

БАЗОВЫЙ ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ РОДОВ (МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ)

Э.А Харыбина

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва

E-mail: med@oparina4.ru

Рассмотрены оптимальная организация, объем и порядок действий медицинского персонала во время родов, ведущие к уменьшению частоты вмешательств и обеспечивающие матери и плоду максимальную безопасность и комфорт.

Ключевые слова: подготовка к родам, ведение родов, акушерка, медицинские технологии.



Разработанный протокол ведения нормальных родов основан на следующих принципах: роды в индивидуальном родильном зале ведет врач; акушерка выполняет назначения врача, следит за состоянием женщины и плода, оказывает ручное пособие при родах, осуществляет уход за новорожденным; роженицу знакомят с планом ведения родов, получают ее согласие на предполагаемые манипуляции и операции; приветствуется присутствие при родах мужа или близкого родственника (мать, сестра) – семейные роды; положение роженицы – свободное, не ограничено. Список препаратов, применяемых при физиологических родах, сокращен до оптимального минимума.

Внедрение нового протокола показало, что используемая тактика не только не оказывает отрицательного влияния на исход родов, но и обладает рядом медико-социальных и экономических преимуществ.

На современном этапе развития акушерства большое внимание уделяется качеству медицинской помощи, организации ее в соответствии с европейскими стандартами, основанными на принципах доказательной медицины; активному вовлечению беременных и членов их семей в процесс родовспоможения. В настоящее время в России подходы к оказанию помощи роженицам и родильницам существенно различаются в рамках как одной территории, так и отдельно взятого учреждения. В разных регионах применяют как традиционный подход, основанный на рекомендациях 40–50-летней давности, так и зарубежные рекомендации, недостаточно проверенные, не адаптированные к организации и материально-техническому обеспечению отечественных родовспомогательных учреждений. Ведение родов часто сопровождается необоснованной медикаментозной агрессией, рутинным применением процедур, которые не являются необходимыми. В связи с этим актуально внедрение нового протокола ведения родов, в котором пересмотрено отношение к ряду лекарственных препаратов и процедур, применяемых рутинно и не доказавших своей эффективности.

Разработанный протокол определяет порядок и объем медицинской помощи в родах, обуславливающие снижение медикаментозной нагрузки и исключают необоснованные вмешательства при обеспечении необходимого уровня безопасности для матери и плода.

Новая медицинская технология показана женщинам:

- наблюдавшимся в связи с беременностью врачом акушером-гинекологом;
- полностью обследованным в соответствии с отраслевым стандартом;
- имеющим низкий риск возможных осложнений в родах.

Противопоказания:

- отсутствие наблюдения женщины в связи с беременностью акушером-гинекологом или недостаточность такого наблюдения;

- несоответствие обследования отраслевым стандартам;
- высокий риск возможных осложнений в родах вследствие рубца на матке; узкого таза; экстрагенитальной патологии и т.д.;
- наличие показаний для планового хирургического родоразрешения абдоминальным или влагалищным путем;
- острое течение или обострение инфекционного процесса;
- роды вне акушерского стационара или без непосредственного врачебного наблюдения и контроля.

Материально-техническое обеспечение новой медицинской технологии

Оценка состояния фетоплацентарной системы:

- сканер ультразвуковой «Prosound SSD-a 10», «Aloka Co LTD», Япония;
- аппарат ультразвуковой диагностический «SA 9900PLUS (Accuvix XQ)» с датчиками, «Medison Co LTD», республика Корея;
- фетальный монитор – интранатальный автоматизированный кардиотокограф в следующих исполнениях: «Уникос-01», «Уникос-02», «Уникос-03», ООО «РТП Уникос», Москва.

Лекарственные средства, используемые в технологии: дротаверин, бускопан, окситоцин, атропин сульфат, тримипиредин, фентанил, лидокаин, ропивакаин, иммуноглобулин человека антирезус RH0(D).

Описание медицинской технологии.

Базовый протокол ведения родов

Протокол применим к ведению родов у женщин, наблюдавшихся в связи с беременностью врачом акушером-гинекологом, полностью обследованных в соответствии с отраслевым стандартом, имеющих низкий риск осложнений. Роды ведут только в акушерском стационаре под непосредственным врачебным наблюдением и контролем.

