариабел ўзгаришлари, шу жумладан, бачадон бўйнининг бироз текисланиши, биринчи ва қайта туғруқларда 5 см гача бачадон бўйни каналининг секинлик билан очилиб бориши билан тавсифланади.</li> <li>● Фаол фаза бачадоннинг мунтазам оғриқли қисқаришлари, бачадон бўйнининг ифодаланган текисланиши, биринчи ва қайта туғруқларда 5 см дан тўлиқ очилишига қадар бачадон бўйни каналининг янада тезроқ очилиши билан тавсифланади.</li> </ul>	<b>Тавсия этилади</b>

Парвариш тури	Тавсиялар	Тавсиялар тоифаси
Туғруқнинг биринчи даврининг давомийлиги	6. Аёллар туғруқнинг биринчи даврининг латент фазасининг давомийлиги қоида эмаслиги ва ҳар хил бўлиши ҳақида хабардор бўлишлиги керак, бироқ, унинг давомийлиги (бачадон бўйни канали 5 см дан тўлиқ очилгунга қадар) одатда биринчи туғруқларда 12 соатдан ва қайта туғруқларда эса 10 соатдан ошмайди.	Тавсия этилади
Туғруқнинг биринчи даврининг кечиши	7. Туғруқ фаолияти ўз-ўзидан бошланган бўлса, фаол фазада бачадон бўйни канали 1 см/с очилиши ҳомила учун асоратлар хавфини аниқлашнинг ишончсиз мезони ҳисобланади ва бу мақсад учун қўллаш тавсия этилмайди.	Тавсия этилмайди
	8. Биринчи даврнинг фаол фазасида 1 см/с бачадон бўйни каналининг минимал очилиш тезлиги барча аёлларда ҳам кузатилмайди ва туғруқ нормал кечишининг мезони ҳисобланмайди. Бачадон бўйнининг секин очилиши (1 см/с дан секинроқ) алоҳида белги сифатида жарроҳлик йўли орқали туғдириш учун кўрсатма ҳисобланмайди.	Тавсия этилмайди
	9. Бачадон бўйни канали 5 см гача очилгунга қадар туғруқ фаолияти узоқроқ давом этиши мумкин. Шунга қарамасдан, бу чегарага етгунга қадар, она ва ҳомиланинг ҳолати қониқарли бўлса, туғруқни тезлаштириш мақсадида тиббий аралашувни (масалан, окситоцинни юбориш ёки жарроҳлик йўли орқали туғдириш) ўтказиш тавсия этилмайди.	Тавсия этилмайди
Туғруқхонага қабул қилиш	10. Биринчи даврнинг фаол фазасига қадар туғруқ фаолияти ўз-ўзидан бошланган соғлом ҳомиладор аёлни туғруқхонага ётқизишни кечиктириш тавсия этилмайди. Тадқиқот дастурларида иштирок этиш ҳолатлари бундан мустасно.	Фақат тадқиқот доирасида тавсия этилади
Қабул қилганда чанок ўлчамларини ўлчаш	11. Туғруқ фаолияти бошланган соғлом ҳомиладор аёлларда мунтазам равишда чанок ўлчамларини ўлчаш тавсия этилмайди.	Тавсия этилмайди
Туғруқхонага қабул қилганда ҳомиланинг ҳолатини мунтазам равишда баҳолаш	12. Соғлом ҳомиладор аёлларда ўз-ўзидан содир бўлувчи туғруқ жараёнида ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш мақсадида мунтазам равишда кардиотокографияни ўтказиш тавсия этилмайди.	Тавсия этилмайди
	13. Туғруқ жараёнида ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш учун доплер УТТ-ускунаси ёки Пинар стетоскопи ёрдамида ҳомиланинг юрак уришини эшитиш тавсия этилади.	Тавсия этилади
Оралик ва қов усти соҳасидаги тукларни олиб ташлаш	14. Табiiй туғруқларда оралик ва қов усти соҳасидаги тукларни мунтазам равишда олиб ташлаш тавсия этилмайди.	Тавсия этилмайди

Парвариш тури	Тавсиялар	Тавсиялар тоифаси
Қабул қилганда тозаловчи ҳукнани (клизма) қўллаш	15. Туғруқ фаолиятини тезлаштириш учун қабул қилганда тозаловчи ҳукнани (клизма) қўллаш тавсия этилмайди.	<b>Тавсия этилмайди</b>
Қин орқали текширувлар	16. Асоратлар ривожланиш хавфи паст бўлган аёлларда туғруқнинг биринчи даврининг фаол фазасида ҳомиланинг ҳолатини мунтазам равишда баҳолаш усули сифатида 4 соатлик оралиқ билан қин орқали текширувни ўтказиш тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>
Туғруқ жараёнида узлуксиз КТГ ўтказиш	17. Табиий туғруқларда соғлом ҳомиладор аёлларда ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш мақсадида мунтазам кардиотокографияни ўтказиш тавсия этилмайди.	<b>Тавсия этилмайди</b>
Туғруқ жараёнида вақти-вақти билан ҳомиланинг юрак уришини эшитиш	18. Туғруқ жараёнида соғлом ҳомиладор аёлларда ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш учун доплер УТТ-ускунаси ёки Пинар стетоскопи ёрдамида вақти-вақтти билан ҳомиланинг юрак уришини эшитиш тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>
Эпидурал оғриқ-сизлантиришни ўтказиш	19. Соғлом ҳомиладор аёлларда оғриқни енгиллаштириш учун эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказиш тавсия этилади (туғувчи аёлнинг хоҳишларини инобатга олган ҳолда).	<b>Тавсия этилади</b>
Опиод аналгетикларни қўллаш	20. Соғлом ҳомиладор аёлларда оғриқни енгиллаштириш учун фентанил, диаморфин ва петидин каби опиод аналгетикларни парентерал юбориш тавсия этилади (туғувчи аёлнинг хоҳишларини инобатга олган ҳолда).	<b>Тавсия этилади</b>
Оғриқ синдромини назорат қилиш учун бўшаштирувчи усулларни қўллаш	21. Соғлом ҳомиладор аёлларда оғриқни енгиллаштириш учун мушакларни аста-секин бўшаштириш, нафас олиш усуллари, мусиқа ва онгда бўлиш каби бўшаштирувчи муолажаларни қўллаш тавсия этилади (туғувчи аёлнинг хоҳишларини инобатга олган ҳолда).	<b>Тавсия этилади</b>
Оғриқ синдромини назорат қилиш учун мануал усулларни қўллаш	22. Соғлом ҳомиладор аёлларда оғриқни енгиллаштириш учун уқалаш ёки илиқ пакетларни қўйиш каби мануал усулларни қўллаш тавсия этилади (туғувчи аёлнинг хоҳишларини инобатга олган ҳолда).	<b>Тавсия этилади</b>
Туғруқни стимуляциялаш учун оғриқни енгиллаштириш	23. Туғруқ фаолияти секинлашишини олдини олиш ва туғруқ стимуляторларини қўллашдан сакланиш учун оғриқни камайтириш тавсия этилмайди.	<b>Тавсия этилмайди</b>

Парвариш тури	Тавсиялар	Тавсиялар тоифаси
Овқат ва суюқликларни перорал қабул қилиш	24. Асоратлар ривожланиш хавфи паст бўлган аёлларга туғруқ жараёнида овқат ва суюқликларни қабул қилиш тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>
Туғувчи аёлнинг ҳолати ва ҳаракатланиши	25. Асоратлар ривожланиш хавфи паст бўлган аёлларни туғруқ жараёнида вертикал ҳолатда бўлиш ва ҳаракатланишга рағбатлантириш тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>
Қинни ювиш	26. Летал юкумли касалликларнинг олдини олиш мақсадида туғруқ жараёнида хлоргексидин эритмасида мунтазам равишда қинни ювиш тавсия этилмайди.	<b>Тавсия этилмайди</b>
Туғруқ фаолиятига фаол аралашув ўтказиш	27. Туғруқ фаолиятини стимуляциялаш учун фаол аралашув ўтказиш тавсия этилмайди.	<b>Тавсия этилмайди</b>
Мунтазам равишда амниотомияни ўтказиш	28. Туғруқ фаолиятини стимуляциялашнинг алоҳида усули сифатида амниотомияни ўтказиш тавсия этилмайди.	<b>Тавсия этилмайди</b>
Амниотомия ва окситоцинни эрта қўллаш	29. Туғруқ фаолиятини стимуляциялаш учун амниотомияни окситоцин билан биргаликда эрта қўллаш тавсия этилмайди.	<b>Тавсия этилмайди</b>
Эпидурал оғриқсизлантиришдан кейин окситоцинни юбориш	30. Эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказган аёлларда туғруқ фаолиятини стимуляциялаш учун окситоцинни юбориш тавсия этилмайди.	<b>Тавсия этилмайди</b>
Спазмолитикларни қўллаш	31. Туғруқ фаолиятини стимуляциялаш учун спазмолитикларни юбориш тавсия этилмайди.	<b>Тавсия этилмайди</b>
Туғруқ фаолиятини стимуляциялаш учун в/и суюқликни юбориш	32. Туғруқнинг давомийлигини қисқартириш учун в/и суюқликни юбориш тавсия этилмайди.	<b>Тавсия этилмайди</b>

Парвариш тури	Тавсиялар	Тавсиялар тоифаси
<b>Туғруқнинг иккинчи даври</b>		
Туғруқнинг иккинчи даврини аниқлаш ва давомийлиги	33. Туғруқнинг иккинчи даври ва унинг давомийлигига куйидаги таърифларни қўллаш тавсия этилади: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Туғруқнинг иккинчи даври – бачадон бўғзи тўлиқ очилгандан ҳомила туғилишига қадар бўлган давр ҳисобланади. Туғувчи аёл бачадоннинг экспулсив қисқаришлари туфайли тўлғоқларни ўтказди.</li> <li>• Аёллар туғруқнинг иккинчи даврининг давомийлиги ҳар хил бўлиши ҳақида хабардор бўлиши керак. Туғруқнинг иккинчи даври биринчи туғруқларда 3 соатдан, кейинги туғруқларда эса 2 соатдан ошмайди.</li> </ul>	Тавсия этилади
Туғруқдаги ҳолат (эпидурал оғриқсизлантириш ўтказилмаган туғувчи аёллар учун)	34. Эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказмаган аёлларни туғруқ жараёнида вертикал ҳолатда бўлиш ва ҳаракатланишга рағбатлантириш тавсия этилади (туғувчи аёлнинг хоҳишларини инобатга олган ҳолда).	Тавсия этилади
Туғруқдаги ҳолат (эпидурал оғриқсизлантириш ўтказилган туғувчи аёллар учун)	35. Эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказган аёлларни туғруқ жараёнида вертикал ҳолатда бўлиш ва ҳаракатланишга рағбатлантириш тавсия этилади (туғувчи аёлнинг хоҳишларини инобатга олган ҳолда).	Тавсия этилади
Кучантириш	36. Туғувчи аёлларни ҳомиланинг ҳайдалиш даврида табиий кучанишни рағбатлантириш ва қўллаб-қувватлаш тавсия этилади.	Тавсия этилади
Кучантириш (эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказган туғувчи аёллар учун)	37. Туғруқнинг иккинчи даврида аёл эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказган бўлса, туғувчи аёлнинг ўзи кучанишга эҳтиёжни сезгунга қадар, бачадон бўйни канали тўлиқ очилгандан сўнг 1-2 соатга кучантиришни кечиктириш тавсия этилади. Ҳомиланинг перинатал гипоксиясини олдини олиш мақсадида ушбу даврни чўздириш тавсия этилмайди.	Муайян вазиятларда тавсия этилади
Оралик шикастланишини олдини олиш усуллари	38. Туғруқнинг иккинчи даврида бўлган аёлларда ораликни уқалаш, илиқ компрессларни қўйиш ва ораликни қўл билан ҳимоя қилиш усуллари оралик шикастланишини олдини олиш ва бола туғилишини енгиллаштириш учун қўлланилиши тавсия этилади.	Тавсия этилади
Эпизиотомияни ўтказиш	39. Туғруқлари ўз-ўзидан ва табиий йўллар орқали содир бўлувчи аёлларда мунтазам равишда ёки эркин тарзда эпизиотомияни ўтказиш тавсия этилмайди.	Тавсия этилмайди
Қоринга босимга ўтказиш	40. Туғруқнинг иккинчи даврида туғруқни енгиллаштириш мақсадида қоринга қўл билан босим ўтказиш тавсия этилмайди.	Тавсия этилмайди

