

НАО «Медицинский университет Астана»

УДК: 618.5:616-089.888.61:314.02

МПК: А61 К 35/16, А61 Р15/04

Айтилесова Венера Усайновна

Акушерский прогноз при неудовлетворительном прогрессе родов.

6М110100 – Медицина

диссертация на присуждение степени магистра медицинских наук

Научный руководитель _____ к.м.н. Билялова Г.Т.

(Ф.И.О., подпись)

Официальный оппонент _____ д.м.н. профессор Доцанова А.М.

(Ф.И.О., подпись)

Нұр-Сұлтан- 2019

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	2
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	3
СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	6
1.СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ ПРОГРЕССЕ РОДОВ С ПОЗИЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АКУШЕРСТВА (обзор литературы)	9
1.1 Интранатальный уход на современном этапе.....	9
1.2 Эпидемиология неудовлетворительного прогресса родов.....	18
1.3 Перинатальные и акушерские исходы при затяжных родах.....	20
2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	25
2.1 Характеристика клинического материала.....	25
2.2 Методы обследования беременных женщин.....	26
2.2.1 Ведение родов с помощью партограммы.....	30
2.2.2. Методы оценки состояния новорожденных.....	30
2.2.3. Статистическая обработка анализов.....	31
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	
3.1.Анализ основных показателей родового акта и течения послеродового периода за пять лет (2012 -2016 гг.).....	32
3.2 Исходы затяжных родов в зависимости от степени раскрытия маточного зева.....	34
3.3 Исход родов в зависимости от применение лечебных мероприятий в изучаемых группах.....	41
3.4 Течение послеродового и перинатального периода.....	51
4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	59
ВЫВОД.....	69
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	70
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	71

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года №194-IV(с изменениями на 19 января 2011 года).

ГОСТ 7.32-2001 (Межгосударственный стандарт) Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления.

ГОСТ 15.101-98 (Межгосударственный стандарт) Система разработки и постановки продукции на производство. Порядок выполнения научно-исследовательских работ.

ГОСТ 7.1-84 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления.

ГОСТ 7.9-95 (ИСО 214-76) Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Реферат и аннотация. Общие требования.

ГОСТ 7.12-93 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Сокращение слов на русском языке. Общие требования и правила.

ГОСТ 7.54-88 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Представление численных данных о свойствах веществ и материалов в научно-технических документах. Общие требования.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ПЦ	-перинатальный центр
НПР	-неудовлетворительный прогресс родов
ДРПО	- дородовый разрыв плодных оболочек
ВОЗ	-Всемирная организация здравоохранения
ИМТ	-индекс массы тела
КТГ	-кардиотокография
УЗИ	-ультразвуковое исследование
NICE	-Национальный Институт Клинических Исследований
Dystocia	-трудные роды, затяжные роды
ACOG	-American College of Obstetrics and Gynecology
ACOG	- Американский Колледж Акушерства и Гинекологии
NICE	-National Institute for Clinical Excellence
CFL	-Consortium of Safety Labor
UNICEF	-детский фонд организации Объединенных Наций
WHO	-World Health Organization
UNFPA	- United Nations Population Fund, фонд ООН в области народонаселения

Список таблиц и рисунков

Таблица 1	Частота развития затыжных родов в зависимости от степени раскрытия маточного зева в изучаемых группах.....	25
Таблица 2	Частота развития затыжной латентной фазы родов в сравниваемых подгруппах в зависимости от возраста	26
Таблица 3	Частота развития затыжной активной фазы родов в сравниваемых подгруппах в зависимости от возраста	28
Таблица 4	Частота развития затыжной латентной фазы родов в сравниваемых подгруппах в зависимости от паритета	29
Таблица 5	Частота развития затыжной активной фазы родов в сравниваемых подгруппах в зависимости от паритета.....	29
Таблица 6	Частота посещения психо-эмоционального курса подготовки к родам в изучаемых группах.....	30
Таблица 7	Показания к кесаревому сечению по отчетным данным ПЦ№1 за 2012-2016 годы.....	32
Таблица 8	Частота и характер аномалии родовой деятельности по отчетным данным ПЦ№1 за 2012-2016 годы.....	33
Таблица 9	Основные показатели исходов родов по отчетным данным ПЦ №1 за 2012-2016 годы.....	33
Рисунок 1	Показатели исходов родов в первой и второй группах.....	35
Таблица 10	Различные показатели степени раскрытия маточного зева при поступлении/переходе в активную фазу у рожениц изучаемых групп.....	35
Таблица 11	Различные показатели степени раскрытия шейки матки в момент установки диагноза затынувшихся родов в изучаемых группах.....	36
Таблица 12	Показатели продолжительности фаз 1 периода родов в сравниваемых группах.....	37
Таблица 13	Частота затыжных родов в зависимости от срока беременности в сравниваемых группах.....	39
Рисунок 2	Показатели лечения затыжных родов в сравниваемых группах.....	40
Рисунок 3-4	Исходы родов в зависимости от проведенного лечения в первой группе.....	41
Рисунок 4-5	Исходы родов в зависимости от проведенного лечения во второй группе.....	42
Рисунок 6	Частота выполнения кесарева сечения при различных степенях раскрытия маточного зева в первой группе.....	45
Рисунок 7	Частота выполнения кесарева сечения при различных степенях раскрытия маточного зева во второй группе.....	45
Таблица 14	Показатели частоты вагинальные роды в зависимости от паритета родов в изучаемых группах.....	46
Таблица 15	Показатели частоты кесарева сечения в зависимости от паритета родов в изучаемых группах.....	46

Таблица 16	Показания к кесаревому сечению в изучаемых группах.....	47
Таблица 17	Частота исходов родов в зависимости от длительности введения окситоцина.....	48
Таблица 18	Частота осложнений родового акта в изучаемых группах.....	49
Таблица 19	Частота осложнений при кесаревом сечении в сравниваемых группах.....	50
Таблица 20	Частота осложнений в послеродовом периоде в изучаемых группах.....	51
Таблица 21	Частота осложнений в послеоперационном периоде в изучаемых группах	52
Таблица 22	Течение послеродового периода в изучаемых группах.....	53
Таблица 23	Распределение детей в зависимости от массы тела в изучаемых группах.....	54
Таблица 24	Оценка новорожденного по Апгар в изучаемых группах.....	55
Таблица 25	Частота асфиксий средней и тяжелой степени в зависимости от исхода родов в изучаемых группах.....	56
Таблица 26	Частота асфиксий умеренной и тяжелой степени в зависимости от продолжительности ведения окситоцина.....	57
Таблица 27	Патология новорожденных выявленных в послеродовом периоде изучаемых группах.....	57

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность.

В современной литературе широко обсуждается тема продолжительности родов, к началу XX века длительность родов у первородящих и повторнородящих составляла 20 часов и 13 часов соответственно, а к концу XX века – 13 часов и 7 часов соответственно. Авторы говорят, что в среднем каждые десять лет продолжительность родов у первородящих уменьшалась на 1 час, у повторнородящих - на 40 минут, и на сегодняшний день среднемировые значения длительности родов часто оказываются отправной точкой для принятия неправильных решений относительно тактики ведения конкретной роженицы. Частота использования окситоцина в мире достигает 60%, и это только официальные данные. Критерием правильности течения родов стала «продолжительность», а не динамика родового процесса. В результате уменьшения длительности родов увеличиваются аномалии родовой деятельности, родовой травматизм, перинатальная заболеваемость и смертность. В соответствии с российскими обзорами сроки длительности родов – от 7 до 18 часов. По данным англоязычной литературы – продолжительность родов более длительная, так как прелиминарный период может длиться около месяца [1], и поэтому если за родовые схватки будут приняты ошибочно предвестники, то при частоте последних с интервалом в 6-10 минут длительность родов увеличивается до 18-24 часов, что несомненно отразится на тактике ведения столь затяжных родов. Будет принято решение о родостимуляции там, где показана выжидательная тактика [2]

В нашей стране, как и в странах бывшего СССР до 70-х годов, роды длились до 2-3 суток (Л.С. Персианинов, И.Ф. Жордания, 1964 г., М. С. Малиновский, 1967 г), при этом увеличились перинатальные осложнения и в связи с этим, в 70-х и 80-х годах начали ускорять роды (проводили госпитализацию в отделение патологии беременных в 38 недель беременности с целью подготовки организма беременной к родам с помощью гормонального витаминно-глюкозо-кальциевого фона и подготовки шейки матки к родам). Данные мероприятия по ускорению родов позволили снизить перинатальные осложнения (Абрамченко В.В., Э.К.Айламазян, В.Н.Серов и др), но при этом увеличились материнские осложнения. С внедрением эффективных перинатальных технологий ВОЗ в странах постсоветского пространства начали отказываться от индукции родов до 41 недели, но при этом продолжаем вмешиваться в процесс родов [3].

Jun Zhang с 2002 по 2010 годы изучил прогресс родов и подверг сомнению принятую во всем мире кривую Фридмана (1954г), и установил, что прогресс раскрытия шейки матки с 4см до 5 см происходит за 6 часов, а с 5 см до 6 см –

более 3 часов, таким образом, учитывая более медленный прогресс раскрытия шейки матки с 4 см до 6 см на современном этапе, было предложено ждать до 6 см, что поможет снизить частоту кесарева сечения. [4,5,6,7] С декабря 2017г в нашей стране принято считать активную фазу родов с 6 см [8].

Цель исследования: снижение неблагоприятных акушерских исходов при неудовлетворительном прогрессе родов.

Задачи исследования:

1. Изучение динамики частоты затяжных родов и их исходов за 2012-2016 годы.
2. Изучение частоты затяжных родов от степени раскрытия шейки матки в момент поступления в зависимости от оценки начала снижения темпа родов.
3. Изучение исходов родов и проведенных лечебных мероприятий при затяжных родах с учетом оценки раскрытия шейки матки в момент постановки диагноза.
4. Изучение осложнений в родах и состояния плода на момент рождения при затяжных родах в зависимости от степени раскрытия шейки матки.

Научная новизна результатов исследования:

1. Доказано, что диагностика затяжной латентной фазы с 4 см ведет к повышению акушерских осложнений и высокой частоте кесарева сечения.
2. Доказано, что латентная фаза должна оцениваться не ее длительностью (8 часов), а степенью раскрытия шейки матки (до 6 см).

Практическая значимость:

На основании научных данных рекомендовано пересмотреть КП «Ведение родов» от 10 декабря 2015 года, а КП “Аномалии родовой деятельности” от 27 декабря 2017г оставить (активная фаза считается с 6см).

Основные положения диссертационного исследования, выносимые на защиту:

1. Оценка длительности латентной фазы по часам приводит к ранней диагностике неудовлетворительного прогресса родов, ранней стимуляции родовой деятельности и росту числа кесарева сечения.
2. Установлена зависимость между частотой акушерских и перинатальных осложнений и степенью раскрытия шейки матки, от которой зависит тактика: чем раньше устанавливается затяжная латентная и активная фазы, тем выше акушерские и перинатальные осложнения.

Апробация работы:

Результаты работы были доложены и обсуждены на заседании кафедры акушерства и гинекологии интернатуры НАО МУА; на международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых 25-27 апреля 2019 год в городе Караганда.

Публикации:

По теме диссертации опубликовано 4 печатных работ:

1. «Интранатальный уход на современном этапе» Астана медициналык журналы №4-2018год стр.338-342
2. «Сравнительный анализ течения и ведения затяжных родов»Астана медициналык журналы №4-2018год стр. 227-23
3. «Некоторые эпидемиологические аспекты беременных с неудовлетворительным прогрессом родов» Материалы в сборнике тезисов 60-ой юбилейной Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов14-15 апрель 2018 год.
4. «Проблема пролонгированной латентной фазы первого периода родов в современном акушерстве» Материалы тезисов международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых г. Караганда 25-27 апрель 2019 г.

Объем и структура диссертации:

Диссертационная работа зложена на 75 страницах машинописного текста, построена по традиционному принципу, состоит из введения, 3 глав, обсуждения полученных результатов, заключения, практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 71 источников. Работа иллюстрирована 27 таблицами и 7 рисунками.

1 СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ ПРОГРЕССЕ РОДОВ С ПОЗИЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АКУШЕРСТВА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Интранатальный уход на современном этапе

Согласно модулю «Неудовлетворительный прогресс родов» ВОЗ (2014) определения: «Аномалии родовой деятельности», «дистоция», «отсутствие прогресса родов» и «затяжные роды» являются традиционными, но неточными определениями для описания отклонений от нормального течения родов, характерного для большинства женщин при вагинальных родах.

В современном акушерстве такие термины как дистоция или недостаточный прогресс родов, зачастую используются для описания патологического течения родов с целью обоснования необходимости кесарева сечения [9].

Аномальная активность матки не имеет четкого определения, так как нормальная деятельность маточных сокращений по себе не имеет четкого определения. Дистоция дословно означает «трудные роды» и характеризуется патологически медленным течением родов. Как обобщенное понятие ее следует понимать как наличие обструкции (несоответствия) между предлежащей частью плода и родовым каналом. Обструкция возникает в основном как следствие четырех патологических состояний, имеющих место как в комбинации, так и независимо друг от друга.

К ним относятся:

1. Патология изгоняющих сил – недостаточно сильные, или несоординированные сокращения матки, не приводящие к сглаживанию и раскрытию шейки матки, а также слабые сокращения поперечно-полосатой мускулатуры (мышц брюшного пресса) во время периода изгнания.
2. Патология строения костного таза матери.
3. Неправильное вставление, положение плода, а также патология его развития.

Все эти состояния Американским Колледжем Акушеров-гинекологов по механистическому принципу и в упрощенном виде были разделены на три категории (1995г):

1. Аномалии родовой сил (powers) – сократительная способность матки и другие изгоняющие силы.
2. Аномалии, связанные с плодом (passenger).
3. Аномалии, связанные со строением костного кольца таза (pelvis).

Родовые нарушения классифицируются как расстройства замедления (медленнее, чем обычный прогресс) или расстройств остановки (полное прекращение прогресса). Патологические роды могут быть определены только тогда, когда роды находятся в активной фазе. Ведение

патологических родов особенно важно для первородящих женщины, чтобы предотвратить ненужные кесаревы сечения (Gifford, 2010 [D]) [10].

Фридман дал определение для «нормальных родов» в 1950 году. Дальнейшее наблюдение показало, что определение «нормальные роды» шире, чем определение, данное Фридманом. Это привело к большей гибкости в ведении патологических родов. Стратегии ведения родов предполагают, что мать и ребенок чувствуют себя хорошо (при ведении мониторинга плода). Прогресс родов оценивается при влагалищном исследовании. Регулярная оценка раскрытия шейки матки в ходе активных родов дают самую лучшую возможность для оценки прогресса родов и для диагностирования аномальных родов. По крайней мере, одно клиническое исследование проведенное определяло эффективность активного ведения родов для сокращения количества кесаревых сечений, использовало ежечасный осмотр шейки матки; другие исследования использовали обследования с интервалом в два часа. «Двухчасовые» проверки для определения расширения были поставлены под сомнение. Тем не менее, нет достаточных доказательств в поддержку ежечасной и двухчасового осмотра, чтобы изменить исходы родов. [Американский колледж акушеров и гинекологов, практический бюллетень, 2007а [R]; Zhang, 2008 [C]; Frigoletto, 1995 [A]; Lopez-Zeno, 1992 [A]][11].

В Республике Казахстан главным руководством является Сборник Клинических Протоколов Министерства Здравоохранения, на базе которого до 2016г латентная фаза трактовалась как сочетание регулярной родовой деятельности и раскрытие шейки матки до 3 см, а активная фаза как комбинация регулярных сокращении миометрия и дилатация шейки матки 3 см и более. В связи с указанными ранее осложнениями в родах в обновленном протоколе МЗ РК от 2016 года предложили считать латентную фазу первого периода родов с раскрытия шейки матки до 4 см, а активную фазу трактовать как наступление регулярных схваток и раскрытие 4 см и более. В Клиническом протоколе 2017года, основываясь на рекомендациях Всемирной Организации Здравоохранения от 2014г, было предложено внедрить следующую классификацию:

Первый период – время от начала регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки;

- латентная фаза первого периода родов длится до 6 см раскрытия шейки матки;
- активная фаза первого периода родов длится с 6 см (включительно) до полного раскрытия шейки матки.

Второй период – время от полного раскрытия шейки матки до рождения плода;

- пассивная фаза второго периода родов - от полного раскрытия шейки матки до начала потуг;
- активная фаза второго периода родов - с начала потуг до изгнания плода.

Третий период – время от рождения плода до выделения последа [8].

Чтобы визуализировать прогресс родов и регистрировать раскрытие маточного зева во время родов на графической кривой, используют партограмму. Партограмма широко используется в Казахстане, а также на международном уровне и способствует тому, что акушерки и врачи акушер-гинекологи контролируют прогресс родов, следовательно, проводить медицинские вмешательства для его устранения.

В мире используются 2 типа партограмм:

-партограмма с латентной фазой

-партограмма без латентной фазой.

Оба типа были изучены в клинических исследованиях. Было проведено шесть клинических исследований, в которых приняли участие 7706 женщин; два исследования из них не могут рекомендовать рутинное использование партограммы в рамках стандартного управления и ухода за родами [9,12].

Согласно обзору, проведенному группой из 37 000 научных деятелей, входящих в состав Кохрейн, констатировали факт, что использование стандартной партограммы, с предложенной скоростью раскрытия шейки матки 1см/1 час может быть лимитировано и быть недостоверным инструментом для ведения родов в развивающихся странах и в странах с низким доходом, с высокой материнской и младенческой смертности. Также Кохрейн не может рекомендовать партограмму как основной метод для расценки процесса родов [9].

ВОЗ признала низкое качество доказательств, но отметила, многие учреждения в условиях как низкого, так и высокого дохода используют партограмму. Несмотря на то, что не было выявлено преимуществ при ее использовании по данным РКИ, партограмма полезна для наглядного представления прогресса родов, клинического аудита, тренинга специалистов и преемственности в оказании помощи. Эти данные, в дополнение к низкой инвазивности, позволили ВОЗ настоятельно рекомендовать партограмму. Потенциальные преимущества внедрения партограмм в практику могут быть более очевидны в условиях ограниченных ресурсов, где стандартный протокол ведения родов либо совсем не используется, либо используется в недостаточной мере. Тем не менее, преимущества использования партограмм можно усилить только при использовании стандартного протокола ведения родов [9].

Самая простая для использования партограмма была разработана в Национальном родильном доме Дублина как часть политики активного управления родами. Она представляет собой простой квадрат, на котором 10 см по вертикальной линии совпадает с 10ч по горизонтальной для первого периода родов. Линия партограммы является простой диагональю, проведенной от точки 0ч/0см к точке 10ч/10см. [1]

В современной литературе широко обсуждается тема продолжительности родов. Например, в одном исследовании в Мексике продолжительность родов

у 29% первородящих женщин длилась 13 часов, а у 74% повторнородящих длилась от четырех до восьми часов, но не более 10 часов [12].

Chanrachakul, et al 2011 в Таиланде классифицировал нормальную длительность родов не более чем 12 часов [13].

В XIX- начале XX веков существовало мнение, что продолжительность физиологических родов у первородящих-20-24ч., слабость родовой деятельности не превышала 6-8% (Иванов Н.З. 1926; Рунге М., 1894; Шредер К., 1888). Академик К.К. Скробанский (1946) считал, что первые роды в норме длятся 17-22ч., а слабость родовой деятельности встречается не чаще 8-10%. По данным Г.Г. Хенашвили (1974), продолжительность периода раскрытия у первородящих $15,6 \pm 0,8$ ч. [2].

Е.Т. Михайленко и М.Я. Чернега (1988) на основании проведенных клинических исследований пришли к выводу, что наиболее оптимальная продолжительность родов у первородящих составляет 6-12ч. Роды, продолжающиеся более 18ч., авторы относят к затяжным, при этом указывая, что последние приводят к увеличению частоты случаев асфиксии плода, перинатальной смертности, материнского и детского травматизма. Слабость родовой деятельности, по данным этих авторов, отмечается в 10-13% случаев. L.L. Albers (1999), напротив, не выявил связи между увеличением продолжительности родов до 17-18 ч. и частотой материнской и перинатальной заболеваемости [2].

Из истории акушерства видно, что к началу XX века длительность родов у первородящих и повторнородящих составляла 20 часов и 13 часов соответственно, а к концу XX века – 13 часов и 7 часов соответственно. Авторы говорят, что в среднем каждые десять лет продолжительность родов у первородящих уменьшалась на 1 час, у повторнородящих - на 40 минут, и на сегодняшний день среднемировые значения длительности родов часто оказываются отправной точкой для принятия неправильных решений относительно тактики ведения конкретной роженицы. Частота использования окситоцина в мире достигает 60%, и это только официальные данные. Критерием правильности течения родов стала «продолжительность», а не динамика родового процесса. В результате уменьшения длительности родов увеличиваются аномалии родовой деятельности, родовой травматизм, перинатальная заболеваемость и смертность. В соответствии с российскими обзорами сроки длительности родов – от 7 до 18 часов. По данным англоязычной литературы – продолжительность родов более длительная, так как прелиминарный период может длиться около месяца и поэтому если за родовые схватки будут приняты ошибочно предвестники, то при частоте последних с интервалом в 6-10 минут длительность родов увеличивается до 18-24 часов, что несомненно отразится на тактике ведения столь затяжных родов. Будет принято решение о родостимуляции там, где показана выжидательная тактика [2].

Нередко бывает трудно дифференцировать затяжную латентную фазу родов и ложные схватки. Дифференцировать эти два состояния можно только

ретроспективно. В литературе описывается, что 10% пролонгированной латентной фазой может быть ложными схватками. Таким образом, есть острая потребность в проведении исследований, посвященных более детальному изучению клинического значения и оптимальных методов лечения этого распространенного и малопонятного состояния.

Laughon и его коллеги в своей работе по определению начала развития родов предлагают альтернативный подход к диагностике пролонгированной родовой деятельности. Это ставит под сомнение устоявшуюся активную тактику ведения при затяжных родах и подчеркивает, что точный диагноз: затяжные роды важен для принятия клинических решений на основе фактических данных и для женщин, которые испытывают затяжные роды [14].

По данным некоторых исследований, различная продолжительность латентной фазы родов не влияет на уровень перинатальной заболеваемости и смертности, а также на вероятность развития каких-либо осложнений родовой деятельности. По данным других исследований, при длительной латентной фазе родов происходит значительное увеличение частоты родоразрешения путем операции кесарево сечения и снижена оценка по шкале Апгар на 5-й минуте жизни, причем это справедливо как для первородящих, так и для повторнородящих женщин. Остается неясным, являются ли эти неблагоприятные последствия результатом длительной латентной фазы или предпринимаемых по этому поводу необоснованных врачебных вмешательств [15].

Латентная фаза родов начинается с момента появления родовой деятельности и продолжается до раскрытия маточного зева 6 см, обычно эта фаза распознается плохо. Поскольку женщина вступает в латентную фазу родов, как правило, до поступления в родильное отделение, зачастую бывает трудно определить ее продолжительность. Продолжительность латентной фазы широко варьирует у разных женщин, поэтому невозможно определить ее среднюю физиологическую продолжительность.

