

**Босанудың түрлі  
аномалияларындағы партограмма  
толтыру ережесі.**

**Орындаған: Ералқасынқызы Д.**

**Тобы: ЖМ13-022-2**

**Қабылдаған: Шукенова Э.Қ.**

Из родовых путей выделяется около 250 мл крови. Если плацента отделялась с центра (рождалась по Шультцу), то кровь (ретроплацентарная гематома) выделяется вместе с последом .

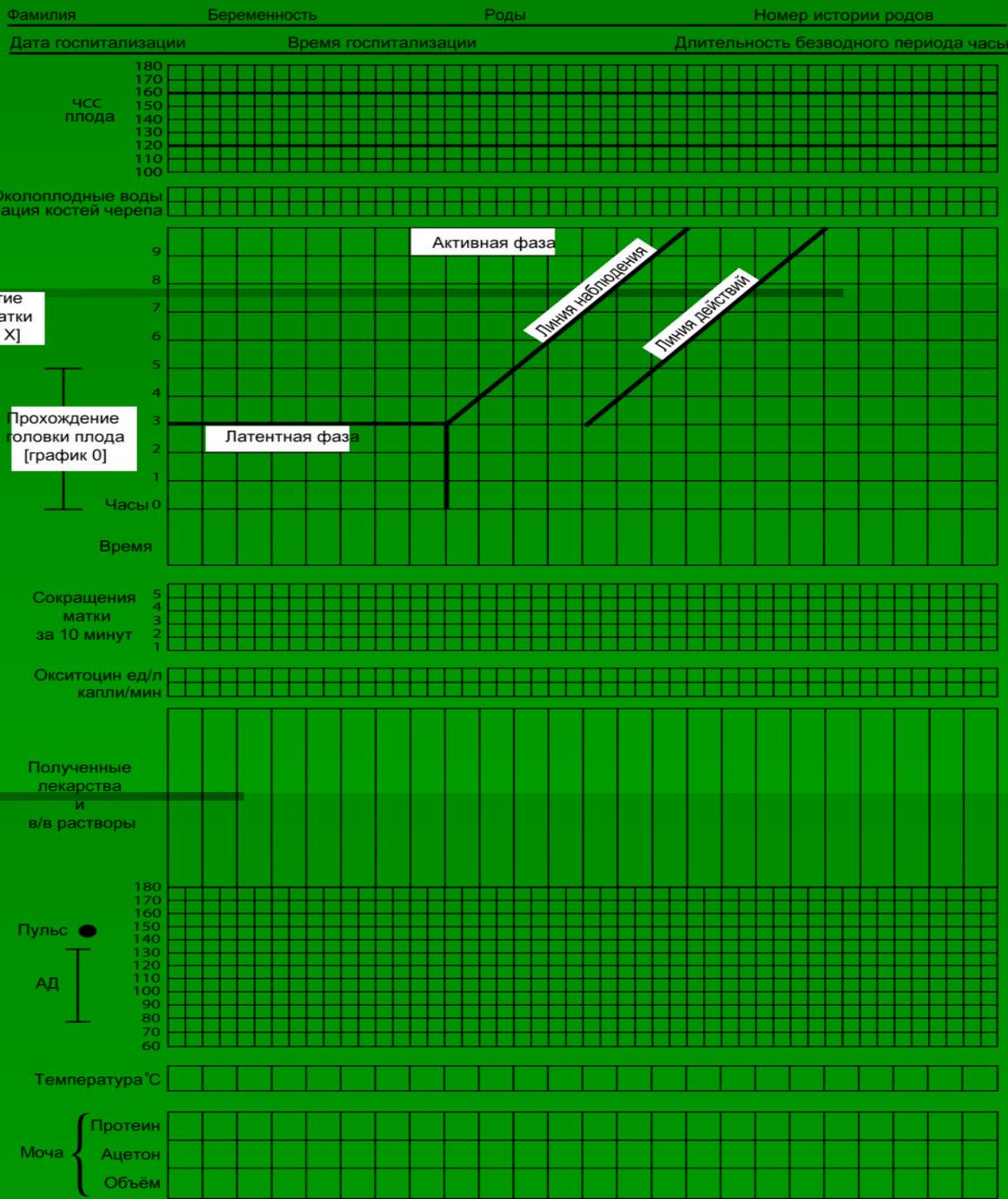
# Партограмма



Партограмма – это графическая запись хода родов, состояния роженицы и плода, предназначенная для записи информации о результатах наблюдения во время родов за состоянием матери, плода, процессами раскрытия шейки матки и продвижения головки плода.

Партограмма позволяет четко различать нормальный ход родов от патологического и определять период осложнения родов, при которых требуются вмешательства.

# Партограмма



партограмма  
ВОЗ, 1988 год

Партограмма состоит из трех основных компонентов, которые отображают 7 таблиц:

- I - состояние плода – частота сердечных сокращений, состояние плодного пузыря и околоплодных вод, конфигурацию головки (табл. 1, 2).
- II - ход родов – темп раскрытия шейки матки, опускания головки плода, сокращения матки, режим введения окситоцина (табл. 3, 4, 5).
- III - состояние женщины – пульс, артериальное давление, температура, моча (объем, белок, ацетон), лекарства, что вводятся во время родов (табл. 6, 7).

Заполнение партограммы  
начинается при условии  
отсутствия осложнений  
беременности, которые  
требовали бы срочных  
действий.

