

Учебный пакет по эффективной  
перинатальной помощи (ЭПП) 2<sup>ое</sup> издание,  
2015 год



# Неудовлетворительный прогресс родов

## Модуль 7МО



**World Health  
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR  
**Europe**



**Organisation  
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'  
**Europe**



**Weltgesundheitsorganisation**

REGIONALBÜRO FÜR  
**Europa**



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

# Цели обучения

- Диагностика неудовлетворительного прогресса родов
- Правильное использование партограммы для оценки прогресса
- Современная тактика ведения
- Возможные недостатки и преимущества родостимуляции окситоцином

# Предотвращение первого кесарева сечения

- Приблизительно одна из трех беременностей заканчивается кесаревым сечением, составляя более 1 миллиона операций каждый год в США
- Увеличение частоты кесарева сечения с 1995 года произошло за счет первичных родоразрешений кесаревым сечением.
- При кесаревом сечении возрастает риск материнских осложнений и серьезных последствий для последующих беременностей.

# Предотвращение первого кесарева сечения

- С учетом современной частоты кесаревых сечений, принципиально важно наращивание навыков и опыта выполнения влагалищных родоразрешающих операций.
- Консультирование в отношении первого кесарева сечения должно включать информацию о его влиянии на риски при последующей беременности (разрыв матки, аномалии плацентации, в том числе предлежание и врастание плаценты).
- Крайне важно обеспечить рекомендации по стратегиям снижения частоты первого кесарева сечения.

# Периоды родов: определения

Роды подразделяют на 3 периода

- **Первый период:** начинается с регулярных болезненных схваток, приводящих к изменениям в состоянии шейки матки, заканчивается полным открытием шейки матки.

Первый период включает в себя:

- латентную фазу
- активную фазу

- **Второй период:** от полного открытия шейки матки до рождения ребенка
- **Третий период:** от рождения ребенка до рождения последа

