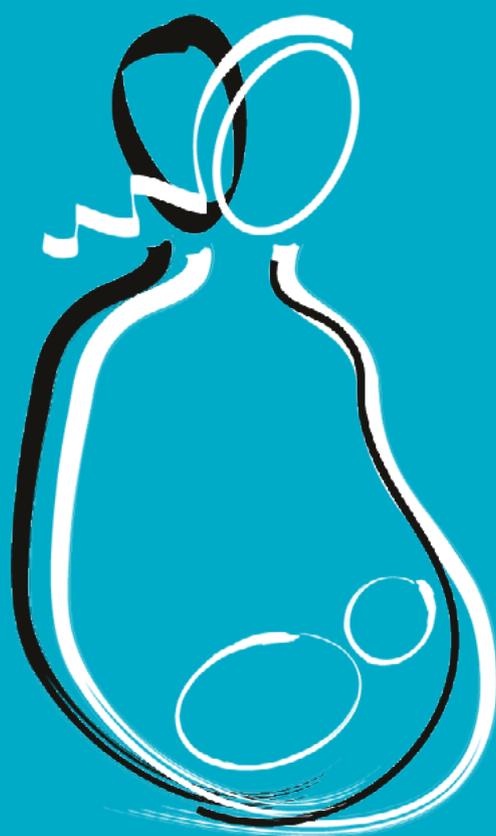


# Партограмма ВОЗ: **РУКОВОДСТВО ДЛЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ**

---



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Партограмма ВОЗ:  
**руководство для пользователя**



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ISBN 978-92-890-5669-4

© **Всемирная организация здравоохранения, 2022 г.**

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке: WHO labour care guide: user's manual. Geneva: World Health Organization; 2020».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

**Предлагаемый формат библиографической ссылки.** Партограмма ВОЗ: руководство для пользователя. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022.  
Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Данные каталогизации перед публикацией (CIP).** Данные CIP доступны по ссылке <http://apps.who.int/iris>.

**Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование.** Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>.

По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

**Материалы третьих лиц.** Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

**Оговорки общего характера.** Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

# Содержание

Сокращения	iv
Выражение признательности	v
Введение	1
Цель настоящего руководства	2
Целевая аудитория	2
Партограмма	2
Для кого необходимо применение партограммы?	2
Когда начинают заполнение партограммы?	3
Где используется партограмма?	3
Структура партограммы	3
Как пользоваться партограммой	5
Мониторинг родовой деятельности для принятия конкретных мер	5
Использование партограммы	6
Номенклатура, используемая при заполнении партограммы	7
Порядок заполнения раздела 1 «Идентификационные данные и характеристики родовой деятельности на момент поступления пациентки»	8
Порядок заполнения раздела 2 «Поддерживающий уход»	10
Порядок заполнения раздела 3 «Оказание помощи ребенку»	12
Порядок заполнения раздела 4 «Оказание помощи матери»	15
Порядок заполнения раздела 5 «Ход родов»	18
Порядок заполнения раздела 6 «Введение лекарственных средств»	21
Порядок заполнения раздела 7 «Совместное принятие решений»	22
Библиография	24
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Партограмма ВОЗ	25
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Адаптация партограммы ВОЗ	26
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Внедрение партограммы ВОЗ в практику работы родильного отделения	27
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Резюме рекомендаций по уходу в интранатальный период для положительного опыта родов	29
ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Основное оборудование и расходные материалы для оказания помощи в интранатальный период	33

## Сокращения

в/в	внутривенно
в/м	внутримышечно
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДАД	диастолическое артериальное давление
ед/л	единица на литр
кап./мин	капель в минуту
КТП	онтролируемая тракция за пуповину
МЕ	международные единицы
ПРК	послеродовое кровотечение
САД	систолическое артериальное давление
уд./мин	ударов в минуту
ЧСС плода	частота сердечных сокращений плода
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
USAID	Агентство США по международному развитию

## Выражение признательности

Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований, а также Департамент по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков и вопросам старения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выражают глубокую благодарность многим специалистам и организациям, которые внесли вклад в разработку данного руководства.

Начало данной работе было положено специалистами Департамента репродуктивного здоровья и научных исследований Fernando Althabe, Mercedes Bonet и Olufemi Oladapo, которые также обеспечивали ее координацию. Вклад в процесс разработки документа на различных этапах внесли следующие сотрудники штаб-квартиры ВОЗ: Maurice Bucagu, Frances McConville и Anayda Portela.

ВОЗ выражает глубокую благодарность следующим участникам Технической рабочей группы: Richard Adanu, Stine Bernitz, Blami Dao, Soo Downe, Justus Hofmeyr, Caroline Homer, Vanora Hundley, Barbara Levy, Tina Lavender, David Lissauer, Robert Pattinson, João Paulo Souza, Mary Ellen Stanton, Jeff Stringer, Petra ten Hoope-Bender и Valerie Vannevel.

ВОЗ выражает признательность большому числу заинтересованных сторон из различных стран мира за обратную связь в ходе проведения обследования и процесса оценки, которые имели место в ходе разработки руководства. ВОЗ выражает особую благодарность в адрес всех партнеров по исследованиям за вклад в разработку руководства в ходе многострановой оценки партпрограммы под руководством Joshua Vogel и Veronica Pingray. Veronica Pingray провела работу по координации международного обследования для первой версии руководства, составлению проекта первой версии и координации деятельности заинтересованных сторон.

Финансирование данной работы проводилось следующими организациями: Агентство США по международному развитию (USAID), Программа развития ООН (ПРООН)/Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА)/Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ)/ВОЗ/Специальная программа научных исследований, разработок и подготовки научных кадров в области воспроизводства населения (HRP), осуществляемая ВОЗ совместно со Всемирным банком. Мнения финансирующих организаций не повлияли на содержание этого документа.



# Введение

Более одной трети случаев материнской смертности, половина случаев мертворождения и четверть всех случаев смерти новорожденных вызваны осложнениями во время родовой деятельности и родоразрешения (1, 2). Большинство этих случаев летального исхода имеют место в условиях низкой обеспеченности ресурсами и в основном могут быть предотвращены за счет своевременных вмешательств (3). Для предупреждения неблагоприятных исходов родов решающее значение имеет мониторинг родовой деятельности и родоразрешения, а также раннее выявление и лечение осложнений. Установлено, что повышение качества помощи в перинатальный период более эффективно в отношении сокращения числа случаев мертворождения, а также случаев смерти матерей и новорожденных по сравнению со стратегиями антенатальной или постнатальной помощи (4).

В феврале 2018 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала сводные рекомендации по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов (5). В рекомендации включены новые определения продолжительности первого и второго периода родов, а также указания, касающиеся срока и порядка реализации акушерских вмешательств, направленных на охрану здоровья и благополучия матерей и детей (5-7). В основе рекомендаций лежит принцип оказания работниками здравоохранения содействия в достижении желаемого физического, эмоционального и психологического состояния матерям, новорожденным и членам их семей посредством применения эффективных методов родовспоможения и исключения неэффективных (и, вероятно, вредных) методов (8).

В рекомендациях ВОЗ по уходу в интранатальный период представлены основанные на фактических данных методы, которых следует придерживаться на всем протяжении родов и непосредственно в послеродовой период, а также указана неэффективная тактика, которой следует избегать. Рекомендации ВОЗ охватывают следующие вопросы:

- оказание помощи на всем протяжении родовой деятельности и деторождения: уважительное отношение к роженице, эффективное взаимодействие, партнерство в родах и непрерывность оказания помощи;
- первый период родов: определение латентной и активной фаз первого периода, продолжительность и течение первого периода, порядок приема в родильное отделение, определение размеров таза при поступлении, рутинная оценка состояния плода при поступлении роженицы, бритье лонной области, постановка клизмы при поступлении, пальцевое вагинальное исследование, гигиена влагалища, непрерывная кардиоотография, периодическое прослушивание сердцебиений плода, обезболивание, пероральный прием пищи и жидкости, перемещения роженицы и положение в родах, активное ведение родовой деятельности, рутинная амниотомия, введение окситоцина для стимуляции родовой деятельности, введение спазмолитиков, а также внутривенные инфузии для предупреждения замедления родовой деятельности;
- второй период родов: определение и длительность второго периода родов, положение роженицы (при выполнении эпидуральной анальгезии и без нее), методы выдавливания, способы профилактики травмы промежности, эпизиотомия, давление на живот;
- третий период родов: профилактическое введение утеротоников, отсроченное пережатие пуповины, контролируемая тракция за пуповину, а также массаж матки;
- уход за новорожденным: рутинное применение аспираторов для полости носа или рта в ходе оказания помощи, контакт «кожа к коже», грудное вскармливание, профилактика геморрагических осложнений, применение витамина К, гигиена, а также другие виды ухода за новорожденным непосредственно после рождения;

- оказание помощи родильнице: оценка тонуса матки, применение антибиотиков, рутинная оценка состояния матери в послеродовый период, а также выписка после неосложненных естественных родов.

В целях содействия эффективному осуществлению вышеуказанных рекомендаций ВОЗ провела анализ и пересмотр структуры предыдущей версии партограммы. Партограмма подготовлена в интересах обеспечения благополучия женщины и плода в ходе родов путем проведения мониторинга специалистами здравоохранения с выполнением регулярной оценки состояния на предмет возможных отклонений от нормы. Данный инструмент должен содействовать совместному принятию решений работниками здравоохранения и роженицами, а также обеспечению ухода, ориентированного на потребности роженицы. Партограмма разработана в интересах оказания качественной и основанной на доказательных данных помощи, и большое внимание в ней уделено безопасности, исключению избыточных вмешательств, а также поддерживающему уходу.

### **Цель настоящего руководства**

Данное руководство разработано для содействия эффективному использованию партограммы работниками здравоохранения, оказывающими помощь роженицам в ходе родов и родоразрешения.

### **Целевая аудитория**

Основной целевой аудиторией данного пособия являются квалифицированные медицинские работники, непосредственно занятые в процессе оказания помощи в родах и родоразрешении во всех учреждениях. К их числу относятся акушерки, медицинские сестры, врачи общей практики и врачи акушеры. Кроме того, пособие будет полезным для сотрудников, занимающихся подготовкой медицинского персонала, руководителей медицинских учреждений, исполнителей и руководителей программ в области охраны здоровья матери и ребенка, неправительственных организаций (НПО) и профессиональных обществ, участвующих в планировании и управлении услугами в области охраны здоровья матери и ребенка.

## **Партограмма**

Основными целями партограммы являются:

- регламентация порядка мониторинга и документальной фиксации сведений о благополучии женщин и детей, а также о ходе родов;
- регламентация поддерживающего ухода, организуемого работниками здравоохранения в ходе родов, для формирования положительного опыта родов;
- содействие квалифицированным работникам здравоохранения в оперативном выявлении и устранении возникающих осложнений родов путем установления пороговых значений для наблюдения за ходом родовой деятельности, при отклонении от которых изменяют тактику или принимают другие меры;
- предупреждение выполнения излишних вмешательств в родах;
- содействие контролю и повышению качества ведения родов.

