

Аномалии родовой деятельности

Чеченский государственный университет
Медицинский институт
Кафедра «Акушерство и гинекология»

17.02.2016

Под аномалиями 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.

Партограмма нормальных родов



Классификация МКБ – X

О62 Нарушения родовой деятельности (родовых сил)

- 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, не координированные и зятянувшиеся сокращения матки
 - О62.8 Другие нарушения родовой деятельности.
 - О62.9 Нарушение родовой деятельности не уточненное
-

О63 Затяжные роды

- О63.0 Затянувшийся первый период родов ❌
- О63.1 Затянувшийся второй период родов ❌
- О63.2 Задержка рождения второго плода из двойни, тройни и т. д. ❌
- О63.9 Затяжные роды не уточненные ❌

Классификация

- Патологический прелиминарный период
- Слабость родовой деятельности
 - первичная
 - вторичная *в том числе* слабость потуг
- Дискоординация родовой деятельности
 - 1 стадия (тоническая)
 - 2 стадия (спастическая)
 - 3 стадия (тетаническая)
- Чрезмерно сильная родовая деятельность.

ЭТИОЛОГИЯ

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);

ЭТИОЛОГИЯ

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);

ЭТИОЛОГИЯ

- **3. общесоматические заболевания,** инфекции, интоксикации, органические заболевания ЦНС, ожирение различного генеза, диэнцефальная патология;

ЭТИОЛОГИЯ

4. плодные факторы (ЗРП, внутриутробные инфекции плода, анэнцефалия и другие пороки развития, перезрелый плод, иммунологический конфликт во время беременности, плацентарная недостаточность)

ЭТИОЛОГИЯ

- **5. ятрогенные факторы**

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

ПАТОГЕНЕЗ

- Характер и течение родов определяются совокупностью многих факторов: биологической готовностью организма накануне родов, гормональным гомеостазом, состоянием плода, концентрацией эндогенных ПГ и утеротоников и чувствительностью миометрия к ним.
- Готовность организма к родам формируется длительное время за счет процессов, которые происходят в материнском организме от момента оплодотворения и развития плодного яйца до наступления родов.

По сути, родовой акт является

- логическим завершением многозвеньевых процессов в организме
- беременной и плода. Во время беременности с ростом и развитием плода возникают сложные гормональные, гуморальные, нейрогенные взаимоотношения, которые обеспечивают течение родового акта.

Доминанта родов

- ◆ единая функциональная система, которая объединяет следующие звенья: церебральные структуры — гипофизарная зона гипоталамуса — передняя доля гипофиза — яичники — матка с системой плод — плацента.

Нарушения на отдельных уровнях этой системы, как со стороны матери, так и плода–плаценты приводят к отклонению от нормального течения родов, что, в первую очередь, проявляется нарушением сократительной деятельности матки. Патогенез этих нарушений обусловлен многообразием факторов, но ведущую роль в возникновении аномалий родовой деятельности отводят биохимическим процессам в самой матке, необходимый уровень которых обеспечивают нервные и гуморальные факторы.

- Важная роль, как в индукции, так и в течении родов принадлежит плоду.
- Масса плода, генетическая завершенность развития, иммунные взаимоотношения плода и матери влияют на родовую деятельность.

- Сигналы, поступающие из организма зрелого плода, обеспечивают информирование материнских компетентных систем, ведут к подавлению синтеза иммуносупрессорных факторов,
- в частности пролактина, а также хориального гонадотропина. Меняется реакция организма матери на плод как на аллотрансплантат.

- В фетоплацентарном комплексе
- меняется стероидный баланс в сторону накопления эстрогенов, увеличивающих
- чувствительность адренорецепторов к норадреналину и окситоцину.
- Паракринный механизм взаимодействия плодных оболочек, децидуальной ткани, миометрия обеспечивает каскадный синтез простагландинов E₂ и F_{2α}.
Суммирование этих сигналов обеспечивает тот или иной характер родовой деятельности

Одним из важных звеньев патогенеза слабости родовой деятельности

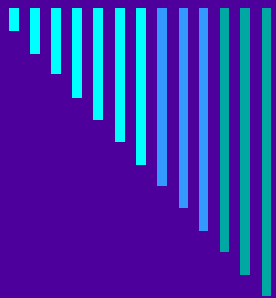
- является гипокальциемия. Ионы кальция играют главную роль в передаче сигнала
- с плазматической мембраны на сократительный аппарат гладкомышечных клеток .
- Для мышечного сокращения необходимо поступление ионов кальция (Ca^{2+}) из внеклеточных или внутриклеточных запасов. С обменом ионов кальция тесно связан обмен цАМФ в мышцах.