Парвариш тури	Тавсиялар	Тавсиялар тоифаси
<b>Туғруқнинг учинчи даври</b>		
Утеротоникларни профилактик қўллаш	41. Туғруқнинг учинчи даврида туғруқдан кейинги қон кетишини олдини олиш мақсадида утеротоникларни барча ҳолатларда қўллаш тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>
	42. Туғруқдан кейинги қон кетишини олдини олиш мақсадида окситоцин (10 ХБ м/о, в/и) тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>
	43. Окситоцин мавжуд бўлмаса, бошқа утеротоникларни (эргометрин, метилэргометрин ёки окситоцин ва эргометрин таблеткаларининг бирикмаси) ёки перорал мизопростолни (600 мкг) қўллаш тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>
Киндик тизимчасини кечиктириб кесиш	44. Она ва бола учун энг яхши клиник натижаларни таъминлаш учун киндик тизимчасини кечиктириб кесиш (бола туғилгандан кейин бир дақиқа ўтгач) тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>
Киндик тизимчасининг назоратли тракциясини ўтказиш	45. Тиббиёт ходими ва туққан аёл йўқотилган қон миқдори камайиши ва туғруқнинг учинчи даврининг давомийлиги бироз қисқаришини муҳим деб ҳисоблашса, тажрибали ва малакали тиббиёт ходимлари мавжуд бўлганда, табиий туғруқда учинчи даврда киндик тизимчасининг назоратли тракциясини ўтказиш тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>
Бачадон массажини ўтказиш	46. Профилактик мақсадда окситоцин юборилган аёлларда туғруқдан кейинги қон кетишининг олдини олиш воситаси сифатида бачадонни узоқ вақт массаж қилиш тавсия этилмайди.	<b>Тавсия этилади</b>
<b>Янги туғилган чақалоқларнинг парвариши</b>		
Мунтазам равишда назал ва орал сўргичларни қўллаш	47. Тоза қоғаноқ сувлари билан туғилган ва мустақил нафас олишни бошлаган болаларда мунтазам равишда назал ва орал сўргичларни қўллаш тавсия этилмайди.	<b>Тавсия этилмайди</b>
«Тери-терига» контакти ўтказилиши	48. Гипотермиянинг олдини олиш ва кўкрак сути билан озиқлантиришни рағбатлантириш учун асоратларсиз туғилган чақалоқлар туғилгандан кейинги дастлабки биринчи соати давомида онаси билан бевосита «тери-терига» контактида бўлиши керак.	<b>Тавсия этилади</b>
Кўкрак сути билан озиқлантириш	49. Она ва бола озиқлантиришга тайёр бўлса, мустақил кўкрак сутини қабул қила оладиган барча, шу жумладан, вазни етишмовчилиги бўлган янги туғилган чақалоқларни, уларнинг ҳолати барқарор бўлса, кўкракка эрта тутиш тавсия этилади.	<b>Тавсия этилади</b>

## Туғувчи аёлга маълумот

### Нормал туғруқ нима?

Туғруқ фаолияти ўз-ўзидан бошланган, туғруқ бошланишида акушерлик асоратлар ривожланиш хавфи паст бўлган (преэклампсия, ҳомила ўсиши чекланиши, ҳомиланинг ҳолати бузилиши, йўлдош олдинда келиши ва бошқа асоратлар), асоратларсиз яқунланган, туғруқда ҳомила мустақил боши билан туғилган ва туғруқдан кейинги даврда тукқан аёл ва боланинг ҳолатлари қониқарли бўлган бир ҳомилалик муддатдаги (ҳомиладорликнинг 37<sup>0</sup>-41<sup>6</sup> ҳафталик муддатларида) туғруқ нормал туғруқ деб номланади.

### Туғруқдан аввал акушерлик асоратлар мавжуд бўлса нормал туғруқ содир бўлиши мумкинми?

Камдан кам ҳолатларда туғруқдан аввал баъзи акушерлик асоратлар (преэклампсия, ҳомиланинг ҳолати бузилишсиз унинг ўсиши чекланиши ва бошқ.) мавжуд бўлганида туғруқ нормал кечиши мумкин.

### Туғруқ қандай кечади?

Туғруқ уч даврдан иборат:

*Туғруқнинг биринчи даври* – туғруқ фаолияти бошлангандан бачадон бўғзи тўлиқ очилишига қадар бўлган давр ҳисобланади. Туғруқ фаолияти бошланишининг аниқ вақти кўпинча туғувчи аёлнинг сўрови асосида белгиланади – бачадон қисқаришлари (тўлғоқлар) мунтазам равишда ҳар 5 дақиқада 1 соатдан кўпроқ вақт давомида бошлаган вақт аниқланади. Туғруқнинг биринчи даври латент ва фаол фазадан иборат. Латент фазада бачадон қисқаришлари (кўпинча оғриқли), бачадон бўғзининг текисланиши ва 5 см гача очилиб бориши кузатилади. Латент фазанинг максимал давомийлиги биринчи туғувчи аёлларда 20 соатдан, қайта туғувчи аёлларда эса 14 соатдан ошмайди. Фаол фазада мунтазам оғриқли бачадон қисқаришлари, бачадон бўғзининг анча тез 5 см дан тўлиқ очилиши кузатилади. Одатда фаол фазанинг давомийлиги биринчи туғруқда 12 соатдан, кейинги туғруқларда эса 10 соатдан ошмайди. Фаол фазада ҳар 2-3 дақиқада бир тўлғоқ кузатилади.

*Туғруқнинг иккинчи даври* – бачадон бўғзи тўлиқ очилгандан ҳомила туғилишига қадар бўлган давр ҳисобланади. Ушбу даврда туғувчи аёл ҳар 2-3 дақиқада кузатиладиган кучли кучаниш келишини (тўлғоқларни) сезади. Туғруқнинг иккинчи даври биринчи туғруқда 3 соатдан, кейинги туғруқларда эса 2 соатдан ошмайди, бироқ, эпидурал оғриқсизлантиришда туғруқнинг иккинчи даври яна 1 соатга чўзилиши мумкин.

*Туғруқнинг учинчи даври* – ҳомила туғилгандан йўлдош тушгунига қадар бўлган давр ҳисобланади. Одатда туғруқнинг учинчи даври 15-30 дақиқада яқунланади.

### Туғруқда мен ўзимни қандай тутишим керак?

Туғруқ пайтида, айниқса, биринчи даврда қарши кўрсатмалар бўлмаса, фаол бўлиш ва ўзингизга қулай ҳолатда бўлиш тавсия этилади. Кучанишлар пайтида, ҳомила ҳолатини назорат қилишга ва туғруқ жараёнида ёрдам кўрсатишга ҳалақит бермаса, сиз эркин, қулай ҳолатда бўлишингиз ҳам рағбатлантирилади.

### Туғруқ пайтида менинг ҳамроҳим бўлиши мумкинми?

Туғруқ пайтида ҳамроҳ бўлишга ва ёрдам беришга тайёр бўлса, у ҳолда ҳамроҳ бўлиши рағбатлантирилади.

### Туғруқ пайтида мен оғриқни сезаманми?

Одатда туғруқ тўлғоқлар пайтида оғриқлар (тахминан 60 сония) ва кейинчалик енгиллик билан кечади. Оғриқларни енгиллаштириш учун тўғри нафас олишингиз ва тинчланишингиз керак.

### **Туғруқ оғриқсизлантириладими?**

Биринчи навбатда, кўп ҳолатларда самарали бўлган, тўғри нафас олиш техникаси, фитбол, уқалаш, илиқ компресслар, бел оғриги пайтида муз қўйиш ва бошқа номедикаментоз оғриқсизлантириш усуллари қўллаш тавсия этилади. Номедикаментоз оғриқсизлантириш усуллари самарасиз бўлса, хоҳласангиз, қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса ва тиббиёт муассасанинг имкониятлари бўлса, эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказиш мумкин. Эпидурал оғриқсизлантириш туғруқнинг давомийлигини чўзиши билан боғлиқлигини билишингиз керак.

### **Туғруқдан аввал оралиқ соҳасидаги тукларни олиб ташлаш керакми?**

Йўқ, оралиқ соҳасидаги тукларни олиб ташлаш шарт эмас, ва сизнинг хоҳишингизга кўра бажарилади.

### **Туғруқдан аввал тозаловчи ҳукна (клизма) қўлланиладими?**

Йўқ, тозаловчи ҳукнани қўллаш шарт эмас, ва сизнинг хоҳишингизга кўра бажарилади.

### **Тиббиёт ходимлари томонидан туғруқ пайтида менга қандай аралашувлар (муолажалар) ўтказилади?**

Туғруқхонага қабул қилинганда, туғруқнинг биринчи даври фаол фазасида ҳар 4 соатда ва тўлғоқлар пайтида ҳар 1 соатда ва кўрсатмалар мавжуд бўлганда, масалан, эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказишдан аввал, қоғаноқ пардалари ёрилганда, туғруқ йўллари баҳолаш ва йиртилишлар аниқланганда уларни тикиб чиқиш учун қин орқали текширувлар ўтказилади. Қорин девори орқали ҳомиланинг жойлашишини аниқлаш учун пальпация ўтазилади, акушерлик стетоскопи ёрдамида ва ҳомиланинг ноаниқ ҳолати аниқланганда кардиотокография (КТГ) орқали ҳомиланинг юрак уриши эшитилади. Ҳомиланинг ноаниқ ҳолати аниқланганда ёки унинг жойлашишини аниқлаштириш учун УТТ керак бўлиши мумкин. Бола туғилишидан сўнг дарҳол қон кетишини олдини олиш мақсадида сизга веноз катетер орқали утеротоник (бачадонни қисқартирувчи) воситалар юборилади.

Туғруқ пайтида суюқликларни қабул қилиш ва қарши кўрсатмалар бўлмаганда оз миқдорда енгил овқатни қабул қилишга рухсат берилади. Ҳазм бўлиши қийин бўлган овқатларни истеъмол қилиш тавсия этилмайди.

Туғруқ пайтида вақти-вақти билан ҳожатга чиқиш тавсия этилади ва тиббиёт муассасанинг имкониятлари бўлса сиз душ қабул қилишингиз мумкин бўлади. Акс ҳолда, сизга тувак берилади.

Туғруқнинг иккинчи даврида қин ва оралиқ йиртилишларини олдини олиш учун илиқ сувда (43°C) намланган тоза матодан оралиққа илиқ компресс қўйилиши ва оралиқни гель билан уқалаш, бармоқлар билан уқалаш қиннинг паст томонига енгил босим ўтказиш билан ёнма-ён ҳаракатланувчи ҳаракатлар ёрдамида ўтказилади. Ушбу муолажалар, имкон бўлса, доя томонидан ўтказилиши мумкин.

Бола туғилгандан кейин асоратлар мавжуд бўлмаса, «тери-териға» контактини ўтказиш учун бола сизнинг қорнингизга ётқизилади, усти ёпилади ва иложи борича эртароқ кўкракка тугилади. Барча кейинги муолажалар (тана вазнини ўлчаш, кўзга дори томизиш, тозалаш, неонатолог кўриги) туғруқ залида кейинроқ ўтказилади. Кўкрак сути билан озиклантиришни эрта бошлаш (бола туғилгандан кейинги дастлабки биринчи соат ичида) ва ҳаётнинг дастлабки биринчи ойида фақат кўкрак сути билан озиклантириш янги туғилган чақалоқлар ўлими ва касалланиш даражасини камайтиради.

### **Киндик тизимчаси қачон кесилади?**

Қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса киндик тизимчаси кечиктириб кесилади: одатда бола туғилгандан кейин 1-3 дақиқа ўтгач.

### **Туғруқдан кейин кейин қанча вақт туғруқ залида қолинади?**

Одатда туғруқ залида кузатув вақти 2 соатдан ошмайди, шундан сўнг сизни болангиз билан туғруқдан кейинги бўлимга ўтказишади.

## Фойдаланилган адабиётлар

1. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды). Клинические рекомендации (протокол лечения) РОАГ. 2021.
2. Aasheim V., Nilsen A.B.V., Reinar L.M., Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
3. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 8th ed. Elk Grove Village, IL; Washington, DC; 2017.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 667: 32 Hospital-Based Triage of Obstetric Patients. *Obstet Gynecol*. 2016; 1(128):16–9.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obs Gynecol*. 2014; 3(123):693–711.
6. Begley C.M., Gyte G.M., Devane D., McGuire W., Weeks A., Biesty L.M. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane database Syst Rev*. 2019; 2:CD007412.
7. Bohren M.A., Hofmeyr G.J., Sakala C., Fukuzawa R.K., Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
8. Bonet M., Ota E., Chibueze C.E., Oladapo O.T. Routine antibiotic prophylaxis after normal vaginal birth for reducing maternal infectious morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
9. Caradeux J., Martinez-Portilla R.J., Peguero A., Sotiriadis A., Figueras F. Diagnostic performance of third-trimester ultrasound for the prediction of late-onset fetal growth restriction: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2019.
10. Chen Z.G., Xu Y.T., Ji L.L., Zhang X.L., Chen X.X., Liu R., et al. The combination of symphysis-fundal height and abdominal circumference as a novel predictor of macrosomia in GDM and normal pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(1):461.
11. Ciardulli A., Saccone G., Anastasio H., Berghella V. Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2017; 129(3):473–80.
12. Cluett E.R., Burns E., Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018.
13. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 687: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obs Gynecol*. 2017; 2(129):e20–8.
14. Edmund F Funai E.R.N. Management of normal labor and delivery. *UpToDate*. 2020.
15. Ehsanipoor R.M., Saccone G., Seligman N.S., Pierce-Williams R.A.M., Ciardulli A., Berghella V. Intravenous fluid rate for reduction of cesarean delivery rate in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96(7):804–11.
16. Gallos I.D., Papadopoulou A., Man R., Athanasopoulos N., Tobias A., Price M.J., et al. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018.
17. Ghi T., Eggebø T., Lees C., Kalache K., Rozenberg P., Youssef A., et al. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018; 1(52):128–39.
18. Gupta J.K., Sood A., Hofmeyr G.J., Vogel J.P. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
19. Jiang H., Qian X., Carroli G., Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017.
20. Kibuka M., Thornton J.G. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane database Syst Rev*. 2017; 2:CD008070.

