

Клинические рекомендации

Аномалии родовой деятельности

МКБ-10: O62, O63, O75.8

Год утверждения: **202**

Год пересмотра: **202**

ID:

URL

Возрастная группа: **Взрослые / дети**

Профессиональные ассоциации:

- **ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)**

Оглавление

Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).	8
1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	9
1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)..	9
1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	10
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	11
2.1. Жалобы и анамнез	11
2.2. Физикальное обследование.....	
Ошибка! Закладка не определена.	
2.3. Партограмма	13
2.4. Лабораторные диагностические исследования	133
2.5. Инструментальные диагностические исследования	133
2.6. Иные диагностические исследования.....	144
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	144
3.1. Медикаментозная терапия	144
3.2. Хирургическое лечение.....	17
3.3. Иное лечение	18

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.....	18
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	18
6. Организация оказания медицинской помощи	18
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	189
Критерии оценки качества медицинской помощи	19
Список литературы.....	19
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	24
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	27
Приложение А3.	29
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	29
Приложение В. Информация для пациента	30
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	31

Список сокращений

АРД - аномалия родовой деятельности

ДРД - дискоординация родовой деятельности

СРД - слабость родовой деятельности

ЭА – эпидуральная анестезия

Термины и определения

Аномалия родовой деятельности (АРД) - патологическое замедление, остановка или чрезмерно быстрое раскрытие шейки матки (маточного зева) и/или продвижение плода вследствие нарушения сократительной функции матки в родах (тонуса миометрия, силы, продолжительности и ритмичности схваток/потуг).

Слабость родовой деятельности (СРД) - форма АРД, при которой интенсивность, продолжительность, частота и периодичность схваток недостаточны, а процессы сглаживания, раскрытия шейки и продвижение предлежащей части протекают замедленными темпами. СРД является наиболее часто встречающейся аномалией родовой деятельности.

«Стремительные», «быстрые роды» или **«очень быстрые»** роды - строго не разграничиваются друг от друга, и небольшие различия в периодах их продолжительности малосущественны. Определения стремительных и быстрых родов применяются как синонимы, роды продолжаются 2-3 ч. В англоязычной литературе - роды, обычно общей продолжительностью менее 3-4 часов.

Дискоординация родовой деятельности (ДРД) – это вид аномалий родовой деятельности, при которой нарушаются координированные сокращения между верхними и нижними отделами или между всеми отделами матки.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Аномалия родовой деятельности (АРД) - патологическое замедление, остановка или чрезмерно быстрое раскрытие шейки матки (маточного зева) и/или продвижение плода вследствие нарушения сократительной функции матки в родах (тонуса миометрия, силы, продолжительности и ритмичности схваток/потуг).

В иностранной литературе для описания АРД используют словосочетание Labor dystocia (дистоция родов), а также термины: inefficient uterine contractions (неэффективность схваток), failure to progress (неуспех прогресса родов), protracted or arrested labor (замедление или остановка родов), prolonged labor (затянувшиеся роды), dysfunctional labor (дисфункциональные роды), inadequate expulsive effort—ineffective pushing (неэффективность потуг), protracted or arrested descent (замедление или остановка продвижения плода).

В отечественной литературе выделялся вариант нарушения сократительной деятельности матки - патологический прелиминарный период (ППП). Данным термином обозначалась активация несбалансированной сократительной активности матки на фоне повышенной возбудимости и тонуса миометрия в доношенном сроке беременности [1]. При этом схватки болезненные, долгое время носят нерегулярный характер (более 24 часов), не сопровождаются адекватными структурными изменениями шейки матки и опусканием предлежащей части плода в таз, нарушают психоэмоциональное состояние беременной. Однако в международной классификации болезней патологический прелиминарный период как самостоятельный вид патологии сократительной деятельности матки не квалифицируется. Подобная активация сократительной деятельности матки при доношенной беременности рассматривается как вариант «ложных родов» (false labor) или затянувшаяся часть их латентной фазы (prolonged latent phase of labor) [2].

Слабость родовой деятельности (СРД) - форма АРД, при которой интенсивность, продолжительность, частота и периодичность схваток недостаточны, а процессы сглаживания, раскрытия шейки и продвижение предлежащей части протекают замедленными темпами. СРД является наиболее часто встречающейся аномалией родовой деятельности.

Слабость потуг (Delaying maternal pushing/ laboring down) - (первичная или вторичная) характеризуется их недостаточностью вследствие слабости мышц брюшного пресса или утомления [3].

«Стремительные», «быстрые роды» или «очень быстрые» роды (uterine hyperstimulation, hypercontractility, и excessive uterine activity) - строго не разграничиваются друг от друга, и небольшие различия в периодах их продолжительности малосущественны. Понятия стремительных и быстрых родов применяются как синонимы, роды продолжаются 2-3 ч. В англоязычной литературе (precipitate descent, Precipitous labor или Short labor) - роды, общей продолжительностью менее 3-4 часов [4][5][6].

Дискоординация родовой деятельности (ДРД) (Asymmetrical Uterine Contraction/ Incoordinate uterine action/ Uncoordinated Uterine Action/ Colicky uterus/ Hyperactive lower uterine segment/ Constriction ring) - аномальная родовая деятельность, при которой нарушаются координированные сокращения между верхними и нижними отделами, или между всеми отделами матки [7][8].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Причины нарушения родовой деятельности многочисленны, основными являются:

- чрезмерное нервно-психическое напряжение (волнение, отрицательные эмоции, неблагоприятные следовые реакции) [9][10];
- эндокринные и обменные нарушения в организме беременной [11];
- патологическое изменение миометрия: эндомиометрит, склеротические и дистрофические изменения, неполноценный рубец на матке, пороки развития, гипоплазия матки [12];
- перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия, крупного плода [13];
- генетическая (врожденная) патология миоцитов, при которой отсутствует или резко снижена возбудимость клеток миометрия [14][15][16];
- возраст первородящей 30 лет и старше и юный возраст (до 18 лет) [17][18];
- механические препятствия для раскрытия шейки матки и продвижения плода [1];
- ятрогенные факторы: необоснованное или чрезмерное применение родостимулирующих, токолитических, спазмолитических и анальгезирующих средств [19][20].

