

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

ЗАТЯЖНЫЕ И ОБСТРУКТИВНЫЕ РОДЫ

Клинический протокол

БИШКЕК – 2014

Национальный клинический протокол для родовспомогательных учреждений I-III уровней организаций здравоохранения утвержден Приказом МЗ КР № 379 от 4 июля 2014г.

Клиническая проблема

Ведение затяжных и обструктивных родов на всех уровнях здравоохранения Кыргызской Республики

Этапы оказания помощи

Все уровни здравоохранения Кыргызской Республики.

Целевая группа

Акушер-гинекологи, фельдшера и акушерки, принимающие роды, организаторы здравоохранения, студенты медицинских высших и средних учебных заведений

Целевая группа пользователей

Роженицы в сроке гестации до 42 нед. беременности, с целым плодным пузырем, роды у которых вышли за пределы нормы, вне зависимости от паритета родов, предполагаемой массы плода, предлежащей части и вида предлежания

Дата создания

2014 год

Планируемая дата обновления

Проведение следующего пересмотра планируется в январе 2017, либо при появлении новых ключевых доказательств. Все поправки к клиническим протоколам будут опубликованы в периодической печати. Любые комментарии и пожелания по содержанию клинического протокола приветствуются

Рабочая группа по разработке протокола

Ешходжаева А.С. – начальник управления лечебно-профилактической помощи и лицензирования МЗ КР, руководитель рабочей группы

Стакеева Ч.А. – и.о. доцента кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии КГМИПиПК, к.м.н.

Мусуралиев М.С. – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 КГМА, д.м.н., профессор

Аскеров А.А - заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 КГМА, д.м.н., Президент Кыргызской Ассоциации акушеров-гинекологов и неонатологов

Барыктабасова Б.К. – консультант Министерства здравоохранения по вопросам доказательной медицины и методологии разработки клинических руководств и протоколов, к.м.н.

Внешний эксперт: Чу Руфь, врач акушер-гинеколог, международный консультант, Институт научных технологий и языков

Внутренний эксперт: Бообекова А.А. к.м.н., главный специалист отдела лечебно-профилактической помощи УОМП и ЛП МЗ КР

Адрес для переписки с рабочей группой: Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Тоголока Молдо, -1-, 720040. Тел. 66-27-98, 62-18-29

Выражается глубокая признательность Фонду ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Кыргызской Республике за оказанное техническое и методическое содействие при разработке и внедрении протокола

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	4
Словарь терминов.....	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	5
Введение.....	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	7
Терминология		9
Затяжные и обструктивные роды в первом периоде родов	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	11
Затяжные и обструктивные роды во втором периоде родов	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	18
Затяжные и обструктивные роды в третьем периоде родов	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	25
Профилактика развития узкого таза и акушерских осложнений	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	26
Список литературы	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	29
Приложения	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	32
Приложение №1. Правила введения окситоцина	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	32
Приложение №2. Методы наблюдения за состоянием плода во время родов	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	38
Приложение №3. Признак Вастена. Признак Цангемейстера	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	46
Приложение №4. Информированное согласие на проведение родостимуляции.....	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	47
Приложение №5. Информированное согласие на проведение амниотомии	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	48
Приложение №6. Алгоритм ведения при ложных схватках	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	49
Приложение №7. Индикаторы	<u>Ошибка! Закладка не определена</u>	50

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	Артериальное давление
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДИ	Доверительный интервал
ДЗ	Диагноз
ЗВУР	Задержка внутриутробного развития плода
ИМТ	Индекс массы тела
КГМА	Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
КГМИПиПК	Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
КРСУ	Кыргызско-Российский Славянский университет
КР	Кыргызская Республика
КТГ	Кардиотокография плода
мЕД	Миллиединицы
НСТ	Нестрессовый тест
П/д	Период
РДС	Респираторный дистресс синдром
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ЧСС	Частота сердечных сокращений
Ш/М	Шейка матки

- Аналоги простагландинов E₁ (мизопростон и сайтотек) и E₂ (препедил, простенон) - препараты, применяемые для индукции родов при различных акушерских ситуациях.
- Аномалии родовой деятельности – осложнения родового процесса, приводящие к нарушению физиологического течения родов по темпу раскрытия шейки матки, продвижению плода по родовому каналу и способствующие неблагоприятным осложнениям у матери и плода.
- Дистоция плечиков – затруднение прохождения плечиков по родовому каналу вследствие **клинического несоответствия плечевого пояса плода и таза матери.**[41]
- Дистоция шейки матки (функциональная и органическая) – рубцовые изменения или спазм, препятствующие раскрытию шейки матки в первом периоде родов, является клинической формой дискоординированной родовой деятельности.
- Дистоция (Dystocia) - “трудные” роды, вызванные наличием аномалий у плода или матери. Наиболее частой причиной “трудных” родов является затруднение родового акта вследствие аномалий плода (fetal dystocia), когда он является очень крупным или имеет неправильное предлежание. Затруднение родового акта вследствие патологии матери (maternal dystocia) может возникать в результате наличия у женщины слишком узкого таза, слабого сокращения мышц матки или недостаточного раскрытия шейки матки во время родов. Если причина дистоции не может быть устранена, то нередко возникает необходимость в проведении кесарева сечения или оперативных вагинальных родов, которые свели бы к минимуму возможную угрозу жизни матери и ребенка.
- Дистресс (distress англ. недомогание, страдание) новорожденного – последствия гипоксии у новорожденного. Устаревшее название – асфиксия новорожденного.
- Респираторный дистресс-синдром – синдром тяжелой дыхательной недостаточности у новорожденных, обусловленный различными заболеваниями, преимущественно патологией легких у недоношенных детей, вследствие недостаточного содержания сурфактанта в альвеолах.
- Качество медицинской помощи – соответствие медицинских услуг ожиданиям пациента и его семьи, достигается путем использования медицинской науки, доказательной медицины и выполнения технологии оказания медицинской помощи с наилучшими результатами.
- Конглоутинация маточного зева (conglutinatio ostii uteri) – сужение и закрытие шейки матки, обусловленное воспалительным процессом или повреждением эпителия при оперативных вмешательствах, в частности, вследствие диатермокоагуляции по поводу псевдоэрозии шейки матки.
- Макросомия плода – увеличенные относительно гестационного возраста размеры туловища плода, особенно плечевого пояса, затрудняющие их прохождение по родовому каналу. Макросомия плода встречается у беременных, страдающих сахарным диабетом и метаболическим синдромом.
- Партограмма – способ графического описания родов, в котором отражаются в виде кривой раскрытие шейки матки, продвижение плода и другие показатели общего состояния и течения родов. Используется для прогнозирования родов, контроля темпа родов и оценки проводимых акушерских мероприятий.
- Потуги – полупроизвольные ритмичные сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы и промежности синхронно со схватками, направленные на изгнание плода и последа.

- Правило двух часов: продолжительность второго периода родов ограничено двумя часами, головка доношенного плода не должна находиться в одной плоскости малого таза более двух часов.
- Родоразрешение – система организационных, медицинских и технологических мероприятий, направленных на завершение беременности. С практической точки зрения возможно досрочное родоразрешение путем индуцированных родов или кесарева сечения.
- Роды – физиологический процесс, направленный на изгнание плода и последа при достижении определенного срока беременности и гестационного возраста плода (22 недели). В зависимости от гестационного возраста плода роды относят к преждевременным при сроке беременности 22 до <37 недель, своевременным – при сроке беременности ≥ 37 нед. до <42 недели, запоздалым – при беременности ≥ 42 недель с признаками переношенности плода.
- Слабость родовой деятельности – состояние, при котором родовая деятельность не обеспечивает нормальный темп раскрытия шейки матки и продвижение плода по родовому каналу при отсутствии механического препятствия в родах. При этом схватки характеризуются как непродолжительные, редкие или слабой интенсивности в разных сочетаниях.
- Схватки – произвольные ритмичные сокращения матки, направленные на сглаживание, раскрытие шейки матки, продвижение плода по родовому каналу. Схватки оценивают по продолжительности, частоте за 10 минут наблюдения, интенсивности, ритмичности и координированности сокращений верхнего и нижнего сегментов матки. Родовые схватки должны обеспечивать нормальный темп родов.
- Токोलитики – препараты разных фармакологических групп, объединенных способностью подавлять сократительную функцию матки. Токोलитики нашли широкое применение при невынашивании беременности, при дискоординированной родовой деятельности, в терапии гипоксии плода, при подготовке к экстренным акушерским операциям.
- Хечинашвили метод определения готовности беременной к родам – способ определения «зрелости» шейки матки по длине, отношению к проводной оси таза, размягчению и проходимости цервикального канала.
- Шкала Бишопа (Bishop) – оценка состояния шейки матки по степени размягчения, укорочения и отношения к проводной оси малого таза в балльной системе (0 – 2 баллов: незрелая, 3 - 4 балла: недостаточно зрелая, 5 - 8 баллов: зрелая). Учитывается как прогностический признак при беременности и при подготовке к родам.
- Эпидуральная анестезия - метод проводниковой анестезии, заключающийся во введении анестетика в эпидуральное пространство. Используется при оперативном родоразрешении, считается «золотым стандартом» обезболивания родов.

ВВЕДЕНИЕ

Затяжные и обструктивные роды тесно связаны с известными неблагоприятными исходами, как для матери, так и для плода. Они могут приводить к истощению организма роженицы, перинатальной асфиксии и смертности. Затяжные и обструктивные роды широко распространены и могут наблюдаться во всех трех периодах родов: вызывать замедление раскрытия шейки матки, продвижение плода по родовому каналу, нарушать процесс отделения плаценты и выделения последа. Статистические данные в разных исследованиях неоднозначны, т.к. различны определения, критерии диагностики, сравниваемые группы. Из всех родов, закончившихся рождением живого ребенка, около 20% были затяжными или обструктивными (20). В группе высокого риска находятся нерожавшие женщины с доношенным сроком беременности. Так, в одном датском исследовании, дистоция (задержка) во время родов отмечалась у 37% здоровых первородящих в доношенном сроке гестации, роды у которых начались спонтанно (без указания на индукцию) и не было риска кесарева сечения (21).

Затяжные и обструктивные роды является наиболее распространенным показанием для первичного кесарева сечения. В одном исследовании из 733 женщин, прооперированных в экстренном порядке, 68 % кесаревых сечений произведены по поводу отсутствия прогресса в родах (22).

Остаются актуальными критерии диагностики ложных схваток или затяжных родов, неверная диагностика которых приводит к ненужной индукции и стимуляции родовой деятельности, что, в свою очередь, может стать причиной ненужного оперативного родоразрешения с его возможными осложнениями.

По данным Нац. Ком. Стата КР, в 2009 г. удельный вес родов, осложнившихся слабостью родовой деятельности, составил 2,6% от числа всех родов в указанном году, вне зависимость от срока гестации, паритета родов, метода родоразрешения и т.д.; в 2010 г. – 4,8%; в 2011 г. – 4,5%; в 2012 г. – 2,7%.

Цель разработки данного протокола: создание единых подходов по ведению пациенток с затяжными и обструктивными родами на всех уровнях здравоохранения.

Ожидаемые результаты от внедрения рекомендаций данного документа:

- Улучшение знаний и навыков по диагностике, лечению и профилактике осложнений при затяжных родах.
- Снижение частоты осложнений от дистоции в родах: материнский травматизм, кровотечение в послеродовом периоде, гнойно-септические осложнения, рождение детей с низкой оценкой по шкале Апгар, такого психологического фактора, как неудовлетворение женщиной данными родами, страх и неуверенность при последующих беременностях и родах.
- Улучшение качества медицинской помощи: верная диагностика, своевременное перенаправление на соответствующий уровень ОЗ, предупреждение осложнений и качественная их коррекция.

Основные группы пользователей: акушер-гинекологи, фельдшера и акушерки, принимающие роды, студенты медицинских высших и средних учебных учреждений, сотрудники ФОМС.

Для кого предназначено руководство: для ведения любой роженицы, роды у которой вышли за пределы нормы, вне зависимости от паритета родов, срока гестации

(кроме переносимости беременности), предполагаемой массы плода, предлежащей части и вида предлежания.

Описание процесса поиска и оценки существующих клинических руководств и других доказательств: поиск клинических руководств, а также результатов мета-анализов, систематических обзоров рандомизированных клинических исследований и т.д. проводился в Кохрейновской Библиотеке, в базе медицинских данных “Медлайн” (Medline) и других национальных и крупнейших международных электронных базах доказательных руководств в сети Интернет.

Декларация конфликта интересов: перед началом работы по созданию данного клинического руководства все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для диагностики, лечения и профилактики затяжных родов.

Внедрение рекомендаций потребует изменения существующей практики ведения родов, т.к. были изменены некоторые диагностические критерии латентной и активной фаз первого периода (5). Для наглядности вышеизложенного, в таблице №1 представлены, в сравнении, два Клинических Протокола МЗ КР: предыдущий, от 21 октября 2008 года, и предлагаемый.

Диагностические критерии первого периода родов

Таблица №1

Диагностический критерий	2008 год	2013 год
раскрытие ш/м в латентной фазе родов	до 3 см раскрытия шейки матки	до 6 см раскрытия шейки матки
раскрытие ш/м в активной фазе родов	с 3 см (включительно) до полного раскрытия шейки матки	с 6 см (включительно) до полного раскрытия шейки матки
скорость раскрытия маточного зева в активной фазе родов	не менее 0,5 – 1 см/час	не менее 1 см/час

Решение пересмотреть критерии латентной и активной фаз первого периода родов продиктовано данными последних исследований, которые свидетельствуют о том, что нормальная скорость раскрытия шейки матки между 3 и 6 см гораздо медленнее, чем описано Фридманом (28). Так, в родах, время раскрытия шейки матки с 4 до 5 см может занять более шести часов (равно, как у первородящей, так и у повторнородящей), и более трех часов - с 5 до 6 см. Следует обратить внимание, что наличие или отсутствие фазы замедления не имеют большого клинического значения, т.к. сегодня роженицы с темпами раскрытия шейки матки менее 1 см в час до 6 см раскрытия, далее, как правило, идут на нормальные вагинальные роды, при этом скорость раскрытия ш/м может значительно превышать пределы “нормы” (55). [42] Однако, начало активной фазы родов, для которой характерны быстрые изменения в ш/м, является клинически важным. **Таким образом, раскрытие шейки матки 6 см следует считать порогом активной фазы для большинства женщин в родах и стандарты активной фазы не должны применяться до открытия 6 см.**

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Код по МКБ Х:

О62 Нарушения родовой деятельности (родовых сил)

О62.0 Первичная слабость родовой деятельности

- *Отсутствие прогрессирующего раскрытия шейки матки*
- *Первичная гипотоническая дисфункция матки*

О62.1 Вторичная слабость родовой деятельности

- *Прекращение схваток в активной фазе родов*
- *Вторичная гипотоническая дисфункция матки*

О62.2 Другие виды слабости родовой деятельности

О63 Затяжные роды

О63.0 Затянувшийся первый период родов

О63.1 Затянувшийся второй период родов

О64 Затрудненные роды вследствие неправильного положения или предлежания

О65 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери

О66 Другие виды затрудненных родов

Чтобы диагностировать неудовлетворительный прогресс родовой деятельности (нарушение родовой деятельности), нужно четко определить, что подразумевается под понятием нормальные роды. К родам относятся маточные сокращения, в результате которых происходит прогрессивное расширение и сглаживание шейки матки (или наоборот – в зависимости от паритета родов), а также продвижение и изгнание плода. “Роды при аномалиях родовых сил”, “роды при слабости родовой деятельности”, “роды при сильной (чрезмерной) родовой деятельности”, “дистоция” (задержка) являются традиционными, но неточными терминами, которые использовались ранее при описании сократительной функции матки, как отклонения от спонтанных вагинальных родов, наблюдаемых у большинства женщин. Эти нарушения родовой деятельности (О62) на современном этапе определяются как:

- **затяжные роды** (т.е. медленнее, чем нормальные роды)
- **обструктивные роды** (т.е. полное прекращение прогресса родов).

