

**METODIKA**  
**NORMALUS GIMDYMAS**



LIETUVOS IR ŠVEICARIJOS  
BENDRADARBIAVIMO PROGRAMA

**METODIKOS DALYS**

- I. Metodikos aprašas
- II. Metodikos procedūrų aprašas
- III. Metodikos įdiegimo aprašas
- IV. Metodikos audito aprašas
- V. Informacija visuomenei

## PARENGĖ

V. Abraitis  
A. Arlauskienė  
L. Bagušytė  
E. Barčaitė  
D. Bartkevičienė  
T. Biržietis  
Ž. Bumbulienė  
E. Drejerienė  
D. Kačkauskienė  
D. Laužikienė  
E. Machtejevienė  
R. Mačiulevičienė  
L. Maleckienė  
G. Mečėjus  
I. Mockutė  
I. Poškienė  
D. Ramašauskaitė  
L. Rovas  
M. Šilkūnas  
G. Valkerienė  
J. Zakarevičienė

## RECENZENTAI

V. Abraitis  
L. Bagušytė  
E. Barčaitė  
A. Bartusevičius  
E. Benušienė  
T. Biržietis  
G. Drašutienė  
E. Drejerienė  
A. Gaurilčikas  
V. Gintautas  
K. Jarienė  
R. Jonkaitienė  
G. Jurkevičienė  
M. Kliučinskas  
J. Kondrackienė  
M. Minkauskienė  
I. Mockutė  
R. Mačiulevičienė  
L. Maleckienė  
R. Nadišauskienė  
D. Railaitė  
K. Rimaitis  
D. Simanavičiūtė  
R. Tamelienė  
A. Vitkauskienė  
D. Vėlyvytė  
D. Veličkienė  
D. Vaitkienė

2014 m. (2019 m. redakcija)

---

Metodikai pritarė Lietuvos akušerių ginekologų draugija  
Lietuvos akušerių sąjunga

2019 metų redakcija

PARENGĖ

V. Abraitis  
A. Arlauskienė  
L. Bagušytė  
E. Bartusevičienė  
T. Biržietis  
J. Celiešiūtė  
M. Francaitė-Daugėlienė  
V. Gintautas  
K. Jarienė  
M. Kliučinskas  
D. Laužikienė  
G. Naskauskienė  
E. Machtejevienė  
R. Mačiulevičienė  
L. Maleckienė  
M. Minkauskienė  
D. Ramašauskaitė  
K. Rimaitis  
M. Šilkūnas  
J. Voločovič  
J. Zakarevičienė

RECENZENTAI

V. Abraitis  
A. Arlauskienė  
L. Bagušytė  
E. Bartusevičienė  
E. Benušienė  
G. Domža  
G. Drąsutienė  
D. Gasiūnaitė  
G. Jurkevičienė  
M. Kliučinskas  
D. Laužikienė  
R. Mameniškienė  
L. Maleckienė  
M. Minkauskienė  
V. Mizarienė  
R. Nadišauskienė  
V. Paliulytė  
D. Ramašauskaitė  
G. Ramonienė  
D. Vaitkienė  
R. Vansevičiūtė – Petkevičienė  
D. Veličkienė  
Ž. Visockienė  
J. Voločovič  
J. Zakarevičienė  
B. Žaliūnas

## TURINYS

I. Metodikos aprašas .....	5
Bendroji dalis .....	7
Priedai .....	22
Literatūros sąrašas .....	28
II. Metodikos procedūrų aprašas .....	30
III. Metodikos įdiegimo aprašas .....	35
IV. Metodikos audito aprašas .....	39
V. Informacija visuomenei .....	44

**METODIKA**  
**NORMALUS GIMDYMAS**

**I. METODIKOS APRAŠAS**

Ši metodika parengta, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO), Didžiosios Britanijos Nacionalinio sveikatos ir priežiūros gerinimo instituto (angl. *National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE*) rekomendacijomis.

Metodikoje aptariami klausimai

1. Normalaus gimdymo apibrėžimas.
2. Rizikos vertinimas gimdymo metu.
3. Gimdyvės priežiūra skirtingais gimdymo laikotarpiais. Aktyvi priežiūra placentiniu laikotarpiu.
4. Normalaus gimdymo eigos vertinimas pagal partogramą.
5. Gimdyvės ir naujagimio būklės vertinimas ankstyvuoju pogimdyminiu laikotarpiu.

## 1. BENDROJI DALIS.

**TLK-10AM kodai pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją**

**O 80** – savaiminis gimdymas galvos pirmėiga.

### Santrumpos

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

VŠR – vaisiaus širdies ritmas

KTG – kardiogramą

AKS – arterinis kraujo spaudimas

ŠSD – širdies susitraukimų dažnis

T – temperatūra

KMI – kūno masės indeksas (svoris (kg) / ūgis (m<sup>2</sup>))

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

UG – ultragarsas

VVI – vaisiaus vandenų indeksas

BGS – B grupės β-hemolizinis streptokokas

GTM – gliukozės tolerancijos mėginys

Gimdymas – tai procesas, kai suėjus ne mažiau kaip 22<sup>+0</sup> nėštumo savaitėms dėl reguliarių, ritmiškų, stiprėjančių gimdos susitraukimų atsiveria gimdos kaklelis ir jam visiškai atsivėrus, gimdyvei stanginant, iš gimdos ertmės išstumiamas vaisius, placenta ir dangalai.

Jei nėra žinoma nėštumo trukmė, gimdymu laikomas 500 g ir didesnio svorio vaisiaus gimimas.

Gimdymo laikotarpiai:

Pirmasis (gimdos kaklelio vėrimosi) – prasideda reguliariais gimdos susitraukimais ir baigiasi visišku gimdos kaklelio atsivėrimu:

- latentinė fazė (dažniausiai iki 4 cm gimdos kaklelio atsivėrimo);
- aktyvi fazė (dažniausiai nuo išsilyginusio ir 4 cm atsivėrusio iki visiško gimdos kaklelio atsivėrimo).

Antrasis (vaisiaus išstūmimo) – prasideda, kai visiškai atsiveria gimdos kaklelis ir baigiasi vaisiaus gimimu:

- ankstyvoji arba pasyvi fazė (iki stangų atsiradimo);
- vėlyvoji arba aktyvi fazė (nuo stangų atsiradimo, vaisiaus pirmėigai daliai pasiekus dubens dugną).

Trečiasis (placentinis) – prasideda, gimus naujagimiui ir baigiasi placentos pasirodymu:

- placentos atsiskyrimo fazė;
- placentos pasirodymo fazė.

Klasifikacija pagal nėštumo trukmę:

- prieššlaikinis gimdymas, kai nėštumas nuo 22<sup>+0</sup> iki 36<sup>+6</sup> savaičių;
- gimdymas laiku, kai nėštumas nuo 37<sup>+0</sup> iki 41<sup>+6</sup> savaitės;
- pavėluotas gimdymas, kai nėštumas nuo 42<sup>+0</sup> savaičių.

Fiziologinis gimdymas yra tuo atveju, jei:

- gimdymas prasidėjo savaime;
- nėščioji buvo priskiriama mažos rizikos grupei ir tokia liko per gimdymą;
- vaisius gimė išnešiotas, pakaušio pirmeiga, tik gimdyvės pastangomis;
- po gimdymo moters ir naujagimio būklė gera.

Toks fiziologinio gimdymo apibrėžimas pateikiamas Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) dokumentuose.

Normalus gimdymas (mažos rizikos) – toks gimdymas, kurio metu yra maža medicininių intervencijų tikimybė ir teikiama pagalba atitinka akušerio profesinę kvalifikaciją.

Tačiau net ir mažos rizikos nėštumų atvejais gimdant gali atsirasti nenumatytų komplikacijų motinai, vaisiui ar naujagimiui. Tuomet prireikia akušerių-ginekologų, neonatologų, anesteziologų ar kitų specialistų pagalbos. Toks gimdymas tampa komplikuoju.

Pasakyti, ar gimdymas normalus, galima tik retrospektyviai. Apie 70 proc. gimdymų vyksta normaliai.

Nėščioji, prasidėjus gimdymui, vadinama gimdyve.

## 1. GIMDYMO DIAGNOSTIKA IR GIMDYMO RIZIKOS VERTINIMAS

**1.1. Gimdymo diagnostika.** Gimdymas diagnozuojamas, kai nustatomi reguliarūs, bent kas 10 minučių, intensyvėjantys, skausmingi gimdos susitraukimai ir objektyviai nustatomi gimdos kaklelio pokyčiai: gimdos kaklelis išsilygina, išplonėja, veriasi. Gimdymo pradžia nustatoma retrospektyviai, įvertinus nusiskundimus, gimdos kaklelio ir pirmeigės vaisiaus dalies pokyčių dinamiką.

### 1.2. Pradinė gimdyvės apžiūra

Elementas	Moters tyrimas
Anamnezė	<ul style="list-style-type: none"><li>● Atvykimo į stacionarą priežastis</li><li>● Vaisiaus judesių anamnezė</li><li>● Ambulatorinės priežiūros anamnezė</li><li>● Numatytos gimdymo taktikos anamnezė</li><li>● Nėštumo laikas (pagal paskutinių mėnesinių, UG tyrimų datas)</li><li>● Akušerinė, ginekologinė, medicininė, chirurginė, psichosocialinė anamnezė</li><li>● Vaistų vartojimas</li><li>● Alerginės reakcijos</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nėštumo komplikacijos</li> <li>● Tyrimų duomenys: <ul style="list-style-type: none"> <li>- UG (placentos vieta, vaisiaus dydis, VVI);</li> <li>- BGS patikros duomenys;</li> <li>- kraujo grupė, Rh faktorius;</li> <li>- bendras kraujo tyrimas;</li> <li>- GTM;</li> <li>- infekcinių ligų patikra.</li> </ul> </li> </ul>
Gimdos susitraukimai	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Laikas, kada prasidėjo gimdos susitraukimai kas 10 minučių</li> <li>● Sąrėmių dažnis per 10 minučių atvykus į stacionarą ar prasidėjus gimdymui</li> <li>● Sąrėmio trukmė</li> </ul>
Bendrosios būklės vertinimas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sąmoningumas, bendroji savijauta</li> <li>● AKS, ŠSD, temperatūra, kvėpavimas</li> </ul>
Pilvo apžiūra, apčiuopa, auskultacija	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gimdos dugno aukštis (pirmuoju gimdymo laikotarpiu ar atvykus į stacionarą)</li> <li>● Vaisiaus padėtis, pozicija, pirmeigė dalis, jos įsistatymas</li> <li>● Pilvo odos randai</li> <li>● Sąrėmiai</li> <li>● VŠR auskultacija</li> </ul>
Makšties išskyros	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Normalios, gleivingos, skystos, kraujingos</li> <li>● Vaisiaus vandenų spalva, kiekis, kvapas (jei teka)</li> </ul>
Dokumentavimas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atvykimo į stacionarą data, laikas, atvykimo priežastis</li> <li>● Reguliarių sąrėmių pradžios laikas</li> <li>● Vaisiaus vandenų nutekėjimo laikas, spalva, gausumas</li> <li>● Gimdymo priežiūros planas</li> <li>● Partograma, jei konstatuojamas gimdymas</li> </ul>

### 1.3. Vaisiaus būklės tyrimas

<b>Elementas</b>	<b>Vaisiaus būklės tyrimas gimdymo metu</b> (žr. Metodiką „Vaisiaus būklės tyrimai gimdymo metu“)
VŠR	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mažos rizikos gimdyvėms įvadinė KTG nebūtina</li> <li>● VŠR klausomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- tuoj po sąrėmio mažiausiai 30 sekundžių;</li> <li>- po vaisiaus vandenų nutekėjimo;</li> <li>- kartu tikrinamas moters pulsas.</li> </ul> </li> </ul>

