

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц
22.07.2011

Регистрационный № 068-0611

ВЕДЕНИЕ ПАРТОГРАММЫ В ИСТОРИИ РОДОВ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. С.Л. Воскресенский, канд. мед. наук, доц.
М.Л. Тесакова, канд. мед. наук, доц. Л.М. Небышинец, канд. мед. наук, доц.
А.Н. Барсуков

Минск 2011

Инструкция по применению (далее — инструкция) предназначена для стандартизации оформления медицинской документации, в частности истории родов — форма О96/у (приказ МЗ РБ № 336 от 20.09.2007 в редакции от 05.04.2010), унифицированного анализа качества оказания медицинской помощи роженицам (снижение числа осложнений со стороны матери и плода в родах через естественные родовые пути) и повышения достоверности составляемых на их основании отчетов.

Партограмма — это современная, конкретная, эффективная форма записи характеристик родового процесса. Применение партограммы рекомендовано во всех клиниках мира. По данным многих авторов (Чернуха Е.А., Старостин Т.А., Сидорова И.С., Ботвин М.А., 2000), применение партограммы более эффективно по сравнению с рутинной записью в истории родов.

В зарубежных исследованиях (Lancet 1994; 343; 1399-404) была отмечена эффективность ведения партограммы в диагностике и профилактике слабости родовой деятельности, в определении экстренных показаний для оперативных вмешательств и в улучшения исходов для новорожденных. Партограмма используется для оценки течения родов в целях определения наилучшего момента вмешательства со стороны врача при возникновении осложнений.

Процесс физиологических родов включает следующие основные компоненты: развитие регулярной сократительной деятельности матки (схваток); изменение шейки матки, проявляющееся в укорочении и сглаживании (преобразование в маточный/акушерский зев); постепенное раскрытие маточного зева до 10 см; продвижение плода по родовому каналу и его рождение; отделение и выделение последа (плацента, пуповина, оболочки).

Учитывая, что созданная в начале 80-х гг. партограмма ни разу не претерпевала каких-либо переработок, в т. ч. и в рамках последних, действующих в настоящее время протоколов оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Беларусь, возникла необходимость в усовершенствовании и доработке исходного документа. Ведение партограммы, разработанной авторами, позволяет наглядно и удобно регистрировать родовой акт, по результатам оценки различных параметров определять объективное состояние роженицы и плода, вовремя акцентировать внимание на отклонениях в течение родов и своевременно предпринимать адекватные лечебные действия.

Уровень внедрения: акушерские стационары всех уровней оказания специальной медицинской акушерско-гинекологической помощи.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Дополнительного оснащения и лекарственного обеспечения не требуется.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Роды через естественные родовые пути.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Акушерские ситуации, требующие планового кесарева сечения.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Партограмма с протоколами родов ведется врачом родового блока. Протоколы родов включают в себя этапные клинические диагнозы, этапные планы родоразрешения и являются дополнением к самой партограмме.


Партограмма представляет собой вариант листа интенсивного наблюдения за пациенткой в родах. Ее показатели включают в себя клиническую характеристику состояния женщины, плода и родового процесса, а также манипуляции в родах, все назначения. Показатели расположены по двум осям координат — вертикальной и горизонтальной. Горизонтальная ось отражает дату и время дневников наблюдения. Вертикальная ось — клинические параметры состояния роженицы (пульс, АД) и плода (сердцебиение, качество околоплодных вод), динамику родового процесса (характеристика шейки матки, продвижение предлежащей части плода, частота, интенсивность и болезненность схваток, наличие плодного пузыря), а также манипуляции и лекарственные назначения.

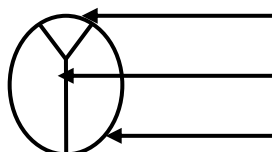
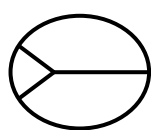
Этапы:

1. Качественные (т. е. констатирующие наличие или отсутствие признака) показатели партограммы: отметка о регистрации КТГ, характеристики шейки матки (консистенция — мягкая, плотная; расположение шейки матки по оси таза — центрирована, не центрирована; сглажена); характеристики плодного пузыря (цел, отсутствует) и околоплодных вод (светлые, зеленые прозрачные, меконий взвесь), выявленные при амниоскопии; показания к амниотомии (пузырь плоский, высокий надрыв, родостимуляция) — отмечаются значком «+» или «×». Болезненность схваток отмечается в зависимости от интенсивности боли: от умеренной до очень сильной — «+», «++», «+++» или «×», «××», «×××».

