

Одобрено  
Объединенной комиссией  
по качеству медицинских услуг  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
от «9» июня 2016 года  
Протокол №4

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

### **ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

#### **1. Содержание**

Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9	2
Дата разработки протокола	2
Пользователи протокола	2
Категория пациентов	2
Шкала уровня доказательности	2
Определение	3
Классификация	3
Диагностика и лечение на амбулаторном уровне	3
Показания для госпитализации	7
Диагностика и лечение на этапе скорой неотложной помощи	7
Диагностика и лечение на стационарном уровне	8
Медицинская реабилитация	10
Паллиативная помощь	10
Сокращения, используемые в протоколе	10
Список разработчиков протокола	11
Конфликт интересов	11
Список рецензентов	11
Список использованной литературы	11

## 2. Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9:

МКБ-10		МКБ-9	
Код	Название	Код	Название
O2.0	Первичная слабость родовой деятельности	74.0	Классическое кесарево сечение
		73.0	Амниотомия
		73.1	Медицинское стимулирование родов

3. Дата разработки протокола: 2016 год.

4. Пользователи протокола: врачи общей практики, врачи скорой помощи, акушер-гинекологи, фельдшеры.

5. Категория пациентов: Роженицы в сроке гестации до 42 недели беременности, роды у которых вышли за пределы нормы, вне зависимости от паритета родов, предполагаемой массы плода, предлежащей части и вида.

## 6. Шкала уровня доказательности:

**Соотношение между степенью убедительности доказательств и видом научных исследований**

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

**Определение:**

**Первичная слабость родовой деятельности** – это гипоактивность матки, которая возникает с самого начала родов. Слабость родовой деятельности – состояние, при котором родовая деятельность не обеспечивает нормальный темп раскрытия шейки матки и продвижение плода по родовому каналу при отсутствии механического препятствия в родах. При этом схватки характеризуются как непродолжительные, редкие или слабой интенсивности в разных сочетаниях [1].

**Классификация:**

- первичная слабость родовой деятельности;
- вторичная слабость родовой деятельности.

**12. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:**

**1) Диагностические критерии на стационарном уровне:**

**Жалобы:**

- слабые, редкие, непродолжительные, но регулярные схватки.

**Анамнез:**

- эндокринные и обменные нарушения в организме беременной;
- патологические изменения миометрия (эндометриты, склеротические и дистрофические изменения, неполноценный рубец на матке, пороки развития, гипоплазия матки);
- перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия, крупного плода;
- ятрогенные факторы (необоснованное или недозированное применение токолитических и анальгезирующих средств);
- чрезмерное нервно-психическое напряжение роженицы (волнение, отрицательные эмоции, неблагоприятные следовые реакции);
- перенесенная беременность.

**Физикальное обследование:**

Общий осмотр:

В латентную фазу:

- пальпаторное определение регулярных сокращений матки (не менее двух схваток за 10 минут, продолжительностью 20 секунд и более), изначально не имеющие тенденции к усилению;
- влагалищное исследование: открытие шейки матки не превышает 4 см за 8 часов регулярных схваток.

В активную фазу:

- пальпаторное определение регулярных сокращений матки менее 3 схваток за 10 минут, каждая схватка длится менее 40 секунд, изначально нет тенденции к усилению;
- влагалищное исследование: раскрытие шейки матки менее 2 см за 4 часа;
- замедление/отсутствие опускания предлежащей части плода (исключить обструктивные роды, неправильное положение и предлежание плода).