21. Lavender T., Cuthbert A., Smyth R.M.D. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 332018.
22. Lee L., Dy J., Azzam H. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2016; 9(38):843–65.
23. Malonga F.K., Mukuku O., Ngalula M.T., Luhete P.K., Kakoma J.-B. Étude anthropométrique et pelvimétrique externe chez les nullipares de Lubumbashi: facteurs de risque et score prédictif de la dystocie mécanique. *Pan Afr Med J*. 2018.
24. Martis R., Emilia O., Nurdianti D.S., Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017.
25. Maruotti G.M., Saccone G., Martinelli P. Third trimester ultrasound soft-tissue measurements accurately predicts macrosomia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 30(8):972–6.
26. Metoki H., Iwama N., Ishikuro M., Satoh M., Murakami T., Nishigori H. Monitoring and evaluation of out-of-office blood pressure during pregnancy. *Hypertens Res*. 2017; 40(2):107–9.
27. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. *NICE Clinical guideline*. 2017. p. 90.
28. Nissaisorakarn P., Sharif S., Jim B. Hypertension in Pregnancy: Defining Blood Pressure Goals and the Value of Biomarkers for Preeclampsia. *Curr Cardiol Rep*. 2016; 18(12):131.
29. Ohlsson A., Shah V.S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane database Syst Rev*. 2014; (6):CD007467.
30. Oladapo O.T., Okusanya B.O., Abalos E. Intramuscular versus intravenous prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane database Syst Rev*. 2018; 9:CD009332.
31. Paré J., Pasquier J.-C., Lewin A., Fraser W., Bureau Y.-A. Reduction of total labour length through the addition of parenteral dextrose solution in induction of labor in nulliparous: Results of DEXTRONS prospective randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 5(216):508.
32. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Vol. 2, *Anesthesiology*. 2016. p. 270–300.
33. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 52. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2017; 124(5):e106–49.
34. Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns. *Obstet Gynecol*. 2020; 135(2):e51–72.
35. RANZCOG. Intrapartum Fetal Surveillance: Clinical Guideline - Fourth Edition. 2019; 4:1–44. 71. Dore S., Ehman W. No. 396-Fetal Health Surveillance: Intrapartum Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2020; 42(3):316-348.e9.
36. Robert M Ehsanipoor, MD Andrew J Satin, MD F. Normal and abnormal labor progression. *UpToDate*. 2019.
37. Ruhl C., Scheich B., Onokpise B., Bingham D. Content Validity Testing of the Maternal Fetal Triage Index. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015; 5(44):701–9.
38. Saccone G., Caissutti C., Ciardulli A., Abdel-Aleem H., Hofmeyr G.J., Berghella V. Uterine massage as part of active management of the third stage of labour for preventing postpartum haemorrhage during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG*. 2018; 7(125):778–81.
39. Schlembach D., Helmer H., Henrich W., Von Heymann C., Kainer F., Korte W., et al. Peripartum haemorrhage, diagnosis and therapy. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k level, AWMF registry No. 015/063, March 2016). *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2018; 78(04):382–99.
40. Sénat M.-V., Anselem O., Picone O., Renesme L., Sananès N., Vauloup-Fellous C., et al. 34Prevention and management of genital herpes simplex infection during pregnancy and

- delivery: Guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018; 224:93–101.
41. UNICEF, WHO. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. Unicef. 2018. 1–42 p.
  42. Venkatesh K.K., Morrison L., Livingston E.G., Stek A., Read J.S., Shapiro D.E., et al. Changing Patterns and Factors Associated With Mode of Delivery Among Pregnant Women With Human Immunodeficiency Virus Infection in the United States. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(5):879–90.
  43. Walker K.F., Kibuka M., Thornton J.G., Jones N.W. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
  44. Wang T.-T., Sun S., Huang S.-Q. Effects of Epidural Labor Analgesia With Low Concentrations of Local Anesthetics on Obstetric Outcomes. *Anesth Analg.* 2017; 124(5):1571–80.
  45. WHO. Recommendations on newborn health: approved by the WHO Guidelines Review Committee. WHO. 2017; (May):1–28.
  46. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit F. and R.H. Care in Normal Birth: A Practical Guide: Report of a Technical Working Group. *Birth.* 1997.
  47. World Health Organization, UNICEF U.N.P.F A. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. 2017. 492 p.
  48. World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. World Health Organization. 2014. 57 p.
  49. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. 212 p.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ  
(РОДЫ ОДНОПЛОДНЫЕ,  
САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ  
РОДОРАЗРЕШЕНИЕ  
В ЗАТЫЛОЧНОМ  
ПРЕДЛЕЖАНИИ)»

ТАШКЕНТ 2021

## ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

<b>Клиническая проблема</b>	Роды одноплодные, самопроизвольные, в затылочном предлежании.
<b>Название документа</b>	Национальный клинический протокол «Нормальные роды (роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании)».
<b>Этапы оказания помощи</b>	Учреждения системы родовспоможения республики Узбекистан (первичная медико-санитарная помощь, стационары).
<b>Дата создания</b>	24.07.2021
<b>Планируемая дата обновления</b>	2024 г. или по мере появления новых ключевых доказательств.
<b>Адрес для переписки</b>	г. Ташкент, ул. Мирзо-Улугбекский район, ул. Мирзо-Улугбека, 132 а. Тел.: 71 263 78 30, 71 263 84 83 E-mail: <a href="mailto:obs-gyn@mail.ru">obs-gyn@mail.ru</a>

## Оглавление

Состав рабочей группы .....	50
Введение .....	52
Список сокращений .....	53
Определения .....	53
Эпидемиология.....	54
Код по МКБ-10 .....	54
Клиническая картина нормальных родов .....	54
Диагностика нормальных родов.....	55
Жалобы и анамнез .....	55
Физикальное обследование .....	55
Лабораторные диагностические исследования .....	56
Инструментальные диагностические исследования.....	56
Ведение нормальных родов .....	57
Ведение первого периода родов.....	57
Ведение второго периода родов .....	60
Ведение третьего периода родов.....	62
Наблюдение за состоянием матери в первые 2 часа после родов.....	64
Медицинская реабилитация.....	64
Профилактика и диспансерное наблюдение .....	64
Организация медицинской помощи .....	64
Критерии качества медицинской помощи .....	65
Список литературы .....	66
Приложение 1. Методология разработки протокола .....	69
Приложение 2. Методы немедикаментозного обезболивания родов .....	71
Приложение 3. Партограмма.....	76
Приложение 4. Шкала Апгар .....	78
Приложение 5. Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли.....	79
Приложение 6. Общий список рекомендаций по уходу в интранатальный период для обеспечения положительного опыта родов.....	80
Приложение 7. Информация для пациента.....	86
Приложение 8. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство .....	88

## Состав рабочей группы:

### Руководители рабочей группы

Абдуллаева Л.М., д.м.н.	Главный акушер-гинеколог Министерства Здравоохранения республики Узбекистан
Юсупов У.Ю., д.м.н., профессор	РСНПМЦАГ, научный руководитель акушерского блока
Надырханова Н.С., д.м.н.	РСНПМЦАГ, директор
Асатова М.М., д.м.н., профессор	ЦРПКМР, зав. кафедрой акушерства- гинекологии и перинатальной медицины
Уринбаева Н.А., д.м.н.	РПЦ, директор

### Ответственные исполнители

Султанов С.Н., д.м.н., профессор	РПЦ
Джаббарова Ю.К., д.м.н., профессор	РПЦ
Алиева Д.А., д.м.н., профессор	РСНПМЦАГ
Ким Ё.Д., д.м.н., профессор	РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог
Каримов З.Д., д.м.н., профессор	Ташкентский ГПЦ, директор
Иргашева С.У., д.м.н.	РСНПМЦАГ
Матякубова С.А., д.м.н.	Хорезмский филиал РСНПМЦАГ, директор
Усманов С.К., ведущий специалист	Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан
Абидов А.К., к.м.н.	РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог
Нишанова Ф.П., к.м.н.	РСНПМЦАГ
Микиртичев К.Д., к.м.н.	РСНПМЦАГ
Ашурова В.И., к.м.н.	РСНПМЦАГ
Сапаров А.Б., к.м.н.	РСНПМЦАГ
Абидов А.К., к.м.н.	РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог
Бабажанова Ш.Д., к.м.н.	РПЦ
Тараян С.К., к.м.н.	РПЦ, анестезиолог-реаниматолог
Умарова Н.М., к.м.н.	РПЦ
Мухамедова У.Ю., к.м.н.	РПЦ
Джураев Ф.С.	РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог
Арифханова З.А.	РПЦ
Абдураимов Т.Ф.	РСНПМЦАГ
Насретдинова Д.Б., к.м.н.	Андижанский филиал РСНПМЦАГ, директор
Гаффаров Ф.Б.	Навоинский филиал РСНПМЦАГ, директор
Курбанов П.Х.	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦАГ, директор
Суяркулова М.Э., к.м.н.	Ферганский филиал РСНПМЦАГ, директор
Шодмонов Н.М., к.м.н.	Джиззакский филиал РСНПМЦАГ, директор
Норкулова М.А., к.м.н.	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦАГ, директор
Бабажанов М.А.	Филиал РСНПМЦАГ РК, директор

Хамроева Л.К.	Самаркандский филиал РСНПМЦАГ, директор
Садыкова Х.З.	Сырдарьинский филиал РСНПМЦАГ, директор
Бахранова Н.Р.	Бухарский филиал РСНПМЦАГ, директор
Джуманов Б.А., к.м.н.	Ташкентский филиал РСНПМЦАГ, директор
Мухитдинова И.Н., к.м.н.	Наманганский филиал РСНПМЦАГ, директор
Дустмуродов Б.М.	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦАГ №2, директор
Рузметова Ф.А.	Хорезмский филиал РСНПМЦАГ, директор
Рузметова С.Б.	Хорезмский филиал РСНПМЦАГ, директор
Райимберганаева Ш.Д.	Хорезмский филиал РСНПМЦАГ, директор

#### **Методологическая поддержка**

Ядгарова К.Т., к.м.н., начальник отдела разработки медицинских стандартов и протоколов

Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан.

*РСНПМЦАГ – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии*

*РПЦ – Республиканский перинатальный центр*

*ГПЦ – Городской перинатальный центр*

*ЦРПКМР – Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников*

#### **Техническая поддержка**

Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА/UNFPA) в Узбекистане

#### **Рецензенты:**

Юсупбаев Р.Б.

РСНПМЦАГ, д.м.н., старший научный сотрудник, секретарь Ученого Совета

Каримова Ф.Д.

ЦРПКМР, д.м.н., профессор, зав кафедрой акушерства и гинекологии №2

#### **Внешняя экспертная оценка (при поддержке представительства ВОЗ в Узбекистане):**

Тинатин Гагуа

Эксперт ВОЗ (Грузия)

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Акушерства и Гинекологии» «\_29\_»\_\_июля\_\_2021 г., протокол №\_\_7\_\_

Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

## Введение.

### Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- Использование услуг переводчика в случае необходимости;
- Консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- Обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- Документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

### Цель протокола:

- Предоставить медицинским работникам научно обоснованные данные и рекомендации, основанные на доказательствах, организовать и внедрить систему единого подхода по ведению неосложненных самопроизвольных одноплодных родов в затылочном предлежании.

**Категории пациентов:** роженицы со спонтанно развившейся родовой деятельностью, одним плодом в затылочном предлежании, родильницы.

### Целевая группа протокола:

1. Врачи акушеры-гинекологи;
2. Акушерки;
3. Врачи анестезиологи-реаниматологи;
4. Врачи общей практики;
5. Врачи неонатологи;
6. Медицинские сестры-анестезисты;
7. Клинические фармакологи;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов.

## Список сокращений:

<b>АД</b>	артериальное давление
<b>ВИЧ</b>	вирус иммунодефицита человека
<b>ВДМ</b>	высота дна матки
<b>ВПГ</b>	вирус простого герпеса
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>КТГ</b>	кардиотокография
<b>УЗИ</b>	ультразвуковое исследование
<b>ЧСС</b>	частота сердечных сокращений

## Определения:

- **Своевременные роды** – роды в 37<sup>0</sup>- 41<sup>6</sup> недель беременности.
- **Нормальные роды** – своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

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

Несмотря на многолетние дискуссии и исследования, до настоящего момента не существует общепринятой универсальной или стандартизированной концепции «нормальных родов». В последние 20 лет наблюдается значительное увеличение количества процедур, направленных на инициацию, ускорение, регулирование и мониторинг физиологического процесса родов или прерывание беременности, призванных улучшить прогноз для матери и ребенка. Активное медицинское вмешательство оказывает негативное воздействие как на естественные детородные способности женского организма, так и на субъективный опыт рожениц. Более того, учащение вмешательств в родовую деятельность при отсутствии прямых показаний увеличивает разрыв в уровне оказания медицинской помощи пациенткам с разными материальными возможностями.

**Факт:** роды являются физиологическим процессом, который протекает без осложнений для большинства матерей и новорожденных.

- **Анальгезия** (от лат. – analgesia, algia, «без боли») – уменьшение болевой чувствительности (в том числе избирательное, когда другие виды чувствительности не затрагиваются) с помощью фармакологических и нефармакологических методов.
- **Нейроаксиальная анальгезия в родах** – обезболивание в родах с использованием эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной анальгезии.

## Эпидемиология.

Ежегодно по всему миру происходит почти 140 млн родов, и большинство из них протекает без каких-либо рисков для матери и ребенка как в начале, так и в процессе родовой деятельности. Несмотря на это роды являются критическим периодом для выживания матери и ребенка, поскольку риск смертельного исхода может возрасти при возникновении осложнений. В соответствии с целью 3 в области устойчивого развития – обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте – и новой Глобальной стратегией охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030 гг.) приоритетной задачей здравоохранения является не только предотвращение летальных исходов из-за осложненных родов, но и благополучное последующее развитие ребенка.

## Код по МКБ-10:

<b>O80.0</b>	Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном
--------------	----------------------------------------------------------------

## Клиническая картина нормальных родов.

Объективными признаками родов являются:

1. Сокращения матки с определенной регулярностью (во время активной фазы не менее 3-х схваток за 10 минут, продолжительностью более 40 секунд)
2. Структурные изменения шейки матки (укорочение – сглаживание – раскрытие).

Роды состоят из 3-х периодов.

*Первый период родов* – время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Точное время начала родов чаще всего устанавливается на основании опроса роженицы – уточняют время, когда сокращения матки (схватки) начали происходить регулярно каждые 5 минут в течение более 1 часа.

