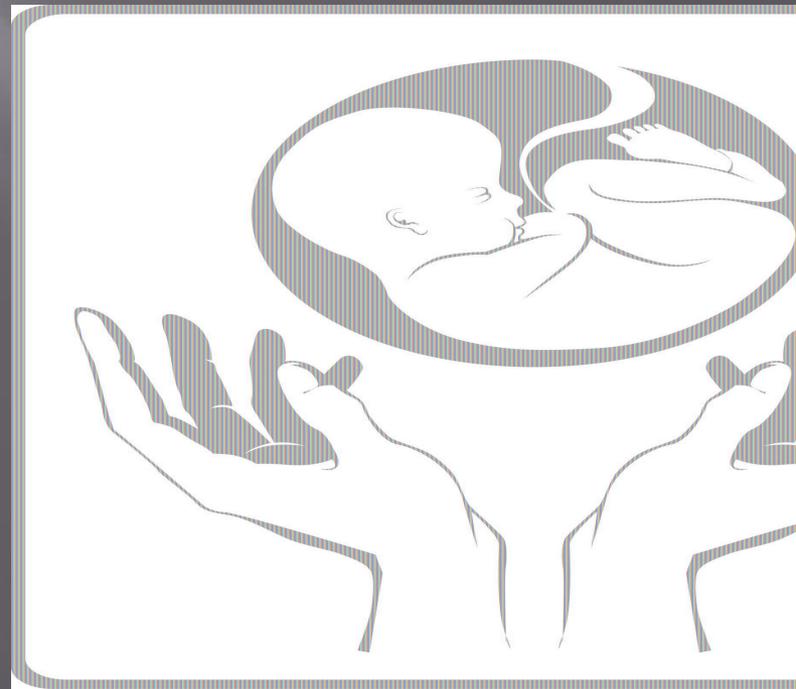


АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кубанский
государственный
медицинский
университет

Кафедра акушерства,
гинекологии и
перинатологии
доцент, к.м.н.
Назаренко Е.И.



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 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.**

**Слабость родовой деятельности
у возрастных
первородящих встречается в два
раза чаще, чем в возрасте от 20
до 25 лет.**

- ▣ **Чрезмерно сильная родовая
деятельность встречается
относительно редко (около 1%).**

Классификация аномалий родовой деятельности (Е.А.Чернуха и др., 1990)

I. Патологический прелиминарный период.

II. Слабость родовой деятельности

- 1) первичная
- 2) вторичная
- 3) слабость потуг

III. Чрезмерно сильная родовая деятельность

IV. Дискоординированная родовая деятельность

- 1) дискоординация
- 2) гипертонус нижнего сегмента матки
- 3) судорожные схватки (тетания матки)
- 4) циркулярная дистоция

Физиологическое течение родов

возможно лишь при наличии сформированной родовой доминанты, которая приходит на смену истощенной доминанте беременности и объединяет в единую динамическую систему как высшие, нервные центры, так и исполнительный орган.

ЭТИОЛОГИЯ

акушерские факторы:

- ▣ преждевременное излитие околоплодных вод,
- ▣ диспропорция между размерами головки плода и размерами родового канала,
- ▣ дистрофические и структурные изменения в матке,
- ▣ ригидность тканей шейки матки, "незрелая" шейка матки,
- ▣ перерастяжение матки в связи с многоводием, многоплодием,
- ▣ аномалии расположения плаценты,
- ▣ тазовые предлежания плода,
- ▣ патологический прелиминарный период,
- ▣ поздний гестоз.

ЭТИОЛОГИЯ

факторы, связанные с патологией репродуктивной системы:

- инфантилизм,
- аномалии развития половых органов,
- возраст роженицы старше 30 и моложе 17 лет,
- нарушения менструальной функции,
- искусственные аборты,
- операции на матке,
- миома матки,
- воспалительные заболевания женских половых органов (специфические и неспецифические).