Warren 2009

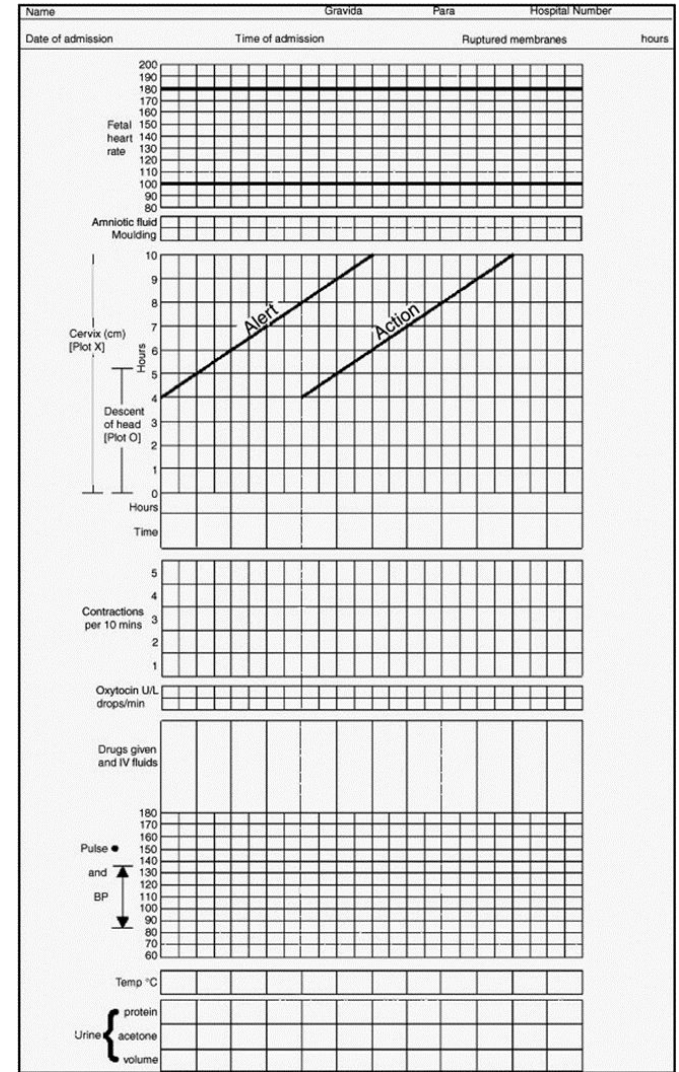
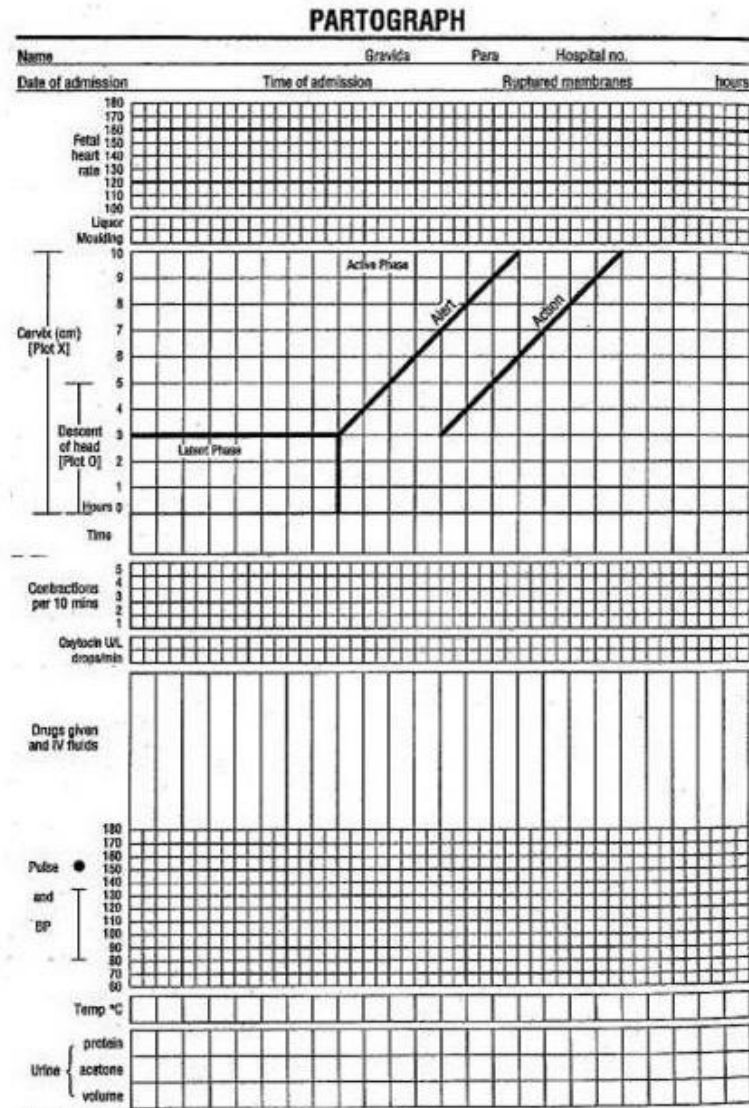
**В первом и втором периоде родов прогресс может быть неудовлетворительным. Важно отличать родовые схватки от предвестников схваток.**