Определение физиологических (естественных) родов. Физиологические роды – это роды одним плодом, которые начались спонтанно, протекали без осложнений, без применения пособий и медикаментов, при которых родился зрелый доношенный ребенок в затылочном предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Определение нормальных родов. Нормальные роды – это роды 1 плодом в срок 37 нед 1 день – 41-я неделя беременности, которые начались спонтанно, имели низкий риск к началу, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился в затылочном предлежании. В родах возможно приме-

нение амниотомии, использование спазмолитических препаратов, проведение анальгезии. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Приемное отделение. При обращении женщины в приемное отделение необходимо оценить общее состояние, жалобы, произвести термометрию и осмотр кожных покровов, измерить артериальное давление (АД), выслушать сердцебиение плода. Изучить данные обменной или амбулаторной карты. При отсутствии признаков инфекционных заболеваний выполняется следующее:

1. Регистрация женщины в родильном отделении: паспортные данные, заведение истории родов, регистрация в истории полученного информационного согласия на необходимые медицинские манипуляции, проводимые в лечебном учреждении.

2. Жалобы и сбор анамнеза:

- жалобы (причины, заставившие женщину обратиться за медицинской помощью)
- семейный анамнез, наследственность: не было ли в семье туберкулеза, сифилиса, психических, онкологических заболеваний, сахарного диабета, заболеваний сердечно-сосудистой системы, многоплодия;
- эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными, пребывание в странах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в течение последних 3 лет; перенесенные в детстве и зрелом возрасте инфекционные и неинфекционные заболевания, в том числе гепатиты А, В, С; сведения о приеме наркотических и психотропных препаратов, алкоголизме, токсикомании;
- оперативные вмешательства, травмы, методы и сроки их выполнения, течение послеоперационного периода, осложнения, лечение;
- аллергологический анамнез;
- группа крови по системе АВ0, резус-фактор, перенесенные гемотрансфузии;
- условия труда и быта;
- профессиональные вредности, санитарно-эпидемиологические условия на работе и в быту, особенности питания, отдыха и т.д.
- репродуктивный анамнез:
 - менструальная функция: время появления и установления, характер менструального цикла, 1-й день последней менструации;
 - характер выделений из половых путей: цвет, запах, количество;
 - половая функция: с какого возраста началась половая жизнь, какой брак по счету, их продолжительность;