- При слабости родовой деятельности обнаружено повышение синтеза цАМФ, что связано с угнетением окислительного цикла трикарбоновых кислот и повышением содержания в миоцитах лактата и пирувата.



В патогенезе развития слабости родовой деятельности

- играет роль и ослабление функции адренергического механизма миометрия, тесно связанного с эстрогенным балансом. Уменьшение образования и «плотности»
- специфических α и β - адренорецепторов делает миометрий малочувствительным к утеротоническим веществам.



- При аномалиях родовой деятельности обнаружены выраженные морфологические и гистохимические изменения в гладкомышечных клетках матки. Эти
- дистрофические процессы являются следствием биохимических нарушений,
- сопровождающихся накоплением конечных продуктов обмена.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД

- характеризующийся преждевременным появлением сократительной активности матки при доношенном плоде и
- отсутствию биологической готовности к родам.

Клиническая картина

патологического прелиминарного периода

- Нерегулярные, малоболезненные схватки на фоне общего гипертонуса матки с преобладанием тонуса нижнего сегмента
- Шейка матки, как правило, “незрелая”
- Утомление с нарушением сна и психоэмоционального статуса
- Продолжительность более 6 часов
- Симптомы гипоксии плода (как правило)

При наружном акушерском обследовании у беременной

- определяется повышенный тонус матки, особенно в области нижнего сегмента. Предлежащая часть, как правило, остается подвижной над входом в малый таз. Нередко страдает сердцебиение плода

При влагалищном исследовании

- повышенный тонус мышц тазового дна и спазм круговых мышц влагалища.
- незрелая шейка матки

Степени зрелости шейки матки по Е. Х. Бишопу

1. Консистенция шейки матки
2. Длина шейки матки
3. Проприодимость шейечного канала
4. Положение шейки по отношению к проводной оси таза

Зрелости шейки матки по Г. Г. Хечинашвили

- Консистенция шейки матки
- Длина влагалищной части шейки матки и цервикального канала
- Степень проходимости цервикального канала и его форм
- Состояние нижнего сегмента матки
- Толщина стенок влагалищной части шейки матки

Признаки «зрелой» шейки матки

- расположена по проводной оси таза
- укорочена до 1,5 - 2 см
- размягчена
- цервикальный канал свободно пропускает 1 -2 пальца
- длина влагалищной части шейки соответствует длине цервикального канала

Дифференциальная диагностика патологического прелиминарного периода

- Предвестники родов («ложные» роды)
- 1 - ый период родов
- Первичная слабость родовых сил
- Отслойка плаценты

ЛЕЧЕНИЕ

1. *коррекция сократительной активности матки до достижения оптимальной биологической готовности к родам;*
2. *нормализация психоэмоционального состояния женщины;*
3. *регуляция суточного ритма сна-отдыха;*
4. *профилактика нарушений жизнедеятельности плода;*
6. *терапия, направленная на «созревание» шейки матки*

- Эти задачи решаются с использованием ряда фармакологических препаратов:
анальгетиков, спазмолитиков,
- **седативных средств,**
- **антагонистов кальция,**
- **β-адреномиметиков,**
- **нестероидных противовоспалительных препаратов.**

Коррекция сократительной активности матки до достижения оптимальной биологической готовности к родам

- · b-адреномиметиками и антагонистами кальция, нестероидными противовоспалительными препаратами:
- инфузии гексопреналина 10 мкг, тербуталина 0,5 мг или орципреналина 0,5 мг в 0,9% растворе натрия хлорида;
- инфузии верапамила 5 мг в 0,9% растворе натрия хлорида;
- ибупрофен 400 мг или напроксен 500 мг перорально.

