

Актуально на 10 фев 2023

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

Категория возрастная взрослые, дети

Врач [врач – акушер-гинеколог](#)

Диагнозы МКБ-10

- O80.0 [Самопроизвольные роды в затылочном предлежании](#)

Диагнозы МКБ-11

- JB20.0 [Spontaneous vertex delivery](#)

Шкала убедительности и доказательности

Доказательность

- 1** Для методов диагностики: систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: систематический обзор РКИ с применением мета-анализа.
- 2** Для методов диагностики: отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа.
- 3** Для методов диагностики: исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования.
- 4** Для методов диагностики: несравнительные исследования, описание клинического случая. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования случай-контроль.
- 5** Для методов диагностики: имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов. Для методов профилактики, лечения и реабилитации: имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов.

Убедительность

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

В Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными).

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

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

Профессиональные ассоциации:

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

Краткая информация

Определение

Нормальные роды - своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии ^[1].

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

Эпидемиология

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно по всему миру происходит почти 140 млн. родов, и большинство из них имеет низкий риск осложнений для матери и ребенка. По данным статистического сборника Минздрава России (основные

показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в РФ) доля нормальных родов в 2018 г. составила 37,3%, т.е. 584 767

Клиническая картина

Объективными признаками родов являются: сокращения матки с определенной регулярностью (во время активной фазы не менее 3-х схваток за 10 мин) и структурные изменения шейки матки (укорочение-сглаживание-раскрытие).

Роды состоят из 3-х периодов. Первый период родов - время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Точное время начала родов чаще всего устанавливается на основании опроса роженицы - уточняют время, когда сокращения матки (схватки) начали происходить регулярно каждые 5 минут в течение более 1 часа ^[2].

Первый период родов состоит из латентной и активной фазы.

Латентная фаза характеризуется сокращениями матки (нередко болезненными), сглаживанием и прогрессирующим раскрытием маточного зева до 5 см ^[3].

Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более быстрым раскрытием маточного зева от 5 см до полного раскрытия ^[3].

Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена и может сильно различаться у разных женщин ^[3]. Максимальная продолжительность латентной фазы у первородящих - 20 часов, у повторнородящих - 14 часов ^[4].

Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах ^[3]. Скорость раскрытия маточного зева в активную фазу обычно составляет ≥ 1 см/час, но может быть более медленной ^[3]. Минимальная скорость раскрытия маточного зева в активную фазу - 0,5 см/час как у первородящих, так и у повторнородящих ^[5, 6].

Второй период родов - время от полного раскрытия маточного зева до рождения плода.

Продолжительность второго периода при первых родах обычно не более 3 часов, при повторных - не более 2 часов ^[3]. Продолжительность второго периода может увеличиться еще на 1 час при эпидуральной анальгезии и составлять 4 часа у первородящих и 3 часа у повторнородящих пациенток ^[7].

Третий период родов - время от рождения плода до рождения последа

В 90% третий период родов завершается в течение 15 минут, еще в 7% - в течение 30 минут после рождения плода ^[8, 9]. С увеличением продолжительности третьего периода родов более 10 минут повышается риск послеродового кровотечения ^[10].

Срок беременности является основным фактором, влияющим на продолжительность третьего периода родов, преждевременные роды связаны с более длительным третьим периодом, чем роды в доношенном сроке ^[11].

ВОЗ рекомендует придерживаться интервала в 30 минут при отсутствии рождения последа перед началом ручного отделения плаценты и выделения последа при отсутствии кровотечения ^[12].

Диагностика

Диагноз нормальных родов устанавливается при своевременных родах (в 37⁰ - 41⁶ недель беременности) одним плодом, начавшихся спонтанно, у пациенток с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедших без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Жалобы и анамнез

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

C 5

При поступлении в стационар – определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (УЗИ) плода (оптимально – УЗИ в 1-м триместре беременности) с целью определения тактики ведения родов ^[13–15]

A 2

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

C 5

Физикальное обследование

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

C 5

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

C 5

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

B 2

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

B 2

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

C 5

При поступлении в стационар с целью оценки состояния плода – определить частоту сердечных сокращений (ЧСС) плода (провести аускультацию плода) при помощи акушерского стетоскопа или фетального доплера после схватки в течение не менее 1 минуты одновременно с определением ЧСС пациентки [2, 3, 19, 20].

C 5

При поступлении в стационар – провести влагалищное исследование с целью оценки состояния родовых путей, в том числе костной основы таза и места расположения головки по отношению к плоскостям таза, и определения тактики ведения родов [2, 3, 19, 20].

C 5

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

Лабораторная диагностика

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

Инструментальная диагностика

При поступлении в стационар – измерение размеров таза (пельвиометрия) с

C 4

помощью тазомера с целью определения тактики ведения родов ^[25,26,27].

Рост ≤ 150 см, поперечный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса $\leq 9,5$ см, продольный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса $\leq 10,5$ см, межостистый размер ≤ 10 см), отношение рост/ВДМ $\leq 4,7$ могут свидетельствовать о формировании клинически узкого таза ^{[28], [29], [27], [30], [31]}.

При неинформативности данных наружного акушерского и влагалищного исследования, аускультации плода, а также несоответствии размеров высоты дна матки и окружности живота сроку беременности рекомендовано УЗИ плода с целью определения положения и состояния плода, задержки роста и макросомии плода, а также локализации плаценты ^[32,33,34].

B 1

Иная диагностика

Не применимо.

Лечение

Ведение первого периода родов

С началом активной фазы родов – установить венозный катетер с целью профилактики послеродовых кровотечений и других акушерских осложнений ^[3,35].

C 5

С целью профилактики акушерских осложнений – **не проводить** родостимуляцию у пациенток, находящихся в латентной фазе первого периода родов, если состояние матери и плода остается удовлетворительным ^[3, 36,37].

C 1

Следует предлагать подвижность и свободное положение в родах ^[3, 38].

A 1

Ходьба и вертикальное положение в первом периоде родов сокращают продолжительность родов, уменьшают частоту кесарева сечения и эпидуральной анальгезии ^[38].