Brain Magowan, Philip Owen, James Drife Clinical obstetrics gynaecology 2012г, считают начало латентной фазы от первых сокращений до полного сглаживания шейки матки и скорее всего она будет удлинена у тех, у кого «шейка матки неблагоприятная» и поэтому пролонгированная латентная фаза встречается у первородящих. При длительной латентной фазе мать часто устает и истощается от того, что в течение нескольких дней испытывает дискомфорт от ложных схваток. В разумных пределах важно не поддаваться искушению активно вмешиваться путем амниотомии и введения окситоцина, по крайней мере до тех пор, пока шейка матки не расширится до 2-3 см.[16]

Медленный прогресс первого периода родов может наблюдаться как в латентной, так и в активной его фазе. Это не всегда означает, что родовая деятельность нарушена или есть какие-то осложнения[17,18,19,20].

В монографии «Оперативное акушерство Манро Керра» (2015г), авторы утверждают, что нормальное прогрессирующее раскрытие маточного зева приблизительно происходит до 7 см, после чего этот процесс прекращается или

замедляется. Это происходит часто вследствие неправильного вставления или несоответствия головки плода и таза матери, особенно у повторнородящих. Однако у первородящих это может быть результатом комбинации относительного несоответствия размеров и неэффективных схваток и разгибания головки плода. В этих случаях оправдана осторожная стимуляция окситоцином, так как хорошие маточные сокращения будут способствовать сгибанию и повороту головки [2].

Анализ литературы показал, что решение нужно принимать между 7 и 10 см при затяжной активной фазе (Фридман), был связан с повышенным риском неспособности организма реагировать на окситоцин, что ведет к трудностям в вагинальных родах. Прежде чем провести медицинское вмешательство, необходимо оценить клиническую ситуацию [21].

Согласно рекомендациям международных организаций в сфере здравоохранения, таких как, Всемирная Организация Здравоохранения (WHO - World Health Organization) и Национальный Институт Клинических Исследований, основанный в Англии и Уэльсе (NICE - National Institute for Clinical Excellence); Американский Колледж Акушерства и Гинекологии (ACOG - The American College of Obstetrician and Gynecology) и Американская Ассоциация Безопасных Родов (CFL - Consortium of Safety Labor): во всем мире в течение последних лет наметилась тенденция к увеличению числа первичного кесарева сечения по причине неудовлетворительного прогресса родов и связанных с ним рубца на матке в последующих беременностях.

С середины 1950 до 1980 годов, Dr Emmanuel Friedman опубликовал ряд исследований, где он дал детальное определение и характеристику продолжительности родов [1,2,3,4,5,6,7,8]. С тех пор сигмовидная кривая родов является фундаментальной характеристикой физиологического течения родового акта на протяжении шести десятилетий. Но так как исследования Dr Emmanuel Friedman были сосредоточены на населении Соединенных Штатов Америки и тем самым лимитированы, получается, что в них не были учтены этническая уникальность и социальный статус населения других стран, где повсеместно акушеры-гинекологи руководствуются протоколом «Активного ведения Родов» (Active Management of Labour), составленного O'Driscoll, в основе которого лежит золотой стандарт скорости родов 1см/1час.[8,11].

Однако тенденция к увеличению частоты первичного кесарева сечения, а также возникновение интранатальных и перинатальных осложнений на фоне применения утеротоников для родоусиления, в последние два десятилетия вызвали интерес ученых в вопросе достоверности и приемлемости применения вышеуказанного стандарта раскрытия шейки матки у всех женщин [22, 23, 24, 25].

Согласно последним обновлениям клинического руководства NICE от февраля 2017 года, латентная фаза первого периода включает в себя схваткообразные боли нерегулярного характера и раскрытие шейки матки до 4 см, в то время, как активная фаза ассоциируется с началом регулярной родовой деятельности и раскрытием шейки матки 4 см и больше [11]. При этом

продолжительность первого периода у первородящих составляет от 8ч до 18ч, у повторнородящих от 5ч до 12ч [11]. При удовлетворительном состоянии матери и плода и при приемлемой скорости течения родов, согласно данным положениям руководства, не рекомендуется проводить какие-либо медицинские вмешательства для ускорения темпа родов (раннюю амниотомию, вагинальное обследование чаще одного раза за 4 часа или введение окситоцина для ускорения родов) [11].

В Соединенных Штатах Америки широко используются рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения, но в основном акушеры-гинекологи опираются на руководство, которое разрабатывает Американский Колледж Акушерства и Гинекологии (ACOG-American College of Obstetrics and Gynecology) и Ассоциация Безопасных родов (CFL - Consortium of Safety Labor). Согласно последним рекомендациям Американского Колледжа от февраля 2017 года, прием рожениц в латентной фазе первого периода родов приводит к увеличению оперативных родов и осложнениям в последующей активной фазе первого периода родов, такие как хориоамнионит, инфузия окситоцина в больших дозах в связи со слабостью родовой деятельностью и гипердиагностикой [26]. Однако эти исследования не смогли провести связь возникновения осложнений во время родов и в послеродовом периоде с ранним пребыванием в больнице. Рандомизированные контролируемые исследования показали, что женщины, поступающие во время активной фазы в родильный дом, имеют значительно меньшие показатели осложнений и родоразрешения путем кесарева сечения [27].

Важно отметить, что последние данные, собранные с 19 клиник, входящих в Ассоциацию Безопасных родов в Соединенных Штатах Америки, были сделаны в определении латентной фазы и активной фазы: в отличие от ранее предложенного порога 4 см, многие женщины могут не вступить в активную фазу до раскрытия шейки матки 4-6 см [28]. Эти выводы свидетельствуют о том, что выжидательная тактика является разумным и приемлемым решением для женщин с дилатацией 4-6 см, которых нужно расценивать как рожениц, находящихся в латентном фазе первого периода родов, при условии, что состояние матери и плода не страдают. Рекомендуется принимать решения индивидуально для каждой роженицы, особенно, если женщина долго находится в латентной фазе, что ведет к возникновению сомнительного состояния плода или ухудшению общего состояния самой беременной. Также должна расцениваться психологическая подготовленность к родам. Уход за женщинами в пассивном периоде родов может быть облегчен за счет наличия альтернативного отделения, где женщины могут отдыхать и предлагаться методы поддержки до наступления регулярной родовой деятельности.

В исследовании Neal et al, (2017г) более 70% женщин поступали в активную фазу родов после 6 см, в то время как менее 30% женщин поступали в латентную фазу родов до 6 см раскрытия маточного зева по рекомендациям Фридмана или ACOG/SMFM. По-прежнему 42,6% рожениц, поступивших с 6см

раскрытия или более, не соответствовали рекомендации Фридмана (т. е. $\geq 1,5$ см/ч). [29]. Zhang et al, (2010г) объясняет, что действительно, больший процент женщин никогда не достигнет критериев Фридмана, но большинство рожениц родят вагинальным путем с нормальными материнскими и перинатальными исходами. Увеличение использования окситоцина и частоты кесарева сечения было в той группе, которые поступили рано в латентной фазе в сравнении с той группой, которые поступили в активную фазу родов. Это указывает на то, что время госпитализации является важным предиктором вмешательств и методы родоразрешения во время родов. [5] Женщины, допущенные к активным родам в соответствии с руководством ACOG/SMFM (т. е. при расширении на 6 см или более), имели более низкий уровень кесарева сечения по сравнению с теми, кто не находится на 6 см (1,5% и 3,4% соответственно). Более высокий уровень кесарева сечения среди женщин, поступающих в больницы до начала активных родов, наблюдается просто из-за увеличения времени нахождения в родильном доме, что может привести к более высокой вероятности вмешательства, связанным с институциональными факторами. Это подтверждает Jollesand Kozhimannil et al (2017), что системные факторы, а не исключительно факторы пациента, влияют на исходы родов и поэтому должны быть рассмотрены в инициативах по улучшению материнства.[30]. Новые данные также свидетельствуют о том, что женщины с низким уровнем риска могут быть готовы антенатально к увеличению совладания дома во время латентных родов, тем самым задерживая госпитализацию до активных родов (Tilde et al, 2016) [31]. Роженицам, поступившим в родильный блок до начала активной фазы родов, следует сообщить о рисках вмешательств, включая частое использование окситоцина и кесарево сечение. Исследования, направленные на выявление физиологических, социальных и психологических различий среди женщин, поступающих в родильный дом в латентной и активной фазы родов, были бы ценным в научный вклад. Таким образом, более чем в два раза больше женщин с паразитами со спонтанным началом родов встречаются на основе коэффициента дилатации хороший активный диагностический метод во время госпитализации, чем либо Фридман или ACOG/SMFM руководящих принципов. Чтобы улучшить или снизить кесарево сечение, для врачей разумно, чтобы отложить госпитализацию для женщин с низким фактором риска при спонтанных родах до тех пор, пока активная фаза родов не будет установлена по рекомендации Nice руководящих принципов; вместо того, чтобы поощрять женщин, чтобы остаться дома дольше или использовать ранние предродовые палаты до тех пор, пока роды не будет установлена. Проспективное исследование необходимо для оценки, если отсрочка госпитализации для женщин с низким уровнем риска до начала активных родов снижает уровень первичного кесарева сечения среди рожениц.

16 января 2018года была опубликована статья Oladapo O.T. и соавторов о ретроспективном когортном исследовании продолжительности первого периода родов в Нигерии и Уганде. В общей сложности был проведен анализ 5606 рожениц с одноплодной доношенной беременностью в головном

предлежании, находящихся в родах с раскрытием шейки матки меньше 6 см. Принятая в мире скорость раскрытия шейки матки 1 см/1 час оказалась неприемлемой в данном исследовании. Основываясь на 95 перцентильном пороге, было выяснено, что переход от 4 см до 5 см у первородящих может продолжиться до 7 часов, тогда как от 5 до 6 см – 3 часа. Таким образом, исследование выявило, что принятые мировые стандарты скорости раскрытия шейки 1 см/1 час неактуальны у некоторых женщин. Исследование показало, что раскрытие шейки матки до 5 см происходит намного медленнее принятого золотого стандарта. И в данном случае, медицинские вмешательства, такие как родоусиление с целью достижения стандарта, считаются не уместными, если женщина поступила с дилатацией шейки матки до 5 см. Рекомендовано кривую партограммы не считать окончательным инструментом для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения роженицы [36].

15 февраля 2018 г в городе Женева, в ходе очередного съезда Всемирной Организации Здравоохранения были разработаны новые рекомендации в целях установления мировых стандартов по оказанию медицинской помощи здоровым беременным женщинам, родильницам и роженицам, с целью уменьшения числа излишних медицинских вмешательств ведущих к осложнениям со стороны матери и плода. Согласно новому руководству Всемирной Организации Здравоохранения, отмечается уникальность каждого родов и разная продолжительность первого периода родов у разных женщин. Во время первых родов схватки обычно длятся не более 12 часов, а при последующих родах - не более 10 часов [27]. Для уменьшения числа излишних медицинских вмешательств в обновленном руководстве Всемирной Организации Здравоохранения указывается, что раскрытие шейки матки во время первой активной стадии родов со скоростью 1 см в час (по данным партограммы, или схемы, используемой для регистрации нормального течения родов) может не подходить для некоторых женщин и быть неточным критерием для выявления женщин, подвергающихся риску неблагоприятного исхода родов [36]. В руководстве подчеркивается, что одно лишь замедленное раскрытие шейки матки не должно быть показанием для принятия мер в целях стимулирования родовой деятельности. Ожидаемая продолжительность активной фазы первого периода родов зависит от установленного порога начала. Границы для активной фазы были округлены по 95-му перцентильным значениям по показаниям о продолжительности раскрытия шейки матки с 5 см до 10 см. Средняя продолжительность активной фазы по данным Всемирной Организации Здравоохранения на 2018 год приравнивается 4 часам у первородящих и 3 часам у повторнородящих при установленной точке начала с 5 см. Таким образом, согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения, основанным на 53 доказательных исследованиях женщин со спонтанной родовой деятельностью и без перинатальных осложнений, латентную или пассивную фазу первого периода родов рекомендовано считать с началом болезненных схваток до 5 см раскрытия шейки матки; активная фаза характеризуется регулярной родовой деятельностью и раскрытием шейки матки

от 5 см до 10 см [11,36]. Естественные роды могут затянуться до порога 5 см, поэтому при удовлетворительном внутриутробном состоянии плода и удовлетворительном общем состоянии матери, не рекомендуется проводить медицинские вмешательства (такие как инфузия окситоцина или кесарево сечение) [32,33,34].

Процесс родов - это совокупность биологической предрасположенности беременной, физиологической возможности организма и психоэмоционального фона женщины. Таким образом, у каждой женщины родовая деятельность развивается по-разному и подход медицинского персонала должен быть индивидуальным [2,32,33,34].

1.2. Эпидемиология неудовлетворительного прогресса родов

Статистические данные в разных исследованиях неоднозначны: так как различны определения, критерии диагностики, сравниваемые группы. Из всех родов, закончившихся рождением живого ребенка, около 20% были затяжными [9,12,35]. В группе риска находятся первородящие с доношенным сроком гестации.

В странах Евросоюза, например в Швеции в своем исследовании Selin et al (2009) отмечает распространенность слабости родов у первородящих - 33% и у повторнородящих женщин - 7% [37]. В одном датском исследовании, дистоция во время родов отмечалась у 37% здоровых первородящих в доношенном сроке гестации, роды у которых начались спонтанно (без указания на индукцию) и с низким риском кесарева сечения [38]. В Великобритании 50% первородящих рожениц получают окситоцин по поводу затяжных родов. [39]

Частота встречаемости затяжных родов по данным литературы стран ближнего зарубежья - от 9 до 33% родов, из них более часто у первородящих - до 60%, чем у повторнородящих 15-20%, а у многорожавших женщин до 34%. Это обусловлено, по-видимому, отсутствием четких критериев диагностики аномалий родовой деятельности, разнообразием клинических проявлений, отсутствием четкой клинко-патофизиологической классификации, а также размытостью и множественностью трактовок данного понятия [40]. Выявить наиболее часто встречающуюся форму аномалий родовой деятельности по данным зарубежной литературы не представляется возможным (из-за отсутствия классификационного деления); «dystocia» наблюдается в 8-30% родов [41].

По данным Национального комитета статистики Республики Кыргызстан, в 2009 г. удельный вес родов, осложнившихся слабостью родовой деятельности, составил 2,6% от числа всех родов в указанном году, вне зависимости от срока гестации, паритета родов, метода родоразрешения и т.д; в 2010 г. – 4,8%; в 2011 г. – 4,5%; в 2012 г. – 2,7%. [12]

Частота встречаемости затянувшейся латентной фазы 26% для первородящих и 8% для повторнородящих [42].

Затяжные или обструктивные роды являются наиболее распространенным показанием для первичного кесарева сечения. Gifford and

colleagues в исследовании из 733 женщин, прооперированных в экстренном порядке, выявили, 68% кесаревых сечений произведены по поводу отсутствия прогресса в родах [10].

Brain Magowan, Philip Owen, James Drife Clinical obstetrics gynaecology, (2009г) отмечает частоту развития затяжной латентной фазы 2-5%, а затяжная активная фаза встречается в 20-30%. При этом затяжная латентная фаза заканчивается в 75% самопроизвольным родоразрешением, в 10% инструментальным вагинальным родоразрешением и в 2% кесаревым сечением [43].

Затяжная активная фаза заканчивается в 55% - самопроизвольными родами, в 30% - инструментальным вагинальным родоразрешением и в 15% - кесаревым сечением [44].

10 апреля 2015 года в Женеве на Международном Конгрессе было сказано, что кесарево сечение - одна из самых распространённых операций в мире, где показатели продолжают расти. Первичное кесарево сечение составило 30,8% для первородящих женщин и 11,5% для повторнородящих женщин. Наиболее частыми показаниями к первичному кесареву сечению были затяжные роды (35,4%), нарушения частоты сердечных сокращений плода (27,3%) и неправильное вставление головки плода (18,5%), хотя частота для каждого показания варьировалась в зависимости от паритета. Среди рожениц, у которых наблюдался неудовлетворительный прогресс родов в виде слабости родовой деятельности не было дальнейшего прогрессирования родов у 42,6% первородящих и 33,5% повторнородящих больше 5 см раскрытия маточного зева в родах. Среди женщин, достигших второго периода родов у 17,3% было кесарево сечение при отсутствии продвижения головки плода до 2 часов, и только 1,1% было оперативное вагинальное родоразрешение. Из всех первичных кесаревых сечений 45,6% были выполнены первородящим женщинам в срок с одноплодной беременностью в головном предлежании [45]

В публикации 2016 г. Betran AP et al., описаны результаты исследования проведенные за 1990 по 2014 год анализа кесарева сечения. Согласно последним данным из 150 стран, в настоящее время 18,6% всех родов происходит кесарево сечение, варьируя от 6% до 27,2% в наименее и наиболее развитых регионах, соответственно. Наибольший абсолютный прирост произошел в Латинской Америке и Карибском бассейне (19,4%, с 22,8% до 42,2%), затем в Азии (15,1%, с 4,4% до 19,5%), Океании (14,1%, с 18,5% до 32,6%), Европа (13,8%, с 11,2% до 25%), Северная Америка (10%, с 22,3% до 32,3%) и Африка (4,5%, с 2,9% до 7,4%). [6]

Во всей Европе частота кесарева сечения колеблется от 10 до 35%. [46]

Анализ по первичному кесаревому сечению, опубликованной 13.10.2018г prof PhD Ties Voerma: на основании данных из 169 стран, в которые входит 98,4% всех родов в мире, в 2015 году родили кесарева сечения 29,7 миллионов женщин (21,1%, 95% интервал неопределенности 19,9–22,4) родов, который увеличился по сравнению с 2000 годом (16,0 млн. (12,1%, 10,9–13,3) родов). Проведение кесарева сечения в 2015 году было в десять раз чаще в

регионе Латинской Америки и Карибского бассейна, где оно использовалось в 44,3% (41,3–47,4) рождений, чем в регионе Западной и Центральной Африки, где он использовался у 4,1% (3,6–4,6) новорожденных. Глобальное и региональное увеличение кесарева сечения было обусловлено как увеличением доли родов, происходящих в медицинских учреждениях (на которые приходится 66,5% глобального роста), так и увеличением кесарева сечения в медицинских учреждениях (33,5%) со значительными вариациями между регионами. Основываясь на самых последних данных, доступных для каждой страны, 15% родов в 106 (63%) из 169 стран были за счет кесарева сечения, тогда как в 47 (28%) странах было выявлено использование кесарева сечения менее чем у 10% родов [46].

В Европе, например, в Германии (Саксонии) процент кесаревых сечений в 2018 г составил 24%, а на юге Германии в Саарланд самый высокий – 37,2% [47].

Первичное кесарева сечения варьировалось от 0,6% в Южном Судане до 58,1% в Доминиканской Республике. Кесарева сечения было почти в пять раз больше в самых богатых и самых бедных странах с низким и средним уровнем дохода; заметно, что больше кесарева сечения наблюдалось среди родов с низким акушерским риском, особенно среди более образованных женщин, например, в Бразилии и Китае; кесарева сечения было в 1,6 раза чаще в частных родильных домах, чем в государственных родильных домах [46].

ВОЗ в Модуле 3 «Эффективные перинатальные технологии» в 2006 г в Женеве опубликовал данные о том, что 8% материнской смертности в мире происходит по причине затяжных родов [9].

UNICEF, WHO, UNFPA рекомендуют, что во время родов процент кесарева сечения минимум 5%, для того, чтобы сохранить здоровье матери и ребенка и если выше 15%, то это указывает на ненадлежащий интранатальный уход [26]

1.3. Перинатальные и акушерские исходы при неудовлетворительном прогрессе родов

Во многих странах, в том числе и у нас процесс родов документируется с использованием партограммы, нацеленной на раннее выявление медленного прогресса и предотвращение перехода от нормальных родов к затяжным родам [48].

Исходы родов оцениваются ретроспективно. У 75 % рожениц с затяжной латентной фазой до 20 часов после окончания латентной фазы продолжается нормальная активная фаза и завершается нормальными родами. У меньшего числа женщин после окончания затянувшейся латентной фазы развивается другая аномалия – затяжная активная фаза (первичная слабость родовой деятельности) у 20,6% рожениц и при нормальном течении латентной фазы присоединяется затяжная активная фаза (вторичная слабость родовой деятельности) у 4,4%. При обструктивных родах прогноз является

неблагоприятным, так как довольно часто (примерно в 80% случаев) требуется оперативное кесарево сечение. Наконец приблизительно у 10% рожениц с затянувшейся латентной фазой имеют ложные роды [49].

В акушерстве для лечения затяжных родов применяется амниотомия и окситоцин. Достойны внимания и другие методы усиления сократительной активности матки, включая применение простагландинов, но их эффективность до сих пор остается недостаточно изученной.

Один систематический обзор, где проведено сравнения амниотомии с выжидательной тактикой, включивший девять исследований, опубликованный в 1999 году, является источником имеющихся на сегодняшний день доказательств. Обзор выполнен с соблюдением высокого методологического качества [50]. Результаты были стратифицированы по паритету женщин. Изучаемыми вмешательствами явились амниотомия в родах у женщин с необходимостью родостимуляции в сравнении с выжидательной тактикой. Выводы, которые можно сделать после анализа существующего материала, позволяют сказать, что существуют надежные доказательства того, что амниотомия сокращает продолжительность родов [51].

По данным одного клинического исследования, уменьшение продолжительности родов наблюдалось у первородящих женщин. При ранней амниотомии появляется тенденция к увеличению частоты операции кесарево сечения, что, возможно, связано с появлением признаков нарушения жизнедеятельности плода.

Разные исследователи по-разному оценивали влияние ранней амниотомии на состояние плода и новорожденного. При проведении мета-анализа данных контролируемых клинических исследований показано, что ранняя амниотомия сопровождается снижением оценки по шкале Апгар на 5-й минуте, но не оказывает никакого влияния на снижение уровня рН в крови артерии пуповины. Отмечается статистически незначимая тенденция к увеличению частоты возникновения кефалогематом и аспирации мекония при ранней амниотомии.

Раннее использование окситоцина и ранняя амниотомия являются распространенными вмешательствами, используемыми для ускорения медленного прогресса и стимулирования дилатации. Существующие стратегии увеличения окситоцина могут использоваться для предотвращения медленного прогресса или для ускорения родов, если темпы дилатации становятся медленнее, чем принятый минимальный уровень, определенный диагностическими критериями. Факторами риска, которые могут быть связаны с использованием окситоцина, являются экстренное кесарево сечение [52], гиперстимуляция [53] и для новорожденного низкий балл по шкале Апгар [52,53].

Bugg (2013) показал, что преимуществами использования окситоцина может быть сокращение продолжительности родов, но его использование не увеличивает частоту нормальных родов среди женщин с медленным прогрессом [54]. Тем не менее, медленный прогресс в родах является одной из

основных причин увеличения кесарева сечения. Показатель кесарева сечения в западном мире и в Швеции, в частности, неуклонно растет, несмотря на увеличение использования окситоцина для повышения скорости родов. Оба вмешательства, незапланированное кесарево сечение и использование окситоцина для увеличения темпа родов влияют на здоровье женщин и младенцев [55].

Опубликовано одно РКИ с использованием рутинной амниотомии с последующим назначением окситоцина, которое сравнивалось с назначением окситоцина. В группах не выявлено разницы между временем, когда была проведена рандомизация и временем окончания родов, частотой проведения кесаревых сечений, развитием инфекционных поражений у новорожденных. В то же время, в экспериментальной группе у большего количества женщин наблюдалось развитие послеродовых инфекционных осложнений.

