

# Нормальные роды. Клиническое руководство Квинсленда

[www.health.qld.gov.au/qcg](http://www.health.qld.gov.au/qcg)

Адаптировано – С.А. Шурняк

## 1. Введение

Цель этого руководства – защищать, поддерживать и поощрять нормальное рождение посредством ориентированной на женщину совместной помощи. Это соответствует международным усилиям, направленным на поддержку физиологических родов [6–12]. Нормальные роды ассоциированы с [8]:

- Улучшением исходов для матерей и детей
- Снижением затрат на здравоохранение
- Низкой частотой ятрогенных событий, связанных с чрезмерным использованием медицинских вмешательств
- Улучшением материнского психологического [13] и физического благополучия.

Хотя большинство женщин в Австралии рожают через естественные родовые пути, наблюдается тенденция к снижению частоты физиологических родов [1, 14] и возрастанию частоты кесарева сечения (КС) [3, 15]. Поддержка физиологических родов у нерожавших женщин является особенно важной стратегией для улучшения общих перинатальных исходов [3, 12, 14].

### 1.1 Определение нормальных родов

Термины «физиологическое рождение», «нормальные роды» и «естественные роды» часто используются взаимозаменяемо, но обычно относятся к родам, в которых не предпринимались медицинские вмешательства [16–18]. Нормальные

роды включают в себя возможность для непрерывного контакта «кожа к коже» и грудного вскармливания в первый час после рождения [11]. Всемирная организация здравоохранения определяет нормальные роды как [19]:

- ❖ Спонтанное начало
- ❖ Низкий риск в начале родов
- ❖ Сохранение низкого риска во время родов
- ❖ Рождение ребенка:
  - Спонтанно
  - В головном предлежании
  - Между 37-й и 42-й завершёнными неделями беременности (в термин)
- ❖ Нахождении женщины и ее ребенка в хорошем состоянии после рождения.

Другие профессиональные организации включили более широкие критерии, чем общепризнанные физиологические или нормальные [10, 11]. При определении нормальных родов учитываются два фактора [19]:

- Статус риска беременности
- Ход процесса родов и рождения ребенка.

### 1.2 Критерии нормальных родов в Квинсленде

Используйте следующие критерии для поддержки принципов защиты, поощрения и поддержки нормальных родов для женщин.

Таблица 1

Критерии нормальных родов

Аспекты	Рассмотрение
Включает	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Происходит между 37 + 0 и 42 + 0 неделями гестационного срока</li> <li>❖ Спонтанное начало</li> <li>❖ Нормальный прогресс родов</li> <li>❖ Головное предлежание</li> <li>❖ Спонтанное вагинальное рождение</li> <li>❖ Периодическая аускультация плода</li> <li>❖ Оксид азота и кислород</li> <li>❖ Менеджмент третьего периода:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Физиологический третий период</li> <li>• Модифицированное активное ведение третьего периода (задержка пережатия пуповины)</li> </ul> </li> <li>❖ Нет осложнений у матери и плода или факторов риска</li> </ul>
Исключает	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Индукция родов</li> <li>❖ Усиление родовой деятельности:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARM</li> <li>• Введение окситоцина</li> </ul> </li> <li>❖ Непрерывный мониторинг плода</li> <li>❖ Фармакологическое облегчение боли, которое включает:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Опиоиды</li> <li>• Эпидуральную или спинальную анестезию</li> <li>• Общую анестезию</li> </ul> </li> <li>❖ Инструментальное рождение (щипцы или вакуум)</li> <li>❖ КС</li> <li>❖ Эпизиотомия</li> <li>❖ Раннее пережатие пуповины</li> <li>❖ Осложнения:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Факторы риска в начале родов</li> <li>• В процессе родов</li> <li>• Непосредственно после родов (в течение двух часов после рождения)</li> </ul> </li> </ul>

1.3 Показания для консультации или перенаправления

Во время нормального процесса родов могут возникать отклонения от нормы или проблемы при рождении. Когда показано:

- При необходимости увеличивайте частоту рекомендуемых наблюдений
- Измените менеджмент соответственно конкретным обстоятельствам с сохранением и поддержанием принципов нормальных родов [2, 20–23]
- Обсуждайте, консультируйтесь и осуществляйте менеджмент в соответствии с профессиональными руководствами и руководствами Квинсленда.

1.4 Клинические стандарты

Неотъемлемыми в этом руководстве являются:

- Профессиональная практика [24–26]
- Современное ведение записей с использованием стандартизированных инструментов (например, запись о состоянии беременности (PHR) [27], раннее начало записи о родах [28], запись во время родов и запись о состоянии здоровья [29])
- Предоставление ухода в соответствии с:
  - Рамками возможностей клинических услуг [23]
  - Нормами Австралийской комиссии по безопасности и качеству в здравоохранении [30]
- Материнское согласие [31] и осознанный выбор – фундаментальные компоненты менеджмента [2, 32].

2. Поддержка нормальных родов

Это руководство определяет беременность и рождение как нормальный физиологический процесс [2], происходящий в рамках парадигмы здоровья [5], который поддерживают:

- Общая позитивная философия рождения [12, 33, 34]
- Четкое понимание гормональной физиологии во время родов и рождения [35]
- Общение [36] и профессиональное сотрудничество [2, 21, 24, 36, 37] (см. Раздел 2.3 Культура коммуникации)
- Непрерывность менеджмента [3, 38, 39] (см. Раздел 2.4 Непрерывность ухода)
- Индивидуальная акушерская помощь [20, 40–43]
- Оптимизация среды рождения [44–46] (см. Раздел 2.6 Условия рождения)
- Постоянная подготовка к родам во время беременности [40, 47, 48] (см. Раздел 2.4 Непрерывность ухода)
- Поддержание минимального уровня вмешательства при рождении [6, 7], совместимого с безопасностью
- Потребление пищи и жидкости [49]
- Свобода передвижения [43] и позиции [50]
- Пребывание матерей и детей вместе после рождения с поддержкой грудного вскармливания
- Два ключевых вопроса:
  - Находится ли женщина в центре внимания по уходу?
  - Безопасен ли уход?

2.1 Гормональная физиология

Преимущества нормальных родов для женщины и ее ребенка включают [35]:

- Повышение эффективности родов
- Повышение готовности плода к рождению
- Защиту ребенка от сниженного содержания кислорода во время родов
- Улучшение физиологического ответа на стресс и боль
- Укрепление связи матери и новорожденного
- Помощь в минимизации материнского кровотечения после рождения
- Оптимизацию грудного вскармливания
- Способствование оптимальной привязанности матери и ребенка

Перинатальный период представляет собой очень чувствительное время для женщины и ее ребенка по отношению к гормональным и другим биологическим процессам [35]. Поддерживающий менеджмент направлен на минимизацию стресса и беспокойства матерей из-за негативного воздействия гормонов стресса на процесс родов [35, 51].

2.2 Уход за женщинами

Менеджмент, ориентированный на женщин, включает уважение и поддержку женщины, чтобы она ощущала себя в центре внимания и заботы [24, 52]:

- Комплексный уход с учетом физических, психосоциальных, культурных, эмоциональных и духовных потребностей женщины [2, 24]
- Сосредоточение внимания на ожиданиях, устремлениях и потребностях женщины, а не на институциональных или профессиональных потребностях [52]
- Признание права женщины на самоопределение посредством выбора, контроля и непрерывности менеджмента от доверенных лиц, обеспечивающих уход
- Признание права женщины на неприкосновенность частной жизни и принятие ее собственных обоснованных, автономных решений в области здравоохранения [53, 54]
- Признание потребности ребенка, семьи женщины и других [55], признавая в то же время, что женщина принимает решения, касающиеся ее здоровья, самостоятельно.

2.3 Культура коммуникаций

Позитивная философия ухода в процессе нормальных родов, продемонстрированная профессиональной культурой с четкой коммуникацией (табл. 2), необходима для обеспечения высококачественного ухода, что позволяет избежать ненужной перинатальной заболеваемости и смертности и увеличивает количество нормальных родов [12, 33].

Таблица 2

Культура коммуникаций

Аспекты	Рассмотрение
Женщина в центре внимания	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Представить информацию таким образом, чтобы способствовать физиологическому рождению</li> <li>➤ Делиться и обсуждать с женщиной информацию для получения информированного выбора [31] и согласия [24]                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Уважать право женщины отказаться от рекомендуемого менеджмента [2, 31, 40]</li> <li>• Обеспечить для женщин возможность отказаться от рекомендованного ухода</li> </ul> </li> <li>➤ Обеспечить эмоциональную и физическую поддержку женщины                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Используйте поддерживающую и понятную манеру разговора для укрепления уверенности в женщине</li> </ul> </li> <li>➤ Уважать и осуществлять план ведения родов [40, 56] (см. Табл. 4. Подготовка к родам)</li> <li>➤ Вовлекайте женщину в процесс клинической передачи [57]</li> </ul>

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Профессиональная культура	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Культура, включающая [58]:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Взаимное доверие</li> <li>• Четкие и уважаемые границы</li> <li>• Принятие разделяемых обязанностей</li> <li>• Открытое и честное общение [59]</li> </ul> </li> <li>➤ Позитивное лидерство и организационная поддержка</li> <li>➤ Согласование с основанной на фактических данных практикой, включающей аудит и обратную связь [43, 60–62]</li> </ul>
Культура сотрудничества	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Сотрудничество и междисциплинарные профессиональные отношения являются краеугольным камнем передового опыта в области охраны материнства [2, 36]</li> <li>➤ Содействовать активному междисциплинарному подходу для удовлетворения потребностей каждой женщины [37]</li> <li>➤ Поддержка интеграции сервисов и беспрепятственный доступ к дополнительной помощи [36, 40]</li> <li>➤ Обеспечение своевременной поддержки младших сотрудников по охране материнства [36]</li> </ul>

### 2.4 Непрерывность ухода

Предложите всем женщинам преемственность заботы.

Таблица 3

**Сравнение непрерывности акушерской помощи с другими моделями ухода за женщинами с низким уровнем риска**

Результат, связанный с акушеркой [39]	Количество исследований	Объем выборки	Относительный риск	95% ДИ	Интерпретация
Региональная аналгезия (эпидуральная)	14	17,674	0,85	0,78–0,92	Менее вероятно
Эпизиотомия	14	17,674	0,84	0,77–0,92	Менее вероятно
Инструментальные роды	13	17,501	0,90	0,83–0,97	Менее вероятно
ARM	4	3,253	0,80	0,66–0,98	Менее вероятно
Преждевременные роды	8	13,238	0,76	0,64–0,91	Менее вероятно
Потеря плода до 24 нед	11	15,645	0,81	0,67–0,98	Менее вероятно
Потеря плода до и после 24 нед плюс неонатальная смерть	13	17,561	0,84	0,71–0,99	Менее вероятно
Спонтанное вагинальное рождение	12	16,687	1,05	1,03–1,07	Возможно, более вероятно *
Отсутствие аналгезии в родах	7	10,499	1,21	1,06–1,37	Более вероятно
Участие знакомой акушерки	7	6,917	7,04	4,48–11,08	Более вероятно
Более длительная средняя продолжительность родов (0,5 ч)	3	3,328	0,50	0,27–0,74	Более вероятно
Кесарево сечение	13	17,674	0,92	0,84–1,00	Нет разницы
Индукция родов	13	17,501	0,93	0,86–1,01	Нет разницы
Интактная промежность	10	13,186	1,04	0,95–1,13	Нет разницы

Примечание. \* – Клиническое значение неизвестно.

### 2.5 Подготовка к родам

Планирование родов является непрерывным процессом и связано с улучшенными исходами для женщины и ее ребенка [40]. Подготовка к рождению направлена на то, чтобы дать женщине возможность активно участвовать в принятии решений, поддерживая ее и, в то же время, осуществляя контроль за процессом родов.

