

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Башкирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ПАРТОГРАММА  
КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ МЕТОД  
КОНТРОЛЯ ЗА КЛИНИЧЕСКИМ  
ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01- ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Уфа  
2016

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**И.В. Сахаутдинова, Э.М. Зулкарнеева, Т.П. Кулешова,**

**ПАРТОГРАММА КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ МЕТОД КОНТРОЛЯ ЗА КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ**

**(клинический тренинг по курации и оформлению партограммы в родах)  
для студентов 4 курса  
по специальности 31.05.01- Лечебное дело**



Уфа  
2016

УДК 618.4-036(072.8)

ББК 57.161.2+57.162

П 18

Рецензенты:

профессор, доктор медицинских наук *Т.М. Соколова* –  
Новосибирский государственный медицинский университет  
профессор, доктор медицинских наук *Г.О. Гречканев* -  
Нижегородская государственная медицинская академия

Учебное - методическое пособие: «ПАРТОГРАММА КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ МЕТОД КОНТРОЛЯ ЗА КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ»/ сост.: И. В. Сахаутдинова, Т.П. Кулешова, Э.М. Зулкарнеева. – Уфа: БГМУ, 2016. – 50 с.

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» и ОПОП ВО специальности «Лечебное дело» для изучения дисциплины «Акушерство и гинекология» на основании рабочей программы (Уфа., 2015 г.), действующего Учебного плана (Уфа., 2016 г.), актуализирован согласно ФГОС ВО 31.05.01. –Лечебное дело (уровень специалитета) от 31.05.2016 г. протокол № 5.

В пособии представлен материал учебного тренинга для формирования комплекса профессиональных умений и навыков у студентов лечебного факультета, который поможет обучающимся быстро и эффективно освоить методологию оформления партограммы – документа, имеющего практическое значение.

Пособие оснащено рисунками, схемами, таблицами. В состав пособия включено домашнее задание для закрепления темы и изученного материала в виде стандартизированных тестов, упражнений и учебных ситуационных задач, максимально приближенных к практике.

Учебное пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 4 курса лечебного факультета, обучающихся по специальности 31.05.01-Лечебное дело; трудоемкость которого составляет 0,6 З.Е.

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом и утверждено решением Редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

УДК 618.4-036(072.8)

ББК 57.161.2+57.162

П 18

© И.В. Сахаутдинова, Э.М. Зулкарнеева,  
Т.П. Кулешова

© БашНИПИнефть, 2016

# СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и условных обозначений .....	4
Введение .....	5
Требования ФГОС к модулю «Акушерство» .....	6
<b>I. Партограмма как интегральный метод контроля за клиническим течением родов .....</b>	<b>7</b>
I.1. Структура партограммы .....	7
I.2. Принципы заполнения партограммы (ПГ) .....	7
I.3. Инструкции по заполнению партограммы .....	8
I.3.1. Информация о пациентке .....	9
I.3.2. Частота сердечных сокращений плода .....	9
I.3.3. Околоплодные воды .....	10
I.3.4. Раскрытие шейки матки .....	10
<i>Характер и значение Линии бдительности и Линии действия</i> <i>Использование партограммы для анализа темпа родов</i> <i>и необходимой коррекции .....</i>	<i>14</i>
I.3.5. Маточные сокращения .....	15
I.3.6. Применение лекарственных средств .....	17
I.3.7. Состояние матери .....	17
<b>II. Симуляционный блок .....</b>	<b>19</b>
II.1. Выслушивание сердечных тонов плода .....	19
II.2. Определение характера схваток (сила, продолжительность и частота) .....	22
II.3. Влагалищное исследование в родах .....	25
<b>Список использованной литературы .....</b>	<b>33</b>
<b>Приложение .....</b>	<b>34</b>
Контрольно-коррекционный блок .....	34
Эталоны ответов контрольно-коррекционного блока .....	48

## **Список сокращений и условных обозначений**

ВДМ	- высота стояния дна матки
ОЖ	- окружность живота
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
АРД	- аномалии родовой деятельности
АД	- артериальное давление
ПГ	- партограмма
БЧСС	- базальная частота сердечных сокращений
ДА	- вигаельная активность
ВДМ	- высота дна матки
ДДП	- дыхательные движения плода
ДЖ	- диаметр живота

## ***Введение***

Знание - не инертный, пассивный посетитель, приходящий к нам, хотим мы этого или нет; его нужно искать, прежде чем оно будет нашим; оно - результат большой работы и потому - большой жертвы.

Бокль Г.

Рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в рамках программы «Здоровье матери и безопасное материнство», а также Минздравом РФ «Базовый протокол ведения родов», предусматривает осуществление партографического мониторинга, являющегося наиболее простым и, одновременно, эффективным средством оформления медицинской документации - истории родов (форма О96/у).

Партограмма оформляется при поступлении роженицы в стационар с диагнозом «Роды», для повышения качества оказания медицинской помощи пациентке, снижения числа осложнений со стороны матери и плода в родах через естественные родовые пути, контроля темпа родов и оценки проводимых акушерских мероприятий, своевременной диагностики врачом акушером-гинекологом отклонений в течении родов, прогнозирования исхода родов.

Партограмма - эффективная форма записи основных параметров состояния роженицы и плода в динамике родов. Основными составляющими партограммы являются: графическое изображение динамики раскрытия шейки матки, родовой деятельности, графическое отображение наиболее важных критериев состояния матери, плода – пульс, артериальное давление, температура тела, сердцебиение плода.

Графическая запись течения родов является единственным документом наблюдения за течением нормальных и патологических родов, позволяющая формировать параметры партограммы индивидуально для каждой роженицы.

Основное содержание учебного пособия представлено 7 разделами, также содержит образцы партограмм при физиологических и осложненных родах. Самостоятельная работа с данным учебным пособием позволит студенту научиться заполнять и вести партограмму и правильно применять полученные данные для ведения нормальных и патологических родов.

***Цель учебного пособия*** – обучение студентов медицинских вузов лечебного факультета ведению партограммы и ее использованию для контроля за клиническим течением родов направлено на формирование соответствующих общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных компетенций (ПК):

- ✓ общепрофессиональных - (ОПК-6), (ОПК-9).
- ✓ профессиональных- (ПК-5), (ПК-6), (ПК-8), (ПК-12).

Учебное пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 4 курса лечебного факультета, обучающихся по специальности 31.05.01-Лечебное дело; трудоемкость которого составляет 0,6 З.Е.

## **Требования ФГОС к модулю «Акушерство»**

В результате освоения профессиональных компетенций модуля «Акушерство» дисциплины «Акушерство и гинекология», студенты IV курса специальности 31.05.01 «Лечебное дело» в своей учебной деятельности должны применять знания (целостные представления):

- об основных физических, химических, биологических и физиологических закономерностях, процессах и явлениях в норме и патологии;
- о строении, топографии органов репродуктивной системы во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основ законодательства об охране здоровья граждан;

### ***Для формирования умений необходимо знать:***

- клиническую анатомию и физиологию женских половых органов.
- физиологические изменения при беременности.
- физиологию родов;
- патологию родов;
- патологию плода в родах;
- неотложную помощь в акушерской практике.

### ***Студент должен уметь:***

- анализировать и оценивать состояние роженицы;
- проводить диагностику патологических состояний роженицы;
- оказывать плановую и неотложную медицинскую помощь в родах;
- вести медицинскую документацию, в т.ч. партограмму;
- работать с лечебно-диагностической аппаратурой (КТГ);

### ***Студент должен владеть:***

1. На основании данных анализа, общего и наружного акушерского исследования распознать:

- диагностировать процесс родов;
- осложнения родов;
- осложнения состояния плода;

2. Оформить госпитализацию в акушерский стационар.

3. Оказать медицинскую помощь при физиологических родах.

# **I. Партограмма как интегральный метод контроля за клиническим течением родов**

*Партограмма* – способ графического описания родов, в котором отражаются состояние роженицы и плода, процессы сократительной деятельности матки и раскрытия шейки матки, другие показатели общего состояния роженицы и плода.

## **I. 1. Структура партограммы**

- Паспортная часть
- Зона регистрации ЧСС плода
- Зона отметки о целостности плодного пузыря и качестве околоплодных вод
- Зона регистрации динамики раскрытия шейки матки
- Зона регистрации частоты и интенсивности схваток
- Зона отметки об использовании лекарственных препаратов
- Зона регистрации состояния пациентки( гемодинамика, температура, мочеотделение)

## **I. 2. Принципы заполнения партограммы (ПГ)**

1. ПГ вкладывается во все истории родов.
2. При поступлении в родовой блок акушерка заполняет титульные графы ПГ наряду с другими документами (история новорожденного, бланки анализов).
3. После осмотра врач определяет в родах женщина или у нее ложные схватки. Если ложные схватки, ПГ не заполняется. Повторный осмотр проводится через 4 часа. Если есть изменения в шейке матки, отмечается начало родовой деятельности на 1-й странице истории родов. Если нет, то женщина переводится в палату и ведется по алгоритму ложных схваток (прелиминарного периода).
4. Если женщина в родах, врач выставляет время осмотра, раскрытие шейки матки, наличие или отсутствие плодного пузыря, характер околоплодных вод, отмечает схватки на ПГ знаками (точки, штриховка)
5. Акушерка отмечает на это время сердцебиение плода, АД, пульс, мочу.
6. Дальше акушерка наблюдает роженицу и отмечает на ПГ параметры, за которыми она следит: с/б плода, АД, пульс, мочеиспускание, частоту схваток; если текут воды – цвет вод.
7. Если врач при осмотре делает назначения, то акушерка вносит их в графу «назначения».
8. Повторный осмотр врача в 1 периоде родов проводится не позже, чем через 4 часа. При этом врач отмечает время осмотра в динамике, раскрытие зева, оценивает ситуацию и принимает решение – наблюдать роженицу дальше (если ПГ идет по линии бдительности или справа от нее) или ставит диагноз роды и принимает решение о тактике ведения родов, достаточно отметки на ПГ. Если есть признаки нарушения родовой деятельности (монотонные схватки без тен-



денции к усилению, увеличению продолжительности или укорочения интервалов между схватками, открытие маточного зева менее 1 см в час, болезненные схватки, отклонение линии ПГ к линии действия), то ставится отметка на ПГ и запись в истории родов.

**9.** Если роды заканчиваются до повторного осмотра врачом, то заполняется 2-я страница истории родов. Если роды без осложнений дублировать записи не нужно, так как 2-я страница содержит все данные 2 и 3 периодов родов, а также состояние плода, продолжительность родов, кровопотерю.

**10.** Если есть осложнения в любом периоде родов, оперативные пособия и вмешательства, назначение медикаментов, обезболивания родов, родостимуляции – записи делаются и в ПГ, и в истории родов.

**11.** Если акушерка при наблюдении за роженицей отмечает отклонения от нормы – вызывает врача (например, нарушение сердцебиения плода, повышение или снижение АД, учащение пульса, отсутствие мочеиспускания в течении длительного времени, жалобы на болезненные схватки, др.).

### 1. 3. Инструкции по заполнению партограммы

Заполнение партограммы начинается, когда женщина находится в первом периоде родов.

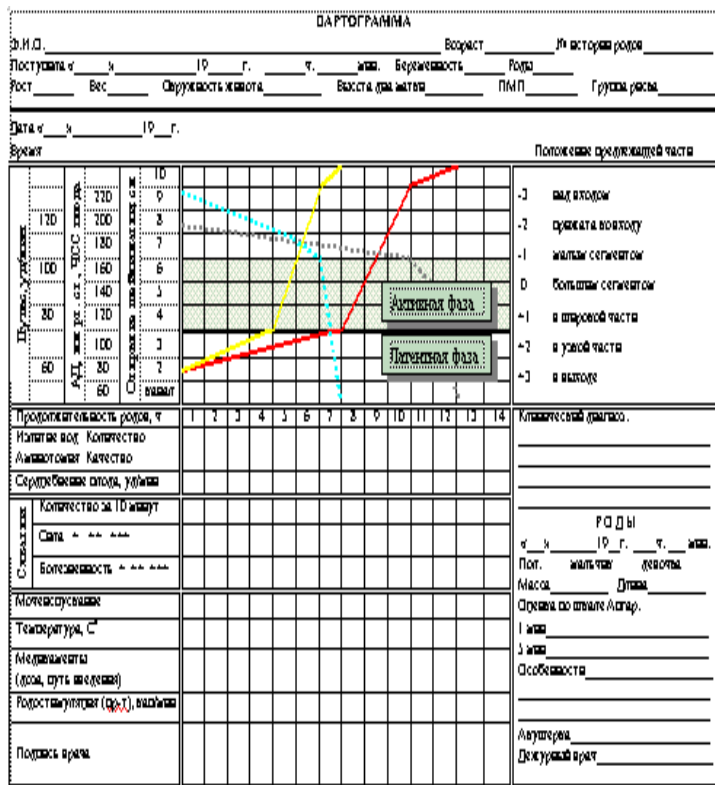


Рис.1. Вид партограммы

**Паспортная часть партограммы** содержит информацию о роженицы: фамилии, имени и отчестве роженицы, количестве беременностей, родов, дату и время госпитализации, время разрыва плодных оболочек, № истории родов.

