

Государственный медицинский университет г. Семей

СРИ

Тема: **«Индукцированные
роды»**

Выполнила: Жангутдинова Д.К.

Группа: 601

Специальность: Акушерство и гинекология

Проверила: Жакупова Б.Ш.

г.Семей-2017 год

Индукция родов – искусственно вызванная родовая деятельность с целью родоразрешения через естественные родовые пути при сроке беременности 22 недели и более.

Показания:

- срок беременности более 41 недели (между 41+0 – 42+0 неделями);
- преждевременный и дородовой разрыв плодных оболочек;
- осложнения беременности, требующие родоразрешения (преэклампсия, гипертензивные состояния при беременности и др.);
- хориоамнионит;
- ухудшение течения основного заболевания матери, когда пролонгирование беременности представляет риск для матери и плода (сахарный диабет, заболевания сердца, почек, печени, холестаза, тромбофилии и др.);
- изоиммунизация по групповой или резус несовместимости;
- патологический тип КТГ плода по STV (или ПСП 2 и более);
- недостаточный рост плода в сочетании с антенатальным страданием плода, маловодием.
- антенатальная гибель плода

В случае отказа беременной от индукции родов при сроке беременности 41 неделя и более необходимо 2 раза в неделю проводить оценку состояния

Противопоказания:

- предлежание плаценты;
- предлежание пуповины;
- поперечное или косое положение плода;
- предшествующие операции на матке со вскрытием ее полости;
- разрыв шейки матки 3 степени в предыдущих родах, корригированные разрывы промежности 3 степени, мочеполовые и кишечно-половые свищи;
- инвазивный рак шейки матки;
- активная герпетическая инфекция
- любые деформации костей таза

Перечень основных диагностических мероприятий:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни
- физикальное обследование (оценка состояния, АД, пульс, ЧДД);
- общий анализ крови;
- коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, время свертываемости, МНО);
- группа крови по системе АВО;
- резус-фактор крови.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- КТГ плода – при показаниях со стороны плода является обязательным;
- УЗИ матки и плода;
- биофизический профиль плода;
- доплерометрия (кровоток в маточных артериях, артерии пуповины, СМА и т.д.);
- микроскопия влагалищного содержимого;
- в зависимости от характера экстрагенитальной патологии и акушерских осложнений.

Методика проведения процедуры/вмешательства:

Условия проведения индукции:

- информированное согласие пациентки после проведения консультирования
- «зрелая» шейка матки: по шкале Бишопа 8 и более баллов (УД IIA)
- головное предлежание плода

Оценка срока беременности:

- *по менструации:*

при регулярном цикле в 28 дней используется формула Naegele: от первого дня последней менструации вычитается 3 месяца и прибавляется 7 дней = 40 недель; если продолжительность цикла иная, от рассчитанной по формуле Naegele даты отнимается или прибавляется столько дней, на сколько цикл короче или длиннее.

- *по данным УЗИ:*

КТР в первом триместре - точность ± 5 дней;

фетометрия плода на 18-20 неделе - точность ± 7 дней.

Если имеется разница между сроком беременности по менструации и по УЗИ в первом триместре, следует брать за основу данные **УЗИ**

Оценка состояния шейки матки:

Шкала Бишопа

Факторы	Оценка (балл)			
	0	1	2	3
Раскрытие	закрыта	1-2	2-4	>4
Длина шейки матки (см)	> 4	3-4	1-2	<1
Консистенция шейки матки	плотная	частично размягчена	мягкая	
Положение шейки относительно проводной оси таза	кзади	среднее	по проводной оси	
Расположение подлежащей части относительно седалищных остей (см)	на 3 см выше	на 2 см выше	на 1 см выше или на уровне остей	на 1-2 см ниже

Оценка:

- до 5 баллов – «незрелая»;
- 6-7 баллов – «созревающая»;
- 8 и более баллов – «зрелая».

Рекомендуется документальное оформление оценки степени зрелости шейки матки по шкале Бишопа в каждой истории родов.

Методы подготовки шейки матки:

- механические
- фармакологические

Механические методы подготовки шейки матки:

- введение в цервикальный канал ламинариев или гигроскопических дилататоров на 24 часа;
- введение в цервикальный канал баллона или катетера Фолея на 24 часа.

Фармакологические методы подготовки шейки матки:

- антигестагены (мифепристон) ;
- аналог простагландина E_1 (мизопростол);
- простагландин E_2 (динопростон –вагинальный гель, интрацервикальный гель) Для индукции рекомендуется вагинальное введение низких доз простагландина E_2 ;

Мифепристон: 200 мг перорально однократно. Оценка шейки матки производится через 24-36 часов.

