

Клинические рекомендации

Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)

МКБ-10: **O80.0**

Год утверждения (частота пересмотра): **2021**

ID:

URL

Возрастная группа: **Взрослые / дети**

Профессиональные ассоциации:

- **ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)**

Оглавление

Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	6
1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	9
2.1. Жалобы и анамнез	9
2.2. Физикальное обследование	10
2.3. Лабораторные диагностические исследования	11
2.4. Инструментальные диагностические исследования	11
2.5. Иные диагностические исследования.....	12
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	13
3.1. Ведение первого периода родов.....	13
3.2. Ведение второго периода родов.....	19
3.3. Ведение третьего периода родов.....	21
3.4. Наблюдение за состоянием матери в первые 2 часа после родов	23
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.....	24
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	25
6. Организация оказания медицинской помощи	25

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	25
Критерии оценки качества медицинской помощи	26
Список литературы.....	27
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	38
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	43
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	48
Приложение В. Информация для пациента	49
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	52
Приложение Г1. Партограмма.....	52

Список сокращений

АД - артериальное давление

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ВПГ – вирус простого герпеса

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

КТГ - кардиотокография

УЗИ - ультразвуковое исследование

ЧСС - частота сердечных сокращений

ВДП - верхние дыхательные пути

Термины и определения

Своевременные роды - роды в 37⁰ - 41⁶ 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.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 [1].

Данные рекомендации могут быть также применены к пациенткам группы высокого риска акушерских осложнений в случае, если роды протекают без осложнений [1].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно по всему миру происходит почти 140 млн. родов, и большинство из них имеет низкий риск осложнений для матери и ребенка. По данным статистического сборника Минздрава России (основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в РФ) доля нормальных родов в 2018 г. составила 37,3%, т.е. 584 767.¹

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

О80.0 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании.

¹ <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Объективными признаками родов являются: сокращения матки с определенной регулярностью (во время активной фазы не менее 3-х схваток за 10 мин) и 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 [2].

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 [3]. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более быстрым раскрытием маточного зева от 5 см до полного раскрытия [3]. Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена и может сильно различаться у разных женщин [3]. Максимальная продолжительность латентной фазы у первородящих - 20 часов, у повторнородящих - 14 часов [4]. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах [3]. Скорость раскрытия маточного зева в активную фазу обычно составляет ≥ 1 см/час, но может быть более медленной [3]. Минимальная скорость раскрытия маточного зева в активную фазу - 0,5 см/час как у первородящих, так и у повторнородящих [5, 6].

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 [3]. Продолжительность второго периода может увеличиться еще на 1 час при эпидуральной анальгезии и составлять 4 часа у первородящих и 3 часа у повторнородящих пациенток [7].

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 [8, 9]. С увеличением продолжительности третьего периода родов более 10 минут повышается риск послеродового кровотечения [10]. Срок беременности является основным фактором, влияющим на продолжительность третьего периода родов,

преждевременные роды связаны с более длительным третьим периодом, чем роды в доношенном сроке [11]. ВОЗ рекомендует придерживаться интервала в 30 минут при отсутствии рождения последа перед началом ручного отделения плаценты и выделения последа при отсутствии кровотечения [12].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз нормальных родов устанавливается при своевременных родах (в 37⁰ - 41⁶ 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.

2.1. Жалобы и анамнез²

- При поступлении в стационар рекомендовано опросить пациентку на предмет наличия схваток (их силы, частоты и продолжительности), наличия и характера выделений их влагалища, шевелений плода в последние 24 часа с целью оценки наличия родовой деятельности и вероятности акушерских осложнений [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При поступлении в стационар рекомендовано 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 [13–15].³

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

- При поступлении в стационар рекомендовано собрать акушерский и соматический анамнез с целью оценки вероятности успешных родов и акушерских осложнений [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

² Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

³ <https://yadi.sk/i/6WWSxDEH7sjow>

2.2. Физикальное обследование⁴

- При поступлении в стационар рекомендовано измерить артериальное давление (АД) с целью диагностики гипертензивных осложнений беременности [16–18].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При поступлении в стационар рекомендовано измерить температуру тела с целью диагностики инфекционно-воспалительных осложнений беременности [2, 3, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При поступлении в стационар рекомендовано определить положение и предлежание плода, отношение головки ко входу в малый таз с целью определения тактики ведения родов [21–23].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- При поступлении в стационар рекомендовано измерить высоту дна матки и окружность живота с целью оценки предполагаемой массы плода и определения тактики ведения родов [24, 25].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- При поступлении в стационар рекомендовано оценить продолжительность, частоту и регулярность маточных сокращений с целью оценки наличия и характера родовой деятельности, периода и фазы родов и определения тактики ведения родов [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При поступлении в стационар с целью оценки состояния плода рекомендовано определить частоту сердечных сокращений (ЧСС) плода (провести аускультацию плода)

⁴ Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

при помощи акушерского стетоскопа или фетального доплера после схватки в течение не менее 1 минуты одновременно с определением ЧСС пациентки [2, 3, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При поступлении в стационар рекомендовано 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 [2, 3, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: Бритье промежности и лобка, и очистительная клизма в нормальных родах рутинно не производятся и выполняются только по желанию пациентки [3].

2.3. Лабораторные диагностические исследования⁵

Перечень лабораторных диагностических исследований перед родами должен соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность».⁶ При отсутствии исследований, которые необходимо выполнить в 3-м триместре беременности, их выполняют при поступлении пациентки в стационар.

2.4. Инструментальные диагностические исследования⁷

- При поступлении в стационар рекомендовано измерение размеров таза (пельвиометрия) с помощью тазомера с целью определения тактики ведения родов [26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При неинформативности данных наружного акушерского и влагалищного исследования, аускультации плода, а также несоответствии размеров высоты дна матки и окружности живота сроку беременности рекомендовано УЗИ плода с целью определения

⁵ Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

⁶ <https://yadi.sk/i/6WXSxDEH7sjow>

⁷ Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

положения и состояния плода, задержки роста и макросомии плода, а также локализации плаценты [27], [28, 29].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -3).