Первый период родов состоит из латентной и активной фазы:

- латентная фаза характеризуется сокращениями матки (нередко болезненными), сглаживанием и прогрессирующим раскрытием маточного зева до 5 см.
- активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более быстрым раскрытием маточного зева от 5 см до полного раскрытия.

Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена и может сильно различаться у разных женщин. Максимальная продолжительность латентной фазы у первородящих не более 20 часов, у повторнородящих – 14 часов.

Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах. Скорость раскрытия маточного зева в активную фазу обычно составляет  $\geq 1$  см/час, но может быть более медленной. Минимальная скорость раскрытия маточного зева в активную фазу – 0,5 см/час как у первородящих, так и у повторнородящих.

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

*Третий период родов* – время от рождения плода до рождения последа. В 90% третий период родов завершается в течение 15 минут, еще в 7% - в течение 30 минут после рождения плода. С увеличением продолжительности третьего периода родов более 10 минут повышается риск послеродового кровотечения. Срок беременности является основным фактором, влияющим на продолжительность третьего периода родов, преждевременные роды связаны с более длительным третьим периодом, чем роды в доношенном сроке. ВОЗ рекомендует придерживаться интервала в 30 минут при отсутствии рождения последа перед началом ручного отделения плаценты и выделения последа при отсутствии кровотечения.

## Диагностика нормальных родов.

Диагноз нормальных родов устанавливается при своевременных родах (в 37<sup>0</sup>- 41<sup>6</sup> недель беременности) одним плодом, начавшихся спонтанно, у пациенток с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедших без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

### Жалобы и анамнез.

5С	При поступлении в стационар рекомендуется опросить роженицу на предмет наличия схваток (их силы, частоты и продолжительности), наличия и характера выделений из влагалища, шевелений плода в последние 24 часа с целью оценки наличия родовой деятельности и вероятности акушерских осложнений
2А	При поступлении в стационар рекомендуется определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (УЗИ) плода (оптимально – УЗИ в 1-м триместре беременности) с целью определения тактики ведения родов
5С	При поступлении в стационар рекомендуется собрать акушерский и соматический анамнез с целью оценки вероятности успешных родов и акушерских осложнений

### Физикальное обследование.

5С	При поступлении в стационар рекомендуется измерить артериальное давление (АД) с целью диагностики гипертензивных осложнений беременности
5С	При поступлении в стационар рекомендуется измерить температуру тела с целью диагностики инфекционно-воспалительных заболеваний
2В	При поступлении в стационар рекомендуется определить положение и предлежание плода, отношение головки ко входу в малый таз с целью определения тактики ведения родов
2В	При поступлении в стационар рекомендуется измерить высоту дна матки (ВДМ), окружность живота с целью оценки предполагаемой массы плода и определения тактики ведения родов
5С	При поступлении в стационар рекомендуется оценить продолжительность, частоту и регулярность маточных сокращений с целью оценки наличия и характера родовой деятельности, периода и фазы родов и определения тактики ведения родов

<b>5C</b>	При поступлении в стационар с целью оценки состояния плода рекомендуется определить частоту сердечных сокращений (ЧСС) плода (провести аускультацию плода) при помощи акушерского стетоскопа или фетального доплера после схватки в течение не менее 1 минуты одновременно с определением ЧСС роженицы
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>5C</b>	При поступлении в стационар рекомендуется провести влагалищное исследование с целью оценки состояния родовых путей, в том числе костной основы таза и места расположения головки по отношению к плоскостям таза, и определения тактики ведения родов
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Бритье промежности и лобка, и очистительную клизму в нормальных родах рутинно не производят и выполняют только по желанию пациентки.

<b>5C</b>	При поступлении в стационар рекомендуется провести влагалищное исследование с целью оценки состояния родовых путей, в том числе костной основы таза и места расположения головки по отношению к плоскостям таза, и определения тактики ведения родов
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Лабораторные диагностические исследования.

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

### Инструментальные диагностические исследования.

<b>5C</b>	Рутинное измерение размеров таза здоровых беременных женщин, у которых началась родовая деятельность, не рекомендуется
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Пельвиометрия может потребоваться беременным с факторами риска тазо-головной диспропорции. Рост  $\leq 150$  см, поперечный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса  $\leq 9,5$  см, продольный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса  $\leq 10,5$  см, межкостистый размер  $\leq 10$  см), отношение рост/ВДМ  $\leq 4,7$  могут свидетельствовать о риске развития тазо-головной диспропорции.

<b>1B</b>	При неинформативности данных наружного акушерского и влагалищного исследования, аускультации плода, а также несоответствии размеров высоты дна матки и окружности живота сроку беременности рекомендуется УЗИ плода с целью определения положения и состояния плода, задержки роста и макросомии плода, а также локализации плаценты
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Ведение нормальных родов.

### Ведение первого периода родов.

1A	Присутствие партнера по родам рекомендуется для всех женщин
1C	С целью профилактики акушерских осложнений рекомендуется не проводить родостимуляцию у рожениц, находящихся в латентной фазе первого периода родов, если состояние матери и плода остается удовлетворительным
1A	Рекомендуется предлагать подвижность и свободное положение в родах Ходьба и вертикальное положение в первом периоде родов сокращают продолжительность родов, уменьшают частоту кесарева сечения и эпидуральной анальгезии.
1A	Рекомендуется применение немедикаментозных методов обезболивания родов с целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности роженицы
1A	С целью уменьшения боли, связанной с родами, при неэффективности немедикаментозных методов обезболивания родов рекомендованы медикаментозные методы обезболивания родов с учетом состояния и предпочтений роженицы и возможностей медицинской организации, а также показаний и противопоказаний к проведению различных методов обезболивания. Для обезболивания родов могут использоваться разные медикаментозные методы, включая нейроаксиальную анальгезию. Среди всех методов обезболивания в родах эпидуральная анальгезия обладает целым рядом преимуществ. При проведении нейроаксиальной анальгезии в акушерстве применяют современные местные анестетики (ропивакаин, бупивакаин, лидокаин, левобупивакаин). Кроме эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной возможно применение паравerteбральной поясничной симпатической блокады. К системным методам обезболивания относят применение опиоидов. Также возможно использование ингаляционных методов обезболивания, хотя они являются менее эффективными. Необходимо учитывать, что эти препараты обладают свойством расслаблять мускулатуру матки, что повышает риск атонического кровотечения.
5C	Рекомендуется прием жидкости во время родов с целью профилактики обезвоживания и кетоза Прием пищи должен быть ограничен. Прием легкой пищи небольшими порциями может быть разрешен при отсутствии показаний к оперативному родоразрешению.
2B	С целью профилактики обезвоживания и кетоза допускается внутривенное введение 5% раствора декстрозы, если пероральный прием жидкости ограничен или недостаточен Потребность в глюкозе в родах аналогична потребности, наблюдаемой при длительных и энергетически затратных физических нагрузках.
1C	В активной фазе первого периода родов рекомендуется ведение партограммы с целью динамической оценки состояния роженицы, плода и родовой деятельности Партограмма заменяет дневник наблюдения за пациенткой, кроме записи консилиума об изменении тактики родов с влагалищным исследованием. В активной фазе первого периода родов проводится учет пульса, силы и частоты схваток каждые 30 минут, температуры тела, АД и мочеиспускания каждые 4 часа.

1A	Рекомендуется аускультация плода в родах с целью оценки состояния плода
<p>Аускультация плода проводится в течение 1 минуты в первом периоде родов после схватки, в латентной фазе – каждый час, в активной фазе – каждые 15-30 минут, во втором периоде родов каждые 5 минут и после каждой потуги, ЧСС плода сверяется с ЧСС роженицы. Если выслушивается ускорение или замедление ритма плода, то аускультация продолжается в течение, как минимум, 3-х маточных сокращений. При этом оцениваются вероятные причины, которые могут влиять на изменение ЧСС плода (например, положение роженицы, гиповолемия). Если ускорение или замедление ритма плода не исчезает, то проводится КТГ плода. Если в течение 20 минут при КТГ плода не выявлено признаков нарушения состояния плода, то проводится периодическая аускультация плода.</p>	
5C	Рекомендуется контроль маточных сокращений в родах с целью своевременной диагностики слабости или бурной родовой деятельности для определения тактики ведения родов
<p>Подсчет схваток проводится в течение 10 минут. В норме число схваток во время активной фазы родов составляет 3-5 за 10 минут продолжительностью 40 секунд и более каждая. Тахисистолия определяется как &gt; 5 схваток в течение 10 минут в двух последовательных подсчетах или в течение 30 минут.</p>	
1C	Рекомендуется проводить влагалищное исследование каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов с целью оценки динамики родов
<p>Влагалищные исследования должны выполняться с установленной кратностью, по показаниям, их количество, по возможности, должно быть сведено к минимуму для снижения риска гнойно-септических осложнений. В латентной фазе первого периода родов влагалищные исследования проводятся каждые 8 часов. Рутинное применение спазмолитиков в родах не показано.</p>	
5C	Рекомендуется проводить влагалищное исследование перед назначением медикаментозной анальгезии с целью определения периода и фазы родов для выбора анестезиологического пособия и дозы анестетика
<p>Акушерскую ситуацию следует учитывать при выборе анестезиологического пособия и дозы анестетика, в том числе перед введением повторных доз, в связи с влиянием на продолжительность родов и ожидаемым временем их завершения.</p>	
5C	Рекомендуется проводить влагалищное исследование после излития околоплодных вод с целью своевременной диагностики выпадения петель пуповины
5C	Рекомендуется проводить влагалищное исследование при выявлении нарушений ЧСС плода с целью своевременной диагностики акушерских осложнений, приводящих к данным нарушениям (выпадение петель пуповины, разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты)
5C	Рекомендуется проводить влагалищное исследование при ухудшении состояния роженицы или другом изменении клинической ситуации с целью своевременной оценки акушерской ситуации
2A	Не рекомендуется рутинная антибиотикопрофилактика в родах
1C	При выявлении в урогенитальном тракте роженицы стрептококка группы В ( <i>S. agalactiae</i> ) рекомендуется антибактериальная профилактика в 1-м и 2-м периоде родов

- Антибиотики следует вводить при развитии родовой деятельности даже при целом плодном пузыре, а также при преждевременном излитии вод до начала родовой деятельности. Антибиотиками выбора служат препараты пенициллинового ряда, ампициллин внутривенно первая доза 2000 мг, затем по 1000 мг каждые 4 часа до окончания родов или цефазолин внутривенно первая доза 2000 мг, затем 1000 мг каждые 8 часов до окончания родов. В случае отсутствия ампициллина возможно использование амоксициллин + клавулановая кислота внутривенно 1200 мг каждые 8 часов до окончания родов.
- При аллергии на бета-лактамы антибактериальные препараты возможно назначение клиндамицина внутривенно 900 мг каждые 8 часов до окончания родов. Из-за глобального роста резистентности *S. agalactiae* к препаратам группы макролидов (эритромицин, азитромицин), в настоящее время не рекомендуется их применять для эмпирической профилактики.
- При аллергии на бета-лактамы антибиотики и наличии данных лабораторного исследования об устойчивости *S. agalactiae* к клиндамицину может быть использован ванкомицин внутривенно в дозе 20 мг/кг каждые 8 часов, максимальная разовая доза – 2000 мг, минимальное время инфузии 1 час или 500 мг за 30 минут при разовой дозе более 1000 мг.

5C

Не рекомендуется влагалищное родоразрешение женщинам с ВИЧ-инфекцией при вирусной нагрузке перед родами >1000 копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке перед родами или отсутствии противовирусной терапии во время беременности и/или антиретровирусной профилактики в родах

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

5C

Не рекомендуется влагалищное родоразрешение беременным, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или есть клинические проявления генитального герпеса накануне родов

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

1A

Не рекомендуется применение влагалищных антисептиков или антибактериальных препаратов в родах с целью снижения риска инфицирования матери и новорожденного

В приведенном Кохрановском мета-анализе не рекомендуется орошение влагалища в родах раствором хлоргексидина. Доказательных данных применению других антисептиков в нормальных родах с целью снижения риска инфицирования матери и новорожденного нет, однако, учитывая идентичное антимикробное действие всех антисептиков, данный тезис-рекомендацию следует экстраполировать на весь перечень антисептических средств, применяемых в акушерстве и гинекологии.

1B

Не рекомендуется рутинная ранняя амниотомия

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

## Ведение второго периода родов.

<b>5C</b>	Рекомендуется проводить влагалищное исследование каждый час с целью оценки продвижения головки плода по родовому каналу
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

<b>5C</b>	Рекомендуется проводить аускультацию плода каждые 5 минут или после каждой потуги
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------

<b>1C</b>	Рекомендуется поощрять подвижность и занятие удобного положения роженицей с низким риском акушерских осложнений вне зависимости от проведения эпидуральной анальгезии с целью уменьшения риска эпизиотомии и инструментальных влагалищных родов
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

<b>5C</b>	Рекомендуется поощрять и поддерживать рожениц следовать собственным позывам тужиться с целью профилактики осложнений в родах
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>2B</b>	Рекомендуется использовать методы, направленные на уменьшение травмы промежности и облегчения самопроизвольных родов, такие как массаж промежности и теплый компресс на промежность с учетом предпочтений роженицы и имеющихся возможностей
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

<b>1A</b>	Не рекомендуется рутинная эпизиотомия с целью снижения риска травмы промежности
-----------	---------------------------------------------------------------------------------

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

<b>5C</b>	С целью профилактики гипоксии плода и асфиксии новорожденного рекомендуется предпринять попытку перекинуть пуповину через головку плода, если после рождения головки плода пуповина расположена вокруг его шеи
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Если перекинуть пуповину через головку плода не удастся, следует предпринять попытку родить тело ребенка через петлю пуповины и выполнить прием «Сальто». Чтобы выполнить прием «Сальто», нужно поместить ладонь руки на затылок плода и отклонить головку плода лицом по направлению к бедру матери, что позволит родиться плечикам, затем телу и ногам плода. Если прием «Сальто» выполнить не удастся, следует пересечь пуповину между двумя зажимами, однако это

увеличивает риск гиповолемии, анемии и гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденного.

