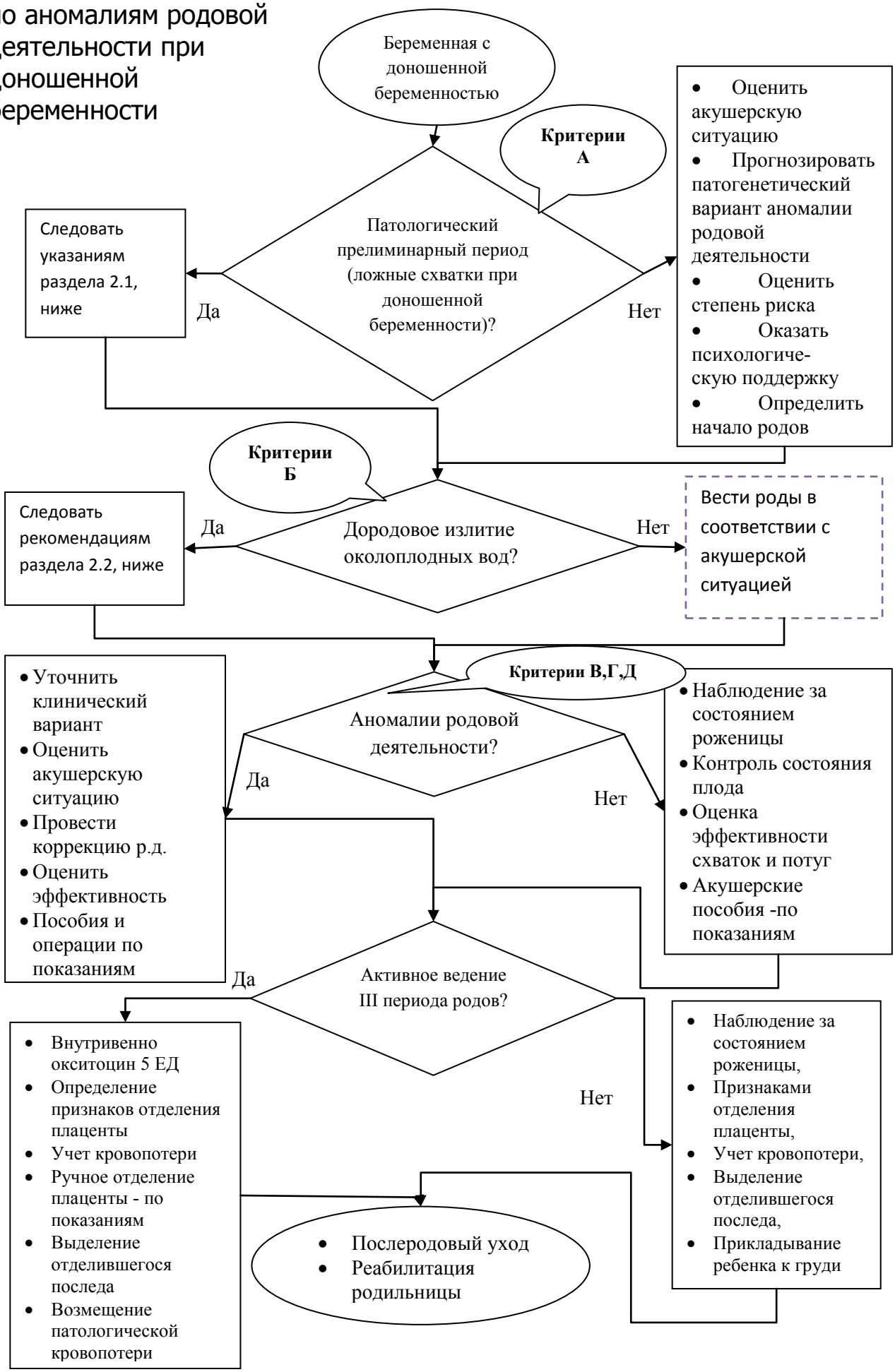
# АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ РОЖЕНИЦ ГРУППЫ РИСКА

## по аномалиям родовой деятельности при доношенной беременности



## Критерии А:

Диагностика патологического прелиминарного периода:

- Нерегулярные, разной интенсивности схватки, беспокоящие беременную преимущественно в ночное время; Неритмичный характер сократительной функции матки.

