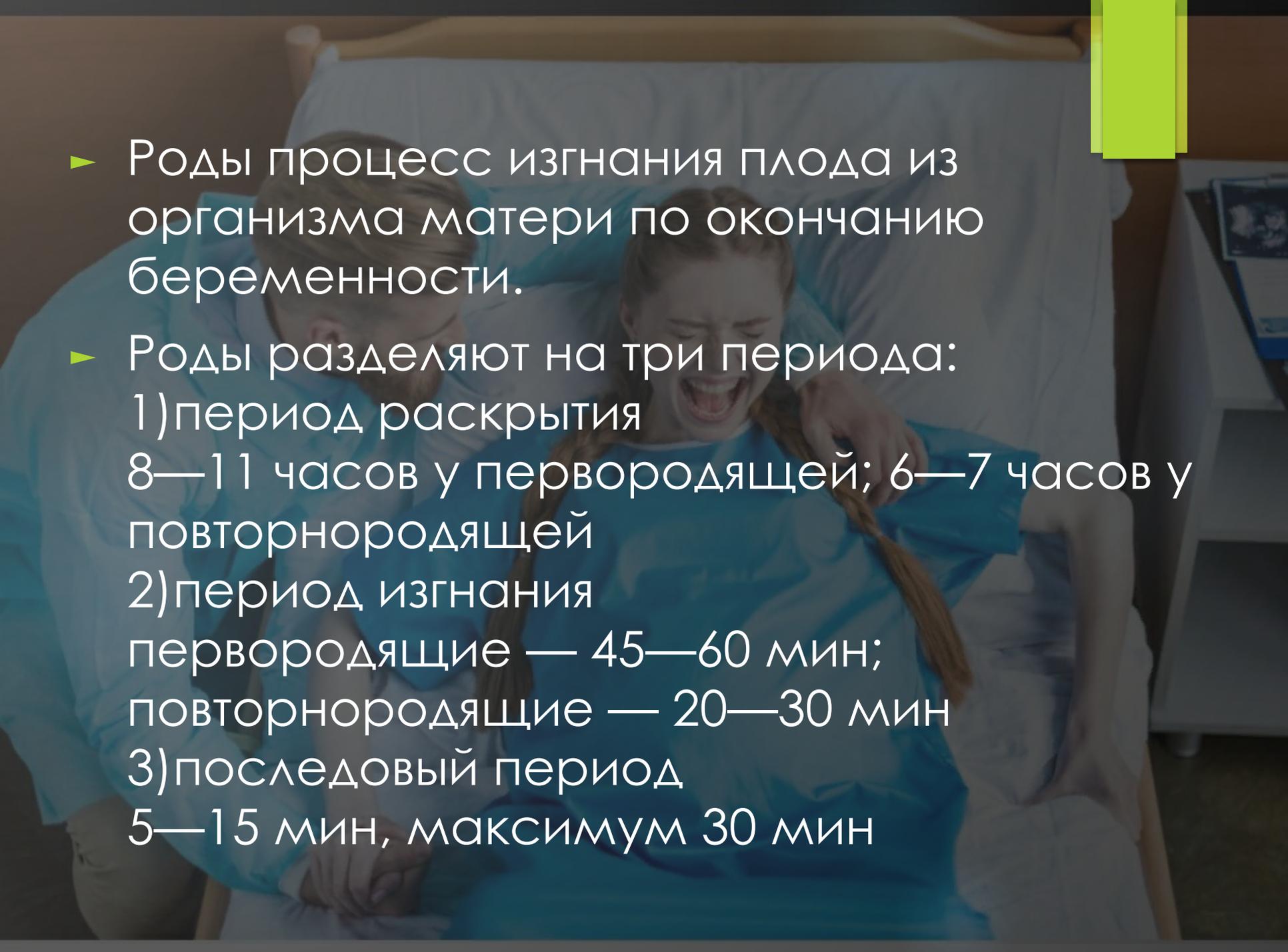




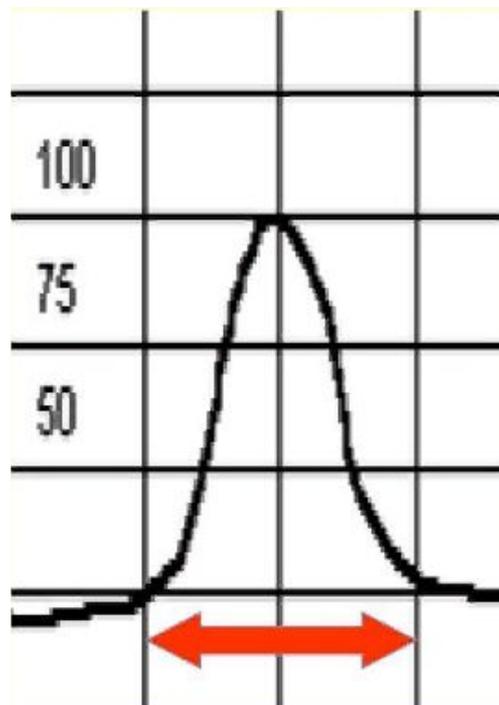
АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ПОДГОТОВИЛА: ЧЕХОВА Д.А 165В

- 
- ▶ Роды процесс изгнания плода из организма матери по окончании беременности.
 - ▶ Роды разделяют на три периода:
 - 1) период раскрытия
8—11 часов у первородящей; 6—7 часов у повторнородящей
 - 2) период изгнания
первородящие — 45—60 мин;
повторнородящие — 20—30 мин
 - 3) последовый период
5—15 мин, максимум 30 мин

