



Ведение нормальных родов

Принципы «управления» родовым актом

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии ИПО Кировской ГМА
д.м.н, С.В. Хлыбова

Стратегии XXI века



Безопасное материнство



Безопасное акушерство



Что такое акушерская агрессия?

- ◆ Акушерская агрессия - это **ятрогенные, ничем не обоснованные действия, направлены якобы на пользу**, а в результате приносящие только вред: увеличение осложнений беременности и родов; рост перинатальной, младенческой, материнской заболеваемости и смертности

Впечатления женщин от родов



РОДОВОЙ ЗАЛ №2
БЕЗ СТУКА НЕ ВХОДИТЬ!



Впечатления женщин от родов (2009 г.)

- ◆ оскорбление достоинства – 82,3%
- ◆ акушерские столы – 71,1%
- ◆ невозможность использовать гигиеническую прокладку – 70,2%
- ◆ неуважительное отношение – 63,9%
- ◆ роженица не была самым важным человеком в родзале – 51,9%
- ◆ боль во время вагинального исследования – 50%
- ◆ открытая дверь – 41,6%
- ◆ медперсонал не обращал внимания – 27,3%
- ◆ вина женщины, если что-то случится – 27,3%



Самые важные факторы, влияющие на удовлетворенность женщины в родах

- ◆ объем поддержки, полученной от персонала
- ◆ качество взаимоотношения с лицом, осуществляющим уход (взаимопонимание, получение информации, сопереживание)
- ◆ вовлечение в принятие решений
- ◆ ее личные ожидания



Свободное положение роженицы и участие персонала





Нормальные роды (определение ВОЗ)

- ◆ «Это роды, которые начинаются спонтанно у женщин **группы низкого риска** в начале родов и остаются таковыми в течение всех родов; ребенок рождается спонтанно в головном предлежании при сроке беременности, от 37 до 42 полных недель и после родов мать и ребенок находятся в хорошем состоянии»



Принципы ведения родов (ВОЗ, 1996)

- ◆ Оценить степень риска беременной накануне родов
- ◆ Осуществить выбор стационара
- ◆ Выбрать актуальный метод родоразрешения
- ◆ Осуществлять мониторинг контроль в родах за состоянием матери и плода
- ◆ Ведение партограммы
- ◆ Обезболивание родов

Принципы ведения родов (ВОЗ, 1996)

- ◆ Бережное оказание пособия в родах
- ◆ Профилактика кровотечения в родах
- ◆ Оценить состояние ребенка при рождении и при необходимости своевременно оказать помощь
- ◆ Скрининговая оценка новорожденного при рождении (ФКУ, гипотиреозидизм, кистозный фиброз, галактоземия)
- ◆ Раннее прикладывание ребенка к груди матери



Протокол ведения родов в затылочном предлежании

Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
Измерение размеров таза	1,00	1
Прием (осмотр, консультация) беременной первичный	1,00	1
Пальпация плода	1,00	1
Визуальное исследование молочных желез	1,00	1
Пальпация молочных желез	1,00	1
Ультразвуковое исследование плода	1,00	1
Дуплексное сканирование сердца и сосудов плода	0,40	1
Кардиотокография плода	1,00	1



Перечень услуг в послеродовом периоде

Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
Исследование плаценты послеродовое	1,00	1
Осмотр (консультация) врача-анестезиолога-реаниматолога первичный	0,80	1
Прием (осмотр, консультация) врача-неонатолога первичный	1,00	1
Ежедневный осмотр врача-акушера-гинеколога, с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1,00	5
Пальпация молочных желез	1,00	5
Визуальное исследование молочных желез	1,00	5



Перечень услуг в послеродовом периоде

Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
Катетеризация мочевого пузыря	1,00	1
Термометрия общая	1,00	5
Катетеризация кубитальной и других периферических вен	0,20	1
Уход за сосудистым катетером	0,20	2
Пособие при парентеральном введении лекарственных средств	1,00	1
Эластическая компрессия нижних конечностей	1,00	2
Измерение артериального давления на периферических артериях	1,00	5

Перечень услуг в послеродовом периоде

Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	1,00	1
Общий (клинический) анализ крови развернутый	1,00	1
Анализ крови биохимический общетерапевтический	1,00	1
Анализ мочи общий	1,00	1
Ультразвуковое исследование матки и придатков	1,00	1

Перечень услуг в послеродовом периоде

Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
Введение лекарственных средств в спинномозговой канал	0,50	1
Зашивание разрыва влагалища в промежности	0,20	1
Восстановление вульвы и промежности	0,20	1
Зашивание разрыва шейки матки	0,05	1
Разрез промежности (эпизиотомия)	0,10	1
Физические пособия в родах	1,00	1
Амниотомия	0,05	1



Перечень используемых лекарственных средств

МНН + форма выпуска	Частота назначения	Единицы измерения	Одд**	Экд***
хлоргексидин раствор для наружного и местного применения	0,300	мл	200	300
дротаверин раствор для в/в и в/м введения	0,300	мг	40	40
атропин раствор для инъекций	0,200	мг	1	1
натрия хлорид раствор для инфузий	0,900	мл	400	400
лидокаин раствор для в/в введения	0,500	мг	40	40
прокаин раствор для инъекций	0,300	мг	100	100
дифенгидрамин раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,400	мг	20	40
этанол раствор для наружного применения	1,000	мл	50	100
метилэргометрин раствор для в/в и в/м введения	0,800	мг	2	2
окситоцин раствор для в/в и в/м введения	0,200	МЕ	5	5

Перечень используемых лекарственных средств

МНН + форма выпуска	Частота назначения	Единицы измерения	Одд**	Экд***
иммуноглобулин человека антирезус RHO[D] раствор для внутримышечного введения	0,200	мкг	350	350
кеторолак раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,100	мг	30	150
тримеперидин раствор для инъекций	0,400	мг	20	20
фентанил раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,300	мг	0,1	0,1
кетамин раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,100	мг	100	200
пропофол эмульсия для внутривенного введения	0,200	мг	200	400
бупивакаин раствор для инъекций	0,100	мг	50	
ропивакаин раствор для инъекций	0,400	мг	70	
трамадол раствор для инъекций	0,200	мг	50	
мидазолам раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,400	мг	15	15



ИНТЕРАКТИВНЫЙ ОПРОС

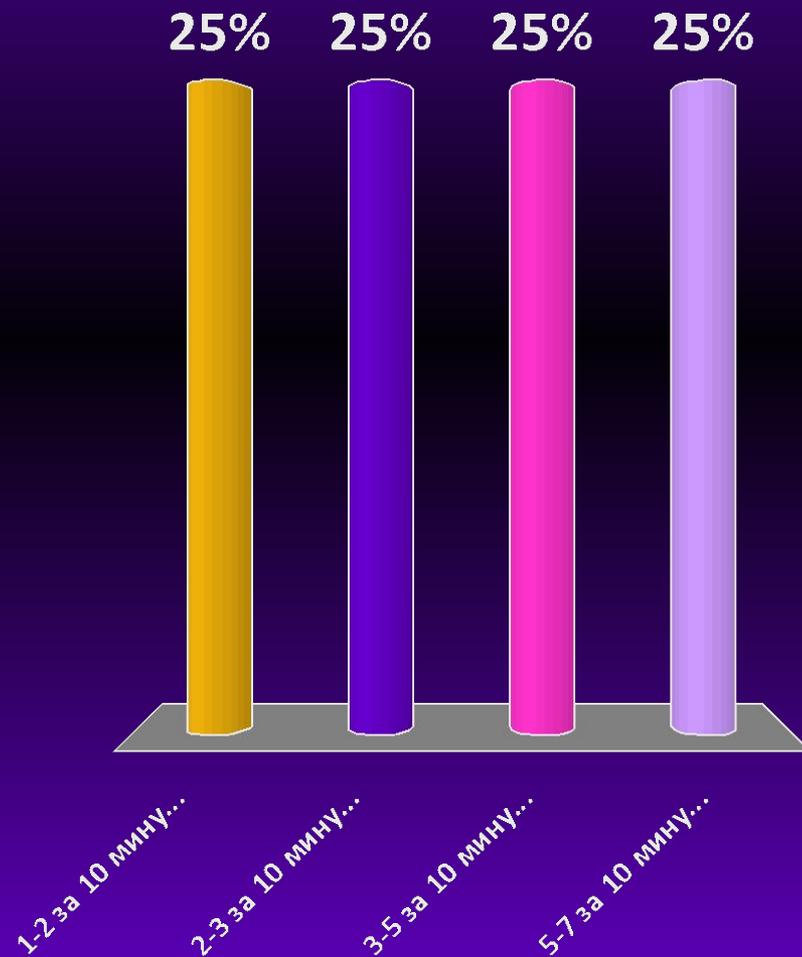
Какова минимальная скорость открытия ШМ в активную фазу у первородящих