- Нарушение суточного ритма сна и бодрствования;

- Предродовой дискомфорт, депрессивное настроение, чувство усталости и тревоги за исход родов;

  - Недостаточная зрелость шейки матки;
  - Плоский плодный пузырь при зрелой шейке матки
  - Отсутствие клинических признаков родовой деятельности: нарастания интенсивности схваток и морфологических изменений шейки матки в течение 6 и более часов

## Критерии Б

Диагностика преждевременного излития околоплодных вод:

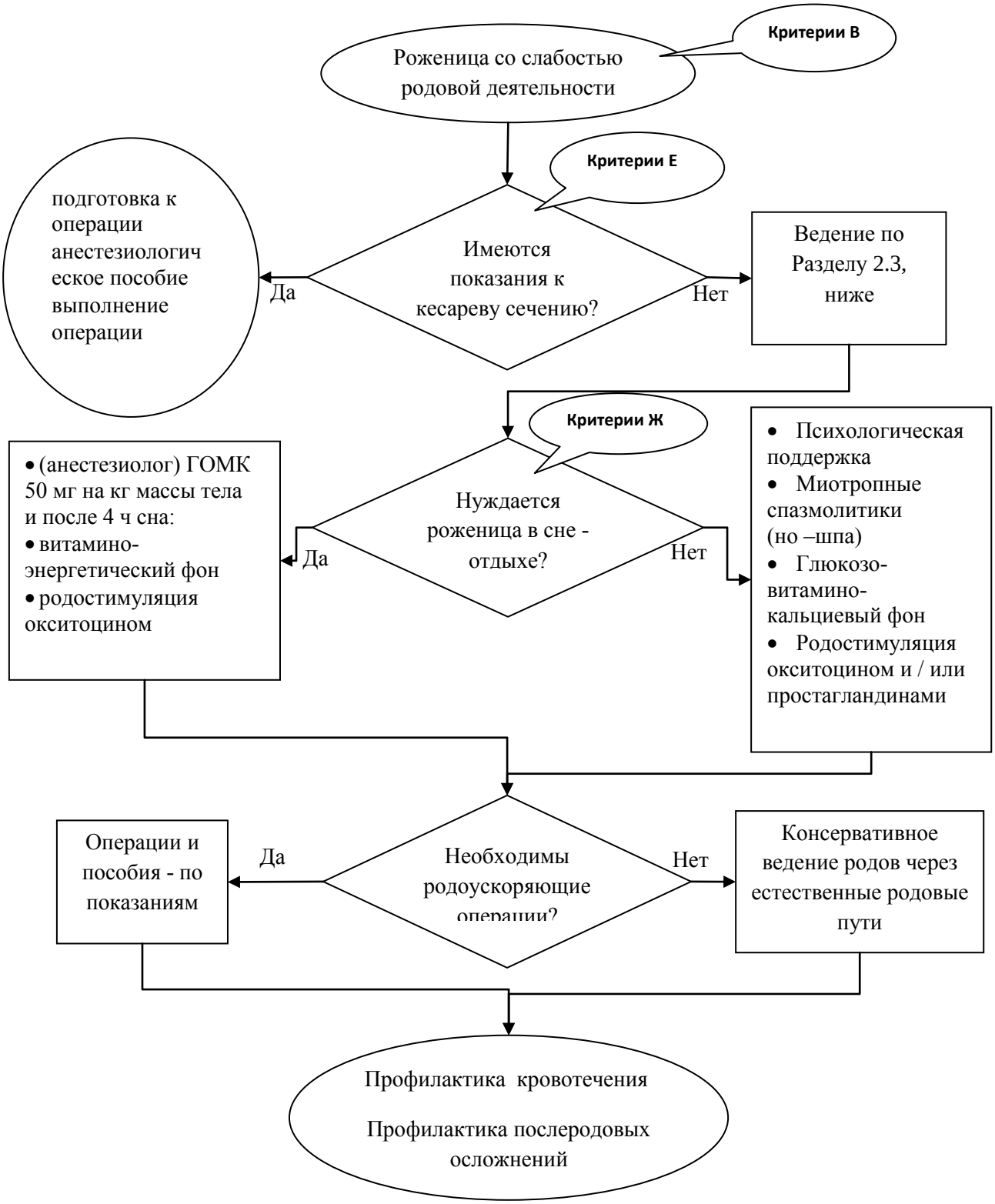
- Жидкие выделения из влагалища, усиливающиеся при переходе из горизонтального в вертикальное положение беременной.