Амниотомия в сравнении с амниотомией и окситоцином изучены в трех британских исследованиях. Мета-анализ всех исследований не выявил доказательств наличия разницы в частоте проведения кесаревых сечений (три исследования), использования эпидуральной анестезии, (два исследования), количестве детей с низкими оценками по Апгар (два исследования), перевода новорожденных в ОРИТ (одно исследование), а также в оценках пережитых ощущений женщинами. Также имеются исследования опыта женщин, которые имели высокий уровень акушерских вмешательств в целом, указывают на связь с отрицательным опытом родов. Чувство стресса и психологическая травма после экстренного кесарева сечения сопровождают описания беспокойства о будущем материнстве [56]. Если опыт родов является результатом неожиданно медленного или плохого прогресса родов и, в конечном итоге, акушерских вмешательств, то он, скорее всего, будет описан негативно [56]. В исследовании продолжительного родовспоможения Nystedt и коллеги (2009) обнаружили, что у одной трети женщин с медленным прогрессом был отрицательный опыт родов, а две трети заявили, что этот опыт отмечал их на всю жизнь [56]. Общеизвестно, что женщины с большими акушерскими вмешательствами и отрицательным опытом родов выражают большую неудовлетворенность как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе [57]. Для женщин после продолжительных родов очень важно, чтобы лечение и уход основывались на правильных классификациях и диагнозах затяжных родов.

Bernitz et al. в 2013 году опубликовал данные о злоупотреблении большим количеством окситоцина в 42% случаев, где роды не соответствовали критериям затяжных, а Jonsson в 2007 году при этом увидел следующий парадокс: окситоцин не был назначен 40% женщин, которые нуждались в окситоцине [2].

Myles et al. и некоторых других исследователи опубликовали данные, что длительная скрытая фаза родов не выявила связи с материнским возрастом, весом при рождении, паритетом родов, сроком гестации и размерами таза матери. Вероятно, это связано с тем, что латентное фазовое расстройство

представляет собой явление, которое возникает до того, как шейка матки полностью стерта, в которой размер плода и адекватность таза, вероятно, мало влияют на прогресс латентной фазы. Следует также отметить, что весьма значительная связь длительной латентной фазы родов с неадекватным сокращением матки была аналогична другим исследованиям [58].

Автор (Mikki 2011) представил дополнительную информацию о продолжительности пребывания в больнице, которая была разделена на блоки часов до 24 часов, а затем на группу женщин, пребывание в больнице которых превышало 24 часа. Нет информации о количестве дней в общей сложности, и, следовательно, не вычислена средняя длительность пребывания в стационаре. Поэтому автор не может представить эти данные полезным образом, так как исследования были преимущественно одноцентровыми ($n = 11$), хотя большинство из них проводилось в Великобритании, США и Канаде.[59]

Yvonne Chenr , Eplison S Bruant, Aaron B, Kokhi (2010 г) в своем исследовании показали, что у рожениц, у которых длительность первого периода родов составила 30 ч, роды заканчивались оперативным путем в 25% и вагинальным путем в 75%, и, наоборот, при нормальной продолжительности первого периода родов кесарево сечение потребовалось в 5%. Из всех женщин, которые были прооперированы, показаниями были в 72% - отсутствие эффекта от окситоцина, у 13% - неудачные попытки наложения щипцов и вакуума, и у 14% - хориоамнионит, угрожающее состояние плода, выпадение пуповины, неправильное вставление головки плода. У женщин с длительным прогрессом первого периода родов не было высокой частоты тяжелых разрывов промежности - 9,4%, но у них чаще наблюдались кровотечения - 14,0%, хориоамнионит - 23,5% и эндометрит - 3,2%. Осложнения со стороны плода при длительном первом периоде родов – оценка по шкале Апгар на 5 минуте меньше 7 баллов - 4,1%, рН меньше 7,0-1,0%, аспирация меконием - 0%, неонатальный сепсис - 0,2%, дистоция плечиков - 0,7%, травматизм- 0%, интенсивную терапию получали 9,8% [60]

В связи с вышеизложенным, считаем актуальными выражения М.Энкина: «В клинической практике, когда существуют различные мнения среди акушеров гинекологов об определении продолжительности родов и клинические решения относительно вмешательств могут отличаться, особенно те, которые могут повлиять на исходы родов. Часто бывает необходимо удостовериться, что сократительная активность матки является достаточной, иногда для дифференциальной диагностики этих причин необходимо назначение окситоцина. Прежде чем принять решение о завершении родов путем операции кесарева сечения в связи при затяжных родах, необходимо предпринять всевозможные действия для коррекции гипотонии матки. Имеющиеся в настоящее время данные не позволяют рекомендовать широкое применение в практику активной тактики ведения родов. Приблизительно у половины женщин при медленном темпе раскрытия маточного зева или медленном темпе родов в дальнейшем роды будут протекать нормальном темпе вне зависимости от назначения окситоцина»[61].

2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика клинического материала

Настоящая научно-исследовательская работа выполнена в период с 2017 по 2018 годы на клинических базах АО «Медицинский университет Астана» в родильном и послеродовом отделении ГКП на ПХВ «Перинатальный центр №1», г. Астана.

Проведение исследования одобрено на заседании Комитета по этике АО «Медицинский университет Астана» (выписка из протокола №1 от 15 марта 2018 года).

Для обоснования проведения данного исследования мы провели динамику исходов неудовлетворительного прогресса родов с 2012 по 2016 годы, когда отчет активной фазы начинался с 3 см раскрытия шейки матки.

Для решения поставленных целей и задач за период 2017-2018 год проведен анализ течения и исходов родов у 503 женщин, у которых были затяжные роды.

Критериями включения в группы исследования являлись:

1. Затяжная латентная и активная фаза первого периода родов.

–отсутствие прогресса раскрытия маточного зева при вагинальном осмотре, согласно протоколу ведения родов;

–на партограмме пересечение линии действия, согласно применения партограммы.

Критериями исключения из группы исследования являлись:

–затяжные роды второго периода родов;

–многоплодная беременность;

–наличие неправильного положения плода (тазовое, поперечное, косое);

–индукции родов.

–ложные схватки.

В зависимости от фазы родов были выделены две группы: I группа 328 рожениц с затяжной латентной фазой, что составило $(65,2 \pm 2,1)\%$ и 175 рожениц с затяжной активной фазой, что составило $(34,7 \pm 2,1)\%$.

Таблица №1. Частота развития затяжных родов в зависимости от степени раскрытия маточного зева в изучаемых группах (абс/%)

Неудовлетворительный прогресс родов (n =503)			
I группа Латентная фаза (n= 328)		II группа Активная фаза (n= 175)	
I-A	I-B	II-A	II-B
236*	92	129**	46
$(71,9 \pm 2,4)$	$(28,4 \pm 2,4)$	$(73,7 \pm 3,3)$	$(26,2 \pm 3,3)$
*p<0,05 по сравнению с подгруппой I-B			
**p<0,05 по сравнению с подгруппой II-B			

В первой группе с затяжной латентной фазы были выделены две подгруппы в зависимости от степени раскрытия маточного зева: I-A подгруппе затяжная латентная фаза до 4 см раскрытия маточного зева было у 236, что составило $(71,9 \pm 2,4)\%$ ко всем затяжным родам латентной фазы. I-B подгруппе затяжная латентная фаза до 6 см раскрытия маточного зева было у 92, что составило $(28,4 \pm 2,4)\%$ ко всем затяжным родам латентной фазы.

Во второй группе с затяжной активной фазы были выделены две подгруппы в зависимости от степени раскрытия маточного зева: II-A подгруппе затяжная

активная фаза до 4 см раскрытия маточного зева было у 129, что составило (73,7±3,3)% ко всем затяжным родам активной фазы. II-B подгруппе затяжная активная фаза до 6 см раскрытия маточного зева было у 46, что составило (26,2±3,3)% ко всем затяжным родам активной фазы.

Выставление завершения латентной и начала активной проводилось случайным методом.

Лечение затяжных родов в латентной фазе и активной фазе проводилось согласно протокола: проводилась амниотомия с последующим внутривенным введением окситоцина при затянувшейся латентной фазе (I группа –150-45,7%); амниотомия (n=63-19,2%) и при самостоятельно вскрывшемся плодного пузыря и отсутствия усиления родовой деятельности вводился окситоцин (n=59-18,0%). Проводилась амниотомия с последующим внутривенным введением окситоцина при затянувшейся активной фазе (II группа – 91-52%); амниотомия (n=22-12,6%) и при самостоятельно вскрывшемся плодного пузыря и отсутствия усиления родовой деятельности вводился окситоцин (n= 62-35,4%).

Проведен анализ степени раскрытия шейки матки в момент поступления рожениц в первой группе и при переводе в активную фазу рожениц второй группы; анализ степени раскрытия шейки матки в обеих группах в момент начала родостимуляции; анализ степени раскрытия шейки матки в зависимости от срока беременности (38-40+6 дней и 41 неделя+6дней)

Проведен анализ осложнений в родах и течение послеродового периода в изучаемых группах, состояние ребенка в момент рождения.

У всех рожениц, включенных в исследование, сбор анамнеза производили по специально разработанной карте обследования. В карту заносили паспортные данные, соматический анамнез (возраст роженицы, наличие хронических соматических заболеваний, гинекологический и акушерский анамнез, семейное положение, социальный статус).

Проверен анализ клинического течения родов, с помощью применения партограммы, лабораторных исследований, исхода и осложнений родов. Полученные результаты подвергнуты статистическому анализу.

2.2. Методы исследования

2.2.1. Общеклинические методы.

Обследования рожениц выполнялось согласно клиническим протоколам диагностики и лечения:

1.«Первичная слабость родовой деятельности», утвержденному на экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ и СР РК протокол №4 от «9» июня 2016 года:

- отсчет активной фазы с 4 см; затянувшаяся латентная фаза, если в течение 8 часов нет активности родовой деятельности;
- длительность активной фазы более 4 часов, когда не достигается полное раскрытие шейки матки, или за 4 часа длительность родового акта находится за

линией действия согласно партограмме, оценивается как затянувшаяся активная фаза)

2. «Аномалии родовой деятельности», утвержденному на экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗРК протокол №36 от «27» декабря 2017 года:

- отсчет активной фазы с 6 см; затянувшаяся латентная фаза, если в течение 12 часов нет активности родовой деятельности.

Оценка родовой деятельности проводилась по оценке не только степени раскрытия шейки матки, но и по характеристике схваток, изучаемых каждые полчаса по общепринятой методике.

При сборе анамнеза уделялось внимание данным анамнеза, состоянию репродуктивного здоровья, наличия соматических заболеваний, а также социального положения семьи.

При обследовании рожениц при поступлении в стационар, проводился общий осмотр: наружное акушерское исследование (приемы Леопольда Левицкого), измерение высоты дна матки, окружности живота, выслушивание сердцебиение плода; вагинальное исследование; уточнение срока гестации и предполагаемая масса плода; определение состояния плода и матери; наблюдение за течением родов с помощью партограммы; определить степень опускания головки плода; проводилась немедикаментозное и медикаментозное лечения; проводилась профилактика послеродового атонического кровотечения.

При поступлении в стационар и в родах всем роженицам проводили кардиотокографию плода (КТГ). Для КТГ плода использовались кардиотокографы: «BIONICS BFM-900» (Корея); монитор «Corometrics-170» (Германия) «Bionet Twin View» (Корея); «Bionet FETAL CARE» (Корея); «Team» (Англия). При КТГ определяли частоту сердечных сокращений (менее 120 ударов в 1 минуту), или их учащение (более 160 ударов в минуту), монотонность ритма, наличие периодических акцелераций и децелерации. Шкала оценки сердечной деятельности плода во время родов проводилось с целью определения состояния внутриутробного плода и своевременной диагностики гипоксии.

Возраст рожениц, включённых в исследование, варьировал от 18 до 49 лет. В первой группе женщин до 35 лет было 293 (89,3%), с 36 лет до 42 лет было 35 (10,7%), данные представлены в таблице №2.

Таблица 2 – Частота развития затяжных родов в сравниваемых группах в зависимости от возраста в первой группе (абс.ч., %).

		I группа Латентная фаза n=328		Всего
		I-A (n=236)	I-B (n=92)	
18-35 лет	Абс	214*	79	293
	М±m	90,6±1,8	85,8±3,6	89,3±1,7
36 лет +	Абс	22	13	35

	M±m	9,3±1.8	14,1±3,6**	10,6±1,7
*p>0,05 по сравнению с подгруппой I-B				
**p>0,05 по сравнению с подгруппой I-A				

По таблице №2 установлено, что репродуктивный возраст рожениц в первой группе составил от 18 до 42 лет.

Рожениц в раннем репродуктивном возрасте (от 18 до 34 лет) в подгруппе I-A(90,6±1,8)% в сравнении с подгруппой I-B(85,8±3,6)% нет достоверной разницы (p>0.05); Рожениц в позднем репродуктивном возрасте (от 35 лет и более) в подгруппе I-A(9,3±1.8)% в сравнении с подгруппой I-B(14,1±3,6)% нет достоверной разницы (p>0.05);

Во второй группе рожениц до 35 лет было 132 (75,4%), с 36 лет до 49 лет было 43 (24,6%), данные представлены в таблице №3

Таблица 3 - Частота развития затяжных родов в сравниваемых группах в зависимости от возраста в первой группе (абс.ч., %).

		II группа Активная фаза=175		Всего
		II-A (n=129)	II-B (n=46)	
18-35 лет	Абс	90*	42	132
	M±m	69,7±4,0	91,3±4,1	75,4±3,2
36 лет +	Абс	39**	4	43
	M±m	30,2±4,0	8,7±4,1	24,5±3,2
*p>0,05 по сравнению с подгруппой II-B				
**p<0,05 по сравнению с подгруппой II-B				

Рожениц в раннем репродуктивном возрасте (от 18 до 34 лет) в подгруппе II-A(69,7±4,0) в сравнении с подгруппой II-B (91,3±4.1)% (p>0.05)%.

В подгруппе II-A(30,2±4.0)% рожениц достоверно чаще (p<0.05) в позднем репродуктивном возрасте (от 35 лет и более) в сравнении с подгруппой II-B (8,7±4,1)%.

Паритет рожениц, включённых в исследование, варьировал от I до IX. В первой группе первородящих было 233 (71,0%), а повторнородящих было 95 (29,0%), данные представлены в таблице №4

Таблица 4 - Частота развития затяжных родов в сравниваемых группах в зависимости от паритета родов во второй группе (абс.ч., %).

Паритет роженицы	Затяжные роды n = 503		
	Латентная фаза n=328		
	I-A (n=236)	I-B (n=92)	Всего

первородящая	Абс	195*	38	233
	М±m	82.6±2.4	41.3±5.1	71,0±2,5
повторнородящая	Абс	35	52**	87
	М±m	14.8±2.3	56.5±5.1	26,5±2,4
многорожавшая	Абс	6	2	8
	М±m	2,5±1,0	2.1±1.5	244±0,8
*p<0,05 по сравнению с подгруппой I-B				
**p<0,05 по сравнению с подгруппой I-A				

По таблице № 4, установлено, что первородящие роженицы достоверно чаще ($p<0,05$) встречались в подгруппе I-A(82,6±2,4)% в сравнении с подгруппой I-B (41,3±5,1)%. Повторнородящих было достоверно меньше ($p<0,05$) в подгруппе I-A(14,8±2,3)% в сравнении с подгруппой I-B(56,5±5,1)%; не было достоверной разницы между многорожавшими роженицами в подгруппах I-A (2,5±1,0)% и I-B (2.1±1.5)%.

Во второй группе первородящих было 71 (40,5%), а повторнородящих было 104 (59,5%), данные представлены в таблице №5.

Таблица 5 - Частота развития затяжных родов в сравниваемых группах в зависимости от паритета родов во второй группе (абс.ч., %).

Паритет рожениц		Затяжные роды n = 503		
		Активная фаза n=175		
		II-A (n=129)	II-B (n=46)	Всего
первородящая	Абс	63	8	71
	М±m	48,8±4,4*	17.3±5.5	40,5±3,7
повторнородящая	Абс	62	36	98
	М±m	48,0±4.4	78.2±6.0**	56,0±3,7
многорожавшая	Абс	4	2	6
	М±m	3,1±1,5	4.3±3.0	3,4±1,3
*p<0,05 по сравнению с группой II-B				
**p<0,05 по сравнению с группой II-A				

Во второй группе у одной роженицы наблюдался 9-я беременность и 9-е роды. По таблице №5 установлено, что первородящих рожениц было в 2,8 раза больше в подгруппе II-A (48,8±4,4)% в сравнении с подгруппой II-B (17,3±5,5)% и каждая вторая была повторнородящей в подгруппе II-B (78,2±6,0)% в сравнении с подгруппой II-A (48,0±4.4)% ($p<0,05$). Не было достоверной разницы между многорожавшими роженицами в подгруппах II-A (3,1±1,5)% и II-B (4.3±3.0)%.

В латентную фазу преобладали первородящие, а в активную фазу повторнородящие.

Таблица 6 - Частота посещения психо-эмоционального курса подготовки к родам в изучаемых группах (абс.ч., %).

Психо-эмоциональная подготовка.		Затяжные роды n = 503			
		Латентная фаза n=328		Активная фаза n=175	
		I-A (n=236)	I-B (n=92)	II-A (n=129)	II-B (n=46)
прошли	абс	12	38*	3	8**
	M±m	5,0±1,4	41,3±5,1	2,3±1,3	17,3±5,5
не прошли	абс	224	54	126	38
	M±m	94,9±1,4*	58,7±5,1	97,6±1,3	82,6±5,5
*p<0.05 по сравнению I-B					
**p<0.05 по сравнению II-A					

Как видно из представленных данных, многие женщины не проходили подготовку к родам, не исключено, что это тоже является фактором затянувшихся родов. Необходимо отметить, что в первой группе рожениц, которые не прошли психо-эмоциональную подготовку к родам, достоверно больше было рожениц, которым выставлен диагноз затянувшаяся латентная фаза при раскрытии шейки матки до 4 см. Согласно ведения родов, проводится обсуждение дальнейшего действия после каждого вагинального осмотра. Вероятнее мнение женщины о необходимости начала лечебных мероприятий при выборе длительности фазы явилось для врача основным.

2.2.1. Ведение родов с помощью партограммы

При поступлении в стационар роженицам проводилось вагинальное исследование, которое является единственным, относительно измеряемым диагностическим критерием начала родовой деятельности. Оценка степени раскрытия маточного зева проводилась каждые 4 часа путем вагинального исследования и регистрировалась на партограмме. Партограмма позволяет четко дифференцировать нормальное и патологическое течение родов и выделить рожениц, нуждающихся в помощи, согласно протокола ведения родов № 19 от «10» декабря 2015 года.

Партограмма оценивает темп родов по характеристике схваток, которое отмечается каждые 30 минут.

В мире существует 2 вида партограмм: без латентной фазы и с латентной фазой.

2.2.2. Методы оценки состояния новорожденных

Для определения состояния здоровья детей при рождении всем 503 живорожденным новорожденным применяли общепринятые клинические методы исследования органов и систем. Оценка состояния ребенка проводилась с использованием шкалы Апгар на 1-ой и 5-ой минутах жизни по клиническим признакам: окраске кожных покровов, мышечному тону, рефлекторной возбудимости, частоте сердечных сокращений, частоте дыхания. Асфиксия при

рождении оценивалось согласно протоколу МЗ РК №1 от 21.21.2014г "Асфиксия при рождении".

Клиническая классификация: **тяжелая асфиксия при рождении** - пульс при рождении менее 100 ударов/минуту, замедляющийся или устойчивый, дыхание отсутствует или затруднено, кожа бледная, мышцы атоничны, оценка по шкале Апгар 0-3 балла через 1 минуту после рождения.

Средняя или умеренная асфиксия при рождении- нормальное дыхание в течение 1-й минуты после рождения не установилось, но частота сердцебиений 100 ударов/мин или более, незначительный мышечный тонус, незначительный ответ на раздражение, оценка по шкале Апгар 4-6 баллов через 1 минуту после рождения.

Физическое развитие ребенка оценивалось по массе тела, росту, окружности живота, массово-ростовому коэффициенту, которые сопоставлялись с данными таблиц процентильного типа.

Оценка состояния нервной системы новорожденных, рожденных с асфиксией, проводилась по схеме, предложенной Ю.И. Барашневым (1982г). Учитывался общий вид новорожденного, поза, мышечный тонус, спонтанная двигательная активность, исследовались состояние черепно-мозговой иннервации, сухожильные и кожные рефлексы (характер и быстрота угасания, симметричность, сила ответа), а также безусловные рефлексы с определением их патологического усиления, угнетения или отсутствия. В зависимости от выраженности клинико-неврологической симптоматики и для верификации диагноза новорожденным проводились специальные функциональные исследования.

2.2.3 Статистическая обработка анализов

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакетов приложений Microsoft Office XP для статистической обработки материала - Microsoft Excel (версия 7.0) и программы статистической обработки материала Statistica (версия 6.0) с учетом вычислительных методов, рекомендованных для биологии и медицины [36]. Из совокупности данных вычислялась средняя арифметическая величина (M), среднее квадратичное отклонение (m), ошибка средней арифметической (t). Проводилась оценка достоверности различий статистических показателей (p) по критерию Фишера-Стьюдента (t).

3. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

3.1. Динамика основных показателей родового акта и течения послеродового периода за пять лет (2012 -2016 гг.)

Для обоснования возможной необходимости пересмотра постановки диагноза затяжные роды и обоснования начала работы нами проведен динамика основных показателей деятельности ПЦ №1 за 2012 -2016 годы

Таблица 7 - Показания к кесаревому сечению по отчетным данным ПЦ№1 за 2012-2016 годы (абс.ч.%)

	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
Родов	685		8613		9401		9235		9818	
Кесарево сечение	1612	23,5	1580	18,3	1603	17,0	1858	20,1	1930	19,7
Рубец на матке	391	24,2	410	25,9	533	33,2	732	39,4	724	37,5
ПОНРП	134	8,3	155	9,8	118	7,4	184	9,9	100	5,2
Аномалии род деятельности	280	17,4	369	23,4	437	27,3	521	22,7	491	25,8
Преэклампсия тяжелая	91	5,6	113	7,2	106	6,6	80	4,3	106	5,5
Миопия	46	2,9	37	2,3	42	2,6	6	0,3	26	1,3
Угрожающее состояние плода	264	16,4	243	15,4	193	12,0	184	9,9	245	12,7
Эклампсия	0	0	1	0,06	0	0	0	0	0	0
Нарушение маточно-плацентарного кровотока 3 степени	23	1,4	16	1,0	27	1,7	9	0,5	21	1,1
Двойня	29	1,8	22	1,4	10	0,6	15	0,8	29	1,5
Кровотечение до операции	25	1,6	15	0,9	8	0,5	13	0,7	23	1,2
Хориоамнионит	33	2,0	26	1,6	9	0,6	26	1,4	16	0,8
Индукированное ЭКО	51	3,2	45	2,8	13	0,8	29	1,6	18	0,9
Симфизит	46	2,9	37	2,3	29	1,8	11	0,6	22	1,1
В-20	9	0,6	13	0,8	2	0,1	1	0,05	6	0,3
Прочие	190	11,8	101	6,4	150	9,4	137	7,4	177	9,2

Как видно из представленных данных, из года в год возрастает число родов с 6850 в 2012 году до 9818 в 2016 году. Частота кесарева сечения остается почти на одинаковом уровне и составила в 2012 году - 23,5% (1612), в 2013 году снизилась до 18,3% (1580) и до 17,0% (1603) в 2014, затем вновь отмечен рост в 2015 до 20,1%(1858) и в 2016 до 19,7% (1930). Растет частота слабости родовой деятельности (затяжных родов), как показания к кесаревому сечению. Если затяжные роды (слабость родовой деятельности) явились показанием для кесарева сечения в 2012 в 17,4%, то в последующем в 2013г - в 23,4%, в 2015г -27,3%, в 2016г -22,7%, в 2016г -25,8%.