Паспортная часть содержит информацию о фамилии, имени и отчества роженицы, количество беременностей, родов, название лечебного учреждения, дату и время госпитализации, время разрыва плодных оболочек, № истории родов.



# II - Состояние плода

---

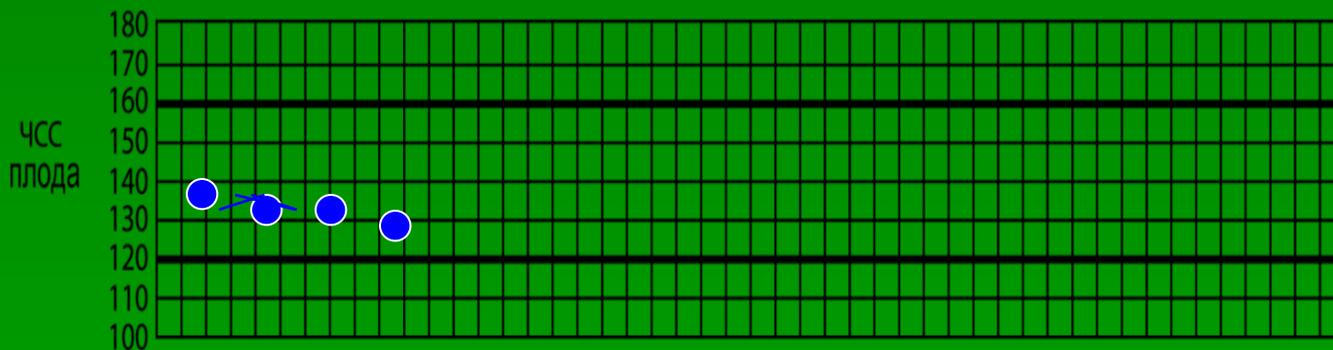
Частота сердечных сокращений

---

# Информация о состоянии плода во время родов

## Партограмма

Фамилия **Бойко И** Беременность **3** Роды **2** Номер истории родов **425**  
Дата госпитализации **12.04.06** Время госпитализации **16:35** Длительность безводного периода **5 часов**



Околоплодные воды  
Конфигурация костей черепа

"Ц", "П"  
"т",  
"к",

"О", "+"  
"++",  
"+++"

# Околоплодные воды и конфигурация головки плода (таб. №2)

# Околоплодные воды

- I – целый плодный пузырь
- С – прозрачные околоплодные воды
- В – окрашенные кровью околоплодные воды
- М – окрашенные меконием околоплодные воды

# Конфигурация головки плода

- 0 – конфигурация отсутствует (соединительная ткань легко определяется между краями костей черепа)
- + Кости слегка касаются друг друга
- ++ Кости находят друг на друга
- +++ Кости значительно находят друг на друга

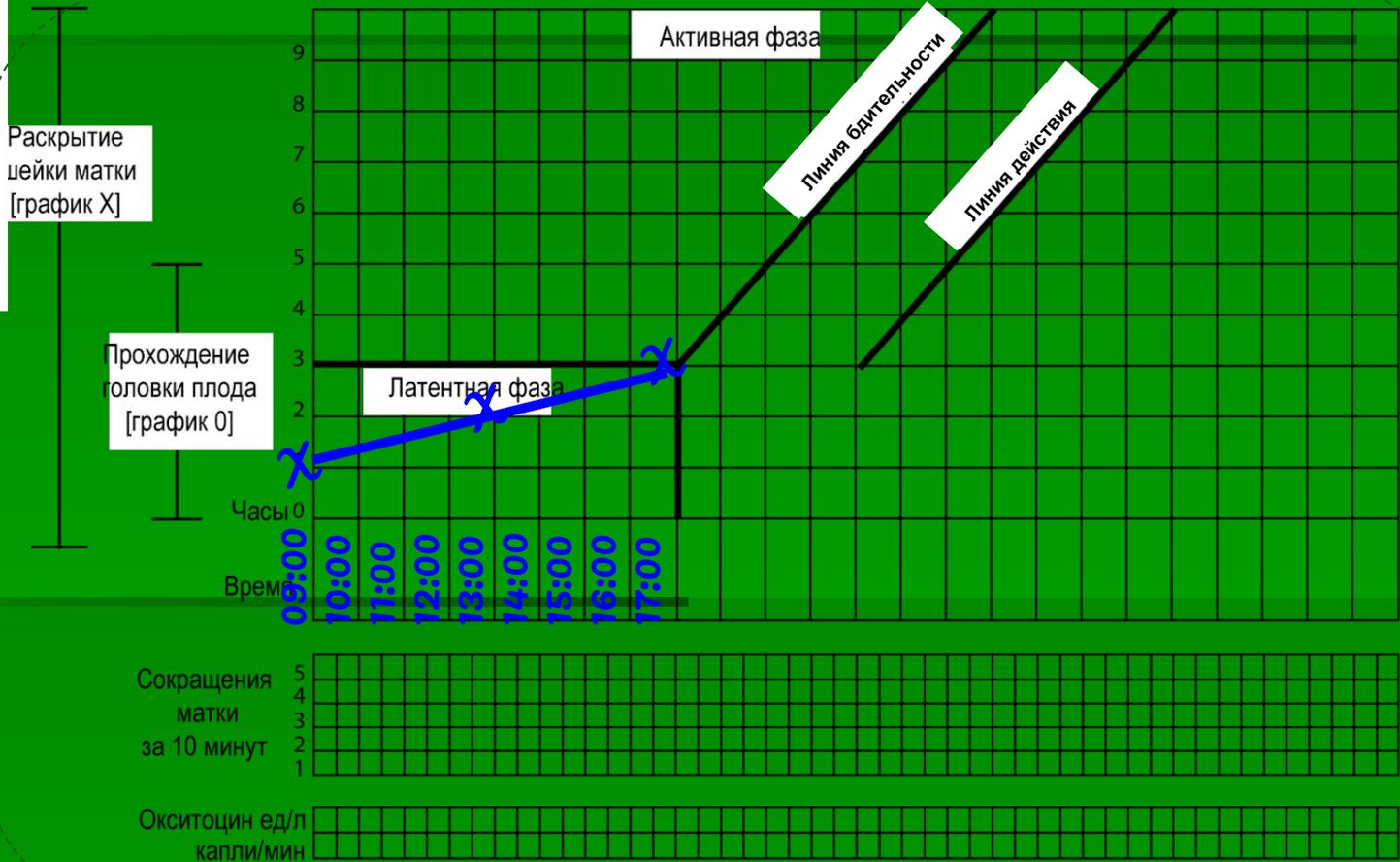
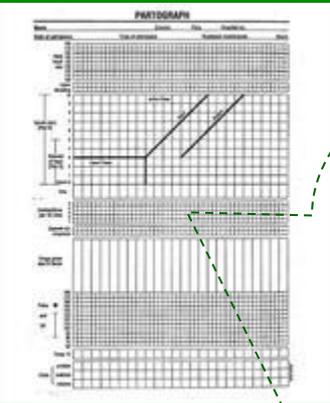
## II - Течение родов