2.5. Иные диагностические исследования

Не применимо.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Ведение первого периода родов⁸

- С началом активной фазы родов рекомендовано установить венозный катетер с целью профилактики послеродовых кровотечений и других акушерских осложнений [30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- С целью профилактики акушерских осложнений рекомендовано не проводить родостимуляцию у пациенток, находящихся в латентной фазе первого периода родов, если состояние матери и плода остается удовлетворительным [3, 31, 32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендовано предлагать подвижность и свободное положение в родах [3, 33].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: Ходьба и вертикальное положение в первом периоде родов сокращают продолжительность родов, уменьшают частоту кесарева сечения и эпидуральной анальгезии [33].

- Рекомендовано применение немедикаментозных методов обезболивания родов с целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности пациентки [3, 34–37], [38, 39].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств -1).

⁸ Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

Комментарий: Наличие партнера в родах приветствуется и может быть предложено пациенткам при наличии индивидуальных родовых боксов в родильном отделении [3, 40]. Методы немедикаментозного обезболивания родов представлены в Приложении А3.

- С целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности пациентки при неэффективности немедикаментозных методов обезболивания родов рекомендованы медикаментозные методы обезболивания родов (в том числе эпидуральная анальгезия, которая является предпочтительной) с учетом состояния и предпочтений пациентки и возможностей медицинской организации [3, 41], а также показаний и противопоказаний к проведению различных методов обезболивания.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств -1).

- Рекомендован прием жидкости во время родов с целью профилактики обезвоживания и кетоза [3, 31].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -2).

Комментарий: Прием пищи должен быть ограничен [42, 43]. Прием легкой пищи небольшими порциями может быть разрешен в латентной фазе родов [44].

- С целью профилактики обезвоживания и кетоза рекомендовано внутривенное введение 5% раствора декстрозы**, ⁹ если пероральный прием жидкости ограничен или недостаточен [45–47], [48].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -2).

Комментарий: Потребность в глюкозе в родах аналогична потребности, наблюдаемой при длительных и энергетически затратных физических нагрузках [47].

- Рекомендовано ведение партограммы в родах с целью динамической оценки состояния роженицы и плода [31, 49].

⁹ https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=da331937-00b7-4e53-9bb1-94873b564d64&t=

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -2).

Комментарий: Образец партограммы и правила ее заполнения представлены в Приложении Г1. Партограмма заменяет дневник наблюдения за пациенткой, кроме записи консилиума об изменении тактики родов с влагалищным исследованием. В латентной фазе первого периода родов каждые 4 часа проводится учет ЧСС, АД, температуры тела, мочеотделения, тонуса матки, силы и частоты схваток, характера выделений из половых путей. В активной фазе первого периода родов проводится учет ЧСС каждые 30 минут, температуры тела каждые 2 часа, АД и мочеиспускания каждые 4 часа [12].

- Рекомендована аускультация плода в родах с целью оценки состояния плода [50].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: 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 [3, 19, 51]. 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.

- Рекомендован контроль маточных сокращений в родах с целью своевременной диагностики слабости или бурной родовой деятельности для определения тактики ведения родов [20].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Подсчет схваток проводится в течение 10 минут. В норме число схваток во время активной фазы родов составляет 3-5 за 10 минут. Тахисистолия определяется как >5 схваток в течение 10 минут в двух последовательных подсчетах или в течение 30 минут.

- Рекомендовано проводить влагалищное исследование каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов с целью оценки динамики родов [52].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Влагалищные исследования должны выполняться с установленной кратностью, по показаниям, их количество, по возможности, должно быть сведено к минимуму для снижения риска гнойно-септических осложнений [3, 52].

- Рекомендовано проводить влагалищное исследование перед эпидуральной анальгезией с целью определения периода и фазы родов, и своевременности ее проведения [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано проводить влагалищное исследование после излития околоплодных вод с целью своевременной диагностики выпадения петель пуповины [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано 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) [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано проводить влагалищное исследование при ухудшении состояния роженицы или другом изменении клинической ситуации с целью своевременной оценки акушерской ситуации [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Не рекомендована рутинная антибиотикопрофилактика в родах [53].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

- При выявлении в урогенитальном тракте роженицы стрептококка группы В (*S. agalactiae*) рекомендована антибактериальная профилактика [54], [55].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Вводить антибиотики роженицам следует до излития околоплодных вод. Антибиотиками выбора служат препараты пенициллинового ряда: ампициллин** внутривенно 500 мг каждые 6 часов до окончания родов,¹⁰ или амоксициллин/клавулановая кислота** внутривенно 1200 мг каждые 8 часов до окончания родов,¹¹ или цефалоспорины: цефазолин** внутривенно 1000 мг каждые 6 часов до окончания родов,¹² или цефуроксим** внутривенно 750 мг каждые 6 часов до окончания родов.¹³ При аллергии на бета-лактамы антибиотики возможно назначение клиндамицина** при условии наличия чувствительности к нему колонизирующего родовые пути штамма *S. agalactiae* внутривенно 300 мг каждые 8 часов до окончания родов,¹⁴ а при отсутствии возможности оценки чувствительности *S. agalactiae* к клиндамицину – ванкомицина** внутривенно 500 мг каждые 6 часов до окончания родов.¹⁵ Из-за глобального роста резистентности *S. agalactiae* к препаратам группы макролидов (эритромицин, азитромицин), в настоящее время не рекомендуется их применять для эмпирической профилактики [56].

- Не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам с ВИЧ-инфекцией при вирусной нагрузке перед родами >1000 копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке перед родами или неприменении противовирусной терапии во время беременности и/или непроведении антиретровирусной профилактики в родах [57, 58].

¹⁰ https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=8a78a0e1-eaff-44e2-b5bb-c6b627ed8ef4&t=

¹¹ https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=d43642a4-9cd9-4605-8aa3-fac49542881a&t=

¹² https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=d11d69a9-7489-469a-91ed-5d8c9c71e523&t=

¹³ https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=e28a49f6-c427-4388-ad77-921a2aa9004c&t=

¹⁴ https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=45ca0e28-d9d0-462c-bf5c-54a18f5f8cee&t=

¹⁵ https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=baa0960a-cc3c-4559-a044-c5bba60399e5&t=

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Данной группе пациенток проводится плановое кесарево сечение с целью профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.¹⁶

- Не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или есть клинические проявления генитального герпеса накануне родов [59], [60].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

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

- Не рекомендовано применение влагалищных антисептических или антибактериальных средств в родах с целью снижения риска инфицирования матери и новорожденного [61].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: В приведенном Кохрановском мета-анализе не рекомендовано орошение влагалища в родах раствором хлоргексидина**. Доказательных данных по 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-гинекологии.