Показано применение немедикаментозных методов обезболивания родов с целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности пациентки ^{[3, 39-42], [43,44]}.

A 1

Наличие партнера в родах приветствуется и может быть предложено пациенткам при наличии индивидуальных родовых боксов в родильном отделении ^[3, 45].

С методами немедикаментозного обезболивания можно ознакомиться в [Справочнике](#)

С целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности пациентки при неэффективности немедикаментозных методов обезболивания родов показаны медикаментозные методы обезболивания родов с учетом состояния и предпочтений пациентки и возможностей медицинской организации ^[3, 46], а также показаний и противопоказаний к проведению различных методов обезболивания.

A 1

Для обезболивания родов могут использоваться разные медикаментозные методы, включая нейроаксиальную анальгезию. (см. справочник «[Медикаментозное обезболивание в родах](#)»)

Среди всех методов обезболивания в родах эпидуральная анальгезия обладает целым рядом преимуществ. При проведении нейроаксиальной анальгезии в акушерстве применяют современные местные анестетики (ропивакаин, бупивакаин, лидокаин, левобупивакаин). Кроме эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной возможно применение паравертебральной поясничной симпатической блокады.

К системным методам обезболивания относят применение опиоидов. Также возможно использование ингаляционных методов обезболивания, хотя они являются менее эффективными. Необходимо учитывать, что эти препараты обладают свойством расслаблять мускулатуру матки, что повышает риск гипотонического кровотечения.

Необходим прием жидкости во время родов с целью профилактики обезвоживания и кетоза ^[3, 36].

C 5

Прием пищи должен быть ограничен ^[47,48]. Прием легкой пищи небольшими порциями может быть разрешен в латентной фазе родов ^[49].

С целью профилактики обезвоживания и кетоза – внутривенное введение 5% раствора декстрозы, если пероральный прием жидкости ограничен или недостаточен ^[50-53]

B 2

Потребность в глюкозе в родах аналогична потребности, наблюдаемой при длительных и энергетически затратных физических нагрузках ^[52].

Показано ведение партограммы в родах с целью динамической оценки состояния роженицы и плода ^[36,54].

C 1

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

Показана аускультация плода в родах с целью оценки состояния плода ^[55].

A 1

Аускультация плода проводится в течение 1 минуты в первом периоде родов после схватки, в латентной фазе - каждый час, в активной фазе - каждые 15-30 минут, во

втором периоде родов каждые 5 минут и после каждой потуги, ЧСС плода сверяется с ЧСС роженицы^[3, 19, 56].

Если выслушивается ускорение или замедление ритма плода, то аускультация продолжается в течение, как минимум, 3-х маточных сокращений. При этом оцениваются вероятные причины, которые могут влиять на изменение ЧСС плода (например, положение роженицы, гиповолемия).

Если ускорение или замедление ритма плода не исчезает, то проводится КТГ плода. Если в течение 20 минут при КТГ плода не выявлено признаков нарушения состояния плода, то проводится периодическая аускультация плода.

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

C 5

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

Следует проводить влагалищное исследование каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов с целью оценки динамики родов^[57].

C 1

Влагалищные исследования должны выполняться с установленной кратностью, по показаниям, их количество, по возможности, должно быть сведено к минимуму для снижения риска гнойно-септических осложнений^[3, 57]. Рутинное применение спазмолитиков в родах **не показано**^[3]

Следует проводить влагалищное исследование перед медикаментозной анальгезией с целью определения периода и фазы родов, и своевременности ее проведения^[58].

C 5

Акушерскую ситуацию следует учитывать при выборе анестезиологического пособия и дозы анестетика, в том числе перед введением повторных доз, в связи с влиянием на продолжительность родов и ожидаемым временем их завершения^[58].

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

C 5

Необходимо проводить влагалищное исследование при выявлении нарушений ЧСС плода с целью своевременной диагностики акушерских осложнений, приводящих к данным нарушениям (выпадение петель пуповины, разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты)^[2].

C 5

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

C 5

Не рекомендована рутинная антибиотикопрофилактика в родах ^[59].

A 2

При выявлении в урогенитальном тракте роженицы стрептококка группы В (*S. agalactiae*) – антибактериальная профилактика в 1-м и 2-м периоде родов ^{[60], [61]}.

C 1

Вводить антибиотики роженицам следует до излития околоплодных вод.

Антибиотиками выбора служат препараты пенициллинового ряда:

- ампициллин внутривенно первая доза 2000 мг, затем по 1000 мг каждые 4 часа до окончания родов;
- или цефазолин внутривенно первая доза 2000 мг, затем 1000 мг каждые 8 часов до окончания родов ^{[60], [61]};
- в случае отсутствия ампициллина возможно использование амоксициллин + [клавулановая кислота] внутривенно 1200 мг каждые 8 часов до окончания родов ^[62].

При аллергии на бета-лактамы антибактериальные препараты возможно назначение клиндамицина внутривенно 900 мг каждые 8 часов до окончания родов ^{[60], [61]}.

Из-за глобального роста резистентности *S. agalactiae* к препаратам группы макролидов (эритромицин, азитромицин), в настоящее время **не рекомендуется** их применять для эмпирической профилактики ^[63].

При аллергии на бета-лактамы антибиотики и наличии данных лабораторного исследования об устойчивости *S. agalactiae* к клиндамицину может быть использован ванкомицин внутривенно в дозе 20 мг/кг каждые 8 часов, максимальная разовая доза – 2000 мг, минимальное время инфузии 1 час или 500 мг за 30 минут при разовой дозе более 1000 мг ^[61].

Не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам с ВИЧ-инфекцией при вирусной нагрузке перед родами >1000 копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке перед родами или неприменении противовирусной терапии во время беременности и/или непроведении антиретровирусной профилактики в родах ^[64,65].

C 5

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

Не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или есть клинические проявления генитального герпеса накануне родов ^{[66], [67]}.

