

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Выполнила
Студентка 5 курса
Группы 163А
Османова Земине
Преподаватель: Румянцева З.С.

Определение

- К **аномалиям сократительной деятельности матки (СДМ)** относятся отклонения от нормы таких показателей как базальный тонус матки, определяющий частоту и силу схваток. Аномалии сократительной деятельности во время родов приводят к нарушению механизма раскрытия шейки матки, продвижению плода по родовому каналу.

Эпидемиология

- Частота аномальной родовой деятельности составляет **от 10 до 30%** от общего числа родов и является основной причиной **гипоксически-травматического повреждения плода, разрывов родовых путей, акушерских кровотечений**. Каждое третье кесарево сечение производят в родах по поводу аномалий родовой деятельности.
- Частота аномальной родовой деятельности проявляется слабостью родовой деятельности по отношению ко всем родам (**10%**), реже наблюдается дискоординация родовой деятельности (**1-3%**) и еще реже - чрезмерно сильная родовая деятельность (**менее 1%**).

Коды МКБ-10

- O62.0 Первичная слабость родовой деятельности
- O62.1 Вторичная слабость родовой деятельности
- O62.2 Другие виды слабости родовой деятельности
- O62.3 Стремительные роды
- O62.4 Гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки:
- O62.8 Другие нарушения родовой деятельности
- O62.9 Нарушение родовой деятельности неуточненное
- O63 Затяжные роды
- O63.0 Затянувшийся первый период родов
- O63.1 Затянувшийся второй период родов
- O63.9 Затяжные роды неуточненные

Классификация

- патологический прелиминарный период;
- первичная слабость родовой деятельности;
- вторичная слабость родовой деятельности;
- чрезмерно сильная родовая деятельность, приводящая к быстрым и стремительным родам;
- дискоординация родовой деятельности

Факторы, способствующие развитию аномальной родовой деятельности

Акушерские факторы:

- преждевременное излитие околоплодных вод (дородовое и раннее);
- диспропорция размеров головки плода и таза матери (клинически узкий таз);
- перерастяжение матки (многоводие, крупный плод);
- многоплодная беременность;
- преждевременные и запоздалые роды;
- тазовые предлежания пода;
- препятствия к раскрытию шейки матки и продвижению пода, функционально неполноценный плодный пузырь.

Факторы, связанные с патологией репродуктивной системы:

- инфантилизм; гипоплазия, мальформация сосудов матки;
- аномалии развития матки (седловидная, двурогая);
- многократные роды (>3);
- поздний возраст первородящей (>35 лет);
- нейроэндокринные заболевания;
- операции на матке (наличие рубца);
- миома матки, аденомиоз;
- генетическая предрасположенность.



- *Общесоматические заболевания*, хронические инфекции, интоксикации, метаболический синдром, сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани.
- *Плодные факторы* (ЗРП, хроническая гипоксия, пороки развития, плацентарная недостаточность)
- *Ятрогенные факторы*: неадекватная корригирующая терапия, чрезмерное применение обезболивающих и спазмолитических средств; родовозбуждение при недостаточно зрелой шейке матки.
- Все указанные факторы разделены условно, поскольку во время беременности и родов организмы матери и плода соединены плацентой в единую функциональную систему множеством гормональных, гуморальных и нейрогенных связей.

Патогенез

- При аномалиях родовой деятельности в матке происходит дезорганизация проводящей системы, построенной на щелевых контактах с межклеточными каналами. Нарушение в проводящей системе и смещение центра образования и генерации электрических импульсов («водитель ритма» схваток) вызывает некоординированную, асинхронную родовую деятельность, когда отдельные зоны миометрия сокращаются и расслабляются в разном ритме и в разные временные отрезки, что сопровождается резкой болезненностью схваток и отсутствием эффекта. Роды практически останавливаются.
- 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 утеро-тоническим веществам.
- При аномалиях родовой деятельности в матке **накапливаются недоокисленные продукты нарушенного обмена**, изменяется система тканевого дыхания - **аэробный гликолиз заменяется неэкономным анаэробным**. Быстро истощаются запасы гликогена и глюкозы.
- 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**. Развивается столь упорная инертность матки, что многократная и длительная родостимуляция становится абсолютно безуспешной.

