Аномалии родовой деятельности

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O62, O63, O75.8 · Российское общество акушеров-гинекологов

Аномалии родовой деятельности — это патологическое изменение силы, частоты, продолжительности, ритма и координации сокращений матки, из-за которого замедляется, останавливается или чрезмерно ускоряется раскрытие шейки матки и продвижение плода. Рекомендация посвящена диагностике слабости, чрезмерно сильной и дискоординированной родовой деятельности и выбору тактики, включая амниотомию, окситоцин, обезболивание и оперативное родоразрешение.

Главное

- АРД включает первичную и вторичную слабость родовой деятельности, чрезмерно сильную родовую деятельность и дискоординацию; при последней нарушается согласованность сокращений различных отделов матки.
- Первичная слабость начинается с начала родов: схватки не усиливаются или усиливаются незначительно, а раскрытие шейки и продвижение головки замедлены. Вторичная слабость возникает после первоначально нормальной родовой деятельности, чаще в активной фазе или во втором периоде.
- Для слабости родовой деятельности характерны не более 2 схваток за 10 минут, их продолжительность менее 20 секунд, отсутствие достаточной динамики раскрытия шейки и продвижения предлежащей части плода.
- Чрезмерно сильную родовую деятельность подозревают при более чем 5 схватках за 10 минут и/или продолжительности схватки более 60 секунд, особенно если раскрытие шейки и продвижение плода происходят очень быстро.
- При дискоординации повышены тонус матки и болезненность, ритм схваток неправильный, а шейка матки плотная, отечная и ригидная; несмотря на сильные сокращения, раскрытие может отсутствовать.
- Тахисистолия матки может нарушать плацентарный кровоток и повышать риск гипоксии плода, поэтому необходима оценка сердцебиения плода, при наличии условий — непрерывное КТГ-мониторирование.

Диагностика

1. При слабости родовой деятельности жалобы, как правило, отсутствуют, иногда роженица может отмечать утомление; при чрезмерно сильной или дискоординированной родовой деятельности характерны чрезмерные непрекращающиеся боли.
2. При физикальном обследовании оценивают частоту, силу и продолжительность схваток, динамику раскрытия шейки матки и продвижение предлежащей части плода. Для слабости характерны не более 2 схваток за 10 минут и продолжительность схватки менее 20 секунд.
3. Первичную слабость подозревают при латентной фазе более 20 часов у первородящих или более 14 часов у повторнородящих, а также при активной фазе более 8,6 часа и 7,5 часа соответственно.
4. Слабость активной фазы диагностически значима при отсутствии динамики открытия маточного зева после 5–6 см при излившихся водах или после амниотомии в течение 4 часов адекватных схваток. Вторичную слабость в первом периоде предполагают, если после раскрытия 6–7 см прогресс замедлился и более не прогрессирует.
5. Во втором периоде слабость подозревают при его продолжительности более 3 часов у первородящих без ЭА или более 4 часов с ЭА; у повторнородящих — более 2 часов без ЭА или более 3 часов с ЭА. Остановка предлежащей части более чем на 1 час также указывает на вторичную слабость.
6. По партограмме на АРД в активной фазе указывает продолжительность родов более 6 часов при раскрытии 5 см, не менее 5 часов при 6 см, не менее 3 часов при 7 см, не менее 2,5 часа при 8 см и не менее 2 часов при 9 см. Во втором периоде признаком является отсутствие родов при заполнении всех ячеек, что указывает на длительность полного открытия более 3 часов.