Таблица 4

**Подготовка к родам**

Аспекты	Рассмотрение
О нормальных родах	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Обеспечить уход за беременными в соответствии с протоколом PHR [27]</li> <li>❖ Сообщить женщине, что рождение является нормальным физиологическим событием [40]</li> <li>❖ Предлагать информацию и обсудить:             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Преимущества физиологического рождения</li> <li>➤ Признаки начала родов</li> </ul> </li> <li>❖ Чего ожидать на латентной стадии родов</li> <li>❖ Как дифференцировать предвестники родов и активные схватки             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Нормальные вагинальные выделения</li> </ul> </li> <li>❖ Как распознать околоплодную жидкость             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Боль и стратегия поддержки</li> <li>➤ Информированное согласие, в том числе для вагинального обследования</li> </ul> </li> </ul>

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Психообразование	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Предоставить возможность обсудить предыдущий опыт родов [13]</li> <li>❖ Уменьшить страх перед родами у женщин, которые сообщают о сильном страхе перед рождением ребенка [66]</li> <li>❖ Ассоциировано с [67]:             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Увеличением частоты спонтанных вагинальных родов</li> <li>➤ Уменьшением частоты кесарева сечения</li> <li>➤ Повышением доли положительного опыта родов</li> </ul> </li> </ul>
Варианты модели менеджмента	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уважать и поддерживать выбранную женщиной модель менеджмента и ухода [3]</li> <li>• Стремиться обеспечить преемственность опеки</li> <li>• Предоставить информацию о моделях вариантов ухода, об их рисках и преимуществах для содействия принятию обоснованных решений [20, 31, 54], включая:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Место рождения</li> <li>- Фармакологическое и нефармакологическое лечение боли</li> <li>- Продолжительность второго этапа</li> <li>- Менеджмент третьего этапа</li> </ul> </li> <li>• Предоставлять информацию о возможных вариантах менеджмента, если есть отклонения от нормы</li> </ul>
План ведения родов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставлять возможности для разработки плана родов и обсуждать условия рождения, в том числе:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Культурные требования к рождению</li> <li>- Поддержка (партнер)</li> </ul> </li> <li>• Помогает [40]:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Вовлекать женщин в процесс</li> <li>- Обмену информацией</li> <li>- Эффективной коммуникации</li> <li>- Женщина играет центральную роль в принятии решений [47]</li> </ul> </li> <li>• Мнение и убежденность лиц, оказывающих помощь, могут влиять на успех плана</li> <li>• Избегайте однонаправленных / контрольных планов [56]</li> </ul>

### 2.6 Условия рождения

Стремиться создать среду, в которой женщина чувствует себя защищенной, безопасной и безмятежной [35, 44, 68] и которая будет поддерживать:

- Чувство спокойствия
- Защиту частной жизни женщины
- Обеспечение поддержки и комфорта
- Домашнюю обстановку [46], что может включать:
  - Регулируемое освещение и температуру для достижения успокаивающей атмосферы [51]
  - Дискретное позиционирование медицинского оборудования
  - Семейную мебель и декор [51]
  - Мебель для поддержки вертикальных позиций [51]
  - Доступ к душе и погружению в воду

Таблица 5

**«Домашние» комнаты для родов в больнице по сравнению с обычными условиями при родах**

Исходы, связанные с обстановкой в родильном зале [46]	Количество исследований	Объем выборки	Относительный риск	95% ДИ	Интерпретация
Отсутствие анальгезии в родах	6	8,953	1,18	1,05–1,33	Возможно, более вероятно *
Спонтанные вагинальные роды	8	11,202	1,03	1,01–1,05	Возможно, более вероятно *
Грудное вскармливание 6–8 нед	1	1,147	1,04	1,02–1,06	Возможно, более вероятно *
Положительное отношение к уходу	2	1,207	1,96	1,78–2,15	Более вероятно
Эпидуральная анальгезия	8	10,931	0,80	0,74–0,87	Менее вероятно
Родостимуляция	8	11,131	0,77	0,67–0,88	Менее вероятно
Инструментальные роды	8	11,202	0,89	0,79–0,99	Менее вероятно
Эпизиотомия	8	11,055	0,83	0,77–0,90	Менее вероятно

*Примечание.* \* – Клиническое значение неизвестно.

Таблица 6

**Поддержка во время родов**

Аспекты	Возможности и действия
Непрерывность поддержки во время родов	• Содействует формированию доверительных отношений между женщиной и ее врачом [70]
Непрерывная поддержка [38]	• Важная стратегия в содействии нормальному рождению • Содействует эмоциональной поддержке, преодолению трудностей [71] • Непрерывная индивидуальная поддержка во время родов связана с улучшением результатов в отношении здоровья [38, 72] (см. табл. 7 Результаты родов, связанные с постоянной поддержкой во время родов)

Таблица 7

**Результаты родов, связанные с постоянной поддержкой во время родов**

Исходы, связанные с постоянной поддержкой [38]	Количество исследований	Объем выборки	Относительный риск	95% ДИ	Интерпретация
Спонтанное вагинальное рождение	19	14,119	1.08	1,04–1,12	Возможно, более вероятно *
Кесарево сечение	22	15,175	0.78	0,67–0,91	Менее вероятно
Инструментальные роды	19	14,118	0.90	0,85–0,96	Менее вероятно
Аналгезия в родах	14	12,283	0.90	0,84–0,96	Менее вероятно
Эпидуральная анестезия	9	11,444	0.93	0,88–0,99	Менее вероятно
Недовольство от предыдущих родов	11	11,133	0.69	0,59–0,79	Менее вероятно
Низкий 5-минутный показатель по шкале Апгар	13	12,515	0.69	0,50–0,95	Менее вероятно
Сокращение средней продолжительности родов (-0,58 ч)	12	5,366	-	-0,85 до -0,31	-

*Примечание. \* – Клиническое значение неизвестно.*

**3. Стратегии обеспечения комфорта в родах**

Распознавать и реагировать на изменения в способности женщины справляться с дискомфортом и болью. Коммуникация, в том числе похвала и поощрение, а также гибкий подход поддерживают женщину, которая чувствует себя под наблюдением.

- Рассмотрите способность женщины справляться с напряжением, ее мобильность, массу тела, стадию родов и поддерживайте ее выбор
- Использовать план по ведению родов.

*3.1 Нефармакологическая поддержка*

Большинство нефармакологических методов поддержки, по-видимому, безопасны как для женщины, так и для ее ребенка, но эффективность неясна из-за ограниченного количества доказательств высокого качества [73].

Таблица 8

**Нефармакологическая поддержка**

Методы терапии	Эффекты
Тепло	• Может уменьшить интенсивность боли в спине во время родов - Могут применяться грелки, горячие влажные полотенца, подогреваемые силикатные пакеты, теплые полотенца, ванны и душ - Перинеальные теплые компрессы [74] (см. табл. 21. Рождение ребенка) - Тепловая терапия крестцово-промежностной области во время активной стадии родов может способствовать уменьшению боли [75]
Гидротерапия	• Теплый душ может облегчить боль при родах [76]
Акупунктура	• Может уменьшить боль в родах [73, 77], повысить удовлетворенность матери и уменьшить необходимость фармакологических вариантов снятия боли [77]
Гипноз	• Может быть связано со снижением общего использования аналгезии во время родов
Отдых	• Может уменьшить интенсивность боли и частоту вмешательств в родах [80]
Массаж	• Может быть связано с уменьшением интенсивности боли в родах [81] и снижением продолжительности родов [82]
Йога	• Может уменьшить боль и сократить продолжительность родов [80]
Стимуляция нервов электричеством (TENS)	• Стимуляция нервов электричеством (TENS) может быть связана с уменьшением боли в родах [83]

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Ароматерапия и биологическая обратная связь	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Биологическая обратная связь может быть связана со сниженным восприятием боли [84]</li> <li>• Ароматерапия может быть связана с:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Уменьшением боли [85]</li> <li>- Сокращение продолжительности родов [84]</li> </ul> </li> </ul>
Стерильная вода для инъекций	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может быть связано с уменьшением боли в родах [86, 87]</li> <li>• Назначение может вызвать дискомфорт</li> <li>• Может помочь женщинам, страдающим от боли в пояснице [88, 89]             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Могут быть необходимы повторные инъекции [87]</li> <li>- Серия инъекций может обеспечивать улучшение эффекта [87]</li> </ul> </li> <li>• Пациенткам, которые хотят избежать усиления дискомфорта, связанного с серией инъекций:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Необходимо проинформировать пациентку о том, что одноразовая инъекция может быть менее эффективной, чем серийные [87]</li> </ul> </li> </ul>
Родильный мяч	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наблюдалось уменьшение боли при использовании родильного мяча [90]</li> <li>- Может также способствовать увеличению комфорта и расслаблению [90]</li> </ul>
Недостаточные доказательства	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточно доказательств эффективности:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Рефлексотерапии [91]</li> <li>- Традиционной китайской медицины</li> <li>- Гомеопатии – эффективность и безопасность не установлены</li> <li>- Музыки [80]</li> </ul> </li> </ul>

### 3.1.1 Погружение в воду

Погружение в теплую воду является эффективным методом нефармакологической анальгезии во время родов [92, 93], который облегчает и способствует нормальным родам [94].

Таблица 9

### Погружение в воду: принципы и безопасность

Аспекты	Влияние
Польза / риск	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижает интенсивность боли, связанной с родами [95]</li> <li>• Увеличивает материнскую удовлетворенность процессом родов [95, 96]</li> <li>• Увеличивает чувство невесомости [97], увеличивает контроль и расслабление [94, 95, 97]</li> <li>• Может замедлить прогресс родов [98]</li> <li>• Потенциальное непреднамеренное рождение в воде [99]</li> <li>• Может увеличить частоту травм половых путей [100]</li> </ul>
Исходы на первой стадии	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не увеличивает риск для здоровья женщины или ее ребенка, если соблюдаются принципы, основанные на клинических рекомендациях и доказательных данных</li> <li>❖ Связано с:             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ уменьшением частоты эпидуральной / спинальной анестезии (ОР 0,90; 95% ДИ: 0,82–0,99) [101]</li> <li>➢ Никакой разницы в способе рождения, 5-минутной оценке по шкале Апгар, по неонатальным инфекциям, госпитализации в неонатальное отделение [101]</li> <li>➢ Уменьшение частоты родостимуляции [102]</li> </ul> </li> </ul>
Предлагаемые критерии для погружения в воду	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполните индивидуальную оценку, включая:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Возможность входа и выхода из воды с минимальной помощью</li> <li>- Ресурсы (человек и оборудование), доступные для помощи женщине, если это необходимо</li> <li>- Роды в срок при низком риске [99, 101, 103]</li> <li>- Отсутствие наркотической анальгезии в течение предыдущих четырех часов</li> <li>- Активная стадия родов</li> </ul> </li> <li>• Не исключено (при проведении антибиотикопрофилактики):             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Группа В Streptococcus [93, 104]</li> <li>- Длительный разрыв плодных оболочек (более 18 ч)</li> </ul> </li> </ul>
Менеджмент в воде	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уровень воды должен быть на уровне материнской груди при сидении</li> <li>• Температура воды 36–37,5 °C [40, 103]</li> <li>• Контролируйте температуру тела женщины [97, 103]:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- на первом этапе – каждый час</li> <li>- на втором этапе – каждые 30 мин</li> </ul> </li> <li>• Необходимо постоянно контролировать качество воды</li> <li>• Необходимо поощрять регулярное потребление жидкости [97]</li> </ul>