- При спазме маточного зева в активной фазе родов рекомендовано применение спазмолитиков (#дротаветина**¹⁷ и #гиосцина бутилбромида¹⁸) для его устранения [62, 63], [64, 65].

¹⁶ http://roag-portal.ru/clinical_recommendations

¹⁷ https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=530e7d8d-7e33-4f57-a7b7-485922b70c86&t=

¹⁸ https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=27abf6d6-dd45-4b27-8f42-4f933d1bd757&t=

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Рутинное применение спазмолитиков в родах не показано.

- Не рекомендована рутинная ранняя амниотомия [66].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: 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 [66]. Однако следует помнить, что во втором периоде родов отсутствие признаков продвижения головки плода в течение 1 часа у первородящих и 30 мин у повторнородящих требует оценки клинической ситуации и проведения амниотомии при целом плодном пузыре [19]. У пациенток с активным гепатитом В, гепатитом С и ВИЧ-инфекцией следует избегать выполнение амниотомии для уменьшения риска восходящей инфекции [20].

3.2. Ведение второго периода родов¹⁹

- Рекомендовано проводить влагалищное исследование каждый час с целью оценки продвижения головки плода по родовому каналу [3, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств -5).

Комментарии: После фиксации полного раскрытия маточного зева при влагалищном исследовании, при наличии возможности, может быть выполнено УЗИ для оценки положения и продвижения головки плода [27].

- Рекомендовано проводить аускультацию плода каждые 5 минут, или после каждой потуги или путем непрерывного мониторинга (КТГ) с целью оценки состояния плода [51, 67], [68].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств -5).

¹⁹ Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

- Рекомендовано поощрять подвижность и занятие удобного положения пациенткой с низким риском акушерских осложнений вне зависимости от проведения эпидуральной анальгезии с целью уменьшения риска эпизиотомии и инструментальных влагалищных родов [69], [70].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: 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 пациентки положение во время родов [3, 71].

- Рекомендовано поощрять и поддерживать пациенток следовать собственным позывам тужиться с целью профилактики осложнений в родах [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано использовать методы, направленные на уменьшение травмы промежности и облегчения самопроизвольных родов, такие как массаж промежности и теплый компресс на промежность с учетом предпочтений пациентки и имеющихся возможностей [72].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: 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 [72, 73]. Данные техники выполняются во время и между потугами. Пальцевой массаж выполняется перемещающимися движениями из стороны в сторону внутри влагалища пациентки с мягким давлением вниз [74, 75]. Пособия по защите промежности могут быть использованы для профилактики травм промежности и облегчения рождения ребенка и должны быть основаны на имеющейся практике [3, 72].

- Не рекомендована рутинная эпизиотомия с целью снижения риска травмы промежности [76], [77, 78].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

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

- С целью профилактики гипоксии плода и асфиксии новорожденного рекомендовано предпринять попытку перекинуть пуповину через головку плода, если после рождения головки плода пуповина расположена вокруг его шеи [20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).

Комментарий: 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 [79–83]. Если прием «Сальто» выполнить не удастся, следует пересечь пуповину между двумя зажимами, однако это увеличивает риск гиповолемии, анемии и гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденного [82].

3.3. Введение третьего периода родов²⁰

- Рекомендовано парентеральное введение окситоцина** в третьем периоде родов для профилактики послеродового кровотечения [84–88].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Окситоцин** вводят внутримышечно в боковую поверхность бедра в дозе 2 мл (10 МЕ) или внутривенно в дозе 5 ЕД в 50 мл физиологического раствора со скоростью 16,2 мл/час с помощью перфузора.²¹ При невозможности введения окситоцина вводят агонист окситоцина #карбетоцин** внутримышечно или внутривенно медленно в дозе 100 мкг/мл [89]²².

²⁰ Относится ко всем роженицам, если не указано иное.

²¹ https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=0b6b46eb-99c2-4ba0-920c-72e39f138083&t=

²² https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=69e804ba-bdac-4ff3-8492-108324dabe4f&t=

- Рекомендовано отсроченное пересечение пуповины (не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения плода) вне зависимости от ВИЧ-статуса пациентки с целью улучшения постнатальных исходов [3, 90].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: У доношенных детей основным преимуществом отсроченного пересечения пуповины является более высокий запас железа у детей в возрасте от рождения до шести месяцев [91], а также лучшее психомоторное развитие [92]. Недостатки отсроченного пересечения пуповины включают увеличение риска гипербилирубинемии [91]. Положение новорожденного относительно уровня плаценты до пересечения пуповины не оказывает влияния на объем крови, отходящей к новорожденному [93]. 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 [3, 90].

- Рекомендовано с целью снижения риска послеродового кровотечения применять активное ведение 3 периода родов (введение утеротонического средства, пересечение пуповины между 1-й и 3-й минутами после рождения плода, самостоятельное рождение последа или его выделение наружными приемами в течение 30 минут) [94], [31].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Послед может быть выделен путем контролируемых тракций за пуповину, которые должен выполнять только обученный медицинский персонал, принимающий роды. При отсутствии навыков у медицинского персонала необходимо дождаться признаков отделения плаценты и извлечь послед наружными методами. Проведение контролируемых тракций за пуповину уменьшает риск задержки последа и ручного удаления плаценты [95–97].

- Пациенткам, которым была проведена медикаментозная профилактика послеродового кровотечения в третьем периоде родов, не рекомендовано рутинное проведение массажа матки с целью профилактики послеродового кровотечения [98].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: 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 [98].

- Рекомендована оценка тонуса матки после родов путем пальпации с целью ранней диагностики гипотонии матки [84, 99, 100].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

3.4. Наблюдение за состоянием матери в первые 2 часа после родов²³

- Для оценки объема кровопотери рекомендовано использовать гравиметрический метод - прямой сбор крови в градуированные мерные емкости совместно со взвешиванием пропитанных кровью мягких материалов [101, 102].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Физиологическая кровопотеря в родах через естественные родовые пути составляет <10% объема циркулирующей крови или <0,5-0,7% от массы тела, или <5 мл/кг (<500,0 мл) [101].