- Определение наличия амниотической жидкости во влагалище путем осмотра в зеркалах, тестирования pH влагалищного содержимого, микроскопирования при окраске эозином, выявления кристаллизации высушенного на стекле материала.

- Выявления путем биохимического исследования влагалищного содержимого фибронектина плода, пролактина, альфа –фетопротеина и плацентарного лактогена (при наличии соответствующей лаборатории).

- Уменьшение объема околоплодных вод по данным ультразвукового исследования, если до этого не диагностировалось маловодие. *При выявлении маловодия необходимо исследовать мочевой пузырь и почки плода для исключения порока развития мочевыводящих путей.*

## АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ РОЖЕНИЦ
со слабостью родовой деятельности



## Критерии В

Диагностика слабости родовой деятельности

- Длительная латентная фаза (более 6 ч у первородящей и более 4 ч – у повторнородящей); или
- замедленный темп раскрытия шейки матки в активной фазе (ускорения), захождением партографической линии за «линию бдительности» и «линию действия»; или
- Медленное продвижение плода по родовому каналу при отсутствии механического препятствия ему со стороны малого таза и родовых путей во втором периоде родов; или
- При оценке схваток в ЕД Монтевидео (умножение амплитуды схватки на частоту схваток) активность родовой деятельности недостаточна; для контроля может быть использована токограмма при биомониторинге плода.

## **Критерии Е:** Показания

к кесареву сечению при слабости родовой деятельности

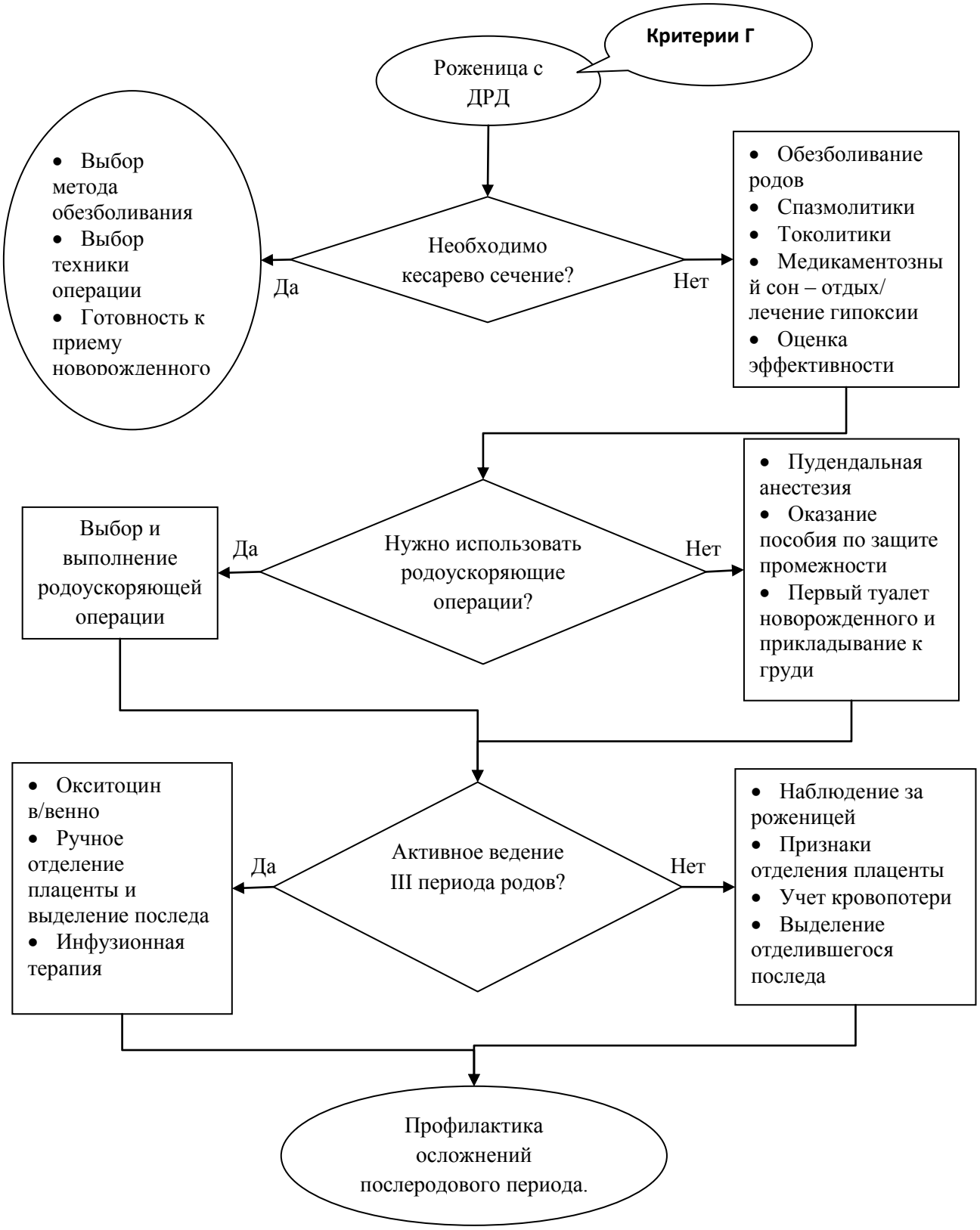
- Плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода, высокий перинатальный риск.
- Не поддающаяся коррекции в течение 4-6 ч аномалия родовой деятельности, подтвержденная партограммой.
- Сочетание аномалии родовой деятельности с крупным плодом.
- Сочетание слабости родовой степени с анатомически узким тазом, включая первую степень сужения.
- Сочетание слабости родовой деятельности с тазовым предлежанием плода