- ◆ 2,5 см/час
- ◆ 1,5 см/час
- ◆ 1,2 см/час
- ◆ 0,8 см/час
- ◆ 0,3 см/час



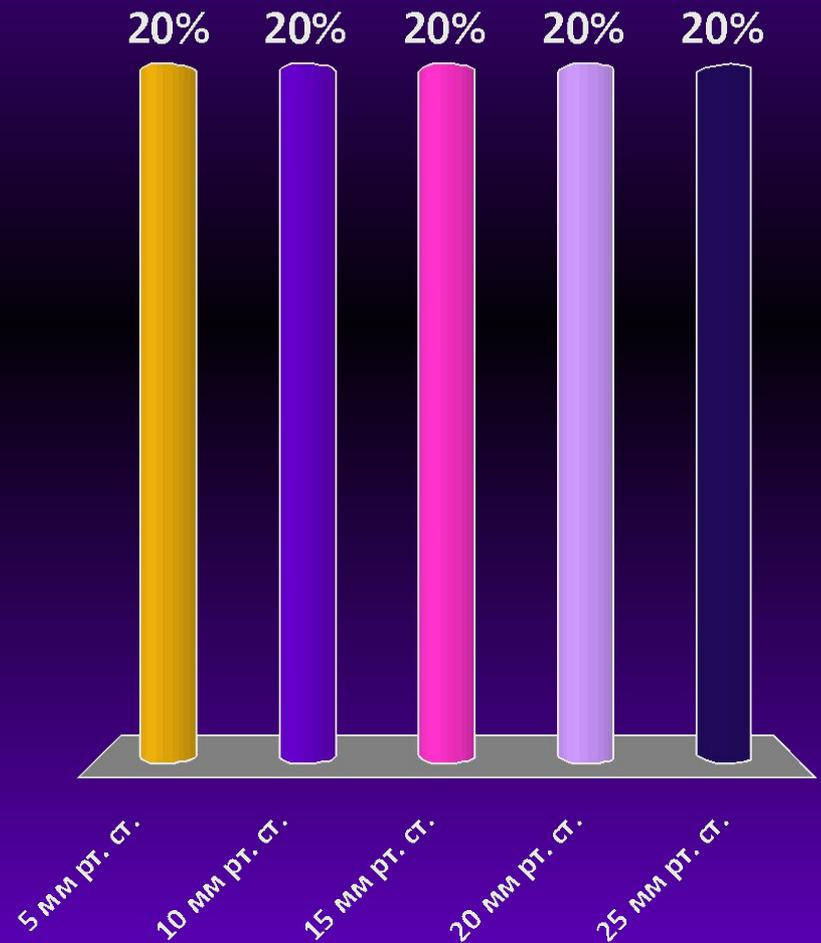
Нормальная частота схваток в активную фазу родов у первородящих составляет

- ◆ 1-2 за 10 минут
- ◆ 2-3 за 10 минут
- ◆ 3-5 за 10 минут
- ◆ 5-7 за 10 минут



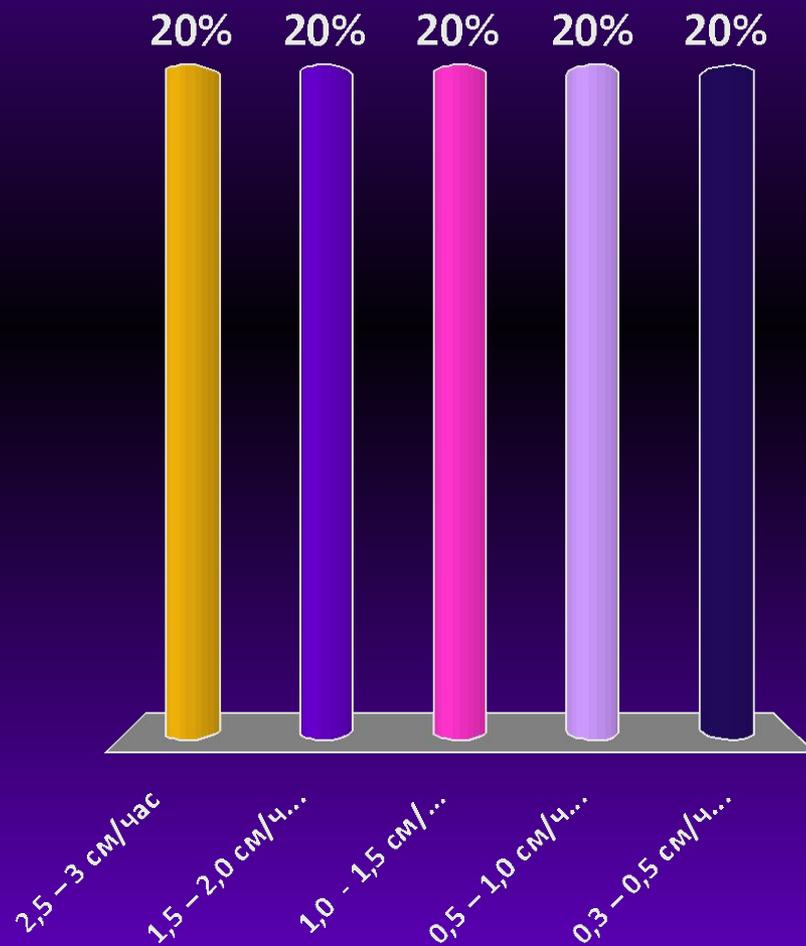
Болевые ощущения у здоровой роженицы появляются при интенсивности схваток, достигающей

- ◆ 5 мм рт. ст.
- ◆ 10 мм рт. ст.
- ◆ 15 мм рт. ст.
- ◆ 20 мм рт. ст.
- ◆ 25 мм рт. ст.



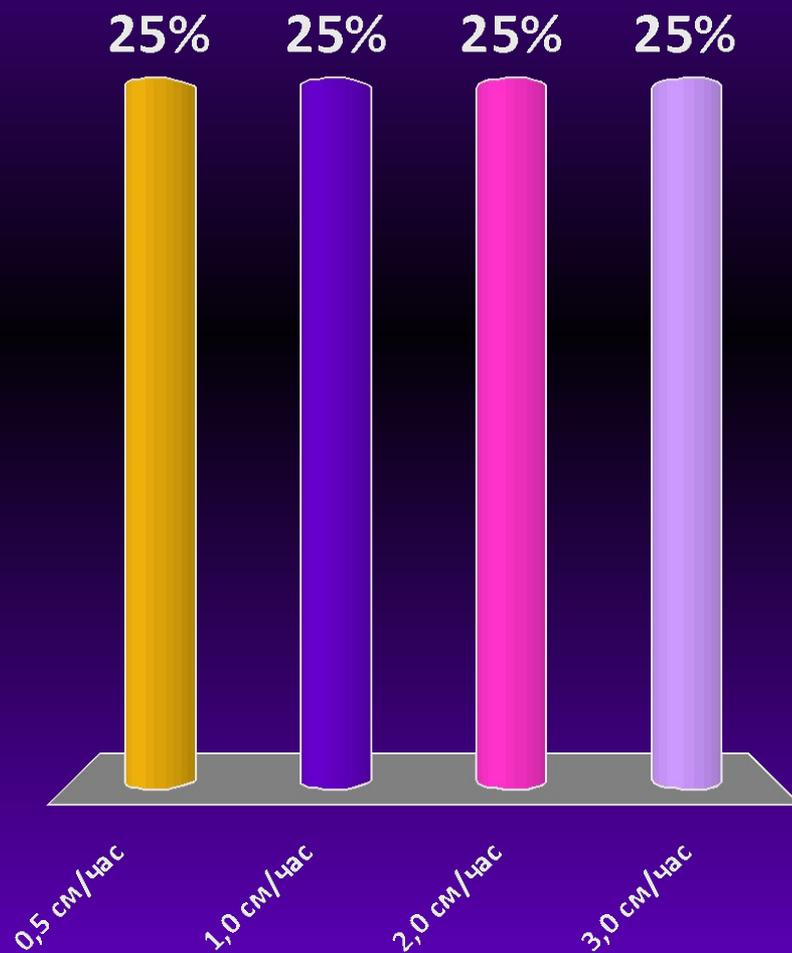
Каковы средние темпы раскрытия маточного зева в фазу замедления

- ◆ 2,5 – 3 см/час
- ◆ 1,5 – 2,0 см/час
- ◆ 1,0 - 1,5 см/час
- ◆ 0,5 – 1,0 см/час
- ◆ 0,3 – 0,5 см/час



Нормальная скорость опускания головки плода при раскрытии ШМ на 8-9 см у первородящих составляет

