Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «13» января 2023 года
Протокол №177

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ИНДУКЦИЯ РОДОВ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1 Код(ы) МКБ-10 код:

Код	**МКБ-10**
O00-O99	Беременность, роды и послеродовой период

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2016 год (пересмотр 2017 год), 2022 год.

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

АВО	–	Группа крови по системе АВО
АД	–	Артериальное давление
БПР	–	Бипариетальный размер
ВОП	–	Врач общей практики
ВРТ	–	Вспомогательные репродуктивные технологии
ДИОВ	–	Дородовый разрыв плодных оболочек
ЕД	–	Единица
ЗВУР	–	Задержка внутриутробного развития плода
КТГ	–	Кардиотокография
КТР	–	Копчико-теменной размер
МШБ	–	Модифицированная шкала Бишопа
УД	–	Уровень доказательности
УЗИ	–	Ультразвуковое исследование
ЧДД	–	Частота дыхательных движений

1.4 Пользователи протокола: акушеры-гинекологи, акушерки и средний медицинский персонал

1.5 Категории пациентов: беременные.

1.6 Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

Классификация для утверждения консенсуса

Символика	***Степень консенсуса +++***	***Процентное совпадение***
+++	*Сильный консенсус*	*Согласие > 95% участников*
++	*Консенсус*	*Согласие > 75-95% участников*
+	*Одобрение большинства*	*Согласие > 50-75% участников*
-	*Отсутствие консенсуса*	*Согласие < 50% участников*

1.7 Определение [1,2,3]**: Индукция родов** – это искусственно (фармакологическими и нефармакологическими методами) вызванная родовая деятельности с целью родоразрешения через естественные родовые пути при сроке беременности 22 недели и более.

1.8 Классификация: нет.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

2.1 Цель проведения процедуры/вмешательства: применение искусственной стимуляции матки и обеспечение начала родовой деятельности для повышения качества медицинской помощи и улучшение исхода родов.

2.2. Показания к процедуре/вмешательству:

- неосложненная беременность, когда срок гестации достиг более чем 41 неделя (41+) (при доказанном гестационном сроке – по первому УЗИ до 12 недель); [5]
- гипертонические расстройства – преэклампсия; эклампсия; HELLP-синдром (гемолиз, повышенный уровень печеночных ферментов, низкий уровень тромбоцитов); гестационная гипертензия; хроническая гипертония; [5,6]
- дородовый разрыв плодных оболочек при сроке, начиная с 34+0 недели, при необходимости не ранее, чем через 24 часа после момента разрыва плодных оболочек;
- внутриутробная смерть плода; [3,4]
- хорионамнионит;
- при головном предлежании первого плода при БХБА двойне ≥38 недель 0 дней;
- гемолитическая болезнь плода; [13]
- ЗВРП/маловодие, острое многоводие; [12]
- необходимость специализированной медицинской помощи по показаниям матери или плода;
- экстрагенитальные заболевания беременной, когда пролонгирование беременности становиться небезопасным для женщины;
- для женщин с хронической или гестационной гипертензией родоразрешение следует обсуждать на сроках от 38 + 0 до 39 + 6 недель;
- холестаз при повышении билирубина в срок 37 недель и более.

Противопоказания к проведению процедуры/ вмешательства:
- любые хирургические операции на дне матки;
- открытые внутриутробные операции (например, операция по закрытию миеломенингоцеле);
- миомэктомия с иссечением входа в полость матки;
- классический (вертикальный) рубец в верхней части матки (в области наиболее толстого мышечного слоя) после предыдущего кесарева сечения;
- активный генитальный герпес;
- предлежание плаценты или сосудов пуповины;
- аномальное предлежание плода (например, поперечное положение плода, предлежание пуповины, некоторые варианты несоответствия размеров плода размерам таза); [14]
- наличие множественных рубцов на матке;
- тазовое предлежание плода;
- инвазивный рак шейки матки;
- корригированные разрывы промежности 3 степени, мочеполовые и кишечно-половые свищи.

При тяжелой ЗВРП индукция родов не рекомендуется.