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Менеджмент во время погружения в воду	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Требуется постоянная поддержка со стороны специалистов по уходу при погружении в воду [99, 103]                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Соблюдать требования местных учреждений к компетенции персонала</li> </ul> </li> <li>• Установить исходное состояние матери и плода до погружения в воду                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обеспечить немедленную доступность второго опекуна при необходимости</li> </ul> </li> <li>• Динамическое наблюдение за состоянием матери и плода                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Вагинальное обследование (ВО) может проводиться в воде [97], но не рекомендуется в качестве обычной практики</li> </ul> </li> <li>• Наркотическая аналгезия не рекомендуется при погружении в воду [103]</li> </ul>
Прекращение [97]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При наличии:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Медленного прогресса</li> <li>- Аномалии сердечного ритма плода (FHR) при аускультации</li> <li>- Мекониальные или окрашенные кровью околоплодные воды</li> <li>- Повышение материнской температуры тела на один градус выше базовой линии</li> <li>- Наличие факторов риска</li> </ul> </li> </ul>
Рождение в воде	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Описано в Разделе 6.3.1</li> </ul>

### 3.2 Фармакологическая поддержка

Таблица 10

#### Фармакологическая поддержка

Аспекты	Рассмотрение
Отношение к боли и облегчение боли	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отношение медицинских работников к аналгезии и проведение фармакологической аналгезии зависит от персонального опыта и убеждений, а также практики, принятой в медицинском учреждении [106]</li> <li>• Необходимо обеспечить, чтобы предоставление помощи (как физической, так и психологической) было направлено на поддержку женщин в их выборе</li> </ul>
Выбор поддержки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимо предоставлять информацию о рисках, выгодах и последствиях фармакологических вариантов уменьшения боли, включая (если есть):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Прогресс родов</li> <li>- Рекомендуемый мониторинг / наблюдение</li> <li>- Нюансы клинической приемственности</li> <li>- Эффективность управления болью</li> <li>- Частоту побочных эффектов</li> </ul> </li> </ul>
Опции	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обратитесь к клиническим рекомендациям:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Опиоиды в родах [107]</li> <li>- Эпидуральная аналгезия в родах [108]</li> </ul> </li> </ul>
Предписания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перед назначением обезболивания выполняется комплексная клиническая оценка</li> <li>• Рассмотрите индивидуальные обстоятельства, имеющие отношение к безопасности при назначении</li> <li>• Ознакомьтесь с Фармакопеей для получения полной информации о продукте</li> </ul>

### 3.2.1 Закись азота и кислород в рабочей силе

Таблица 11

#### Закись азота и кислород

Аспекты	Рассмотрение
Назначение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Требуется достаточная вентиляция [110]</li> <li>• Вдох [111] через маску или мундштук                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Женщина сама держит мундштук или маску</li> <li>- Эффект через 20–30 с</li> <li>- Пиковая клиническая эффективность наступает в течение 3–5 мин [112]</li> </ul> </li> <li>• Титрация с использованием инкрементных доз [112, 113] в соответствии с эффектом и чувствительностью                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Целью должно быть достижение сознательного, расслабленного, комфортного и контактного состояния [113]</li> <li>- Максимальная доза 70% закиси азота ассоциирована с акушерской анестезией, а не аналгезией [111]</li> </ul> </li> </ul>
Обеспечение ухода	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Поддерживать и поощрять женщину к эффективному применению метода                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Начинать вдох с началом схватки (или, возможно, за 30 с до начала)</li> <li>• Дышать глубоко в обычной манере</li> <li>• Прекратить, когда схватка прошла</li> </ul> </li> <li>➢ Контроль за признаками передозировки (снижение респираторных усилий)</li> <li>➢ Дополнительный кислород в случае передозировки</li> </ul>

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Выгоды	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечивает умеренную анальгезию и седативный эффект [112]</li> <li>• Минимальная токсичность</li> <li>• Быстрое действие с быстрым удалением [112, 114]</li> <li>• Не влияет на сократительную деятельность матки</li> <li>• Нет известных фетальных или неонатальных эффектов [114, 115]</li> <li>• Метод эффективен для уменьшения боли в родах [73, 116]</li> <li>• Может помочь расслабиться (дыхательные техники)</li> </ul>
Риски	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Передозировка вызывает угнетение дыхания                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Повышенный риск при использовании с опиоидами</li> </ul> </li> <li>• Может быть связано с:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Рвотой, тошнотой, головной болью и головокружением [73, 110, 114, 116]</li> <li>- Дезориентация и клаустрофобия [73]</li> </ul> </li> <li>• Может быть сведено к минимуму путем тщательного титрования [112]</li> </ul>

#### 4. Первоначальная оценка состояния пациентки

Комплексная оценка помогает в планировании ухода и проведении нормальных родов [43]. Цель первоначальной оценки заключается в следующем:

- Точно оценить необходимость консультаций
- Определить фазу родов
- Обеспечить практическую поддержку.

#### 4.1 Удаленная оценка

Первоначальный контакт может происходить с женщиной лично или с помощью способов дистанционной связи (например телефон, видеосвязь).

- Точная и последовательная оценка и обмен информацией поддерживают и позволяют женщинам оставаться дома во время латентной фазы родов
- В начале родов удаленная оценка, проводимая специально обученным персоналом [117, 118], может быть предложена всем женщинам [40]
- Включить соответствующие элементы первоначальной оценки состояния матери при дистанционном методе наблюдения (см. Таблицу 12. Клиническая оценка).

#### 4.2 Клиническая оценка

Таблица 12

### Клиническая оценка

Аспекты	Оценка состояния матери
Первоначальный контакт	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определение причин обращения</li> <li>• Оценить эмоциональные и психологические потребности</li> <li>• Обсудите предпочтения в отношении родов</li> <li>• Просмотрите историю, заметки о беременности и результаты скрининга [40], включая:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Гестационный срок</li> <li>- Анамнез (медицинский, акушерский, гинекологический, хирургический, социальный)</li> <li>- Аллергию</li> <li>- Осложнения беременности</li> <li>- Результаты обследований [43] (включая местоположение плаценты)</li> </ul> </li> </ul>
Схватки [40]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Засечь время регулярных, болезненных схваток</li> <li>• Оцените силу, частоту, длительность в течение 10 мин</li> </ul>
Оценка состояния пациентки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Температура тела, пульс, частота дыхания, артериальное давление (АД) и анализ мочи [40]</li> <li>• Оценить состояние питания и гидратации и общий внешний вид</li> </ul>
Абдоминальное обследование	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наблюдение и пальпация [40], включая определение высоты стояния дна матки, предлежания, вида и позиции плода</li> </ul>
Состояние плода	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спросите о движениях плода за последние 24 ч [40]</li> <li>• Оценить ЧССП                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Используйте либо акушерский стетоскоп, либо доплер [119]</li> <li>- Аускультация проводится в конце схватки и продолжается в течение, как минимум, 30–60 с после завершения [119]</li> <li>- Необходимо различать сердцебиение женщины и ребенка [40, 119]</li> </ul> </li> <li>• Рутинное использование КТГ для женщин с низким уровнем риска не рекомендуется [40]</li> </ul>
Вагинальные выделения	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Оценить и зафиксировать выделения [40]                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Нет выделений</li> <li>➤ Слизистые – цвет, запах, консистенция</li> <li>➤ Кровянистые – цвет крови, объем</li> <li>➤ Водянистые – цвет, объем, запах, консистенция</li> </ul> </li> </ul>
Вагинальный осмотр (ВО) [40]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Если фаза родов не определена, ВО может помочь в принятии решений</li> <li>• Если предполагается наличие активной фазы родов, необходимо предложить ВО (см. Табл. 13. Вагинальный осмотр)</li> <li>• Если предполагается спонтанный разрыв плодного пузыря, осмотр в зеркалах</li> </ul>



## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Боль и дискомфорт	• Оценить боль и дискомфорт
Повторные визиты и оценка состояния	• Просмотрите историю визитов и клинические обстоятельства каждого визита • Необходимо учитывать интервал с момента первоначального визита • При наличии показаний назначить повторный визит

### 4.3 Вагинальный осмотр

В тех случаях, когда нет доказательств, подтверждающих или отвергающих использование рутинных ВО в родах для улучшения исходов для женщин и младенцев [120].

Таблица 13

### Вагинальный осмотр

Аспекты	Рассмотрение
Показания	Необходимо стремиться к минимальному количеству ВО [19] • Чтобы помочь в принятии решений, рекомендуем ВО: - В течение четырех часов после начала родовой деятельности - Каждые четыре часа при установлении активной родовой деятельности [40] - При выявлении клинических проблем
Противопоказания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Согласие пациентки не получено</li> <li>• Дородовое кровотечение</li> <li>• Дородовой разрыв плодных оболочек</li> <li>• Предлежание плаценты</li> <li>• Расположение плаценты неизвестно</li> <li>• Предполагаемые преждевременные роды</li> </ul>
Перед ВО [97]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимо оценить [40]:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Требуется ли ВО?</li> <li>- Будет ли ВО полезным в принятии клинических решений?</li> </ul> </li> <li>• Анамнез и самый последний результат ультразвукового сканирования</li> <li>• Объяснить процедуру и получить согласие</li> <li>• Объяснить, что ВО может приносить дискомфорт некоторым женщинам</li> <li>• Убедитесь, что мочевой пузырь у женщины пуст</li> <li>• Выполнять осмотр брюшной полости и аускультацию ЧССП</li> </ul>
Во время ВО [97]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддерживать неприкосновенность частной жизни, достоинство и уважение</li> <li>❖ Учитывайте комфорт женщины</li> <li>❖ Выполнять ВО между схватками</li> </ul> Необходимо оценить: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Общий вид промежностной и вульво-вагинальной области</li> <li>• Положение шейки матки</li> <li>• Дилатацию</li> <li>• Воздействие</li> <li>• Консистенцию – мягкая, средняя, твердая</li> <li>• Предлежащую часть</li> <li>• Целостность плодного пузыря</li> <li>• Выделения – цвет, объем, запах</li> <li>• Уровень предлежащей части по отношению к ишиальным шипам (от -3 до +3)</li> <li>• Позицию и вид плода</li> </ul>
После ВО [40, 97]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Объяснить результаты и любое потенциальное влияние на план ведения родов</li> <li>• Аускультация ЧССП</li> <li>• Запись данных, полученных при ВО</li> </ul>

### 5. Первый период родов

Существуют две фазы первого периода родов [40, 121]:

- Латентная фаза
- Активная фаза

Прогресс на первом этапе связан с расширением шейки матки и опусканием головки плода. Наступление, прогресс и продолжительность фаз первого периода родов являются переменными. Применяемые определения могут не иметь отношения ко всем женщинам. Первый период родов завершается при полном раскрытии шейки матки [40].

#### 5.1 Латентная фаза первого периода

Во время латентной фазы родов женщина может установить контакт с акушерской службой или ее лечащим врачом с просьбой о поддержке и совете.