## Критерии Ж:

Предоставления медикаментозного сна–отдыха роженицам:

- После длительного патологического прелиминарного периода, приобретшего признаки первичной слабости родовой деятельности или дискоординированной родовой деятельности.
- При продолжительности первого периода родов более 12 часов и раскрытии шейки матки менее 8 см.
- В случае повторной родостимуляции в течение 12 ч необходим отдых роженице и коррекция метаболического ацидоза.

# АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ РОЖЕНИЦАМ
## с дискоординированной родовой деятельности (ДРД)

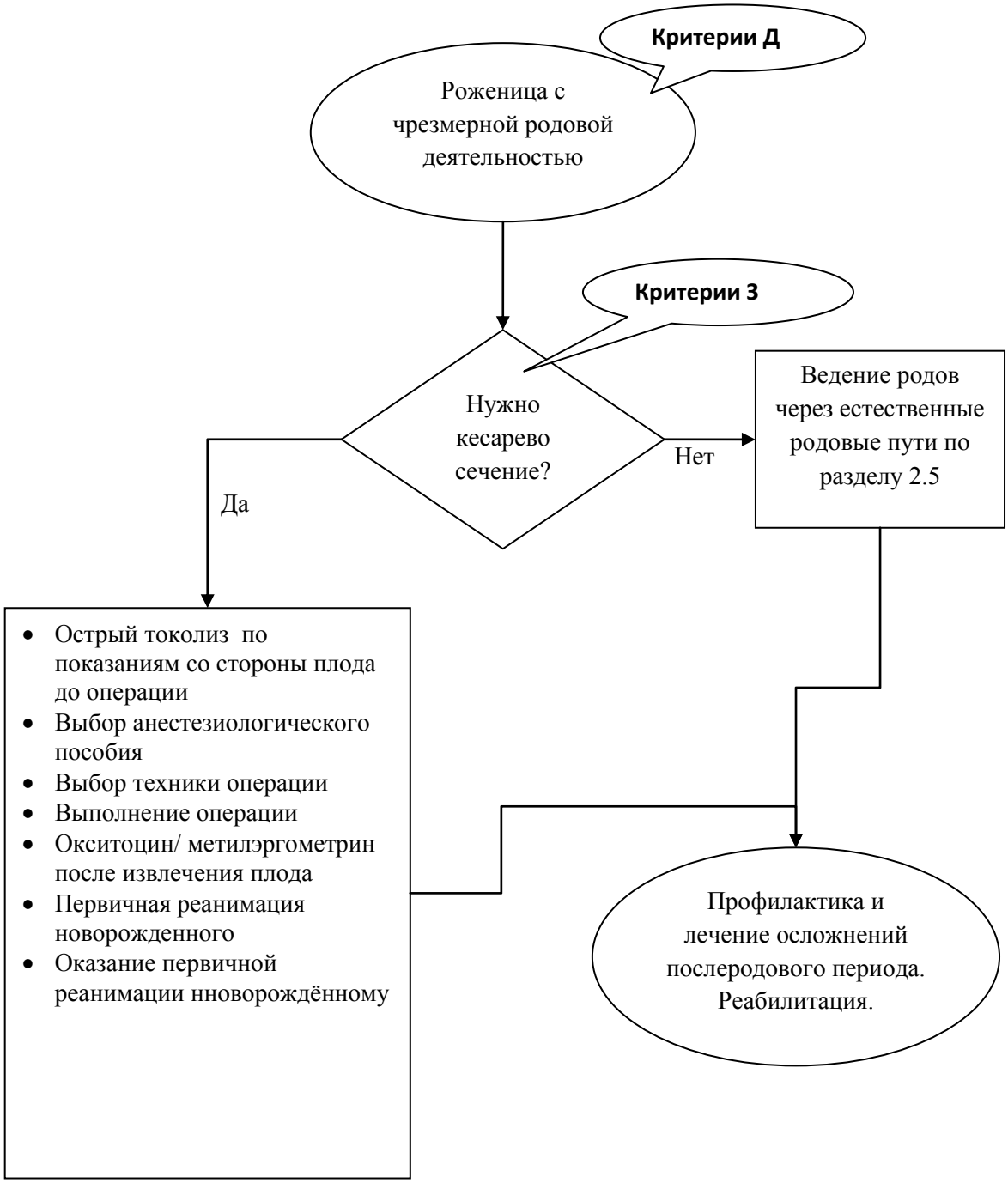


## Критерии Г:

Клинические проявления дискоординированной родовой деятельности:

- Схватки аритмичные (с разной продолжительностью и различными промежутками времени между ними);
- Повышенная субъективная реакция на схватки, вследствие снижения порога болевой чувствительности и спазма циркулярных мышечных волокон нижнего сегмента матки и шейки матки;
- Нарушение функции соседних с маткой органов, объединенных общей иннервацией: задержка мочеиспускания без механического препятствия, спазм сфинктера прямой кишки, тошнота и рвота во время схватки;
- Спастическое состояние мышц промежности, затрудняющее влагалищное исследование;
- Гипертонус (доходящий до спазма) нижнего сегмента матки во время схватки, препятствующий фиксации предлежащей части во входе в малый таз;
- Плотная, свисающая и спазмированная шейка матки. При этом следует различать механическую (при рубцовых изменениях) и функциональную (вследствие спазма шейки матки во время схватки) дистоцию шейки матки;
- Замедленный темп раскрытия шейки матки и нарастание признаков утомления роженицы;
- Ухудшение сердечной деятельности плода как свидетельство гипоксии и утомления роженицы.