Частота аномалий родовой деятельности не снижается и остается в пределах 10%. Эта патология родовой деятельности наблюдалась у каждой десятой роженицы в 2012 (696-10,2%), у каждой одиннадцатой женщины в 2013 (755-8,8%) и в 2014 (829-8,8%), у каждой девятой в 2015 (982-10,6%) и каждой почти одиннадцатой в 2016 (937-9,5%). Таким образом, каждые 10-11 роды - осложненные за счет нарушения темпа родового акта.

Таблица 8 - Частота и характер неудовлетворительного прогресса родов по отчетным данным ПЦ№1 за 2012-2016 годы(абс.ч./%)

	2012	2013	2014	2015	2016
РОДЫ	6850	8613	9401	9235	9818
Слабость родов консервативные роды	416-59,7%	386-51,1%	392-47,3%	461-46,9%	446-47,6%
Слабость родов - абдоминальнороды	112-16,1%	139-18,4%	193-23,2%	299-30,4%	324-34,6%
Тазо-головная диспропорция	72-10,7%	96-12,7%	93-11,2%	40-4,1%	51-5,4%
Неправильное положение плода	96-10,3%	134-17,7%	151-18,2%	182-18,5%	116-12,4%
Всего аномалии	696-10,2%	755-8,8%	829-8,8%	982-10,6%	937-9,5%

Как видно из представленных данных в таблице № 8, более половины неудовлетворительного прогресса родов составляла слабость родовой деятельности.

Из года в год на 12,1% снижаются вагинальные роды по поводу затяжных родов с 59,7% до 47,6%, но при этом отмечается рост кесарева сечения с 16,1% случаев в 2012 году, то в последующем они составили 18,4% в 2013, 23,2% в 2014, 30,4% в 2015 и 34,6% в 2016 годах.

Таблица 9 - Основные показатели исходов родов по отчетным данным ПЦ №1 за 2012-2016 годы (абс.ч./%)

	2012	2013	2014	2015	2016
Родов	6850	8613	9401	9235	9818
Кесаревосечение	1612-23,5%	1580-18,3%	1603-17,0%	1858-20,1%	1930-19,7%
Ампутация матки	12	16	19	18	19
Экстирпация матки	20	38	33	19	16
Объем операции	32-0,5%	54-0,6%	52-0,6%	37-0,4%	35-0,4%
Ранняя неонатальная смертность	7-0,1%	10-0,1%	11-0,1%	9-0,01%	10-0,1%
Асфиксия умеренная и тяжелая	11-0,2%	24-0,3%	30-0,3%	42-0,5%	42-0,4%
Послеродовое осложнения	50-0,7%	71-0,8%	59-0,6%	79-0,9%	98-1,0%
Эндометрит	21	20	28	24	32
Инфильтрат послеоперационной шва на матке	13	21	14	25	38
Перитонит	0	4	7	7	1
Сепсис	0	0	0	1	2
Гематома подапоневротическая	16	26	10	12	25

Как видно из представленных данных в таблице №9, каждый год наблюдаются такие осложнения как со стороны матери (экстирпация и ампутация матки, послеродовые осложнения), так и со стороны новорожденного (умеренная и тяжелая асфиксия)

3.2 Исход родов в зависимости от степени раскрытия маточного зева при поступлении и установке диагноза затяжных родов в изучаемых группах.

Во время проведения анализа клинического течения родов с затяжными родами в латентную фазу до 4 см у рожениц мы обратили внимание на исход: у 136 (57,7%) рожениц в последующем - активная фаза не затягивалась и роды произошли через естественные родовые пути при достижении эффекта от проводимой терапии окситоцином, а у 100 (42,3%) рожениц - роды закончились абдоминальным родоразрешением в латентную фазу до 4 см раскрытия маточного зева, когда роженица даже не вступила в активную фазу родов. Исходы в подгруппе I-B при затяжной латентной фазе до 6 см: все роженицы находились под безмедикаментозным наблюдением при условии удовлетворительного состояния матери и плода - первородящие до 20 часов и повторнородящие до 16 часов. В последующем активная фаза прошла прогрессивно и роды произошли через естественные родовые пути, без применения терапии окситоцином у 56 (60,8%) рожениц и с применением окситоцина - у 24 (26,1%) рожениц, а у 5 (5,4%) - роды закончились абдоминальным оперативным родоразрешением в активную фазу после 6 см раскрытия маточного зева. Вторая исследуемая группа включала 175 рожениц с затяжной активной фазой, которая была разделена в зависимости от степени раскрытия маточного зева на 2 подгруппы: II-A (n=129) – своевременные роды, осложненные затяжной активной фазой с 4 см раскрытия маточного зева, у которых роды затянулись еще с латентной фазы, но лечение они начали получать в активной фазе родов и II-B (n=46) – своевременные роды, осложненные затяжной активной фазой с 6 см раскрытия маточного зева без предшествующей пролонгированной латентной фазы.

Роды вагинальным путем завершились в 314 (62,4%) случаях, путем кесарева сечения – у 189 (37,6%) рожениц.

Исходы родов в сравниваемых группах отражены на рисунке №1.

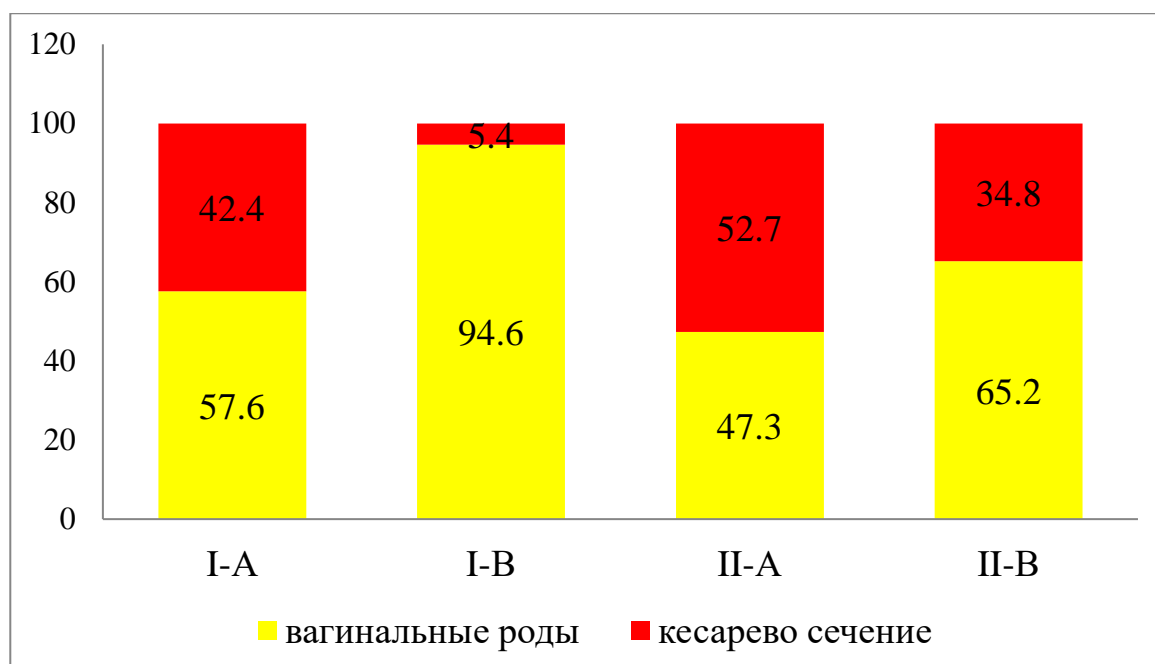


Рисунок 1 - Показатели исходов родов в первой и второй группах.

В первой группе в подгруппе I-A вагинально родоразрешены 57,6% (136) рожениц, путем кесарева сечения - 42,4%(100) женщин; в подгруппе I-B вагинально родоразрешены 94,6% (87), путем кесарева сечения - 15,4% (5). Как видно из рисунка №4, кесарево сечение достоверно чаще проводилось у роженицв подгруппеI-A.

Во второй группе вподгруппеII-A вагинально родоразрешены 47,3% (61) роженицы, путем кесарево сечение - 52,7% (68) женщин; в подгруппе II-B через естественные родовые пути родоразрешены 65,2% (30) женщин, путем кесарева сечение - 34,8% (16) рожениц. Как видно из рисунка №4, кесарево сечение в подгруппе II-A проводилось каждой второй женщине, а в подгруппе II-B – каждой третьей женщине.

Таким образом, исходы родов были более благополучными в подгруппах I-B с латентной фазой 6 см в сравнении с I-A.

Таблица 10 – Различные показатели степени раскрытия маточного зева при поступлении/переходе в активную фазу у рожениц изучаемых групп(%)

Раскрытие маточного зева		Неудовлетворительный прогресс родов n = 503			
		I группа Латентная фаза n=328		II группа Активная фаза n=175	
		I-A (n=236)	I-B (n=92)	II-A (n=129)	II-B (n=46)
2 см	Абс	189	27	96	0
	М±m	80,0±2,6**	29,3±4,7	74,4±3,8	0
3 см	абс	47	55	33	0

	M±m	19,9±2,6	59,7±5,1*	25,5±3,8	0
4 см	abc	0	10	0	31
	M±m	0	10.8±3.2	0	67.3±6.9
5 см	abc	0	0	0	14
	M±m	0	0	0	30.4±6.7
*p<0.05 по сравнению с подгруппой I-A					
**p<0.001 по сравнению с подгруппой I-B					

Из таблицы №10 видно, что в первой группе в подгруппе I-A подавляющее большинство рожениц поступали в родблок при минимальном раскрытии маточного зева 2 см (80,0±2,6)%, и их в 2,7 раза было больше, чем в подгруппе I-B (29,3±4,7)% с теми же 2-мя см раскрытия маточного зева. В подгруппе I-B преобладали женщины с 3-мя см раскрытия маточного зева (59,7±5,1)% и их было в 3 раза больше в этой подгруппе в сравнении с подгруппой I-A (19,9±2,6) с теми же 3-мя см раскрытия. В подгруппе I-B поступали и были госпитализированы в родблок роженицы с 4-мя см раскрытия маточного зева (10.8±3.2)%, которых в подгруппе I-A не было.

Из таблиц №17 видно, что во второй группе в подгруппе II-A госпитализировались роженицы с раскрытием маточного зева 2 см (74,4±3,8)%, которых было почти в 3 раза больше, чем рожениц с 3см (25,5±3,8). В подгруппе I-B поступали роженицы с 4-мя см (67.3±6.9)% и их было в 2,2 раза больше, чем рожениц с 5-ю см (30.4±6.7)% раскрытия маточного зева.

Таким образом, обращает внимание ранняя госпитализация рожениц в родблок при минимальном раскрытии маточного зева 2 см в подгруппах I-A и II-A.

Таблица 11 - Различные показатели степени раскрытия шейки матки в момент установки диагноза затянувшихся родов в изучаемых группах Абс/%

Степень раскрытия маточного зева		Затяжные роды n = 503			
		Латентная фаза n=328		Активная фаза n=175	
		I-A (n=236)	I-B (n=92)	II-A (n=129)	II-B (n=46)
2 см	abc	146*	17	0	0
	M±m	61.8±3.1	18,4±4,0	0	0
3 см	abc	90	19	0	0
	M±m	38.1±3.1	20,6±4,2	0	0
4 см	abc	0	25	69	0
	M±m	0	27,1±4,6	53,4±4,3	0
5 см	abc	0	31	51	0
	M±m	0	33,7±4,9	39,5±4,3	0
6 см	abc	0	0	9	19
	M±m	0	0	6,9±2,2	41.3±7.2**
7 см	abc	0	0	0	27
	M±m	0	0	0	58.7±7.2*
*p<0.05 по сравнению с подгруппой I-B					

**p<0.05 по сравнению с подгруппой II-A

Представленные в таблице №11 данные свидетельствуют о том, что в первой группе диагноз затянувшихся родов был выставлен при раскрытии шейки матки 2 см у большинства рожениц в подгруппе I-A ($61.8 \pm 3.1\%$), у одной трети ($38,1 \pm 3.1\%$) - на 3 см раскрытия маточного зева. В подгруппе I-B каждой пятой роженице был выставлен диагноз затянувшихся родов при раскрытии шейки матки 2 см ($18,4 \pm 4,0\%$) и 3 см ($20,6 \pm 4,2\%$), каждой четвертой - при раскрытии маточного зева 4 см ($27,1 \pm 4,6\%$) и каждой третьей - на 5 см ($33,7 \pm 4,9\%$).

Диагноз затянувшихся родов во второй группе был выставлен при раскрытии шейки матки 4 см у больше половины рожениц в подгруппе II-A ($53,4 \pm 4,3\%$), у одной трети ($39,5\%$) - на 5 см и наименьшее количество на 6 см выставлялся диагноз у 9 ($6,9\%$) рожениц. В подгруппе II-B диагноз затянувшихся родов был выставлен при раскрытии шейки матки 6 см ($41,3 \pm 7,2\%$) и 7 см ($58,7 \pm 7,2\%$), и таких рожениц было достоверно больше в сравнении с аналогичными группами в подгруппе II-A.

Таким образом, диагноз затянувшихся родов у подавляющего большинства рожениц подгруппы I-A выставлялся при степени раскрытия маточного зева 2 см, в подгруппе II-A - при степени раскрытия маточного зева 4-5 см, в подгруппе II-B - при степени раскрытия маточного зева 6-7 см.

Таблица 12 - Показатели продолжительности фаз 1 периода родов в сравниваемых группах (%).

Продолжительность первого периода		ЗАТЯЖНЫЕ РОДЫ n=503					
		I латентная фаза n=328		всего	II активная фаза n=175		всего
		I-A (n=236)	I-B (n=92)		II-A (n=129)	II-B (n=46)	
Латентная фаза	менее 8ч	195 $82,6 \pm 2,4$	0	195 $59,4 \pm 2,7$	27 $20,9 \pm 3,5$	39** $84,7 \pm 5,3$	66 $37,7 \pm 3,6$
	8-12ч	41 $17,3 \pm 2,4$	18 $19,5 \pm 4,1$	59 $17,9 \pm 2,1$	102*** $79,0 \pm 3,5$	7 $15,2 \pm 5,3$	109 $62,2 \pm 3,6$
	12-20ч	0	74 $80,4 \pm 4,1$	74 $22,5 \pm 2,3$	0	0	0
Активная фаза	менее 4ч	179 $75,8 \pm 2,7$	83 $90,2 \pm 3,1$	262 $79,8 \pm 2,2$	0	0	0
	4ч более	57* $24,1 \pm 2,7$	9 $9,7 \pm 3,1$	66 $20,1 \pm 2,2$	129 $100,0 \pm 0,0$	46 $100,0 \pm 0,0$	175 $100,0 \pm 0$

*p<0,001 по сравнению с подгруппой I-B
**p<0,001 по сравнению с подгруппой II-A

*** $p < 0,001$ по сравнению с подгруппой II-B

Из таблицы 12 видно, что в первой группе продолжительность латентной фазы была меньше 8 часов у подавляющего большинства рожениц подгруппы I-A ($82,6 \pm 2,4$)% и в 4,7 раза превышала количество рожениц, у которых продолжительность латентной фазы была 8-12 часов ($17,3 \pm 2,4$)%. В подгруппе I-B продолжительность латентной фазы у подавляющего количества рожениц была 12-20 часов ($80,4 \pm 4,1$)% и в 4 раза превышала количество рожениц, у которых продолжительность латентной фазы была 8-12 часов ($19,5 \pm 4,1$)%. В первой группе продолжительность активной фазы в обеих подгруппах была меньше 4 часов у 79,8% рожениц, что в почти в 4 раза превышает количество женщин, у которых продолжительность активной фазы было больше 4 часов.

Из таблицы 19 видно, что во второй группе продолжительность активной фазы в обеих подгруппах была более 4 часов, а продолжительность латентной фазы 8-12 часов - у подавляющего большинства рожениц подгруппы II-A ($79,0 \pm 3,5$)%, что в 3,8 раза превысило количество рожениц, у которых продолжительность латентной фазы была меньше 8 часов ($20,9 \pm 3,5$)%. В подгруппе II-B продолжительность латентной фазы у подавляющего количества рожениц была меньше 8 часов ($84,7 \pm 5,3$)% и в 5,6 раза превышала количество рожениц, у которых продолжительность латентной фазы была 8-12 часов ($15,2 \pm 5,3$)%.

В подгруппе затянувшаяся активная фаза с 4 см продолжительность латентной фазы – 8-12 часов у 79,0% женщин, в подгруппе затянувшаяся активная фаза с 6 см – менее 8 часов у 84,7% рожениц, имеется достоверная разница между сравниваемыми подгруппами. Продолжительность активной фазы была более 4 часов у 100% рожениц второй группы.

Продолжительность латентной фазы: в первой группе она была меньше 8 часов у подавляющего большинства рожениц подгруппы I-A ($82,6 \pm 2,4$)% и в 4,7 раза превышала количество рожениц, у которых продолжительность латентной фазы была 8-12 часов ($17,3 \pm 2,4$)%. В подгруппе I-B продолжительность латентной фазы у подавляющего количества рожениц была 12-20 часов ($80,4 \pm 4,1$)% и в 4 раза превышала количество рожениц, у которых продолжительность латентной фазы была 8-12 часов ($19,5 \pm 4,1$)%.

Во второй группе продолжительность активной фазы в обеих подгруппах была более 4 часов, а продолжительность латентной фазы 8-12 часов - у подавляющего большинства рожениц подгруппы II-A ($79,0 \pm 3,5$)%, что в 3,8 раза превысило количество рожениц, у которых продолжительность латентной фазы была меньше 8 часов ($20,9 \pm 3,5$)%. В подгруппе II-B продолжительность латентной фазы у подавляющего количества рожениц была меньше 8 часов ($84,7 \pm 5,3$)% и в 5,6 раза превышала количество рожениц, у которых продолжительность латентной фазы была 8-12 часов ($15,2 \pm 5,3$)%.

Таким образом, в подгруппе рожениц с затянувшейся латентной фазой до 4 см продолжительность латентной фазы была менее 8 часов - 82,6%, в подгруппе рожениц латентная фаза до 6 см преобладала продолжительность

латентной фазы - от 12 до 20 часов - 80,4%, при этом активная фаза в обеих подгруппах укорачивалась до 4 часов у 75,8% и у 90,2% соответственно.

В подгруппе затянувшаяся активная фаза с 4 см продолжительность латентной фазы – 8-12 часов у 79,0% женщин, в подгруппе затянувшаяся активная фаза с 6 см – менее 8 часов у 84,7% рожениц, имеется достоверная разница между сравниваемыми подгруппами. Продолжительность активной фазы была более 4 часов у 100% рожениц второй группы.

Нами изучена частота затянувшихся родов в зависимости от срока гестации (см. таблицу №13)

Таблица 13 - Частота затяжных родов в зависимости от срока беременности в сравниваемых группах.

Срок гестации		Затяжные роды n = 503					
		Латентная фаза n=328			Активная фаза n=175		
		I-A (n=236)	I-B (n=92)	всего	II-A (n=129)	II-B (n=46)	всего
37-40 недель 6 дней	abc	173	64	237	78	29	107
	M±m	73,3±2,8	69,5±4,8	72,2±2,4	61,2±4,2	63,0±7,1	61,1±3,6
41 недель и более	abc	63	28	91	51	17	68
	M±m	26,6±2,8	30,4±4,8	27,7±2,4	39,5±4,3	36,9±6,4	38,8±3,6
p>0,05 во всех подгруппах							

Как видно из таблицы №13, затяжные роды наблюдались больше в доношенном сроке беременности - от 37 нед и до 40 недель 6 дней: I-A (73,3±2,8), нет достоверной разницы в сравнении I-B (69,5±4,8); Во второй группе II-A (61,2±4,2) нет достоверной разницы в сравнении с II-B (63,0±7,1). В сроке 41 недель и более затяжные роды развивались: I-A (26,6±2,8), I-B (30,4±4,8); II-A (39,5±4,3), II-B (36,9±6,4).

Таким образом, во всех группах затяжные роды наблюдались у рожениц в доношенном сроке гестации - 37 -40 недель 6 дней.

Лечение затяжных родов в латентной и активной фазах проводилось амниотомией, окситоцином и комбинацией амниотомии плюс окситоцин.

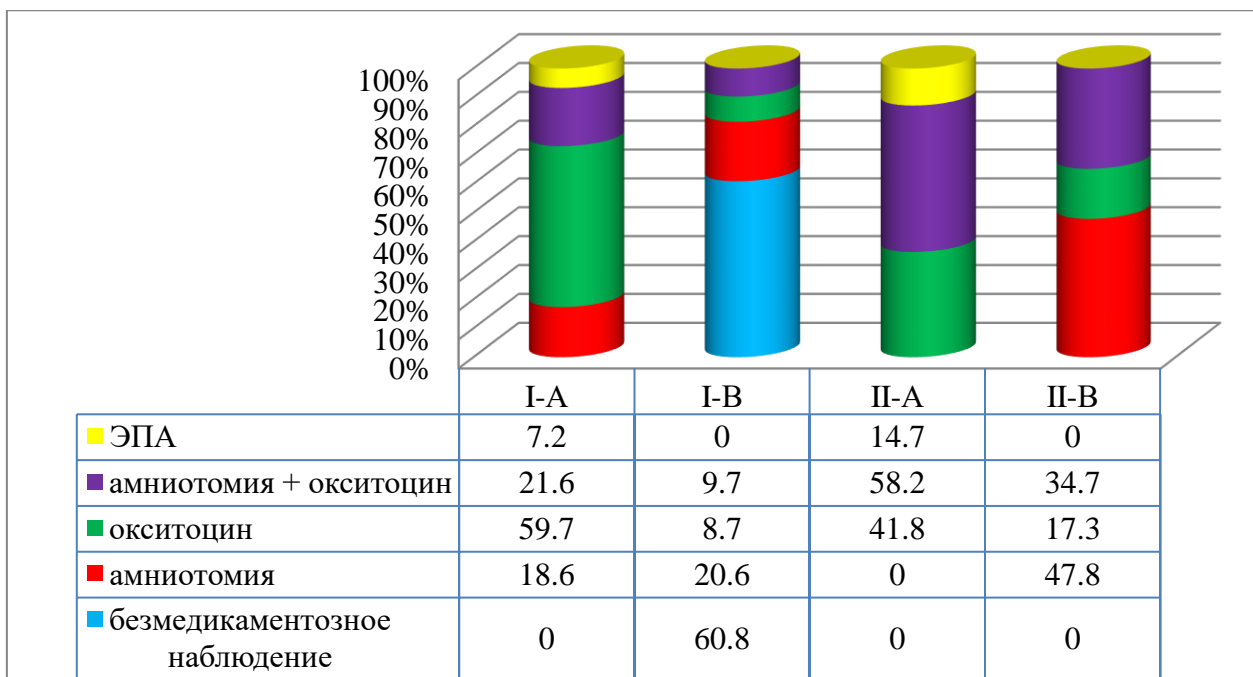


Рисунок 2 – Показатели лечения затяжных родов в сравниваемых группах%.

