

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ УКРАИНЫ  
ОДЕССКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

«УЗГОДЖЕНО»

Голова Вченої Ради

Одеського національного

медичного університету

Академік НАМН України

Запорожан В.М.

«28» 08

2019



**ОБСТРУКТИВНЫЕ РОДЫ:  
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ  
К ТЕРМИНОЛОГИИ, КЛАССИФИКАЦИИ.  
ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ  
ОБСТРУКТИВНЫХ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО  
ПЕРИОДА**

**Методические рекомендации**

**ОДЕССА - 2019**

УДК 618.5/7-08:001.4/82(083.131)

**Учреждение - разработчик:**

ГУ "Одесский национальный медицинский университет"

**Составители:**

Манасова Г. С. - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №2, Заслуженный врач Украины

**Зелинский А.А.** - д.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2, Заслуженный деятель науки и техники Украины

Шаповал Н.В. - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №2

Жовтенко О.В. - к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2

Кузьмин Н.В. - врач акушер-гинеколог КУ "Родильный дом №5" г. Одессы.

**Рецензенты:**

**Савченко С.Е.** - эксперт МЗ Украины, Заслуженный врач Украины, д.мед.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последиplomного образования им. П.Л. Шупика

**Андриевский А.Г.** - Заслуженный врач Украины, д. мед. н., профессор, главный врач КУ «Городская клиническая больница №10».

Методические рекомендации «Обструктивные роды. Современные подходы к терминологии, классификации. Особенности тактики ведения обструктивных родов и послеродового периода» предлагают единые подходы к изучению основных принципов ведения обструктивных родов: диагностике клинике обструктивных родов (аномалии родовой деятельности, клинически узкий таз, дистоция плечиков и др.); особенностям анестезиологического обеспечения, направленным на сохранение здоровья матери и ребенка, профилактику материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Рекомендованы к использованию в практической деятельности врачей-интернов, врачей акушеро-гинекологов, врачей общей практики и семейных врачей.

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>I. Введение. Научно-методическое обоснование темы</b> . . . . .	<b>4</b>
<b>II. Учебно-воспитательные цели</b> . . . . .	<b>5</b>
<b>III. Основные вопросы, подлежащие изучению</b> . . . . .	<b>6</b>
<b>IV. Содержание учебного материала</b> . . . . .	<b>6</b>
4.1 Особенности дефиниции . . . . .	6
4.2. Классификация обструктивных родов . . . . .	9
4.3. Факторы риска обструктивных родов . . . . .	9
4.4. Диагностика обструктивных родов . . . . .	10
4.5. Последствия обструктивных родов . . . . .	11
4.6. Тактика ведения обструктивных родов . . . . .	13
4.6.1. Этап прелиминарного периода . . . . .	13
4.6.2. Этап I-го периода родов . . . . .	16
4.6.3. Этап II-го периода родов . . . . .	25
4.6.4. Затяжные роды в III периоде родов . . . . .	32
4.7. Дистоция шейки матки / конглотинации маточного зева . . .	33
4.8. Дистоция плечиков плода. . . . .	36
4.9. Профилактика обструктивных родов . . . . .	49
<b>ВЫВОДЫ</b> . . . . .	<b>50</b>
<b>Перечень рекомендованной литературы</b> . . . . .	<b>52</b>

## **I. ВВЕДЕНИЕ.**

### **НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ**

Несмотря на значительные достижения по улучшению качества оказания медицинской помощи во время беременности, родов и послеродовом периоде, материнская смертность остается проблемой, особенно в развивающихся странах.

В условиях стран с низким уровнем развития здравоохранения обструктивные роды тесно связаны с послеродовыми кровотечениями, сепсисом, разрывами матки, генитальными фистулами и высокой частотой материнской и перинатальной заболеваемости и смертности; частота обструктивных родов составляет от 1,3% до 7%.

Из всех родов, закончившихся рождением живого ребенка, около 20% являются затыжными или обструктивными. В группе высокого риска находятся нерожавшие женщины с доношенным сроком беременности. Затыжные и обструктивные роды являются наиболее распространенным показанием для первичного кесарева сечения.

В одном исследовании показано, что из 733 женщин, прооперированных в экстренном порядке, 68% кесаревых сечений произведены по поводу отсутствия прогресса в родах.

Остаются актуальными критерии диагностики ложных схваток или затыжных 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.

## II. УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ

**Общая цель:** выработка единых подходов и обучение основным принципам ведения obstructивных родов.

### **Учебная цель:**

- диагностика клиники obstructивных родов (аномалии родовой деятельности, клинически узкий таз, дистоция плечиков и др.)
- знание принципов диагностики obstructивных родов
- умение оказать своевременную медицинскую помощь роженицам, направленную на сохранение здоровья матери и ребенка, профилактику материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.
- совершенствование навыков по технике оперативных родов (кесарево сечение, наложение акушерских щипцов, вакуум экстракция плода).

### **Психолого-педагогическая цель:**

- развитие ответственности
- умение работать в команде
- соблюдение правил биомедицинской этики и деонтологии
- бережное отношение к женщине-матери и внутриутробному плоду
- 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 следующих родах.
- улучшение качества медицинской помощи: точная диагностика, своевременное перенаправление на соответствующий уровень оказания медицинской помощи, предупреждение осложнений и качественная их коррекция.

### **III. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ИЗУЧЕНИЮ**

- Частота обструктивных родов, основные причины.
- Виды обструктивных родов, классификация
- Группы риска по возникновению обструктивных родов
- Основные принципы диагностики обструктивных родов.
- Оказание неотложной и дальнейшей медицинской помощи при обструктивных родах
  - Клиника аномалий родовой деятельности, принципы мониторинга и диагностики, тактика лечения
  - Клинически узкий таз: факторы, клинические проявления, диагностика, тактика родов.
  - Дистоция плечиков: методы своевременной медицинской помощи.
  - Определение групп риска возникновения обструктивных родов
  - Оказание неотложной помощи при различных вариантах обструктивных родов
  - Особенности ведения III-го и послеродового периодов при обструктивных родах.

### **IV. СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА**

#### **4.1. Особенности дефиниции**

*Затяжные или обструктивные роды* (код МКБХ – 063; *cephalo-pelvic disproportion – цефало-пельвио диспропорция (ЦПД)*) – 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, или продвижение предлежащей части по родовому каналу в течение не менее 2 часов, но, как правило, на фоне адекватной родовой деятельности.

**ВОЗ:** продолгованные роды - это роды длительностью более 24 часов... Это определение имеет определенные ограничения, так как более целесообразно оценивать длительность родов с учетом длительности латентной фазы родов, которая длится от начала регулярных маточных сокращений до 4-х см раскрытия шейки матки и не должна превышать 8 часов...Активная фаза родов не должна длиться более 12 часов...

Обструктивные роды – это роды, в которых, несмотря на адекватную сократительную активность матки, не наблюдается продвижения подлежащей части плода по родовому каналу.

Наиболее распространенной причиной затяжных родов являются **аномалии родовой деятельности**: слабость родовой деятельности (недостаточно сильная для прогресса родов) или отсутствие координации в сократительной деятельности матки – дискоординация родовой деятельности: в обоих случаях отсутствует раскрытие шейки матки и продвижение плода по родовым путям.

Следующей причиной **цефало-пельвио диспропорции** является затруднение родов по причине плода – *fetal dystocia* при крупных размерах плода (макросомия) или его неправильном положении или предлежании.

Затруднение родового акта вследствие патологии матери (*maternal dystocia*) может возникать в результате наличия у женщины слишком узкого таза или недостаточного раскрытия шейки матки во время родов.

- *Дистоция плечиков* – затруднение прохождения плечиков по родовому каналу вследствие клинического несоответствия плечевого пояса плода и таза матери.
- *Дистоция шейки матки* (функциональная и органическая) – рубцовые изменения или спазм, препятствующие раскрытию шейки матки в первом периоде родов, является клинической формой дискоординированной родовой деятельности
- *Конглотинация 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.

### **Код по МКБ X:**

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

### **Код по МКБ XI:**

- JA82 - Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом неправильном предлежании плода
- JA83 - Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода
- JA84 - Медицинская помощь матери при установленной или предполагаемой аномалии органов таза
- JA84.0 - Врожденные аномалии матки, требующие предоставления медицинской помощи матери
- JA85 - Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода
- JA86.5 - Избыточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери
- JA8D - Ложные схватки

## 4.2. Классификация обструктивных родов

➤ *Затяжные и обструктивные роды широко распространены и могут наблюдаться во всех трех периодах родов!*

В зависимости от периода родов, в котором возникает препятствие для физиологических родов, выделяют обструкцию I-го, II-го и III-го периодов.

