

Слабость родовой деятельности

Слабость родовой деятельности: определение

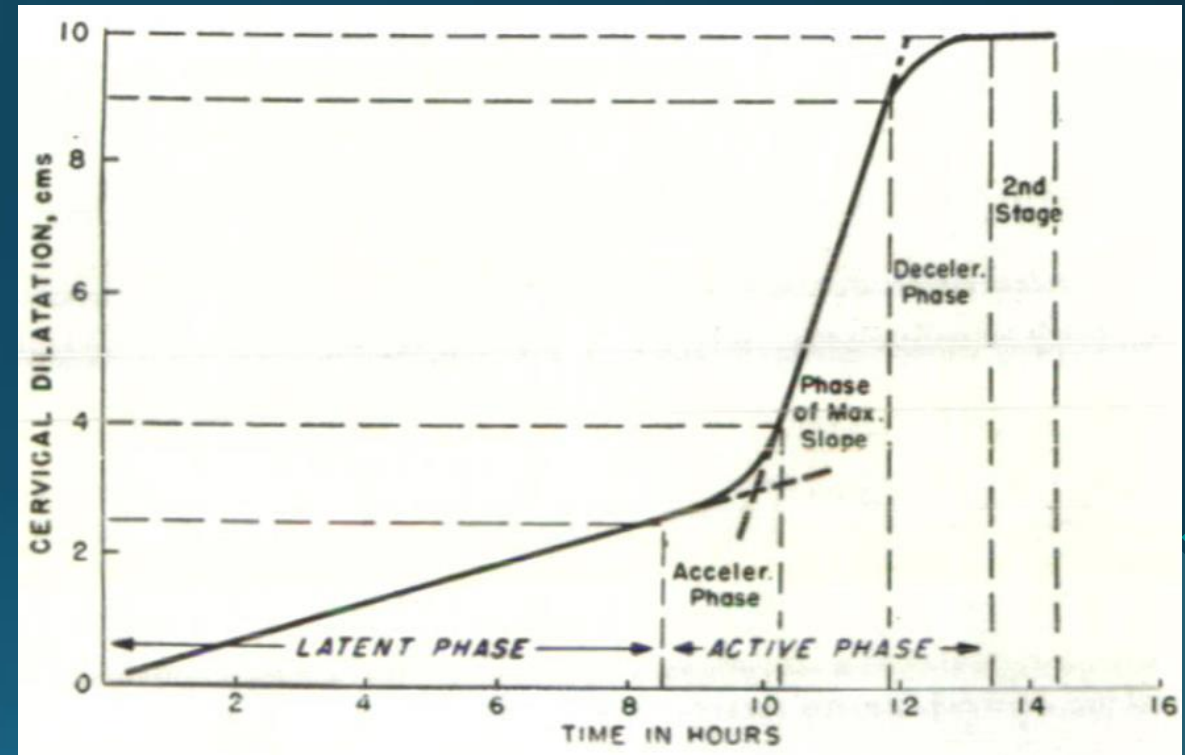
- Первичная СРД: неэффективные и слабые схватки, продолжающиеся с момента начала родов (до активной фазы)
- Вторичная СРД: ослабление сократительной деятельности матки во вторую фазу (при нормальной активности в латентной фазе)
- Слабость потуг: ослабление родовых сил во втором периоде родов
- Нет единых критериев диагностики

Партограмма

- Способ графического описания родов, в котором отображаются скорость раскрытия шейки матки и продвижения младенца по родовому каналу, состояние мамы и малыша и другие показатели
- Скорость раскрытия шейки матки:
 - Латентная фаза: в среднем 0,35 см/час
 - Активная фаза:
 - не менее 1,2 см/час у первородящих
 - не менее 1,5 см/час у повторнородящих

Кривая Фридмана

- Исследование 1955 года, в котором приняли участие 500 первородящих женщин
- Средняя продолжительность латентной фазы составила в среднем 8,6 часов, активной - в среднем 4,9 часа
- Максимальная скорость раскрытия в активной фазе составила 3 см/час, минимальная допустимая скорость – 1,2 см/час



Роды: сейчас и раньше

	CPP (1959-1965)	CSL (2002-2008)
Эпидуральная анестезия	4%	55%
Стимуляция родов окситоцином	12%	31%
Эпизиотомия	68%	17%
Щипцы	40%	6%
КС	3%	12%
Возраст матери	24,1	26,8
ИМТ до беременности и в родах	22,6/26,3	24,6/29,9

Продолжительность родов в группе низкого риска (Neal J.L., 2010, сист.обзор)

- 19 исследований, 7009 женщин
- Результаты: у женщин из группы низкого риска с первой беременностью, чьи роды наступили спонтанно, средняя продолжительность активной фазы родов оказалась длиннее, чем в исследовании Фридмана – 6 часов
- Скорость раскрытия также отличалась: только у половины женщин раскрытие шейки проходило со скоростью 1,2 см/час, и минимальная допустимая скорость составила 0,6 см/час (в исследовании Фридмана – 3 см/час и 1,2 см/час соответственно)