Характеристики нормальной родовой деятельности

Частота схваток: 3-5 схватки за 10 минут



- Продолжительность схватки**
- I период родов – 20-25 сек.
 - II период родов – 40-50 сек

КАК ОТЛИЧИТЬ ЛОЖНЫЕ СХВАТКИ ОТ НАСТОЯЩИХ

ЛОЖНЫЕ СХВАТКИ

- ✓ 1. нерегулярные
- ✓ 2. проходят или ослабевают после смены положения тела
- ✓ 3. безболезненные
- ✓ 4. нет выделений



НАСТОЯЩИЕ СХВАТКИ:

- ✓ 1. со временем становятся регулярными
- ✓ 2. не проходят после смены положения тела
- ✓ 3. интенсивность нарастает, становятся болезненными
- ✓ 5. возможны кровянистые выделения

Характеристика первого и второго периода родов

Период родов	Первые роды	Повторные роды
Латентная фаза (от начала регулярных схваток до раскрытия шейки матки до 3-4 см)		
Средняя продолжительность (час.)	6,4	4,8
Максимально допустимая продолжительность (час.)	8	6
Скорость раскрытия (см/час)	0,3	0,35
Частота схваток (за 10 мин)	Не меньше двух	
Продолжительность схваток (сек.)	20-25	
Активная фаза (раскрытие шейки матки от 3-4 см до 10 см)		
Средняя продолжительность (час.)	4,6	2,4
Максимально допустимая продолжительность (час.)	11,7	5,2
Скорость раскрытия (см/час)	1,5-2	2-2,5
Частота схваток (за 10 мин)	3 - 5	
Продолжительность схваток (сек.)	40 - 50	
Второй период родов		
Максимально допустимая продолжительность	2	1

Определение понятия АРД

- ▶ 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
 - координированности сокращений.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ▶ Аномалии сократительной деятельности матки в родах встречаются у 7–20% женщин.
- ▶ Слабость родовой деятельности отмечается в 10%, дискоординированная родовая деятельность в 1–3% случаев от общего количества родов.
- ▶ Первичная слабость родовой деятельности наблюдается у 8–10%, а вторичная — у 2,5% рожениц.
- ▶ Слабость родовой деятельности у первородящих старшего возраста встречается в два раза чаще, чем в возрасте от 20 до 25 лет.
- ▶ Чрезмерно сильная родовая деятельность, относящаяся к гипердинамической дисфункции сократительной деятельности матки, встречается редко (около 1%).

КОД ПО 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, нескоординированные и затянувшиеся сокращения матки.
- ▶ O62.8 Другие нарушения родовой деятельности.
- ▶ O62.9 Нарушение родовой деятельности неуточнённое.



КЛАССИФИКАЦИЯ АРД

- ▶ Патологический прелиминарный период
- ▶ Слабость родовой деятельности (инертность или гипоактивность матки)
 - А. Инертность матки
 - В. Слабость схваток и потуг (первичная и вторичная)
- ▶ Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки)
- ▶ Дискоординированная родовая деятельность
 - А. По механизму возникновения : 1) дискоординация, 2) гипертонус нижнего сегмента матки (обратный градиент), 3) судорожные схватки (тетания матки), 4) циркулярная дистоция .
 - В. По времени возникновения – первичная и вторичная
 - С. По стадиям клинического течения – 1, 2, 3 стадии

Классификация аномалий родовой деятельности (Чернуха 1990)

- ❖ Патологический прелиминирующий период
- ❖ Слабая родовая деятельность
 - Первичная
 - вторичная
 - слабость потуг
- ❖ Чрезмерная родовая деятельность
- ❖ Дискординированная родовая деятельность
 - общая
 - гипертонус нижнего сегмента
 - тетанус матки
 - циркулярная дистоция

ЭТИОЛОГИЯ

Клинические факторы, обуславливающие возникновение аномалий родовых сил, можно разделить на 5 групп:

- ▶ **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);
- ▶ **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

- ▶ общесоматические заболевания, инфекции, интоксикации, органические заболевания ЦНС, ожирение различного генеза, диэнцефальная патология;
- ▶ плодные факторы (ЗРП, внутриутробные инфекции плода, анэнцефалия и другие пороки развития, перезрелый плод, иммунологический конфликт во время беременности, плацентарная недостаточность);
- ▶ ятрогенные факторы (необоснованное и несвоевременное применение родостимулирующих средств, неадекватное обезболивание родов, несвоевременное вскрытие плодного пузыря, грубые исследования и манипуляции).

ПАТОГЕНЕЗ

- ▶ дезорганизация структуры миоцитов,
- ▶ нарушение активности ферментов и нуклеотидов,
- ▶ снижение окислительных процессов,
- ▶ угнетение тканевого дыхания,
- ▶ понижение биосинтеза белков,
- ▶ развитие гипоксии и метаболического ацидоза.
- ▶ Гипокальциемия, повышение синтеза цАМФ,
- ▶ Уменьшение образования и «плотности» специфических α - и β -адренорецепторов делает миометрий малочувствительным к утеротоническим веществам

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- преждевременное появлением сократительной активности матки при доношенном плоде и отсутствии биологической готовности к родам.
- нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности боли внизу живота, в области крестца и поясницы, продолжающиеся более 6 ч.
- Нарушается психоэмоциональный статус беременной, расстраивается суточный ритм сна и бодрствования, утомление.
- Признаки гипоксии плода

ДИАГНОСТИКА

- ❖ анамнез;
- ❖ наружное и внутреннее обследования роженицы;
- ❖ аппаратные методы обследования (наружная КТГ, гистерография).