# Неудовлетворительный прогресс родов: определение

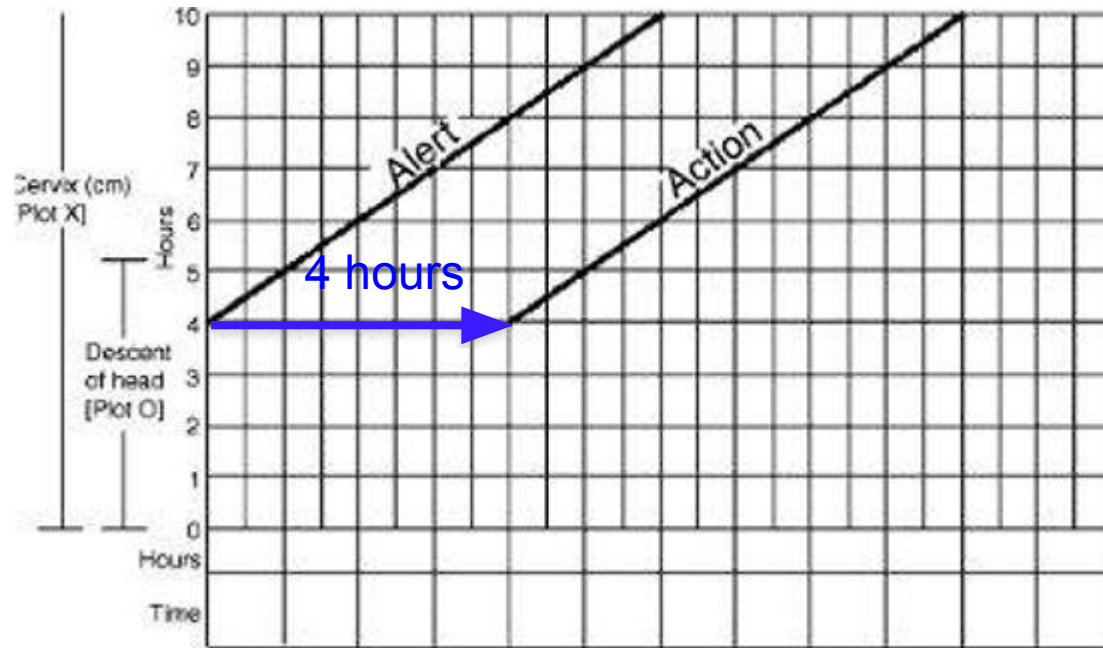
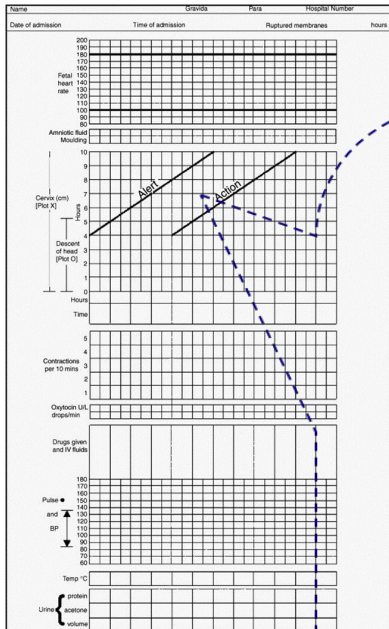
- Не достигнут консенсус в определении неудовлетворительного прогресса родов.
- “Аномалии родовой деятельности”, “дистоция”, “отсутствие прогресса” и “затяжные роды” являются традиционными, но неточными определениями для описания отклонений от нормального течения родов, характерного для большинства женщин при самопроизвольных родах.
- Партограмма используется как «ранняя сигнальная система» неудовлетворительного прогресса в родах.

# Партограмма ВОЗ:

## С наличием и без латентной фазы



# Активная фаза: партограмма с 4х часовой линией действия







# Причины неудовлетворительного прогресса родов: 3 P

- **Power (сила):** адекватность маточных сокращений
- **Passage (родовой канал):** сопротивление тканей родового канала (анатомические изменения таза, аномалии мягких тканей)
- **Passenger (плод):** масса плода, положение, степень сгибания головки и т.д.

**Распознавание истинной причины замедления динамики родов может быть затруднительным, поскольку причины, ее вызывающие, часто взаимосвязаны.**

# Различные причины неудовлетворительной динамики родов по стадиям:

- Ложные роды
- Пролонгированная латентная фаза
- Пролонгированная активная фаза
  - Клинически узкий таз/ Механическое препятствие
  - Неправильное положение или предлежание плода
  - Недостаточная сократительная активность матки
- Затяжной период изгнания

# Предвестники родов: определение

## Родовые схватки

- Сокращения матки происходят через равные интервалы
- Интервал между схватками постепенно сокращается
- Интенсивность боли постепенно увеличивается
- Продолжительность схваток увеличивается
- Прогрессирующее сглаживание и раскрытие шейки матки
- Прогресс родов не может быть остановлен с помощью седации.