- ▣ **Наибольшим токолитическим эффектом, снимающим болезненные беспорядочные сокращения матки и одновременно способствующим подготовке шейки матки к родам, обладают β -адреномиметики (гинипрал, партусистен, алупент, бриканил).**
- ▣ **Кроме того, эти препараты улучшают маточно-плацентарный кровоток и тем самым оказывают благоприятное действие на состояние внутриутробного плода.**
- ▣ Однако практический врач должен помнить, что
- ▣ **β -адреномиметики могут вызывать тахикардию, снижение артериального давления, потливость,**
- ▣ **тошноту, которые ликвидируются назначением антагонистов кальция (изоптин, верапамил, нифедипин)**

Однако практический врач должен помнить,

- что β -адреномиметики могут вызывать тахикардию, снижение артериального давления, потливость, тошноту, которые ликвидируются назначением антагонистов кальция (изоптин, верапамил, нифедипин)

- ▣ Препаратами выбора для проведения токолиза у беременных с патологическим прелиминарным периодом, имеющих **противопоказания к применению β -адреномиметиков (тиреотоксикоз, глаукома, сердечно-сосудистые заболевания с нарушением сердечного ритма, врожденные и приобретенные пороки сердца)** являются
- ▣ **нестероидные противовоспалительные средства.** С этой целью рекомендуются ибупрофен или напроксен перорально.

- Одновременно на фоне токолитической терапии **при отсутствии оптимальной**
- **биологической готовности к родам для «созревания» шейки матки применяется**
- **простагландин E2**
- (динопростон, препидил) в виде геля интрацервикально

Нормализация психоэмоционального состояния женщины.

- ▣ Регуляция суточного ритма сна и отдыха (медикаментозный сон в ночное время суток или при утомлении беременной):
- ▣ препараты бензодиазепинового ряда (диазепам 10 мг 0,5% раствора в/м);
- ▣ наркотические анальгетики (тримеперидин 20–40 мг 2% раствора в/м);
- ▣ ненаркотические анальгетики (буторфанол 2 мг 0,2% или трамадол 50–100 мг в/м);
- ▣ антигистаминные препараты (хлоропирамин 20–40 мг или прометазин 25–50 мг в/м);
- ▣ спазмолитики (дротаверин 40 мг или бенциклан 50 мг в/м);



Благоприятным результатом лечения считается

- 1. спонтанное начало регулярной родовой деятельности
- ИЛИ
- 2. сформировавшаяся готовность организма беременной к родам
- Во втором случае при «зрелой» шейке матки вскрывают плодный пузырь и, если через 2 ч не появляются регулярные схватки, проводят родовозбуждение.

Показание для окончания беременности операцией кесарева сечения

1. неэффективность лечения в сочетании с отягощенным акушерским анамнезом
2. тазовое предлежание плода
3. крупный плод
4. экстрагенитальные заболевания
5. гестоз
6. появление признаков гипоксии плода

СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

состояние, при котором интенсивность, продолжительность и частота схваток недостаточны, поэтому сглаживание шейки матки, раскрытие шейечного канала и продвижение плода при его соответствии происходят замедленными темпами



СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- ЧАСТОТА от общего числа родов:
- Первичная – 5%
- Вторичная – 2,4%

В основе первичной слабости схваток

- лежит снижение базального тонуса и возбудимости матки,
- **поэтому** данная патология характеризуется изменением темпа и силы схваток,
- **но без расстройства** координации сокращений матки в отдельных ее
- частях

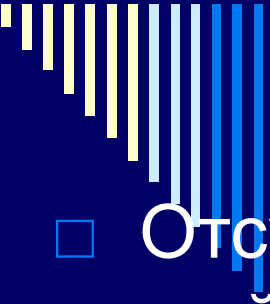
Причины слабости родовой деятельности

- раннее применение и высокая дозировка седативных средств и анальгетиков
- инертность матки вследствие нарушения её рецепторного аппарата и / или эндокринопатии
- перерастяжение миометрия вследствие многоводия, многоплодия, крупных размеров плода, высокого паритета
- несоответствие размеров головки плода и таза матери



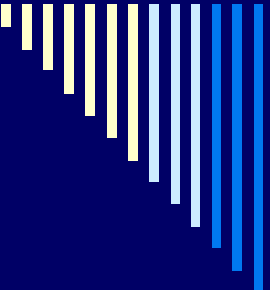
Клиническая картина

- Возбудимость и тонус матки снижены.
- Схватки с самого начала развития родовой деятельности остаются редкими, короткими, слабыми (15–20 сек):
- Частота за 10 мин не превышает 1–2 схватки;
- Сила сокращения слабая, амплитуда ниже 30 мм рт.ст.;
- Схватки носят регулярный характер, безболезненные или малоболезненные, так как тонус миометрия низкий.