Оценка срока беременности:

- формула Naegele: от первого дня последней менструации вычитается 3 месяца и прибавляется 7 дней = 40 недель. В случае ВРТ-дата внутриматочного введенияспермы или имплантации эмбриона в матку;
- показатели УЗИ: КТР плода в первом триместре беременности, БПР, окружность головки. Длина бедренной кости во втором триместре. КТР в первом триместре – точность±5дней; фетометрия плода на 19-21 неделя– точность±7дней;
- если имеется разница между сроком беременности по менструальному циклу и по УЗИ в первом триместре, следует брать за основу данные УЗИ (УД-IA).

2.3 Перечень основных и дополнительных мероприятий:

Основные мероприятия:

- общий анализ крови;
- коагулограмма;
- группа крови по системе АВО и резус фактор;
- КТГ плода;
- допплерометрия;
- УЗИ (биофизический профиль плода, количество околоплодных вод, оценка плаценты).

Дополнительные мероприятий:

- консультация смежных специалистов по показаниям;
- в зависимости от показаний к индукции.

Первоначальная оценка для уточнения того, подвергается ли жизнь матери или плода непосредственной угрозе (степень консенсуса + + +) :

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование (оценка состояния, АД, пульс, ЧДД, Т-тела).

Дальнейшая диагностика (после исключения непосредственной угрозы жизни матери/плода)

Модифицированная шкала Бишопа (Мшб)

Факторы	Оценка (балл)			
	0	1	2	3
Раскрытие	<1	1-2	3-4	>4
Длина шейки матки (см)	>3	2	1	<1

Расположение предлежащей части относительно седалищных остей (см)	выше на 3см и более	Выше на 2 см	выше на 1 см или на уровне	ниже на 1 или2см
Консистенция шейки матки	плотная	Частично размягчена	мягкая	
Положение шейки относительно проводной оси таза	кзади	срединно	кпереди	

Шейка матки считается «незрелая», если по МШБ 6 баллов и менее.

Оценка:
При оценке шейки матки по МШБ на 6 баллов и менее рекомендуются методы подготовки шейки матки: механические (баллонные катетеры Фолея, ламинарии) и фармакологические (простагландины Е1 и Е2 по рекомендуемым схемам).
При «зрелой» шейке 7 баллов и более – амниотомия и окситоцин по схемам.
Рекомендуется документальное оформление оценки степени зрелости шейки матки по шкале Бишопа в каждой истории родов.

2.4 Требования к проведению процедуры/вмешательства:
- консультирование пациентки о цели проведения индукции родов, используемых медикаментах, возможных осложнениях;
- получение информированного согласия пациентки;
- индукция родов проводится только в условиях стационарного клинического наблюдения;
- индукция проводится в условиях непрерывного кардиотокографического наблюдения.

Методы подготовки шейки матки: механические/хирургические и фармакологические.

Механические методы подготовки шейки матки:
- пальцевое отслоение плодных оболочек: отслоение плодных оболочек – это механический метод, при котором врач вводит один или два пальца в шейку матки и с помощью непрерывных круговых движений отслаивает нижний полюс плодного пузыря от нижнего сегмента матки.
- введение в цервикальный канал баллонных катетеров (№20-22) на 12-18 часов. При безуспешности возможно повторное введение баллонного катетера через 24 часа. Гигроскопические расширители цервикального канала шейки матки (ламинарии), синтетические расширители могут применяться при незрелой шейке матки. Гигроскопические расширители цервикального канала вводятся в шейку матку и вызывают ее раскрытие за счет

осмотической дегидратации ткани шейки матки и эндогенного высвобождения простагландинов. Применение этого метода считается безопасным.

