

METODIKA

VIRKŠTELĖS IŠKRITIMAS. DISTOCIJA

METODIKOS DALYS

- I. Metodikos aprašas
- II. Metodikos procedūrų aprašas
- III. Metodikos įdiegimo aprašas
- IV. Metodikos audito aprašas
- V. Informacija visuomenei



LIETUVOS IR ŠVEICARIJOS
BENDRADARBIAVIMO PROGRAMA

PARENGĖ

V. Abraitis
A. Arlauskienė
L. Bagušytė
E. Barčaitė
D. Bartkevičienė
T. Biržietis
Ž. Bumbulienė
E. Drejerienė
D. Kačkauskienė
D. Laužikienė
E. Machtejevienė
R. Mačiulevičienė
L. Maleckienė
G. Mečėjus
I. Mockutė
I. Poškienė
D. Ramašauskaitė
L. Rovas
M. Šilkūnas
G. Valkerienė
J. Zakarevičienė

RECENZENTAI

V. Abraitis
L. Bagušytė
E. Barčaitė
A. Bartusevičius
E. Benušienė
T. Biržietis
G. Drašutienė
E. Drejerienė
A. Gaurilčikas
V. Gintautas
K. Jarienė
R. Jonkaitienė
G. Jurkevičienė
M. Kliučinskas
J. Kondrackienė
M. Minkauskienė
I. Mockutė
R. Mačiulevičienė
L. Maleckienė
R. Nadišauskienė
D. Railaitė
K. Rimaitis
D. Simanavičiūtė
R. Tamelienė
A. Vitkauskienė
D. Vėlyvytė
D. Veličkienė
D. Vaitkienė

2014 m. (2019 m. redakcija)

Metodikai pritarė Lietuvos akušerių ginekologų draugija
Lietuvos akušerių sąjunga

2019 metų redakcija

PARENGĖ

V. Abraitis
A. Arlauskienė
L. Bagušytė
E. Bartusevičienė
T. Biržietis
J. Celiešiūtė
M. Francaitė-Daugėlienė
V. Gintautas
K. Jarienė
M. Kliučinskas
D. Laužikienė
G. Naskauskienė
E. Machtejevienė
R. Mačiulevičienė
L. Maleckienė
M. Minkauskienė
D. Ramašauskaitė
K. Rimaitis
M. Šilkūnas
J. Voločovič
J. Zakarevičienė

RECENZENTAI

V. Abraitis
A. Arlauskienė
L. Bagušytė
E. Bartusevičienė
E. Benušienė
G. Domža
G. Drąsutienė
D. Gasiūnaitė
G. Jurkevičienė
M. Kliučinskas
D. Laužikienė
R. Mameniškienė
L. Maleckienė
M. Minkauskienė
V. Mizarienė
R. Nadišauskienė
V. Paliulytė
D. Ramašauskaitė
G. Ramonienė
D. Vaitkienė
R. Vansevičiūtė – Petkevičienė
D. Veličkienė
Ž. Visockienė
J. Voločovič
J. Zakarevičienė
B. Žaliūnas

TURINYS

I. Metodikos aprašas	5
Bendroji dalis (Virkštelės iškritimas).....	6
Literatūros sąrašas (Virkštelės iškritimas).....	8
Bendroji dalis (Distocija).....	9
Literatūros sąrašas (Distocija).....	20
II. Metodikos procedūrų aprašas	21
Virkštelės iškritimo procedūros	22
Distocijos procedūros	23
III. Metodikos įdiegimo aprašas	27
IV. Metodikos audito aprašas	31
V. Informacija visuomenei	36

METODIKA
VIRKŠTELĒS IŠKRITIMAS. DISTOCIJA

I. METODIKOS APRAŠAS

1. BENDROJI DALIS (VIRKŠTELĖS IŠKRITIMAS)

TLK-10 kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją,

O69.0	Kompliktuotas gimdymas dėl virkštelės iškritimo
-------	---

Santrumpos

CPO – cezario pjūvio operacija

KTG – kardiokograma

NRITS – naujagimių reanimacijos ir intensyvios terapijos skyrius

Virkštelės iškritimas. Tai reta, grėsminga vaisiaus gyvybei būklė, kai virkštelė iškrenta šalia ar žemiau pirmeigės vaisiaus dalies. Virkštelės kraujagyslės suspaudžiamos tarp vaisiaus pirmeigės dalies bei gimdos kaklelio. Nesuteikus skubios akušerinės pagalbos vaisius gali žūti.

Paplitimas. Virkštelė iškrinta 0,14–0,62 proc. gimdymo atvejų.

Rizikos veiksniai ir etiologija

- Netaisyklinga vaisiaus padėtis;
- Nenusileidusi į dubenį pirmeigė vaisiaus dalis;
- Mažas vaisiaus svoris (<1500 g);
- Neišnešiotumas ;
- Daugiavaisis nėštumas;
- Ultargarsinio tyrimo metu nustatyta virkštelės pirmeiga;
- Prieš laiką nutekėję vaisiaus vandenys;
- Gimdyta daug kartų;
- Polihidramnionas;
- Ilga virkštelė;
- Dubens deformacijos;
- Gimdos augliai;
- Įgimta patologija.

Intervencijos, didinančios virkštelės iškritimo riziką

- Ankstyva amniotomija;

- Elektrodo tiesioginei KTG įsukimas;
- Vaisiaus galvos pasukimas iš užpakalinės pakaušio padėties;
- Amnioinfuzija ir amnioredukcija;
- Išorinis vaisiaus apgręžimas, atliekamas nutekėjus vaisiaus vandenims.

1.1. DIAGNOSTIKA

1.1.1. Vaisiaus būklė

Pirmasis virkštelės iškritimo požymis – vaisiaus širdies ritmo pakitimas: dažniausiai ritmas staiga suretėja ir negrįžta į buvusį lygį (bradikardija) arba prasideda gilios variabilinės deceleracijos.

1.1.2. Tyrimas pro makštį

Iškritusi virkštelė dažniausiai apčiuopiama tyrimo pro makštį metu. Rečiau iškritusią pro makštį virkštelės kilpą pamato pati nėščioji ar gimdyvė. Virkštelė gali iškristi tiek mažai, tiek visiškai atsivėrus gimdos kakleliui – vidutiniškai - 5,8 cm.

1.2. PIRMOJI PAGALBA IR GYDYMAS

1.2.1. Pagalbos (akušerio, akušerio ginekologo, anesteziologo reanimatologo, neonatologo) kvietimas.

1.2.2. Virkštelės suspaudimo mažinimas:

1.2.2.1. ranka pro makštį pirmeigės vaisiaus dalies stūmimas aukštyn taip, kad būtų išvengta virkštelės suspaudimo;

1.2.2.2. gimdyvės padėties pakeitimas, pakeliant dubenį (Trendelenburgo pozicija);

1.2.2.3. šlapimo pūslės užpildymas 500–700 ml izotoninio tirpalo;

1.2.2.4. kelių ir alkūnių gimdyvės padėtis (tinkama, jei reikalingas ilgiau trunkantis gimdyvės transportavimas);

1.2.2.5. tokolizė (gali būti atliekama kartu su aukščiau aprašytais veiksmais, mažinančiais virkštelės suspaudimą).

1.2.3. Vaisiaus širdies ritmo registravimas monitoriumi.

1.2.4. Pasirengimas skubiai gimdyti greičiausiu ir saugiausiu būdu, dažniausiai – atliekant cezario pjūvio operaciją.

2. LITERATŪROS SĄRAŠAS (VIRKŠTELĖS IŠKRITIMAS)

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2018 m. liepos 27 d. Įsakymas Nr. V-865 dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. rugsėjo 23 įsakymo nr. V-900 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo” pakeitimo. Prieiga internete:https://e-seimas.lrs.lt/rs/legalact/TAD/e0b07f5193e411e8aa33fe8f0fea665f/format/ISO_PDF/.
2. Gabbay-Benziv R, Maman M, Wiznitzer A, et al. Umbilical cord prolapse during delivery - risk factors and pregnancy outcome: a single center experience. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014; 27:14
3. Koonings PP, Paul RH, Campbell K. Umbilical cord prolapse. A contemporary look. *J Reprod Med* 1990; 35:690.
4. Qureshi NS, Taylor DJ, Tomlinson AJ. Umbilical cord prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 86:29.
5. Uygur D, Kiş S, Tuncer R, et al. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 78:127.
6. Usta IM, Mercer BM, Sibai BM. Current obstetrical practice and umbilical cord prolapse. *Am J Perinatol* 1999; 16:479.
7. Lin MG. Umbilical cord prolapse. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61:269.
8. Vago T. Prolapse of the umbilical cord: a method of management. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 107:967.
9. Katz Z, Shoham Z, Lancet M, et al. Management of labor with umbilical cord prolapse: a 5-year study. *Obstet Gynecol* 1988; 72:278.