Таблица 14

### Латентная фаза первого периода

Аспекты	Рассмотрение
Начало	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Период времени, связанный с:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Нерегулярными маточными сокращениями [40]</li> <li>и</li> <li>- раскрытием шейки матки менее 4–6 см [40, 122, 123]</li> </ul> </li> </ul>

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Продолжительность	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Длительность латентной фазы трудно измерить [9, 43]</li> <li>• Скорость раскрытия шейки матки не одинакова у нерожавших и у женщин со вторыми родами [12]</li> </ul>
Пролонгированная латентная фаза	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существуют ограниченные высококачественные доказательства для обеспечения современного определения [12]</li> </ul> <p>Предлагается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Более 20 ч у нерожавших женщин [124]</li> <li>- Более 14 ч у повторно рожавших женщин [124]</li> </ul>
Оценка	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Завершить первоначальную оценку</li> <li>❖ Предлагать индивидуальную поддержку:</li> <li>❖ Предлагайте простую аналгезию по мере необходимости</li> <li>❖ Данные низкого уровня свидетельствуют о связи между приемом парацетамола во время беременности и поздней астмой в детском возрасте и гиперкинетическими расстройствами [125]             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Информация и ресурсы</li> <li>• Поощрять постоянную сопротивляемость и позитивную самооценку</li> <li>• Отдых, гидратация, питание, мобилизация, поддержка</li> </ul> </li> </ul>
Поддержка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предлагаая варианты ухода и поддержки в родах, учитывайте:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Индивидуальные клинические обстоятельства</li> <li>- Расстояние и время в пути</li> </ul> </li> <li>Латентная стадия:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Если нет необходимости в постоянном уходе, рекомендуем вернуться домой [126]</li> <li>- Если требуется индивидуальная поддержка, рекомендуется госпитализация</li> </ul> </li> <li>❖ Нерожавшие женщины, госпитализированные до активной стадии родов, имеют большую вероятность применения окситоцина и КС [127]</li> <li>• Активная фаза первого периода: необходимо рассматривать индивидуальную поддержку при родах             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Возвращение женщины домой может способствовать негативному опыту [128]</li> </ul> </li> </ul>
Возвращение / пребывание дома	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Если женщина решает вернуться или остаться дома, предоставьте информацию о:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Стратегии преодоления трудностей</li> <li>- Когда возвращаться в клинику / просить консультации, в том числе при:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Любых проблемах</li> <li>➤ Повышении частоты, силы и продолжительности схваток</li> <li>➤ Увеличении боли или дискомфорта, требующих дополнительной поддержки или обезболивания</li> <li>➤ Влагалищном кровотечении</li> <li>➤ Разрыве плодного пузыря</li> <li>➤ Снижении частоты или беспокойстве по поводу движений плода</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

[...]

### 5.3. Постоянный уход в первый период родов

Аспекты	Рассмотрение
Партограмма	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ведение начинается в начале активной родовой деятельности [131]</li> <li>• Несмотря на качество доказательств, клиническая польза небольшая [131, 132]             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Предоставляет краткий обзор прогресса</li> <li>- Облегчает преемственность медицинской помощи</li> <li>- Может помочь выявить пролонгирование родов</li> </ul> </li> <li>• При использовании линии оповещения рекомендуется использовать четырехчасовую линию действий [132]</li> </ul>
Оценка состояния и поддержка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Требуется непрерывная индивидуальная поддержка (см. Раздел 2.4 Непрерывность ухода)</li> <li>• Рутинное использование КТГ для женщин с низким уровнем риска не рекомендуется [40, 119]</li> <li>• Обеспечить постоянную поддержку</li> </ul>
Позиция и мобилизация	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существует мало доказательств того, что какая-либо позиция является оптимальной в родах [133]</li> <li>• Избегайте положения на спине, поскольку это связано с неблагоприятными последствиями, включая [134]:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Гипотонию</li> <li>- Аномалии сердечного ритма плода</li> </ul> </li> <li>• Содействовать и поддерживать принятие вертикальных (на коленях, приседание или стоя) и мобильных позиций             <ul style="list-style-type: none"> <li>- По сравнению с горизонтальными вертикальные положения в родах связаны с уменьшением продолжительности первого этапа [134]</li> </ul> </li> <li>• Родильный мяч может быть эффективным инструментом для снижения интенсивности боли [90, 135] и оптимизации положения плода</li> </ul>
Питание и гидратация	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для женщин с низким уровнем риска ограничение приема пищи не показало улучшения в отношении результатов материнского или неонатальных исходов [49], и в то же время оно может быть неприятным для некоторых женщин             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Предоставить женщине возможность есть и пить по желанию</li> <li>- Предлагать частыми глотками пить воду</li> </ul> </li> <li>• Изотонические и углеводные напитки во время родов не являются более полезными, чем питьевая вода</li> <li>• Углеводные добавки не оказывают влияния на исходы родов [136]</li> </ul>

**Задержка в активной фазе первого периода**

Диагностика задержки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Классифицируется как:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Пролонгированные роды (прогресс медленнее, чем обычно) [12]</li> <li>- Первородящие – дилатация шейки матки менее 2 см за 4 ч [40]</li> <li>- Повторнородящие – расширение шейки матки менее 2 см за 4 ч или замедление прогресса родов [40]</li> <li>- Прекращение родовой деятельности (полное прекращение прогресса) [12]</li> </ul> </li> <li>Диагностируется при расширении шейки матки более 6 см с разрывом плодного пузыря и отсутствием или ограниченными изменениями шейки матки в течение четырех часов адекватных сокращений [9, 12, 122]</li> </ul>
Консультация и перенаправление	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Консультация и / или направление к руководителю акушерской бригады / акушеру [2]</li> <li>• Рассматривается, требуется ли клиническое вмешательство</li> <li>• Оценить:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Все аспекты прогресса родов</li> <li>- Состояние матери и плода</li> </ul> </li> </ul>
Поддержка прогресса в направлении нормальных родов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обратитесь к:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Раздел 2. Поддержка нормальных родов и</li> <li>- Раздел 3. Стратегии увеличения комфорта в родах</li> </ul> </li> <li>• Для повторнородящих женщин оцените акушерский анамнез [137]</li> </ul>

**6. Второй период родов**

Определяется от полного расширения шейки матки до рождения ребенка [40]. Существует две идентифицированные фазы второго периода родов – пассивная и активная. Прогресс родов во второй период включает сгибание, вращение и опускание головки плода.

**Прогресс второго периода**

<i>Пассивная фаза второго периода</i>	
Начало	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Полное раскрытие шейки матки до или в отсутствие потуг [40]</li> </ul>
Прогресс / задержка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсрочка потуг (при отсутствии клинических проблем), если нет позывов к потугам [126]</li> <li>• Консенсус в отношении определенной продолжительности для пассивной фазы второго периода отсутствует</li> <li>• Проведите повторный осмотр [40] и проконсультируйтесь с акушером, если через час:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Отсутствуют позывы к потугам</li> <li>- Нет доказательств прогресса родов</li> </ul> </li> </ul>
<i>Активная фаза второго периода</i>	
Начало [40]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ребенок виден или</li> <li>• Полное раскрытие шейки матки и потуги</li> </ul>
Прогресс	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проконсультируйтесь и обратитесь к акушеру, если прогресс идет медленно:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Нерожавшие женщины – после одного часа активной фазы второго периода [40]</li> <li>- Повторнорожавшие женщины – после 30 мин активной фазы второго периода [40]</li> </ul> </li> </ul>
Диагностика задержки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Нерожавших женщин – после двух часов активной фазы второго периода [40]</li> <li>- Повторнорожающих женщин – после одного часа активной фазы второго периода [40]</li> </ul> </li> </ul>

6.1 Поддержка прогресса в направлении нормальных родов

**Поддержка прогресса во второй период родов**

Аспекты	Рассмотрение
Поддерживающий уход	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Динамическая оценка состояния</li> </ul>
Длительность второго периода	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет определенной максимальной длины второго периода (пассивная и активная фазы) [12]</li> <li>• Вместо жестких временных ограничений принятие решений должно основываться на оценке:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Физического и эмоционального состояния роженицы</li> <li>- Состояния плода</li> <li>- Прогресса родов</li> <li>- Материнских предпочтений</li> </ul> </li> <li>Необходимо предоставлять информацию о рисках и преимуществах более продолжительной и более короткой продолжительности второго периода, относящихся к индивидуальным обстоятельствам</li> <li>• Более длительная продолжительность может быть уместна у некоторых женщин [12, 126], когда:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Состояние матери и плода оптимально</li> <li>- Проведены соответствующие консультации</li> </ul> </li> </ul>

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Продолжительность и урогинекологические последствия для нерожавших женщин	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существуют убедительные доказательства относительно урогинекологических исходов, связанных с длительным вторым периодом родов</li> <li>• Увеличенная продолжительность второго периода связана с повышенным риском первичного послеродового кровотечения (ППК) [138]</li> <li>• При спонтанных родах:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Продолжительность второго периода не связана с повышением частоты травмы анального сфинктера [139]</li> <li>- Длительная вторая стадия не связана с возникновением недержания мочи [140]</li> </ul> </li> </ul>
---	---

6.2 *Наблюдение в первый и второй периоды родов*  
Увеличьте частоту наблюдений, если есть клинические показания.

Таблица 20

### Наблюдение в родах

Аспекты	Латентная фаза первого периода	Активная фаза первого периода [40]	Второй период
Аускультация ЧССП (Дифференцировать от материнского пульса) [40, 141]	Четыре часа	• Периодическая аускультация каждые 15–30 мин [141]	• Пассивная фаза: каждые 15 мин • Активная фаза [141]: аускультация проводится сразу после потуги не менее одной минуты и, по меньшей мере, каждые пять минут
Материнская температура тела	Четыре часа	Четыре часа	Четыре часа
Если роженица в воде	Не измеряется	Каждый час	30 мин
Пульс, частота дыхания	Четыре часа	30 мин	- Пассивная фаза: каждые 30 мин - Активная фаза: каждые 15 мин [141] При необходимости – чаще
Артериальное давление	Четыре часа	Четыре часа	Четыре часа
Пальпация	- По показаниям - Перед ВО	- Для определения прогресса родов - Перед ВО	- Для определения прогресса родов - Перед ВО
Схватки	Четыре часа	Каждые 30 мин – на протяжении 10 мин. Ожидают 3–5 сокращений за 10 мин [141] продолжительностью 60 с с 60-секундным периодом расслабления	Динамичное наблюдение
ВО	Предложить, если есть клиническая необходимость и отсутствуют противопоказания	Предлагать каждые четыре часа [43] и в случае клинической необходимости [132]	По клиническим показаниям, чтобы помочь в принятии решений
Выделения из влагалища	Каждый час	Каждый час	Постоянное наблюдение
Моча	Поощряйте опорожнение каждые два часа	Поощряйте и контролируйте опорожнение каждые два часа	Мониторинг частоты

6.3 *Рождение ребенка*

Таблица 21

### Рождение ребенка

Аспекты	Рассмотрение
Позиция роженицы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Положение на коленях и положение на коленях с упором на руки связаны с увеличением частоты интактной промежности [142]</li> <li>• Сидячие положения и родовые стулья связаны с увеличением частоты травм промежности [142]</li> <li>• Вертикальное положение на втором этапе связано со (общее качество доказательств низкое) [143]:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Значительным сокращением числа вмешательств в родах</li> <li>- Снижением частоты эпизиотомии</li> <li>- Повышением частоты разрывов второй степени</li> <li>- Повышением частоты кровопотери 500 мл или более</li> </ul> </li> <li>• Вертикальное положение на втором этапе может уменьшить продолжительность второго этапа для нерожавших женщин [143]</li> </ul>

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Потуги	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поощряйте женщину прислушиваться к ее собственному телу, что обычно помогает тужиться [144]</li> <li>• Избегайте учить женщин длительно с усилием тужиться, при этом закрывая рот (маневр Вальсальвы) [144, 145]</li> </ul>
Уход за промежностью	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перинеальные теплые компрессы (теплотерапия) на втором этапе могут быть связаны со [74]:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Снижением частоты разрывов третьей и четвертой степени [147]</li> <li>- Уменьшением боли</li> <li>- Повышенным удовлетворением и комфортом</li> </ul> </li> <li>• Недостаточно данных в поддержку сгибания головы для уменьшения травмы промежности [74, 147]</li> </ul>