- контрацепция: методы, длительность использования, осложнения;
 - сведения о муже: возраст, состояние здоровья, масса тела и рост при рождении, вредные привычки;
 - детородная функция: паритет, течение и исход предыдущих беременностей в хронологической последовательности, характер предыдущих родов, рост и масса новорожденных, течение послеабортного и послеродового периодов, осложнения и оперативные вмешательства;
 - течение настоящей беременности по триместрам: I триместр (до 13 нед) – общие заболевания, осложнения беременности, дата первой явки в женскую консультацию и срок беременности, установленный при первом обращении; результаты анализов, прием лекарственных средств; II триместр (13–28 нед) – общие заболевания и осложнения течения беременности, прибавка в весе, значение АД; дата первого шевеления плода, результаты анализов, прием лекарственных средств, III триместр (29–40 нед) – общая прибавка в весе за время беременности, цифры АД, результаты анализов, заболевания и осложнения во время беременности, прием лекарственных средств;
 - результаты ультразвукового исследования (УЗИ); дата, срок, особенности;
 - расчет предполагаемой даты родов:
 - по дате последней менструации;
 - по дате зачатия или овуляции (при коротком или длинном цикле);
 - по данным УЗИ (в срок от 8 до 24 нед беременности).
3. Осмотр:
- оценка общего состояния;
 - осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек;
 - общая термометрия;
 - антропометрические параметры;
 - измерение АД, пульса;
 - аускультация тонов сердца, легких;
 - осмотр молочных желез;
 - степень развития жировой ткани, эластичность кожи;
 - пальпация живота, определение размеров печени;
 - симптом Пастернацкого.
4. Наружное акушерское исследование:
- измерение размеров матки, высота дна матки, окружность живота;
 - измерение размеров таза (d.spinarum, d.cristarum, d.trochanterica, c.externa);
 - пальпация плода: положение, позиция, предлежание, отношение головки к плоскостям таза;
 - аускультация плода акушерским стетоскопом или аппаратом «Доптон».
5. Влагалищное исследование: состояние наружных половых органов и промежности, влагалища, шейки матки, плодного пузыря, определение высоты стояния предлежащей части плода, особенности плоскостей малого таза, определение диагональной и истинной конъюгат, оценка характера околоплодных вод и влагалищных выделений.
6. УЗИ плода (если последнее УЗИ произведено 7 дней назад и ранее): положение, позиция, вид, предполагаемая масса плода, наличие обвития пуповины, объем околоплодных вод, локализация плаценты, состояние нижнего сегмента матки.
7. Определение предполагаемой массы плода (на основе данных УЗИ, формулы Жордания, Якубовой).
8. Взятие крови из периферической вены:
- анализ крови на сифилис (если срок давности предыдущих анализов – более 21 дня);
 - определение HbsAg HBV (если срок давности предшествующих анализов – более 3 мес);
 - определение антител класса M, G (IgM, IgG) к HCV (если срок давности предшествующих анализов – более 3 мес);
 - определение антител класса M, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV1, HIV2 (если срок давности предшествующих анализов – более 3 мес);
 - определение группы крови и резус-фактора, если их не определяли ранее в данном учреждении;
 - определение уровня гемоглобина крови;
 - определение количества тромбоцитов в крови или тромбоэластограмма.
9. Определение белка в моче тест-системой.
10. Установление предварительного диагноза и выработка плана ведения родов.
11. Санитарная обработка роженицы: сбривание волос на промежности, очистительная клизма, гигиенический душ.
12. Надевание компрессионного белья (чулки).
- Родильное отделение.** Организационные положения:
1. Роды рекомендуется проводить в индивидуальном родильном зале
 2. Роды ведет врач. Акушерка выполняет назначения врача, следит за состоянием роженицы и плода, под наблюдением врача оказывает ручное пособие при рождении плода, осуществляет первичную и вторичную обработку новорожденного.

3. Роженицу знакомят с планом ведения родов, получают согласие на предполагаемые манипуляции и операции в родах

4. Приветствуется присутствие при родах мужа или близкого родственника (мать, сестра) – семейные роды.

5. В 1-м и начале 2-го периода родов роженица может выбирать для себя любое положение: может сидеть, лежать, ходить, стоять, использовать опору, мяч.

6. Во время физиологических/нормальных родов женщине из группы низкого риска в отношении развития осложнений разрешено пить воду небольшими порциями; прием небольшого количества легкой пищи (печенье, шоколад, бульон) можно позволить только в начале латентной фазы 1-го периода.

1-й период родов. Контроль за состоянием роженицы: общее состояние, жалобы, степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, нарушения зрения и т.д.:

- измерение АД, пульса – не реже 1 раза в час;
- измерение температуры тела – не реже 1 раза в 4 ч;
- оценка выделительной функции и состояния мочевого пузыря: мочеиспускание – не реже 1 раза в 4 ч (при отсутствии самостоятельного мочеиспускания – выведение мочи катетером), оценка количества, цвета мочи, наличия примесей крови;
- оценка сократительной активности матки (тонус, частота, продолжительность, сила, болезненность) – не реже 1 раза в 2 ч;
- определение высоты стояния предлежащей части плода – не реже 1 раза в 2 ч;
- кардиотокография плода:
 - при поступлении – в течение 40 мин – 1 ч, после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8 см в предрывистом режиме – по 20–30 мин;
 - при отсутствии кардиотокографа в случае появления кровянистых выделений, ухудшения состояния роженицы сердцебиение плода выслушивается с помощью стетоскопа в течение 30 с – 1 мин каждые 15–30 мин;
- ведение партограммы;
- запись результатов наблюдения в истории родов – каждые 2–3 ч;
- для исключения повторных венопункций и обеспечения срочной инфузии при возникновении экстренной необходимости устанавливают периферический катетер;
- влагалищное исследование:
 - при излитии околоплодных вод;

– перед обезболиванием – каждые 4 ч в течение родов;

– при изменении акушерской ситуации (ухудшение состояния роженицы, нарушение сердцебиения плода, появление кровянистых выделений из половых путей, ослабление или чрезмерное усиление родовой деятельности);

- амниотомия;
- раскрытие шейки матки более 6 см;
- плоский плодный пузырь;
- осмотр врачом-анестезиологом:
 - перед обезболиванием;
 - в процессе обезболивания – по протоколу обезболивания;
- обезболивание родов:
 - эпидуральная анальгезия;
 - наркотические анальгетики – по протоколу родов;
- внутривенное, внутримышечное, ректальное введение спазмолитических и обезболивающих лекарственных препаратов рутинно не применяется, только – согласно списку.