- Рекомендовано выполнить послеродовой осмотр последа с целью своевременной диагностики нарушения его целостности и задержки части последа в родовых путях [103].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано после родов провести осмотр влагалища, промежности и шейки матки в зеркалах с целью своевременной диагностики разрывов промежности, влагалища и шейки матки, и провести зашивание разрывов [12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).

²³ Относится ко всем родильницам, если не указано иное.

- Рекомендовано каждые 15 минут в течение первых двух часов после родов проводить контроль состояния пациентки: АД, ЧСС, тонус матки, объем кровянистых выделений из влагалища [12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Не применимо.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики²⁴

- Рекомендована комплексная подготовка к родам с целью снижения тревоги и страха перед родами [104], и увеличения вероятности успешных влагалищных родов и грудного вскармливания [105–107].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: Подготовка к родам повышает удовлетворенность пациентки родами, даже если развиваются осложнения и необходимы медицинские вмешательства [108].

6. Организация оказания медицинской помощи

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

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не применимо.

²⁴ Относится ко всем родильницам, если не указано иное.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	При поступлении в стационар определен срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования плода	А	2
2.	При поступлении в стационар проведено влагалищное исследование	С	5
3.	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 у пациентки	В	2
4.	Проведено заполнение партограммы	В	2
5.	Выполнено парентеральное введение окситоцина** после рождения плода (при отсутствии медицинских противопоказаний)	А	1
6.	Выполнено отсроченное пересечение пуповины (не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения ребенка)	А	2
7.	Выполнено выделение последа в течение 30 минут от момента рождения ребенка	А	1
8.	Выполнен послеродовой осмотр последа	С	5
9.	После родов проведен осмотр влагалища, промежности и шейки матки в зеркалах и проведено зашивание разрывов	С	3

Список литературы

1. 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; .
2. Robert M Ehsanipoor, MD Andrew J Satin, MD F. Normal and abnormal labor progression. UpToDate. 2019; .
3. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. 212 p.
4. Friedman E.A. An objective approach to the diagnosis and management of abnormal labor. Bull New York Acad Med J Urban Heal. 1972; 6(42):842–58.
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. Zhang J., Landy H.J., Ware Branch D., Burkman R., Haberman S., Gregory K.D., et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010; 6(116):1281.
7. Spong C.Y., Berghella V., Wenstrom K.D., Mercer B.M., Saade G.R. Preventing the first cesarean delivery: Summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. Obstet Gynecol. 2012; 120(5):1181–93.
8. Dombrowski M.P., Bottoms S.F., Saleh A.A.A., Hurd W.W., Romero R. Third stage of labor: analysis of duration and clinical practice. Am J Obs Gynecol. 1995; 4 Pt 1(172):1279–84.
9. Combs C.A., Laros R.K. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. Obstet Gynecol. 1991; 6(77):863–7.
10. Magann E.F., Doherty D.A., Briery C.M., Niederhauser A., Chauhan S.P., Morrison J.C. Obstetric characteristics for a prolonged third stage of labor and risk for postpartum hemorrhage. Gynecol Obstet Invest. 2008; 65(3):201–5.
11. Romero R., Hsu Y.C., Athanassiadis A.P., Hagay Z., Avila C., Nores J., et al. Preterm delivery: a risk factor for retained placenta. Am J Obs Gynecol. 1990; 3(163):823–5.
12. World Health Organization, UNICEF U.N.P.F. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. 2017. 492 p.
13. Savitz D.A., Terry J.W., Dole N., Thorp J.M., Siega-Riz A.M., Herring A.H. Comparison

- of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187(6):1660–6.
14. Olesen A.W., Thomsen S.G. Prediction of delivery date by sonography in the first and second trimesters. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006; 28(3):292–7.
 15. Neufeld L.M., Haas J.D., Grajéda R., Martorell R. Last menstrual period provides the best estimate of gestation length for women in rural Guatemala. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2006; 20(4):290–8.
 16. 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.
 17. 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.
 18. 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.
 19. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE Clinical guideline. 2017. p. 90.
 20. Edmund F Funai E.R.N. Management of normal labor and delivery. UpToDate. 2020; .
 21. Thorp J.M., Jenkins T., Watson W. Utility of Leopold maneuvers in screening for malpresentation. *Obstet Gynecol.* 1991; 78(3 Pt 1):394–6.
 22. Lydon-Rochelle M., Albers L., Gorwoda J., Craig E., Qualls C. Accuracy of Leopold maneuvers in screening for malpresentation: a prospective study. *Birth.* 1993; 20(3):132–5.
 23. Webb S.S., Plana M.N., Zamora J., Ahmad A., Earley B., Macarthur C., et al. Abdominal palpation to determine fetal position at labor onset: a test accuracy study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011; 90(11):1259–66.
 24. Guidelines for perinatal care/ American Academy of Pediatrics [and] the American Colledge of O&G. - 6th Ed. 2007.
 25. Pillay P, Janaki S M.C. A Comparative Study of Gravidogram and Ultrasound in Detection of IUGR. *J Obs Gynaecol India.* 2012; 62(4):409–12.
 26. Rozenberg P. [Is there a role for X-ray pelvimetry in the twenty-first century?]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2007; 35(1):6–12.
 27. 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.
 28. 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.
29. 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; .
 30. Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде. Клинические рекомендации (протокол лечения) РОАГ. 2017, 27 стр.
 31. World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. World Health Organization. 2014. 57 p.
 32. Brown H.C., Paranjothy S., Dowswell T., Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; .
 33. Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G.J., Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013.
 34. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 687: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obs Gynecol.* 2017; 2(129):e20–8.
 35. 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.
 36. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 667: Hospital-Based Triage of Obstetric Patients. *Obstet Gynecol.* 2016; 1(128):16–9.
 37. Simkin P., Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Women’s Heal.* 2004; 6(49):489–504.
 38. Smith C.A., Levett K.M., Collins C.T., Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; .
 39. Smith C.A., Levett K.M., Collins C.T., Crowther C.A. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011.
 40. 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.
 41. Anim-Somuah M., Smyth R.M., Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; .
 42. Committee on Obstetric Practice A.C. of O. and G. ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. *Obs Gynecol.* 2009; 3(114):714.
 43. 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.
44. 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.
 45. Shrivastava V.K., Garite T.J., Jenkins S.M., Saul L., Rumney P., Preslicka C., et al. A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 4(200):379.
 46. Jamal A., Choobak N., Tabassomi F. Intrapartum maternal glucose infusion and fetal acid-base status. *Int J Gynecol Obstet*. 2007; 3(97):187–9.
 47. 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.
 48. 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.
 49. 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*. 2018.
 50. Martis R., Emilia O., Nurdiati D.S., Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; .
 51. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obs Gynecol*. 2009; 1(114):192–202.
 52. Downe S., Gyte G.M.L., Dahlen H.G., Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
 53. 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.
 54. Ohlsson A., Shah V.S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane database Syst Rev*. 2014; (6):CD007467.

55. Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns. *Obstet Gynecol.* 2020; 135(2):e51–72.
56. Припутневич Т.В., Кан Н.Е., Мелкумян А.Р., Тютюнник В.Л., Кафарская Л.И., Ефимов Б.А., Любасовская Л.А., Зубков В.В., Дубровина Н.В., Долгушина Н.В., Калинина Е.А., Павлович С.В. Стрептококк группы В у беременных и новорожденных: учебное пособие. ООО «Цен.
57. Warszawski J., Tubiana R., Le Chenadec J., Blanche S., Teglas J.-P., Dollfus C., et al. Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS.* 2008; 22(2):289–99.
58. 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.
59. Sénat M.-V., Anselem O., Picone O., Renesme L., Sananès N., Vauloup-Fellous C., et al. Prevention 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.
60. ACOG Practice Bulletin No. 82: Management of Herpes in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(6):1489–98.
61. Lumbiganon P., Thinkhamrop J., Thinkhamrop B., Tolosa J.E. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014.
62. Riemma G., La Verde M., Schiattarella A., Cobellis L., De Franciscis P., Colacurci N., et al. Efficacy of hyoscine butyl-bromide in shortening the active phase of labor: Systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020; 252:218–24.
63. Madhu C., Mahavarkar S., Bhave S. A randomised controlled study comparing Drotaverine hydrochloride and Valethamate bromide in the augmentation of labour. *Arch Gynecol Obstet.* 2010; 282(1):11–5.
64. Mohaghegh Z., Abedi P., Faal S., Jahanfar S., Surdock A., Sharifipour F., et al. The effect of hyoscine n- butylbromide on labor progress: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020; 20(1):291.
65. Ibrahim M.I., Alzeeniny H.A., Ellaithy M.I., Salama A.H., Abdellatif M.A. Drotaverine to improve progression of labor among nulliparous women. *Int J Gynecol Obstet.* 2014;

- 124(2):112–7.
66. Smyth R.M., Markham C., Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
 67. RANZCOG. *Intrapartum Fetal Surveillance : Clinical Guideline - Fourth Edition*. 2019; 4:1–44.
 68. Dore S., Ehman W. No. 396-Fetal Health Surveillance: Intrapartum Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2020; 42(3):316-348.e9.
 69. 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.
 70. Kibuka M., Thornton J.G. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane database Syst Rev*. 2017; 2:CD008070.
 71. 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.
 72. 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.
 73. Beckmann M.M., Stock O.M. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
 74. Dahlen H.G., Homer C.S.E., Cooke M., Upton A.M., Nunn R., Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Birth*. 2007; 4(34):282–90.
 75. Albers L.L., Sedler K.D., Bedrick E.J., Teaf D., Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *J Midwifery Women’s Heal*. 2005; 5(50):365–72.
 76. Jiang H., Qian X., Carroli G., Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; .
 77. Lee L., Dy J., Azzam H. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2016; 9(38):843–65.
 78. *Bulletins—Obstetrics A.C. of O. and G.C. on. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery*. *Obs Gynecol*. 2016; 1(128):e1–15.
 79. Leonhard Schaffer R.Z. Nuchal cord. *UpToDate*. 2019; .
 80. Queensland Ambulance Service. *Obstetrics: Nuchal umbilical cord*. *Clinical Practice*

Procedures.

81. East Carolina University College of Nursing. Somersault maneuver demo.
82. Mercer J.S., Skovgaard R.L., Peareara-Eaves J., Bowman T.A. Nuchal cord management and nurse-midwifery practice. *J Midwifery Women's Heal.* 2005; 5(50):373–9.
83. Reynolds L. Practice tips. “Somersault” maneuver for a tight umbilical cord. *Can Fam Physician.* 1999; (45):613.
84. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 52. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2017; 124(5):e106–49.
85. 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.
86. Soltani H., Hutchon D.R., Poulouse T.A. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; .
87. Westhoff G., Cotter A.M., Tolosa J.E. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane database Syst Rev.* 2013; (10):CD001808.
88. 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.
89. 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; .
90. World Health Organization. Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. 2014. 26 p.
91. McDonald S.J., Middleton P., Dowswell T., Morris P.S. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013.
92. Andersson O., Lindquist B., Lindgren M., Stjernqvist K., Domellöf M., Hellström-Westas L. Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2015; 7(169):631–8.
93. Vain N.E., Satragno D.S., Gorenstein A.N., Gordillo J.E., Berazategui J.P., Guadalupe Alda M., et al. Effect of gravity on volume of placental transfusion: A multicentre, randomised, non-inferiority trial. *Lancet.* 2014; 9939(384):235–40.
94. 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.
95. Du Y., Ye M., Zheng F. Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014; 7(93):626–33.
 96. Metin Gülmezoglu A., Lumbiganon P., Landoulsi S., Widmer M., Abdel-Aleem H., Festin M., et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: A randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet.* 2012; 379(9827):1721–7.
 97. Hofmeyr G.J., Mshweshwe N.T., Gülmezoglu A.M. Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; 1:CD008020.
 98. 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.
 99. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(4):e168–86.
 100. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. *World Heal Organ.* 2018; :53 p.
 101. Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях. Клинические рекомендации. Москва; 2018. p. 76.
 102. Diaz V., Abalos E., Carroli G. Methods for blood loss estimation after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
 103. ПРОФИЛАКТИКА, АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ, АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ. Клинические рекомендации РОАГ, 2018 г.
 104. Stoll K., Swift E.M., Fairbrother N., Nethery E., Janssen P. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth.* 2018; 1(45):7–18.
 105. Maimburg R.D., Væth M., Dürr J., Hvidman L., Olsen J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG.* 2010; 8(117):921–8.
 106. Levett K.M., Smith C.A., Bensoussan A., Dahlen H.G. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open.* 2016; 7(6).
 107. Chen I., Opiyo N., Tavender E., Mortazhejri S., Rader T., Petkovic J., et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic*