При аномалиях родовой деятельности в матке дезорганизуется проводящая система, построенная на щелевых контактах с межклеточными каналами. Нарушение в проводящей системе и смещение центра образования и генерации электрических импульсов («водитель ритма» схваток) ведет к некоординированной, асинхронной родовой деятельности, когда отдельные зоны миометрия сокращаются и расслабляются в разном ритме и в разные временные отрезки, что сопровождается резкой болезненностью схваток и отсутствием прогресса родов.

Одним из важных звеньев патогенеза слабости родовой деятельности является гипокальциемия. Ионы кальция играют главную роль в передаче сигнала с плазматической мембраны на сократительный аппарат гладкомышечных клеток. Для мышечного сокращения необходимо поступление ионов кальция из внеклеточных или внутриклеточных запасов. С обменом ионов кальция тесно связан обмен цАМФ в мышцах. При слабости родовой деятельности имеет место снижение цАМФ, угнетение цикла трикарбоновых кислот, повышение содержания в миоцитах лактата и пирувата. В патогенезе слабости родовой деятельности играет роль снижение образования α -адренорецепторов, ослабление функции адренергического механизма миометрия, снижение эстрогенного баланса. Уменьшение «плотности» специфических α - и β -адренорецепторов делает миометрий малочувствительным к утеротоническим веществам. Нарушение кровотока в миометрии, которое сочетается с гипотонической и/или гипертонической дисфункцией матки, иногда приводит к столь глубоким метаболическим расстройствам, что может произойти разрушение синтеза α - и β -адренорецепторов [21]. Развивается упорная инертность матки, резистентная к родостимуляции [22].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Частота АРД в зависимости от использованного определения колеблется от 5,8 до 37% [23][24][25][26][27].

По данным Минздрава России (основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в РФ за 2021г) частота нарушений родовой деятельности в РФ составляет 7,6%. Удельный вес слабости родовой деятельности 67,9%, дискоординации родовой деятельности 16,2%, стремительных родов 15,9% [28].

В связи с аномалией родовой деятельности проводится 25-55% первичных операций кесарева сечения [3].

Увеличение продолжительности родов при раскрытии от 4 до 6 см более 10 часов (что составляет 90 перцентиль), ассоциировано с повышением частоты кесарева сечения ОШ 2,05 (95% ДИ 1,67-2,52), акушерских и неонатальных осложнений ОШ 1,48; (95% ДИ 1,10-2,00) и ОШ 1,92 (95% ДИ 1,52-2,4) [29][30].

Увеличение продолжительности второго периода родов на каждый последующий час ассоциировано с повышением риска акушерского повреждения анального сфинктера ОР 1,21, (95% ДИ 1,16-1,25), эпизиотомии ОР 1,48 (95% ДИ 1,45-1,52) и послеродового кровотечения ОР 1,27 (95% ДИ 1,25-1,30 [31], инструментального родоразрешения ОР 3,93 (95%ДИ 3,62-4,25) и экстренного кесарева сечения ОР 9,08 (95%ДИ 8,00-10,29) [32].

Увеличение продолжительности потужного периода родов с 15 до 60 минут увеличивает частоту ацидоза новорожденных с 0,57 до 1,69% ОР 2,55 (95%ДИ 1,51-4,30) [33].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

О62.0 Первичная слабость родовой деятельности

О62.1 Вторичная слабость родовой деятельности

О62.2 Другие виды слабости родовой деятельности

О62.3 Стремительные роды

О62.4 Гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки:

О62.8 Другие нарушения родовой деятельности

О62.9 Нарушение родовой деятельности неуточненное

О63 Затяжные роды

О63.0 Затянувшийся первый период родов

О63.1 Затянувшийся второй период родов

О63.9 Затяжные роды неуточненные

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) [34][35].

- первичная слабость родовой деятельности;
- вторичная слабость родовой деятельности;
- чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки);

- дискоординация родовой деятельности (гипертоническая дисфункция матки), тетанус матки.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Первичная слабость родовой деятельности - данная аномалия возникает с самого начала родов и продолжается в течение периода раскрытия и до окончания родов. По мере прогрессирования родов сила, продолжительность и частота схваток не нарастают или нарастают незначительно. Схватки носят регулярный характер, безболезненные или малоболезненные, так как тонус миометрия снижен. Схватки могут быть удовлетворительной силы, но очень редкими или же, наоборот, частыми, но слабыми и короткими. Более благоприятны для исхода родов редкие, но удовлетворительной силы схватки. Отмечается длительное стояние головки в плоскости входа в малый таз. Плодный пузырь вялый, плохо наливается во время схватки. При его отсутствии происходит замедляется продвижение головки по родовым путям. При повторном влагалищном исследовании динамики раскрытия шейки матки не отмечается, края шейки матки не податливы, плохо растягиваются силой схватки.

Вторичная слабость родовой деятельности - вторичная слабость родовой деятельности часто становится продолжением первичной, но чаще всего развивается в активную фазу родов или во втором периоде родов. Схватки в начале родов достаточно сильные, продолжительные и частые, становятся слабее и короче, а паузы между схватками длиннее, иногда схватки совсем прекращаются. Раскрытие маточного зева замедляется или останавливается. Продвижение предлежащей части плода по родовому каналу также замедляется или прекращается. Особое внимание заслуживает «слабость потуг», состояние, при котором ослабление родовой деятельности во втором периоде родов возникает в результате слабости мышц передней брюшной стенки или общего утомления роженицы.

