

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  $\pm 5$  дней;

фетометрия плода на 18-20 неделе - точность  $\pm 7$  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						Примечание
		АД мм рт ст	PS в мин	t°C	С/Б уд в мин	Тонус матки	Выделение из половых путей	

ФИО акушерки \_\_\_\_\_

ФИО врача \_\_\_\_\_