- 
- Отсутствие прогрессирующего раскрытия шейки матки (менее 1 см/ч).
 - Предлежащая часть плода долгое время остаётся 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 схватки.

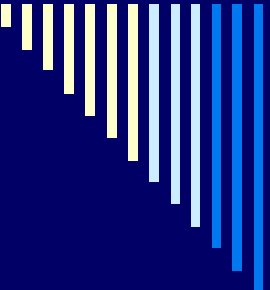
ДИАГНОСТИКА

- ◆ оценке основных показателей сократительной деятельности матки;
- ◆ · замедлении темпа раскрытия маточного зева;
- ◆ · отсутствии поступательного движения предлежащей части плода.



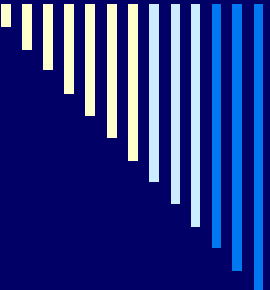
В течение I периода родов различают:

1. Латентную фазу (первичная слабость схваток)
2. Активную фазу (вторичная слабость схваток)



Первичная слабость схваток ставится в латентную фазу-

- это промежуток времени от начала регулярных схваток до появления структурных изменений в шейке матки (до раскрытия маточного зева на 4 см).
- В норме раскрытие маточного зева в латентную фазу I периода у первородящих происходит со скоростью 0,4–0,5 см/ч, у повторнородящих — 0,6–0,8 см/ч. Общая продолжительность этой фазы составляет у первородящих около
- ~~7 ч, у повторнородящих — 5 ч. При слабости~~ родовой деятельности сглаживание шейки матки и



В норме в латентную фазу I периода у первородящих

- раскрытие маточного зева происходит со скоростью 0,4–0,5 см/ч, у повторнородящих — 0,6–0,8 см/ч. Общая продолжительность этой фазы составляет у первородящих около
- 7 ч, у повторнородящих — 5 ч. При слабости родовой деятельности сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева замедляется (менее 1–1,2 см/ч).

Партограмма нормальных родов



ЛЕЧЕНИЕ – 3 варианта оказания помощи

1 вариант – кесарево сечение:

РОЖЕНИЦЫ с

1. с узким тазом,
2. рубцом на матке,
3. рубцовыми изменениями шейки матки,
4. крупным плодом,
5. тазовым предлежанием плода.
6. другие отягощающие обстоятельства: старший возраст первородящей, мертворождение, бесплодие и невынашивание в анамнезе.

Частым осложнением, требующим оперативного родоразрешения, является гипоксия плода

2-й вариант

□ Если отсутствуют факторы, отягощающие течение родового акта, слабость родовой деятельности матки выявлена своевременно, роженица не утомлена и роды происходят в дневное время, то проводят **терапию, направленную на усиление схваток**:-

1. амниотомия;
2. назначение комплекса средств, усиливающих действие эндогенных и экзогенных утеротоников;
3. введение препаратов, непосредственно увеличивающих интенсивность схваток - родостимуляция
4. применение спазмолитиков;
5. профилактика гипоксии плода.

Показание для амниотомии

- неполноценность (плоский пузырь)
- или многоводие.

- Условием для данной манипуляции является раскрытие зева
3—4 см. Амниотомия может способствовать выработке эндогенных простагландинов и усилению родовой деятельности.

Родостимуляция

Препарат:

Окситоцин и/или Энзапрост (ПГ_{F2α}) / Простенон (ПГ_{E2})

Доза:

5 Ед (1мл)

Способ введения:

внутривенно капельно в разведении
с 400 мл изотонического раствора
или 5% раствора глюкозы

Режим введения:

0,006 Ед/мин (8 - 10 капель/мин)
с последующим увеличением дозы
каждые 15 минут на 0,006 Ед/мин

Максимальная доза:

0,25 (0,4) Ед/мин (40 (70) капель/мин)

ПГ-F_{2a} противопоказаны

- при АГ любого происхождения, в том числе, при гестозе.
- При БА применяют с осторожностью.