- ◆ 0,5 см/час
- ◆ 1,0 см/час
- ◆ 2,0 см/час
- ◆ 3,0 см/час



ВЫ ПРОВОДИТЕ ОЦЕНКУ СДМ В РОДАХ ПО

Субъективным ощущениям роженицы

Данным объективного исследования (PV)

Данным КТГ

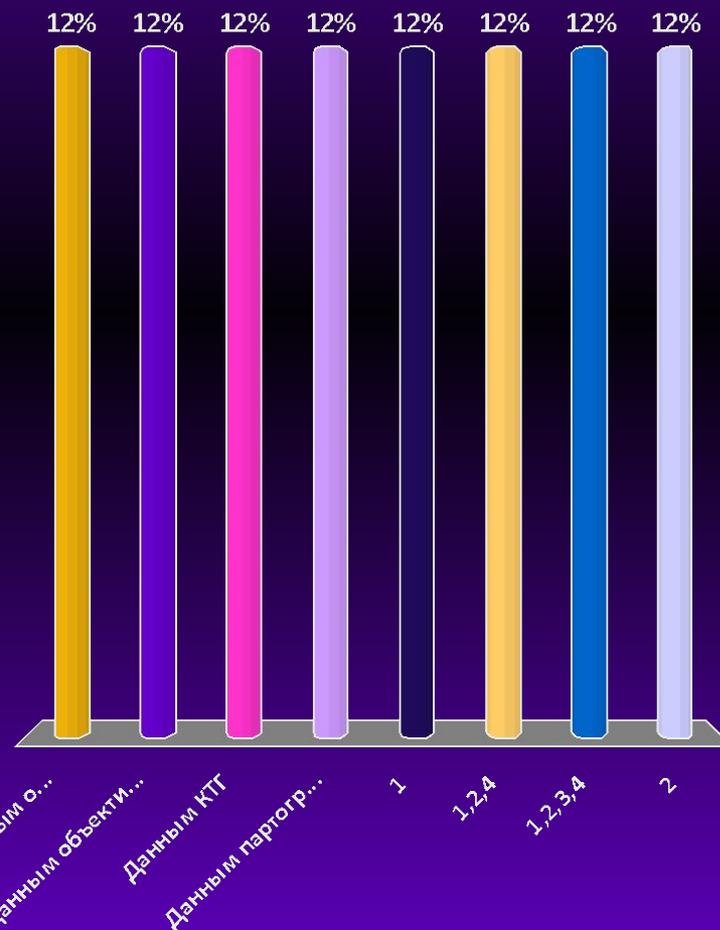
Данным партографии

1,3

1,2,4

1,2,3,4

2,4





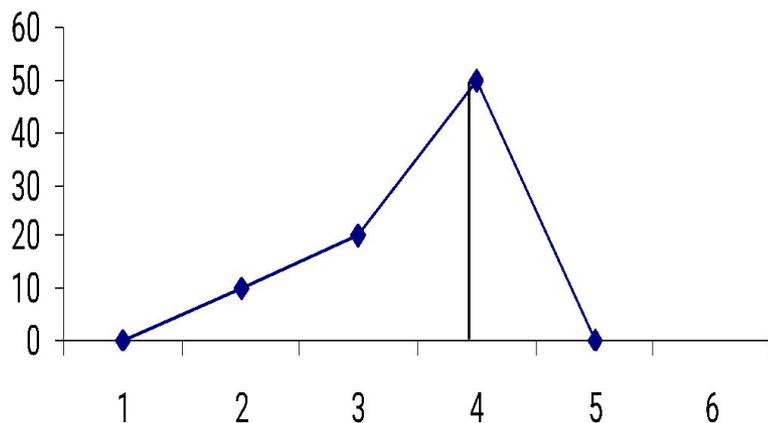
ОЦЕНКА СДМ В РОДАХ

- ◆ Возбудимость
- ◆ Тонус и базальный тонус
- ◆ Систола схватки
- ◆ Диастола схватки
- ◆ Амплитуда сокращения
- ◆ Маточный цикл
- ◆ Частота схваток
- ◆ Порог болевой чувствительности

ОЦЕНКА СДМ В РОДАХ



ВМД в ЛФ I периода родов



ВДМ в АФ I периода родов

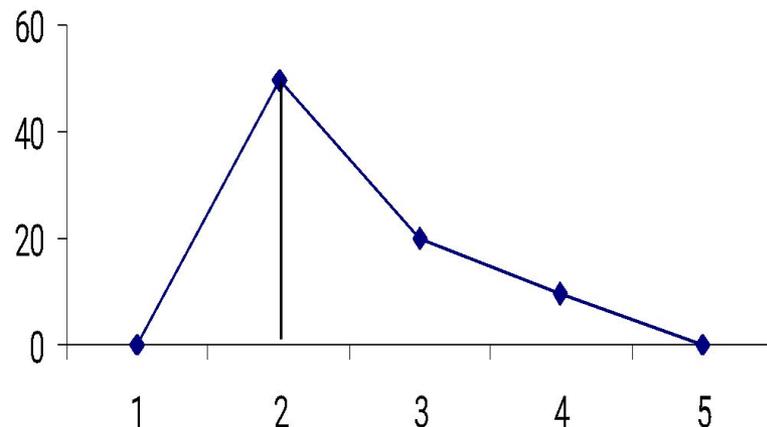


Схема отдельных типов СДМ, наблюдаемой в различные фазы I периода физиологических родов (систола и диастола)



ВЕДЕНИЕ ПАРТОГРАММЫ

- ◆ Партограмма – это метод графического отображения основных параметров, характеризующих состояние матери, плода и течение родов
- ◆ Основным показателем Партограммы является графическое отображение динамики раскрытия ШМ в течение родов



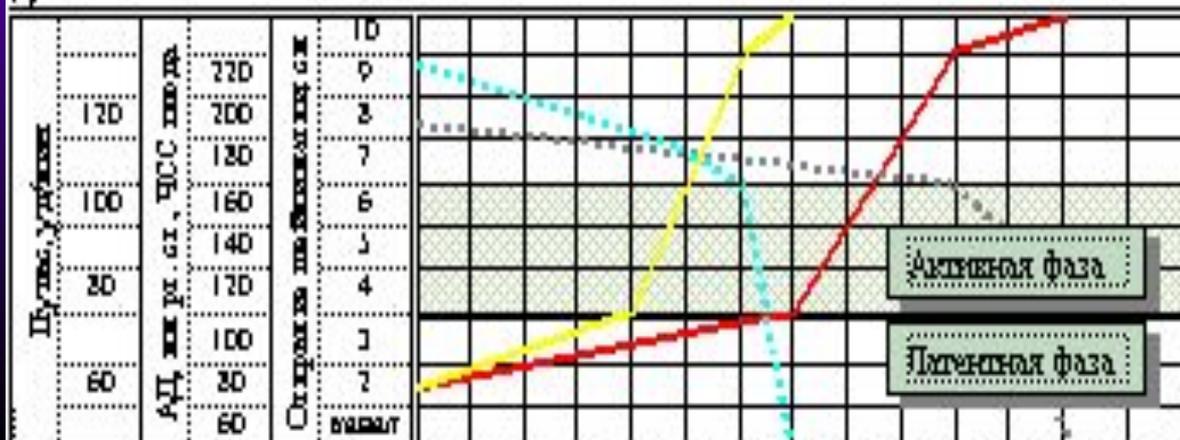
ПАРТОГРАММА

Ф.И.О. _____ Возраст _____ № истории родов _____
 Поступила в _____ к _____ 19__ г. _____ ч. _____ мин. Беременность _____ Роды _____
 Рост _____ Вес _____ Обкружность живота _____ Высота груди живота _____ ПМП _____ Группа риска _____

Дата в _____ к _____ 19__ г.

Время _____

Положение предлежащей части



- 3 над впадиной
- 2 предврата влагалища
- 1 между сегментов
- 0 между сегментов
- +1 в шаровой части
- +2 в узкой части
- +3 в выходе

Продолжительность родов, ч	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Излитие вод														
Количество														
Качество														
Сердцебиение плода, уд/мин														
Схватки	Количество за 10 минут													
	Сила + + + + +													
	Береженность + + + + +													
Мочеиспускание														
Температура, С°														
Медикаменты (доза, путь введения)														
Родостимулянт (ФЭТ), мл/мин														
Подпись врача														

Клинический диагноз.

Р О Д Ы

в _____ к _____ 19__ г. _____ ч. _____ мин.

Пол. мальчик девочка _____

Масса _____ Длина _____

Средняя по шлону Асгар.

