

Кыргызско-Российский Славянский
Университет

Медицинский факультет
кафедра акушерства и гинекологии

АНОМАЛИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ

Зав. каф., доцент Сарымсакова Т. А.

Бишкек 2014г.

Аномалии СДМ

Под аномалиями родовых сил понимают расстройства сократительной деятельности матки, приводящие к нарушению механизма раскрытия шейки матки и/или продвижения плода по родовому каналу.

Эти расстройства могут касаться любого показателя сократительной деятельности – тонуса, интенсивности, продолжительности, интервала, ритмичности, частоты и координированности сокращений.

Аномалии СДМ

Код по МКБ-10

- об2.0 Первичная слабость родовой деятельности
- об2.1 Вторичная слабость родовой деятельности
- об2.2 Другие виды слабости родовой деятельности
- об2.3 Стремительные роды
- об2.4 Гипертонические, нескоординированные и затянувшиеся сокращения матки
- об2.8 Другие нарушения родовой деятельности
- об2.9 Нарушение родовой деятельности
неуточненное

Аномалии СДМ

Классификация аномалий СДМ (РФ)

- Патологический прелиминарный период
- Первичная слабость родовой деятельности
- Вторичная слабость родовой деятельности (слабость потуг, как ее вариант)
- Чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов
- Дiskoординированная родовая деятельность

Аномалии СДМ

Эпидемиология

Аномалии СДМ в родах встречаются у 7 – 20% женщин.

Слабость родовой деятельности – в 10%,
дискоординированная РД - в 1- 3% случаев от общего количества родов.

Первичная слабость РД – у 8-10%, вторичная – у 2,5% рожениц.

Слабость РД у перворожающих старшего возраста встречается в два раза чаще, чем в возрасте от 20 до 25 лет.

Чрезмерно сильная РД встречается относительно редко – около 1%.

Аномалии СДМ

Этиология

Факторы, обуславливающие возникновения аномалий СДМ:

- **Акушерские** (ДПРПО, диспропорция между размерами головки и родового канала, дистрофические и структурные изменения в матке, ригидность шейки матки, перерастяжение матки в связи с многоводием, многоплодием и крупным плодом, аномалии расположения плаценты, тазовые предлежания плода, гипертензивные нарушения, анемия беременных)

Аномалии СДМ

Этиология

- **Факторы, связанные с патологией РС** (инфантилизм, аномалии развития половых органов, возраст женщины старше 35 лет и моложе 18 лет, НМЦ, нейроэндокринные нарушения, искусственные аборты в анамнезе, невынашивание беременности, операции на матке, миома, воспалительные заболевания половой сферы).
- **Общесоматические заболевания, инфекции, интоксикации, органические заболевания ЦНС, ожирение, диэнцефальная патология.**

Аномалии СДМ

Этиология

Плодовые факторы (ЗРП, ВУИ, анэнцефалия и другие пороки развития, перезрелый плод, иммунологический конфликт во время беременности, ПН).

Ятрогенные факторы (необоснованное и несвоевременное применение родостимулирующих средств, неадекватное обезболивание родов, несвоевременное вскрытие плодного пузыря, грубые исследования и манипуляции).

Аномалии СДМ

Патологический прелиминарный период (ППП)

Форма аномалии СДМ, характеризующаяся преждевременным появлением СДМ при доношенном плоде и отсутствии биологической готовности к родам.

Клиническая картина ППП характеризуется нерегулярными по частоте, длительности, интенсивности болями внизу живота, в области крестца и поясницы, продолжающимися более 6 часов. ППП нарушает психоэмоциональный статус беременной, расстраивает суточный ритм сна и бодрствования, вызывает утомление, нарушает состояние плода.

Патологический прелиминарный период

Диагностика

Диагноз ставится на основании данных:

- Анамнеза;
- Наружного и внутреннего обследования беременной;
- Аппаратных методов обследования (наружная КТГ, гистерография).

Патологический прелиминарный период

Лечение

- Коррекция (прекращение) СДМ до достижения оптимальной биологической готовности к родам β -адреномиметиками, антагонистами кальция, нестероидными противовоспалительными препаратами:
 - инфузия гексопреналина 10 мкг, тербуталина 0.5 мг или орципреналина 0,5 мг в 0,9% растворе натрия хлорида;
 - ибупрофен 400 мг или напроксен 500 перорально.