6.3.1 Роды в воде

Таблица 22

### Роды в воде

Аспекты	Рассмотрение
Обстановка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточно доказательств надлежащего качества для поддержки или опровержения безопасности рождения в воде для женщины или ее ребенка [92, 103, 148]</li> <li>• Профессиональный консенсус по данному вопросу также отсутствует:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Королевский австралийский и новозеландский колледж акушеров и гинекологов (RANZCOG) «в настоящее время не могут одобрить запланированное рождение в воде по сравнению с обычными родами» [99]</li> <li>- Австралийский колледж акушеров поддерживает выбор женщины, если она желает получить доступ к погружению в воду в процессе родов и / или рождению в воде [95]</li> <li>- Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG) и Американская академия педиатрии не рекомендуют рожать в воде [149]</li> </ul> </li> </ul>
Неонатальные гипотезы, касающиеся рождения в воде	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Механизм, управляющий переключением с внутриутробного на внешнее дыхание, является неопределенным [150]</li> <li>• Согласно гипотезам, триггеры для дыхания после рождения на земле включают:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Физическую стимуляцию, боль, гиперкапнию, гипоксию, хронические эндокринные изменения и диафрагмальное сжатие [150]</li> </ul> </li> <li>• Здоровые дети, рожденные в теплой воде, не получают всех этих стимулов, и поэтому ингибирование дыхания при родах в воде считается следствием баланса тормозных и стимулирующих триггеров [148]</li> </ul>
Выгода	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преимущества погружения в воду (см. Раздел 3.1.1)</li> <li>• Нет никакой разницы в pH пуповины между младенцами, родившимися в воде или вне ее [151]</li> </ul>
Потенциальный риск	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Основные проблемы, вызывающие озабоченность (в основном из отчетов о случаях) [151]:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Неонатальная и материнская инфекция</li> <li>- Неонатальная водная аспирация</li> <li>- Неонатальная и материнская терморегуляция</li> </ul> </li> <li>• Температура плода на 0,5 °C выше, чем материнская температура тела [97]</li> <li>- Менеджмент в случае необходимости неотложной акушерской или неонатальной помощи</li> </ul>
Уровень учреждения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Там, где предлагаются роды в воде, устанавливаются местные протоколы для:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Предоставления второго специалиста в области здравоохранения</li> <li>- Очистки и обслуживания ванн и бассейнов</li> <li>- Процедуры контроля инфекций</li> <li>- Мониторинга женщины и плода при погружении</li> <li>- Экстренного перемещения женщины из воды при развитии осложнений</li> </ul> </li> </ul>
Информированный выбор	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддерживать женщин, которые выбирают рождение в воде</li> <li>• Информировать женщин о наличии доказательств о преимуществах и рисках рождения в воде</li> </ul>
Менеджмент во время второго периода	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Второй специалист, присутствовавший во время рождения</li> <li>• Аускультация ЧССП и наблюдение за роженицей (см. Табл. 20. Наблюдение в родах)</li> <li>• Избегать направленных потуг</li> <li>• Рождение «без рук», чтобы избежать стимуляции</li> <li>• Не проверяйте на обвитие пуповиной [97]</li> <li>• Немедленно перенести ребенка на поверхность без чрезмерной стимуляции [94]</li> </ul>
Менеджмент в третий период родов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Если возникли проблемы или трудности в оценке, помогите женщине выйти из воды</li> <li>• Нет доказательств, чтобы противопоставить рождение плаценты в воде во время физиологического третьего периода [93]</li> <li>• Избегать натяжения пуповины и проверяйте ее целостность [94]             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Разрыв пуповины (сообщается, что он встречается примерно в 2,496–3,1152 на 1000 родов)</li> </ul> </li> <li>• Поддерживайте тепло и постоянное наблюдение</li> <li>• См. Раздел 7. Третий период родов</li> </ul>

### 7. Третий период родов

Начинается после рождения ребенка и длится до рождения плаценты и оболочек [40].

- Физиологический менеджмент (также называемый выжидательным)
- Активное ведение дополнительно классифицируется в соответствии со сроками пережатия пуповины:
  - Отсроченное пережатие пуповины, также называется модифицированным активным менеджментом (рекомендуется)
  - Раннее пережатие пуповины – часто называемое «активным ведением» (не рекомендуется).

Варианты третьего периода

Аспекты	Рассмотрение
Модифицированный активный менеджмент (отсроченное пережатие пуповины)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рекомендуется для всех родов до инициирования неотложной неонатальной помощи [43, 153, 154]:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Назначение окситоцина сразу после рождения ребенка и до того, как пуповина зажата и перерезана [155]</li> <li>- Необходимо подождать не менее 1–3 мин после рождения ребенка [154] или до прекращения пульсации пуповины [153], после чего пережать и отрезать</li> <li>- Использовать контролируемую тягу после признаков отделения</li> </ul> </li> <li>• Считается пролонгированным, если не завершено в течение 30 мин после рождения ребенка [40]</li> </ul>
Физиологический	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подходит для женщин, которые [40, 45]:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Имели неосложненную беременность</li> <li>- Имели нормальный первый и второй периоды родов</li> <li>- Не имеют факторов риска чрезмерного кровотечения</li> <li>- Приняли обоснованное решение после обсуждения рисков и выгод</li> </ul> </li> <li>• Рутинный метод включает:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Отсутствие применения утеротоников</li> <li>- Отсрочку пережатия пуповины до момента прекращения пульсации или после рождения плаценты [40]</li> <li>- Оставление пуповины не пережатой (или если пуповина перерезана, оставьте материнский конец не пережатым) [97, 156]</li> <li>- Рождение плаценты спонтанно материнскими усилиями [40]</li> <li>- Врач ненавязчиво ждет и наблюдает за признаками отделения, не вмешиваясь в процесс</li> </ul> </li> <li>• Считается пролонгированной, если не завершена в течение 60 мин после рождения ребенка [40]</li> <li>• Рекомендовать вмешательство с окситоцином, если необходимо контролировать кровотечение [45]</li> </ul>
Активное ведение (Раннее пережатие пуповины)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раннее пережатие пуповины (в течение 60 с после рождения ребенка) больше не рекомендуется для рутинного менеджмента в третий период [40, 153, 154, 157]</li> <li>Включает:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Введение утеротоников с рождением переднего плеча или сразу после рождения ребенка</li> <li>- Тракцию пуповины сразу после признаков отделения</li> </ul> </li> </ul>
Lotus birth (практика оставлять пуповину после родов, когда ребенок остается прикрепленным к плаценте до тех пор, пока пуповина естественно не отделится от пупка – обычно через 3–10 дней после рождения)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не рекомендуется из-за ограниченного количества исследований [158]</li> <li>Рутинно включает [159]:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ребенок остается прикрепленным к плаценте до тех пор, пока пуповина не отделяется естественным образом</li> <li>- Плацента высушена, посолена и завернута в «дышащий» материал</li> </ul> </li> <li>• Может увеличить риск заражения ребенка [158, 160]</li> <li>• Если женщина выбирает «рождение лотоса»:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Необходимо, чтобы женщина предоставила соответствующую информацию до рождения ребенка</li> <li>- Предоставлять родителям информацию о признаках инфекции</li> <li>- См. раздел 7.3. Запросы, касающиеся плаценты</li> </ul> </li> </ul>

7.1 Постоянный уход в третий период родов (табл. 24)

Таблица 24

Постоянный уход в третий период

Аспекты	Рассмотрение
Утеротоники	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рекомендовать окситоцин 10 международных единиц (МЕ) [154] вскоре после рождения                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Связано с меньшим количеством побочных эффектов по сравнению с окситоцином в комбинации с эргометрином [161]</li> </ul> </li> <li>Сроки введения:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Может вводиться до или после того, как проведено пережатие пуповины [157]</li> <li>- Назначение до пережатия пуповины вряд ли повлияет на плаценту или ребенка [157]</li> <li>- Отсутствие существенной разницы в частоте РПК при назначении до или после рождения плаценты [162]</li> </ul> </li> </ul>
Пережатие пуповины	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обычно проводится в течение от одной до трех минут после рождения ребенка [153, 157]                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оптимальное время пережатия пуповины неизвестно [157]</li> <li>- Сроки не влияют на потерю крови при рождении [163]</li> </ul> </li> <li>• Если есть какие-либо опасения относительно целостности пуповины или частота сердечных сокращений у ребенка ниже 60 ударов в 1 мин, зажмите и отрежьте пуповину [40]</li> <li>• Пережатие пуповины в течение 5 мин, если ожидается проведение тракций за пуповину [40]</li> <li>• Необходимо задокументировать время, когда пережата пуповина, а не способ ведения третьего периода [40, 157]</li> </ul>

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Отделение плаценты [97]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наблюдать за потерей крови и признаками отделения плаценты [164]:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Матка поднимается в брюшной полости</li> <li>- Матка становится более твердой</li> <li>- Из влагалища наблюдается выделение крови</li> <li>- Наблюдается удлинение пуповины</li> <li>- Пуповина не втягивается при надлобковом нажатии</li> <li>- Плацента может стать видимой во влагалище</li> <li>- Избегайте повторной пальпации матки, которая болезненна, вызывает сокращение и может увеличить риск РПК [97]</li> </ul> </li> </ul>
Контролируемые тракции за пуповину	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Убедитесь, что матка хорошо сокращается и плацента отделена до того, как применять контролируемые тракции</li> <li>• Выполняются после пересечения пуповины [40]</li> <li>• Осторожно потяните вниз за пуповину, при этом осуществляя контртракции над лобковой костью</li> <li>• Тяговое усилие следует за кривой Carus [165]</li> <li>• По мере того как плацента рождается, держите ее обеими руками и осторожно поворачивайте, чтобы скрутить оболочки</li> <li>• Медленно отделите плодные оболочки для завершения родов</li> <li>• Сразу после рождения плаценты оценивают тонус матки</li> </ul>
Уход за роженицей	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наблюдения за общим физическим состоянием, включая:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Цвет кожи, дыхание, вагинальную кровопотерю</li> <li>- Самоотчет женщины</li> </ul> </li> <li>• Частота наблюдений по клиническим показаниям</li> <li>• Поддерживайте личную, успокаивающую и расслабляющую атмосферу</li> <li>• Держите мать и ребенка в тепле</li> <li>• Поддержка грудного вскармливания</li> <li>• Вертикальное положение</li> </ul>
RhD-отрицательная материнская группа крови	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рекомендовать:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведение группового и прямого антиглобулинового теста (Coombs)</li> </ul> </li> </ul>
Физиологический уход	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Направлено на достижение оптимального гормонального баланса на [35, 45]:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Поддержание контакта кожи с кожей и избежание ненужного разделения женщины и ребенка</li> <li>- Поощрение женщины сосредоточиться на физиологическом процессе и избегать отвлечения внимания</li> <li>- Поощрение близких людей оставаться сосредоточенными на маме и ребенке</li> </ul> </li> </ul>

### 7.1.1 Показания для дополнительного ухода

Таблица 25

#### Показания для дополнительного ухода

Аспекты	Рассмотрение
Показания для введения окситоцина (при физиологическом менеджменте)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Плацента не рождается в течение 60 мин после рождения ребенка [40]</li> <li>- Женщина хочет сократить продолжительность третьего периода [40]</li> <li>- Увеличение кровопотери</li> </ul>
Показания для консультации или перевода	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проблемы, связанные с сильным кровотечением</li> <li>• Материнская пирексия</li> <li>• Задержка плаценты</li> <li>• Коллапс матери</li> <li>• Выворот матки</li> </ul>

### 7.2. Осмотр плаценты и оболочек

Проведите тщательное обследование плаценты и оболочек

Таблица 26

#### Осмотр плаценты и оболочек

Аспекты	Рассмотрение
Плацента	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Общая форма и внешний вид</li> <li>• Кальцификация или инфаркты</li> <li>• Доказательства отслойки</li> <li>• Отсутствие котиледонов</li> <li>• Добавочная доля</li> </ul>
Оболочки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 амнион и 1 хорион</li> <li>• Целые или разорванные</li> <li>• Наличие сосудов</li> </ul>
Пуповина	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Место прикрепления пуповины</li> <li>• 2 артерии и 1 вена</li> </ul>

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

Показания для консультации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плацента, подозреваемая или диагностированная как неполная [40]</li> <li>• Неприятный запах – необходимо взять культурный мазок из материнской и плодной частей плаценты</li> </ul> <p>Если обнаружены аномалии, отправьте запрос на гистопатологию</p> <p>Посоветуйте женщине:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- обратиться за помощью в случае выхода сгустков крови из влагалища, увеличения количества выделений, появления неприятного запаха или боли</li> </ul>
----------------------------	--

### 7.3. Вопросы, касающиеся плаценты

Женщина может попросить взять плаценту домой. Считается, что в некоторых культурах способ обращения с плацентой влияет на благополучие женщины и ее ребенка. Женщина может полагать, что употребление плаценты в пищу может помочь материнскому здоровью и благополучию.