C 5

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

Не рекомендовано применение влагалищных антисептических или антибактериальных средств в родах с целью снижения риска инфицирования матери и новорожденного ^[68].

A 1

В приведенном Кокрановском мета-анализе **не рекомендовано** орошение

влагалища в родах раствором хлоргексидина.

Доказательных данных по применению других антисептиков в нормальных родах с целью снижения риска инфицирования матери и новорожденного нет, однако, учитывая идентичное антимикробное действие всех антисептиков, данный тезис-рекомендацию следует экстраполировать на весь перечень антисептических средств, применяемых в акушерстве-гинекологии.

Не рекомендована рутинная ранняя амниотомия ^[69].

B 1

Разрыв плодных оболочек увеличивает риск восходящей инфекции и пролапса пуповины. Рутинная амниотомия не сокращает продолжительность первого или второго периода родов и не снижает риск кесарева сечения ^[69].

Однако, если околоплодные воды не излились ранее, при нормальном течении родов и нормальном количестве околоплодных вод амниотомию целесообразно произвести в конце I периода родов.

У пациенток с активным гепатитом В, гепатитом С и ВИЧ-инфекцией следует избегать выполнение амниотомии для уменьшения риска восходящей инфекции ^[20].

Ведение второго периода родов

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

C 5

После фиксации полного раскрытия маточного зева при влагалищном исследовании, при наличии возможности, может быть выполнено УЗИ для оценки положения и продвижения головки плода ^[32]

При регистрации достаточного прогресса продвижения головки по данным УЗИ, дополнительные влагалищные исследования можно не проводить.

Необходимо проводить аускультацию плода каждые 5 минут, или после каждой потуги или путем непрерывного мониторинга (КТГ) с целью оценки состояния плода ^[56,70,71].

C 5

Следует поощрять подвижность и занятие удобного положения пациенткой с низким риском акушерских осложнений вне зависимости от проведения эпидуральной анальгезии с целью уменьшения риска эпизиотомии и инструментальных влагалищных родов ^[72,73].

C 1

Необходимо иметь доступ к постоянному контролю за состоянием плода в выбранном пациенткой положении, и, если необходимо, изменить ее положение для обеспечения адекватного мониторинга за состоянием плода. Большинство современных видов эпидуральной анальгезии позволяет выбирать удобное для пациентки положение во время родов ^[3, 74].

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

C 5

Следует использовать методы, направленные на уменьшение травмы промежности и облегчения самопроизвольных родов, такие как массаж промежности и теплый компресс на промежность с учетом предпочтений пациентки и имеющихся возможностей ^[75]

B 2

Теплый компресс из чистой ткани, намоченный теплой водой (43°C), на промежность и массаж промежности с гелем во втором периоде родов снижает риск разрывов промежности 3-й+ степени, но не влияет на риск разрывов промежности 1-й и 2-й степени ^[75,76]. Данные техники выполняются во время и между потугами.

Пальцевой массаж выполняется перемещающимися движениями из стороны в сторону внутри влагалища пациентки с мягким давлением вниз ^[77,78]. Пособия по защите промежности могут быть использованы для профилактики травм промежности и облегчения рождения ребенка и должны быть основаны на имеющейся практике ^[3, 75].

Не рекомендована рутинная эпизиотомия с целью снижения риска травмы промежности ^[79-81].

A 1

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

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

C 5

Если перекинуть пуповину через головку плода не удастся, следует предпринять попытку родить тело ребенка через петлю пуповины и выполнить прием «Сальто».

Чтобы выполнить прием «Сальто», нужно поместить ладонь руки на затылок плода и отклонить головку плода лицом по направлению к бедру матери, что позволит родиться плечикам, затем телу и ногам плода ^[82-86].

Если прием «Сальто» выполнить не удастся, следует пересечь пуповину между двумя зажимами, однако это увеличивает риск гиповолемии, анемии и гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденного ^[85].

При ведении родов у всех женщин – обеспечить готовность к оказанию первичных реанимационных мероприятий новорожденному ^{[3], [87]}

C 5

Независимо от прогноза и факторов риска рождения ребёнка в асфиксии, персонал, участвующий в приёме родов, должен владеть первичной реанимацией новорождённого. Дежурный врач - неонатолог при принятии смены обязан проверить исправность используемого оборудования, наличие лекарственных препаратов, необходимых для проведения первичной реанимационной помощи, перед родами - ознакомиться с анамнезом матери и медицинской документацией для оценки перинатальных рисков для новорожденного, подготовить место для проведения первичной реанимации новорожденного, оценить перинатальные риски, обеспечить присутствие 2-х и более специалистов, владеющих навыками первичной реанимации в полном объеме при прогнозировании рождения ребенка с необходимостью проведения реанимационных мероприятий.

При ведении родов у всех женщин – обеспечить комплекс мер для поддержания оптимальной температуры тела новорожденного для профилактики гипотермии^{[1], [3]}.

C 5

Перед рождением ребенка акушерке необходимо исключить наличие сквозняков, закрыть окна и двери родильного зала, включить источник лучистого тепла над столиком новорожденного, согреть лоток, пеленки для приема новорожденного, проконтролировать температуру воздуха родильного зала по термометру, находящегося в родильном зале. Оптимальная температура воздуха должна быть не менее 24⁰С. После рождения необходимо немедленно обтереть ребёнка теплой пеленкой, мягко, без грубых движений, поменяв первую влажную пеленку на сухую.

При ведении родов у всех женщин – проводить осмотр новорожденного с оценкой его состояния по шкале Апгар^[88].

C 5

Первый осмотр новорожденного необходимо проводить непосредственно после рождения, с целью оценки состояния новорожденного, исключения видимых врожденных пороков развития. Оценка состояния ребенка по шкале Апгар производится через 1 минуту (60 секунд) и 5 минут после рождения.

Не следует использовать оценку по Апгар как единственный критерий для обоснования диагноза асфиксии. Термин асфиксия не должен применяться, если нет доказательств нарушений газообмена (кислотно-основного состояния крови)^[89].