Чрезмерно сильная родовая деятельность - наблюдается при быстрых/стремительных родах. Роды начинаются внезапно, сильные схватки следуют одна за другой через короткие промежутки, приводя к сглаживанию шейки матки и изгнанию плода за 1-3 ч. Во втором периоде родов за 1-2 потуги рождается плод, иногда вместе с плацентой.

Дискоординация родовой деятельности – к данной АРД относят дискоординацию схваток, гипертонус нижнего сегмента (обратный тройной градиент), судорожные схватки

(тетанус матки) и циркуляторную дистонию шейки матки. Нарушается координированность, синхронность сокращений матки. При этом возможно или смещение водителя ритма с маточного угла в нижний отдел матки, или образование нескольких водителей ритма, которые распространяют импульсы в разные стороны, нарушая синхронность сокращения и расслабления отдельных участков матки. Базальный тонус миометрия становится неадекватно высоким, что приводит к ослаблению эффективности схваток. Несмотря на достаточно сильные сокращения матки, раскрытия зева не происходит. В итоге родовая деятельность становится неэффективной.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз аномалий родовой деятельности устанавливается на основании:

1. Жалоб;
2. Физикального обследования;
3. По ведению партограммы в родах.

2.1. Жалобы

При слабости родовой деятельности, как правило, жалобы отсутствуют, редко роженица может отмечать утомление [36]. При чрезмерно сильной и дискоординации родовой деятельности роженица, как правило, жалуется на чрезмерные непрекращающиеся боли.

2.2. Физикальное обследование

Диагноз слабости родовой деятельности устанавливают на основе характерной клинической картины (оценке основных показателей сократительной деятельности матки, замедлении темпа раскрытия маточного зева, отсутствии поступательного движения предлежащей части плода). Схватки не нарастают (2 и менее за 10 минут), их частота, сила и продолжительность существенно не увеличиваются (менее 20 секунд) [37]. Должного раскрытия маточного зева не происходит. В установлении диагноза важную роль играет отсутствие должной динамики раскрытия шейки матки, перехода латентной фазы в активную фазу родов, низкая эффективность родовой деятельности, слишком медленное продвижение плода по родовому каналу.

Диагноз первичной слабости родовой деятельности (First Stage Prolongation, Protraction, and Arrest) необходимо заподозрить в ситуациях, когда:

латентная фаза родов составляет:

- у первородящих женщин более 20 часов;
- у повторнородящих более 14 часов.

активная фаза родов:

- у первородящих более 8,6 часов;
- у повторнородящих более 7,5 часов.

Слабость активной фазы родов (после открытия маточного зева на 5-6см) – клиническая ситуация отсутствия динамики открытия маточного зева при излившихся водах или после амниотомии в течение 4-х часов адекватных схваток [38][3].

Вторичная слабость родовой деятельности в 1 периоде родов характеризуется клинической ситуацией, когда раскрытие маточного зева соответствовало нормальной динамике родов, но после 6-7 см замедлилось и более не прогрессирует. Вторичная слабость родовой деятельности во 2 периоде родов – клиническая ситуация, когда, несмотря на отсутствие признаков клинически узкого таза, подлежащая часть по родовому каналу не продвигается, останавливаясь в одной из плоскостей полости малого таза >1 часа у перво- и повторнородящих женщин [39].

Диагноз слабости родовой деятельности во втором периоде родов необходимо заподозрить в ситуациях, когда:

- у первородящих женщин продолжительность второго периода родов составляет более 3 часов без ЭА, или 4 часа с ЭА;
- у повторнородящих продолжительность более 2 часов без ЭА, 3 часа с ЭА [40][41][38].

Диагностика чрезмерно сильной родовой деятельности не представляет трудностей. Она основывается на объективной оценке характера схваток (более 5 схваток за 10 минут и/или продолжительность схватки более 60 секунд), чрезмерно быстрой динамике открытия маточного зева и продвижения плода по родовому каналу [42][43][8]. Иногда у женщины практически отсутствуют клинические проявления схваток и потуг, а также болезненные ощущения. Важным фактором в короткой продолжительности таких родов является отсутствие сопротивления со стороны внутреннего зева шейки матки, что чаще наблюдается у многорожавших женщин и при истмико-цервикальной недостаточности.

Диагноз дискоординированной родовой деятельности устанавливают на основании оценки характера родовой деятельности и ее эффективности. Дискоординация родовой

деятельности имеет разные клинические и патогенетические варианты. Выделяют следующие формы:

- дискоординация схваток;
- дистония шейки (гипертонус нижнего сегмента матки), «жесткая шейка»;
- судорожные схватки (тетания матки);
- контракционное кольцо.

При дискоординации родовой деятельности тонус матки, в том числе нижнего сегмента, внутреннего зева, повышен. Ритм схваток неправильный, периоды сокращения и расслабления матки (систола и диастола схватки) то длительные, то короткие. Амплитуда (сила схватки) и внутриамниотическое давление неравномерные; схватки отличаются неадекватной болезненностью. Поведение роженицы беспокойное. При влагалищном исследовании шейка определяется плотной, толстой, ригидной, отечной и неравномерно уплотненной. Частота возникновения ранних потуг как следствие ущемления шейки матки между головкой плода и костями таза. В результате этого происходит раннее образование родовой опухоли на головке плода, могут образовываться внутричерепные кровоизлияния, травмы спинного мозга [1]. Дискоординация родовой деятельности нарушает маточно-плацентарное кровообращение, в результате чего может развиваться гипоксия плода [22].

2.3. Партограмма

Партограмма позволяет объективно оценивать динамику родов. Об АРД по типу слабости или дискоординации в активную фазу указывает продолжительность родов >6 часов с открытием 5 см, ≥ 5 часов 6 см, ≥ 3 часов 7 см, $\geq 2,5$ часов 8 см, ≥ 2 часов 9 см [37].