Фармакологические методы подготовки шейки матки:
Простагландин Е2 (Динопростон)
Простагландины вызывают раскрытие шейки матки и стимулируют родовую деятельность, способствуя возникновению схваток, поэтому они могут применяться при незрелой шейке матки.
Простагландин Е2 (Динопростон) применяться вагинально. Гель следует вводить высоко в задний свод, избегая попадания в цервикальный канал. Пациент должен оставаться в лежачем положении в течение 30 минут.
Гель (1 мг) закладывается в задний свод влагалища. При необходимости через 6 часов можно ввести вторую дозу геля - 1-2 мг. В случае полного отсутствия эффекта от первого введения используется 2мг. Не превышать суточную дозу в 4 мг. Временной интервал между последней дозой и началом введения окситоцина должен составлять от 6 до 12 часов из-за потенциальной тахисистолии матки при введении окситоцина и простагландина PGE2 [14,15]

Аналоги простагландина Е1 (Мизопростол)
Мизопростол применяется перорально и интравагинально при незрелой шейке матки. По сравнению с применением простагландина Е2 (Динопростона) интравагинально индукция родов Мизопростоном приводит к более высокой доле родов в течение 12-24 часов и без повышения риска таких осложнений, как гиперстимуляция матки.
Таким образом, мизопростол представляется наиболее эффективным препаратом для индукции родов при незрелой шейке матки.
Дозировка Мизопростола 25 мкг считается безопасной. Мизопростол в дозе 50 мкг при приеме внутрь соответствует 25 мкг Мизопростола при интравагинальной форме применения. [7,8]
Начальная доза должна быть не более 50 мкг. Мизопростол не должен применяться одновременно с другими простагландинами или окситоцином.
Мизопростол абсолютно противопоказан беременным с наличием послеоперационного рубца на матке (кесарево сечение). Осторожность следует соблюдать и в отношении многорожавших, а также при многоплодной беременности, так как у данной категории беременных повышен риск разрыва матки. [7]
Мизопростол применяется в дозе 25-50 мг в задний свод влагалища каждые 6 часов. Всего допускается 4 цикла в день. На следующий день прием препарата возможен начиная с 50 мкг. Вагинальный путь может быть более эффективным, хотя при пероральном введении меньше осложнений и меньше частота побочных явлений.
Возможно применение 25 мкг перорально каждые 2 часа (200 мкг мизопростола растворить в 200 мл воды, назначить по 25 мл каждые 2 часа).

Дозировку продолжают до тех пор, пока не начнутся адекватные роды (3 или более схваток за 10 минут).
Максимальная доза 200 мкг в течение 24 часов (или 8 доз в течение 20 часов)
Влагалищное исследование в начале родовых действий (желательно в течение 1 часа) или при их отсутствии в течение 24 часов.
Инфузия окситоцина возможна в течение 4 часов после последней дозы. [7,8]

Амниотомия – искусственное вскрытие плодных оболочек с использованием специального инструмента.
Амниотомия проводится при оценке шейке матки по МШБ 7 баллов и более.
Амниотомия в значительной степени ассоциируется с окситоцином. (УД-IA).
NB! Изолированная амниотомия не рекомендуется для индукции, поскольку время наступления схваток непредсказуемо, особенно у первородящих. [14]
При амниотомии и введении окситоцина интервал от амниотомии и родоразрешения короче, по сравнению с амниотомией и отсроченным введением окситоцина (через 4 часа после амниотомии) у первородящих и повторнородящих.[15,16]
Недостатки амниотомии:
1. Повышение риска:
- восходящей инфекции, выпадение петель пуповины;
- вертикальная передача инфекции, например, ВИЧ;
- кровотечение.

2. Непредсказуемые и иногда продолжительный интервал времени до начала родов:
3. Эффективна лишь в 50% случаев
Техника амниотомии:
- информировать беременную и получить письменное согласие;
- выслушать сердцебиение плода в течение одной минуты;
- уложить пациентку на спину;
- подложить чистое судно под таз;
- указательный и средний палец одной руки ввести в цервикальный канал, провести отделение плодных оболочек от нижнего сегмента матки;
- другой рукой взять браншу пулевых щипцов и ввести в цервикальный канал между указательным и средним пальцем другой руки, стараясь не касаться мягких тканей;
- подцепить оболочки и вскрыть их, медленно выпустить воду;
- провести осмотр околоплодных вод (количество, цвет, примеси);
- выслушать и оценить сердцебиение плода;
- занести данные в историю родов.

При проведении амниотомии необходимо:
- выслушать сердцебиение плода до и после в течение одной минуты;
- оценить количество и качество околоплодных вод;
- занести данные в историю родов.