Из рисунка № 2 видно, что в первой группе в подгруппе I-A подавляющее количество рожениц (81,3%) получали окситоцин в чистом виде (59,7%) и в комбинации с амниотомией (21,6%), каждой пятой проводили амниотомию(18,6%), ЭПА проведенав 7,2% случаев. В подгруппе I-B подавляющему большинству рожениц проведено нефармакологическое лечение (60,8±5,0), которое в других подгруппах не применялось, у каждой пятой роженицы лечение затяжных родов проводили амниотомией (20,6%) и лишь каждую пятую женщину лечили окситоцином (8,7%) или комбинацией – амниотомия плюс окситоцин (9,7%).

Во второй группе вподгруппе II-A 100% рожениц получали окситоцин в чистом виде (41,8%) и в комбинации с амниотомией (58,2%), ЭПА проведена в 14,7% случаев. В подгруппе II-B половина рожениц получила окситоцин (52%) в чистом виде (17,3%) и в комбинации с амниотомией (34,7%), и второй половине женщин проведена была амниотомия (47,8%).

При сравнении внутри каждой группы были выделены следующие различия: в первой группе вподгруппе I-B достоверно реже применялся окситоцин в чистом и комбинированном с амниотомией виде, не применялась ЭПА, лечение было в основном безмедикаментозное в сравнении с подгруппой I-A. Во второй группе в подгруппе II-B достоверно чаще применялся окситоцин в чистом виде, достоверно чаще применялась амниотомия, не применялась ЭПА в сравнении с подгруппой II-A, где каждая роженица получала окситоцин (100%)

Таким образом, исследования результатов показало, что в подгруппе I–B применялось нефармакологическое наблюдение в сравнении с остальными тремя подгруппами, в подгруппе II-B - увеличение проведения амниотомии и

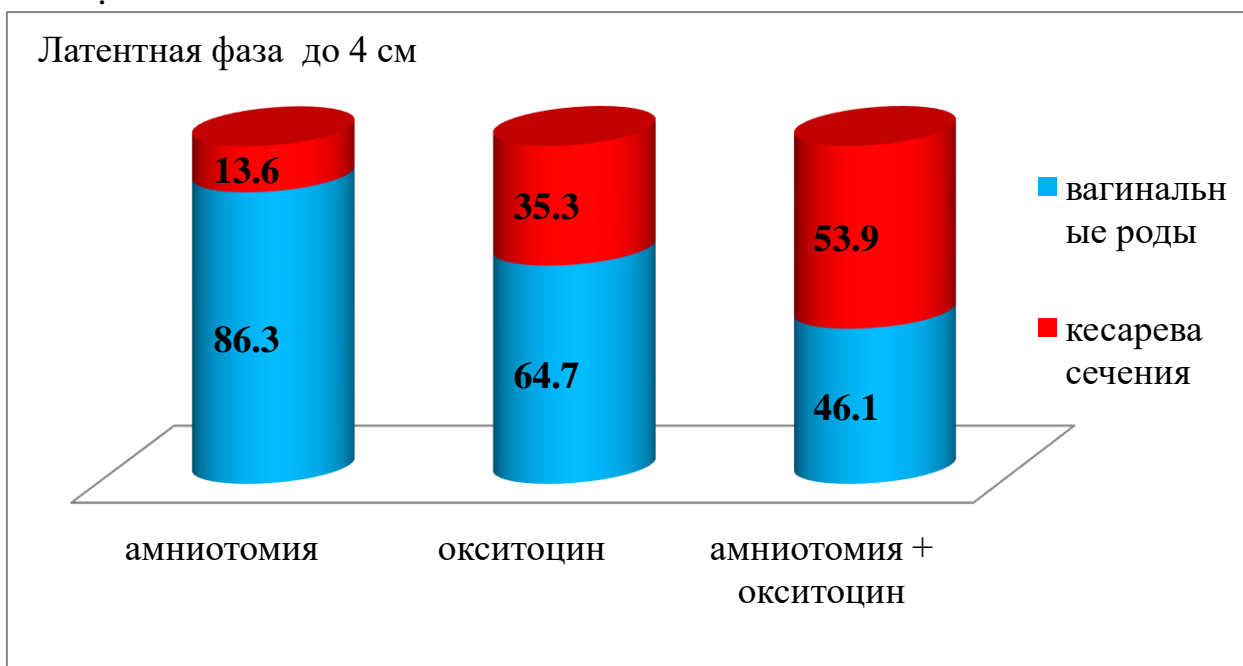
снижение применения окситоцина в чистом виде, в подгруппе I-A – преобладает лечение окситоцином, а в подгруппе II-A – 100% применение окситоцина.

3.3 Исходы родов в зависимости от применения лечебных мероприятий в изучаемых группах.

Исходы родов при затянувшейся активной фазе: в подгруппе II-A у 61 (47,2%) рожениц - роды произошли через естественные родовые пути при достижении эффекта от проводимой терапии окситоцином, а у 68 (52,7%) рожениц - роды закончились кесаревым сечением в активную фазу.

В подгруппе II-B у 30 (65,3%) рожениц - роды произошли через естественные родовые пути при достижении эффекта от лечения окситоцином, а у 16 (34,7%) - роды закончились абдоминальным оперативным родоразрешением в активную фазу.

Исходы родов в зависимости от проведенного лечения затяжных родов представлены в рисунках 3 и 4.



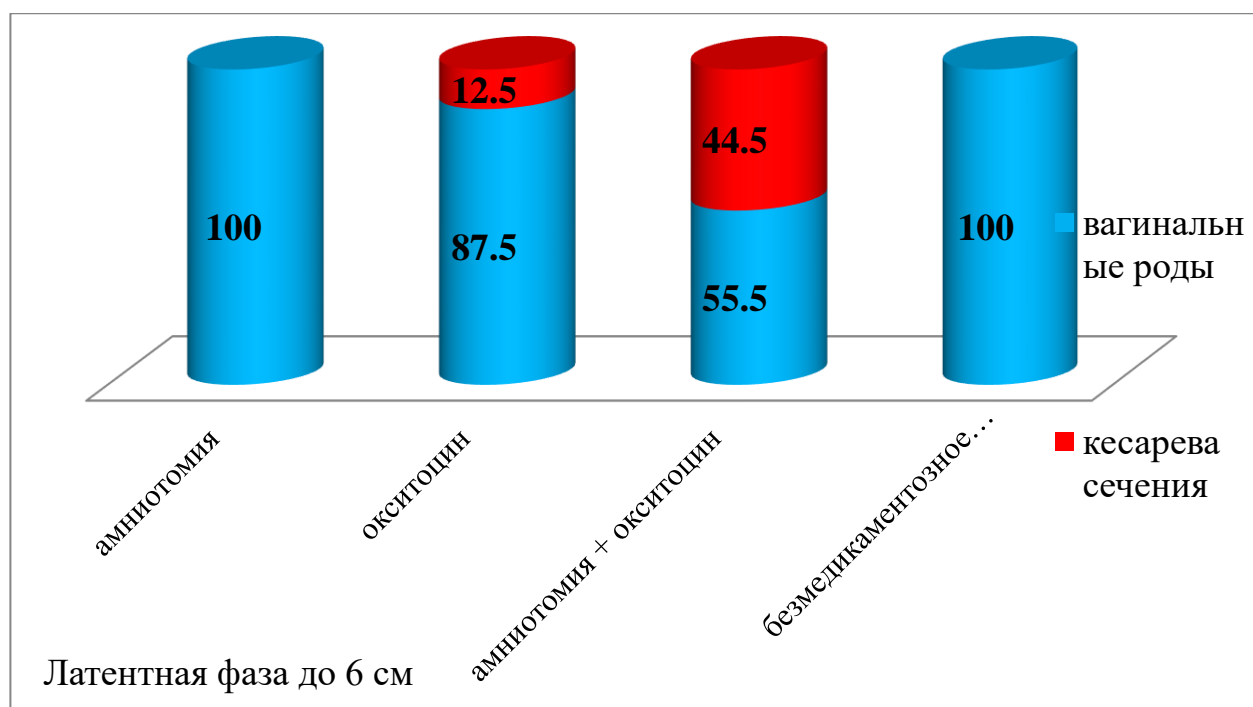


Рисунок 3 - 4 - Показатели исходов родов в зависимости от проведенного лечения в первой группе.

В подгруппе латентная фаза до 6 см нефармакологическое наблюдение в 60,8% случаев и достоверно 100% наблюдался вагинальные роды только в подгруппе I-B. Так же в подгруппе I-B амниотомия проводилась у 20,6% при этом роды закончились вагинальным путем в 100% случаев, нет достоверной разницы в сравнении с подгруппой I-A амниотомия была 18,6% и роды закончились вагинальным путем у 86,3% случаев; при применении в подгруппе I-A окситоцина в чистом виде 21,6% вагинальные роды было у 64,7% случаев и нет достоверной разницы в сравнении с подгруппой I-B окситоцина было 8,7% и роды вагинальным путем у - 87,5%; в подгруппе I-A комбинации амниотомии с окситоцином было у 59,7% и приводили к 46,1% случаев вагинальным родам, и не имела достоверную разницу с подгруппой I-B при применении комбинация окситоцина с амниотомией 9,7% было у 55,5 % вагинальные роды. В первой группе в подгруппе I-B амниотомия проводилась у 20,6% при этом кесарево сечение не было и в сравнении с подгруппой I-A амниотомия была 18,6% и кесарево сечение было у 13,6% случаев; при применении в подгруппе I-A окситоцина в чистом виде 21,6% кесарево сечение было у 35,3% случаев и есть достоверная разница в сравнении с подгруппой I-B окситоцина было 8,7% и кесарево сечение у - 12,5%; в подгруппе I-A комбинации амниотомии с окситоцином было у 59,7% и приводили к 53,9% случаев кесареву сечению, и не имела достоверную разницу с подгруппой I-B при применении комбинация окситоцина с амниотомией 9,7% было у 44,4% кесарево сечение.

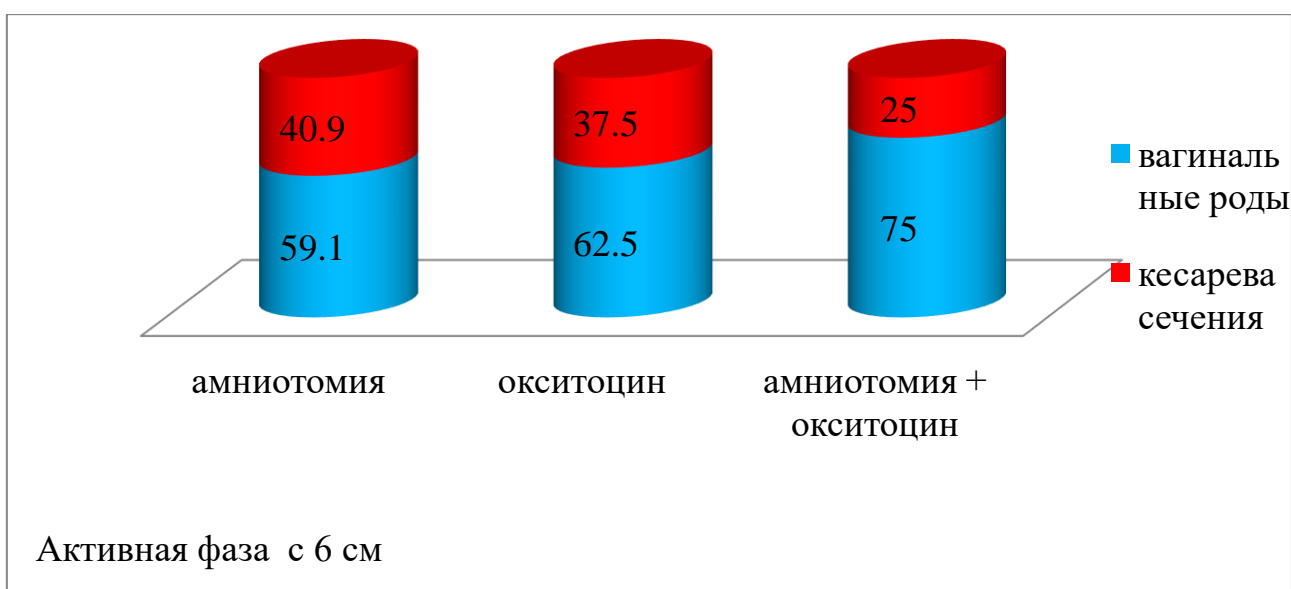
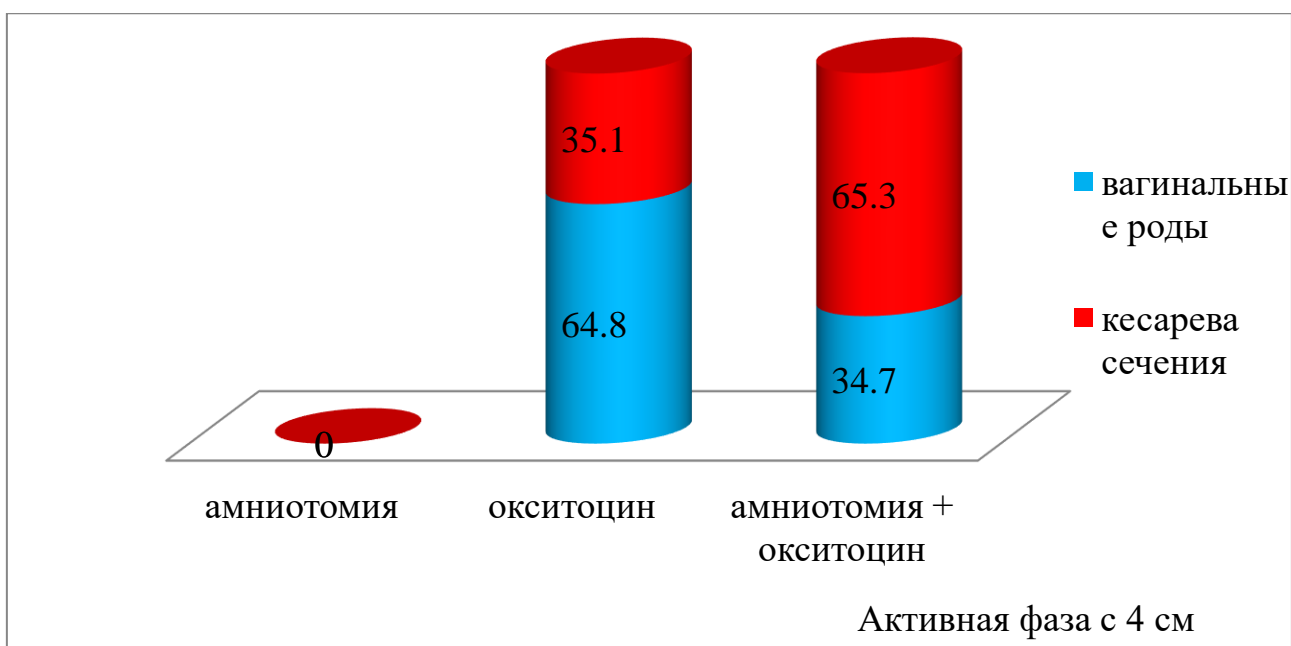


Рисунок 5 - 6 - Показатели исходов родов в зависимости от проведенного лечения во второй группе.

Из рисунков видно, что во второй группе в подгруппе II-B определяется достоверная разница при амниотомии, которая приводила к вагинальным родам в 59,1% случаев, а в подгруппе II-A – вагинальных родов при амниотомии не было; В подгруппе II-B при применении окситоцина в чистом виде вагинальные роды происходили в 62,5%, при этом нет достоверной разницы в подгруппе II-A лечение окситоцином в чистом виде, приводило к вагинальным родам в 64,8%; в подгруппе II-B определяется достоверная разница

при применении окситоцина с амниотомией в 75% случаев, а в подгруппе II-A при применении комбинации окситоцина с амниотомией - всего в 34,7% вагинальных родов.

Таким образом, в первой группе более благоприятные исходы вагинальные роды - наблюдались в обеих подгруппах при немедикаментозном ведении и амниотомии без использования окситоцина. Во второй группе более благоприятные исходы в подгруппе II-A при лечении окситоцином в чистом виде, в подгруппе II-B – при комбинированном лечении амниотомией плюс окситоцин. Отмечено, что при лечении амниотомия плюс окситоцин во всех изучаемых группах вагинальные роды закончились с помощью вакуум-экстракции плода у 70 (22,3%) рожениц.

Нами изучено - при каких степенях раскрытия шейки матки было произведено кесарево сечение.

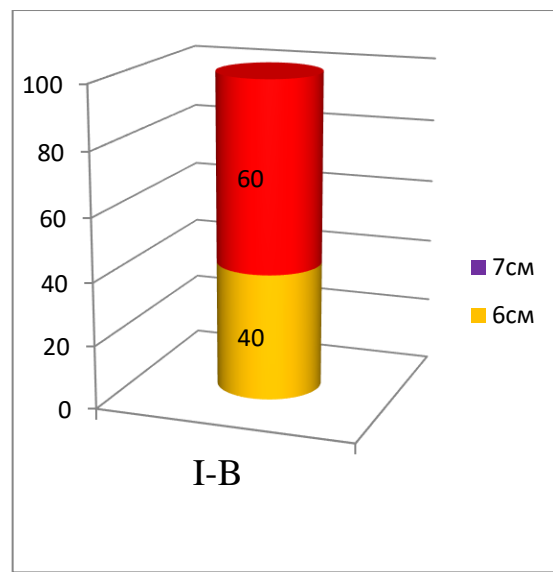
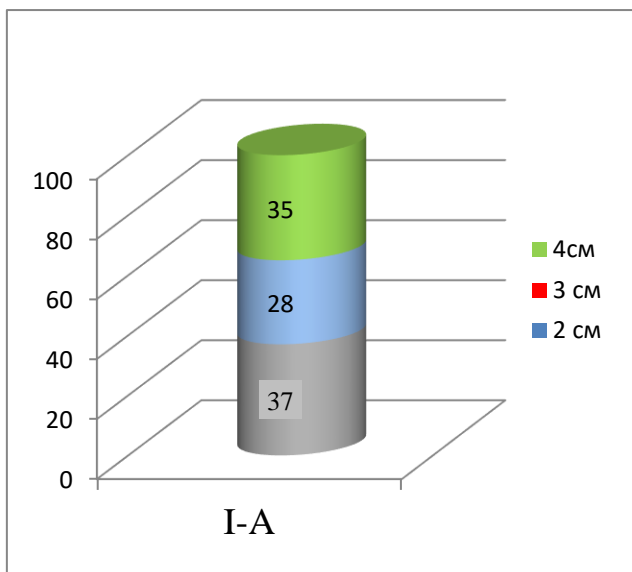


Рисунок 7 – Частота выполнения кесарева сечения при различных степенях раскрытия маточного зева.

Из рисунка № 7 видно, что в подгруппе I-A кесарево сечение проводилось в латентную фазу родов, не вступая в активную фазу родов в сравнении с подгруппой I-B, где операция была произведена, когда у роженицы установилась родовая деятельность в активную фазу.

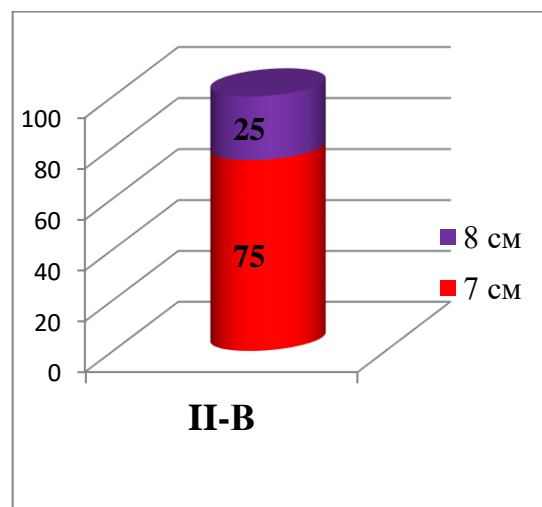
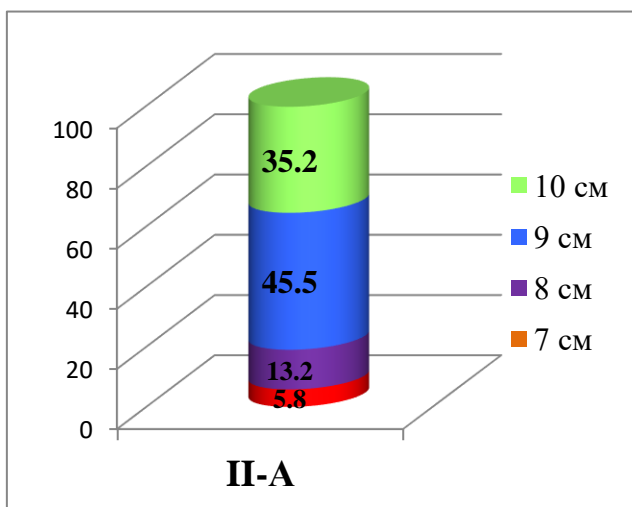


Рисунок 8 – Частота выполнения кесарева сечения при различных степенях раскрытия маточного зева во второй группе.

Из рисунка №8 видно, что в подгруппе II-A кесарево сечение проводилось на 9-10 см, а в подгруппе II-B – на 7-8 см.

Таблица 14 – Показатели частоты вагинальных родов в зависимости от паритета родов в изучаемых группах абс/%

Паритет родов			Затяжные роды n = 503			
			Латентная фаза n=328		Активная фаза n=175	
			I-A (n=136)	I-B (n=87)	II-A (n=61)	II-B (n=30)
Вагинальные роды	первородящие	абс	95	33	7	6***
		M±m	69,8±3.9*	37,9±5,2	11,4±4,0	20,0±7,3
	повторнородящие	абс	41	54**	54	24
		M±m	30,1±3.9	62,0±5,2	88,5±4,0	80,0±7,3
*p<0,05 по сравнению с подгруппой I-B *p<0,05 по сравнению с подгруппой I-A **p<0,05 по сравнению с подгруппой II-A						

В первой группе в подгруппе I-A первородящих вагинально родоразрешены (69,8±3.9)% рожениц, достоверно чаще чем в подгруппе I-B первородящих вагинально родоразрешены (37,9±5,2)%; в подгруппе I-A повторнородящих вагинально родоразрешены (30,1±3.9)% рожениц, а в подгруппе I-B вагинально родоразрешены (62,0±5,2)% рожениц (p<0,05).

Как видно из таблицы № 16 у первородящих вагинальные роды достоверно чаще у рожениц в подгруппе I-A, а повторнородящие в подгруппе I-B.

Во второй группе в подгруппе II-A первородящие вагинально родоразрешены (11,4±4,0)% роженицы, достоверно чаще в подгруппе II-B через естественные родовые пути родоразрешены (20,0±7,3)% женщин; в подгруппе II-A повторнородящие вагинально родоразрешены (88,5±4,0)% роженицы, нет достоверной разницы в подгруппе II-B через естественные родовые пути родоразрешены (80,0±7,3)% рожениц (p>0,05).

Как видно из таблицы №16 во второй группе вагинальные роды были у повторнородящих.

