



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Самарский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра акушерства и гинекологии №2

Аномалии родовой деятельности

Самара 2020г.

Аномалии сократительной деятельности матки

- Расстройство сократительной деятельности матки, приводящее к нарушению раскрытия маточного зева и/или продвижения плода по родовому каналу:
 - ✓ тонус;
 - ✓ интенсивность;
 - ✓ продолжительность;
 - ✓ интервал;
 - ✓ ритмичность;
 - ✓ частота и координированность сокращений.
-

Согласно Международной классификации болезней ВОЗ [МКБ-10], различают следующие нозологические единицы: Нарушения родовой деятельности (родовых сил):

- 1) первичная слабость родовой деятельности;
 - 2) вторичная слабость родовой деятельности;
 - 3) другие виды слабости родовой деятельности;
 - 4) стремительные роды;
 - 5) гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки;
 - 6) другие нарушения родовой деятельности;
 - 7) нарушение родовой деятельности неуточненное.
-

В отечественном акушерстве применяется более простая классификация аномалий сократительной деятельности матки:

- I. Патологический прелиминарный период.
- II. Слабость родовой деятельности (гипоактивность или инертность матки):
 - 1) первичная;
 - 2) вторичная;
 - 3) слабость потуг (первичная, вторичная).
- III. Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки).
- IV. Дискоординированная родовая деятельность:
 - 1) дискоординация;
 - 2) гипертонус нижнего сегмента матки;
 - 3) судорожные схватки (тетания матки);
 - 4) циркулярная дистоция (контракционное кольцо).

Родовая доминанта — временная функциональная система объединяющая несколько звеньев: церебральные структуры, временно структурированные в так называемую констелляцию [*constellation* — созвездие] — гипофизарная зона гипоталамуса — гипофиз — яичники — матка с системой плод — плацента

Факторы, обуславливающие возникновение аномалий родовых сил (неправильно действующая доминанта), в дидактических целях принято делить на несколько основных групп:

- 1) особенности данной беременности и родов;
 - 2) особенности гинекологического и репродуктивного анамнеза;
 - 3) особенности соматического статуса и анамнеза;
 - 4) ятрогенные факторы (в первую очередь — агрессивный подход к ведению беременности и родов; с другой стороны — запоздалое принятие решений).
-

Основные причины, вызывающие нарушения сократительной деятельности матки:

- чрезмерное нервно-психическое напряжение роженицы (волнение, отрицательные эмоции, неблагоприятные следовые реакции);
- 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;
- генетическая патология миоцитов, при которой отсутствуют или резко снижена возбудимость клеток миометрия;
- возраст первородящей 30 лет и старше, или юный возраст (до 18 лет);
- механические препятствия при раскрытии шейки матки и продвижении плода;
- ятрогенные факторы (необоснованное или недозированное применение родостимулирующих токолитических и анальгезирующих средств).

Патологический прелиминарный период

Клиника:

- нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности схваткообразные боли внизу живота, в области крестца и поясницы, продолжительностью более 6 часов и не приводящие к структурным изменениям шейки матки.;
 - нарушается психоэмоциональный статус беременной, расстраивается суточный ритм сна и бодрствования, наступает утомление.
-

Диагностика патологического прелиминарного периода:

Диагноз ставят на основании:

- данных наружного и внутреннего исследования роженицы;
 - наружной КТГ.
-

Лечение патологического прелиминарного периода:

- коррекция сократительной активности матки токолитическими препаратами до достижения оптимальной готовности шейки матки к родам β -адреномиметиками и антагонистами кальция;
- нормализация психоэмоционального состояния женщины;
- регуляция суточного ритма сна и отдыха(медикаментозный сон);
- лечение, направленное на подготовку шейки матки;
- Мифепристон 200 мг перорально с интервалом 6 ч.

При патологическом прелиминарном периоде и биологической готовности к родам при доношенной беременности показано родовобуждение (амниотомия).

Первичная слабость родовой деятельности

- Наиболее часто встречаемая разновидность аномалий родовых сил.
 - В основе первичной слабости лежит снижение базального тонуса и возбудимости тонуса матки, поэтому данное осложнение характеризуется изменением темпа и силы схваток, но без расстройства координации сокращений матки в отдельных ее частях.
-

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клинически первичная слабость родовой деятельности проявляется *редкими слабыми непродолжительными схватками с самого начала I периода родов*. По мере прогрессирования родового акта сила, продолжительность и частота схваток не нарастают, либо увеличение этих параметров выражено незначительно.

Для первичной слабости родовой деятельности характерны определённые клинические признаки:

- 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.

Диагноз основывают на:

- *оценке основных показателей сократительной деятельности матки;*
- *замедлению темпа раскрытия маточного зева;*
- *отсутствию поступательного движения предлежащей части плода.*

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 раскрытие маточного зева замедляется (менее 1–1,2 см/ч).**

При влагалищном исследовании во время схватки края маточного зева не растягиваются силой схватки., так же определяется длительное стояние предлежащей части плода над входом в малый таз.