3. BENDROJI DALIS (DISTOCIJA)

Sąvokos ir terminai

Gimdymas – procesas, kai nuo 22⁺⁰ nėštumo savaitių dėl reguliarių stiprėjančių gimdos susitraukimų (sąrėmių) atsiveria gimdos kaklelis ir gimdyvei stanginantis iš gimdos išstumiami vaisius, placenta ir dangalai. Jei nėra žinoma nėštumo trukmė, gimdymu laikomas 500 g ir didesnio svorio vaisiaus gimimas.

Pirmasis (gimdos kaklelio vėrimosi) gimdymo laikotarpis – nuo reguliarios gimdymo veiklos pradžios iki visiško gimdos kaklelio atsivėrimo. Skirstomas į latentinę ir aktyvią fazes.

- **Latentinė fazė** – sąrėmiai reguliarūs, neintensyvūs, 1 – 3 per 10 min., gimdos kaklelis trumpėja, minkštėja, veriasi lėtai iki 4 cm.
- **Aktyvioji fazė** – sąrėmiai intensyvėja, dažnėja, gimdos kaklelis (nuo išsilyginusio ir 4 cm atsivėrusio) ima vertis greičiau. Naujausių tyrimų duomenimis greičiausiai pirmą kartą ar kartotinai gimdančioms moterims gimdos kaklelis veriasi nuo 6 cm.

Antrasis (išstūmimo) gimdymo laikotarpis – prasideda visiškai atsivėrus gimdos kakleliui ir baigiasi vaisiaus gimimu.

Partograma – speciali diagrama, kurioje žymima gimdymo eiga.

TLK-10 kodai pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją

O32	Gimdyvės priežiūra dėl žinomos ar įtariamos netaisyklingos vaisiaus pirmėigos
O33	Gimdyvės priežiūra dėl žinomos ar įtariamos dubens disproporcijos
O34	Gimdyvės priežiūra dėl žinomos ar įtariamos dubens organų patologijos
O61	Nepavykęs gimdymo sužadinimas
O61.0	Nepavykęs medikamentinis gimdymo sužadinimas
O61.1	Nepavykęs instrumentinis gimdymo sužadinimas
O61.8	Kitas nepavykęs gimdymo sužadinimas
O61.9	Nepavykęs gimdymo sužadinimas, nepatikslintas
O62	Gimdymo stangų sutrikimai
O62.0	Pirminis susitraukimų nepakankamumas
O62.1	Antrinė gimdos inercija

O62.2	Kita gimdos inercija
O62.4	Hipertoniniai, nekoordinuoti ir pailgėję gimdos susitraukimai
O62.8	Kiti gimdymo stangų sutrikimai
O62.9	Gimdymo stangų sutrikimai, nepatikslingi
O63	Ilgas gimdymas
O63.0	Užsitęsęs pirmasis (gimdymo) laikotarpis
O63.1	Užsitęsęs antrasis (gimdymo) laikotarpis
O63.9	Ilgas gimdymas, nepatikslingas
O64	Patologinis gimdymas dėl netaisyklingos vaisiaus padėties ar pirmeigos
O64.0	Patologinis gimdymas dėl dalinio vaisiaus galvutės pasisukimo
O64.2	Patologinis gimdymas dėl veido pirmeigos
O64.3	Patologinis gimdymas dėl kaktos pirmeigos
O64.4	Patologinis gimdymas dėl peties pirmeigos
O64.5	Patologinis gimdymas dėl mišrios pirmeigos
O65	Patologinis gimdymas dėl motinos dubens anomalijų
O65.0	Patologinis gimdymas dėl dubens deformacijos
O65.1	Patologinis gimdymas dėl siauro dubens
O65.2	Patologinis gimdymas dėl susiaurėjusio įėjimo į dubenį
O65.3	Patologinis gimdymas dėl susiaurėjusio išėjimo iš dubens ir dubens vidinės ertmės
O65.4	Patologinis gimdymas dėl nepatikslingos vaisiaus ir dubens disproporcijos
O65.5	Patologinis gimdymas dėl motinos dubens organų anomalijos
O65.8	Patologinis gimdymas dėl kitos motinos dubens anomalijos
O65.9	Patologinis gimdymas dėl nepatikslingos motinos dubens anomalijos
O66.2	Patologinis gimdymas dėl neįprastai didelio vaisiaus
O66.3	Patologinis gimdymas dėl kitos vaisiaus anomalijos

O66.4	Nepavykęs gimdymas, nepatikslingas
O66.8	Patologinis gimdymas dėl kitos distocijos
O66.9	Patologinis gimdymas dėl distocijos, nepatikslingas

Santrumpos

KTG – kardiokardiograma

RŠB – rūgščių-šarmų pusiausvyros tyrimas

SpO2 – periferinė kraujo oksigenacija

VŠR – vaisiaus širdies ritmas

pH – terpės rūgštingumas ar šarmingumas

CD – cukrinis diabetas

TB – tuberkuliozė

Apibrėžimas

Distocija – užsitęsęs, lėtai progresuojantis ar sustojęs gimdymas dėl priežasčių, tiesiogiai susijusių su gimdymo procesu.

Paplitimas

Distocija – tiek lėtai progresuojantis (užsitęsęs), tiek neprogresuojantis (sustojęs) gimdymas, yra nereta problema. Problemų dėl nepakankamai progresuojančio gimdymo būna apie 20 procentų visų gyvų gimusiųjų. Dėl nevienodo apibrėžimo, populiacijos skirtumų pateikiamas skirtingas distocijos dažnis. Didžiausia rizika – pirmą kartą gimdant išnešiotą vaisių. Perspektyvinio *Danish* tyrimo duomenimis, 37 proc. sveikų pirmakarčių, kurios gimdė išnešiotą vaisių ir kurioms nebuvo priežasčių gimdymą sužadinti ar atlikti suplanuotą cezario pjūvio operaciją, patyrė distociją. Distocija – dažniausia priežastis, dėl kurios atliekama pirmoji cezario pjūvio operacija (50-68 proc. skubių cezario pjūvio operacijų gimdymo metu).

Etiologija

Distocijos priežastys skirstomos į 6 grupes, ALSO (*Advanced Life Support in Obstetrics*) kurso literatūroje pateikiant kaip mnemoniką „**6 P**“. Dažnai vienoje klinikinėje situacijoje nustatomos kelios distocijos priežastys (pvz., moters baimė, skausmo netoleravimas ir gimdymo jėgų silpnumas). Pirmosios trys yra svarbiausios ir plačiausiai aprašomos:

Powers: gimdymo jėgų patologija;

Passenger: vaisiaus padėties ir raidos patologija;

Passage: gimdymo takų patologija.

Išvardintų priežasčių atsiradimą dažnai gali sąlygoti kitos trys distocijos priežastys:

Patient: su nėštumu nesusijusi ar susijusi gimdyvės somatinė sveikata;

Psyche: gimdyvės psichinė sveikata, streso, baimės laipsnis, elgsena, nusiteikimas, skausmo toleravimas bei skausmo malšinamųjų priemonių poreikis;

Provider: įtrogenija – teikiančiųjų gimdymo pagalbą veiksnių pagrįstumas, patirtis, kompetencija.

3.1. DIAGNOSTIKA

Distocijos diagnostikai svarbu žinoti normalią gimdymo eigą, kurią 1955 metais pirmasis aprašė E. Friedman. Jis pirmasis įvardijo, kad aktyvi gimdymo fazė prasideda nuo 4 cm gimdos kaklelio atsivėrimo ir tada gimdos kaklelis ima vertis greičiau – 1 – 1,2 cm/val. greičiu. Tačiau pastarųjų metų tyrimai parodė, kad natūralus gimdymo procesas vyksta lėčiau, nei buvo aprašyta Friedman prieš daugiau nei 60 metų. Visuotinio susitarimo dėl aktyvios gimdymo fazės pradžios nėra. Amerikos akušerių ir ginekologų kolegija rekomenduoja aktyvios fazės pradžią laikyti 6 cm ribą, o PSO šį gimdymo etapą siūlo apibrėžti esant 5 cm gimdos kaklelio atsivėrimui. Skirtingi autoriai pritaria nuomonei, kad intervencijos, atliekamos esant mažesniai gimdos kaklelio atsivėrimui, gali turėti įtakos gimdymo eigos skatinimo poreikiui.