Таблица 15 – Показатели частоты кесарева сечения в зависимости от паритета родов в изучаемых группах абс/%

Паритет родов			Затяжные роды n = 503			
			Латентная фаза n=328		Активная фаза n=175	
			I-A (n=100)	I-B (n=5)	II-A (n=68)	II-B (n=16)
Кесарево	первород	абс	100	5	56	2

сечение	ящие	M±m	100,0±0	100,0±0	80,8±4,7*	12,5±8,2
	повторно родящие	абс	0	0	12	14
		M±m	0	0	17,6±4,6	87,5±8,2*
*p<0.05 по сравнению с подгруппой II-B **p<0.05 по сравнению с подгруппой II-A						

В первой подгруппе I-A кесарево сечение было (100,0±0)% у первородящих рожениц, а в подгруппе I-B кесарево сечение (100,0±0)%; в подгруппе I-A и I-B кесарево сечение не было у повторнородящих рожениц.

Как видно из рисунка №23, кесарево сечение было 100% у первородящих.

Во второй группе в подгруппе II-A кесарево сечение было (32,0±3,5)% первородящие роженицы, а в подгруппе II-B кесарево сечение было (12,5±8,2)% у первородящих женщин; в подгруппе II-A кесарево сечение (6,8±1,9)% повторнородящих роженицы, а в подгруппе II-B через естественные родовые пути родоразрешены (87,5±8,7)% повторнородящие рожениц.

Как видно из рисунка №23 в первой группе кесарево сечение было 100% у первородящих рожениц, а во второй группе кесарева сечения были больше у первородящих в подгруппе II-A, а повторнородящих больше было во второй подгруппе II-B.

Показаниями к кесареву сечению при неудовлетворительном прогрессе родов были: отказ от родоусиления, отсутствие эффекта от родоусиления, угрожающее состояние плода, неправильное вставление головки плода, тазо-головная диспропорция (таблица №18).

Таблица 16 - Показания к кесареву сечению в изучаемых группах абс/%.

Показания к кесареву сечению			Затяжные роды n = 189			
			Латентная фаза n=105		Активная фаза n=84	
			I-A (n=100)	I-B (n=5)	II-A (n=68)	II-B (n=16)
Отказ от родоусиления	абс	13	0	0	0	
	M±m	13,0±3,3	0	0	0	
Без эффекта от родоусиления	абс	38	0	22	0	
	M±m	38,0±4,8	0	32,3±5,6	0	
Угрожающее состояние плода	абс	49	5*	13**	1	
	M±m	49,0±5,0	100±0	19,1±4,7	6,2±6,0	
Тазо-головная диспропорция	абс	0	0	33	15	
	M±m	0	0	48,5±6,0	93,7±6,0	
*p<0.05 по сравнению с подгруппой I-A ** p<0.05 по сравнению с подгруппой II-B						

Из таблицы №16 видно, что в первой группе в подгруппе I-A показанием для кесарева сечения на первом месте было - у половины рожениц 49% -

угрожающее состояние плода, на втором месте – отсутствие эффекта от родоусиления в 38% случаев, на третьем месте – отказ от родоусиления – в 13% случаев. В подгруппе I-B–100% рожениц прооперированы по поводу угрожающего состояния плода.

Во второй группе в подгруппе II-A прооперированы по поводу тазо-головной диспропорции почти половина всех рожениц - 48,5%, одна треть рожениц взяты на операцию кесарева сечения в связи отсутствием эффекта от родоусиления – 32,3%, у каждой пятой роженицы показанием было угрожающее состояние плода – 19,1%. В подгруппе II-B подавляющее большинство рожениц прооперировано по поводу тазо-головной диспропорции – 93,7%, угрожающее состояние плода стало показанием только в 1 случае – 6,3%.

Таблица 17 – Частота исходов родов в зависимости от длительности введения окситоцина.

Длительность введения окситоцина 5 една натрия хлориде 0,9%-19,0 в/в капельно на дозаторе			Затяжные роды n = 335			
			Латентная фаза n=209		Активная фаза n=126	
			I-A (n=192)	I-B (n=17)	II-A (n=102)	II-B (n=24)
Вагинальные роды	2-4 часа	абс	71	12	4	8
		M±m	36.9±3,4	70.5±11.0*	3.9±1.9	33.3±9.6**
	4-6 часов	абс	21	0	30	0
		M±m	10.9±2.2	0	29.4±4.5	0
Кесарево сечение	2-4 часа	абс	42	5	0	11
		M±m	21,8±2,9	29,4±11,0	0	45,7±10,0
	4-6 часов	абс	58	0	68	5
		M±m	30,2±3,3	0	66,6±4,6** *	20,8±8,2
<p>*p<0,05 по сравнению с подгруппой I-A **p<0,001 по сравнению с подгруппой II-A ***p<0,05 по сравнению с подгруппой II-B</p>						

Из таблицы №17 видно, что из получавших окситоцин 2-4 часа в подгруппе I-B закончились через естественные родовые пути в 70,5% случаев достоверно чаще, в сравнении с подгруппой I-A – 36,9%, где 10,9% роженицам окситоцин вводился 4-6 часов. Кесарево сечение произведено роженицам в подгруппе I-B в 29,4% при применении окситоцина 2-4 часов, нет достоверной разницы (p>0.05) в сравнении с подгруппой I-A – в 21,8% при применении окситоцина 2-4 часов, а при применении окситоцина 4-6 часов этот показатель составил 30,2%.

Во второй группе вагинальные роды произошли при продолжительности введения окситоцина 2-4 часа у 33,3% женщин в подгруппе II-B, а в подгруппе

II-A вагинальные роды произошли по продолжительности введения окситоцина 4-6 часов у 29,4% женщин. Кесарево сечение было произведено при продолжительности введения окситоцина до 4 часов в подгруппе II-B у 45,7% рожениц, а длительностью введения окситоцина 4-6 часов – у 20,8%, когда в сравнении с подгруппой II-A при длительности введения окситоцина до 6 часов кесарево сечение было проведено у 66,6% женщин.

При вагинальных родах отмечены осложнения, отраженные в таблице №18

Таблица 18 - Частота осложнений родового акта в изучаемых группах.

Патология родов		Затяжные роды n = 312			
		Латентная фаза n=223		Активная фаза n=91	
		I-A n=136	I-B n=87	II-A n=61	II-B n=30
Роды без осложнений	abc	40	78	16	27
	M±m	29,4±3,9	89,6±3,2*	26,2±5,6	90,0±5,4***
Роды с осложнением	abc	96	9	45	3
	M±m	70,5±3,9* *	10,3±3,2	73,7±5,6** **	10,0±5,4
Разрыв промежности	abc	70	1	13	1
	M±m	72,9±4,5* *	11,1±10,4	28,8±6,7	33,3±27,2
Эпизиотомия, рафия	abc	26	7	14	2
	M±m	27,0±4,5	77,7±13,8*	31,1±6,9	66,6±27,2** *
Разрыв шейки матки	abc	12	0	3	0
	M±m	12,5±3,3	0	6,6±3,7	0
Дистресс плода	abc	26	7	9	3
	M±m	27,0±4,5	77,7±13,8*	20,0±5,9	100,0±0***
Ручное обследование полости матки	abc	5	0	5	1
	M±m	5,2±2,2	0	11,1±4,6	33,3±27,2** *
Хориоамнионит	abc	8	0	5	2
	M±m	8,3±2,8	0	11,1±4,6	66,6±27,2** *
Кровотечение	abc	44	2	4	2
	M±m	45,8±5,0* *	22,2±13,8	8,8±4,2	66,6±27,2** *

*p<0.05 по сравнению с подгруппой I-A
**p<0.01 по сравнению с подгруппой I-B
***p<0.001 по сравнению с подгруппой II-A
****p<0.001 по сравнению с подгруппой II-B

Из таблицы № 18 видно, что роды без осложнений достоверно чаще происходили в подгруппе I-B ($89,6\pm 3,2\%$) в сравнении с подгруппой I-A ($29,4\pm 3,9\%$), и в подгруппе II-B ($90,0\pm 5,4\%$) в сравнении с подгруппой II-A ($26,2\pm 5,6\%$). Роды с осложнениями достоверно чаще отмечены в подгруппе I-A ($70,5\pm 3,9\%$) в сравнении с подгруппой I-B ($10,3\pm 3,2\%$); в подгруппе II-A ($73,7\pm 5,6\%$) в сравнении с подгруппой II-B ($10,0\pm 5,4\%$). В подгруппе I-A на первом месте находились родовые травмы матери (разрывы шейки матки, разрывы промежности) – 84%, на втором месте – кровотечения 45,8%, на третьем месте – дистресс плода 27%. В подгруппе I-B на первом месте – дистресс плода – 77,7%, по поводу чего были сделаны эпизиотомии, на втором месте – кровотечения 22,2%, на третьем месте – разрывы промежности 11,1%. В подгруппе II-A на первом месте – родовой травматизм матери 35,4%, на втором месте - дистресс плода 20,0%, на третьем месте – хориоамнионит 11,1%, на четвертом месте – кровотечения 8,8%. В подгруппе II-B на первом месте – дистресс 100%, на втором месте хориоамнионит и кровотечения по 66,6%.

Таким образом, роды без осложнений были в подгруппах I-B и II-B, а с осложнениями в подгруппах I-A и II-A.

При кесаревом сечении отмечены осложнения, отраженные в таблице №19.

Таблица 19 – Частота осложнений при кесаревом сечении в сравниваемых группах.

Интраоперационные осложнения		Неудовлетворительный прогресс родов n = 189				
		Латентная фаза n=105		Активная фаза n=84		Всего n = 189
		I-A n=100	I-B n=5	II-A n=68	II-B n=16	
Кесарево сечение без осложнений	абс	63	3	51	15	132
	M±m	63.0±4.8	60.0±21.9	75,0±5,2	93.7±6.0	71,7±3.3
Осложнения кесарева сечения	абс	37	2	17	1	57
	M±m	37.0±4.8	40.0±21.9	25,0±5,2*	6.2±6,0	30,9±3.4
Ранение мочевого пузыря	абс	0	0	1	0	1
	M±m	0	0	5,8±5,7	0	1,7±1,7
Кровотечение 1 литр и более	абс	37	2	16	1	56
	M±m	100,0±4.3	100,0±0	94,1±5.7	100,0±0	98,2±1,7
Би-Линч, О Лири	абс	9	0	3	0	12
	M±m	24,3±7,0	0	18,7±9,7	0	21,4±5,4

*p<0.05 по сравнению с подгруппой II-B

Из таблицы №19 видно, что кесарево сечение без осложнений при неудовлетворительном прогрессе родов составило 71,7%. Среди интраоперационных осложнений основным явилось кровотечение более 1 литра – 98,2%, по поводу чего проводили хирургический гемостаз – наложение швов по Би-Линч и О-Лири в 21,4% случаев, ранение мочевого пузыря произошло в 1 (1,7%) случае в подгруппе активной фазы с 4 см. При сравнении внутри групп было выявлено, что в активной фазе в подгруппе II-B было достоверно меньше осложнений – 6,2% в сравнении с подгруппой II-A.

3.4 Течение послеродового и перинатального периодов

Течение послеродового периода без осложнений при вагинальных родах наблюдалось достоверно чаще у рожениц в подгруппе I-B ($77,0 \pm 4,5$)% в сравнении с подгруппой I-A ($33,8 \pm 4,0$)%, и в подгруппе II-B ($56,6 \pm 9,0$)% в сравнении с подгруппой II-A ($47,5 \pm 6,3$)%, данные в таблице №22.

Таблица 20 – Частота осложнений в послеродовом периоде в изучаемых группах (абс/%).

Осложнения послеродовом периоде		Затяжные роды n = 360			
		Латентная фаза n=223		Латентная фаза n=91	
		I-A n=136	I-B n=87	II-A n=61	II-B n=30
Нормальное течение послеродового периода	абс	46	67	29	17
	M±m	33,8±4,0	77,0±4,5*	47,5±6,3	56,6±9,0
Течение послеродового осложнениями	абс	90	20	32	13
	M±m	66,1±4,0*	22,9±4,5	52,4±6,3	43,3±9,0
Расхождения швов на промежности	абс	19	0	0	0
	M±m	21,1±4,3	0	0	0
Гемотрансфузия	абс	6	0	2	1
	M±m	6,6±2,6	0	6,2±4,2	7,6±7,3
Лактостаз	абс	21	12	15	7
	M±m	23,3±4,4	60,0±10,9*	46,8±8,8	53,8±13,8
Эндометрит	абс	8	0	2	2
	M±m	8,8±3,0	0	6,2±4,2	15,3±10,0** *
Лохиометра, гематометра	абс	36	8	13	3
	M±m	40,0±5,1	40,0±10,9	40,6±8,6	23,0±11,6

*p<0,05 по сравнению с подгруппой I-A

**p<0,05 по сравнению с подгруппой I-B

***p<0,05 по сравнению с подгруппой II-A

Как видно из таблицы № 20 установлено, что в подгруппе I-A осложнения в послеродовом периоде было (66,1±4,0)%, за счет лохиометра (40,0±5,1)% в сравнении с подгруппой I-B (22,9±4,5) также за счет лактостаза (60,0±10,9)%; в подгруппе II-A осложнения в послеродовом периоде было (52,4±6,3)%, за счет лактостаза (46,8±8,8)%, лохиометра (40,6±8,6)% в сравнении с подгруппой II-B осложнения послеродовом периоде было (43,3±9,0)%лактостаза (53,8±13,8)% и лохиометра (23,0±11,6)%.

Течение послеродового периода без осложнений при кесаревом сечении наблюдалось достоверно чаще у рожениц подгруппе I-A (15,0±3,0)% в сравнении с подгруппой I-B (100,0±0)%, и в подгруппе II-B(56,2±12,4)% в сравнении с подгруппой II-A (35,2±5,8)%, данные представлены в таблице № 21.

Таблица 21 – Частота осложнений в послеоперационном периоде в изучаемых группах (абс/%).

Осложнения послеоперационном периоде		Неудовлетворительный прогресс родов n = 189			
		Латентная фаза n=105		Активная фаза n=84	
		I-A n=100	I-B n=5	II-A n=68	II-B n=16
Нормальное течение послеоперационного периода	абс	15	5	24	9
	M±m	15,0±3,0	100,0±0*	35,2±5,8	56,2±12,4
Течение послеоперационного с осложнениями	абс	85	0	44	7
	M±m	85,0±3,5	0	64,7±5,8	43,7±12,4
Инфильтрат послеоперационной раны	абс	31	0	23	2
	M±m	36,4±5,2	0	52,2±7,5	28,5±17,0
Эндометрит	абс	7	0	2	2
	M±m	8,2±2,4	0	4,5±3,1	28,5±17,0**
Гемотрансфузия	абс	13	0	5	1
	M±m	15,2±3,	0	11,3±4,7	14,2±13,2
Подапоневротическа я гематома	абс	16	0	6	1
	M±m	18,8±4,2	0	13,6±5,1	14,2±13,2
Лохиометра, гематометра	абс	18	0	8	1
	M±m	21,1±4,4	0	18,1±5,8	14,2±13,2
		*p<0,001 по сравнению с подгруппой I-A			
		**p<0,001 по сравнению с подгруппой II-A			

Как видно из таблицы № 21 установлено, что в подгруппе I-B достоверно 100% нормальное течение послеоперационного периода в сравнении чем в

подгруппе I-A – 15 (15,0±3,0). В подгруппе I-A осложнения в послеоперационном периоде было (85,0±3,5)%, за счет инфильтрата послеоперационной раны (36,4±5,2)% достоверно чаще(p<0,05) в сравнении с подгруппой I-B осложнения не наблюдаются;

В подгруппе II-A осложнения в послеоперационном периоде было (64,7±5,8)%, за счет лохиометра (18,1±5,8), подапоневротической гематомой (13,6±5,1) нет достоверной разницы в сравнении с подгруппой II-B осложнения в послеоперационном периоде было (43,7±12,4)% инфильтрата послеоперационной раны (28,5±17,0) и эндометрита (28,5±17,0).

Таблица 22 - Течение послеродового периода в изучаемых группах(абс/%).

Течение послеродового периода	Койко /день	Исход родов	Неудовлетворительный прогресс родов 503			
			Латентная фаза=328		Активная фаза=175	
			I-A=236	I-B=92	II-A=129	II-B=46
Без осложнения n=159	3	Вагинальные роды	34 73,9±6,4	64 95,5±2,5	13 44,8±9,2	16 94,1±5,7***
	4-5		12 26,0±6,4*	3 4,4±2,5	16 55,1±9,2****	1 5,8±5,7
	6-7		0	0	0	0
	Всего		46 19,4±2,5	67** 72,8±4,6	29 22,4±3,6	17 36,9±7,1
Без осложнения n=53	3	Кесарево сечение	0	0	0	0
	4-5		15 100±0	5 100,0±0	24 100,0±0	9 100,0±0
	6-7		0	0	0	0
	Всего		15 6,3±1,5	5 5,4±2,3	24 18,6±3,4	9 19,5±5,8
С осложнением n=155	3	Вагинальные роды	0	0	0	0
	4-5		21* 23,3±4,4*	1 5,0±4,8	15 46,8±8,8	9 69,2±12,8
	6-7		60 66,6±4,9	19 95,0±4,8	17 53,1±8,8	4 30,7±12,8
	8-10		6 6,6±2,6	0	0	0
	10 и более		3 3,3±1,8	0	0	0
Всего		90 38,1±3,1	20 21,7±4,3	32 24,8±3,8	13 28,2±6,6	
С осложнением n=136	3	Кесарево сечение	0	0	0	0
	4-5		0	0	0	0
	6-7		19 22,3±4,5	0	27 61,3±7,3****	1 14,2±13,2
	8-10		49	0	15	6

			57,6±5,3		34,0±7,1	85,7±13,2***
	10 и более		17 20,0±4,3	0	2 4,5±3,1	0
Всего			85 36,0±3,1	0	44 34,1±4,1****	7 15,2±5,3
*p<0,05 по сравнению с подгруппой I-B **p<0,05 по сравнению с подгруппой I-A ***p<0,05 по сравнению с подгруппой II-A ****p<0,05 по сравнению с подгруппой II-B						

Как видно из таблицы № 22, родильницы с течением послеродового периода без осложнения больше выписывались до 3-х суток при вагинальных родах в подгруппах I-A (73,9±6,4)% и I-B (95,5±2,5)% и после кесарево сечения без осложнения все выписывались до 5 суток в подгруппах I-A (100)% и I-B (100)% и между группами нет достоверной разницы (p>0,05); родильницы с течением послеродового периода с осложнением больше выписывались на 6-7 сутки при вагинальных родах в подгруппах I-A (66,6±4,9)% и I-B (95,0±4,8)% и после кесарево сечения с осложнением выписывались на 8-10 сутки I-A (57,6±5,3)% и на 10 сутки (20,0±4,3) в сравнении в подгруппе I-B не было;

Родильницы с течением послеродового периода без осложнения больше выписывались до 3-х суток при вагинальных родах в подгруппах II-B (94,1±5,7)% в сравнении II-A (44,8±9,2)% и на 3-5 сутки в подгруппе II-A (55,1±9,2) и после кесарево сечения без осложнения все выписывались до 5 суток в подгруппах II-A (100)% и II-B (100)%; родильницы с течением послеродового периода с осложнением больше выписывались на 4-5 сутки при вагинальных родах в подгруппе II-B (69,2±12,8)% в сравнении II-A (46,8±8,8)% и на 6-7 сутки при вагинальных родах в подгруппе II-B (30,7±12,8)% нет достоверной разницы в сравнении II-A (53,1±8,8)%; после кесарево сечения с осложнением выписывались на 8-10 сутки в подгруппе II-B (85,7±13,2)% в сравнении после кесарево сечение с осложнением выписывались на 6-7 сутки II (61,3±7,3)%.

Распределение детей в зависимости от массы тела в изучаемых группах представлен в таблице № 23

Таблица 23 - Распределение детей в зависимости от массы тела в изучаемых группах (абс/%).

Вес новорожденного при рождении		Неудовлетворительный прогресс родов n = 503				ВСЕГО
		Латентная фаза n=328		Активная фаза n=175		
		I-A (n=236)	I-B (n=92)	II-A (n=129)	II-B (n=46)	
до 2999 гр	абс	12	3	0	1	16
	M±m	5.0±1.4	3,2±1,8	0	2,1±2,1	3,1±0,7
3000-	абс	165	79	66	34	344

3999 гр	M±m	69.9±2.9	85,8±3,6	51.1±4.4	73,9±6,4	68,3±2,0
4000-4999 гр	abc	59	10	58	11	138
	M±m	25.0±2.8*	10,8±3,2	44.9±4.3	23,9±6,2	27,4±1,9
5000 гр	abc	0	0	5	0	5
	M±m	0	0	3,8±1,7	0	0,9±0,4
*p<0,05 по сравнению с подгруппой I-B						

Как видно, из таблицы № 23, установлено во всех группах больше рождение детей с весом 3000-3999 гр - 344 (68,3±2,0).

В подгруппе I-A вес новорожденных до 2999 - 12 (5.0±1.4)%, нет достоверной разницы (p>0,05) в сравнении в подгруппе I-B – 3 (3,2±1,8)%; В подгруппе I-A вес новорожденных 3000-3999 гр - 165 (69.9±2.9)%, нет достоверной разницы (p>0,05) в сравнении в подгруппе I-B – 79 (85,8±3,6)%; В подгруппе I-A вес новорожденных 4000-4999гр - 59 (25.0±2.8)%, достоверно чаще (p<0,05) в сравнении в подгруппе I-B – 10 (10,8±3,2)%; В первой группе новорожденных с весом 5000 гр не было.

В подгруппе II-A вес новорожденных до 2999 – не было, в сравнении в подгруппе II-B – 1 (2,1±2,1)%; В подгруппе II-A вес новорожденных 3000-3999 гр - 66 (51.1±4.4)%, нет достоверной разницы (p>0,05) в сравнении в подгруппе II-B – 34 (73,9±6,4)%; В подгруппе II-A вес новорожденных 4000-4999гр - 58 (44.9±4.3)%, достоверно чаще в сравнении с подгруппой II-B – 11(23,9±6,2)%; вес 5000 гр родился 5(3,8±1,7) новорожденных только в подгруппе с активной фазой 4см.

Новорожденные оценивались по шкале Апгар с удовлетворительным состоянием 7-10 баллов большинство детей 495 (98,4%), состояние детей при рождении в сравниваемых группах представлено в таблице №24.

Таблица 24 - Оценка новорожденного по Апгар в изучаемых группах(abc/%).

Оценка по Апгар		Затяжные роды n = 503			
		Латентная фаза n=328		Активная фаза n=175	
		I-A (n=236)	I-B (n=92)	II-A (n=129)	II-B (n=46)
7-10 баллов	abc	232	92	126	45
	M±m	98,3±0,8	100,0±0*	97,6±1,3	97,8±2,1
4-6 баллов	abc	2	0	2	1
	M±m	0,8±0,6	0	1,5±1,0	2,1±2,1
0-3 баллов	abc	2	0	1	0
	M±m	0,8±0,6	0	0,7±0,7	0
*p>0,05 по сравнению с подгруппой I-A					

Как видно из таблицы № 24, в первой подгруппе I-A дети рождались с оценкой по шкале Апгар 4-6 баллов в 2-х случаях(0,8±0,6)% и по шкале Апгар 0-3

баллов в 2-х случаях(0,8±0,6)%, достоверно чаще ($p<0,05$) в сравнении с подгруппой I-B не было.