Всех новорожденных, не требующих проведения реанимационных мероприятий после рождения, выкладывать на живот и грудь матери, обеспечив контакт «кожа к коже», для улучшения постнатальных исходов и стимуляции грудного вскармливания^[90].

A 1

Выкладывание новорожденного на живот и грудь матери, и обеспечение прямого телесного контакта «кожа-к-коже» в течение первого часа жизни увеличивает частоту и продолжительность грудного вскармливания, снижает риск гипотермии.

Отсроченное пересечение пуповины (обычно через 1-3 минуты от момента рождения плода) вне зависимости от ВИЧ-статуса пациентки с целью улучшения постнатальных исходов^[3, 91].

C 5

У доношенных детей основным преимуществом отсроченного пересечения пуповины является более высокий запас железа у детей в возрасте от рождения до шести месяцев^[92], а также лучшее психомоторное развитие^[93]. У ВИЧ-инфицированных рожениц, у пациенток, живущих с ВИЧ-положительным партнером, и у пациенток с неизвестным ВИЧ-статусом нет доказательств того, что отсроченное пересечение пуповины увеличивает вероятность передачи ВИЧ от матери к новорожденному^[3, 91]. Слишком позднее пережатие пуповины сопровождается значимым повышением количества эритроцитов и уровня гемоглобина, что может приводить к метаболическим нарушениям, которые сопровождаются гипербилирубинемией и увеличением показаний к проведению фототерапии^[92].

Не рекомендована рутинная санация верхних дыхательных путей у детей, родившихся с чистыми амниотическими водами и начавших самостоятельно

C 5

дышать [3, 94].

Исследования не подтверждают положительного эффекта рутинной санации верхних дыхательных путей, но показывают ее возможное неблагоприятное воздействие на новорожденного. Санация может приводить к стимуляции *p. vagus*, вызывая брадикардию и развитие апноэ. Кроме того, процедура может приводить к повреждению слизистой оболочки верхних дыхательных путей и вторичному инфицированию [95].

Ранее прикладывание к груди всех новорожденных, которые могут самостоятельно получать грудное молоко, если их состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению [3, 87].

C 5

Существуют убедительные доказательства того, что раннее начало грудного вскармливания (в течение первого часа после рождения) и исключительно грудное вскармливание в течение первого месяца жизни имеет существенные преимущества в снижении неонатальной смертности и заболеваемости [96, 97].

Не рекомендовано рутинное обмывание ребенка в первые 24 часа после рождения [98].

C 5

Кожа новорождённого покрыта первородной смазкой (*vernix caseosa*), защищающей кожу в период внутриутробного развития. Если кожа ребёнка загрязнена кровью или меконием, следует осторожно удалить загрязнение ватным тампоном, смоченным тёплой водой.

Антимикробная офтальмологическая обработка вскоре после родов для всех новорожденных для профилактики инфекционных заболеваний глаз [3], [99]

B 1

В Российской Федерации с целью профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого рекомендуется использовать мазь глазную эритромицина 10 000 ЕД/г (в индивидуальной упаковке). Мазь наносят в асептических условиях, после протирания каждого века стерильной медицинской марлей, профилактическое средство помещается в каждый нижний конъюнктивальный мешок в виде полосы длиной 1 см. Средство следует наносить легким массажем век, а избыток раствора или мази можно удалить через одну минуту.

Ведение третьего периода родов

Показано парентеральное введение окситоцина или карбетоцина в третьем периоде родов для профилактики послеродового кровотечения [100-104].

A 1

Окситоцин вводят внутримышечно в боковую поверхность бедра в дозе 2 мл (10 ЕД) или внутривенно в дозе 5 ЕД в 500 мл раствора натрия хлорида или декстрозы. Возможно введение окситоцина внутривенно в дозе 5 ЕД в 50 мл раствора натрия хлорида со скоростью 16,2 мл/час с помощью перфузора.

Агонист окситоцина карбетоцин вводят внутримышечно или внутривенно медленно сразу после рождения ребенка в дозе 100 мкг/мл [105]. При невозможности введения окситоцина или карбетоцина вводят метилэргометрин внутривенно медленно (в течение 60 секунд) в конце второго периода родов после появления

головы или передней части плеча плода в дозе 0,2 мг^[3].

Следует учитывать кратковременность действия метилэрометрина и возможность повышения артериального давления.

С целью снижения риска послеродового кровотечения применять активное ведение 3 периода родов (введение утеротонического средства, пересечение пуповины между 1-й и 3-й минутами после рождения плода, самостоятельное рождение последа или его выделение наружными приемами в течение 30 минут)^{[106], [36]}.

A 1

Послед может быть выделен путем контролируемых тракций за пуповину, которые должен выполнять только обученный медицинский персонал, принимающий роды. При отсутствии навыков у медицинского персонала необходимо дождаться признаков отделения плаценты и извлечь послед наружными методами. Проведение контролируемых тракций за пуповину уменьшает риск задержки последа и ручного удаления плаценты^[107-109].

Пациенткам, которым была проведена медикаментозная профилактика послеродового кровотечения в третьем периоде родов, **не рекомендовано** рутинное проведение массажа матки с целью профилактики послеродового кровотечения^[110].

B 1

Наружный массаж матки после влагалищных родов не связан со снижением риска послеродового кровотечения у пациенток, которым был введен окситоцин и проведены контролируемые тракции за пуповину для профилактики послеродового кровотечения^[110].

Показана оценка тонуса матки после родов путем пальпации с целью ранней диагностики гипотонии матки^[100, 111, 112].

C 5

Наблюдение за состоянием матери в первые 2 часа после родов

Для оценки объема кровопотери – использовать гравиметрический метод - прямой сбор крови в градуированные мерные емкости совместно со взвешиванием пропитанных кровью мягких материалов^[113,114].

C 5

Физиологическая кровопотеря в родах через естественные родовые пути составляет <10% объема циркулирующей крови или <0,5-0,7% от массы тела, или <5 мл/кг (<500,0 мл)^[113].

Необходимо выполнить послеродовой осмотр последа с целью своевременной диагностики нарушения его целостности и задержки части последа в родовых путях^[115].

