

СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ ВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ПЕРИОДА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

*Стакеева Ч. А., Жолдошбекова Г. Ж., Осмоналиева Р. К., Тогузбаева Б. Д.,
Амираева Ж. Н., Айтбек К. Д., Субанова Н. А., Ашималиев М. Т., Асакеева Р.,
Лисицына О. И.*

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева
Кыргызская Республика
bgj7777777@mail.ru

Введение. В Кыргызской Республике на протяжении последних 5 лет критерием деления первого периода родов на латентную и активную фазы – 6 см [1]. Решение принять указанный критерий было продиктовано данными последних исследований, которые свидетельствовали о том, что нормальная скорость раскрытия шейки матки между 3 и 6 см гораздо медленнее, чем описано Фридманом [2, 3]. Так, время раскрытия шейки матки с 4 до 5 см могло занимать более шести часов, а с 5 до 6 см – более трех часов равно как у первородящих, так и у повторнородящих. Начало активной фазы родов, для которой характерны быстрые изменения в шейке матки, – клинически важный фактор. Учитывая вышеизложенное, в стране порогом активной фазы первого периода родов принято считать раскрытие шейки матки 6 см. Однако в современном акушерстве продолжает оставаться дискуссионным вопрос о критериях деления первого периода родов на латентную и активную фазы [4].

Цель исследования – изучить эффективность и безопасность ведения физиологических родов при условии начала активной фазы первого периода родов с 6 см.

Материал и методы. Методом сплошной выборки, ретроспективно, был проведен сравнительный анализ 12280 историй родов, которые были разделены на группы «предпротокол» (1 января 2015 г. – 31 декабря 2015 г.) и «постпротокол» (1 января 2018 г. – 31 декабря 2018 г.). В предпротоколе основной клинической практикой было ведение родов по стандарту начала активной фазы первого периода родов с 3 см (n=5440). В группе «постпротокола» роды вели по стандарту начала активной фазы первого периода родов с 6 см, не ограничивая продолжительность латентной фазы (n=6840).

Критерии включения: роды в сроке гестации с 37 по 41⁶ недель, по данным ультразвукового исследования, в интервале 10-14 недель беременности, в том числе закончившиеся операцией кесарева сечения; головное предлежание, одноплодная беременность, спонтанное начало родовой деятельности, низкие факторы риска. Критерии исключения: рубец на матке после кесарева сечения, консервативной миомэктомии, гипертензивные нарушения во время беременности/в родах, тазовые предлежания, многоплодная беременность, наличие таких экстрагенитальных заболеваний, как сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, ССС.

Критерии оценки эффективности включали общую продолжительность родов, осложнения в родах (патология сократительной деятельности, объем кровопотери) и перинатальные исходы. Критерии оценки безопасности включали частоту кесарева сечения и распространенность септических осложнений.

Результаты. Группы «предпротокола» и «постпротокола» по возрасту ($p=0,07$) и паритету родов ($p=0,09$) были репрезентативными. Общая продолжительность родов в группе «постпротокола» была значимо выше, чем «предпротокола» ($18,2 \pm 0,2$ часа против $12,3 \pm 0,3$ часа, $p < 0,001$).

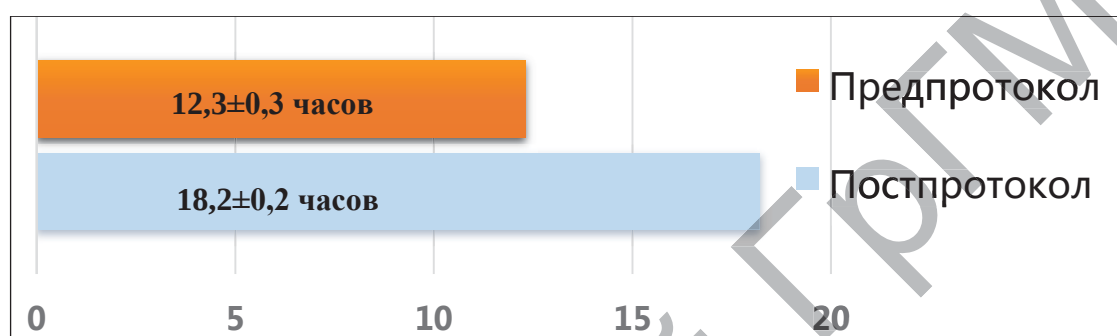


Рисунок 1. – Продолжительность родов

Частота родов, осложненных слабостью родовой деятельности, была достоверно выше в группе рожениц, роды у которых проводились по стандарту начала активной фазы первого периода родов с 3 см ($13,6 \pm 1,2\%$ против $7,9 \pm 0,8\%$, $p < 0,001$).