Акушерская тактика при патологическом прелиминарном периоде



Снятие родовой деятельности

- Психотерапия, электроанальгезия
- Медикаментозный сон (в течение 3-4 часов):
 - Наркотический анальгетик (промедол 1,0-2% в\м, фентанил); ненаркотические анальгетики (буторфанол 2 мг 0,2% или трамадол 50–100 мг в\м);
 - препараты бензодиазепинового ряда (диазепам 10 мг 0,5% раствора в\м);
 - антигистаминные препараты (хлоропирамин 20–40 мг или прометазин 25–50 мг в\м, димедрол 1,0-1% в\м);

- спазмолитики (дротаверин 40 мг или бенциклан 50 мг в/м);
- Холинолитик атропин 1,0 в\м;
- Коррекция сократительной активности матки до достижения оптимальной биологической готовности к родам β -адреномиметики (инфузии гексопреналина (гинипрал) 10 мкг, тербуталина (бриканил) 0,5 мг или орципреналина 0,5 мг в 0,9% растворе натрия хлорида;

□ ! АМНИОТОМИЯ

▶ **Терапия, направленная на «созревание» шейки матки:**

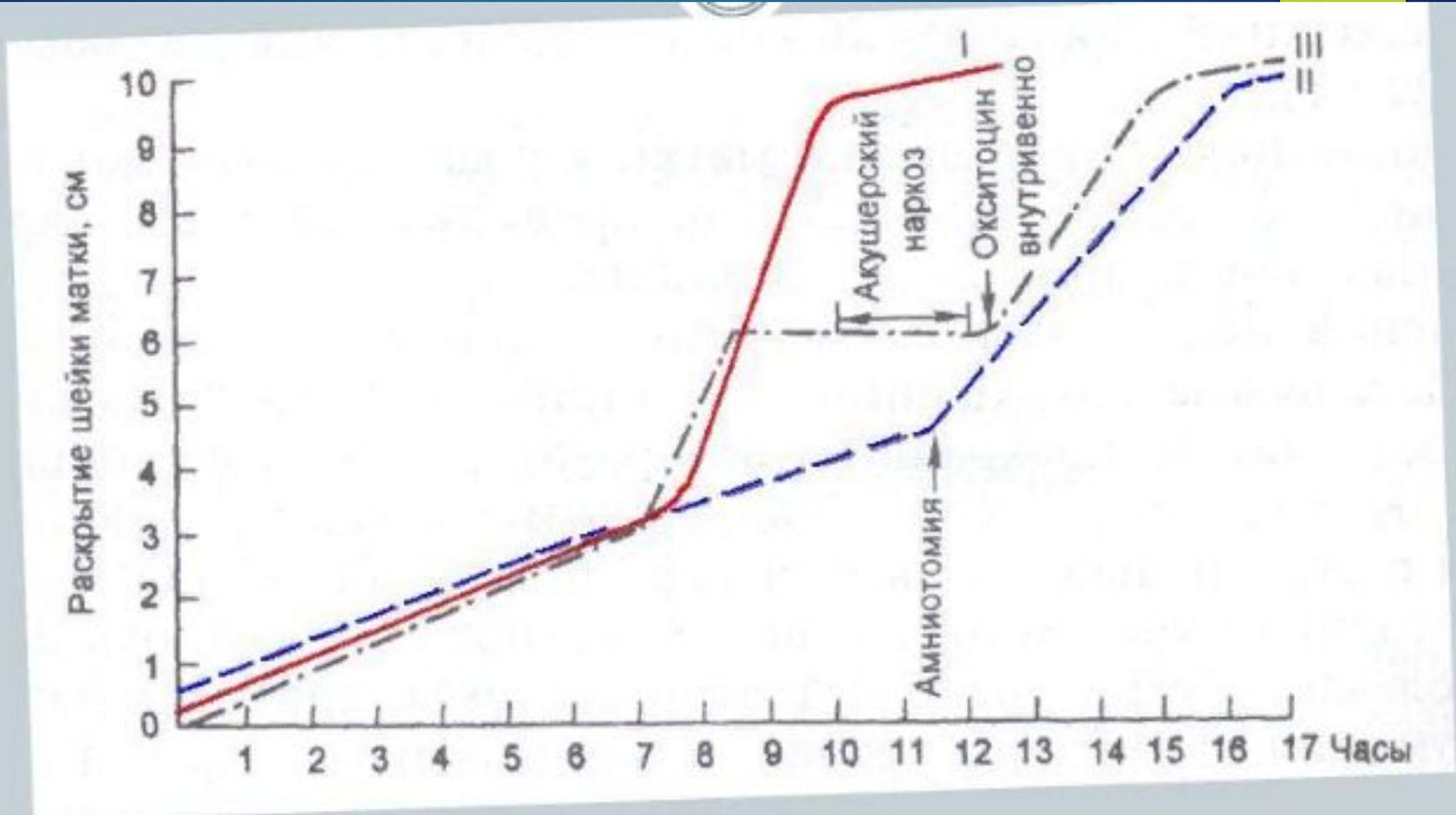
- ПГ-Е2 (динопростон 0,5 мг интрацервикально).

Слабая родовая деятельность СРД

- ▶ Характеризуется слабыми, короткими и редкими схватками, при этом замедляется сглаживания и открытие шейки матки продвижение плода по родовому каналу. Чаще встречается у первородящих.



Партограмма



I – нормальные роды;

II – первичная слабость родовой деятельности;

III – вторичная слабость родовой деятельности.

ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ

- ▶ Выбор метода лечения зависит от состояния роженицы и плода, наличия сопутствующей акушерской или экстрагенитальной патологии, продолжительности родового акта.

В состав лечебных мероприятий входят:

- ▶ амниотомия (способствует выработке эндогенных ПГ и усилению родовой деятельности), при неполноценности плодного пузыря (плоский пузырь) или многоводие. Условие для амниотомии — раскрытие маточного зева на 3–4 см.
- ▶ введение препаратов непосредственно увеличивающих интенсивность схваток, усиливающих действие эндогенных и экзогенных утеротоников;
- ▶ - при раскрытии маточного зева 4 см и более применяют ПГ-F2a (динопрост 5 мг. в/в капельно в 400 мл 0,9% р-ра натрия хлорида). Скорость введения можно увеличивать вдвое каждые 30 мин, но не более чем до 40 кап/мин)
- ▶ контроль за характером схваток и сердцебиением плода.
- ▶ применение спазмолитиков;
- ▶ профилактика гипоксии плода.

ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Вторичная гипотоническая дисфункция матки (вторичная слабость родовой деятельности) - у рожениц с хорошей или удовлетворительной родовой деятельностью происходит её ослабление. Обычно это происходит в конце периода раскрытия или в период изгнания.
- ▶ Вторичная слабость родовой деятельности наблюдается 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

- ▶ Схватки становятся редкими, короткими, интенсивность их снижается в периоде раскрытия и/или изгнания.
- ▶ 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

- ▶ На выбор стимулирующих средств влияет степень раскрытия маточного зева.
- ▶ При раскрытия 5–6 см для завершения родов в/в капельно введение энзапроста (динопрост 5 мг).
- ▶ Если в течение 2 ч не удаётся добиться необходимого стимулирующего эффекта, то инфузию энзапроста сочетают 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.
- ▶ Постоянный мониторинг контроль за сердцебиением плода и характером сократительной деятельности матки.

На
изменение
тактики
врача
оказывают
влияние 2
основных
фактора:

- ❖ ·отсутствие или недостаточный эффект от медикаментозной стимуляции родов;
- ❖ ·гипоксия плода.
- ❖ В зависимости от акушерской ситуации для быстрого и бережного родоразрешения:
 - КС,
 - акушерские щипцы,
 - рассечение промежности (эпизиотомия, перинеотомия).

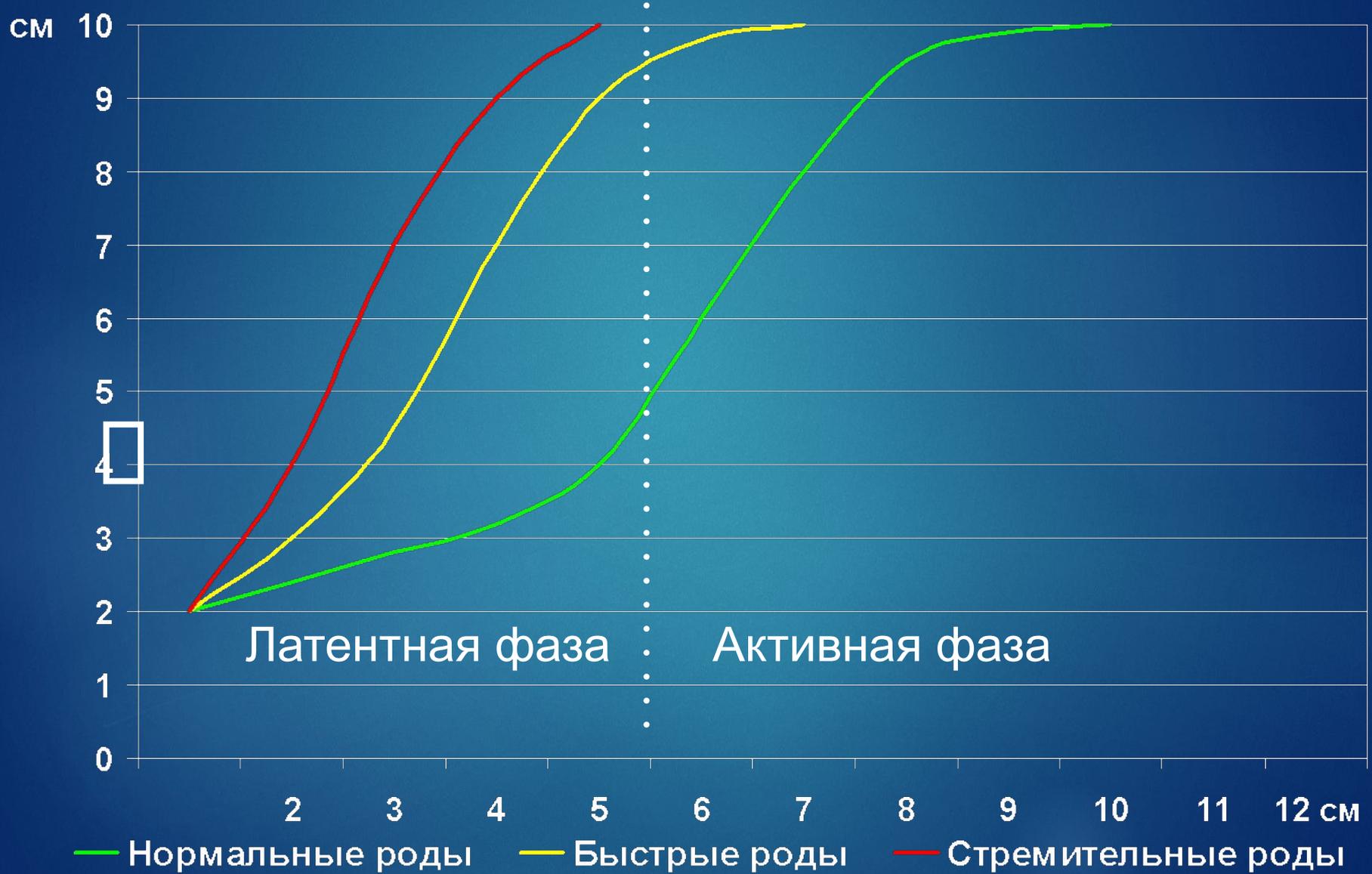
ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- - гипердинамическая дисфункция сократительной активности матки (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 мин);
- ·повышение базального тонуса (более 12 мм рт.ст.);
- ·возбуждённое состояние женщины (повышенная двигательная активность, учащение пульса и дыхания, подъёмом АД). Возможны вегетативные нарушения: тошнота, рвота, потливость, гипертермия.
- При бурном развитии родовой деятельности из-за нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения часто наступает гипоксия плода.
- Вследствие очень быстрого продвижения по родовым путям у плода могут возникать различные травмы: кефалогематомы, кровоизлияния в головной и спинной мозг, переломы ключицы и др.