Патологический прелиминарный период

Лечение

- Нормализация психоэмоционального состояния женщины;
- Регуляция суточного ритма сна и отдыха;
- Терапия, направленная на «созревание» шейки матки:
 - ПГ-Е₂ (динопростон 0,5 мг интрацервикально).

При ППП и «зрелой» шейки матки показана амниотомия и медикаментозная стимуляция родов.

Аномалии СДМ

Первичная слабость родовой деятельности -
Наиболее часто встречающаяся разновидность аномалий СДМ. В основе ПСРД лежит снижение базального тонуса и возбудимости матки, поэтому данная патология характеризуется изменением темпа и силы схваток без расстройства координации сокращений матки в отдельных ее частях.

Первичная слабость родовой деятельности

Клиническая картина характеризуется редкими, слабыми непродолжительными схватками с самого начала родов. По мере прогрессирования родов, продолжительность и частота схваток не нарастают, либо увеличение этих параметров выражено незначительно.

Клинические признаки:

- Возбудимость и тонус снижены;
- Схватки с самого начала развития РД остаются редкими, короткими, слабыми (15 – 20 сек):
 - частота за 10 мин не превышает 1 – 2 схватки;
 - сила сокращения слабая, амплитуда <30 мм.рт.ст.
 - схватки регулярные безболезненные, малоболезненные, т.к. тонус миометрия низкий;

Первичная слабость родовой деятельности

Клинические признаки (продолжение) :

- Отсутствие прогрессирующего раскрытия шейки матки (менее 1 см в ч);
- Предлежащая часть плода долгое время остается прижатой ко входу в малый таз;
- Плодный пузырь вялый, в схватку наливается слабо (функционально неполноценный);
- При влагалищном исследовании во время схватки края маточного зева не растягиваются силой схваток.

Первичная слабость родовой деятельности

Диагностика

Диагноз основывается на:

- Оценке основных показателей СДМ;
- Замедления темпа раскрытия шейки матки;
- Отсутствию поступательного движения предлежащей части плода.

Первичная слабость родовой деятельности

Лечение должно быть строго индивидуально, в состав лечебных мероприятий входят:

- Амниотомия;
- Введение утеротоников (окситоцин 5 ЕД, ПГ F_{2a}, динопрост 5 мг в 400 мг 0,9% раствора натрия хлорида), следует помнить, что ПГ F_{2a} противопоказан при АГ любого генеза, в том числе и при гестозе.

Вторичная слабость родовой деятельности

Вторичная гипотоническая дисфункция матки (вторичная слабость РД) встречается реже, чем первичная.

При данной патологии у рожениц с хорошей или удовлетворительной РД происходит ее ослабление. Обычно это происходит в конце периода раскрытия или в период изгнания.

Вторичная слабость РД

Клиническая картина

Схватки становятся редкими, короткими, интенсивность их снижается в периоде раскрытия и изгнания, несмотря на то, что предварительно РД шла в обычном темпе.

Раскрытие маточного зева и поступательное движение плода замедляется и в ряде случаев прекращается.

Вторичная слабость РД

Диагностика

Оцениваются схватки, динамика раскрытия маточного зева и продвижения головки.

Лечение - стимуляция СДМ после исключения клинического несоответствия !

- С целью стимуляции РД используется окситоцин 5 ЕД (1 мл) внутривенно в 500 мл физ раствора
- Внутривенную инфузию начинают с 1 мл в минуту (10 капель в минуту)
- Через каждые 15 минут дозу увеличивают на 10 капель
- Максимальная доза составляет 40 капель в минуту
- На фоне максимальной дозировки РД должна достигнуть своего оптимума: 3-5 схваток за 10 минут.

Вторичная слабость РД

Лечение во II периоде родов:

В зависимости от акушерской ситуации избирают тот или иной метод быстрого и бережного родоразрешения: КС, полостные акушерские щипцы при головке, находящейся в узкой части таза, перинеотомия.

Для профилактики кровотечения третий период родов ведется активно.

Чрезмерно сильная РД

ЧСРД относится к гипердинамической дисфункции СДМ. Для нее характерны чрезвычайно сильные и частые схватки и/или потуги на фоне повышенного тонуса матки.