---

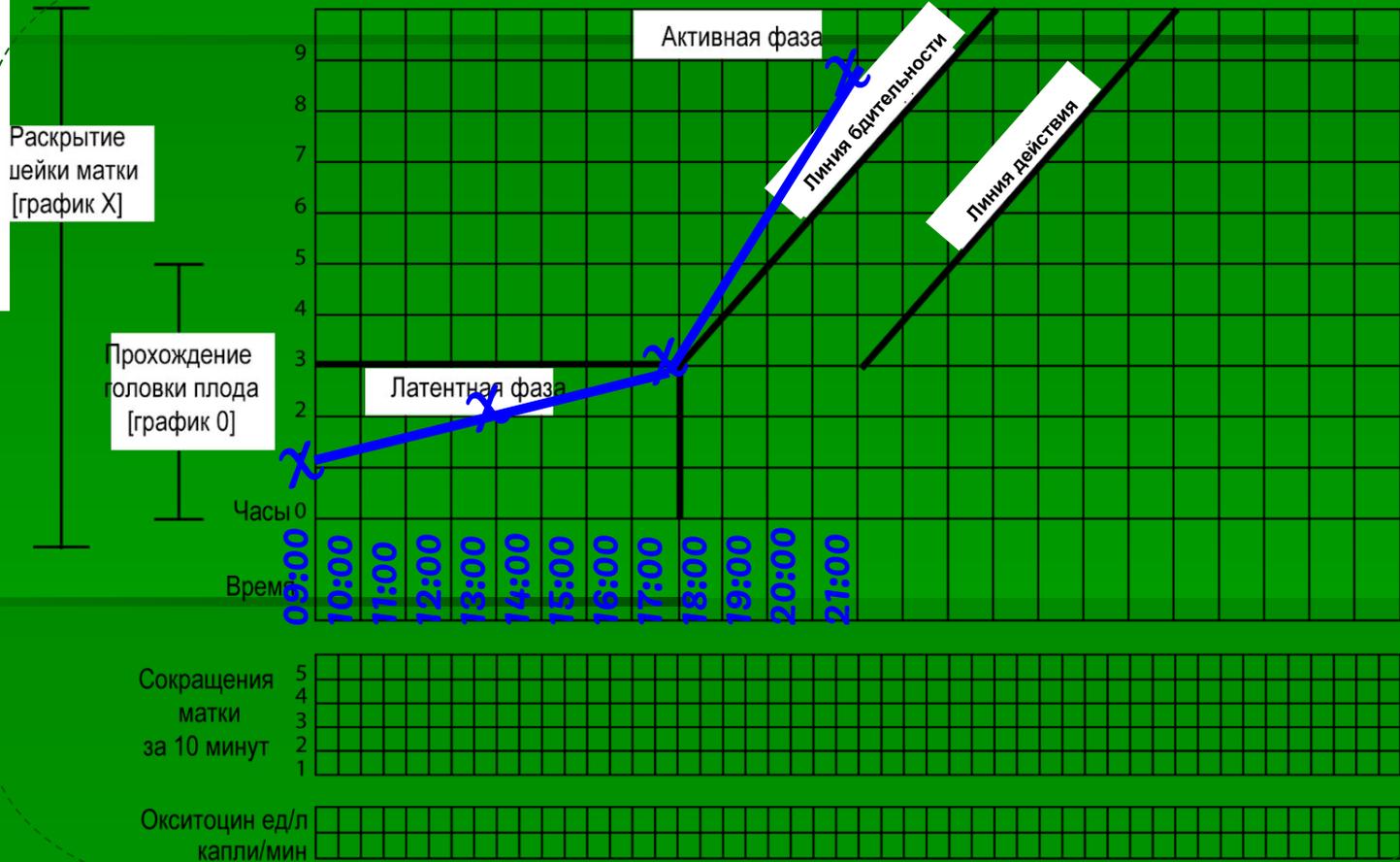
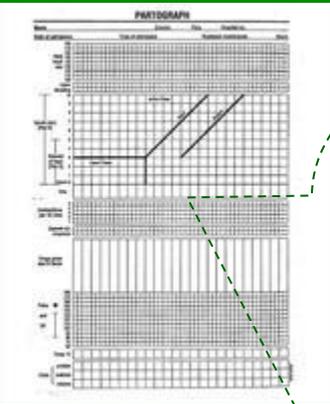
Раскрытие шейки матки и  
продвижения головки плода  
(таб. №3)