Окситоцин:
Окситоцин вводится внутривенно. К его преимуществам относится то, что его легко контролировать, т.к. он быстро поступает в кровь (начинает действовать через 3-10 минут) и быстро выводится из организма (время полураспада 3-6 минут). Его применение разрешается для индукции родов при зрелой шейке матки. В сочетании с амниотомией применение окситоцина повышает вероятность родов через естественные родовые пути. Продолжительность введения окситоцина не должно превышать 12 часов. [16]

Внутривенное введение окситоцина:
- проводится только в родильном отделении под постоянным наблюдением акушерки и/или врача (см. Приложение 3)
- рекомендуется начать введение окситоцина после амниотомии у первородящих, у повторнородящих отсрочить введение окситоцина на 2 часа [15,16]
- инфузию окситоцина после подготовки шейки матки простагландинами ПГЕ2 следует начинать не ранее, чем через 6 часов, а в случаях ПГЕ1 - не ранее, чем через 4 часа
- постоянный КТГ-мониторинг; если доза не повышается, возможен перерыв мониторинга в течение 30 минут
- рекомендуется использовать окситоцин для индукции родов по следующим схемам:
✓ низкодозная схема;
✓ высокодозная схема. [5]
- решение о схеме введения окситоцина принимается в индивидуальном порядке с учетом всех клинических данных (рубец на матке, многоплодная беременность, срок беременности, оценка по МШБ и др.).

Схема введения окситоцина:
- 5 ЕД окситоцина развести в 500 мл раствора натрия хлорида;
- увеличивать скорость инфузии каждые 30 минут по схеме до достижения частоты 3-4 схваток за 10 минут, продолжительности 40-60 секунд, с интервалом не менее 60 секунд [1,5,6];
- поддерживать дозу окситоцина в той концентрации, которая оказалась эффективной;
- осмотр акушер-гинеколога необходим в случаях:
1) при необходимости превышения концентрации 20 мЕД/мин.
2) при концентрации введения окситоцина 32 мЕД/мин. и отсутствии родовой деятельности
3) при прекращении или возобновлении инфузии окситоцина [6]
- после установления родовой деятельности и открытии шейки матки на 5 см и более инфузия окситоцина может быть приостановлена для уменьшения нарушений фетального сердечного ритма и гиперстимуляции матки [6]

• в случаях возобновления инфузии окситоцина, скорость введения зависит от длительности перерыва: если перерыв составляет не более 30 минут, то нужно возобновить окситоцин со скоростью половина предыдущего введения. Если же перерыв составляет более 30 минут, то рекомендуется возобновление с первоначальной дозы из-за короткого периода полураспада окситоцина [4,6].

NB! Максимальная доза окситоцина не должна превышать 32 мЕд/минуту.

Схема введения окситоцина при индукции родов:
(5 ЕД в 500 мл изотонического раствора)
Низкодозная схема

Время между началом инфузии (мин.)	**Доза окситоцина (мМЕ/мин)**	**Скорость введения инфузии (капл./мин.)**
0	2	4
30	4	8
60	6	12
90	8	16
120	10	20
150	12	24
180	14	28
210	16	32
240	18	36
270	20	40
300	22	44
330	24	48
360	26	52
390	28	56
420	30	60
450	32	62

Схема введения окситоцина при индукции родов:
(5 ЕД в500 мл изотонического раствора)
Высокодозная схема

Время между началом инфузии (мин.)	**Доза окситоцина (мМЕ/мин)**	**Скорость введения инфузии (капл./мин.)**
0	6	12
30	10	20
60	12	24
90	16	32
120	20	40
150	24	48
180	28	56
210	32	64

Немедленное прекращение инфузии окситоцина

Тахисистолия – это наличие более 5 схваток за 10 минут (при подсчете в течение 30 минут) и/или наличие сопутствующих изменений частоты сердечных сокращений плода.

Гипертонус матки - это чрезмерно сильные маточные сокращения с длительностью 120 секунд или более без нарушения сердечного ритма плода**.**

Гиперстимуляции - это чрезмерно сильные маточные сокращения (гипертонус или тахисистолия) с патологическими изменениями сердечного ритма плода. [9,10]

Появление обильных кровянистых выделений из половых путей.