2. Количественные (т. е. имеющие числовое выражение) показатели партограммы: ЧСС плода, АД роженицы, ЧСС роженицы, проходимость цервикального канала и раскрытие акушерского зева в см, количество схваток за 10 мин, длительность схватки в секундах — записываются арабскими цифрами.

3. Проходимость цервикального канала или раскрытие маточного зева отмечаются знаками «+» или «×», которые вносятся в ячейку соответствующую числовому значению раскрытия (от 0 до 10 см) и времени выполнения исследования.

4. Для обозначения предлежащей части (головки или тазового конца) введен единый графический знак —  (эллипс). Положение ориентиров на предлежащей части плода — стреловидного шва (шов с малым родничком) или межъягодичной складки (межъягодичная складка с крестцом) обозначается знаком похожим на латинскую букву Y (игрек). Таким образом, изображение предлежащей части на партограмме имеет следующий вид:



- Малый родничок или крестец
- Стреловидный шов или межъягодичная складка

5. Расположение предлежащей части по отношению к плоскостям таза: подвижна над входом в малый таз (головка, тазовый конец плода), прижата ко входу в малый таз (головка, тазовый конец плода), малым сегментом (головка) в плоскости входа в малый таз, большим сегментом (головка) в плоскости входа в малый таз, в широкой части малого таза (головка, тазовый конец плода), в узкой части малого таза (головка, тазовый конец плода), в плоскости выхода малого таза (головка, тазовый конец плода) — отмечается выше приведенными условными обозначениями, которые вносятся в ячейки соответствующие ее расположению и времени выполнения исследования.

6. Графическое отображение родового процесса создается путем соединения линией значков «×» или «+», относящихся к раскрытию родовых путей и продвижению плода.

7. В горизонтальных строках раздела партограммы «отметки о назначениях» записываются названия назначенных препаратов с отметкой «+» или «×» в соответствующем столбике дневника партограммы. Все детали, относящиеся к правилам назначения лекарственных средств пациенткам (концентрация раствора, способ введения и пр.), отражаются в листе назначений.

8. Партограмма для ведения индуцированных и преждевременных родов построена по такому же принципу, как и основной вариант партограммы, заполняемой в истории родов. Партограмма индуцированных родов с протоколами ведется врачом родового блока, за исключением раздела, содержащего информацию об индукции родов, в т. ч. начинающейся с применения местных форм простагландинов, ламинарий или внутриматочного баллона. Заполнение этого раздела начинается врачом отделения патологии беременных с указания в соответствующем дневнике партограммы в строке средства, используемого для индукции родов, значка «×» или «+». Ведение партограммы индуцированных родов врачом родового блока начинается с момента установления факта родовой деятельности или возникновения осложнений, в т. ч. требующих экстренного родоразрешения. Партограмма преждевременных родов с протоколами ведется врачом родового блока, за исключением раздела, содержащего информацию о введении глюкокортикоидов с целью профилактики СДР, и токолитиков по показаниям, который может заполняться в определенных клинических ситуациях врачом отделения патологии беременных с использованием отметок о назначении («×», «+») в соответствующих дневниках партограммы.

9. Запись данных в партограмму осуществляется каждые 3 ч, параметры влагищного статуса вносятся через 6 ч в физиологических родах. В патологических родах и во всех ситуациях, требующих применения лечебно-диагностических мероприятий или изменения плана родоразрешения, записи в партограмму (в т. ч. и влагищный статус) осуществляются без учета временного промежутка. При использовании в родах простагландинов и утеротоников динамику родового процесса (со стороны матери и плода) на фоне инфузии рекомендуется отражать в партограмме каждые 1,5–2 ч.

10. Описание II–III периода родов и раннего послеродового периода являются текстовыми сопровождениями основного раздела партограммы, отражающего первый период родов, — содержит физиологический и патологический варианты их

возможного протекания. Кроме того, существуют стандартные формы протоколов манипуляций и операций, производимых в родах и послеродовом периоде, и варианты партограмм для ведения индуцированных и преждевременных родов.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

При использовании метода не выявлены.