Партограммы бурной родовой деятельности



Бурная родовая деятельность (кардиотокограмма)



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

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

ЛЕЧЕНИЕ

- Положение роженицы на боку противоположному позиции плода.
- снижение повышенной активности матки:
- применяют фторотановый наркоз или в/в капельное введение β -адреномиметиков (гексопреналин 10 мкг, тербуталин 0,5 мг или орципреналин 0,5 мг в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида) - наступление эффекта (через 5–10 мин);
- улучшение маточно-плацентарного кровотока.
- Введение β -адреномиметиков по мере необходимости может осуществляться до рождения плода.
- При хорошем эффекте инфузию токолитиков можно заменить 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, что несколько снижает сократительную активность матки.
 - ▶ Обязательный компонент ведения таких родов — профилактика гипоксии плода и кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.

ДИСКООРДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой её половиной, верхним (дно, тело) и нижним отделами, всеми отделами матки.
- Дискоординация сократительной активности матки довольно часто развивается при отсутствии готовности организма женщины к родам, в том числе, при незрелой шейке матки.

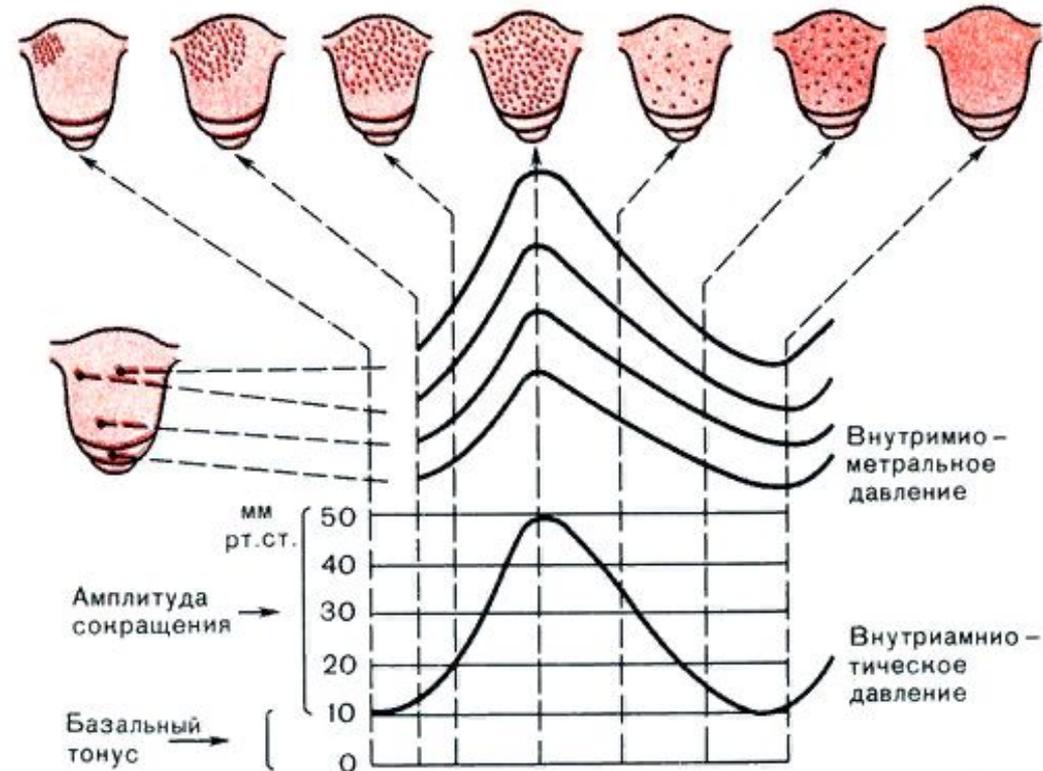
Формы дискоординации родовой деятельности разнообразны:

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

▶ Общая дискоординация – в мате́н может быть два и более водителей ритма сокращения матки асинхронны, не приводят к открытию шейки матки.

▶ Гипертонус нижнего сегмента-патологическое состояние, при котором волна сокращения начинается в нижнем маточном сегменте и распространяется кверху с убывающей силой и продолжительностью нижний сегмент сокращается сильнее, чем дно и тело матки.