Патологический подготовительный (прелиминарный) период как предвестник аномалий родовой деятельности

- В англо-американской литературе патологическим прелиминарным периодом (ППП) называют «**фальшивые роды**» (*false labour*), или «**фальшивые схватки**» («**ложные схватки**»), встречается в **10-17%**, совпадая с частотой аномальной родовой деятельности.
- ППП характеризуется **спастическим сокращением круговых мышечных волокон в перешейке**. Никаких структурных изменений шейки матки при этом не происходит, но каждое сокращение матки ощущается женщиной как боль.
- При ППП шейка к сроку родов остается длинной, плотной, наружный зев раскрыт, шейка матки расположена по отношению к оси таза эксцентрично (кпереди или кзади).

Клинические проявления ППП

- Подготовительные (**прелиминарные**) сокращения матки возникают не только ночью, но и днем, носят нерегулярный характер и долгое время не переходят в родовую деятельность. Длительность ППП может составлять **от 1 до 3-5 сут.** Впрочем, длительность ППП не установлена, патогенез не изучен.
- • Отсутствует должное развертывание нижнего сегмента, в который (при зрелой шейке) должна вовлекаться и надвлагалищная порция шейки матки, поэтому предлежащая головка плода не прижимается ко входу малого таза.
- • Возбудимость и тонус матки повышены. Из-за гипертонуса матки пальпация предлежащей части и мелких частей плода затруднена.
- • Сокращения матки долгое время носят монотонный характер: их частота не увеличивается, сила не возрастает. Поведение женщины (активное или пассивное) не оказывает на них какого-либо влияния (не усиливает и не ослабляет).
- • ППП нарушает психоэмоциональное состояние женщины, расстраивает суточный ритм, приводит к утомлению, нарушению сна.
- • Нерегулярные сокращения матки ухудшают кровоснабжение плода, что особенно неблагоприятно при хронической плацентарной недостаточности, перенесенной беременности.



- ППП переходит либо в дискоординацию родовой деятельности, либо в первичную слабость схваток и нередко сопровождается выраженными вегетативными нарушениями (потливость, тахикардия, нестабильность артериального давления, боязнь родов, тревога за их исход, раздражительность, нервозность, нарушение функции кишечника, повышенное и болезненное шевеление плода).
- *Характерным осложнением ППП является дородовое излитие околоплодных вод*, которое уменьшает объем матки и снижает тонус миометрия. Если при этом шейка матки имеет достаточную зрелость, сократительная деятельность матки может нормализоваться и перейти в нормальную родовую деятельность.
- Неэффективность лечения (применение обезболивающих и спазмолитических средств), наличие других отягощающих факторов со стороны матери (переносная беременность, преэклампсия, узкий таз) и плода (гипоксия, ЗРП, крупные размеры) являются достаточным основанием для родоразрешения путем кесарева сечения.

Первичная слабость родовой деятельности

- характеризуется тем, что схватки с самого начала устанавливаются короткими, редкими, слабыми, малоэффективными, при этом базальный тонус матки снижен. Неэффективные схватки остаются таковыми в течение всех периодов родов. Роды принимают затяжной характер, их длительность продолжается **17-19 часов** и более.