Во втором периоде родов на АРД указывает отсутствие родов при заполнении всех ячеек, что указывает на длительность полного открытия более 3-х часов.

2.4. Лабораторные диагностические исследования

Перечень лабораторных диагностических исследований перед родами должен соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность». При отсутствии исследований, которые необходимо выполнить в 3-м триместре беременности, их выполняют при поступлении пациентки в стационар.

2.5. Инструментальные диагностические исследования

Не применимо.

2.6. Иные диагностические исследования

Не применимо.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Медикаментозная терапия

- Рекомендовано перед началом лечения по диагнозу - слабость родовой деятельности, учитывать, что латентная фаза родов значительно продолжительнее при индуцированных родах по сравнению со спонтанными, в то время как активная фаза родов одинакова в обеих группах [38].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств -2).

Комментарии: медиана продолжительности открытия шейки матки от 4 см до полного раскрытия при индуцированных родах у первородящих женщин составляет 5,5 часов против 3,8 часа при спонтанных. У повторнородящих 4,4 против 2,4 часа. В то же время скорость открытия шейки матки по достижении 6 см между спонтанными и индуцированными родами не различается [44].

- Рекомендована амниотомия с целью уменьшения продолжительности родов женщинам, которым проводится индукция родов и родостимуляция [38].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -2).

Комментарии: ранняя амниотомия сокращает время до родов более чем на 2 часа (19,0 против 21,3 часов) и увеличивает число индуцированных родов, которые родили в течение 24 часов (68% против 56%), без существенных различий в частоте кесарева сечения, хориоамнионита, отслойки плаценты и послеродовом кровотечении [45].

- Рекомендовано у женщин со слабостью родовой деятельности после проведения амниотомии решить вопрос о проведении ранней родостимуляции #окситоцином**[46] (Для взрослой популяции).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств -5).

Комментарии: по сравнению с отсроченным введением (через 2 часа), раннее начало родостимуляции #окситоцином** после амниотомии у первородящих женщин способствует укорочению времени до родов на 72 минуты ($5,8 \pm 1,7$ ч против $7,0 \pm 1,9$ ч), уменьшение времени использования #окситоцина** $5,6 \pm 4,4$ мл/час против $6,8 \pm 5,3$ мл/час, родам через естественные родовые пути в течение 4-х часов, без увеличения частоты кесарева сечения, гиперстимуляции, послеродового кровотечения и ухудшению неонатальных исходов [47].

- Рекомендовано, при слабости родовой деятельности приступить к родостимуляции #окситоцином**[38].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -2).

Комментарии: на каждые 20 пациенток, получавших родостимуляцию #окситоцином**, ожидаются одни роды через естественные родовые пути. В то же время снижается продолжительности родов (медиана 1,28 часа; 95% CI 1.97-0.59), использование антибиотиков в родах (ОР 0,45; 95% ДИ 0,21–0,99), но повышается риск гиперстимуляции матки без ухудшения неонатальных исходов (ОР 2,90; 95% ДИ 1,21–6,94) [48].

- Рекомендовано при родостимуляции отдавать предпочтение низким дозам #окситоцина** в сравнении с высокими [49][50]. (Для взрослой популяции)

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -2).

Комментарии: использование высоких доз #окситоцина** является эффективным методом, уменьшающим продолжительность родов на 23,4 мин., однако способствует увеличению частоты тахисистолии (43,2% против 33,5%) и частоты оперативного вагинального родоразрешения в связи с гипоксией плода 43,8% против 22,7% [51].

- Рекомендовано при родостимуляции #окситоцином** титровать скорость инфузии в соответствии с характером схваток [52].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -3).

Комментарии: #окситоцин** следует вводить в/в капельно в разведении 1,0 мл (5МЕ) в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорид**, начиная с 6 кап/мин (3 мЕД/мин) или с помощью инфузомата в разведении 1,0 мл (5МЕ) #окситоцина** в 50,0 мл 0,9% раствора натрия хлорид**, начиная со скоростью 1,8 мл/ч (3 мМЕ/мин). Увеличивать скорость введения #окситоцина** каждые 20-30 минут на 1 «шаг» до достижения 4-5 схваток за 10 минут под контролем состояния матери и плода, далее зафиксировать данную минимально эффективную дозу. Доза 33 мЕД/мин (19,8 мл/час) - предельно опасный уровень[1][53].

- Рекомендовано при тахисистолии матки определить характер сердечных сокращений плода, при наличии условий с помощью непрерывного КТГ мониторинга [54][55].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств -4).

Комментарии: тахисистолия матки встречается более чем в 10% спонтанных самопроизвольных родов [56] и сочетается с риском гипоксии плода вследствие нарушения плацентарного кровотока, преждевременной отслойки плаценты, что сопровождается увеличением количества кесаревых сечений, низкой оценки по шкале Апгар и госпитализации в ОРИТН [57][58].

- Рекомендовано при тахисистолии матки, возникшей на фоне применения вставки с динопростомом**[59] или родостимуляции #окситоцином**[60], удалить вставку, дозу #окситоцина** уменьшить или прекратить его введение до исчезновения тахисистолии, а при отсутствии эффекта решить вопрос о проведении токолиза. (Для взрослой популяции)

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: если сокращения матки восстанавливаются до нормальных значений после консервативных мер, может быть рассмотрено осторожное возобновление родостимуляции #окситоцином** с постоянным мониторингом активности матки и ЧСС плода [61][62].

При тахисистолии матки неосложненной нарушением состояния плода, проведение токолиза обычно не требуется, но может быть рассмотрено, если есть опасность, что продолжающаяся тахисистолия может привести к нарушению состояния плода. Для купирования тахисистолии применяются препараты:

1. Вводить 1-2 дозы #Нитроглицерина** (0,4мг-0,8мг) в форме подъязычного спрея (#Нитроглицерина** 1% спиртовой раствор в этаноле 96%) [63][64][65].