Обструкция прелиминарного периода и I периода родов – замедление сглаживания и раскрытия шейки матки, аномалия родовой деятельности, которая может наблюдаться в разные фазы прелиминарного и первого периода родов:

- прелиминарный период (необходима четкая дифференциация «ложных схваток» и патологического прелиминарного периода)
- в латентной фазе I периода родов
- в активной фазе I периода родов

Может быть обусловлена:

- нарушением родовой деятельности
- дистоцией шейки матки

### Обструкция II периода родов

- Аномалии родовой деятельности
- Дистоция шейки матки
- Клинически узкий таз
- Дистоция плечиков

### Обструкция III периода родов

- Нарушение процесса отделения и выделения плаценты

## 4.3. ФАКТОРЫ РИСКА ОБСТРУКТИВНЫХ РОДОВ.

### 1. Антенатальные факторы

- паритет родов (многорожавшая)
- нарушение жирового обмена
- диабет у матери

- дистоция плечиков в анамнезе
- крупный плод в анамнезе
- переносимая беременность
- крупный плод при данной беременности
- многоводие
- многоплодие
- юный возраст
- рахит, остеопороз, полиомиелит, туберкулез в анамнезе
- травма костей таза, позвоночника
- симфизопатия (остеопороз, аномальная походка)
- кесарево сечение в анамнезе
- роды до срока в анамнезе
- предыдущие затрудненные роды
- реконструктивные операции тазового дна

## 2. Интрапартальные факторы риска

- индукция родов
- переносимая беременность
- аномалия родовой деятельности
- пролонгированный прелиминарный период
- пролонгированная первая фаза родов
- пролонгированная вторая фаза родов
- эпидуральная анальгезия
- использование вагинальных оперативных методов (акушерские щипцы, вакуум-экстракция)

## 4.4. ДИАГНОСТИКА ОБСТРУКТИВНЫХ РОДОВ.

ВОЗ в 2007 г. были предложены следующие критерии диагностики затяжных или обструктивных родов, которые предлагаются к использованию в практической деятельности (Табл.1). В основу диагностики положены критерии длительности активной фазы родов, степени раскрытия шейки матки и продвижение предлежащей части плода, которые в совокупности позволяют оценивать прогресс родов, прогнозировать их продолжительность и предпринимать соответствующие действия для профилактики затяжных родов.

- Диагностика обструктивных / затяжных родов должна осуществляться в условиях четкого соблюдения документального отражения всех этапов ведения родов, начиная с этапа прелиминарного периода!

Таблица 1.

Критерии диагностики затяжных / обструктивных родов.

<i>Major criteria – Основные критерии</i>
1. Пролонгирование активной фазы родов $\geq 8$ часов у первородящих и $\geq 6$ часов для повторных родов $\rightarrow$ затяжные роды
2. Регулярные активные сокращения матки ( $\geq 3$ схватки за 10 минут, продолжительность $\geq 20$ секунд схватка) $\rightarrow$ нормальное течение родов
<i>Minor criteria – Вспомогательные (дополнительные) критерии:</i>
1. Замедленное раскрытие шейки матки: $< 1$ см / час у первородящих и $< 2$ см / час для повторных родов
2. Замедленное опускание головки плода менее чем на 1/5 часть у первородящих и менее чем 2/5 – у повторнородящих
3. Прекращение раскрытия шейки матки в течение $> 3$ часов у первородящих и $> 2$ - для повторных родов
4. Прекращение продвижения предлежащей части плода $> 1$ часа у первородящих и повторнородящих
5. Пролонгация II-го периода родов $> 2$ часов у первородящих и $> 1$ часа для повторных родов
6. Выраженная конфигурация и отек головки плода, которые затрудняют пальпацию ( $\geq 2+$ )

#### 4.5. ПОСЛЕДСТВИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ РОДОВ

Последствия обструктивных родов для матери:

- послеродовые кровотечения – 11%
- разрывы промежности 4 степени / расширенная

- эпизиотомия – 3,8%
- ректо-везико-вагинальные свищи – 19,3%
- разрывы шейки матки – 2%
- разрывы матки – 0,1%
- психологическая травма – 100%

Последствия обструктивных родов для плода:

- любое повреждение плода (гипоксические повреждения и т.д.) -24,9%
- травма плечевого сплетения – 16,8%
- перелом ключицы – 9,5%
- перелом плечевой кости – 4,2%

Всемирная организация исследования Глобальных последствий болезней выделяет следующие аспекты последствий обструктивных родов (Рис. 1).

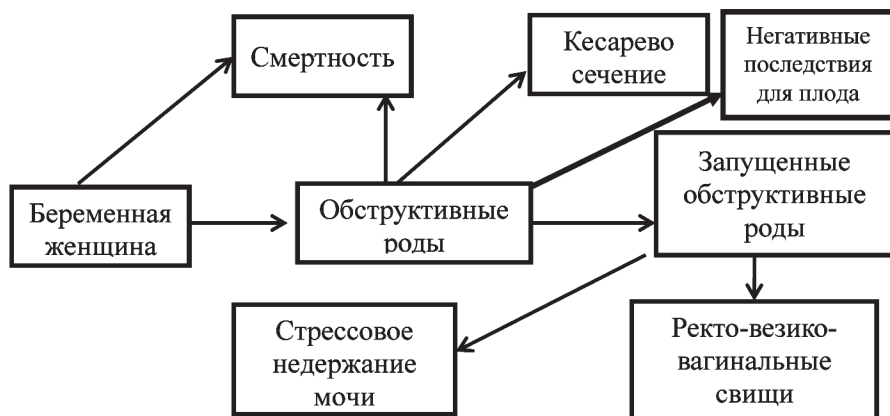


Рис.1. Схема последствий обструктивных родов, представленная GBD – Всемирной организацией исследования Глобальных последствий болезней (Global Burden of Disease, 2000), модифицированная.

## 4.6. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ РОДОВ

### 4.6.1. ЭТАП ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА

#### Основные принципы наблюдения:

1. дифференцированный поход к диагностике начала родовой деятельности,
2. постоянное мониторирование общего состояния матери и плода,
3. тщательное мониторирование прогресса родовой деятельности.

#### ➤ *Патологический прелиминарный период:*

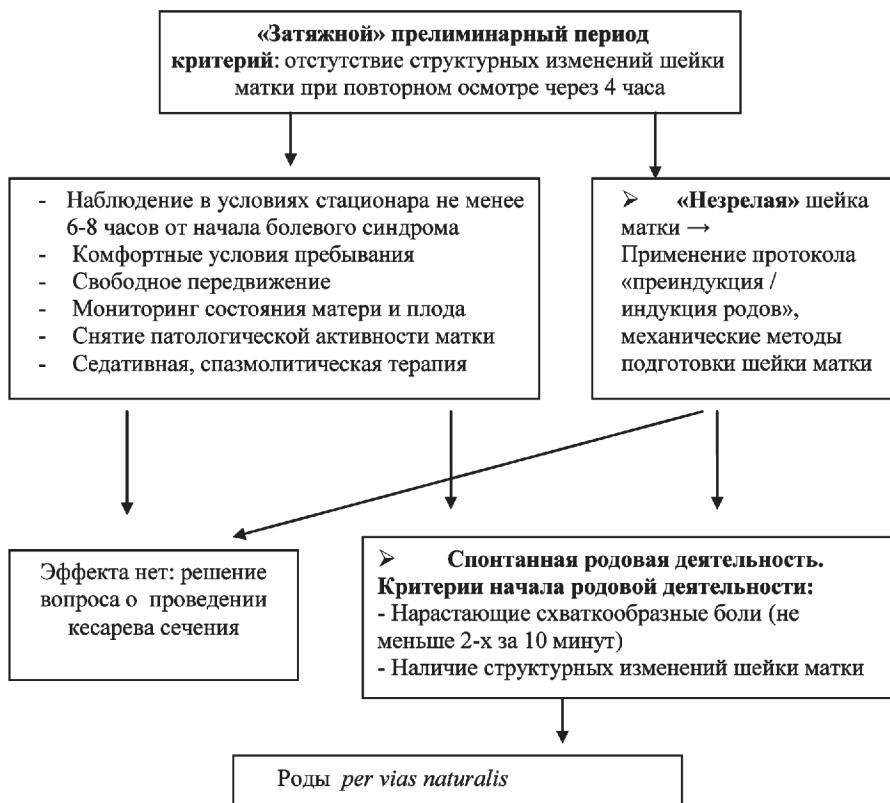
- наличие длительного болевого синдрома
- повышение базального тонуса миометрия, непостоянная интенсивность сокращений
- нарушение градиента между дном матки и нижним маточным сегментом или асинхронизм сокращений матки
- нарушение психосоматического состояния женщины, суточного ритма сна
- нарушение состояния плода
- отсутствие прижатия предлежащей части плода ко входу в малый таз
- гипертонус матки затрудняет пальпацию предлежащей и мелких частей плода
- сократительная деятельность матки при патологическом прелиминарном периоде не является эффективной
- повышенный тонус мышц тазового дна, сужение влагалища
- "незрелая" шейка матки (у 54 - 60% женщин)
- отсутствие структурных изменений шейки матки при повторном осмотре через 4 часа

#### ➤ *Тактика ведения при обструкции в прелиминарном периоде:*

- информированность пациентки и членов семьи
- наблюдение в условиях стационара в течении 24 часов
- тщательный мониторинг состояния матери и плода
- кардиотокография

- внешняя многоканальная гистерография
  - комфортные условия пребывания
  - снятие патологической активности матки ( $\beta$ -адреномиметики, блокаторы кальциевых каналов, антагонисты окситоциновых рецепторов, нестероидные противовоспалительные препараты): рекомендуемое время для вмешательства - 6-8 часов с момента начала болевого синдрома
  - седативная, спазмолитическая терапия
- *Критерии начала родовой деятельности:*
- нарастающие схваткообразные боли (не менее 2-х за 10 минут)
  - наличие структурных изменений шейки матки

# ГРАФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА МЕНЕДЖМЕНТА ЗАТЯЖНОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА



## Ключевые положения:

- Необходима четкая дифференциация понятий "прелиминарный период" и "ложные" схватки
- Постоянный мониторинг состояния матери и плода
- Патологическое течение прелиминарного периода обуславливает патологическое течение родов и создает угрозу здоровью матери и плода

## 4.6.2. ЭТАП I-го ПЕРИОДА РОДОВ

### I. Латентная фаза I-го периода родов.

Оценка прогресса сглаживания и раскрытия шейки матки базируется на следующих показателях:

- не менее 2-х схваток за 10 минут,
- наличие структурных изменений шейки матки,
- не менее 4 - 6 см к началу активной фазы I-го периода родов.