Клиника

- Чрезвычайно сильные схватки (более 50 мм рт. ст.);
- Быстрое чередование схваток (более 5 за 10 минут);
- Повышение базального тонуса (более 12 мм рт. ст.);
- Возбужденное состояние женщины: повышение двигательной активности, учащение ЧД, ЧСС, подъем АД; вегетативные нарушения: тошнота, рвота, потливость, гипертермия;
- Угрожающее состояние плода;
- Родовой травматизм матери и плода (кефалогематомы, кровоизлияния в головной и спинной мозг, переломы ключиц).

Чрезмерно сильная РД

Диагностика

Необходима объективная оценка характера схваток, динамики раскрытия маточного зева и продвижения плода по родовому каналу.

Лечение направлено на снижение повышенной активности матки:

Внутривенное капельное введение β -адреномиметиков (гексопреналин 10 мкг, тербуталин 0,5 мг или орципреналин 0,5 мг в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида), которое имеет ряд преимуществ:

- Быстрое наступление эффекта (через 5-10 минут);
- Возможность регуляции РД изменением скорости введения препарата;
- Улучшение маточно-плацентарного кровотока.

Чрезмерно сильная РД

Лечение (продолжение)

Введение β -адреномиметиков по мере необходимости можно осуществлять до рождения плода.

При хорошем эффекте инфузию токолитиков можно прекратить.

Роженицам с ССЗ, тиреотоксикозом, СД β -адреномиметики противопоказаны, в таких случаях применяют внутривенное капельное введение антагонистов кальция (верапамил).

Положение роженицы на боку, противоположном позиции (снижает активность РД).

Профилактика гипоксии плода и кровотечения.

Дискоординированная РД

Под ДРД понимают отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой ее половинами, верхними (дно, тело) и нижними отделами, всеми отделами матки.

ДРД часто развивается при отсутствии готовности организма женщины к родам, в том числе, при незрелой шейке матки.

Дискоординированная РД

Формы ДРД:

- Распространение волны сокращения матки с нижнего сегмента вверх (доминанта нижнего сегмента, спастическая сегментарная дистоция тела матки);
- Отсутствие расслабления шейки матки в момент сокращения мускулатуры тела матки (дистоция шейки матки);
- Спазм мускулатуры всех отделов матки (тетания матки).

Дискоординированная РД

Клиника

- Резко болезненные частые схватки, разные по силе и продолжительности (резкие боли, чаще в крестце, реже – в низу живота во время схватки, тошнота, рвота, чувство страха);
- Отсутствие динамики раскрытия шейки матки;
- Предлежащая часть плода длительно остается подвижной или прижатой ко входу в таз;
- Повышен базальный тонус матки.

Дискоординированная РД

Диагностика

Оценивается характер РД и ее эффективность на основании:

- Жалоб роженицы;
- Общего состояния, которое зависит от выраженности болевого синдрома и вегетативных нарушений;
- Наружного и внутреннего акушерского исследования (отсутствие динамики родового акта: края шейки матки толстые, отечные);
- КТГ, наружной многоканальной и внутренней токографии.

Дискоординированная РД

Лечение

Для лечения ДРД используются инфузии β -адреномиметиков, антагонистов кальция.

При раскрытии маточного зева более 4 см показана длительная эпидуральная анестезия.

Для быстрого снятия гипертонуса матки используют токолиз болюсной формы гексопреналина (25 мкг внутривенно медленно в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида). Режим введения должен быть достаточен для полной блокады СД и снижения маточного тонуса до 10-12 мм рт. ст. Затем токолиз (10 мкг гексопреналина в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида) продолжают 40-60 минут до прекращения РД.

Через 1 час после лечения обычно восстанавливается нормальная РД

Аномалии СДМ

Показания к абдоминальному родоразрешению

- Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (длительное бесплодие, невынашивание беременности, неблагоприятный исход предыдущих беременностей и др.);
- Сопутствующая соматическая (ССЗ, эндокринные, бронхолегочные и др. заболевания) и акушерская патология;
- Перворожая старше 35 лет;
- Отсутствие эффекта от консервативной терапии;
- Угрожающее состояние плода.

Аномалии СДМ

Профилактика

Формирование групп риска:

- Перворождающие старше 35 и младше 18 лет;
- Первобеременные с «незрелой» шейкой матки;
- Женщины с ОАА (НМЦ, бесплодие, невынашивание, аборт, рубцы на матке и т.д.);
- Женщины с патологиями половой системы (миомы, пороки развития, ВЗОМТ);
- Беременные с соматическими заболеваниями;
- Беременные с осложненным течением данной беременности;
- Беременные с суженным тазом.



Благодарю за внимание