### **Для кого необходимо применение партограммы?**

Партограмма разработана для оказания помощи беременной и плоду в ходе родовой деятельности и родоразрешения. Она предусматривает выполнение оценок и проведение наблюдений, необходимых для оказания помощи всем беременным женщинам, независимо от имеющихся у них рисков. С другой стороны,

партограмма в первую очередь составлена для оказания помощи практически здоровым беременным женщинам и плодам (то есть беременным с низким риском). Для женщин, подвергающихся высокому риску осложнений в родах, может быть необходим специализированный мониторинг и уход (9).

При поступлении беременной в родильное отделение необходимо провести первичную оценку на предмет вероятного начала родовой деятельности. Подробные рекомендации в отношении проведения первичной оценки состояния беременной и плода и определения периода родов представлены в документе «Уход во время беременности, родов, послеродового периода, уход за новорожденным. Руководство для эффективной практики» (10). Партограмма необходима для дальнейшего мониторинга хода начавшихся родов.

### **Резюме основных этапов, касающихся начала заполнения партограммы**

#### **Для кого необходимо применение партограммы?**

Все женщины, находящиеся в родах. Для женщин, затронутых высоким риском, может быть необходимо дополнительное наблюдение и помощь.

#### **Когда начинают заполнение партограммы?**

В начале активной фазы первого периода родов (то есть раскрытие шейки матки 5 см или более).

#### **Где используется партограмма?**

Партограмма разработана для применения на всех уровнях оказания помощи во всех учреждениях здравоохранения.

### **Когда начинают заполнение партограммы?**

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

Хотя заполнение партограммы не проводят в латентной фазе родов, предполагается, что в этой фазе проводится мониторинг, оказание необходимой помощи и содействия беременной и плоду. Подробные рекомендации в отношении помощи роженицам в латентной фазе родов представлены в документе «Уход во время беременности, родов, послеродового периода, уход за новорожденным. Руководство для эффективной практики» (10).

### **Где используется партограмма?**

Партограмма предназначена для использования при родовспоможении в условиях лечебного учреждения, включая учреждения первичной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. При возникновении осложнений родов у роженицы в условиях учреждения более низкого уровня, необходим перевод в учреждение более высокого уровня. Таким образом, для обеспечения безопасного и своевременного перевода в другое учреждение в этих условиях для женщин должен быть обеспечен доступ к необходимым возможностям перенаправления и транспортировки. Использование партограммы может способствовать раннему выявлению возможных осложнений; таким образом, ее применение в необходимых случаях должно способствовать своевременному переводу пациенток.

**Рисунок 1. Разделы партограммы**

**ПАРТОГРАММА ВОЗ**

**Раздел 1** → ФИО \_\_\_\_\_ Число родов \_\_\_\_\_ Начало родовой деятельности \_\_\_\_\_ Диагноз активной фазы родов [Дата \_\_\_\_\_]

Разрыв плодных оболочек [Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_] Факторы риска \_\_\_\_\_

**Критические показатели (столбец данных)**

	Время	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Часы																
Критические показатели	← АКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРВОГО ПЕРИОДА →												← ВТОРОЙ ПЕРИОД →			
<b>Раздел 2</b> → Поддерживающий уход	Сопровождающее лицо	Нет														
	Обезболивание	Нет														
	Пероральное введение жидкости	Нет														
	Положение	Спина														
<b>Раздел 3</b> → Плод	Базальная ЧСС плода	<110, ≥160														
	Децелерация ЧСС	Поз														
	Амниотическая жидкость	M+++ , K														
	Внутриутробное расположение плода	P, T														
	Родовая жидкость	+++														
	Конфигурация головки	+++														
<b>Раздел 4</b> → Рокотеция	Пuls	<60, ≥120														
	Систолическое АД	<80, ≥140														
	Диастолическое АД	≥90														
	Температура °С	<35,0, ≥37,5														
	Моча	B++, A++														
<b>Раздел 5</b> → Ход родов	Частота схваток в течение 10 мин.	≤2, >5														
	Продолжительность схваток	<20, >60														
	Раскрытие шейки матки [График X]	10														
		9	≥ 2ч													
		8	≥ 2,5ч													
		7	≥ 3ч													
		6	≥ 5ч													
	Продвижение плода [График O]	5	≥ 6ч													
		4														
		3														
2																
1																
0																
<b>Раздел 6</b> → Медикаменты	Окситоцин (Ед/л, кап./мин)															
	Препараты															
	Внутренние инфузии															
<b>Раздел 7</b> → Совместные принятые решения	Оценка состояния															
	План															
Инициалы																

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

СОКРАЩЕНИЯ: О - отказ, Н - неизвестно, Спина - на спине, М - Мобильна (периодически перемещается), Ран - ранние, Поз - поздние, Вар - варибельные, Ц - целье, С - светлая, М - меконий, К - кровь, А - передний вид, Р - задний вид, Т - поперечное состояние стреловидного шва, Б\* - белок, А\* - азотен

### Структура партограммы

Партограмма представлена семью разделами, которые заимствованы из предыдущей версии документа. В структуре имеются следующие разделы (см. рис. 1):

1. Идентификационные данные и характеристики родовой деятельности на момент поступления пациентки

2. Поддерживающий уход
3. Оказание помощи ребенку
4. Оказание помощи матери
5. Ход родов
6. Введение лекарственных средств
7. Совместное принятие решений

В разделе 1 указывают полное имя женщины, а также важные для ведения родов характеристики родовой деятельности на момент поступления пациентки: число родов, начало родовой деятельности (самостоятельное/индуцированное), дата постановки диагноза активной фазы родов, дата и время разрыва оболочек, факторы риска. Этот раздел следует заполнить информацией, полученной при подтверждении диагноза активной фазы родов.

В разделах 2–7 содержится перечень наблюдений за ходом родов. Вскоре после поступления роженицы в отделение медицинский работник должен заполнить информацию по всем разделам. Остальные разделы партограммы заполняют при выполнении дальнейших оценок родовой деятельности. Для фиксации времени наблюдения, а также любого отклонения от нормы по каждому наблюдаемому параметру имеется соответственно горизонтальная ось времени и вертикальная ось пороговых значений. Кроме того, для продолжения наблюдений, сделанных на первом этапе родов, в партограмме предусмотрен раздел для второго этапа (за исключением оценки раскрытия шейки матки, который завершается в первом периоде родов).

## Как пользоваться партограммой

### Мониторинг родовой деятельности для принятия конкретных мер

Регулярная оценка родовой деятельности необходима для обеспечения благополучия женщин и плода в ходе родов. Решение о вмешательстве в ходе родов основывается в первую очередь на выявлении отклонений различных параметров от ожидаемых значений.

Для содействия ориентированному на принятие конкретных мер мониторингу родовой деятельности в партограмме представлены пороговые значения параметров родов, а также имеется раздел для документальной фиксации совместно принятых решений в отношении любого отклонения от ожидаемой нормы. Для обеспечения систематического и единообразного применения партограммы работникам здравоохранения рекомендуется использовать подход, основанный на принципе «Оцени → Запиши → Проверь → Запланируй», который предусматривает:

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

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

Ниже представлены пояснения о порядке заполнения партограммы. Для наглядной иллюстрации порядка использования партограммы в конце каждого раздела представлен клинический пример.

Более подробные рекомендации в отношении клинического ведения пациенток во время родов и родоразрешения, в том числе действия при возникновении осложнений, представлены в документах «Уход во время беременности, родов, послеродового периода, уход за новорожденным. Руководство для эффективной практики» (10) и «Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для акушерок и врачей» (9).

Партограмма разработана как пособие и не служит заменой процессу принятия клинического решения специалистом с учетом индивидуальных обстоятельств, а также предпочтений пациентки. Исходя из соображений практического удобства, аспекты наблюдения за матерями и детьми описаны в разных разделах. Вместе с тем решения не должны основываться на отдельных наблюдениях; при их принятии необходимо руководствоваться комплексной оценкой состояния женщины и ребенка.

## Использование партограммы

**Ось времени.** Первый ряд ячеек на оси времени («Время») предназначен для указания фактического времени каждого наблюдения; во втором ряду («Часы») указывают количество часов, прошедших в родах (см. рис. 2). Строка «Время» разделена на ячейки для указания фактического времени в часах и минутах. Одной ячейке соответствует один астрономический час.

**Рисунок 2. Порядок указания времени в партограмме**

Время	6:30	7:30	8:30	9:30	10:30	11:30	12:30	:	:	:	:	:	:	12:45	:	:	:
Часы		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	

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

В случае если роды продолжаются свыше 12 часов, следует продолжить заполнение партограммы на следующем бланке. В зависимости от практики, принятой на местах, регистрацию времени следует проводить в 12 или 24 часовом формате.

**Столбец с пороговыми значениями («Критические показатели»).** В столбце «Критические показатели» представлены пороговые значения для различных параметров родовой деятельности, в связи с которыми работники здравоохранения должны проводить тщательную оценку состояния и принимать необходимые меры, как указано в таблицах 3–7. В случае если параметры родовой деятельности находятся в рамках пороговых значений, указанных в столбце «Критические показатели», следует считать, что ход родов и процесс оказания помощи соответствуют норме, и проведения медицинских вмешательств не требуется.

Медицинские работники должны обозначить кружком любые параметры, которые отвечают критериям столбца «Критические показатели». Это позволит наглядно выделить параметры, требующие особого внимания.

В основном пороговые значения заимствованы из рекомендаций ВОЗ, тогда как некоторые получены на основе консенсусного мнения экспертов. Важно заметить, что пороговые значения следует рассматривать как средство раннего оповещения.

Таким образом, пороговые значения следует адаптировать сообразно руководящим указаниям на местах, и они не должны заменять экспертного суждения клинициста, оказывающего помощь.

**Периодичность выполнения оценки.** Периодичность наблюдения за параметрами приблизительно соответствует таковой в предыдущей версии партограммы, как указано в таблицах 4–7. Хотя периодичность проведения оценки, предусмотренной партограммой, преимущественно основана на методических указаниях ВОЗ, для ряда переменных кратность мониторинга определяется консенсусным мнением экспертов, а не высококачественными фактическими данными. Медицинские работники должны адаптировать регулярность проведения мониторинга к каждому клиническому случаю согласно руководящим указаниям на местах. Ожидается, что необходимая кратность оценки будет определяться результатами наблюдений за ходом родов, а также состоянием женщины и ребенка.

## Номенклатура, используемая при заполнении партограммы

В случае если определяемый показатель является числовой величиной, его записывают в числовом выражении. При указании нечисловых величин, то есть величин, не измеряемых количественно, используют ряд сокращений для стандартизации номенклатуры, применяемой различными группами специалистов здравоохранения, а также для единообразной интерпретации столбца «Критические показатели» (см. таблицу 1).