#### 1.4. Tyrimas pro makštį (vidinis akušerinis tyrimas)

Elementas	Moters tyrimas
Indikacijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Patikslinti gimdymo laikotarpį</li> <li>● Vertinti gimdymo progresą</li> <li>● Patikslinti pirmeigės dalies padėtį</li> <li>● Tikslinti vaisiaus dangalų būklę</li> </ul>
Kontraindikacijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Moters atsisakymas, kad tyrimas būtų atliktas</li> <li>● Kraujavimas</li> <li>● Placentos pirmeiga</li> </ul>
Prieš tyrimą pro makštį	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Įvertinti dokumentaciją (atkreipti dėmesį į placentos prisitvirtinimo vietą, nustatytą UG)</li> <li>● Nustatyti, ar reikia tirti pro makštį</li> <li>● Paaiškinti pacientei, kas, kaip ir kodėl bus atliekama, gauti jos sutikimą žodžiu</li> <li>● Atlikti išorinį akušerinį tyrimą</li> </ul>
Per tyrimą pro makštį	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pasirūpinti, kad būtų išlaikomas privatumas ir pagarba</li> <li>● Bendrauti su paciente</li> <li>● Rekomenduojama atlikti tyrimą tarp sąrėmių</li> <li>● Įvertinti bendrąją tarpvietės ir išorinių lyties organų būklę</li> <li>● Nustatyti gimdos kaklelio padėtį (užpakalinė, vidurio, priekinė), konsistenciją (kietas, vidutinis, minkštas), ilgį, pravirumą centimetrais</li> <li>● Patikrinti vaisiaus dangalų vientisumą</li> <li>● Patikrinti vaisiaus vandenų tekėjimą, jų pobūdį (spalvą, kiekį, kvapą)</li> <li>● Nustatyti vaisiaus pirmeigę dalį</li> <li>● Įvertinti vaisiaus pirmeigės dalies statymąsi į mažąjį dubenį ir konfigūraciją</li> <li>● Čiuopti vaisiaus pirmeigės dalies siūles, momenėlius ar kitas struktūras</li> </ul>
Po tyrimo pro makštį	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Paaiškinti pacientei, kas buvo rasta tyrimo metu, jei tai nebuvo padaryta atliekant tyrimą pro makštį</li> <li>● Nustatyti VŠR</li> <li>● Dokumentuoti duomenis</li> </ul>

**1.5. Rizikos vertinimas gimdymo metu.** Atvykus gimdyvei į gimdymo palatą, akušeris ir (arba) akušeris ginekologas, įvertinęs gimdyvės nusiskundimus, anamnezę, nėštumo eigą ir esamą bendrąją būklę, po pirminės apžiūros nustato gimdymo

rizikos laipsnį (spalvą) ir priskiria gimdyvę vienai iš trijų rizikos grupių. Rizika turi būti nuolat vertinama gimdymo metu ir, pasikeitus situacijai, rizikos grupė (spalva) turi būti pakeista. Teisingas gimdymo rizikos įvertinimas labai svarbus tolesnei gimdymo priežiūrai.

#### **1.5.1. Žalia spalva – maža rizika.** Veiksniai, reiškiantys mažą riziką:

- Nėštumo metu buvo maža rizika;
- sklandžiai prasidėjo ir progresuoja gimdymas;
- prognozuojama normali pogimdyminė eiga;
- reikalinga ir (arba) planuojama akušerinė pagalba neviršija akušerio kompetencijos.

#### **1.5.2. Geltona spalva – vidutinė rizika.** Veiksniai, reiškiantys vidutinę riziką:

- abejotina KTG;
- prasidėjęs prieššlaikinis gimdymas po 34<sup>+0</sup> nėštumo savaitių;
- sužadintas gimdymas;
- nekomplikuotos pacientės ligos (pvz., nėštumo laikotarpiu nustatytas ar nekomplikuotas prieš nėštumą diagnozuotas cukrinis diabetas, epilepsija ir kitos);
- mekonijumi suteršti vaisiaus vandenys;
- įtariama, kad vaisiaus augimas sulėtėjęs (mažiau kaip 10 procentilių);
- lengva preeklampsija;
- oligohidramnionas;
- gimdymas po 42<sup>+0</sup> savaitės;
- negausus kraujavimas gimdymo metu;
- neprogresuojantis gimdymas;
- prognozuojama vaisiaus pečių distocija;
- numatomas vaisiaus svoris >4500 g;
- buvęs pogimdyminis kraujavimas;
- polihidramnionas;
- buvusi 1 cezario pjūvio operacija;
- buvusi perinatalinė mirtis;
- nutukimas (KMI daugiau kaip 30 kg/m<sup>2</sup> kūno ploto).

#### **1.5.3. Raudona spalva – didelė rizika.** Veiksniai, reiškiantys didelę riziką:

- patologinė KTG;
- sunkiai serganti gimdyvė (pvz., komplikuotas cukrinis diabetas, širdies nepakankamumas, sunki preeklampsija ir panašiai);
- vaisiaus sėdmenų pirmeiga;
- skersinė ar įstrižinė vaisiaus padėtis;
- daugiavaisis nėštumas;
- prieššlaikinis gimdymas iki 34<sup>+0</sup> nėštumo savaitės;

- gausus kraujavimas gimdymo metu ar po jo;
- temperatūra didesnė kaip 38 °C;
- 3 ir daugiau vidutinės rizikos grupės veiksnių.

## **2. GIMDYMO PRIEŽIŪRA**

### **2.1. Gimdymo priežiūros vieta**

2.1.1. Normalus gimdymas gali būti prižiūrimas bet kurio lygmens akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiame stacionare (IIA, IIB, III lygio stacionare).

2.1.2. Jei nėštumas ir numatomas gimdymas yra didelės rizikos, gimdymas turėtų vykti atitinkamo lygio akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiame stacionare, išskyrus atvejus, kai dėl sunkios būklės ar progresuojančio gimdymo perkėlimas rizikingas motinai ar vaisiui (žr. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. rugsėjo 23 dienos įsakymą Nr. 900 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“).

2.1.3. Aplinka, kurioje vyksta gimdymas, turi būti kuo artimesnė namų aplinkai. Artimųjų dalyvavimas ir pagalba palengvina gimdymo eigą, sumažina vaistų nuo skausmo poreikį [1A].

2.1.4. Gimdymas turi vykti švarioje, bet ne sterilioje aplinkoje. Sterilumas būtinas tik chirurginių intervencijų (tarpvietės kirpimo, siuvimo, vaisiaus vandenų nuleidimo ir pan.) atveju.

2.1.5. Patalpos po kiekvieno gimdymo turi būti kruopščiai valomos drėgnu būdu, privaloma dezinfekuoti vietas, ant kurių pateko biologinių skysčių (kraujo, vaisiaus vandenų ir panašiai).

### **2.2. Gimdymo priežiūrą vykdančias asmenys**

2.2.1. Normalų (žalios spalvos – mažos rizikos) gimdymą gali prižiūrėti akušeris, gydytojas rezidentas arba gydytojas akušeris ginekologas. Geriausia, kai mažos rizikos gimdymą prižiūri akušeris [1A]. Akušeris, prižiūrintis normalų gimdymą, yra atsakingas už medicininę dokumentacijos pildymą, savarankiškai gimdymo metu priimtus sprendimus ir savalaikį gydytojo akušerio ginekologo informavimą, pasikeitus gimdymo rizikai.

2.2.2. Vidutinės (geltonos spalvos) rizikos gimdymą turi prižiūrėti akušeris ir gydytojas rezidentas arba gydytojas akušeris ginekologas.

2.2.3. Didelės (raudonos spalvos) rizikos gimdymą privalo prižiūrėti akušeris ir gydytojas akušeris ginekologas. Būtų geriau, jei tas pats akušeris prižiūrėtų tik vieną didelės (raudonos spalvos) rizikos gimdyvę.

### **2.3. Priežiūra pirmuoju (gimdos kaklelio vėrimosi) laikotarpiu (žr. 1 priedą).**

2.3.1. Svarbiausia pirmuoju gimdymo laikotarpiu – psichologinė parama gimdyvei, vykstančių procesų ir atliekamų tyrimų paaiškinimas. Artimųjų dalyvavimas ramina gimdyvę ir sumažina psichologinį diskomfortą.

- 2.3.2. Akušeris turi atsakyti gimdyvei į klausimus apie gimdymo eigą, aptarti galimas įvairias gimdymo padėtis, įtraukti gimdyvę ir jos artimuosius į sprendimų dėl gimdymo priežiūros priėmimą.
- 2.3.3. Gimdyvė turi būti raginama aktyviai judėti, ieškoti sau tinkamiausios padėties, pasiūloma maudytis duše ar vonioje.
- 2.3.4. Latentinės fazės metu gimdyvė, jei nori, gali gerti ir valgyti neriebių, lengvai virškinamą, geriau skysto pavidalo maistą. Aktyvios fazės metu rekomenduojama tik gerti skaidrių skysčių [2C].
- 2.3.5. Skatinti gimdyvę šlapintis kas 2 – 4 valandas, nes perpildyta šlapimo pūslė trukdo progresuoti gimdymui.
- 2.3.6. Gimdymo palatoje latentinės fazės metu VŠR klausomas kas 30 – 60 minučių, aktyvios fazės metu – kas 15 – 30 minučių.
- 2.3.7. Tyrimas pro makštį latentinės fazės laikotarpiu atliekamas kas 4–8 valandas, aktyvios fazės laikotarpiu – kas 2 – 4 valandas.
- 2.3.8. Gimdymo veikla gimdymo palatoje latentinės fazės metu vertinama kas 1–2 valandas, aktyvios fazės metu – kas 30 – 60 minučių.
- 2.3.9. Gimdyvės kūno temperatūra, arterinis kraujospūdis, pulsas turi būti išmatuoti atvykus į gimdymo palatą, vėliau – ne rečiau nei kas 4 valandas. ŠSD tikrinamas kiekvieną kartą, kai klausomas vaisiaus širdies ritmas.

#### **2.4. Priežiūra antruoju (išstūmimo) laikotarpiu (žr. 1 priedą)**

- 2.4.1. Ilgiausia leistina šio laikotarpio trukmė nėra žinoma. Dažniausiai pirmą kartą gimdančioms moterims šis laikotarpis trunka iki 3 valandų, kartotinai gimdančioms – iki 2 valandos. Jei pirmą kartą gimdančioms moterims išstūmimo laikotarpis užsitęsia ilgiau kaip 3 valandas, kartotinai gimdančioms – ilgiau nei 2 valandas, laikoma, kad išstūmimo laikotarpis užsitęsė. Dažnai tokiu atveju padeda medikamentinis gimdymo veiklos stiprinimas (skatinimas oksitocinu). Pirmą kartą gimdančioms pacientėms skatinimas oksitocinu yra saugus, jei sąrėmiai nėra stiprūs, bet daug kartų gimdžiusioms oksitociną reikia skirti atsargiai, nes gali plyšti gimda.
- 2.4.2. Regioninis gimdymo skausmo malšinimas gali prailginti išstūmimo laikotarpį (apie valandą) ir padidinti instrumentinio gimdymo užbaigimo tikimybę.
- 2.4.3. Pasyvios išstūmimo laikotarpio fazės (iki stangų) metu VŠR klausomas kas 15 minučių, aktyvios fazės (atsiradus stangoms) metu – kas 5 minutes ar po kiekvieno sąrėmio.
- 2.4.4. Tyrimas pro makštį atliekamas kas valandą, tikslinant vaisiaus galvos padėties pokyčius.
- 2.4.5. Gimdymo veikla vertinama kas 15 – 30 minučių.

2.4.6. Kai gimdymas normalus, akušerio patarta moteris gali pati pasirinkti jai patogią stanginimosi padėtį [2C]. Gulima ant nugaros padėtis yra pati nepalankiausia: pailgėja išstūmimo laikotarpis, dažniau prireikia medikamentinio stimuliavimo, vakuuminio ekstraktoriaus ar replių.

2.4.7. Noras stangintis paprastai atsiranda savaime, kai vaisiaus pirmeigė dalis pasiekia dubens dugną. Ankstyvos ir užsitęsusios stangos gali pabloginti vaisiaus būklę, didina gimdyvės nuovargį, todėl normalaus gimdymo atveju nereikėtų moters raginti stangintis.

2.4.8. Stebima, kad nebūtų perpildyta šlapimo pūslė.

2.4.9. Įkirpti tarpvietę reikia tik tada, kai būtina sutrumpinti antrąjį gimdymo laikotarpį ir pagreitinti vaisiaus gimimą arba prognozuojamas gilus tarpvietės plyšimas gimdymo metu. Prieš kerpant tarpvietę, reikia sukelti nejautrą.

2.4.10. Pasirodžius vaisiaus galvai, siurbti gleivių ir skysčių iš burnos ertmės nereikia [1A].

2.4.11. Nerekomenduoja antruoju gimdymo laikotarpiu spausti gimdos dugną (taikyti Kristelerio metodą), siekiant palengvinti ar pagreitinti gimdymą.