**5C** Рекомендуется при ведении родов у всех женщин обеспечить готовность к оказанию первичных реанимационных мероприятий новорожденному

Независимо от прогноза и факторов риска рождения ребёнка в асфиксии, персонал, участвующий в приёме родов, должен владеть первичной реанимацией новорождённого.

Дежурный врач-неонатолог при принятии смены обязан проверить:

- исправность используемого оборудования,
- наличие лекарственных препаратов, необходимых для проведения первичной реанимационной помощи, перед родами –
- ознакомиться с анамнезом матери и медицинской документацией для оценки перинатальных рисков для новорожденного,
- подготовить место для проведения первичной реанимации новорожденного,
- оценить перинатальные риски, обеспечить присутствие 2-х и более специалистов, владеющих навыками первичной реанимации в полном объёме при прогнозировании рождения ребенка с необходимостью проведения реанимационных мероприятий.

**5C** Рекомендуется при ведении родов у всех женщин обеспечить комплекс мер для поддержания оптимальной температуры тела новорожденного для профилактики гипотермии

Перед рождением ребенка акушерке необходимо исключить наличие сквозняков, закрыть окна и двери родильного зала, включить источник лучистого тепла над столиком новорожденного, согреть лоток, пеленки для приема новорожденного, проконтролировать температуру воздуха родильного зала по термометру, находящегося в родильном зале. Оптимальная температура воздуха должна быть не менее 24°C. После рождения необходимо немедленно обернуть ребёнка теплой пеленкой, мягко, без грубых движений, поменяв первую влажную пеленку на сухую.

**5C** Рекомендуется при ведении родов у всех женщин проводить осмотр новорожденного с оценкой его состояния по шкале Апгар

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

**1A** Рекомендуется всех новорожденных, не требующих проведения реанимационных мероприятий после рождения, выкладывать на живот и грудь матери, обеспечив контакт «кожа к коже», для улучшения постнатальных исходов и стимуляции грудного вскармливания

Выкладывание новорожденного на живот и грудь матери, и обеспечение прямого телесного контакта «кожа-к-коже» в течение первого часа жизни увеличивает частоту и продолжительность грудного вскармливания, снижает риск гипотермии.

**5C** Рекомендуется отсроченное пересечение пуповины (обычно через 1-3 минуты от момента рождения плода) вне зависимости от ВИЧ-статуса пациентки с целью улучшения постнатальных исходов

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

5C

Не рекомендуется рутинная санация верхних дыхательных путей у детей, родившихся с чистыми амниотическими водами и начавших самостоятельно дышать

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

5C

Рекомендуется осуществлять ранее прикладывание к груди всех новорожденных, которые могут самостоятельно получать грудное молоко, если их состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению

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

5C

Не рекомендуется рутинное обмывание ребенка в первые 24 часа после рождения

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

5C

Рекомендуется антимикробная офтальмологическая обработка в первый час после родов для всех новорожденных для профилактики инфекционных заболеваний глаз

С целью профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого рекомендуется использовать мазь глазную тетрациклина или эритромицина (в индивидуальной упаковке). Мазь наносят в асептических условиях, после протирания каждого века стерильной медицинской марлей, профилактическое средство помещается в каждый нижний конъюнктивальный мешок в виде полосы длиной 1 см.

### Ведение третьего периода родов.

1A

Применение утеротоников с целью профилактики послеродового кровотечения в третьем периоде родов рекомендуется во всех случаях

Окситоцин (10 МЕ в/м, в/в) рекомендуется для предотвращения послеродового кровотечения. Если окситоцин недоступен, рекомендуется применение других утеротоников (эргометрина, метилэргометрина или фиксированных таблетированных комбинаций окситоцина и эргометрина) либо перорального мизопростола (600 мкг).

<b>1A</b>	Рекомендуется с целью снижения риска послеродового кровотечения применять активное ведение 3 периода родов (введение утеротоников), пересечение пуповины между 1-й и 3-й минутами после рождения плода, контролируемая тракция пуповины или самостоятельное рождение последа или его выделение наружными приемами в течение 30 минут)
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

При наличии квалифицированного и опытного медперсонала рекомендуется контролируемая тракция пуповины в третьем периоде при естественных родах, если медицинский работник и родильница считают важными небольшое снижение кровопотери и небольшое сокращение длительности третьего периода родов. Проведение контролируемых тракций за пуповину уменьшает риск задержки последа и ручного удаления плаценты.

При отсутствии навыков у медицинского персонала необходимо дождаться признаков отделения плаценты и извлечь послед наружными методами.

<b>1A</b>	Рекомендуется дополнительное парентеральное введение окситоцина или карбетоцина в третьем периоде родов для профилактики послеродового кровотечения вследствие атонии матки женщинам группы риска
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Женщинам группы риска на послеродовое кровотечение с целью профилактики рекомендуются следующие утеротоники:

- окситоцин вводят внутривенно в дозе 5 ЕД в 500 мл раствора натрия хлорида со скоростью 40 капель в минуту или в дозе 5 ЕД в 50 мл раствора натрия хлорида со скоростью 16,2 мл/час с помощью перфузора

**ИЛИ**

- агонист окситоцина карбетоцин вводят внутримышечно или внутривенно медленно сразу после рождения ребенка в дозе 100 мкг/мл.

<b>1B</b>	Родильницам, которым была проведена медикаментозная профилактика послеродового кровотечения в третьем периоде родов, не рекомендуется рутинное проведение наружного массажа матки с целью профилактики послеродового кровотечения
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Наружный массаж матки после влагалищных родов не связан со снижением риска послеродового кровотечения у пациенток, которым был введен окситоцин и проведены контролируемые тракции за пуповину для профилактики послеродового кровотечения.

<b>5C</b>	Рекомендуется оценка тонуса матки после родов путем ее пальпации с целью ранней диагностики атонии матки
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Для своевременной диагностики ПРК акушерки родильных залов и послеродовых отделений должны проводить рутинный мониторинг за состоянием женщины после родов, который, в первую очередь, заключается в контроле тонуса матки:

- каждые 15 минут в течение первых 2 часов;
- каждые 30 минут в течение следующих 2 часов;
- каждый час в течение последующих 4 часов;
- каждые 4 часа в течение 16 часов.

## Наблюдение за состоянием матери в первые 2 часа после родов.

5С	Для оценки объема кровопотери рекомендуется использовать гравиметрический метод – прямой сбор крови в градуированные мерные емкости совместно с другими методами (см. НКП «Послеродовые кровотечения»)
5С	Рекомендуется выполнить осмотр последа с целью своевременной диагностики нарушения его целостности и задержки части последа в родовых путях
5С	Рекомендуется после родов при наличии признаков кровотечения провести осмотр влагалища, промежности и шейки матки в зеркалах с целью своевременной диагностики разрывов и провести зашивание разрывов
5С	Рекомендуется каждые 15 минут в течение первых двух часов после родов проводить контроль состояния пациентки: АД, пульс, тонус матки, объем кровянистых выделений из влагалища

**Медицинская реабилитация:** не применимо.

## Профилактика и диспансерное наблюдение.

2В	Рекомендуется комплексная подготовка к родам с целью снижения тревоги и страха перед родами и увеличения вероятности успешных влагалищных родов и грудного вскармливания
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

## Организация медицинской помощи.

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

## Критерии качества медицинской помощи:

№	Критерии качества	Оценка
1	При поступлении в стационар роженицы определен срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования плода	Да / Нет
2	Выполнена аускультация плода в течение не менее 1 минуты при помощи акушерского стетоскопа или фетального доплера после схватки в латентной фазе первого периода родов каждый час, в активной фазе первого периода родов - и каждые 15-30 минут, во втором периоде родов и каждые 5 минут после каждой потуги, одновременно с определением частоты сердечных сокращений роженицы	Да / Нет
3	Проведено заполнение партограммы	Да / Нет
4	Выполнено парентеральное введение окситоцина в третьем периоде родов для профилактики послеродового кровотечения (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да / Нет
5	Выполнено отсроченное пересечение пуповины (обычно через 1-3 минуты от момента рождения плода)	Да / Нет
6	Выполнено выделение последа в течение 30 минут от момента рождения плода	Да / Нет
7	Выполнен послеродовой осмотр последа	Да / Нет

## Список литературы:

1. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды). Клинические рекомендации (протокол лечения) РОАГ. 2021.
2. Aasheim V., Nilsen A.B.V., Reinar L.M., Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
3. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 8th ed. Elk Grove Village, IL; Washington, DC; 2017.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 667: 32 Hospital-Based Triage of Obstetric Patients. *Obstet Gynecol*. 2016; 1(128):16–9.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obs Gynecol*. 2014; 3(123):693–711.
6. Begley C.M., Gyte G.M., Devane D., McGuire W., Weeks A., Biesty L.M. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane database Syst Rev*. 2019; 2:CD007412.
7. Bohren M.A., Hofmeyr G.J., Sakala C., Fukuzawa R.K., Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
8. Bonet M., Ota E., Chibueze C.E., Oladapo O.T. Routine antibiotic prophylaxis after normal vaginal birth for reducing maternal infectious morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
9. Caradeux J., Martinez-Portilla R.J., Peguero A., Sotiriadis A., Figueras F. Diagnostic performance of third-trimester ultrasound for the prediction of late-onset fetal growth restriction: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2019.
10. Chen Z.G., Xu Y.T., Ji L.L., Zhang X.L., Chen X.X., Liu R., et al. The combination of symphysis-fundal height and abdominal circumference as a novel predictor of macrosomia in GDM and normal pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(1):461.
11. Ciardulli A., Saccone G., Anastasio H., Berghella V. Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2017; 129(3):473–80.
12. Cluett E.R., Burns E., Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018.
13. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 687: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obs Gynecol*. 2017; 2(129):e20–8.
14. Edmund F Funai E.R.N. Management of normal labor and delivery. *UpToDate*. 2020.
15. Ehsanipoor R.M., Saccone G., Seligman N.S., Pierce-Williams R.A.M., Ciardulli A., Berghella V. Intravenous fluid rate for reduction of cesarean delivery rate in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96(7):804–11.
16. Gallos I.D., Papadopoulou A., Man R., Athanasopoulos N., Tobias A., Price M.J., et al. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018.
17. Ghi T., Eggebø T., Lees C., Kalache K., Rozenberg P., Youssef A., et al. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018; 1(52):128–39.
18. Gupta J.K., Sood A., Hofmeyr G.J., Vogel J.P. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
19. Jiang H., Qian X., Carroli G., Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017.
20. Kibuka M., Thornton J.G. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane database Syst Rev*. 2017; 2:CD008070.

21. Lavender T., Cuthbert A., Smyth R.M.D. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 332018.
22. Lee L., Dy J., Azzam H. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2016; 9(38):843–65.
23. Malonga F.K., Mukuku O., Ngalula M.T., Luhete P.K., Kakoma J.-B. Étude anthropométrique et pelvimétrique externe chez les nullipares de Lubumbashi: facteurs de risque et score prédictif de la dystocie mécanique. *Pan Afr Med J*. 2018.
24. Martis R., Emilia O., Nurdianti D.S., Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017.
25. Maruotti G.M., Saccone G., Martinelli P. Third trimester ultrasound soft-tissue measurements accurately predicts macrosomia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 30(8):972–6.
26. Metoki H., Iwama N., Ishikuro M., Satoh M., Murakami T., Nishigori H. Monitoring and evaluation of out-of-office blood pressure during pregnancy. *Hypertens Res*. 2017; 40(2):107–9.
27. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. *NICE Clinical guideline*. 2017. p. 90.
28. Nissaisorakarn P., Sharif S., Jim B. Hypertension in Pregnancy: Defining Blood Pressure Goals and the Value of Biomarkers for Preeclampsia. *Curr Cardiol Rep*. 2016; 18(12):131.
29. Ohlsson A., Shah V.S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane database Syst Rev*. 2014; (6):CD007467.
30. Oladapo O.T., Okusanya B.O., Abalos E. Intramuscular versus intravenous prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane database Syst Rev*. 2018; 9:CD009332.
31. Paré J., Pasquier J.-C., Lewin A., Fraser W., Bureau Y.-A. Reduction of total labour length through the addition of parenteral dextrose solution in induction of labor in nulliparous: Results of DEXTRONS prospective randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 5(216):508.
32. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Vol. 2, *Anesthesiology*. 2016. p. 270–300.
33. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 52. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2017; 124(5):e106–49.
34. Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns. *Obstet Gynecol*. 2020; 135(2):e51–72.
35. RANZCOG. Intrapartum Fetal Surveillance : Clinical Guideline - Fourth Edition. 2019; 4:1–44. 71. Dore S., Ehman W. No. 396-Fetal Health Surveillance: Intrapartum Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2020; 42(3):316-348.e9.
36. Robert M Ehsanipoor, MD Andrew J Satin, MD F. Normal and abnormal labor progression. *UpToDate*. 2019.
37. Ruhl C., Scheich B., Onokpise B., Bingham D. Content Validity Testing of the Maternal Fetal Triage Index. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015; 5(44):701–9.
38. Saccone G., Caissutti C., Ciardulli A., Abdel-Aleem H., Hofmeyr G.J., Berghella V. Uterine massage as part of active management of the third stage of labour for preventing postpartum haemorrhage during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG*. 2018; 7(125):778–81.
39. Schlembach D., Helmer H., Henrich W., Von Heymann C., Kainer F., Korte W., et al. Peripartum haemorrhage, diagnosis and therapy. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k level, AWMF registry No. 015/063, March 2016). *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2018; 78(04):382–99.
40. Sénat M.-V., Anselem O., Picone O., Renesme L., Sananès N., Vauloup-Fellous C., et al. 34Prevention and management of genital herpes simplex infection during pregnancy and

- delivery: Guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018; 224:93–101.
41. UNICEF, WHO. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. Unicef. 2018. 1–42 p.
  42. Venkatesh K.K., Morrison L., Livingston E.G., Stek A., Read J.S., Shapiro D.E., et al. Changing Patterns and Factors Associated With Mode of Delivery Among Pregnant Women With Human Immunodeficiency Virus Infection in the United States. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(5):879–90.
  43. Walker K.F., Kibuka M., Thornton J.G., Jones N.W. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
  44. Wang T.-T., Sun S., Huang S.-Q. Effects of Epidural Labor Analgesia With Low Concentrations of Local Anesthetics on Obstetric Outcomes. *Anesth Analg.* 2017; 124(5):1571–80.
  45. WHO. Recommendations on newborn health: approved by the WHO Guidelines Review Committee. WHO. 2017; (May):1–28.
  46. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit F. and R.H. Care in Normal Birth: A Practical Guide : Report of a Technical Working Group. *Birth.* 1997.
  47. World Health Organization, UNICEF U.N.P.F A. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. 2017. 492 p.
  48. World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. World Health Organization. 2014. 57 p.
  49. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. 212 p.