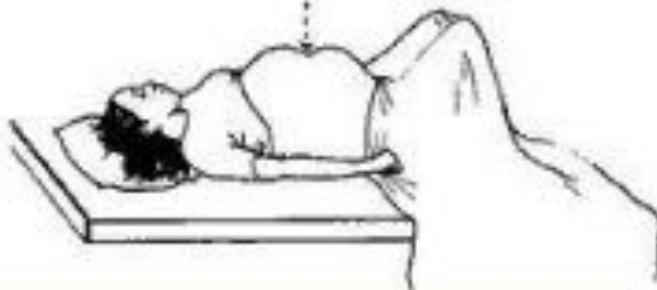
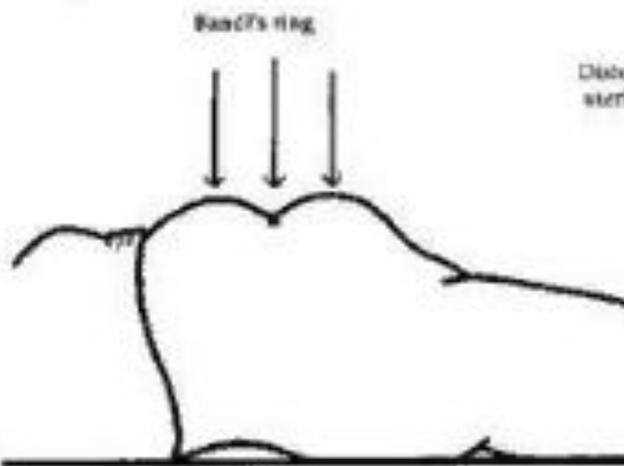
▶ Сокращение направленно скорее к закрытию матки чем к раскрытию.



Normal shape of the abdomen



Shape of the abdomen in obstructed labour

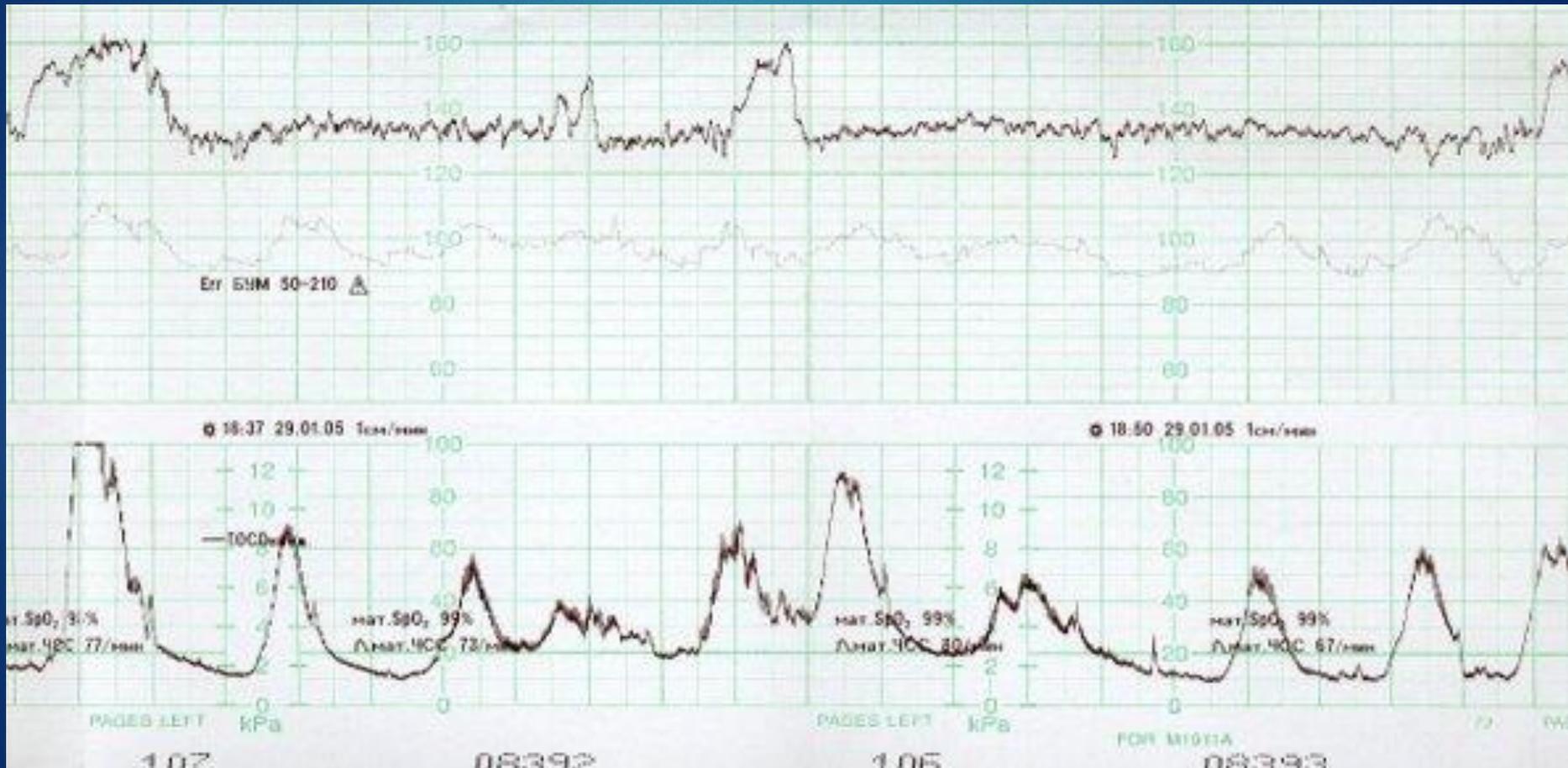


- ▶ Циркуляторная дистония шейки матки (контрационное кольцо)-данная патология обусловлена сокращениями участка циркулярных мышечных волокон на различных уровнях матки, при этом отмечается обхватывание маткой плода вокруг шеи, груди или живота.
- ▶ Тетанус матки-патологическое состояние, при котором матка совсем не расслабляется, а все время остается в состоянии тонического напряжения.