Диагноз **затяжные или обструктивные роды** базируется на отклонениях от норм, описанных ниже, и определяется в соответствии с периодами родов, в которых они происходят. Определение “протекают ли роды нормально” является ключевым компонентом ухода в родах. Однако критерии начала родовой деятельности, как правило, неточны и порой субъективны. *Следует обратить внимание на терминологию: роды могут протекать медленнее, чем в норме, но по разным причинам. Определение причин важно, т.к. это определяет тактику лечения. Если роды затянулись на фоне неадекватной родовой деятельности, то, соответственно, следует коррегировать родовую деятельность, определив диагноз, как **слабость родовой деятельности** (первичная или вторичная). Если роды затянулись на фоне адекватных схваток, то стимуляция родовой деятельности противопоказана, т.к. это небезопасно. Кроме того, лечение **затяжных родов** может быть ограничено немедикаментозными методами коррекции.*

Таким образом, **затяжные роды (О63)** – это роды, которые протекают медленнее, чем нормальные роды. **Диагноз «Обструктивные роды»** выставляется исключительно в тех случаях, когда полностью отсутствует прогресс раскрытия шейки матки, **в течение не менее 4-х часов,** [чз]или продвижение предлежащей части по родовому каналу, в течение не менее 2 часов, но, как правило, на фоне адекватной родовой деятельности. Наиболее распространенной причиной **затяжных родов** является **слабость родовой деятельности**, т.е. такая сократительная деятельность

матки, которая либо не достаточно сильна, либо ненадлежащим образом скоординирована, чтобы расширить шейку матки и изгнать плод.

- **Первичной слабостью родовой деятельности (О62.0)** считают такую ситуацию, когда схватки с самого начала были недостаточно активными, иногда патологические предвестниковые схватки переходят в слабость родовой деятельности.
- **Вторичной (О62.0)** считают такую ситуацию, когда вслед за нормальной или даже бурной родовой деятельностью происходит ее ослабление.

Управление

1. Управление родами включает в себя несколько компонентов:

- правильный подход к диагностике начала родов,
- правильная оценка состояния матери и в/у плода,
- тщательный мониторинг родового прогресса.

2. После диагностирования родов, их прогресс оценивают:

- отмечая изменения в сглаживании шейки и ее раскрытии в течение латентной фазы,
- измеряя степень раскрытия шейки и опускание плода в течение активной фазы путем влагалищных исследований **каждые 4 часа**,
- оценивая продолжающееся опускание плода в течение второго периода родов.

Как только женщина входит в активную фазу родов, прогресс должен быть отображен на партограмме, демонстрирующей роды пациентки в сравнении с ожидаемым минимальным пределом “нормы”.

3. Во втором периоде родов:

- проводят вагинальное исследование **каждый час**, отмечая продвижение плода соответственно сегментам головки,
- следуют **правилу двух часов**:
 - продолжительность **нормального**^[44] второго периода родов ограничена двумя часами,
 - головка доношенного плода не должна находиться в одной плоскости малого таза более двух часов.

4. Управление затяжными и обструктивными родами зависит от этиологии и периода последних.

Периоды родов

Первый период - время от начала регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки. Однако, определить точное время начала родов очень трудно, так как нерегулярные сокращения матки, как правило, отмечаются на протяжении всей беременности, а первые регулярные схватки мягкие и редкие.

В свою очередь, первый период родов делится на:

- латентная фаза — до 6 см раскрытия шейки матки,
- активная фаза — с 6 см (включительно) до полного раскрытия шейки матки.

Латентная фаза характеризуется постепенным изменением шейки матки, активная фаза – быстрым (по крайней мере 1 см открытия в час).

Второй период – время от полного раскрытия шейки матки до рождения плода, который в свою очередь делится на:

- пассивная фаза - от полного раскрытия шейки матки до начала потуг,
- активная фаза - с начала потуг до изгнания плода.

Третий период – время от рождения плода до выделения последа.

ЗАТЯЖНЫЕ И ОБСТРУКТИВНЫЕ РОДЫ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

Латентная фаза I-го периода – это:

- не менее 2 схваток за 10 минут
- наличие структурных изменений шейки матки
- открытие шейки матки менее 6 см

Средняя продолжительность латентной фазы I-го периода - **8 часов**, однако, у некоторых пациенток указанная фаза может окончиться быстрее, а у некоторых, напротив, позже, и это не будет считаться патологией. В современном акушерстве **длительной** латентной фазой у первородящих считают **20 и более часов**, у повторнородящих – **14 и более часов**. Однако, на сегодняшний день, даже превышение вышеуказанных временных границ (20 и 14 часов соответственно) не должно быть показанием для кесарева сечения, **если шейка матки продолжает раскрываться и сглаживаться, а состояние матери и в/у плода остаются удовлетворительными** (52). Последнее, более подробно, будет рассмотрено ниже.

Обращаем внимание, что во всех, далее излагаемых акушерских ситуациях, **имеется в виду**, что **плодный пузырь цел**. Ведение беременности и родов при несвоевременном излитии о/п вод изложено в соответствующем клиническом протоколе по акушерству – гинекологии (38).

Ложные схватки

1. Если при первом осмотре нет раскрытия шейки матки, **то диагноз начавшейся родовой деятельности не может быть поставлен**.
2. Если схватки редкие, но **продолжаются**, нужно провести повторный осмотр ч/з 4 часа, чтобы проверить, изменилось ли состояние и раскрытие шейки матки:
 - если изменения есть (отмечаются сглаживание и раскрытие шейки матки) выставляется ДИАГНОЗ - “**Первый период родов**”;
 - если нет изменений шейки матки, несмотря на продолжающиеся схватки, то ДИАГНОЗ – “**Ложные схватки**” остается.
3. Если выставлен ДИАГНОЗ – “**Ложные схватки**”, наблюдать за беременной в условиях стационара не менее 24 часов после постановки диагноза.
4. Если, по истечении 24 часов стационарного наблюдения, родовая деятельность не отмечается, структурные изменения в шейке матке не прогрессируют, состояние матери и в/у плода удовлетворительны, беременную следует выписать с рекомендацией вернуться при появлении признаков родов: **регулярные прогрессирующие схватки, не менее двух, подсчитанные за 10 мин., а также при появлении возможных осложнений: кровянистые выделения из половых путей, отсутствие шевеления плода, излитие о/п вод, болезненные схватки, головные боли, тошнота, рвота и др.** [45]
5. **Внимание:** вышеизложенное не противоречит клиническому протоколу ведения срочных родов, согласно которому влагалищное исследование в **латентной фазе проводится каждые 6 часов**, при условии, что ДИАГНОЗ - “**Первый**

период родов” не вызывает сомнений. Если ДИАГНОЗ - **“Первый период родов”** сомнителен, следует придерживаться предлагаемому протоколу.

Таким образом, если пациентка жалуется на схваткообразные боли внизу живота и поясничной области, но при первом влагалищном исследовании сглаживание и раскрытие шейки матки не отмечаются, исследование следует повторить через 4 (четыре) часа, для исключения **ложных схваток**. Указанный временной промежуток беременная **должна** провести в родовспомогательном учреждении, при этом каждая ОЗ, внутренним протоколом, определяет отделение, в которое пациентка будет госпитализирована (палата/отделение патологии беременных; родовой блок). **Следует помнить главное**, в течении 4-х часов пациентка не должна оставаться без наблюдения: **контроль с/б плода каждые два часа**; ей должно быть комфортно: в ночное время иметь возможность отдохнуть, в дневное - выйти на прогулку.

Если поставлен ДИАГНОЗ - **“Ложные схватки”**, следует наблюдать за пациенткой в отделении/палате патологии беременных **в течении 24 часов**.

Если схватки становятся регулярными и отмечаются **структурные изменения в шейке матки**, значит роженица вошла в роды.

Затянувшаяся латентная фаза

Если женщина находится в латентной фазе **более 8 часов**, но признаков прогресса родовой деятельности не наблюдается, необходимо провести осмотр и проверить еще раз раскрытие шейки матки:

1. Если нет изменений в раскрытии и сглаживании шейки матки и состояние плода удовлетворительное, пересмотреть диагноз. Возможно, **родовая деятельность еще не началась**, ДИАГНОЗ - **“Ложные схватки”**. Дальнейшее наблюдение в отделении/палате патологии беременных в течении 24 часов, согласно стандарту ведения пациенток с диагнозом “Ложные схватки”, т.о. общее время нахождения женщины в родильном стационаре может составить 32 часа.
2. Если изменения в степени сглаживания или раскрытия шейки матки **происходят**, но не соответствуют **ожидаемому прогрессу** – 6 см по истечении 8 часов латентной фазы, ~~следует выставить ДИАГНОЗ “Затянувшаяся латентная фаза I-го периода”~~. Дальнейшее ведение пациентки ~~будет зависеть от паритета родов.~~ **Оправданным вмешательством на следующие 6 часов у повторнородящей женщины и 12 часов — у первородящей, — является наблюдение и немедикаментозные методы ускорения родов:**

- создание комфорта во время родов, в том числе свобода в выборе:
 - есть
 - пить
 - находиться в отдельной родовой палате и т.д.
- присутствие компаньона или сопровождающего лица
- вертикальное положение, свобода передвижения (особенно ходьба)

Возможные причины временного ослабления родов:

- полный мочевой пузырь
- введение сильного анальгетика (например, промедола)
- применение перидуральной анестезии

3. Если схватки продолжаются, нужно провести повторный осмотр ч/з 6 часов, чтобы проверить, изменилось ли состояние и раскрытие шейки матки:

- если изменения есть (отмечаются сглаживание и раскрытие шейки матки), но они не соответствуют ожидаемому прогрессу – 6 см., остается ДИАГНОЗ – “Латентная фаза I периода родов”;

- если изменений в шейке матки нет, несмотря на продолжающиеся схватки, то, возможно, следует выставить ДИАГНОЗ – “Ложные схватки”, дальнейшее ведение соответственно диагноза;
- если раскрытие шейки матки составляет 6 см, то выставляется ДИАГНОЗ “Активная фаза I периода родов”.

4. Контроль за с/б плода каждые 2 часа.

- 5. Если латентная фаза превышает у повторнородящей женщины полных 14 часов, или 20 часов у первородящей, то выставляется ДИАГНОЗ “Затянувшаяся латентная фаза I-го периода”.

Соблюдение вышеизложенных временных границ продиктовано рекомендуемой сегодня продолжительностью латентной фазы первого периода родов: 14 часов – у повторнородящих, 20 часов – у первородящих.– с момента, когда был выставлен ДИАГНОЗ “Латентная фаза”. Таким образом, по истечении 8 часов (среднестатистическая продолжительность) латентной фазы первого периода родов повторнородящая может находиться в данной фазе без врачебного вмешательства еще 6 часов (по достижении общей продолжительности 14 часов с момента постановки диагноза), а первородящая – 12 часов (по достижении 20 часов). Следует помнить, что если схватки продолжаются, оценка прогресса в раскрытии шейки матки проводится каждые 6 часов, выслушивание с/б плода – каждые 2 часа, измерение А/Д – каждые 2 часа. Кроме того, на протяжении всей латентной фазы, а также по ее истечении (14 или 20 часов в зависимости от паритета родов), в случае если шейка еще не сгладилась и не раскрылась достаточно для безопасного проведения амниотомии (шейка матки незрелая), следует вновь поднять вопрос о ложных схватках.

- 3. Если, по истечении 6 часов у повторнородящих и 12 — у первородящих после постановки ДЗ “Затянувшаяся латентная фаза I-го периода”, раскрытие шейки матки соответствует ожидаемому прогрессу — 6 см, то выставляется ДИАГНОЗ “Первый период родов, активная фаза”.

4.б. Если, после постановки ДЗ “Затянувшаяся латентная фаза I-го периода родов”, немедикаментозные методы стимуляции неэффективны, т.е в течении указанного времени (6 часов у повторнородящих и 12 — у первородящих) изменения в степени сглаживания или раскрытия шейки матки происходят, но не соответствуют ожидаемому прогрессу — 6 см., необходимо приступить к медикаментозной коррекции затянувшейся латентной фазы I-го периода родов.

Медикаментозное лечение затянувшейся латентной фазы I-го периода:

- Амниотомия, если шейка матки “зрелая”.
- Если ш/м “не-зрелая”, следует следовать протокола “индукция родов” (4). В последнем случае, иногда, возникает такая клиническая ситуация, когда женщина сутками находится в состоянии мучительных ложных схваток, не входя в истинную латентную фазу; при этом изменения в шейке матки становятся достаточно заметными, чтобы полностью снять диагноз ложных родов, и в то же время недостаточными, чтобы провести амниотомию (шейка матки незрелая). В редких случаях такая ситуация может разрешаться назначением индукции родов по обстоятельствам (при доношенной беременности). Женщине, после получения информированного согласия, можно предложить простагландин цервикально или окситоцин в малых дозах.
- Помощь роженице в принятии вертикальных позиций и оказание поддержки в родах, что является доказанным немедикаментозным методом ускорения родов (5).

- Если хорошая родовая деятельность не установилась **через 1 час** после амниотомии (не менее 2 схваток за 10 минут), начать введение окситоцина (Приложение №1).
- Оценка эффективности родовой деятельности **через 4 часа** внутривенного введения окситоцина, путем влагалищного осмотра:
 - если женщина вошла в активную фазу, спустя 4 часов после начала инфузии окситоцина, продолжить ведение родов через естественные родовые пути;
 - если женщина не вошла в активную фазу, спустя 4 часов после начала инфузии окситоцина, **но отмечается прогресс** в сократительной деятельности (не менее 2 схваток за 10 минут) и/или в сглаживании и раскрытии ш/матки, следует продолжать родостимуляцию еще в течении **4 часов** (см. приложение);
- Повторный осмотр **еще через 4 часа** (когда общее время инфузии окситоцина составит в общей сложности- 8 часов):
 - если женщина вошла в активную фазу, продолжить ведение родов через естественные родовые пути;
 - если, на фоне адекватной родовой деятельности, сглаживание и/или раскрытие шейки матки происходит, но настолько медленно, что, по истечении 8 часов общей инфузии окситоцина, все еще не достигает 6 см., т.е. не женщина не вошла в активную фазу по истечении 8 часов инфузии окситоцина – роды следует закончить операцией кесарево сечение в экстренном порядке с ДЗ “Затянувшаяся латентной фазы I-го периода” (не поддающаяся медицинской коррекции);
 - альтернативно, если состояние матери и плода удовлетворительные, сохраняется медленное, но устойчивое прогрессирование раскрытия шейки, можно, с осторожностью, продолжить стимуляцию родов окситоцином:

Обструктивные роды в латентной фазе

ДИАГНОЗ “**Обструктивные роды в латентной фазе**” свидетельствует о полном прекращении прогресса родов и требует экстренного родоразрешения только путем операции кесарево сечение. Данный диагноз, как правило, следует дифференцировать с ДЗ “Затянувшаяся латентная фаза”. Для его постановки необходимо выполнение следующих условий:

- адекватно проводимая инфузия окситоцина: нужно строго следовать протоколу родостимуляции, увеличивая скорость введения утеротоника до появления хорошей родовой деятельности, соответствующей данному периоду родов;
- адекватный временной промежуток, в течении которого проводится родостимуляция: по достижении хорошей родовой деятельности, либо по достижении максимальной дозировки окситоцина, следует проводить инфузию утеротоника **не менее 4 – х часов**:
 - ✓ если не удастся добиться прогресса в сглаживании и/или раскрытие шейки матки (состояние родовых путей прежнее), не смотря на адекватную сократительную деятельность **в течении 4 – х часов**;
 - ✓ если, **по истечении 4 часов инфузии окситоцина в максимальной дозировке**, не удастся достиг адекватной сократительной деятельности; либо, на фоне адекватной родовой

деятельности сглаживание и/или раскрытие шейки матки не происходит.