Особую осторожность при приеме мифепристона следует соблюдать: при бронхиальной астме и хронических обструктивных заболеваниях легких, тяжелой артериальной гипертензии, нарушениях сердечного ритма, тяжелой преэклампсии, нарушениях гемостаза, в т.ч. приеме антикоагулянтов, длительном применении глюкокортикоидов. Нельзя применять курящим женщинам старше 35 лет. Следует избегать одновременного приема мифепристона и нестероидных противовоспалительных препаратов, так как они могут снизить эффективность метода.

Мизопропростол:

- 25-50 мкг в задний свод влагалища каждые 6 часов
- 25 мкг перорально каждые 2 часа (200 мкг мизопростола растворить в 200 мл воды, назначать по 25 мл каждые 2 часа строго дозированно, шприцом).
- **Не превышать суточную дозу в 200 мкг!**

Динопростон:

Вагинальный гель: 1 мг в задний свод влагалища. При необходимости через 6 ч можно ввести вторую дозу геля - 1-2 мг. 2 мг назначают в случае полного отсутствия эффекта от первого введения, 1 мг применяют для усиления уже достигнутого эффекта. Не превышать суточную дозу в 3 мг. Гель для эндоцервикального введения: 0,5 мг в цервикальный канал сразу ниже уровня внутреннего зева. После процедуры необходимо 10-15 мин лежать на спине.

- При применении мифепрестона и простагландинов проводить тщательный мониторинг за состоянием матери и плода с ведением листа наблюдения
- При проведении подготовки шейки матки проводить КТГ плода с обязательной регистрацией ЧСС плода и сокращений матки;
- При начале родовой деятельности - перевести в родильное отделение;
- При отсутствии родовой деятельности и «зрелой» шейке матки перевести в родильное отделение на амниотомию в утреннее время (с 6 до 9 часов)

Методы индукции родов:

Пальцевое отслоение нижнего полюса плодного пузыря – проводить только при зрелой шейке матки!

- ввести 1 или 2 пальца в цервикальный канал и пилящими движениями отделить плодные оболочки от цервикального канала и нижнего сегмента матки
- убедиться, что патологические выделения отсутствуют (кровь, воды)
- занести данные в историю родов

Амниотомия - искусственное вскрытие плодных оболочек с использованием специального инструмента

- выслушать сердцебиение плода до и после амниотомии в течение одной минуты;
- указательный и средний палец одной руки ввести в цервикальный канал, другой рукой взять браншу пулевых щипцов, ввести между пальцами и вскрыть плодный пузырь, медленно выпустить околоплодные воды;
- оценить количество и качество околоплодных вод;
- занести данные в историю родов;
- при многоводии для профилактики ПОНРП и выпадения пуповины амниотомию лучше производить иглой. Околоплодные воды необходимо выводить медленно (под контролем пальцев).

Недостатки амниотомии:

- эффективна лишь в 50% случаев;
- повышение риска восходящей инфекции, выпадения петель пуповины, кровотечения.

При отсутствии спонтанной родовой деятельности в течение 2 часов после амниотомии начать индукцию путем введения окситоцина (Влагалищное исследование проводить нецелесообразно).

Внутривенное введение окситоцина:

Проводить только при «зрелой» шейке матки (по шкале Бишопа 8 баллов и более), в остальных случаях – продолжить подготовку шейки матки!

- проводить только при вскрытом плодном пузыре;
- проводить только в родильном отделении, при постоянном наблюдении акушерки и/или врача ;
- при подготовке шейки матки простагландинами начать инфузию окситоцина не ранее, чем через 6 часов;
- дозированное ведение окситоцина проводить предпочтительно инфузوماتом;
- аускультация сердцебиения плода проводить каждые 15 минут;
- запись КТГ проводить каждые 2 часа, продолжительностью не менее 15 минут, исключая особые случаи, когда показано постоянное мониторирование;
- с началом родовой деятельности заполняется партограмма.

Схема введения окситоцина:

- 5 ЕД окситоцина развести в 500 мл изотонического раствора;
- введение начать с 4 кап/мин, что соответствует примерно 2 мЕд/мин.;
- увеличивать скорость инфузии на 4 капли каждые 30 минут до достижения частоты 3 схватки за 10 минут, продолжительности 30 секунд и более;
- поддерживать дозу окситоцина той концентрации, которая оказалась эффективной и продолжить ведение родов, согласно партограмме;
- продолжить введение окситоцина до родоразрешения и в первые 30 минут после родов

Схема первого тура родовозбуждения окситоцином (5 ЕД в 500 мл изотонического раствора)

Время между началом инфузии (мин.)	Доза окситоцина (мЕД/мин)	Скорость введения (кап/мин)	Объем инфузии (мл/час)
30	2	4	12
60	4	8	24
90	6	12	36
120	8	16	48
150	10	20	60
180	12	24	72
210	14	28	84
240	16	32	96
270	18	36	108
300	20	40	120

При

консилиумом для решения вопроса о проведении второго тура родовозбуждения (10 ЕД в 500 мл физиологического раствора) или абдоминального родоразрешения.