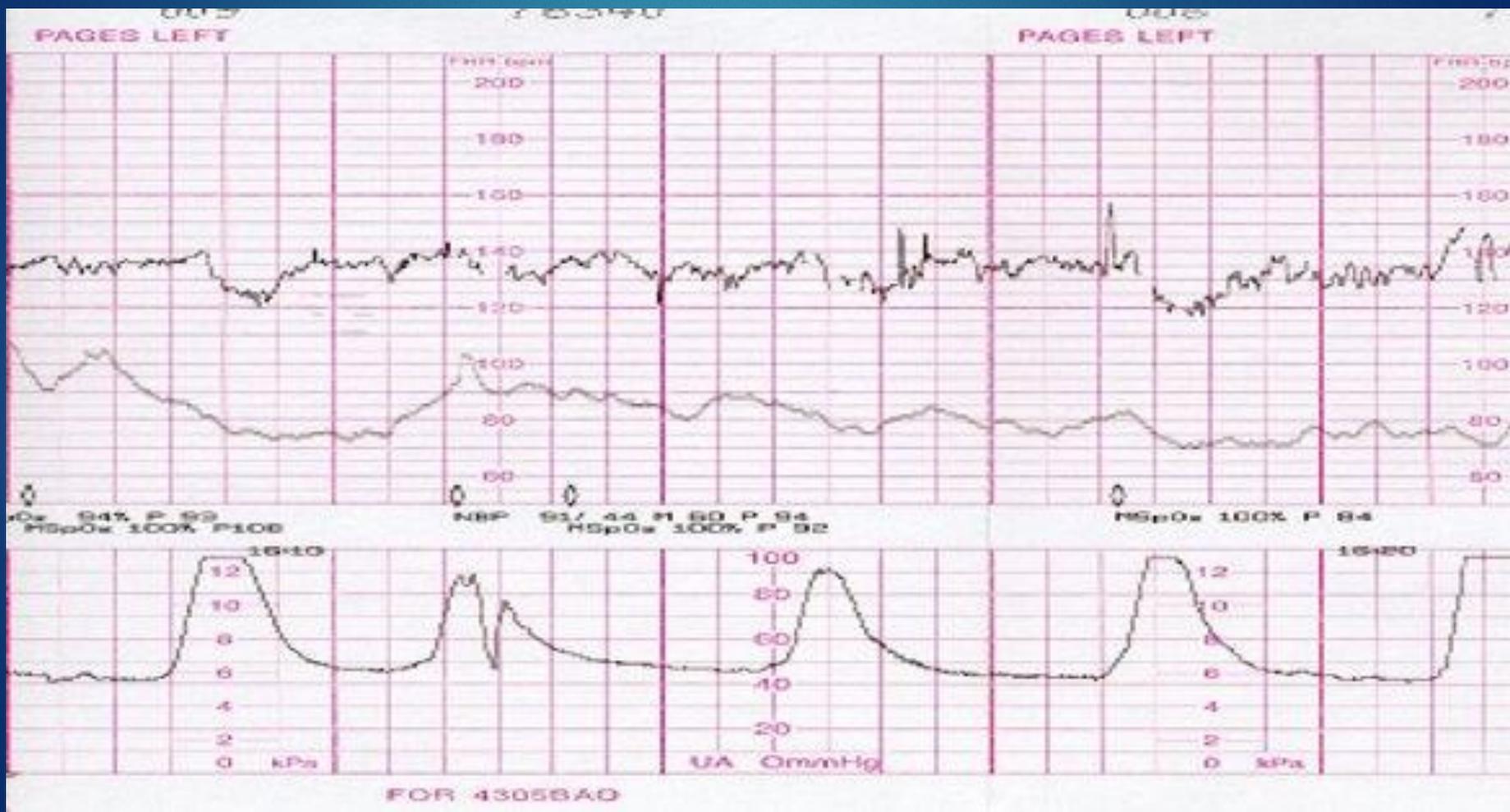
КЛИНИКА

- 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).
- Базальный гипертонус миометрия
- Нерегулярные, некоординированные и болезненные (как правило) схватки
- Дистоция шейки матки
- Неэффективная родовая деятельность
- Плоский плодный пузырь
- Симптомы гипоксии плода (как правило)
- Признаки несоответствия размеров головки плода и таза матери (часто)
- Отсутствует динамика раскрытия шейки матки (края маточного зева толстые, часто отёчные).