Частота операций кесарева сечения была значимо выше в группе «предпротокола», чем в группе «постпротокола» ($9,1 \pm 0,9\%$ против $5,2 \pm 1,2\%$, $p < 0,001$). Несмотря на более продолжительное течение родов, частота септических осложнений была ниже в группе «постпротокола» (рис. 2).

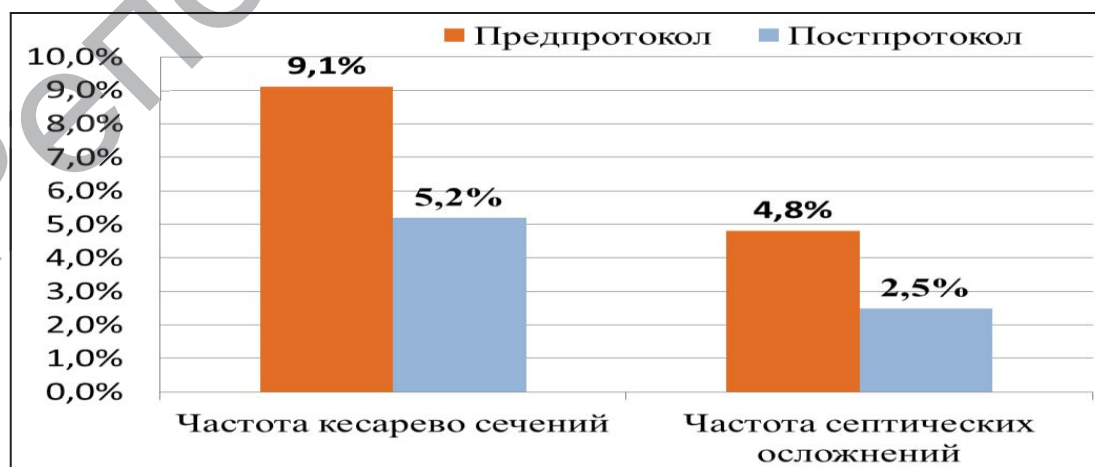


Рисунок 2. – Критерии безопасности

Количество новорожденных с оценкой по шкале Апгар ≥ 7 баллов на первой минуте было больше в группе «постпротокола», чем в группе «допротокола» ($89,4 \pm 3,2\%$ против $86,4 \pm 3,2\%$, $p < 0,01$).

Выводы. Несмотря на удлинение продолжительности родов, стандарт ведения физиологических родов, при условии начала активной фазы первого периода родов с 6 см, является эффективным и безопасным.

Литература:

1. Затяжные и обструктивные роды – Национальный клинический протокол – Бишкек, 2014.
2. Suzuki R, Horiuchi S, Ohtsu H. Evaluation of the labor curve in nulliparous Japanese women. Am J Obstet Gynecol 2010; 203: 226.e1.
3. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, et al. The natural history of the normal first stage of labor. Obstet Gynecol 2010; 115:705.
4. Robert M Ehsanipoor, Andrew J Satin, Labor: Overview of normal and abnormal progression, Literature review current through: Oct 2021.

**MODERN STANDARDS OF MANAGEMENT THE FIRST STAGE OF
PHYSIOLOGICAL LABOR**

**Stakeeva Ch.A., Zholdosbekova G.Zh., Osmonalieva R.K., Toguzbaeva
B.D., Amiraeva Zh.N., Aitbek K. D., Subanova N.A., Ashimaliev M.T., Asakeeva
R., Lisitsyna O.I.**

*I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Kyrgyz Republic
bgj7777777@mail.ru*

Aims: to study the efficacy and safety of physiological labour under the condition that the active phase of the first stage of labor begins from 6 cm. **Study design.** By the method of continuous sampling, retrospectively, a comparative analysis of 5440 birth histories conducted according to the standard of the beginning of the active phase of the First stage of labor from 3 cm and 6840 labor carried out according to the standard of the beginning of the active phase of the First stage of labor from 6 cm and without limiting the duration of the latent phase was carried out. **Results.** The frequency of operative delivery was significantly lower in the "post-protocol" group. **Conclusions.** The standard of management of physiological labor, provided that the active phase of the first stage of labor begins from 6 cm, is effective and safe, reduces the frequency of caesarean section and improves perinatal outcomes.