В случае гиперстимуляции матки следует немедленно:

- прекратить введение окситоцина;
- положить роженицу на левый бок;
- обеспечить подачу кислорода со скоростью 8 л в минуту;
- провести инфузию изотонического раствора 500 мл за 15 минут;
- провести экстренный токолиз бета-адреномиметиками (например, тербуталин 250 мкг подкожно, или сальбутамол100 мкг внутривенно медленно);
- при отсутствии родовой деятельности через 5 часов произвести оценку клинической ситуации консилиумом для решения вопроса о продолжении родовозбуждения или абдоминального родоразрешения;
- если нормальную ЧСС плода восстановить удается, а гиперстимуляция купирована (частота сокращений матки снизилась и составила менее 5 схватки за 10 мин., или продолжительность схватки составила менее 2 мин., или интервал между схватками увеличился более 60 секунд), продолжите ведение родов через естественные родовые пути. Если лечение неэффективно, имеются признаки страдания плода - показано экстренное кесарево сечение; [9,13]
- неэффективная индукция: если через 12 часов введения окситоцина открытие шейки матки 5 см и менее, медицинские работники должны обсудить ситуацию с пациенткой и обсудить план дальнейшего ведения и возможность родоразрешения путем операции кесарево сечение. [14,15]

2.5 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения: удовлетворительное состояние родильницы и новорожденного после индукции родов.

3. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

3.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1) Аимбетова Алия Робертовна – доктор медицинских наук, акушер-гинеколог, заместитель Председателя Правления по клинике АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»

2) Исенова Сауле Шайкеновна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»
3) Исина Гульжан Муратовна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»
4) Сармулдаева Шолпан Куанышбековна – кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог высшей категории, доцент кафедры клинических дисциплин ВШМ ФМиЗ Казахский национальный университет им. Аль-Фараби
5) Ералиева Бибихан Абдалиевна – кандидат медицинских наук, клинический фармаколог, КГП на ПХВ «Городская клиническая больница №4» УОЗ г. Алматы, главный внештатный клинический фармаколог УОЗ город Алматы

3.2 Конфликт интересов: отсутствует.

3.3 Рецензент:
1) Бапаева Гаури Биллахановна – доктор медицинских наук, профессор, директор департамента женского здоровья Национальный Научный Центр материнства и детства КФ «University Medical Center»

3.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

3.5 Список использованной литературы:

1. Grobman WA, Rice MM, Uma M. Reddy UM, et al: Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. N Engl J Med 379 (6):513–523, 2018. doi: 10.1056/NEJMoa1800566
2. Рекомендации FIGO 2017г. https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2017/06/FIGO-Misoprostol-Chart-2017.png
3. Рекомендации NICE 2022 https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/research-and-development/research-recommendations/NG207/07
4. Muglu J, Rather H, Arroyo-Manzano D, Bhattacharya S, Balchin I, Khalil A, et al. Risks of stillbirth and neonatal death with advancing gestation at term: a systematic review and meta-analysis of cohort studies of 15 million pregnancies. PLoS Med. 2019;16(7):e1002838. doi:10.1371/journal.pmed.1002838.
5. Chen HY, Grobman WA, Blackwell SC, Chauhan SP. Neonatal and maternal adverse outcomes among low risk parous women at 39–41 weeks of gestation. Obstet Gynecol. 2019;134(2):288-94. doi:10.1097/AOG.0000000000003372.
6. Queensland Clinical Guidelines. Induction of Labour. 2017. [cited 2017 March29].Availablefrom:http://www.health.qld.gov.au/qcg.
7. Handal-OreficeRC etal. Oral or Vaginal Misoprostol for Labor Induction and Cesarean Delivery Risk. Obstet Gynecol 2019; 134:10–6.
8. Coates R, Cupples G, Scamell A, McCourt C. Women's experiences of