# Раскрытие шейки матки: латентная фаза



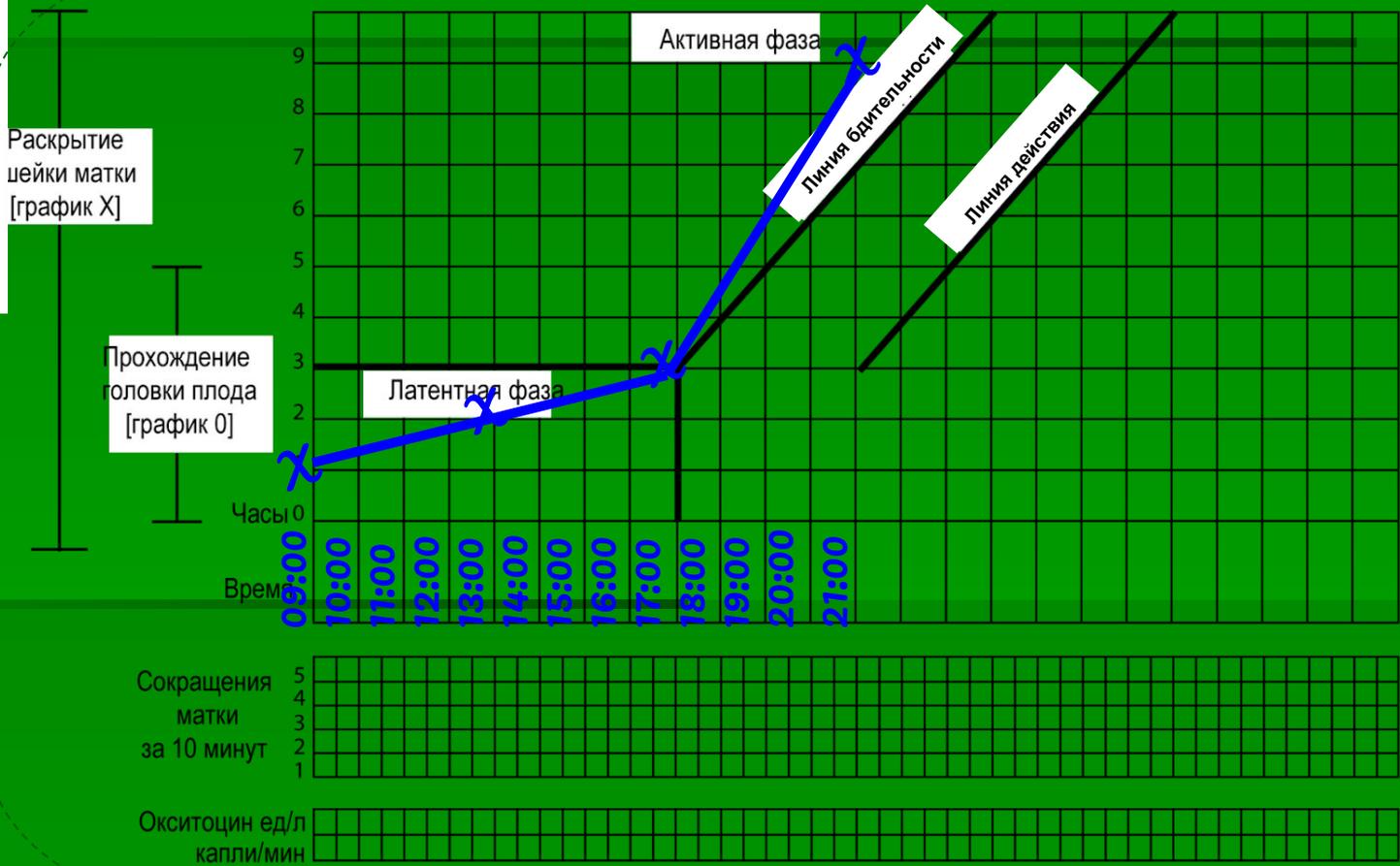
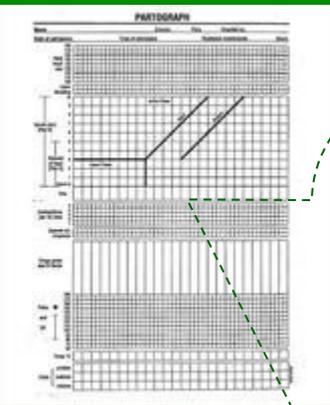
# Раскрытие шейки матки: переход в активную фазу (1)