Таким образом, нередко, по истечении 8 часов латентной фазы, ДИАГНОЗ – “*I период родов*” может быть пересмотрен на ДИАГНОЗ – “*Ложные схватки*”, позволяющий выписать беременную из стационара. Однако, в случае появления признаков инфекции - повышение температуры тела $> 37,8^{\circ}\text{C}$ в сочетании с любыми двумя из нижеперечисленных симптомов:

- тахикардия матери ≥ 100 уд. в мин. и/или плода > 160 уд. в мин;
- матка между схватками болезненна при пальпации;
- мутные выделения из влагалища с неприятным запахом;
- изменения в ОАК: лейкоцитоз более $15 \times 10^9/\text{л}$. со сдвигом лейкоцитарной формулы влево;

следует назначить следующее лечение:

- немедленная стимуляция родовой деятельности окситоцином после амниотомии;
- антибиотики до родов: Ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов в сочетании с Гентамицином в дозе 5 мг/кг массы тела в/в каждые 24 часа;
- в случае влагалищных родов, прекратить лечение антибиотиками после рождения ребенка;
- в случае кесарева сечения, продолжить введение антибиотиков по вышеуказанной схеме, дополнительно добавив введение Метронидазола в дозе 500 мг в/в каждые 8 часов до тех пор, пока, на протяжении 48 часов, у женщины не будет отмечаться повышенной температуры тела (5).

ВЫВОДЫ:

Если женщина находится в латентной фазе **более 8 часов**, но признаков прогресса родовой деятельности нет (количество и продолжительность схваток остаются на уровне 1-2 схватки за 10 мин), необходимо провести осмотр и еще раз оценить раскрытие шейки матки. При этом:

- если нет изменений в раскрытии и сглаживании шейки матки, состояние плода удовлетворительное, пересмотреть диагноз. Возможно, родовая деятельность еще не началась. ДИАГНОЗ - “*Ложные схватки*”, перевод в палату/отделение патологии беременных, наблюдение в течении не менее 24 часов;
- если степень сглаживания или раскрытия шейки матки изменилась, но не соответствуют ожидаемому прогрессу – 6 см, ~~следует поставить ДИАГНОЗ – “Затянувшаяся латентная фаза”~~, значит пациентка продолжает оставаться в латентной фазе, возможно, для нее это вариант *нормы* и следует придерживаться выжидательной тактике, в зависимости от паритета родов;
- если латентная фаза у повторнородящей женщины превышает полных 14 часов (после постановки диагноза), или 20 часов у первородящей, следует поставить ДИАГНОЗ – “Затянувшаяся латентная фаза” и начать проведение вмешательств в виде амниотомии и стимуляции окситоцином, по потребности;
- если роженица вошла в активную фазу, спустя 8 часов после начала инфузии окситоцина, продолжить ведение родов через естественные родовые пути;
- если прогресс в родовой деятельности и раскрытии ш/м есть, но роженица не вошла в активную фазу спустя 8 часов после начала введения окситоцина, следует поставить ДИАГНОЗ “*Затянувшаяся латентная фаза, не поддающаяся медицинской коррекции*” и завершить роды путём кесарева сечения; или, альтернативно, продолжить осторожную стимуляцию окситоцином под тщательным наблюдением, если состояние матери и ребенка

остаются удовлетворительными (термометрия, пульс, А/Д, лейкоформула, мониторинг за состоянием в/у плода – КТГ, помня о том, что будет нарастать безводный промежуток):

- если, по истечении **4 часов инфузии окситоцина в максимальной дозировке**, нет никакого прогресса в родовой деятельности и раскрытии ш/м, следует поставить ДИАГНОЗ “**Обструктивные роды в латентной фазе**” и завершить роды путем кесарева сечения;
- в случае появления признаков хориоамнионита следует ускорить родоразрешение, при этом метод лечения зависит от акушерской ситуации.

Таким образом, единственным, относительно измеряемым диагностическим критерием прогресса родовой деятельности, является состояние шейки матки, оценка которой должна проводиться не только тщательно, но и по единому стандарту во всех родовспомогательных учреждениях страны.

Активная фаза I-го периода родов – это:

- открытие маточного зева - 6 см и более;
- родовая деятельность - не менее трех схваток за 10 минут, каждая схватка продолжительностью более 40 секунд (маточную активность следует контролировать путем пальпации матки в течение 10 мин. и подсчета за указанный период количества и продолжительность схваток);
- скорость открытия маточного зева - не менее 1 см/час, оценивается при каждом влагалищном исследовании.

Следует обратить внимание, что одним из важных диагностических критериев активной фазы I-го периода родов является **сглаженная шейка матки**. Если в дневнике указывается, что ш/м только укорочена, несмотря на хорошую родовую деятельность, **данный диагноз недопустим**. Влагалищное исследование необходимо производить не реже, чем каждые 4 часа в течение первого периода родов. Прогресс в первом периоде родов должен быть отображен на партограмме, ~~как только женщина входит в активную фазу родов.~~

Партограмма, на сегодняшний день – это самый лучший путеводитель для определения нормы и патологии в течении родов. Партограмма позволяет четко дифференцировать нормальное и аномальное течение родов и выделить группу женщин, нуждающихся в помощи. Применение партограммы рекомендовано во всех родовспомогательных клиниках (5)

Линия Бдительности – это линия, соответствующая скорости раскрытия шейки матки 1 см в час. Данная скорость является минимальной нормальной скоростью раскрытия шейки матки, как для первородящих, так и для повторнородящих.

Если график раскрытия шейки матки находится слева от **Линии Бдительности**, значит скорость раскрытия шейки матки больше 1 см в час: прогресс нормальный, вмешательств не требуется, требуется наблюдение.

Если график раскрытия шейки матки находится на **Линии Бдительности**, значит скорость раскрытия шейки матки составляет 1 см в час: прогресс нормальный, вмешательств не требуется, требуется наблюдение.

Затянувшаяся активная фаза

При пересечении линии партограммы с **Линией Бдительности**:

1. ~~Нужно поставить ДИАГНОЗ “Затянувшаяся активная фаза”.~~ Прежде всего, следует оценить акушерскую ситуацию для решения вопроса о необходимости коррекции родовой деятельности, т.к. пересечение **Линии Бдительности** свидетельствует о скорости раскрытия ш/м менее 1 см в час, но более 0,5 см в час, что, *при целом плодном пузыре, удовлетворительном состоянии роженицы и в/у плода, возможно, является нормой для данной пациентки.* Т.е. вышеуказанная ситуация свидетельствует о том, что роды происходят медленнее, чем в среднем, но это еще не патология и не является показанием для медицинского вмешательства. При этом следует помнить, что:

- активизация роженицы (ходьба, передвижения по палате и т.д.) бывает достаточной в стимуляции родовой деятельности и успешного завершения родов;
- создание особенной, комфортной атмосферы в родильном отделении, присутствие партнера во время родов при желании женщины, употребление пищи и жидкости во время родов снижают частоту случаев затянувшихся родов;
- присутствие сопровождающего лица во время родов приводит к более быстрым родам; реже применяется окситоцин. Поддержка, которую нужно предлагать женщинам на рутинной основе, включает постоянное присутствие партнера (если этого желает роженица); предоставление тактильной поддержки и словесное подбадривание со стороны персонала;
- результаты нескольких исследований свидетельствуют о том, что позиция лежа на спине может оказать негативное влияние как на состояние плода, так и на прогресс родовой деятельности, поскольку в этом случае к матке поступает меньше крови и маточные схватки становятся менее эффективными. Избежать этого можно при помощи частой смены положения тела роженицы (5,43);
- **замедление темпа раскрытия ш/матки** является диагностическим критерием **возможных [46]затяжных родов**. Учитывая вышеизложенное, при пересечении **Линии Бдительности**, роженицу следует **перевести на второй уровень оказания медицинской помощи**;
- возможными причинами временного ослабления родов могут быть полный мочевого пузыря, введение сильного анальгетика (например, промедола), применение перидуральной анестезии.

~~2. В случае отсутствия плодного пузыря следует приступить к родостимуляции, предварительно обеспечив роженице предоставление информации и поддержку со стороны персонала. Объясните ей возможные варианты, риски и преимущества стимуляции родовой деятельности. Объясняйте все проводимые процедуры, просите разрешения на их проведение и обсуждайте результаты осмотра с женщиной. (5).~~

2. Если, несмотря на проведение немедицинских вмешательств, прогресс, по-прежнему, медленный и отмечается пересечение линии партограммы с **Линией Действия**, нужно поставить ДИАГНОЗ **“Затянувшаяся активная фаза I-го периода родов”**. Далее следует корректировать родовую деятельность и действовать в соответствии с алгоритмом, соответствующим клинической форме аномалии родовой деятельности:

- полная клиническая оценка состояния матери, плода и акушерской ситуации;
- родоразрешение путем кесарева сечения, если отмечаются неудовлетворительное состояние в/у плода.

3. Если причиной затяжных родов является **слабость родовой деятельности** (менее трех схваток за 10 минут и/или каждая схватка продолжительностью менее 40 секунд) и если нет **противопоказаний** (несоответствие м/у размерами таза матери и головкой плода, неправильное предлежание плода, неудовлетворительное состояние в/у плоды):

А. Единственным возможным вмешательством является **стимуляция родов:**

А. • в случае отсутствия плодного пузыря следует приступить к родостимуляции, предварительно обеспечив роженице информации и поддержку со стороны персонала. Объясните ей возможные варианты, риски и преимущества стимуляции родовой деятельности. Объясняйте все проводимые процедуры, просите разрешения на их проведение и обсуждайте результаты осмотра с женщиной. (5).

- при наличии целого плодного пузыря - произвести амниотомию;-
- дДалее, помочь женщине принять вертикальные позиции и продолжить оказывать поддержку в родах;-
- еЕсли ч/з один час после амниотомии, не развилась активная родовая деятельность (3-4 схватки за 10 минут, длительностью более 40 сек), следует начать родостимуляцию окситоцином.

В. Проверить скорость раскрытия шейки матки посредством влагалищного осмотра **через 2-4 часа** после того, как **установилась хорошая родовая деятельность** (3-4 схватки за 10 минут, длительностью более 40 сек) ~~или **через 4 часа после начала инфузии окситоцина**~~ **Внимание!** Для того, чтобы установилась хорошая родовая деятельность необходимо определенное время, поэтому общая продолжительность инфузии окситоцина будет несколько превышать указанный четырехчасовой интервал:

В. при отсутствии прогресса (**раскрытие ш/м на прежнем уровне**) – роды закончить операцией кесарево сечение с ДЗ **“Обструктивные роды в активной фазе I периода родов ”**. Следует обратить внимание, что по сложившейся традиции, диагноз **обструкции в активной фазе** выставлялся в случаях, когда стимуляция окситоцином не приводила к прогрессу в родах по истечении двух часов адекватной сократительной деятельности и на этом этапе обычно производилось кесарево сечение. Однако, современные данные показывают, что достижение этого двухчасового порога не может с достаточной прогностической точностью предсказать невозможность самостоятельного вагинального родоразрешения пациентки, поэтому в настоящее время рекомендуется проводить оценку раскрытия шейки по истечении четырёх часов адекватных маточных сокращений на фоне инфузии окситоцина прежде чем выставить диагноз **обструкции в родах** и произвести кесарево сечение (18) Эти рекомендации основаны на строгом мониторинге за состоянием матери и в/у плода;

- при наличии прогресса, продолжить введение окситоцина и оценивать ситуацию **каждые 2 часа**, внимательно отслеживая прогресс (**скорость раскрытия ш/м не менее 1 см в час**) (5).

С. Если скорость введения окситоцина достигла **своей максимальной допустимой дозировки**, но хорошей родовой деятельности (3-4 схватки за 10 минут, длительностью более 40 сек каждая) добиться не удалось, следует проверить скорость раскрытия шейки матки, посредством влагалищного осмотра, **спустя 6 часов максимального введения окситоцина** (55):

- при отсутствии прогресса (*раскрытие ш/м на прежнем уровне*) – роды закончить операцией кесарево сечение с ДЗ **“Обструктивные роды в активной фазе I периода родов”**.

4. Если причиной затяжных родов не является слабость родовой деятельности, т.е. после амниотомии, *самостоятельно* (без стимуляции окситоцином) развилась хорошая родовая деятельность (3-4 схватки за 10 минут, длительностью более 40 сек каждая), но прогресса в раскрытии шейки матки нет: проверить скорость раскрытия шейки матки посредством влагалищного осмотра *через 2 часа после того, как установилась хорошая родовая деятельность:*

- при наличии прогресса – вести роды через естественные родовые пути;
- при отсутствии прогресса (*раскрытие ш/м на прежнем уровне*) – роды закончить операцией кесарево сечение с ДЗ **“Обструктивные роды в активной фазе I периода родов”**, т.к. родостимуляция в данном случае противопоказана, а дальнейшее ведение родов через естественные родовые пути небезопасно.

Общие методы поддержки в родах, а именно, вертикальные позиции, присутствие партнера, нефармакологические методы обезболивания, употребление жидкости и пищи, чуткое общение с женщиной и физическая поддержка, предоставление правдивой информации и уважение ее чувств могут улучшить схватки и ускорить родовую деятельность (5).

Как следует из названия Линий (Линия Бдительности и Линия Действия), *желательно вмешиваться* в роды лишь после пересечения *Линии Действия*, однако, пересечение *Линии Бдительности* для Организаций Здравоохранения первого уровня уже является руководством к действию, роженицу следует немедленно перевести в родовспомогательное учреждение более высокого уровня.

Следует помнить, что пересечение *Линии Бдительности* графиком раскрытия шейки матки сопровождается 4-х кратным повышением риска неонатальной реанимации, а достижение и пересечение *Линии Действия* – 10-ти кратным повышением риска интранатальной гибели плода.

~~При пересечении линии партограммы с *Линией Действия* следует корректировать родовую деятельность и действовать в соответствии с алгоритмом, соответствующим клинической форме аномалии родовой деятельности;~~

- ~~полная клиническая оценка состояния матери, плода и акушерской ситуации;~~
- ~~если нет противопоказаний (обструктивные роды, неудовлетворительное состояние в/у плоды) начать в/в инфузию окситоцина:~~
 - при наличии прогресса в раскрытии ш/м продолжить введение окситоцина и оценивать ситуацию *каждые 2 часа*, внимательно отслеживая прогресс (*скорость раскрытия ш/м не менее 1 см в час*) (5).