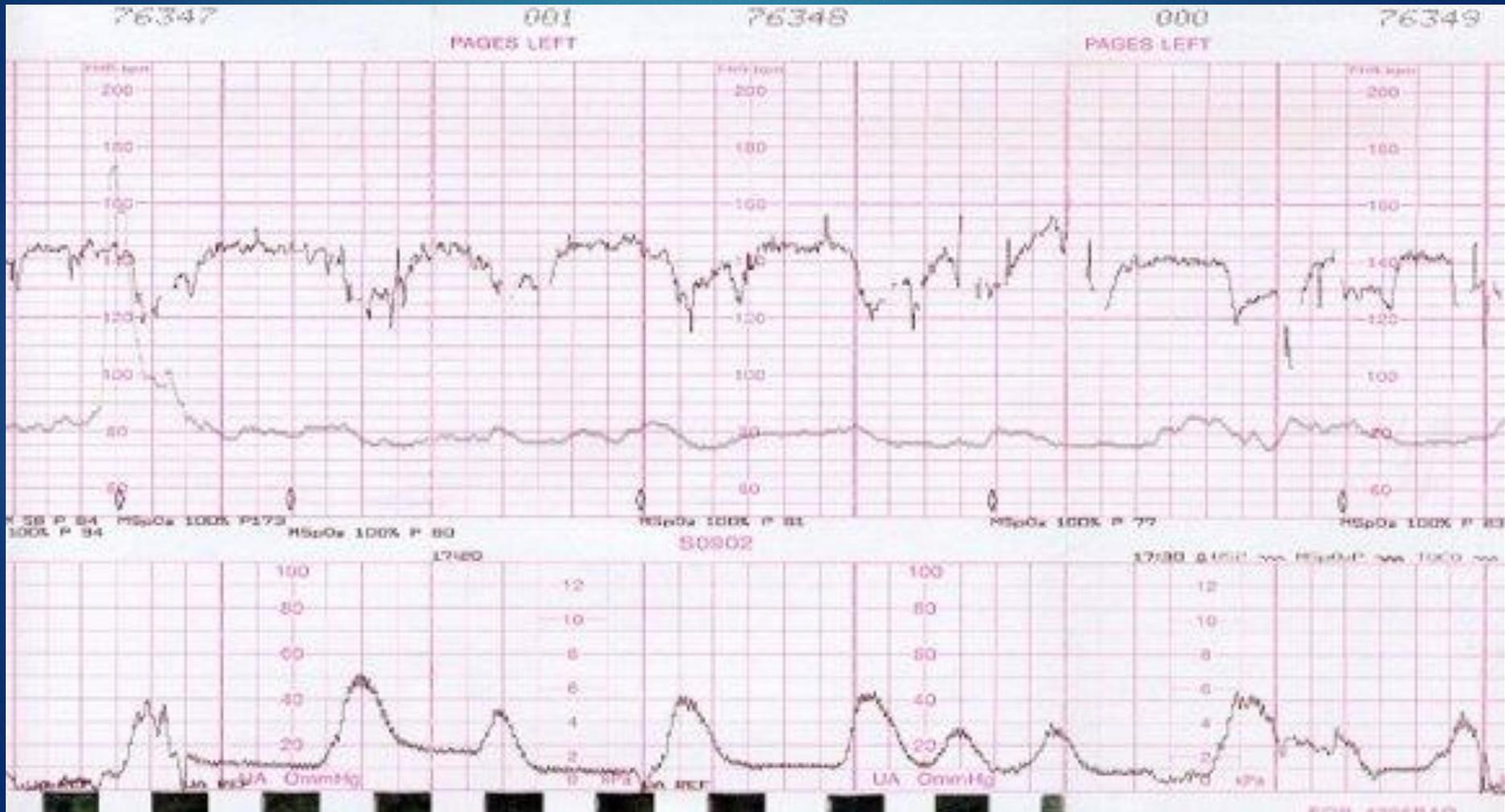
Кардиотокограмма дискоординации родовой деятельности



Тоническая фаза дискоординации родовой деятельности (кардиотокограмма)



Спастическая фаза дискоординации родовой деятельности (кардиотокограмма)



Принципы лечения ДРД

Трехэтапный принцип лечения ДРД

Первый этап

Введение наркотических анальгетиков (промедол 2% - 2 мл); Седативных (реланиум – 10 мг), спазмолитических препаратов (но-шпа – 2 мл) внутримышечно

Второй этап

Внутривенное капельное введение β - адрено-миметиков (гинипрал 0,01 Мг в 200 мл 5% р-ра глюкозы – в течение 60 мин. начиная с 6 кап. – до 60 кап. в минуту)

Третий этап

Непрерывная ЭА
При отсутствии клинического эффекта в течение 2 часов с момента полной региональной блокады – операция кесарева сечения

Первый этап – если в течение 2-х часов нет эффекта, то переходят ко второму этапу; второй этап – в течение первых 30 мин. – прекращение схваток, затем их нормализация; при отсутствии эффекта второго этапа – третий этап Эпидуральная анестезия

ЛЕЧЕНИЕ

- ▶ Роды можно проводить через естественные родовые пути или завершать операцией КС.
- ▶ Для лечения используются инфузии β -адреномиметиков, антагонистов кальция, спазмолитиков, спазмоаналгетиков.
- ▶ 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).
- ▶ Режим введения токолитиков 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-F2a.
- ▶ Профилактика внутриутробной гипоксии плода обязательна.

Отсутствие эффекта от проводимой в адекватном объеме терапии дискоординации родовой деятельности в течение 3 часов является показанием к родоразрешению путем операции кесарева сечения.





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

- **Дородовая госпитализация беременных высокого риска**
- **Тщательный сбор анамнеза**
- **Психопрофилактическая подготовка**
- **Определение соответствия размеров головки плода и таза матери:**
 - пельвиометрия
 - оценка веса плода
 - раннее определение типа вставления головки
- **Кардиомониторное наблюдение**
- **Своевременная коррекция аномалии родовой деятельности**



БЛАГОДАРЮ
ЗА
ВНИМАНИЕ!