## 2.5. Priežiūra trečiuoju (placentiniu) laikotarpiu (žr. 1 priedą)

**2.5.1. Virkštelės perkirpimas.** Virkštelės perkirpimas po naujagimio gimimo gali būti ankstyvas (iki minutės po gimimo) arba vėlyvas. Vėlyvas virkštelės perkirpimas mažina naujagimio mažakraujystės, bet didina hiperbilirubinemijos riziką. Jei gimdoma laiku, virkštelė perkerpama, atsižvelgiant į anemijos riziką [2B]. Jei naujagimio būklė gera, virkštelė perkerpama, kai nebejaučiama jos pulsacijos. Jei moters Rh (D) faktorius neigiamas, iš virkštelės paimama kraujo vaisiaus kraujo grupei ir Rh faktoriui nustatyti. Jei naujagimis neišnešiotas, virkštelė perspaudžiama kuo vėliau, atsižvelgiant į naujagimio būklę [2C].

**2.5.2. Fiziologinė placentinio laikotarpio priežiūra.** Laukiama, kol placenta atsiskiria nuo gimdos sienos ir pasirodo, moteriai pasistanginus ar akušeriui patraukus už virkštelės.

Placentos atsiskyrimo požymiai:

- virkštelė smukteli žemyn ir nejuda gimdyvei kvėpuojant;
- gimda pasidaro pailgos formos, pakrypsta į dešinę pusę;
- spaudžiant delno kraštu virš sąvaržos, virkštelė smunka žemyn;
- kartais iš makšties pasirodo kraujo, jei placenta atsiskiria nuo krašto.

Vidutinė fiziologinio placentinio laikotarpio trukmė – 15 minučių. Placentinis laikotarpis laikomas užsitęsusiu, jei užtrunka daugiau kaip 60 minučių.

## 2.5.3. Aktyvi priežiūra placentiniu laikotarpiu (žr. 2 priedą)

- Pasirodžius priekiniam vaisiaus petukui arba visam kūnui, per pirmąsias 3 minutes gimdyvei lėtai į veną suleidžiama 5 VV arba į raumenis 10 VV oksitocino.
- Virkštelė perspaudžiama, kai nustoja pulsuoti.

- Viena ranka švelniai tempiama virkštelė, o kita ranka gimdos kūnas virš sąvaržos stumiamas aukštin (kontroliuojamas virkštelės traukimas).
- Pasirodžius placentai, gimda pamasažuojama per pilvo sieną, išspaudžiamas gimdos viduje esantis kraujas.

Vidutinė aktyvaus placentinio laikotarpio trukmė – 8 minutės, jis neturėtų trukti ilgiau kaip 30 minučių.

**Aktyvi priežiūra placentiniu laikotarpiu rekomenduojama visoms gimdyvėms, nes sutrumpėja placentinis laikotarpis, sumažėja netenkamo kraujo kiekis, rečiau būna pogimdyminių kraujavimų, todėl sumažėja mažakraujystės ir kraujo perpylimo rizika [1A].**

**2.5.4. Neatsiskyrusios placentos šalinimas.** Jei placenta neatsiskiria nuo gimdos ir moteris nekraujuoja, laukiama 30 minučių, jei taikyta aktyvi priežiūra, arba iki 60 minučių, jei placentinio laikotarpio priežiūra buvo fiziologinė. Per šį laiką neatsiskyrus placentai arba anksčiau, jei prasideda kraujavimas, būtina placentą atskirti ranka.

**2.5.5. Placentos apžiūra.** Placenta apžiūrima iš dviejų pusių – motinos ir vaisiaus. Jei įtariama, kad liko placentos dalių, gimdos ertmė patikrinama ranka. Jei įtariama, kad liko vaisiaus dangalų, bet moteris nekraujuoja, to daryti nereikia.

## **2.6. Gimdymo priežiūros veiksnių įtaka gimdymo sėkmei**

Daugelio gimdymo priežiūros veiksnių poveikis gimdymo procesui iki šiol nėra ištirtas, todėl nėra žinoma, kiek įvairūs gimdymo priežiūros metodai efektyvūs ir reikšmingi.

### **2.6.1. Mokslo įrodymais pagrįsta efektyvi gimdymo priežiūra**

2.6.1.1. Artimųjų dalyvavimas ir parama gimdyvei (trumpėja gimdymo trukmė, mažėja vaistų nuo skausmo poreikis, chirurginių intervencijų skaičius, naujagimiams rečiau pasireiškia hipoksija, gimdyvė patiria daugiau teigiamų emocijų).

2.6.1.2. Gimdymo padėties pasirinkimas (mažesnis diskomfortas, mažiau komplikuoatų gimdymų, mažiau tarpvietės ir makšties traumų, mažesnė infekcijos tikimybė).

2.6.1.3. Gimdą traukiančių vaistų leidimas placentiniu laikotarpiu.

2.6.1.4. Akušerio priežiūra normalaus gimdymo metu (padeda sumažinti analgetikų poreikį gimdymo metu, sumažėja operacijų tikimybė, naujagimiai gimsta geresnės būklės pagal Apgar skalę).

### **2.6.2. Teigiamą poveikį turinti gimdymo priežiūra**

2.6.2.1. Gimdymo vietos informuotas pasirinkimas.

2.6.2.2. Galimybė išsaugoti intymumą, konfidencialumą.

2.6.2.3. Aktyvus gimdyvės įtraukimas į gimdymo planavimą, sprendimų priėmimą.

2.6.2.4. Nėščiosios galimybė gauti atsakymus į klausimus.

2.6.2.5. Fizinės ir psichologinės moters būklės stebėjimas gimdymo metu.

2.6.2.6. Galimybė gerti skysčių gimdymo metu.

2.6.2.7. Galimybė laisvai judėti gimdymo metu.

### **2.6.3. Neefektyvi ir žalinga gimdymo priežiūra**

2.6.3.1. Dažnai atliekamos klizmos [1A].

2.6.3.2. Gaktos plaukų skutimas [2A].

2.6.3.3. Nuolatinis skrandžio rūgštingumą mažinančių vaistų vartojimas.

2.6.3.4. Gimdyvės gulėjimas ant nugaros.

2.6.3.5. Dažnos tirpalų injekcijos į veną.

2.6.3.6. Ilgalaikis kvėpavimo užlaikymas stangų metu.

2.6.3.7. Tarpvietės tempimas ar masažas išstūmimo laikotarpiu.

2.6.3.8. Dažnas tarpvietės prakirpimas [1A].

2.6.3.9. Dažnas gleivių siurbimas iš naujagimio burnos.

2.6.3.10. Dažnai atliekama amniotomija [2B].

## **3.GIMDYMO EIGOS ŽYMĖJIMAS IR VERTINIMAS PAGAL PARTOGRAMĄ (ŽR. 3 PRIEDĄ)**

**3.1. Partograma – grafinis gimdymo eigos žymėjimas.** Partograma turi būti pradama pildyti tik tada, kai diagnozuojamas gimdymas. Gimdos kaklelio vėrimosi grafiką (kreivę) gimdymo metu pirmasis aprašė Emanuelis Friedmanas 1950 m., o 1972 m. Hughas Philpottas pridėjo „veikimo“ liniją už 4 valandų nuo „dėmesio“ linijos, patikslindamas intervencijų pradžios laiką.

**3.2. Partogramos turinys.** Kiekvienai gimdyvei užpildomoje partogramoje nurodomi gimdyvės dokumentiniai duomenys, nėštumų ir gimdymų skaičius, nėštumo trukmė savaitėmis, gimdymo pradžios laikas, vaisiaus vandens spalva ir jų nutekėjimo laikas, gimdyvės kūno temperatūra, arterinis kraujo spaudimas, pulsas, šlapinimosi epizodai, gimdymo veikla, gimdos kaklelio atsivėrimas, vaisiaus pirmeigės dalies padėtis, vaisiaus būklė, skiriami gimdyvei vaistai, jų dozės, dokumentuojamos atliekamos procedūros.

**3.3. Kūno temperatūros matavimas.** Gimdyvės kūno temperatūra matuojama tuoj po atvykimo į stacionarą. Jei nėra rizikos infekcijai ir neįtariama, kad moteris karščiuoja, kūno temperatūra matuojama ne rečiau kaip kas 4 valandas. Duomenys dokumentuojami partogramoje.

**3.4. Arterinio kraujo spaudimo matavimas.** Jei gimdyvės nėštumas buvo mažos rizikos, arterinis kraujo spaudimas matuojamas tuoj po atvykimo į stacionarą, vėliau – ne rečiau kaip kas 4 valandas. Duomenys įrašomi atitinkamoje partogramos eilutėje. Jei pablogėja moters ar vaisiaus būklė ar atsiranda įtarimas, kad moteriai gali būti arterinio kraujospūdžio pakitimų, arterinis kraujo spaudimas matuojamas nedelsiant.

**3.5. Širdies susitraukimų dažnio (pulso) skaičiavimas.** Gimdyvės širdies susitraukimų dažnis per minutę nustatomas tuoj po pacientės atvykimo į stacionarą. Vėliau pulsas tikrinamas kai klausomasi vaisiaus širdies ritmo. Rekomenduojama normalaus gimdymo atveju pulsą partogramoje žymėti bent kas 4 valandas, o pablogėjus gimdyvės ar vaisiaus būklei – dažniau.



### **3.6. Gimdymo veiklos vertinimas**

- 3.6.1. Klinikinėje praktikoje gimdymo veiklą apibūdina sąrėmių skaičius per 10 minučių ir jų trukmė.
- 3.6.2. Sąrėmių intensyvumo objektyviai nustatyti neįmanoma be specialių į gimdos ertmę kišamų slėgio daviklių, kurie naudojami tik mokslinių tyrimų tikslais. Netiesiogiai apie sąrėmių stiprumą sprendžiama pagal jų trukmę. Trumpi sąrėmiai trunka iki 20 sekundžių, vidutiniai – 20 – 40 sekundžių, ilgi – daugiau kaip 40 sekundžių. Sąrėmių trukmę rekomenduojama žymėti atitinkamoje partogramos dalyje, skirtingai nuspalvinant langelį: kuo ilgesni sąrėmiai, tuo daugiau nuspalvinamas langelis.
- 3.6.3. Reti gimdos susitraukimai (1 – 2 per 10 minučių) gali sąlygoti nepakankamą gimdymo progresą. Dažni gimdos susitraukimai blogina gimdos ir placentos kraujotaką, gresia vaisiaus hipoksija. Tai ypač svarbu, jei gimdymas sužadinamas ar gimdymo veikla skatinama medikamentais. Gimdymo veiklą skatinančių vaistų dozė reguliuojama atsižvelgiant į sąrėmių dažnį (rekomenduojama, kad sąrėmių dažnis būtų 4 per 10 minučių, neviršytų 5 per 10 minučių).
- 3.6.4. Latentinės gimdos kaklelio atsivėrimo laikotarpio fazės metu gimdymo veikla gimdymo palatoje vertinama kas valandą, aktyvios fazės metu – kas 30 minučių, išstūmimo laikotarpiu – kas 15 – 30 minučių.

### **3.7. Vaisiaus širdies ritmo (VŠR) klausymas**

- 3.7.1. Normalaus gimdymo atveju vaisiaus būklę sekti kardiografu nebūtina: pakanka paklausti vaisiaus širdies ritmą akušeriniu stetoskopu.
- 3.7.2. Gimdymo metu vaisiaus širdies ritmas klausomas minutę tuoj po sąrėmio. Visada klausantis VŠR būtina tikrinti moters pulsą, kad būtų aišku, jog girdimas būtent vaisiaus širdies ritmas.
- 3.7.3. Vaisiaus širdies susitraukimų skaičius 110 – 160 kartų per minutę laikomas normaliu.
- 3.7.4. Jei VŠR nėra normalus, vaisiaus būklei patikslinti būtina užregistruoti kardiogramą.
- 3.7.5. Jei VŠR mažiau nei 100 kartų per minutę, reikia vertinti vaisiaus būklę pagal vaisiaus būklės vertinimo gimdymo metu metodiką.
- 3.7.6. Pirmojo gimdymo laikotarpio latentinės fazės metu gimdymo palatoje VŠR klausomas kas 30 – 60 minučių, aktyvios fazės metu – kas 15 – 30 minučių.
- 3.7.7. Antruoju gimdymo laikotarpiu iki stangų VŠR klausomas kas 15 minučių, stangų metu – kas 5 minutes ar po kiekvieno sąrėmio.