2-й период родов. Оценка состояния роженицы (общее состояние, жалобы, степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения):

- контрольное измерение АД, пульса на периферических артериях:
 - в начале 2-го периода родов – каждые 30 мин;
 - с наступлением потуг;
- определение высоты расположения головки плода наружными приемами или влагалищным исследованием:
 - в начале 2-го периода родов – через 1 ч;
 - при появлении потуг – каждые 15 мин;
- выслушивание сердцебиения плода:
 - в начале 2-го периода родов – каждые 15 мин по 30 с–1 мин;
 - после каждой потуги;
- вызов неонатолога;
- подготовка к приему родов (накрытие стерильного стола, согревание детского белья, и т.д.);
- в норме потуги должны появляться при расположении головки плода не выше узкой части полости малого таза; если при головке плода, расположенной в узкой части полости или выходе таза, у женщины появляются эффективные потуги (поступательное движение головки плода при нормальном состоянии женщины и отсутствии признаков страдания плода), нет необходимости в регулировании потуг; при отсутствии эффективной потужной деятельности применяют

регулирование потуг, обращая внимание женщины на обеспечение правильного дыхания, координированность схватки и потуги; правильное распределение усилий, направленных на продвижение головки плода;

- ручное пособие в родах оказывает акушерка, положение роженицы – полусидя на кровати-трансформере:
 - уменьшение напряжения промежности в период прорезывания и рождения тазовых бугров;
 - воспрепятствование преждевременному разгибанию головки и бережное выведение головки из половой щели вне потуг;
 - освобождение плечиков и рождение туловища;
- рассечение промежности проводится по четким показаниям:
 - при угрозе ее разрыва;
 - острой гипоксии плода;
 - показаниях со стороны матери;
- с целью профилактики кровотечения возможно в конце 1-го периода родов введение раствора окситоцина (5 ЕД на 50 мл физиологического раствора) с помощью инфузомата, начиная с 1,9 мл/ч; после рождения переднего плечика скорость инфузии увеличивают до 15,2 мл/ч;
- профилактику кровотечения в 3-м периоде родов и раннем послеродовом периоде проводят введением уротонических средств (в момент рождения переднего плечика плода вводят окситоцин – 10 ЕД внутримышечно или 5 ЕД внутривенно медленно);
- пересечение пуповины проводится после прекращения пульсации или через 1 мин после рождения;
- оценка состояния новорожденного по шкале Апгар;
- размещение новорожденного на груди матери (проводит акушерка);
- передача новорожденного неонатологу;
- уход за новорожденным осуществляется по протоколу базовой помощи доношенному новорожденному;
- опорожнение мочевого пузыря.

3-й период родов. Оценка состояния матери в 3-м периоде родов (общее состояние, жалобы, болевые ощущения, наличие головокружения, головные боли, нарушения зрения, объем кровянистых выделений из половых путей):

- измерение АД и пульса на периферических артериях родильницы после рождения ребенка;

- забор крови из сосудов пуповины для определения группы крови и резус-фактора ребенка, проведения проб Кумпса и Розенфельда при 0(1) группе или резус-отрицательной принадлежности крови женщины;
- определение признаков отделения плаценты:
 - признак Чукалова-Кюстнера;
 - признак Альфельда;
 - признак Шредера;
 - признак Довженко;
- применение наружных приемов выделения отделившегося последа:
 - способ Абуладзе;
 - способ Гентера;
 - способ Креде-Лазаревича;
 - способ Роговина;
 - способ Брандт-Эндрю;
- наружный массаж матки после рождения последа;
- тщательная оценка величины кровопотери.