**Методология разработки протокола.**

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

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств):**

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств):**

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

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

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>А</b>	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>В</b>	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)
<b>С</b>	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)

### Методы немедикаментозного обезболивания родов

1. **Фитбол.** Способствует расслаблению тазового дна, а также обеспечивает свободу движения. При использовании в положении сидя мяч оказывает безболезненное давление на промежность, что может блокировать часть ноцицептивной рецепции на уровне спинного мозга и тем самым уменьшить ощущение боли.
2. **Массаж.** Может уменьшить дискомфорт во время родов, облегчить боль и повысить удовлетворенность женщины родами. Он является простым, недорогим и безопасным вариантом для облегчения боли.
3. **Акупрессура.** Ограниченные данные свидетельствуют о пользе акупрессуры. Нет никаких известных рисков использования акупунктуры, если она проводится обученным персоналом, использующим одноразовые иглы.
4. **Аппликация теплых пакетов.** Тепло обычно прикладывается к спине женщины, нижней части живота, паху, промежности. Возможными источниками тепла могут быть: бутылки с теплой водой, носок с нагретым рисом, теплый компресс (полотенце, смоченные в теплой воде и отжатые), электрогрелка или теплое одеяло. Следует соблюдать осторожность, чтобы избежать ожогов. Лицо, осуществляющее уход, должно проверить источник тепла на своей коже и поместить один или два слоя ткани между кожей женщины и горячей упаковкой. В дополнение к тому, что тепло используется для облегчения боли, оно также применяется для облегчения озноба или дрожи, уменьшения жесткости суставов, уменьшения мышечного спазма и увеличения растяжимости соединительной ткани.
5. **Холод.** Холодные пакеты могут быть приложены к нижней части спины, когда женщина испытывает боль в спине. Возможные источники холода: мешок или хирургическая перчатка, заполненные льдом, замороженный пакет геля, пластиковая бутылка, наполненная льдом, банки с газированной водой, охлажденные во льду. Необходимо поместить один или два слоя ткани между кожей женщины и холодной упаковкой. Холодные компрессы на промежность могут использоваться периодически в течение нескольких дней после родов.
6. **Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление и дыхательные методики.** Техники йоги для расслабления, дыхания и положения, используемые на антенатальном этапе уменьшают чувство тревоги по поводу родов. Применение йоги во время родов может уменьшить боль, повысить удовлетворенность родами.
7. **Душ или погружение в воду в первом периоде родов.** Чтобы избежать повышения температуры тела женщины и потенциального увеличения риска для плода, температура воды должна быть как температура тела человека или немного выше (не больше 37°C). Длительное погружение (более двух часов) продлевает роды и замедляет сокращения матки, подавляя выработку окситоцина. Медицинские противопоказания для погружения в воду: лихорадка, подозрение на инфекцию, патологический характер ЧСС плода, кровянистые выделения из половых путей и любые состояния, требующие постоянного мониторинга состояния плода. Доказательства пользы от погружения в воду во втором периоде родов ограничены. При этом нет никаких свидетельств увеличения побочных эффектов для новорожденного или женщины от родов в воду. Женщина, которая настаивает на родах в воду, должна быть проинформирована о том, что преимущества и риски этого выбора не были изучены в достаточной степени.
8. **Аудиоаналгезия (музыка, белый шум или окружающие звуки).** Способствует увеличению удовлетворенностью родами и снижению риска послеродовой депрессии.

9. **Ароматерапия.** Эфирные масла являются сильнодействующими веществами и могут быть потенциально вредными при неправильном использовании. Беременным женщинам следует избегать смешивания собственных эфирных масел. Процесс использования ароматерапии должен контролироваться специально обученным персоналом. Персонал больницы должен быть информирован об использовании ароматерапии для защиты от аллергической реакции у людей, чувствительных к эфирным маслам.
10. **Гипноз.** Может уменьшить использование фармакологических методов обезболивания во время родов. Не было выявлено влияния на удовлетворение от снижения боли. Гипноз - это сфокусированная форма концентрации. Самогипноз - одна из форм гипноза, в которой сертифицированный специалист учит человека вызывать состояние измененного сознания. Основная цель при использовании самогипноза в родах - помочь женщине сохранить контроль, управляя тревогой и дискомфортом, вызывая целенаправленное состояние расслабления. Следует отметить, что гипноз противопоказан людям с серьезными психологическими нарушениями или психозом в анамнезе. Других очевидных рисков или недостатков для использования гипноза в родах нет.
11. **Внутрикожные или подкожные инъекции стерильной воды для инъекций при болях в пояснице или любой другой родовой боли.** Водные инъекции обычно состоят из четырех внутрикожных или подкожных инъекций от 0,1 до 0,5 мл стерильной воды. Первые две точки локализуются над задними верхними подвздошными остями (там, где находятся правая и левая ямки ромба Михаэлиса). Две другие точки расположены на 3 см ниже и на 1 см медиальнее первых двух. Протерев место инъекции спиртовым шариком, вводится стерильная вода, и образуются четыре маленькие папулы. Инъекции должны делаться быстро, чтобы уменьшить длительность боли от самих инъекций. Пациентку следует предупредить о том, что в течение 30-60 секунд она будет испытывать жжение от инъекций. Через 2 минуты наступает облегчение боли, которое длится 1-2 часа. Не было зарегистрировано никаких побочных эффектов, кроме временной боли при инъекции.

### Нейроаксиальная анальгезия в родах

Показания к нейроаксиальной анальгезии в родах (проводится в активной фазе 1-го периода родов):

- Артериальная гипертензия любой этиологии (преэклампсия, гипертоническая болезнь, симптоматические артериальные гипертензии);
- Роды у женщин с некоторыми видами соматических заболеваний (например, гипертоническая болезнь, пороки сердца (не все), заболевания органов дыхания – бронхиальная астма, почек – гломерулонефрит, высокая степень миопии, повышение внутричерепного давления и др.);
- Роды у женщин с антенатальной гибелью плода (в данном случае главным аспектом является психологическое состояние женщины);
- Роды у женщин с текущим или перенесенным венозным или артериальным тромбозом;
- Роженицы моложе 18 лет;
- Непереносимые болезненные ощущения роженицы во время схваток (при оценке данного показания можно использовать визуально-аналоговую шкалу интенсивности боли);
- Аномалии родовой деятельности (врач-акушер-гинеколог должен учитывать влияние эпидуральной анальгезии на течение второго периода родов);

- Преждевременные роды. Эпидуральная анальгезия предпочтительнее применения опиоидных анальгетиков для обезболивания преждевременных родов из-за большей эффективности и меньшей токсичности.

Противопоказания к нейроаксиальной анальгезии в родах:

- Тяжелая гиповолемия (геморрагический шок, дегидратация).
- Нарушение свертывания крови в сторону гипокоагуляции (увеличение активированного частичного тромбопластинового времени  $>$  чем в 1,5 раза, увеличение международного нормализованного отношения  $>$  чем в 1,5 раза) и тромбоцитопении -  $< 70 \times 10^9$  /л, приобретенные или врожденные коагулопатии. При тромбоцитопении от 70 до  $100 \times 10^9$  /л и при отсутствии гипокоагуляции возможно применение только спинальной анальгезии (обязательно использование игл малого размера – 27-29 G).
- Гнойное поражение кожных покровов в месте пункции.
- Непереносимость местных анестетиков (непереносимость, как и анафилаксия для местных анестетиков амидной группы встречается крайне редко).
- Наличие фиксированного сердечного выброса у пациенток с искусственным водителем ритма сердца, стенозом аортального клапана, коарктацией аорты, выраженным стенозом митрального клапана. В данной ситуации возможность проведения регионарной анальгезии оценивается индивидуально и согласуется с врачом-кардиохирургом, поскольку большое значение имеет степень компенсации нарушений гемодинамики, вызванных пороком.
- Тяжелая печеночная недостаточность (нарушение коагуляции и метаболизма местных анестетиков).
- Демиелинизирующие заболевания нервной системы и периферическая нейропатия (рассматриваются индивидуально).
- Татуировка в месте пункции.

Решение о возможности обезболивания родов методами нейроаксиальной анальгезии, а в дальнейшем и тактика ее проведения на всех этапах родов, определяется только совместно врачом акушером-гинекологом и врачом анестезиологом-реаниматологом с учетом всех факторов риска, особенностей течения родов и состояния плода. Проводит нейроаксиальную анальгезию врач анестезиолог-реаниматолог.

Двигательная активность и вертикальное положение женщины во время первого периода родов уменьшает общую продолжительность родов, снижает риск кесарева сечения и не связано с неблагоприятным эффектом для матери и плода. Это достигается применением растворов местных анестетиков минимальной концентрации, при которой возможен анальгетический эффект (феномен дифференцированного блока).

Нейроаксиальные методы обезболивания родов могут сопровождаться удлинением второго периода родов, что связано с выраженным моторным блоком и для профилактики этого осложнения используются следующие технологии:

- При отсутствии острой гипоксии плода родоразрешение не форсируется до уменьшения степени моторного блока.
- Применяется постоянная инфузия местного анестетика в эпидуральное пространство.
- Уменьшается концентрация местного анестетика (может быть ослабление анальгетического эффекта).

После окончания родов родильница должна в течение двух часов находиться в положении лежа, вставать и ходить можно только в сопровождении персонала. Это связано с возможным остаточным эффектом моторного блока и развитием ортостатической гипотонии.

Для безопасного применения эпидуральной анальгезии, а также других методов нейроаксиальной анальгезии, необходимо руководствоваться следующими принципами, рекомендованными Американской ассоциацией анестезиологов.

1. Нейроаксиальная анальгезия/анестезия должна проводиться в местах, приспособленных для проведения реанимации и интенсивной терапии.
2. Нейроаксиальную анальгезию/анестезию должен проводить врач анестезиолог-реаниматолог, имеющий соответствующую подготовку.
3. Пациентка должна быть осмотрена до процедуры, проведена оценка состояния женщины и плода совместно с врачом-акушером-гинекологом.
4. Обеспечение возможности проведения инфузионной терапии (катетеризация вены, готовность растворов).
5. Должен обеспечиваться мониторинг состояния матери и плода.
6. Персонал должен быть готов к проведению реанимации новорожденных.
7. Врач-анестезиолог-реаниматолог должен наблюдать за женщиной в течение всего периода нейроаксиальной анальгезии/анестезии и в послеродовом периоде.
8. Необходимо иметь все необходимое для лечения осложнений после проведения нейроаксиальной анальгезии/анестезии.

Безопасность нейроаксиальной анальгезии в родах для женщины и плода определяют следующие факторы:

- Компетентность врача анестезиолога-реаниматолога в особенностях проведения нейроаксиальной анальгезии в родах.
- Компетентность врача акушера-гинеколога в особенностях течения родов в условиях эпидуральной анальгезии.
- Современное техническое оснащение (иглы, катетеры, дозаторы, мониторы).
- Современные местные анестетики (бупивакаин, ропивакаин).
- Непрерывный мониторинг состояния женщины и плода.

Безопасность пациенток, получающих антикоагулянты и/или дезагреганты, при проведении нейроаксиальной анестезии и инвазивных процедур (операции) в плановой ситуации зависит от соблюдения временных интервалов от момента последнего применения до начала процедуры. В экстренной ситуации необходимо использовать методы инактивации эффектов антикоагулянтов и дезагрегантов.

### **Паравертебральная поясничная симпатическая блокада**

Паравертебральная поясничная симпатическая блокада рекомендована в случаях, когда нейроаксиальная анальгезия противопоказана. Паравертебральная анальгезия имеет преимущества: ускоряет созревание шейки матки, уменьшает продолжительность родов, технически просто выполняема, не вызывает гипотонию. Может рассматриваться как вариант метода анальгезии в родах, когда проведение эпидуральной анальгезии невозможно. Паравертебральную анальгезию осуществляют введением местного анестетика с двух сторон на уровне верхнего края остистого отростка Th12- L1 на расстоянии 1,5-2,0 см от линии остистых отростков. Местный анестетик для паравертебральной блокады, как правило, используются в объеме 15-30 мл. Применение более высоких объемов, может быть, связано с вероятностью развития системной токсичности местных анестетиков. Пик действия анестетика развивается примерно через 40 (10-60) минут, что совпадает с пиковой концентрацией анестетика в плазме крови. В этот период следует особенно внимательно наблюдать за пациенткой.