➤ Средняя продолжительность латентной фазы – 8 часов!

### Менеджмент «затянувшейся» латентной фазы.

#### ➤ Немедикаментозные методы ускорения родов

- комфортные условия для отдыха, индивидуальный родзал, партнерские роды, свобода передвижения, вертикальное положение
- контроль функции мочевого пузыря
- мониторинг состояния матери и плода

#### ➤ Медикаментозное лечение «затянувшейся» латентной фазы:

- **А). «зрелая» шейка матки** → амниотомия
- если через 1 час не развивается родовая деятельность – не менее 2 схваток за 10 минут →
- родостимуляция в/венным введением окситоцина (начало введения 3 кап/мин, увеличивать количество капель на 6 каждые 30 минут при отсутствии 3-4 схваток по 40 секунд за 10 минут): по достижении такой активности матки скорость введения не меняется!

➤ Продолжительность родостимуляции - не более 8 часов!

**Б). «незрелая» шейка матки** – применение протокола «прединдукция / индукция родов» (простагландины, механические методы подготовки шейки матки)

- свобода передвижения, вертикальное положение роженицы

➤ Методы подготовки шейки матки (преиндукции родов)

Гормональные методы:

- антигестаген - мифепристон
- простагландин E2 (ПГЕ2) - динопростон
- эстроген - проместрим
- простагландин E1 (ПГЕ1) - мизопролол

Механические методы

- ламинарии
- баллонный катетер (катетер Фоллея)

➤ Методы индукции родов (родовозбуждение):

- простагландин E1 (ПГЕ1) - мизопролол
- окситоцин при нарушении целостности плодного пузыря
- амниотомия в сочетании с окситоцином

Для оценки биологической готовности организма женщины к родам используется шкала зрелости шейки матки по *E.H. Bishop*, (Табл. 2).

Таблица 2.

Оценка зрелости шейки матки по *E.H. Bishop*, модифицированная (*J. Burnett*, 2008).

Признак	Баллы		
	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	По периферии размягчена. плотная в области внутреннего зева	Мягкая
Длина шейки матки, сглаженность	Более 2 см	1-2 см	Менее 1 см или сглажена
Проподимость цервикального канала	Наружный зев закрыт, пропускает кончик пальца	Канал ш/м проходим для 1,5 см, но уплотнен в области внутреннего зева	Больше 1,5 см, при сглаженной ш \м – более 2 см
Положение шейки матки относительно оси таза	Кзади	Кпереди	Срединное
Расположение предлежащей части	Высоко над входом в малый таз	Слегка прижата	Прижата (малым сегментом) ко входу в малый таз

Интерпретация бальной оценки:

- незрелая- 0 - 5 баллов,
- недостаточно зрелая – 6 - 7 баллов,
- зрелая- 8 - 13 баллов.

*Возможно применение УЗ - оценки зрелости шейки матки,*  
которая базируется на измерении ее длины.

Перспективная для индукции шейка матки – длиной менее 25 мм  
(Cromi R.G.,2007; Eggebo T.M.,2009; Frye A., 2004; Miura H., 2010;  
Румянцева В.П., 2011).

**Ключевые положения:**

- Необходима четкая дифференциация понятий «ложные» схватки и «затянувшаяся» латентная фаза
- Введение окситоцина должно осуществляться строго индивидуально с учетом реакции сократительной функции матки на скорость и дозу вводимого препарата. МАХ продолжительность введения окситоцина – 8 часов (рекомендуемые катетеры для в/в введения G24-G22)
- Постоянный мониторинг состояния матери и плода

**Диагноз «обструктивные роды» в латентной фазе родов – показание для родоразрешения путем операции кесарево сечение!!!**

## ГРАФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА МЕНЕДЖМЕНТА ЗАТЯНУВШЕЙСЯ ЛАТЕНТНОЙ ФАЗЫ 1-ГО ПЕРИОДА РОДОВ

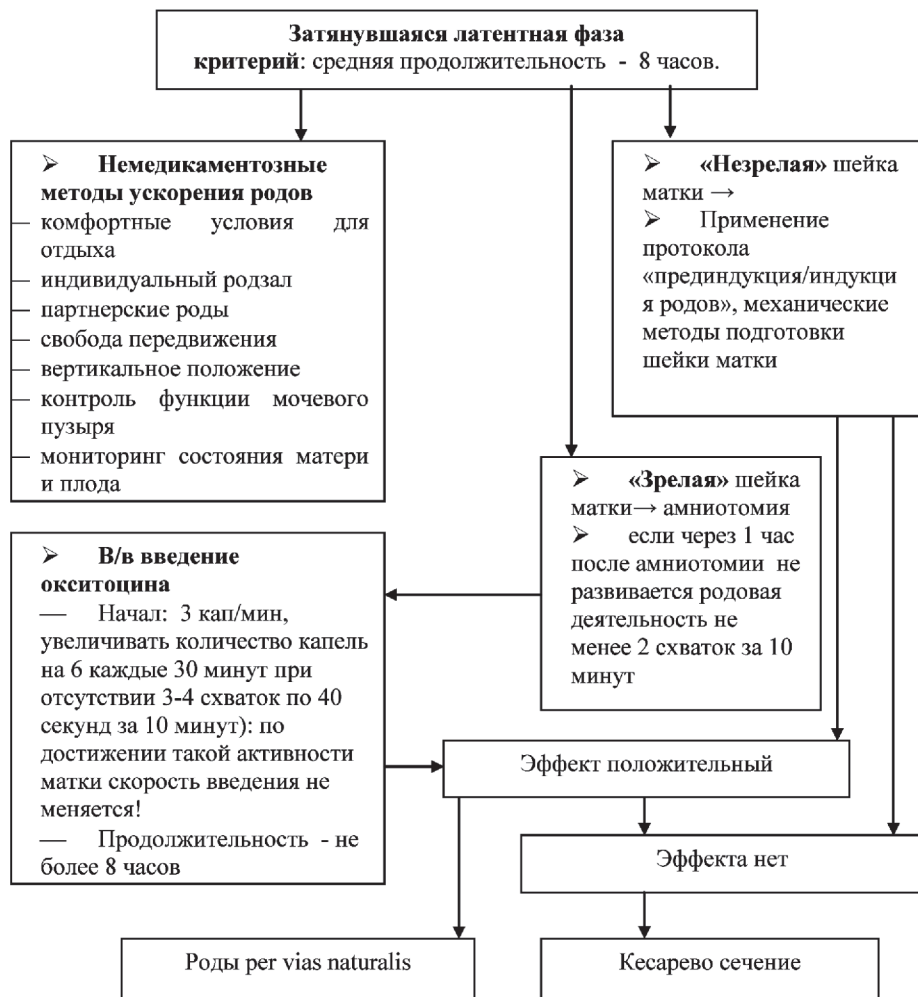


Рис. 2. Алгоритм лечебных мероприятий при затянувшейся латентной фазе 1-го периода родов.

## ***I. Активная фаза I–го периода родов***

Оценка степени раскрытия шейки матки и продвижения плода в активной фазе базируется на следующих показателях:

- сглаженная шейка матки,
- открытие маточного зева 4 - 6 см и более,
- скорость открытия – не менее 1 см/час.

Принципы наблюдения:

- влагалищные исследования каждые 4 часа
- наблюдение с обязательным отражением результатов на партограмме (мониторинг линий «бдительности» и «действия»)
- немедикаментозные методы стимуляции родов (см. выше)
- регулярное опорожнение мочевого пузыря

- !!! Порогом активной фазы для большинства женщин в родах следует считать раскрытие шейки матки 6 см: стандарты активной фазы не рекомендуется применять до открытия 6 см
- Партограмма – позволяет четко дифференцировать нормальное и аномальное течение родов и выделить группу женщин, которым необходима медицинская помощь...
- Позволяет прогнозировать течение родов, контролировать темп родов и оценивать проводимые акушерские мероприятия...

### **Партограмма как средство контроля прогресса родов**

- "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.
- пересечение Линии Бдительности партограммы с Линией Действия свидетельствует о “затянувшейся активной фазе I-го периода родов”

- !!!Пересечение Линии Бдительности с графиком раскрытия шейки матки сопровождается 4-х кратным повышением риска неонатальной реанимации...
- Достижение и пересечение Линии Действия – это 10-ти кратное повышение риска интранатальной гибели плода!!!

### Причины «затянувшейся» активной фазы 1-го периода родов, менеджмент:

#### *I. Аномалия родовой деятельности. Варианты действий*

- Информированное согласие пациентки и членов семьи после полного разъяснения акушерской ситуации, возможных вариантов и методов стимуляции родовой деятельности, рисков и преимуществ стимуляции родовой деятельности

A. Амниотомия при целом плодном пузыре (контроль за состоянием роженицы и плода)

Вариант 1: установилась самостоятельная родовая деятельность

- через 2 часа после того, как установилась хорошая родовая деятельность (3 - 4 схватки за 10 минут, длительностью более 40 сек каждая), необходимо оценить раскрытие шейки матки –

при наличии прогресса – продолжать роды *per vias naturalis*

- при отсутствии прогресса (раскрытие ш/м на прежнем уровне) – роды закончить операцией кесарева сечения 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.