- Reviews. 2018.
108. Haapio S., Kaunonen M., Arffman M., Åstedt-Kurki P. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scand J Caring Sci.* 2017; 2(31):293–301.
 109. Makvandi S., Latifnejad Roudsari R., Sadeghi R., Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015; 11(41):1679–86.
 110. Smith C.A., Collins C.T., Cyna A.M., Crowther C.A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006.
 111. Makvandi S., Mirzaiinajmabadi K., Sadeghi R., Mahdavian M., Karimi L. Meta-analysis of the effect of acupressure on duration of labor and mode of delivery. *Int J Gynecol Obstet.* 2016; 1(135):5–10.
 112. Hamidzadeh A., Shahpourian F., Orak R.J., Montazeri A.S., Khosravi A. Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor. *J Midwifery Women’s Heal.* 2012; 2(57):133–8.
 113. Chung U.L., Hung L.C., Kuo S.C., Huang C.L. Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *J Nurs Res.* 2003; 4(11):251–60.
 114. Hjelmstedt A., Shenoy S.T., Stener-Victorin E., Lekander M., Bhat M., Balakumaran L., et al. Acupressure to reduce labor pain: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010; 11(89):1453–9.
 115. Taavoni S., Abdollahian S., Haghani H. Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: A randomized, controlled trial study. *Pain Med.* 2013; 9(14):1301–6.
 116. Dahlen H.G., Homer C.S.E., Cooke M., Upton A.M., Nunn R.A., Brodrick B.S. “Soothing the ring of fire”: Australian women’s and midwives’ experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery.* 2009; 2(25):e39-48.
 117. Behmanesh F., Pasha H., Zeinalzadeh M. The effect of heat therapy on labor pain severity and delivery outcome in parturient women. *Iran Red Crescent Med J.* 2009; (11):188.
 118. Penny Simkin P., Klein M.C. Nonpharmacologic approaches to management of labor pain. *UpToDate.* 2019; .
 119. East C.E., Begg L., Henshall N.E., Marchant P.R., Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012.

120. Newham J.J., Wittkowski A., Hurley J., Aplin J.D., Westwood M. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Depress Anxiety*. 2014; 8(31):631–40.
121. Babbar S., Parks-Savage A.C., Chauhan S.P. Yoga during pregnancy: A review. *Am J Perinatol*. 2012; 6(29):459–64.
122. Lee S.L., Liu C.Y., Lu Y.Y., Gau M.L. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013; 1(42):19–28.
123. Cluett E.R., Burns E., Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018.
124. Committee Opinion No. 679: Immersion in Water During Labor and Delivery. *Obs Gynecol*. 2016; 5(128):e231–6.
125. Osborne C., Ecker J.L., Gauvreau K., Davidson K.M., Lieberman E. Maternal Temperature Elevation and Occiput Posterior Position at Birth Among Low-Risk Women Receiving Epidural Analgesia. *J Midwifery Women’s Heal*. 2011; 5(56):446–51.
126. Benfield R.D., Hortobágyi T., Tanner C.J., Swanson M., Heitkemper M.M., Newton E.R. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biol Res Nurs*. 2010; 1(12):28–36.
127. Liu Y.H., Chang M.Y., Chen C.H. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *J Clin Nurs*. 2010; 7–8(19):1065–72.
128. Simavli S., Kaygusuz I., Gumus I., Usluogullari B., Yildirim M., Kafali H. Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *J Affect Disord*. 2014; (156):194–9.
129. Caroline A Smith, Carmel T Collins C.A.C. Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011.
130. Luo T., Huang M., Xia H., Zeng Y. Aromatherapy for Laboring Women: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Open J Nurs*. 2014; 3(4):163–8.
131. Yazdkhasti M., Pirak A. The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. *Complement Ther Clin Pract*. 2016; (25):81–6.
132. Madden K., Middleton P., Cyna A.M., Matthewson M., Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016.
133. Debra Ketterhagen, Leona VandeVusse M.A.B. Self-hypnosis: alternative anesthesia for

- childbirth. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2002; 6(27):335–40.
134. Derry S., Straube S., Moore R.A., Hancock H., Collins S.L. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012.
 135. Mårtensson L., McSwiggin M., Mercer J.S. US Midwives' Knowledge and Use of Sterile Water Injections for Labor Pain. *J Midwifery Women's Heal.* 2008; 2(53):115–22.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. **Баев Олег Радомирович** - д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заведующий 1-го родильного отделения, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
2. **Мартиросян Сергей Валерьевич** – к.м.н., главный врач МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
3. **Шмаков Роман Георгиевич** - д.м.н., профессор РАН, директор института акушерства ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
4. **Долгушина Наталия Витальевна** – д.м.н., профессор, заместитель директора – руководитель департамента организации научной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
5. **Вагущенко Ульяна Андреевна** – врач акушер-гинеколог организационно-методического отдела МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
6. **Десятник Кирилл Александрович** – врач акушер-гинеколог родового отделения МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
7. **Колташева Ирина Михайловна** – заведующая отделом менеджмента качества и безопасности медицинской деятельности МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
8. **Ксенофонтова Ольга Леонидовна** – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

9. **Обоскалова Татьяна Анатольевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
10. **Перевозкина Ольга Владимировна** – к.м.н., заведующая организационно-методическим отделом МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
11. **Севостьянова Ольга Юрьевна** – д.м.н., главный специалист-акушер-гинеколог управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
12. **Адамян Лейла Вагоевна** – академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заместитель директора по науке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
13. **Артымук Наталья Владимировна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе (г. Кемерово). Конфликт интересов отсутствует.
14. **Баранов Игорь Иванович** – д.м.н., профессор, заведующий отделом научно-образовательных программ департамента организации научной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России. Конфликт интересов отсутствует.
15. **Башмакова Надежда Васильевна** - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Уральский НИИ ОММ» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Уральском федеральном округе (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