## Системное медикаментозное обезболивание

Системные опиоиды обеспечивают небольшое или умеренное облегчение боли при родах. Обезболивание бывает неполным, временным, сопровождается седативным действием и более эффективно в начале активных родов. Опиоиды могут быть неэффективными после открытия шейки матки более 7 см. Несмотря на их ограничения, временное ослабление боли в родах после приема опиоидов может быть полезной и удовлетворительной стратегией лечения боли для многих рожениц.

## Ингаляционная анальгезия

Ингаляционная анальгезия – это назначение субанестетических доз ингаляционных анестетиков для болеутоления в родах. Несмотря на то, что ингаляционные методы обеспечивают некоторый уровень анальгезии, его недостаточно для адекватного обезболивания родов у большинства женщин. Эти методы могут использоваться как дополнение при неудавшихся нейроаксиальных блокадах, либо при противопоказаниях к последним. Ингаляционная анальгезия может проводиться прерывистым (во время схваток) и постоянным методом. Ингаляционные методы можно использовать для аутоанестезии, но под присмотром врача-анестезиолога-реаниматолога для контроля уровня сознания и правильности использования оборудования.

Смесь динитрогена оксида с кислородом 50:50 используется много лет и как моноанестетик, и как адъювант при регионарных методах обезболивания родов. Связанные с этим побочные эффекты включают головокружение, тошноту, апатию и снижение контактности. Максимальный анальгетический эффект наступает через 45-60 с после начала ингаляции. Поэтому очень важно, чтобы роженица начинала ингаляцию при первых предвестниках схватки и заканчивала ее после пика сокращения матки. Отсутствие газосборников для выдыхаемых газов в предродовых палатах теоретически подвергает медперсонал риску продолжительного воздействия избыточных концентраций выдыхаемых анестетиков. Как выяснилось, вдыхание смеси динитрогена оксида с кислородом в соотношении 50:50 не влияет на функции печени, почек, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Анальгетический эффект динитрогена оксида является дозозависимым, что обеспечивает некоторую эффективность при обезболивании родов.

Севофлуран также используют для обезболивания в родах. Вдыхаемая концентрация 0,8% приемлема для эффективной анальгезии в родах. Севофлуран, в сравнении со смесью динитрогена оксида с кислородом 50:50, обеспечивает более высокий уровень анальгезии, но на фоне более выраженной седации. Он не проявляет выраженных побочных эффектов и удобен для рожениц. Использование парообразующих анальгетиков (S02DA: Анальгетики и анестетики) в родах ограничивается угнетением сознания, неприятным запахом и высокой стоимостью. Основная опасность при использовании парообразующих анальгетиков (S02DA: Анальгетики и анестетики) заключается в случайной передозировке с потерей сознания и утратой рефлексов, защищающих дыхательные пути



## **Правила заполнения.**

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

**ЧСС плода:** фиксируется каждые полчаса (выслушивается каждые 15 минут) – отмечается точкой каждые 30 минут

**Околоплодные воды:** цвет амниотической жидкости отмечается каждый час:

- I – плодный пузырь цел
- C – околоплодные воды светлые, чистые
- M – воды с меконием (любая интенсивность окраски)
- B – примесь крови в водах
- A – отсутствие вод/выделений

**Конфигурация головки:** отмечается при влагиальном исследовании:

- O – конфигурации нет
- + – швы легко разъединяются
- ++ – швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании
- +++ – швы находят друг на друга и не разделяются

**Раскрытие шейки матки:** оценивается при каждом влагиальном исследовании и отмечается крестиком (x).

**Линия бдительности:** линия должна начинаться от точки раскрытия шейки на 5 см и продолжаться до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.

**Линия действия:** проходит параллельно линии бдительности, отступя на 4 часа вправо.

**Опускание головки:** оценку прохождения головки следует проводить путем сначала абдоминального обследования и лишь затем вагинального:

- 5/5 - головка на 5 пальцев выше лона - над входом в малый таз
- 4/5 - на 4 пальца выше лона - прижата ко входу в малый таз
- 3/5 - на 3 пальца выше лона - прощупывается большая часть головки над лоном
- 2/5 - на 2 пальца выше лона - над лоном прощупывается меньшая часть головки
- 1/5 - головка в полости малого таза

**Время:** отмечается слева от линии. Для удобства заполнения лучше записывать числом, кратным 30 мин, например, 13:00 или 13:30.

**Сокращения матки:** наряду с раскрытием шейки матки и продвижением головки плода сокращения матки (схватки) служат четким показателем родовой деятельности. Периодичность схваток откладывается по оси времени. Каждая клеточка означает одно сокращение за 10 минут. Различная интенсивность штриховки отражает силу и длительность схваток. На партограмме принято использовать следующие три вида штриховки:

- Точки – слабые схватки продолжительностью до 20 секунд
- косая штриховка – умеренные схватки продолжительностью 20-40 секунд
- Сплошная штриховка – сильные схватки продолжительностью более 40 секунд

**Окситоцин:** при назначении записывается его количество/концентрация и вводимая доза в минуту каждые 30 минут.

**Назначения лекарств:** фиксируются любые дополнительные назначения лекарств.

**Пульс:** каждые 30 минут отмечается точкой

**Артериальное давление:** фиксируется каждые 4 часа и отмечается линией посередине соответствующей клеточки.

**Температура тела:** фиксируется каждые 4 часа.

### Шкала Апгар (Apgar score)

**Тип:** шкала оценки

**Назначение:** оценка состояния новорожденного

**Содержание:**

	0 баллов	1 балл	2 балла
<b>Окраска кожного покрова</b>	Генерализованная бледность или генерализованный цианоз	Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей (акроцианоз)	Розовая окраска всего тела и конечностей
<b>Частота сердечных сокращений</b>	Отсутствует	< 100/минуту	> 100/минуту
<b>Рефлекторная возбудимость (реакция на раздражение при санации дыхательных путей)</b>	Не реагирует	Реакция слабо выражена (grimаса, движение)	Реакция в виде движения, кашля, чихания, громкого крика
<b>Мышечный тонус</b>	Отсутствует, конечности свисают	Снижен, некоторое сгибание конечностей	Выражены активные движения
<b>Дыхание</b>	Отсутствует	Нерегулярное, крик слабый (гиповентиляция)	Нормальное, крик громкий

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

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

**Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли**

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

**Оригинальное название:** Visual analogue pain intensity scale.

**Источник:** Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. Pain 1976; 2 (2): 175– 184.

**Тип:** шкала оценки.

**Назначение:** оценка интенсивности боли.

**Содержание:**



**Общий список рекомендаций по уходу в интранатальный период для обеспечения положительного опыта родов (ВОЗ, 2018)**

Вид ухода	Рекомендации	Категория рекомендаций
<b>Весь период родовой деятельности и деторождения</b>		
Уважительное отношение к роженице	1. Во время ухода рекомендуется уважительное отношение к женщине, сохраняющее ее достоинство, личную неприкосновенность и конфиденциальность, а также обеспечивающее защиту от причинения вреда и неправильного лечения, возможность информированного выбора и непрерывную поддержку в течение родов	Рекомендуется
Эффективное общение	2. Рекомендуется эффективное общение между роженицей и персоналом, осуществляющим уход за ней, с применением простых, культурно приемлемых правил	Рекомендуется
Присутствие партнера по родам	3. Присутствие партнера по родам рекомендуется для всех женщин	Рекомендуется
Непрерывность ухода	4. Уход под руководством знакомой акушерки или группы акушерок, которые ведут женщину во время беременности, родов и в послеродовой период, рекомендуются при наличии хорошо зарекомендовавших себя соответствующих программ	Рекомендуется в определенных ситуациях
<b>Первый период родов</b>		
Определения латентной и активной фаз первого периода родов	5. Рекомендуется применение указанных ниже определений латентной и активной фаз первого периода родов. <ul style="list-style-type: none"> <li>● Латентная фаза характеризуется болезненными сокращениями матки и переменными изменениями цервикального канала, включая некоторое сглаживание шейки матки и медленно прогрессирующее раскрытие цервикального канала до 5 см при первых и повторных родах.</li> <li>● Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более выраженным сглаживанием шейки матки и более быстрым раскрытием цервикального канала от 5 см до полного раскрытия при первых и повторных родах.</li> </ul>	Рекомендуется

Продолжительность первого периода родов	6. Женщины должны быть информированы о том, что продолжительность латентной фазы первого периода родов не является догмой и варьирует в широких пределах, однако ее длительность (раскрытие цервикального канала от 5 см до полного раскрытия) обычно не превышает 12 часов при первых и 10 часов при повторных родах	Рекомендуется
	7. Если родовая деятельность началась спонтанно, скорость раскрытия цервикального канала 1 см/час в течение активной фазы (что фиксируется на партограмме) является недостоверным критерием выявления рисков осложнений для плода и не рекомендуется для этих целей.	Не рекомендуется
	8. Минимальная скорость раскрытия цервикального канала 1 см/час в активной фазе первого периода достигается не у всех женщин и не может являться критерием нормального течения родов. Медленное раскрытие шейки матки (менее 1 см/час) как изолированный признак не является показанием для оперативного вмешательства.	Не рекомендуется
	9. Родовая деятельность может протекать медленно, пока цервикальный канал не раскроется на 5 см. Тем не менее, если состояние матери и плода приемлемо, медицинское вмешательство для ускорения родов (например, введение окситоцина или кесарево сечение) не рекомендуется до достижения этого порога	Не рекомендуется
Госпитализация в родильном отделении	10. Не рекомендуется откладывать госпитализацию здоровой беременной женщины, у которой родовая деятельность началась спонтанно, до активной фазы первого периода. Исключение составляют случаи участия в исследовательских программах	Рекомендуется только в контексте исследования
Измерение размеров таза при поступлении	11. Рутинное измерение размеров таза здоровых беременных женщин, у которых началась родовая деятельность, не рекомендуется	Не рекомендуется
Рутинная оценка состояния плода при поступлении в родильное отделение	12. Не рекомендуется рутинное выполнение кардиотокографии плода для оценки его состояния во время спонтанных родов у здоровых беременных женщин.	Не рекомендуется
	13. Для оценки состояния плода во время родов рекомендуется аускультация с помощью доплеровского УЗИ-аппарата или стетоскопа Пинара.	Рекомендуется

Бритье промежности и лобковой области	14. Не рекомендуется рутинное бритье промежности и лобковой области при естественных родах	Не рекомендуется
Клизма при поступлении	15. Клизма при поступлении для ускорения родовой деятельности не рекомендуется	Не рекомендуется
Пальцевое вагинальное исследование	16. Пальцевое вагинальное исследование с четырехчасовым интервалом рекомендуется в качестве рутинного метода оценки состояния плода в активной фазе первого периода родов для женщин с низким риском осложнений	Рекомендуется
Непрерывная кардиотокография во время родов	17. Непрерывная кардиотокография для оценки состояния плода у здоровых беременных женщин при естественных родах не рекомендуется	Не рекомендуется
Периодическая аускультация плода во время родов	18. Во время родов у здоровых беременных женщин рекомендуется периодически проводить аускультацию плода с помощью доплеровского УЗИ-аппарата или стетоскопа Пинара	Рекомендуется
Эпидуральная анестезия	19. Эпидуральная анестезия рекомендуется для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется
Применение опиоидных анальгетиков	20. Парентеральное введение опиоидных анальгетиков, таких как фентанил, диаморфин и петидин, рекомендуется для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется
Техники релаксации для контроля болевого синдрома	21. Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление, дыхательные методики, музыку и практику осознанности, рекомендуются для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется
Мануальные приемы для контроля болевого синдрома	22. Мануальные приемы, такие как массаж или аппликация теплых пакетов, рекомендуются для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется
Облегчение боли для стимуляции родов	23. Облегчение боли для предотвращения замедления родовой деятельности и во избежание применения стимуляторов родов не рекомендуется	Не рекомендуется
Пероральный прием жидкости и пищи	24. Женщинам с низким риском осложнений рекомендуется пить и принимать пищу во время родов	Рекомендуется

Подвижность и положение роженицы	25. У женщин с низким риском осложнений необходимо поощрять подвижность и вертикальное положение во время родов.	Рекомендуется
Промывание влагалища	26. Рутинное промывание влагалища раствором хлорексидина во время родов с целью профилактики летальных инфекционных заболеваний не рекомендуется.	Не рекомендуется
Активное вмешательство в родовую деятельность	27. Активное медицинское вмешательство для стимуляции родовой деятельности не рекомендуется	Не рекомендуется
Рутинная амниотомия	28. Использование амниотомии как изолированного метода стимуляции родовой деятельности не рекомендуется	Не рекомендуется
Раннее применение амниотомии и окситоцина	29. Раннее использование амниотомии в сочетании с ранним введением окситоцина для стимуляции родовой деятельности не рекомендуется	Не рекомендуется
Введение окситоцина после эпидуральной анестезии	30. Введение окситоцина для стимуляции родовой деятельности у женщин, получивших эпидуральную анестезию, не рекомендуется	Не рекомендуется
Спазмолитики	31. Введение спазмолитиков для стимуляции родовой деятельности не рекомендуется	Не рекомендуется
Внутривенное введение жидкости для стимуляции родовой деятельности	32. Внутривенное введение жидкости для сокращения длительности родов не рекомендуется	Не рекомендуется
<b>Второй период родов</b>		
Определение и длительность второго периода родов	<p>33. Рекомендуется применение указанного ниже определения второго периода родов, а также его длительности.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Второй период – это время от полного раскрытия шейки матки до рождения ребенка. Роженица испытывает потуги, обусловленные экспульсивными сокращениями матки.</li> <li>● Женщины должны быть информированы о том, что продолжительность второго периода может быть разной. При первых родах он обычно длится не более 3 часов, а при повторных – не более 2 часов.</li> </ul>	Рекомендуется