Продолжительность спонтанных родов в группе низкого риска (Abalos, 2018, сист.обзор)

Начало отсчета активной фазы	Продолжительность активной фазы (часы)
Менее 4,5 см (3 исследования), первые роды	3,7-8,4
5 см (2 исследования)	3,8-4,3
6 см (одно исследование)	2,9
От 2,5 до 4 см (6 исследований)	3,1-7,7
От 3,5 до 4 см (2 исследования), повторные роды	2,2-4,7
5 см (одно исследование)	3,1-3,4
6 см (одно исследование)	2,2-2,4
4 см (8 исследований)	2,1-5,7

- Если продолжить применять кривую Фридмана сейчас, то получится, что половина женщин рождает медленнее «нормы». И если такое большое количество женщин попадает под определение «не-нормы», то это может означать, что сами понятия ошибочны.
- Если продолжить применять кривую Фридмана, то половина женщин будет получать диагноз слабости родовой деятельности и последующие за этим вмешательства – амниотомию, окситоцин для стимуляции родов, и кесарево сечение.

Что происходит, если ждать дольше?

- Большинство исследований посвящены сравнению исходов второй стадии родов в зависимости от ее продолжительности, только три исследования рассматривают исходы для длительной первой стадии
- Эти исследования охватывают более ста тысяч женщин, и не показывают различий в младенческой смертности
- В одном исследовании показано более частое развитие анемии и необходимости в переливании крови у мам с длительной стадией раскрытия
- Еще одно исследование обнаружило более высокую частоту госпитализаций в отделение реанимации, другое – увеличение частоты низких баллов по шкале Апгар

Сравнение разных подходов при СРД для предотвращения первичного КС (Ragusa, 2016)

- Стандартная тактика: УЗИ в родах не использовалось; мама преимущественно в положении на спине в течение родов; для беременных низкого риска использовали периодическое выслушивание сердцебиения малыша, для высокого риска или при стимуляции родов – непрерывный КТГ-мониторинг; эмоциональное состояние мамы не учитывалось, еда в родах запрещена; велись партограммы – при отсутствии динамики в течение 2 часов диагностировали слабость родовой деятельности, после чего производилась амниотомия, затем введение окситоцина, и последующее КС (с шагом в 2 часа).

Сравнение разных подходов при СРД для предотвращения первичного КС (Ragusa, 2016)

- Комплексный подход: УЗИ в родах; мама была свободна в выборе поз в течение родов; с мамой на протяжении родов оставалась одна акушерка, которая налаживала контакт, еда и вода были в доступе; велись партограммы – при отсутствии динамики в течение 2 часов проводили поиск причин в материнском состоянии или состоянии малыша, амниотомия не проводилась, окситоцин вводили в низкой дозе.

Ragusa, 2016	Стандартная тактика (216)	Комплексный подход (203)
Амниотомия	41,7%	7,4%
Стимуляция окситоцином	33,3%	13,8%
Вакуум-экстракция	4,6%	5,4%
Кесарево сечение:	22,2%	10,3%
• Спонтанные роды	15,2%	7,1%
• Индуцированные роды	44,2%	20,8%
Низкая оценка по Апгар	2,3%	0,5%
Ятрогенный индекс	25,5%	9,2%

Замедляют роды

Со стороны мамы		Тактика ведения родов
Лишний вес, ожирение	Задний вид	ЭА
Возраст матери	Асинклитическое вставление головки	Индукция
Заболевания мамы	Дегидратация	Горизонтальное положение мамы
Роды двойни	Дородовое излитие вод	
Крупный малыш		
Первые роды		

Ускоряют роды

- Стимуляция окситоцином
- Повторные роды
- Вертикальные положения во время родов
- Отсутствие ЭА

Современные определения (ACOG: safe prevention of the primary cesarean delivery, 2014)

- Для большинства женщин началом активной фазы следует считать 6 см раскрытия шейки матки. Поэтому до достижения раскрытия в 6 см не следует применять критерии прогресса для активной фазы
- Слабость родовой деятельности может быть диагностирована только после 6 см раскрытия и отошедших вод, плюс один из вариантов:
 - Отсутствие динамики раскрытия шейки после 4 и более часов адекватных сокращений матки
 - Отсутствие динамики раскрытия шейки после 6 и более часов недостаточных сокращений матки при условии стимуляции окситоцином

Современные определения (WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018)

- Активная фаза первого периода родов – период времени, характеризующийся регулярными болезненными сокращениями матки, значительным сглаживанием шейки и быстрым раскрытием шейки матки от 5 см до полного