ЭТИОЛОГИЯ

общесоматические заболевания:

- инфекции,
- интоксикации,
- органические заболевания ЦНС,
- нейро-эндокринные нарушения различного генеза с ожирением или без него,
- различные формы сосудистой дистонии,
- алиментарное ожирение III-IV степени,
- невротические состояния,
- анемия различной этиологии,
- пороки сердца в стадии суб- и декомпенсации.

ЭТИОЛОГИЯ

факторы, обусловленные влиянием организма плода:

- крупный плод,
- гипотрофия плода,
- инфекционные поражения плода,
- хроническая внутриутробная гипоксия плода
- анэнцефалия плода и другие хромосомные абберации,
- перенашивание беременности
- фетоплацентарная недостаточность.

ЭТИОЛОГИЯ

- **искусственно создаваемые:**
- необоснованно и несвоевременное применение родостимулирующих средств,
- грубые исследования и манипуляции,
- несвоевременное вскрытие плодного пузыря,
- неумелое обезболивание родов.

**Каждый из этих факторов
может действовать как
самостоятельно, так и в
различных сочетаниях**

Все выше перечисленные причины вызывают следующие нарушения:

- меняют соотношение синтеза прогестерона и эстрогенов
- уменьшают образование специфических α и β -адренорецепторов
- подавляют каскадный синтез простагландинов и ритмический выброс окситоцина у матери и плода
- изменяют необходимое соотношение (равновесие) между плодовыми и материнскими простагландинами
- снижают в клетках биохимические процессы, синтез сократительных белков
- изменяют локализацию водителя ритма, который начинает функционировать в области тела или даже нижнего сегмента
- нарушают нейроэндокринное и энергетическое обеспечение миометрия.

ПАТОГЕНЕЗ

Характер и течение родов определяются совокупностью многих факторов:

- ▣ биологической готовностью организма к родам,
- ▣ гормональным гомеостазом,
- ▣ состоянием плода,
- ▣ концентрацией эндогенных простагландинов и утеротоников
- ▣ чувствительностью миометрия к ним.

Основным критерием для оценки интенсивности родовой деятельности.

является

- оценка влияния схваток на динамику раскрытия шейки матки
- и потуг на продвижение плода по родовому каналу.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

- В настоящее время общепринято считать, что неосложненные роды должны продолжаться у первородящих женщин от 12 до 14 часов, а у повторнородящих – от 7 до 10 часов.
- Быстрыми считаются роды, общая продолжительность которых составляет для первородящих от 6 до 4 часов, а для повторнородящих – от 4 до 2 часов.
- Стремительными - роды, продолжающиеся у первородящих 4 часа и менее, а у повторнородящих – 2 часа и менее.

Патологический прелиминарный период

Аномалиям родовой деятельности нередко предшествуют изменения характера предродового подготовительного периода

В англо-американской литературе патологический прелиминарный период называют «фальшивые роды» (false labour).

Частота патологического прелиминарного периода составляет от 10 до 17%

Патологический прелиминарный период характеризуется следующими признаками:

- не регулярные по частоте, длительности и интенсивности боли внизу живота и в области крестца, которые беспокоят беременную более 12 часов. Боли могут временно прекращаться, затем вновь возобновиться. Такое состояние может продолжаться до 24-48 часов и более, расстраивает суточный режим сна и бодрствования.
- Продолжающиеся некоординированные и нерегулярные сокращения матки не приводят к «созреванию» шейки матки. Шейка матки длинная, отклонена кзади от проводной оси таза, плотная, наружный и внутренний зев закрыты. Иногда внутренний зев определяется в виде плотного кольца.

Патологический прелиминарный период характеризуется следующими признаками:

- Отсутствует должное разворачивание нижнего сегмента.
- Возбудимость и тонус матки чрезмерно повышены.
- Предлежащая часть плода не прижимается ко входу в малый таз.
- Появляются признаки гипоксии плода.

ДИАГНОСТИКА

- Патологический прелиминарный период диагностируют на основании данных опроса беременной женщины, результатах наружного и внутреннего акушерского осмотра и данных дополнительных методов обследования.