1 шаг _____

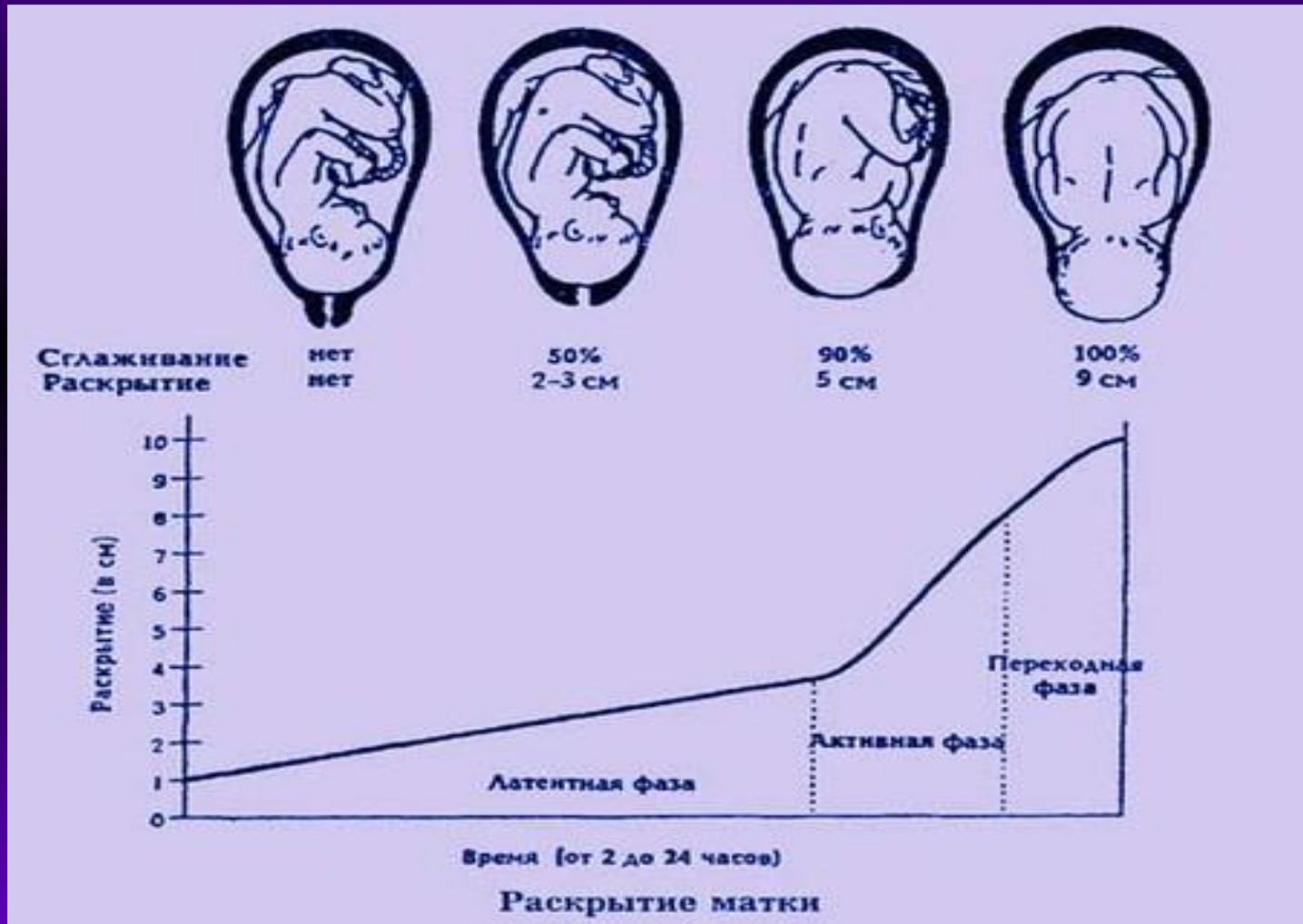
2 шаг _____

Особенности _____

Акушерка _____

Дежурный врач _____

Синхронизация открытия ШМ и продвижения головки плода





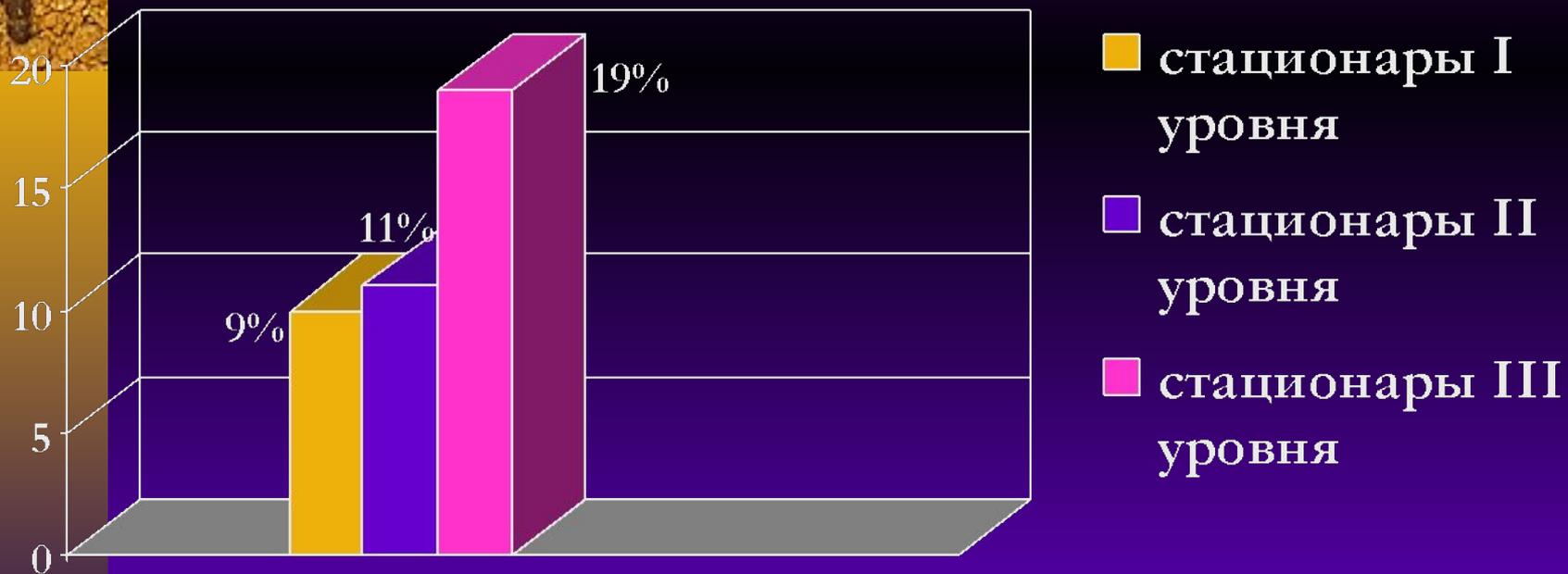
АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



ЧАСТОТА АНОМАЛИЙ РД

- ◆ В мире частота АРД - около 15%
- ◆ СРД в России 10 лет назад встречалась в 7-10% случаев
- ◆ В настоящее время – АРД встречаются в среднем в 11-17% родов (от 9 до 33% родов), а у первородящих – до 60%
- ◆ Структура АРД: СРД формируется у 5,6% рожениц, ДРД – у 1,7%, бурная родовая деятельность - у 2,1%

ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ СДМ в Кировской области



Данные ДЗ Кировской области, 2009 г.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АРД

062.0 - Первичная СРД

062.1 - Вторичная СРД

062.2 - Другие виды СРД

062.3 - Стремительные роды

062.4 - Гипертонические
некоординированные и затянувшиеся
сокращения матки

- ◆ Контракционное кольцо, дистоция
- ◆ Дискоординированная РД
- ◆ Сокращения матки в виде песочных часов



МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АРД

- ◆ Гипертоническая дисфункция матки
- ◆ Тетанические нарушения

062.8 - Другие нарушения РД

062.9 - Нарушения родовой деятельности
неуточненные

063. Затяжные роды

063.0 - Затянувшийся первый период родов

063.1 - Затянувшийся второй период родов

063.9 - Затяжные роды неуточненные





Классификация ВОЗ (1995)

- ◆ **первичная СРД** — отсутствие прогрессирующего раскрытия ШМ (первичная гипотоническая дисфункция матки)
- ◆ **вторичная СРД** — прекращение схваток в АФ родов (вторичная гипотоническая дисфункция матки)



Классификация ВОЗ (1995)

- ◆ **другие виды аномалий родовой деятельности:** — атония матки; — беспорядочные схватки; — гипотоническая дисфункция матки без других указаний; — слабые схватки; — СРД без других указаний



Классификация АРД (РФ)

В России пользуются следующей классификацией **аномалий родовой деятельности:**

- ◆ первичная СРД
- ◆ вторичная СРД
- ◆ слабость потуг (первичная, вторичная)
- ◆ дискоординированная РД