Обструктивные роды в активной фазе

Следует обратить внимание, что по сложившейся традиции, ДИАГНОЗ *обструкций в активной фазе* выставлялся в случаях, когда стимуляция окситоцином не приводила к прогрессу в родах по истечении *двух часов* адекватной сократительной деятельности, и на этом этапе обычно производилось кесарево сечение. Однако, современные данные демонстрируют, что двухчасовой порог не достаточен для достоверного прогнозирования “невозможности” вагинального родоразрешения. В

настоящее время рекомендуется проводить оценку раскрытия шейки по истечении четырёх часов адекватных маточных сокращений на фоне инфузии окситоцина прежде чем выставить ДИАГНОЗ “Обструкция в родах” и произвести кесарево сечение (18). Клинические ситуации, определяющие ДЗ “Обструктивные роды в активной фазе I периода родов”:

- полное отсутствие прогресса в раскрытии шейки матки (открытие на прежнем уровне), не смотря на адекватную родовую деятельность (3-4 схватки за 10 минут, длительностью каждой более 40 сек) в течение не менее 4-х часов, на фоне в/в введения окситоцина;
- полное отсутствие прогресса в раскрытии шейки матки (открытие на прежнем уровне), не смотря на адекватную родовую деятельность (3-4 схватки за 10 минут, длительностью каждой более 40 сек) в течение не менее 2-х часов, на фоне самостоятельных, без родостимуляции (которая в данном случае небезопасна и противопоказана) маточных сокращений, отсутствия плодного пузыря и пересечения линии Действия;
- полное отсутствие адекватной родовой деятельности (3-4 схватки за 10 минут, длительностью каждой более 40 сек), не смотря на введение окситоцина в максимально допустимых дозах в течение не менее 6 часов.

Таким образом, для постановки ДИАГНОЗА “Обструктивные роды в активной фазе” необходимо соблюдение следующих условий:

- открытие шейки матки ≥ 6 см., т.е. роженица должна находиться в активной фазе;
- нет плодного пузыря, т.е. произведена амниотомия;
- проводится адекватная родостимуляция.

ДИАГНОЗ “Обструктивные роды в активной фазе” следует выставить если:

- раскрытие ш/м остается на прежнем уровне, не смотря на адекватную родовую деятельность в течение не менее 4-х часов;
- не удается достичь адекватной родовой деятельности, не смотря на введение окситоцина в максимальной дозировке в течение не менее 6 часов, и раскрытие ш/м остается на прежнем уровне.

Лечение:

- родоразрешение путем операции кесарево сечение (18).

ВЫВОДЫ:

1. Признаками неудовлетворительного течения активной фазы первого периода родов являются:
 - ИЛИ нерегулярные и редкие схватки после завершения латентной фазы (в норме: 3-4 схватки за 10 минут, длительностью каждой более 40 сек);
 - ИЛИ скорость раскрытия шейки матки меньше 1 см в час в течении активной фазы родов (раскрытие шейки матки справа от Линии Бдительности);
 - ИЛИ шейка плохо прилежит к подлежащей части;
 - ИЛИ отмечаются асинклитизм, отек шейки матки, отек головки плода (значительная родовая опухоль).
2. В последовом и раннем послеродовом периодах необходимо продолжить в/в введение окситоцина до времени тромбирования сосудов плацентарной площадки (примерно 30 мин). Определить это время можно по снижению тонуса матки, изменению ее положения (дно матки поднимается до уровня пупка и отклоняется в сторону) и резкому уменьшению кровянистых выделений из

матки. Продолжение введения растворов, применяемых для родостимуляции, ни в коем случае не исключает наиболее эффективную профилактику гипотонического кровотечения методом “Активного ведения III периода родов”.

ЗАТЯЖНЫЕ И ОБСТРУКТИВНЫЕ РОДЫ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

Критерием прогресса второго периода родов является продвижение предлежащей части по плоскостям таза. Критерием относительной “нормы“ для данного периода родов (от полного открытия шейки матки до рождения плода) остается его продолжительность, которая, по усредненным данным, составляет:

- у нерожавших женщин 0,6 часа – 36 мин;
- у рожавших - 0,2 часа – 12 мин (44).

Эпидуральная анестезия, стимуляция родов, диабет, преэклампсия, размеры плода, хориоамнионит (14), продолжительный первый период (15), высокое стояние головки оказывают определенное влияние на прогнозирование продолжительности второго периода.

Причиной патологии во втором периоде родов может быть ЦПД (цефало-пельвио-диспропорция). Следует обратить внимание, что термины “ЦПД” и “Клинически узкий таз” являются синонимами (слова, имеющие одинаковый смысл), означающие пространственное несоответствие между размерами головки плода и костным тазом роженицы, независимо от размеров последнего (1,2). В зарубежной литературе, традиционно, используется термин “Дистоция (*Dystocia*)”, означающий “*трудные роды, вызванные наличием аномалий у плода или матери. Наиболее частой причиной трудных родов является затруднение родового акта вследствие аномалий плода (fetal dystocia), когда он является очень крупным или имеет неправильное предлежание. Затруднение родового акта вследствие патологии матери (maternal dystocia) может возникать в результате наличия у женщины слишком узкого таза, слабого сокращения мышц матки или недостаточного раскрытия шейки матки во время родов. Если причина дистоции не может быть устранена, то нередко возникает необходимость в проведении кесарева сечения или оперативных вагинальных родов, которые свели бы к минимуму возможную угрозу жизни матери и ребенка.*”

Термин ЦПД (клинически узкий таз) первоначально использовался для описания абсолютного несоответствия между размерами плода и тазом матери, возникшего в родах. В современной практике этот диагноз объединяет в себе **затяжные и обструктивные роды во втором периоде**.

Таким образом, сегодня, под термином “ЦПД” (клинически узкий таз) подразумевается не только истинная, но и относительная диспропорция м/у головкой плода и тазом роженицы, которую возможно преодолеть и роды могут быть благополучно завершены через естественные родовые пути.

В зависимости от выраженности **диспропорции** выделяют три степени ЦПД или клинически узкого таза:

- **I степень клинически узкого таза** - относительное несоответствие или затяжные роды,
- **II степень клинически узкого таза** - значительное несоответствие или ЦПД,
- **III степень клинически узкого таза** - абсолютное несоответствие или обструктивные роды.

Как видно, в данной классификации одни и те же термины используются в разном контексте. Так, цефало-пельвио-диспропорция (ЦПД), которая, как было сказано

выше, является синонимом клинически узкого таза, в зависимости от выраженности несоответствия (диспропорции) делится на **затяжные роды** (термин, который в контексте первого периода родов означал слабость родовой деятельности затяжную активную фазу, которая могла быть или не быть следствием слабости родовой деятельности, а во втором периоде родов – медленное опускание головки плода); **ЦПД** (как значительная диспропорция) и **обструктивные роды** (термин, означающий в контексте первого периода родов полную остановку раскрытия шейки матки, а во втором периоде родов – абсолютное несоответствие между размерами плода и тазом матери, которое возникло в родах). Для того, чтобы это не мешало в изложении протокола, далее выраженность несоответствия (диспропорции) будет указываться только в степенях.

Голово-тазовая диспропорция возможна при маленьком размере таза и нормальной головки плода, при нормальном тазе и крупном плоде или при комбинации крупного плода и маленьком тазе. Это усложняет и не дает возможности прохождению головки плода через таз.

Голово-тазовая диспропорция, обычно, не может быть диагностирована до 37 недель беременности, так как головка ребенка еще не достигла своих максимальных размеров.

Значительное влияние на возникновение диспропорции оказывает, также, неправильное предлежание головки плода, не диагностированное до начала родов.

Причины возникновения:

1. Анатомическое сужение таза. КОД по МКБ -10 О33.0. Деформация костей таза. О33.3. Сужение выхода таза. Частота в среднем 3% (1,04–7,7%). Клинически узкий таз диагностируют в 1,3–1,7%.

- Часто ^[47]встречающиеся формы узкого таза: поперечно-суженный (45,2%), простой плоский (13,6%), плоскорихитический (6,5%), таз с уменьшением прямого диаметра широкой части полости малого таза (21,8%), общеравномерно-суженный (8,5%);
- редко встречающиеся формы узкого таза (4,4%): кососмещенный и кососуженный таз, суженный экзостозами, костными опухолями, вследствие переломов костей таза со смещением;
- другие формы узкого таза.

2. Крупный плод, реже гидроцефалия.

3. Неправильное вставление головы плода:

- высокое прямое и низкое поперечное стояние стреловидного шва (КОД по МКБ -10. О32.4). Частота 0,2–1,2%. Различают высокое (во входе) прямое стояние стреловидного шва. В зависимости от того, куда обращён малый родничок (кпереди — к лону или кзади — к мысу), различают передний и задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва — *positio occipitalis pubica et sacralis*. Низким поперечным стоянием стреловидного шва называют патологию родов, характеризующуюся стоянием головки стреловидным швом в поперечном размере выхода. Сюда же относят те случаи, когда головка стоит стреловидным швом в поперечном размере узкой части полости малого таза длительное время (свыше 2 ч), не смотря на хорошую родовую деятельность;
- разгибательные предлежания (КОД по МКБ-10.О32.3). Частота составляет 0,5–1% случаев;
- лицевое, лобное или подбородочное предлежания плода;
- асинклитическое вставление головки (КОД по МКБ -10. О32.8). Патологический асинклитизм (чаще передний) возникает с частотой 0,1–0,3%. Различают переднетеменное вставление головки (передний асинклитизм), когда

стреловидный шов приближен к мысу, и заднетеменное вставление головки (задний асинклитизм, когда стреловидный шов приближен к лону) (Витт Е., 1909, с.499). В случае резко выраженного отклонения определяют патологический асинклитизм. Например: *патологический передний асинклитизм (под лоном) при плоскорахитическом тазе (асинклитизм Негеле)* и *патологический задний асинклитизм (ниже мыса) при плоскорахитическом тазе (асинклитизм Литцманна)*.

Предрасполагающие факторы:

1. переносимая беременность;
2. задний вид затылочного предлежания или особенности механизма вставления головки;
3. маленький рост матери (<150 см);
4. ожирение матери (ИМТ > 30 на основе веса до беременности).

Существует убедительное доказательство того, что мы не можем клинически предсказать ЦПД до родов, и попытки прогнозировать приводят к удвоению частоты кесаревых сечений БЕЗ УЛУЧШЕНИЯ ИСХОДОВ.

Наилучший способ определить соответствие головки плода и таза матери (клинически узкий таз) – это дать возможность женщине из группы риска родить самостоятельно, т.к. данный диагноз можно подтвердить только во время вагинальных родов.

Клиническая пельвиометрия имеет ограниченную ценность.

Таким образом, ЦПД (клинически узкий таз) может быть:

- **Относительной**, к которой относятся I и II степени клинически узкого таза. В этих случаях осложнений можно избежать в течении родов. Сильные маточные сокращения, расслабление сочленений в костях таза и конфигурация черепа плода могут способствовать продвижению головки через таз.
- **Абсолютной**, к которой относятся III степень клинически узкого таза. Это случается при чрезмерно маленьком тазе с неправильным очертанием изнутри и по причине ненормально большого плода по отношению к тазу, что мешает его продвижению. Необходимо оперативное извлечение. (5)

I степень клинически узкого таза - относительное несоответствие или ЗАТЯЖНЫЕ РОДЫ

Традиционно, затяжным второй период родов считается при продолжительности:

- более 2-х часов у первородящих (более 3-х часов, при использовании региональной анестезии);
- более 1-ого часа - у повторнородящих (более 2-х часов при использовании региональной анестезии) (19).

Как было указано выше, наиболее важным критерием ЦПД (клинически узкий таз) является отсутствие или задержка опускания предлежащей части.

При первой степени ЦПД (**затяжные роды**) нередко приходится проводить дифференциальную диагностику **относительной ЦПД** (клинически узкого таза) и

вторичной слабости родовой деятельности. Они имеют общий симптом - медленное продвижение головки по плоскостям малого таза. Но, вышеуказанное отклонение от нормы в первом случае (**затяжные роды**) происходит на фоне адекватных маточных сокращений (3-4 схватки за 10 минут, длительностью каждой более 40 сек), а увеличение продолжительности второго периода родов связано с необходимостью преодолеть относительное несоответствия м/у головкой плода и тазом роженицы; в то время как при **вторичной слабости родовой деятельности**, медленное опускание предлежащей части происходит вследствие нерегулярных или редких схваток при отсутствии механического препятствия плоду со стороны малого таза и родовых путей во втором периоде родов.

ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ СИМПТОМЫ:

- адекватный характер маточных сокращений (более 3 - х схваток за 10 мин., продолжительность каждой не менее 40 сек.);
- особенности вставления головки и механизм родов соответствуют имеющейся форме сужения таза;
- конфигурация головки нормальная или головка только слабо конфигурируется (0 или 1) жеренная. **Конфигурацией** называется изменение формы головки плода при прохождении ее через родовые пути матери, благодаря швам, родничкам и подвижности косточек головки, которые, при необходимости, могут заходить одна другую, т.е. конфигурировать, уменьшая, тем самым ее (головки) объем.

Эти моменты, при наличии энергичной родовой деятельности, способствуют преодолению головкой имеющегося препятствия со стороны таза и благоприятному исходу родов. Длительность родового акта несколько больше обычной, что является “нормой” для I степени ЦПД, т.к. дополнительное время необходимо для преодоления относительного несоответствия м/у головкой плода и размерами таза; родовая деятельность, как правило, хорошая, **показаний для применения утеротоников нет**. Следует максимально использовать немедикаментозные методы ускорения родов. Применение окситоцина показано, только если продолжительность второго периода родов выходит за пределы вышеизложенных временных норм и если схватки нерегулярные, редкие или короткие.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА:

1. Немедикаментозные методы ускорения родов (5):

- создание комфорта во время родов, в том числе свобода в выборе:
 - ✓ есть;
 - ✓ пить;
 - ✓ находиться в отдельной родовой палате и т.д.
- присутствие компаньона или сопровождающего лица;
- вертикальное положение, свобода передвижения (особенно ходьба).

Возможные причины временного ослабления родов:

- полный мочевой пузырь;
- введение сильного анальгетика (например, промедола);
- применение перидуральной анестезии.

2. Если ДИАГНОЗ “**Вторичная слабость родовой деятельности** ” выставлен (менее 3 - х схваток за 10 мин, продолжительность каждой менее 40 сек; особенности вставления головки и механизм родов соответствуют имеющейся форме сужения таза; конфигурация головки жеренная нормальная или головка только слабо конфигурируется (0 или 1)), единственным возможным вмешательством являются медикаментозные методы ускорения родов:

- при целых плодных оболочках - амниотомия, возможно, с последующим назначением окситоцина;

- при излишних околоплодных водах - если неправильное предлежание исключено, стимуляция родов окситоцином под строгим контролем за сердцебиением плода;
- критерии эффективности стимуляции родовой деятельности во втором периоде родов – продвижение головки по плоскостям малого таза;
- если имеется положительная динамика (даже медленная) и нет признаков дистресса — состояние в/у плода удовлетворительное, только *продолжительность второго периода* сама по себе не дает права вмешательства путем оперативных родов, однако, если прогресс замедлен, обязательное мониторирование сердцебиения плода после каждой схватки обязательно;
- при отсутствии продвижения головки плода в течении *одного часа после начала введения окситоцина* и:
 - ✓ расположении головки плода 2/5 и выше - произвести кесарево сечение;
 - ✓ расположении головки плода 1/5 и ниже (в полости малого таза) - извлечь ребенка посредством наложения акушерских щипцов или вакуум-экстрактора (протокол “Оперативные вагинальные роды”).

ВЫВОДЫ:

- Если имеет место некоторая степень прогресса родов (предлежащая часть опускается) при удовлетворительном состоянии в/у плода (в условиях строгого мониторинга), следует отойти от временных рамок “нормы” при оценке данного периода родов (19);
- Современные данные свидетельствуют, что многие женщины могут иметь успешные вагинальные роды при более длительном втором периоде (6).