2. #Гексопреналин** болюсное введение 10 мкг (1 ампула по 2 мл) препарата, разведенного в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида**, в течение 5 минут с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин [66][67]. Внутривенный токолиз проводится в положении женщины на левом боку, желательно под кардиомониторным контролем. Рекомендуемый мониторинг: контроль ЧСС и АД матери каждые 15 минут, аускультация легких, контроль за состоянием плода и сократительной активностью матки [62].

Кокрейновский обзор 2018 года не смог оценить эффект при применении токолитиков при тахисистолии матки и/или подозрении на дистресс плода во время родов [42].

- Рекомендовано с целью лечения при дискоординации родовой деятельности использовать обезболивание [1][68].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств -5).

Комментарии: Для проведения аналгезии оптимально использовать нейроаксиальное обезболивание. Также имеются данные об эффективном применении #Тримеперидин** для обезболивания без ухудшения акушерских и неонатальных исходов [68][69].

3.2. Хирургическое лечение

- Рекомендовано в активной фазе родов (маточный зев открыт на 5-6 см и более) произвести родоразрешение путем операции кесарева сечения, если при отсутствии плодного пузыря нет динамики открытия маточного в течение более 4 часов адекватных схваток (по силе, продолжительности и частоте) или 6 часов родостимуляции, в связи с недостаточно адекватными схватками [70].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -3).

- Рекомендовано при вторичной слабости родовой деятельности оценить возможность оперативного вагинального родоразрешения перед выполнением кесарева сечения [38].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -2).

Комментарии: менее 3% пациенток, у которых была предпринята попытка оперативного вагинального родоразрешения, родоразрешаются при помощи кесарева сечения [71].

- Рекомендовано при отсутствии эффекта от лечения дискоординации родовой деятельности в течение 4-6 часов решить вопрос об оперативном родоразрешении путем кесарева сечения [38].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -2).

3.3. Иное лечение

Не применимо.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Не применимо.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Не применимо.

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь может быть оказана в медицинских организациях акушерского профиля 1-го, 2-го и 3-го уровня.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не применимо.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Перед началом родостимуляции #окситоцином** произведена амниотомия	В	2
2.	Первым лечебным этапом при тахисистолии матки на фоне введения динопростона** или #окситоцина** явилось удаление вставки с динопростоном** или снижение дозы/остановка родостимуляции #окситоцином**	В	2
3.	При отсутствии противопоказаний для лечения роженицы с дискоординацией родовой деятельности применено обезболивание.	В	2

Список литературы (оформление по завершению рецензирования)

1. И.С. Сидорова, А.И. Ищенко Н.А.Н. Акушерство и гинекология. Учебник в 4 кн. Кн. 2. Патологическое акушерство. г. Москва; 2019.
2. Cooper. D.A.R.D.B. Braxton Hicks Contractions. StatPearls Publ. 2024; .
3. LeFevre N.M., Krumm E., Cobb W.J. Labor Dystocia in Nulliparous Women. Am Fam Physician. 2021; 103(2):90–6. .
4. Cohen W.R., Friedman E.A. The second stage of labor. Am J Obstet Gynecol. 2024; 230(3):S865–75. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.014>.
5. Suzuki S. Clinical Significance of Precipitous Labor. J Clin Med Res. 2015; 7(3):150–3. <https://dx.doi.org/10.14740/jocmr2058w>.
6. Vanessa A Barss M. Precipitous birth not occurring on a labor and delivery unit. 2024 p. <https://www.uptodate.com/contents/precipitous-birt> .
7. Karaçam Z., Walsh D., Bugg G.J. Evolving understanding and treatment of labour dystocia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014; 182:123–7. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.09.011>.
8. Gee S.E., Frey H.A. Contractions: Traditional concepts and their role in modern obstetrics. Semin Perinatol. 2020; 44(2):151218. <https://dx.doi.org/10.1016/j.semperi.2019.151218>.
9. Dencker A., Nilsson C., Begley C., Jangsten E., Mollberg M., Patel H., et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. Women and Birth. 2019; 32(2):99–111. <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>.
10. Kissler K., Jones J., McFarland A.K., Luchsinger J. A qualitative meta-synthesis of women's experiences of labor dystocia. Women and Birth. 2020; 33(4):e332–8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.001>.
11. Wray S. Insights from physiology into myometrial function and dysfunction. Exp Physiol. 2015; 100(12):1468–76. <https://dx.doi.org/10.1113/EP085131>.
12. Zackler A., Flood P., Dajao R., Maramara L., Goetzl L. Suspected Chorioamnionitis and Myometrial Contractility: Mechanisms for Increased Risk of Cesarean Delivery and Postpartum Hemorrhage. Reprod Sci. 2019; 26(2):178–83. <https://dx.doi.org/10.1177/1933719118778819>.
13. Pasquini L., Ponziani I., Pallottini M., Masini G., Seravalli V., Dani C., et al. Obstetric and Neonatal Outcomes in Mild Idiopathic Polyhydramnios. Children. 2022; 9(11):1624. <https://dx.doi.org/10.3390/children9111624>.
14. Algovik M., Nilsson E., Cnattingius S., Lichtenstein P., Nordenskjöld A., Westgren M. Genetic influence on dystocia. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004; 83(9):832–7. <https://dx.doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00544.x>.
15. Gao Y., Liu G., Kong P., Song Y., Zhang D., Yin Y., et al. Smooth muscle 22α deficiency impairs oxytocin-induced uterine contractility in mice at full-term pregnancy. Biochem Biophys Res Commun. 2020; 529(4):884–9. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bbrc.2020.05.220>.
16. Кан Н.Е., Донников А.Е., Тютюнник В.Л., Кесова М.И. Д.Т.А. Молекулярно-генетические предикторы слабости родовой деятельности. Акушерство и

Гинекология. 2014; 8:27–32. .