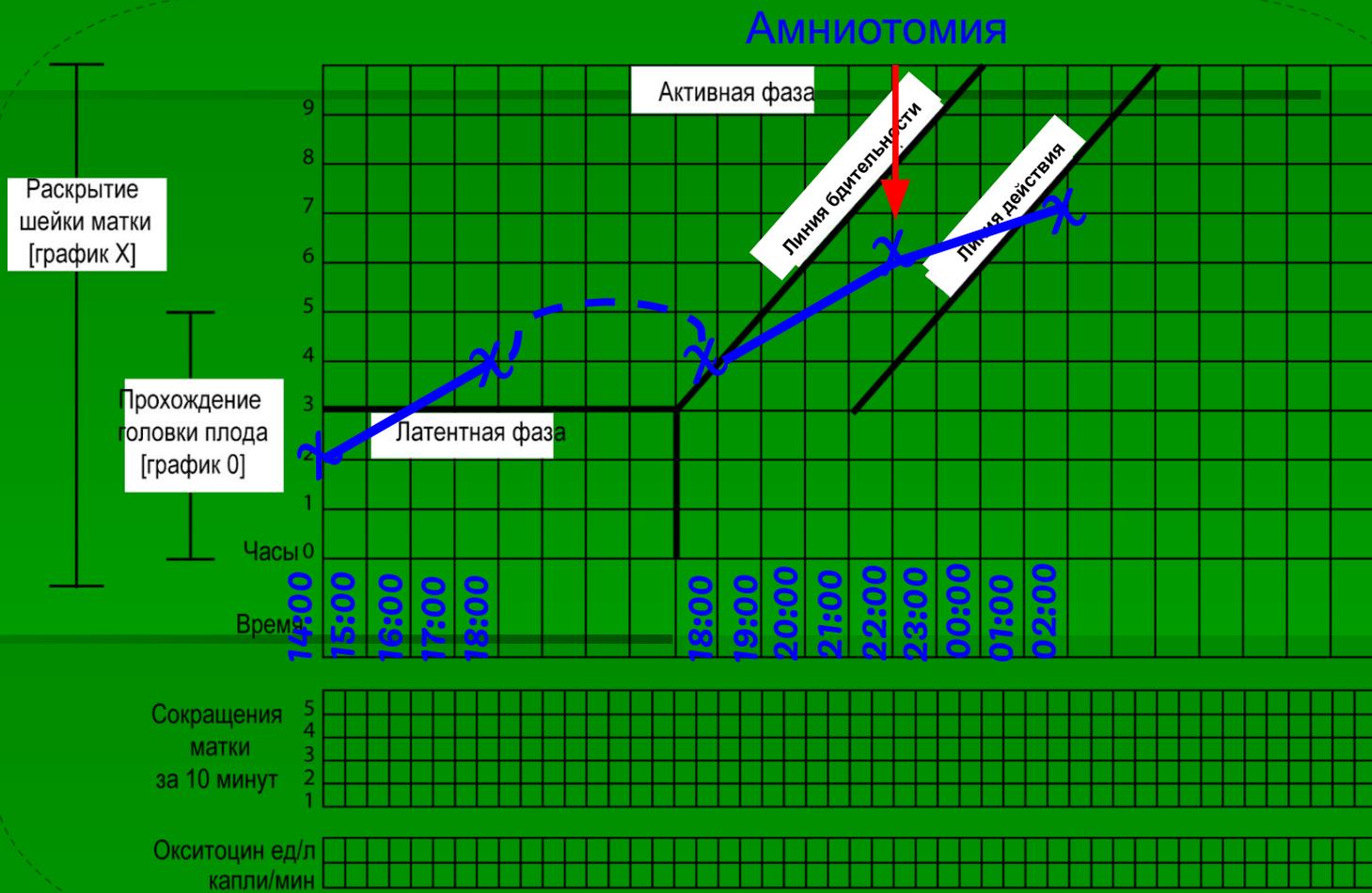
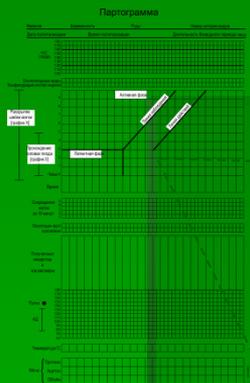
# Активная фаза: слева от Линии бдительности







# Активная фаза: справа от Линии действия





При условии нормального течения родов, графическое изображение раскрытия шейки матки не заходит вправо за линию тревоги. Если это происходит, то считается, что необходимо провести критическую оценку причины задержки и принять решение относительно соответствующего лечения такого состояния.

Когда женщина поступает в активной фазе первого периода родов, степень раскрытия шейки матки наносится на линию тревоги. При условии удовлетворительного хода родов отображения процесса раскрытия будет на линии тревоги или слева от нее.

В случаях, когда длительность родов в латентной фазе менее 8 часов, отображение процесса родов следует сразу перенести пунктирной линией из области латентной фазы в область активной фазы на линию тревоги.

б) опускание головки плода может не наблюдаться, пока шейка матки не раскроется приблизительно на 7 см.

Для определения отношения головки плода к плоскости входа в малый таз внешним акушерским исследованием (рис. слайда 137) используется метод пальпации головки плода над симфизом и ширина пальцев акушера, количество которых отвечает степени вставления головки плода в малый таз – (отражается знаком - O).