**Таблица 1. Сокращения для записи нечисловых величин**

<b>Раздел 1. Идентификационные данные и характеристики родовой деятельности на момент поступления пациентки</b>	
Разрыв плодных оболочек (дата; время)	H = неизвестно
<b>Раздел 2. Поддерживающий уход</b>	
Сопровождающее лицо	Да
	Нет
	O = отказ роженицы
Обезболивание	Да
	Нет
	O = отказ роженицы от фармакологических или нефармакологических методов обезболивания
Пероральное введение жидкости	Да
	Нет
	O = отказ роженицы
Положение	Спина = на спине
	M = мобильна (периодически перемещается)
<b>Раздел 3. Плод</b>	
Децелерации ЧСС	Нет
	Ран = ранние
	Поз = поздние
	Вар = переменные
Амниотическая жидкость	Ц = целые плодные оболочки
	С = имеется разрыв плодных оболочек, амниотическая жидкость светлая
	M = амниотическая жидкость окрашена меконием: указать соответственно +, ++ или +++ для небольшой, средней и высокой интенсивности окрашивания
	K = примесь крови в амниотической жидкости

Внутриутробное расположение плода	A = любая позиция при переднем виде затылочного предлежания
	P = любая позиция при заднем виде затылочного предлежания
	T = любая позиция при поперечном стоянии стреловидного шва
Родовая опухоль	0 (без патологии)
	+
	++
	+++ (выраженный)
Конфигурация головки	0 (без патологии)
	+ (кости сближены в области швов)
	++ (захождение костей по швам с возможностью репозиции)
	+++ (захождение костей по швам без возможности репозиции)
<b>Раздел 4. Роженица</b>	
Моча	Б – (отсутствие протеинурии)
	Б след (следовые количества белка)
	Б 1+
	Б 2+
	Б 3+
Ацетон	А – (отсутствие ацетонурии)
	А 1+
	А 2+
	А 3+
	А 4+
<b>Раздел 5. Ход родов</b>	
Не применимо	
<b>Раздел 6. Введение лекарственных средств</b>	
Окситоцин	Нет
	Если выбран вариант «да», укажите дозировку в ед/л и скорость введения в кап./мин
Введение лекарственных средств	Нет
	Если выбран вариант «да», укажите название препарата, дозировку и путь введения
Внутривенные инфузии	Да
	Нет
<b>Раздел 7. Совместное принятие решений</b>	
Не применимо	

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

В данном разделе указывают полное имя женщины и основные сведения, которые необходимы для понимания основных характеристик состояния женщины, а также риска, которому она подвергалась на момент поступления в родильное отделение. Кроме того, в медицинскую карту пациентки должны быть внесены другие важные демографические данные и характеристики родовой деятельности, такие как возраст

женщины, гестационный возраст, результаты серологического исследования, уровень гемоглобина, группа крови и резус фактор, информация о том, кем и по какой причине женщина направлена в учреждение, а также данные о высоте стояния дна матки над симфизом.

В таблице 2 указан порядок оценки переменных данного раздела, а также порядок внесения полученных сведений в партограмму.

**Таблица 2. Рекомендации для заполнения раздела 1**

Переменная	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись
<b>ФИО</b>	Уточнить у женщины ее полное имя.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Записать полное имя роженицы и убедиться в том, что оно соответствует имени, указанному в медицинской карте.</li> </ul>
<b>Число родов</b>	Выписка из медицинской документации с указанием количества беременностей, завершившихся родами на сроке, на котором плод считается жизнеспособным (в соответствии с рекомендациями на местах).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Для указания числа родов следует воспользоваться принятой на местах системой кодирования, например, Число родов (ЧР) = количество родившихся плодов (на сроке, на котором плод считается жизнеспособным согласно принятым на местах определениям).</li> </ul>
<b>Начало родовой деятельности</b>	Охарактеризовать начало родовой деятельности: спонтанное или индуцированное (с использованием любых средств стимуляции).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Указать «Спонтанное» в случае, если активная фаза первого периода родов началась без какой либо стимуляции родовой деятельности (либо фармацевтическими, либо нефармацевтическими средствами).</li> <li>Указать «Индукцированное» в случае, если имела место искусственная стимуляция родов путем введения беременной окситоцина или простагландинов, искусственного разрыва амниотических оболочек, введения баллонного катетера в шейку матки, либо иными способами.</li> </ul>
<b>Диагноз активной фазы родов</b>	Дата постановки диагноза активной фазы первого периода родов.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дата постановки диагноза активной фазы родов. Для указания даты следует использовать формат, принятый на местах (например, дд/мм/гг, или мм/дд/гг, или дд/мм/гггг).</li> </ul>
<b>Разрыв плодных оболочек</b>	Указать дату и время разрыва плодных оболочек (в случае их разрыва до поступления пациентки).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дата и время [чч: мм] разрыва плодных оболочек. Эти данные могут быть сообщены женщиной или сопровождающим ее лицом, либо перенесены из медицинской карты в случае, если разрыв оболочек имел место после поступления женщины и до начала заполнения партограммы.</li> <li>Для указания времени следует использовать формат, принятый на местах.</li> <li>Указать «Н» или «неизвестно» в случае, если имеется подтвержденный разрыв оболочек, однако роженица не может указать дату и/или время разрыва, а также отсутствует документация в медицинской карте.</li> </ul>
<b>Факторы риска</b>	Факторы риска.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Имеется информация об акушерских, медицинских или социальных факторах риска, влияющих на оказание помощи и возможный результат ведения родов. Например, имеющееся расстройство здоровья (такое как длительно протекающая гипертензия), акушерские состояния (такие как преэклампсия), поздняя беременность, подростковая беременность, недоношенная беременность, а также колонизация стрептококками группы В.</li> </ul>



**Таблица 3. Рекомендации для заполнения раздела 2 партограммы**

	<b>Этап 1. Выполнить оценку</b>	<b>Этап 2. Сделать запись</b>	<b>Этап 3. Сверить с пороговым значением</b>	<b>Этап 4. Составить план</b>
<b>Сопровождающее лицо</b>	Присутствует ли с женщиной в ходе проведения оценки выбранное ею сопровождающее лицо?	Да Нет О = отказ роженицы	Критические показатели: Нет	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае если выбран вариант «Нет», следует предложить женщине выбрать и пригласить сопровождающее лицо.</li> <li>В случае если выбран вариант «Да» или «Отказ», в процессе родов необходимо сделать предложение повторно.</li> </ul>
<b>Обезболивание</b>	Приняты ли меры для обезболивания?	Да Нет О = отказ роженицы от обезболивания	Критические показатели: Нет	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае если выбран вариант «Нет», следует предложить женщине обезболивание, исходя из ее предпочтений, доступности средств для обезболивания и опыта медицинского персонала.</li> <li>Может быть предложено эпидуральное введение средств для обезболивания в наименьшей эффективной концентрации местного анестезирующего средства во избежание осложнений, либо опиоидов, таких как фентанил, диаморфин и петидин. Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление, дыхательные методики, музыку и практику осознанности, а также мануальные техники рекомендуются для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).</li> </ul>
<b>Пероральное введение жидкости</b>	Потребляла ли роженица жидкость в требуемом объеме с момента предыдущей оценки состояния?	Да Нет О = отказ роженицы	Критические показатели: Нет	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае если выбран вариант «Нет», следует рекомендовать роженице прием легкой пищи и употребление жидкости по желанию.</li> </ul>
<b>Положение</b>	В каком положении находится женщина в ходе родов и родоразрешения?	Спина = на спине М = мобильна (периодически перемещается, в том числе ходит, покачивается, находится в любом положении, кроме положения на спине, например на левом боку, на корточках, на коленях, стоя)	Критические показатели: Спина = на спине	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае если выбран вариант «На спине», в течение первого периода родов следует предложить женщине возможность свободного перемещения.</li> <li>В каждом периоде родов необходимо предложить женщине самостоятельно выбрать положение тела (на левом боку, на корточках, на коленях, стоя рядом с сопровождающим лицом).</li> </ul>



**Таблица 4. Рекомендации для заполнения раздела 3 партограммы**

	<b>Этап 1. Выполнить оценку</b>	<b>Этап 2. Сделать запись</b>	<b>Этап 3. Сверить с пороговым значением</b>	<b>Этап 4. Составить план</b>
<b>Baseline FHR</b>	Провести аускультацию ЧСС плода на протяжении как минимум одной минуты. Провести аускультацию во время схватки, продолжать на протяжении не менее 30 секунд по окончании схватки. Оценить пульс роженицы с целью дифференцировки ее сердечных сокращений от сердечных сокращений плода.	Записать базальную ЧСС плода (количество сокращений за 1 минуту). Во втором периоде записать наиболее важное с клинической точки зрения значение, полученное в течение 15 минутного интервала.	<b>Критические показатели: &lt;110, ≥160</b>  Во время родов у здоровых беременных женщин рекомендуется периодически проводить аускультацию плода с помощью доплеровского УЗИ аппарата или стетоскопа Пинара (5). Крайне низкая ЧСС плода в отсутствие схваток, либо продолжающаяся после схватки указывает на дистресс плода. Высокая ЧСС плода в отсутствие высокой частоты сердечных сокращений у роженицы должна рассматриваться как признак дистресса плода (9)	В случае если ЧСС плода <110 или ≥160, необходимо попросить роженицу лечь на левый бок, уведомить старшего клинициста и действовать согласно клиническим рекомендациям. В случае если ЧСС плода находится в диапазоне от 110 до 159, следует продолжать регулярную оценку ЧСС плода каждые 30 минут в течение первого периода родов и каждые 5 минут в течение второго периода родов (10).
<b>Децелерации ЧСС</b>	Провести аускультацию ЧСС плода на протяжении как минимум одной минуты. Провести аускультацию во время схватки, продолжать на протяжении не менее 30 секунд по окончании схватки.	Записать сведения о децелерациях, пользуясь следующими условными обозначениями: Нет Ран = ранние Поз = поздние Вар = переменные	<b>Критические показатели: Поз = поздние</b>  Записать сведения о децелерациях (5). Крайне низкая ЧСС плода в отсутствие схваток, либо продолжающаяся после схватки указывает на дистресс плода (9).	В случае если зафиксированы поздние децелерации, либо имеется однократная длительная децелерация, следует попросить роженицу лечь на левый бок, провести аускультацию в течение продолжительного периода времени, уведомить старшего клинициста и действовать в соответствии с клиническими рекомендациями. В отсутствие децелераций следует продолжать регулярную оценку ЧСС плода каждые 30 минут в течение первого периода родов и каждые 5 минут в течение второго периода родов (10).
<b>Амниотическая жидкость</b>	В каком состоянии находятся плодные оболочки? Имеется ли подтекание амниотической жидкости? В случае если выбран ответ «да», какого цвета амниотическая жидкость?	Ц = целые плодные оболочки С = имеется разрыв плодных оболочек, амниотическая жидкость светлая М = амниотическая жидкость окрашена меконием: указать соответственно +, ++ или +++ для небольшой, средней и высокой интенсивности окрашивания К = имеется разрыв плодных оболочек, жидкость окрашена кровью	<b>Критические показатели: М+++ (интенсивное окрашивание меконием), К = кровь</b>  Укажите статус плодных оболочек. Если произошел разрыв плодных оболочек, обратите внимание на цвет вытекающей амниотической жидкости. Наличие густого мекония указывает на необходимость тщательного наблюдения и возможного вмешательства для оказания помощи в случае дистресса плода (9). Окрашивание амниотической жидкости кровью часто наблюдается при отслойке плаценты, предлежании плаценты, предлежании сосудов или разрыве матки (11).	В случае окрашивания жидкости кровью, либо при наличии густого мекония следует уведомить старшего клинициста и действовать согласно клиническим рекомендациям. В случае если плодные оболочки целы, либо имеется их разрыв, в то время как амниотическая жидкость прозрачна, следует оценить состояние амниотической жидкости при следующем влагалищном исследовании через 4 часа, если не показано иное.