### I. 3.1. Информация о пациентке:

**ПАРТОГРАММА**

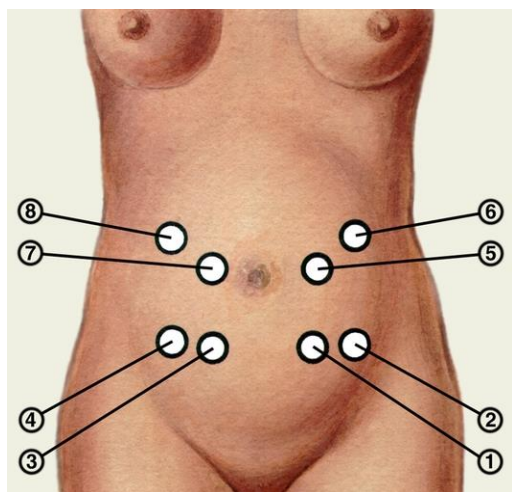
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Беременность 39 нед Регистрационный номер 1405  
Дата поступления 20.06.16 Время поступления 5<sup>00</sup> Безводный период с 9<sup>00</sup>/11<sup>30</sup>

**Рис. 2.** Вид заполнения первая часть партограммы

- ✓ *Фамилию имя отчество*
- ✓ *Число беременностей*– в этой графе укажите общее число беременностей, и число беременностей, которые окончились родами.
- ✓ *Номер истории родов* (регистрационный номер).
- ✓ *Дата поступления в родовой блок.*
- ✓ *Время поступления в родовой блок.*
- ✓ *Дата и время начала родов*
- ✓ *Безводный период*– в этой графе укажите дату и время излития околоплодных вод.

### I. 3.2. Частота сердечных сокращений плода

**Точкой выслушивания** называется такое место, где лучше всего прослушивается сердцебиение плода. Место нахождение этих точек на животе напрямую зависит от того, какое положение, предлежание и позицию в полости матки занимает ребёнок.



**Рис. 3.** Места наиболее ясного выслушивания сердечных тонов при различных положениях плода:

- 1 - передний вид, первая позиция, головное предлежание;
- 2 - задний вид, первая позиция, головное предлежание;
- 3 - передний вид, вторая позиция, головное предлежание;
- 4 - задний вид, вторая позиция, головное предлежание;
- 5 - передний вид, первая позиция, тазовое предлежание;
- 6 - задний вид, первая позиция, тазовое предлежание,
- 7 - передний вид, вторая позиция, тазовое предлежание;
- 8 - задний вид, вторая позиция, тазовое предлежание

Аускультация в 1 первом периоде родов проводится каждые 30 мин и регистрируется в соответствующей части партограммы (аналогично пульсовой кривой в истории родов), а во 2 периоде родов - после каждой потуги.

Верхняя и нижняя границы нормы ЧСС плода (120 - 160 ударов в минуту) выделены жирными линиями. Критические показатели состояния плода (ЧСС < 100 или > 180 ударов в минуту) располагаются выше и ниже их.

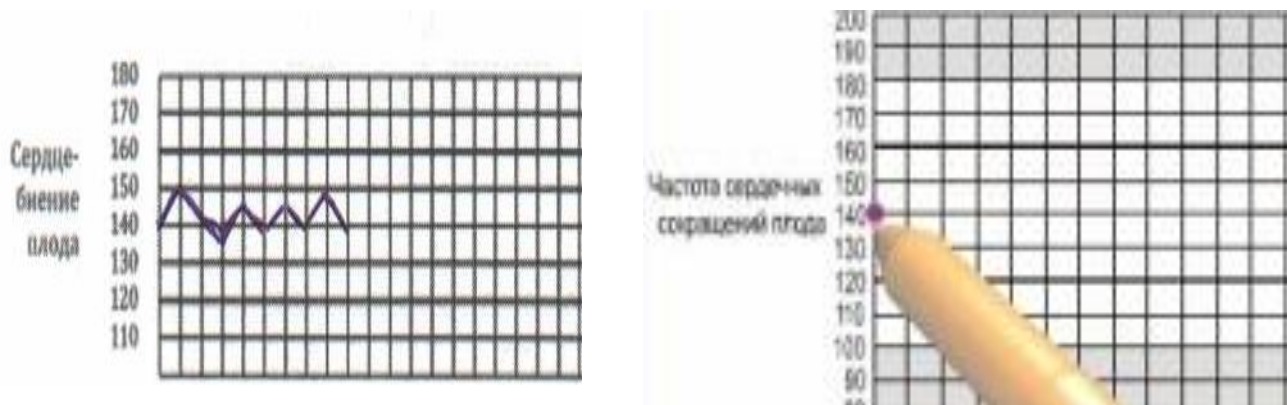


Рис. 4. Вид заполнения партограммы

**Если частота сердечных сокращений плода патологическая < 100 или > 180 ударов/мин., необходимо немедленно оценить акушерскую ситуацию, предположить дистресс плода и учесть это в плане ведения родов.**

КТГ проводится при поступлении в течение 40-60 мин, далее в прерывистом режиме по 20-30 мин., а также после излития о/вод, проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8 см.

### I. 3.3. Околоплодные воды

- ✓ Цвет амниотической жидкости оценивается постоянно.
- ✓ Отмечается заглавной буквой:
- ✓ Целостность плодного пузыря и качество околоплодных вод обозначаются соответствующими буквами в части партограммы, расположенной сразу под ЧСС плода
  - О** - плодный пузырь цел; (Ц)
  - С** - околоплодные воды светлые, чистые;
  - М** - воды с меконием (любая интенсивность окраски);
  - К** - примесь крови в водах (окрашивание и кровь);
  - В** - патологические выделения воспалительного характера

### I. 3.4. Раскрытие шейки матки

К 38-39 неделе шейка матки «созревает».

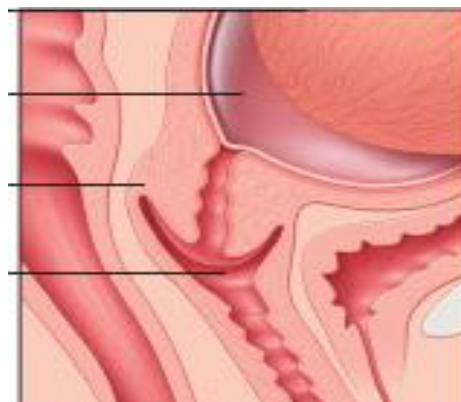
Состояние шейки матки оценивается как:

- **«незрелая» шейка матки** (шейка матки плотная, ее длина более 2 см, закрыта) (рис. 5).

- **«недостаточно зрелая» шейка матки** (шейка матки несколько размягчена, ее длина 1-2 см, раскрытие 1 палец)  
**«зрелая шейка» матки** (шейка матки мягкая, короткая (менее 1 см), раскрытие более одного пальца) (рис.6).

**Рис.5.** Вид шейки матки до начала родовой деятельности. «Незрелая» шейка матки.

1. Головка ребенка;
2. Околоплодная жидкость;
3. Шейка матки до истончения и раскрытия;
4. Влагалище



**Рис.6.** Шейка матки истончилась на 60% и раскрылась на 1-2 см



Первый период родов подразделяется на 3 фазы на основании длительности, частоты и интенсивности схваток:\*

- 1 фаза – латентная;
- 2 фаза – активная;
- 3 фаза – замедления

*1 фаза* (латентная) начинается с регулярных схваток с частотой 1-2 за 10 минут, и заканчивается сглаживанием или укорочением и раскрытием шейки матки до 4 см. Продолжительность – в среднем 5-6 часов. Схватки малоболезненны. Скорость раскрытия шейки – 0,35 см в час.

*2 фаза* (активная) характеризуется ускорением родовой деятельности и быстрым раскрытием маточного зева от 4 до 8 см. Средняя продолжительность – 3-4 часа. Частота схваток – 3-5 за 10 мин. Скорость раскрытия – 1,5-2 см у первородящих и 2-2,5 – повторнородящих. Схватки болезненны.

Околоплодные воды изливаются в конце первого периода около 150-200 мл. При несвоевременном излитии врач делает амниотомию при раскрытии маточного зева на 6-8 см (рис.7).

3 фаза (замедления) характеризуется небольшим замедлением. Шейка матки раскрывается полностью при скорости 1-1,5см в час. Фаза у первородящих длится от 20 мин до 1-2 часов, у повторнородящих – может отсутствовать.

**Рис.7.** Шейка матки истончилась на 90% и раскрылась на 5-6 см



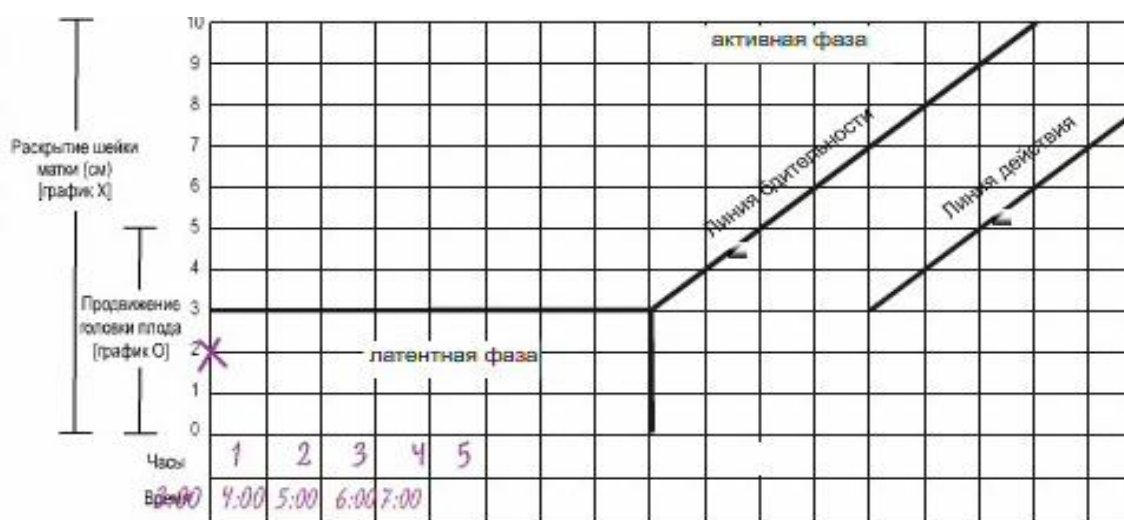
При нормальных родах первый период заканчивается полным раскрытием шейки матки, разрывом плодного пузыря и отхождением околоплодных вод.

Таким образом, от момента начала регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки проходит около 12 часов, для вторых и последующих родов - около 7-8 часов.

Раскрытие шейки матки определяется при проведении влагалищного исследования каждые 6 часов и регистрируется в соответствующей части партограммы с помощью знака «X».

По вертикали: 1 см раскрытия; по горизонтали: 1 час.

- ✓ Если при поступлении открытие шейки матки от 1 до 3 см, отмечать в см относительно вертикальной оси ПГ – в части латентной фазы 1 периода родов. В норме латентная фаза длится не более 8 часов.



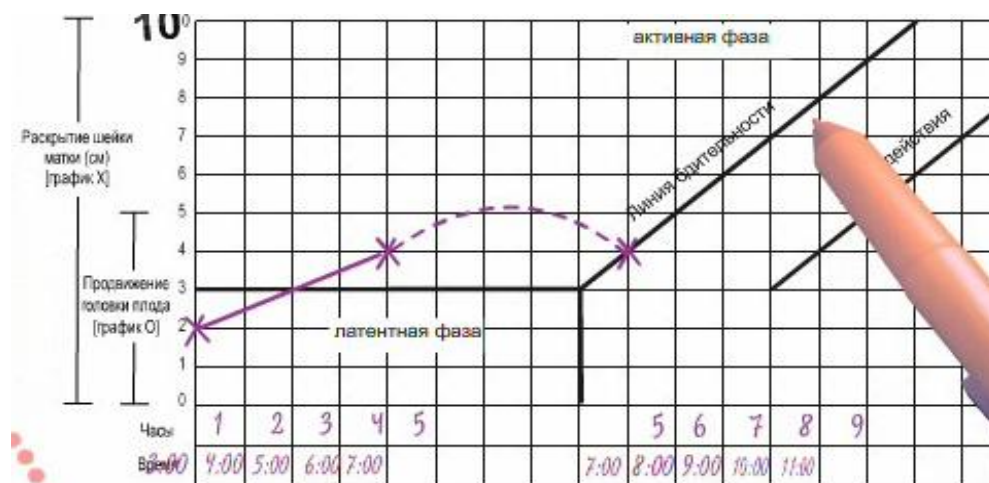
**Рис. 8.** Вид записи раскрытия шейки матки на партограмме.

- ✓ Если при повторном осмотре через 6 часов - раскрытие шейки матки 4 см или больше 4 см, то необходимо перенести отметку на линию бдительности пунктиром и продолжать наблюдение. Отметки о раскрытии переносятся в зону активной фазы непосредственно на линию бдительности. (По вертикали, каждая цифра означает раскрытие шейки матки в сантиметрах. Внизу по горизонтали - каждое разделение означает 1 час)
- ✓ Если при поступлении роженицы открытие шейки 4 см и более, то знак «X» нужно поставить на линии бдительности.
- ✓ Когда роды переходят в активную фазу, это отмечается пунктиром, доходящим до линии бдительности.