### **3.8. Vaisiaus vandenų ir dangalų vertinimas**

- 3.8.1. Jei gimdyvė pasiskundžia pagausėjusiomis išskyromis iš makšties, visada reikia įvertinti jų pobūdį, tačiau tiksliausiai vaisiaus dangalų vientisumas, vandenų spalva amnioskopuojant ar nutekėjus vaisiaus vandenims nustatoma, jei tyrimas atliekamas pro makštį.
- 3.8.2. Tyrimo pro makštį metu vertinama, ar plyšę vaisiaus dangalai, ar teka vaisiaus vandenys, kokios jie spalvos (bespalviai (B), gelsvi (G), kruvini (K), žali dėl mekonijaus (M) patekimo ar tiršto mekonijaus pavidalo (tM)), ar jų daug. Partogramoje tai pažymima specialiais simboliais, reiškiančiais pirmąsias žodžių raides.

### **3.9. Gimdos kaklelio atsivėrimo vertinimas**

- 3.9.1. Tiriant pro makštį, vertinamas gimdos kaklelio kanalo atsivėrimas ir ilgis (atstumas nuo išorinių iki vidinių žiočių) centimetrais. Gimdos kaklelio pravirumas pažymimas atitinkamoje partogramos vietoje „X“ ženklų. Jei išorinių ir vidinių gimdos kaklelio žiočių pravirumas skirtingas, dokumentuojamas mažesnis atsivėrimas. Jei gimdos kaklelis „išsilyginęs“, t. y. neapčiuopiama jo ilgio, partogramoje žymimas tik jo pravirumas.
- 3.9.2. Latentinės pirmojo gimdymo laikotarpio fazės metu paprastai gimdos kaklelis būna tam tikro ilgio ir veriasi lėtai. Aktyvios pirmojo gimdymo laikotarpio fazės metu dažniausiai gimdos kaklelis būna „išsilyginęs“, praviras 4 centimetrus ir daugiau, veriasi 0,5 – 1 centimetro per valandą greičiu.
- 3.9.3. Pirmą kartą gimdančių moterų vidutinė pirmojo gimdymo laikotarpio latentinės fazės trukmė – 8 valandos, o aktyvioji fazė vidutiniškai užtrunka 8 valandas. Kartotinai gimdančių moterų aktyvioji fazė vidutiniškai trunka 5 valandas.
- 3.9.4. Latentinės pirmojo gimdymo laikotarpio fazės metu gimdos kaklelis tiriamas kas 4 – 8 valandas, aktyvios fazės metu – kas 2 – 4 valandas.

### **3.10. Vaisiaus pirmeigės dalies padėties vertinimas (žr. 4 priedą)**

- 3.10.1. Tyrimo pro makštį metu visada turi būti įvertinama ir partogramoje pažymima vaisiaus pirmeigės dalies padėtis (-3; -2; -1; 0; +1; +2; +3) dubenyje pagal vaisiaus pirmeigės dalies žemiausio taško padėtį mažojo dubens tarpdyglinės linijos atžvilgiu. Vaisiaus galvos padėtis atitinkamoje partogramos vietoje žymima „O“.
- 3.10.2. Išstūmimo laikotarpiu svarbu nustatyti, ar vaisiaus galva neatsilošusi, ar yra priekinė, ar užpakalinė pakaušio padėtis, ar yra žymi galvos konfiguracija. Jei yra didelis gimdyminis gumbas, tiksliau vaisiaus galvos padėtį dubens atžvilgiu padeda nustatyti išorinė galvos apčiuopa per priekinę pilvo sieną.
- 3.10.3. Išstūmimo laikotarpiu tyrimai pro makštį atliekami kas 1 – 2 valandas, kad būtų aiški vaisiaus galvos leidimosi gimdymo kanalu dinamika.

### **3.11. Gimdymo eigos vertinimas atsižvelgiant į partogramą**

- 3.11.1. Kai konstatuojama, kad gimdymas perėjo į aktyviają fazę, gimdos kaklelio atsivėrimo grafinį žymėjimą būtina perkelti ant partogramoje esančios „dėmesio“ linijos.
- 3.11.2. Jei konkrečiu atveju gimdymas vyksta taip, kad jo progresą žyminti kreivė nesusiduria su „dėmesio“ linija partogramoje, manoma, kad jis progresuoja normaliai.
- 3.11.3. Jei gimdymo progresavimo kreivė yra tarp „dėmesio“ ir „veikimo“ linijų, reikia pakartotinai įvertinti klinikinę situaciją: ar nėra per silpna gimdymo veikla, ar nėra disproporcijos tarp vaisiaus ir moters dubens matmenų.
- 3.11.4. Gimdymo progresavimo kreivės susidūrimas su „veikimo“ linija partogramoje rodo, kad reikia medicininių intervencijų.

### **3.12. Partogramos pildymo principai ir gimdymo priežiūros rekomendacijos**

- 3.12.1. Partograma turi būti užpildyta visais prižiūrimų gimdymų atvejais nepriklausomai nuo gimdymo rizikos, kai gimdymas numatomas natūraliu būdu.
- 3.12.2. Jei pirmojo gimdymo laikotarpio latentinė fazė užtrunka, reikia poilsio ir vaistų nuo skausmo. Tokiomis situacijomis oksitocino vartojimas didina cezario pjūvio ir blogesnių baigčių naujagimiui tikimybę.
- 3.12.3. Jei gimdymas progresuoja normaliai, jokios intervencijos nerekomenduojamos. Dažnai atliekama amniotomija tik sutrumpina gimdymo laiką, bet neturi jokios kitos teigiamos įtakos gimdymo baigčiai. Oksitocino vartojimas nuo pat gimdymo pradžios neturi teigiamos įtakos gimdymo baigčiai, tik sustiprina skausmą.
- 3.12.4. Nors pirmojo gimdymo laikotarpio aktyviosios fazės metu gimdos kaklelis veriasi vidutiniškai centimetrą per valandą, intervencijos galimybę tikslinga apsvarstyti, jei vėrimasis lėtesnis nei 0,5 centimetro per valandą. Tokiu atveju reikia atlikti amniotomiją, skatinti gimdymo veiklą oksitocinu, stebint vaisiaus būklę kardiokografu. Sulėtėjusi aktyvi fazė dažniausiai yra dėl netaisyklingos vaisiaus padėties arba vaisiaus ir dubens apimčių neatitikimo. Kartais oksitocino vartojimas būna efektyvus, tačiau išlieka didelė cezario pjūvio tikimybė. Jei gimdymas neprogresuoja, atsivėrus gimdos kakleliui daugiau kaip 7 centimetrus, yra didelė sudėtingo instrumentinio gimdymo užbaigimo tikimybė.
- 3.12.5. Jei gimdymo kreivė pasiekia „veikimo“ liniją, akušeriui būtina perduoti tolesnę gimdymo priežiūrą akušeriui-ginekologui. Įvertinus akušerinę situaciją, tikslinamos galimos distocijos priežastys ir sprendžiama, ar reikia medicininių intervencijų (stiprinamos gimdymo jėgos arba įtarus, kad vaisiaus galva ir moters dubens matmenys neatitinka, atliekamas cezario pjūvis).

## **4. NAUJAGIMIO IR GIMDYVĖS BŪKLĖS VERTINIMAS IR PRIEŽIŪRA TUOJ PO GIMDYMO**

### **4.1. Naujagimio būklės vertinimas ir priežiūra tuoj po gimdymo**

- 4.1.1. Naujagimio būklė vertinama per pirmas 30 sekundžių ir sprendžiama, ar nereikia gaivinti.
- 4.1.2. Naujagimio būklė po minutės ir 5 minučių vertinama pagal Apgar skalę (žr. 5 priedą).
- 4.1.3. Geros būklės naujagimis sausai nušluostomas ir nuogas guldomas mamai ant apnuogintos krūtinės, šiltai apklojamas. Stebima naujagimio odos spalva, kvėpavimas, tonusas, padedama pradėti žindyti.
- 4.1.4. Naujagimis ženklinamas ant rankų naujagimio pasu, kuriame užrašytas motinos vardas, pavardė, naujagimio gimimo laikas ir lytis. Vienas iš šių naujagimio pasų išvykus naujagimiui turi būti įklijuojamas į Naujagimio raidos istoriją. Naujagimio gimimo momentas fiksuojamas medicinos dokumentuose kalendorine data, vietos laiku, minučių tikslumu.
- 4.1.5. 1 – 2 cm nuo bambos žiedo steriliai perspaudžiama ir nukerpama virkštelė. Dezinfekcijos tirpalu virkštelę valyti nebūtina.
- 4.1.6. Naujagimis sveriamas (g), matuojamas jo ūgis, galvos apimtis (cm), išmatuojama kūno temperatūra (ji turi būti ne žemesnė kaip 36,5 °C). Šias procedūras galima atlikti neskubant, baigus žindyti naujagimį, po 1–2 valandų.
- 4.1.7. Aprengtas švariais drabužiais, naujagimis perkeliamas į palatą kartu su mama po 1 – 4 valandų.

### **4.2. Gimdyvės būklės vertinimas ir priežiūra tuoj po gimdymo**

- 4.2.1. Po gimdymo apžiūrima, ar neplyšo tarpvietė, makšties apatinė dalis.
- 4.2.2. Gimdos kaklelis, viršutinė makšties dalis skėtikliais apžiūrima, jei:
  - moteris kraujuoja;
  - buvo instrumentinis gimdymo užbaigimas;
  - moteris gimdė labai greitai.
- 4.2.3. Gilūs ar kraujuojantys gimdymo takų plyšimai susiuvami.
- 4.2.4. Ankstyvasis pogimdyminis laikotarpis trunka 24 valandas, vėlyvasis – 6 savaites. Ankstyvuojų pogimdyminiu laikotarpiu yra didžiausia gimdyvės kraujavimo rizika.

Per pirmąją parą po gimdymo natūraliu būdu įprastai netenkama iki 500 ml kraujo. Gimdyvė turi būti intensyviai tikrinama, ar nekraujoja: kas 15 minučių pirmą valandą, kas 30 minučių antrą valandą po gimdymo per priekinę pilvo sieną čiuopiama gimda, vertinamas jos tonusas, traukiamasis, kraujavimo gausumas.

- 4.2.5. Vertinama bendroji gimdyvės būklė: sąmoningumas, arterinis kraujo spaudimas, pulsas, kūno temperatūra. Jei būklė gera, šiuos gyvybinių funkcijų parametrų matavimus galima atidėti 1 – 2 valandoms po gimdymo.
- 4.2.6. Jei šlapimo pūslė pilna, bet gimdyvė pati negali šlapintis (ypač po epiduralinio skausmo malšinimo), reikia nuleisti šlapimą kateteriu.
- 4.2.7. Akušeris padeda gimdyvei pradėti žindyti naujagimį. Ankstyvas žindymas mažina pogimdyminio kraujavimo, naujagimio hipoglikemijos, infekcijos riziką.
- 4.2.8. Gimdymo palatoje, jei gimdyvės ir naujagimio būklė gera, jie stebimi 1 – 4 valandas.