C 5

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

C 5

Каждые 15 минут в течение первых двух часов после родов проводить контроль состояния пациентки: АД, пульс, тонус матки, объем кровянистых выделений из влагалища ^[12].

C 5

Профилактика и диспансерное наблюдение

Показана комплексная подготовка к родам с целью снижения тревоги и страха перед родами ^[116], и увеличения вероятности успешных влагалищных родов и грудного вскармливания ^[117-119].

B 2

Подготовка к родам повышает удовлетворенность пациентки родами, даже если развиваются осложнения и необходимы медицинские вмешательства ^[120].

Список литературы

1. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit F. and R.H. Care in Normal Birth: A Practical Guide : Report of a Technical Working Group. Birth. 1997; .
2. Robert M Ehsanipoor, MD Andrew J Satin, MD F. Normal and abnormal labor progression. UpToDate. 2019; .
3. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. 212 p.
4. Friedman E.A. An objective approach to the diagnosis and management of abnormal labor. Bull New York Acad Med J Urban Heal. 1972; 6(42):842–58.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. Obs Gynecol. 2014; 3(123):693–711.
6. Zhang J., Landy H.J., Ware Branch D., Burkman R., Haberman S., Gregory K.D., et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010; 6(116):1281.
7. Spong C.Y., Berghella V., Wenstrom K.D., Mercer B.M., Saade G.R. Preventing the first cesarean delivery: Summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. Obstet Gynecol. 2012; 120(5):1181–93.
8. Dombrowski M.P., Bottoms S.F., Saleh A.A.A., Hurd W.W., Romero R. Third stage of labor: analysis of duration and clinical practice. Am J Obs Gynecol. 1995; 4 Pt 1(172):1279–84.

9. Combs C.A., Laros R.K. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. *Obstet Gynecol.* 1991; 6(77):863–7.
10. Magann E.F., Doherty D.A., Briery C.M., Niederhauser A., Chauhan S.P., Morrison J.C. Obstetric characteristics for a prolonged third stage of labor and risk for postpartum hemorrhage. *Gynecol Obstet Invest.* 2008; 65(3):201–5.
11. Romero R., Hsu Y.C., Athanassiadis A.P., Hagay Z., Avila C., Nores J., et al. Preterm delivery: a risk factor for retained placenta. *Am J Obs Gynecol.* 1990; 3(163):823–5.
12. World Health Organization, UNICEF U.N.P.F. *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed.* 2017. 492 p.
13. Savitz D.A., Terry J.W., Dole N., Thorp J.M., Siega-Riz A.M., Herring A.H. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187(6):1660–6.
14. Olesen A.W., Thomsen S.G. Prediction of delivery date by sonography in the first and second trimesters. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006; 28(3):292–7.
15. Neufeld L.M., Haas J.D., Grajéda R., Martorell R. Last menstrual period provides the best estimate of gestation length for women in rural Guatemala. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2006; 20(4):290–8.
16. Nissaisorakarn P., Sharif S., Jim B. Hypertension in Pregnancy: Defining Blood Pressure Goals and the Value of Biomarkers for Preeclampsia. *Curr Cardiol Rep.* 2016; 18(12):131.
17. Metoki H., Iwama N., Ishikuro M., Satoh M., Murakami T., Nishigori H. Monitoring and evaluation of out-of-office blood pressure during pregnancy. *Hypertens Res.* 2017; 40(2):107–9.
18. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for perinatal care.* 8th ed. Elk Grove Village, IL; Washington, DC; 2017.
19. National Institute for Health and Care Excellence. *Intrapartum care for healthy women and babies.* NICE Clinical guideline. 2017. p. 90.
20. Edmund F Funai E.R.N. Management of normal labor and delivery. *UpToDate.* 2020; .
21. Thorp J.M., Jenkins T., Watson W. Utility of Leopold maneuvers in screening for malpresentation. *Obstet Gynecol.* 1991; 78(3 Pt 1):394–6.
22. Lydon-Rochelle M., Albers L., Gorwoda J., Craig E., Qualls C. Accuracy of Leopold maneuvers in screening for malpresentation: a prospective study. *Birth.* 1993; 20(3):132–5.

23. Webb S.S., Plana M.N., Zamora J., Ahmad A., Earley B., Macarthur C., et al. Abdominal palpation to determine fetal position at labor onset: a test accuracy study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011; 90(11):1259–66.
24. Chen Z.G., Xu Y.T., Ji L.L., Zhang X.L., Chen X.X., Liu R., et al. The combination of symphysis-fundal height and abdominal circumference as a novel predictor of macrosomia in GDM and normal pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020; 20(1):461.
25. Adinma J.I., Agbai A.O., Anolue F.C. Relevance of clinical pelvimetry to obstetric practice in developing countries. *West Afr J Med.* 16(1):40–3.
26. Alijahan R., Kordi M. Risk factors of dystocia in nulliparous women. *Iran J Med Sci.* 2014; 39(3):254–60.
27. Malonga F.K., Mukuku O., Ngalula M.T., Luhete P.K., Kakoma J.-B. Étude anthropométrique et pelvimétrique externe chez les nullipares de Lubumbashi: facteurs de risque et score prédictif de la dystocie mécanique. *Pan Afr Med J.* 2018; 31.
28. Bansal S., Guleria K., Agarwal N. Evaluation of Sacral Rhomboid Dimensions to Predict Contracted Pelvis: A Pilot Study of Indian Primigravidae. *J Obstet Gynecol India.* 2011; 61(5):523–7.
29. Connolly G., McKenna P. Maternal height and external pelvimetry to predict cephalo-pelvic disproportion in nulliparous African women. *BJOG.* 2001; 108(3):338.
30. Rozenholc A.T., Ako S.N., Leke R.J., Boulvain M. The diagnostic accuracy of external pelvimetry and maternal height to predict dystocia in nulliparous women: a study in Cameroon. *BJOG.* 2007; 114(5):630–5.
31. Liselele H.B., Boulvain M., Tshibangu K.C., Meuris S. Maternal height and external pelvimetry to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous African women: a cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2000; 107(8):947–52.
32. Ghi T., Eggebø T., Lees C., Kalache K., Rozenberg P., Youssef A., et al. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018; 1(52):128–39.
33. Maruotti G.M., Saccone G., Martinelli P. Third trimester ultrasound soft-tissue measurements accurately predicts macrosomia. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017; 30(8):972–6.
34. Caradeux J., Martinez-Portilla R.J., Peguero A., Sotiriadis A., Figueras F. Diagnostic performance of third-trimester ultrasound for the prediction of late-onset fetal growth restriction: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019; .
35. Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде. Клинические рекомендации (протокол лечения) РОАГ. 2017, 27 стр.