ОЦЕНКА эффективности лечения

- ◆ Продолжительность схваток более 30сек.
- ◆ Количество схваток за 10мин.
-4-4,5
- ◆ Скорость раскрытия ш/м в латентной фазе 0,35см/ч, в актив.фазе -1,5-2 см/ч

Осложнения родостимуляции

- Дискоординация родовой деятельности
- Гипоксия плода
- Отслойка плаценты
- Чрезмерно сильная (бурная) родовая деятельность
- Родовой травматизм матери и плода

3-й вариант.

- Возможна такая акушерская ситуация: первичная слабость родовой деятельности матки констатирована у женщины с жалобами на усталость и сонливость в связи с бессонной ночью. Данные обследования исключают возможность окончания родов в ближайшие 2—3 ч. В подобных случаях невозможно ожидать эффекта от стимулирующей терапии, поэтому правильнее предоставить роженице кратковременный медикаментозный сон-отдых, который не должен продолжаться более 2—2,5 ч.

-
- После пробуждения если
 - плодный пузырь цел, его вскрывают – амниотомия . Нередко после этого хорошая родовая деятельность восстанавливается спонтанно.
 - Если в течение ближайшего часа усиления схваток не происходит, то приступают к родостимуляции.



Вторичная слабость родовой деятельности

- Состояние, возникающее после периода длительной хорошей родовой деятельности, при кот. интенсивность, продолжительность и частота схваток недостаточны, поэтому сглаживание шейки матки, раскрытие шейечного канала и продвижение плода при его соответствии размерам таза проходят замедленными темпами

Причины вторичной слабости родовых сил

- несоответствие размеров головки плода и таза матери (15 - 50%)
- значительные дозы анальгетиков и седативных средств
- проводниковая анестезия



ВТОРИЧНАЯ слабость р.д.

– в активную фазу родов

- Схватки, вначале достаточно интенсивные становятся слабее и короче, а паузы между ними увеличиваются.
- Продвижение плода замедляется или прекращается
- Роды затягиваются
- Наступает утомление роженицы



ВОЗМОЖНЫ

- Хориамнионит
- Асфиксия и гибель плода
- Раскрытие ш/м не прогрессирует, края отекают, сдавление мягких тканей

ДИАГНОЗ

- Недостаточная маточная активность
- Снижение скорости сглаживания ш/м
- Длительное стояние предлежащей части, замедленное ее продвижение

- Увеличение продолжительности родов
- Утомление роженицы
- Страдание плода

Лечение

- При раскрытия 5–6 см для завершения
- родов требуется не менее 3–4 ч. В такой ситуации рационально применение внутривенного капельного введения ПГ-F2a(динопрост 5 мг). 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 окситоцином 5 ЕД. Во избежание неблагоприятного действия на плод, внутривенное капельное
- введение окситоцина возможно в течение короткого промежутка времени, поэтому его назначают при раскрытии
- маточного зева 7–8 см.

На изменение
тактики врача оказывают влияние
2-х основных факторов:

- отсутствие или недостаточный эффект от медикаментозной стимуляции родов;
- гипоксия плода.

СЛАБОСТЬ ПОТУГ

- Характеризуется недостаточностью вследствие слабости мышц брюшного пресса

ПЕРВИЧНАЯ

- Слабости мускулатуры брюшного пресса:
- Многоорожавшие
- Грыжа бел.линии живота
- Повреждения позвоночника
- переполненный мочевой пузырь, кишечник

ВТОРИЧНАЯ

- При утомлении мускулатуры и общей усталости роженицы.