1 lentelė. Gimdymo sutrikimų diagnostika

Gimdymo laikotarpis	Gimdymo eigos sutrikimas	
	Pagal E. Friedman	Pagal PSO
Pirmojo laikotarpio latentinė fazė	Trunka > 20 val.	Laiko ribos netaikomos
Pirmojo laikotarpio aktyvi fazė	Gimdos kaklelis veriasi: < 1,2 cm/val. pirmą kartą arba < 1,5 cm/val. kartotinai gimdančioms	Griežtos laiko ribos netaikomos. Nuo 5 cm atsivėrimo iki pilno gimdos kaklelio atsivėrimo galima trukmė: iki 12 val. pirmą kartą gimdančioms; iki 10 val. kartotinai gimdančioms;
Antrasis laikotarpis	Trukmė be epiduralinio skausmo malšinimo: > 2 val. pirmą kartą gimdančioms; > 1 val. kartotinai gimdančioms; Su epiduraliniu skausmo malšinimu: Trukmė > 3 val.	Trukmė be epiduralinio skausmo malšinimo: > 3 val. pirmą kartą gimdančioms; > 2 val. kartotinai gimdančioms; Su epiduraliniu skausmo malšinimu: gali prailgėti iki noro stangintis atsiradimo, mažinant nuskausminamųjų dozę

Prieš diagnozuojant gimdymo distociją, turėtų būti vertinama:

- Nėštumų ir gimdymo anamnezė;
- Gimdyvės palaikymas ir gimdymo aplinka;
- Gimdymo priežiūros tęstinumas;
- Gimdyvės padėtis, mobilumas ir elgsena;
- Spontaniškas ar sužadintas gimdymas;
- Skysčių vartojimas, pilna ar tuščia šlapimo pūslė;

- Vaisiaus būklė (VŠR);
- Skausmas ir nuovargis;
- Sąrėmių trukmė ir dažnis;
- Gimdos kaklelio pokyčiai ir atsivėrimas;
- Vaisiaus pirmeigės dalies padėtis ir leidimasis kauliniu dubeniu;
- Gimdyvės lūkesčiai ir norai.

Diagnozuojant distociją reikia atsakyti:

- Jei tai pirmasis gimdymo laikotarpis – latentinė ar aktyvi fazė?
- Kaip vyksta gimdos kaklelio vėrimasis (veriasi lėtai (<0,5 cm/val.), sustojęs)?
- Ar sąrėmiai yra pakankamo dažnio ir trukmės?
- Ar nėra netaisyklingos vaisiaus pirmeigos ar padėties?
- Ar nėra kliniškai siauro dubens klinikinių požymių?

Gimdymo proceso sutrikimų diagnostiką palengvina nuoseklus partogramos pildymas viso gimdymo metu.

3.2. GIMDYMO PRIEŽIŪRA

3.2.1. Gimdymo priežiūros taktika priklauso nuo distocijos priežasties.

P (*power*), jėgos

Distocijos priežastis	Gimdymo taktika
Hipotoninė gimdos disfunkcija	<p>3.2.1. Nemedikamentinės priemonės:</p> <ul style="list-style-type: none"> - amniotomija; - nuolatinis gimdyvės palaikymas (padidina komfortą gimdyvei, bet efektyvumas gydant distociją neįrodytas). <p>3.2.2. Medikamentinės priemonės (oksitocinas):</p> <ul style="list-style-type: none"> - mažos dozės schema; - didelės dozės schema (žr. Metodikos procedūrų aprašą).
Hipertoninė gimdos disfunkcija	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oksitocino infuzijos sustabdymas, jei gimdymo veikla stimuliuojama. 2. Tokolizė skiriant <i>Nifedipiną</i> arba <i>Terbutaliną</i>. 3. Rehidracija (infuzija kristaloidų tirpalu).

P (*passenger*), keleivis – vaisius

Distocijos priežastis	Gimdymo taktika
Stambus vaisius	Efektyvių stambaus vaisiaus prevencijos ir tikslių vaisiaus prognozės metodų nėra, tačiau jei pirmą kartą gimdysiančios moters numatomas naujagimio svoris – daugiau kaip 4500 g (sergant cukriniu diabetu – 4200 g) ir gimdymas neprogresuoja, rekomenduojama apsvarstyti cezario pjūvio operacijos galimybę.
Netaisyklinga vaisiaus padėtis ar pirmeiga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Skersinė, įstrižinė padėtis – cezario pjūvio operacija, jeigu vaisiaus nepavyksta išoriškai pasukti į išilgą padėtį. 2. Pakaušio užpakalinė padėtis: <ul style="list-style-type: none"> - gimdyvės padėties pakeitimas (efektyvumas abejotinas); - vidinis pasukimas; - vakuuminis ekstraktorius ar akušerinės replės (tik esant sąlygoms); - cezario pjūvio operacija. 3. Kaktos pirmeiga – cezario pjūvio operacija. 4. Veido pirmeiga: <ul style="list-style-type: none"> - gimdymas natūraliai, tik jei vaisius nestambus ir sukasi smakru į priekį; - cezario pjūvio operacija. 5. Sėdmenų pirmeiga (žr. Metodiką „Sėdmenų pirmeiga“).
Vaisiaus raidos patologija (galvos smegenų vandenė ar kita patologija)	Gimdymo būdas parenkamas atsižvelgus į vaisiaus raidos anomaliją, jos dydį, vaisiaus gyvybingumą bei saugumą.
Daugiavaisis nėštumas	Jei A dvynio ne galvos pirmeiga, o B dvynio galvos pirmeiga – rekomenduojama atlikti cezario pjūvio operaciją.

P (passage), kelias

Distocijos priežastis	Gimdymo taktika
Nepalankus gimdyvės dubens tipas (platipeloidinis, androidinis)	Palankiausias gimdyti natūraliai – ginekoidinis dubens tipas, tačiau gimdymas natūraliai įmanomas ir jei dubuo kito tipo. Prireikus atliekama cezario pjūvio operacija.
Anksčiau buvusios dubens traumos	Gimdymo taktika pasirenkama atsižvelgus į buvusią traumą ir į tai, ar pakanka vietos dubenyje.
Dubens ir gimdos augliai (miomos, gimdos kaklelio vėžys ir kiti gimdymo takų augliai)	Cezario pjūvio operacija.
Liga, pažeidžianti dubens kaulų struktūrą (TB, rachitas, poliomielitas)	Cezario pjūvio operacija.

P (patient), gimdyvė, jos sveikata

Distocijos priežastis	Gimdymo taktika
Gimdyvės ligos (cukrinis diabetas, antsvoris) bei su nėštumu susijusi būklė	Cukrinis diabetas nėra cezario pjūvio operacijos indikacija.

P (psyche), stresas, emocinis nusiteikimas

Distocijos priežastis	Gimdymo taktika
Stresas, skausmo baimė, buvusių gimdymų patirtis, buvusi seksualinė prievarta	Nuraminimas, situacijos paaiškinimas, psichologo pagalba, gimdymo skausmo malšinimas.

P (provider), gimdymą prižiūrintis specialistas

Distocijos priežastis	Gimdymo taktika
Jatrogeninės priežastys: itin ankstyvos intervencijos, nors nėra indikacijų	- Jei yra latentinė pirmojo gimdymo laikotarpio fazė, dėl stacionarizavimo spręsti

	<p>individualiai;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neskubėti atlikti amniotomijos, jei gimdymas progresuoja pakankamai; - Vengti rutininio epiduralinio gimdymo skausmo malšinimo; - Vengti intervencijų neesant indikacijų ir nepagrįsto kišimosi į gimdymo procesą.
--	--

3.2.2. Gimdymo priežiūros taktika priklausomai nuo gimdymo laikotarpio.

Pirmasis gimdymo laikotarpis, latentinė fazė.

Būdingi reguliarūs gimdos susitraukimai ir gimdos kaklelio pokyčiai: suminkštėja, išsilygina ir išplonėja bei atsiveria 4 cm.

3.2.2.1. Jei yra latentinė gimdymo fazė, motinos ir vaisiaus būklė gera, nėra nėštumo patologijos ar nėštumą komplikuojančių ligų, dėl stacionarizavimo latentinio laikotarpio metu sprendžiama individualiai.

3.2.2.2. Terapinis poilsis – jei labai vargina skausmas, rekomenduojama suleisti skausmą malšinančių vaistų, sudaryti sąlygas gimdyvei pailsėti.

3.2.2.3. Gimdymo stimuliavimas.

- Amniotomija. Nėra pakankamai įrodymų, kad amniotomija reikšmingai sutrumpina pirmąjį gimdymo laikotarpį ir pagreitina gimdymą. Ji dažniausiai atliekama prieš pradėdant gimdymo veiklos skatinimą oksitocinu.
- Gimdą sutraukiantieji vaistai – oksitocinas – pagreitina gimdymo progresą pereinant iš latentinės fazės į aktyvią, tačiau pradėjus lašinti oksitocino latentinės fazės metu, didėja cezario pjūvio operacijos tikimybė.
- Cezario pjūvio operacija neturėtų būti atliekama dėl užsitęsusios latentinės fazės, jei vaisiaus būklė gera.

Pirmasis gimdymo laikotarpis, aktyvi fazė.

Pirmojo gimdymo laikotarpio aktyvios fazės metu gimdos kaklelis gali vertis nevienodu greičiu. Šiuolaikiniai tyrimai rodo, kad dažnai moterims gimdos kaklelis veriasi lėčiau, kol nepasiekia 6 cm skersmens, o vaisiaus nusileidimas į dubenį antruoju laikotarpiu taip pat užtrunka ilgiau, nei teigiama tradiciniuose apibrėžimuose, todėl intervencijos nėra būtinos tuo atveju, kai gimdymas progresuoja, nors yra užsitęsęs.