36. World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. World Health Organization. 2014. 57 p.
37. Brown H.C., Paranjothy S., Dowswell T., Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; .
38. Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G.J., Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013.
39. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 687: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obs Gynecol.* 2017; 2(129):e20–8.
40. Ruhl C., Scheich B., Onokpise B., Bingham D. Content Validity Testing of the Maternal Fetal Triage Index. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2015; 5(44):701–9.
41. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 667: Hospital-Based Triage of Obstetric Patients. *Obstet Gynecol.* 2016; 1(128):16–9.
42. Simkin P., Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Women’s Heal.* 2004; 6(49):489–504.
43. Smith C.A., Levett K.M., Collins C.T., Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; .
44. Smith C.A., Levett K.M., Collins C.T., Crowther C.A. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011.
45. Bohren M.A., Hofmeyr G.J., Sakala C., Fukuzawa R.K., Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017.
46. Anim-Somuah M., Smyth R.M., Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; .
47. Committee on Obstetric Practice A.C. of O. and G. ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. *Obs Gynecol.* 2009; 3(114):714.
48. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Vol. 2, *Anesthesiology.* 2016. p. 270–300.
49. Ciardulli A., Saccone G., Anastasio H., Berghella V. Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(3):473–80.
50. Shrivastava V.K., Garite T.J., Jenkins S.M., Saul L., Rumney P., Preslicka C., et al. A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 4(200):379.

51. Jamal A., Choobak N., Tabassomi F. Intrapartum maternal glucose infusion and fetal acid-base status. *Int J Gynecol Obstet.* 2007; 3(97):187–9.
52. Paré J., Pasquier J.-C., Lewin A., Fraser W., Bureau Y.-A. Reduction of total labour length through the addition of parenteral dextrose solution in induction of labor in nulliparous: Results of DEXTRONS prospective randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 5(216):508.
53. Ehsanipoor R.M., Saccone G., Seligman N.S., Pierce-Williams R.A.M., Ciardulli A., Berghella V. Intravenous fluid rate for reduction of cesarean delivery rate in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017; 96(7):804–11.
54. Lavender T., Cuthbert A., Smyth R.M.D. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
55. Martis R., Emilia O., Nurdiati D.S., Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; .
56. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obs Gynecol.* 2009; 1(114):192–202.
57. Downe S., Gyte G.M.L., Dahlen H.G., Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013.
58. Carvalho B., Coghill J. Vaginal examination: a requirement before calling the anaesthetist? *Br J Anaesth.* 2003; 90(3):402.
59. Bonet M., Ota E., Chibueze C.E., Oladapo O.T. Routine antibiotic prophylaxis after normal vaginal birth for reducing maternal infectious morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017.
60. Ohlsson A., Shah V.S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane database Syst Rev.* 2014; (6):CD007467.
61. Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns. *Obstet Gynecol.* 2020; 135(2):e51–72.
62. Припутневич Т.В., Кан Н.Е., Мелкумян А.Р., Тютюнник В.Л., Кафарская Л.И., Ефимов Б.А., Любасовская Л.А., Зубков В.В., Дубровина Н.В., Долгушина Н.В., Калинина Е.А., Павлович С.В. Стрептококк группы В у беременных и новорожденных. ООО "Центр полиграфических.
63. Припутневич Т.В., Кан Н.Е., Мелкумян А.Р., Тютюнник В.Л., Кафарская Л.И., Ефимов Б.А., Любасовская Л.А., Зубков В.В., Дубровина Н.В., Долгушина Н.В., Калинина Е.А., Павлович С.В. Стрептококк группы В у беременных и новорожденных: учебное пособие. ООО «Цен.

64. Warszawski J., Tubiana R., Le Chenadec J., Blanche S., Teglas J.-P., Dollfus C., et al. Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS*. 2008; 22(2):289–99.
65. Venkatesh K.K., Morrison L., Livingston E.G., Stek A., Read J.S., Shapiro D.E., et al. Changing Patterns and Factors Associated With Mode of Delivery Among Pregnant Women With Human Immunodeficiency Virus Infection in the United States. *Obstet Gynecol*. 2018; 131(5):879–90.
66. Sénat M.-V., Anselem O., Picone O., Renesme L., Sananès N., Vauloup-Fellous C., et al. Prevention and management of genital herpes simplex infection during pregnancy and delivery: Guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018; 224:93–101.
67. ACOG Practice Bulletin No. 82: Management of Herpes in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2007; 109(6):1489–98.
68. Lumbiganon P., Thinkhamrop J., Thinkhamrop B., Tolosa J.E. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014.
69. Smyth R.M., Markham C., Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
70. RANZCOG. Intrapartum Fetal Surveillance : Clinical Guideline - Fourth Edition. 2019; 4:1–44.
71. Dore S., Ehman W. No. 396-Fetal Health Surveillance: Intrapartum Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2020; 42(3):316-348.e9.
72. Gupta J.K., Sood A., Hofmeyr G.J., Vogel J.P. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
73. Kibuka M., Thornton J.G. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane database Syst Rev*. 2017; 2:CD008070.
74. Walker K.F., Kibuka M., Thornton J.G., Jones N.W. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018.
75. Aasheim V., Nilsen A.B.V., Reinar L.M., Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
76. Beckmann M.M., Stock O.M. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.

