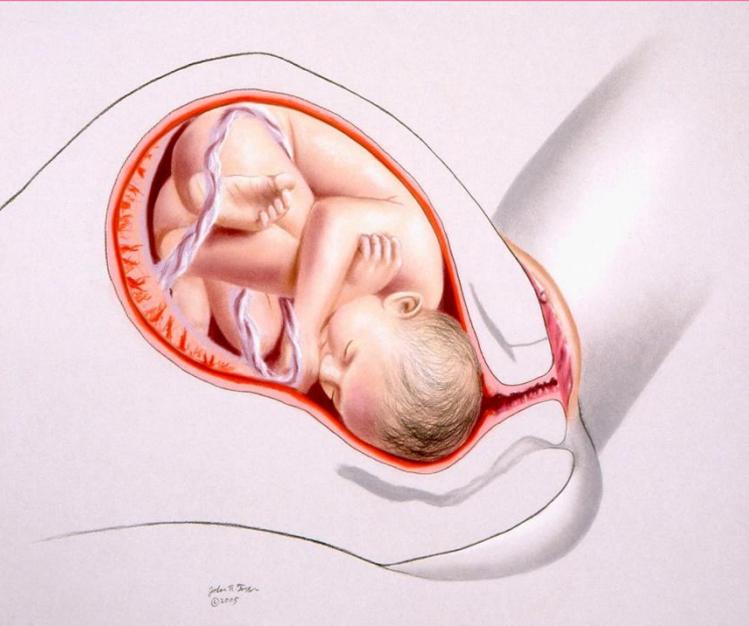


Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Аномалии родовой деятельности



Выполнила
Студентка 5 курса
1-го мед.факультета
163(1) группы
Кордовская Е.А.
Преподаватель: и.о. зав.каф.
Румянцева З.С.

Аномалии родовых сил

-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.

КОД ПО МКБ-10

- О62.0 Первичная слабость родовой деятельности.
- О62.1 Вторичная слабость родовой деятельности.
- О62.2 Другие виды слабости родовой деятельности.
- О62.3 Стремительные роды.
- О62.4 Гипертонические, нескоординированные и затянувшиеся сокращения
 - матки.
- О62.8 Другие нарушения родовой деятельности.
- О62.9 Нарушение родовой деятельности неуточнённое.

КЛАССИФИКАЦИЯ

классификация аномалий сократительной деятельности матки:

- 1) Патологический прелиминарный период.
- 2) Первичная слабость родовой деятельности.
- 3) Вторичная слабость родовой деятельности (слабость потуг как её вариант).
- 4) Чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов.
- 5) Дискоординированная родовая деятельность.

Этиология

- Клинические факторы, обуславливающие возникновение аномалий родовых сил, можно разделить на 5 групп:
 - 1) акушерские (преждевременное излитие ОВ, диспропорция между размерами головки плода 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, гестоз, анемия беременных);
 - 2) факторы, связанные с патологией репродуктивной системы (инфантилизм, аномалии развития половых органов, возраст женщины старше 30 и моложе 18 лет, нарушения менструального цикла, нейроэндокринные нарушения, искусственные аборты в анамнезе, невынашивание беременности, операции на матке, миома, воспалительные заболевания женской половой сферы);
 - 3) общесоматические заболевания, инфекции, интоксикации, органические заболевания ЦНС, ожирение различного генеза, диэнцефальная патология;
 - 4) плодные факторы (ЗРП, внутриутробные инфекции плода, анэнцефалия и другие пороки развития, перезрелый плод, иммунологический конфликт во время беременности, плацентарная недостаточность);
 - 5) ятрогенные факторы (необоснованное и несвоевременное применение родостимулирующих средств, неадекватное обезболивание родов, несвоевременное вскрытие плодного пузыря, грубые исследования и манипуляции).

ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

– ЭТО ГИПОАКТИВНОСТЬ матки, которая возникает с самого начала родов. Слабость родовой деятельности – состояние, при котором родовая деятельность не обеспечивает нормальный темп раскрытия шейки матки и продвижение плода по родовому каналу при отсутствии механического препятствия в родах.