Ранний послеродовой период:

- осмотр последа;
- осмотр мягких родовых путей с помощью зеркал;
- восстановление целостности мягких тканей родовых путей (под местной или эпидуральной анальгезией);
- наблюдение за родильницей в родильном блоке в течение 2 ч после родов:
 - оценка общего состояния родильницы, жалоб после рождения последа и каждые 20–30 мин;
 - измерение пульса и АД на периферических артериях после рождения и перед переводом в послеродовое отделение;
 - наблюдение за состоянием матки каждые 20–30 мин;
 - контроль за количеством и характером выделений из половых путей каждые 20–30 мин;
 - прикладывание новорожденного к груди матери и проведение первого кормления;
 - вызов анестезиолога для удаления катетера из эпидурального пространства перед переводом родильницы в послеродовое отделение;
 - опорожнение мочевого пузыря родильницы перед переводом в послеродовое отделение через 2 ч после родов.

Осложнения и способы их устранения

Использование данной технологии не может повлечь за собой осложнения, связанные с самой технологией. Однако нельзя исключить возник-

новение осложнений в связи с применением лекарственных препаратов (индивидуальная непереносимость, аллергические реакции, повышение АД и т.д.). Таких осложнений можно избежать при тщательном сборе анамнеза, соблюдении рекомендуемых правил применения лекарств, учете противопоказаний; при необходимости можно использовать пробные тест-инъекции. Необходимы оптимальные условия и оснащение для оказания своевременной помощи при развитии подобных осложнений.

Эффективность использования медицинской технологии

Применение данной медицинской технологии в родильном отделении Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии (НЦАГиП) им. В.И. Кулакова более чем у 500 рожениц доказало ее высокую эффективность и приемлемость как для женщин, так и для медицинского персонала.

Клиническую эффективность нового протокола ведения родов оценивали по частоте осложнений в родах и раннем послеродовом периоде, количеству использованных медикаментозных препаратов, перинатальным исходам.

Для оценки эффективности протокола был проведен сравнительный анализ исходов 400 родов: 300 рожениц за 2008–2009 гг., у которых роды вели на основе традиционной тактики (1-я группа) и 100 рожениц за 2010 г., у которых при ведении родов применен протокол, разработанный в НЦАГиП им. В.И. Кулакова (2-я группа).

Разработанный протокол ведения нормальных родов основан на следующих принципах:

1. Роды ведет врач в индивидуальном родильном зале.

2. Акушерка выполняет назначения врача, следит за состоянием женщины и плода, оказывает ручное пособие при родах, осуществляет уход за новорожденным.

3. Роженицу знакомят с планом ведения родов, получают ее согласие на предполагаемые манипуляции и операции.

4. В 1-м периоде родов и начале 2-го роженица может выбрать для себя любое положение: может сидеть, ходить, стоять, использовать опору, мяч.

5. Во время нормальных родов женщине разрешено пить воду небольшими порциями; в латентную фазу 1-го периода родов роженице можно позволить прием небольшого количества легкой пищи.

6. Приветствуется присутствие при родах мужа или близкого родственника (мать или сестра).

7. Назначение спазмолитических, обезболивающих, утеротонических препаратов не проводится рутинно, а осуществляется при появлении

показаний. В протокол не вошли: препараты, используемые ранее для профилактики гипоксии плода – глюкоза, аскорбиновая кислота, кокарбоксилаза, актовегин; рутинная амниотомия (до раскрытия маточного зева на 6–8 см); профилактическое применение метилэргометрина при неосложненных родах.

8. Рассечение промежности проводят по строгим показаниям.

С внедрением протокола частота амниотомий уменьшилась на 13,7% (в 2008–2009 гг. амниотомия производилась у 37,7% рожениц, в 2010 г. – 24%, $p \leq 0,01$); частота рассечения промежности снизилась на 9,7% (в 2008–2009 гг. – 47,7%, в 2010 г. – 38%, $p \leq 0,05$). На 11,7% чаще стали применять эпидуральную аналгезию (в 2008–2009 гг. – 57,3%, в 2010 г. – 69%, $p \leq 0,05$).