16. **Беженарь Виталий Федорович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрами акушерства, гинекологии и неонатологии/репродуктологии, руководитель клиники акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.
17. **Белокриницкая Татьяна Евгеньевна** - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита). Конфликт интересов отсутствует.
18. **Климов Владимир Анатольевич** - к.м.н., руководитель службы организации медицинской помощи и информационного сервиса ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва)
19. **Костин Игорь Николаевич** - д.м.н., профессор, кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
20. **Крутова Виктория Александровна** – д.м.н., профессор, главный врач клиники, проректор по лечебной работе ФГБОУ ВО Кубанский Государственный университет Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в ЮФО (г. Краснодар). Конфликт интересов отсутствует.
21. **Любасовская Людмила Анатольевна** – к.м.н., заведующий отделением клинической фармакологии института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
22. **Мальгина Галина Борисовна** - д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Уральский НИИ ОММ» Минздрава России (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

23. **Малышкина Анна Ивановна** - д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова». заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Центральном федеральном округе (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
24. **Михайлов Антон Валерьевич** - д.м.н., профессор, главный врач СПб ГУЗ «Родильный Дом №17», профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И.И. Мечникова" Минздрава России, и кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Северо-Западном федеральном округе (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.
25. **Николаева Анастасия Владимировна** – к.м.н., главный врач ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
26. **Оленев Антон Сергеевич** – к.м.н., главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующий филиалом «Перинатальный центр» ГБУЗ «Городская клиническая больница №24 ДЗМ», доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН. Конфликт интересов отсутствует.
27. **Петрухин Василий Алексеевич** – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, директор ГБУЗ МО МОНИИАГ (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
28. **Припутневич Татьяна Валерьевна** – д.м.н., директор института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
29. **Радзинский Виктор Евсеевич** – член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО «Российский

- университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
30. **Савельева Галина Михайловна** - академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова. Конфликт интересов отсутствует.
31. **Серов Владимир Николаевич** - академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, президент Российского общества акушеров-гинекологов, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
32. **Фаткуллин Ильдар Фаридович** - д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Республики Татарстан, Заслуженный врач Республики Татарстан, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Приволжском федеральном округе (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.
33. **Фаткулина Лариса Сергеевна** - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Казанского ГМУ, шеф акушерско-гинекологической клиники ГАУЗ "РКБ МЗ РТ", перинатальный центр ГАУЗ "Республиканская клиническая больница МЗ РТ" (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.
34. **Филиппов Олег Семенович** – д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФПШОВ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
35. **Ходжаева Зульфия Сагдуллаевна** – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе института акушерства ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
36. **Шешко Елена Леонидовна** - к.м.н., руководитель департамента организации проектной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи акушеры-гинекологи
2. Акушерки

Таблица 1. 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

Таблица 2. 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

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

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

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

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Методы немедикаментозного обезболивания родов

1. Фитбол. Способствует расслаблению тазового дна, а также обеспечивает свободу движения [109]. 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 [3]. Может уменьшить дискомфорт во время родов, облегчить боль и повысить удовлетворенность женщины родами [3, 38]. Он является простым, недорогим и безопасным вариантом для облегчения боли.

3. Акупрессура [110, 111]. Ограниченные данные свидетельствуют о пользе акупрессуры [112–114]. Нет никаких известных рисков использования акупунктуры, если она проводится обученным персоналом, использующим одноразовые иглы.

4. Аппликация теплых пакетов [3]. 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 [115–117].

5. Холод [118]. 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 [119].

6. Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление и дыхательные методики [3]. Техники йоги для расслабления, дыхания и положения, используемые на антенатальном этапе уменьшают чувство тревоги по поводу родов [120, 121]. Применение йоги во время родов может уменьшить боль, повысить удовлетворенность родами [39].

7. Душ [122] или погружение в воду в первом периоде родов [123, 124]. 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) [125]. Длительное погружение (более двух часов) продлевает роды и замедляет сокращения матки, подавляя выработку окситоцина [126]. 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 [123, 124]. Женщина, которая настаивает на родах в воду, должна быть проинформирована о том, что преимущества и риски этого выбора не были изучены в достаточной степени [124].

8. Аудиоаналгезия (музыка, белый шум или окружающие звуки) [39, 127]. Способствует увеличению удовлетворенностью родами и снижению риска послеродовой депрессии [128].

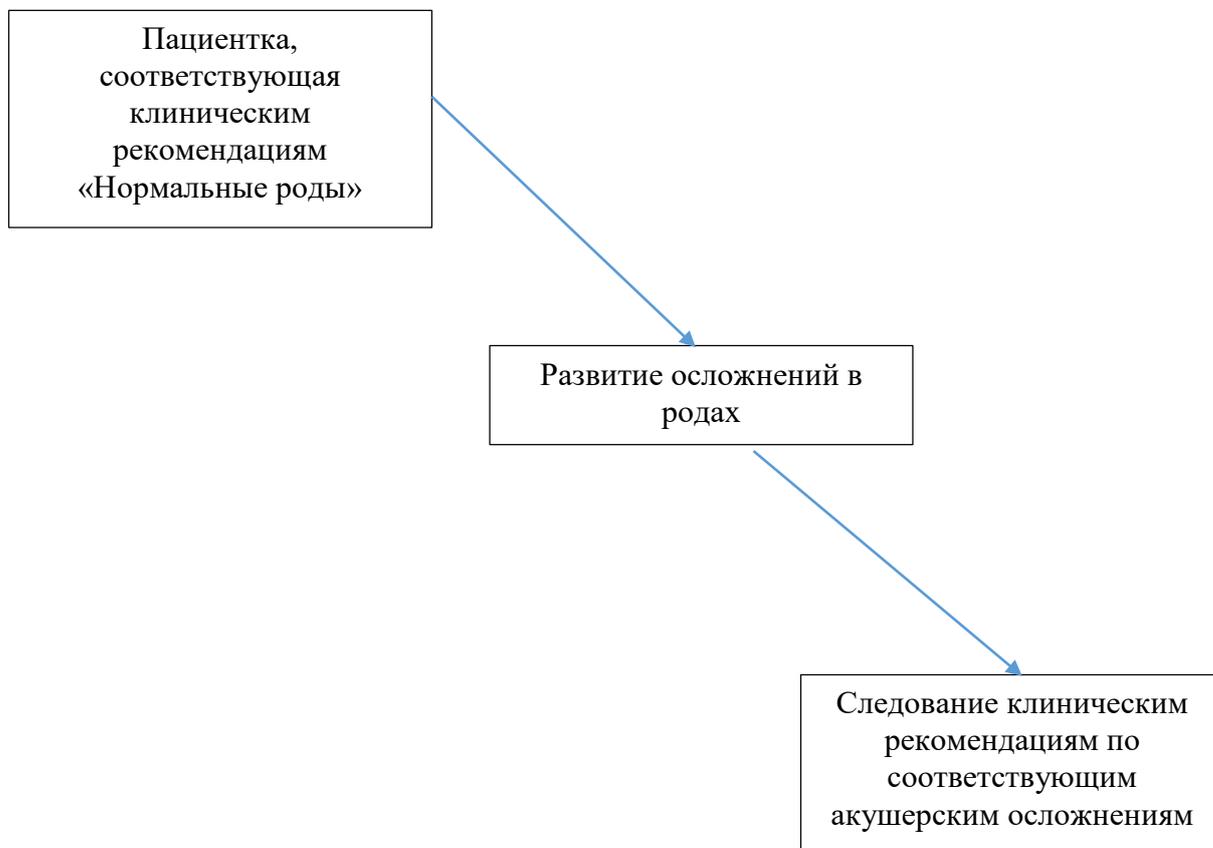
10. Ароматерапия [129, 130], [131]. Эфирные масла являются сильнодействующими веществами и могут быть потенциально вредными при неправильном использовании [129–131]. Беременным женщинам следует избегать смешивания собственных эфирных масел. Процесс использования ароматерапии должен контролироваться специально обученным персоналом. Персонал больницы должен быть информирован об использовании ароматерапии для защиты от аллергической реакции у людей, чувствительных к эфирным маслам.