Положение во время родов (у женщин, не получивших эпидуральную анестезию)	34. У женщин, у которых не применялась эпидуральная анестезия, рекомендуется поощрять подвижность и вертикальное положение во время родов (с учетом предпочтений роженицы)	Рекомендуется
Положение во время родов (у женщин, получивших эпидуральную анестезию)	35. У женщин, у которых применялась эпидуральная анестезия, рекомендуется поощрять подвижность и вертикальное положение во время родов (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется
Метод натуживания	36. Рекомендуется поощрять и поддерживать рожениц в естественном натуживании в период изгнания плода.	Рекомендуется
Метод натуживания (у женщин, получивших эпидуральную анестезию)	37. Если женщина получила эпидуральную анестезию во втором периоде родов, рекомендуется отсрочить натуживание на один-два часа после полного раскрытия цервикального канала до момента, когда роженица сама почувствует необходимость этих действий. Не рекомендуется продлевать этот период для профилактики перинатальной гипоксии плода.	Рекомендуется в определенных ситуациях
Техники профилактики повреждений промежности	38. Для женщин во втором периоде родов рекомендуются техники, направленные на профилактику повреждения области промежности и облегчения деторождения, включая массаж промежности, теплые компрессы и ручное пособие по защите промежности (с учетом предпочтений роженицы и доступных методов)	Рекомендуется
Эпизиотомия	39. Рутинное или свободное применение эпизиотомии не рекомендуется у женщин, у которых роды происходят спонтанно и естественным путем	Не рекомендуется
Давление на живот	40. Ручное давление на живот с целью облегчения родов во втором периоде не рекомендуется	Не рекомендуется

<b>Третий период родов</b>		
Профилактическое применение утеротоников	41. Применение утеротоников с целью профилактики послеродового кровотечения в третьем периоде родов рекомендуется во всех случаях	Рекомендуется
	42. Окситоцин (10 МЕ в/м, в/в) рекомендуется для предотвращения послеродового кровотечения	Рекомендуется
	43. Если окситоцин недоступен, рекомендуется применение других утеротоников (эргометрина, метилэргометрина или фиксированных таблетированных комбинаций окситоцина и эргометрина) либо перорального мизопростола (600 мкг)	Рекомендуется
Отсроченное пережатие пуповины	44. В целях обеспечения лучших клинических результатов для матери и ребенка рекомендуется отсроченное пережатие пуповины (не раньше, чем через одну минуту после рождения)	Рекомендуется
Контролируемая тракция пуповины	45. При наличии квалифицированного и опытного медперсонала рекомендуется контролируемая тракция пуповины в третьем периоде при естественных родах, если медицинский работник и родильница считают важными небольшое снижение кровопотери и небольшое сокращение длительности третьего периода родов	Рекомендуется
Массаж матки	46. Не рекомендуется длительный массаж матки в качестве средства предотвращения послеродового кровотечения у женщин, получивших с профилактической целью окситоцин	Не рекомендуется
<b>Уход за новорожденным</b>		
Рутинное применение назальных и оральных отсосов	47. У младенцев, рожденных с чистыми амниотическими водами и начавших самостоятельно дышать, нет необходимости в рутинном применении назальных и оральных отсосов.	Не рекомендуется
Телесный контакт	48. Младенцы, родившиеся без осложнений, должны находиться в прямом телесном контакте с матерью в течение первого часа после рождения для профилактики гипотермии и стимуляции грудного вскармливания	Рекомендуется
Грудное вскармливание	49. Все новорожденные, в том числе с дефицитом веса, которые могут самостоятельно получать грудное молоко, должны прикладываться к груди как можно раньше, если их состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению	Рекомендуется

### Информация для роженицы

#### Что такое нормальные роды?

Нормальные роды – это своевременные (в 37<sup>0</sup>-41<sup>6</sup> недель беременности) роды одним плодом, начавшиеся самостоятельно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов (при отсутствии преэклампсии, задержки роста плода, нарушения состояния плода, предлежания плаценты и других осложнений), прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых пациентка и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

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

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

#### Как протекают роды?

Роды состоят их 3-х периодов.

*Первый период родов* – время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Этот период родов состоит из латентной и активной фазы. Латентная фаза характеризуется слабыми сокращениями матки (иногда болезненными) и медленным раскрытием шейки матки до 5 см. Эта фаза может длиться до 20 часов у первородящих женщин и до 14 часов у повторнородящих женщин. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки (схватками) и раскрытием шейки матки до полного раскрытия. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах. Схватки во время активной фазы происходят 1 раз в 2-3 минуты. *Второй период родов* – время от полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка. Во время этого периода пациентка ощущает сильное желание тужиться (потуги), которые возникают каждые 2-5 минут. Продолжительность второго периода родов при первых родах обычно составляет не более 3 часов, при повторных – не более 2 часов, но при использовании эпидуральной анальгезии продолжительность может быть на час больше.

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

#### Как я должна вести себя во время родов?

При отсутствии противопоказаний во время родов, особенно в первом периоде, рекомендована активность и принятие удобной для Вас позы. Во время потуг также поощряется свободное удобное для Вас положение, если это не мешает контролю состояния плода и оказанию пособия в родах.

**Может ли мой партнер присутствовать при родах?** Присутствие партнера при родах поощряется в случае его (ее) подготовки к помощи и присутствию при родах.

#### Буду ли я испытывать боль во время родов?

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

#### Будут ли мне обезболены роды?

Первоначально рекомендуется применить немедикаментозные методы обезболивания родов, такие как правильная техника дыхания, использование мяча, массаж, теплые компрессы, холод на спину в случае болей в пояснице и другие, которые оказываются эффективными в большинстве случаев. При неэффективности немедикаментозных методов при Вашем

желании, отсутствии противопоказаний и возможности медицинской организации может быть проведена эпидуральная анальгезия. Следует знать, что эпидуральная анальгезия ассоциирована с повышенным риском удлинения продолжительности родов.

**Надо ли мне брить волосы на промежности до родов?**

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

**Будет ли мне проведена очистительная клизма до родов?**

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

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

Вам будут проводиться влагалищные исследования – при поступлении в стационар, затем каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов и каждый час во время потуг, а также в случае наличия показаний, например, перед эпидуральной анальгезией или при излитии околоплодных вод, и после родов для оценки целостности родовых путей и зашивания разрывов в случае их выявления. Еще Вам будет проводиться пальпация плода (определение его положения через брюшную стенку) и аускультация плода (выслушивание сердцебиения плода) при помощи акушерского стетоскопа, а в случае выявления каких-либо нарушений – кардиотокография (КТГ) плода. Возможно, потребуется проведение УЗИ плода при нарушении его состояния или для уточнения его положения. Сразу после рождения ребенка через венозный катетер Вам будут введены утеротоники для профилактики кровотечения.

**Могу ли я есть и пить во время родов?**

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

**Смогу ли я пользоваться туалетом во время родов?**

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

**Как провести профилактику разрывов родовых путей?**

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

**Что произойдет, когда ребенок родится?**

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

**Когда будет перерезана пуповина?**

При отсутствии противопоказаний показано отсроченное пересечение пуповины - не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения ребенка. Как долго я пробуду в родильном отделении после родов? Обычно время наблюдения в родильном отделении не превышает 2-х часов, после чего Вы с ребенком будете переведены в послеродовое отделение.

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

**Медицинское вмешательство** – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
даю  
(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в \_\_\_\_\_  
(наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.
3. Я проинформирован, что точно предсказать результат и исход медицинского вмешательства невозможно. Я понимаю, что любое лечение или операция сопряжены с риском для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности. Никакие гарантии относительно результатов медицинского вмешательства не предоставляются.
4. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций или процедур). В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.
5. Я знаю, что в целях максимальной эффективности предстоящего медицинского вмешательства я обязан поставить врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических или токсических препаратов.
6. Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие. Я получил разъяснения от лечащего врача о цели переливания крови или ее компонентов, необходимости переливания, характере

и особенностях процедуры, возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от переливания крови и ее компонентов.

7. Я согласен на запись моего лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.

9. Я разрешаю предоставлять информацию о моей болезни, прогнозе и лечении только:

---

---

---

---

(доверенные лица)

10. Я ознакомлена со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

## Примечания к протоколу «Нормальные роды».

К сведению пользователей.

Национальный клинический протокол «Нормальные роды» утвержден приказом Министра Здравоохранения Республики Узбекистан №273 от 30 ноября 2021 года.

Однако, 13 декабря 2021 года были получены заключения эксперта ВОЗ Тинатин Гагуа (Грузия) с клиническими рекомендациями Всемирной организации здравоохранения.

Считаем необходимым представить эти рекомендации, так как они могут быть важными и полезными при принятии решений в работе с клиническими протоколами.

Все рекомендации эксперта ВОЗ публикуются без изменений с нашей стороны.

Рубрика протокола	Рекомендации
<b>Клиническая картина нормальных родов</b>	Латентная фаза 1-го периода родов – это период времени, характеризующийся болезненными сокращениями матки и изменениями шейки матки, в том числе некоторой степенью сглаживания и более медленным прогрессированием расширения до 5 см для первых и последующих родов.
	Женщины должны быть проинформированы о том, что стандартная продолжительность латентной фазы первого периода родов не установлена и может сильно отличаться у разных женщин. Существует очень низкая достоверность доказательств продолжительности латентной фазы первого периода родов, что частично объясняется трудностями в установлении фактического начала родов, и было решено не устанавливать стандартизированную продолжительность латентной первой стадии и не принимать решение исходя из её продолжительности.
	Средняя продолжительность активной фазы первого периода родов составляет 4 часа.
	Медицинские работники должны сообщать здоровым беременным женщинам, что продолжительность родов варьируется и зависит от их индивидуального физиологического процесса и особенностей беременности.
	Для беременных со спонтанным началом родов порог скорости раскрытия шейки матки 1 см / час во время активной фазы первого периода родов (как показано на партограмме) считается неточным для выявления женщин с риском неблагоприятных исходов родов и поэтому не рекомендуется для этой цели.
	Минимальная скорость раскрытия шейки матки 1 см в час на протяжении первого активного периода родов нереально высокая для некоторых женщин и поэтому не рекомендуется для выявления нормального прогрессирования родов. Сама по себе скорость раскрытия шейки матки ниже 1 см/час не должна быть показанием для акушерского вмешательства.
<b>Жалобы и анамнез</b>	При отсутствии УЗИ в первом триместре и при использовании сканирования во втором или третьем триместре для определения гестационного возраста необходимо сочетание нескольких биометрических параметров (бипариетальный диаметр, окружность головы, окружность живота и длина бедра).
	Клиническая пельвиометрия у здоровых беременных при поступлении увеличивает частоту кесарева сечения без улучшения исходов родов и не рекомендуется.

Рубрика протокола	Рекомендации
Ведение первого периода родов	<p>Женщинам с эпидуральной анальгезией во втором периоде родов рекомендуется выбирать положение при рождении, в том числе вертикальное. Для женщин с эпидуральной анальгезией во втором периоде родов, рекомендуется отсрочка потуг на 1-2 часа после полного раскрытия шейки матки или до тех пор, пока женщина не восстановит сенсорное желание надавить</p>
	<p>Использование внутривенных жидкостей с целью сокращения продолжительности родов не рекомендуется. Ненужное использование в/в жидкостей увеличивает стоимость, оказывает значительное влияние на использование ресурсов, снижает подвижность женщин, увеличивает риск перегрузки жидкостью.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Все женщины, у которых влагиалично-ректальный посев на сроке беременности 35-37 недель дает положительный результат на стрептококк группы В (СГБ), должны получать соответствующую профилактику антибиотиками во время родов.</li> <li>● Если в момент начала родов результат пренатального посева на СГБ неизвестен, женщинам с факторами риска показана антибиотикопрофилактика во время родов. В группу риска входят женщины: <ul style="list-style-type: none"> <li>– которые вступили в первый период преждевременных родов;</li> <li>– у которых есть преждевременный разрыв плодных оболочек при недоношенной беременности или дородовой разрыв плодных оболочек в течение 18 и более часов при доношенной беременности.</li> </ul> </li> <li>● При подозрении на интраамниотическую инфекцию рекомендуется терапия антибиотиками широкого спектра действия.</li> <li>● Стрептококк группы В (СГБ) является ведущей причиной инфекции новорожденных. Первичный фактор риска - колонизация мочеполовых и желудочно-кишечных трактов. Примерно 50% женщин, инфицированных СГБ, передают бактерии своим новорожденным. Вертикальная передача обычно происходит во время родов или после разрыва плодных оболочек. При отсутствии антибиотикопрофилактики во время родов у 1-2% этих новорожденных разовьется СГБ.</li> <li>● Внутривенный пенициллин остается средством выбора для профилактики во время родов, а внутривенный ампициллин является приемлемой альтернативой. Цефалоспорины первого поколения (например, цефазолин) рекомендуются женщинам, у которых отмечена аллергия на пенициллин. Для женщин с высоким риском анафилаксии клиндамицин является рекомендуемой альтернативой пенициллину, только если известна чувствительность к клиндамицину.</li> </ul>
Ведение второго периода родов	<p>Женщин следует проинформировать о том, что продолжительность второго периода варьируется от одной женщины к другой. При первых родах, роды обычно завершаются в течение 3 часов, тогда как при последующих родах, роды обычно завершаются в течение 2 часов. Когда состояние женщины удовлетворительное, плод в хорошем состоянии, и есть признаки прогресса опускания головки плода, нет оснований для вмешательства. Однако, когда второй период выходит за рамки вышеупомянутых стандартных временных промежутков, вероятность самопроизвольных родов в разумные сроки уменьшается и следует рассмотреть возможность вмешательства для ускорения родов.</p>
Информация для роженицы	<p>Присутствие партнера при родах поощряется и снижает риски осложнений.</p>