Vadovaujantis naujausiomis rekomendacijomis, **sustojusiu gimdymu** aktyvios fazės metu turėtų būti laikomas toks gimdymas, kai atsivėrus gimdos kakleliui daugiau nei 6 cm ir nutekėjus

vaisiaus vandenims bei esant pakankamai gimdymo veiklai ilgiau nei 4 val. gimdos kaklelis nesiveria.

3.2.2.4. Svarbu įsitikinti, ar tai ne latentinė fazė. Aktyviai fazei būdinga: sąrėmių trukmė – 40–60 sekundžių, gimdos kaklelis išsilyginęs ir atsivėręs 4 cm ar daugiau. Dažniausiai tokiu metu vaisiaus galva būna fiksuota dubens įėjimo plokštumoje (– 2; –1 galvos padėtis).

3.2.2.5. Partograma pradeda pildyti, diagnozavus gimdymą (yra reguliarūs ($\geq 1/10$ min.), skausmingi, intensyvėjantys gimdos susitraukimai ir objektyviai nustatyti gimdos kaklelio pokyčiai (išsilyginęs, išplonėjęs, veriasi)).

3.2.2.6. Tyrimas pro makštį kartojamas kas 4 valandas ar dažniau, jei reikia.

3.2.2.7. Partogramoje pažymima, kaip veriasi gimdos kaklelis ir kaip leidžiasi dubeniu vaisiaus galva.

3.2.2.8. Jeigu gimdos kaklelis per 4 valandas vėrėsi lėčiau kaip po 0,5 cm per valandą, manoma, kad aktyvioji fazė užsitęsė. Užsitęsusi aktyvioji fazė gali būti diagnozuota ir anksčiau, jei dėl akušerinės situacijos sprendimą reikia priimti anksčiau.

3.2.2.9. Kad pirmasis gimdymo laikotarpis užsitęsė, gali įtarti akušeris, gydytojas rezidentas akušeris ginekologas, gydytojas akušeris ginekologas.

3.2.2.10. Užsitęsusių pirmąjį gimdymo laikotarpį konstatuoja gydytojas akušeris ginekologas.

3.2.2.11. Jei yra galimybių, bandoma nustatyti pagrindines distocijos priežastis. Atsižvelgus į motinos ir vaisiaus būklę, gimdymų skaičių, skausmo malšinimo būdą, moters pageidavimą, sprendžiama, kokios gimdymo priežiūros taktikos laikytis toliau.

- Gimdymo veiklą stimuliuoti oksitocinu į veną pompa rekomenduojama, kai vaisiaus vandenų dangalai yra plyšę ar praplėsti, o gimdos kaklelis, nepaisant reguliarios gimdymo veiklos per 4 val. daugiau nebesiveria. **[1B]**. Praktikoje vartojamos mažos ir didelės oksitocino dozės schemas. (žr. Metodikos procedūrų aprašą). Įrodyta, jog oksitocino skyrimas didelės dozės schema sumažina cezario pjūvio operacijų dažnį, gimdymo trukmę, padidina tachisistolijos (per dažnų gimdos susitraukimų) dažnį. Motinų ir naujagimių sergamumas naudojant abi gimdymo stimuliavimo oksitocinu schemas nesiskiria.
- Artimųjų dalyvavimas gimdymo metu ir nuolatinis gimdyvės palaikymas didina komfortą, pasitenkinimą gimdymu, tačiau nėra pakankamų įrodymų, kad pagerina gimdymo progresavimą.
- Gimdyvei leidžiama laisvai judėti gimdymo metu, tačiau įrodymų, kad dėl kurios nors kūno padėties gimdymas geriau progresuotų, nėra.

Antrasis gimdymo laikotarpis

3.2.2.12. Pakankamai įrodymų, kad užsitęsęs antrasis laikotarpis yra nepriklausomas rizikos veiksnys, dėl kurio didėja naujagimių sergamumas, pogimdyminio kraujavimo, chorionamnionito, instrumentinio gimdymo, trečiojo ir ketvirtojo laipsnio tarpvietės plyšimų tikimybė, nėra. Antrajam gimdymo laikotarpiui užtrukus ilgiau nei 2 valandas, pogimdyminio kraujavimo rizika padvigubėja.

3.2.2.13. Jei pirmakartės antrojo gimdymo laikotarpio trukmė – daugiau nei 3 valandos, o pakartotinai gimdančios – daugiau nei 2 valanda, rekomenduojama aptarti ir įvertinti gimdymo priežiūros taktiką.

- Prieš stanginimąsi reikia atlikti tyrimą pro makštį. Stangintis galima tik patvirtinus, kad gimdos kaklelis visiškai atsivėręs.
- Skatinti moterį pasirinkti tokią gimdymo pozą, kuri jai patogiausia ir padeda stanginantis.
- Užtikrinti kad moteris gautų pakankamai skysčių ir skatinti ją pasišlapinti. Jeigu moteris negali pati pasišlapinti, o šlapimo pūslė čiuopiama pro pilvo sieną, šlapimą reikia pašalinti kateteriu.
- Pirmakartei užsitęsęs antrasis gimdymo laikotarpis diagnozuojamas, kai jo trukmė > 3 valandos.
- Pakartotinai gimdančioms moterims užsitęsęs antrasis gimdymo laikotarpis diagnozuojamas, kai jo trukmė >2 valanda.
- Sumažinti epiduralinės infuzijos greitį (jei gimdoma sukėlus epiduralinę analgeziją), jei gimdos kaklelis visiškai atsivėręs, o moteris nejaučia noro stangintis.
- Jei moteris nenori stangintis, neatsižvelgiant į tai, ar buvo daryta epiduralinė analgezija, ar ne, esant gerai moers ir vaisius būklei, rekomenduojama laukti 1 valandą tikintis, kad vaisiaus galva nusileis savaime.
- Pacientei stanginantis, reikia klausyti ir užrašyti vaisiaus širdies susitraukimų dažnį maždaug kas 5 minutes arba po kiekvieno sąrėmio.
- Jei stangos trunka 1 valandą, rekomenduojama pakartotinai įvertinti klinikinę situaciją ir gimdymo natūraliais takais galimybę.
- Kad antrasis gimdymo laikotarpis užsitęsė, gali įtarti akušeris, rezidentas akušeris ginekologas, gydytojas akušeris ginekologas.
- Užsitęsusių antrąjį gimdymo laikotarpį konstatuoja gydytojas akušeris ginekologas ir patikslina gimdymo priežiūros planą, atsižvelgiant į moters gimdymų skaičių, skausmo malšinimą, vaisiaus ir motinos būklę, taip pat pagal numanomą arba žinomą distocijos priežastį skiria ar koreguoja gydymą. Įvertina vaisiaus padėtį. Nustačius pakaušio užpakalinę padėtį, sprendžiama, ar nereikėtų vaisių pasukti ranka (žr. Metodikos procedūrų aprašą).
- Nerekomenduojama antruoju gimdymo laikotarpiu spausti gimdos dugną (taikyti Kristelerio metodą), siekiant palengvinti ar pagreitinti gimdymą.

3.3. DISTOCIJOS KOMPLIKACIJOS

Motinai	Vaisiui
<ul style="list-style-type: none">• Kraujavimas• Gimdos plyšimas, tarpvietės plyšimas• Infekcija• Bendras nuovargis• Fistulės	<ul style="list-style-type: none">• Infekcija• Hipoksija• Traumos, pečių distocija• Žūtis

4. LITERATŪROS SĄRAŠAS (DISTOCIJA)

1. Robert M Ehsanipoor, MD, Andrew J Satin, MD, FACOG. Normal and abnormal labor progression. Mar 14, 2019 https://www.uptodate.com/contents/normal-and-abnormal-labor-progression?search=dystocia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H30701004
2. Iobst S, Breman R, Bingham D, Storr C, Zhu S, Johantgen M. Associations among cervical dilatation at admission, intrapartum care, and birth mode in low-risk, nulliparous women. Birth. 2019.
3. Ehsanipoor R, Satin A. Normal and abnormal labor progression. UpToDate; 2018 [cituota rupjūčio 23, 2018]. Prieiga internete: <https://www-uptodate-com.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/contents/normal-andabnormal-labor29> progression?search=Normal%20and%20abnormal%20labor%20progression&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
4. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. PSO (www.who.int/reproductivehealth), 2018.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric care consensus no. 1: Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetrics & Gynecology. 2014;123(3), 693–711.
6. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub3
7. WHO Recommendations for Augmentation of Labour. 2014. Prieiga internete: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf;jsessionid=391DC12ECE15CCCCB55CE2819F1FE920?sequence=1
8. Jun Zhang et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor with Normal Neonatal Outcomes. Obstet Gynecol. 2010 December ; 116(6): 1281–1287.
9. Royal Women's Hospital, Melbourne: 2010 Clinical Practice Guideline *Care during second of labour second stage of labour*.
10. Nadišauskienė R. ir kt. Gimdymas, 2010 7-10, 54-76
11. Kjaergaard H, Olsen J, Ottesen B, Dykes AK. Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. Acta Obstet Gynecol Scand 2009; 88:402.
12. Zhu BP, Grigorescu V, Le T, et al. Labor dystocia and its association with interpregnancy interval. Am J Obstet Gynecol 2006; 195:121.