Клинические признаки

- возбудимость и тонус матки снижены, тонус матки **10 мм рт.ст. и менее (в норме 12-14 мм рт.ст.)**;
- **частота схваток 1-2 за 10 мин** составляет не только в начале родовой деятельности, в латентную фазу, но и в активную фазу родов, когда в норме скорость раскрытия маточного зева должна составлять **2-2,5 см/ч**, **частота схваток 3-5 за 10 мин.**;
- длительность схваток не превышает 20 с, их сила (амплитуда) сокращения регистрируется в пределах **20-25 мм рт.ст.**, длительность систолы схватки короткая, диастолы - также уменьшена, паузы между схватками - **до 4-5 мин и более**;
- суммарный эффект действия схваток уменьшен из-за сниженного внутриматочного (внутриамниотического) давления. Структурные изменения шейки матки (укорочение, сглаживание, раскрытие шейного канала) протекают замедленно. Предлежащая часть плода долгое время остается прижатой ко входу в малый таз и далее долго задерживается в каждой плоскости малого таза. Синхронность процессов раскрытия маточного зева и одновременного продвижения плода по родовому каналу нарушена;
- плодный пузырь вялый, в схватку наливается слабо (функционально неполноценный);
- при влагалищном исследовании во время схватки края маточного зева остаются мягкими, не напрягаются, довольно легко растягиваются исследующими пальцами (но не силой схватки) и остаются таковыми долгое время;
- слабая сократительная активность матки, возникшая в первом периоде родов, может продолжиться в периоде изгнания плода, в последовом периоде (что нарушает процесс отделения последа) и в раннем послеродовом периоде, сопровождаясь нередко гипотоническим кровотечением.
- Преждевременное излитие околоплодных вод (**в 35-48%**) удлиняет безводный промежуток, что угрожает развитием восходящей инфекции, гипоксией плода и даже его интранатальной смертью.

Диагностика

- *Диагноз первичной слабости родовой деятельности* устанавливается на основе характерной клинической картины, выявляемой при наблюдении в течение **3-4 часов**. Схватки не нарастают, их частота, сила и продолжительность существенно не увеличиваются. Должного раскрытия шейки матки (маточного зева) не происходит. На партограмме (графическое изображение родов) удлиняется латентная и активная фаза родов.
- 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.
- Следует внимательно относиться к жалобам роженицы на болезненность схваток. Необходимо сравнить динамику изменений шейки матки: как происходит открытие маточного зева через **2-3 ч** родовой деятельности, как изменилась длина шейки матки (укоротилась, сгладилась). Скорость открытия маточного зева каждый час должна составлять **0,5-1,0 см в латентную и 2-2,5 см/час** в активную фазу родов.



При установлении диагноза «первичная слабость родовой деятельности» следует приступить к родостимуляции. Но прежде всего, следует исключить неблагоприятную акушерскую ситуацию, при которой стимуляция родовой деятельности противопоказана. К ней относятся:

- узкий таз;
- неполноценность миометрия (рубец на матке, миома, эндометрит);
- неудовлетворительное состояние плода и/или матери.

Лечение

Алгоритм действий при назначении родостимуляции:

- уточнить диагноз слабости родовой деятельности. Провести дифференциальную диагностику с дискоординацией родовой деятельности, при которой стимулирующая матку терапия противопоказана;
- оценить факторы риска у матери и плода при затяжном течении родов и родостимулирующей терапии: преэклампсия, артериальная гипертензия, ПН, ЗРП, гипоксия, возможность неполноценного миометрия (аборты, крупный плод, операции на матке);
- обратить внимание на характер околоплодных вод: присутствие мекония, признаки инфицирования;
- при влагалищном исследовании распознать предлежание, вставление головки плода для исключения ситуации, когда роды через естественные родовые пути невозможны или крайне затруднительны (лобное предлежание, заднетеменной асинклитизм, высокое прямое вставление, клиновидное вставление и др.);
- С целью родостимуляции используют окситоцин и простагландины (энзапрост). Одновременно решают вопрос об адекватном обезболивании. Если роженица устала, то к стимуляции родовой деятельности приступают после предоставления ей кратковременного медикаментозного сна - отдыха.

