

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

КАФЕДРА АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ ИНТЕРНАТУРЫ

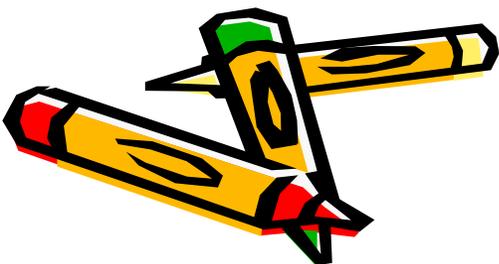
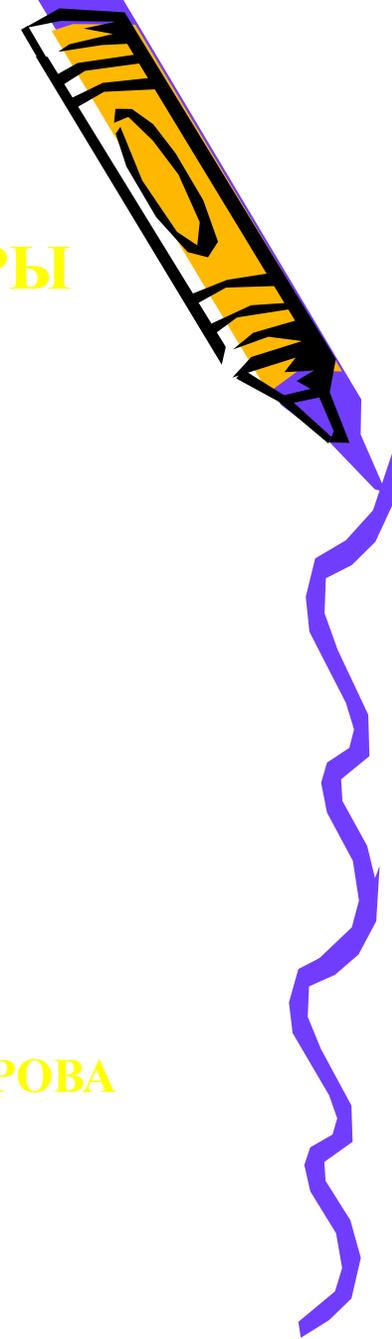
СРС
НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЙ
ПРОГРЕСС РОДОВ.

ПОДГОТОВИЛА: ВРАЧ-ИНТЕРН КОЖАНАЗАРОВА

А.Д., 640ГР.

ПРОВЕРИЛА: РАЗУМОВА Р.Р.

АСТАНА 2014

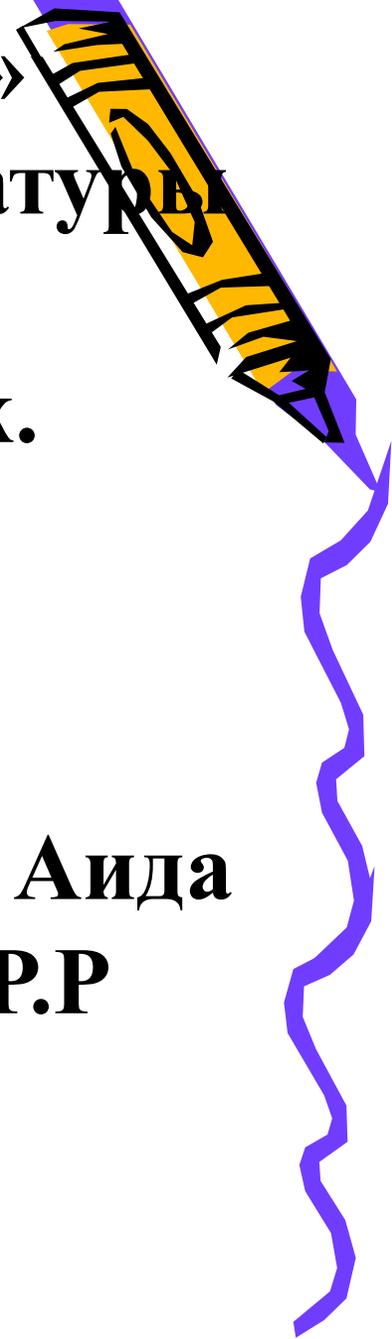
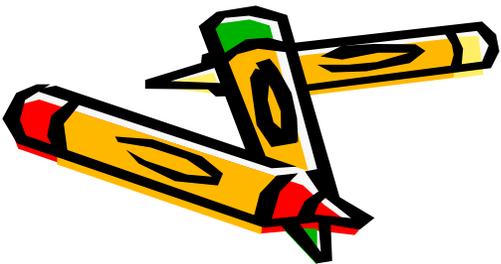