induction of labour: qualitative systematic review and thematic synthesis. Midwifery. 2019; 69:17-28. doi: 10.1016/j.midw.2018.10.013.
9. Akuamoah-Boateng J, Spencer R. Woman-centered care: women's experiences and perceptions of induction of labor for uncomplicated post-term pregnancy: a systematic review of qualitative evidence. Midwifery. 2018; 67:46-56. doi: 10.1016/j.midw.2018.08.018.
10. Lou S, Hvidman L, Uldbjerg N, Neumann L, Jensen TF, Haben JG, et al. Women's experiences of postterm induction of labor: a systematic review of qualitative studies. Birth. 2019;46(3):400-10. doi:10.1111/birt.12412.
11. Coates D, Goodfellow A, Sinclair L. Induction of labour: experiences of care and decision-making of women and clinicians. Women Birth. 2020;33(1): e1-e14. doi: 10.1016/j.wombi.2019.06.002.
12. РЦРЗ, Клинический протокол «Маловодие и многоводие», МЗ РК – 2017г.
13. РЦРЗ, Клинический протокол «Изосерологическая несовместимость крови матери и плода», МЗ РК – 2017г.
14. WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term, 2022
15. Diseases Committee of FIGO Int J Gynecol Obstet. 2021;154(Suppl 1):3–31
16. (Upawi, S. N., Ahmad, M. F., Abu, M. A., & Ahmad, S., 2022. Amniotomy and early oxytocin infusion vs amniotomy and delayed oxytocin infusion for labour augmentation amongst nulliparous women at term: A randomised controlled trial. Midwifery, 105, 103238)

Приложение 1

Информированное согласие

Врач объяснил мне,
(Ф.И.О.)_____
что индукция родов предложена мне по следующей причине _____
_____

Я понимаю, что индукция родов может сопровождаться следующими осложнениями:

- гиперстимуляцией матки (частые, продолжительные схватки и страдание плода);
- гипертонусом (частые, продолжительные схватки); выпадением петель пуповины;
- нарушением состояния плода; инфекцией;
- преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты;
- разрывом матки;
- послеродовым кровотечением;
- увеличением количества инструментальных и оперативных родов.

Я понимаю, что индукция родов может оказаться неудачной, роды не начнутся и может возникнуть необходимость выполнения кесарева сечения или инструментов (вакуум, щипцы) для рождения моего ребенка; нарушению частоты сердцебиения плода, появлению мекония в водах; незрелость новорожденного при индукции ранее 39 недель беременности.

Я понимаю, что риск увеличивается при курении, избыточном весе, повышенном артериальном давлении, сахарном диабете и других экстрагенитальных заболеваниях.

Я понимаю, что при индукции родов существует риск осложнений, связанных с моими индивидуальными особенностями и обстоятельствами.

Я подтверждаю, что врач информировал меня о методах индукции родов, альтернативных вариантах ведения беременности.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, и я получила на них исчерпывающие ответы.

Я согласна на выполнение подготовки шейки матки с использованием _____ и родовозбуждения окситоцином.

Подпись пациента_____дата_____время_____

Врач (Ф.И.О.)_____

Я подтверждаю, что я объяснил необходимость индукции родов, методику выполнения процедуры, обсудил возможные риски и осложнения.

Я предоставил возможность задать вопросы и ответил на них.

Подпись врача _____дата _____время

Приложение 2

Лист наблюдения при подготовке шейки матки мизопростолом
(per os или в задний свод влагалища)

ФИО_____
№ истории родов_____
Дата и время поступления_____
О/п воды_____

№	Дата и время (после каждого приема препарата)	Наблюдение						Примечание
		АД мм ртст	PS в мин	t°c	С/Б уд в мин	Тонус матки	Выделения из половых путей	

ФИО акушерки_____

ФИО врача_____

Приложение 3

ЛИСТ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ИНДУКЦИИ РОДОВ

Ф.И.О._____Возраст _____
ИР No_____
Дата поступления в род.блок_____время_____
Дата и время излития околоплодных вод/амниотомии
_____

№	Время начала	Реальное время начала	Скорость введения		С/Б плода	АД	Пульс	t
			кап/мин	мл/час				
1.	00:00							
2.	00:30							
3.	01:00							
4.	01:30							
5.	02:00							
6.	02:30							
7.	03:00							
8.	03:30							
9.	04:30							
10.	05:00							

ФИО акушерки: _____

ФИО акушер-гинеколога: _____