II степень клинически узкого таза - значительное несоответствие или значительная ЦПД

ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ СИМПТОТЫ:

- вторичная остановка поступательных движений предлежащей части в течении 2-х часов, т.е. после удовлетворительного продвижения плода по родовому каналу, несмотря на продолжающуюся хорошую родовую деятельность, отмечается длительное стояние головки в одной плоскости таза;
- адекватный характер маточных сокращений (более 3 - х схваток за 10 мин., продолжительность каждой не менее 40 сек.);
- особенности вставления головки и механизм родов соответствуют имеющейся форме сужения таза;
- выраженная конфигурация головки (2+);
- симптомы прижатия мочевого пузыря (затруднённое мочеиспускание);
- признак Вастена вровень (см. Приложение №2);
- после энергичной родовой деятельности может развиваться вторичная слабость или полное прекращение схваток.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА:

- В случаях неправильных предлежаний, (задний вид затылочного предлежания) роды можно провести консервативно, при наличии готовности выполнить кесарево сечение.
- Если имеется положительная динамика (даже медленная) и ~~нет признаков дистресса~~ состояние в/у плода удовлетворительное, длительность второго периода сама по себе не дает права вмешательства путем оперативных родов. Однако, если прогресс замедлен, обязательное мониторирование сердцебиения плода после каждой схватки строго обязательно.
- Если неправильное предлежание исключено, провести *родостимуляцию окситоцином* под строгим контролем за сердцебиением плода, при этом следует помнить, что возможной причиной вторичного ослабления родовой деятельности является непреодолимое, для предлежащей части, препятствие в малом тазу.
- При отсутствии продвижения головки плода в течении одного часа после начала введения окситоцина произвести *кесарево сечение*.
- Следует помнить, что при увеличении продолжительности второго периода родов возрастает *риск развития хориоамнионита, послеродового кровотечения, оперативных вагинальных родов, разрывов промежности III-IV степени* (46,47,48).

III степень клинически узкого таза - абсолютное несоответствие или ОБСТРУКТИВНЫЕ РОДЫ

Согласно рекомендациям совместного рабочего совещания NICHD, SMFM и ACOG, ДИАГНОЗ **“Обструктивные роды во втором периоде”** следует выставить:

- у *первородящих женщин*: если нет никакого прогресса (спуск, вращение предлежащей части) **после ≥ 3 часов** без эпидуральной анестезии и **≥ 4 часов** на фоне эпидуральной анестезии;
- у *повторнородящих женщин*: если нет никакого прогресса (спуск, вращение) после **≥ 2 часов** без эпидуральной анестезии и **≥ 3 часов** на фоне эпидуральной анестезии (18).

Обструктивные роды сопровождаются **очень сильными маточными сокращениями**, однако плод не может продвигаться через кости таза, потому что в тазу есть непреодолимый барьер, препятствующий его спуску. Обструкция обычно случается краями таза, но изредка может встречаться во впадине или при выходе из таза. Сложности обструкции в родах можно избежать, если женщина с обструктивными родами будет рано диагностирована и будут приняты соответствующие действия. Если выраженная конфигурация головки плода происходит уже в широкой части полости таза, т.е. отмечается несоответствие в степени конфигурации и плоскости таза, вероятно, следует предположить о несоответствии размеров таза и предлежащей части и своевременно произвести КС.

ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ СИМПТОТЫ:

- механизм вставления головки часто не соответствует данной форме анатомически узкого таза;
- резко выраженная конфигурация головки (3+) или отсутствие способности головки к конфигурации;
- шейка матки плохо прилежит к предлежащей части плода;
- отек шейки матки;
- положительный признак Вастена и Цангемейстера (см Приложение №2);

- выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря, роженица не может самостоятельно мочиться, примесь крови в моче;
- преждевременное появление произвольных безрезультатных потуг;
- отсутствие поступательного движения головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности;
- большая родовая опухоль;
- симптомы угрожающего разрыва матки;
- отек наружных половых органов;
- дистресс матери или плода.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА:

- 1) Родоразрешение в ОЗ вторичного уровня.
- 2) Если плод живой:
 - родоразрешение оперативное – кесарево сечение.
- 3) Если плод мертвый:
 - провести краниотомию с целью уменьшения размеров предлежащей части и преодоления препятствия в малом тазу,
 - если акушер не имеет достаточного опыта в проведении краниотомии, провести кесарево сечение(5).
- 4) Показания к операции кесарево сечение:
 - лобное вставление,
 - задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва,
 - заднетеменное вставление,
 - передний вид лицевого предлежания (по спинке),
 - при несоответствии размеров таза и головки, которая находится в широкой части полости таза, следует произвести КС.
- 5) Плановое КС производят по следующим показаниям (4):
 - деформация таза, экзостозы, костные опухоли,
 - сочетание I степени сужения таза с акушерской патологией: переносенный, крупный плод, тазовое предлежание, неправильное положение и предлежание плода, рубец на матке, однако, важно помнить, что ***наилучший способ определить соответствие головки плода и таза матери (клинически узкий таз) – это дать возможность женщине из группы риска родить самостоятельно, т.к. данный диагноз можно подтвердить только во время вагинальных родов.***

Таким образом, при ***обструктивных родах во II периоде родов*** вагинальное родоразрешение живым плодом возможно лишь при условии устранения препятствия в малом тазу путем симфизэктомии с последующей вакуум-экстракцией плода. Однако, если акушер не имеет достаточного опыта в проведении данных операций, нужно сделать кесарево сечение (5).

Симфизэктомия – это преднамеренное рассечение хряща симфиза под местной анестезией, успешно применяется в некоторых развивающихся странах, когда все другие способы не сработали и нет возможности быстро провести кесарево сечение. Существующие сообщения по применению этого метода в США описывают его, как крайнюю меру, если немедленное проведение кесарева сечения по каким-либо причинам невозможно (37).

ВЫВОДЫ:

- При III степени клинически узкого таза, ***“обструктивные роды во II периоде родов”***, отмечается абсолютное несоответствие м/у размерами таза

матери и предлежащей частью плода, что делает роды через естественные родовые пути *невозможными*.

- Разрыв неоперированной матки, обычно, вызван обструктивными родами.
- Единственным способом лечения, *до определенного времени*, оставалось кесарево сечение. Однако, в настоящее время, в случае, когда нет возможности достаточно безопасного проведения операции кесарева сечения, с целью увеличения размеров малого таза, предлагается рассечение симфиза (симфизэктомия) с последующей вакуум-экстракцией плода. Но следует помнить, что в случае недостаточного опыта, следует сделать кесарево сечение.

ЗАТЯЖНЫЕ РОДЫ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

~~Частота случаев задержки плаценты составляет 0,8—1,2% от всех родов (30). При использовании окситоцина в III п/де родов, а также контролируемой тракции за пуповину, т.е. при активной тактике ведения, у 97% рожениц третий период родов завершается за 5 мин. Однако, такая практика привела к некоторому увеличению частоты случаев задержки выделения последа. Хотим отметить, что работа над стандартом активного ведения III п/да родов не прекращается. Неизменными остаются применение утеротоников и информированное согласие женщины. Сегодня определены количество окситоцина и способ его введения: окситоцин 10ЕД (2 мл) в/м, время введения — в течение первой/одной минуты после рождения ребенка, в отличие от предыдущего протокола, в котором рекомендовалось вводить препарат в момент после рождения ребенка (как можно раньше). Зажим на пуповину накладывался к концу первой минуты (в некоторых странах вышеуказанный временной промежуток составляет три минуты), в случае отсутствия показаний к срочному пережатию пуповины. Остается спорным вопрос применения контролируемой тракции за пуповину: на сегодняшний день, однозначно, решено, что вышеуказанным стандартом может пользоваться только **ОБУЧЕННЫЙ** медицинский персонал. В случае отсутствия такового, протокол активного ведения III п/да родов ограничен лишь в/м введением окситоцина — 2 мл (10 ЕД), выделение последа происходит самостоятельно. Еще один важный момент — это отказ от массажа матки после родов, следует лишь зафиксировать высоту дна матки, не применяя рутинно (без показаний) грубого надавливания через переднюю брюшную стенку (53).~~

Частота случаев задержки плаценты составляет 0,8 - 1,2% от всех родов (30). Во второй половине XX века комплекс процедур, проводимых во время третьего периода родов, стал краеугольным камнем профилактики ПРК. Данный подход получил известность как **“активное ведение третьего периода родов”** и изначально состоял из следующих компонентов: профилактическое применение утеротоника после родоразрешения, раннее пережатие и пересечение пуповины, контролируемые тракции за пуповину (КТП). Массаж матки также являлся распространенным компонентом активного ведения третьего периода родов. В противоположность активному ведению, **выжидательная тактика** предполагала ожидания признаков отделения плаценты, что позволяло послеку выделиться самостоятельно, или под воздействием стимуляции сосков, либо тяжести, помещенной на живот. В сравнении с выжидательной тактикой активное ведение третьего периода родов характеризовалось существенным снижением **частоты ПРК** (54). Однако такая практика привела к некоторому увеличению частоты случаев задержки выделения последа.

Следует отметить, что работа над стандартом активного ведения III п/да родов не прекращается. Неизменными остаются применение утеротоников и информированное согласие женщины. Сегодня всем рожаящим женщинам в третьем периоде родов следует предлагать:

- утеротоники, для профилактики ПРК; окситоцин (в/м 10 МЕ) рекомендуется как утеротоническое средство первого выбора;
- раннее пережатие пуповины (менее чем через 1 минуту после рождения), как правило, противопоказано. Поздним считается пережатие пуповины через 1—3 минуты после рождения и рекомендуется при всех родах;
- важность контролируемой тракции за пуповину (КТП) пересмотрена, ввиду получения новых доказательств. Теперь, это вмешательство считается оптимальным при наличии **квалифицированных акушерок** и, **если** медработник и роженица считают небольшое снижение кровопотери (в среднем на 11 мл) и небольшое снижение продолжительности третьего периода родов (сокращение в среднем на 6 минут) важными. Учитывая возможные осложнения при проведении КТП необученным персоналом, небольшие преимущества с точки зрения кровопотери и продолжительности третьего периода родов, **при отсутствии квалифицированных акушерок**, проведение КТП не рекомендованы.
- непрерывный массаж матки не рекомендуется в качестве средства **профилактики ПРК у женщин**, получивших профилактику окситоцином, так как он может вызывать дискомфорт, требует присутствия отдельного медработника и может оказаться неэффективным для снижения кровопотери. Однако оценка тонуса матки путем пальпации живота с целью раннего выявления послеродовой атонии матки рекомендуется во всех случаях.

Резюмируя, группа ВОЗ по составлению руководства сочла применение утеротоников основным методом воздействия в рамках активного ведения третьего периода родов.

Таким образом, во всех родах рекомендуется **информирование согласие и активное ведение третьего периода родов:**

1. профилактическое применение утеротоника после родоразрешения;
2. пережатие и пересечение пуповины через 1—3 минуты после рождения;
3. в присутствии квалифицированного медицинского работника – контролируемые тракции за пуповину (КТП);
4. при отсутствии квалифицированных акушерок – проведение КТП не рекомендованы;
5. оценка тонуса матки.

Затянувшимся третий период родов считается:

- Если плацента не родилась в течении 30 мин. после рождения ребенка при активном ведении III п/да родов.
- Если плацента не родилась в течении 60 мин. после рождения ребенка при физиологическом ведении III п/да родов.

Известно, что плацента, не отделившаяся в течение 30/60 мин, может самостоятельно не родиться. С последним связана опасность кровотечения.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА:

- Если послед быстро не выделяется, следует избегать излишне интенсивных тракций за пуповину, последняя может оборваться или произойдет **выворот матки**.
- Следует убедиться, что плацента не находится во влагалище.
- Если матка сократилась удовлетворительно, то плацента, вероятно, отделилась, но ущемилась в шейке матки. Следует дождаться расслабления шейки матки и выделить послед.

- Если плацента не отделилась (исключены задержка во влагалище или цервикальном канале), отсутствуют признаки кровотечения, как наружного, так и внутреннего - выжидательная тактика в течении 30 мин. Поглаживая матку, стимулируют ее сокращение, прикладывают ребенка к груди (что стимулирует продукцию окситоцина), а также опорожняют мочевой пузырь (поскольку переполнение мочевого пузыря может вызывать атонию). Далее следует повторить введение окситоцина (10 МЕ в/м) и применить КТП. Однако, в отсутствии квалифицированных кадров, при условии отсутствия кровотечения, пациентку желателно перенаправить в лечебное учреждение более высокого уровня с плацентой в полости матки.
- Если послед не выделился, но появились признаки кровотечения (наружного или внутреннего), следует провести ручное отделение плаценты. При ручном отделении плаценты рекомендуется ввести одну профилактическую дозу антибиотиков, желателно, если позволяет время, до проведения операции.
- В современной практике ручное отделение плаценты применяется, если она не рождается через **полчаса после рождения ребенка**. Ручное отделение плаценты сопряжено с риском травмы, кровотечения, резусной аллоиммунизации, послеродовой инфекции и анестезиологических осложнений.

Инъекция физраствора 20,0 с окситоцином-1,0 (5Ед) в пупочную вену эффективна в лечении задержки плаценты. Сам по себе физраствор не более эффективен, чем тактика выжидания. Для внедрения этого метода в практику может понадобиться краткий курс подготовки по выполнению инъекций в вену пуповины.

Ручное отделение плаценты

Описание техники и алгоритма проведения: Катетеризация двух кубитальных вен. Вызов анестезиолога. Процедура ручного отделения плаценты может осуществляться под эпидуральной анестезией (если она уже проведена). Получают согласие пациентки. Помещают больную в литотомическое положение. Соблюдают правила асептики и антисептики, одну руку кладут на живот для фиксации положения матки, другую руку вводят в полость матки; ориентируясь по пуповине, находят плаценту. Осторожными и деликатными “пилящими” движениями кисть хирурга по окружности плаценты отделяет ее от стенки матки. Если такое отделение плаценты от стенки матки произвести удалось, послед выделяют, ~~осторожно потягивая за пуповину~~. Следует удостовериться, что отделение плацентарной ткани было полным. Вводят окситоцин и антибиотик с профилактической целью, согласно национального протокола (38). Если позволяет время, антибактериальный препарат, желателно, ввести до начала проведения манипуляций в полости матки.

В редких случаях плаценту отделить не удается (например, при приращении плаценты) - тогда может возникнуть необходимость гистерэктомии, для чего приглашают ургентного акушер-гинеколога, владеющего данной процедурой, либо переводят в лечебное учреждение более высокого уровня.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ УЗКОГО ТАЗА И АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

1. Профилактику развития анатомически узкого таза следует начинать в детском возрасте. Сюда входит рациональный режим питания, отдыха, занятия физкультурой и спортом, обеспечивающие гармоничное развитие организма и правильное формирование костного таза, соблюдение правил школьной гигиены и охраны труда

девушек-подростков. На первичном уровне здравоохранения, включая профилактические медосмотры в школах, необходимо своевременное распознавание и лечение гормональных нарушений, также влияющих на формирование костного таза.