Таблица 27

#### Вопросы, касающиеся плаценты

Аспекты	Рассмотрение
Фон	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уважать культурные и личные мотивы пациентки</li> <li>• Женщина имеет право забрать плаценту домой</li> <li>• Предоставлять информацию, относящуюся к обстоятельствам</li> </ul>
Транспорт, хранение и уничтожение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рекомендовать транспортировку в охлажденном герметичном контейнере                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Краткосрочное хранение в холодильнике</li> <li>- Долгосрочное хранение в морозильной камере</li> </ul> </li> <li>• Соблюдайте местные протоколы хранения, транспортировки и утилизации</li> </ul>
Прием плаценты в пищу	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прием плаценты в пищу не рекомендуется [168] из-за ограниченного количества исследований, в частности, в ситуациях:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Если это не их собственная плацента (из-за риска заражения кровью)</li> <li>- Если плацента не хранилась в холодильнике или морозильной камере</li> <li>- Если плацента была отправлена на патогистологическое исследование (вероятно, она была погружена в раствор формальдегида)</li> </ul> </li> </ul>

### 7.4 Осмотр промежности

Цель – выявить наличие и степень травм промежности.

Таблица 28

#### Осмотр промежности

Аспекты	Рассмотрение
Окружающая обстановка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддерживать интимную обстановку для женщины и предпочитаемого лица поддержки</li> <li>• Убедитесь, что это не мешает контакту «кожа-кожа» [40]</li> <li>• Не рекомендуется пить или есть до окончания оценки и принятия решения относительно анестезии</li> <li>• Обсудите и предложите адекватное облегчение боли до проведения оценки [40]</li> <li>• Содействовать удобному положению, в котором половые структуры могут быть ясно видны [40]</li> <li>• Обеспечить достаточное освещение [40]</li> <li>• Обеспечить удобство и теплоту женщине</li> <li>• Если роды проходили в вводе и необходимо наложить швы, манипуляция должна быть отсрочена не менее чем на час после выхода из воды</li> </ul>
Оценка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проводить систематическую оценку промежности</li> <li>• Следуя оценке, объясните пациентке:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выводы</li> <li>- Рекомендуемый план восстановления (при необходимости)</li> <li>- Объяснить моменты самообслуживания</li> </ul> </li> </ul>
Показания для консультации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Восстановление за пределами уровня компетентности врача</li> <li>• Неадекватное обезболивание</li> <li>• Адекватная визуализация и оценка невозможны</li> </ul>

## 8. Четвертый период родов

Это руководство определяет четвертый период родов как первые шесть часов сразу после рождения ребенка. Вопросы четвертого периода включают поддержку физиологической адаптации и привязанности матери к ребенку [35].

Для облегчения процесса необходимы:

- Оптимальная среда (см. Раздел 2.6. Условия рождения)
- Непрерывный контакт кожи с кожей [169] (см. Табл. 29. Уход и оценка состояния новорожденных)
- Избегание ненужного разлучения матери и ребенка [50]
- Непрерывная, постоянная поддержка и наблюдение в течение первых двух часов (то есть не оставлять женщину и ее ребенка в течение первых двух часов после рождения).



## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОТОКОЛЫ

### 8.1 Наблюдение

Согласно заявлению Национального консенсуса (2010, с. 8) [170], после первоначальной оценки состояния для каждого пациента должен быть разработан четкий план мониторинга, который определяет физиологические наблюдения, подлежащие регистрации, и частоту наблюдений с учетом диагноза пациента и предлагаемого лечения.

### 8.2 Уход и оценка состояния новорожденных

Таблица 29

#### Уход и оценка состояния новорожденных

Элементы	Рассмотрение													
Первоначальный уход и оценка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поместите ребенка на кожу матери сразу после рождения [50]</li> <li>• Поддерживайте тепло, высушив ребенка предварительно подогретыми полотенцами</li> <li>• Оцените и запишите показатель по шкале Апгар в 1-ю и 5-ю минуты                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оценить тонус, дыхание, сердечный ритм, раздражительность, цвет и рефлексы</li> </ul> </li> </ul>													
Контакт с кожей и грудное вскармливание [50, 166]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поощряйте и поддерживайте непрерывный контакт кожи с кожей [50]:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Не менее одного часа [40]</li> </ul> </li> <li>или                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- До первого кормления [40, 169]</li> </ul> </li> <li>Объясните важность позиции ребенка для поддержания адекватного поступления воздуха                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Поддерживать головку и шею ребенка в нейтральном положении</li> <li>- Укрыть спинку ребенка теплым полотенцем или одеялом</li> </ul> </li> <li>• Наблюдайте за первым грудным вскармливанием и при необходимости предлагайте помощь</li> </ul>													
Наблюдение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечьте адекватное освещение для наблюдения за цветом</li> <li>• Выполнять и записывать ненавязчивые регулярные наблюдения за новорожденными</li> <li>• Обеспечьте постоянный уход</li> <li>• Записать время от рождения до начала регулярного дыхания [40]</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; width: 50%;">Наблюдения</th> <th style="text-align: center; width: 50%;">Частота в первые два часа</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Положение, проходимость дыхательных путей</td> <td style="text-align: center;">15 мин</td> </tr> <tr> <td>Частота дыхания и усилие</td> <td style="text-align: center;">15 мин</td> </tr> <tr> <td>Цвет</td> <td style="text-align: center;">15 мин</td> </tr> <tr> <td>ЧСС</td> <td style="text-align: center;">Через час после рождения</td> </tr> <tr> <td>Температура тела</td> <td style="text-align: center;">Через час после рождения</td> </tr> </tbody> </table>		Наблюдения	Частота в первые два часа	Положение, проходимость дыхательных путей	15 мин	Частота дыхания и усилие	15 мин	Цвет	15 мин	ЧСС	Через час после рождения	Температура тела	Через час после рождения
Наблюдения	Частота в первые два часа													
Положение, проходимость дыхательных путей	15 мин													
Частота дыхания и усилие	15 мин													
Цвет	15 мин													
ЧСС	Через час после рождения													
Температура тела	Через час после рождения													
Неургентная помощь	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Избегайте разделения матери и ребенка в течение первого часа после рождения [40, 50], в том числе для:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Измерения массы и длины тела и окружности головы</li> <li>- Купания</li> <li>- Введения витамина К или иммунизации новорожденного</li> </ul> </li> </ul>													
Рассмотрение необходимости консультации	Требуется реанимация новорожденных Любые отклонения от нормы Идентификация физической аномалии													

### 8.3 Уход за роженицей и оценка состояния

Рекомендуемые наблюдения после нормальных родов приведены в табл. 30.

Таблица 30

#### Уход за роженицей и оценка состояния

Аспекты	Рассмотрение	
Наблюдения в первые два часа после рождения ребенка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Измените частоту наблюдений при наличии клинических показаний</li> </ul>	
	<i>Наблюдения</i>	<i>Частота в первые два часа после рождения ребенка</i>
	Температура тела	В течение часа после родов
	Пульс, частота дыхания	Один раз после рождения плаценты
	Матка (сокращенность, позиция)	Через 15–30 мин после рождения плаценты
	Лохии	Через 15–30 мин после рождения плаценты
	Промежность	После рождения плаценты Переоценивается при наличии показаний
	Боль	Первоначальная оценка Переоценивается при наличии показаний
Количество мочи	В течение первых двух часов	
Наблюдения через два часа после рождения ребенка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наблюдения, как указано выше, по крайней мере, один раз в восемь часов в стационаре до выписки                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Соблюдайте рекомендации локальных протоколов</li> </ul> </li> <li>• Изменение в соответствии с изменениями клинических обстоятельств [170]</li> </ul>	

<p>Физиологический уход</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечить среду, которая способствует физиологической адаптации</li> <li>• Отвечать на просьбы о купировании боли</li> <li>• Питание и гидратация</li> <li>• Учитывать потребности личной гигиены</li> <li>• Наблюдать за эмоциональным и психологическим откликом на роды</li> <li>• Наблюдайте реакцию матери на своего ребенка</li> <li>• Оценить взаимодействие матери и ребенка [13]</li> <li>• Бдительные ненавязчивые наблюдения за ребенком (см. Табл. 29. Уход и оценка новорожденных)</li> <li>• Оценка риска венозной тромбоземболии (ВТЭ)</li> </ul>
<p>RhD-отрицательная группа крови [173]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Просмотрите результаты анализа пуповинной крови</li> <li>• Если показано:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Провести тест Kleihauer или проточную цитометрию</li> <li>- Рекомендовать RhD-иммуноглобулин</li> </ul> </li> </ul> <p>Количественная оценка наличия положительных эмбриональных клеток определяет дозу</p>