Лечение

- Перед оценкой слабости учитывают, что при индуцированных родах латентная фаза длиннее, чем при спонтанных, тогда как активная фаза после достижения 6 см существенно не различается (УУР А, УДД 2).
- При индукции родов и родостимуляции выполняют амниотомию для сокращения продолжительности родов (УУР В, УДД 2).
- При слабости родовой деятельности после амниотомии решают вопрос о раннем начале родостимуляции окситоцином (УУР С, УДД 5); в целом при слабости родостимуляция окситоцином рекомендована (УУР В, УДД 2).
- При родостимуляции предпочтительны низкие дозы окситоцина (УУР В, УДД 2). Препарат вводят внутривенно капельно: 1,0 мл (5 МЕ) в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида, начиная с 6 капель/мин (3 мЕД/мин), либо через инфузомат — 1,0 мл (5 МЕ) в 50 мл раствора со скоростью 1,8 мл/ч (3 мМЕ/мин). Скорость повышают каждые 20–30 минут на 1 шаг до 4–5 схваток за 10 минут; 33 мЕд/мин (19,8 мл/ч) — предельно опасный уровень (УУР В, УДД 3).
- При тахисистолии на фоне динопростона удаляют вставку, а при введении окситоцина уменьшают дозу или прекращают инфузию до исчезновения тахисистолии; при отсутствии эффекта решают вопрос о токолизе (УУР С, УДД 5).
- Для токолиза применяют 1–2 дозы нитроглицерина 0,4–0,8 мг подъязычно либо гексопреналин: болюсно 10 мкг, разведенных в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида, в течение 5 минут, затем инфузию 0,3 мкг/мин. Внутривенный токолиз проводят на левом боку, желательно под кардиомониторным контролем; рекомендуются контроль ЧСС и АД матери каждые 15 минут, аускультация легких, контроль состояния плода и сократительной активности матки.
- При дискоординации используют обезболивание, оптимально нейроаксиальное; также описано применение тримеперидина. Рекомендация имеет УУР С, УДД 5.
- В активной фазе при раскрытии 5–6 см и более выполняют кесарево сечение, если при отсутствии плодного пузыря нет динамики раскрытия более 4 часов адекватных схваток или более 6 часов родостимуляции в связи с недостаточно адекватными схватками (УУР В, УДД 3). При вторичной слабости до кесарева сечения оценивают возможность оперативного вагинального родоразрешения (УУР В, УДД 2); при отсутствии эффекта от лечения дискоординации в течение 4–6 часов решают вопрос о кесаревом сечении (УУР В, УДД 2).

Когда направить и как наблюдать

- Медицинская помощь при АРД может оказываться в акушерских медицинских организациях 1-го, 2-го и 3-го уровня.

Частые вопросы

Когда диагностируют слабость активной фазы родов?

После раскрытия маточного зева на 5–6 см — при отсутствии динамики раскрытия после излития вод или амниотомии в течение 4 часов адекватных схваток.

Как отличить первичную слабость родовой деятельности от вторичной?

Первичная слабость присутствует с начала родов: схватки не усиливаются, раскрытие и продвижение плода замедлены. Вторичная возникает после первоначально нормального прогресса, чаще в активной фазе или во втором периоде.

Как титровать окситоцин при родостимуляции?

Инфузию начинают с 3 мЕД/мин — 6 капель/мин в растворе 5 МЕ на 400 мл или 1,8 мл/ч через инфузомат в растворе 5 МЕ на 50 мл. Каждые 20–30 минут скорость увеличивают на 1 шаг до 4–5 схваток за 10 минут, затем фиксируют минимальную эффективную дозу; 33 мЕд/мин считается предельно опасным уровнем.

Что делать при тахисистолии на фоне окситоцина или динопростона?

Удалить вставку с динопростоном либо уменьшить дозу или прекратить введение окситоцина и контролировать состояние плода, предпочтительно непрерывно по КТГ при наличии условий. Если тахисистолия сохраняется, решают вопрос о токолизе; применяются нитроглицерин или гексопреналин.

Когда при аномалии родовой деятельности нужно переходить к кесареву сечению?

В активной фазе — при раскрытии 5–6 см и более, если при отсутствии плодного пузыря нет динамики раскрытия более 4 часов адекватных схваток или более 6 часов родостимуляции. При дискоординации вопрос об оперативном родоразрешении решают при отсутствии эффекта лечения в течение 4–6 часов; при вторичной слабости перед кесаревым сечением оценивают оперативное вагинальное родоразрешение.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/822-anomalii-rodovoj-deyatelnosti. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/822_1