- При этом схватки характеризуются как непродолжительные, редкие или слабой интенсивности в разных сочетаниях.

Диагностика

Жалобы:

- слабые, редкие, непродолжительные, но регулярные схватки.

Анамнез:

- эндокринные и обменные нарушения в организме беременной;
- патологические изменения миометрия (эндометриты, склеротические и дистрофические изменения, неполноценный рубец на матке, пороки развития, гипоплазия матки);
- перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия, крупного плода;
- ятрогенные факторы (необоснованное или недозированное применение токолитических и анальгезирующих средств);
- чрезмерное нервно-психическое напряжение роженицы (волнение, отрицательные эмоции, неблагоприятные следовые реакции);
- переносная беременность.

Физикальное обследование:

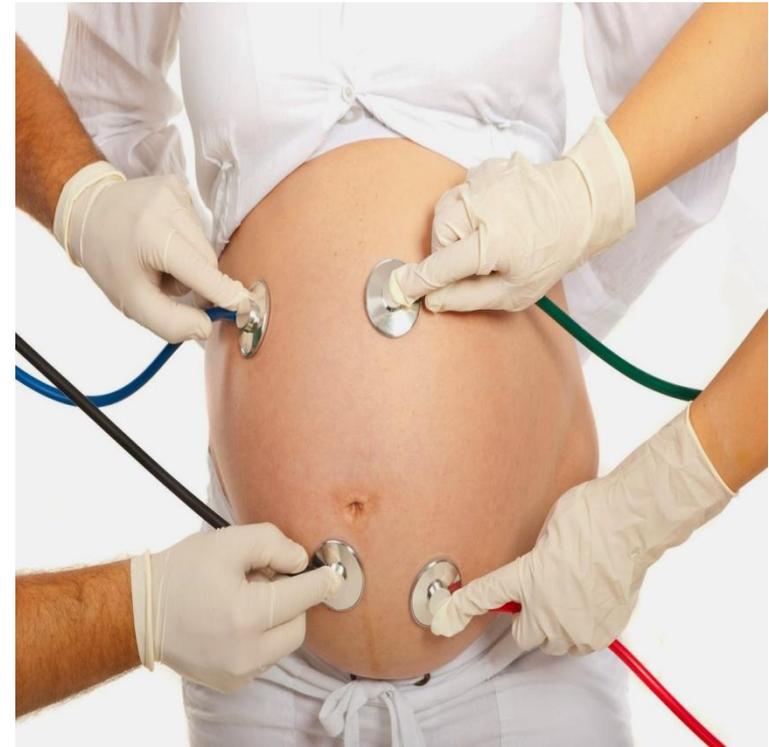
Общий осмотр:

В латентную фазу:

- пальпаторное определение регулярных сокращений матки (не менее двух схваток за 10 минут, продолжительностью 20 секунд и более), изначально не имеющие тенденции к усилению;
- влагалищное исследование: открытие шейки матки не превышает 4 см за 8 часов регулярных схваток.

В активную фазу:

- пальпаторное определение регулярных сокращений матки менее 3 схваток за 10 минут, каждая схватка длится менее 40 секунд, изначально нет тенденции к усилению;
- влагалищное исследование: раскрытие шейки матки менее 2 см за 4 часа;
- замедление/отсутствие опускание предлежащей части плода (исключить obstructивные роды, неправильное положение и предлежание плода).



Диагностика.

Диагностический алгоритм

Лабораторные исследования: нет.

Инструментальные исследования: КТГ – с целью мониторинга за состоянием внутриутробного плода.

Диагностический алгоритм:

Диагноз устанавливают на основании клинической оценки:

- низкой эффективности схваток,
- уменьшения их частоты, низкого тонуса,
- замедленной динамики процесса родов.

Перечень основных диагностических мероприятий:

- определить положение и предлежание плода;
- степень опускания головки;
- вагинальное исследование;
- КТГ;
- партограмма.