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Hilder L, Zhichao Z, Parker M, Jahan S, Chambers G. Australia's mothers and babies 2012. Perinatal statistics series no. 30. Cat. no. PER 69. [Internet]. 2014 [cited 2017 May 30]. Available from: [www.aihw.gov.au](http://www.aihw.gov.au)
2. Australian College of Midwives. National midwifery guidelines for consultation and referral. 3rd Edition, Issue 2. [Internet]. 2015 [cited 2017 March 10]. Available from: <https://www.midwives.org.au>
3. Australian Health Ministers' Conference. National maternity services plan. [Internet]. 2011 [cited 2017 March 10]. Available from: <https://www.health.gov.au>
4. Australian Institute of Health and Welfare. Maternity care classification system: Maternity model of care data set specification national pilot report November 2014. Cat. No PER 74. Canberra: AIHW; 2016.
5. Dowsell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2015 [cited 2017 March 10]; Issue 7. Art. No.: CD000934. DOI:10.1002/14651858.CD000934.pub3.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion. Approaches to limit intervention during labor and birth. No. 687. Obstet Gynecol 2017;129:e20-8.
7. Dias MAB, Domingues RMSM, Schillithz AOC, Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian public health system: data from a national survey. Reproductive Health 2016;13(S3):175-85.
8. Smith H, Peterson N, Lagrew D, Main E. Toolkit to support vaginal birth and reduce primary cesareans: a quality improvement toolkit. [Internet]. 2016 [cited 2017 April 27]. Available from: <https://www.cmqcc.org/>
9. Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. Obstetrics and Gynecology 2012;120(5):1181.
10. Maternity Care Working Party. Making normal birth a reality. Consensus statement from the Maternity Care Working Party. [Internet]. 2007 [cited 2017 February 10].
11. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Joint policy statement on normal childbirth. J Obstet Gynaecol Can 2008;30(12):1163-5.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal Fetal Medicine, Caughey AB, Cahill AG, Guse J-M, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2014;210(3):179-93.
13. beyondblue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and perinatal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: beyondblue; 2011.
14. Australian Institute of Health and Welfare. National core maternity indicators—stage 3 and 4: results from 2010–2013. Cat no. PER 84. [Internet]. 2016 [cited 2017 April 27]. Available from: [www.aihw.gov](http://www.aihw.gov)
15. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's mothers and babies 2014 – in brief. Perinatal statistics series no. 32. Cat no. PER 87. [Internet]. 2016 [cited 2017 April 26]. Available from: [www.aihw.gov](http://www.aihw.gov)
16. International Childbirth Education Association. Physiological birth. ICEA Position paper. [Internet]. 2015 [cited 2017 February 10]. Available from: <http://icea.org>
17. American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, National Association of Certified Professional Midwives. Supporting healthy and normal physiologic childbirth: a consensus statement. The Journal of Perinatal Education 2013;22(1):14.
18. Downe S, Finlayson K. Interventions in normal labour and birth. Survey report March 2016. [Internet]. 2016 [cited 2017 May 24]. Available from: <https://www.rcm.org.uk>
19. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. [Internet]. 1996 [cited 2017 February 10]. Available from: <http://www.who.int>
20. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Standards of maternity care in Australia and New Zealand. [Internet]. 2016 [cited 2017 February 10]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
21. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Maternal suitability for models of care, and indications for referral within and between models of care. [Internet]. 2015 [cited 2017 February 12]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
22. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Maternity services in remote and rural communities in Australia. [Internet]. 2013 [cited 2017 February 12]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
23. Queensland Health. Clinical services capability framework for public and licensed private health facilities (CSCF) v3.2. [Internet]. 2016 [cited 2017 March 28]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au>
24. Nursing and Midwifery Board of Australia. National competency standards for the midwife. [Internet]. 2010 [cited 2017 March 29]. Available from: [www.nursingmidwiferyboard.gov.au](http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au)
25. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Standard for credentialing and defining the scope of clinical practice. [Internet]. 2004 [cited 2017 March 28]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au>
26. Australian Health Ministers' Advisory Council. National maternity services capability framework. [Internet]. 2012 [cited 2017 March 10]. Available from: [www.health.gov.au](http://www.health.gov.au)
27. Queensland Health. Pregnancy health record (PHR) v5.00 - 03/2017. [Internet][cited 2017 March 28]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au>
28. Queensland Health. Early labour record v1.00 12/2011. [cited 2017 March 28]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au>
29. Queensland Health. Intrapartum record v3.00 - 12/2011. [cited 2017 March 28]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au>
30. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National safety and quality health service standards. [Internet]. 2012 [cited 2017 March 28]. Available from: <http://www.safetyandquality.gov.au>
31. Kotaska A. Informed consent and refusal in obstetrics: A practical ethical guide. Birth. 2017; 00:1-5.
32. Catchlove A. Informed choice, consent and the law: the legalities of "yes I can" and "no I won't". Birth Matters 2010;14(2):5.
33. Healy S, Humphreys E, Kennedy C. Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. Women and Birth 2016;29(2):107-16.
34. Stenglin M, Foureur M. Designing out the fear cascade to increase the likelihood of normal birth. Midwifery 2013;29(8):819-25.
35. Buckley SJ. Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care.

- Washington, DC: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women and Families; 2015.
36. National Health and Medical Research Council. National guidance on collaborative maternity care. [Internet]. 2010 [cited 2017 March 17]. Available from: <https://www.nhmrc.gov.au>
37. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Collaborative maternity care. [Internet]. 2016 [cited 2017 March 27]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
38. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2013 [cited 2017 March 27]; Issue 7. Art No.: CD003766.pub5 DOI:10.1002/14651858.CD003766.pub5.
39. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2016 [cited 2017 March 27]; Issue 4. Art No.: CD004667.pub5(4) DOI:10.1002/14651858.CD004667.pub5.
40. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline 190. [Internet]. 2017 [cited 2017 March 10]. Available from: <https://www.nice.org.uk>
41. The Royal College of Midwives. Position statement: Continuity of midwife-led care. [Internet]. May 2016 [cited 2017 March 10]. Available from: [www.rcm.org.uk](http://www.rcm.org.uk)
42. Homer CSE. Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. *The Medical Journal of Australia* 2016;205(8):370-4.
43. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Provision of routine intrapartum care in the absence of pregnancy complications. [Internet]. 2014 [cited 2017 March 18]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
44. Stark MA, Remyne M, Zwelling E. Importance of the birth environment to support physiologic birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2016;45(2):285-94.
45. Hastie C, Fahy KM. Optimising psychophysiology in third stage of labour: Theory applied to practice. *Women and Birth* 2009;22(3):89-96.
46. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2012 [cited 2017 April 27]; Issue 8. Art. No.:CD000012. DOI:10.1002/14651858.CD000012.pub4.
47. Dival B, Spiby H, Roberts J, Walsh D. Birth plans: a narrative review of the literature. *International Journal of Childbirth* 2016;6(3):157-72.
48. Burke N, Donnelly JC, Burke G, Breathnach F, McAuliffe F, Morrison J, et al. Do birth plans improve obstetric outcome for first time mothers: results from the multi-center Genesis Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2016;214(1):S276.
49. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2013 [cited 2017 March 27]; Issue 8. Art No.: CD003930.pub3(8) DOI:10.1002/14651858.CD003930.pub3.
50. Australian College of Midwives. BFHI handbook for maternity facilities. [Internet]. 2016 [cited 2017 March 10]. Available from: <https://www.midwives.org.au>
51. Jenkinson B, Josey N, Kruske S. BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design (Updated February 2014). Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland; 2013.
52. Australian College of Midwives. Midwifery philosophy. [Internet] 2017 [updated no date; cited 2017 April 18]; Available from: <https://www.midwives.org.au>
53. Australian Medical Association. Maternal decision-making: position statement. 2013 [cited 2017 July 4th]. Available from: <https://ama.com.au>
54. Queensland Health. Guide to informed decision-making in healthcare (2nd edition). [Internet]. 2017 [cited 2017 July 10]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au>
55. Fahy K. What is woman-centred care and why does it matter? *Women and Birth* 2012;25(4):149-51.
56. DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2017;216(1):31e4.
57. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Standard 6 clinical handover: safety and quality improvement guide. [Internet]. 2012 [cited 2017 March 10]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au>
58. Downe S, Finlayson K, Fleming A. Creating a collaborative culture in maternity care. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2010;55(3):250-4.
59. Satia J, Kumar A, Liow M. Visionary Leadership in Health: Delivering Superior Value. India: Sage Publications; 2014.
60. Moore JE. Women's voices in maternity care: the triad of shared decision making, informed consent, and evidence-based practices. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2016;30(3):218-23.
61. Kongnyuy EJ, Uthman OA. Use of criterion-based clinical audit to improve the quality of obstetric care: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2009;88(8):873-81.
62. Hartmann KE. Strategies to Reduce Cesarean Birth in Low-Risk Women. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012.
63. Bendaly L, Bendaly N. Improving Healthcare Team Performance: The 7 Requirements for Excellence in Patient Care. Mississauga, Ont: Jossey-Bass; 2013.
64. Cornthwaite K, Alvarez M, Siassakos D. Team training for safer birth. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2015;29(8):1044-57.
65. Cornthwaite K, Edwards S, Siassakos D. Reducing risk in maternity by optimising teamwork and leadership: an evidence-based approach to save mothers and babies. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2013;27(4):571.
66. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth* 2014;41(4):384-94.
67. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC pregnancy and childbirth* 2015;15(283):284.
68. Safe Motherhood for All Inc. Women's experiences of birth care in Australia: the birth dignity survey 2017. [Internet]. 2017 [cited 2017 August 15]. Available from: <http://www.safemotherhoodforall.org.au>
69. Adams ED. Birth environments: A woman's choice in the 21st century. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2016;30(3):224-7.
70. Chilvers R. Continuity of carer for better births. *Midwives* 2015;18(2):74-5.
71. Sosa G, Crozier K, Robinson J. What is meant by one-to-one support in labour: analysing the concept. *Midwifery* 2012;28(4):391.
72. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, A C. Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; Issue 7. Art. No.: CD003766 DOI:10.1002/14651858.CD003766.pub6.
73. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfrevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; Issue 3. Art No.: CD009234.pub2(3) DOI:10.1002/14651858.CD009234.pub2.
74. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2011 [cited 2017 March]; Issue 12. Art No.: CD006672(12):CD006672 DOI:10.1002/14651858.CD006672.pub2.
75. Taavoni S, Abdollahian S, Haghani H. Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: A randomized, controlled trial study. *Pain Medicine*. 2013; 14(9):1301-6 DOI:10.1111/pme.12161.
76. Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2013;42(1):19-28.
77. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2011 [cited 2017 March 27]; Issue 7. Art No.: CD009232 DOI:10.1002/14651858.CD009232.
78. Mollart LJ, Adam J, Foureur M. Impact of acupressure on onset of labour and labour duration: a systematic review. *Women and Birth* 2015;28(3):199-206.
79. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2016 [cited 2017 March 10]; Issue 5. Art No.: CD009356.pub3 DOI:10.1002/14651858.CD009356.pub3.
80. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2011 [cited 2017 March 10]; Issue 12. Art No.: CD009514 DOI:10.1002/14651858.CD009514.
81. Silva Gallo RB, Santana LS, Jorge Ferreira CH, Marcolin AC, Polineto OB, Duarte G, et al. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Journal of physiotherapy* 2013;59(2):109-16.
82. Bolbol-Haghighi N, Masoumi SZ, Kazemi F. Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2016;10(4):QC12-QC5.
83. Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM, Marcolin