Родостимуляция окситоцином

- Внутривенное введение окситоцина - самый распространенный известный и испытанный метод стимуляции СДМ. Он повышает тонус матки, синхронизирует взаимодействие различных расположенных гладкомышечных пучков, пластов и слоев миометрия, стимулирует образование и синтез простагландинов на границе соприкосновения плодных оболочек и децидуальной оболочки.
- При недостаточной плотности специфических адренорецепторов на гладко-мышечных клетках миометрия родостимуляция окситоцином может быть неэффективной.
- *Окситоцин можно применять только при вскрытом плодном пузыре*, он является препаратом активной фазы родов и наиболее эффективен при открытии маточного зева на 4 см и более.
- Окситоцин вводят внутривенно капельно, строго дозировано, методом титрования.
- *Приготовление раствора для инфузomата.* 1 мл окситоцина, содержащего 5 ЕД, разводят в 20,0 мл изотонического раствора для **инфузомата**.
- **Для капельницы** окситоцин разводят в 400 мл стерильного 5% раствора или в 0,9% растворе натрия хлорида. Затем пунктируют вену и к игле присоединяют инфузomат или капельницу с раствором. Введение окситоцина через инфузomат проводится со скоростью 5 ЕД за 3 ч.
- Внутривенное капельное введение раствора начинают медленно по 8 кап/мин. При отсутствии эффекта через 30 минут количество капель увеличивают на 5 и так - до получения необходимого эффекта 3-5 схваток за 10 мин.
- Введение окситоцина не прекращают до окончания родов.
- Эффективна стимуляция родов окситоцином при раскрытии шейки матки не менее 2 см/ч и, наблюдаемом продвижении подлежащей части плода.
- Продолжительность стимуляции не должна превышать 4-5 часов. За это время следует решить, можно ли вести далее роды через естественные родовые пути.

Вторичная слабость родовой деятельности

- При вторичной слабости родовой деятельности первоначально вполне нормальные активные схватки ослабевают, становятся реже, короче и постепенно могут прекратиться. Тонус и возбудимость матки понижаются. Чаще всего вторичная слабость развивается в активную фазу родов или во втором периоде при изгнании плода.
- Раскрытие маточного зева, достигнув 6-7 см, более не прогрессирует, подлежащая часть плода по родовому каналу не продвигается, останавливаясь в одной из плоскостей полости малого таза. Длительное стояние головки в одной плоскости может вызвать сдавление мягких тканей родовых путей, нарушение их кровоснабжения и образование свищей.
- Вторичная слабость родовой деятельности нередко является следствием усталости роженицы или наличия препятствия, останавливающего роды. После определенного периода попыток преодолеть препятствие сократительная активность матки - ее механическая работа - ослабевает и может прекратиться на некоторое время вообще. Вторичная слабость родовой деятельности может быть ассоциирована с неполноценностью стенки матки в родах.

Причины

- усталость, утомление роженицы;
- крупный плод;
- переносимая беременность, запоздалые роды;
- препятствия для продвижения плода (низко расположенная миома матки, экзостозы малого таза, нарушение биомеханизма родов и др.).

Лечение

Стимуляция родовой деятельности проводится окситоцином или простагландинами. Целесообразно сочетать окситоцин с одним из препаратов простагландина в половинной дозировке.

Продолжительность корригирующей терапии при вторичной слабости родовой деятельности не должна превышать 2-3 ч.

На изменение тактики ведения родов оказывают влияние следующие факторы:

- отсутствие или недостаточный эффект от стимуляции родовой деятельности;
- гипоксия плода;
- ухудшение состояния роженицы.

В зависимости от акушерской ситуации избирают тот или иной метод родоразрешения (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, кесарево сечение).

Стремительные роды

- «Стремительные» - «быстрые роды» или «очень быстрые» роды (*partus praecipitatus*) 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.
- Стремительные роды являются для женщины стрессовой ситуацией. Практически отсутствуют клинические проявления схваток и потуг, а также болезненные ощущения. Важным фактором в короткой продолжительности родов является отсутствие сопротивления со стороны внутреннего зева шейки матки, что чаще наблюдается у многорожавших женщин и при истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН).