**Рис. 9.** Отображение на партограмме раскрытия шейки матки у роженицы, поступившей в латентной фазе родов.

Необходимо отметить на партограмме значения раскрытия шейки матки и соединить между собой отметки «X» сплошной линией.



**Рис. 11.** Отображение на партограмме процесса раскрытия шейки матки за время от латентной до активной фазы

### *Характер и значение Линии бдительности и Линии действия*

Первые отметки о раскрытии шейки матки в активной фазе родов делают в соответствующих точках вдоль *Линии бдительности*. В идеальной ситуации роды протекают вдоль *Линии бдительности*. Если роды замедляются, кривая раскрытия шейки матки будет перемещаться в направлении *Линии действия*, которая на партограмме сдвинута на 4 ч вправо от *Линии бдительности*. Если рисуемый график раскрытия шейки пересекает *Линию действия*, то необходимо предпринять соответствующее вмешательство.

*Линия бдительности* — это линия, за пределами которой раскрытие шейки матки происходит со скоростью ниже 1 см/час. Ведется наблюдение, никаких вмешательств в процесс родов не требуется.

*Линия действия* — это линия, за пределами которой требуется вмешательство акушера для коррекции скорости раскрытия до необходимого уровня.

Значение этих линий в том, что они представляют ситуацию графически и позволяют врачу распознать патологические отклонения в течении родов.

Партограмма хорошо отвечает на вопрос: когда и как часто следует осматривать роженицу вагинально? Следует помнить, что нежелательно, чтобы *Линия действия* была пересечена (скорость раскрытия шейки ниже желаемой), поэтому влагалищное исследование следует выполнить до пересечения *Линии действия* графическим изображением раскрытия шейки матки. Следовательно, если вагинальное исследование выполнено на *Линии бдительности*, то следующее исследование необходимо сделать через 4 часа (если не возникнут показания к более раннему исследованию).

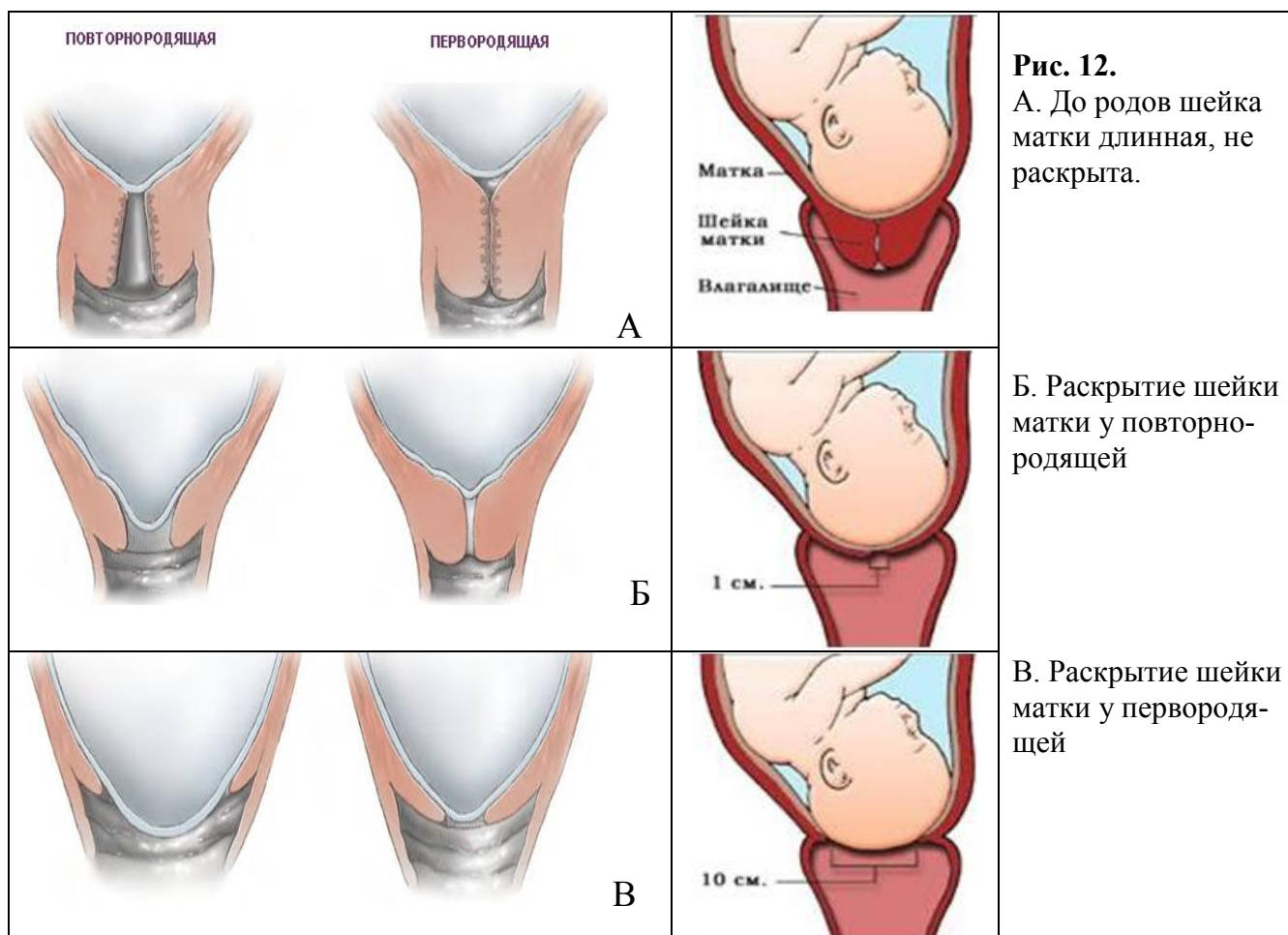
### **Использование партограммы для анализа темпа родов и необходимой коррекции**

*Линия бдительности* должна начинаться от точки раскрытия шейки на 3 см и продолжаться до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.

- Расположена на партограмме так, что соответствует скорости раскрытия шейки матки 1 см/час, что является нижней границей нормы для первородящих.
- Если построенная вами кривая скорости раскрытия шейки матки располагается на *линии бдительности* или левее её, темп родов достаточный.

- Если кривая раскрытия располагается правее линии бдительности – необходимо родоусиление (при отсутствии симптомов клинического несоответствия и дистресса плода). Если кривая раскрытия пересекает линию активности – требуется оперативное родоразрешение.

*Линия действия* проходит параллельно линии бдительности, отступя на 4 часа вправо. С началом родовой деятельности начинается раскрытие шейки матки, полным раскрытием считается - 10 см.



### I. 3.5. Маточные сокращения

Частота и интенсивность схваток отображается сразу под графой о динамике раскрытия шейки матки.

На оси абсцисс ниже линии отметок времени слева значится «маточные сокращения за 10 минут», а график представляет клетки, которые закрашиваются. Клеток по вертикали от 1 до 5. Каждая клетка соответствует 1 сокращению; если в течение 10 минут будут 2 сокращения, то закрашиваются 2 клетки (рис. 10).

- ✓ Сила интенсивности схваток (слабые, умеренные и сильные схватки) отмечается на партограмме в виде штриховки:

**точки** — слабые схватки продолжительностью до 20 сек.

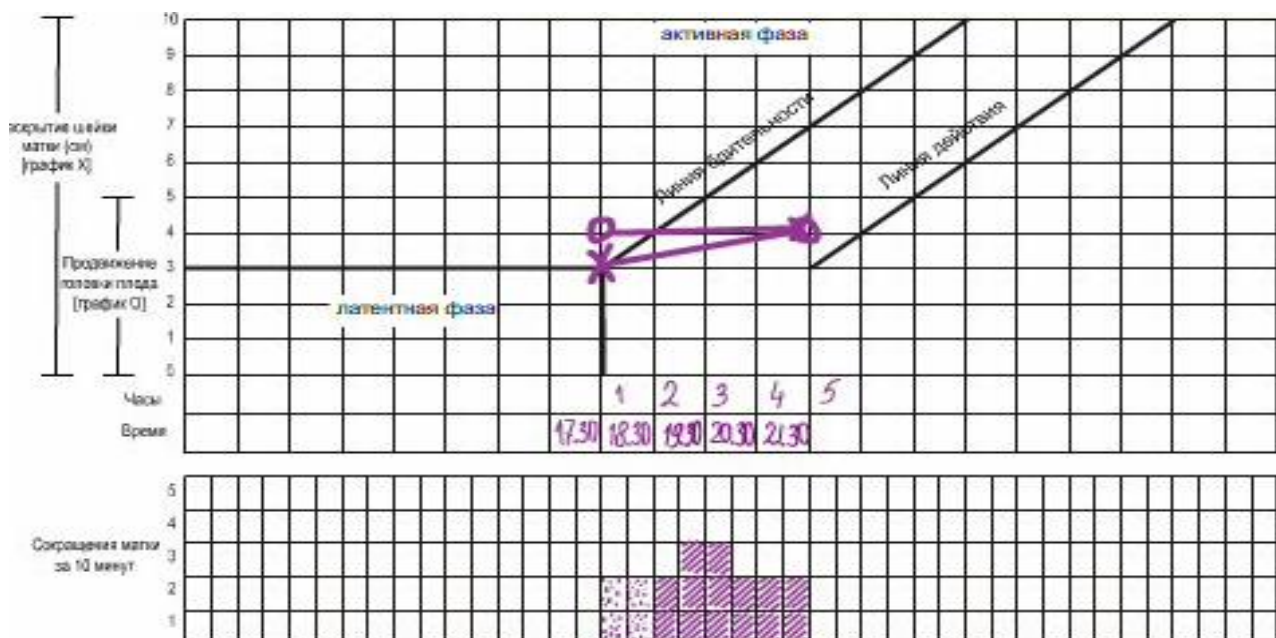
**косая штриховка** — умеренные схватки продолжительностью 20—40 сек.



**сплошная штриховка** — сильные схватки продолжительностью  $\geq 40$  сек.

Оценка сократительной активности матки в 1 периоде родов – тонус, частота, продолжительность, сила, болезненность фиксируются не реже 1 раза в 2 часа.

Периодичность схваток откладывается по оси времени. Каждая клеточка означает одно сокращение.



**Рис. 13.** Вид партограммы с маточными сокращениями

Во время латентной фазы родов должно быть 1 или больше сокращений за 10 мин и каждое сокращение продолжаться 20 с и более. Во время активной фазы должно быть не менее двух схваток за 10 мин и каждая схватка должна продолжаться более 20 с.

Необходимо отмечать частоту и продолжительность схваток по секундомеру и записывать на партограмме частоту сокращений матки за 10 мин:

- три способа фиксировать продолжительность схваток: до 20 с, от 20 до 40 с, более 40 с;
- записывать сокращения матки следует под соответствующим временем на партограмме.

### I. 3.6. Применение лекарственных средств.

Отметьте в соответствующей графе партограммы все введенные препараты с указанием названия, дозы и способа введения.

*Пример введения окситоцина.*

При назначении и использовании окситоцина записывается его количество/концентрация и вводимая доза в минуту, необходимо отметить его дозировку (ЕД/л) и скорость его введения (кап./мин) в соответствующей части партограммы.

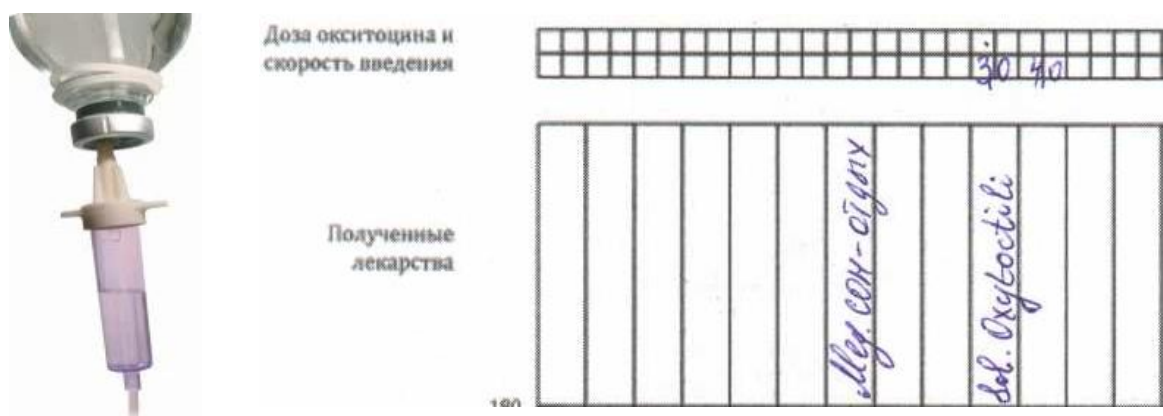


Рис.14. Вид партограммы с внесением в нее записи

### I. 3.7. Состояние матери.

Все параметры состояния матери записываются в нижней части партограммы.