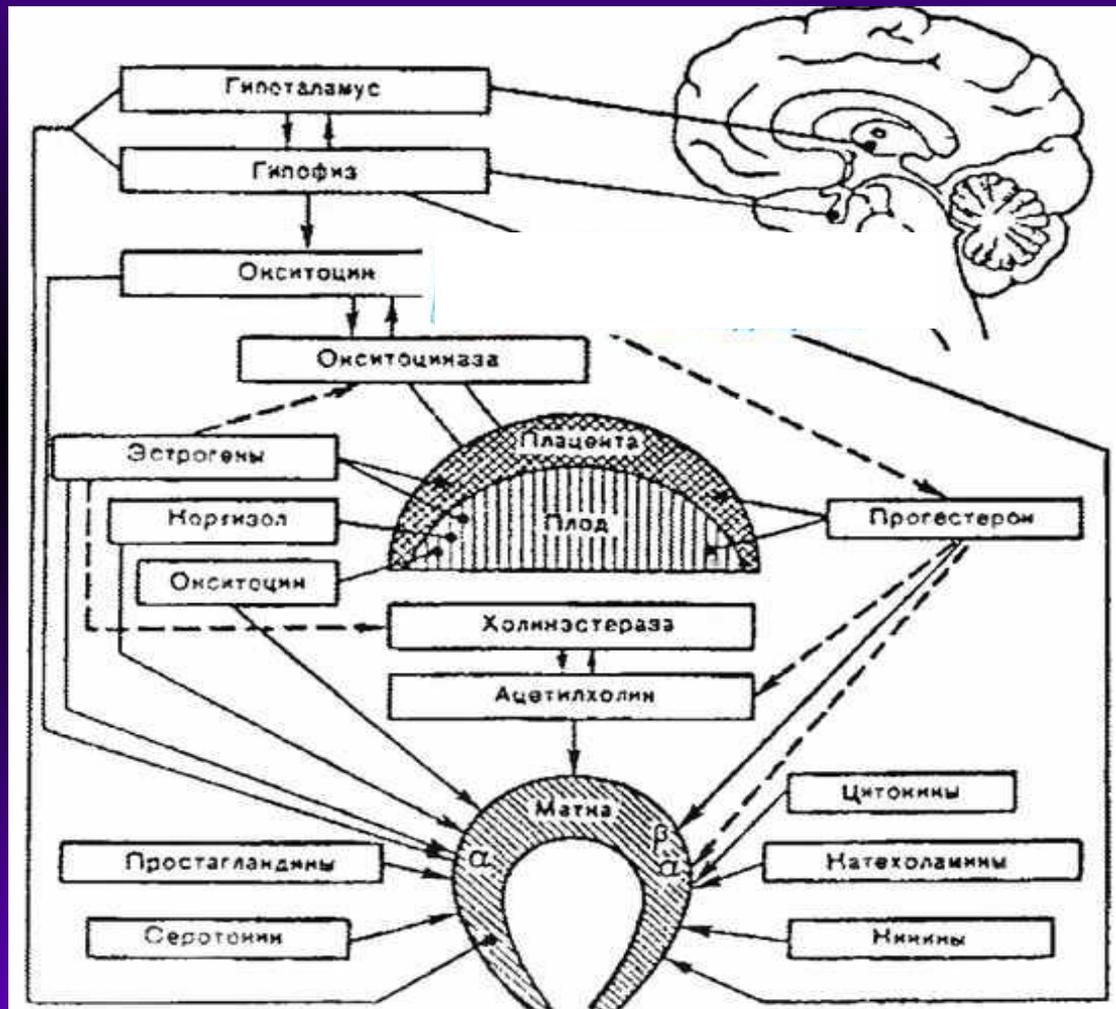


КРИТЕРИИ АНОМАЛЬНОЙ РД

- ◆ Состояние базального тонуса миометрия
- ◆ Сила и частота схватки
- ◆ Длительность сокращения
- ◆ Величина внутриамниотического давления
- ◆ Раскрытие шейки матки
- ◆ Продвижение плода по родовому каналу

Общий показатель гипотонической и гипертонической дисфункции матки – ***низкая эффективность родового акта***

ПРИЧИНЫ АНОМАЛИЙ РД



Патология со стороны материнского организма

- ◆ Соматические и нейроэндокринные заболевания
- ◆ Нарушение регулирующего влияния ЦНС и вегетативной НС
- ◆ Перерастяжение матки: многоводие, многоплодие, крупный плод
- ◆ Генетическая (врожденная) патология миометрия: наследственная упорная СРД у близнецов, матери, бабушки пациентки



Патологические изменения миометрия

- ◆ базальный эндомиометрит
- ◆ склеротические и дистрофические изменения
- ◆ неполноценный рубец на матке
- ◆ пороки развития матки
- ◆ гипоплазия матки
- ◆ миома матки
- ◆ многократные роды



Патология со стороны плода и плаценты

- ◆ Пороки развития нервной системы, гипоплазия и аплазия коры надпочечников плода
- ◆ Аномалия расположения плаценты, нарушение созревания плаценты, плацентарная недостаточность
- ◆ *Дистресс плода*





Механическое препятствие для раскрытия шейки матки и продвижения плода

- ◆ Узкий таз
- ◆ Анатомическая ригидность шейки матки
- ◆ Опухоли малого таза или матки
- ◆ Неправильные положения (предлежания) и крупные размеры плода



ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД



Патологический прелиминарный период или ложные схватки

- ◆ **O47.0 Ложные схватки** в период до 37 полных недель беременности
- ◆ **O47.1 Ложные схватки** начиная с 37 полных недель беременности

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД

- ◆ Маточные сокращения нерегулярные, долго не переходят в РД
- ◆ Сокращения матки носят монотонный характер: частота, сила не возрастают
- ◆ Активное поведение женщины не оказывает никакого влияния на характер СДМ
- ◆ Возбудимость и тонус матки чрезмерно повышены
- ◆ Структурных изменений ШМ не происходит



ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД

- ◆ Внутренний зев может определяться в виде валика
- ◆ Отсутствует должное развертывание нижнего сегмента с вовлечением надвлагалищной порции ШМ
- ◆ Предлежащая часть плода не прижимается ко входу малого таза
- ◆ Пальпация предлежащей части и мелких частей плода затруднена



ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД

Длительность может достигать 24-240 ч.

Нарушение ритма сна и бодрствования,
психо-моционального состояния

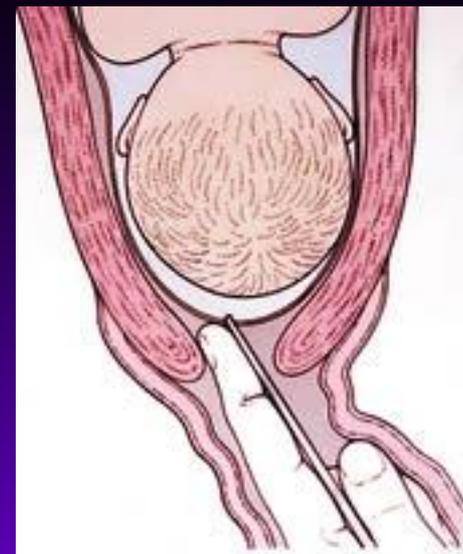
Вегетативные нарушения:
потливость, ВСД, тошнота

Боли в области крестца и поясницы,
сердцебиение, одышка,
нарушение функции кишечника



ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА

- ◆ Длительность лечения не должна превышать 3-5 дней
- ◆ Лечение зависит от длительности ППП и состояния ШМ
- ◆ Состояние ШМ – основной показатель синхронной биологической готовности организма матери и плода к родам
- ◆ «Зрелая» ШМ - амниотомия



ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА

- ◆ Электроаналгезия
- ◆ Электрорелаксация
- ◆ Иглорефлексотерапия
- ◆ Лазеропунктура
- ◆ Гипноз
- ◆ Психотерапия
- ◆ Медикаментозная терапия



ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА

- ◆ Медикаментозный сон-отдых
- ◆ Спазмолитики в/в или в/м
- ◆ Анальгетики (промедол 20-40 мг, трамал 15-20 мг н/н)
- ◆ Инстенон 2,0 мл в 200 мл изотонического р-ра NaCl в/в капельно (с 10 до 40 кап/мин, продолжительность инфузии 2-2,5 часа), 1 раз в день № 3, затем продолжают прием per os по 1 др. x 3 р/д.
- ◆ β -адреномиметики в/в капельно



АМНИОТОМИЯ

Вскрытие
плодного пузыря
при «незрелой»
шейке матки -
акушерская
агрессия!!!