77. Dahlen H.G., Homer C.S.E., Cooke M., Upton A.M., Nunn R., Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Birth*. 2007; 4(34):282–90.
78. Albers L.L., Sedler K.D., Bedrick E.J., Teaf D., Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *J Midwifery Women's Heal*. 2005; 5(50):365–72.
79. Jiang H., Qian X., Carroli G., Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; .
80. Lee L., Dy J., Azzam H. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2016; 9(38):843–65.
81. Bulletins—Obstetrics A.C. of O. and G.C. on. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obs Gynecol*. 2016; 1(128):e1–15.
82. Leonhard Schaffer R.Z. Nuchal cord. *UpToDate*. 2019; .
83. Queensland Ambulance Service. Obstetrics: Nuchal umbilical cord. *Clinical Practice Procedures*.
84. East Carolina University College of Nursing. Somersault maneuver demo.
85. Mercer J.S., Skovgaard R.L., Peareara-Eaves J., Bowman T.A. Nuchal cord management and nurse-midwifery practice. *J Midwifery Women's Heal*. 2005; 5(50):373–9.
86. Reynolds L. Practice tips. “Somersault” maneuver for a tight umbilical cord. *Can Fam Physician*. 1999; (45):613.
87. WHO. Recommendations on newborn health: approved by the WHO Guidelines Review Committee. *Who*. 2017; (May):1–28.
88. The Apgar Score. *Pediatrics*. 2015; 136(4):819–22.
89. Committee Opinion No. 644. *Obstet Gynecol*. 2015; 126(4):e52–5.
90. Moore E.R., Anderson G.C., Bergman N., Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In: Moore ER, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
91. World Health Organization. Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. 2014. 26 p.
92. McDonald S.J., Middleton P., Dowswell T., Morris P.S. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.

93. Andersson O., Lindquist B., Lindgren M., Stjernqvist K., Domellöf M., Hellström-Westas L. Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2015; 7(169):631–8.
94. World Health Organization. Guidelines on basic newborn resuscitation. 2012. 61 p.
95. Evans, M Blake W.D.P. Does Medical Evidence Support Routine Oronasopharyngeal Suction at Delivery? *J Okla State Med Assoc.* 2016; 4–5(109):140–2.
96. Khan J., Vesel L., Bahl R., Martines J.C. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. *Matern Child Health J.* 2015; 3(19):468–79.
97. UNICEF, WHO. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. Unicef. 2018. 1–42 p.
98. WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn. Geneva: World Health Organization; 2013 Oct. PMID: 24624481.
99. Darling E.K., McDonald H. A Meta-analysis of the Efficacy of Ocular Prophylactic Agents Used for the Prevention of Gonococcal and Chlamydial Ophthalmia Neonatorum. *J Midwifery Womens Health.* 2010; 55(4):319–27.
100. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 52. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2017; 124(5):e106–49.
101. Schlembach D., Helmer H., Henrich W., Von Heymann C., Kainer F., Korte W., et al. Peripartum haemorrhage, diagnosis and therapy. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k level, AWMF registry No. 015/063, March 2016). *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2018; 78(04):382–99.
102. Soltani H., Hutchon D.R., Poulouse T.A. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; .
103. Westhoff G., Cotter A.M., Tolosa J.E. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane database Syst Rev.* 2013; (10):CD001808.
104. Oladapo O.T., Okusanya B.O., Abalos E. Intramuscular versus intravenous prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane database Syst Rev.* 2018; 9:CD009332.
105. Gallos I.D., Papadopoulou A., Man R., Athanasopoulos N., Tobias A., Price M.J., et al. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; .
106. Begley C.M., Gyte G.M., Devane D., McGuire W., Weeks A., Biesty L.M. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane database Syst Rev.* 2019; 2:CD007412.

107. Du Y., Ye M., Zheng F. Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014; 7(93):626–33.
108. Metin Gülmezoglu A., Lumbiganon P., Landoulsi S., Widmer M., Abdel-Aleem H., Festin M., et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: A randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet.* 2012; 379(9827):1721–7.
109. Hofmeyr G.J., Mshweshwe N.T., Gülmezoglu A.M. Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; 1:CD008020.
110. Saccone G., Caissutti C., Ciardulli A., Abdel-Aleem H., Hofmeyr G.J., Berghella V. Uterine massage as part of active management of the third stage of labour for preventing postpartum haemorrhage during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG.* 2018; 7(125):778–81.
111. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(4):e168–86.
112. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. *World Heal Organ.* 2018; :53 p.
113. Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях. Клинические рекомендации. Москва; 2018. p. 76.
114. Diaz V., Abalos E., Carroli G. Methods for blood loss estimation after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
115. ПРОФИЛАКТИКА, АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ, АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ. Клинические рекомендации РОАГ, 2018 г.
116. Stoll K., Swift E.M., Fairbrother N., Nethery E., Janssen P. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth.* 2018; 1(45):7–18.
117. Maimburg R.D., Væth M., Dürr J., Hvidman L., Olsen J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG.* 2010; 8(117):921–8.
118. Levett K.M., Smith C.A., Bensoussan A., Dahlen H.G. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open.* 2016; 7(6).
119. Chen I., Opiyo N., Tavender E., Mortazhejri S., Rader T., Petkovic J., et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.