1. Пульс
2. Артериальное давление

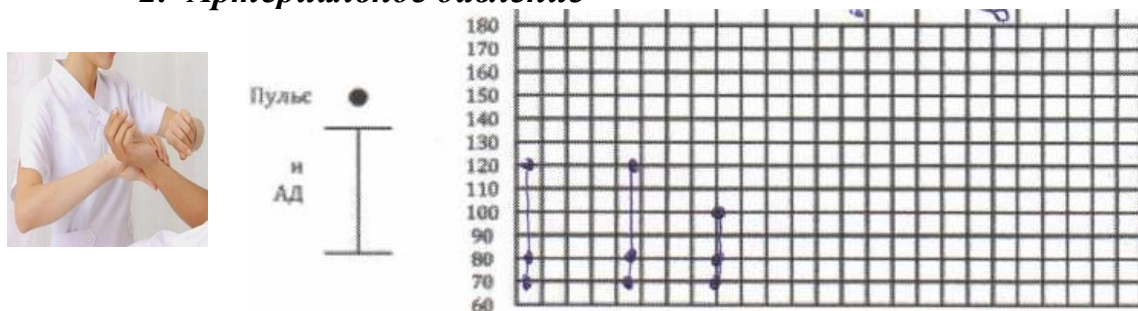


Рис.15. Вид партограммы с внесением в нее записи пульса и АД

- ✓ Пульс – не реже 1 раза в час и отмечается точкой - •
- ✓ АД – измеряется не реже 1 раза в час и отмечается линией посередине соответствующей клеточки.

3. **Температура** – измеряется не реже 1 раза в 4 часа и указывается цифрами

4. **Моча**



Рис.16. Вид партограммы с внесением в нее записи температуры и ОАМ

- ✓ Температура тела фиксируется каждые 4 часа.
- ✓ В графе моча фиксируется:
  - **количество, качество и цвет мочи:** записывается при каждом мочеиспускании;

Полное заполнение всей партограммы имеет большое значение. Благодаря этому становится возможным дифференцировать различные виды аномалий родовой деятельности, своевременно диагностировать патологию плода и роженицы. Совершенно очевидный низкий прогресс раскрытия шейки при слабости родовых сил графически отличается от такового при очень сильных, но неэффективных схватках. Кроме того, хорошо известно значение окрашенных меконием вод при головном предлежании, а также времени появления мекония.

## II. Симуляционный блок

### II.1. Выслушивание сердечных тонов плода



**Фото 1.** Выслушивание сердечных тонов плода стетофонедоскопом

Сердечные тоны плода выслушивают главным образом для определения достоверного признака беременности, выяснения внутриутробного состояния плода, что имеет большое значение во время беременности и в родах.

Сердечные тоны плода выслушивают акушерским стетоскопом, имеющим широкий раструб, стетофонедоскопом или ультразвуковым аппаратом, работающим по принципу эффекта Допплера (фото 1).

Сердцебиение плода акушерским стетоскопом прослушивают с начала второй половины беременности. Иногда удается выслушать сердцебиение плода с 18-19-й нед беременности.



**Фото 1 а.**  
Акушерский стетоскоп



**Фото 1 б.**  
Стетофонедоскоп



**Фото 1 в.** Ультразвуковой аппарат «Малыш»

Сердцебиение плода имеет три основные характеристики: частота, ритм, ясность. Сердцебиение плода в норме: во время беременности — 120-140 в минуту, ясное, ритмичное; в родах — 110-160 в минуту, ясное, ритмичное.

Сердечная деятельность плода является наиболее точным и объективным показателем состояния плода в ante- и интранатальном периоде.

## Техника выполнения

- Получают у пациентки информированное согласие на исследование.
- Кушетку покрывают индивидуальной клеенкой и стерильной пленкой.
- Предлагают пациентке лечь на кушетку на спину, ноги выпрямить и обнажить живот.
- Встают справа от пациентки лицом к ней.
- Акушерский стетоскоп расширенным раструбом плотно прижимают к брюшной стенке, ухо прикладывают к стетоскопу и, систематически в определенном порядке передвигая его (одновременно считая пульс пациентки), определяют место наилучшего выслушивания сердцебиения плода (фото 2).



**Фото 2.** Аускультация сердцебиения плода

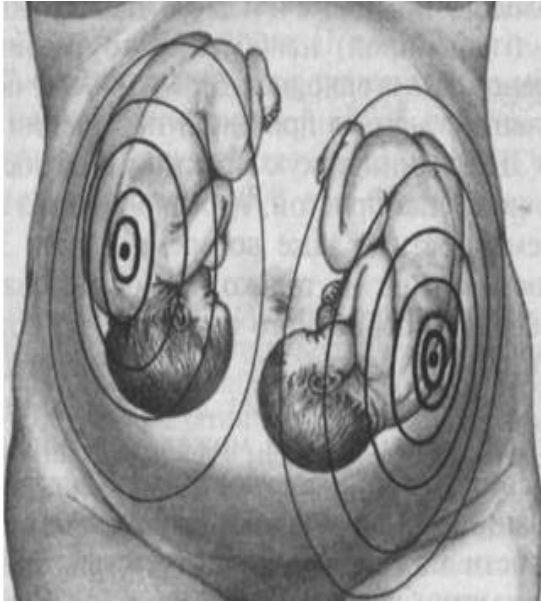
При головном предлежании плода сердцебиение прослушивают ниже пупка при I позиции — слева, при II позиции — справа.

При тазовом предлежании плода сердцебиение прослушивают выше пупка при I позиции — слева, при II позиции — справа.

При поперечных положениях сердцебиение прослушивают на уровне пупка ближе к головке.

При переднем виде головных и тазовых предлежании сердцебиение лучше прослушивать ближе к средней линии живота, при заднем — дальше от средней линии сбоку живота.

При многоплодной беременности сердцебиение плода обычно выслушивают отчетливо в разных отделах матки (Рис.17). Этот признак достоверен, если между этими точками существует участок («зона молчания»), где сердечные тоны не прослушивают или сердцебиение в двух точках имеет разную частоту (разница 10 ударов в минуту).

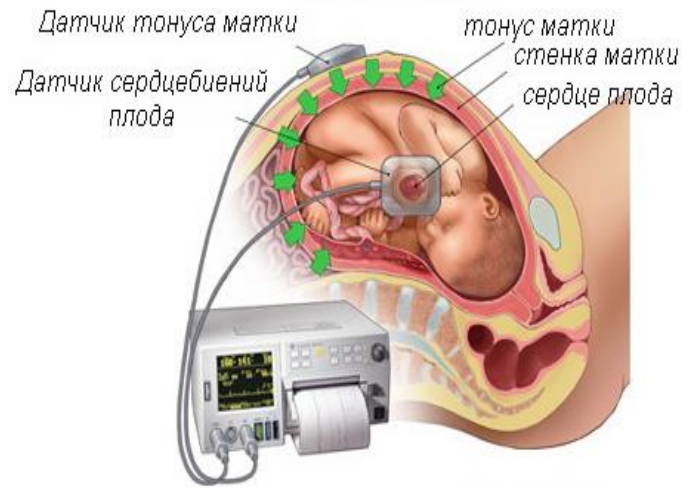


**Рис. 17.** Аускультация сердцебиения плодов при многоплодной беременности

В настоящее время кардиотокография (КТГ) — ведущий метод наблюдения за характером сердечной деятельности, который из-за простоты проведения, информативности и стабильности получаемой информации практически полностью вытеснил из клинической практики фоно- и электрокардиографию плода. КТГ дает возможность регистрировать не только частоту сердечных сокращений плода, но и производить запись его ЭКГ, которую расшифровывают специальными компьютерными программами (рис.18 и фото 3).



**Рис. 18.** Кардиотокография



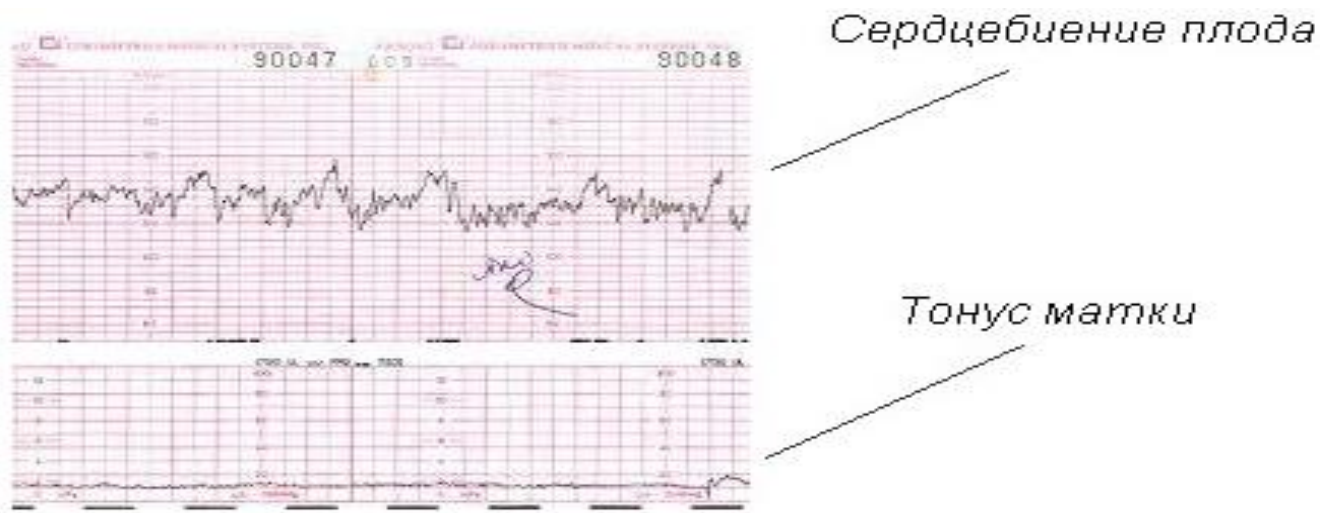


Фото 3. Кардиотокография

## II.2. Определение характера схваток (сила, продолжительность и частота)

Определение продолжительности схваток и пауз в родах необходимо для оценки характера родовой деятельности.

Родовые схватки бывают раскрывающие, изгоняющие, последовые и послеродовые. По силе схватки — слабые, средней силы, сильные.

Каждая схватка развивается в определенной последовательности. Сокращения матки постепенно возрастают, достигая наивысшей степени, затем происходит расслабление мускулатуры матки, переходящее в паузу.

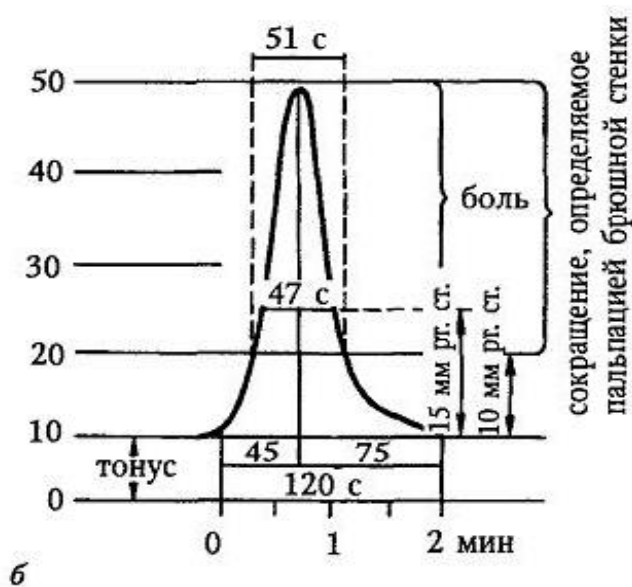


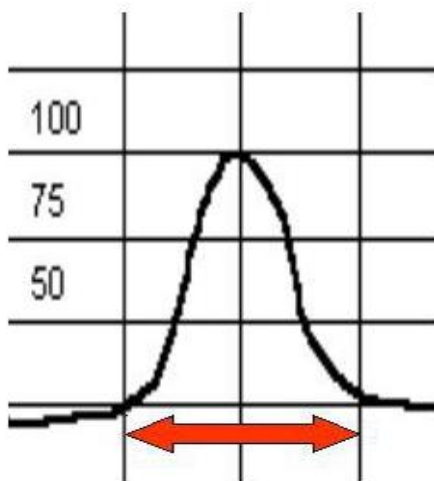
Рис. 19. Графическое изображение записи внутриматочного давления

При исследовании рукой легко улавливают, как матка уплотняется и становится твердой, потом постепенно расслабляется.

## Характеристика нормальной родовой деятельности



**Рис.20.** Частота схваток: 3-5 схватки за 10 мин в середине 1 периода



**Рис. 21.** Продолжительность схватки:  
в начале I периода родов от 20 сек, далее возрастает до 50-60 сек.  
Во II периоде родов от 1 мин до 1, 5 мин.

### Подсчёт схваток (метод Винкеля).

*Проводится на кровати в предродовой палате.*

**Оснащение:** секундомер, индивидуальная карта беременной или история родов.

#### Методика:

1. Объяснить роженице цель, необходимость и ход выполнения манипуляции.
2. Уложить женщину на кровать в положении на «спине» с вытянутыми или согнутыми ногами.





**Фото 4.** Определение напряжения матки и время ее полного расслабления

3. Сестра справа от роженицы. Положить правую руку на область дна матки. В левую руку взять секундомер (фото 1).
4. Отметить по секундомеру начало напряжения матки и время ее полного расслабления (продолжительность схватки). Оценить силу схватки (сильные, умеренные, слабые).
5. Не снимая руки с матки, отметить продолжительность паузы до следующего напряжения матки (пауза между схватками).
6. Продолжительность схваток определять в течение 3 – 4 схваток подряд, отметив интервал между схватками.
7. Занести полученные данные в историю родов или передать врачу.