## **2. PRIEDAI**

1 priedas. Normalaus gimdymo priežiūra

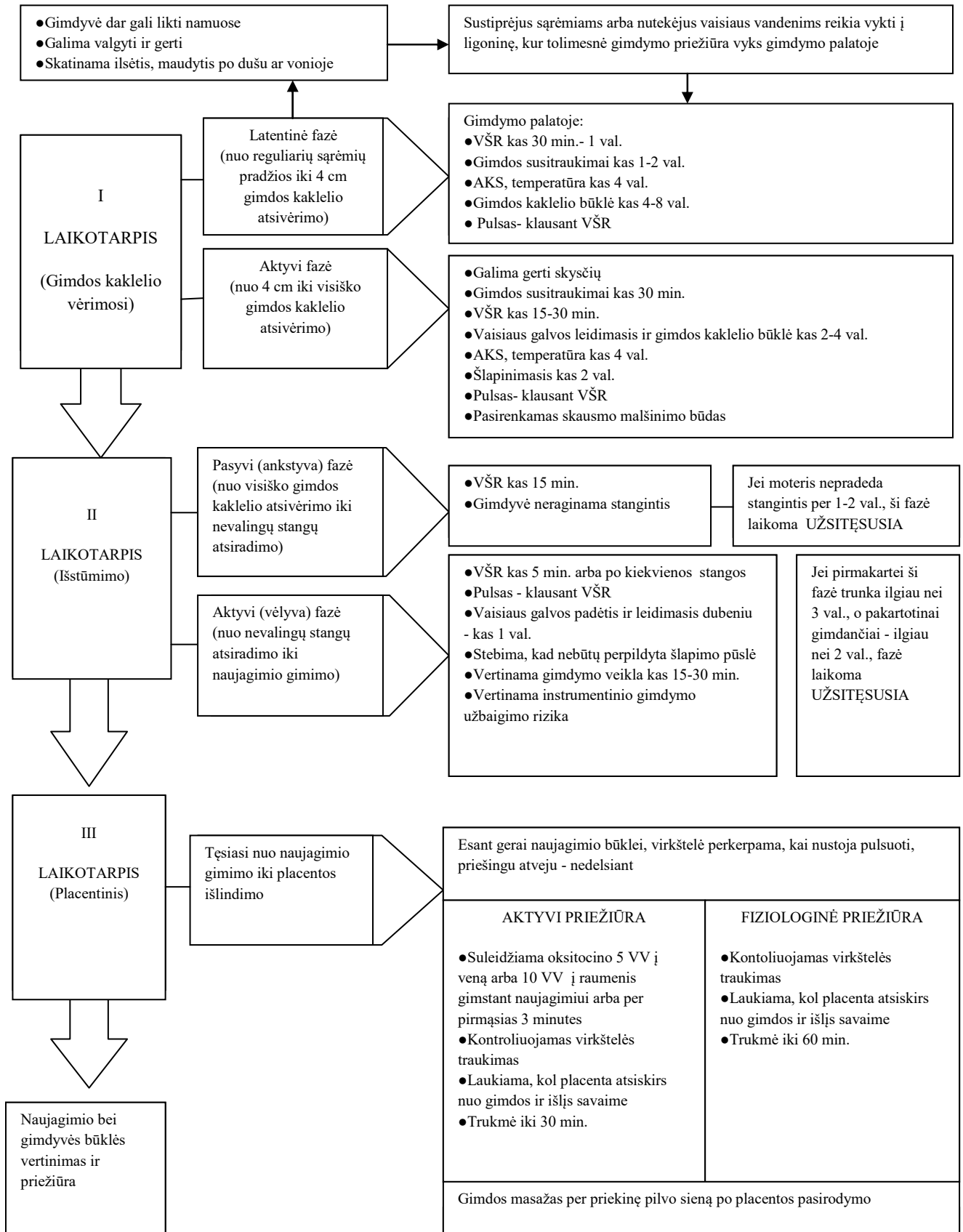
2 priedas. Aktyvios placentinio laikotarpio priežiūros algoritmas

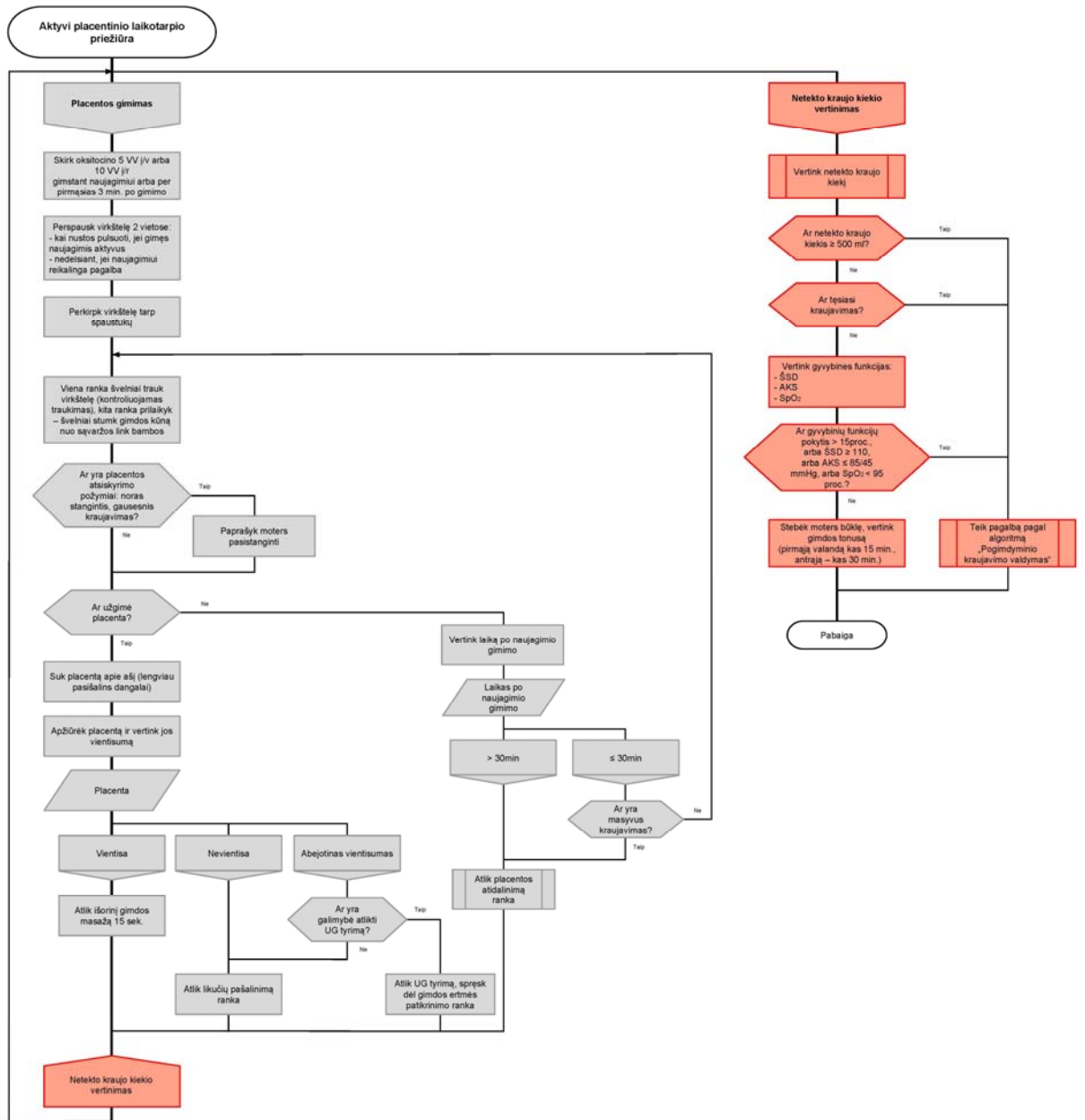
3 priedas. Partograma

4 priedas. Vaisiaus galvos padėtis (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3) mažojo dubens atžvilgiu

5 priedas. Naujagimio būklės vertinimas pagal V. Apgar skalę

# 1 priedas. Normalaus gimdymo priežiūra.

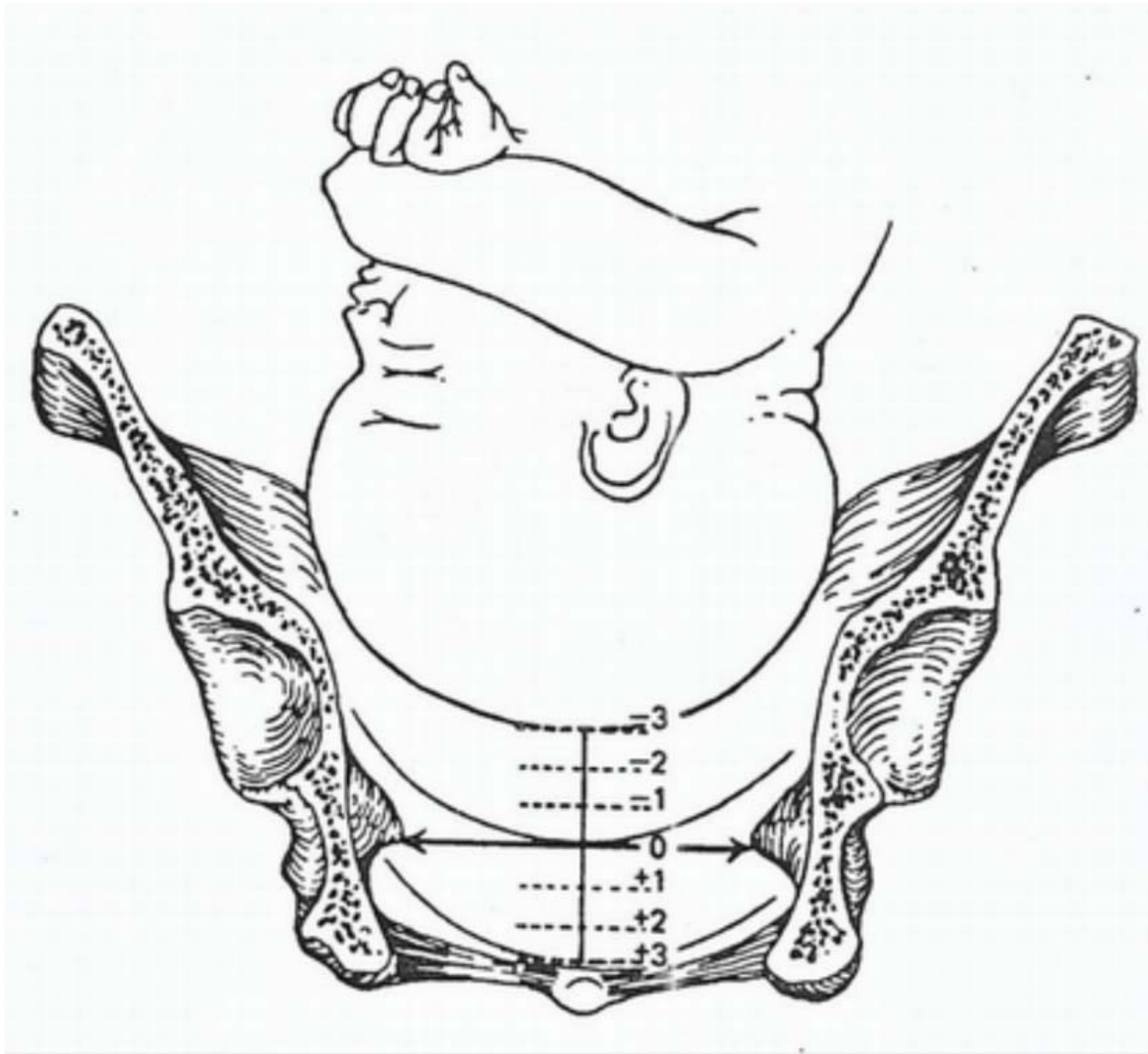








4 priedas. Vaisiaus galvos padėtis (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3) mažojo dubens atžvilgiu



5 priedas. Naujagimio būklės vertinimas pagal V. Apgar skalę

Požymis	0 balų	1 balas	2 balai
<b>Širdies susitraukimų dažnis</b>	Nėra	< 100 k./min.	> 100 k./min.
<b>Kvėpavimas</b>	Nėra	Pavieniai, nereguliarūs įkvėpimai	Reguliarus kvėpavimas su riksmu
<b>Raumenų tonusas (vertinama naujagimio poza, galūnių padėtis ir judesiai)</b>	Atonija	Galūnės šiek tiek sulenktos	Aktyvūs judesiai
<b>Refleksinis jaudrumas (reakcija į siurbimą iš burnos ir nosiaryklės)</b>	Nereaguoja	Grimasos	Kosti, čiaudi
<b>Odos spalva</b>	Melsva ar blyški	Galūnės melsvos, kūnas rausvas	Visas kūnas rausvas

### 3. LITERATŪROS ŠARAŠAS

1. Normalus gimdymas ir gimdymo priežiūra. Gimdymas. Kauno medicinos universiteto vadovėlio „Ginekologija ir akušerija“ IV dalis, antrasis pataisytas ir papildytas leidimas, UAB „Vitae Litera“, 2010, p.7–25.
2. Sveikas naujagimis. Gimdymas. Kauno medicinos universiteto vadovėlio „Ginekologija ir akušerija“ IV dalis, antrasis pataisytas ir papildytas leidimas, UAB „Vitae litera“, 2010, p.43–48.
3. Akušerijos ir ginekologijos praktikos vadovas. Vilniaus universiteto medicinos fakulteto mokomoji knyga. Vilniaus universiteto leidykla, 2008, p.161–175.
4. Akušerijos ir ginekologijos praktikos vadovas. Vilniaus universiteto leidykla, 2003, p.153–157.
5. Normal labor and delivery. In: Cunningham FG, et al. Williams obstetrics, 23 ed.: McGraw-Hill; 2010, p.374–409.
6. Enkin M, Keirse JNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000.
7. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 55, [guidance.nice.org.uk/cg55](http://guidance.nice.org.uk/cg55), September 2007.
8. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence- based labor and delivery management. Am J Obstet Gynecol 2008; 199:445.
9. Care in Normal Birth: a practical guide. Safe motherhood. Report of Technical Working Group. Practical guide. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: WHO, 1996.
10. Managing complications in pregnancy and childbirth. A guide for midwives and doctors. Geneva: WHO, 2006.
11. Preparation for labor and childbirth. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), 2018.
12. Mechanism of normal labor and delivery. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), 2013.
13. Management of normal labor and delivery. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), 2018.
14. Normal birth. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, Apr 2012. [www.health.gld.gov.au/gcg](http://www.health.gld.gov.au/gcg).
15. Supplement: Normal birth. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, Apr 2012. [www.health.gld.gov.au/gcg](http://www.health.gld.gov.au/gcg).
16. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. WHO Reproductive Health Library, 2009.
17. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. WHO Reproductive Health Library, 2009.
18. Amniotomy for shortening spontaneous labour. WHO Reproductive Health Library, 2009.
19. S. Arulkumaran, I.M.Symonds, A.Fowlie. Labor. Oxford handbook of obstetrics and gynaecology, Chapter 31, 2001, p.305-312.
20. Effective Physician- Nurse Communication: A Patient Safety Essential for Labor and Delivery. Am Journal of Obstetricians and Gynecologists, Aug 2011; 205 (2): 91–96.

21. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. The Cochrane Library, 2012.
22. Lachlan HMc, Forster D. The safety of home birth: Is the evidence good enough? Canadian Medical Association Journal, Sep 2009, vol.181 no. 6–7, 359–360.
23. Signs of labour. <http://www.babycentre.co.uk/pregnancy>.
24. Guide to labour and birth. <http://www.babycentre.co.uk/pregnancy>.
25. <http://publications.nice.org.uk/ifp55>, NICE, 2013.
26. Patient information: How to tell when labor starts (The Basics), [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), 2013.
27. Patient information: Labor and delivery (childbirth) (The Basics), [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), 2013.
28. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-09-23 įsakymas Nr.V-900 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ (nauja redakcija 2018-07-27 SAM įsakymas Nr.V-865).

**METODIKA**  
**NORMALUS GIMDYMAS**

**II. METODIKOS PROCEDŪRŲ APRAŠAS**

# 1. Partogramos pildymo procedūros aprašas

**I. Partograma** yra grafinis gimdymo eigos vaizdavimas realiu laiku.

**II. Partogramos paskirtis** – gimdymo natūraliu būdu eigos žymėjimas ir vertinimas.

**III. Partogramos pildymo pradžia.** Partograma pradedama pildyti gimdymo palatoje, kai konstatuojamas prasidėjęs gimdymas natūraliu būdu.

**IV. Partogramos pildymo pabaiga.** Partograma baigiama pildyti, kai baigiasi gimdymas natūraliu būdu.

**V. Partogramos turinys.**

- Dokumentinė dalis.
- Anamnezė.
- Vaisiaus būklės vertinimas.
- Vaisiaus dangalų būklės ir vaisiaus vandenų vertinimas.
- Gimdos kaklelio vėrimosi dinamikos vertinimas.
- Vaisiaus pirmeigės dalies padėties vertinimas.
- Gimdos susitraukimų vertinimas.
- Gimdyvės gyvybinių funkcijų stebėjimas.
- Oksitocino dozavimas.
- Gimdyvei atliekamų procedūrų, skiriamų medikamentų aprašymas.

**VI. Partogramos pildymas.**

- **Dokumentinė dalis.** Užrašomas Nėštumo ir gimdymo istorijos numeris, gimdyvės vardas ir pavardė.
- **Anamnezė.** Nurodoma, kelintas gimdyvės nėštumas ir gimdymas, nėštumo trukmė savaitėmis, gimdymo pradžios laikas (data, valanda, minutės), vaisiaus vandenų nutekėjimo ar nuleidimo laikas (data, valanda, minutės), jų gausumas (negausūs, vidutiniai, gausūs).
- **Vaisiaus būklės vertinimas.**
  - Vaisiaus širdies ritmas (VŠR).
    - Gimdymo metu vaisiaus širdies ritmas klausomas minutę tuoj po sąrėmio. Klausantis VŠR visada reikėtų čiuopti moters pulsą, kad būtų aišku, jog girdimas būtent vaisiaus širdies ritmas. Vaisiaus širdies susitraukimų skaičius 110–160 kartų per minutę laikomas normaliu.
    - Pirmojo gimdymo laikotarpio latentinės fazės metu gimdymo palatoje VŠR turi būti klausomas kas 30–60 minučių, aktyvios fazės metu kas 15–30 minučių.
    - Antruoju gimdymo laikotarpiu iki stangų VŠR turi būti klausoma kas 15 minučių, stangų metu – kas 5 minutes ar po kiekvieno sąrėmio.
  - Kardiotokograma (KTG).
    - Pažymima kardiotokogramos registravimo forma: netiesioginė (nKTG) ar tiesioginė (tKTG).
    - Užrašoma KTG įvertinimo išvada (normali – **N**, abejotina – **A**, patologinė – **P**).

- **Vaisiaus dangalų būklės ir vaisiaus vandenų vertinimas.** Vaisiaus dangalų vientisumas, vandenų spalva amnioskopuojant ar nutekėjus vaisiaus vandenims nustatoma tyrimu pro makštį. Partogramoje tai pažymima specialiais simboliais, reiškiančiais pirmąsias žodžių raides. Tyrimo pro makštį metu vertinama, ar vaisiaus dangalai neplyšę, o jei teka vaisiaus vandenys, nurodoma jų spalva (bespalviai **(B)**, gelsvi **(G)**, kruvini **(K)**, žali dėl mekonijaus **(M)** patekimo, tiršto mekonijaus pavidalo **(tM)**).
- **Gimdos kaklelio vėrimosi dinamikos vertinimas.**
  - Tiriant pro makštį, vertinamas gimdos kaklelio kanalo atsivėrimas ir ilgis (atstumas nuo išorinių iki vidinių žiočių) centimetrais.
    - Gimdos kaklelio kanalo pravirumas pažymimas atitinkamoje partogramos vietoje „X“ ženklu. Jei išorinių ir vidinių gimdos kaklelio žiočių pravirumas skirtingas, dokumentuojamas mažesnis atsivėrimas.
    - Gimdos kaklelio ilgis centimetrais užrašomas šalia gimdos kaklelio pravirumą žyminčio „X“ ženklo.
    - Jei gimdos kaklelis „išsilyginęs“, t. y. neapčiuopiama jo ilgio, partogramoje žymimas tik jo pravirumas.
  - Latentinės pirmojo gimdymo laikotarpio fazės metu gimdos kaklelis dažnai būna tam tikro ilgio ir veriasi lėtai. Aktyvios pirmojo gimdymo laikotarpio fazės metu gimdos kaklelis paprastai būna „išsilyginęs“, praviras 4 cm ir daugiau, veriasi 0,5–1 cm per valandą greičiu.
  - Kai konstatuojama, kad gimdymas perėjo į aktyviają pirmojo laikotarpio fazę, gimdos kaklelio atsivėrimo grafinių žymėjimą būtina perkelti ant partogramoje esančios „dėmesio“ linijos. Jei pildoma ne elektroninė, o popierinė partogramos forma, užsitęsęs latentinei gimdymo fazei, siūloma tęsti žymėjimą toje pat partogramoje iki aktyvios fazės konstatavimo. Nustačius, kad prasidėjo aktyvi gimdymo fazė, tolimesnę gimdymo eigą siūloma žymėti ant dėmesio linijos jau naujoje popierinėje partogramoje.
  - Latentinės pirmojo gimdymo laikotarpio fazės metu gimdymo palatoje gimdos kaklelis tiriamas kas 4–8 valandas, aktyvios fazės metu – kas 2–4 valandas.
- **Vaisiaus pirmeigės dalies padėties vertinimas.**
  - Kiekvieno tyrimo pro makštį metu visada turi būti įvertinama ir partogramoje pažymima vaisiaus pirmeigės dalies žemiausio taško padėtis (-3; -2; -1; 0; +1; +2; +3) mažojo dubens tarpdyglinės linijos atžvilgiu. Vaisiaus galvos padėtis atitinkamoje partogramos vietoje žymima „O“.
  - Išstūmimo laikotarpiu svarbu nustatyti, ar vaisiaus galva neatsilošusi, ar yra priekinė ar užpakalinė pakaušio padėtis, ar yra žymi galvos konfigūracija. Jei yra didelis gimdyminis gumbas, tiksliau vaisiaus galvos padėtį dubens atžvilgiu padeda nustatyti išorinė vaisiaus galvos apčiuopa per priekinę pilvo sieną.
  - Išstūmimo laikotarpiu tyrimai pro makštį atliekami kas 1-2 valandas vaisiaus pirmeigės dalies (normalaus gimdymo atveju – galvos) leidimosi gimdyvės dubeniu dinamiškai įvertinti.
- **Gimdos susitraukimų vertinimas.**
  - Nustatomas sąrėmių skaičius per 10 minučių ir jų trukmė.
  - Sąrėmių dažnis tiriamuoju laiku pažymimas atitinkamoje skiltyje nuo 1 iki 5 sąrėmių per 10 minučių.
  - Trumpi sąrėmiai trunka iki 20 sekundžių (žymima  $\Delta$ ), vidutiniai – 20 – 40 sekundžių (žymima  $\blacktriangle$ ), ilgi – daugiau kaip 40 sekundžių (žymima  $\blacksquare$ ). Sąrėmių



- trukmė žymima, atitinkamoje partogramos dalyje skirtingai nuspalvinant langelį: kuo ilgesni sąrėmiai, tuo daugiau nuspalvinamas langelis.
- Gimdymo palatoje latentinės gimdos kaklelio atsivėrimo fazės metu sąrėmiai vertinami kas 1 – 2 valandas, aktyvios fazės metu – kas 30 – 60 minučių, išstūmimo laikotarpiu – kas 15 – 30 minučių.
  - **Gimdyvės gyvybinių funkcijų stebėjimas.**
    - Širdies susitraukimų dažnio (pulso) skaičiavimas. Gimdyvės pulsas (širdies susitraukimų dažnis per minutę) tikrinamas tuoj po pacientės atvykimo į stacionarą. Vėliau pulsas vertinamas klausantis vaisiaus širdies ritmo. Širdies susitraukimų dažnis užrašomas partogramoje bent kas 4 valandas, o pablogėjus moters ar vaisiaus būklei – dažniau.
    - Arterinio kraujo spaudimo matavimas.
      - Jei rizika maža, arterinis kraujo spaudimas matuojamas tuoj po atvykimo į stacionarą, vėliau – ne rečiau kaip kas 4 valandas. Rezultatai įrašomi partogramoje.
      - Pablogėjus moters ar vaisiaus būklei ar įtarus, kad yra arterinio kraujospūdžio pakitimų, arterinis kraujo spaudimas matuojamas nedelsiant.
    - Kūno temperatūros matavimas. Gimdyvės kūno temperatūra matuojama ir užrašoma tuoj po atvykimo į stacionarą. Jei nėra rizikos infekcijai ir (ar) karščiavimo požymių, kūno temperatūra matuojama ne rečiau kaip kas 4 valandas. Rezultatai įrašomi partogramoje.
    - Šlapinimasis.
      - Kas 2 – 4 valandas gimdyvė raginama pasišlapinti. Šlapinimasis pažymimas partogramoje.
      - Jei gimdyvei nusišlapinti pačiai nepavyksta (dažnai tai būna dėl regioninio gimdymo skausmo malšinimo), reikia kateterizuoti šlapimo pūslę ir tai pažymėti partogramoje.
      - Jei reikia stebėti gimdyvės išskiriamo šlapimo kiekį, jai nusišlapinus ar po kateterizacijos nuleisto šlapimo kiekis išmatuojamas mililitrais, o gauti duomenys įrašomi partogramoje.
  - **Oksitocino dozavimas.** Partogramoje pažymimas oksitocino paskyrimas ir vaisto dozė (mV/min).
  - **Gimdyvei atliekamų procedūrų, skiriamų medikamentų aprašymas.** Partogramoje aprašomos gimdyvei atliekamos procedūros, pagrindžiamas konkretaus vaisto paskyrimas, nurodoma vaisto dozė ir vartojimo būdas.
  - **Partogramos pildymo principai, vertinimas ir gimdymo priežiūros rekomendacijos.**
    - Partograma turi būti pildoma visais prižiūrimų gimdymų atvejais nepriklausomai nuo gimdymo rizikos, kai gimdymas vyksta natūraliu būdu.
    - Kai konstatuojama, kad gimdymas perėjo į aktyviąją fazę, gimdos kaklelio atsivėrimo grafinių žymėjimą būtina perkelti ant partogramoje esančios „dėmesio“ linijos.
    - Jei konkrečiu atveju gimdymas vyksta taip, kad jo progresą žyminti kreivė sutampa su „dėmesio“ linija partogramoje ar yra kairiau jos, vadinasi, jis progresuoja normaliai.
    - Jei gimdymas progresuoja normaliai, jokios intervencijos nerekomenduojamos.