	<b>Этап 1. Выполнить оценку</b>	<b>Этап 2. Сделать запись</b>	<b>Этап 3. Сверить с пороговым значением</b>	<b>Этап 4. Составить план</b>
<b>Внутриутробное расположение плода</b>	После получения согласия роженицы и обеспечения приватности следует выполнить влагалищное исследование для оценки положения плода с соблюдением осторожности и в соответствии с правилами асептики. В момент схватки исследование не проводят. Одновременно оценить все параметры, требующие проведения влагалищного исследования.	A = передний вид затылочного предлежания P = задний вид затылочного предлежания T = поперечное стояние стреловидного шва	<b>Критические показатели:</b> <b>P = задний вид затылочного предлежания, T = поперечное стояние стреловидного шва</b>  В ходе продвижения плода по родовым путям совершается поворот головки таким образом, что затылок плода оказывается обращенным кпереди в полости таза матери. В случае если на фоне поперечного стояния стреловидного шва, либо заднего вида затылочного предлежания не происходит поворота плода в передний вид затылочного предлежания, необходимо рассматривать данную ситуацию как патологическое положение плода (9).	В случае выявления заднего вида затылочного предлежания или поперечного стояния стреловидного шва следует уведомить старшего клинициста и действовать согласно клиническим рекомендациям. При выявлении переднего вида затылочного предлежания следует повторно оценить положение плода в ходе следующего влагалищного обследования через 4 часа, если не показано иное.
<b>Родовая опухоль</b>	При выполнении влагалищного исследования в целях оценки клинических параметров необходимо оценить наличие родовой опухоли (распространенный отек волосистой части головы).	Оценить выраженность отека по шкале от 0 (отсутствует) до +, ++ или +++ (выраженный).	<b>Критические показатели:</b> <b>+++</b>  Оценить наличие родовой опухоли наряду с другими параметрами состояния матери и плода в целях наблюдения за благополучием женщины и ребенка, а также выявления риска неблагоприятных исходов родов (5). В случае если в предлежащей части головки определяется крупная родовая опухоль, это (наряду с другими отклонениями от нормы) может указывать на механическое препятствие прохождению плода (9).	В случае если выраженность родовой опухоли оценивают как +++, необходимо уведомить старшего клинициста и действовать в соответствии с протоколами, принятыми на местах. В случае если выраженность родовой опухоли оценивают в диапазоне от 0 до ++, следует повторить оценку при следующем влагалищном обследовании через 4 часа, если не показано иное.
<b>Конфигурация головки</b>	В ходе выполнения влагалищного исследования для оценки других клинических параметров оценить форму головы плода, а также степень захождения костей друг на друга во время родового акта.	Оценить захождение по шкале от 0 (отсутствует) до или +++ (выраженное). Оценка: + (кости сближены в области швов), ++ (захождение костей по швам с возможностью репозиции), +++ (захождение костей по швам без возможности репозиции).	<b>Критические показатели:</b> <b>+++</b>  Оценить конфигурацию головки наряду с другими параметрами состояния матери и плода в целях наблюдения за благополучием женщины и ребенка, а также выявления риска неблагоприятных исходов родов (5). Третий вид конфигурации головки (наряду с другими отклонениями от нормы) может указывать на механическое препятствие прохождению плода (9).	В случае если конфигурацию головки оценивают как +++, необходимо уведомить старшего клинициста и действовать в соответствии с протоколами, принятыми на местах. В случае если конфигурацию головки оценивают в диапазоне от 0 до ++, как правило, это признак нормы (главным образом, если ++ зарегистрировано в поздние периоды родов); провести повторную оценку в ходе следующего влагалищного обследования через 4 часа, если не показано иное.



**Таблица 5. Рекомендации для заполнения раздела 4 партограммы**

	<b>Этап 1. Выполнить оценку</b>	<b>Этап 2. Сделать запись</b>	<b>Этап 3. Сверить с пороговым значением</b>	<b>Этап 4. Составить план</b>
<b>Пульс</b>	Провести подсчет пульса роженицы на протяжении не менее одной минуты.	Указать величину пульса роженицы (уд./мин.).	<b>Критические показатели: &lt;60, ≥120</b>  Нарастание пульса пациентки может служить признаком дегидратации или боли, лихорадки, кровотечения или шокового состояния (9). При появлении брадикардии у матери необходимо провести ряд оценок состояния матери (и плода) в целях выявления возможной причины, включая применение конкретных лекарственных средств, положение на спине, наличие боли, кровотечения или заболевания сердца (12).	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае если величина пульса &lt;60 или ≥120 уд./мин., необходимо уведомить старшего клинициста и действовать согласно клиническим рекомендациям.</li> <li>В случае если величина пульса ≥60 или &lt;120 уд./мин., следует проводить оценку величины пульса с периодичностью один раз в 4 часа.</li> </ul>
<b>Систолическое АД</b>	Провести измерение артериального давления в положении сидя.	Указать величину систолического артериального давления (САД) роженицы в мм рт.ст.	<b>Критические показатели: &lt;80, ≥140</b>  Провести оценку артериального давления с целью мониторинга состояния женщины и выявления риска неблагоприятных исходов родов (5). Низкое артериальное давление может быть признаком геморрагического шока, септического шока, скрытого либо явного кровотечения. Систолическое артериальное давление на уровне 140 мм рт. ст. может свидетельствовать о гипертензии (для постановки диагноза необходимо проведение дальнейших оценок) (10, 12).	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае если величина САД &lt;80 или ≥140, необходимо уведомить старшего клинициста и действовать согласно рекомендациям на местах.</li> <li>В случае если величина САД ≥80 или &lt;140, оценку величины САД необходимо проводить каждые 4 часа.</li> </ul>
<b>Диастолическое АД</b>	Провести измерение артериального давления в положении сидя.	Указать величину диастолического артериального давления (ДАД) роженицы в мм рт.ст.	<b>Критические показатели: ≥90</b>  Диастолическое артериальное давление на уровне ≥90 может свидетельствовать о гипертензии (для постановки диагноза необходимо проведение дальнейших оценок) (10).	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае если величина ДАД ≥90, необходимо уведомить старшего клинициста и действовать согласно рекомендациям на местах.</li> <li>В случае если величина ДАД &lt;90, оценку величины ДАД необходимо проводить каждые 4 часа.</li> </ul>
<b>Температура</b>	Измерить температуру в подмышечной впадине.	Указать температуру роженицы в градусах Цельсия.	<b>Критические показатели: &lt;35,0, ≥37,5</b>  Проводить контроль температуры на протяжении родов с целью мониторинга состояния женщины и выявления риска неблагоприятных исходов родов (5).	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае если значение температуры &lt;35,0 или ≥37,5, необходимо уведомить старшего клинициста и действовать согласно рекомендациям на местах.</li> <li>В случае если значение температуры находится в диапазоне от 35,0 до 37,4 градусов, необходимо проводить оценку температуры каждые 4 часа.</li> </ul>
<b>Моча</b>	Определить наличие белка и ацетона в моче с использованием тест полоски.	Указать содержание белка (Б) и ацетона (А), пользуясь следующими категориями: не выявлено, следовые количества, +, ++, +++, ++++.	<b>Критические показатели: Б++, А++</b>  При выявлении концентрации белка на уровне 2+ (Б++) может быть необходимо принятие дополнительных мер, однако наряду с этим может быть необходимо повторное определение концентрации 2+ с использованием тест полоски в следующей порции мочи. Протеинурия может быть признаком преэклампсии, инфекции мочевыводящих путей, тяжелой анемии либо ранее недиагностированной патологии почек или сердца. Кетонурия может являться признаком дегидратации вследствие сниженного потребления или избыточной потери жидкости (рвота или диарея), продолжительных родов или ранее недиагностированного диабета (13).	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае выявления Б++, А++ и выше, данные наблюдения следует интерпретировать в контексте полного клинического обследования. Необходимо уведомить старшего клинициста и действовать согласно рекомендациям на местах.</li> <li>В случае если белок не выявлен, либо имеется в следовых количествах или на уровне +, следует проводить оценку каждые 4 часа, либо после каждого акта мочеиспускания на всем протяжении родов.</li> </ul>

## Пример заполнения раздела 4

Дата: 7 июня 2020 г.

Время: 6:00

Пульс 88 уд./мин., артериальное давление 120/80 мм рт.ст.  
Температура 36,5°С

Диурез: однократное мочеиспускание при поступлении; протеинурии не выявлено, ацетона не выявлено.

Принимая во внимание нормальные значения всех параметров, в отсутствие иных показаний планируется повторная оценка состояния роженицы дежурной акушеркой через 4 часа.

Время: 10:00

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

На рисунке 6 показан пример заполнения партограммы представленной выше информацией. Красным кружком обведены параметры, отвечающие критериям в столбце «Критические показатели». В случае если оценка показателя, который определяют и регистрируют с периодичностью 4 часа, не требуется, соответствующую ячейку необходимо оставить пустой.

**Рисунок 6. Порядок заполнения раздела 4.**

ПАРТОГРАММА ВОЗ												
ФИО <i>Петрова Ирина Владимировна</i>			Число родов <i>2</i>		Начало родовой деятельности <i>спонтанно</i>			Диагноз активной фазы родов [Дата <i>06/07/20</i> ]				
Разрыв плодных оболочек [Дата <i>06/07/20</i> Время <i>5:00</i> ]			Факторы риска <i>Мертворождение в анамнезе, анемия</i>									
		Время	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	:	:	:	:	:
		Часы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Критические показатели	← АКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРВОГО ПЕРИОДА →					← ВТОРОЙ ПЕРИОД →				
Поддерживающий уход	Сопровождающее лицо	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет				
	Обезболивание	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет				
	Пероральное введение жидкости	Нет	Да	Да	Да	0	Да					
	Положение	Спина	М	Спина	М	М	Спина					
Плод	Базальная ЧСС плода	<110, ≥160	140	136	132	148	133	145	138	128	151	133
	Децелерация ЧСС	Поз	Нет	Нет	Вар	Нет	Нет	Нет	Вар	Нет		
	Амниотическая жидкость	M+++ , K	С						+			
	Внутриутробное расположение плода	P, T	Р						Т			
	Родовая жидкость	+++	0						+			
	Конфигурация головки	+++	0						+			
Роженица	Пульс	<60, ≥120	88						96			
	Систолическое АД	<80, ≥140	120						128			
	Диастолическое АД	≥90	80						84			
	Температура °С	<35,0, ≥37,5	36,5						36,9			
	Моча	B++, A++	-/-						-/-			

## Порядок заполнения раздела 5 «Ход родов»

Данный раздел призван поощрить систематическую практику периодического мониторинга параметров родовой деятельности. Ход родов отражают в партограмме, регулярно регистрируя частоту и продолжительность схваток, раскрытие шейки матки и продвижение головки плода (см. таблицу 6).