- Стремительные роды нередко сопровождаются обширными разрывами родовых путей (шейки матки, влагалища, пещеристых тел клитора, промежности), гипоксически-травматическим повреждением плода и новорожденного (травмы, кровоизлияния в мозг, отрыв пуповины), а также большой кровопотерей (гипо- или атоническое кровотечение).
- Стремительные роды характеризуются крайней повышенной возбудимостью миометрия, высокой частотой схваток (более 5 за 10 мин). Амплитуда схватки повышается с 70 до 100 мм рт. ст., внутриматочное давление возрастает до 200 мм рт.ст. и выше, при этом периоды расслабления матки (диастола схватки) укорочены в 2 раза и более по сравнению с нормой. Общая сократительная активность матки превышает 300 ед. Монтевидео. Стремительные роды могут привести к угрожающему разрыву матки, интранатальной смерти плода.

ЭТИОЛОГИЯ

- Чрезмерно сильное воздействие на матку утеротонических веществ, медиаторов вегетативной нервной системы (норадреналин, ацетилхолин).
- Снижение тонуса, а следовательно, сопротивления нижнего сегмента матки, несостоятельность запирающей функции внутреннего маточного зева как следствие старых глубоких разрывов шейки матки, наличия ИЦН.
- Одномоментное излитие большого количества околоплодных вод сопровождается резким уменьшением объема полости матки. В этот момент возникает каскадный выброс простагландинов, окситоцина, медиаторов, катехоламинов.
- Ятрогенные причины, связанные с гиперстимуляцией родов (несоблюдение правил родостимуляции, чрезмерно большие дозы вводимых препаратов тоно-моторного действия, необоснованное сочетание сильных стимуляторов, потенцирующих действие друг друга и т.д.).

Лечение

- В настоящее время, кроме применения релаксантов миометрия (β -адреномиметики, токолитики), отсутствуют другие методы. Противопоказано какое-либо механическое противодействие стремительно продвигающейся головке плода, так как это может привести к разрыву матки, внутричерепному кровоизлиянию у плода.
- Основным методом лечения является внутривенное введение токолитиков, адреномиметиков с избирательным действием на β -адренорецепторы миометрия, которые снижают концентрацию кальция в миофибриллах: гинипрал, фенотерол, партусистен.
- Гинипрал - раствор для инфузии, в 1 мл содержится 5 мкг действующего начала гексопреналина сульфата. Для острого токолиза (быстрое подавление схваток) вводят внутривенно медленно в дозе 10 мкг (в 10,0 мл раствора натрия хлорида или глюкозы) в течение 20-30 мин.
- При применении токолитиков необходимо контролировать пульс и артериальное давление у роженицы, проводить кардиомониторинг плода.
- Не следует добиваться полного прекращения родовой деятельности, как это делается при угрозе преждевременных родов, достаточно снизить возбудимость миометрия, нормализовать тонус матки, уменьшить частоту схваток, увеличить промежуток между схватками.
- Обязательным компонентом является *профилактика гипотонического (атонического) кровотечения* в раннем послеродовом периоде с помощью введения метилэргометрина (1 мл внутривенно сразу после изгнания плода) с последующим капельным введением окситоцина.

Дискоординация родовой деятельности

Дискоординация - это такая аномальная родовая деятельность, при которой нарушаются координированные сокращения между верхними и нижними отделами, или между всеми отделами матки.

Формы аномалий родовой деятельности имеют различные клинические и патогенетические варианты. Наиболее частые из них:

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

Все варианты объединяет один общий фактор - гипертонус миометрия, на фоне которого искажается физиология сокращения матки.