17. Jochumsen S., Hegaard H.K., Rode L., Jørgensen K.J., Nathan N.O. Maternal factors associated with labor dystocia in low-risk nulliparous women. A systematic review and meta-analysis. *Sex Reprod Healthc.* 2023; 36:100855. <https://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100855>.
18. Waldenström U., Ekéus C. Risk of labor dystocia increases with maternal age irrespective of parity: a population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017; 96(9):1063–9. <https://dx.doi.org/10.1111/aogs.13167>.
19. Kissler K., Hurt K.J. The Pathophysiology of Labor Dystocia: Theme with Variations. *Reprod Sci.* 2023; 30(3):729–42. <https://dx.doi.org/10.1007/s43032-022-01018-6>.
20. Баев О.Р., Козлова О.А., Рубцова С.В., Румянцева В.П. П.А.В. Влияние эпидуральной анальгезии на продолжительность родов, частоту слабости родовой деятельности и кесарева сечения. *Акушерство и гинекология.* 2016; 6:41–6. .
21. Arrowsmith S., Kendrick A., Wray S. Drugs acting on the pregnant uterus. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2010; 20(8):241–7. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2010.05.001>.
22. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 1088 p. .
23. Gifford D. Lack of progress in labor as a reason for cesarean. *Obstet Gynecol.* 2000; 95(4):589–95. [https://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844\(99\)00575-X](https://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844(99)00575-X).
24. KJÆRGAARD H., OLSEN J., OTTESEN B., DYKES A. Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009; 88(4):402–7. <https://dx.doi.org/10.1080/00016340902811001>.
25. Kyozuka H., Hiraiwa T., Murata T., Sugeno M., Jin T., Ito F., et al. Gestational weight gain as a risk factor for dystocia during first delivery: a multicenter retrospective cohort study in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022; 22(1):728. <https://dx.doi.org/10.1186/s12884-022-05055-6>.
26. Maaløe N., Kujabi M.L., Nathan N.O., Skovdal M., Dmello B.S., Wray S., et al. Inconsistent definitions of labour progress and over-medicalisation cause unnecessary harm during birth. *BMJ.* 2023; :e076515. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj-2023-076515>.
27. Nystedt A., Hildingsson I. Diverse definitions of prolonged labour and its consequences with sometimes subsequent inappropriate treatment. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14(1):233. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-233>.
28. Москва., 2021, ФГБУ “ЦНИИОИЗ” Минздрава Российской Федерации 171 страница. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. 2022; .
29. Rosenbloom J.I., Woolfolk C.L., Wan L., Stout M.J., Tuuli M.G., Macones G.A., et al. The transition from latent to active labor and adverse obstetrical outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2019; 221(5):487.e1-487.e8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2019.05.041>.
30. Wang L., Wang H., Jia L., Qing W., Li F., Zhou J. The impact of stage of labor on adverse maternal and neonatal outcomes in multiparous women: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020; 20(1):596. <https://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03286-z>.
31. Young C., Bhattacharya S., Woolner A., Ingram A., Smith N., Raja E.-A., et al. Maternal

- and perinatal outcomes of prolonged second stage of labour: a historical cohort study of over 51,000 women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023; 23(1):467. <https://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05733-z>.
32. Matta P., Turner J., Flatley C., Kumar S. Prolonged second stage of labour increases maternal morbidity but not neonatal morbidity. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2019; 59(4):555–60. <https://dx.doi.org/10.1111/ajo.12935>.
 33. Sandström A., Altman M., Cnattingius S., Johansson S., Ahlberg M., Stephansson O. Durations of second stage of labor and pushing, and adverse neonatal outcomes: a population-based cohort study. *J Perinatol*. 2017; 37(3):236–42. <https://dx.doi.org/10.1038/jp.2016.214>.
 34. Neal J.L., Ryan S.L., Lowe N.K., Schorn M.N., Buxton M., Holley S.L., et al. Labor Dystocia: Uses of Related Nomenclature. *J Midwifery Womens Health*. 2015; 60(5):485–98. <https://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12355>.
 35. Evan R. Myers, M.D., M.P.H., Gillian D. Sanders, Ph.D., Remy R. Coeytaux, M.D., Ph.D., Kara A. McElligott, M.D., M.P.H., Patricia G. Moorman, Ph.D., M.S.P.H., Karen Hicklin, Ph.D., Chad Grotegut, M.D., M.H.Sc., Margaret Villers, M.D., Adam Goode, D.P.T, P P.D. Labor Dystocia. 2020.
 36. Hook. P.G.J.M.H.K.C.J.W. Van. Abnormal Labor. *StatPearls Publ* 2024 Jan-. 2024; Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459260/>. .
 37. Organization W.H. WHO Labour Care Guide. User's Manual. 2020; .
 38. First and Second Stage Labor Management. *Obstet Gynecol*. 2024; 143(1):144–62. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000005447>.
 39. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe B.L.H. Williams Obstetrics, 25th Edition. 2015.
 40. Gill P., Henning J.M., Carlson K., Van Hook J.W. Abnormal Labor. *StatPearls*. 2024.
 41. Nicholas M. LeFevre, MD; Ellisa Krumm, MD; and William Jacob Cobb M. Labor Dystocia in Nulliparous Patients. *Am Fam Physician*. 2021; 103.
 42. Leathersich S.J., Vogel J.P., Tran T.S., Hofmeyr G.J. Acute tocolysis for uterine tachysystole or suspected fetal distress. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 2018(7)<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009770.pub2>.
 43. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care for healthy women and their babies. NICE Clinical Guideline CG 190. <https://www.nice.org.uk/cg190/history/>. .
 44. Harper L.M., Caughey A.B., Odibo A.O., Roehl K.A., Zhao Q., Cahill A.G. Normal Progress of Induced Labor. *Obstet Gynecol*. 2012; 119(6):1113–8. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e318253d7aa>.
 45. Macones G.A., Cahill A., Stamilio D.M., Odibo A.O. The efficacy of early amniotomy in nulliparous labor induction: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 207(5):403.e1-403.e5. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.08.032>.
 46. Wei S., Wo B.L., Qi H.-P., Xu H., Luo Z.-C., Roy C., 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; <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006794.pub4>.