**Таблица 6. Рекомендации для заполнения раздела 5 партограммы**

	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись	Этап 3. Сверить с пороговым значением	Этап 4. Составить план
<b>Частота схваток в течение 10 минут</b>	Определить количество сокращений матки в течение 10 минут.	Указать количество схваток (число).	<p><b>Критические показатели:</b> <b>≤2, &gt;5</b></p> <p>При неэффективности сокращений необходимо заподозрить неадекватную активность матки (9). Непрерывные схватки указывают на механическое препятствие прохождению плода (10).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае если за 10 минут зарегистрировано не более двух, либо более пяти схваток, необходимо уточнить их количество путем подсчета в течение следующих 10 минут. Если периодичность схваток подтверждена, следует уведомить старшего клинициста и действовать согласно рекомендациям на местах.</li> <li>В случае если количество схваток в течение 10 минут составляет 3–5, необходимо оценивать сократительную активность матки каждые 30 минут в первом периоде родов и каждые 5 минут во втором периоде родов.</li> </ul>
<b>Продолжительность схваток</b>	Оценить продолжительность схваток.	Указать продолжительность схваток в секундах. Во втором периоде родов записать наиболее важное с клинической точки зрения значение, полученное в течение 15 минутного интервала (например, продолжительность самой короткой или самой длительной схватки в зависимости от конкретного случая).	<p><b>Критические показатели:</b> <b>&lt;20, &gt;60</b></p> <p>Короткие схватки могут свидетельствовать о неадекватной активности матки. Наличие свыше пяти схваток в течение 10 минут, либо непрерывных схваток свидетельствует о механическом препятствии прохождению плода, либо гиперстимуляции (9).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае если продолжительность схваток &lt;20 или &gt;60 секунд, необходимо уточнить полученные значения в последующие 10 минут. Если продолжительность схваток подтверждена, следует уведомить старшего клинициста и действовать согласно клиническим рекомендациям на местах.</li> <li>В случае если продолжительность схваток &gt;20 или ≤60, необходимо оценивать сократительную активность матки каждые 30 минут в первом периоде родов и каждые 5 минут во втором периоде родов.</li> </ul>

	<b>Этап 1. Выполнить оценку</b>	<b>Этап 2. Сделать запись</b>	<b>Этап 3. Сверить с пороговым значением</b>	<b>Этап 4. Составить план</b>
<b>Cervix</b>	<p>После получения согласия роженицы и обеспечения приватности следует выполнить влагалищное исследование. При обследовании шейки матки необходимо соблюдение правил асептики. В момент схватки исследование не проводят. Одновременно оценивают все параметры, требующие проведения влагалищного исследования.</p>	<p>После каждого влагалищного исследования в активной фазе первого периода родов отметить символом «Х» ячейку, которая находится на пересечении соответствующего столбца со значениями времени и строки со значениями величины раскрытия шейки матки.</p> <p>Во втором периоде родов указать начало потуг символом «П».</p>	<p><b>Критические показатели для первого периода родов</b></p> <p><b>5 см = ≥6 ч</b> (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 5 см в течение 6 и более часов)</p> <p><b>6 см = ≥5 ч</b> (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 6 см в течение 5 и более часов)</p> <p><b>7 см = ≥3 ч</b> (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 7 см в течение 3 и более часов)</p> <p><b>8 см = ≥2,5 ч</b> (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 8 см в течение 2,5 и более часов)</p> <p><b>9 см = ≥2 ч</b> (раскрытие шейки матки сохраняется на уровне 9 см в течение 2 и более часов)</p> <p><b>Критические показатели для второго периода родов ≥3 ч у нерожавших; ≥2 ч у повторнородящих</b> (родовой акт не завершается по прошествии 3 часов от начала активной фазы второго периода родов у нерожавших и по прошествии 2 часов — у повторнородящих).</p> <p>Согласно фактическим данным, характеристики раскрытия шейки матки у женщин без факторов риска осложнений отличаются важным разнообразием: так, хотя скорость раскрытия на протяжении большей части родов у многих женщин ниже 1 см/час, родовой акт завершается естественным путем с удовлетворительным исходом (5, 14).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Принятие мер необходимо в случае, если на фоне отсутствия динамики превышено допустимое при имеющейся степени раскрытия шейки время ожидания, либо если затягивается второй период родов.</li> <li>• В случае если ход родов в первом периоде развивается ожидаемым образом, степень раскрытия шейки необходимо определять с периодичностью каждые 4 часа, если не показано иное. Выполнение повторного влагалищного исследования менее чем через 4 часа после предыдущего исследования допускается в случае, если его результаты позволят получить дополнительную важную информацию для процесса принятия решений.</li> </ul>
<b>Продвижение плода по родовым путям</b>	<p>Оценить продвижение плода по родовым путям методом пальпации живота; указать часть головки (одна из пяти частей), которая определяется над симфизом.</p>	<p>Обозначить символом «О» ячейку, которая находится на пересечении соответствующего столбца со значениями времени и строки со значениями степени продвижения плода. После каждого влагалищного исследования необходимо заполнять данные раздела «График О».</p> <p>Для указания степени продвижения плода по родовым путям, оцениваемой методом пальпации живота, следует пользоваться условными обозначениями 5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5, а также 0/5 (9).</p>	<p>Пороговых значений для данного параметра не имеется, так как они в каждом случае индивидуальны.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В первом периоде родов перед проведением влагалищного исследования оценивать продвижение плода каждые 4 часа, если</li> <li>• Принимая решение о проведении оценки продвижения плода во втором периоде родов, учесть поведение женщины, эффективность потуг, положение и состояние плода.</li> </ul>

## Пример заполнения раздела 5

Дата: 7 июня 2020 г.

Время: 6:00

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

Влагалищное исследование: раскрытие шейки матки 5 см, головное предлежание. Продвижение плода по родовым путям 4/5.

С учетом нахождения прочих клинических параметров в норме, а также удовлетворительного состояния пациентки Урины Петровой в родах, оценка количества и продолжительности схваток проводится дежурной акушеркой каждые полчаса. Влагалищное исследование проводится каждые 4 часа, внеплановых влагалищных исследований не проводится.

Время: 10:00

Пациентка предъявляет жалобы на выраженные боли. Сестра пациентки удалена из родильного зала, пациентка находится без сопровождения, лежит в постели на спине. Жизненные показатели: ЧСС 96 уд./мин., АД 128/84 мм рт.ст., ЧСС плода 151 уд./мин. с вариабельными децелерациями. Зарегистрировано три сильных сокращения матки в течение 10 минут, каждая продолжительностью 50 секунд. Продвижение плода по родовым путям 3/5. Раскрытие шейки матки составляет 8 см; поперечное стояние стреловидного шва. Окрашивание амниотической жидкости меконием 1+/4.

Акушеркой пациентке предложено пригласить сопровождающее лицо. Урина Петрова попросила пригласить сестру, удалившуюся из зала к родственникам в зону ожидания. Акушеркой даны рекомендации сестре пациентки в отношении мер поддержки и содействия, предложено смочить лицо и тело пациентки при помощи влажной марли, а также провести массаж области спины.

Время: 13:00

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

Время: 13:30

Частота сокращений матки на уровне четырех в течение 10 минут, каждая продолжительностью 50 секунд. Продвижение плода по родовым путям 0/5. ЧСС плода 118 уд./мин., ранние децелерации.

Родоразрешение через естественные родовые пути в 13:45.

На рисунке 7 показан пример заполнения партограммы представленной выше информацией.

## Рисунок 7. Порядок заполнения раздела 5

ПАРТОГРАММА ВОЗ																	
ФИО <i>Петрова Ирина Владимировна</i>				Число родов <i>2</i>		Начало родовой деятельности <i>спонтанно</i>				Диагноз активной фазы родов [Дата <i>06/07/20</i> ]							
Разрыв плодных оболочек [Дата <i>06/07/20</i> Время <i>5:00</i> ]				Факторы риска <i>Мертворождение в анамнезе, анамния</i>													
Время		6.00	7.00	8.00	9.00	10.00	11.00	12.00	13.00	:	:	:	:	13.05	13.45	:	:
Часы		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
Критические показатели		← АКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРВОГО ПЕРИОДА → ← ВТОРОЙ ПЕРИОД →															
Поддерживающий уход	Сопровождающее лицо	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да					Да	Ы	
	Обезболивание	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да					Да	Д	
	Пероральное введение жидкости	Нет	Да	Да	Да	0	Да	Да	0	Да					Да	О	
	Положение	Спина	М	Спина	М	М	Спина	М	М	Спина					Спина	Р	
Плод	Базальная ЧСС плода	<110, ≥160	140	136	132	148	133	145	138	128	151	133	149	125	153	130	132
	Децелерация ЧСС	Поз	Нем; Нем	Вар; Нем	Нем; Нем	Нем; Нем	Вар; Нем	Нем; Нем	Нем; Нем	Нем;							
	Амниотическая жидкость	M+++ , K	С						+						+		
	Внутриутробное расположение плода	P, T	Р						Т						А		
	Родовая жидкость	+++	0						+						+		
Конфигурация головки	+++	0						+						++			
Роженица	Пульс	<60, ≥120	88						96								
	Систолическое АД	<80, ≥140	120						128								
	Диастолическое АД	≥90	80						84								
	Температура °С	<35,0, ≥37,5	36,5						36,9								
	Моча	Б+, А++	-/-						-/-								
Ход родов	Частота схваток в течение 10 мин.	≥2, >5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	
	Продолжительность схваток	<20, >60	40	40	40	40	40	45	40	45	50	50	50	40	50	50	50
Раскрытие шейки матки [График X]	10														X		
	9	≥ 2ч															
	8	≥ 2,5ч							X								
	7	≥ 3ч															
	6	≥ 5ч															
Продвижение плода [График O]	5	≥ 6ч	X														
	4																
	3																
	2																
	1																
0																	

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

## Порядок заполнения раздела 6 «Введение лекарственных средств»

Данный раздел предназначен для содействия единообразному учету всех типов лекарственных средств, введенных роженице в ходе родов, посредством регистрации введения окситоцина в конкретной дозировке, а также других лекарственных средств или внутривенных растворов (см. таблицу 7).