Warren 2009

## Предвестниковые схватки

- Сокращения происходят через нерегулярные интервалы
- Интервалы остаются нерегулярными
- Интенсивность боли остается неизменной
- Длительность схваток варьирует и имеет тенденцию к снижению
- Нет динамики в сглаживании и раскрытии шейки матки
- Обычно болезненные схватки купируются седацией
- Отсутствует прогресс в родах

**Диагноз в родах может быть поставлен ретроспективно после серии влагалищных исследований, выявляющих прогрессирующее раскрытие шейки матки.**

# Латентная фаза: определение

- Клинически латентную фазу родов трудно распознать. Ее продолжительность может варьировать в большой степени, в связи с чем трудно определить границы нормы. Greulich 2007
- Латентная фаза наступает, когда женщина начинает ощущать регулярные схватки, и заканчивается с началом ускорения раскрытия шейки матки. Friedman 1972

Многие исследователи предпочитают игнорировать латентную фазу, потому что ее начало не может быть определено ни одним объективным методом.

# Удлиненная латентная фаза: определение

- Многие современные клинические рекомендации и международные сообщества не дают четкого определения удлиненной латентной фазы, поэтому единственное доступное определение можно датировать 1955 г. (Фридман).
- Определение удлиненной латентной фазы по-прежнему основывается на определении Фридмана
  - “на основании 95го центиля удлиненная латентная фаза определяется, когда ее длительность составляет более 20 часов у первородящих и более 14 часов у повторнородящих”

# Удлиненная латентная фаза: ведение

- Существуют различия в тактике ведения удлиненной латентной фазы:
  - некоторые эксперты полагают, что удлиненная латентная фаза обусловлена ослаблением родовой деятельности и требует стимуляции
  - в то время как другие авторы не рекомендуют прибегать к каким-либо активным действиям
- Информированное обсуждение с женщиной имеет принципиальное значение.
- **Удлиненная латентная фаза не является показанием для кесарева сечения.**

# Удлиненная активная фаза: определение (1)

- Существуют различные объяснения того, чем обусловлено замедление родовой деятельности в 1ом периоде родов, но наиболее часто оно обусловлено скоростью раскрытия шейки матки.
  - Открытие шейки матки менее 0,5-1 см (на этапе когда нормой считается открытие от 3-4 см до 10 см) принято считать неудовлетворительным прогрессом родов и пусковым моментом для последующих вмешательств.

WHO 2014
  - Раскрытие шейки матки справа от «линии бдительности» на партограмме.

WHO 2002



# Удлиненная активная фаза : определение (2)

- Для диагностики замедления активной фазы 1-го периода родов нужно принять во внимание все аспекты динамики родовой деятельности:
  - открытие шейки матки менее чем на 2 см за 4 часа при первых родах
  - открытие шейки матки менее чем на 2 см за 4 часа или замедление динамики для вторых и последующих родов
  - опускание и поворот головки плода
  - изменения силы, продолжительности и частоты схваток.

# Удлиненная активная фаза: определение (3)

- Открытие шейки матки в 6 см следует считать началом активной фазы родов у большинства женщин. Таким образом, до раскрытия шейки матки на 6 см стандарты динамики активной фазы не применяются.

ACOG SMFM 2014

- Порог, при котором замедление раскрытия шейки матки вызывает необходимость в инфузии окситоцина у первородящих должен быть:
  - Надлежащим образом индивидуализирован на основе информированного общения между пациенткой и медработником.
  - Обычно он соответствует раскрытию шейки матки на 1 см в час для большинства женщин при самопроизвольных родах, но может достигать 1 см за 2 часа у тех женщин, которые предпочитают минимум вмешательств.

RANZCOG 2014

# Удлиненная активная фаза: оценка

- Оценка схваток:
  - Если они эффективны, следует заподозрить клинически узкий таз, механическое препятствие, неправильное положение или предлежание
  - Если они неэффективны, следует заподозрить аномалию родовой деятельности

# Удлиненная активная фаза: несоответствие размеров таза матери размерам плода (клинически узкий таз)

## ■ Определение

- Вторичная остановка раскрытия шейки матки и опускания предлежащей части плода при эффективных схватках

## ■ Ведение

- В случае подтверждения родоразрешение путем кесарева сечения
- В случае гибели плода, выполнить краниотомию

# Удлиненная активная фаза: механическое препятствие (1)

## ■ Выявление

- Вторичная остановка раскрытия шейки матки и опускания предлежащей части плода
- 3-я степень смещения костей черепа плода
- Отсутствие плотного контакта между шейкой матки и предлежащей частью плода
- Отечность шейки матки
- Растяжение нижнего маточного сегмента
- Формирование контракционного кольца
- Дистресс плода или матери

# Удлиненная активная фаза: механическое препятствие (2)

## ■ Ведение

### – Вакуум-экстракция

- Плод жив, полное открытие шейки матки и головка плода находится на уровне «0» или ниже.