ЭТИОЛОГИЯ

- нарушения функционального равновесия вегетативной нервной системы (вегетоневрозы, вегетативная дисфункция);
- неустранимое препятствие для раскрытия маточного зева (миома матки, рубцовая деформация ткани), затрудненное продвижения плода (узкий таз);
- ослабление регулирующей роли ЦНС (стрессы, переутомление, например: попытка родить ребенка между двумя экзаменами, страх перед родами);
- недостаточное обезболивание родов, приводящее к общему мышечному напряжению;
- гиперстимуляция сокращающими средствами (окситоцин, простин Е и F, простагландины E1);
- структурная патология миометрия и шейки матки:
- пороки развития матки, длинная плотная шейка матки;
- чрезмерная плотность плодных оболочек (функциональная неполноценность плодного пузыря).

Патогенез

- Сущность дискоординации родовой деятельности заключается в нарушении нейрогенной и миогенной регуляции. Исчезают *периодичность* сокращения и расслабления тела и нижнего сегмента матки; *синхронность* взаимодействия *различно расположенных* мышечных пучков, слоев, отделов матки; *реципрокность* взаимодействия симпатической и парасимпатической нервной системы.
Преобладают:
- *гипертонус матки* (гипертоническая дисфункция (СДМ));
- *уплотнение внутреннего зева матки в схватку*, который пальпируется в виде плотного валика;
- *образование дистонии шейки матки* вследствие нарушения крово- и лимфообращения. Шейка определяется плотной, толстой, ригидной, отечной и неравномерно уплотненной;
- формирование двойного, тройного ритма схваток, при которых матка не расслабляется и схватки *наслаиваются друг на друга*.
- Схватки болезненные, частые, длительные; в диастолу и паузу между схватками матка почти не расслабляется.
- В процессе развития родовой деятельности в матке могут сформироваться два и больше «водителя ритма». Поскольку оба «водителя ритма» обладают разными ритмами сократительной активности, их действие асинхронно. Импульсы сокращения матки распространяются не сверху вниз, а снизу вверх. Миометрий разделяется на сегменты, которые сокращаются независимо друг от друга, с разной амплитудой, продолжительностью и частотой. Тонус матки выше нормальных значений, достигая 15-20 мм рт.ст., а иногда и больше. Вариантов дискоординации сокращений много, вплоть до тетануса матки, на фоне которого схватки становятся редкими, слабыми, но резко болезненными. Создается реальная угроза гистопатического разрыва матки.

Клиника

- Схватки частые, активные, нерегулярные, неравномерные через 1-2-5-2 мин, иногда имеет место наложение схваток друг на друга.
- Матка между схватками расслабляется недостаточно.
- Обращает на себя внимание повышенный тонус миометрия, подлежащая часть определяется с трудом.
- Шейка плотная, толстая, ригидная, в схватку не растягивается, а уплотняется на отдельном участке (симптом Шиккеле).
- Развитию родовой деятельности нередко предшествует длительный патологический прелиминарный период.
- Из-за гипертонуса нижнего сегмента головка плода долго не прижимается ко входу в малый таз, не фиксируется в плоскости входа в соответствии с биомеханизмом родов.
- Часто имеет место преждевременное излитие околоплодных вод (дородовое и раннее) при незрелой шейке матки.
- Пальпаторно матка определяется в виде вытянутого овоида, который плотно охватывает плод.
- Нередко имеет место маловодие в сочетании с фетоплацентарной недостаточностью (ЗРП).



Поведение роженицы беспокойное, просит обезболивания даже в самом начале, в латентную фазу родов.

Жалобы роженицы характерны:

- разламывающие боли в области крестца и поясницы, вегетативные расстройства;
- затруднение мочеиспускания (при полной соразмерности плода и таза матери!), олигурия, парадоксальная ишурия (при катетеризации мочевого пузыря моча легко выводится в большом количестве);
- изменение характера раскрытия шейки матки. Вместо растяжения краев маточного зева происходит насильственное преодоление спастически сокращенной ткани за счет разрывов. Возможны размозжения шейки, скальпированные разрывы влагалища, глубокие разрывы промежности, вплоть до III степени;
- нарушение синхронности продвижения плода в соответствии с раскрытием маточного зева. Предлежащая часть долго стоит в каждой плоскости малого таза, как это имеет место при узком тазе. Удлиняется период изгнания плода (непродуктивные потуги) при некрупных размерах плода;
- частое нарушение биомеханизма родов за счет гипертонуса нижнего сегмента.
- Нередко образуется задний вид или разгибание головки, нарушение членорасположения плода. Из-за постоянного или неравномерного повышения тонуса матки, повышенного внутриамниотического давления нередко имеет место выпадение пуповины, ножки или ручки, разгибание позвоночника плода.
- частое возникновение ранних потуг как следствие ущемления шейки матки между головкой плода и костями таза, так и результат длительного спазма, отека шейки, влагалища.
- раннее образование родовой опухоли на головке плода, соответствующей месту ущемления спастически сокращенным маточным зевом, даже при малом его открытии (5 см).
- шейка матки утолщенная, отечная, плотной структуры, в процессе схваток не раскрывается или рвется с переходом на нижний сегмент матки (при попытке повысить эффективность родовой деятельности с помощью стимуляции).

- • •
- Плодный пузырь при некоординированных схватках, как правило, функционально неполноценный, не выполняет роль гидравлического клина и не способствует раскрытию маточного зева. Амнион не отслоен от стенок нижнего сегмента матки и плотно прилежит к головке плода. Вне схватки плодный пузырь остается напряженным. Оболочки пузыря ощущаются как необычно плотные. Этот симптом легко определяется при влагалищном исследовании.
- Довольно часто происходит раннее излитие околоплодных вод (при несглаженной еще шейке матки и малом ее открытии). Раннее излитие вод в определенной степени может нормализовать родовую деятельность матки.
- Сохранение функционально неполноценного плодного пузыря в родах опасно, так как повышение градиента давления хотя бы на 2 мм рт.ст. в амниотической полости или интравиллезном пространстве может привести к тяжелым осложнениям, как эмболия околоплодными водами, преждевременная отслойка плаценты.
- Особый риск при дискоординации схваток представляют такие осложнения, как *разрыв матки*, который возможен даже у первородящих с отягощенным акушерским анамнезом (аборты), массивные, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

Диагностика

Для оценки характера родовой деятельности следует контролировать:

- динамику структурных изменений шейки матки в соответствии с прошедшими часами родовой деятельности, учитывая паритет родов (первые, повторные);
- открытие шейки (маточного зева) в сантиметрах, состояние краев шейки матки (мягкие, податливые; плотные, ригидные, плохо растяжимы; толстые - тонкие), в том числе состояние краев маточного зева во время схватки (мягкие, но уплотняются по всей окружности или на отдельном участке);
- функциональную полноценность плодного пузыря (наливается в схватку) или неполноценность (плоская форма, оболочки натянуты на головке), характеристику оболочек (плотные, шероховатые, эластичные). Отметить повышенное напряжение плодного пузыря во время и вне схватки, а также количество околоплодных вод (мало, много, нормальное).

Для уточнения диагноза аномалий родовой деятельности используют наружную гистерографию и внутреннюю токографию

Лечение

Прогноз и план ведения родов составляют, исходя из возраста, анамнеза, состояния здоровья роженицы, течения беременностей, акушерской ситуации, результатов оценки состояния плода.

При выборе корригирующей терапии дискоординации родовой деятельности следует исходить из ряда положений.

К *неблагоприятным факторам* относятся:

- поздний возраст первородящей;
- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (бесплодие, ЭКО, рождение больного ребенка с гипоксическими, ишемическим, геморрагическим повреждением ЦНС или спинного мозга);
- наличие у женщин заболевания, при котором опасно затяжное течение родов и физические нагрузки;
- преэклампсия, узкий таз, переносная беременность, рубец на матке;
- несвоевременное излитие околоплодных вод при «незрелой» шейке матки или при малом открытии маточного зева;
- нарушение приспособительного биомеханизма родов, не соответствующего аномальной форме суженного таза;
- хроническая гипоксия плода, его слишком малые (менее 2500 г) или крупные (4000 г и более) размеры; тазовое предлежание, задний вид, снижение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