Вариант 2. Самостоятельная родовая деятельность после амниотомии не установилась.

➤ При отсутствии противопоказаний - родостимуляция окситоцином

- ❖ если через 1 час после амниотомии не установилась активная родовая деятельность (3 - 4 схватки за 10 минут длительностью 40 и более секунд) – родостимуляция окситоцином
- ❖ оценка раскрытия шейки проводится по истечении 4-х часов адекватных маточных сокращений на фоне инфузии окситоцина (скорость раскрытия шейки матки не менее 1 см / час)
- ❖ При наличии прогресса родов: оценка каждые 2 часа – скорость раскрытия шейки матки не менее 1 см / час

Диагноз “Обструктивные роды в активной фазе I периода родов” с последующим родоразрешением путем операции кесарева сечения устанавливается на основании следующих клинических данных:

- ❖ несмотря 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 наблюдается полное отсутствие прогресса в раскрытии шейки матки
- ❖ после амниотомии, несмотря на самостоятельную адекватную родовую деятельность (3 - 4 схватки за 10 минут, длительностью каждой более 40 сек) в течение не менее 2 - х часов наблюдается полное отсутствие прогресса в раскрытии шейки матки с пересечением 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 4 - 6 часов.

Алгоритм лечебных мероприятий в условиях затянувшейся активной фазы I-го периода родов, связанной со слабостью родовой деятельности, представлен на Рис. 3.

# ГРАФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА МЕНЕДЖМЕНТА ЗАТЯНУВШЕЙСЯ АКТИВНОЙ ФАЗЫ I-ГО ПЕРИОДА РОДОВ

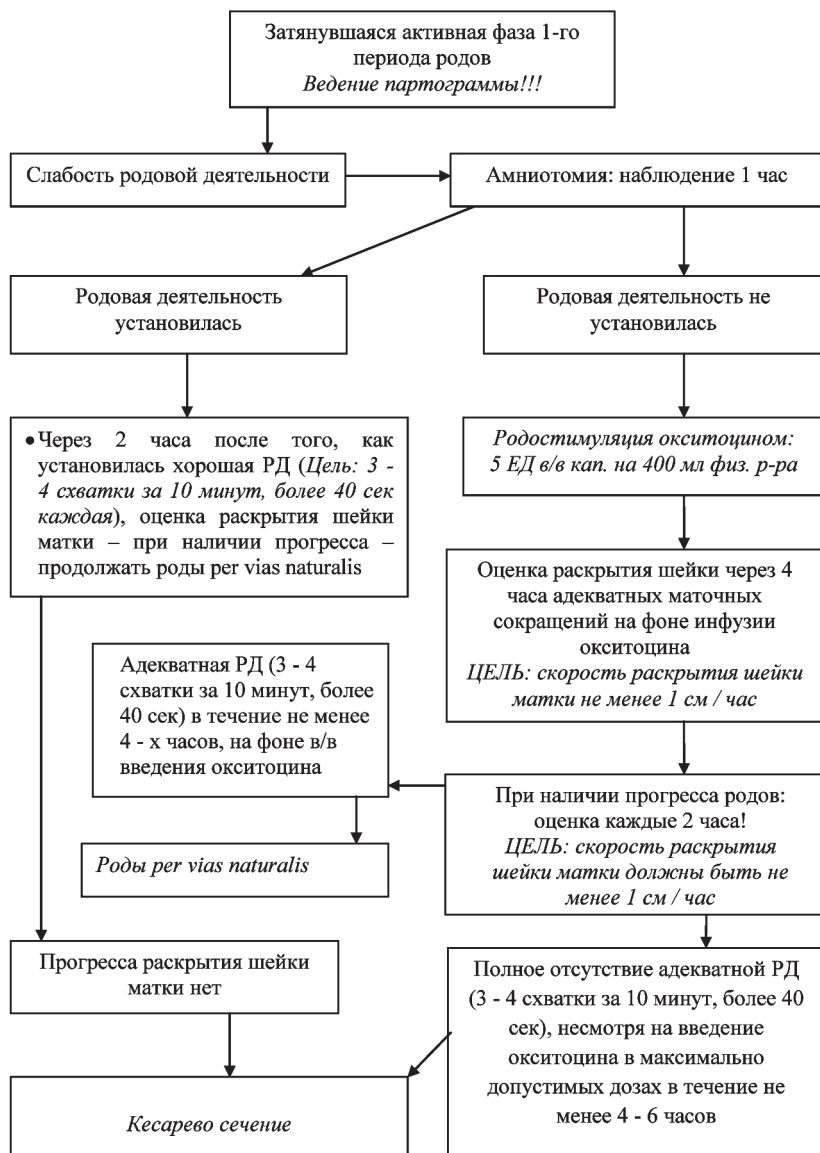


Рис. 3. Алгоритм лечебных мероприятий при затянувшейся активной фазе I-го периода родов.

### ***Особенности ведения III периода родов у пациенток с obstructивными родами в активной фазе первого периода родов:***

- ❖ активное ведение III периода родов
- ❖ продолжить в/венное введение окситоцина в течение не менее 30 минут после родов до времени тромбирования сосудов плацентарной площадки

#### Признаки тромбирования сосудов плацентарной площадки:

- дно матки поднимается до уровня пупка и отклоняется в сторону вследствие снижения тонуса матки и изменения ее положения
- резкое уменьшение количества кровянистых выделений

**Если есть признаки инфекции** (лихорадка, неприятный запах из влагалища, гнойные выделения):

- роды должны быть немедленно дополнены окситоцином
- немедленная антибактериальная терапия (ампициллин 2 г каждые 6 часов и гентамицин 5 мг / кг массы тела каждые 24 часа).
- Если роды завершаются вагинально - антибиотики после родов прекращают
- Если произведено кесарево сечение - антибиотики и метронидазол 500 мг каждые 8 часов в течение 48 часов (если не лихорадит)

### **4.6.3. ЭТАП II-го ПЕРИОДА РОДОВ**

#### ➤ Особенности ведения II-го периода физиологических родов:

1. оценка прогресса родов – проведение влагалищных исследований каждый час
2. оценка продвижения головки соответственно сегментам головки
3. продолжительность II-го периода родов у первородящих – до 2-х часов (более 3-х часов при использовании регионарной анестезии), у повторнородящих – до 1 часа (более 2-х часов при использовании регионарной анестезии)

### **Строгое следование правилам 2-х часов:**

- продолжительность нормального II-го периода родов ограничена 2 часами
- головка доношенного плода не должна находиться в одной плоскости малого таза более 2 часов

### **Факторы риска, предрасполагающие к развитию цефалопельвио диспропорции (ЦПД):**

- крупный плод
- переносимая беременность
- анатомическое сужение костного таза
- задний вид затылочного предлежания и др. аномальные предлежания или вставления головки плода
- рост матери менее 150 см
- паритет родов: более 3-х родов
- ожирение матери (ИМТ более 30 на основе веса до беременности)

### **Причины обструкции II-го периода родов:**

1. клинически узкий таз или цефалопельвио диспропорция (ЦПД)
2. вторичная слабость родовой деятельности

- **Дефиниция** терминологии: клинически узкий таз (ЦПД) – это не только истинная, но и относительная диспропорция между головкой плода и тазом роженицы, которую возможно или невозможно преодолеть и роды могут или не могут быть благополучно завершены через естественные родовые пути...

### **В зависимости от выраженности диспропорции выделяют *три степени ЦПД:***

- 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.

В зависимости от степени клинического несоответствия между размерами таза и головкой плода роды могут быть затяжными или обструктивными.

ЦПД возможна при анатомическом сужении размеров таза и нормальных размерах головки плода, при нормальном тазе и крупном плоде или при комбинации крупного плода и узкого таза.

!!! Значительное влияние на возникновение цефало-пельвио диспропорции оказывают неправильные предлежания / вставления головки плода, не диагностированные до начала, в начале или в процессе родов

### **Виды неправильных вставлений головки плода, которые могут привести к ЦПД:**

- *высокое прямое стояние стреловидного шва*, в прямом размере плоскости входа в малый таз, передний и задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва — *positio occipitalis pubica et sacralis* (в зависимости от того, куда направлен малый родничок). (код по МКБ-Х. О32.4). частота 0,2 – 1,2%.
- *низкое поперечное стояние стреловидного шва*: стояние головки стреловидным швом в поперечном размере плоскости выхода малого таза. 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 активную родовую деятельность;
- *разгибательные предлежания* (код по МКБ-Х.О32.3), частота составляет 0,5 – 1% случаев, это лицевое, лобное или подбородочное предлежания плода.
- *асинклитическое вставление головки* (код по МКБ - Х. О32.8). частота 0,1 – 0,3%.
- ❖ умеренный асинклитизм - рассматривается как приспособительное явление при прохождении головки плода через костный таз
- ❖ переднетеменное вставление головки (передний асинклитизм)

- Негеле - стреловидный шов отклонен к мысу крестца);
- ❖ заднетеменное вставление головки (задний асинклитизм Литцмана, когда стреловидный шов отклонен к лону).
- ❖ *патологический асинклитизм*:
  - асинклитизм Редерера - клиновидное вставление головки с возможным глубоким стоянием малого родничка (при общесуженном тазе)
  - асинклитизм Солереса - стреловидный шов вставляется в одном из косых размеров таза (по диагонали) - при кососуженных тазах.