### – Кесарево сечение

- Плод жив, но нет полного открытия шейки матки

### **ИЛИ**

- Головка плода находится слишком высоко для вакуум-экстракции

### – Краниотомия

- Плод мертв

# Удлиненная активная фаза: ведение при неадекватной сократительной деятельности матки

- Если схватки неэффективны, а клинический узкий таз и наличие механического препятствия исключены, наиболее вероятной причиной удлинения родов является аномалия родовой деятельности
- Профилактика аномалий родовой деятельности
- Введение: **стимуляция**
  - **Амниотомия**
  - **Инфузия окситоцина**

# Удлиненная активная фаза: профилактика неадекватной сократительной активности матки

- Комфорт во время родов, включающий:
  - Питание
  - Питье
  - Отдельная родильная палата и т.д.
- Присутствие компаньона на родах
- Вертикальное положение, особенно хождение во время родов
- Внутривенное введение жидкостей с целью сокращения продолжительности родов не рекомендуется.



# Стимуляция родовой деятельности

- Выполняется только после проведения клинического обследования, исключения клинически узкого таза, особенно у повторнородящих женщин.
- Выполняется только при наличии четких медицинских показаний, и когда ожидаемые преимущества перевешивают потенциальный вред.
- Проводится только в учреждениях, где есть возможность коррекции возможных исходов, в частности побочных эффектов или недостижения спонтанных родов через естественные родовые пути.
- В учреждении должно быть доступно оборудование для постоянного мониторинга сердечного ритма плода и частоты и силы схваток.
- Выполняется с осторожностью, так как процедура несет в себе риск гиперстимуляции матки, с потенциальными последствиями в виде дистресса плода и разрыва матки.
- Не рекомендовано применение орального мизопростола для стимуляции родовой деятельности.

# Принципы активного ведения (1)

- активное ведение родов включает:
  - помощь в родах один на один;
  - рутинное выполнение амниотомии;
  - внутривенное введение окситоцина;
  - строгие критерии диагностики родов;
  - строгий мониторинг динамики родов;
  - четкие критерии замедления динамики родов и ухудшения состояния плода;
  - экспертная оценка акушерской помощи.

## Принципы активного ведения (2)

Применение активной тактики ведения родов не рекомендуется с целью профилактики затяжных родов

Имеет потенциальные преимущества для сокращения продолжительности родов и снижения частоты кесаревых сечений

**НО**

- Является директивным и интервенционным
- Представляет собой комплекс мер, который оказывает значительную нагрузку на ресурсы здравоохранения, что может быть неприемлемым в некоторых условиях.

WHO 2014

# Амниотомия (1)

- Амниотомия и введение окситоцина рекомендованы для лечения подтвержденной слабости родовой деятельности (РД) .
- Использование только амниотомии для профилактики слабости РД не рекомендуется.
- Не рекомендуется применение ранней амниотомии и раннего начала инфузии окситоцина для профилактики слабости РД.

## Амниотомия (2)

При рассмотрении вопроса о целесообразности стимуляции родовой деятельности следует отметить следующее:

- Риск инфицирования увеличивается после вскрытия плодного пузыря, будь то амниотомия или самопроизвольный разрыв плодных оболочек.
- Искусственное вскрытие плодного пузыря дает полезную информацию о состоянии плода (объем и цвет околоплодных вод).
- Маловодие или мекониальное окрашивание вод являются критериями для непрерывного КТГ мониторинга.

# Инфузия высоких доз окситоцина в сравнении с низкими

- Высокий дозовый режим:
  - снижает продолжительность родов
  - снижает частоту выполнения кесарева сечения
  - недостаточно данных в отношении риска развития гиперстимуляции матки и неблагоприятных исходов родов для повторнородящих пациенток.
- Высокая начальная доза и постепенное увеличение скорости инфузии окситоцина не рекомендуется для стимуляции родовой деятельности.