Время введения окситоцина не должно превышать 12 часов.

Схема второго тура родовозбуждения окситоцином (10 ЕД на 500 мл изотонического раствора)

Время между началом инфузии (мин.)	Доза окситоцина (мЕД/мин)	Скорость введения (кап/мин)	Объем инфузии (мл/час)
30	10	20	60
60	12	24	72
90	14	28	84
120	16	32	96
150	18	36	108
180	20	40	120

Противопоказания для проведения второго тура родовозбуждения:

- многоплодная беременность;
- многорожавшие (3 и более родов в анамнезе);
- крупный плод.

- максимально допустимая скорость введения окситоцина – 40 кап/мин (20 мЕд/мин);
- при возникновении **гипертонуса** (сильные и длительные, более 120 секунд и/или частотой 5 схваток за 10 минут), или **гиперстимуляции** (гипертонус с признаками угрожающего состояния плода) – немедленно:
 - прекратить введение окситоцина;
 - уложить женщину на левый бок;
 - обеспечить подачу кислорода со скоростью 8л/мин;
 - провести инфузию изотонического раствора 500 мл за 15 минут;
 - провести острый токолиз бета-адреномиметиками (гинипрал 10 мг (2 мл) внутривенно; или тербуталин 250 мкг подкожно; или сальбутамол 100 мкг медленно внутривенно);
 - если лечение неэффективно, имеются признаки страдания плода показано экстренное кесарево сечение.
 - После второго тура родовозбуждения (окситоцин в дозе 20 мЕд/мин со скоростью 40 кап/мин) родовая деятельность не установилась, родовозбуждение считается безэффективным, показано родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Осложнения:

- гипертонус;
- гиперстимуляция;
- разрыв матки;
- нарушение состояния плода;
- послеродовое кровотечение
- выпадение петель пуповины;
- отслойка плаценты;
- хориоамнионит;
- увеличение количества инструментальных и оперативных родов.

Информированное согласие

Врач объяснил мне,
(Ф.И.О.) _____

что индукция родов предложена мне по следующей причине _____

Я понимаю, что индукция родов может сопровождаться следующими осложнениями:

- гипертонусом (частые, продолжительные схватки);
- гиперстимуляцией матки (частые, продолжительные схватки и страдание плода);
- выпадением петель пуповины;
- нарушением состояния плода;
- инфекцией;
- преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты,
- разрывом матки;
- послеродовым кровотечением;
- увеличением количества инструментальных и оперативных родов

Я понимаю, что индукция родов может оказаться неудачной, роды не начнутся и может возникнуть необходимость выполнения кесарева сечения или инструментов (вакуум, щипцы) для рождения моего ребенка; нарушению частоты сердцебиения плода, появлению мекония в водах; незрелость новорожденного при индукции ранее 39 недель беременности.

Я понимаю, что риск увеличивается при курении, избыточном весе, повышенном артериальном давлении, сахарном диабете и других экстрагенитальных заболеваниях.

Я понимаю, что при индукции родов существует риск осложнений, связанных с моими индивидуальными особенностями и обстоятельствами.

Я подтверждаю, что врач информировал меня о методах индукции родов, альтернативных вариантах ведения беременности.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, и я получила на них исчерпывающие ответы.

Я согласна на выполнение подготовки шейки матки с использованием _____ и родовозбуждения окситоцином.

Подпись пациента _____ дата _____ время _____

Врач (Ф.И.О.) _____

— Я подтверждаю, что я объяснил необходимость индукции родов, методику выполнения процедуры, обсудил возможные риски и осложнения.

— Я предоставил возможность задать вопросы и ответил на них.

Лист наблюдения при подготовке шейки матки мизопростолом (peros или в задний свод влагалища)

ФИО _____ № истории родов _____
 Дата и время поступления _____ О/п воды _____

№	Дата и время (после каждого приема препаратов)	Наблюдение					Выделение из половых путей	Примечание
		АД мм рт ст	PS в мин	t°C	С/Б уд в мин	Тонус матки		

ФИО акушерки _____
 ФИО врача _____