Таблица 7. Рекомендации для заполнения раздела 6 партограммы

	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись
<b>Окситоцин</b>	Получает ли роженица окситоцин в настоящее время?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Получает ли роженица какие-либо иные препараты?</li> <li>В случае если введение окситоцина имело место, указать дозировку окситоцина в единицах на литр (Ед/л) и скорость введения в каплях в минуту (кап./мин.).</li> <li>При использовании окситоцина указать количество препарата, вводимого за каждые 60 минут.</li> </ul>
<b>Препарат</b>	Получает ли роженица какие-либо иные препараты?	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае если другие препараты не вводились, указать «Нет».</li> <li>Указать название, дозировку и путь введения любых других лекарственных средств, использовавшихся в активной фазе первого или второго периода родов (например, петидин, 50 мг, внутримышечно (в/м).</li> </ul>

	Этап 1. Выполнить оценку	Этап 2. Сделать запись
Внутривенные инфузии	Получает ли роженица внутривенные инфузии?	<p>Указать: Да Нет</p> <p>В связи с тем, что внутривенное введение жидкостей приводит к снижению подвижности роженицы и обуславливает ненужное повышение затрат, рутинная практика внутривенных инфузий для всех рожениц не может быть рекомендована. Необходимо предлагать роженицам, относящимся к группе низкого риска, самостоятельно пить необходимое количество жидкости, в то время как внутривенное введение должно проводиться (4) только по показаниям (5).</p>

### Порядок заполнения раздела 7 «Совместное принятие решений»

Задачей данного раздела является содействие обеспечению постоянной коммуникации с роженицей и сопровождающим ее лицом, а также единообразная регистрация всех оценок и согласованных планов (см. таблицу 8).

**Таблица 8. Рекомендации для заполнения раздела 7 партограммы**

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

### Пример заполнения разделов 6 и 7

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

Ниже представлен пример заполнения разделов 6 и 7 партограммы (см. рис. 8) представленной выше информацией.

**Рисунок 8. Порядок заполнения разделов 6 и 7**

ПАРТОГРАММА ВОЗ																	
ФИО <i>Петрова Ирина Владимировна</i>				Число родов <i>2</i>				Начало родовой деятельности <i>спонтанно</i>				Диагноз активной фазы родов [Дата <i>06/07/20</i> ]					
Разрыв плодных оболочек [Дата <i>06/07/20</i> Время <i>5:00</i> ]				Факторы риска <i>Мертворождение в анамнезе, анемия</i>													
Время		6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	:	:	:	:				
Часы			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
Критические показатели		← АКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРВОГО ПЕРИОДА →											← ВТОРОЙ ПЕРИОД →				
Поддерживающий уход	Сопровождающее лицо	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да			Да	Да	Ы	
	Обезболивание	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да			Да	Да	Д	
	Пероральное введение жидкости	Нет	Да	Да	Да	0	Да	Да	0	Да	Да			Да	Да	О	
	Положение	Спина	М	Спина	М	М	Спина	М	М	Спина	М	Спина			Спина	Р	
Плод	Базальная ЧСС плода	<110, ≥160	140	136	132	148	133	145	138	128	151	133	149	125	153	180	132
	Децелерация ЧСС	Поз	Нем	Нем	Вар	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Вар	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем
	Амниотическая жидкость	M+++ , K	С								+						+
	Внутриутробное расположение плода	Р, Т	Р								Т						А
	Родовая жидкость	+++	0								+						+
	Конфигурация головки	+++	0								+						++
Роженица	Пuls	<60, ≥120	88														96
	Систолическое АД	<80, ≥140	120														128
	Диастолическое АД	≥90	80														84
	Температура °С	<35,0, ≥37,5	36,5														36,9
	Моча	Б++, А++	-/-														-/-
Ход родов	Частота схваток в течение 10 мин.	≥2, >5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Продолжительность схваток	<20, >60	40	40	40	40	40	45	40	45	50	50	50	40	50	50	50
Раскрытие шейки матки [График X]	10																X
	9	≥ 2ч															
	8	≥ 2,5ч															
	7	≥ 3ч									X						
	6	≥ 5ч															
	5	≥ 6ч	X														
Продвижение плода [График O]	5																
	4	o															
	3																
	2																
	1																
	0																
Медикаменты	Окситоцин (Ед/л, кап./мин)	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем
	Препараты	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем
	Внутривенные инфузии	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем	Нем
Совместное принятие решений	Оценка состояния	Шейка раскрыта	Нормальный прогресс родов	Нормальный прогресс родов	Нормальный прогресс родов	Нормальный прогресс родов	Нормальный прогресс родов	Шейка раскрыта	Нормальный прогресс родов								
	План	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение	Продолжить участие партнерши в родах и матери релаксацию. Продолжить рутинное наблюдение
Инициалы		М	М	М	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И

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

СОКРАЩЕНИЯ: О - отказ, Н - неизвестно, Спина - на спине, М - Мобильна (периодически перемещается), Ран - ранние, Поз - поздние, Вар - варибельные, Ц - целье, С - светлая, М - меконий, К - кровь, А - передний вид, Р - задний вид, Т - поперечное стояние стреловидного баша, Б+ - белок, А+ - ацетон

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПАРТОГРАММОЙ

## Библиография

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.
2. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587–603.
3. Оценки ВОЗ, ЮНИТЭЙД, ЮНФПА, Группы Всемирного банка. Тенденции материнской смертности 2000–2017 гг.: резюме. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327596/WHO-RHR-19.23-rus.pdf?sequence=32&isAllowed=y>, по состоянию на 10 января 2022 г.)
4. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014;384(9940):347–70. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60792-3.
5. Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018; (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272449>).
6. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Cervical dilatation patterns of 'low-risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG*. 2018;125(8):944–54; doi: 10.1111/1471-0528.14930.
7. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;223:123–32; doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.02.026.
8. Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, et al. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG*. 2018 Jul;125(8):918–922; doi: 10.1111/1471-0528.15237.
9. World Health Organization, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund (UNICEF). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760>, accessed 10 January 2021).
10. World Health Organization, United Nations Population Fund, World Bank & United Nations Children's Fund (UNICEF). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*, 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>, accessed 10 January 2022).
11. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010;116(6):1281–7; doi: 10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e.
12. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation – a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2016;4(3):36; doi: 10.3390/healthcare4030036.
13. Vogel JP, Comrie-Thomson L, Pingray V, Gadama L, Galadanci H, Goudar S, et al. Usability, acceptability, and feasibility of the World Health Organization Labour Care Guide: A mixed-methods, multicountry evaluation. *Mar*;48(1):66–75. doi: 10.1111/birt.12511. Epub 2020 Nov 22.
14. Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в лечебных учреждениях. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/273031>, по состоянию на 10 января 2022 г.).



## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

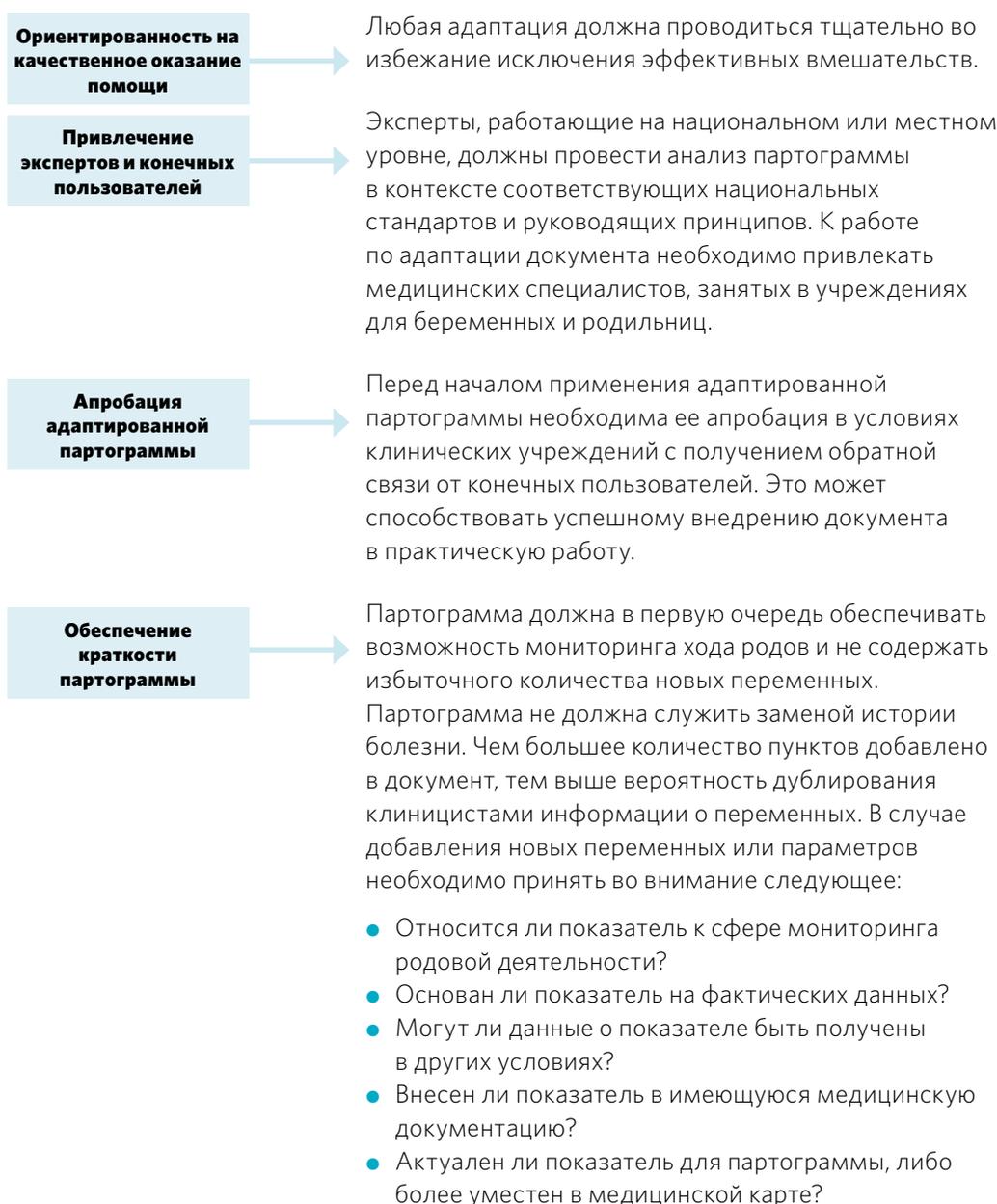
# Адаптация партограммы ВОЗ

Партограмма ВОЗ была разработана в соответствии с Рекомендациями ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов (5). Для учета особенностей, принятых на местах, может быть необходима адаптация документа (например, классификация продвижения плода по родовым путям с использованием плоскостей по Годжу).

Настоятельно не рекомендуется удалять из партограммы рекомендованные виды вмешательств. Даже в случае, если ряд вмешательств недоступен или не может выполняться на регулярной основе, контроль применения данных вмешательств является важной составляющей совершенствования помощи в целом.