СЛАБОСТЬ ПОТУГ

- При первичной и вторичной слабости схваток

КЛИНИКА

- Удлинении периода изгнания
- Потуги кратковременные, слабые и редкие
- Продвижение задерживается или приостанавливается
- Асфиксия или гибель плода

ЛЕЧЕНИЕ

- УТЕРОТОНИКИ
- ЭПИЗИОТОМИЯ
- АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ

ДИСКООРДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой её половиной, верхним (дно, тело) и нижним отделами, всеми отделами матки

Формы дискоординации родовой деятельности

- 1. доминанта нижнего сегмента, спастическая сегментарная дистоция тела матки** – *распространение волны сокращения матки с нижнего сегмента вверх*
- 2. дистоция шейки матки** - *отсутствие расслабления шейки в момент сокращения мускулатуры тела матки*
- 3. тетания матки** – *спазм мускулатуры всех отделов матки (часто КС)*

Дискоординация сократительной активности матки

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

ЛЕЧЕНИЕ

- инфузии β -адреномиметиков, антагонистов
- кальция, спазмолитиков, спазмоаналгетиков.
- При раскрытии маточного зева более 4 см показана длительная
- эпидуральная аналгезия

- Консервативное лечение гипертонуса нижнего сегмента и дистонии шейки матки имеет много общего. Оно начинается с назначения спазмолитиков или токолитиков.

- Для быстрого снятия гипертонуса матки чаще используют токолиз болюсной формы гексопреналина (25 мкг внутривенно медленно в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида). Режим введения токолитического средства должен быть достаточным для полной блокады сократительной деятельности 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 мин. Если в течение ближайшего часа после прекращения введения β -адреномиметиков не восстанавливается нормальный характер родовой деятельности, то начинают введение капельное ПГ-F2а.
- Профилактика внутриутробной гипоксии плода обязательна.

Показания к абдоминальному родоразрешению

1. отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (длительное бесплодие, невынашивание беременности, неблагоприятный исход предыдущих родов и др.);
2. сопутствующая соматическая патология (сердечно-сосудистые, эндокринные, бронхолёгочные и другие заболевания)

3. акушерская патология (гипоксия плода, перенашивание, тазовые предлежания и неправильные вставления головки, крупный плод, сужение таза, гестоз, миома матки и др.);
4. первородящие старше 30 лет;
5. отсутствие эффекта от консервативной терапии.

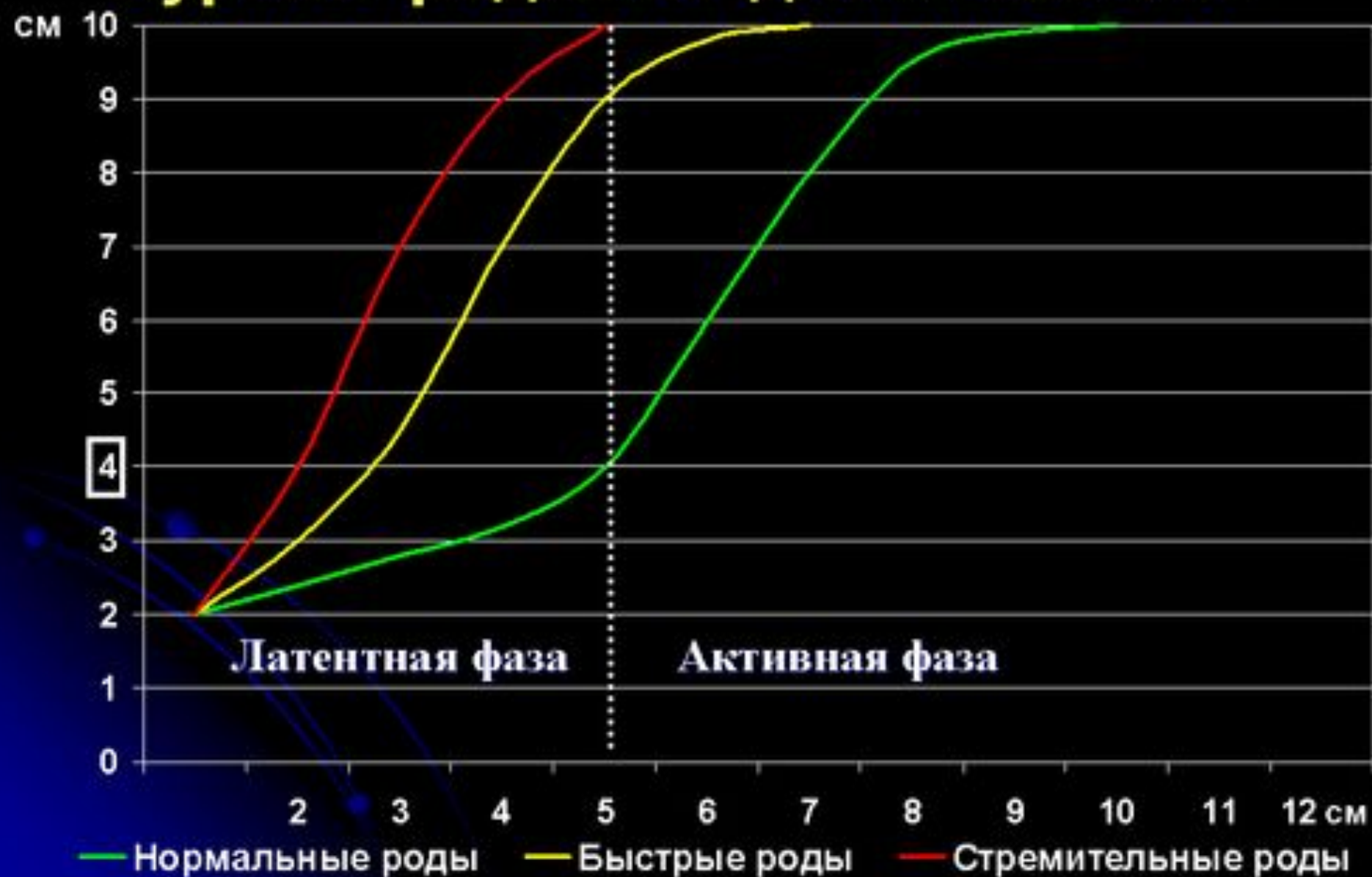
ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- Чрезмерно сильная родовая деятельность относится к гипердинамической дисфункции сократительной активности
- матки. Для неё характерны чрезвычайно сильные и частые схватки и/или потуги на фоне повышенного тонуса матки.