**АО «Медицинский Университет Астана»
Кафедра Акушерство и гинекология интернатуры
СРС**

**Неудовлетворительный прогресс в родах.
Затяжные латентная и активная фазы.**

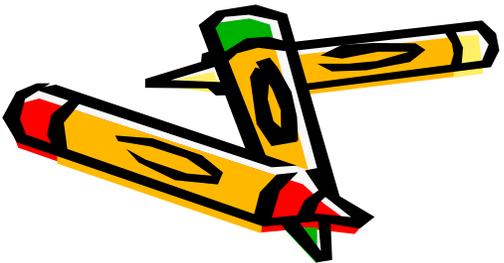
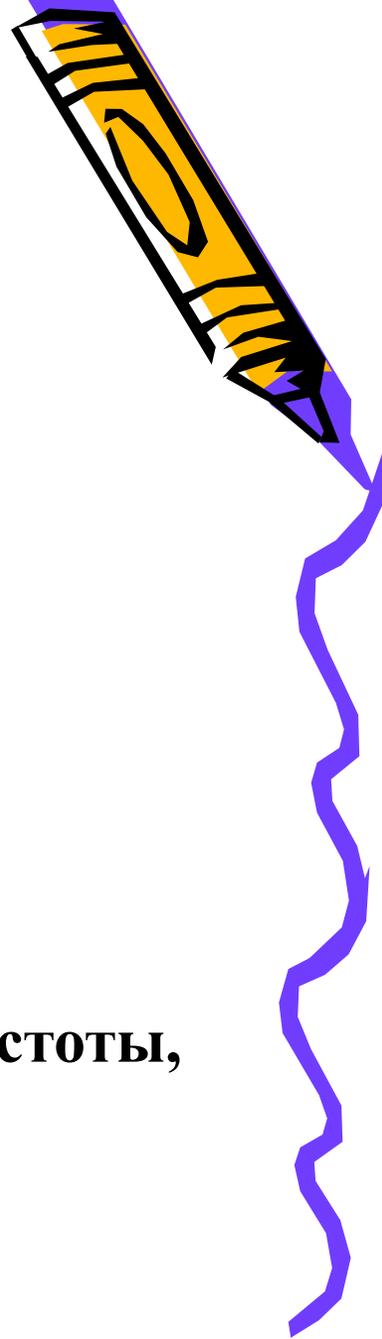
**Подготовила: Жеңісбек Аида
Проверила: Разумова Р.Р
Группа: 657Аиг**

Астана- 2016



Основные параметры сократительной деятельности матки

- ритма
 - частоты
 - координации сокращений
 - интервалов между схватками и потугами
 - продолжительности родов
- при нормальной родовой деятельности происходит нарастание частоты, длительности, интенсивности схваток (т.н. «эффект крещендо»)