METODIKA
VIRKŠTELĒS IŠKRITIMAS. DISTOCIJA

II. METODIKOS PROCEDŪRŪ APRAŠAS

VIRKŠTELĖS IŠKRITIMAS. PROCEDŪROS.

1. Procedūrų aprašymai.

1.1. Procedūros „Pirmeigės dalies atstūmimas“ aprašymas.

1.1.1. Procedūra skirta gydytojams akušeriams ginekologams, akušeriams.

1.1.2. Indikacijos. Ši procedūra atliekama, kai diagnozuojamas virkštelės iškritimas ir vaisius gyvas.

1.1.3. Procedūrai atlikti reikia vieno žmogaus.

1.1.4. Reikalingos priemonės – pirštinės.

1.1.5. Eiga. Šią procedūrą galima atlikti gimdyvei gulint ant nugaros sulenkus kojas per klubus ir kelius, gulint ant šono, kelių ir krūtinės padėtyje, galvą laikant žemiau. Vienos rankos pirštais atstumiami vaisiaus pirmėigė dalis taip, kad nebūtų spaudžiama iškritusi virkštelė. Jei gimdos kaklelis nėra iki galo **atsivėręs** ir nėra sąlygų greitai baigti gimdymą natūraliu būdu, grąžinti iškritusios virkštelės kilpos nerekomenduojama. Virkštelės kompresiją gali mažinti ir pilna šlapimo pūslė.

Rengiantis cezario pjūvio operacijai, galima skirti tokolizę (gimdą atpalaiduojančių vaistų).

Optimalus gimdymo būdas – skubi (pirmosios skubumo kategorijos) cezario pjūvio operacija **[B]**. Reikia įvertinti greito gimdymo natūraliu būdu galimybę.

1.1.6. Galimos komplikacijos.

- Vaisiaus hipoksija, acidozė.
- Vaisiaus žūtis.

1.2. Procedūros „Šlapimo pūslės pripildymas“ aprašymas.

1.2.1. Procedūra skirta gydytojams akušeriams ginekologams, akušeriams.

1.2.2. Indikacijos. Ši procedūra atliekama, kai diagnozuojamas virkštelės iškritimas ir vaisius gyvas.

1.2.3. Procedūrai atlikti reikia dviejų žmonių.

1.2.4. Reikalingos priemonės – pirštinės, šlapimo pūslės kateteris, 500–700 ml izotoninio tirpalo.

1.2.5. Eiga. Ši procedūra atliekama gimdyvei gulint ant nugaros pakeltu dubeniu (Trendelenburgo padėtis), sulenkus kojas per klubus ir kelius. Per šlaplę į šlapimo pūslę įkišamas šlapimo pūslės Foley kateteris ir greitai pripilama 500-700 ml izotoninio tirpalo. Pilna šlapimo pūslė neleidžia vaisiaus pirmėigėi daliai leistis žemyn ir mažina virkštelės suspaudimo tikimybę.

Procedūra labiau tinka tada, kai nėra galimybių labai skubiai atlikti cezario pjūvio.

Optimalus gimdymo būdas – skubi (pirmosios skubumo kategorijos) cezario pjūvio operacija **[B]**. Reikia apsvarstyti greito gimdymo natūraliu būdu galimybę.

2. Svarbiausi veiksmai, kurie turi būti aprašomi ligos istorijoje, fiksuojami informacinėje sistemoje ir vertinami sistemiškai nacionaliniu mastu

Eil. Nr.	Veiksmai, diagnozavus virkštelės iškritimą
1.	Naujagimio balai pagal Apgar skalę, virkštelės iškritimo atvejais

DISTOCIJA. PROCEDŪROS

1. Procedūrų aprašymai.

1.1. Procedūros „Amniotomija“ aprašymas.

1.1.1. Procedūra skirta akušeriams ginekologams, akušeriams.

1.1.2. Indikacijos. Ši procedūra atliekama, kai manoma, jog gimdymas progresuoja nepakankamai.

1.1.3. Procedūrai atlikti reikia vieno žmogaus.

1.1.4. Reikalingos priemonės. Pirštinės, plastikinis ar metalinis vašelis (kabliukas).

1.1.5. Eiga. Šią procedūrą patogiau atlikti gimdyvei gulint ant nugaros sulenkus kojas per klubus ir kelius. Sąlyga - besiveriantis ar atsivėręs gimdos kaklelis. Kontroluojant vienos rankos pirštais, kurie (ar kuris) įkišami į gimdos kaklelio kanalą, pasiekiami amniono dangalai, o kita ranka kabliuku praplėšiama vaisiaus vandens pūslė. Atliekant veiksmą reikia patikrinti, ar už dangalų priekyje vaisiaus galvos nėra virkštelės ar kitos smulkios vaisiaus kūno dalies ir užtikrinti, kad vaisiaus galva būtų prisispaudusi prie kaklelio. Yra duomenų, kad amniotomija efektyvesnė, jeigu ją atlikus gimdymo veikla skatinama oksitocinu. Pirmą kartą gimdančioms, geriausia oksitocino infuziją pradėti iškart atlikus amniotomiją – taip gimdymas sutrumpėja daugiau nei 2 val. Atlikta amniotomija cezario pjūvio operacijos būtinybės nedidina. Jei nėra būtina, jos atlikti nerekomenduojama [A].

Detaliai pasiruošimas procedūrai ir kiti jos atlikimo ypatumai pateikiami metodikoje „Gimdymo sužadinimas“.

1.1.6. Galimos komplikacijos, jų sprendimo būdai, prevencija:

- Virkštelės iškritimas (žr. Metodiką „Virkštelės iškritimas“).
- *Vasa praevia* plyšimas. Amniotomijos neatlikti, jei apčiuopiama pulsacija vaisiaus dangaluose ar įtariama, kad virkštelė prisitvirtinusi plėvėse.
- Sustiprėjęs kraujavimas dėl placentos pirmėigos ar žemai prisitvirtinusios placentos. Prieš amniotomiją reikali nustatyti placentos vietą.

1.2. Procedūros „Gimdymo veiklos skatinimas oksitocinu“ aprašymas.

1.2.1. Procedūra skirta akušeriams ginekologams, akušeriams.

1.2.2. Indikacijos. Ši procedūra atliekama, jei manoma, jog gimdymas progresuoja nepakankamai.

1.2.4. Reikalingos priemonės. Pirštinės, infuzomatas, veninis kateteris, infuzijų sistema, odos dezinfekcijos bei kateterio pritvirtinimo priemonės, viena 5VV oksitocino ampulė.

1.2.5. Eiga (gimdymo veiklos skatinimas):

- Mažų dozių schema.

Pradedama nuo 0,5–2,0 mV/min. (1mV/min. = 6 ml/val.).

Dozė didinama 1–2 mV/min. kas 15–60 min., kol pradės veikti.

Maksimali dozė – 20–40 mV/min.

- Didelių dozių schema.

Pradedama nuo 2–6 mV/min.

Dozė didinama 1–6 mV/min. kas 15–60 min., kol pasireiškia poveikis.

Maksimali dozė – 40–42 mV/min.

Skatinant gimdymą oksitocinu, vaisiaus širdies ritmą būtina rašyti monitoriumi. Didelės oksitocino dozės pirmakartei gimdymo trukmę sutrumpina vidutiniškai 2 val. Neigiamas didelių dozių poveikis vaisiui neįrodytas [A].

Galimos komplikacijos, jų sprendimo būdai, prevencija, šalutinis poveikis, kiti vartojimo ypatumai pateikiami metodikoje “Gimdymo sužadinimas”.

1.3. Procedūros, „Vaisiaus pasukimas ranka” aprašymas.

1.3.1. Procedūra skirta akušeriams ginekologams, akušeriams.

1.3.2. Indikacijos. Ši procedūra atliekama, kai nustatoma nuolatinė pakaušio užpakalinė padėtis

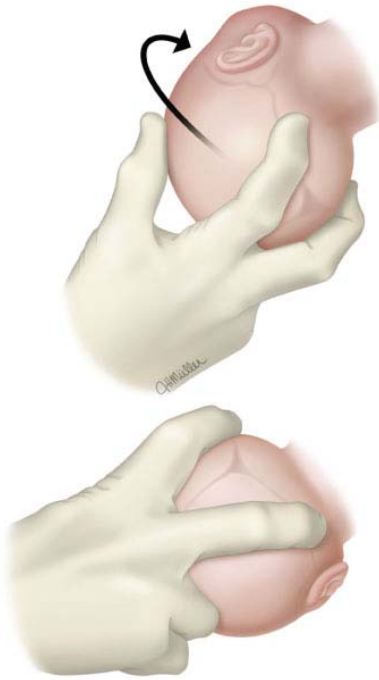
1.3.3. Procedūrai atlikti reikia vieno žmogaus

1.3.4. Reikalingos priemonės. Pirštinės

1.2.5. Eiga. Šiuo veiksmu siekiama vaisių iš pakaušio užpakalinės padėties pasukti į pakaušio priekinę padėtį. Gimdyvės šlapimo pūslė turi būti tuščia. Dviem arba trimis pirštais vaisiaus galva palenkiama ir pasukama į pakaušio priekinę padėtį. (žr. 1 pav.)