В зависимости от возможности управляемости ЦПД может быть относительной или абсолютной.

- Относительная ЦПД – при условии адекватной родовой деятельности, достаточной релаксации сочленений костного таза, конфигурации головки плода роды могут завершиться благополучно *per vias naturalis*. Данная ситуация может наблюдаться при I и II степени клинически узкого таза.
- Абсолютная ЦПД – при условии адекватной родовой деятельности наблюдается несоответствие размеров головки плода и малого таза: роды *per vias naturalis* невозможны.

- !!! ПОПЫТКИ КЛИНИЧЕСКИ ПРЕДСКАЗАТЬ ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИО ДИСПРОПОРЦИЮ ДО РОДОВ и прогнозировать исход родов 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.

### Менеджмент цефало-пельвио диспропорции.

1. Немедикаментозные методы:
  - свобода передвижения, вертикальное положение

- комфортные условия
- партнерские роды
- индивидуальный родильный зал
- отсутствие ограничений в жидкости и еде

2. *Возможность проведения медикаментозного усиления родовой деятельности, т.е. родостимуляция внутривенным введением окситоцина, зависит от степени клинического несоответствия между размерами малого таза и головкой плода.*

- !!! Сильные потуги повышают риск гипоксии плода: если ожидаются спонтанные роды, необходимо поощрять самостоятельные так называемые «неконтролируемые» (медицинским персоналом путем активного обучения потугам с глубоким вдохом) потуги

**Клиническое несоответствие I степени – незначительная цефало-пельвио диспропорция**

- схватки менее 3-х за 10 минут продолжительностью менее 40 секунд
- несоответствие между размерами таза и плода исключено (признак Вастена отрицательный)
- конфигурация головки плода нормальная / незначительная (0 - 1)
- тщательный мониторинг состояния роженицы и внутриутробного плода (после каждой схватки)

- !!! Критерием эффективности родостимуляции во II - ом периоде родов является продвижение головки по родовому каналу («опускание» головки)

Варианты развития событий:

I. положительная динамика родов, продвижение головки по родовым путям – роды завершаются *per vias naturalis*

II. отсутствие продвижения головки плода в течение 1 часа с начала родостимуляции окситоцином.

## **Акушерская тактика.**

- А. Головка плода расположена (по данным партограммы) на отметке 2/5 полости малого таза и выше – кесарево сечение
- Б. Головка плода расположена на отметке 1/5 полости малого таза и ниже (в полости малого таза) – наложение акушерских щипцов или вакуум-экстракция плода.

## **Клиническое несоответствие II степени – значительная цефало-пельфио диспропорция**

### **Признаки:**

- вторичная слабость родовой деятельности или полное ее прекращение
- вторичная остановка поступательных движений предлежащей части в течение 2-х часов при условии адекватной родовой деятельности (более 3-х схваток за 10 минут продолжительностью не менее 40 секунд)
- конфигурация головки плода соответствует типу вставления и особенностям костного таза
- конфигурация головки плода выраженная (2+)
- симптомы сдавления мочевого пузыря
- признак Вастена «вровень»

## **Акушерская тактика.**

Роды возможны через естественные родовые пути, в т.ч. с применением родостимуляции окситоцином, при следующих условиях:

- наличия мультидисциплинарной команды (акушер-гинеколог, анестезиолог, неонатолог, акушерка)
- исключения аномального предлежания / вставления головки плода
- удовлетворительного состояния роженицы и внутриутробного плода
- наличия технических условий и готовности персонала выполнить ургентное кесарево сечение или произвести вакуум-экстракцию плода

- !!! Длительность родостимуляции окситоцином во II-ом периоде родов при II степени клинического несоответствия не более 1 часа

**Клиническое несоответствие III степени – абсолютная цефало-пельвико диспропорция**

***Признаки:***

- отсутствие продвижения головки плода при полном открытии шейки матки и активной родовой деятельности
- прекращение или бурная родовая деятельность
- аномальное вставление головки плода
- признаки Вастена и Цангемейстера положительные
- отек шейки матки
- шейка матки плохо прилегает к предлежащей части плода («провисающая» шейка матки)
- резко выраженная конфигурация головки плода (3+) или конфигурация отсутствует
- выраженный отек мягких тканей головки плода, большая «родовая опухоль»
- клиника сдавления мочевого пузыря (не может самостоятельно мочиться, примесь крови в моче)
- преждевременные нерезультативные потуги при высоко стоящей головке плода
- отек наружных половых органов
- дистресс матери и плода
- симптомы угрожающего разрыва матки

**Акушерская тактика.**

- Роды через естественные родовые пути невозможны!

**Варианты действий:**

- А. Живой плод – срочное кесарево сечение мультидисциплинарной командой
- Б. Внутриутробная гибель плода – проведение плодоразрушающей операции (кранитомия) при условии владения техникой данной операции. При отсутствии достаточного опыта – кесарево сечение.

#### **4.6.4. ЗАТЯЖНЫЕ РОДЫ В III - ем ПЕРИОДЕ РОДОВ**

##### **Признаки:**

- отделение и выделение плаценты не произошло в течение 30 минут после рождения ребенка при активном ведении III-го периода родов,
- отделение и выделение плаценты не произошло в течение 60 минут после рождения ребенка без активного ведения III-го периода родов.

##### **Акушерская тактика**

- ❖ Следует оценить тонус матки – исключить ущемление плаценты в шейке матки
- ❖ Следует убедиться, что плацента не находится во влагалище
- ❖ С целью стимуляции отделения плаценты: прикладывание ребенка к груди, опорожнение мочевого пузыря
- ❖ При появлении признаков кровотечения ранее 30 минут ожидания – ручное отделение и выделение плаценты
- ❖ Ожидание в течение 30 минут при условии отсутствия кровотечения, удовлетворительном состоянии роженицы: если нет признаков отделения – ручное отделение и выделение плаценты

##### **Профилактика:**

- активное ведение III-го периода родов после получения информированного согласия пациентки только в случае наличия квалифицированного медицинского персонала, владеющего методикой осуществления тракций и контртракций за пуповину
- профилактическое применение утеротоника на первой минуте после рождения ребенка (препарат первой линии – окситоцин 10 ЕД внутримышечно)
- пережатие и пересечение пуповины через 1-3 минуты после рождения ребенка

## 4.7. ДИСТОЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ / КОНГЛЮТИНАЦИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА

Раскрытие и укорочение шейки матки являются двумя основными компонентами функциональных изменений шейки матки во время родов, которые в физиологических условиях происходят синхронно с сократительной деятельностью матки и механическим давлением головки плода.

Дистоция шейки матки – нарушение синхронных процессов сглаживания и раскрытия продольных и циркулярных мышечных волокон шейки матки функционального или органического генеза.

- *Функциональная дистоция шейки матки (ФДШМ)* обусловлена особенностями иннервации и рецепторного аппарата, вследствие чего в момент распространения волны маточных сокращений (тройной нисходящий градиент) наблюдается не раскрытие шейки матки, а спазм циркулярных волокон.
- Дистоция шейки матки *органического генеза* или *конглотинация маточного зева* связана с ее анатомическими особенностями. В ткани шейки матки преобладают соединительно-тканые волокна, не способные к растяжению, что может быть следствием рубцовых изменений шейки матки после родов, аборт, хирургических операций, диатермо-электрокоагуляции, после воспалительных заболеваний шейки матки.

### Клинические признаки дистоции шейки матки

- *Болевой синдром*: схватки различные по силе, болезненные, преимущественно с болями в пояснично-крестцовой области
- *Данные влагалищного исследования:*
  - шейка толстая, ригидная, плохо растяжима, наблюдаются неравномерное утолщение и значительная плотность ткани
  - спазмирование шейки матки во время схватки в результате спастического сокращения циркулярных мышечных волокон

- головка плода прилегает к шейке матки
  - раннее появление отека мягких тканей головки плода («родовая опухоль», размеры которой совпадают с краями наружного зева шейки матки)
  - замедленное раскрытие шейки матки, несмотря на адекватную родовую деятельность
- *Родовая деятельность* характеризуется нормо-, гипер- или гиподинамической функцией с элементами (или без них) дискоординации.

Различают следующие степени дискоординации родовой деятельности:

А. I стадия дискоординации:

- перевозбуждение парасимпатического отдела нервной системы
- одновременное сокращение продольных и циркулярных мышц, циркулярные мышцы находятся в состоянии гипертонуса
- медленное раскрытие шейки матки может происходить за счет значительного тонического напряжения продольных мышц,
- базальный тонус матки повышен
- схватки болезненные
- края шейки матки во время схватки спазмируются

Б. II стадия дискоординации - (наступает при отсутствии коррекции в I-ой стадии дискоординации или при неоправданном применении утеротонических средств)

- спастические схватки, резкое повышение тонуса продольных и циркулярных мышц
- базальный тонус матки повышен, особенно в области нижнего сегмента
- наблюдается «обратный градиент» - схватки начинаются в зоне нижнего сегмента матки

- выражена болезненность схваток
- роженица возбуждена, беспокойна
- может быть клиника дистресса плода
- при влагалищном исследовании: края наружного зева неравномерной плотности, плохо растяжимы, во время схватки отмечается сокращение краев шейки матки (симптом Шиккеле).