- Nors aktyviosios fazės metu gimdos kaklelis veriasi vidutiniškai centimetrą per valandą, intervencijos būtinybę tikslinga apsvarstyti, jei vėrimasis lėtesnis nei 0,5 centimetro per valandą.
- Jei gimdymo progresavimo kreivė yra tarp „dėmesio“ ir „veikimo“ linijų, reikia pakartotinai įvertinti klinikinę situaciją: ar nėra per silpna gimdymo veikla, ar nėra neatitikimo tarp vaisiaus ir moters dubens matmenų.
- Jei konkrečiu atveju gimdymo progresavimo kreivė susiduria su „veikimo“ linija partogramoje, vadinasi, gali tekti imtis medicininių intervencijų.

**VII. Procedūros kontrolinis lapas.** Pati partograma naudojama kaip kontrolinis lapas gimdymo natūraliu būdu eigai žymėti ir vertinti (žr. Metodikos aprašo 3 priedą)

**VIII. Gimdyvės sutikimas procedūrai.** Partogramos pildymo procedūrai gimdyvės sutikimo nereikia.

**METODIKA**  
**NORMALUS GIMDYMAS**

**III. METODIKOS ĮDIEGIMO APRAŠAS**

## **1. Būtinų resursų (medicininės įrangos, žmogiškųjų ir kt.) aprašymas**

### **1.1. Žmogiškieji resursai normalaus gimdymo priežiūrai stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose akušerijos ir neonatologijos paslaugas.**

1.1.1. Antrinio ir tretinio lygio akušerijos ir neonatologijos paslaugas teikiančiame stacionare normalų mažos rizikos gimdymą prižiūri akušeris arba gydytojas akušeris ginekologas.

1.1.2. Jei atsirastų komplikacijų motinai ar vaisiui, sutriktų gimdymo eiga, gimdymo priežiūrą kartu su akušeriu turi vykdyti budintis gydytojas akušeris ginekologas.

1.1.3. Gimdymą prireikęs užbaigti operacija, būtinas budinčio gydytojo anesteziologo reanimatologo dalyvavimas.

1.1.4. Naujagimį gaivinti turi neonatologas, vaikų gydytojas ir naujagimių slaugytojas, akušeris, gydytojas akušeris ginekologas, gydytojas rezidentas, gydytojas anesteziologas reanimatologas.

### **1.2. Normalaus gimdymo priežiūros priemonės**

1.2.1. Gimdymo palatoje turi būti:

- funkcinė gimdymo lova;
- akušerinis stetoskopas;
- kardiografas;
- monitorius vertinti moters gyvybines funkcijas (AKS, ŠSD, įsotinimą deguonimi);
- termometras;
- mobili apšvietimo lempa;
- tūrinė arba švirkštinė infuzinė pompa;
- gimdymo takų apžiūros rinkinys;
- vakuuminis siurblys;
- deguonies šaltinis su dozatoriumi;
- vakuuminis ekstraktorius;
- akušerinės replės;
- elektroninės naujagimio svarstyklės;
- centimetrinė juostelė;
- naujagimiui gaivinti skirta vieta ir reikiama įranga.

1.2.2. Už gimdymo priemonių paruošimą atsako gimdymo palatos akušeris.

1.2.3. Stacionare turi būti visą parą veikianči operacinė.

## **2. Būtinai metodikos įdiegimo ligoninėje dokumentai**

- Nėštumo ir gimdymo istorija.
- Naujagimio raidos istorija.
- Naujagimio kortelė.

## **3. Svarbiausių metodikos įdiegimo įgūdžių aprašymas**

### **3.1. Vaisiaus pirmeigės dalies padėties vertinimas pagal -3, -2, -1, 0, +1, +2, +3 sistemą**

- 3.1.1. Vaisius, slinkdamas gimdymo takais, daugiausia kliūčių sutinka, kai tenka įveikti mažąjį kaulinį dubenį. Mažasis kaulinis dubuo yra apie 10 cm ilgio nevienodų matmenų cilindras. Siauriausia mažojo dubens dalis apribota dubens kaulų dyglių. Juos jungianti menama linija vadinama tarpdygline linija. Ši linija yra atskaitos taškas, vertinant vaisiaus pirmeigės dalies padėtį mažajame dubenyje. Mažasis dubuo suskirstomas menamais trečdaliais į viršų nuo tarpdyglinės linijos ir žemiau jos.
- 3.1.2. Kai vaisiaus pirmeigės dalies žemiausias taškas pasiekia tarpdyglinę liniją, laikoma, kad tai yra „0” padėtis.
- 3.1.3. Jei vaisiaus pirmeigė dalis yra atitinkamame trečdalyje virš tarpdyglinės linijos, laikoma, kad ji yra padėtyje su „minuso” ženklu (-3;-2;-1).
- 3.1.4. Jei vaisiaus pirmeigė dalis yra atitinkamame dubens trečdalyje žemiau tarpdyglinės linijos, laikoma, kad ji yra padėtyje su „pliuso” ženklu (+1;+2;+3).

### **3.2. Partogramos pildymo ir vertinimo tvarka**

- 3.2.1. Partograma pradeda pildyti, kai konstatuojama, kad gimdymas prasidėjo: yra reguliarūs, bent kartą per 10 minučių pasikartojantys gimdos susitraukimai, dėl kurių keičiasi gimdos kaklelis (trumpėja, minkštėja, veriasi).
- 3.2.2. Partogramoje pildomi dokumentiniai gimdyvės duomenys, užrašoma informacija apie nėštumą ir gimdymų skaičių, nėštumo laiką, šio gimdymo numanomą pradžią valandomis ir minutėmis, vaisiaus vandenų nutekėjimo ar nuleidimo laiką.
- 3.2.3. Vaisiaus būklė apibūdinama, užrašant vaisiaus širdies ritmo duomenis ar kardiogramos įvertinimo išvadą.
- 3.2.4. Kiekvieno tyrimo pro makštį metu įvertinamas ir dokumentuojamas vaisiaus dangalų vientisumas, vaisiaus vandenų spalva (jei atliekama amnioskopija arba vaisiaus vandenys teka).
- 3.2.5. Gimdos kaklelio atsivėrimas centimerais žymimas, nurodant konkretų tyrimo laiką. Gimdos kaklelio atsivėrimą žymintys taškai, tiriant gimdos kaklelio dinamikos pokyčius atitinkamu laiku, sujungiami tiese. Jei gimdos kaklelis neišsilyginęs, neatsivėręs 4 ir daugiau centimetrų, laikoma, kad yra latentinė gimdos kaklelio atsivėrimo fazė. Kai konstatuojama, kad prasidėjo aktyvi gimdos kaklelio vėrimosi fazė, gimdos kaklelio atsivėrimo dokumentavimą reikia perkelti ant „dėmesio“ linijos partogramoje.
- 3.2.6. Vaisiaus pirmeigės dalies padėtis mažojo dubens tarpdyglinės linijos atžvilgiu žymima atitinkamoje skiltyje pagal -3, -2, -1, 0, +1, +2, +3 sistemą kiekvieno tyrimo pro makštį metu.
- 3.2.7. Gimdymo veikla apibūdinama sąrėmių skaičiumi per 10 minučių ir jų trukme.
- 3.2.8. Gimdyvės gyvybinės funkcijos aprašomos, nurodant arterinio kraujo spaudimo, širdies susitraukimų dažnio, kūno temperatūros duomenis, šlapinimosi ar šlapimo pūslės kateterizavimo epizodus, jei reikia – matuojamas šlapimo kiekis.
- 3.2.9. Dokumentuojami skausmo malšinimo metodai, gimdyvei skiriami medikamentai, nurodomas jų vartojimo būdas ir dozės. Atskiroje skiltyje dokumentuojamas oksitocino dozavimas (mV/min.).

- 3.2.10. Jei gimdymas progresuoja ir baigiasi naujagimio gimimu į kairę nuo „dėmesio“ linijos, laikoma, kad gimdymas progresavo normaliai.
- 3.2.11. Jei gimdymas vyksta taip, kad partogramoje jo eiga žymima tarp „dėmesio“ ir „veikimo“ linijų, reikia stebėti, ar pakankama gimdymo veikla, ar vaisiaus padėtis yra taisyklinga, ar nėra vaisiaus dydžio ir moters dubens matmenų neatitikimo. Pasibaigęs sėkmingai, toks gimdymas taip pat laikomas normaliu.
- 3.2.12. Jei gimdymas užsitęsia, gimdos kaklelio atsivėrimas vyksta pagal „veikimo“ liniją ar dešiniau jos, reikia kviešti akušerį-ginekologą (jei gimdymą prižiūrėjo akušeris), įvertinti klinikinę situaciją ir imtis tinkamų veiksmų.

### **3.3. Aktyvi priežiūra placentiniu laikotarpiu**

- 3.3.1. Pasirodžius priekiniam vaisiaus petukui arba visam kūnui, per pirmąsias 3 minutes gimdyvei į veną lėtai suleidžiama 5 VV arba į raumenis 10 VV oksitocino.
- 3.3.2. Virkštelė perspaudžiama, kai nustoja pulsuoti.
- 3.3.3. Viena ranka švelniai tempiama virkštelė, o kita ranka gimdos kūnas virš sąvaržos stumiamas aukštyn (kontroliuojamas virkštelės traukimas).
- 3.3.4. Pasirodžius placentai, gimda masažuojama per pilvo sieną, išspaudžiamas gimdos viduje esantis kraujas.

**METODIKA**  
**NORMALUS GIMDYMAS**

**IV. METODIKOS AUDITO APRAŠAS**

## Išsamus įdiegtos metodikos efekto ligoninėje audito aprašas

Žemiau apraše pateikta informacija ir auditavimo instrumentai ya rekomandacinio pobūdžio.

### 1. Audito dažnumas.

**1.1. Kartą per 6 mėnesius** antrinio ir tretinio lygio akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiuose stacionaruose atliekamas įdiegtos metodikos efekto ligoninėje auditas.

**2. Audito tikslas.** Partogramų pildymo kokybės vertinimas.

**3. Audito priemonės.** Partograma, įklijuota į Nėštumo ir gimdymo istoriją.

**4. Audito metu vertinami kriterijai.**

*Partogramų pildymo kokybės vertinimas:*

- partogramos pildymo faktas;
- partogramos pildymo išsamumas;
- intervencijų, jeigu buvo, pagrįstumas atsižvelgus į partogramą.

**5. Pokalbis su administracija,** anonimiškai pateikiant auditavimo rezultatus, sprendžiant problemas.

## Išsamus auditorių funkcijų aprašymas

Auditorius patikrina 20 atsitiktinai parinktų Nėštumo ir gimdymo istorijų. Jose suranda įklijuotas partogramas ir įvertina partogramos pildymo kokybę, užpildydamas anketą (žr. 1 priedą) ir atsakydamas į klausimus *taip* arba *ne*.