ЛЕЧЕНИЕ

Цель:

- снять некоординированные сокращения матки, ускорить «созревание» шейки матки, добиться спонтанного развития регулярной родовой деятельности (b-адреномиметики и антагонисты кальция, нестероидные противовоспалительные препараты)
- Нормализация психоэмоционального состояния женщины (

- Регуляция суточного ритма сна и отдыха (медикаментозный сон в ночное время суток или при утомлении беременной): наркотические и ненаркотические анальгетики, спазмолитики
- Терапия, направленная на «созревание» шейки матки

При отсутствии эффекта от проводимой терапии, сохранении структурной «незрелости» шейки матки, следует расширять показания к родоразрешению операцией кесарево сечение.

Первичная слабость родовой деятельности

- наиболее часто встречающаяся разновидность аномалий родовой деятельности, возникающая преимущественно у первородящих женщин
- 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 её частях.

Для первичной слабости характерно:

- возбудимость и тонус матки снижены;
- схватки (а затем и потуги) с самого начала остаются редкими, короткими, слабыми, частота не превышает 1-2 за 10 минут, длительность - 15-20 секунд, сила сокращения слабая (амплитуда ниже 30 мм рт. ст.);
- схватки носят регулярный характер, малоболезненные;
- замедленно протекают структурные изменения шейки матки и раскрытие маточного зева;
- предлежащая часть плода медленно продвигается по родовому каналу, долго задерживается в каждой плоскости малого таза;
- нарушена синхронность процессов раскрытия шейки и продвижения плода по родовому каналу;
- плодный пузырь вялый, в схватку наливается слабо;
- при влагалищном исследовании во время схватки края маточного зева остаются мягкими, легко растяжимыми.
- Слабая сократительная активность матки может продолжиться в периоде изгнания плода, в последовом периоде (что нарушает процесс отделения последа) и в раннем послеродовом периоде, сопровождаясь нередко гипотоническим кровотечением.

ДИАГНОСТИКА

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

Вторичная слабость родовой деятельности. Слабость потуг.

- встречается значительно реже, чем первичная и почти с одинаковой частотой у перво- и повторнородящих женщин.
- При вторичной слабости родовой деятельности первоначально вполне нормальные активные схватки ослабевают, становятся все реже, короче и постепенно могут прекратиться вообще
- Обычно это происходит в конце периода раскрытия или в период изгнания.

Слабость потуг

наблюдают

- при неполноценности мышц брюшного пресса у многорожавших женщин,
- при дефектах передней брюшной стенки (расхождение прямых мышц живота, грыжа белой линии),
- при крупных размерах плода,
- заднем виде затылочного предлежания,
- переднетеменном асинклитических вставлениях,
- разгибательных предлежаниях,
- низком поперечном стоянии стреловидного шва,
- тазовом предлежании и др

Выбор тактики ведения родов при слабости родовой деятельности

Главное – исключить клинически узкий таз,
несостоятельность стенки матки,
неудовлетворительное состояние плода.

**При этих видах патологии какая-
либо стимулирующая матку терапия
противопоказана!**

Не рекомендуют консервативное ведение родов при сочетании слабости родовой деятельности с факторами риска:

- крупный плод
- ЗВУР, фетоплацентарная недостаточность
- неправильное вставление головки
- тазовое предлежание плода
- анатомически узкий таз
- гипоксию плода
- рубец на матке
- возраст первородящей 30 лет и старше
- отягощенный перинатальными потерями анамнез
- поздний гестоз
- тяжелые экстрагенитальные и нейроэндокринные заболевания
- переносившую беременность и запоздалые роды
- преждевременные роды

ЛЕЧЕНИЕ

слабости родовой деятельности

должно быть патогенетически обоснованным и строго индивидуальным, а также находится в прямой зависимости от общего состояния роженицы и плода, продолжительности и этапа родов ко времени распознавания той или иной формы аномалий родовой деятельности,

При первичной слабости родовой деятельности

- В случае многоводия или функциональной неполноценности плодного пузыря показана *ранняя амниотомия*
- Стимуляция является основным методом лечения при этой патологии.
- Родостимуляция всегда должна быть осторожной, чтобы не вызвать гипертонической дисфункции матки.