5/5

4/5

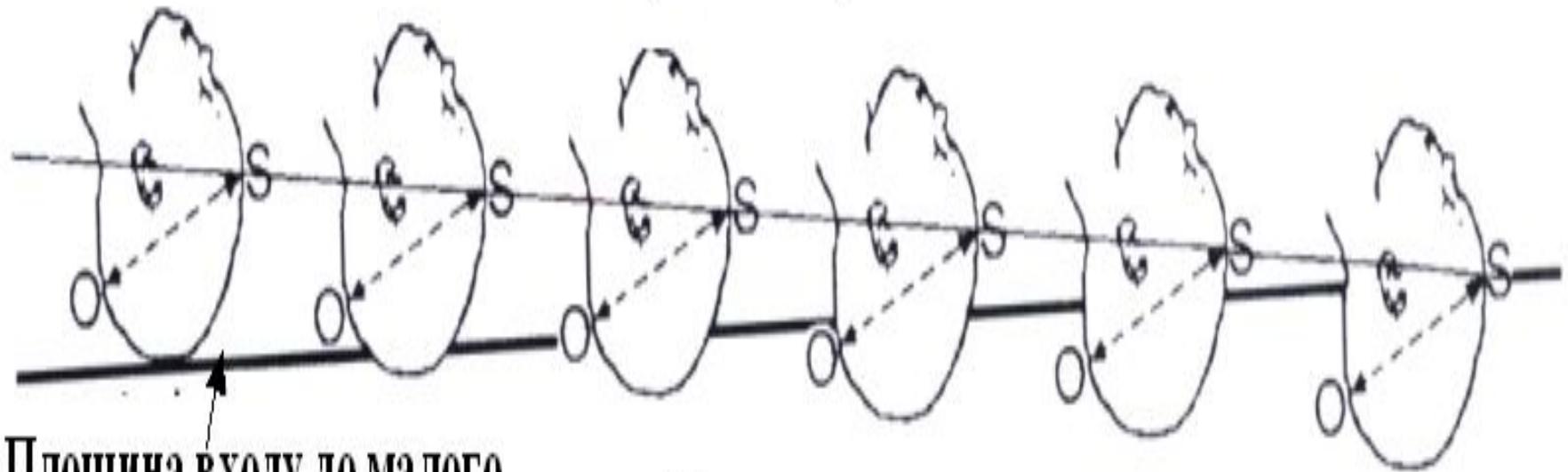
3/5

2/5

1/5

0/5

Передня черевна стінка

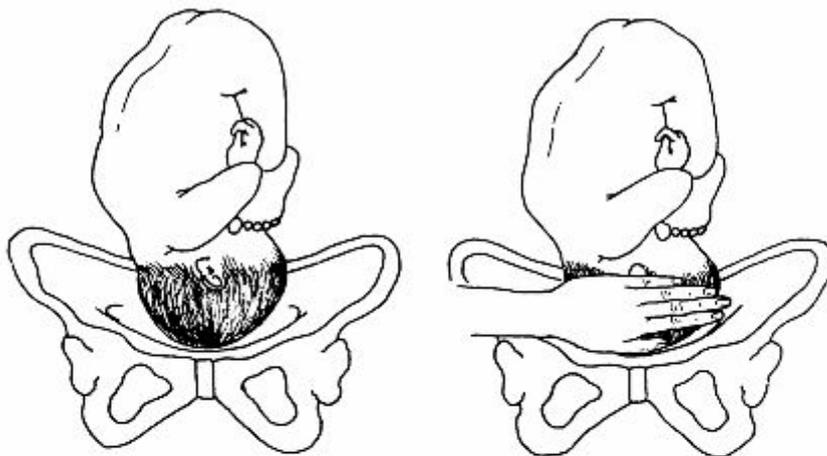


Площина входу до малого тазу

Порожнина тазу

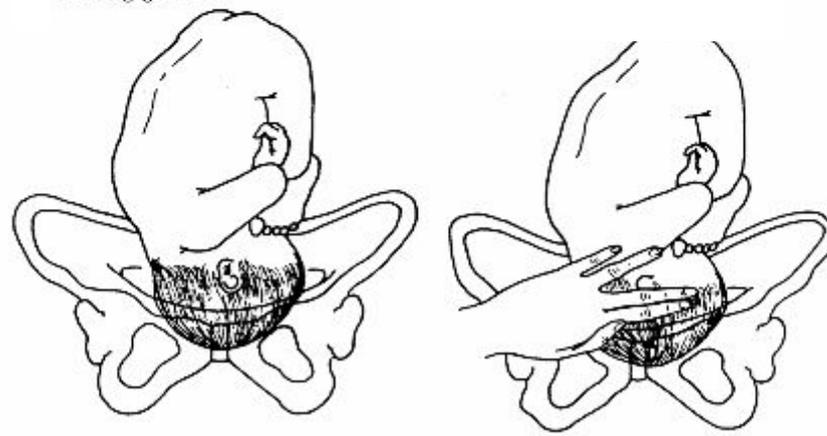
# Продвижение головки плода, определяемое посредством наружного осмотра

**Головка над входом в таз**



**Головка пальпируется на ширину 5 пальцев над верхним краем симфиза - 5/5**

**Головка большим сегментом во входе в таз**



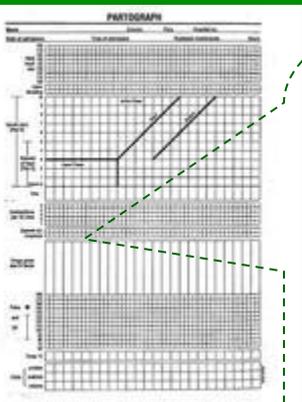
**Головка пальпируется на ширину 2 пальцев над верхним краем симфиза - 2/5**

Этот метод является более надежным чем внутреннее исследование в случае формирования большого отека передлежащей части головки плода. Отношение нижнего полюса головки плода к lin. Interspinalis определяется в случае проведения внутреннего акушерского исследования.