#### **Техника выполнения**

- Получают у пациентки информированное согласие на исследование.
- Кушетку покрывают индивидуальной клеенкой и стерильной пеленкой.
- Предлагают пациентке лечь на кушетку на спину, ноги выпрямить и обнажить живот.
- Встают справа от пациентки.
- Располагают ладонную поверхность руки на область дна матки (правый трубный угол матки с переходом на тело матки).
- Дожидаются наибольшего напряжения матки.
- По секундомеру отмечают продолжительность напряжения матки до полного ее расслабления — продолжительность схватки.
- Не снимая руки с матки, отмечают время с момента полного расслабления до следующего наивысшего напряжения матки — пауза между схватками.
- В начале I периода родов схватки длятся 10-15 с, возникают через 10-15 мин; в середине I периода — в среднем 30-35 с через 4,5-5 мин; в конце I периода — 50 с через 2-3 мин.
- Во II периоде родов схватки длятся 60 с и более, возникают через 1—2 мин. Более точно и объективно оценивает интенсивность сокращений матки КТГ. Обычно сокращения матки регистрируют с помощью наружного токодатчика. В норме в начале I периода родов частота схваток должна быть 2-3

схватки в течение 10 мин, в конце I периода частота увеличивается до 4-5 схваток в течение 10 мин.

### **II.3. Влагалищное исследование в родах**

Влагалищное исследование в родах выполняют дважды:

- при поступлении для выяснения акушерской ситуации;
- после излития околоплодных вод для уточнения акушерской ситуации.

Если к концу I периода родов околоплодные воды не отошли, влагалищное исследование выполняют для искусственного вскрытия и модного пузыря (амниотомия).

#### **Показания и результаты влагалищного исследования в родах**

Влагалищное исследование в родах производится с целью выяснения динамики родовой деятельности и отражает:

- а) состояние шейки матки (сохранена, укорочена до см, сглажена; центрирована или отклонена от проводной оси таза, плотная или мягкая для сохраненной и укороченной шейки матки и характеристика краев для сглаженной шейки матки — толстые или тонкие, ригидные или податливые);
- б) раскрытие в см для сглаженной шейки матки, или проходимость цервикального канала для кончика пальца, 1 п/п, 2 п/п при укороченной или сохраненной шейке матки;
- в) целостность плодного пузыря;
- г) местонахождение предлежащей части и ее ориентиры (напр. швы, роднички, их расположение);
- д) диагональная конъюгата, если мыс достижим;
- е) наличие экзостозов и других аномалий или их отсутствие.

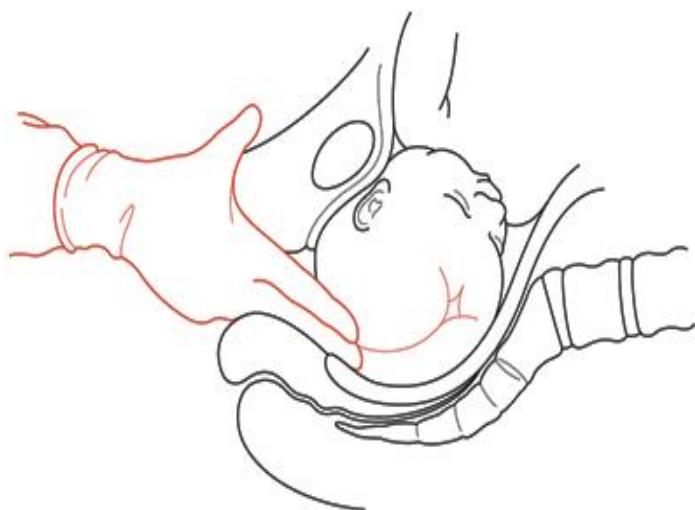
Влагалищные исследования в родах производят каждые 6 часов в плановом порядке, дополнительные исследования производят по показаниям:

- излитие околоплодных вод
- появление кровянистых выделений из половых путей
- ухудшение внутриутробного состояния плода
- болезненных схватках
- других отклонениях от нормального течения родов.

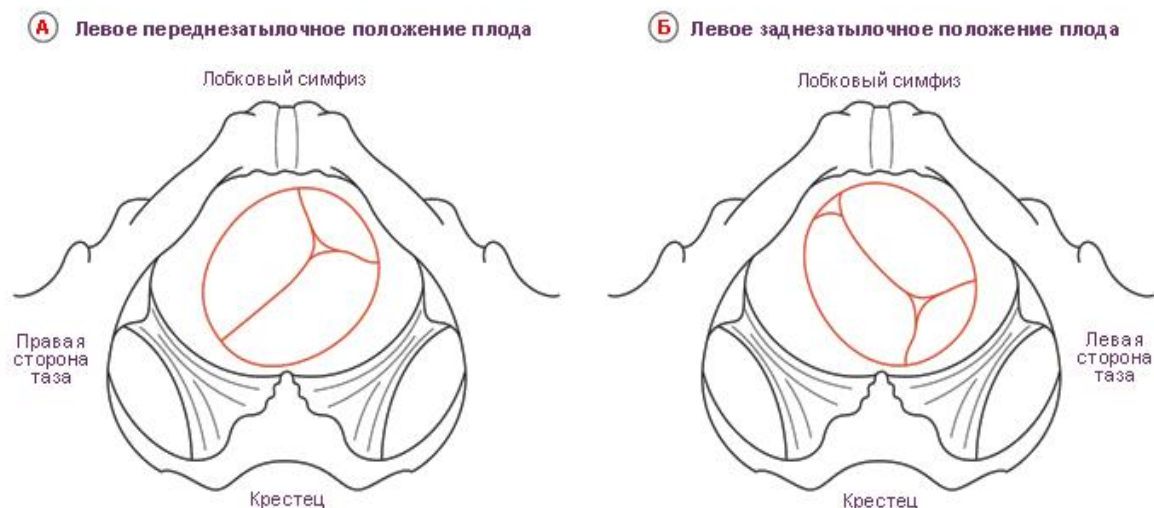
#### **Техника выполнения**

- Получают у роженицы информированное согласие на исследование.
- Гинекологическое кресло покрывают индивидуальной клеенкой или стерильной пленкой.
- Предлагают пациентке лечь на гинекологическое кресло на спину, фиксировать ноги в ногодержателях.
- Обрабатывают руки одним из ускоренных способов.

- Надевают стерильные перчатки.
- Обрабатывают наружные половые органы по общепринятой методике.
- I-II пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы.
- Осматривают половую щель, вход во влагалище, клитор, наружное отверстие уретры, парауретральные ходы, выводные протоки бартолиновых желез, промежность.
- Вводят во влагалище II—III пальцы правой руки (I палец отведен кверху, IV—V пальцы прижаты к ладони).
- Определяют ширину и растяжимость стенок влагалища, состояние сводов влагалища; выясняют наличие рубцов, опухолей, перегородок и других патологических изменений.
- Определяют расположение, форму, величину, консистенцию, степень зрелости шейки матки.
- Исследуют состояние наружного зева шейки матки, состояние краев зева (мягкие или ригидные, толстые или тонкие) и степень его раскрытия.
- Выясняют состояние плодного пузыря (целостность, степень напряжения, разрыв).
- Определяют предлежащую часть (головка, ягодицы):
  - ее расположение (над входом в малый таз, во входе в малый таз малым или большим сегментом, в широкой или узкой части полости малого таза, в выходе таза) - см. пункт и рис.4;
  - опознавательные пункты на ней (на головке - швы, роднички; на тазовом конце — седалищные бугры, крестец, щель между ягодицами, заднепроходное отверстие, половые органы плода).



**Рис. 22.** Оценка сагиттального шва и родничков плода при вагинальном обследовании беременной

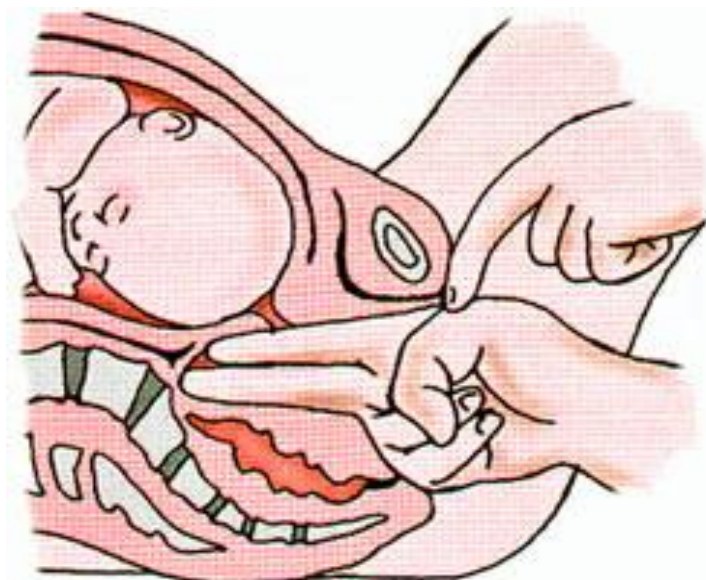


**Рис.23** Определение положения плода.

А. Головное предлежание. Передний вид. 1 позиция: сагиттальный шов головки плода расположен по направлению правого косо́го диаметра таза беременной, малый родничок слева, спереди

Б. Головное предлежание. Задний вид. 1 позиция: сагиттальный шов головки плода расположен по направлению левого косо́го диаметра таза беременной

- Исследуют внутреннюю поверхность крестца, симфиза, боковых стенок таза. Выявляют деформацию костей таза (костные выступы, утолщение крестца, неподвижность крестцово-копчикового сочленения и др.). Определяют емкость таза.
- Если достигим крестцовый мыс, измеряют диагональную конъюгату (рис.24).



**Рис. 24.** Диагональная конъюгата - расстояние между нижним краем симфиза и выдающейся точкой крестцового мыса. Измерение диагональной конъюгаты - заключительный этап влагалищного исследования в родах

**В норме она равна 12,5 - 13 см.** По величине диагональной конъюгаты определяют величину прямого размера входа в малый таз (истинная конъюгата). Для этого из размера диагональной конъюгаты вычитают 1,5—2 см в зависимости от индекса Соловьева

Измерить диагональную конъюгату удастся не всегда, потому что при нормальных размерах таза мыс не достигается или прощупывается с трудом.

Введенные во влагалище пальцы фиксируют на вершुшке мыса, а ребром ладони упираются в нижний край *симфиза*. После этого II пальцем другой руки отмечают место соприкосновения исследующей руки с нижним краем симфиза. Не отнимая II пальца от намеченной точки, руку, находящуюся во влагалище, извлекают, и ассистент измеряет тазомером или сантиметровой лентой расстояние от вершुшки III пальца до точки, соприкасающейся с нижним краем симфиза.

- Оценивают характер выделений из половых путей (воды, кровь, гнойные выделения).
- Снимают перчатки и помещают их в дезинфицирующий раствор (согласно инструкции) с последующей утилизацией в желтый мешок (класс Б).
- Моют и сушат руки с использованием мыла или антисептика.

В маточный зев вводят кончик одного или обоих пальцев и определяют степень его раскрытия. Степень раскрытия точнее определять в сантиметрах; вычисление приблизительное с учетом толщины пальца исследующего, один палец - 1,5-2 см. Раскрытие считают полным при раскрытии на 10-12 см.

Скорость раскрытия шейки матки в начале родов (латентная фаза составляет 0,35 см/ч, в активной фазе (открытие 3-8 см) - 1,5-2 см/ч у первородящей женщины и 2-2,5 см/ч у повторнородящей. Нижняя граница нормальной скорости раскрытия маточного зева в активной фазе у первородящей - 1,2 см/ч, у повторнородящей - 1,5 см/ч.

При целом плодном пузыре определяют степень его напряжения во время схватки, паузы. Плоский плодный пузырь указывает на маловодие, вялый плодный пузырь - на слабость родовых сил, чрезмерно напряженный даже в паузе плодный пузырь указывает на многоводие.

### **Данные влагалищного исследования при расположении головки в различных плоскостях малого таза**

➤ **Головка над входом в малый таз** (рис. 25, фото 5) - таз свободен, головка стоит высоко, не препятствует ощупыванию пограничных (безымянных) линий таза, мыса (если он достижим), внутренней поверхности крестца и симфиза; сагиттальный шов в поперечном положении, на одинаковом расстоянии от симфиза и мыса, большой и малый роднички на одном уровне (при затылочном предлежании).

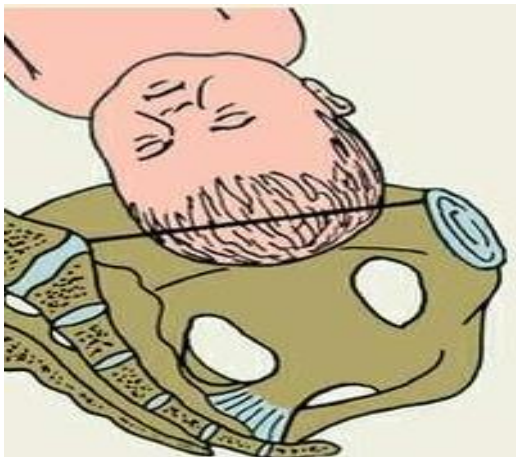
➤ **Головка во входе в малый таз малым сегментом** (рис. 26) крестцовая впадина свободна, к мысу можно подойти согнутым пальцем (если он достижим), внутренняя поверхность симфиза доступна исследованию; малый родничок ниже большого (сгибание), сагиттальный шов в поперечном или слегка косом положении.