- AC. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy* 2016;62(1):29-34.
84. Janula R, Mahipal S. Effectiveness of aromatherapy and biofeedback in promotion of labour outcome during childbirth among primigravidas. *Health Science Journal* 2015;9(1):1.
85. Yazdkhasti M, Pirak A. The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2016;25:81-6.
86. Derry S, Straube S, Moore RA, Hancock H, Collins SL. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2012 [cited 2017 March 10]; Issue 1. Art No.: CD009107.pub2 DOI:10.1002/14651858.CD009107.pub2.
87. Lee N, Webster J, Beckmann M, Gibbons K, Smith T, Stapleton H, et al. Comparison of a single vs. a four intradermal sterile water injection for relief of lower back pain for women in labour: a randomised controlled trial. *Midwifery* 2013;29(6):585-91.
88. Fogarty V. Intradermal sterile water injections for the relief of low back pain in labour – A systematic review of the literature. *Women and Birth* 2008;21(4):157-63.
89. Martensson L, Wallin G. Sterile water injections as treatment for low-back pain during labour: A review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2008;48(4):369-74.
90. Makvandi S, Latifnejad Roudsari R, Sadeghi R, Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2015;41(11):1679-86.
91. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2012 [cited 2017 March 17]; Issue 2. Art No.: CD009290.pub2 DOI:10.1002/14651858.CD009290.pub2.
92. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Sao Paulo Medical Journal* 2013;131(5):364.
93. Swain D. Water Birth is an alternative to air birth. *Asian Journal of Nursing Education and Research* 2013;3(2):3.
94. American College of Nurse-Midwives. Hydrotherapy during labor and birth. Position Statement. [Internet]. 2014 [cited 2017 March 29]. Available from: <http://www.midwife.org>
95. Australian College of Midwives. Position statement on the use of water immersion for labour and birth. [Internet]. May 2013 [cited 2017 March 10]. Available from: <https://www.midwives.org.au>
96. Nutter E, Meyer S, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2014;59(3):286-319.
97. Chapman V, Charles C. The midwife's labour and birth handbook. 3rd ed. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2013.
98. Monash Health. Water birth: immersion in water during labour and birth clinical guideline. [Internet]. 2014 [cited 2017 April 11]. Available from: [www.monashhealth.org](http://www.monashhealth.org)
99. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Water immersion during labour and birth C-Obs 24. [Internet]. 2014 [cited 2017 March 29]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
100. Bovbjerg ML, Cheyney M, Everson C. Maternal and newborn outcomes following waterbirth: The midwives alliance of north america statistics project, 2004 to 2009 cohort. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2016;61(1):11-20.
101. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2009 [cited 2017 April 10]; Issue 2. Art No.: CD000111.pub3 DOI:10.1002/14651858.CD000111.pub3.
102. Cluett ER, Pickering RM, Getliffe K, Nigel James St George S. Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. *BMJ* 2004;328(7435):314-8.
103. Royal College of Midwives. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. Immersion in water for labour and birth. [Internet]. 2012 [cited 2017 March 29]. Available from: <https://www.rcm.org.uk>
104. Cohain JS. Waterbirth and GBS. *Midwifery Today* 2010;Winter(96):9-10.
105. Queensland Clinical Guidelines. Early onset Group B Streptococcal disease. Guideline No. MN16.20-V3-R21. [Internet]. Queensland Health. 2016. [cited 2017 March 29]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
106. Raudenska J, Javurkova A. The Psychological Context of Labour Pain. Nova Science Publishers, Inc; 2016.
107. Queensland Clinical Guidelines. Short Guide: Opioids in labour. Guideline No. MN17.43-V1-R22. [Internet]. Queensland Health. 2017. [cited 2017 August 30]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
108. Queensland Clinical Guidelines. Short Guide: Epidural analgesia in labour. Guideline No. MN17.41-V1-R22. [Internet]. Queensland Health. 2017. [cited 2017 August 30]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
109. Queensland Clinical Guidelines. Short Guide: Remifentanyl via PCA in labour. Guideline No. MN17.42-V1-R22. [Internet]. Queensland Health. 2017. [cited 2017 August 30]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
110. BOC Healthcare. Consumer medicine information: nitrous oxide medical EP grade. [Internet]. 2008 [cited 2017 April 3]. Available from: <http://www.boc-healthcare.com.au>
111. BOC Healthcare. Product information: nitrous oxide medical EP Grade. [Internet]. 2008 [cited 2017 April 3]. Available from: <http://www.boc-healthcare.com.au>
112. Clark MS, Brunick AL. Handbook of nitrous oxide and oxygen sedation. 3rd ed. St. Louis, Mo: Mosby Elsevier; 2008.
113. Clark MS, Campbell SA, Clark AM. Technique for the administration of nitrous oxide/oxygen sedation to ensure psychotropic analgesic nitrous oxide (PAN) effects. *International Journal of Neuroscience* 2006;116(7):871-7.
114. Likis FE, Andrews JC, Collins MR, Lewis RM, Serogy JJ, Starr SA, et al. Nitrous oxide for the management of labor pain: a systematic review. *Anesthesia & Analgesia* 2014;118(1):153-67.
115. Rosen M. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;186(5):S110-S26.
116. Klomp T, van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro-Janssen ALM. Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; Issue 9. Art No.: CD009351.pub2 DOI:10.1002/14651858.CD009351.pub2.
117. Spiby H, Walsh D, Green J, Crompton A, Bugg G. Midwives' beliefs and concerns about telephone conversations with women in early labour. *Midwifery* 2014;30(9):1036.
118. Weavers A, Nash K. Setting up a triage telephone line for women in early labour. *British Journal of Midwifery* 2012;20(5):333-8.
119. Queensland Clinical Guidelines. Intrapartum fetal surveillance. Guideline No. MN15.15-V4-R20. [Internet]. Queensland Health. 2015. [cited 2017 March 27]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
120. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2013 [cited 2017 April 10]; Issue 7. Art No.: CD010088.pub2 DOI:10.1002/14651858.CD010088.pub2.
121. Friedman E. An objective approach to the diagnosis and management of abnormal labor. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1972;48(6):842.
122. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology* 2010;116(6):1281-7.
123. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstetrics & Gynecology* 2010;115(4):705-10.
124. Friedman E, Sachtleben M. Amniotomy and the course of labor. *Obstet Gynecol* 1963;22:755-70.
125. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, J, T, APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Acute pain management: scientific evidence. [Internet]. 2015 [cited 2017 July 18]. Available from: [www.fpm.anzca.edu.au](http://www.fpm.anzca.edu.au)
126. Lee L, Dy J, Azzam H. Management of spontaneous labour at term in healthy women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2016;38(9):843-65.
127. Neal JL, Lowe NK, Phillippi JC, Ryan SL, Knupp AM, Dietrich MS, et al. Likelihood of cesarean delivery after applying leading active labor diagnostic guidelines. *Birth* 2017;44(2):128-36.
128. Scotland GS, McNamee P, Cheyne H, Hundley V, Barnett C. Women's preferences for aspects of labor management: results from a discrete choice experiment. *Birth* 2011;38(1):36.
129. Friedman E. The graphic analysis of labor. *Am J Obstet Gynecol* 1954;68:1568-75.
130. Neal JL, Lowe NK, Ahijevych KL, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. "Active labor" duration and dilation rates among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset: a systematic review. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2010;55(4):308-18.
131. Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cited 2017 April 10]; Issue 7. Art No.: CD005461 DOI:10.1002/14651858.CD005461.pub4.

132. World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. [Internet]. 2014 [cited 2017 April 10]. Available from: [www.who.int](http://www.who.int).
133. Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4. 2017.
134. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cited 2017 April 10]; Issue 10. Art No.: CD003934 DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
135. Taavoni S, Sheikhan F, Abdollahian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2016;24:99-102.
136. Malin GL, Bugg GJ, Thornton J, Taylor MA, Grauwen N, Devlieger R, et al. Does oral carbohydrate supplementation improve labour outcome? A systematic review and individual patient data meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2016;123(4):510-7.
137. Smyth R, Markham C, Dowsell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub4. 2013.
138. Looft E, Simic M, Ahlberg M, Snowden JM, Cheng YW, Stephansson O. Duration of second stage of labour at term and pushing time: Risk factors for postpartum haemorrhage. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2017;31(2):126-33.
139. Aiken CE, Aiken AR, Prentice A. Influence of the duration of the second stage of labor on the likelihood of obstetric anal sphincter injury. *Birth* 2015;42(1):86-93.
140. Gartland D, Donath S, MacArthur C, Brown SJ. The onset, recurrence and associated obstetric risk factors for urinary incontinence in the first 18 months after a first birth: an Australian nulliparous cohort study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2012;119(11):1361-9.
141. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Intrapartum fetal surveillance, Clinical Guideline – Third edition 2014. [Internet]. 2014 [cited 2017 July 10]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>
142. Lodge F, Haith-Cooper M. The effect of maternal position at birth on perineal trauma: a systematic review. *British Journal of Midwifery* 2016;24(3):172-80.
143. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012 [cited 2017 April 10]; Issue 5. Art No.: CD002006 DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
144. Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; Issue 10. Art No.: CD009124.pub2(10) DOI: 10.1002/14651858.CD009124.pub2.
145. Prins M, Boxem J, Lucas C, Hutton E. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2011;118(6):662-70.
146. Queensland Clinical Guidelines. Perineal care. Guideline No. MN12.30-V2-R17. [Internet]. Queensland Health. 2012. [cited 2017 April 10]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
147. Aasheim V, Nilsen A, Reinart L, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3. 2017.
148. Taylor H, Kleine I, Bewley S, Loucaides E, Sutcliffe A. Neonatal outcomes of waterbirth: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition* 2016;101(4):F357-F65.
149. American College of Obstetricians and Gynecologists. Immersion in water during labor and delivery: Committee opinion No. 679. *Obstetrics & Gynecology* 2016;128(5):e231-6.
150. van Vonderen JJ, Roest AA, Siew ML, Walther FJ, Hooper SB, te Pas AB. Measuring physiological changes during the transition to life after birth. *Neonatology* 2014;105(3):230-42.
151. Davies R, Davis D, Pearce M, Wong N. The effect of waterbirth on neonatal mortality and morbidity: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Systematic Reviews & Implementation Reports*;13(10):180-231.
152. Schafer R. Umbilical cord avulsion in waterbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2014;59(1):91-4.
153. World Health Organization. Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. [Internet]. 2014 [cited 2017 March 29]. Available from: <https://www.who.int>
154. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. [Internet]. 2012 [cited 2017 April 10]. Available from: <https://www.who.int>
155. Pan American Health Organization. Beyond survival: integrated delivery care practices for long-term maternal and infant nutrition, health and development. 2nd ed. [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2013 [cited 2017 April 10]. Available from: <http://www.who.int>
156. Soltani H, Poulouse T, Hutchon D. Placental cord drainage after vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 9. Art. No.: CD004665.
157. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clamping of the umbilical cord and placental transfusion. *Scientific Impact Paper No. 14*. [Internet]. 2015 [cited 2017 April 17]. Available from: <https://www.rcog.org.uk>
158. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Statement on umbilical non-severance or "lotus" birth. [Internet]. 2008 [cited 2017 June 30]. Available from: <http://www.rcog.org.uk/>
159. Burns E. More than clinical waste? Placenta rituals among Australian home-birthing women. *The Journal of Perinatal Education* 2014;23(1):41-9.
160. Tricarico A, Bianco V, Di Biase AR, Iughetti L, Ferrari F, Berardi A. Lotus birth associated with idiopathic neonatal hepatitis. *Pediatr Neonatol* 2017;58(3):281-2.
161. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2013 [cited 2017 April 10]; Issue 10. Art No.: CD001808 DOI:10.1002/14651858.CD001808.pub2.
162. Soltani H, Hutchon D, Poulouse T. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; Issue 8. Art. No.: CD006173. DOI:10.1002/14651858.CD006173.pub2.
163. McDonald SJ, Middleton P, Dowsell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cited 2017 March 10]; Issue 7. Art No.: CD004074 DOI: 1002/14651858.CD004074.pub2.
164. MacDonald S, Johnson G. *Mayes' Midwifery*. 15th ed. London: Elsevier; 2017.
165. Tiran D. *Bailli re's Midwives' Dictionary*. 13th ed: Elsevier-Health Sciences Division; 2017.
166. Queensland Clinical Guidelines. Establishing breastfeeding. Guideline No. MN16.19-V3-R21. [Internet]. Queensland Health. 2016. [cited 2017 April 10]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
167. Queensland Clinical Guidelines. Primary postpartum haemorrhage. Guideline No. MN12.1-V5-R17. [Internet]. Queensland Health. 2017. [cited 2017 April 10]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
168. Buser GL, Mat S, Zhang AY, Metcalf BJ, Beall B, Thomas AR. Late-onset infant Group B Streptococcus infection associated with maternal consumption of capsules containing dehydrated placenta – Oregon, 2016. In: *Morbidity and Mortality Weekly Report: US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention*; 2017. vol 66, No 25 p. 677-8.
169. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; Issue 11. Art No.: CD003519.pub4 DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub4
170. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National consensus statement: essential elements for recognising and responding to clinical deterioration. [Internet]. 2010 [cited 2017 July 17]. Available from: <http://www.safetyandquality.gov.au>
171. Queensland Clinical Guidelines. Routine newborn assessment. Guideline No. MN14.4.V4-R19. [Internet]. Queensland Health. 2015. [cited 2017 March 10]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
172. Queensland Clinical Guidelines. Neonatal resuscitation. Guideline No. MN16.5-V4-R21. [Internet]. Queensland Health. 2016. [cited 2017 March 27]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au>
173. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Guidelines for the use of Rh(D) Immunoglobulin (Anti-D) in obstetrics in Australia. C-Obs 6. [Internet]. 2015 [cited 2017 April 12]. Available from: <https://www.ranzcog.edu.au>