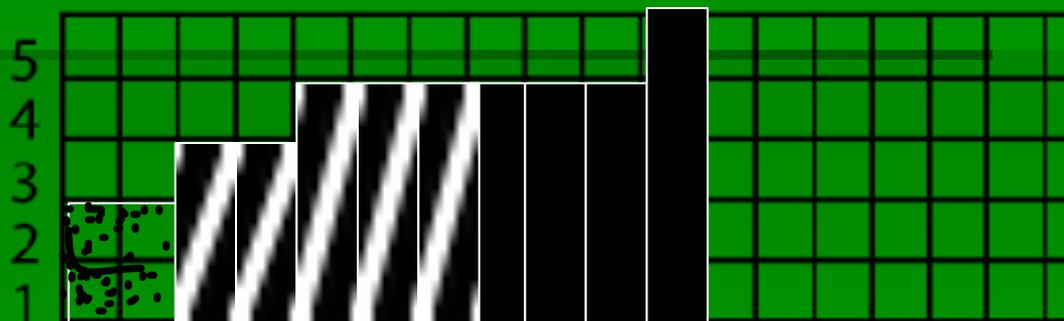
## Таблица 4.

Каждый квадрат отвечает 1 схватке.  
Наблюдения за схватками проводятся  
ежечасно в латентной фазе и каждые 30  
минут в активной фазе. Частота схваток  
подсчитывается за 10 минут наблюдения  
в секундах.

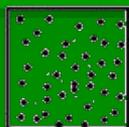
# Отображение схваток



Сокращения  
матки  
за 10 минут



Окситоцин ед/л  
капли/мин



Менее 20 секунд

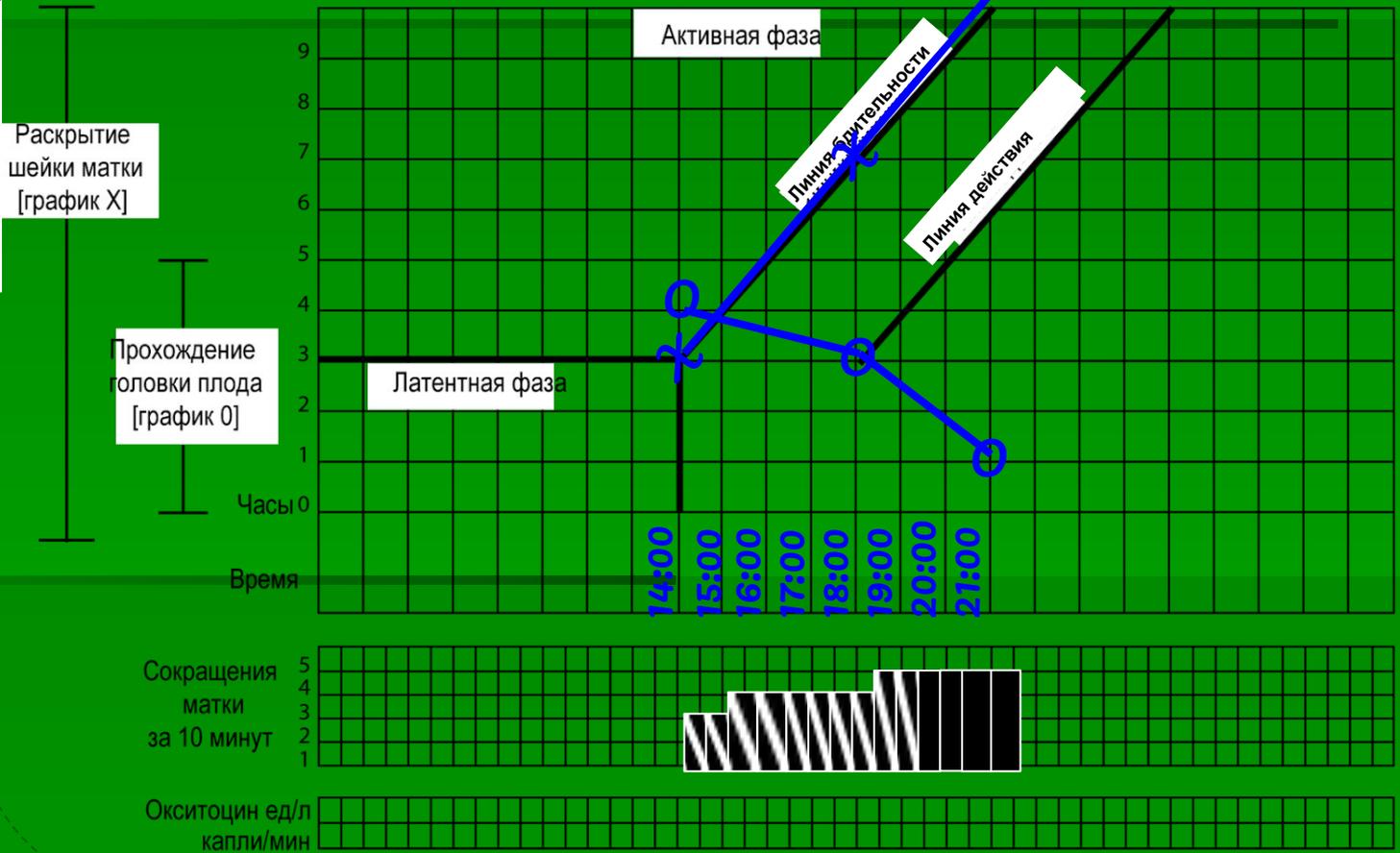
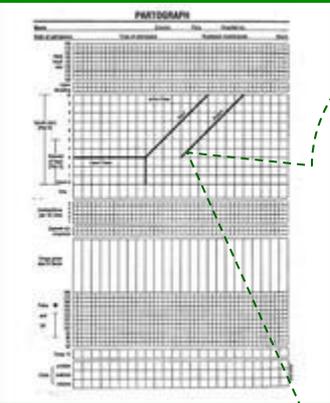