11. Гипноз. Может уменьшить использование фармакологических методов обезболивания во время родов. Не было выявлено влияния на удовлетворение от снижения боли [132]. 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 [133]. 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.

12. Внутривенные или подкожные инъекции стерильной воды при болях в пояснице или любой другой родовой боли [134]. Водные инъекции обычно состоят из четырех внутривенных или подкожных инъекций от 0,05 до 0,1 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 [135]. Не было зарегистрировано никаких побочных эффектов, кроме временной боли при инъекции.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Что такое нормальные роды?

Нормальные роды – это своевременные (в 37⁰ - 41⁶ 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 из 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 аналгезии 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 будет установлен венозный катетер (обычно в локтевую вену) с целью возможности быстрой помощи при кровотечении в случае его начала. Также 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.

Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1. Партограмма

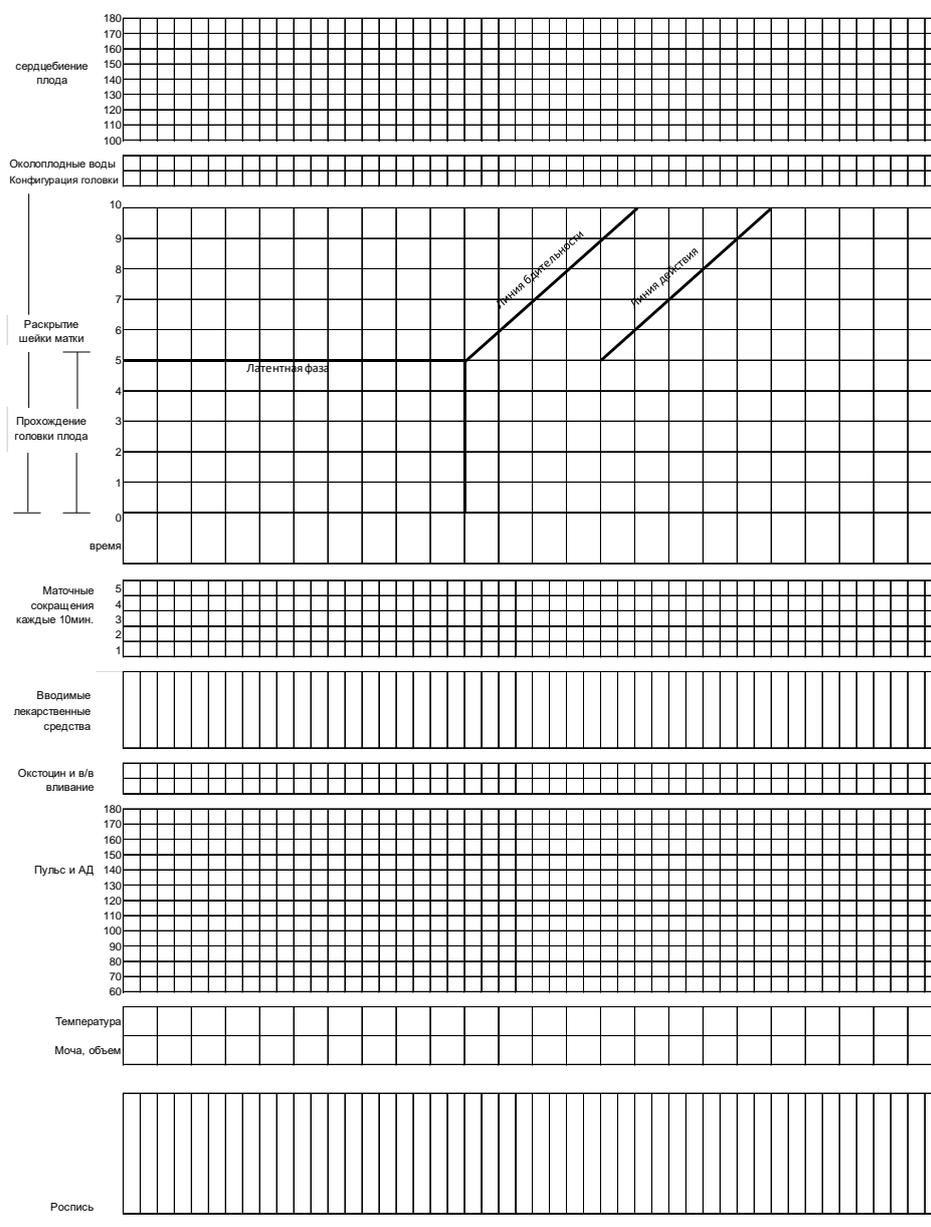
Партограмма

ФИО _____

Беременность _____ Роды _____

Дата родов _____ Время начала родов _____

Время отхождения вод _____



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 влагалищном 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 влагалищном 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 2 часа.