Методы подготовки шейки матки

Немедикаментозные

Стимулирующ

**МЕДИКАМЕНТОЗНЫ
Е**





метод
аэрофитотер
апии

психопрофил
актическая
подготовка
к родам

лечебная
физкультура

*немедикамен
тозные
методы*

синтетически
е
дилататоры

физиотерапе
втические
методы

катетер
Фолея



иглорефлексо-
терапия

стимулирующие
методы

половой
акт

отслойка
плодного
пузыря





Показания для введения Динопростона (ПГ E₂)

- ◆ Индукция прерывания беременности в сроках до 28 недель
- ◆ Кровотечение после родов или аборта (при отсутствии эффекта на введение окситоцина, эргометрина или МЭМ)
- ◆ При индукции срочных родов
- ◆ Для стимуляции РД при доношенной беременности
- ◆ Подготовка ШМ для индукции преждевременных и срочных родов



Динопростон (ПГ E₂)

- ◆ ПГЕ2 не нарушает уровень эндорфинов у матери и плода
- ◆ Сохраняет антистрессовую устойчивость, поэтому может быть использован для стимуляции РД при хронической ПН и гипоксии плода
- ◆ Препидил, гель интрацервикальный 0,5 мг
- ◆ Простин E₂, гель вагинальный 1 мг, 2 мг



Показания для введения Динопроста (ПГ F2α)

- ◆ Искусственное прерывание беременности на сроке гестации 12 – 18 недель
- ◆ Неполный аборт
- ◆ Для стимуляции РД
- ◆ Индукции срочных родов
- ◆ Профилактика послеродовых кровотечений
- ◆ При задержке выделения последа в III периоде родов



Динопрост (ПГ F2α)

- ◆ **Динопрост (ПГ F2α)** для индукции родов в III триместре, стимуляции РД при вторичной СРД или слабости потуг и для лечения послеродовых кровотечений как препарат третьей линии



Динопрост (ПГ F2α)

- ◆ Вводится в дозе 0,5-1,0 мг в мышцу матки или 20 мг в 500 мл физ. р-ра через катетер Фоллея в полость матки или в/м 0,25 мг.

Поддерживающая доза: 0,25 мг каждые 15 мин. Максимальная доза – 2 мг (8 доз).

- ◆ Простин F2α, р-р для инфузий и интраамниального введения
- ◆ Энзапрост-Ф, р-р для инъекций 5 мг/мл



Динопрост (ПГ F2α) !!!!!

◆ ПГ F2α не должны вводиться В\В,
т.к. это может привести к
летальному исходу

(WHO guidelines for management of
postpartum hemorrhage and retained placenta.
World Health Organization, 2009. – P. 6)

Цитируется по: «Формуляр лекарственных
средств в акушерстве и гинекологии» (под
ред. В.Е. Радзинского). - Москва, 2011



Мифепристон разрешен к применению при беременности

Для индукции родов и подготовки шейки матки к родам

- ◆ Назначают внутрь в присутствии врача 200 мг мифепристона, через 24 ч. – повторный прием 200 мг
- ◆ Оценку эффективности проводят через 48-72 ч.



ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОЙ СРД

- ◆ Возбудимость матки снижена
- ◆ Тонус менее 10 мм рт. ст.
- ◆ Частота схваток 1-2 за 10 мин
- ◆ Длительность схватки 15-20 с, сила (амплитуда) сокращения 20-25 мм рт. ст.
- ◆ Систола схватки короткая, диастола удлинена в 1,5-2 раза
- ◆ Схватки регулярные, мало болезненные, внутриматочное давление низкое
- ◆ Структурные изменения ШМ в ЛФ и раскрытие маточного зева в АФ родов протекает замедленно.



ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОЙ СРД

- ◆ Предлежащая часть долгое время остается прижатой ко входу МТ и задерживается в каждой плоскости МТ
- ◆ Нарушена синхронность процессов раскрытия ШМ и продвижения плода по родовому каналу
- ◆ Плодный пузырь вялый, в схватку наливается слабо
- ◆ При РV: края маточного зева мягкие, не напрягаются, легко растягиваются исследующими пальцами, но не силой схватки
- ◆ Слабая СДМ может продолжиться во 2 периоде родов, в последовом и раннем п/р периодах



ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОЙ СРД

Снижение СДМ может быть защитной реакцией организма матери при:

- ◆ неполноценности миометрия (несостоятельный рубец на матке)
- ◆ выраженной диспропорции размеров головки плода и таза роженицы (АУТ или КУТ)
- ◆ неудовлетворительном состоянии плода (нарушение МПК и ППК, дистресс, гипоксия, пороки развития, ЗВУР)





ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОЙ СРД

- ◆ Диагноз ставится на основании клинической картины, динамического РV (через 3 часа), КТГ, НГГ
- ◆ Если за 5-6 ч. регулярных схваток не происходит перехода ЛФ в АФ, а в АФ замедлена скорость раскрытия ШМ, следует поставить диагноз АРД
- ◆ Дифференциальный диагноз с ППП и ДРД



ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ

- ◆ Возраста роженицы
- ◆ Анамнеза
- ◆ Соматического здоровья
- ◆ Акушерской ситуации
- ◆ Состояния шейки матки
- ◆ Фазы и периода родов
- ◆ Состояния и массы плода

Кесарево сечение при СРД предпочтительно в случае

- ◆ позднего возраста первородящей
- ◆ ОАА
- ◆ тяжелой ЭГП, гестозе 2-3 степени
- ◆ крупном плоде
- ◆ тазовом предлежании плода
- ◆ узком тазе
- ◆ переношенной беременности
- ◆ гипоксии плода



При затянувшейся ЛФ (раскрытие ШМ <, чем на 3-4 см)

- ◆ Провести дифференциальную диагностику с ППП, ДРД, дистоцией ШМ
- ◆ Исключить: АУТ, неполноценность рубца на матке, прогрессирующую ПН, гипоксию плода
- ◆ Провести комплексную оценку состояния плода и его реакции на родостимуляцию (КТГ, доплерометрия)
- ◆ Предоставить сон-отдых, выполнить амниотомию, начать родостимуляцию



При затянувшейся АФ (раскрытие ШМ >, чем на 4 см)

- ◆ Провести дифференциальную диагностику с ДРД
- ◆ Уточнить расположение швов и родничков (исключить задний вид, заднетеменное асинклитическое вставление, лобное предлежание)
- ◆ Исключить КУТ, неполноценность стенки матки, прогрессирующую ПН, гипоксию плода (выполнить КТГ)



При затянувшейся АФ (раскрытие ШМ >, чем на 4 см)

- ◆ Путем амниотомии устранить возможные причины СРД: многоводие, функциональную неполноценность плодного пузыря
- ◆ Наблюдение в течение 120 минут за характером РД
- ◆ При отсутствии эффекта – начать родостимуляцию (окситоцин) в/в и/или ПГФ2α???? в дозе 2,5 МЕ и 2,5 мг в 500 мл соответственно (Формуляр ЛС в АиГ, Москва. -2011. - С. 45)



ПРАВИЛА РОДОСТИМУЛЯЦИИ



© Getty

ПРАВИЛА РОДОСТИМУЛЯЦИИ

- ◆ Р. должна быть осторожной, чтобы добиться физиологического (но не более того) темпа родов
- ◆ Начинают с минимальной дозировки препарата, постепенно подбирая оптимальную дозу, при которой за 10 мин проходит 3-5 схваток (*критерий выбора скорости*)



ПРАВИЛА РОДОСТИМУЛЯЦИИ

- ◆ Р. окситоцином или ПГ F2a проводят на вскрытом ПП, при достаточной биологической "зрелости" ШМ и открытии зева не менее, чем на 6 см
- ◆ Родостимуляция E2 – возможна в ЛФ родов без предварительной АТ
- ◆ Длительность Р. не должна превышать 3-5 часов
- ◆ Профилактика гипертонуса матки путем в/в капельного введения спазмолитиков



ПРАВИЛА РОДОСТИМУЛЯЦИИ

- ◆ Осуществлять контроль КТГ на фоне родостимуляции
- ◆ При возникновении гипертонуса – Р. следует прекратить!!!
- ◆ После нормализации тонуса матки и состояния плода – продолжить со скоростью 50% от последнего введения





«Рекомендации по дозировке окситоцина, используемого для индукции родов и родостимуляции»

- ◆ Начало 0,5-2 мЕД/мин
- ◆ Увеличение на 0,5-1,0 мЕД каждые 30-60 мин до достижения желаемого эффекта
- ◆ Низкие дозы (до 4 мЕД/мин) практически лишены побочных эффектов и достаточны для большинства клинических ситуаций



«Рекомендации по дозировке окситоцина, используемого для индукции родов и родостимуляции»