### В. III стадия дискоординации:

- тяжелые нарушения сократительной активности матки
- (сокращения разных отделов короткие, аритмичные, частые, с малой амплитудой, фибриллярные)
- высокий базальный тонус миометрия
- тетанические сокращения мышц матки во всех отделах матки
- тетаническое состояние продольных и циркулярных мышц.
- дистоция шейки матки
- постоянные тупые боли в пояснице и внизу живота
- дистресс плода
- при влагалищном исследовании края зева плотные, толстые, ригидные

## **АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ДИСТОЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ**

А. При наличии факторов высокого перинатального риска для плода показано родоразрешение операцией кесарево сечение

Б. При выборе варианта ведения родов *per vias naturalis* рекомендуется:

- введение спазмолитиков
- коррекция родовой деятельности (согласно клиническому протоколу)
- комфортные условия (свобода передвижения, режим отдыха, приема жидкости и пищи)
- партнерские роды

При отсутствии эффекта от проводимых мероприятий – родоразрешение операцией кесарево сечение.

## 4.8. ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА

**Дефиниция:** дистоция плечиков плода (ДПП) - осложнение II-го периода вагинальных родов, при котором рутинные действия (легкие низводящие тракции за головку) не приводят к рождению последующего плечевого пояса плода и необходимы некоторые дополнительные манипуляции.

Дистоция плечиков возникает при фиксации плечиков в прямом размере плоскости входа в малый таз - переднее плечико упирается в лонное сочленение или заднее плечико - в мыс крестца (соединение пятого поясничного позвонка и основания крестцовой кости).

### Догравидарные факторы риска ДПП:

- масса тела матери при ее рождении
- ДПП в анамнезе
- крупный плод в анамнезе
- сахарный диабет
- гестационный сахарный диабет в анамнезе
- узкий таз
- ожирение
- многочисленные роды в анамнезе
- возраст матери

### Аntenатальные факторы риска ДПП:

- макросомия плода
- сахарный диабет (СД) у матери
- ожирение у матери
- перенашивание беременности
- плод мужского пола
- аномалии таза у матери
- дистоция плечиков в предыдущих родах (12%-17%)
- наличие УЗ маркеров (окружность груди превышает окружность головки и/или окружность плечевого пояса превышает окружность головки (особенно при крупном плоде у женщин, страдающих сахарным диабетом)

### Интранатальные факторы риска ДПП:

- затянувшийся I период родов
- затянувшийся II период родов
- индукция родов
- родоусиление окситоцином
- стремительные роды
- применение приема Кристеллера
- вагинальное оперативное родоразрешение
- ятрогенные факторы (форсированные тракции головки)

**Материнские осложнения** плечевой дистоции включают серьезные вагинальные разрывы (третья или четвертая степень) и послеродовые кровотечения.

**Перинатальные осложнения** плечевой дистоции – повреждение плечевого сплетения (ППС), которое происходит в 4-40% случаев плечевой дистоции (более 90% являются транзиторными...)

Другие перинатальные осложнения: переломы, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, отдаленные неврологические последствия и интранатальная смерть.

#### **Ключевые положения:**

- В 50% случаев плечевой дистоции не выявлено никаких факторов риска. Поэтому клиницисты должны быть готовы к возможной дистоции плеча при каждом родах!!!
- В 40% - 60% случаев плечевой дистоции вес плода при рождении <4000 г
- Примерно половина случаев ППС происходит без документированной дистоции плечиков.

### Диагностические критерии ДПП:

- после рождения головки шея плода остается плотно охваченной вульварным кольцом
- потягивание за головку не сопровождается рождением плечика: плечо «цепляется» за симфиз

- подбородок втягивается и опускает промежность
- после рождения головки плода плечики плода не могут родиться

### Классификация ДПП:

- высокая дистоция сопровождается задержкой рождения обоих плечиков
- низкая дистоция – задерживается рождение одного плечика

## ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ

**Действовать следует быстро, избегая трех вещей**

(в английской литературе ЗР: **pulling** - тянуть, **pushing** - толкать, **pivoting** - сгибать)

- не тянуть (не производить чрезмерных тракций за головку)
- не толкать (не стараться выдавливать плод)
- не сгибать (не совершать чрезмерных латеральных сгибаний головки)

*Рекомендуется управление сложившейся ситуацией по схеме - **management of HELPERR:***

- ❖ **H** — help, позвать на помощь,
- ❖ **E** — evaluate for episiotomy (подумать об эпизиотомии),
- ❖ **L** — legs, ноги (приём Мак-Робертса),
- ❖ **P** — pressure, давление (над лобком),
- ❖ **E** — enter, ввести руку (для внутреннего поворота),
- ❖ **R** — remove, удалить, извлечь заднюю ручку,
- ❖ **R** — roll, повернуть («на все четыре»).

Впервые мнемонический термин «HELPERR» был предложен S. Carlan и соавт. (1991). Термин довольно легко позволяет вспомнить в острой ситуации последовательность действий при ДП.

- *Одно из основных правил при оказании всех пособий — исключение потуг. Эффективным может быть любой из приёмов, но ни один из них не универсален!*

Основные принципы оказания медицинской помощи при ДПП.

- Мультидисциплинарная команда: два врача акушера-гинеколога, владеющие приемами оказания ургентной помощи при дистонии плечиков, неонатолог, анестезиолог, акушерка
- Информирование пациентки о сложившейся ситуации, ее участие в родах
- Остановить потуги!!!
- Проведение специальных маневров, направленных на «уменьшение» поперечного размера плечевого пояса плода.

Рекомендована следующая последовательность специальных маневров, позволяющих освободить плечевой пояс плода

1. **Позвать на помощь!**
2. **Эпизиотомия:** ДПП является признаком обструкции костного таза – но данная операция облегчает проведение маневров в полости малого таза
3. **Маневр *Mac Robert's*:** удалить подушки, сильно согнуть ноги в коленях и отвести ноги так, чтобы бедра касались боков материнского живота (Рис. 4) – 2 ассистента помогают сохранить это положение – стандартное литотомическое положение неэффективно!



Рис. 4. Маневр *Mac Robert's*

**4. Латеральное давление над лоном (*pressure*)** осуществляется ассистентом – **не давить на дно матки!!!** – при этом давление со стороны спинки плода уменьшает бисакромиальный размер плечиков и способствует их повороту в широкий косой размер плоскости таза.

Давление осуществляется строго в латеральном и нисходящем направлении только в сторону лонного сочленения: непрерывное или прерывистое давление – нет четких доказательств о преимуществах какого-либо из них. Эти действия способствуют повороту плечиков в косое направление. Затем рекомендуется повторить бережные тракции (Рис. 5).

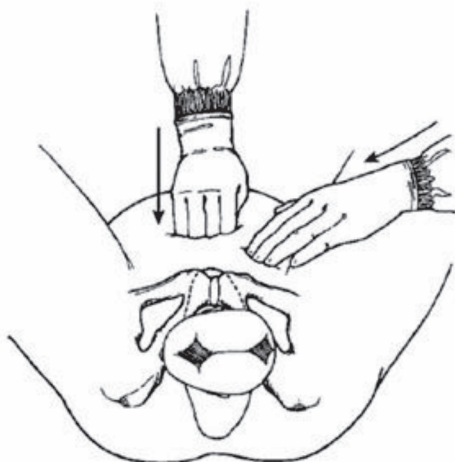


Рис. 5. Давление над лобком в дорсальном (по *Mazazanti*) или косо-латеральном (по *Rubin*) направлении.

Данный прием эффективен при легкой степени дистоции плечиков (Табл. 3).

**5. Внутренние ротационные маневры (*enter, maneuver Woods & Rubin*)** - зависят от клинической ситуации:

Приём Рубина (Rubin):

- Подойти к *переднему плечико* плода *сзади*: ввести руку вдоль задней стенки влагалища и продвигаться в сторону задней поверхности переднего плечика, после достижения переднего плечика (или лопатки) попытаться толкнуть его в сторону грудины, при этом ожидается, что переднее плечико перейдет в косо́й размер плоскости входа в малый таз.

Приём винта Вудса (Woods):

- Если нет эффекта, оператор должен попытаться повернуть заднее плечо на  $180^{\circ}$  градусов. Это достигается давлением на заднюю поверхность заднего плечика. Как только плечо повернулось на  $90^{\circ}$ , будет необходимо поменять руки, чтобы осуществить поворот плечиков на  $180^{\circ}$  - в сторону лонного сочленения. Этот маневр «штопора» релаксирует плечевой пояс плода. В некоторых случаях может потребоваться оттолкнуть переднее или заднее плечико, следовательно, и головку плода, вверх в полость таза для выполнения маневра (*maneuver Hibbard's*).

Таблица 3.

Этапы проведения urgentных мероприятий при дистоции плечиков в зависимости от ее степени тяжести.