2. Партограмма

В рамках программы Safe Motherhood Initiative, разработанной в 1987 году, Всемирная Организация Здоровья (ВОЗ) рассмотрела и ввела в практику ПАРТОГРАММУ для улучшения оказания помощи в родах и снижения материнской и детской заболеваемости и смертности. Применение партограммы и утвержденного протокола по пособию в родах позволило, в ряде стран, снизить как продолжительность родов (с 6,4% до 3,4%), так и применение родостимуляции (с 20,7% до 9,1%). Частота операций экстренного кесарева сечения снизилась с 9,9% до 8,3%, показатели гибели плода в родах сократились с 0,5% до 0,3%. Наиболее существенные изменения наблюдались в группе беременных одним плодом (без осложнений): число операций кесарева сечения сократилось с 6,2% до 4,5%. Улучшения наблюдались как среди первородящих, так и среди повторнородящих (45). Партограмма позволяет четко дифференцировать нормальное и аномальное течение родов и выделить группу женщин, нуждающихся в помощи. Таким образом, применение *партограммы* является доказанным методом профилактики акушерских осложнений вообще, затяжных и обструктивных родов в частности (45).

3. Психологический комфорт роженицы:

- индивидуальный родильный зал;
- партнерские роды;
- поощрение действий роженицы: “Вы все сможете; Вы родите самостоятельно; У Вас обязательно получится”;
- выбор удобной позы;
- вертикальные роды.

4. Активное ведение родов

С целью профилактики развития затяжных родов широко обсуждалось такое вмешательство, как *активное ведение родов*, состоящее из ранней рутинной амниотомии (при раскрытии ш/м – 4 см) с/без последующего введения окситоцина. На сегодняшний день не получено убедительных доказательств влияния вышеуказанной рекомендации на снижение частоты данной патологии родов, но были отмечены преимущества ранней амниотомии:

- уменьшение средней продолжительности родов;
- уменьшение риска развития дистоции шейки матки, т.е. раскрытие не менее 0.5 см/час;
- ускорение затяжных родов;
- уменьшение потребности в последующей родостимуляции окситоцином.

Недостатки ранней амниотомии:

- увеличивается риск развития инфекции;
- нарушение сердечной деятельности плода;
- снижение оценки по шкале Апгар на 5 минуте;
- тенденция к увеличению частоты кесарева сечения;
- статистически незначительное увеличение частоты кефалогематом и аспирации мекония;
- снижает количество вод, что может быть причиной компрессии пуповины;
- риск выпадения петель пуповины;
- у ВИЧ инфицированных женщин, увеличивается риск инфицирования плода.

Таким образом, раннюю амниотомию не рекомендуется проводить рутинно, но, при наличии показаний, ее следует провести незамедлительно (то есть, при пересечении линии действия на партограмме).

5. Материнское ожирение

Высокий индекс массы тела (ИМТ) женщины коррелирует с увеличением продолжительности, как первого, так и второго периодов родов. Ряд исследователей считает, что это, для данной группы рожениц, является “нормой”, не требующей медицинского вмешательства, т.е. необходимо предоставить больше времени для раскрытия шейки матки и рождения ребенка, не забывая, при этом о немедицинских методах ускорения родов (49, 50).

6. Обезвоживание

Ряд исследований показал, что адекватная гидратация улучшает сократительную способность поперечнополосатой мускулатуры (скелетной) во время длительных тренировок, однако, последствия гидратации на гладкие мышцы остаются менее понятными (32, 33). Для выяснения роли обезвоживания и уточнения необходимого количества приема жидкости во время родов, в трех небольших рандомизированных исследованиях всем роженицам, рутинно, проводили в/в введение декстрозы. Результат показал, что в группе первородящих, получавших в/в декстрозу в количестве 250 мл/час, частота затяжных родов была значимо ниже, чем в в группе первородящих, получавших в/в традиционную дозу декстрозы (125 мл/час), кроме того, отмечалось значительное сокращение продолжительности второго периода родов (34,35,36). Вышеизложенное еще раз доказывает важность простых мероприятий, не требующих дополнительных ресурсов. На сегодня известно, что изотонические напитки могут быть полезнее простой воды (53). Контроль за количеством выпитой жидкости, который может проводить партнер в родах; измерение А/Д и подсчет ЧСС роженицы, согласно партограммы, могут значимо повлиять на исход родов.

Список литературы:

1. Williams Obstetrics-19-Edition, 1993. Chapter 20. Dystocia Due Abnormalities in Presentation, Position, Or Development of the Fetus.- 493 Chapter 21. Dystocia Due to Pelvic Contraction, 529.
2. Obstetric Evidence Based Guidelines/Edited by Vincenzo Berghella MD FACOG, Philadelphia, PA, USA. First published in the United Kingdom in 2007, 235 pp ... «cephalopelvic disproportion, dystocia, etc».
3. Бумм Э. Руководство по акушерству.-1910 (русс. Перевод).
4. Акушерство. Национальное руководство/Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой/ Глава 52. Патологические роды. - Изд «ГЕОТАР Медиа», 2009 – с. 618-668.
5. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth A guide for midwives and doctors, WHO, 2002; 2005).
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.
7. Saju Joy, Deborah Lyon. Diagnosis of Abnormal Labor Medicine, August 6, 2005. [http://www.emedicine.com/Preventing prolonged labour: a practical guide. The Partograph. WHO, 1999/.](http://www.emedicine.com/Preventing_prolonged_labour:_a_practical_guide._The_Partograph._WHO,_1999/)
8. Robert M Ehsanipoor, MD, Charles J Lockwood, MD, Vanessa A Barss, MD, “Overview of normal labor and protraction and arrest disorders”; Sep 18, 2013. www.uptodate.com/store.
9. Laughon SK, Branch DW, Beaver J, Zhang J. Changes in labor patterns over 50 years. Am J Obstet Gynecol 2012; 206:419.e1.
10. Nelson DB, McIntire DD, Leveno KJ. Relationship of the length of the first stage of labor to the length of the second stage. Obstet Gynecol 2013; 122:27.
11. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev 2011; :CD000331.
12. Costley PL, East CE. Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7:CD009241. Robinson BK, Mapp DC, Bloom SL, et al. Increasing maternal body mass index and characteristics of the second stage of labor. Obstet Gynecol 2011; 118:1309.
13. Lavender T, Hart A, Smyth RM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7:CD005461.
14. Wei SQ, Luo ZC, Xu H, Fraser WD. The effect of early oxytocin augmentation in labor: a meta-analysis. Obstet Gynecol 2009; 114:641.
15. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. Cochrane Database Syst Rev 2013; 6:CD007123.
16. enyon S, Tokumasu H, Dowswell T, et al. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7:CD007201.
17. Wei S, Wo BL, Qi HP, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. Cochrane Database Syst Rev 2013; :CD006794.
18. Villano KS, Lo JY, Alexander JM, et al. A dose-finding study of oral misoprostol for labor augmentation. Am J Obstet Gynecol 2011; 204:560.e1.
19. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2011; :CD003766.
20. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev 2012; 5:CD002006.
21. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database Syst Rev 2013; 6:CD006167.

22. Eslamian L, Marsoosi V, Pakneeyat Y. Increased intravenous fluid intake and the course of labor in nulliparous women. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 93:102.
23. Shrivastava VK, Garite TJ, Jenkins SM, et al. A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:379.e1.
24. Kariminia A, Chamberlain ME, Keogh J, Shea A. Randomised controlled trial of effect of hands and knees posturing on incidence of occiput posterior position at birth. *BMJ* 2004; 328:490.
25. Salvesen KA, Mørkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ* 2004; 329:378.
26. Brancato RM, Church S, Stone PW. A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37:4.
27. Fraser WD, Marcoux S, Krauss I, et al. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. The PEOPLE (Pushing Early or Pushing Late with Epidural) Study Group. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1165.
28. Suzuki R, Horiuchi S, Ohtsu H. Evaluation of the labor curve in nulliparous Japanese women. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:226.e1.
29. Peisner DB, Rosen MG. Transition from latent to active labor. *Obstet Gynecol* 1986; 68:448.
30. Purwar MB “Инъекция в пупочную вену при задержке отделения плаценты” Комментарий БРЗ (последняя редакция: 15 января 2002 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
31. Monika Pikkoli, Giorgio Tamburlini “Обеспечение безопасной беременности: инструмент для оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным” ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.
32. Maughan RJ, Bethell LR, Leiper JB. Effects of ingested fluids on exercise capacity and on cardiovascular and metabolic responses to prolonged exercise in man. *Exp Physiol* 1996; 81:847.
33. Montain SJ, Coyle EF. Influence of graded dehydration on hyperthermia and cardiovascular drift during exercise. *J Appl Physiol* 1992; 73:1340.
34. Garite TJ, Weeks J, Peters-Phair K, et al. A randomized controlled trial of the effect of increased intravenous hydration on the course of labor in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:1544.
35. Eslamian L, Marsoosi V, Pakneeyat Y. Increased intravenous fluid intake and the course of labor in nulliparous women. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 93:102.
36. Shrivastava VK, Garite TJ, Jenkins SM, et al. A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:379.e1.
37. Crichton D, Seedat EK. The technique of symphysiotomy. *S African Med J* 1963;37:227-31. (Level III)
38. Клинические протоколы по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения. Бишкек, 2008. 174с.; С 69-73.
39. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.
40. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Induction of Labour at Term. Clinical Practice Guideline. *JOGC*, August 2001, No. 107.
41. Crane JMG, Young DC. Meta-analysis of low-dose versus high-dose oxytocin for labour induction. *J Society Obstet Gynaecol Can*, 1998, 20, 1215-23.
42. Merrill DC, Zlatnik FJ. Randomized, double-masked comparison of oxytocin dosage in induction and augmentation of labour. *Obstet Gynecol*, 1999, 94, 455-63.

43. Murray W, Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3rd edition, 2000; 96.
44. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1281.
45. *Lancet* 1994; 343; 1399-404.
46. Cheng YW, Shaffer BL, Bryant AS, Caughey AB. Length of the first stage of labor and associated perinatal outcomes in nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1127.
47. Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:933.
48. Cheng YW, Hopkins LM, Laros RK Jr, Caughey AB. Duration of the second stage of labor in multiparous women: maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196:585.e1.
49. Kominiarek MA, Zhang J, Vanveldhuisen P, et al. Contemporary labor patterns: the impact of maternal body mass index. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:244.e1.
50. Robinson BK, Mapp DC, Bloom SL, et al. Increasing maternal body mass index and characteristics of the second stage of labor. *Obstet Gynecol* 2011; 118:1309.
51. SOGC Clinical Practice Guidelines. FETAL HEALTH SURVEILLANCE IN LABOUR. PRINCIPAL AUTHORS: Robert Liston, MB, FRCSC, Vancouver BC, Joan Crane, MD, FRCSC, St. John's NF, No. 112, April 2002.
52. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD006167.
53. Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным. Вторая редакция – 2014г.
53. Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным. Вторая редакция – 2014г.
54. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения; ВОЗ, 2014 г.
55. Up To Date Overview of normal labor and protraction and arrest disorders Apr 2014.

ПРАВИЛА ВВЕДЕНИЯ ОКСИТОЦИНА

1. Эффективная доза окситоцина для разных женщин будет разной.
2. Осторожно вводите окситоцин, разведенный в растворе для в/в вливаний (декстроза или физиологический р-р), постепенно повышая скорость инфузии до тех пор, пока установится хорошая родовая деятельность (три схватки за 10 минут, каждая продолжительностью более 40 секунд).
3. Используйте окситоцин с большой осторожностью, поскольку гиперстимуляция может привести к развитию дистресса у плода, а в редких случаях – к разрыву матки.
4. Повторнородящие женщины в большей степени подвержены разрыву матки.
5. Когда, благодаря инфузии окситоцина, устанавливается хорошая родовая деятельность, поддерживайте ту же скорость введения препарата до рождения ребенка. (5)
6. Проводите тщательный мониторинг родов, каждые 30 минут отмечайте результаты своих наблюдений в Партограмме: пульс и кровяное давление женщины, скорость введения окситоцина, при этом помните, что изменение женщиной положения руки, на которой установлен катетер, может повлиять на скорость введения окситоцина, а значит и на:
 - продолжительность и частоту схваток,
 - частоту сердечных сокращений плода,выслушивайте ЧСС плода каждые 15 минут, всегда непосредственно после схватки в I п/де родов и после каждой – во II п/де родов:
 - если частота сердечных сокращений плода составляет меньше 100 ударов в минуту, прекратите инфузию (5),
 - дальнейшая тактика ведения изложена в соответствующих разделах.

Подготовка раствора окситоцина.

В таблице №1 представлены дозировки окситоцина, рекомендованные в эффективном перинатальном уходе. **Серым цветом** выделены дозировки, которые

превышают рекомендованную в аннотации препарата максимальную дозу **20 мЕД в минуту**. Если используются более высокие дозы препарата (ниже будут указаны категории женщин, которым рекомендованы данные дозировки), то максимальная доза не должна превышать **32 миллиединицы в минуту** (39,40). Однако, методом введения окситоцина в данном стандарте является дозатор, но в нашей стране, указанный способ титрования (мл/час – введение определенного количества раствора в **мл** в течении **одного часа**) практически недоступен, а традиционным способом дозирования препарата является кап/мин (количество **капель в одну минуту**). Кроме того, изотонический раствор хлорида натрия (физиологический раствор) поставляется, в основном, во флаконах по 400 мл. Поэтому в таблице №2 мы предлагаем схему введения окситоцина в **каплях/мин.**, пересчитав дозы препарата, изложенные в таблице №1, исходя из стандарта:

- 20 капель = 1 мл физиологического раствора;
- в 1 мл окситоцина содержится 5000 мЕД = 5 ЕД окситоцина;
- 5 Ед окситоцина разведены в 400 мл физиологического раствора;
- для введения окситоцина используется игла диаметром 0,8 мм **и стандартная система для в/в инфузий без фильтра**;
- при разведении 5 ЕД (1 мл) окситоцина в 400 мл физиологического раствора 1 мл этого раствора будет содержать 12,5 мЕД;
- 1 мЕД окситоцина содержится в 0,08 мл раствора или в 1,6 капле.

Таким образом, предлагаемые в таблицах №1 и №2 схемы подготовки окситоцина равнозначны, с той лишь разницей, что в первом случае титрование препарата предлагается в мл/час, во втором – в кап/мин.

таблица №1

Время после начала (мин)	Доза окситоцина (мЕД/мин)	Объем инфузии (мл/час)	
		Раствор 30 ЕД в 500 мл	Раствор 10 ЕД в 500 мл
0	1	1	3
30	2	2	6
60	4	4	12
90	8	8	24
120	12	12	36
150	16	16	48
180	20	20	60
210	24	24	72
240	28	28	84
270	32	32	96

Подготовка раствора окситоцина

таблица №2

Время после начала введения (мин)	Доза окситоцина (мЕД/мин)	Доза окситоцина (капли /мин)
0	2	3,2
30	4	6,4
30	8	12,8
30	12	19,2
30	16	25,6
30	20	32
30	24	38,4
30	28	44,8
30	32	51,2

Итак, в таблице №2 серым цветом выделены дозировки, которые превышают рекомендованную в аннотации окситоцина **максимальную дозу 20 мЕД в минуту**, что составляет, **при выполнении вышеизложенных условий** и проведении простых математических расчетов, **32 кап/мин**. Безусловно, такое титрование не совсем удобно, поэтому следует производить общепринятые в математике округления до целых чисел, максимально придерживаясь предлагаемого в/в введения окситоцина. После первого увеличения капель (с 3,2 до 6,4), далее, **каждые 30 мин добавляют по 6 капель, что соответствует 4 мЕД**.

Капли увеличивают до достижения 3-4 схваток за 10 минут по 40 секунд и более. При регулярной родовой деятельности (при достижении должной частоты маточных сокращений) **капли введения окситоцина остаются на том же уровне и вводимая доза окситоцина не меняется**.