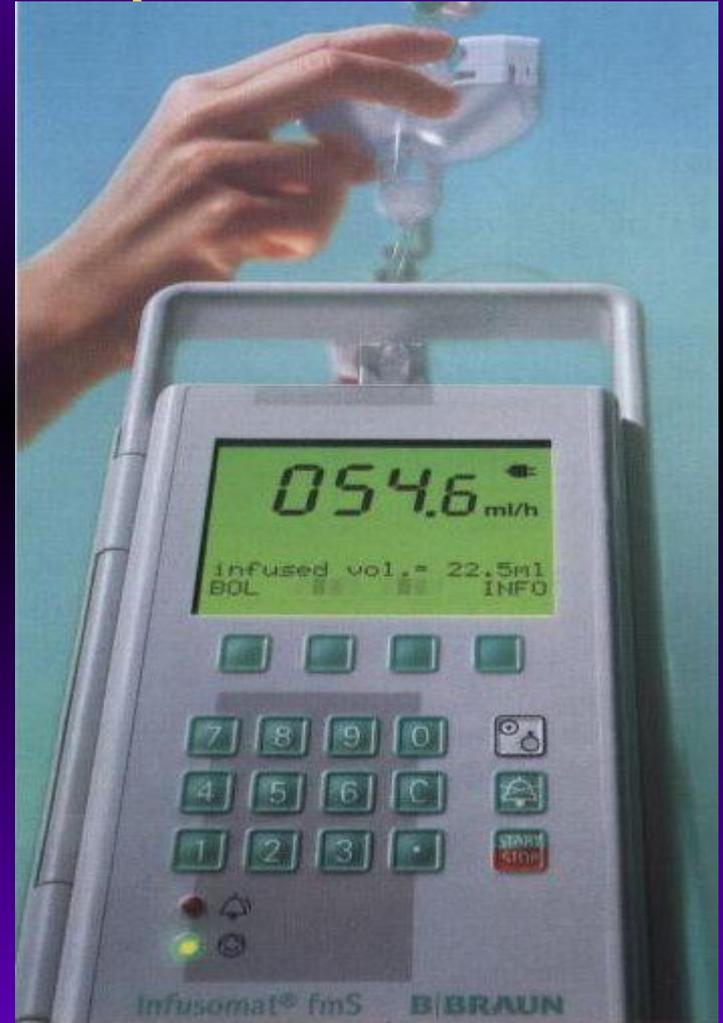
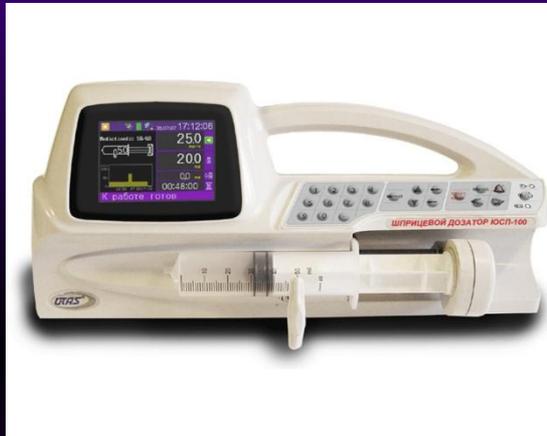
- ◆ Доза 6 мЕД/мин обеспечивает плазменную концентрацию окситоцина соответствующую физиологической
- ◆ Превышение дозы 10 мЕД/мин требуется редко
- ◆ Максимальная доза 20 мЕД/мин
- ◆ Доза 40 мЕД/мин с высокой вероятностью чревата осложнениями



«Рекомендации по дозировке окситоцина, используемого для индукции родов и родостимуляции»

- ◆ Расчет дозировки окситоцина в мЕД/мин является столь же простым, как и привычный подсчет капель в минуту
- ◆ Обучение и приспособление к новой методике требует минимума усилий

Современные способы введения окситоцина



Перфузор (шприцевой насос):



- ◆ 5 МЕ (1 мл) на 50 мл физ. раствора
- ◆ С помощью перфузора инфузию начинают с 3,8 мл/ч.
- ◆ Максимальная скорость введения – 15,2 мл/ч
- ◆ Для точности дозировки ампулу окситоцина (5ЕД) необходимо развести до 5 мл, чтобы в 1 мл содержалась 1 ЕД препарата.



Инфузомат (перистальтический насос)

- ◆ Окситоцин разводится таким образом, чтобы в 1 мл раствора содержалось 10 мЕД препарата. Это значит, что на каждые 100 мл дилуционного раствора должна приходиться 1 единица (1000 мЕД) окситоцина. В стандартные 200, 400, 500 и 1000 мл емкости должны добавляться соответственно 2, 4, 5 и 10 ЕД окситоцина.

Инфузомат (перистальтический насос)

- ◆ Темп инфузии дозатором обычно задается в мл/час. Для того чтобы получить требуемую скорость инфузии в мл/час достаточно умножить желаемую дозировку в мЕД/мин на шесть. Так, например, для обеспечения дозировки 4 мЕД/мин нужно задать темп инфузии 24 мл/час.



Примечания:

Для выработки автоматизма и предотвращения ошибок, в каждом конкретном отделении желательно закрепить четкие правила:

- ◆ *один тип дозатора*
- ◆ *один объем флакона или шприца*
- ◆ *одна дозировка окситоцина*
- ◆ *один способ разведения*

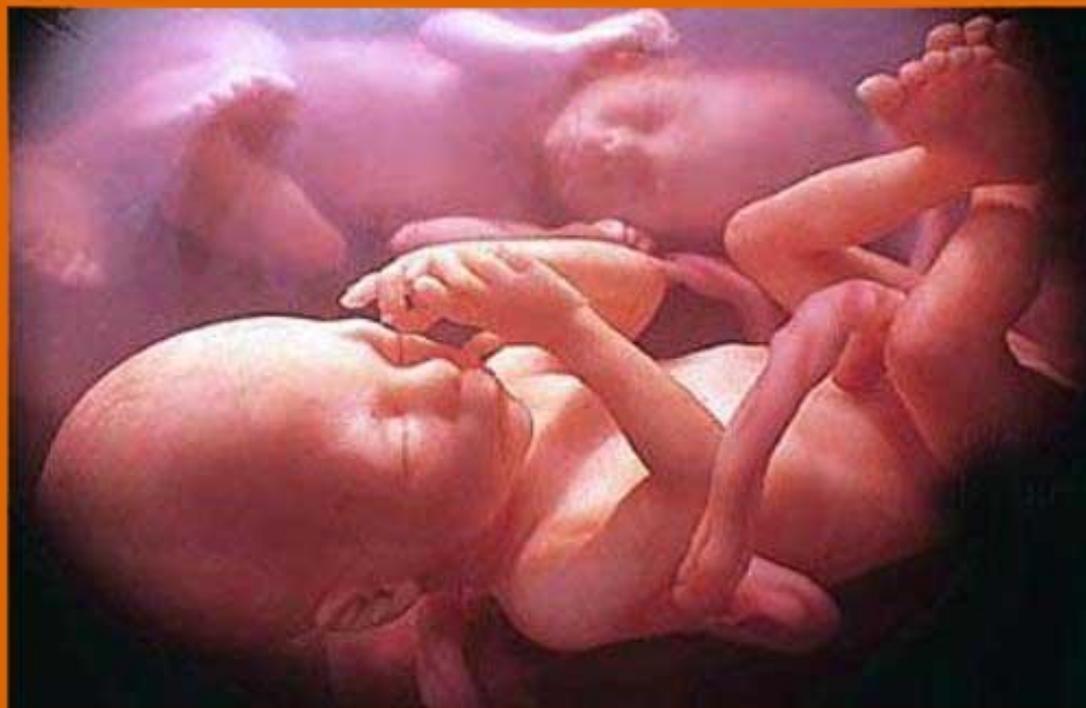




АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ СРД

- ◆ В послеродовом периоде продолжать введение окситоцина (или ПГЕ2, ПГ F2α) еще 1,5 – 2 часа (до времени тромбирования плацентарной площадки: снижение тонуса матки, изменение ее положения, уменьшение кровянистых выделений)

«Плод как пациент»
(Девиз Всемирного конгресса перинатологов,
Амстердам, 1998г.)