# Инфузия окситоцина

- Эффективная доза окситоцина значительно варьирует для каждой женщины
- В большинстве случаев адекватные схватки могут установиться при скорости инфузии 12 мЕд/мин.
- Увеличивать дозу окситоцина нужно не чаще чем 1 раз в 30 минут.
- Дозу окситоцина повышают до появления 4-5 схваток за 10 минут.
- Максимальная скорость введения, согласно инструкции производителя, составляет 20 мЕд/мин.
- Максимальная скорость введения не должна превышать 32 мЕд/мин.

WHO 2007

NICE 2007/20014



# Приготовление раствора окситоцина

Время после начала вливания (мин)	Доза окситоцина (мЕд/мин)	Объем инфузии (мл/час)		
		Разведение 30 МЕ в 500 мл	Разведение 10 МЕ в 500 мл	Разведение 5 МЕ в 500 мл
0	1	1	3	6
30	2	2	6	12
60	4	4	12	24
90	8	8	24	36
120	12	12	36	48
150	16	16	48	60
180	20	20	60	72
210	24	24	72	84
240	28	28	84	96
270	32	32	96	108



# Критерии эффективности родостимуляции

- 3-4 схватки за 10 минут, каждая из которых продолжается более 40 секунд
- Динамика раскрытия шейки матки не менее 1 см за час
  - Спустя 2 часа после серии эффективных схваток проводится оценка динамики родов с помощью влагалищного исследования

**И/или**

- Оценка динамики опускания головки плода

# Критерии неэффективности стимуляции родовой деятельности

- Отсутствие адекватных схваток при максимальной скорости введения окситоцина (32 мЕд/мин)
- Отсутствие динамики раскрытия шейки матки, или раскрытие менее чем 1 см в час

**И/или**

- Головка плода не опускается (если нет признаков клинически узкого таза или механического препятствия)

# Осложнения на фоне инфузии окситоцина (1)

- Тахисистолия
  - Более 5 схваток в течение 10 минут
- Гипертонус матки
  - Схватка, длящаяся не менее 2 минут
- Если при этом наблюдаются нормальные показатели ЧСС плода, следует:
  - Уменьшить скорость инфузии окситоцина
  - Повторно оценить маточную активность по данным КТГ для уточнения дальнейшей тактики ведения.

# Осложнения на фоне инфузии окситоцина (2)

- Если имеет место гиперстимуляция матки (в сочетании с нарушениями сердечной деятельности плода), следует:
  - Уложить женщину на левый бок
  - Прекратить инфузию окситоцина
  - Рассмотреть целесообразность снижения тонуса матки с помощью токолитиков :
    - Тербуталин 250 мкг в/в медленно в течение 5 минут **ИЛИ**
    - Сальбутамол 10 мг в 1л физиологического раствора или раствора Рингера) по 10 капель в минуту
  - Рассмотреть целесообразность родоразрешения при:
    - Сохранении изменений частоты сердечных сокращений плода
    - Дополнительных признаках дистресса плода (мекониальное окрашивание вод)
    - Наличии атипичных переменных децелераций, поздних децелераций, единичных пролонгированных децелераций продолжительностью более 3 мин

# Слабость потуг/ недостаточная динамика (диагностика)

- Главный результат, следующий за эффективным ведением второго периода родов - это безопасное рождение здорового ребенка женщиной в состоянии физического и эмоционального комфорта.

Warren 2009

- Точная максимальная продолжительность второго периода родов, в связи с которой следует провести оперативное родоразрешение, не определена.

NICE 2014

# Удлиненный второй период родов: определение

Согласно NICE:

- Первородящие: отсутствие динамики в течении 3 часов (активная и пассивная фазы вместе) при регионарной анестезии и в течение 2 часов без регионарной анестезии.
- Повторнородящие: отсутствие динамики в течение 2 часов при регионарной анестезии и в течение 1 часа без регионарной анестезии.
- Материнская слабость/истощение. NICE 2007/2014

Согласно ACOG/SMFM:

- По крайней мере 2 часа потужного периода у повторнородящих женщин
  - По крайней мере 3 часа потужного периода у первородящих
  - В конкретных случаях нормальной может считаться большая продолжительность (например, при использовании эпидуральной аналгезии или неправильном положении плода).
- ACOG/SMFM 2014

# Удлиненный второй период родов/недостаточная динамика (коррекция)

- Оперативное влагалищное родоразрешение во втором периоде родов при достаточном опыте врача следует считать безопасной и допустимой альтернативой кесареву сечению.
- Следует поощрять развитие и поддержание практических навыков по оперативному влагалищному родоразрешению.