Didesnė sėkmės tikimybė, kai procedūra atliekama pakartotinai gimdančiai moteriai, kurios gimdos kaklelis visiškai atsivėręs, tačiau vaisiaus galva dar nėra giliai nusileidusi į dubenį.

1 pav. Vaisiaus galvos pasukimas trimis pirštais iš užpakalinės pakaušio padėties



2. Svarbiausi veiksmai, kurie turi būti aprašomi ligos istorijoje, fiksuojami informacinėje sistemoje ir vertinami sistemiškai nacionaliniu mastu

Eil. Nr.	Veiksmai, diagnozavus distociją
1.	Gimdymo veiklos stimuliavimas oksitocinu

3. Literatūros sąrašas

1. Lin MG. Umbilical cord prolapse. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61:269.
2. Vago T. Prolapse of the umbilical cord: a method of management. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 107:967.
3. Katz Z, Shoham Z, Lancet M, et al. Management of labor with umbilical cord prolapse: a 5-year study. *Obstet Gynecol* 1988; 72:278.
4. Bricker L, Luckas M. Amniotomy alone for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; :CD002862.
5. Howarth GR, Botha DJ. Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; :CD003250.
6. Selo-Ojeme DO, Pisal P, Lawal O, et al. A randomised controlled trial of amniotomy and immediate oxytocin infusion versus amniotomy and delayed oxytocin infusion for induction of labour at term. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279:813.
7. Macones GA, Cahill A, Stamilio DM, Odibo AO. The efficacy of early amniotomy in nulliparous labor induction: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207:403.e1.
8. Merrill DC, Zlatnik FJ. Randomized, double-masked comparison of oxytocin dosage in induction and augmentation of labor. *Obstet Gynecol*. Sep 1999;94(3):455-463.
9. ACOG Practice Bulletin #70: Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring. *Obstet Gynecol* 2005;106(6):1453-60
10. ACOG Committee on Practice Bulletins - Obstetrics, "ACOG Practice Bulletin No.107: Induction of Labor," *Obstet Gynecol*, 2009, 114(2 Pt 1):386-97. [PubMed [19623003](#)]
11. Wei SQ, Luo ZC, Qi HP, et al, "High-Dose vs Low-Dose Oxytocin for Labor Augmentation: A Systematic Review," *Am J Obstet Gynecol*, 2010, 203(4):296-304. [PubMed [20451894](#)]
12. Wei SQ, Luo ZC, Qi HP, et al. High-dose vs low-dose oxytocin for labor augmentation: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:296.
13. Kenyon 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.
14. Le Ray C, Serres P, Schmitz T, et al. Manual rotation in occiput posterior or transverse positions: risk factors and consequences on the cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 2007; 110:873.
15. Hawkins JL, Hess KR, Kubicek MA, et al. A reevaluation of the association between instrument delivery and epidural analgesia. *Reg Anesth* 1995; 20:50.
16. GRIFFIN RJ. MANAGEMENT OF THE OCCIPUT POSTERIOR. *J Ky Med Assoc* 1964; 62:860.
17. Reichman O, Gdansky E, Latinsky B, et al. Digital rotation from occipito-posterior to occipito-anterior decreases the need for cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 136:25.
18. Cargill YM, MacKinnon CJ, Arsenault MY, et al. Guidelines for operative vaginal birth. *J Obstet Gynaecol Can* 2004; 26:747.
19. Dennen, PC. Dennen's forceps deliveries, 3rd ed, FA Davis Company, Philadelphia 1989.
20. Tarnier, S, Chantreuil, G, Lauwergus, H. *Traité de l'art des accouchements (Tome 2)*, Paris 1982.
21. Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, et al. Manual rotation of the fetal occiput: predictors of success and delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:e7.

METODIKA
VIRKŠTELĒS IŠKRITIMAS. DISTOCIJA

III. METODIKOS ĪDIEGIMO APRAŠAS

I DALIS. VIRKŠTELĖS IŠKRITIMAS

1. Būtinų resursų (medicininės įrangos, žmogiškųjų ir kt.) aprašymas

1.1. Visų lygių akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiuose stacionaruose

1.1.1. Visą parą turi būti užtikrinamas ne mažiau kaip 1 gydytojo akušerio ginekologo, 1 gydytojo anesteziologo-reanimatologo ir 1 gydytojo neonatologo, akušerio bei slaugos (operacinės, vaikų, anestezijos ir intensyviosios terapijos) paslaugų teikimas.

1.1.2. Akušerijos padalinyje turi būti medicininių prietaisų vaisiaus kraujui imti (iš pirmeigės dalies ir virkštelės kraujagyslių) laktatų ir (ar) rūgščių ir šarmų pusiausvyrai nustatyti.

1.1.3. Akušerijos padalinyje turi būti akušerinių stetoskopų, kardiotokegrafas.

1.1.4. Gimdymo palatoje turi būti kardiotokegrafas.

1.1.5. Akušerijos padalinyje turi būti paruošta operacinė, kurioje būtų galima atlikti skubią cezario pjūvio operaciją.

1.2. Vaisiaus būklės vertinimo priemonių paruošimas ir kontrolė

Už kardiotokegrafo, akušerinių stetoskopų, medicininių prietaisų ir priemonių vaisiaus kraujui imti (iš pirmeigės dalies ir virkštelės kraujagyslių) laktatų ir (arba) rūgščių ir šarmų pusiausvyrai nustatyti paruošimą atsakingas budintis akušeris. Jis turi kasdien patikrinti priemonių būklę ir paruošti reikiamą vienkartinį priemonių kiekį.

1.3. Virkštelės iškritimo prevencija ir diagnostika

1.3.1. Atvykus gimdyvei į gimdymo ar akušerijos skyrių, akušeris ar akušeris ginekologas nustato ar nėra rizikos veiksnių virkštelei iškristi (vaisiaus padėtis ir pirmeigė dalis, buvusių gimdymų baigtys, vaisiaus vandenų kiekis).

1.3.2. Pirmojo gimdymo laikotarpio latentinės fazės periodu anksti praplėšti dangalų nepatariama.

1.3.3. Patikslinama vaisiaus padėtis ir tai dokumentuojama gimdymo istorijoje ir (arba) partogramoje.

1.4. Virkštelės iškritimo dokumentavimas

1.4.1. Kardiotokegrama ir jos aprašas partogramoje ar gimdymo istorijoje.

1.4.2. Virkštelės kraujagyslių rūgščių ir šarmų pusiausvyros tyrimo duomenys ir jų vertinimas partogramoje arba gimdymo istorijoje.

2. Rekomenduojami metodikos įdiegimo ligoninėje dokumentai (direktoriaus įsakymai, tvarkos).

Ligoninės direktoriaus įsakymai:

- dėl procedūrų patvirtinimo gimdymo metu, kai diagnozuojamas virkštelės iškritimas;
- dėl personalo kvalifikacijos kėlimo, mokymų metu imituojant virkštelės iškritimą moteriai gimdant (1 kartą per trejus metus).

II DALIS. DISTOCIJA

1. Būtinų resursų (medicininės įrangos, žmogiškųjų ir kt.) aprašymas

1.1. Tretinio lygio akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiuose stacionaruose:

- 1.1.1. Visą parą turi būti užtikrinamas ne mažiau kaip 2 akušerių ginekologų, 2 gydytojų anesteziologų-reanimatologų ir 2 gydytojų neonatologų, akušerio bei slaugos (operacinės, vaikų, anestezijos ir intensyviosios terapijos) paslaugų teikimas.
- 1.1.2. Akušerijos padalinyje turi būti medicininių prietaisų vaisiaus kraujui imti (iš pirmeigės dalies ir virkštelės kraujagyslių) laktatų ir (arba) rūgščių ir šarmų pusiausvyria nustatyti.
- 1.1.3. Akušerijos padalinyje turi būti akušerinių stetoskopų, kardiotokegrafas.
- 1.1.4. Gimdymo palatoje turi būti kardiotokegrafas.
- 1.1.5. Gimdymo skyriuje turi būti ultragarsinis aparatas.
- 1.1.6. Gimdymo skyriuje turi būti vakuuminis ekstraktorius ir (arba) akušerinės replės.
- 1.1.7. Akušerijos padalinyje turi būti operacinė, kurioje būtų galima atlikti cezario pjūvio operaciją.