Тактика ведения

- Вернуться домой (роды остановились, воды целые, мама и малыш в хорошем состоянии)
- Наблюдение без вмешательств
- Амниотомия
- Стимуляция окситоцином

Что еще может помочь

- Предоставить женщине возможность двигаться, есть и пить при желании, занимать любые положения, в которых ей будет комфортно
- Место родов должно быть достаточно просторным для мамы и ее команды поддержки, в нем должно быть место для ходьбы, ванны или душа, фитболы или другие приспособления. Обстановка в комнате для родов, включая свет, звук и то, кто именно присутствует в ней, должна быть комфортна для мамы

Что еще может помочь

- Любые манипуляции, которые ограничивают подвижность мамы, должны выполняться по медицинским показаниям. В случае, если они необходимы, следует максимально снизить их ограничивающие свойства (датчики КТГ, позволяющие ходить и принимать ванну, мяч-арахис при ЭА)
- Персоналу следует быть поддерживающим, безоценочным и уважать желания женщины. Мама должна чувствовать свободу в выражении своих чувств и желаний

Вторая стадия родов: определения

- Второй период – это время между полным раскрытием шейки матки и рождением ребенка, в это время мама испытывает непреодолимое желание тужиться благодаря экспульсивным маточным сокращениям. Следует информировать мам, что длительность второй стадии значительно отличается у разных женщин. В первых родах обычно достаточно 3 часов для рождения малыша, в повторных родах – около 2 часов (WHO, 2018).
- Слабость родовой деятельности во втором периоде может быть диагностирована после 4 и более часов потуг у первородящих женщин с ЭА, после 3 и более часов потуг у первородящих женщин без ЭА; и после 3 и 2 и более часов у повторнородящих женщин с ЭА и без нее соответственно (Spong, 2012. Workshop for preventing the first cesarean delivery)

Длительность второй стадии и исходы для матери и ребенка: РКИ (Gimovsky, 2016)

- Рандомизация в группы обычной тактики и продолжающейся происходила в потужном периоде, после достижения отметки в три часа. В исследовании приняли участие 78 женщин с ЭА – мамы без ЭА либо успели родить малыше раньше, либо отказались принять участие в исследовании.
- В группе продолжающейся тактики мамам давали еще один дополнительный час на рождение ребенка, в группе обычной тактики – нет.
- В группе продолжающейся тактики частота КС была ниже (19,5% в сравнении с 43,2%), а вагинальных родов – выше (51,2% в сравнении с 18,9%)

Длительность второй стадии и исходы для матери и ребенка: СО (Altman, 2006)

- Систематический обзор 8 исследований (4 ретроспективных, 3 проспективных, одно случай-контроль)
- Исследования были гетерогенны по составу и анализу (3 рассматривали только первородящих женщин, остальные не дифференцировали данные по паритету; одно исследование рассматривало только вагинальные роды, другое исследование исключало КС только из референсной группы)
- Женщины с долгими потугами чаще рожали инструментально (вакуум, щипцы или КС). В 4 из 5 исследований было показано, что длительные потуги чаще приводят к послеродовому кровотечению; в 3 из 5 исследований обнаружили более частое развитие послеродовых инфекций. Различий в состоянии детей выявлено не было.

Длительность второй стадии и исходы для матери и ребенка: когортные исследования

- Длительность второй стадии у женщин с ЭА выше, чем без нее
- Для мам долгий потужной период ассоциирован с более высокой частотой послеродовых кровотечений, инфекций и разрывов промежности 3-4 ст.
- Большинство женщин даже с долгим потужным периодом родят вагинально, хотя риски кесарева сечения и инструментальных вагинальных родов повышаются
- Для детей долгий потужной период ассоциирован с более высокой частотой низких баллов по шкале Апгар, переводов в реанимацию, родовых травм.

Длительность второй стадии и исходы для матери и ребенка (Matta, 2018)

- Ретроспективное когортное исследование, 48352 женщины
- Длительная вторая стадия определялась как длящаяся у первородящих мам более 3 часов с ЭА и более 2 часов без нее; для повторнородящих – более 2 часов с ЭА и более часа без нее
- У 9,7% женщин была длительная вторая стадия родов: в среднем 162 минуты (у женщин с нормальной длительностью второй стадией средняя продолжительность составила 28 минут).

- Длительный потужной период ассоциирован с более высокой частотой инструментальных вагинальных родов (47,9% vs 17,9%), ЭКС (14,2% vs 1,5%), дистоции плечиков (10,9% vs 5%), послеродового кровотечения более 1 литра (5,7% vs 2,8%)
- Для женщин с ЭА и индукцией родов показано уменьшение частоты длительного потужного периода
- Длительный потужной период был ассоциирован с более высокой частотой очень низких баллов (3 и менее на пятой минуте) по шкале Апгар (0,5% vs 0,2%)