**Лабораторные исследования:** нет.

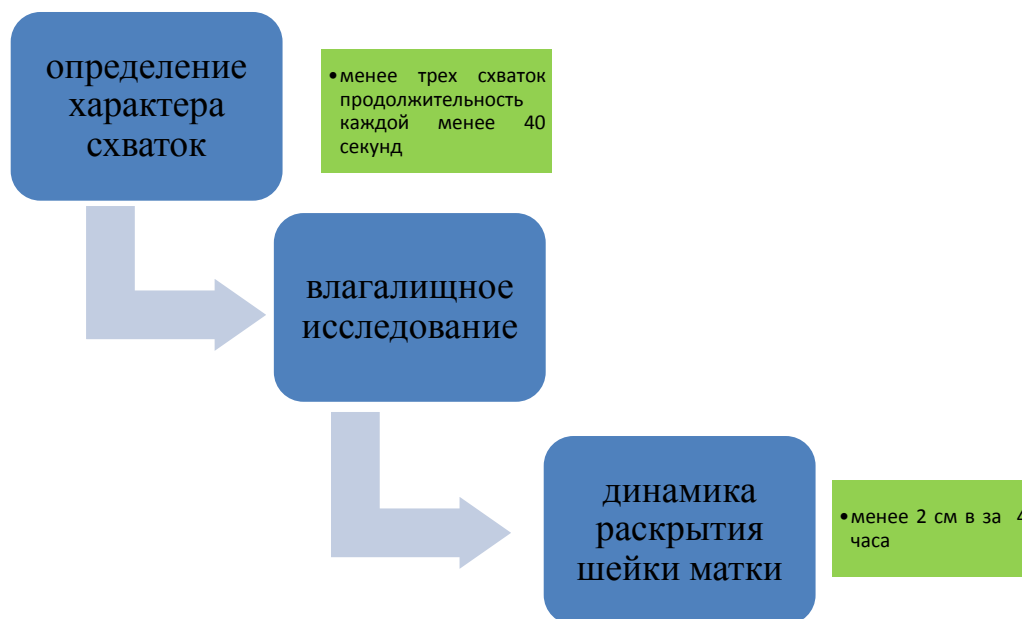
**Инструментальные исследования:**

КТГ – с целью мониторинга за состоянием внутриутробного плода.

**2) Диагностический алгоритм:**

Диагноз устанавливают на основании клинической оценки: низкой эффективности схваток, уменьшения их частоты, низкого тонуса, замедленной динамики процесса родов. Для установления диагноза слабости родовой деятельности необходим контроль за динамикой родов (согласно партограмме).

Рисунок - 1. Диагностический алгоритм слабость родовой деятельности (затянувшаяся активная фаза).



**3) Перечень основных диагностических мероприятий:**

- определить положение и предлежание плода;
- степень опускания головки;
- вагинальное исследование;
- КТГ;
- партограмма.
- 

**4) Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

- УЗИ плода;
- доплерометрия плода.

Таблица – 1. Дифференциальная диагностика

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза

Первый период родов	Непроизвольные сокращения матки (схватки)	Определение характера схваток: продолжительность, интенсивность, регулярность, частота, динамика раскрытия шейки матки, степень опускания предлежащей части плода	В латентной фазе* схватки не всегда непрерывные, происходят структурные изменения шейки: сглаживание и раскрытие до 4 см. В активной фазе** схватки регулярные, с тенденцией к усилению, не менее 3-4 схваток за 10 минут, продолжительностью не менее 40 секунд, Раскрытие шейки матки начинается от 4 см со скоростью 1 см час. Динамика раскрытия шейки матки и степень опускания предлежащей части плода соответствует партограмме.
Ложные схватки	Непроизвольные сокращения матки (схватки)	Определение характера схваток: продолжительность, интенсивность, регулярность, частота, динамика раскрытия шейки матки	Схватки нерегулярные короткие (менее 20 сек). Структурные изменения в шейке матке отсутствуют.
Первичная слабость I периода родов	Непроизвольные сокращения матки (схватки)	Определение характера схваток: продолжительность, интенсивность, регулярность, частота, динамика раскрытия шейки матки, степень опускания предлежащей части плода	Схватки регулярные, не менее 20 сек, не менее 2 схваток за 10 минут, изначально без тенденции к их усилению. В активной фазе схватки регулярные, менее трех схваток за 10 минут, продолжительностью менее 40 секунд, изначально без тенденции к их усилению. Скорость раскрытия шейки матки менее 2 см за 4 часа. Наблюдается замедление/отсутствие опускания предлежащей

			части плода
--	--	--	-------------

Примечание:

- если роды затянулись на фоне неадекватной родовой деятельности, то, соответственно, следует корректировать родовую деятельность, определив диагноз, как слабость родовой деятельности;
- если схватки активные (три схватки за 10 минут, каждая схватка продолжительностью более 40 секунд) и возникла вторичная остановка процесса раскрытия шейки матки, наблюдается отсутствие продвижения предлежащей части плода, следует заподозрить тазоголовную диспропорцию/клинически узкий таз или неправильное положение и предлежание плода, стимуляция родовой деятельности противопоказана;
- лечение затяжных родов может быть ограничено немедикаментозными методами коррекции.

4) Тактика лечения:

- наблюдение (латентная фаза);
- консервативные мероприятия (проведение физической и психоэмоциональной поддержки);
- амниотомия;
- стимуляция родовой деятельности;
- кесарево сечение.

**NB!** Если нет изменений в сглаживании шейки или ее раскрытии и нет признаков дистресса плода, пересмотреть диагноз. Возможно, женщина находится не в родах.

**После установления диагноза слабости родовой деятельности возможна следующая акушерская тактика:**

- амниотомия (если исключена ВИЧ-инфекция) должна быть обоснована (недопустимо рутинного применения амниотомии), обсуждена с женщиной, получено информированное согласие [3].

После искусственного или самопроизвольного вскрытия плодного пузыря при слабости родовой деятельности рекомендовано:

- соблюдать вертикальную позицию в родах;
- провести влагалищное исследование через 2 часа;
- если раскрытие шейки матки более 1 см, продолжить ведение родов с последующим вагинальным осмотром каждые 4 часа.
- если раскрытие шейки матки менее 1 см и не установилась хорошая родовая деятельность, начать введение утеротоника согласно клиническому протоколу «Ведение родов».