47. Upawi S.N., Ahmad M.F., Abu M.A., Ahmad S. Amniotomy and early oxytocin infusion vs amniotomy and delayed oxytocin infusion for labour augmentation amongst nulliparous women at term: A randomised controlled trial. *Midwifery*. 2022; 105:103238. <https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2021.103238>.
48. Wei S.-Q., Luo Z.-C., Xu H., Fraser W.D. The Effect of Early Oxytocin Augmentation in Labor. *Obstet Gynecol*. 2009; 114(3):641–9. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b11cb8>.
49. Xenakis E.M.-J., Langer O., Piper J.M., Conway D., Berkus M.D. Low-dose versus high-dose oxytocin augmentation of labor — A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 173(6):1874–8. [https://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)90444-1](https://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(95)90444-1).
50. Moraes F.C.A. de, Kelly F.A., Leite M.G.H.S.J., Dal Moro L., Morbach V., Burbano R.M.R. High-Dose versus Low-Dose Oxytocin for Labor Augmentation: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Pers Med*. 2024; 14(7):724. <https://dx.doi.org/10.3390/jpm14070724>.
51. Selin L., Wennerholm U.-B., Jonsson M., Dencker A., Wallin G., Wiberg-Itzel E., et al. High-dose versus low-dose of oxytocin for labour augmentation: a randomised controlled trial. *Women and Birth*. 2019; 32(4):356–63. <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2018.09.002>.
52. Daly D., Minnie K.C.S., Blignaut A., Blix E., Vika Nilsen A.B., Dencker A., et al. How much synthetic oxytocin is infused during labour? A review and analysis of regimens used in 12 countries. *Mastrolia SA, editor. PLoS One*. 2020; 15(7):e0227941. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0227941>.
53. Клинические рекомендации. “Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение).” 2021. р. (https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics).
54. Boie S., Glavind J., Velu A. V, Mol B.W.J., Uldbjerg N., de Graaf I., et al. Discontinuation of intravenous oxytocin in the active phase of induced labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 2018(8)<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012274.pub2>.
55. Chandrachan E. Uterine Tachysystole, Hypertonus and Hyperstimulation: An Urgent Need to get the Definitions Right to Avoid Intrapartum Hypoxic-Ischemic Brain Injury. *Glob J Reprod Med*. 2021; 8(2)<https://dx.doi.org/10.19080/GJORM.2021.08.555735>.
56. Ahmed A.I., Zhu L., Aldaheri S., Sakr S., Minkoff H., Haberman S. Uterine tachysystole in spontaneous labor at term. *J Matern Neonatal Med*. 2016; 29(20):3335–9. <https://dx.doi.org/10.3109/14767058.2015.1125463>.
57. Hobson S.R., Abdelmalek M.Z., Farine D. Update on uterine tachysystole. *J Perinat Med*. 2019; 47(2):152–60. <https://dx.doi.org/10.1515/jpm-2018-0175>.
58. Ayres-de-Campos D., Spong C.Y., Chandrachan E., FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; 131(1):13–24. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>.
59. Shirley M. Dinoprostone Vaginal Insert: A Review in Cervical Ripening. *Drugs*. 2018; 78(15):1615–24. <https://dx.doi.org/10.1007/s40265-018-0995-2>.
60. Chandrachan E., Ghi T., Fieni S., Jia Y.-J. Optimizing the management of acute, prolonged decelerations and fetal bradycardia based on the understanding of fetal pathophysiology. *Am J Obstet Gynecol*. 2023; 228(6):645–56. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2022.05.014>.

61. Cheung K., Bonet M., Frank K., Oladapo O., Hofmeyr G. Clinical algorithms for management of fetal heart rate abnormalities during labour. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2024; 131(S2):102–11. <https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.16731>.
62. Gülümser C., Yassa M. Clinical management of uterine contraction abnormalities; an evidence-based intrapartum care algorithm. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2024; 131(S2):49–57. <https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.16727>.
63. Caponas G. Glyceryl Trinitrate and Acute Uterine Relaxation: A Literature Review. *Anaesth Intensive Care.* 2001; 29(2):163–77. <https://dx.doi.org/10.1177/0310057X0102900211>.
64. Takakura S., Tanaka H., Enomoto N., Maki S., Ikeda T. The Successful Use of Nitroglycerin for Uterine Hyperstimulation with Fetal Heart Rate Abnormality Caused by a Controlled-Release Dinoprostone Vaginal Delivery System (PROPESS): A Case Report. *Medicina (B Aires).* 2021; 57(5):478. <https://dx.doi.org/10.3390/medicina57050478>.
65. ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» РОАГ. Клинические рекомендации. Тазовое предлежание плода. 2024; .
66. Gummerus M. Tokolyse mit Hexoprenalin und Salbutamol im klinischen Vergleich*. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1983; 43(03):151–5. <https://dx.doi.org/10.1055/s-2008-1037077>.
67. Woytoń J., Zimmer M., Fuchs T. [The use of Gynipral (hexoprenaline) in suppression of uterus contractions]. *Ginekol Pol.* 1999; 70(12):896–900. .
68. Зарубина Е.Н., Бакланов С.Ю., Зыкова А.С., Семенова А.Л., Теплякова А.Н. Я.Е.В. Нормализация дискоординированной родовой деятельности. *Кремлевская медицина Клинический вестник.* 2018; 4:107–9. .
69. Yasaei R., Rosani A., Saadabadi A. Meperidine. *StatPearls.* 2024.
70. Obstetric Care Consensus No. 1. *Obstet Gynecol.* 2014; 123(3):693–711. <https://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000444441.04111.1d>.
71. Verma G.L., Spalding J.J., Wilkinson M.D., Hofmeyr G.J., Vannevel V., O'Mahony F. Instruments for assisted vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 2021(9)<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005455.pub3>.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций (заполняется по мере участия)