**Рис. 25.** Головка над входом в малый таз

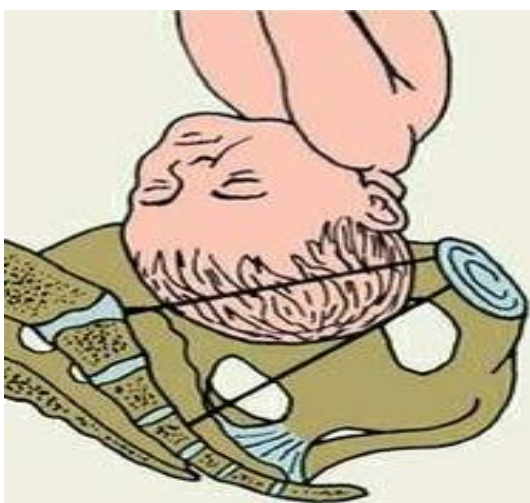


**Фото 5.** Макет плода над входом в малый таз



**Рис. 26.** Головка малым сегментом во входе в малый таз

➤ **Головка во входе в малый таз большим сегментом (рис. 27)** — головка прикрывает верхнюю треть симфиза и крестца, мыс недостижим, седалищ-



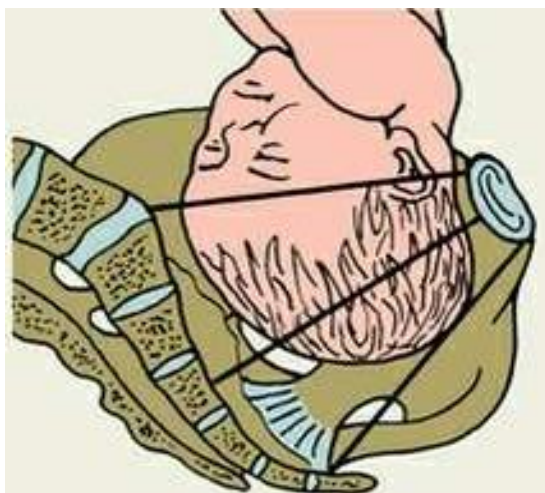
**Рис. 27.** Головка большим сегментом во входе в малый таз



**Фото 5.** Макет плода во входе в малый таз

ные ости прощупываются легко; головка согнута, малый родничок ниже большого, сагиттальный шов находится в одном из косых положений.

➤ **Головка в широкой части полости малого таза** (рис. 28) - 2/3 внутренней поверхности лобкового соединения, верхняя половина крестцовой впадины заняты головкой, свободно прощупываются IV-V крестцовые позвонки, седалищные ости; сагиттальный шов в одном из косых положений.



**Рис. 28.** Головка в широкой части полости малого таза

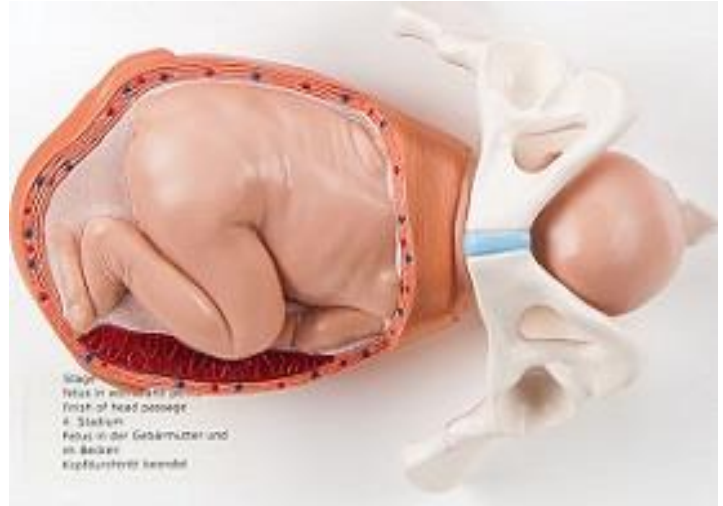


**Рис. 29.** Головка в узкой части полости малого таза

**Фото 6.** Макет головки плода в узкой части полости малого таза



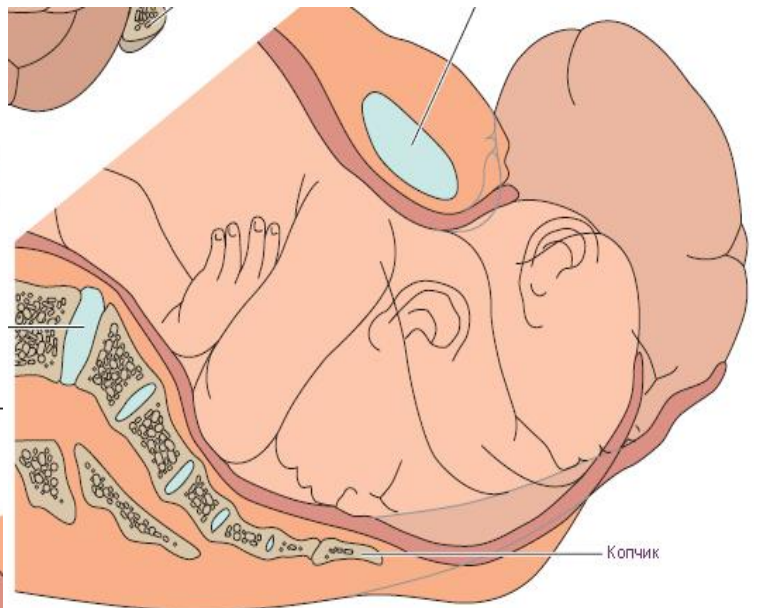
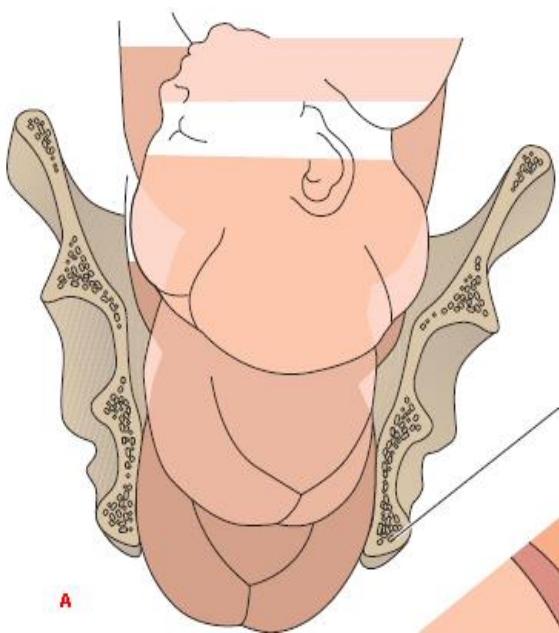
➤ **Головка в узкой части полости малого таза** (рис. 29, фото 10) - вся внутренняя поверхность лобкового соединения, две верхние трети крестцовой впадины заняты головкой, свободно прощупываются IV-V крестцовые позвонки, седалищные ости; сагиттальный шов в одном из косых положений.



**Рис. 30.** Головка в выходе малого таза.  
 I - плоскость входа в малый таз,  
 II - плоскость широкой части полости малого таза,  
 III - плоскость выхода малого таза

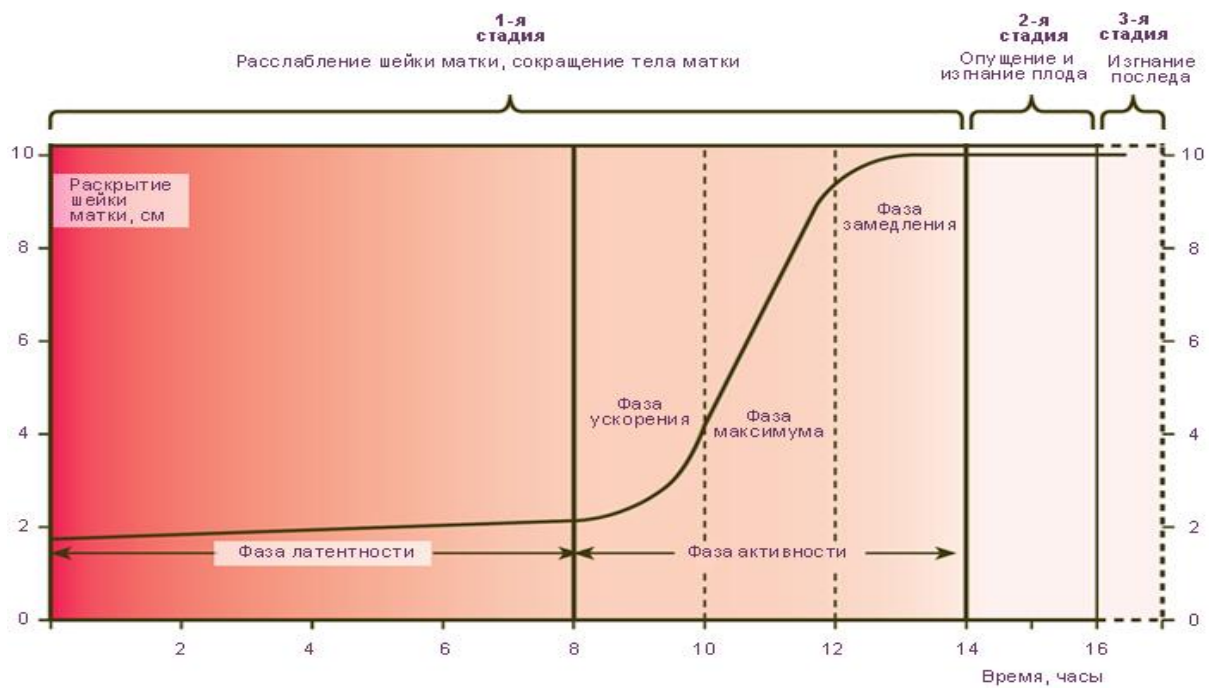
**Фото 7.** Рождение головки.

- **Головка в выходе таза** (рис.30) - крестцовая впадина полностью заполнена головкой, седалищные ости не определяются; сагиттальный шов стоит прямо в выходе таза.



**Рис. 31.** Роды. Стадия изгнания плода.





**Рис. 32.** Клинические стадии и фазы родов.

# Литература

## Основная

- 1 Акушерство: учебник /под ред. В.Е. Радзинского. – М.: "ГЭОТАР-МЕД", 2016. - 1040 с.
- 2 Акушерство и гинекология. Стандарты медицинской помощи /под ред. А.С. Дементьева.– М.: "ГЭОТАР-МЕД", 2016. - 992 с.
- 3 Клиническое акушерство: учебное пособие /под ред. С.А.Левакова. – М.: МЕДпресс-информ , 2016. - 296 с.
- 4 Базовый протокол ведения родов /под ред. ФГУ «НЦАГиПим. Ак. РАМН В.И.Кулакова , проф. Баева О.Р., Комиссаровой Л.М. М.-2011.- 20 С. (mos-gorzdrow.ru)

## Дополнительная

- 1 Как правильно заполнить партограмму - Медведев (электронный ресурс - medvedev.ua)
- 2 Степанова Р.Н. Практические умения по акушерству и гинекологии: учебное пособие /Р.Н. Степанова – Р/Д: Феникс, 2010.- 253 с.
- 3 Javed I, Bhutta S, Shoaib T. Role of partogram in preventing prolonged labour. Journal of the Pakistan Medical Association 2007;57(8): 408-411.
- 4 Lavender T, Hart A, Symth RMD.Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database of systemic Review 2008, issue 4. Art No.:CD005461. DOI 10.1002/14651858. CD 005461.pub 2

# П р и л о ж е н и е

## Контрольно – коррекционный блок

### Вопросы для самоконтроля

1. Активное и выжидательное ведение III периода родов.
2. Биологическая готовность организма к родам.
3. Биомеханизм родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания.
4. Дополнительные методы, позволяющие оценить состояние внутриутробного состояния плода.
5. Клиника и диагностика асфиксии новорожденного, оценка степени тяжести.
6. Клинические симптомы угрожающего состояния плода.
7. Клиническое течение родов. Ведение родов. Акушерская помощь и мониторинг состояния родильницы и плода в родах. Партограмма.
8. Методы лечения гипоксии плода, показания к родоразрешению путем операции кесарево сечения при угрожающем состоянии плода.
9. Определение угрожающего состояния плода и асфиксии новорожденного.
10. Предвестники родов, прелиминарный период.
11. Признаки отделения плаценты, способы отделения плаценты.
12. Причины начала родов. Регуляция родовой деятельности.
13. Родовые силы, изменения в матке.
14. Терапия асфиксии новорожденного, этапность реанимационных мероприятий в зависимости от степени тяжести асфиксии.
15. Физиологическая кровопотеря во время родов.
16. Этиология и патогенез угрожающего состояния плода и асфиксии новорожденного. Группы риска беременных.

# ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

## на тему: «Партограмма»

### *ТЕСТЫ ВХОДЯЩЕГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ*

1. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ ПРОИСХОДЯТ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

36 - 40 НЕДЕЛЬ:

- 1) Да
- 2) Нет

2. ОКСИТОЦИН ОТНОСИТСЯ К УТЕРОТОНИКАМ:

- 1) Да
- 2) Нет

3. ДЛЯ «ЗРЕЛОЙ» ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНА ДЛИНА БОЛЕЕ 2 СМ:

- 1) Да
- 2) Нет

4. РОДЫ НАЧИНАЮТСЯ С НАЧАЛОМ РЕГУЛЯРНЫХ СХВАТОК:

- 1) Да
- 2) Нет

5. СГЛАЖИВАНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПРОИСХОДИТ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СХВАТОК:

- 1) Да
- 2) Нет

6. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ НАЧИНАЕТСЯ С ПОЛНОГО ОТКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ:

- 1) Да
- 2) Нет

7. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ У БЕРЕМЕННЫХ БЕЗ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ 0,8% ОТ МАССЫ ТЕЛА:

- 1) Да
- 2) Нет

8. ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ МАЛЫМ КОСЫМ РАЗМЕРОМ:

- 1) Да
- 2) Нет

9. ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ВЕДУЩЕЙ ТОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬШОЙ РОДНИЧОК:
- 1) Да
  - 2) Нет
10. ПО ПАРТОГРАММЕ РОДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОЦЕНИВАЮТ ЧЕРЕЗ КАЖДЫЕ 10 МИНУТ:
- 1) Да
  - 2) Нет
11. НА ПАРТОГРАММЕ ЛИНИЯ ДЕЙСТВИЯ РАСПОЛОЖЕНА НА 5 ЧАСОВ ПОЗЖЕ ЛИНИИ БДИТЕЛЬНОСТИ:
- 1) Да
  - 2) Нет
12. СОГЛАСНО ПАРТОГРАММЕ МИНИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ОТКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В ЛАТЕНТНУЮ ФАЗУ СОСТАВЛЯЕТ 1 СМ:
- 1) Да
  - 2) Нет
13. ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ НА 4 СМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЧАЛЕ АКТИВНОЙ ФАЗЫ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ:
- 1) Да
  - 2) Нет
14. ВСЕ РОЖЕНИЦЫ НУЖДАЮТСЯ В МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ РОДОВ:
- 1) Да
  - 2) Нет
15. ПРИЧИНОЙ БОЛИ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ СОКРАЩЕНИЯ МЫШЦ МАТКИ, РАСТЯЖЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ И НАТЯЖЕНИЕ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА МАТКИ:
- 1) Да
  - 2) Нет

# ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

## на тему: «Партограмма»

### ТЕСТЫ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

Выберите один правильный ответ

#### ВАРИАНТ № 1

1. ПАРТОГРАММА ЭТО:

- 1) это графическое изображение 1 периода родов
- 2) это графическое изображение 2 периода родов
- 3) наблюдение беременных
- 4) наблюдение беременных и новорожденных

2. В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ СЛЕДУЕТ РАЗЛИЧАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ:

- 1) латентную, прогрессирования
- 2) активную, замедления
- 3) прогрессирования, замедления
- 4) латентную, активную, замедления
- 5) латентную, прогрессирования, замедления

3. ЛАТЕНТНАЯ ФАЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ, ПРОМЕЖУТКОМ ВРЕМЕНИ ОТ:

- 1) начала регулярных схваток до появления структурных изменений в шейке матки
- 2) начала нерегулярных схваток до появления структурных изменений в шейке матки
- 3) начала регулярных схваток до полного раскрытия маточного зева
- 4) начала полного раскрытия до рождения плода
- 5) начала полного раскрытия до рождения плода

4. АКТИВНАЯ ФАЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) быстрым раскрытием маточного зева
- 2) начала регулярных схваток до полного раскрытия маточного зева
- 3) начала полного раскрытия до рождения плода
- 4) начала полного раскрытия до рождения последа
- 5) с 3-4 см раскрытия до раскрытия 8см

5. СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ В ЛАТЕНТНОЙ ФАЗЕ:

- 1) 0,35-0,5 см/час
- 2) 1-1,5 см/час
- 3) 1,5-2 см/час
- 4) 2-2,5 см/час
- 5) 2,5-3 см/час

6. СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ (СМ/ЧАС) У ПЕРВОРОДЯЩИХ:

- 1) 0,5-1 см/час
- 2) 1-1,5 см/час
- 3) 1,5-2 см/час
- 4) 2-2,5 см/час
- 5) 2,5-3 см/час

7. СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ (СМ/ЧАС) У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ:

- 1) 0,5-1 см/час
- 2) 1-1,5 см/час
- 3) 1,5-2 см/час
- 4) 2-2,5 см/час
- 5) 2,5-3 см/час

8. ВАГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В 1 ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРОВОДИТСЯ КАЖДЫЕ ...ЧАСОВ:

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5
- 5) 6

9. В 1 ПЕРИОДЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ КАКОЙ ИНТЕРВАЛ ВРЕМЕНИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА (МИНУТ):

- 1) 15
- 2) 30
- 3) 40
- 4) 50
- 5) 60

10. ПРИ КАКОМ ОТКРЫТИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРОВОДЯТ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

- 1) 2-3 см
- 2) 3-4 см
- 3) 5-6 см
- 4) 6-7 см
- 5) 7-8 см

*ТЕСТЫ ИТОГОВОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ*  
*ВАРИАНТ № 2*

1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ.
  - 1) длина шейки матки 3,0 см
  - 2) размягчена по периферии
  - 3) цервикальный канал закрыт
  - 4) размягчена на всем протяжении
  - 5) шейка матки сглажена
  
2. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ В РОДАХ НАЧИНАЮТСЯ:
  - 1) с области наружного зева
  - 2) с области внутреннего зева
  - 3) с влагалищной части шейки матки
  - 4) с области нижнего сегмента матки
  - 5) с внутреннего и наружного зева одновременно
  
3. ОПРЕДЕЛИТЕ МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВКИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПЛОСКОСТЯМ МАЛОГО ТАЗА, ЕСЛИ ЕЕ НИЖНИЙ ПОЛЮС РАСПОЛОЖЕН НИЖЕ СЕДАЛИЩНЫХ БУГРОВ
  - 1) головка на тазовом дне
  - 2) головка над входом в малый таз
  - 3) головка прижата ко входу в таз
  - 4) головка в узкой части полости малого таза
  - 5) головка в широкой части полости малого таза
  
4. НАЗОВИТЕ 3-ИЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ.
  - 1) умеренное сгибание головки
  - 2) вставление головки во вход в малый таз
  - 3) внутренний поворот головки затылком кзади
  - 4) разгибание головки
  - 5) врезывание и прорезывание головки
  
5. НАЗОВИТЕ 3-ИЙ МОМЕНТ БИМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ
  - 1) умеренное сгибание головки
  - 2) вставление головки во вход в малый таз
  - 3) внутренний поворот головки затылком кзади
  - 4) разгибание головки
  - 5) дополнительное сгибание головки



6. КАКИМ СИМВОЛОМ ОТМЕЧАЮТ НА ПАРТОГРАММЕ ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ:
- 1) «О»
  - 2) «Х»
  - 3) «М»
  - 4) «А»
  - 5) «І»
7. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ПАРАМЕТРОВ ПАРТОГРАММЫ ПОМОГАЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ГИПОКСИЮ ПЛОДА:
- 1) динамика открытия шейки матки
  - 2) характер схваток
  - 3) цвет околоплодных вод
  - 4) конфигурация головки плода
  - 5) продвижение головки плода
8. КАКАЯ ШТРИХОВКА НА ПАРТОГРАММЕ ОЗНАЧАЕТ СЛАБЫЕ СХВАТКИ:
- 1) точки
  - 2) косые линии
  - 3) сплошное закрашивание
  - 4) поперечные линии
  - 5) вертикальные линии
9. ЛИНИЯ, ОТОБРАЖАЮЩАЯ ПРОЦЕСС ОТКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ НА ПАРТОГРАММЕ, РАСПОЛОЖЕНА СЛЕВА ОТ ЛИНИИ БДИТЕЛЬНОСТИ. ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ, ЧТО:
- 1) темп родов недостаточный
  - 2) темп родов достаточный
  - 3) имеется несоответствие размеров таза матери и головки плода
  - 4) началась активная фаза первого периода родов
  - 5) начался второй период родов
10. ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА ВЫСЛУШИВАЮТ:
- 1) после каждой потуги
  - 2) каждые 5 минут
  - 3) каждые 10 минут
  - 4) каждые 15 минут
  - 5) каждые 30 минут

# Работа с партограммой

## Упражнение № 1. ОТМЕТЬТЕ НА ПАРТОГРАММЕ:



- время приема роженицы — 15 ч, раскрытие шейки матки — 4 см;
- в 17 ч раскрытие шейки — 10 см.

*Вопрос. Какова продолжительность первого периода родов в родильном доме?*

## Упражнение № 2. НАЙДИТЕ НА РИСУНКЕ ..



- время госпитализации в 9 ч, при этом раскрытие шейки матки - 1 см;
- 13 ч - раскрытие шейки на 2 см;
- 17 ч - раскрытие шейки на 3 см, начало активной фазы родов;
- 20 ч - раскрытие шейки матки 10 см.

*Вопросы: 1. Как долго продолжалась латентная фаза родов?  
2. Какова продолжительность активной фазы родов?*

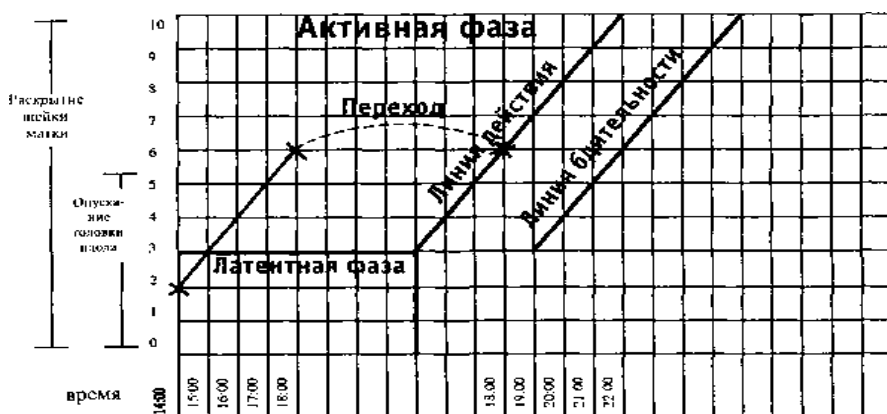
## Упражнение № 3. ОПРЕДЕЛИТЕ:

Время госпитализации роженицы - 14 ч, раскрыта шейка при этом на 2 см.

В 18 ч раскрытие шейки 6 см (активная фаза родов).

В 22 ч раскрытие шейки матки - 10 см.

- Вопросы: 1. Сколько сделано вагинальных исследований?  
2. Какова продолжительность первого периода родов?



#### Упражнение № 4. НАЙДИТЕ:

На рисунке партограммы графическое изображение сокращений матки (схваток).



- время госпитализации роженицы 14 ч, поступила в активной фазе родов;
- раскрытие шейки матки на 3 см, головка стоит на 4/5 над лоном;
- в течение 10 мин наблюдения было 2 сокращения продолжительностью 20-40 с;
- в 18 ч раскрытие шейки — 7 см, головка на 3/5 над лоном, в течение 10 мин было 4 сокращения продолжительностью 20-40 с;
- в 21 ч раскрытие шейки — 10 см, головка на 0/5 над лоном и в течение 10 мин было 5 сокращений продолжительностью 20-40 с.

#### Задание 1.

Первородящая 23 лет поступила в роддом в 11.05 с жалобами на схватки. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 80 ударов в минуту, АД 120/80 мм.рт.ст. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное ритмичное 140 ударов в мин. За 10 минут 3 схватки, продолжительностью 35сек. PV: шейка матки сглаже-

на,открытие 2 см, плодный пузырь цел,предлежит головка, прижата ко входу в малый таз.

*Отразите на партограмме полученные данные.*



### Задание 2.

Первородящая 26 лет поступила в роддом в 01.25 с жалобами на схватки. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 78 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное ритмичное 140 ударов в мин. За 10 минут 3 схватки, продолжительностью 40сек. PV: шейка матки сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз.

*Отразите на партограмме полученные данные.*



### Задание 3.

Повторнородящая 25 лет поступила в роддом в 12.35 с жалобами на схватки и отхождение околоплодных вод. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 78 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное ритмичное 140 ударов в мин. За 10 минут 3 схватки, продолжительностью 45сек. PV: шейка матки сглажена, открытие 6 см, плодного пузыря нет, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, подтекают светлые околоплодные воды.