- Характерные данные токограммы (нарушен прнцип « тройного нисходящего градиента»)
- Медленный темп раскрытия шейки матки, напоминающий таковой при слабости родовой деятельности («гипертоническая слабость» по И,И.Яковлеву)

## АЛГОРИТМ ЛЕЧЕБНО - ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
при чрезмерной родовой деятельности



## Критерии Д

Диагностика чрезмерной родовой деятельности:

- Частота схваток в латентной фазе достигает 3- 5 за 10 минут;
- Активная фаза родов проявляется с начала родов, минуя латентную фазу;
- Темп раскрытия шейки матки ускорен;
- Продвижение плода по родовому каналу ускорено, за исключением ситуации клинически узкого таза;
- Сердцебиение плода учащено, при продвижении головки по плоскостям малого таза нередко брадикардия во время и после потуги;
- Роды заканчиваются у первородящей за 6 и менее часов, у повторнородящей – за 4 и менее часа.

## **Критерии З:** Показания

Для кесарева сечения при чрезмерной родовой деятельности

Не отличаются от прочих показаний в акушерстве.
Чаще других при чрезмерной родовой деятельности могут
встретиться следующие акушерские ситуации,
требующие абдоминального родоразрешения:

- Разрыв промежности III степени в предыдущих родах,
- Наличие свища во влагалище,
- Осложнения предыдущих родов внутричерепными кровоизлияниями у плода или мертворождением .
- Гистопатическое состояние матки (угрожаемое по разрыву матки).
- Диспропорция размеров плода и таза матери прогнозируемая в первом периоде родов и по признакам клинически узкого таза во втором периоде родов.
- Плацентарная недостаточность Ia и Ib степени, не устраненная лечением.
- Безусловно, плацентарная недостаточность II степени.
- Острая гипоксия плода в первом периоде родов.