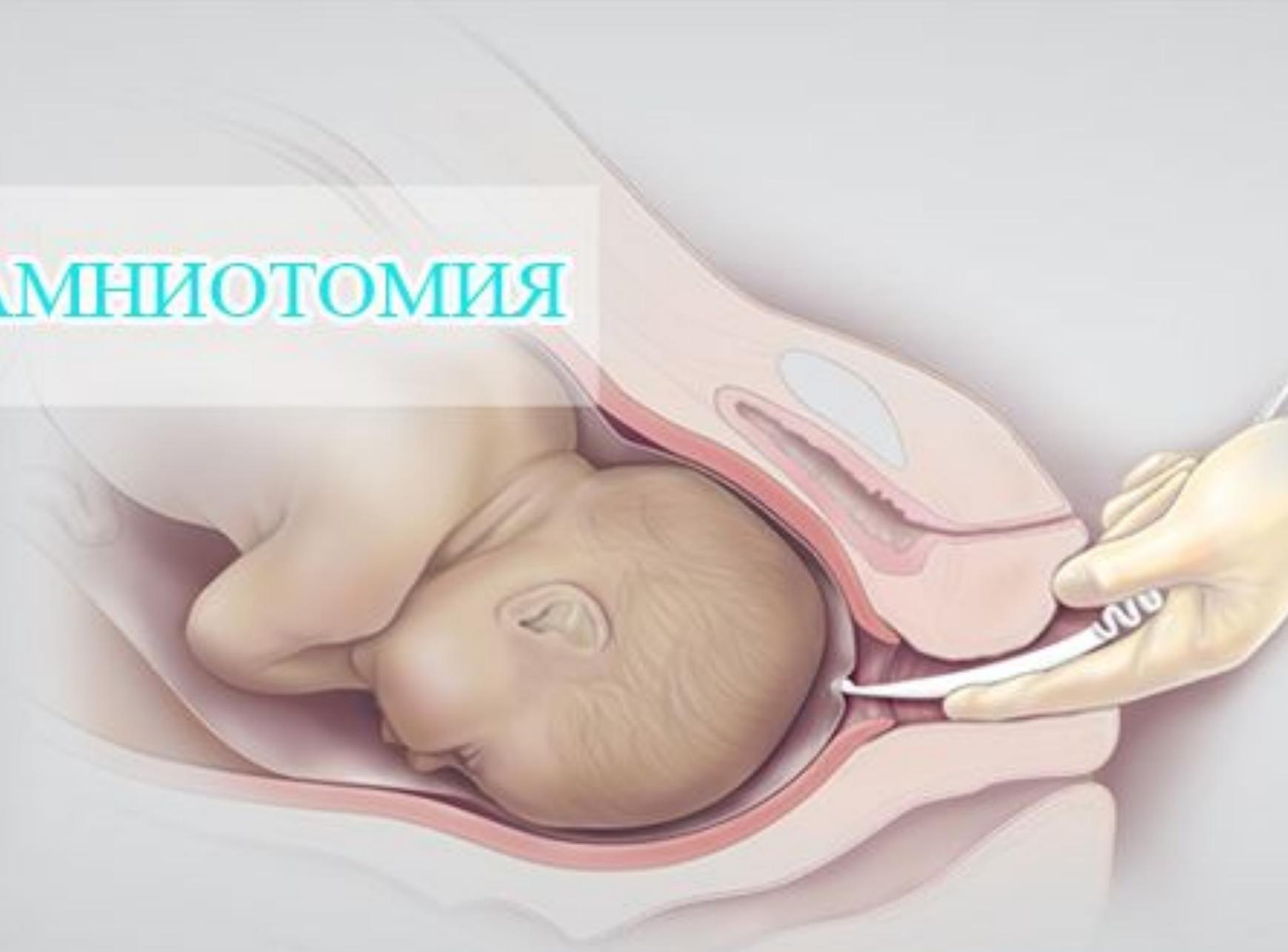
Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- УЗИ плода;
- доплерометрия плода.