Ниже описан процесс анализа партограммы и определения компонентов, подлежащих адаптации (см. рис. 9).

### Рисунок 9. Процедура адаптации партограммы



## ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

# Внедрение партограммы ВОЗ в практику работы родильного отделения

Партограмма является инструментом, направленным на содействие осуществлению документа «Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов» (5). Существующая степень внедрения различных практик, описанных в партограмме, может быть различной. Например, ряд практик, описанных в партограмме, может быть внедрен в родильных отделениях (например, фармакологические методы обезболивания). Внедрение других практик может находиться на низком уровне, в связи с чем партограмма может содействовать руководителям и поставщикам услуг здравоохранения в целеполагании для повышения качества помощи в период родов и родоразрешения.

Достоверно известно, что простое распространение рекомендаций не обеспечивает их успешного практического применения медицинскими работниками (15). Кроме того, могут существовать дополнительные препятствия для внедрения партограммы в рутинную практику. Например, медицинские работники, занятые в учреждениях с высокой нагрузкой или слабой обеспеченностью ресурсами, могут считать, что заполнение партограммы требует продолжительного времени или практически неудобно. В других учреждениях медицинские работники могут стремиться сохранить принятую практику работы или возражать против внедрения партограммы в работу по иным причинам. В этих случаях для практического внедрения партограммы в работу родильных отделений необходимо предусмотреть наличие четкой стратегии практического осуществления.

Для внедрения партограммы в работу родильных отделений будет необходима активная многокомпонентная стратегия осуществления. По данным пилотного исследования, проведенного в шести странах, был выявлен ряд стратегий для практического внедрения партограммы в работу (16) (см. таблицу 9).

**Таблица 9. Стратегии для внедрения партограммы в практику работы**

Анализ и адаптация	Руководство и практическая подготовка
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Провести критический анализ партограммы и принять решение о необходимости ее адаптации к местным условиям.</li><li>✓ Убедиться в пригодности предлагаемых в партограмме сокращений для практической работы на местах.</li><li>✓ Привлечь местных руководителей и администраторов к работе по адаптации документа.</li><li>✓ Оптимизировать временные затраты работников здравоохранения: свести к минимуму любое дублирование информации, вносимой в партограмму и медицинскую карту.</li><li>✓ Избегать расширения перечня переменных, главным образом таких, которые не имеют практической ценности в работе по оказанию помощи роженицам и роженицам.</li><li>✓ Стремиться к обеспечению наивысшего качества; не удалять компоненты партограммы исключительно на основании невозможности их практической реализации.</li><li>✓ Проанализировать стратегии и сопутствующие процедуры, которые необходимы для создания атмосферы, благоприятствующей использованию партограммы.</li><li>✓ При необходимости выполнить перевод партограммы, руководства и других просветительских материалов..</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Для проведения подготовки организовать коллектив специалистов различного профиля (врачи акушеры, акушерки, медицинские сестры), располагающих опытом применения партограмм.</li><li>✓ Предложить лидерам мнения и передовым сотрудникам ознакомиться с партограммой..</li><li>✓ Запланировать первичное обучение, повторительные курсы и мероприятия в области непрерывной поддержки и наставничества.</li><li>✓ Обеспечить преобладание практического компонента в рамках программы подготовки.</li><li>✓ Предусмотреть необходимый для приобретения навыков запас времени. Изначально ряд специалистов может счесть партограмму неудобной для применения, в связи с чем необходимо выделить время для ознакомления с ней.</li><li>✓ Проводить обучение на национальных языках.</li><li>✓ В целях содействия совершенствованию навыков пользователей обеспечить предоставление своевременных и структурированных отзывов (обратной связи).</li></ul>

<b>Коллективная работа при заполнении партограммы</b>	<b>Мониторинг и оценка</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Заполнение партограммы должно входить в круг ведения всего коллектива специалистов здравоохранения.</li> <li>✓ Партограмма предназначена для содействия принятию объективных решений, основанных на данных. Принять во внимание необходимость дополнительного содействия в заполнении партограммы и поддерживающего контроля для ряда сотрудников.</li> <li>✓ Стремиться к обеспечению полномасштабного практического осуществления (специалисты всех смен). Партограмма может способствовать эффективной передаче смены от одной бригады к другой.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Содействовать работе либо наладить работу системы мониторинга на основе партограммы для отслеживания индикаторов качества оказания помощи, таких как доля рожениц, выбравших по своему усмотрению сопровождающее лицо, а также частота процедуры кесарева сечения.</li> <li>✓ Доводить до сведения и активно распространять информацию об индикаторах качества помощи в целях содействия позитивным изменениям.</li> </ul>

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

# Резюме рекомендаций по уходу в интранатальный период для положительного опыта родов

Вид ухода	Рекомендации	Категория рекомендаций
<b>Весь период родовой деятельности и деторождения</b>		
Уважительное отношение к роженице	1. В ходе оказания помощи рекомендуется уважительное отношение к женщине, сохраняющее ее достоинство, личную неприкосновенность и конфиденциальность, а также обеспечивающее защиту от причинения вреда и неправильного лечения, возможность информированного выбора и непрерывную поддержку в течение родов.	Рекомендуется
Эффективное взаимодействие	2. Рекомендуется эффективное общение между роженицей и персоналом, осуществляющим уход за ней, с применением простых, культурно приемлемых правил.	Рекомендуется
Сопровождающее лицо	3. Присутствие выбранного женщиной сопровождающего лица во время родов и родоразрешения рекомендуется для всех рожениц.	Рекомендуется
Непрерывность оказания помощи	4. Уход под руководством знакомой акушерки или группы акушеров, которые ведут женщину во время беременности, родов и в послеродовой период, рекомендуется при наличии хорошо зарекомендовавших себя соответствующих программ.	В зависимости от обстоятельств на местах.
<b>Первый период родов</b>		
Определения латентной и активной фаз первого периода родов	5. Рекомендуется применение указанных ниже определений латентной и активной фаз первого периода родов: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Латентная фаза характеризуется болезненными сокращениями матки и переменными изменениями цервикального канала, включая некоторое сглаживание шейки матки и медленно прогрессирующее раскрытие цервикального канала до 5 см при первых и повторных родах.</li> <li>■ Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более выраженным сглаживанием шейки матки и более быстрым раскрытием цервикального канала от 5 см до полного раскрытия при первых и повторных родах.</li> </ul>	Рекомендуется
Продолжительность первого периода родов	6. Женщины должны быть проинформированы о том, что стандартная продолжительность латентной фазы первого периода родов не установлена и варьирует в широких пределах. Тем не менее ее длительность (раскрытие цервикального канала от 5 см до полного раскрытия) обычно не превышает 12 часов при первых и 10 часов при повторных родах.	Рекомендуется
<b>Вид ухода</b>	<b>Рекомендации</b>	<b>Категория рекомендаций</b>
<b>Первый период родов</b>		
Течение первого периода родов	7. Если родовая деятельность началась спонтанно, скорость раскрытия цервикального канала 1 см/час в течение активной фазы (что фиксируется на партограмме) является недостоверным критерием выявления рисков осложнений для плода и не рекомендуется для этих целей. 8. Минимальная скорость раскрытия цервикального канала 1 см/час в активной фазе первого периода достигается не у всех женщин и не может являться критерием нормального течения родов. Медленное раскрытие шейки матки (менее 1 см/час) как самостоятельный признак не является показанием для оперативного вмешательства. 9. Родовая деятельность может протекать медленно, пока цервикальный канал не раскроется до 5 см. Тем не менее, если состояние матери и плода приемлемо, медицинское вмешательство для ускорения родов (например, введение окситоцина или кесарево сечение) не рекомендуется до достижения этого порога.	Не рекомендуется Не рекомендуется Не рекомендуется

Порядок приема в родильное отделение	10. Не рекомендуется откладывать госпитализацию здоровой беременной женщины, у которой родовая деятельность началась спонтанно, до активной фазы первого периода; исключения составляют случаи участия в исследовательских программах.	Рекомендуется только в контексте исследования
Измерение размеров таза при поступлении	11. Рутинное измерение размеров таза здоровых беременных женщин, у которых началась родовая деятельность, не рекомендуется.	Не рекомендуется
Рутинная оценка состояния плода при поступлении в родильное отделение	12. Не рекомендуется рутинное выполнение кардиотокографии плода для оценки его состояния во время спонтанных родов у здоровых беременных женщин. 13. Для оценки состояния плода во время родов рекомендуется аускультация с помощью доплеровского УЗИ-аппарата или стетоскопа Пинара.	Не рекомендуется Рекомендуется
Бритье промежности и лобковой области	14. Не рекомендуется рутинное бритье промежности и лобковой области при естественных родах.	Не рекомендуется
Клизма при поступлении	15. Клизма при поступлении для ускорения родовой деятельности не рекомендуется.	Не рекомендуется
Пальцевое влагалищное исследование	16. Проведение пальцевого влагалищного исследования каждые четыре часа рекомендуется в качестве рутинного метода оценки состояния плода в активной фазе первого периода родов для женщин с низким риском осложнений.	Рекомендуется
Непрерывная кардиотокография во время родов	17. Непрерывная кардиотокография для оценки состояния плода у здоровых беременных женщин при естественных родах не рекомендуется.	Не рекомендуется
Периодическая аускультация ЧСС плода	18. Во время родов у здоровых беременных женщин рекомендуется периодически проводить аускультацию плода с помощью доплеровского УЗИ-аппарата или стетоскопа Пинара.	Рекомендуется
Эпидуральная анальгезия для обезболивания	19. Применение эпидуральной анальгезии рекомендуется для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется
Применение опиоидных анальгетиков для обезболивания	20. Парентеральное введение опиоидных анальгетиков, таких как фентанил, диаморфин и петидин, рекомендуется для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется
<b>Вид ухода</b>	<b>Рекомендации</b>	<b>Категория рекомендаций</b>
<b>Весь период родовой деятельности и деторождения</b>		
Техники релаксации для контроля болевого синдрома	21. Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление, дыхательные методики, музыку и практику осознанности, рекомендуются для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется
Мануальные приемы для контроля болевого синдрома	22. Мануальные приемы, такие как массаж или аппликация теплых пакетов, рекомендуются для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется
Облегчение боли для стимуляции родов	23. Облегчение боли для предотвращения замедления родовой деятельности и во избежание применения стимуляторов родов не рекомендуется.	Не рекомендуется
Пероральный прием жидкости и пищи	24. Женщинам с низким риском осложнений рекомендуется пить и принимать пищу во время родов.	Рекомендуется
Подвижность и положение роженицы	25. У женщин с низким риском осложнений необходимо поощрять подвижность и вертикальное положение тела во время родов.	Рекомендуется
Гигиена влагалища	26. Рутинная обработка влагалища хлоргексидином в целях профилактики инфекционных осложнений не рекомендуется.	Не рекомендуется
Активное ведение родов	27. Применение комплексных методов активного ведения родов в целях предупреждения задержки родовой деятельности не рекомендуется.	Не рекомендуется
Рутинная амниотомия	28. Использование амниотомии как изолированного метода стимуляции родовой деятельности не рекомендуется.	Не рекомендуется
Раннее применение амниотомии и окситоцина	29. Раннее применение амниотомии в сочетании с ранним введением окситоцина для стимуляции родовой деятельности не рекомендуется.	Не рекомендуется