1. **Баев Олег Радомирович** - д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заведующий 1-ым родильным отделением ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии

имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

2. **Тысячный Олег Владимирович**, к.м.н., научный сотрудник 1-го родильного отделения Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России. (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
3. **Артымук Наталья Владимировна** - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в СФО (г. Кемерово).
Конфликт интересов отсутствует.
4. **Башмакова Надежда Васильевна** – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в УФО (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
5. **Белокриницкая Татьяна Евгеньевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России в ДФО (г. Чита). Конфликт интересов отсутствует.
6. **Долгушина Наталия Витальевна** – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
7. **Зазерская Ирина Евгеньевна** – д.м.н., зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Минздрава России (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.
8. **Кан Наталья Енкиновна** – д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и

- перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
9. **Костин Игорь Николаевич** - д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
10. **Логутова Лидия Сергеевна** - д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отделения координации НИР и издательской деятельности ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
11. **Малышкина Анна Ивановна** - д.м.н., профессор, директор ФГБУ "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ЦФО (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
12. **Мартиросян Сергей Валериевич** – к.м.н., эксперт ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, врач акушер-гинеколог, доцент кафедры акушерства и гинекологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
13. **Михайлов Антон Валерьевич** – д.м.н., главный врач СПб ГУЗ «Родильный Дом №17», главный акушер-гинеколог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, профессор кафедр акушерства и гинекологии СЗГМУ им Мечникова и акушерства, гинекологии и перинатологии ПГМУ им. Павлова (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.
14. **Павлович Станислав Владиславович** – к.м.н., доцент, ученый секретарь ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
15. **Пекарев Олег Григорьевич**, д.м.н., профессор, заместитель директора Института акушерства, «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

16. **Петрухин Василий Алексеевич** - д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заслуженный деятель науки и техники Московской области. (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
17. **Радзинский Виктор Евсеевич** - член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, заслуженный деятель науки РФ (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
18. **Серов Владимир Николаевич** - академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, президент Российского общества акушеров-гинекологов, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
19. **Сидорова Ираида Степановна**, д.м.н., профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета, ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
20. **Тютюнник Виктор Леонидович**, профессор, д.м.н., в.н.с. центра научных и клинических исследований, ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
21. **Шмаков Роман Георгиевич** – д.м.н., профессор РАН, директор ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии имени академика В.И. Краснопольского» (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
22. **Фаткуллин Ильдар Фаридович** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Казанского ГМУ, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в ПФО (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.
23. **Фаткуллина Лариса Сергеевна** - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Казанского ГМУ, шеф акушерско-гинекологической клиники ГАУЗ "РКБ МЗ РТ", перинатальный центр ГАУЗ "Республиканская клиническая больница МЗ РТ" (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи акушеры-гинекологи
2. Акушерки

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)

В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Что такое аномалии родовой деятельности?

Аномалии родовой деятельности – это расстройства интенсивности, координированности, силы, ритма, продолжительности сократительной активности матки во время родов. Аномалии родовой деятельности являются распространенным патологическим состоянием, наблюдаются у 20% рожениц и становятся причиной каждого третьего кесарева сечения. Из-за серьезной угрозы здоровью роженицы и плода аномалии родовой деятельности рассматриваются как одна из важнейших проблем современного акушерства. В числе возможных осложнений – гипоксия плода, родовые травмы, инфекции, массивные кровотечения и гибель плода.

Какие основные причины возникновения аномалии родовой деятельности?

К факторам, которые предрасполагают к появлению аномалий родовой деятельности можно отнести большое количество, но всех их можно отнести к тем, которые появились до или в период беременности, а также во время родов.

Как протекают роды при аномалиях родовой деятельности?

Из-за недостаточной интенсивности, продолжительности и частоты схваток шейка матки раскрывается медленно, что мешает нормальному продвижению плода.

Какие последствия могут быть для роженицы и ребенка при диагностировании аномалий родовой деятельности?

Если не предпринять меры, направленные на коррекцию аномалий родовой деятельности, то сохраняется высокая вероятность того, что у ребёнка или у матери возникнут травмы. Иногда появляется потребность в кесаревом сечении, применении акушерских щипцов или вакуум-экстракции плода. При своевременно начатых лечебных мероприятиях и их эффективном применении прогноз благоприятный, как для роженицы, так и для ребёнка.

Может ли мой партнер присутствовать при родах?

Присутствие партнера при родах поощряется в случае его (ее) подготовки к помощи и присутствию при родах.

Будут ли мне обезболены роды?

Первоначально рекомендуется применить немедикаментозные методы обезболивания родов, такие как правильная техника дыхания, использование мяча, массаж, теплые компрессы, холод на спину, в случае болей в пояснице, и другие, которые оказываются эффективными в большинстве случаев. При неэффективности немедикаментозных методов при Вашем желании, отсутствии противопоказаний и возможности медицинской организации, может быть проведена эпидуральная анальгезия. Следует знать, что эпидуральная анальгезия ассоциирована с повышенным риском удлинения продолжительности родов.

Как проводится лечение аномалий родовой деятельности?

Назначение лекарственных препаратов строго индивидуально и обусловлено состоянием роженицы и плода, наличием акушерской или другой патологии, типом аномалии родовой деятельности.

**Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических
рекомендациях**

Нет