## Резюме рекомендаций ВОЗ

Context	Recommendation	Quality of evidence	Strength of recommendation
Diagnosis of delay in the first stage of labour	1. Active phase partograph with a four-hour action line is recommended for monitoring the progress of labour.	Very low	Strong
	2. Digital vaginal examination at intervals of four hours is recommended for routine assessment and identification of delay in active labour.	Very low	Weak
Prevention of delay in the first stage of labour	3. A package of care for active management of labour for prevention of delay in labour is not recommended.	Low	Weak
	4. The use of early amniotomy with early oxytocin augmentation for prevention of delay in labour is not recommended.	Very low	Weak
	5. The use of oxytocin for prevention of delay in labour in women receiving epidural analgesia is not recommended.	Low	Weak
	6. The use of amniotomy alone for prevention of delay in labour is not recommended.	Very low	Weak
	7. The use of antispasmodic agents for prevention of delay in labour is not recommended.	Very low	Weak
	8. Pain relief for preventing delay and reducing the use of augmentation in labour is not recommended.	Very low	Weak
	9. The use of intravenous fluids with the aim of shortening the duration of labour is not recommended.	Very low	Strong
	10. For women at low risk, oral fluid and food intake during labour is recommended.	Very low	Weak
	11. Encouraging the adoption of mobility and upright position during labour in women at low risk is recommended.	Very low	Strong
	12. Continuous companionship during labour is recommended for improving labour outcomes.	Moderate	Strong
	13. Administration of enema for reducing the use of labour augmentation is not recommended.	Very low	Strong
Treatment of delay in the first stage of labour with augmentation	14. The use of oxytocin alone for treatment of delay in labour is recommended.	Very low	Weak
	15. Augmentation with intravenous oxytocin prior to confirmation of delay in labour is not recommended.	Very low	Weak
	16. High starting and increment dosage regimen of oxytocin is not recommended for labour augmentation.	Very low	Weak
	17. The use of oral misoprostol for labour augmentation is not recommended.	Very low	Strong
	18. The use of amniotomy alone for treatment of delay in labour is not recommended.	Very low	Weak
Care during labour augmentation	19. The use of amniotomy and oxytocin for treatment of confirmed delay in labour is recommended.	Very low	Weak
	20. The use of internal tocodynamometry, compared with external tocodynamometry, with the aim of improving outcomes for augmented labour is not recommended.	Very low	Weak



# Ключевые моменты (1)

- Партограмма ВОЗ- полезный инструмент для ранней диагностики неудовлетворительной динамики родов;
- Для матерей следует создавать теплую и дружескую атмосферу, оправдано присутствие партнера во время родов, рациональное питание и потребление жидкости, а также вертикальное положение роженицы для снижения вероятности затяжных родов;
- Стимуляция родовой деятельности окситоцином может выполняться только после исключения клинически узкого таза;
- Стимуляция родовой деятельности выполняется только при наличии четких медицинских показаний и в случае, если ожидаемые преимущества перевешивают потенциальные риски;
- Стимуляция родовой деятельности должна выполняться с осторожностью, поскольку она может привести к гиперстимуляции матки с угрозой развития дистресса плода и разрыва матки.

# Ключевые моменты (2)

- Вопрос о вмешательстве в процесс родов должен решаться на основании баланса преимуществ и недостатков во ВСЕХ ПЕРИОДАХ родов
- Пролонгированная латентная фаза (например  $>20$  ч у первородящих и  $>14$  ч у повторнородящих) не должна являться показанием к кесареву сечению.
- Целью эффективной тактики ведения 2го периода родов являются безопасные роды с рождением здорового ребенка у матери, удовлетворенной процессом родов как с физической, так и психологической точки зрения
- Максимальная продолжительность 2го периода родов не определена.
- Оперативное влагалищное родоразрешение во 2-м периоде родов, выполненное опытным врачом, следует рассматривать как безопасную и приемлемую альтернативу кесареву сечению.