<i>Основные показатели сократительной деятельности матки в родах</i>	<i>Физиологические роды</i>	<i>Дискоординация родовой деятельности</i>	<i>Первичная слабость деятельности</i>
Возбудимость миометрия	Нормальная	Повышенная	Снижена
Тонус матки, мм рт. ст.	Нормальный (10—12)	Повышен (13—18)	Снижен (9—6)
Ритмичность схваток	Ритмичные	Неритмичные	Ритмичные
Частота за 10 мин	3-5	Различная	1-2
Продолжительность схватки, с	60-90	100-120	20-30
Сила схватки (амплитуда сокращения, мм рт. ст.)	30-35	< 30	< 30
Длительность систолы схватки, с	30-40	40 и более	< 30
Длительность диастолы схватки, с	40-60	60	40
Коэффициент асимметрии схватки (отношение систолы к диастоле)	0,7	1-1,5	0,7
Болезненность схваток	Малоболезненные, умеренно болезненные	Резко болезненные	Малоболезненные
Раскрытие шейки матки	Прогрессирует	Резко замедлено	Замедлено
Продвижение плода	»	То же	»
Полноценность плодного пузыря	Полноценный	Неполноценный	Неполноценный
Общее внутриматочное давление, мм рт. ст.	40-60	Менее 40	Менее 40
Повышение внутриматочного давления в систолу схватки, мм рт. ст.	0,6-0,9	От 0,4 до 1,5	0,6
Снижение внутриматочного давления в диастолу, мм рт. ст.	0,5-0,7	От 1,0 до 0,8	0,5



- При дискоординации родовой деятельности у роженицы могут возникнуть жизненно опасные осложнения: **разрыв матки, эмболия околоплодными водами, преждевременная отслойка плаценты, обширные разрывы родовых путей, сочетанные гипотонические и коагулопатические кровотечения.** Поэтому при этой патологии целесообразно провести родоразрешение путем кесарева сечения.
- Стимулирующая терапия окситоцином, простагландинами и другими препаратами, повышающими тонус и сократительную активность матки, при дискоординации родовой деятельности, категорически ***противопоказана.***
- Эффективность многокомпонентной терапии для коррекции дискоординации схваток (спазмолитики, токолитики) не доказана.
- При других вариантах дискоординированной родовой деятельности следует предпочесть **кесарево сечение.** При отсутствии эффекта при кесаревом сечении методом выбора лечения дискоординации родовой деятельности является **регионарная анестезия (эпидуральная, спинальная).**

Профилактика

Профилактику аномалий сократительной деятельности матки нужно начинать с отбора женщин группы высокого риска по данной патологии. **К ним относят:**

- первородящих старше 30 лет и моложе 18 лет;
- беременных с «незрелой» шейкой матки накануне родов;
- женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (нарушение менструального цикла, бесплодие, невынашивание, осложненное течение и неблагоприятный исход предыдущих родов, аборты, рубец на матке);
- женщин с патологией половой системы (хронические воспалительные заболевания, миома, пороки развития);
- беременных с соматическими заболеваниями, эндокринной патологией, ожирением, психоневрологическими заболеваниями, нейроциркуляторной дистонией;
- беременных с осложненным течением настоящей беременности (преэклампсия, анемия, хроническая плацентарная недостаточность, многоводие, многоплодие, крупный плод, тазовое предлежание плода);
- беременных с уменьшенными размерами таза.

Большое значение для развития нормальной родовой деятельности имеет готовность организма, особенно состояние шейки матки, степень ее зрелости, отражающая синхронную готовность матери и плода к родам. В качестве эффективных средств для достижения оптимальной биологической готовности к родам в короткие сроки в клинической практике используют ламинарии, препараты ПГ-Е2 (динопростон).



Спасибо за внимание!