- через 4 часа от начала введения утеротоника произвести влагалищное исследование. Если раскрытие шейки матки происходит более чем на 2 см продолжить ведение родов с последующим вагинальным осмотром каждые 4 часа.
- если раскрытие маточного зева через 4 часа менее 2 см – произвести кесарево сечение (УД - В) [2].

#### **Противопоказания к родостимуляции:**

- аномалия таза/тазо-головная диспропорция [2,4];
- неправильные положения плода (поперечное, косое);
- разгибательные предлежания головки (лицевое, лобное);
- тазовое предлежание;
- аномалии расположения плаценты/пуповины;
- опухоли матки, препятствующие рождению плода;
- патология шейки матки (выраженная рубцовая деформация, злокачественные новообразования);
- хориоамнионит
- несостоятельный рубец на матке, в т.ч. корпоральный рубец на матке.
- отказ женщины от индукции [2];
- Отсутствие возможности проводить адекватное мониторирование за состоянием плода и матери[2].

#### **Немедикаментозное лечение:**

- создание комфорта во время родов, в том числе свобода в выборе: есть, пить, находиться в отдельной родовой палате;
- присутствие партнера/сопровождающего лица;
- вертикальное положение, свобода передвижения (особенно ходьба).

**Медикаментозное лечение:** смотрите клинический протокол «Ведение родов».

#### **Примечание:**

NB! Следует отметить, что не все вышеуказанные противопоказания являются абсолютными.

NB! При анатомическом узком тазе вопрос о проведении ускорения родов решается в зависимости от степени сужения таза и предполагаемой массы плода.

NB! Следовать клиническому протоколу «Ведение беременности и родов при тазовом предлежании». При тазовом предлежании плода предпочтительно плановое кесарево сечение (УД В). У женщин с влагалищным родоразрешением нежелательный исход родов для новорожденного был связан с родостимуляцией (УД – С) [5].

NB! Появление признаков инфекции или присоединение тяжелых осложнений со стороны матери является показанием к прекращению выжидательной тактики ведения и скорейшему родоразрешению: индукция родов/кесарево сечения (следовать рекомендациям клинических протоколов «Преждевременный разрыв плодных оболочек», «Хориоамнионит»).

**Хирургическое лечение:**

- кесарево сечение смотрите клинический протокол «Кесарево сечение».

**Другие виды лечения:** нет.

**7) Показания для консультации специалистов:** смотрите клинический протокол «Ведения родов».

**8) Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:** нет

**9) Индикаторы эффективности лечения**

– удовлетворительное состояние роженицы, плода и новорожденного.

**10) Дальнейшее ведение:** родоразрешение.

**15. Сокращения, используемые в протоколе:**

<b>КТГ</b>	–	кардиотограмма плода
<b>УЗИ</b>	–	ультразвуковое исследование
<b>УД</b>	-	Уровень доказательности
<b>МКБ</b>	-	Международная классификация болезней
<b>НВ</b>	-	Обрати внимание
<b>ВИЧ</b>	-	Вирус иммунодефицита человека

**16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

1) Рыжкова Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель кафедры акушерства и гинекологии факультета последипломного и дополнительного образования РГП на ПХВ «Западно – Казахстанский медицинский университет им М. Осанова».

2) Сармулдаева Шолпан Куанышбековна – кандидат медицинских наук, и.о. заведующей кафедрой акушерства и гинекологии Казахского медицинского университета непрерывного образования, врач акушер-гинеколог высшей категории

3) Байтлеуова Кумыскуль Шымырбаевна – врач акушер гинеколог, эксперт службы внутреннего аудита ГКП на ПХВ "Городская поликлиника №7" акимата г. Астаны.

4) Мажитов Талгат Мансурович – доктор медицинских наук, профессор, АО «Медицинский университет Астана», врач клинический фармаколог высшей категории.

**17. Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет



**18. Список рецензентов:** Миреева Алла Эвельевна – доктор медицинских наук, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», профессор кафедры акушерства и гинекологии интернатуры, врач высшей категории.

**19. Список использованной литературы:**

- 1) 1. Intrapartum care for healthy women and Babies Clinical guideline Published: 3 December 2014, NICE 2014. All rights reserved.
- 2) The American College of Obstetricians and Gynecologists women's health care physicians obstetric care consensus number 1 March 2014 Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery Abstrac.
- 3) Беременность и роды. Кокрановское руководство. М., Логесфера, 2010, С. 281.
- 4) Health Care Guideline and Order Set: Management of Labor Fifth Edition March 2013.
- 5) Royal College Obstetricians and Gynaecologists, № 20b, 2006.