Во второй подгруппе II-A с оценкой по шкале Апгар 4-6 баллов в 2-х случаях (1,5±1,0)% нет достоверной разницы в сравнении с подгруппой II-В. Оценка по шкале Апгар 4-6 баллов 1 (2,1±2,1)%. Во второй подгруппе II-A с оценкой по шкале Апгар 0-3 баллов в 1 случае (0,7±0,7)%

Детей с асфиксией тяжелой были в 2-х подгруппах с затяжной латентной и активной фазой 4см.

Таблица 25 - Частота асфиксий средней и тяжелой степени в зависимости от исхода родов в изучаемых группах (абс/%)

Асфиксия новорожденного			Затяжные роды n = 503			
			Латентная фаза n=328		Активная фаза n=175	
			I-A (n=5)	I-B (n=92)	II-A (n=129)	II-B (n=46)
Асфиксия умеренная n=5	Вагинальные роды	абс	2	0	2	1
		M±m	40,0±21,9*	0	66,6±27,2*	2,1±2,1
	Кесарево сечение	абс	0	0	0	0
		M±m	0	0	0	0
Асфиксия тяжелой степени n=3	Вагинальные роды	абс	1	0	0	0
		M±m	20,0±17,8*	0	0	0
	Кесарево сечение	абс	1	0	1	0
		M±m	20,0±17,8*	0	33,3±27,2*	0
* $p<0,05$ по сравнению с подгруппой I-B						
** $p<0,05$ по сравнению с подгруппой II-B						

Как видно из таблицы № 25, в подгруппе I-A дети с асфиксией родились 5 (1%) детей из них с асфиксией умеренной -2 (40%) вагинальным путем, с тяжелой асфиксией- 1(20,0±17,8) родился вагинальным путем и с асфиксией тяжелой 1 (20,0±17,8) новорожденный родился путем кесарева сечения достоверно чаще ($p<0,05$) в сравнении с подгруппой I-B детей с асфиксией не было.

Во второй подгруппе дети с асфиксией родились 3 (1,7%) детей из них с асфиксией умеренной -2 (66,6±27,2)% вагинальным путем и с тяжелой асфиксией- 1(33,3±27,2)% родились путем кесарева сечения, достоверно чаще ($p<0,05$) в сравнении с подгруппой II-B родился с асфиксией умеренной 1(100,0±0)% новорожденный вагинальным путем.

Таблица 26 - Частота асфиксий умеренной и тяжелой степени в зависимости от продолжительности ведения окситоцина.

	Асфиксия умеренная (оценка по шкале Апгар 4 и 6 баллов)			Асфиксия тяжелой степени (оценка по шкале Апгар 3 и менее баллов)	
	2-4 часа	4 - 6 часа	Более 6 часов	4-6 часов	Более 6 часов
I-A (n=236)	1 0,4±0,4*	1 0,4±0,4*	-	1 0,4±0,4*	1 0,4±0,4*
I-B (n=92)	-	-	-	-	-
II-A (n=129)	1 1,0±1,0**	1 1,0±1,0	-	1 1,0±1,0**	-
II-B (n=46)	-	1 2,1±2,1	-	-	-
*p<0,05 по сравнению с подгруппой I-B **p<0,05 по сравнению с подгруппой II-B					

Как видно из таблицы № 26, что дети с асфиксией рождались больше с продолжительностью ведения окситоцина 4-6 часов - 6 (75%) и меньше где окситоцин с продолжительностью ведения 2-4 ч (25%).

Новорожденные без патологии родились - 393 (78,3%), с осложнением родились - 110 (21,7%), данные в таблице № 27

Таблица 27 – частота патологии новорожденных выявленных в послеродовом периоде изучаемых группах (абс/%).

Патология новорожденных		Затяжные роды n = 503			
		Латентная фаза n=328		Активная фаза n=175	
		I-A (n=236)	I-B (n=92)	II-A (n=129)	II-B (n=46)
Без осложнения	абс	184	90	80	39
	M±m	77,9±2,7	97,8±1,5	62,0±4,2	84,7±5,3
С осложнением	абс	52	2	49	7
	M±m	22,0±2,7*	2,1±1,5	37,9±4,2* **	15,2±5,3
Перинатальные поражения центральной нервной системы	абс	3	0	8	1
	M±m	5,7±3,2*	0	13,3±5,2	14,2±13,2
Неонатальная желтуха	абс	8	0	4	0
	M±m	15,3±5,0*	0	8,1±3,9	0

Респираторные нарушения	abc	8	0	4	0
	M±m	15,3±5,0*	0	8,1±3,9	0
Кефалогематома	abc	22	2	25	5
	M±m	42,3±6,8	100,0±0**	51,0±7,1	71,4±17,0
Судорожный синдром	abc	2	0	1	0
	M±m	3,8±2,6*	0	2,0±2,0	0
Врожденная пневмония	abc	7	0	4	0
	M±m	13,4±4,7*	0	8,1±3,9	0
Синдром аспирации меконий	abc	2	0	3	1
	M±m	3,8±2,6*	0	6,1±3,4	14,2±13,2*** *
<p>*p<0,05 по сравнению с подгруппой I-B **p<0,05 по сравнению с подгруппой I-A *** p<0,05 по сравнению с подгруппой II-B **** p<0,05 по сравнению с подгруппой II-A</p>					

Как видно из таблицы № 27 установлено, что без патологии новорожденные рождались больше в подгруппе I-B (97,8±1,5), и с патологией (2,1±1,5), в сравнении с подгруппой I-A без патологии (77,9±2,7), с патологией (22,0±2,7);

В первой подгруппе I-A на первом месте кефалогематома 22 (42,3±6,8)%, на втором и на третьем месте одинаково наблюдается неонатальная желтуха - 8 (15,3±5,0)% и респираторные нарушения - 8 (15,3±5,0)%, достоверно чаще (p<0,05) в сравнении с подгруппой II-B на первом месте наблюдается только кефалогематома (2) 100,0%;

Без патологии новорожденные рождались больше в подгруппе II-B (84,7±5,3), и с патологией (15,2±5,3), в сравнении с подгруппой II-A без патологии (62,0±4,2), и с патологией (37,9±4,2);

Во второй подгруппе II-A на первом месте наблюдается кефалогематома - 25 (51,0±7,1)%, на втором месте перинатальные поражения центральной нервной системы - 8 (13,3±5,2)%, на третьем месте врожденная пневмония, неонатальная желтуха и респираторные нарушения - 4 (8,1±3,9)%, достоверно чаще (p<0,05) в сравнении с подгруппой II-B на первом месте кефалогематома - 5 (71,4±17,0)% и синдром аспирации меконий - 1 (14,2±13,2)%.

Во всех подгруппах в большинстве встречается кефалогематома.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неудовлетворительный прогресс родов продолжает оставаться одной из наиболее актуальных и широко изучаемых проблем акушерства. Однако утверждать, что пути решения данной проблем полностью найдены, сказать тяжело.

Частота вагинальных родов за последние сорок лет снизилась в два раза, параллельно с этим произошел рост кесарева сечения. Понимая естественный прогресс родов и постепенный сдвиг в сторону сокращения лечебных вмешательств в родах, современное акушерство более приближается к естественному вагинальному родоразрешению.

Исходя из поставленных нами цели и задач, мы проанализировали результаты исхода 43917 родов в ПЦ №1 с 2012 по 2016 годы, когда отчет активной фазы начинался с 3 см раскрытия шейки матки. Количество родов в ПЦ №1 выросло в 1,4 раза, а частота кесарева сечения осталась почти на одинаковом уровне в среднем около 20% и находится на одинаковом уровне с данными общемировой статистики по оперативным родам. Например, prof.Ties Voerma в 2018г опубликовал данные анализа родов 169 стран, что составляет 98,4% всех родов в мире за 2015 год, из которого было выяснено, что родили посредством кесарева сечения 29,7 миллионов женщин - 21,1%, что процент кесаревых сечений увеличился в 1,7 раза в сравнении с 2000 годом (16,0 млн) - 12,1% [46].

Частота аномалий родовой деятельности в ПЦ №1 не снижалась согласно статистическим данным и оставалась в пределах 8,8-10,6%. Значит, данная патология родовой деятельности наблюдалась у каждой десятой роженицы. Из отчетов родильного блока видно, что более половины неудовлетворительного прогресса родов составляла слабость родовой деятельности. Согласно данным литературы [15], затяжные роды составляют 20% из всех родов, закончившихся рождением живого ребенка [12,24,25]. В странах Евросоюза, например в Швеции в своем исследовании Selin (2009) отмечает распространенность слабости родов у первородящих - 33% и у повторнородящих женщин - 7% [37]. В одном датском исследовании, затяжные роды отмечались у 37% здоровых первородящих в доношенном сроке гестации, роды у которых начались спонтанно (без указания на индукцию) и с низким риском кесарева сечения. Частота встречаемости слабости родовой деятельности по данным литературы стран ближнего зарубежья - от 9 до 33% родов [3,5,8,21,22,33,37,38]. По данным Национального комитета статистики Республики Кыргызстан, в 2009 г. удельный вес родов, осложнившихся слабостью родовой деятельности, составил 4,8% от числа всех родов в 2010 г., в 2011 г. – 4,5%, в 2012 г. – 2,7%, в 2013 году-2,6%, вне зависимости от срока гестации, паритета родов, метода родоразрешения [12].

Таким образом, наши показатели по затяжным родам ниже, чем в Европе, но выше, чем у соседней Кыргызской Республики.

Анализируя результаты показаний к кесаревому сечению по отчетным данным ПЦ №1 было выявлено, что за пять лет в 2,4 раза возросла частота

затяжных родов в показаниях к кесаревому сечению, а также в 2 раза возросла частота кесарева по поводу слабости родовой деятельности

Согласно данным литературы, затяжные роды являются наиболее распространенным показанием для первичного кесарева сечения. В исследовании Gifford and colleagues отмечают, что из 733 женщин, прооперированных в экстренном порядке, выявили, 68% кесаревых сечений произведены по поводу отсутствия прогресса в родах [10]. 10 апреля 2015 года в Женеве на Международном Конгрессе было сказано, что кесарево сечение - одна из самых распространенных операций в мире, где показатели продолжают расти. Наиболее частыми показаниями к первичному кесареву сечению были затяжные роды (35,4%), дистресс плода (27,3%) и неправильное вставление головки плода (18,5%) [26,27].

Частота встречаемости затяжной латентной фазы составила 65,2%, затяжной активной фазы – 34,8%. Наши показатели по затяжной латентной фазе превышают в 13 раз показатели у зарубежных коллег, в частности, Brain Magowanetal (2009), где затяжная латентная фаза встречается в 2-5%, а затяжная активная фаза в нашем исследовании находится на одном уровне с вышеуказанным автором, у которого затяжная активная фаза - 20-30% [76].

Из наших данных, 80,0% женщин в латентной фазе до 4 см поступали в роддом с раскрытием маточного зева 2см, и их было достоверно больше ($p<0,05$), чем женщин в латентной фазе до 6см – 29,3%. В активной фазе с 2см рано поступали 74,4% рожениц из подгруппы затянувшаяся латентная фаза с 4см, а в подгруппе затянувшаяся активная фаза с 6 см роженицы поступали с 4см в 67,3% случаев. Обращает внимание ранняя постановка диагноза первого периода родов при минимальном раскрытии маточного зева 2 см в подгруппах с латентной фазой 4 см.

Диагноз затянувшихся родов у подавляющего большинства рожениц подгруппы затянувшаяся латентная фаза до 4 см выставлялся достоверно чаще ($p<0,05$) при степени раскрытия маточного зева 2 см – в 62% случаев против 18% в подгруппе затянувшаяся латентная фаза до 6 см. Диагноз затянувшихся родов в подгруппе затянувшаяся активная фаза с 4 см выставлялся чаще при степени раскрытия маточного зева 4-5 см, в подгруппе затянувшаяся активная фаза с 6 см - при степени раскрытия маточного зева 6-7 см. В современной литературе отмечено, что среди 42,6% первородящих и 33,5% повторнородящих женщин с неудовлетворительным прогрессом родов раскрытие шейки матки не происходило больше 5 см [66].

При изучении длительности латентной фазы: 8 часов, 12 часов, 12-20 часов, в подгруппе затянувшаяся латентная фаза до 4 см преобладали роженицы с продолжительностью латентной фазы 8 часов (83 %), а в подгруппе латентная фаза до 6 см продолжительность латентной фазы у подавляющего количества рожениц была 12-20 часов (80%), при этом активная фаза в обеих подгруппах укорачивалась до 4 часов у 75,8% и у 90,2% соответственно.

Во второй группе продолжительность активной фазы в обеих подгруппах была более 4 часов, а продолжительность латентной фазы 8-12 часов - у

подавляющего большинства рожениц подгруппы II-A ($79,0 \pm 3,5$)%, что в 3,8 раза превысило количество рожениц, у которых продолжительность латентной фазы была меньше 8 часов ($20,9 \pm 3,5$)%. В подгруппе II-B продолжительность латентной фазы у подавляющего количества рожениц была меньше 8 часов ($84,7 \pm 5,3$)% и в 5,6 раза превышала количество рожениц, у которых продолжительность латентной фазы была 8-12 часов ($15,2 \pm 5,3$)%.

В подгруппе затянувшаяся активная фаза с 4 см продолжительность латентной фазы – 8-12 часов у 79% женщин против 15% ($p < 0,05$), в подгруппе затянувшаяся активная фаза с 6 см – менее 8 часов у 85% рожениц против 21% ($p < 0,05$), продолжительность активной фазы была более 4 часов у 100% рожениц в группе затянувшейся активной фазы.

В современной литературе широко обсуждается тема продолжительности родов, к началу XX века длительность родов у первородящих и повторнородящих составляла 20 часов и 13 часов соответственно, а к концу XX века – 13 часов и 7 часов соответственно. Авторы говорят, что в среднем каждые десять лет продолжительность родов у первородящих уменьшалась на 1 час, у повторнородящих - на 40 минут, и на сегодняшний день среднемировые значения длительности родов часто оказываются отправной точкой для принятия неправильных решений относительно тактики ведения конкретной роженицы.

Во всех группах затяжные роды наблюдались у рожениц в доношенном сроке гестации - 37-40 недель 6 дней.

Лечение затяжных родов в латентной и активной фазах проводилось амниотомией, окситоцином и комбинацией амниотомия плюс окситоцин.

В подгруппе затянувшейся латентной фазе до 4 см достоверно чаще роженицы (60 % против 9%, $p < 0,05$) получали окситоцин в чистом виде; в комбинации с амниотомией плюс окситоцин (22% против 10%, $p < 0,05$), каждой пятой проводили амниотомию (19% против 21%, $p > 0,05$), в подгруппе затянувшаяся латентная фаза до 6 см применялось нефармакологическое наблюдение в сравнении с остальными тремя подгруппами. В подгруппе затянувшаяся активная фаза с 4 см (42% против 17%, $p < 0,05$) рожениц получали окситоцин в чистом виде; в комбинации амниотомия плюс амниотомией (58% против 35%). В подгруппе затянувшаяся активная фаза с 6 см половине женщин проведена была амниотомия (48%).

В нашей работе, в группе с латентной фазой до 4 см применялась лечение с амниотомией и окситоцином 100%. В группе с латентной фазой до 6 см применялась выжидательное наблюдение, без медикаментов и вмешательств со стороны медицинского персонала родили 61% рожениц и 21% родили на фоне амниотомии, без окситоцина (81,4% родили без окситоцина).

Радзинский в монографии «Акушерская агрессия» (2017г) описывает результаты метаанализа, включившийся 14 исследований с участием 4893 женщин (Romano A., 2008), было подтверждено увеличение риска кесарева сечения при необоснованной амниотомии по сравнению с группой, где удалось сохранить целостность плодных оболочек, а так же исследования Т.В.

Златовратской (2008г), в котором 12,5% рожениц со слабостью родовой деятельности удается помочь амниотомией [1].

В клинической практике, когда существуют различные мнения среди акушеров-гинекологов об определении продолжительности родов и клинические решения относительно вмешательств могут отличаться, особенно те, которые могут повлиять на исходы родов. Во время проведения анализа исходов родов у рожениц с затяжными родами в латентную фазу до 4 см получены следующие результаты исходов: у 136 (58%) рожениц в последующем - активная фаза не затягивалась и роды произошли через естественные родовые пути при достижении эффекта от проводимой терапии окситоцином, а у 100 (42%) рожениц - роды закончились абдоминальным оперативным родоразрешением в латентную фазу до 4 см раскрытия маточного зева, когда роженица даже не вступила в активную фазу родов. Исходы при затяжной латентной фазе до 6 см: все роженицы находились под безмедикаментозным наблюдением при условии удовлетворительного состояния матери и плода - первородящие до 20 часов и повторнородящие до 16 часов. В последующем активная фаза прошла прогрессивно и роды произошли через естественные родовые пути, без применения терапии окситоцином у 56 (61%) рожениц и с применением амниотомии и окситоцина - у 24(26%) рожениц, а у 5 (5,4%) - роды закончились абдоминальным оперативным родоразрешением в активную фазу после 6 см раскрытия маточного зева.

Таким образом, при активной вмешательстве в подгруппе затянувшаяся латентная фаза родов до 4 см показатель кесарева сечения составил выше (42,4%) и операция была проведена в латентную фазу родов, когда женщина еще не вступила в активную фазу родов, а при выжидательном наблюдении в подгруппе затянувшаяся латентная фаза до 6 см кесарево сечение ниже, и составило 5,4% и оно проводилось в активную фазу родов.

Наши результаты сопоставимы с рекомендациями UNICEF, WHO, UNFPA, что во время родов процент кесарева сечения должен быть минимум 5%, для того, чтобы сохранить здоровье матери и ребенка и если выше 15%, то это указывает на ненадлежащий интранатальный уход (Obstetrics and gynaecology, 2010). Наши данные по выжидательной тактике также согласуются с литературными источниками, где указано, что у 75% рожениц с затяжной латентной фазой до 20 часов после окончания латентной фазы продолжается нормальная активная фаза и завершается нормальными родами.

Полученные результаты по латентной фазе до 4 см, совпадают с мнением экспертов ВОЗ, что при ранних вмешательствах при obstructивных родах прогноз является неблагоприятным, так как довольно часто от 35 до 80% случаев требуется оперативное кесарево сечение. (26,27,46).А также Richard Nauman (2010г) отмечает в своем источнике, что применение большого количества окситоцина в латентную фазу не приводит к увеличению вагинальных родов, а увеличивает частоту кесарева сечения на 10 %.

Brain Magowan et. al, (2009г) отмечают, что частота развития затяжной латентной фазы 2-5%, а затяжная активная фаза встречается в 20-30%. [43] При этом затяжная латентная фаза заканчивается в 75% самопроизвольным родоразрешением, в 10% инструментальным вагинальным родоразрешением и в 2% кесаревым сечением. В. Гинтаутас (2012г) пишет, что при затяжной латентной фазе родов показатель кесарева сечения в 2,5 раза больше, чем при нормальной ее продолжительности [25].

Исходы родов при затянувшейся активной фазе наблюдались высокий процент кесарева сечения – у каждой второй женщины (52,7%) – при ведении активной фазы родов с 4см в сравнении с роженицами, у которых активную фазу родов выставили с 6см, где кесарево сечение было произведено каждой третьей роженице (34,7%).

Brain Magowan et al (2009г) отмечают, что затяжная активная фаза заканчивается в 55% - самопроизвольными родами, в 30% - инструментальным вагинальным родоразрешением и в 15% -кесаревым сечением[43].

Исходя из полученных результатов, а именно превышение показателя кесарева сечения в 2-3 раза, мы подтверждаем опубликованные данные Фридмана: решение нужно принимать между 7 и 10 см при затяжной активной фазе, что связано с повышенным риском неспособности организма реагировать на окситоцин иэто ведет к трудностям в проведении вагинальных родах.

В подгруппе длатентная фаза до 4 см более благоприятные исходы - вагинальные роды - наблюдались в обеих подгруппах при немедикаментозном ведении 61% и амниотомии без использования окситоцина 20,6% при этом роды закончились вагинальным путем в 100% случаев. В подгруппе с активной фазой с 4 см более благоприятные исходы при лечении окситоцином в чистом виде 42%, при этом роды закончились вагинальным путем 65%, в подгруппе активная фаза с 6 см – при комбинированном лечении амниотомией плюс окситоцин 34,7, при этом вагинальным путем родили в 75%. Отмечено, что при лечении амниотомия плюс окситоцин во всех изучаемых группах вагинальные роды закончились с помощью вакуум-экстракции плода у 70 (22,3%) рожениц.

В XXI веке большинство акушеров считают неправильными одновременные амниотомию и инфузию окситоцина, поскольку этот метод агрессивен нарушает маточно-плацентарный кровоток. Ведение окситоцина можно начинать, если родовая деятельность не усилилась в течение 2-3ч после амниотомии. Описываются данные, что родоусиление окситоцином должно проводиться на фоне КТГ плода, для исключения быстрых или стремительных родов, и в противном случае, без кардиотокографии. Частота быстрых и стремительных родов превышает 40% и одновременно растет количество новорожденных в асфиксии [2].

В нашем исследовании показаниями к кесареву сечению при неудовлетворительном прогрессе родов были: отказ от родоусиления, отсутствие эффекта от родоусиления, угрожающее состояние плода, неправильное вставление головки плода, тазо-головная диспропорция.

В первой группе в подгруппе I-A показанием для кесарева сечения на первом месте было - у половины рожениц 49% - угрожающее состояние плода, на втором месте – отсутствие эффекта от родоусиления в 38% случаев, на третьем месте – отказ от родоусиления – в 13% случаев. В подгруппе I-B – 100% рожениц прооперированы по поводу угрожающего состояния плода.

Во второй группе в подгруппе активная фаза 4см прооперированы по поводу тазо-головной диспропорции почти половина всех рожениц - 48,5%, одна треть рожениц взяты на операцию кесарева сечения в связи отсутствием эффекта от родоусиления – 32,3%, у каждой пятой роженицы показанием было угрожающее состояние плода – 19,1%. В подгруппе II-B подавляющее большинство рожениц прооперировано по поводу тазо-головной диспропорции – 93,7%, угрожающее состояние плода стало показанием только в 1 случае – 6,3%.

Yvonne Chenr et al.,(2010 г) в своем исследовании показали, что у рожениц, у которых длительность первого периода родов составила 30 ч, роды заканчивались оперативным путем в 25% и вагинальным путем в 75%, и, наоборот, при нормальной продолжительности первого периода родов кесарево сечение потребовалось в 5%. Из всех женщин, которые были прооперированы, показаниями были в 72% - отсутствие эффекта от окситоцина, у 13% - неудачные попытки наложения щипцов и вакуума, и у 14% - хориамнионит, угрожающее состояние плода, выпадение пуповины, неправильное вставление головки плода[60].

Полученные данные сопоставимы с данными ВОЗ (2015г) о том, что кесарево сечение - одна из самых распространённых операций в мире, где показатели продолжают расти. Показаниями для кесарева сечения при слабости родовой деятельности были отсутствие эффекта от родостимуляции окситоцином (35,4%), нарушения частоты сердечных сокращений плода (27,3%) и неправильное вставление головки плода (18,5%), хотя частота для каждого показания варьировалась в зависимости от паритета. Среди рожениц, у которых наблюдался неудовлетворительный прогресс родов в виде слабости родовой деятельности не было дальнейшего прогрессирования родов у 42,6% первородящих и 33,5% повторнородящих больше 5 см раскрытия маточного зева в родах.[26,27]

В подгруппе латентная фаза 4см кесарево сечение проводилось в латентную фазу родов, не вступая в активную фазу родов в сравнении с подгруппой латентная фаза 6см, где операция была произведена, когда у роженицы установилась родовая деятельность в активную фазу.