1.2. Antrinio B lygio akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiuose stacionaruose:

- 1.2.1. Visą parą turi būti užtikrinamas ne mažiau kaip 2 akušerių ginekologų, 1 anesteziologo-reanimatologo, 1 gydytojo neonatologo, akušerio bei slaugos (operacinės, vaikų, anestezijos ir intensyviosios terapijos) paslaugų teikimas.
- 1.2.2. Akušerijos padalinyje turi būti medicininių prietaisų vaisiaus kraujui imti (iš pirmeigės dalies ir iš virkštelės kraujagyslių) laktatų ir (arba) rūgščių ir šarmų pusiausvyrai nustatyti.
- 1.2.3. Akušerijos padalinyje turi būti akušerinių stetoskopų, kardiotokegrafas.
- 1.2.4. Gimdymo palatoje turi būti kardiotokegrafas.
- 1.2.5. Gimdymo skyriuje turi būti vakuuminis ekstraktorius ir (arba) akušerinės replės.
- 1.2.6. Akušerijos padalinyje turi būti operacinė, kurioje būtų galima atlikti cezario pjūvio operaciją.

1.3. Antrinio A lygio akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiuose stacionaruose:

- 1.3.1. Visą parą turi būti užtikrinamas ne mažiau kaip 1 akušerio ginekologo, 1 anesteziologo-reanimatologo, 1 gydytojo neonatologo ar vaikų ligų gydytojo, akušerio bei slaugos (operacinės, anestezijos ir intensyviosios terapijos) paslaugų teikimas.
- 1.3.2. Gimdymo palatoje turi būti kardiotokegrafas.
- 1.3.3. Akušerijos padalinyje turi būti akušerinių stetoskopų, kardiotokegrafas.
- 1.3.4. Gimdymo skyriuje turi būti vakuuminis ekstraktorius ir (arba) akušerinės replės.

1.3.5. Akušerijos padalinyje turi būti operacinė, kurioje būtų galima atlikti cezario pjūvio operaciją.

1.4. Gimdymo progresavimo, vaisiaus padėties vertinimo priemonių paruošimas ir kontrolė.

Už kardiokografo, akušerinių stetoskopų, medicininių prietaisų ir priemonių vaisiaus kraujui imti (iš pirmėigės dalies ir iš virkštelės kraujagyslių) laktatų ir (arba) rūgščių ir šarmų pusiausvyrai nustatyti paruošimą atsakingas budintis akušeris. Jis turi kasdien patikrinti priemonių būklę ir paruošti reikiamą vienkartinių priemonių kiekį.

1.5. Distocijos diagnostika.

1.5.1. Atvykus gimdyvei į gimdymo ar akušerijos skyrių, akušeris ginekologas įvertina distocijos rizikos veiksnius (numatomas vaisiaus svoris, buvusių gimdymų anamnezė, infekcija).

1.5.2. Nustatoma vaisiaus padėtis ir dokumentuojama gimdymo istorijoje ir (arba) partogramoje.

1.5.3. Nustatoma, koks yra gimdymo laikotarpis ir fazė, ar jų trukmė neviršija maksimaliai leistinų normų.

1.6. Distocijos dokumentavimas.

1.6.1. Kardiokogramoje registruotas vaisiaus širdies ritmas, sąrėmių reguliarumas, dažnis, trukmė ir (iš dalies) intensyvumas apibūdinami partogramoje. Kardiokogramos duomenų vertinimas gali būti užrašytas ir ant pačios kardiokogramos.

1.6.2. Kraujo iš vaisiaus pirmėigės dalies rūgščių ir šarmų pusiausvyros ir (arba) laktatų tyrimo bei virkštelės kraujagyslių rūgščių ir šarmų pusiausvyros rodmenys dokumentuojami partogramoje arba gimdymo istorijoje.

2. Rekomenduojami metodikos įdiegimo ligoninėje dokumentai (direktoriaus įsakymai, tvarkos).

Ligoninės direktoriaus įsakymai:

- dėl procedūrų patvirtinimo gimdymo metu, kai diagnozuota distocija;
- dėl gimdymo eigos audito tvarkos;
- dėl personalo kvalifikacijos kėlimo vaisiaus būklės vertinimo gimdymo metu klausimais (1 kartą per trejus metus).

METODIKA
VIRKŠTELĒS IŠKRITIMAS. DISTOCIJA

IV. METODIKOS AUDITO APRAŠAS

I DALIS. VIRKŠTELĖS IŠKRITIMAS

1. Išsamus įdiegtos metodikos efekto ligoninės viduje audito aprašas

Žemiau apraše pateikta informacija ir auditavimo instrumentai yra rekomendacinio pobūdžio, sveikatos priežiūros įstaiga pati nustato metodikos auditavimo dažnį, audito kriterijus ir priemones.

1.1. Audito dažnis. Vieną kartą per 6 – 12 mėnesių akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiuose stacionaruose atliekamas įdiegtos metodikos efekto ligoninėje auditas.

1.2. Audito uždaviniai

1.2.1. Komandos narių, dalyvavusių mokymuose, skaičius.

1.2.2. Pirmosios pagalbos suteikimas, iškritus virkštelei.

1.2.3. Laiko nuo virkštelės iškritimo iki gimimo ar cezario pjūvio operacijos atlikimo virkštelės iškritimo atveju tarpas.

1.2.4. Perinatalinių baigčių analizė.

1.3. Audito priemonės

1.3.1. **Skubių cezario pjūvio operacijų atlikimo laiko, kai yra iškritusi virkštelė, analizė.**

1.3.2. **Instrumentinio gimdymo auditas:** laikas, per kurį užbaigtas gimdymas, auditas.

1.3.3. **Naujagimių būklės vertinimas:** balai pagal Apgar skalę, gydymas NRITS, stacionarizavimo laikas.

1.4. Pokalbis su administracija anonimiškai pateikiant audito rezultatus, sprendžiant problemas

1.5. Audito rezultatų aptarimas personalo susirinkimų metu

2. Išsamus auditorių funkcijų aprašymas

Auditorius patikrina visas vienerių metų Gimdymo istorijas (kai buvo iškritusi virkštelė). Jei virkštelė iškrito amniotomijos metu, vertina, ar procedūra atlikta pagrįstai. Vertinamos atliktos procedūros iškritus virkštelei ir laikas, per kurį vaisus gimė nuo jos iškritimo (cezario pjūvio operacijos pagalba ar natūraliai).

3. Svarbiausių kriterijų, kuriuos įtraukus į informacinę sistemą būtų galima daryti įdiegtos metodikos efektyvumo nacionaliniu mastu analizę, sąrašas

Eil. Nr.	Kriterijus
1.	Naujagimio balai pagal APGAR skalę, virkštelės iškritimo atvejais

4. Literatūros sąrašas

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011-08-31 įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“ .
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-09-23 įsakymo „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ nauja redakcija.

II DALIS. DISTOCIJA

Žemiau apraše pateikta informacija ir auditavimo instrumentai yra rekomendacinio pobūdžio, sveikatos priežiūros įstaiga pati nustato metodikos auditavimo dažnį, audito kriterijus ir priemones.

1. Išsamus įdiegtos metodikos efekto ligoninėje aprašas

1.1. Audito dažnis. Vieną kartą per 3 mėnesius tretinio lygio akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiuose stacionaruose, vieną kartą per 6 mėn. antrinio lygio akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiuose stacionaruose atliekamas įdiegtos metodikos efekto ligoninėje auditas.

1.2. Audito uždaviniai

- 1.2.1. Skubių cezario pjūvio operacijų skaičiaus ir indikacijų auditas;
- 1.2.2. Instrumentinio gimdymo auditas;
- 1.2.3. Gimdymo stimuliavimo pagrįstumo auditas.

1.3. Audito priemonės.

- 1.3.1. **Skubių cezario pjūvio operacijų skaičiaus ir indikacijų auditas.** Gimdymo istorijose įrašytos skubios cezario pjūvio operacijos pagrindimo auditas
- 1.3.2. **Instrumentinio gimdymo auditas.** Gimdymo istorijose įrašytos instrumentinės gimdymo pagalbos pagrindimo auditas.
- 1.3.3. **Gimdymo stimuliavimo pagrįstumo auditas.** Partogramos (gimdymo progresavimo priežiūros, kai kertama „veikimo linija“) auditas. Amniotomijos, oksitocino skyrimo pagrįstumo ir dozavimo auditas

1.4. Audito metu vertinami kriterijai.

1.4.1. Skubių cezario pjūvio operacijų skaičiaus ir indikacijų auditas:

- cezario pjūvio operacijų skaičiaus vertinimas;
- dokumentuoto skubios cezario pjūvio operacijos pagrįstumo vertinimas.

1.4.2. Instrumentinio gimdymo auditas:

- instrumentinės gimdymo pagalbos skaičiaus vertinimas;
- dokumentuoto instrumentinės gimdymo pagalbos pagrįstumo vertinimas.