# Упражнение 1

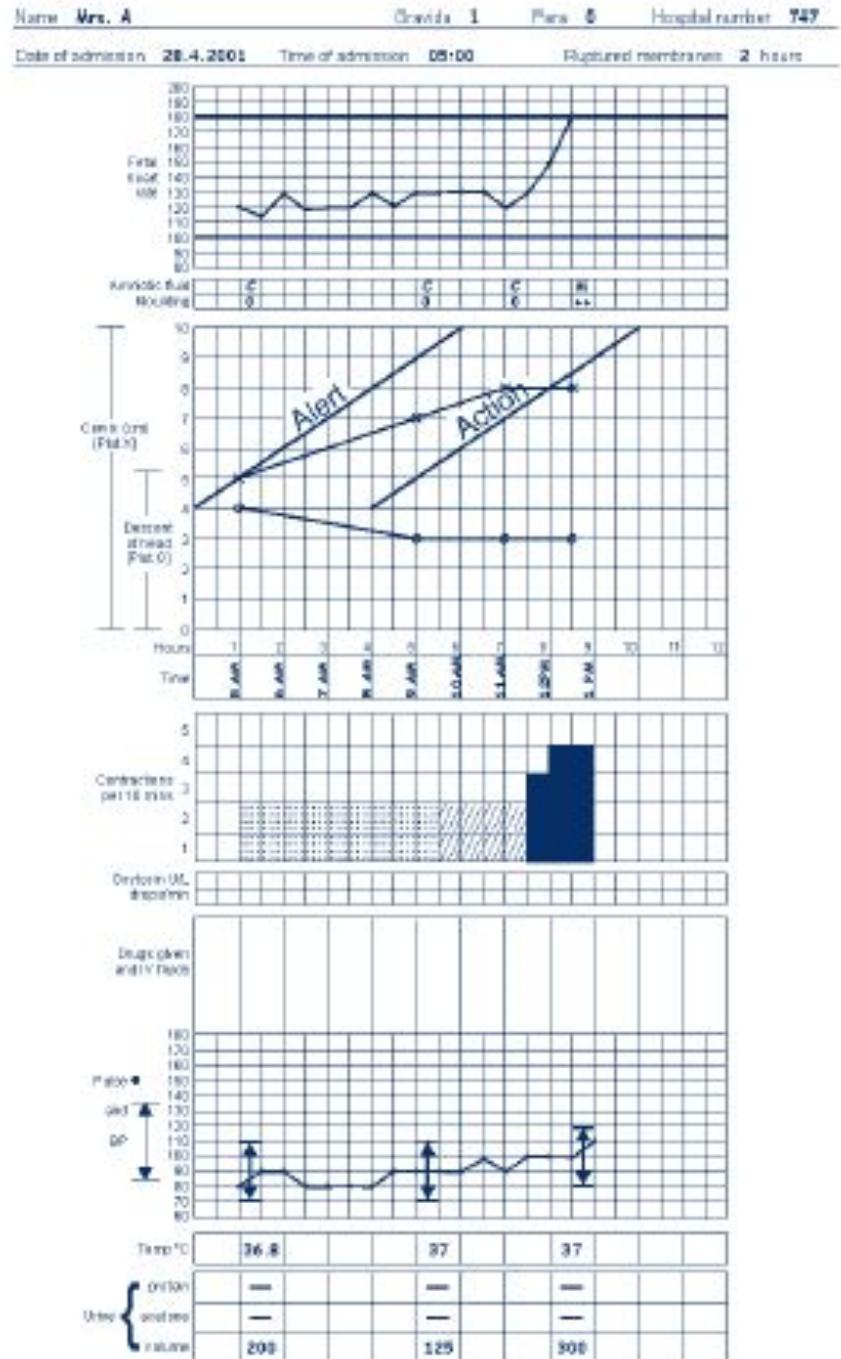
Пример партограммы, демонстрирующей затяжные роды и необходимость вмешательства

Обсудите данную партограмму повторно.

Что вы видите?

Какова тактика ваших действий в данном случае?

MNH Program 2002



# Упражнение 2 – обсуждение клинического случая

Это следует сделать на неделе практических занятий.

- Каждая команда выбирает 2 случая затяжных родов.
- Обсудите эти случаи в команде в свете новых данных.