Введение окситоцина после эпидуральной анальгезии	30. Введение окситоцина для стимуляции родовой деятельности у женщин, получивших эпидуральную анестезию, не рекомендуется.	Не рекомендуется
Спазмолитики	31. Введение спазмолитиков для стимуляции родовой деятельности не рекомендуется.	Не рекомендуется
Внутривенное введение жидкости для стимуляции родовой деятельности	32. Внутривенное введение жидкости для сокращения продолжительности родов не рекомендуется.	Не рекомендуется
<b>Второй период родов</b>		
Определение и длительность второго периода родов	33. Рекомендуется применение указанного ниже определения второго периода родов, а также его длительности. <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Второй период — это время от полного раскрытия шейки матки до рождения ребенка. Роженица испытывает потуги, обусловленные экспульсивными сокращениями матки.</li> <li>■ Женщины должны быть информированы о том, что продолжительность второго периода может быть различной. При первых родах он обычно длится не более 3 часов, а при повторных — не более 2 часов.</li> </ul>	Рекомендуется
Положение во время родов (у женщин, не получивших эпидуральную анальгезию)	34. У женщин, у которых не применялась эпидуральная анестезия, рекомендуется поощрять подвижность и вертикальное положение тела во время родов (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется
Положение во время родов (у женщин, получивших эпидуральную анальгезию)	35. У женщин, у которых применялась эпидуральная анальгезия, рекомендуется поощрять подвижность и вертикальное положение во время родов (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется
<b>Вид ухода</b>	<b>Рекомендации</b>	<b>Категория рекомендаций</b>
<b>Второй период родов</b>		
Метод натуживания	36. Рекомендуется поощрять и поддерживать рожениц в естественном натуживании в период изгнания плода.	Рекомендуется
Метод натуживания (у женщин, получивших эпидуральную анальгезию)	37. Если женщина получила эпидуральную анальгезию во втором периоде родов, рекомендуется отсрочить натуживание на один-два часа после полного раскрытия цервикального канала до момента, когда роженица сама почувствует необходимость этих действий.	В зависимости от обстоятельств на местах
Методики защиты промежности	38. Для женщин во втором периоде родов рекомендуются техники, направленные на профилактику повреждения области промежности и облегчения деторождения, включая массаж промежности, теплые компрессы и ручное пособие по защите промежности (с учетом предпочтений роженицы и доступных вариантов).	Рекомендуется
Эпизиотомия	39. Рутинное или свободное применение эпизиотомии не рекомендуется у женщин, у которых роды происходят спонтанно и естественным путем.	Не рекомендуется
Давление на живот	40. Ручное давление на живот с целью облегчения родов во втором периоде не рекомендуется.	Не рекомендуется
<b>Третий период родов</b>		
Профилактическое использование утеротоников	41. Применение утеротоников с целью профилактики послеродового кровотечения в третьем периоде родов рекомендуется во всех случаях. 42. Окситоцин (10 МЕ в/м, в/в) рекомендуется для предотвращения послеродового кровотечения. 43. Если окситоцин недоступен, рекомендуется применение других утеротоников (эргометрина, метилэргометрина или фиксированных комбинаций окситоцина и эргометрина) либо мизопростола в форме для приема внутрь (600 мкг).	Рекомендуется Рекомендуется Рекомендуется
Отсроченное пережатие пуповины	44. В целях обеспечения лучших клинических результатов для матери и ребенка рекомендуется отсроченное пережатие пуповины (не раньше, чем через одну минуту после рождения).	Рекомендуется

Контролируемая тракция пуповины	45. При наличии квалифицированного и опытного медперсонала рекомендуется контролируемая тракция пуповины в третьем периоде при естественных родах, если медицинский работник и родильница считают важным небольшое снижение кровопотери и небольшое сокращение длительности третьего периода родов.	Рекомендуется
Массаж матки	46. Не рекомендуется длительный массаж матки в качестве средства для предупреждения послеродового кровотечения у женщин, получивших с профилактической целью окситоцин.	Не рекомендуется
<b>Уход за новорожденным</b>		
Рутинное применение аспиратора для полости носа	47. Применение аспиратора для гигиены полости рта и носа не рекомендуется у новорожденных, родившихся с чистыми околоплодными водами и начавшими дышать самостоятельно.	Не рекомендуется
Контакт «кожа к коже»	48. Младенцы, родившиеся без осложнений, должны находиться в прямом телесном контакте с матерью в течение первого часа после рождения для профилактики гипотермии и стимуляции грудного вскармливания.	Рекомендуется
<b>Вид ухода</b>	<b>Рекомендации</b>	<b>Категория рекомендаций</b>
<b>Уход за новорожденным</b>		
Грудное вскармливание	49. Все новорожденные, включая детей с низкой массой тела, способных получать грудное вскармливание, должны быть приложены к груди как можно раньше после рождения при условии стабильности их состояния, а также готовности матери и ребенка.	Рекомендуется
Применение витамина К для профилактики геморрагической болезни новорожденного	50. Внутримышечное введение витамина К в объеме 1 мг после рождения необходимо для всех новорожденных (то есть по прошествии первого часа, в течение которого ребенок должен находиться в телесном контакте с матерью и взять грудь).	Рекомендуется
Купание и другие процедуры ухода за новорожденным непосредственно после рождения	51. Купание следует отложить на 24 часа от момента рождения. Если это невозможно по культурным причинам, его необходимо отложить по крайней мере на шесть часов. Новорожденный должен быть одет в соответствии с температурой внешней среды, то есть на один-два слоя больше, чем взрослые, и обязательно с головным убором. Мать и ребенок должны находиться совместно в одном помещении 24 часа в сутки.	Рекомендуется
<b>Уход за родильницей после родов</b>		
Оценка тонуса матки	52. Определение тонуса матки через брюшную стенку рекомендуется для всех женщин в целях ранней диагностики атонии матки.	Рекомендуется
Антибактериальная терапия при неосложненных родах	53. Профилактическое назначение антибиотиков с превентивной целью не рекомендуется при неосложненных естественных родах.	Не рекомендуется
Антибактериальная терапия при эпизиотомии	54. Рутинное назначение антибиотиков с превентивной целью не рекомендуется для женщин после эпизиотомии.	Не рекомендуется
Наблюдение за родильницей в послеродовом периоде	55. В течение первых суток после родов все женщины должны наблюдаться в плановом порядке с целью ранней диагностики вагинального кровотечения, определения сократимости матки и высоты стояния дна матки, измерения температуры и ЧСС (пульса). Артериальное давление измеряется сразу после родов. При нормальных значениях последующее измерение проводится через 6 часов. Диурез регистрируется в течение 6 часов.	Рекомендуется
Выписка после неосложненных естественных родов	56. Здоровые роженицы и новорожденные должны оставаться в учреждении в течение не менее 24 часов после неосложненных естественных родов в ЛПУ.	Рекомендуется

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5.

# Основное оборудование и расходные материалы для оказания помощи в интранатальный период

Медицинское учреждение всегда должно располагать базовым набором основного оборудования и расходных материалов, которые необходимы для оказания стандартной медицинской помощи и выявления осложнений и должны иметься в достаточном количестве в предродовых палатах и родильных залах родильного отделения (17).

Информация, представленная в данном разделе, не является исчерпывающей и не означает, что отсутствующие в перечне оборудование или расходные материалы излишни для оказания качественной помощи в родах с учетом доступности ресурсов, а также предпочтений женщины и медицинских работников.

<b>Отапливаемое и чистое помещение</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Достаточное количество смотровых кушеток или коек с чистым бельем</li><li>● Источник освещения</li><li>● Источник тепла</li><li>● Чистые и доступные санузлы для использования роженицами</li><li>● При наличии нескольких коек в помещении — ширмы</li></ul>	<b>Оборудование</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Сфигмоманометр либо другое средство для измерения кровяного давления</li><li>● Стетоскоп</li><li>● Термометр для измерения температуры тела</li><li>● Стетоскоп для аускультации плода или доплеровский аппарат</li></ul>
<b>Средства для мытья рук</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Источник чистой воды</li><li>● Мыло</li><li>● Щетка или лопатка для чистки ногтей</li><li>● Чистые полотенца</li><li>● Средство для обработки рук на спиртовой основе</li></ul>	<b>Лекарственные средства</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Пакеты для внутривенных инфузий</li><li>● Окситоцин</li><li>● Сульфат магния в инъекционной форме</li><li>● Антибиотики</li><li>● Антиретровирусные препараты</li><li>● Антигипертензивные средства</li><li>● Анальгетики</li><li>● Анестетики</li></ul>
<b>Средства для утилизации отходов</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Ведро для загрязненных пеленок и зондов тампонов</li><li>● Контейнер для загрязненного белья</li><li>● Контейнер для утилизации острых отходов</li></ul>	<b>Стерилизация</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Стерилизатор для инструментов</li><li>● стакан для щипцов</li><li>● Вакуумный экстрактор</li></ul>

<b>Прочее</b>	<b>Расходные материалы</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Распечатанные бланки партограммы</li><li>● Настенные часы</li><li>● Фонарик, а также запасные элементы питания и источники освещения</li><li>● Журнал учета</li><li>● Медицинские карты</li><li>● Формы информированного согласия</li><li>● Холодильник</li><li>● Основная инфраструктура для сопровождающих лиц (стул, помещение для переодевания, одежда, доступ к туалету)</li><li>● Отдельная уединенная зона для роженицы и сопровождающего лица</li><li>● Энергоснабжение</li><li>● Пища и питьевая вода</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Перчатки</li><li>● Постоянный катетер</li><li>● Шприцы и иглы</li><li>● Стерильные скальпели/ножницы</li><li>● Внутривенные магистрали</li><li>● Шовный материал для ушивания разрывов, либо области эпизиотомии</li><li>● Растворы антисептиков (иодофоры либо хлоргексидин)</li><li>● Спирты (70% спирт)</li><li>● Зонды-тампоны</li><li>● Отбеливатель (средство на основе хлора)</li><li>● Надкроватные сетки, пропитанные инсектицидом</li><li>● Тест полоски для анализа мочи</li><li>● Зажимы</li><li>● Кислородные баллоны/концентраторы</li></ul>



## Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

## Государства-члены

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Венгрия  
Германия  
Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Северная Македония  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чехия  
Швейцария  
Швеция  
Эстония



**Всемирная организация здравоохранения**  
**Европейское региональное бюро**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100  
Copenhagen Ø, Denmark  
Тел.: +45 45 33 70 00 | Факс: +45 45 33 70 01  
Эл. адрес: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)  
Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)