Степень дистоции плечиков	Мероприятия	Описание
Лёгкая	<b>H</b> — <i>help</i> (помощь)	Отработанный сценарий действий всех участников
	<b>E</b> — <i>evaluate for episiotomy</i> (рассмотреть необходимость эпизиотомии)	По усмотрению врача, ведущего роды
	<b>L</b> — <i>legs, the Mc Roberts maneuver</i> (ноги — приём Мак-Робертса)	Максимальное сгибание ног роженицы в тазобедренных суставах
	<b>P</b> — <i>pressure</i> (давление)	Помощник рукой давит над лобком дорсально или косо дорсально
Умеренная	<b>E</b> — <i>enter, Woods, Rubin maneuvers</i> (вести руку во влагалище — приёмы Вудса и Рубина)	Давление спереди или сзади на переднее или заднее плечико для перевода бисакромиального диаметра параллельно косому размеру таза матери
	<b>R</b> — <i>roll</i> (поворот по Гаскину)	Роженицу поворачивают в коленно-локтевую позу
	<b>R</b> — <i>remove the posterior arm</i> (извлечь заднюю ручку)	«Умывающим» движением в направлении от спинки к груди извлечь ручку плода
Выраженная	Перелом ключицы ( <i>Clavicle fracture</i> )	Предпринять попытку перелома ключицы
	<i>Symphysiotomy</i>	Рассечение лонного сочленения после смещения уретры латерально. В нашей стране не проводится!
Невозможность рождения плечевого пояса	<i>Zavenelli</i>	Вправление головки обратно в полость малого таза с последующим КС

При отсутствии эффекта рекомендуется проведение «внутренних» манипуляций, направленных на уменьшение бисакромиального размера.

После каждой попытки «вращения» производятся бережные тракции плода за шею с участием матери – ей предлагается потужиться (Рис. 6).

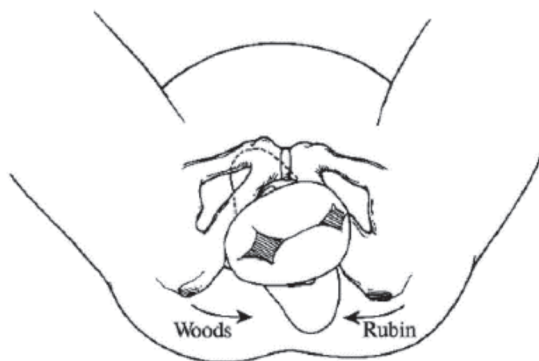


Рис. 6. Поворот по *Woods & Rubin*.

Если нет эффекта - рассмотреть вариант «обратного вращения» с последующими бережными тракциями за головку плода

В обоих случаях можно применить указанное выше давление над лоном в латеральном и нисходящем направлении в сторону лонного сочленения!!!

## 6. Освобождение задней ручки (*removal*).

- Правая рука акушера вводится во влагалище, если лицо ребенка обращено влево (левая рука, если лицо ребенка обращено вправо) – необходимо достичь запястье задней ручки и осуществить ею («умывающее движение»).
- если запястье недоступно: ручку плода можно согнуть, поместив большой палец руки акушера в антикубитальную ямку и бережно согнуть ручку в локтевом суставе.

➤ При выполнении данного маневра есть (допустимый/ намеренный) риск перелома ключицы или плечевой кости плода.

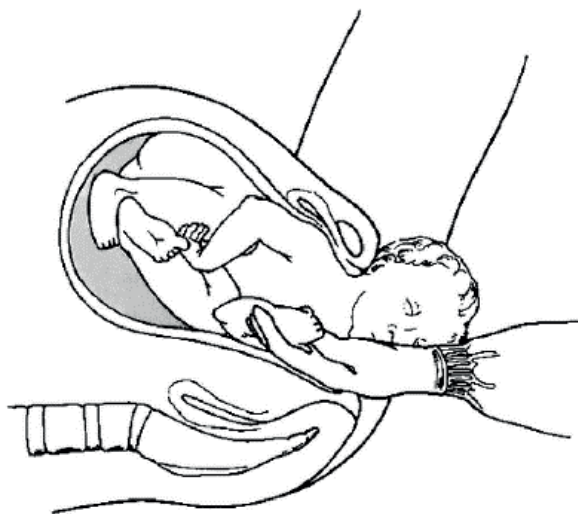


Рис. 7. Высвобождение задней ручки плода.

**7. «Вращение» пациентки (*R = Roll the Patient*):**

- Переворот пациентки в колено-локтевое положение, что увеличивает размеры полости таза
- Движения и сила тяжести также могут способствовать смещению плечевого пояса
- Попытаться способствовать рождению *заднего* плечика путём лёгкой тракции вниз

**8. Маневр *Zavenelli*** – при отсутствии эффекта от вышеперечисленных мероприятий головка плода заталкивается обратно в полость малого таза и роды завершаются операцией кесарева сечения. Риск для матери в данном случае обусловлен попыткой получить живого ребенка.

- Продолжительность каждого маневра, направленного на рождение плечевого пояса плода при дистоции, не более 30-60 секунд каждая!!!
- Профилактика дистоции плечиков плода предполагает выработку поэтапной стратегии снижения рисков

- Учитывая, что прогнозировать дистоцию плечиков невозможно, медицинский персонал должен уметь оказывать специальные пособия при данной патологии
- Одна треть случаев дистоции плечиков требует использования более двух маневров.

## **Профилактика дистоции плечиков**

### Преконцептуальная подготовка:

- выполнение и всесторонняя оценка анамнеза и данных физического обследования
- оценка состояния питания, включая соответствующий диабетический скрининг
- проведение соответствующих лабораторных исследований
- предотвращение предрасположенности к ожирению и диабету на преконцептуальном этапе.

### Аntenатальный этап:

- внедрение и документирование индивидуального плана ведения беременности
- подтверждение и документирование расчетной даты до 20 недель беременности
- идентификация риска с помощью начальных и интервальных оценок, включая оценку соответствия веса плода и срока беременности
- профилактика чрезмерного набора массы тела во время беременности
- профилактика макросомии плода
- использование соответствующих лабораторных, визуализационных исследований и методологии эпиднадзора
- консультирование по отдельным рискам, связанным с дистоцией плеча
- вовлечение пациентов и членов их семей в процесс принятия решений
- информирование относительно ожидаемых результатов, преимуществ и рисков лечения, потенциальных побочных

эффектов и альтернатив

- тщательное документирование, включая процесс информированного согласия

Интранатальный этап:

- оценка состояния роженицы (в т.ч. антропометрия, размеры таза, вес, рост) и внутриутробного плода (в т.ч. предполагаемая масса плода), тщательное документирование данных
- идентификация риска путем первоначальной и интервальной оценки
- консультирование и информирование относительно ожидаемых и индивидуальных рисков в родах
- оценка и документирование гестационного возраста, положения и предлежания плода
- использование соответствующих лабораторных, визуализационных методов исследований
- текущая оценка родовой деятельности и мониторинг состояния матери и плода
- ведение партограммы, управление родами в зависимости от акушерской ситуации
- тщательное документирование, включая процесс информированного согласия
- обеспечение немедленной реанимации для матери и новорожденного и их жизнеобеспечения
- документирование методов и маневров, использованных для диспозиции плечиков плода
- фиксация времени (минут), прошедших между рождением головки плода и рождением плечевого пояса плода
- документирование консультаций, консилиумов

Ведение послеродового периода после ДПП:

- оценка состояния матери и ребенка
- ведение новорожденного на соответствующем уровне неонатальной помощи
- оценка и управление возможными осложнениями после родов (кровотечение, септические осложнения, травмы симфиза,

разрывы мягких тканей родовых путей) последующие осложнения

- содействие матери по установлению и поддержанию лактации
- психологическая поддержка
- информирование женщины и членов семьи в отношении преимуществ и рисков лечения, потенциальных побочных эффектов и альтернатив
- тщательное документирование, включая процесс информированного согласия
- документирование консультаций, консилиумов

### **Рекомендации американского колледжа акушеров-гинекологов (ACOG)**

➤ при беременности с предполагаемой массой плода (EFW) > 5000 г у женщины без диабета и > 4500 г у женщин с диабетом ACOG предлагается плановое кесарево сечение

➤ у женщин с EFW > 3800 г рекомендовано профилактическое проведение приема *McRobert's* в сочетании с надлобковым давлением, что ассоциируется со значительно меньшим количеством случаев плечевой дистоции.

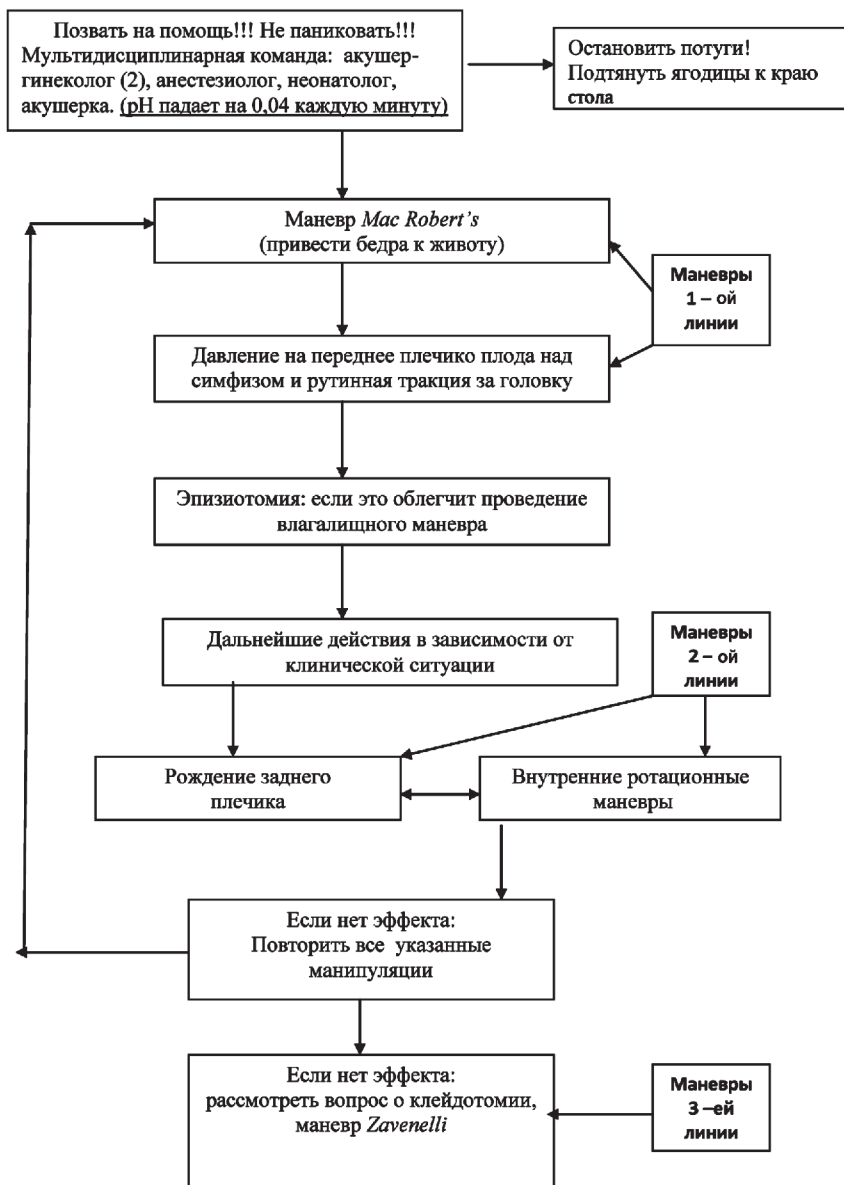
#### У женщин с предшествующей плечевой дистоцией:

- оценка риска рецидива (7-15%), все другие факторы риска
- если несколько значимых факторов риска все еще присутствуют, женщина может выбрать кесарево сечение
- если факторов риска нет (кроме плечевой дистоции в анамнезе), женщина может выбрать «пробные роды»

#### Действия персонала при дистоции плечиков (of HELLPER):

- позвать на помощь
- маневры 1-ой линии (*Mac Robert's* и надлобковое давление)
- маневры 2-ой линии (ротационные) включают прямые манипуляции с плодом
- маневры 3-ей линии (симфизиотомия, клейдотомия, прием *Zavenelli*)

# ГРАФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ (of HELLPER)



## 4.9. ПРОФИЛАКТИКА ОБСТРУКТИВНЫХ РОДОВ

### 1. Профилактика формирования узкого таза

#### 2. Мероприятия на антенатальном этапе:

- мультидисциплинарный поход к оказанию медицинской помощи с привлечением профильных специалистов (педиатров, ортопедов, невропатологов, травматологов и др..)
- антенатальный мониторинг факторов риска обструктивных родов, выделение модифицируемых факторов, целевая профилактика
- заблаговременный выбор родовспомогательного учреждения в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи с учетом факторов риска

#### 3. Мероприятия на интранатальном этапе:

- тщательная оценка анамнеза жизни, репродуктивного анамнеза
- оценка антропометрических данных
- использование визуализационных методов исследования (УЗИ)
- выработка индивидуального плана ведения родов
- ведение партограммы
- применение алгоритма «ofHELLPER»

#### *Вопросы по теме.*

- *Дефиниция понятия обструктивных родов*
- *Причины обструктивных родов:*
- *Цефало-пельвио-диспропорция – узкий таз или крупный плод*
- *Аномальные вставления головки плода (лобное, задний вид лицевого предлежания, асинклитические вставления головки*
- *Тазовое предлежание*
- *Фетальные аномалии, например:*
  - *гидроцефалия*
  - *сросшиеся близнецы*

- Аномалии репродуктивного тракта, например:
  - тазовая опухоль
  - стеноз шейки матки или влагалища
  - узкая промежность.
- Редкие причины.
- Рубцовая деформация родового канала
- Наличие урогенитального или ректовагинального свища, реконструктивные операции и т.д.

## **ВЫВОДЫ**

**Алгоритм оказания высококвалифицированной медицинской помощи при обструктивных родах должен базироваться на следующих ключевых позициях:**

- ❖ наличие локального протокола оказания медицинской помощи при обструктивных родах
- ❖ систематическое проведение тренингов по ведению обструктивных родов (умение применять акушерские щипцы, вакуум-экстракцию и т.д.)
- ❖ в ургентной ситуации немедленно позвать на помощь
- ❖ усиление командной работы: вызов и взаимодействие специалистов
- ❖ в стационаре все время должен быть специалист, который может обеспечить оказание помощи при обструктивных родах
- ❖ этот специалист должен наносить регулярные визиты в родильные залы: как минимум 3 раза в день
- ❖ обеспечение обязательного документирования всех осмотров с оценкой всеми специалистами, участвующими в осмотре пациентки
- ❖ своевременное вмешательство от принятия решения до момента родов!
- ❖ соблюдение правила «золотых 60 минут» от принятия решения о продлении родов до их завершения
- ❖ обеспечение коммуникации родильного зала и операционной - сохранение времени!

- ❖ правильная расстановка кадров, особенно в ночные часы и выходные дни
- ❖ при расстановке кадров в родильном зале и в операционной необходимо учитывать лидерские качества того или иного специалиста
- ❖ пациенты, которым предстоит ургентная операция, должны быть обследованы
- ❖ решение врача перейти к операции кесарева сечения должно сопровождаться документированием уровня чрезвычайной ситуации, чтобы облегчить установление приоритетов
- ❖ акушерским пациентам следует предоставить гинекологический операционный зал, если количество пациентов, ожидающих экстренное кесарево сечение, превышает возможности двух акушерских операционных.

## Перечень рекомендованной литературы.

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов., М., 2003 г.
2. Аномалии родовой деятельности. Клинические протоколы Республики Казахстан – 2017. Режим доступа : <https://diseases.medelement.com/disease>
3. Буйненко Н.В. Клиника и ведение родов при дистоции плечиков // Медицина и экология. 2012. 1. 7-11.
4. Надишаускене Р.Й. Избранные вопросы перинатологии. Литва, 2012
5. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов – Руководство ВОЗ для врачей и акушерок. апрель 2002 г. С.В-65. 2.
6. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар ВОЗ. 2002 (модуль 12).
7. Протоколы заседаний Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ Республики Казахстан, 2013.
8. Савченко С.Е. Патологічний прелімінарний період (патогенез, прогнозування, профілактика і лікування) : дис... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. — К., 2006. — 311арк. — Бібліогр.: арк. 263-311.
9. Bayou G, Berhan Y. Perinatal mortality and associated risk factors: a case control study. *Ethiop J Health Sci.* 2012;22(3): 153–162.
10. Carlan S, Angel J, Knuppel R. Shoulder dystocia. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1991;43:1307-11.
11. Chabra S, Gandhi D, Jaiswal M. Obstructed labor - a preventable entity. *J Obstet Gynaecol.* 2000;20(2):151–153. [PubMed].
12. Evidence and Information for Policy (EIP), World Health Organization, Geneva, July 2003
13. Gaym A. Obstructed labor at a district hospital. *Ethiop Med J.* 2002;40(1):11–18. [PubMed].
14. Gherman RB<sup>1</sup>, Chauhan S<sup>1</sup>, Ouzounian JG<sup>1</sup>, Lerner H<sup>1</sup>, Gonik B<sup>1</sup>, Goodwin TM. Shoulder dystocia: the unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Sep;195(3):657-72.

15. Kumar S, Dadhwal V, Sharma JB, Mittal S. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2013
16. Leigh TII. Jiunes CE. YIec~icolegalcoinmt-ntai)~:shoulder dystocia. HvJohstetc; yiraeco/ 1998;105:815-17
17. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth A guide for midwives and doctors, WHO, 2002; 2005).
18. Neill A.M., Thornton S. Shoulder distocia. The Obstetrician & Gynecol. 2000.V.2. N4. P.45-47.
19. Obstetric Evidence Based Guidelines/Edited by Vincenzo Berghella MD FACOG, Philadelphia, PA, USA. First published in the United Kingdom in 2007, 235 pp.
20. Ozumba C, Uchegbu H. Incidence and management of obstructed labor in eastern Nigeria. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1991;31(3):213–216. [PubMed]
21. Dafallah E, Ambago J, El-Agib F. Obstructed labor in a teaching hospital in Sudan. Saudi Med J. 2003;24(10):1102–1104. [PubMed]
22. Petriikorksy B. Emergency symphysiotomia: too little too late. Am J Obstet Gynecol 199€\$178:631-2
23. P L o S <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5125608/One>. 2016; 11(11): e0166619. Improving Standards of Care in Obstructed Labour: A Criteria-Based Audit at a Referral Hospital in a Low-Resource Setting in Tanzania
24. Rubin A. Management of shoulder dystocia. JAMA 1964;189:83+7.
25. Schwartz BC, Dixon DIM. Shoulder dystocia. Obstet C;ynecol 1958;11:468-71.
26. Villano KS, LoJY, Alexander JM, e tal. A dose-finding study of oral misoprostol for labor augmentation. Am J Obstet Gynecol 2011; 204:560.e1.
27. WHO, UNPF, UNICEF, World Bank. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors Geneva: WHO; 2008
28. World Health Organization. Managing Prolonged and Obstructed Labor. Education material for teachers of midwifery Midwifery education modules - second edition. Geneva: WHO; 2008. 209 P.

29. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta Geneva: WHO; 2012
30. World Health Organization; Mother–baby package: implementing safe motherhood in countries. Geneva: WHO; 2013