ЛЕЧЕНИЕ

Терапия первичной слабости родовой деятельности должна быть строго индивидуальной. Выбор метода лечения зависит от состояния роженицы и плода, наличия сопутствующей акушерской или экстрагенитальной патологии, продолжительности родового акта.

В состав лечебных мероприятий входят:

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

Показанием для **амниотомии** служит неполноценность плодного пузыря (плоский пузырь) или многоводие. Условием для данной манипуляции является раскрытие маточного зева на 3–4 см. Амниотомия может способствовать выработке эндогенных ПГ и усилению родовой деятельности.

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.

Вторичная слабость родовой деятельности осложняет течение родового акта у женщин, имеющих следующие особенности:

- отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (нарушения менструального цикла, бесплодие, аборт, невынашивание, осложнённое течение родов в прошлом, заболевания половой системы);
 - осложнённое течение настоящей беременности (преэклампсия, 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

- на основании данных клинического обследования (наружного и внутреннего акушерского исследования);
- наружной КТГ;
- данных партографии.

Оценивают схватки в конце первого и во втором периоде родов, динамику раскрытия маточного зева и продвижение предлежащей части.

Лечение

- ✓ При вторичной слабости родовой деятельности, развившейся в первом периоде, и при отсутствии противопоказаний лучшим методом является **предоставление роженице отдыха**.
- ✓ При отсутствии эффекта, показана **стимуляция**: амниотомия, назначение утеротеоников. Во избежание неблагоприятного действия на плод, внутривенное капельное введение окситоцина на возможно в течение короткого промежутка времени, поэтому его назначают при раскрытии маточного зева 7–8 см. Окситоцин можно применять только при вскрытом плодном пузыре.
- ✓ Для того, чтобы своевременно корректировать тактику ведения родов, необходимо проводить постоянный мониторный 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 избирают тот или иной **метод быстрого и бережного родоразрешения**: КС, акушерские щипцы, вакуум-экстрактор, перинеотомия.
-

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.

Для чрезмерно сильной родовой деятельности характерны:

- 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.

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.

В I периоде возможна преждевременная отслойка плаценты, Во II периоде родов быстрое опорожнение матки приводит к гипотонии матки. Часто сопровождается травмой мягких родовых путей.

ДИАГНОСТИКА

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

ЛЕЧЕНИЕ

Лечебные мероприятия должны быть направлены на **снижение повышенной активности матки !!!**

✓ С этой целью применяют внутривенное капельное введение β -адреномиметиков (гексопреналин 10 мкг в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида), которое имеет ряд преимуществ:

- быстрое наступление эффекта (через 5–10 мин);
- возможность регуляции родовой деятельности изменением скорости инфузии препарата;
- улучшение маточно-плацентарного кровотока.

Введение β -адреномиметиков по мере необходимости может осуществляться до рождения плода. Роженицам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, тиреотоксикозом, СД, β -адреномиметики противопоказаны.

- ✓ 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.
-

Дискоординированная родовая деятельность

Под дискоординацией родовой деятельности понимают 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 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).

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

КЛИНИКА

- Резкоболезненные 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

- ✓ Оценивают *характер родовой деятельности* и её *эффективность* на основании:
 - 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.
 - ✓ При влагалищном исследовании можно обнаружить *признаки отсутствия динамики родового акта*: края маточного зева толстые, часто отёчные.
 - ✓ Диагноз дискоординированной сократительной деятельности матки подтверждают с помощью КТГ. Аппаратные исследования выявляют *нерегулярные по частоте, продолжительности и силе сокращения на фоне повышенного базального тонуса миометрия*.
 - ✓ КТГ, проводимая до родоразрешения в динамике, позволяет не только наблюдать за родовой деятельностью, но и обеспечивает раннюю диагностику гипоксии плода.
-

Дифференциальный диагноз необходимо проводить со слабостью родовой деятельности

- при дискоординированной родовой деятельности схватки *неодинаковы по силе и продолжительности, болезненности, повторяются с разным интервалом.*
 - при слабости родовой деятельности *схватки регулярные, слабые, одинаковые по силе и продолжительности.*
-

ЛЕЧЕНИЕ

- ✓ Роды, осложнённые дискоординацией сократительной деятельности миометрия, можно проводить через естественные родовые пути или завершать операцией КС.
 - ✓ Для лечения дискоординированной родовой деятельности используются *инфузии β-адреномиметиков (Гинипрал), фенотерола (Партусистен), а также препараты блокаторов кальциевых каналов (Нифедипин).*
 - ✓ При раскрытии маточного зева более 4 см показана длительная *эпидуральная аналгезия.*
 - ✓ **Показания к абдоминальному родоразрешению:**
 - 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, преэклампсия, 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 (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 её зрелости, отражающая синхронную готовность матери и плода к родам.

Благодарю за внимание.