В подгруппе активная фаза 4см кесарево сечение проводилось на 9-10 см, а в подгруппе активная фаза 6см – на 7-8 см.

В монографии «Оперативное акушерство Манро Керра» (2015г), авторы утверждают, что нормальное прогрессирование раскрытия маточного зева приблизительно происходит до 7 см, после чего этот процесс прекращается или замедляется. Это происходит часто вследствие неправильного вставления или несоответствия головки плода и таза матери, особенно у повторнородящих.

Однако у первородящих это может быть результатом комбинации относительного несоответствия размеров и неэффективных схватки разгибания головки плода. В этих случаях оправдана осторожная стимуляция окситоцином, так как хорошие маточные сокращения будут способствовать сгибанию и повороту головки[1].

В первой группе в обеих подгруппах кесарево сечение было 100 % у первородящих рожениц.

Во второй группе в подгруппе активная фаза 4см кесарево сечение было в 80,8% у первородящих рожениц, а у повторнородящих - 17,6%; в подгруппе активная фаза 6см кесарево сечение было в 12,5% у первородящих женщин, а у повторнородящих - 87,5%.

В первой группе кесарево сечение было 100% у первородящих рожениц, а во второй группе кесарево сечение были больше у первородящих в подгруппе активная фаза 4см, а у повторнородящих больше было во второй подгруппе активная фаза 6см.

По литературным данным первичное кесарево сечение составило 30,8% для первородящих женщин и 11,5% для повторнородящих женщин [64].

По данным ВОЗ (2014г) из всех первичных кесаревых сечений 45,6% были выполнены первородящим женщинам в срок с одноплодной беременностью в головном предлежании [9].

Проанализированы исходы родов в зависимости от длительности введения окситоцина. Из получавших окситоцин 2-4 часа в подгруппе латентная фаза 6см закончились через естественные родовые пути в 1,9 раз выше в сравнении с подгруппой латентная фаза 4см, где 10,9% роженицам окситоцин вводился 4-6 часов в этой же подгруппе. Кесарево сечение произведено роженицам в подгруппах латентной фазы одинаково проводилось введение окситоцина 2-4 часов, а 21,8% окситоцин вводился в течение 4-6 часов только в подгруппе латентная фаза 4см.

Во второй группе вагинальные роды произошли при продолжительности введения окситоцина 2-4 часа в 8,5 раз выше, чем в подгруппе активная фаза 6см. Кесарево сечение было произведено при продолжительности введения окситоцина до 4 часов только в подгруппе активная фаза 6см у 45,7% рожениц и в подгруппе активная фаза 4см в 3,2 раза выше при длительности введения окситоцина 4-6 часов в сравнении с подгруппой активная фаза 6см.

Радзинский (2017г) описывает, что необоснованная родостимуляция (введение окситоцина в 45-60% родов, амниотомия без реальных показаний), приводит к 25% ненужных кесаревых сечений - и 15% женщин, которым при высоком перинатальном риске операция проведена не была [2].

Проанализировав роды с осложнением в подгруппе латентная фаза 4см в 6,8 раз достоверно выше, чем в подгруппе латентная фаза 6см. В подгруппе активная фаза 4см в 6,8 раз достоверно выше чем в 7,4% раз в подгруппе активная фаза 6см.

В подгруппе с латентной фазой 4 см на первом месте находились родовые травмы матери (разрывы шейки матки, разрывы промежности) – 84%, на

втором месте – кровотечения 45,8%, на третьем месте – дистресс плода 27%. В подгруппе латентная фаза 6 см на первом месте – дистресс плода – 77,7%, по поводу чего были сделаны эпизиотомии, на втором месте – кровотечения 22,2%, на третьем месте – разрывы промежности 11,1%. В подгруппе активная фаза 4 см на первом месте – родовой травматизм матери 35,4%, на втором месте – дистресс плода 20,0%, на третьем месте – хориоамнионит 11,1%, на четвертом месте – кровотечения 8,8%. В подгруппе активная фаза 6см на первом месте – дистресс 100%, на втором месте хориоамнионит и кровотечения по 66,6%.

Интраоперационные осложнения при затяжных родах составило 28,3%. Среди интраоперационных осложнений основным явилось кровотечение более 1 литра – 37 из 100 (37%) в подгруппе латентная фаза 4см, в сравнении с подгруппой латентная фаза 6см 2 из 5 (40%). По поводу чего проводили хирургический гемостаз – наложение швов по Би-Линч и О-Лири в 9 случаев в подгруппе латентная фаза 4см. В подгруппе активная фаза 4 см в 4 раз больше осложнения интраоперационные, за счет кровотечения более 1 литра в 16 случаев 23,5%, по поводу чего сделано Би-Линч, О Лири -3 (4,4%) и ранение мочевого пузыря в 1(1,4%) случае в сравнении с подгруппой с активной фазы 6 см кровотечение более 1 литра в 1 случае (6,2%).

В подгруппе латентная фаза 4см осложнения в послеродовом периоде было выше в 2,9 раз, за счет лохиометра 40,0% в сравнении с подгруппой латентная фаза 6смза счет лактостаза 60,0%; в подгруппе активная фаза 4см осложнения в послеродовом периоде было в 1,2 раз выше, за счет лактостаза 46,8%, лохиометра 40,6% в сравнении с подгруппой активная фаза 6смза счет лактостаза 53,8% и лохиометра 23,0%.

В подгруппе латентная фаза 4 см осложнения в послеоперационном периоде было (85%), за счет инфильтрата послеоперационной раны (36,4%) в сравнении с подгруппой латентная фаза 6см осложнения не наблюдаются; в подгруппе активная фаза 4см осложнения в послеоперационном периоде было 1,5 раз выше, за счет лохиометра (18,1%), подапоневротической гематомой (13,6%) достоверно чаще в сравнении с подгруппой активной фазой 6см осложнения в послеоперационном периоде были инфильтраты послеоперационной раны (28,5%) и эндометрита (28,5%).

Yvonne Chenr, et al (2010г) в своем исследовании показали, что у рожениц, у которых длительность первого периода родов составила 30 ч, роды заканчивались оперативным путем в 25% и вагинальным путем в 75%, и, наоборот, при нормальной продолжительности первого периода родов кесарево сечение потребовалось в 5%. У женщин с длительным прогрессом первого периода родов не было высокой частоты тяжелых разрывов промежности -9,4%, но у них чаще наблюдались кровотечения - 14,0%, хориоамнионит - 23,5% и эндометрит - 3,2% [60]

В подгруппе латентная фаза 4см родильницы с осложненным течением послеродового периода в 4,7 раз на 4-5 сутки, на 6-7 сутки в 1,4 раза больше, а также в этой же подгруппе наблюдались выписки на 8-10 сутки и более выписывались при вагинальных родах в сравнении с подгруппой латентная

фаза 6см. В подгруппе активная фаза 4см родильницы с осложненным течением послеродового периода в 1,5 раз на 4-5 сутки, на 6-7 сутки в 1,7 раза больше, выписывались при вагинальных родах в сравнении с подгруппой активная фаза 6см.

Исследователь Mikki (2007) представил дополнительную информацию о продолжительности пребывания в больнице, которая была разделена на блоки часов до 24 часов, а затем на группу женщин, пребывание в больнице которых превышало 24 часа. Нет информации о количестве дней в общей сложности, и, следовательно, не вычислена средняя длительность пребывания в стационаре. Поэтому автор не может представить эти данные полезным образом, так как исследования были преимущественно одноцентровыми ($n = 11$), хотя большинство из них проводилось в Великобритании, США и Канаде[59].

Новорожденные оценивались по шкале Апгар с удовлетворительным состоянием 7-10 баллов большинство детей 495 (98,4%)

В первой подгруппе латентная фаза 4см дети рождались с асфиксией умеренной и тяжелой в 4-х случаях ($1,69 \pm 0,8$) в сравнении с подгруппой латентная фаза 6см не было. Наши результаты подтверждают данные исследований, результаты которых говорят о том, что длительная латентная фаза родов не влияет на уровень перинатальной заболеваемости и смертности, а также на вероятность развития каких-либо осложнений родовой деятельности. А также наши данные идут в разрез с данными некоторых исследований, в которых при длительной латентной фазе родов происходило значительное увеличение частоты родоразрешения путем операции кесарева сечения и была снижена оценка по шкале Апгар на 5-й минуте жизни для первородящих и повторнородящих женщин. Полученные в вышеописанных исследованиях данные не позволили сделать выводы, и осталось неясным, являются ли эти неблагоприятные последствия результатом длительной латентной фазы или предпринимаемых по этому поводу необоснованных врачебных вмешательств [61,62,63].

Рождение новорожденных в зависимости от исхода родов различные: только в подгруппе латентная фаза 4см родились с асфиксией. Умеренная асфиксия в 2 случаях родились вагинальным путем, а с асфиксией тяжелой степени родился один новорожденный с вагинальным родоразрешением и в 1 случае путем кесарева сечения. В подгруппе активная фаза 4см дети родились с асфиксией умеренной в 2 случаях вагинальным путем в сравнении с подгруппой активная фаза 6см в одном случае. Так же в одном случае родился ребенок в асфиксии тяжелой в подгруппе активная фаза 6см.

В подгруппе латентная фаза 4см дети с асфиксией умеренной рождались в 1 случае с продолжительностью ведения окситоцина 2-4 баллов, а 4-6 часов - 1 ребенок родился в асфиксии умеренной и 2 родились с продолжительностью ведения 4-6 и более часов. В подгруппе активная фаза 4см дети с асфиксией умеренной родились в 1 случае с продолжительностью ведения окситоцина 2-4 баллов и в 1 случае с продолжительностью 4-6 ч, и 1 новорожденный с тяжелой асфиксией с продолжительностью ведения 4-6 часов.

Во всех группах новорожденные без патологии родились - 393 (78,3%), с осложнением родились - 110 (21,7%)

В первой подгруппе латентная фаза бсм в 1,3 раза выше дети рождались без патологии в сравнении с подгруппой латентная фаза 4см. В подгруппе активная фаза бсм в 1,4 раза выше дети рождались без патологии в сравнении с подгруппой активная фаза 4см. В первой подгруппе активная фаза 4см в 10,5 раза выше дети рождались с осложнениями в сравнении с подгруппой латентная фаза бсм. В подгруппе активная фаза 4см в 2,5 раз выше дети рождались с осложнениями в сравнении с подгруппой активная фаза бсм.

Осложнения в подгруппе латентная фаза 4см были: на первом месте кефалогематома 22 (42,3%), на втором и третьем месте одинаково наблюдается неонатальная желтуха - 8 (15,3%) и респираторные нарушения -8 (15,3%), в сравнении с подгруппой латентная фаза бсм на первом месте наблюдается только кефалогематома (2) 100,0%;

Осложнения во второй подгруппе активная фаза 4см были: на первом месте кефалогематома-25 (51,0%), на втором месте перинатальные поражения центральной нервной системы- 8(13,3%), на третьем месте врожденная пневмония, неонатальная желтуха и респираторные нарушения-4 (8,1%), в сравнении с подгруппой активная фаза бсм были: на первом месте кефалогематома – 5 (71,4±17,0)% и синдром аспирации меконий-1 (14,2±13,2)%.

Во всех подгруппах в большинстве случаев встречается кефалогематома.

Владас Гинтаутас в «Избранных вопросах перинатологии» излагает данные о том, что при длительной латентной фазе состояние новорожденного чаще всего не ухудшается[25].

Yvonne Chenr, Eplison S.Bruant, Aaron B, Kokhi (2010г) в своем исследовании выявил следующие осложнения со стороны плода при пролонгированной латентной фазе – оценка по шкале Апгар на 5 минуте меньше 7 баллов - 4,1%, рН меньше 7,0-1,0%, аспирация меконием - 0%, неонатальный сепсис - 0,2%, дистоция плечиков - 0,7%, травматизм- 0%, интенсивную терапию получали 9,8% [60].

В наших исследованиях как асфиксии новорожденных, так и осложнения превалируют в подгруппах с латентной и активной фазы 4см.

Полученные нами результаты позволили сделать нам следующие выводы и рекомендации.

ВЫВОДЫ

1. Динамика частоты неудовлетворительного прогресса родов позволила заключить, что в течение 5 лет возросла частота кесарева сечения за счет затяжных родов в 2 раза, что явилось обоснованием для проведения научного исследования.
2. Поступление рожениц с 2-мя см раскрытия маточного зева (80% против 29%, $p < 0,05$) приводила к ранней диагностике затянувшейся латентной фазы родов (62% против 18%, $p < 0,05$).
3. Установлена зависимость между диагностикой затяжной латентной фазы до 4 см и частотой кесарева сечения (62% против 18%, $p < 0,05$), чем раньше был выставлен диагноз, тем выше процент кесарева сечения (42% против 5,4% $p < 0,05$).
4. Установлена зависимость между диагностикой латентной фазой до 4 см и характером проведенных лечебных мероприятий: чем раньше был диагностирован диагноз, тем достоверно чаще проводилась стимуляция родовой деятельности окситоцином (81% против 18%, $p < 0,05$), при более поздней установке (6 см) преобладало безмедикаментозное наблюдение (61%).
5. При постановке диагноза затяжных родов в группе латентной фазы до 4 см возрастали осложнения в родах (70% против 10%, $p < 0,01$), а так же асфиксия новорожденных (1,6 % против 0%). В затяжной активной фазе с 4 см возрастали осложнения в родах (74% против 10%, $p < 0,01$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

С целью снижения кесарева сечения рекомендуется безмедикаментозное наблюдение до 6 см раскрытия шейки матки с оценкой состояния роженицы и плода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Томас Ф. Баскетт, Эндрю А. Калдер, Сабаратнам Арулкумаран. Оперативное акушерство Манро Керра 100 лет изданию Москва 2015 год, стр 19-33
2. Радзинский В.Е. «Акушерская агрессия» v2,0, 2017г. глава 7 акушерская агрессия в родблоке, стр. 475-501.
3. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth A guide for midwives and doctors, WHO 2007).
4. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2007;187:824–8.
5. Zhang J, Troendle J, Reddy UM, Laughon SK, Branch DW, Burkman R, et al. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. Consortium on Safe Labor. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:326.e1–10.
6. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990–2014. *PLoS ONE*. 2016; 11(2):e0148343. P mid: 26849801
7. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1281.
8. РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК): Клинические протоколы МЗ РК – 2017. Использовано с сайта <https://diseases.medelement.com/disease/>
9. 7МО «Неудовлетворительный прогресс родов» Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015 г.
10. Gifford CD, Villano KS, Lo JY, Alexander JM, et al. A dose-finding study of oral misoprostol for labor augmentation. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204:560.e1
11. Lim G, Farrell LM, Facco FL, Gold MS, Wasan AD. Labor analgesia as a predictor for reduced postpartum depression scores: a retrospective observational study. *Anesth Analg* 2018;126:1598–605.
12. Затяжные и обструктивные роды. Клинический протокол. Бишкек -2015.
13. Suzuki R, Horiuchi S, Ohtsu H. Evaluation of the labor curve in nulliparous Japanese women. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:226.e1.
14. Laughon SK, Branch DW, Beaver J, Zhang J. Changes in labor patterns over 50 years. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:419.e1.
15. Lavender T, Hart A, Smyth R. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7:CD005461
16. Brain Magowan, Philip Owen, James Drife *Clinical obstetrics gynaecology* 2012г 203:326.e1–10
17. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 5:CD002006.
18. Eslamian L, Marsoosi V, Pakneayat Y. Increased intravenous fluid intake and the course of labor in nulliparous women. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 93:102

19. Williams Obstetrics-19-Edition, 2007. Chapter Dystocia Due Abnormalities in Presentation, Position, Or Development of the Fetus - 493 Chapter 21. Dystocia Due to Pelvic Contraction, 529.
20. Obstetric Evidence Based Guidelines/Edited by Vincenzo Berghella MD FACOG, Philadelphia, PA, USA. First published in the United Kingdom in 2007, 235 pp ... «cephalopelvic disproportion, dystocia, etc».
21. Robert M Ehsanipoor, MD, Charles J Lockwood, MD, Vanessa A Barss, MD, “Overview of normal labor and protraction and arrest disorders”; Sep 18, 2013. www.uptodate.com/store
22. Радзинский, В. Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца / В. Е. Радзинский, С. А. Князев, И. Н. Костин. – Москва: Эксмо, 2009. – 288 с.
23. Подтетенев А. Д. Аномалии родовой деятельности: учебное пособие / А. Д. Подтетенев, Н. В. Стрижова. – Москва: МИА, 2006. – 128 с.
24. Айламазян В. Е. Акушерство национальное руководство 2014 г.
25. Под редакцией Р.Й. Надишаускене. Избранные вопросы перинатологии. Владас Гинтаутас Обструктивные роды. 2012 год, стр. 367-389.
26. Zhang's guideline to assess labour progression Susanne Grylka-Baeschlin Declan Devane Published: December 20, 2018 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32274-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32274-8).
27. The frequency of intrapartum caesarean section use with the WHO partograph versus Zhang's guideline in the Labour Progression Study (LaPS): a multicentre, cluster-randomised controlled trial Stine Bernitz, PhD Rebecka Dalbye, MSc Prof Jun Zhang, PhD Prof Torbjørn M Eggebø, PhD Kathrine F Frøslie, PhD Inge Christoffer Olsen, PhD et al. Show all authors Published: December 20, 2018 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31991-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31991-3)
28. Normal labor. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY, Sheffield JS, editors. Williams obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014 p. 433.
29. Neal JL, Lamp JM, Buck JS, Lowe NK, Gillespie SL, Ryan SL. Outcomes of nulliparous women with spontaneous labor onset admitted to hospitals in preactive versus active labor. *J Midwifery Womens Health* 2014;59:28–34.
30. Chanrachkul NO, Kominiarek MA, Zhang J, Vanveldhuisen P, et al. Contemporary labor patterns: the impact of maternal body mass index. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:244.e1.
31. Tilde MJ, Paech MJ. Analgesia for childbirth: modern insights into an age-old challenge and the quest for an ideal approach. *Pain Manag* 2014;4:69–78.
32. Nyflot LT, Stray-Pedersen B, Forsen L, Vangen S. Duration of labor and the risk of severe postpartum hemorrhage: a case-control study. *PLoS One* 2017;12: e0175306.
33. Borenstein M, Higgins JP, Hedges LV, Rothstein HR. Basics of meta-analysis: I 2 is not an absolute measure of heterogeneity. *Res Synth Methods* 2017;8:5–18.
34. Pettersson FD, Hellgren C, Nyberg F, Akerud H. Depressed mood, anxiety, and the use of labor analgesia. *Arch Women's Ment Health* 2016;19:11–6.

35. Namazi M, Amir Ali Akbari S, Mojab F, Talebi A, Alavi Majd H, Jannesari S. Effects of citrus aurantium (bitter orange) on the severity of first-stage labor pain. *Iran J Pharm Res* 2014;13:1011–8.
36. Oladapo OT, Souza JP, Fawole B, Mugerwa K, Perdoná G, et al. (2018) Progression of the first stage of spontaneous labour: A prospective cohort study in two sub-Saharan African countries. *PLOS Medicine* 15(1): e1002492. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002492>
37. Selin DS, Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstet Gynecol* 2007;105:77–9.
38. Nelson DB, McIntire DD, Leveno KJ. Relationship of the length of the first stage of labor to the length of the second stage. *Obstet Gynecol* 2013; 122:27.
39. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;CD000331.
40. Costley PL, East CE. Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7:CD0092
41. Enyon S, Tokumasu H, Dowswell T, et al. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7:CD007201
42. Wei S, Wo BL, Qi HP, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; CD006794.
43. Brain Magowan. Philip Owen. James Drife *Clinical obstetrics gynaecology*. 2009/
44. Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Valentini G, Garassino A, Farcomeni A. Multidimensional evaluation of pain during early and late labor: a comparison of nulliparous and multiparous women. *Int J Obstet Anesth* 2010;19:167–70.
45. The impact of partogram use on outcomes in women in spontaneous work in the future. Lavender T1, of Maps A, Smith RM *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul 10; (7): CD005461. doi: 10.1002 / 14651858.CD005461.pub4.
46. Prof Ties Boerma, PhD, Carine Ronsmans, DrPH• Dessalegn Y Melesse, PhD Prof Aluisio J D Barros, PhD Fernando C Barros, MD Prof Liang Juan, MD et al. «Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections» Published: October 13, 2018 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
47. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstetric Care Consensus No. 1*. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ObstetGynecol* 2014; 123:693–711.
48. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD006167.
49. Eslamian L, Marsoosi V, Pakneeyat Y. Increased intravenous fluid intake and the course of labor in nulliparous women. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 93:102

50. Brancato RM, Church S, Stone PW. A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37:4.
51. Shrivastava VK, Garite TJ, Jenkins SM, et al. A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:379.e1.
52. Cheng YW, Shaffer BL, Bryant AS, Caughey AB. Length of the first stage of labor and associated perinatal outcomes in nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1127.
53. Cheng YW, Hopkins LM, Laros RK Jr, Caughey AB. Duration of the second stage of labor in multiparous women: maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196:585.e1.
54. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD007123.
55. Wei SQ, Luo ZC, Xu H, Fraser WD. The effect of early oxytocin augmentation in labor: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2009; 114:641.
56. Nystedt L, Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ* 2009;339:b2535.
57. Perry R, Terry R, Watson LK, Ernst E. Is lavender an anxiolytic drug. A systematic review of randomised clinical trials. *Phytomedicine* 2012;19:825.
58. Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstet Gynecol*. 2012 Nov;120(5):1181-93
59. Mikki KD, Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; CD003766.
60. Yvonne Chenr, Eplison SBruant, AaronB, Kokhi The duration of the first stage of labor and related therapytonon-perinatal outcome sinun born women. (2010r)
61. Robinson BK, Mapp DC, Bloom SL, et al. Increasing maternal body mass index and characteristics of the second stage of labor. *Obstet Gynecol* 2011; 118:1309.
62. Wood AM, Frey HA, Tuuli MG, Caughey AB, Odibo AO, Macones GA, et al. Optimal admission cervical dilation in spontaneously laboring women. *Am J Perinatol* 2016;33:188–94.
63. Акушерство. Национальное руководство/Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой/ Глава 52. Патологическиероды. - Изд «ГЕОТАРМедиа», 2009 – с. 618-668.
64. Lavender T, Hart A, Smyth RM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7:CD005461.
65. Monika Pikkoli, Giorgio Tamburlini “Обеспечение безопасной беременности: инструмент для оценки качества стационарной помощи матерям и

- новорожденным” ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.
66. Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration; 2011.
67. Obstetrics and gynaecology, 2010 David M. Luesley and Philip N. Baker.
68. Up To Date Overview of normal labor and protraction and arrest disorders Apr 2014
69. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. CochraneDatabaseSystRev 2013; 6:CD006167.
70. Robinson BK, Mapp DC, Bloom SL, et al. Increasing maternal body mass index and characteristics of the second stage of labor. Obstet Gynecol 2011; 118:1309.
71. Myles VG, Joseph RM, Fernandes P. Effectiveness of jasmine oil massage on reduction of labor pain among primigravida mothers. Nitte Univ J Health Sci 2013;3:104–7.