Клинико-физиологические характеристики нормальной родовой деятельности

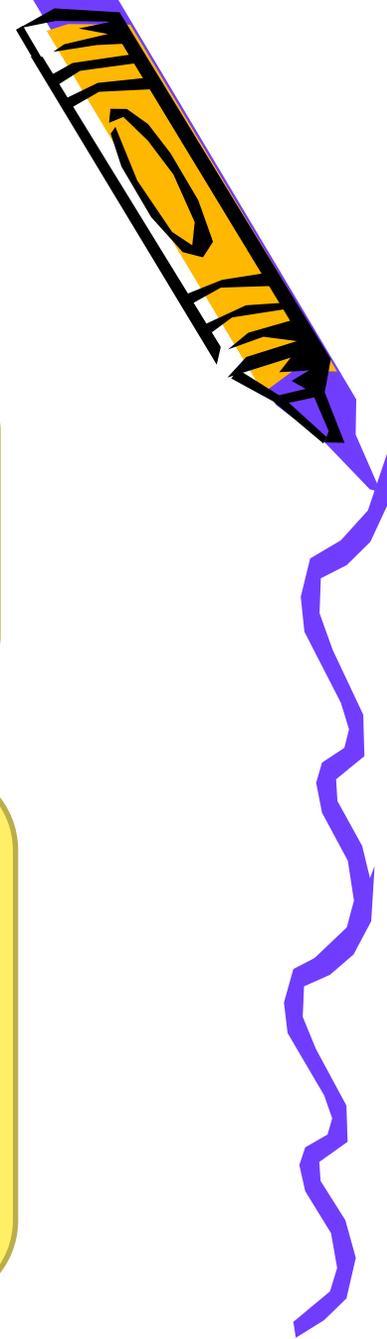
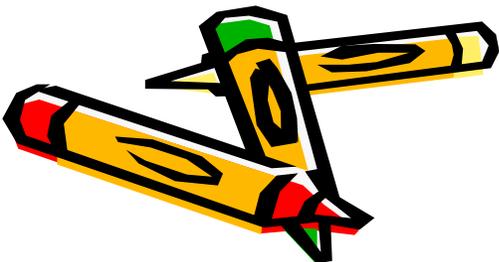
1.наличие водителя ритма, доминанты дна

2.тройной нисходящий градиент

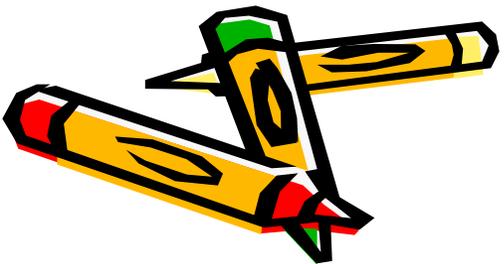
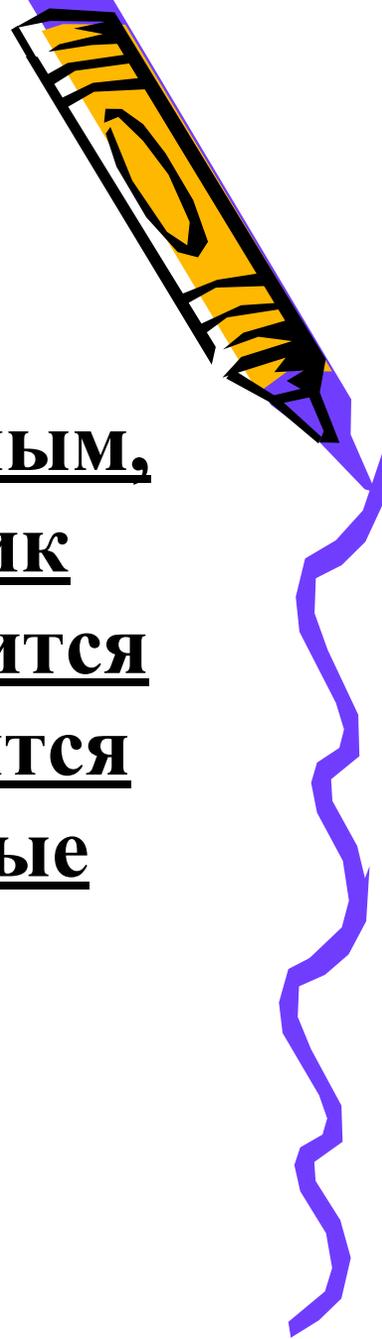
**3.сочетание
контракции миоцитов с
ретракцией и
дистракцией мышечных
пластов**

**4.
координированность сокращений по вертикали и горизонтали**

5.реципрокность (взаимосвязанность) между сокращением тела матки и растяжением нижнего сегмента и маточного зева

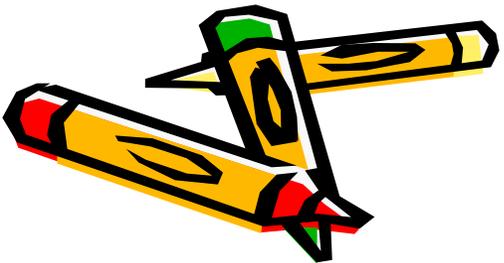


- Прогресс в родах считается неудовлетворительным, если латентная фаза длится более 8 часов, график раскрытия шейки матки на партограмме находится справа от линии бдительности, женщина находится в родах на протяжении 16 часов и более (затяжные роды)



Классификация:

- затянувшаяся латентная фаза
- затянувшаяся активная фаза - обструктивные роды (тазово-головная диспропорция/клинически узкий таз, слабость родовой деятельности).
- затянувшийся второй период родов



- **Затянувшаяся латентная фаза** – раскрытие шейки матки не превышает 3 см после 8 часов регулярной родовой деятельности.