Если частота схваток меньше рекомендуемой, следует увеличить скорость введения окситоцина через 30 минут.

ВАЖНО! Сегодня широко используются “катетеры периферические внутривенные”, имеющие разные диаметры. ТАК КАК, ТИТРОВАНИЕ КАПЕЛЬ ПРОИСХОДИТ НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ, РАЗМЕР КАПЛИ ОДИНАКОВ ПРИ ЛЮБОМ ДИАМЕТРЕ ИГЛЫ ИЛИ КАТЕТЕРА. ОДНАКО, ЧЕМ ВЫШЕ ПРОПУСКНАЯ СПОСОБНОСТИ КАТЕТЕРА, ТЕМ СЛОЖНЕЕ ДОБИТЬСЯ ВВЕДЕНИЯ МАЛОГО КОЛИЧЕСТВА ОКСИТОЦИНА (3-4 КАП/МИН) И ТЕМ ВЫШЕ ВЕРОЯТНОСТЬ ЕГО ПЕРЕДОЗИРОВКИ.

Как видно из таблицы №3, в которой представлены основные характеристики катетеров, наиболее приемлемыми при родостимуляции являются катетеры размером **G24 и G22**.

Маркировка катетеров (внутривенных периферических)

Таблица №3

Размер катетера	Диаметр катетера	Длина катетера	Пропускная способность	Цветная маркировка
G 26	0,6 мм	19 мм	13 мл/ мин	сиреневый
G 24	0,7 мм	19мм	15 мл/ мин	жёлтый
G 22	0,9 мм	25 мм	36 мл/ мин	голубой

G 20	1,1 мм	33мм	61 мл/ мин	розовый
G 18	1,3 мм	45 мм	90 мл/ мин	зелёный
G 17	1,5 мм	45 мм	140 мл/ мин	белый
G 16	1,8 мм	45 мм	200 мл/ мин	серый
G 14	2,1 мм	45 мм	300 мл/ мин	оранжевый

Внимание:

- начинайте вводить окситоцин, **5 ЕД (1 мл) в 400 мл** физиологического раствора, с 3 капель в минуту;
 - повышайте скорость введения каждые 30 минут, согласно рекомендациям таблиц №1 или №2, до установления адекватной родовой деятельности.
1. Если, *у повторнородящих женщин и у женщин с рубцом на матке*, хорошая родовая деятельность не установилась в течении 6 часов применения окситоцина **в максимально допустимой дозе для данной категории рожениц - 32 кап/мин (20 мЕД/мин)**, необходимо родоразрешение путем операции кесарево сечения.
 2. Если, *у первородящих женщин*, хорошая родовая деятельность не установилась в течении 6 часов применения окситоцина **в максимальной дозе ≈ 50 кап/мин** (точная цифра составляет – 51,2 кап/мин и соответствует скорости введения 32 мЕД/мин), **ВОЗ рекомендует- позволяет использование более высоких концентраций окситоцина (быстрое повышение дозы):**
 - вводите окситоцин **10 ЕД в 400 мл** декстрозы (или физиологического раствора) со скоростью 30 капель в минуту
 - повышайте скорость введения на 10 капель каждые 30 минут до установления адекватной родовой деятельности,
 - если хорошая родовая деятельность не установилась при скорости введения **60-48 капель в минуту (60 мЕД/мин)**, показано родоразрешение путем кесарева сечения.
 3. Если определяется:
 - **активная фаза (открытие ш/матки ≥ 8 см)** – начинаем с 10 кап/мин, добавляя каждые 30 мин по 10 кап/мин, но не более 40 кап/мин;
 - **полное открытие** - начинаем с 10 кап/ мин, увеличивая дозу каждые 15 мин на 10 кап/мин, но не более 40 кап/мин (с особой осторожностью увеличивать дозу у повторнородящих);
 - условия разведения окситоцина: 5 ЕД (1мл) в 400 мл физиологического раствора.

Другие методы введения окситоцина – неприемлемо опасны!

Введение массивной неразбавленной дозы окситоцина не допустимы!

Необходим непрерывный мониторинг плода!

ВНИМАНИЕ!

Не используйте окситоцин в разведении 10 ЕД в 400 мл (то есть, 25 мЕД/мл):

- у повторнородящих женщин,

- у женщин с рубцом на матке.

Условия введения окситоцина

1. Нельзя начинать введение окситоцина в течение 6 часов после применения вагинальных простагландинов (С).
2. У женщин с целыми плодными оболочками, перед началом введения окситоцина, должна проводиться амниотомия (С).
3. Следует вводить минимальные дозы, обеспечивающие желаемый эффект.
4. Следует ориентироваться на характер маточных сокращений. Цель состоит в том, чтобы добиться максимум **трех – четырех схваток за 10 минут, каждая продолжительностью не менее 40 секунд** (39,41,42).

Критерии эффективной стимуляции родовой деятельности

Эффективная доза окситоцина для разных женщин будет разной. Осторожно вводите окситоцин, разведенный в растворах для в/в вливаний (декстроза или физиологический раствор), постепенно повышая скорость введения до тех пор, пока установится хорошая родовая деятельность (**три схватки за 10 минут, каждая продолжительностью 40 секунд**). Когда, благодаря введению окситоцина, установится хорошая родовая деятельность, **поддерживайте ту же скорость введения препарата до рождения ребенка**.

Помните: между схватками матка должна расслабляться.

При наличии прогресса родовой деятельности, продолжайте введение окситоцина и заново оценивайте ситуацию путем влагалищного исследования каждые **2 часа в первом периоде родов и каждый 1 час – во втором** (5).

Критерии неэффективной стимуляции родовой деятельности

Если родовая деятельность не установилась, начинайте вводить окситоцин в большей концентрации, учитывая группу рожениц (см. выше).

Осложнения введения окситоцина

- Повышенная сократительная активность матки.
- Сложно дать точное и однозначное определение термину «Повышенная сократительная активность матки». Повышенная сократимость матки без изменений ЧСС плода включает маточную тахисистолию (более чем 5 схваток в 10 минут на протяжении как минимум 20 минут) и маточную гиперсистолию/гипертонус (схватки продолжительностью как минимум 2 минуты).
- Гиперстимуляция матки с изменениями ЧСС плода указывает на синдром гиперстимуляции матки (тахисистолия или гиперсистолия с изменениями ЧСС плода, такими как сохраняющиеся децелерации, тахикардия или кратковременные переменные децелерации).
- Следует избегать длительного использования кислорода для матери через маску. Нет данных, позволяющих оценить соотношение преимуществ и рисков, связанных с краткосрочным использованием кислорода для матери через маску в случаях предполагаемых нарушений состояния плода.
- Если повышенная сократимость матки сопровождается сомнительными или патологическими показателями кардиотокограммы (КТГ), и это состояние

возникло после введения окситоцина, его введение следует уменьшить или прекратить (В).

- При патологических изменениях ЧСС плода и патологической сократимости матки (не являющейся последствием введения окситоцина), следует рассмотреть возможность токолиза. Предлагаемая схема: Тербуталин в дозе 0.25 мг подкожно (39).
- В случае гиперстимуляции (схватки длительностью дольше 75 секунд, или в 10 минут происходит больше 5 схваток), прекратите инфузию и расслабьте матку с помощью токолитических препаратов (5).

Опасность стимуляции родовой деятельности

- гиперстимуляция (> 5 за 10 минут)
- разрыв матки
- преждевременная отслойка плаценты
- ухудшение состояния плода
- родовая травма плода
- «Истощение матки» - атония матки – основным риском является послеродовое кровотечение
- в/у гибель плода

Оцените состояние женщины на наличие признаков дистресса:

- Если пульс у роженицы учащается, можно предположить обезвоживание или наличие сильных болей. Убедитесь, что женщина получает достаточное количество жидкости перорально или внутривенно и обеспечьте адекватную анальгезию.
- Если у женщины снизилось артериальное давление, предположите кровотечение, уточните причину.
- Если в моче женщины присутствует ацетон, предположите недостаточное питание и перелейте глюкозу 5% в/в.
- При наличии аномалии сократительной функции матки – следуйте соответствующим критериям и алгоритмам.

МЕТОДЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Терминология

- **Угрожающее состояние плода** (nonreassuring fetal status), после диагностики данного состояния необходимо уточнение имеющихся патологических изменений, обнаруженных при исследовании (например: повторяющиеся переменные децелерации, тахикардия или брадикардия плода, поздние децелерации или низкая оценка биофизического профиля плода).
- С 2002 года предложено не употреблять в практике термины: «**дистресс плода**», как *антенатальный и интранатальный* диагноз и «**асфиксия в родах**», как *неонатальный* диагноз. Термин «**дистресс плода**» - неточен и неспецифичен, имеет низкую прогностическую ценность, даже в группе беременных высокого риска, так как часто, несмотря на признаки **дистресса**, дети рождаются в хорошем состоянии, с высокой оценкой по шкале Апгар и нормальными показателями газов крови, взятыми из пуповины. В то же время «**дистресс плода**» требует от клинициста срочного вмешательства в родовой процесс, что приводит к необоснованному *увеличению количества оперативных родоразрешений, прежде всего кесаревых сечений, причем под общей анестезией.*
- Таким образом, сегодня, вместо терминов «Дистресс плода» и «Асфиксия в родах», следует использовать выражение «**Угрожающее состояние плода**».

Признаки интранатального повреждения плода (для постановки диагноза необходимо наличие всех):

- наличие метаболического ацидоза в крови пуповины сразу после рождения (рН<7 или дефицит оснований > или = 12 ммоль/л);
- оценка по шкале Апгар 0-3 балла на 5-й минуте;
- наличие неврологических осложнений в раннем неонатальном периоде таких как: судороги, кома, гипотония и тяжелое поражение одного или более органов

или системы новорожденного (ССС, желудочно-кишечной, гематологической, легочной) или поражение печени или дисфункция мочевыделительной системы.

Внимание! Определить время повреждения ребенка (аненатально или интранатально) мы можем только при помощи **анализа газового состава крови пуповины**, который в нашей стране, пока, не доступен. Поэтому следует помнить, что **вмешательства в родах** (такие как раннее кесарево сечение), возможно, не смогут предотвратить **отрицательный исход**.

Сердцебиение плода

Объективным показателем состояния плода является ЧСС, изменения которой могут указывать на возможные проблемы. Определение ЧСС плода на практике осуществляется путем периодического выслушивания.

Рекомендуемая частота выслушивания сердцебиения плода:

- в активную фазу: каждые 15 минут в течение 1-й минуты после схватки,
- во 2-ю фазу родов: каждые 5 мин. в пассивную фазу; после каждой потуги в активную фазу

Выслушивание сердцебиения плода можно производить обычным акушерским стетоскопом, ручным доплеровским прибором или при помощи прибора КТГ с обязательной записью в партограмм. **КТГ не должна назначаться рутинно и проводиться строго по показаниям.**

Частота выслушивания в латентную фазу – каждые 4 часа. При этом, некоторые состояния, такие как: дородовое излитие околоплодных вод, антенатальное кровотечение, некоторые другие симптомы требуют регулярного и более частого контроля за ЧСС плода с записью в истории родов, не реже, чем каждые 2 часа.

Периодическое выслушивание сердцебиения плода является основным и достаточным методом наблюдения за состоянием плода в родах при отсутствии особых показаний (1а)

Показания для продолжительной и/или непрерывной КТГ во время родов:

Внимание! Продолжительная и/или непрерывная КТГ во время родов, в нашей стране, зачастую, мало реалистична, т.к. ограничен запас бумаги для монитора. Пока не появится возможность электронного отображения и регистрации информации, мониторинг, даже в ситуациях высокого риска, будет проводиться периодически. Однако, бывает достаточно и этого, если запись немедленно и правильно расшифровывается, и имеется четкий план, когда следует сделать повторную запись.

1. Со стороны матери:

- роды с рубцом на матке;
- гипертензия, вызванная беременностью/преэклампсия;
- переносная беременность;
- индукция родов;
- диабет;
- многоплодие;
- антенатальное кровотечение;
- антифосфолипидный синдром;
- другие материнские причины, в том числе заболевания матери, нарушающие кровообращение или доставку кислорода к тканям (тяжелая анемия, сердечно-сосудистые или бронхо-легочные патологии, астма, гипертиреоз, травма брюшной полости).

2. Со стороны плода:

- ЗВУР;
- недоношенность (<34 недель);
- маловодие;
- резус-изоиммунизация;
- нарушение плацентарного кровотока по данным доплерометрии;
- при отсутствии доплерометрии - ареактивный НСТ или отклонения от нормы в биофизическом профиле плода.

3. *Интранатальные (возникшие в родах) показания:*

- сердцебиение плода плохо выслушивается;
- при аускультации выслушиваются децелерации или брадикардия/тахикардия (нарушения сердцебиения плода);
- дисфункциональные или затяжные роды;
- родовое излитие околоплодных вод >24 часов;
- подозрение на хориоамнионит;
- региональная анестезия;
- родостимуляция;
- кровотечение из родовых путей;
- гипертермия матери (>38°C);
- появление мекония в водах в процессе родов.

ПАРАМЕТРЫ КТГ

I. *Базальный ритм – нормальная ЧСС плода:*

- норма: 110-160 ударов в минуту, физиологическое *уменьшение* при *увеличении гестационного срока*;
- оценивается за промежуток времени 10 минут при отсутствии временных изменений ритма (акцелераций и децелераций) и при неизменной вариабельности, если это не удастся, следует ориентироваться на базальный ритм предыдущего 10- минутного отрезка времени;
- **легкая тахикардия: 161-180 уд/мин;**
- **тяжелая тахикардия: более 180 уд/мин;**
- частота сердцебиения **более 200 ударов в минуту** обычно указывает на тахиаритмию у плода или врожденную аномалию, не связанную с гипоксией;
- **патологическая тахикардия**, как компенсаторная реакция на какой-либо раздражитель, например, гипоксию, при гипертермии матери, при тяжелой анемии роженицы или плода. Наиболее часто причиной **тахикардии >180 уд/мин** является хориоамнионит. Ряд других, более редких причин, включает **гипертиреоз у матери** и препараты из группы парасимпатолитиков или симпатомиметиков (например **бета-миметики**, применяющиеся для токолиза);
- **легкая брадикардия:** 100-110 ударов в минуту;
- **умеренная брадикардия:** 80-100 ударов в минуту;
- **выраженная брадикардия:** <80 ударов в минуту;
- легкая брадикардия может быть:
 - вариантом нормы при перенесенной беременности;
 - связана с персистирующим задним видом затылочного предлежания;
 - при региональной анестезии;
 - при пережатии пуповины, ее выпадении;
 - при быстром продвижении головки по родовым путям;
 - при гиповолемии матери;
 - при разрыве матки и другие;
 - связана с врожденными аномалиями сердца и нарушениями

проводимости миокарда внутриутробного плода.

II. **Вариабельность - изменение моментной ЧСС плода:**

- физиологическое увеличение с увеличением гестационного срока (клинически значимые изменения возникают после 32 недель);
- вариабельность уменьшается под воздействием седативных препаратов или в стадии сна плода;

Виды вариабельности:

1. нормальная вариабельность: учащение ЧСС плода на 5-25 уд/мин;
 2. повышенная вариабельность (сальтаторный ритм): учащение ЧСС плода более 25 уд/мин - сомнительный прогностический признак, чаще всего наблюдается в период изгнания, в результате острой гипоксии, обусловленной пережатием пуповины;
 3. сниженная вариабельность: учащение ЧСС плода на 3-5 уд/мин;
 4. потерянная вариабельность: учащение ЧСС менее 2 уд/мин;
- сниженная и потерянная вариабельности являются **плохим прогностическим признаком** нарушения нервной, гуморальной и сердечной саморегуляции плода;
 - 5. синусоидный ритм - кривая похожа на синусоиду в пределах 120-160 уд/мин, амплитудой осцилляций - 5-15 уд/мин, частотой осцилляций - 2-5 циклов в мин, отсутствием моментальной вариабельности (**плохой прогностический признак**, причины: анемия плода, тяжелая степень ухудшения состояния плода).