Внутривенное введение ОКСИТОЦИНА

- Один из самых известных, распространенных и испытанных методов родостимуляции.
- Оказывает сильное утеротоническое действие на гладкие мышечные клетки миометрия. Окситоцин является препаратом активной фазы родов и наиболее эффективен при раскрытии маточного зева на 5 см и более.
- Окситоцин можно применять только после вскрытия плодного пузыря.
- **Правило для внутривенного введения окситоцина - добиться физиологического (но не более того) темпа родов.**

Внутривенное введение простагландинов F2a (динопрост)

- Этот вид родостимуляции применяют в основном в латентную фазу родов. Он вызывает более мягкое сокращение матки без какого-либо спастического компонента
- При неэффективности родостимуляции простагландинами в течение 3 часов дальнейшее консервативное ведение родов считается нецелесообразным, и роды заканчивают операцией кесарево сечение.

Врачебная тактика при слабости потуг

- при расположении головки плода в плоскости выхода из малого таза прибегают к наложению типичных (выходных) акушерских щипцов или вакуум-экстракции плода .
- в начале потужного периода, когда головка плода прижата ко входу в малый таз или находится малым (большим) сегментом во входе в малый таз, и ее продвижения не происходит в течение 30 минут, роды заканчивают операцией кесарево сечение.

Чрезмерно сильная родовая деятельность

клинически проявляется быстрыми и стремительными родами. Роды такого типа характеризуются крайней возбудимостью миометрия, высокой частотой схваток (более 5 за 10 мин.). Схватки очень сильные с высокими амплитудой сокращений и внутриматочным давлением, с укорочением периодов расслабления матки.

При чрезмерно сильной родовой деятельности

- наблюдают необычайно быстрое прогрессирование раскрытия шейки матки и столь же быстрое поступательное движение плода по родовым путям, что опасно для здоровья матери и плода не только тяжелыми осложнениями, связанными с акушерским травматизмом, но и тем, что их очень трудно коррегировать.

Дискоординированная родовая деятельность

- нарушаются все характеристики схваток
- тонус миометрия, в том числе нижнего сегмента, внутреннего и наружного зева повышены
- ритм родовой деятельности неправильный, периоды сокращения и расслабления матки то длительные, то короткие
- сила схваток неравномерная
- родовая деятельность болезненная
- поведении роженицы беспокойное.

Дискоординированная родовая деятельность

- В матке могут формироваться два и более «водителя» ритма, обладающие разными ритмами сократительной активности. Их действие асинхронно.
- Водитель ритма может быть один, но смещаться на тело и даже нижний сегмент матки
- Клиническая картина, казалось бы активной родовой деятельности (схватки частые, сильные, болезненные) по сути является иллюзорной

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

- 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.

ЛЕЧЕНИЕ

- Основные лечебные мероприятия должны быть направлены на упорядочение сократительной активности матки.
- Совершенно недопустимо назначать родостимулирующую терапию.

ЛЕЧЕНИЕ

- Для лечения дискоординированной родовой деятельности используются инфузии β -адреномиметиков,
- антагонистов кальция,
- спазмолитиков,
- спазмоанальгетиков.
- При раскрытии маточного зева более 4 см показана длительная эпидуральная аналгезия.
- Профилактика внутриутробной гипоксии плода обязательна.

Показания к оперативному родоразрешению

- отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (длительное бесплодие, невынашивание беременности, неблагоприятный исход предыдущих родов и др.);
- сопутствующая соматическая (сердечно-сосудистые, эндокринные, бронхолёгочные и другие заболевания)
- акушерская патология (гипоксия плода, перенашивание, тазовые предлежания, неправильные вставления головки, крупный плод, сужение таза, гестоз, миома матки и др.);
- ·первородящие старше 30 лет;
- ·отсутствие эффекта от консервативной терапии.