## Svarbiausių kriterijų, kuriuos įtraukus į informacinę sistemą būtų galima daryti įdiegtos metodikos efektyvumo nacionaliniu mastu analizę, sąrašas

Eil. Nr.	Kriterijus
1.	Gimdymų be medicininių intervencijų dalis (fiziologinis)
2.	Gimdymą prižiūrėjo: a) tik akušeris; b) akušeris-ginekologas ir akušeris; c) dėl pasikeitusios gimdymo rizikos priežiūrą iš akušerio perėmė akušeris-ginekologas.
3.	Gimdymo priežiūra dokumentuota partogramoje



## 1 priedas. XXX LIGONINĖS AUDITAS: Partogramų pildymo kokybės vertinimo auditas

**Tema.** Partogramos pildymo fakto ir kokybės įvertinimas Nėštumo ir gimdymo istorijoje.

**Tikslas.** Iki 20.....m.....mėn.....d. įvertinti gimdymų dokumentavimą partogramose.

**Instrukcijos.** Per 6 mėnesius patikrinti 20 atsitiktinai parinktų Nėštumo ir gimdymo istorijų partogramas.

Vertinama

1. Partogramos pildymo faktas.
2. Partogramos pildymo teisingumas.
3. Intervencijų, jeigu buvo, pagrįstumas atsižvelgus į partogramą.

Eil.Nr.	Tiriamas rodiklis	Rasta	Rasta	Rasta	Rasta	Rasta
1.	Partograma yra	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
2.	Gimdymą prižiūrėjo tik akušeris	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
3.	Gimdymą prižiūrėjo gydytojas akušeris ginekologas ir akušeris	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
4.	Gimdymo priežiūra iš akušerio perduota gydytojui akušeriui ginekologui	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
5.	Arterinis kraujo spaudimas matuotas ne rečiau kaip kas 4 valandas	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
6.	Temperatūra matuota ne rečiau kaip kas 4 valandas	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
7.	Gimdos kaklelis vertintas teisingai (I laikotarpiu – ne rečiau kaip kas 8 valandas latentinėje, ne rečiau kaip kas 4 valandas aktyvioje fazėje, II laikotarpiu – kas 1-2 valandas)	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
8.	Dokumentuota gimdymo veikla	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip

	(sąrašėmių skaičius per 10 minučių ir trukmė)	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne
9.	Intervencijų, jei buvo, pagrįstumas „veikimo“ linija	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
10.	Gimdymas buvo fiziologinis	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne

## Bendras audituotų nėštumo ir gimdymo istorijų skaičius

### Skaitiklis 1 – pildytų partogramų skaičius

### Skaitiklis 2 – teisingai pildytų partogramų skaičius

### Skaitiklis 3 – intervencijų, jeigu buvo, pagrįstumas atsižvelgus į partogramą

### Vardiklis – bendras audituotų Nėštumo ir gimdymo istorijų skaičius

## Literatūros sąrašas

1. Normalus gimdymas ir gimdymo priežiūra. Gimdymas. Kauno medicinos universiteto vadovėlio „Ginekologija ir akušerija“ IV dalis, antrasis pataisytas ir papildytas leidimas, UAB „Vitae Litera“, 2010, p.7–25.
2. Normal labor and delivery. In: Cunningham FG, et al. Williams obstetrics, 23 ed.: McGraw-Hill; 2010, p.374–409.
3. Enkin M, Keirse JNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000.
4. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 55, [guidance.nice.org.uk/cg55](http://guidance.nice.org.uk/cg55), September 2007.
5. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. Am J Obstet Gynecol 2008; 199:445.
6. Care in Normal Birth: a practical guide. Safe motherhood. Report of Technical Working Group. Practical guide. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: WHO, 1996.
7. Managing complications in pregnancy and childbirth. A guide for midwives and doctors. Geneva: WHO, 2006.
8. Preparation for labor and childbirth. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), 2018.
9. Mechanism of normal labor and delivery. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), 2013.
10. Management of normal labor and delivery. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), 2018.
11. S. Arulkumaran, I.M.Symonds, A.Fowlie. Labor. Oxford handbook of obstetrics and gynaecology, Chapter 31, p.305–312, 2001.
12. <http://publications.nice.org.uk/ifp55>, NICE, 2013.
13. Normal birth. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012. [www.health.gld.gov.au/gcg](http://www.health.gld.gov.au/gcg).

14. Supplement: Normal birth. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012. [www.health.qld.gov.au/gcg](http://www.health.qld.gov.au/gcg).
15. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. WHO Reproductive Health Library, 2009.
16. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. WHO Reproductive Health Library, 2009.
17. Amniotomy for shortening spontaneous labour. WHO Reproductive Health Library, 2009.
18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-09-23 įsakymas Nr.V-900 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ (nauja redakcija 2018-07-27 SAM įsakymas Nr.685).

**METODIKA**  
**NORMALUS GIMDYMAS**

**V. INFORMACIJA VISUOMENEI**

## Informacija gimdyvei

**Gimdymas** – tai procesas, kai suėjus ne mažiau kaip 22 nėštumo savaitėms dėl reguliarių, ritmiškų ir vis stiprėjančių gimdos susitraukimų (sąrėmių) atsiveria gimdos kaklelis, ir jam visiškai atsivėrus, gimdyvei stanginantis, iš gimdos ertmės išstumiamas vaisius, placenta ir dangalai.

Gimdymo trukmė priklauso nuo moters amžiaus, gimdymų skaičiaus, nėštumo laikotarpio, vaisiaus padėties, dydžio ir kitų veiksnių. Pirmą kartą gimdančių moterų gimdymas vidutiniškai trunka 14 – 18 valandų, pakartotinai gimdančių – 7 – 10 valandų. Tačiau kartais gimdymas gali įvykti per kelias valandas arba gali užtrukti parą ar net ilgiau.

### **Artėjančio gimdymo požymiai**

- Gimdos dugno nusileidimas: pagerėja moters širdies veikla ir kvėpavimas, padažnėja šlapinimasis, moteris netenka iki kilogramo svorio, mažėja vaisiaus vandenų, vaisiaus galva prisispaudžia prie įėjimo į dubenį, susilpnėja vaisiaus judesiai.
- Paruošiamieji arba netikrieji sąrėmiai: pilvo apačioje jaučiamas silpnas skausmas, tempimas nugaroje, gimdos susitraukimai nereguliarūs, trunka 5 – 10 sekundžių.
- Gimdos kaklelio pakitimai: minkštėjimas, trumpėjimas, centravimasis ir vėrimasis.
- Gimdos kaklelio gleivių kamščio pasišalinimas: pasišalinus gleivių kamščiui, gimdymas prasideda per kelias valandas ar dienas.

### **Kada vykti į ligoninę?**

- Nutekėjo vaisiaus vandenys.
- Atsirado kraujingų negleivingų išskyrų iš makšties.
- Susilpnėjo ar išnyko vaisiaus judesiai.
- Prasidėjo gimdymas, t. y. prasidėjo reguliarūs sąrėmiai, kurie kartojasi dažniau kaip kas 10 minučių ir tęsiasi 30 – 60 sekundžių, jaučiamas sunkumas, skausmas ties kryžkauliu ar pilvo apačioje.

### **Kas prižiūri normalų gimdymą?**

Jei nėštumas buvo nekomplikuotas, gimdymas prasidėjo laiku ir vyksta sklandžiai, gimdymą prižiūri akušeris.

### **Gimdymas skirstomas į tris laikotarpius.**

*Pirmasis – gimdos kaklelio atsivėrimo* – trunka nuo reguliarių gimdos susitraukimų pradžios iki visiško gimdos kaklelio atsivėrimo. Šiuo laikotarpiu gimdos kaklelis trumpėja, veriasi. Šis laikotarpis trunka 12 – 16 valandų (negimdžiusioms) ir 6 – 8 valandas (gimdžiusioms).

*Antrasis – vaisiaus išstūmimo* – laikotarpis prasideda visiškai atsivėrus gimdos kakleliui ir baigiasi vaisiaus gimimu. Sąrėmiai tampa ilgesni, stipresni, intensyvesni, kartojasi kas 1 – 2 minutes ir tęsiasi iki minutės. Į vaisiaus išstūmimo procesą įsitraukia pilvo sienos raumenys, diafragma, dubens raumenys, atsiranda stangos. Šis laikotarpis paprastai trunka apie 1 – 3 valandas (negimdžiusioms) ir iki 2 valandų (gimdžiusioms).

*Trečiasis – placentinis* – laikotarpis prasideda gimus naujagimiui ir baigiasi placentos ir vaisiaus dangalų pasirodymu. Gimus naujagimiui, gimdoje lieka tik placenta ir dangalai, todėl gimda sumažėja ir pasidaro rutulio formos. Sąrėmiai trumpam išnyksta, bet paskui vėl prasideda,

todėl placenta atsiskiria ir išstumiamą iš gimdymo takų. Šis laikotarpis tęsiasi iki 30 – 60 minučių, dažniausiai iki 10 minučių.

Fiziologinis priežiūros būdas: laukiama, kol placenta pati atsiskirs ir išlįs.

Aktyvus priežiūros būdas: kai pasirodo priekinis vaisiaus petys arba visas kūnas, gimdyvei į veną arba į raumenis suleidžiama vaisto oksitocino, virkštelė perspaudžiama, kai baigia pulsuoti ir laikoma įtempta (bet už jos netraukiama), o kita ranka virš sąvaržos švelniai atstumiamas gimdos kūnas. Išlindus placentai, gimda iš išorės pamasažuojama, išspaudžiamas gimdos ertmėje likęs kraujas.

Placentinio laikotarpio priežiūros metodą gimdyvė gali pasirinkti, tačiau visoms siūloma rinktis saugesnį aktyvų priežiūros metodą.

### **Patarimai pirmuoju gimdymo laikotarpiu**

- Geras emocinis ir psichologinis nusiteikimas.
- Sėkmingam gimdymui svarbu artimųjų dalyvavimas ir parama.
- Daugiau judėti ir būti vertikaloje padėtyje (tai skatina gimdymo veiklą ir sudaro geresnes sąlygas vaisiui leisti dubeniu).
- Gulėti patariama ant kairio šono (gulint ant šono geresnė gimdymo veikla, netrikdoma pačios moters ir vaisiaus kraujotaka).
- Gerti skysčių (geriausiai vandens). Gimdymo pradžioje galima valgyti lengvai virškinamo maisto.
- Pakankamai dažnai, kas 2 – 4 valandas, šlapintis.
- Jei labai skauda, galimas nemedikamentinis skausmo malšinimas (masažas, vandens procedūros, padėties keitimas, kvėpavimo pratimai). Jei skausmas išlieka stiprus, galimi medikamentiniai skausmo malšinimo būdai: vaistai, leidžiami į veną ar raumenis, regioninis (epiduralinis) gimdymo skausmo malšinimas, „linksminamųjų dujų“ įkvėpimai.

### **Patarimai antruoju gimdymo laikotarpiu**

- Pasirinkti labiausiai pačiai gimdyvei tinkamą ir patogiausią gimdymo pozą.

### **Patarimai trečiuoju gimdymo laikotarpiu**

- Galima laukti, kol placenta atsiskirs ir pasirodys savaime, bet mokslo įrodyta, kad leidžiant gimdą sutraukiančių vaistų į veną arba raumenis gimstant naujagimiui ar tuoj po naujagimio gimimo sutrumpėja placentinis laikotarpis, labai sumažėja kraujavimas po gimdymo, mažesnė tikimybė, kad gali prireikti kraujo perpylimo. Todėl visada rekomenduojama aktyvi placentinio laikotarpio priežiūra.
- Placentai neatsiskyrus per 30 minučių, jei placentinio laikotarpio priežiūra buvo aktyvi, arba per 60 minučių, jei placentinio laikotarpio priežiūra buvo fiziologinė, bus siūloma pašalinti ją ranka operacinėje (net ir tada, kai moteris smarkiai nekraujuoja). Ši procedūra atliekama pacientei sutikus ir tik sukėlus nejautrą. Jei placentai neatsiskyrus prasidėtų gausus kraujavimas iš gimdos, placenta pašalinti reikia kuo skubiau.

Jei gimdyvei yra didesnė kraujavimo tikimybė arba prireikia leisti vaistų į veną, pasiūloma įkišti į veną specialų vaistams leisti skirtą kateterį.

## GIMDYMO PADĖTYS (pavyzdžiai)









### Informacija visuomenei

Gimdymas – fiziologinis procesas, todėl normalaus gimdymo metu svarbiausia yra artimųjų psichologinė parama ir pagalba, vengiama medikamentų ir nereikalingų intervencijų.

Nors didžioji dalis gimdymų praeina sklandžiai, būtina kvalifikuoto mediko (akušerio) priežiūra, kad būtų laiku pastebėtos galimos komplikacijos motinai ir vaisiui ar naujagimiui ir būtų laiku suteikta kvalifikuota akušerio-ginekologo ir kitų specialistų pagalba.