1.4.3. Gimdymo stimuliavimo pagrįstumo auditas:

- vertinimas, ar gimdymo eiga partogramoje kerta „veikimo“ liniją;
- oksitocino dozavimo vertinimas.

1.5. Pokalbis su administracija anonimiškai pateikiant audito rezultatus, sprendžiant problemas

1.6. Audito rezultatų aptarimas personalo susirinkimų metu

2. Išsamus auditorių funkcijų aprašymas

Auditorius patikrina iki 25 atsitiktinai parinktų Gimdymo istorijų (iki 10 gimdyvių, kurių gimdymas, registro duomenimis, buvo stimuliuotas oksitocinu, iki 10 gimdyvių, gimdžiusių cezario operacijos pagalba dėl distocijos, ir iki 5 gimdyvių, kurioms gimdant teikta instrumentinė pagalba). Jose susiranda įklijuotą partogramą ir įvertina, ar gimdymo stimuliavimas pagrįstas, ar cezario pjūvio operacija dėl distocijos pagrįsta, ar pagrįsta instrumentinė gimdymo pagalba.

3. Svarbiausių kriterijų, kuriuos įtraukus į informacinę sistemą, būtų galima daryti įdiegtos metodikos efektyvumo nacionaliniu mastu analizę, sąrašas

Eil. Nr.	Kriterijus
1.	Gimdymo veiklos stimuliavimas oksitocinu

4. Literatūros sąrašas

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 08 31 įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“.

2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-09-23 įsakymo „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ nauja redakcija.

3. ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003: Dystocia and augmentation of labor. [Obstet Gynecol.](#) 2003 Dec;102(6):1445-54.

4. ACOG Patient Safety Checklists. Prieiga internete:

http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Patient_Safety_Checklists

METODIKA
VIRKŠTELĒS IŠKRITIMAS. DISTOCIJA

V. INFORMACIJA VISUOMENEI

Kas yra gimdymo distocija?

Distocija – tai patologinis gimdymas, tiesiogiai siejamas su gimdymo proceso sutrikimais. Distocija nustatoma, kai moteris gimdo per ilgai (gimdos kaklelis veriasi per lėtai arba nesiveria, vaisius neslenka dubeniu).

Kokios distocijos priežastys?

- Gimdymo jėgų (sąrėmių) patologija.
- Gimdymo takų patologija.
- Vaisiaus padėties ir raidos patologija.
- Gimdančios moters ligos, bendra sveikatos būklė.
- Gimdančios moters stresas, baimė, emocinis nusiteikimas.
- Gimdymo metu nepagrįstai atliekamos intervencijos.

Gimdymo jėgų patologija

Gimdos kaklelis veriasi ir vaisius gimsta vykstant sąrėmiams ir stangoms. Jeigu sąrėmiai ar stangos per silpni, reti, gimdymas užsitęsia. Dažnai gimdymo veikla būna nepakankama, kai sąrėmiai prasideda, o gimdos kaklelis dar nepasiruošęs, ir ypač kai vaisiaus vandenys nuteka dar neprasidėjus gimdymo veiklai.

Nustatyta, kad gimdos raumenys susitraukia nevienodai. Stipriausiai ir ilgiausiai traukiasi gimdos dugno raumenys. Kuo arčiau gimdos kaklelio, tuo raumenų susitraukimo jėga ir trukmė mažesnė. Skiriami du gimdymo veiklos sutrikimo tipai.

- Nepakankama (silpna) gimdymo veikla. Šiuo atveju sąrėmiai yra reguliarūs, tačiau reti ir silpni. Jeigu taip yra nuo pat gimdymo pradžios, gimdymo jėgų silpnumas yra pirminis. Jeigu taip atsitinka vėliau, kai gimdos kaklelis išsiplėtęs daugiau kaip 4 cm, gimdymo jėgų silpnumas yra antrinis. Antrinis gimdymo jėgų silpnumas dažniau pasitaiko, kai vaisius neatitinka dubens, gimdyvė pavargsta arba dėl vaistų, malšinančių gimdymo skausmą. Jeigu vaisius ir dubuo atitinka, sėkmingai galima gydyti oksitocinu.
- Per stipri gimdymo veikla pasitaiko daug rečiau. Gimda susitraukinėja dažnai ir smarkiai, sąrėmiai skausmingi, tačiau neefektyvūs. Gimdos kaklelis veriasi per lėtai arba visai nustoja vertis. Dažniau tai pasitaiko, kai gimda persitempusi ar vaisiaus padėtis netaisyklinga. Skatinimas oksitocinu neefektyvus ir nepageidautinas.

Gimdymo takų patologija

Jeigu vaisiaus matmenys neatitinka kaulinio dubens matmenų, sutrinka vaisiaus leidimasis dubeniu. Kartais, daug rečiau, tam trukdo dubens minkštųjų audinių pokyčiai (pvz., lyties organų sklaidos ydos) ar jame esantys dariniai (pvz., miomos ar kiti augliai). Siauras dubuo susiformuoja dėl daugelio priežasčių. Čia labai svarbu paveldimumas. Taip pat tam įtakos gali turėti vaikystėje persirgtos ligos, laiku nenustatytas ar neigydytas įgimtas klubo sąnario

išnirimas. Tiesiogiai dubens kaulų struktūrą gali paveikti rachitas, kaulų tuberkuliozė, poliomielitas. Be to, normalią dubens struktūrą gali pakeisti dubens, kojų, stuburo traumos.

Šiuolaikinės akušerijos siauro dubens samprata yra sąlyginė: nėra „siauro dubens“ apskritai, vertinama konkreti moteris ir vaisius. Įvertinus vaisiaus dydį, jo padėtį gimdoje, moters kūno sandarą ir dubens tipą, konkrečią klinikinę situaciją, sprendžiama, ar moteris gali sėkmingai pagimdyti natūraliai. Ar gimdymas bus sėkmingas, pavyksta nuspėti ne visada. Net ir ta moteris, kuriai dėl vaisiaus ir dubens neatitikimo atlikta cezario pjūvio operacija, kitą kartą gali pagimdyti natūraliai stambesnę vaisių už tą, dėl kurio atlikta cezario pjūvio operacija.

Netaisyklinga vaisiaus padėtis ir raidos patologija

Ar gimdymas bus sėkmingas, labai priklauso nuo to, kokia vaisiaus padėtis gimdoje, kuri vaisiaus dalis eina pirma, koks vaisiaus dydis ir kokios atskirų jo kūno dalių proporcijos. Artėjant gimdymui, vaisiaus padėtis dažniausiai būna išilginė, galva nukreipta dubens link. Gimda yra kriaušės pavidalo, ir vaisiaus sėdmenys su kojomis užima gimdos dugną, kuriame daugiau erdvės. Ne visada aišku, kodėl vaisiaus padėtis netaisyklinga. Tam turi reikšmės gimdos ir motinos pilvo sienos tonusas, todėl netaisyklinga vaisiaus padėtis dažnesnė daug kartų gimdžiusioms moterims. Be to netaisyklingai padėčiai susiformuoti turi reikšmės miomos, didelis vaisiaus vandenių kiekis.

Kokia dažniausia netaisyklinga vaisiaus padėtis?

- *Netaisyklinga pakaušio pirmeiga:*
Užpakalinė pakaušio padėtis (vaisiaus pakaušis atsuktas į motinos stuburą).
- *Atsilošusios galvos pirmeiga:*
Kaktos pirmeiga.
Veido pirmeiga.
- *Skersa vaisiaus padėtis.*

Kokia vaisiaus raidos patologija gali lemti distociją?

Dažniausiai sunkumų sukelia galvos smegenų vandenė. Jeigu vaisiaus raidos patologija labai didelė, nesuderinama su gyvybe, galvos apimtį galima sumažinti punktuojant galvą adata. Smegenų skystis nuleidžiamas ir galvos apimtis sumažėja. Jeigu vaisius nėra labai apsigimęs, tenka rinktis cezario pjūvį. Labai retai gimdymą apsunkina itin didelė vaisiaus pilvo apimtis (ascitas, labai padidėjusi šlapimo pūslė, inkstai, kepenys). Jeigu tai nustatyta dar iki gimdymo, ar gimdyti natūraliai, ar atlikti cezario pjūvio operaciją, reikia spręsti individualiai.

Kokios galimos distocijos komplikacijos?

Gimdyvės komplikacijos:

- Per lėtai veriasi ar visai nustoja vertis gimdos kaklelis ir dėl to gimdymas baigiamas cezario pjūvio operacija;
- Infekcija;

- Fistulės;
- Tarpvietės plyšimas;
- Kraujavimas po gimdymo;
- Gimdos plyšimas;

Vaisiaus komplikacijos:

- Įgimta infekcija;
- Gimdos infekcija;
- Gimdyminis gumbas;
- Virkštelės ir smulkių vaisiaus dalių iškritimas;
- Nestabili vaisiaus būklė, dėl kurios atliekama nemažai cezario pjūvio operacijų.