120. Haapio S., Kaunonen M., Arffman M., Åstedt-Kurki P. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scand J Caring Sci.* 2017; 2(31):293–301.
121. Makvandi S., Latifnejad Roudsari R., Sadeghi R., Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015; 11(41):1679–86.
122. Smith C.A., Collins C.T., Cyna A.M., Crowther C.A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006.
123. Makvandi S., Mirzaiinajmabadi K., Sadeghi R., Mahdavian M., Karimi L. Meta-analysis of the effect of acupressure on duration of labor and mode of delivery. *Int J Gynecol Obstet.* 2016; 1(135):5–10.
124. Hamidzadeh A., Shahpourian F., Orak R.J., Montazeri A.S., Khosravi A. Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor. *J Midwifery Women’s Heal.* 2012; 2(57):133–8.
125. Chung U.L., Hung L.C., Kuo S.C., Huang C.L. Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *J Nurs Res.* 2003; 4(11):251–60.
126. Hjelmstedt A., Shenoy S.T., Stener-Victorin E., Lekander M., Bhat M., Balakumaran L., et al. Acupressure to reduce labor pain: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010; 11(89):1453–9.
127. Taavoni S., Abdolahian S., Haghani H. Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: A randomized, controlled trial study. *Pain Med.* 2013; 9(14):1301–6.
128. Dahlen H.G., Homer C.S.E., Cooke M., Upton A.M., Nunn R.A., Brodrick B.S. “Soothing the ring of fire”: Australian women’s and midwives’ experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery.* 2009; 2(25):e39-48.
129. Behmanesh F., Pasha H., Zeinalzadeh M. The effect of heat therapy on labor pain severity and delivery outcome in parturient women. *Iran Red Crescent Med J.* 2009; (11):188.
130. Penny Simkin P., Klein M.C. Nonpharmacologic approaches to management of labor pain. *UpToDate.* 2019; .
131. East C.E., Begg L., Henshall N.E., Marchant P.R., Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012.
132. Newham J.J., Wittkowski A., Hurley J., Aplin J.D., Westwood M. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Depress Anxiety.* 2014; 8(31):631–40.

133. Babbar S., Parks-Savage A.C., Chauhan S.P. Yoga during pregnancy: A review. *Am J Perinatol.* 2012; 6(29):459–64.
134. Lee S.L., Liu C.Y., Lu Y.Y., Gau M.L. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013; 1(42):19–28.
135. Cluett E.R., Burns E., Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
136. Committee Opinion No. 679: Immersion in Water During Labor and Delivery. *Obs Gynecol.* 2016; 5(128):e231–6.
137. Osborne C., Ecker J.L., Gauvreau K., Davidson K.M., Lieberman E. Maternal Temperature Elevation and Occiput Posterior Position at Birth Among Low-Risk Women Receiving Epidural Analgesia. *J Midwifery Women’s Heal.* 2011; 5(56):446–51.
138. Benfield R.D., Hortobágyi T., Tanner C.J., Swanson M., Heitkemper M.M., Newton E.R. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biol Res Nurs.* 2010; 1(12):28–36.
139. Liu Y.H., Chang M.Y., Chen C.H. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *J Clin Nurs.* 2010; 7–8(19):1065–72.
140. Simavli S., Kaygusuz I., Gumus I., Usluogullari B., Yildirim M., Kafali H. Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *J Affect Disord.* 2014; (156):194–9.
141. Caroline A Smith, Carmel T Collins C.A.C. Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011.
142. Luo T., Huang M., Xia H., Zeng Y. Aromatherapy for Laboring Women: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Open J Nurs.* 2014; 3(4):163–8.
143. Yazdkhasti M., Pirak A. The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. *Complement Ther Clin Pract.* 2016; (25):81–6.
144. Madden K., Middleton P., Cyna A.M., Matthewson M., Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016.
145. Debra Ketterhagen, Leona VandeVusse M.A.B. Self-hypnosis: alternative anesthesia for childbirth. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2002; 6(27):335–40.
146. Derry S., Straube S., Moore R.A., Hancock H., Collins S.L. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012.

147. Mårtensson L., McSwiggin M., Mercer J.S. US Midwives' Knowledge and Use of Sterile Water Injections for Labor Pain. *J Midwifery Women's Heal.* 2008; 2(53):115–22.
148. van Erp M., Ortner C., Jochberger S., Klein K.U. Aktuelle Versorgungskonzepte in der geburtshilflichen Anästhesie. *Wiener Medizinische Wochenschrift.* 2017; 167(15–16):374–89.
149. Dualé C., Nicolas-Courbon A., Gerbaud L., Lemery D., Bonnin M., Pereira B. Maternal Satisfaction as an Outcome Criterion in Research on Labor Analgesia. *Clin J Pain.* 2015; 31(3):235–46.
150. Wang T.-T., Sun S., Huang S.-Q. Effects of Epidural Labor Analgesia With Low Concentrations of Local Anesthetics on Obstetric Outcomes. *Anesth Analg.* 2017; 124(5):1571–80.
151. Sultan P., Murphy C., Halpern S., Carvalho B. The effect of low concentrations versus high concentrations of local anesthetics for labour analgesia on obstetric and anesthetic outcomes: a meta-analysis. *Can J Anesth Can d'anesthésie.* 2013; 60(9):840–54.
152. Leveno K.J., Nelson D.B., McIntire D.D. Second-stage labor: how long is too long? *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 214(4):484–9.
153. Jung H., Kwak K.-H. Neuraxial analgesia: a review of its effects on the outcome and duration of labor. *Korean J Anesthesiol.* 2013; 65(5):379.
154. Grant E., Tao W., Craig M., McIntire D., Leveno K. Neuraxial analgesia effects on labour progression: facts, fallacies, uncertainties and the future. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2015; 122(3):288–93.
155. Keeling D., Tait R.C., Watson H. Peri-operative management of anticoagulation and antiplatelet therapy. *Br J Haematol.* 2016; 175(4):602–13.
156. Nair V., Henry R. Bilateral paravertebral block: a satisfactory alternative for labour analgesia. *Can J Anesth Can d'anesthésie.* 2001; 48(2):179–84.
157. Toscano A., Pancaro C., Giovannoni S., Minelli G., Baldi C., Guerrieri G., et al. Sevoflurane analgesia in obstetrics: a pilot study. *Int J Obstet Anesth.* 2003; 12(2):79–82.
158. Yeo S.T., Holdcroft A., Yentis S.M., Stewart A., Bassett P. Analgesia with sevoflurane during labour: II. Sevoflurane compared with Entonox for labour analgesia † ‡. *Br J Anaesth.* 2007; 98(1):110–5.
159. Методическое письмо МЗ РФ №15-4/И/2-2570 от 04.03.2020 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале».

© Материал из Справочной системы «Актион Консилиум»

<https://crs.action360.ru>

Дата копирования: 10.02.2023