Аномалии родовой деятельности встречались у 3,3% женщин в 2008–2009 гг. и у 2,9% – в 2010 г. ($p = 0,58$). Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения по показаниям, развившимся в родах, также не различалась и составила в 2008–2009 гг. – 11,3%, в 2010 г. – 9% ($p = 0,43$).

Снизилась медикаментозная нагрузка на роженицу и плод благодаря исключению аскорбиновой кислоты, кокарбоксилазы, глюкозы, которые в 2008–2009 гг. применяли в 77,3% случаев, актовегина (в 16% случаев), баралгина (в 3,7% случаев) и других препаратов. В родах использовали только дротаверин гидрохлорид (но-шпа), бускопан, окситоцин, атропина сульфат, ропивакаин, фентанил, лидокаин, тримеперидин, частота применения которых в сравнении с таковой в 2008–2009 гг. не изменилась.

Снизилась частота применения метилэргометрина с целью профилактики кровотечения в 3-м периоде родов. В 2008–2009 гг. его назначали в 88% случаев, в 2010 г. – в 15% ($p = 0,005$). По разработанному протоколу профилактику кровотечения в 3-м периоде родов и раннем послеродовом периоде проводили путем введения раствора окситоцина (10 ЕД внутримышечно, или 5 ЕД внутривенно медленно или с помощью инфузомата в момент рождения переднего плечика плода). Сравнительный анализ показал, что частота кровотечений в 3-м и раннем послеродовом периоде не различалась; так, в 2008–2009 гг. она составила 2,3%, в 2010 г. – 2%. Средняя кровопотеря в родах в 2008–2009 гг. составила 274,18 мл, в 2010 г. – 283,47 мл. Дефект плаценты был обнаружен в 2008–2009 гг. у 5,7% женщин, в 2010 г. – у 5%; ручное обследование послеродовой матки было произведено в 2008–2009 гг. в 12% наблюдений, в 2010 г. – в 9%.

Перинатальные исходы в 2008–2009 гг. и в 2010 г. не различались. Гипоксия плода в родах в 2008–2009 гг. наблюдалась в 8% случаев,

в 2010 г. – в 5% ($p \leq 0,05$). Средняя масса тела новорожденного составила в 2008–2009 гг. – 3449,5+284,1 г, в 2010 г. – 3445,3+212,6 г, средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте – соответственно 7,78 и 7,85 балла, на 5-й минуте – 8,8 и 8,8 балла ($p \leq 0,05$).

Таким образом, данная технология:

- обеспечивает оказание медицинской помощи роженице в соответствии с современными рекомендациями, основанными на принципах доказательной медицины с учетом отечественного опыта;
- снижает уровень акушерской агрессии при применении лекарственных препаратов, что уменьшает риск ятрогенных осложнений;
- обеспечивает своевременную диагностику отклонений течения родов от нормы;
- безопасна для матери и плода;
- повышает степень удовлетворенности женщин и членов ее семьи родами;
- экономически эффективна, что позволяет рекомендовать ее для внедрения в родовспомогательных учреждениях, научных медицинских центрах и институтах.

Рекомендуемая литература

Айламазян Э.К., Репина М.А., Кузьминых Т.У. Акушерские кровотечения (профилактика и лечение) // Акушерство и гинекология. – 2009; 3:15–20.

Петрухин В.А., Коваленко Т.С., Капустина М.В. и др. Современные методы подготовки беременной к родоразрешению // Росс. вест. акушера-гинеколога. – 2009; 5:12–16.

Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Карабанович Я.В. и др. Преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности. Принципы ведения родов // Акушерство и гинекология. – 2009;4: 6–11.

Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Современные методы оценки состояния матери и плода при беременности высокого риска // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009; 8(2): 3–7.

Филиппов О.С., Гусева Е.В., Тютюнник И.Ф. Состояние и перспективы развития службы родовспоможения в Российской Федерации // Росс. вест. акушера-гинеколога. – 2010; 2: 3–6.

A BASIC LABOR MANAGEMENT PROTOCOL (MEDICAL TECHNOLOGY)

E.A. Kharybina

V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and Social Development of Russia, Moscow

The paper shows the optimal organization, the scope and order of medical staff's actions during labor, which lead to fewer interventions and ensure the maximum safety and comfort for both mother and fetus.

Key words: preparation for labor; labor management; midwife, medical technologies.