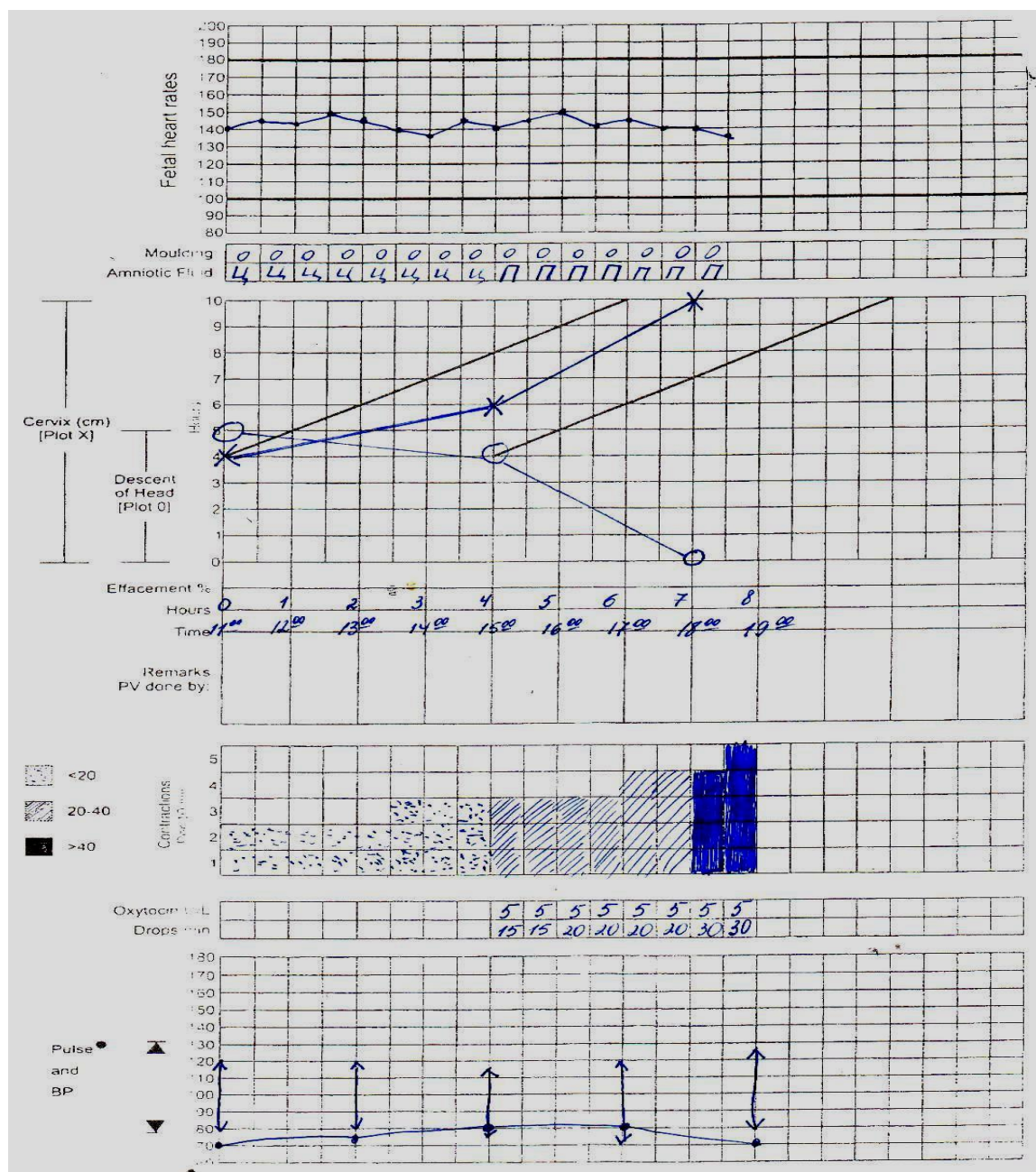
*Отразите на партограмме полученные данные.*



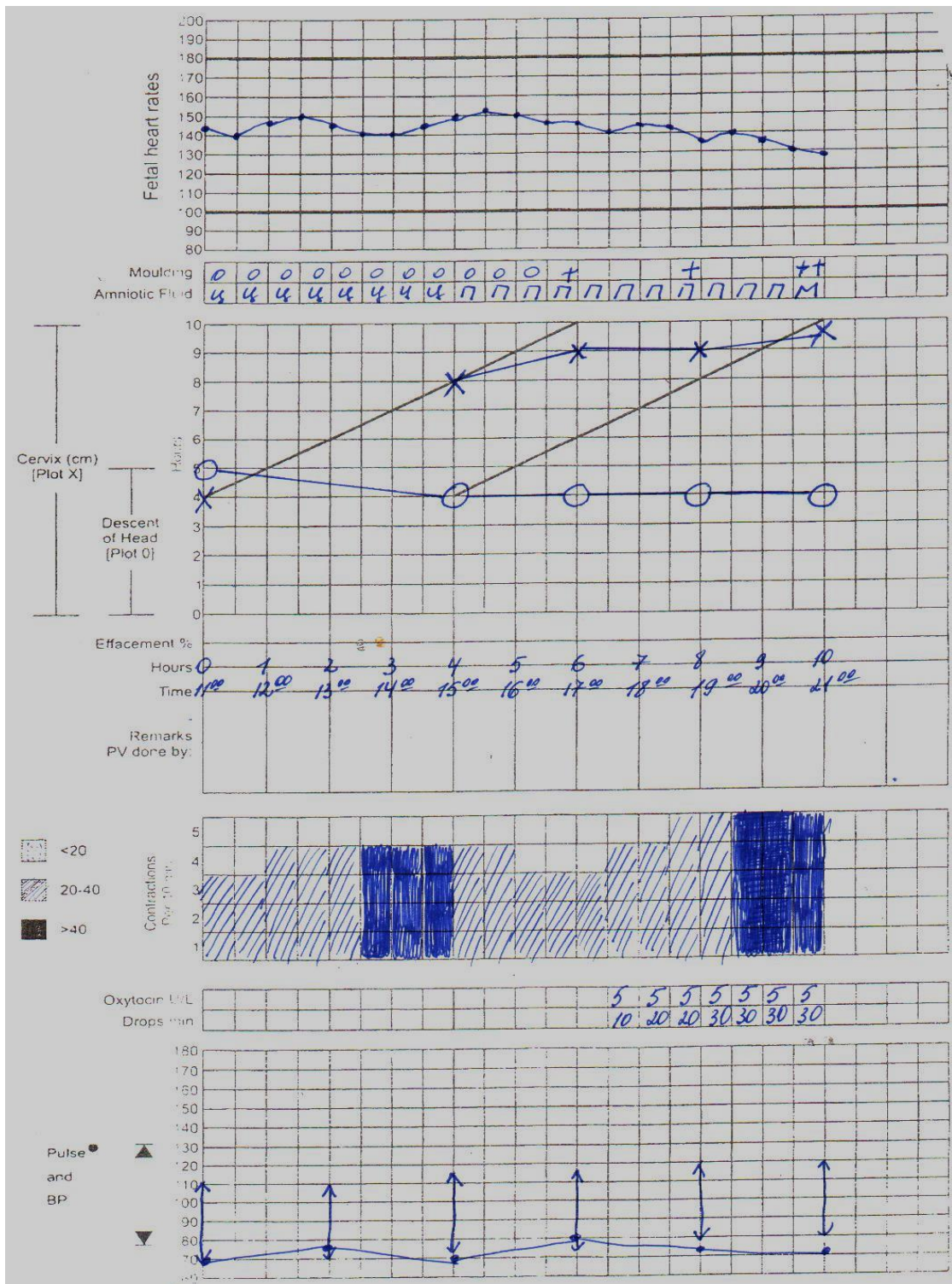
#### Задание 4.

Изучите приведенные ниже образцы партограмм:

А) с нормальным течением родов



• Б) родов с клинически узким тазом



## Ситуационные задачи для контроля знаний

### Ситуационная задача № 1

В роддом поступила первородящая в сроке беременности 40 недель с жалобами на схватки через 7-8 минут. Состояние удовлетворительное. Положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное ритмичное. РV: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 2 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка.

*Поставьте диагноз*

*Определите:*

- 1. позицию и вид плода*
- 2. местоположение головки*
- 3. особенности биомеханизма родов*

### Ситуационная задача № 2

В роддом поступила повторнородящая в сроке беременности 39 недель через 6 часов от начала родовой деятельности. Состояние удовлетворительное. Положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное ритмичное. РV: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 10 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка.

*Поставьте диагноз*

*Определите:*

- 1. позицию и вид плода*
- 2. местоположение головки*
- 3. особенности биомеханизма родов*

### Ситуационная задача № 3

В роддом поступила повторнородящая в доношенном сроке беременности через 5 часов от начала родовой деятельности. Состояние удовлетворительное. Положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное ритмичное. РV: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 6 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа, спереди.

*Поставьте диагноз*

*Определите:*

- 1. позицию и вид плода*
- 2. местоположение головки*
- 3. особенности биомеханизма родов*

### Ситуационная задача № 4

При наружном акушерском исследовании головка плода не определяется. РV: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, головка занимает всю крестцовую впадину, седалищные ости не пальпируются, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева сзади.

*Определите:*

- 1. позицию и вид плода*
- 2. местоположение головки*
- 3. особенности биомеханизма родов*

### **Ситуационная задача № 5**

При наружном акушерском исследовании головка плода неподвижна, над входом в малый таз определяется большая ее часть. РV: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, крестцовая впадина свободна, внутренняя поверхность симфиза доступна исследованию.

*Определите:*

- 1. позицию и вид плода*
- 2. место положение головки*
- 3. способ родоразрешения*

### **Ситуационная задача № 6**

При наружном акушерском исследовании над входом в малый таз определяется незначительная часть головки. РV: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди, пальпируются нижняя половина крестца и 2/3 внутренней поверхности лонного сочленения.

*Определите:*

- 1. позицию и вид плода*
- 2. местоположение головки*
- 3. особенности биомеханизма родов*



## Эталоны ответов на тесты, упражнения и ситуационные задачи

### Тест на тему: «Партограмма»

#### Тест входящего уровня

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
нет	нет	нет	да	да	да	нет	да	нет	нет
11.	12	12	14	15					
нет	нет	нет	нет	да					

#### Тест исходящего уровня

##### Вариант № 1

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1	4	1	5	1	3	4	5	2	2

#### Тест итогового уровня

##### Вариант № 2

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
4	2	1	4	5	2	3	1	2	1

#### **Ответ к упражнению № 1.**

*Вопрос. Какова продолжительность первого периода родов в родильном доме?*

- раскрытие шейки при госпитализации — 4 см, активная фаза;
- раскрытие отмечено на Линии бдительности на уровне 4 см;
- время госпитализации — 15 ч;
- в 17 ч раскрытие шейки — 10 см;
- с момента поступления (15 ч) и до полного открытия (17 ч) первый период длился 2 ч.

#### **Ответ к упражнению № 2.**

*Вопросы:*

1. *Как долго продолжалась латентная фаза родов?*
2. *Какова продолжительность активной фазы родов?*

- латентный период родов начался при госпитализации роженицы в 9 ч, шейка раскрыта на 1 см. Завершился латентный период в 17 ч, шейка при этом раскрыта на 3 см длительность латентного периода родов - 8 ч;
- активный период родов начался в 17 ч, при этом шейка была раскрыта на 3 см; завершился в 20 ч, открытие шейки матки было полным. Активная фаза родов длилась 3 ч.

### **Ответ к упражнению № 3.**

*Вопросы:*

1. *Сколько сделано вагинальных исследований?*
2. *Какова продолжительность первого периода родов?*
  - вагинальный осмотр проводили 3 раза — в 14, 18 и 22 ч;
  - первый период родов продолжается 8 ч — начало его в 14 ч, окончание — в 22 ч.

### **Эталоны ответов на задачи**

#### **Задача № 1.**

**Ответ:** Беременность 40 недель. I период родов, латентная фаза

#### **Задача № 2.**

**Ответ:** Беременность 39 недель. Конец II периода родов

#### **Задача № 3.**

**Ответ:** Беременность 39 - 40 недель, активная фаза I периода родов, II позиция, передний вид

#### **Задача № 4.**

**Ответ:** 1. Позиция и вид позиции плода – 1 позиция задний вид  
2. местоположение головки – головка в полости малого таза  
3. особенности биомеханизма родов – наличие дополнительного сгибания головки

#### **Задача № 5.**

**Ответ:** 1. Позиция и вид плода – 1 позиция 1 вид  
2. место положение головки- прижата ко входу в малый таз  
3. способ родоразрешения – кесарево сечение

#### **Задача № 6.**

**Ответ:** 1. Позиция и вид плода – 2 позиция передний вид  
2. местоположение головки – малым сегментом во входе в малый таз  
3. особенности биомеханизма родов – кесарево сечение

*Учебное - методическое пособие*  
**ПАРТОГРАММА КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ МЕТОД  
КОНТРОЛЯ ЗА КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ**

**Сахаутдинова** Индира Венеровна –

профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 3 ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Республики Башкортостан

**Зулкарнеева** Эльмира Маратовна-

доцент, кандидат медицинских наук, доцент, завуч кафедры акушерства и гинекологии № 3 ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России.

**Кулешова** Татьяна Павловна –

доцент, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3 ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России.

Формат 60x84 1/16. Тираж 20 экз. Заказ № 235.

ООО «БашНИПИнефть» 450006, г. Уфа, ул. Ленина, 86/1