20 - 40 секунд



Более 40 секунд

# Отображение схваток



Для того, чтобы начать заполнение партограммы, следует убедиться, что у женщины наблюдается достаточное количество схваток. В латентной фазе – 1 или больше схваток в течение 10 мин., каждая из которых продолжается 20 сек. или дольше. В активной фазе – 2 или больше - за 10 мин. длительностью 20 сек. или дольше.

Таблица 5 заполняется в случае стимуляции родовой деятельности. Каждые 30 минут записывается количество капель окситоцина в минуту. Записывается доза и способ введения утеротонического средства.

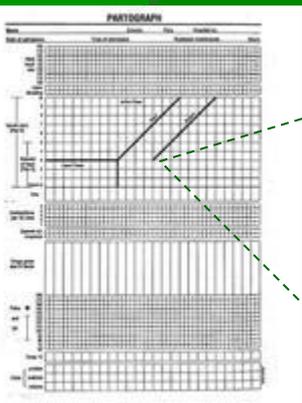
## III - Состояние женщины

---

Таблица 6 заполняется в случае применения других медикаментов.

---

# Информация о состоянии матери во время родов



Полученные  
лекарства  
и  
в/в растворы

*Резидин 2% 2 ml*

Пульс ●

АД

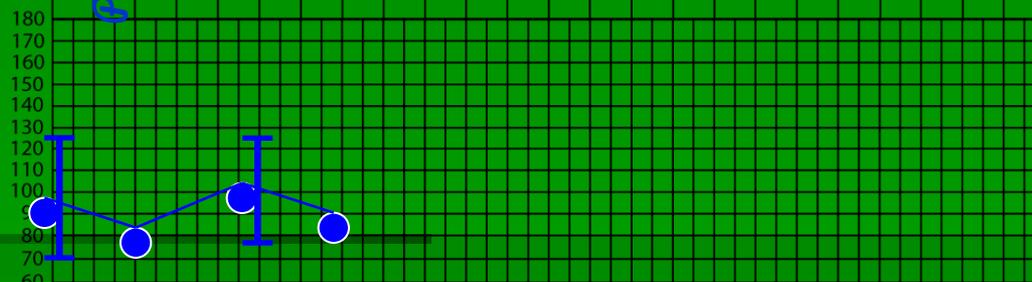
*36,7*

Температура °С

Моча

- Протеин
- Ацетон
- Объём

*50 ml*



WHO 9402

## Литература:

- Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство.-М.:Медицина,1986.-496с.
- М.Энкин, М.Кейрс и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Перевод с английского под ред. А.В.Михайлова, Санкт-Петербург: Издательство «Петрополис», 2003г.-480с.
- Обобщение книги «Искусственная перфорация оболочек», Christine Henderson, 1990.
- Охрана здоровья матери в Канаде, США и Санкт-Петербурге (1993-1997 цифры)
- Приказ МОЗ Украины №620 от 29.12.2003г
- Рекомендации ВОЗ по соответствующей технологии родовспоможения, Форталеза, Бразилия, 22-26 апреля, 1985.
- Физиологическое акушерство. Михайленко Е.Т., Бублик-Дорняк Г.М. М.-2-е изд., испр. И доп.- Киев: Вища школа. Головное изд-во, 1982.-368с.
- Care of the mother and baby at the health centre: a practical guide. Geneva, World Health Organization, 1994
- Chalmers B. Childbirth in eastern Europe. Midwifery, 13: 2–8 (1997).
- Chalmers B. The WHO recommendations for birth revisited. British journal of obstetrics and gynaecology, 99: 709–710 (1992).
- Chalmers B. и Wolman W. Социальная поддержка во время родов – обзор выбранного материала, J. Psychosom. Obstract. Gyneacol., 14, 1-15, 1989.
- Education for safe motherhood, Module 2 – Post partum haemorrhage. Geneva, World Health Organization, 1994.
- Hofmeyr G.F., Nikodem V.C., Wolman W., Chalmers B., Kramer T. Сопровождение как изменение в вопросе клинических родов: влияние на прогресс и восприятие родов, а также на грудное вскармливание. Британский журнал Акушерства и Гинекологии, 98, 756-764, 1991.
- Home based maternal records: guidelines for development, adaptation and evaluation. Geneva, World Health Organization, 1994.