III. **Акцелерации** - эпизоды **увеличения ЧСС плода** на 15 и более ударов в минуту, в течение 15 и более секунд, **связанные с сокращениями матки или движениями плода**, т.е. сердечная деятельность здорового плода, обычно, реагирует на маточное сокращение или собственное движение в матке учащением ЧСС (акцелерации):

- наличие акцелераций - хороший прогностический признак;
- отсутствие акцелераций не является убедительным признаком патологии.

IV. **Децелерации** - эпизоды **урежения ЧСС плода**.

Виды децелераций:

1. **Вариабельные:**

- имеют постоянно меняющуюся форму;
 - не связаны со схватками;
 - характерно резкое замедление ЧСС (в несколько раз за 1-4 сек), затем быстрое или медленное возвращение к прежней частоте;
 - чаще всего связаны со сдавливанием пуповины;
- ✓ типичные вариабельные децелерации:
- исходная акцелерация (увеличение ЧСС),
 - замедление ритма до самой низкой точки,
 - возвращение к базальной частоте;
 - компенсаторная акцелерация,
 - связаны с кратковременным нарушением кровообращения, имеют рефлекторное происхождение;
- ✓ атипичные вариабельные децелерации:
- замедление ЧСС до 70 уд/мин,
 - двухфазность,
 - медленное возвращение к базальному ритму,
 - уменьшение базального ритма в сравнении с исходным, после прекращения замедления,
 - **плохой прогностический признак: замедление ЧСС < 80 ударов в**

минуту и меньше продолжительностью > 60 сек.

2. Поздние:

- имеют одинаковую форму;
- связаны со схватками: *отстают* от начала и пика схватки, *возвращение* к базальной частоте происходит *после окончания схватки*;
- постоянны: наблюдаются после каждой схватки, имеют форму неправильного блюдца;
- причина - хроническая плацентарная недостаточность;

Устойчивые поздние децелерации, не важно, насколько они «глубоки», должны расцениваться, как угрожающий прогностический признак

3. Ранние:

- одинаковой формы,
- связаны со схватками: начинаются и заканчиваются почти одновременно,
- рефлекторное происхождение,
- не связаны с гипоксией,
- связаны с повышением интракраниального давления во время схватки.

Необходимо учитывать, что показатели КТГ описываются по отдельности, но на практике *чаще встречаются в комбинации*. Кроме того, следует учитывать сочетание с конкретной клинической ситуацией, например, мекониальные воды, ЗВУР, переношенная беременность и т.д.

Необходимо учитывать характер родовой деятельности. При этом нормой считать 3 схватки за 10 мин, продолжительностью не более 60 сек. Патологией считается тахисистолия: >5 схваток за 10 мин и гипертонус или тетанус матки - схватки продолжительностью >75 сек. Оба эти состояния могут вызвать гипоксию плода.

ОЦЕНКА КТГ

Оценка	Параметры КТГ			
	ЧСС плода	вариабельность	децелерации	акцелерации
“Нормальная” или “Обнадеживающая”	110-160 уд/мин	Изменение ЧСС плода на 5-25 уд/мин	Нет	Есть
“Подозрительная” или “Необнадеживающая”	100-109; 161-180 уд/мин	Изменение ЧСС плода менее, чем на 5 уд/мин или более, чем на 25 уд/мин	Вариабельные, неповторяющиеся поздние децелерации	Отсутствие не является убедительным признаком патологии
“Патологическая”	<100; >180 уд/мин	Синусоидальный ритм или вариабельности нет (изменение ЧСС<2 уд/мин)	<u>Повторные выраженные или атипичные вариабельные децелерации, или повторные поздние децелерации, или децелерации,</u>	

			<p><u>длящиеся более 3 минут</u> <u>Атипичные</u> <u>вариабельные.</u> <u>Поздние > 3 мин,</u> <u>что является уже</u> <u>эпизодом</u> <u>брадикардии, но</u> <u>не децелерации</u></p>	
--	--	--	---	--

Нормальная или обнадеживающая КТГ: во время родов не обязательно регистрировать акцелерации, чтобы быть уверенным в удовлетворительной оксигенации плода. Достаточно, чтобы три остальных параметра были в норме.

Подозрительная или необнадеживающая КТГ: если определяется хотя бы 1 из нижеследующих параметров, кроме отсутствия акцелерации (согласно таблицы):

1. В течение 10 минут более 5 схваток.

2. Базальный ритм:

➤ тахикардия:

- легкая: 161-180 уд/мин

➤ брадикардия, но присутствует вариабельность:

- легкая: 100 -109 уд/мин;

3. Вариабельность базального ритма:

➤ снижена, но присутствует, т.е изменение ЧСС плода менее, чем на 5 уд/мин или более, чем на 25 уд/мин

➤ отсутствует, но при этом не должно быть *повторяющихся* децелераций

4. Децелерации:

➤ вариабельные;

➤ неповторяющиеся поздние децелерации[ч8]

Патологическая КТГ:

1. ИЛИ наличие только синусоидального ритма;
2. ИЛИ устойчивое отсутствие вариабельности базального ритма, если, при этом, исключены использование лекарственных средств, влияющих на вариабельность сердечного ритма и недоношенная беременность < 28 нед;
3. ИЛИ устойчивые атипичные вариабельные децелерации с отсутствием *вариабельности базального ритма*;
4. ИЛИ устойчивые поздние децелерации с отсутствием *вариабельности базального ритма*.

Тактика при появлении изменений на КТГ

После появления изменений на КТГ, важно составить план ведения пациентки, который определяется типом КТГ и клинической ситуацией:

1. Нормальная или обнадеживающая КТГ – планируйте нужно ли повторить запись, и если нужно, то через какой промежуток времени или продолжайте рутинный мониторинг. Дополнительных вмешательств не требуется.

2. Подозрительная или необнадеживающая КТГ – после оценки требует продолжительного наблюдения и повторной оценки, с учетом всех клинических

обстоятельств. В некоторых случаях, для уточнения состояния плода могут потребоваться дополнительные исследования или меры внутриутробной реанимации.

3. Патологическая КТГ - произвести влагалитное исследование для определения предположительного времени окончания родов:

- в период изгнания возможны многочисленные изменения на КТГ, не представляющие большой опасности для плода в связи со скорым окончанием родов (даже наличие децелераций, но на фоне сохраненной вариабельности). Кроме того, при наличии умеренных или выраженных вариабельных децелераций, следует исключить пролапс пупочного канатика;
- рассмотреть необходимость экстренного родоразрешения либо путем вагинального оперативного вмешательства (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция, экстракция плода за тазовый конец), либо путем кесарева сечения (при отсутствии возможности срочного родоразрешения через естественные родовые пути);
- родоразрешение должно произойти *не позднее 30 минут* с момента установления диагноза «**Патологическая КТГ**»;
- Однако следует помнить, что:
 - научных доказательств эффективности вышеизложенных вмешательств нет;
 - если монитор был только что подключен и немедленно показал **патологическую КТГ**, не исключено, что необратимое повреждение плода уже произошло, и быстрое родоразрешение, в данном случае, может не помочь.

Возможные причины появления подозрительной КТГ и действия:

1. *Технические:*

- неправильно наложены или плохой контакт датчиков - проверить правильность наложения датчиков;
- неисправен аппарат - проверить исправность аппарата.

2. *Гипертоническая родовая деятельность:*

- родовозбуждение или родостимуляция (использование простагландинов или окситоцина) - извлечь простагландины из родовых путей, остановить инфузию окситоцина;
- если необходимо - провести острый токолиз (ввести в/в 10 мкг гинипрала или адекватную дозу другого токолитика).

3. *Тахикардия матери:*

- инфекция (возможно хориамнионит) - измерить температуру тела, при $>38^{\circ}\text{C}$ - можно предположить инфекцию. Дальнейшее ведение по соответствующему протоколу;
- дегидратация:
 - исключить возможность дегидратации: предлагать пить во время родов,
 - ввести в/в 500-1000 мл физиологического раствора;
- использование токолитиков - уменьшить дозу или остановить инфузию токолитиков;

4. *Другие причины:*

- позиция матери, чаще всего на спине - изменить позицию (повернуть на бок);
- гипотензия матери вследствие:
 - дегидратации,

- региональной анестезии,
- излишне агрессивной гипотензивной терапии, измерить АД, при необходимости ввести в/в 500 мл физ. р-ра;
- недавнее влагалищное исследование;
- рвота.

Возможные способы улучшения маточно-плацентарного кровотока во время родов

- изменение позиции роженицы (единственный метод с доказанной эффективностью), и не оставлять пациентку в положении лежа на спине;
- прекращение стимуляции матки;
- применение токолитика короткого действия;
- гидратация, т.е. стабилизация гемодинамики матери, коррекция А/Д в случае гипотонии;
- изменение техники потуг – не применять метод Валсальва;
- уменьшение беспокойства, чувства тревоги роженицы, возможно используя специальную технику дыхания;
- кислород маской 6-8 л/мин.

Не доказана эффективность использования лекарственных средств для профилактики и лечения угрожающего состояния плода во время родов, в том числе:

- *пирацетама,*
- *сигетина,*
- *р-ра глюкозы и аскорбиновой кислоты,*
- *атропина,*
- *унитиола,*
- *кокарбоксилазы,*
- *рибоксина,*
- *спазмолитиков и т.д.*

Признак Вастена

Условия определения:

- наличия регулярной родовой деятельности,
- отсутствие плодного пузыря,
- головки фиксирована во входе в малый таз.

Для исследования ладонь располагают на поверхности симфиза и передвигают вверх, на область предлежащей головки.

1. Если передняя поверхность головки ниже плоскости симфиза, то признак Вастена отрицательный
2. Если передняя поверхность головки находится на одном уровне с плоскостью симфиза, то признак Вастена вровень.
3. Если передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза, диагностируют несоответствие между тазом и головкой (признак Вастена положительный), роды самостоятельно закончиться не могут.

Признак Цангемейстера

Для оценки признака Цангемейстера тазомером измеряют *S. externa*, затем, переднюю брюшную branшу тазомера перемещают на наиболее выступающую часть головки плода, не перемещая, при этом, вторую branшу тазомера.

1. Если полученный размер меньше величины *S. externa*, то признак Цангемейстера считают отрицательным.
2. Если полученные размеры равны, то отмечается относительное несоответствие головки плода и таза матери.
3. Если полученный размер больше величины *S. externa*, то признак Цангемейстера положительный.

Положительные симптомы Вастена и Цангемейстера являются абсолютными признаками функционально узкого таза и показаниями для кесарево сечения.

Информированное согласие на проведение родостимуляции

Информация для пациентки:

обсудить риски и преимущества выжидательного ведения, наряду с рисками и преимуществами вмешательства (родостимуляция) с пациенткой и членами семьи, чтобы получить информированное согласие.

Информированное согласие на проведение родостимуляции

Я, _____ года рождения,
согласно закону Кыргызской Республики «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» от 10 августа 2007 года №147 полностью информирована о своих правах как пациентка.
Претензий по соблюдению моих прав медицинским работником не имею.
Я получила от медицинского работника исчерпывающую информацию по поводу необходимости проведения родостимуляции, об особенностях, длительности и методах проведения.
Я получила информацию о механизме действия, эффективности, преимуществах и недостатках родостимуляции.
Я предупреждена, что родостимуляция не исключает в последующем оперативное родоразрешение.
Я ознакомлена с объемом вмешательств и обследований, проводимых перед родостимуляцией и готова их пройти.
Мне объяснено содержание процедуры в/в введения окситоцина, проведения непрерывного электронного мониторинга плода (КТГ).
Я извещена, что отказ от родостимуляции может осложнить мою беременность и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и здоровье моего ребенка.
Я так же извещена, что проведение родостимуляции может осложнить мою беременность и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и здоровье моего ребенка.
Я получила информацию об альтернативных методах ускорения родов.
Я имела возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и получила на них удовлетворяющие меня ответы.

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись клиентки _____

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись родственника _____

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись медицинского работника _____

Информированное согласие на проведение амниотомии

Информация для пациентки: обсудить риски и преимущества выжидательного ведения, наряду с рисками и преимуществами вмешательства (амниотомия) с пациенткой и членами семьи, чтобы получить информированное согласие.

Информированное согласие на проведение амниотомии.

Я, _____ года рождения, согласно закону о конститутивных правах граждан и №147 полностью информирована о жалобах на схваткообразные боли внизу живота

жалобы на схваткообразные боли внизу живота

Претензий по соблюдению моих прав медицинским работником не имею. Я получила от медицинского работника исчерпывающую информацию по поводу необходимости проведения амниотомии об особенностях и методах проведения. Я получила информацию об эффективности, преимуществах и недостатках амниотомии. Я предупреждена о необходимости в последующем родостимуляции и оперативное родоразрешение. Я ознакомлена с объемом вмешательств и обследований, проводимых перед амниотомией и готова их пройти.

структурные изменения в шейке матки

Мне объяснено содержание процедуры. Амниотомия проводится постоянно. Влагилицный осмотр через 4 часа. Я получила информацию об альтернативных методах ускорения родов. Я имела возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и здоровья моего ребенка и получила на них ответы.

ДЗ: "I период родов"

влагилицный осмотр через 4 часа

родовой блок

структурные изменения в шейке матки

« _____ » _____ 20 _____ г. Подпись родственника _____

« _____ » _____ 20 _____ г. Подпись медицинского работника _____

ДЗ: "I период родов"

ДЗ: "Ложные схватки"

Алгоритм ведения при ложных схватках

родовой блок

24 часа в отделении/палате патологии б/х

Индикаторы

Индикаторы ресурсов:

1. % обученных специалистов по протоколу «Затяжные и обструктивные роды» из всех, оказывающих акушерскую помощь в родильном отделении;
2. % родильных отделений, обеспеченных инфузوماتом и расходными материалами для в/в введения окситоцина (родостимуляция);

3. % родильных отделений, адекватно обеспеченных оборудованием для вакуум-экстракции плода и штатом, обученным применению вакуум-экстрактора.

Индикаторы процессов:

1. % родов с родостимуляцией окситоцином с подписанным информированным согласием пациента, среди всех родов с родостимуляцией окситоцином (данные из истории родов);
2. % кесаревых сечений по показаниям «Отсутствие прогресса в родах/или дисфункциональные роды/или затяжные роды», при которых НЕ проводилась стимуляция окситоцином (индикатор стремится к 0%);
3. % пациенток, получивших стимуляцию родовой деятельности окситоцином, в медицинских картах которых до начала введения окситоцина задокументировано на партограмме пересечение линии действия в активной фазе (индикатор стремится к 100%).
4. % историй родов со стимуляцией родовой деятельности окситоцином, в которых подробно по времени расписаны скорость введения и объемы инфузий (индикатор стремится к 100%).

Индикаторы результатов:

1. % кесаревых сечений при неэффективности родостимуляции;
2. % кесаревых сечений, проведенных по показаниям дистресса плода, при родостимуляции;
3. % новорожденных с оценкой по шкале Апгар на 5-й минуте 3 и менее баллов при родах с родостимуляцией.