ЛЕЧЕНИЕ

- Амниотомия. Показание: неполноценность плодного пузыря (плоский пузырь) или многоводие. Главное условие для данной манипуляции — раскрытие маточного зева на 3–4 см. Амниотомия может способствовать выработке эндогенных ПГ и усилению родовой деятельности;
- Назначение комплекса средств, усиливающих действие эндогенных и экзогенных утеротоников;
- Введение препаратов непосредственно увеличивающих интенсивность схваток;
- Применение спазмолитиков;
- Профилактика гипоксии плода.

АМНИОТОМИЯ



- Когда слабость родовой деятельности диагностирована при раскрытии маточного зева 4 см и более, целесообразно использовать ПГ-F2a(простогландины (**ДИНОПРОСТ** 5 мг)). Препарат вводят внутривенно капельно, разведённый в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида с начальной скоростью 2,5 мкг/мин. Обязателен мониторинг за характером схваток и сердцебиением плода. При недостаточном усилении родовой деятельности скорость введения раствора можно увеличивать вдвое каждые 30 мин, но не более чем до 20 мкг/мин, так как передозировка ПГ-F2a может привести к чрезмерной активности миометрия вплоть до развития гипертонуса матки.
- Следует помнить, что **ПГ-F2a противопоказан при АГ любого происхождения, в том числе, при гестозе. При БА его применяют с осторожностью.**

ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Вторичная гипотоническая дисфункция матки (вторичная слабость родовой деятельности) встречается значительно реже, чем первичная. При данной патологии у рожениц с хорошей или удовлетворительной родовой деятельностью происходит её ослабление. Обычно это происходит в конце периода раскрытия или в период изгнания.

АНАМНЕЗ

Вторичная слабость родовой деятельности осложняет течение родового акта у женщин, имеющих следующие особенности:
отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (нарушения менструального цикла, бесплодие, аборты, невынашивание, осложнённое течение родов в прошлом, заболевания половой системы);
осложнённое течение настоящей беременности (гестоз, анемия, иммунологический конфликт во время беременности, плацентарная недостаточность, перенашивание);
соматические заболевания (болезни сердечно-сосудистой системы, эндокринная патология, ожирение, инфекции и интоксикации);
осложнённое течение настоящих родов (длительный безводный промежуток, крупный плод, тазовое предлежание плода, многоводие, первичная слабость родовой деятельности).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	При вторичной слабости родовой деятельности схватки становятся редкими, короткими, интенсивность их снижается в периоде раскрытия и изгнания, несмотря на то, что латентная и, возможно, начало активной фазы могут протекать в обычном темпе. Раскрытие маточного зева, поступательное движение предлежащей части плода по родовому каналу резко замедляется, а в ряде случаев прекращается.
ДИАГНОСТИКА	Оценивают схватки в конце I и во II периоде родов, динамику раскрытия маточного зева и продвижения предлежащей части.
ЛЕЧЕНИЕ	<p>На выбор стимулирующих средств влияет степень раскрытия маточного зева. При раскрытия 5–6 см для завершения родов требуется не менее 3–4 ч. В такой ситуации рационально применение внутривенного капельного введения ПГ-F2a (<u>динопрост 5 мг</u>). Скорость введения препарата обычная: начальная — 2,5 мкг/мин, но не более 20 мкг/мин. Если в течение 2 ч не удаётся добиться необходимого стимулирующего эффекта, то инфузию ПГ-F2a можно комбинировать с <u>окситоцином 5 ЕД</u>. Во избежание неблагоприятного действия на плод, внутривенное капельное введение окситоци на возможно в течение короткого промежутка времени, поэтому его назначают при раскрытии маточного зева 7–8 см.</p> <p>Для того, чтобы своевременно корректировать тактику ведения родов, необходимо проводить постоянный мониторинг за сердцебиением плода и характером сократительной деятельности матки. На изменение тактики врача оказывают влияние 2 основных фактора:</p> <ul style="list-style-type: none">• отсутствие или недостаточный эффект от медикаментозной стимуляции родов;• гипоксия плода. <p>В зависимости от акушерской ситуации избирают тот или иной метод быстрого и бережного родоразрешения: КС, полостные акушерские щипцы при головке, находящейся в узкой части полости малого таза, перинеотомия.</p> <p>Нарушение сократительной активности миометрия может распространиться на последовый и ранний послеродовой период, поэтому для профилактики гипотонического кровотечения внутривенное введение утеротонических средств должно быть продолжено в III периоде родов и в течение первого часа раннего послеродового периода.</p>

ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ И ДИСКООРДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Родовая деятельность	Чрезмерно сильная	Дискоординированная
Клиника	<p>чрезвычайно сильные схватки (более 50 мм рт.ст.); быстрое чередование схваток (более 5 за 10 мин); повышение базального тонуса (более 12 мм рт.ст.); возбуждённое состояние женщины, выражающееся повышенной двигательной активностью, учащением пульса и дыхания, подъёмом АД. Возможны вегетативные нарушения: тошнота, рвота, потливость, гипертермия.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Резко болезненные частые схватки, разные по силе и продолжительности (резкие боли чаще в крестце, реже — внизу живота, появляющиеся во время схватки, тошнота, рвота, чувство страха). • Отсутствует динамика раскрытия шейки матки. • Предлежащая часть плода длительно остаётся подвижной или прижатой ко входу в малый таз. • Повышен базальный тонус.
Диагностика	<p>объективная оценка характера схваток, динамики открытия маточного зева и продвижения плода по родовому каналу.</p>	<p>Оценивают характер родовой деятельности и её эффективность на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> • жалоб роженицы; общего состояния женщины, которое во многом зависит от выраженности болевого синдрома, а также от вегетативных нарушений; наружного и внутреннего акушерского обследования; результатов аппаратных методов обследования.

Родовая деятельность	Чрезмерно сильная	Дискоординированная
<p>Лечение</p>	<p>внутривенное капельное введение бета-адреномиметиков (гексопреналин 10 мкг, тербуталин 0,5 мг или орципреналин 0,5 мг в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида) Введение бета - адреномиметиков по мере необходимости может осуществляться до рождения плода. При хорошем эффекте инфузию токолитиков можно прекратить, перейдя на введение спазмолитиков и спазмоанальгетиков (дротаверин, ганглефен, метамизол натрия). Роженицам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, тиреотоксикозом, СД, β-адреномиметики противопоказаны. В таких случаях применяют внутривенное капельное введение антагонистов кальция (верапамил). Роженица должна лежать на боку, противоположном позиции плода. Такое положение несколько снижает сократительную активность матки. Обязательный компонент ведения таких родов — профилактика гипоксии плода и кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.</p>	<p>используются инфузии β-адреномиметиков, антагонистов кальция, спазмолитиков, спазмоанальгетиков. При раскрытии маточного зева более 4 см показана длительная эпидуральная аналгезия. В современной акушерской практике для быстрого снятия гипертонуса матки чаще используют токолиз болюсной формы гексопреналина (25 мкг внутривенно медленно в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида). Если в течение ближайшего часа после прекращения введения β-адреномиметиков не восстанавливается нормальный характер родовой деятельности, то начинают введение капельное ПГ-Р2а. <u>Профилактика внутриутробной гипоксии плода обязательна.</u> Показания к абдоминальному родоразрешению</p> <ul style="list-style-type: none"> • отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (длительное бесплодие, невынашивание беременности, неблагоприятный исход предыдущих родов и др.); • сопутствующая соматическая (сердечно-сосудистые, эндокринные, бронхолёгочные и другие заболевания) и акушерская патология (гипоксия плода, перенашивание, тазовые предлежания и неправильные вставления головки, крупный плод, сужение таза, гестоз, миома матки и др.); • первородящие старше 30 лет; • отсутствие эффекта от консервативной терапии.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактику аномалий сократительной деятельности 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 отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом (нарушение менструального цикла, бесплодие, невынашивание, осложнённое 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 осложнённым течением настоящей беременности (гестоз, 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 её 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