Бурная родовая деятельность (кардиотокограмма)



Партограммы бурной родовой деятельности





КЛИНИКА

- 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.



Продолжительность родов

□ БЫСТРЫЕ :

- Первородящие – 6-4 час.
- Повторнородящие – 4-2 час.

□ СТРЕМИТЕЛЬНЫЕ:

- Первородящие – 4-2 час.
- Повторнородящие – менее 2 час.

Осложнения бурной родовой деятельности



➤ Быстрые роды:

общая продолжительность
у первородящих – 6 часов и менее
у повторнородящих – 4 часа и менее

➤ Стремительные роды:

общая продолжительность
у первородящих – 4 часа и менее
у повторнородящих – 2 часа и менее



Травматизм матери

Травматизм плода

- Родам с чрезмерно сильной сократительной деятельностью матки присуще сильное возбуждение симпатико-адреналовой и холенергической нервной системы с нарушением их пропорциональных соотношений.

- Для таких родов характерны расстройства взаимосвязи и взаимоотношений продуцируемых
- организмом роженицы контрактильных веществ с превалированием влияния ПГФ_{2α}, окситоцина, серотонина.

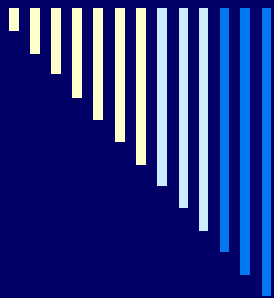
Такой характер сократительной деятельности

- приводит к быстрому раскрытию шейки, часто за счет ее разрывов, и столь же быстрому поступательному движению плода по родовому каналу, сопровождающемуся обширными травмами матери и плода. Травмирование плода происходит
- вследствие сочетания механических факторов и нарушения кровообращения
- в системе мать—плацента—плод



Лечение

- направлено на снижение повышенной активности матки:
- β -адреномиметики (гексопреналин 10 мкг, тербуталин 0,5 мг или орципреналин 0,5 мг в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида)



- Введение β -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



Типичные ошибки в диагностике аномалий родовой деятельности

- предродовые (прелиминарные) схватки принимаются за начало родов и их прекращение рассматривается как проявление слабости родовых сил
- Неэффективная родовая деятельность при дискоординации интерпретируется как слабость родовых сил
- Не дифференцируется патологический прелиминарный период и первичная слабость родовой деятельности

Профилактика аномалий родовой деятельности



Нужно начинать с отбора женщин группы высокого риска по данной патологии.

- 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!**