Дистресс плода – новое
название старой проблемы



Дистресс плода в родах

- ◆ **«В настоящее время не существует ни одного эффективного метода медикаментозного или немедикаментозного лечения гипоксии (дистресса) плода, как во время беременности, так и в родах**
- ◆ **Медикаментозная терапия дистресса плода (гипоксии плода) во всех врачебных протоколах мира отсутствует!**

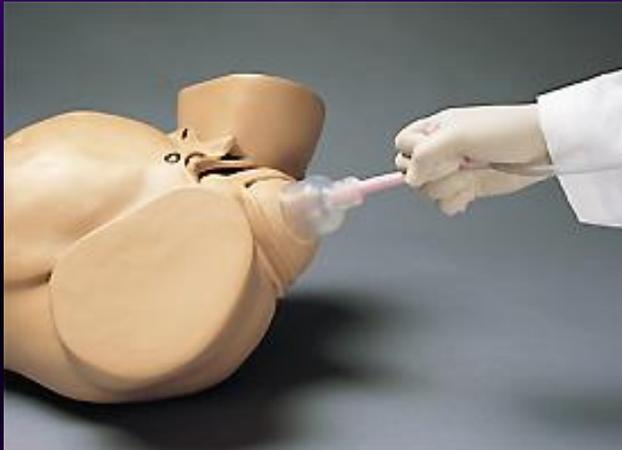
Лечение слабости потуг

ПРИЕМ КРИСТЕЛЛЕРА



С января 2007-го во Франции сообщение о применении врачом этого «метода» лишает его права заниматься акушерской практикой пожизненно!!!

Лечение слабости потуг



Vacuum extraction

VERSUS



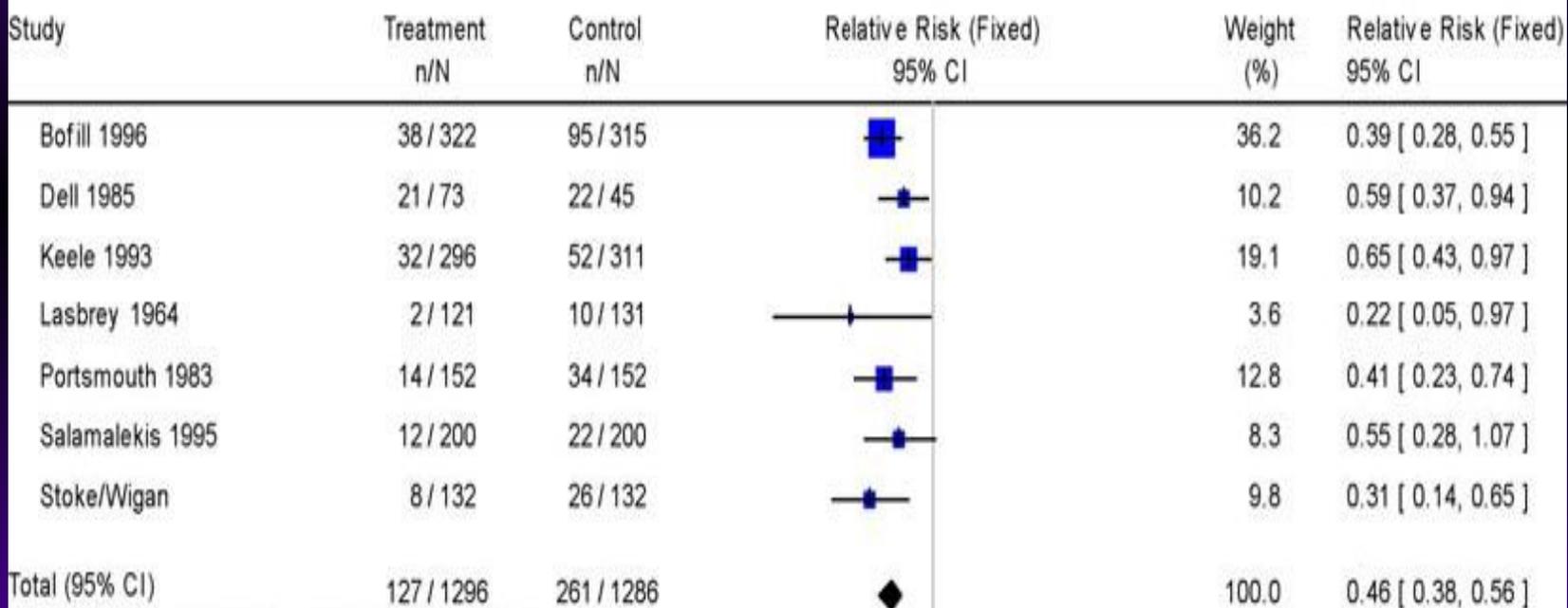
Forceps delivery

Лечение слабости потуг

Review: Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery

Comparison: 01 VACUUM EXTRACTION VS FORCEPS DELIVERY

Outcome: 04 Significant maternal injury



Test for heterogeneity chi-square=6.99 df=6 p=0.3217

Test for overall effect=-7.76 p<0.00001

.01 .1 1 10 100



ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МАТКИ



ЛЕЧЕНИЕ ДРД

*Прежде чем вести роды через
естественные родовые пути при
ДРД*

*необходимо составить прогноз
родов, предусмотрев исходы для
матери и плода*

Факторы, отягощающие прогноз родов при ДРД

- ◆ Поздний и юный возраст
- ◆ ОАГА
- ◆ Тяжелая акушерская и ЭГП
- ◆ АУТ, перенашивание, рубец на матке
- ◆ Развитие ДРД в ЛФ родов
- ◆ ПРПО при «незрелой» ШМ
- ◆ Родовая опухоль при высокостоящей головке и малом (3-4 см) открытии
- ◆ Нарушение биомеханизма родов и состояния плода





ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ДРД

При всех вышеперечисленных факторах риска, а также при ДРД II и III степени тяжести –

целесообразно выбрать кесарево сечение без попытки проведения коррекции нарушений СДМ



ЛЕЧЕНИЕ ДРД I СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- ◆ Спазмолитики каждые в/м или в/в 3 часа (но-шпа, баралгин)
- ◆ Холинолитики (дипрофен, ганглерон)
- ◆ Наркотические анальгетики (промедол, трамал)
- ◆ β -адреномиметики (гинипрал)
- ◆ Амниотомия
- ◆ Эпидуральная анестезия



ЛЕЧЕНИЕ ДРД I СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- ◆ Регуляция МПК (сосудорасширяющие средства)
- ◆ Нормализация микроциркуляции (трентал, актовегин)
- ◆ Улучшение тканевого метаболизма (кокарбоксилаза, АТФ, глутамин, актовегин)
- ◆ Медикаментозная защита плода (седуксен)
- ◆ Антигипоксанты (милдронат)

Сидорова И.С., 2006



ТРЕХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДРД I СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- ◆ Милдронат 10%-10 мл в/в болюсно + спазмолитики и наркотическое анальгетики (наблюдение 2 часа)
- ◆ β -адреномиметики (гинипрал) в течение 60 мин. (максимально до 60 кап/мин)
- ◆ ЭДА (наблюдение 2 часа)
- ◆ Кесарево сечение

Подтетенев А.Д., 2005



Методика введения гинипрала через инфузомат

- ◆ физ. р-р 50 мл + гинипрал 20 мкг (с верапамиллом 80 мг)
 - скорость введения 100 мл/ч в течение 15 минут (10 мкг гинипрала)
- ◆ при необходимости введение гинипрала продолжают с целью длительного токолиза в/в через инфузомат из этого же шприца со скоростью 12,5 мл/ч до получения клинического эффекта



Методика введения гинипрала через инфузомат

- ◆ Если в течение 2 часов на фоне введения гинипрала или по окончании его введения не развилась регулярная эффективная РД, необходимо применить окситоцин
- ◆ Если схватки остаются болезненными и носят дискоординированный характер, роды ведутся на фоне длительной ЭДА
- ◆ При неэффективности - КС



ПРОФИЛАКТИКА АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА

- ◆ Юные и возрастные первородящие
- ◆ ОАГА
- ◆ Хроническая УГИ
- ◆ Наличие соматических, нейроэндокринных, психоневрологических заболеваний, вегетативно - сосудистых нарушений, НЦД, вегетативно – обменных нарушений
- ◆ Структурная неполноценность эндометрия
- ◆ Хроническая ПН
- ◆ Перерастяжение матки
- ◆ Анатомически узкий таз

ПРОФИЛАКТИКА АРД ПЕРЕД РОДАМИ

- ◆ Психопрофилактическая подготовка
- ◆ Аутотренинг
- ◆ Специальные физические упражнения
- ◆ Дыхательная гимнастика
- ◆ Электроаналгезия
- ◆ Чрескожная электронейростимуляция
- ◆ Транскраниальная электростимуляция
- ◆ Иглорефлексотерапия





ПРОФИЛАКТИКА АРД ПЕРЕД РОДАМИ

- ◆ Простагландины E2: Препидил-гель, Простенон-гель (динопростон 500 мкг)
- ◆ Антигестагены (мифегин, мифепристон): 200 мг 1 раз в сутки № 2 через 24 ч.



**Нет ничего страшнее
деятельного невежества**

(И. В. Гёте)



***БЛАГОДАРЮ
ЗА ВНИМАНИЕ***