- **Неправильная диагностика ложных схваток или затянувшейся латентной фазы приводит к ненужной индукции и стимуляции родовой деятельности, что в свою очередь может стать причиной ненужного кесарева сечения или амниотомии**



Тактика:

- провести осмотр и проверить еще раз раскрытие шейки матки
- если изменений нет – ложные схватки
- если степень сглаживания или раскрытия шейки матки изменилась,
- провести амниотомию и начать родостимуляцию через 1-2 часа.



Схема введения окситоцина

- 5 ЕД окситоцина развести в 500 мл изотонического раствора
 - введение начать с 4 кап/мин, что соответствует примерно 2 мЕд/мин.
 - **увеличивать скорость инфузии каждые 30 мин.** (доза увеличивается - см. таблицу №1) до достижения 3 схватки за 10 мин. продолжительностью 40 сек. и более
 - поддерживать дозу окситоцина той концентрации, которая оказалась достаточной и продолжить введение окситоцина до родоразрешения и первые 30 мин. после родов
 - обязательна периодическая запись КТГ (каждый час продолжительностью не менее 15 мин. исключая особые случаи, когда показано постоянное мониторирование)
 - адекватные схватки чаще достигаются при скорости введения 12 мЕд/мин, что примерно соответствует 20 кап/мин.
- максимально допустимая скорость введения окситоцина – 20 мЕд/мин (40 кап/мин)

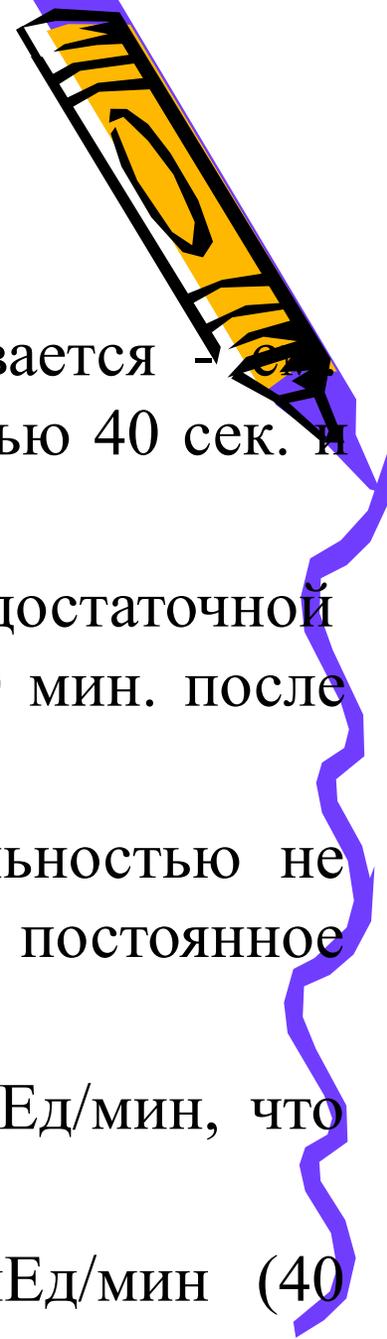
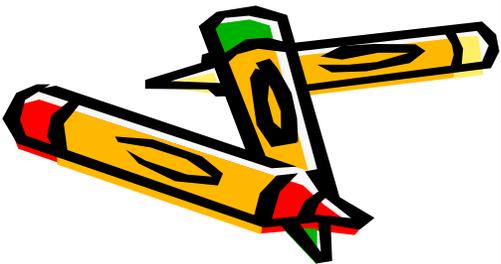


Схема
введения
ОКСИТОЦИНА



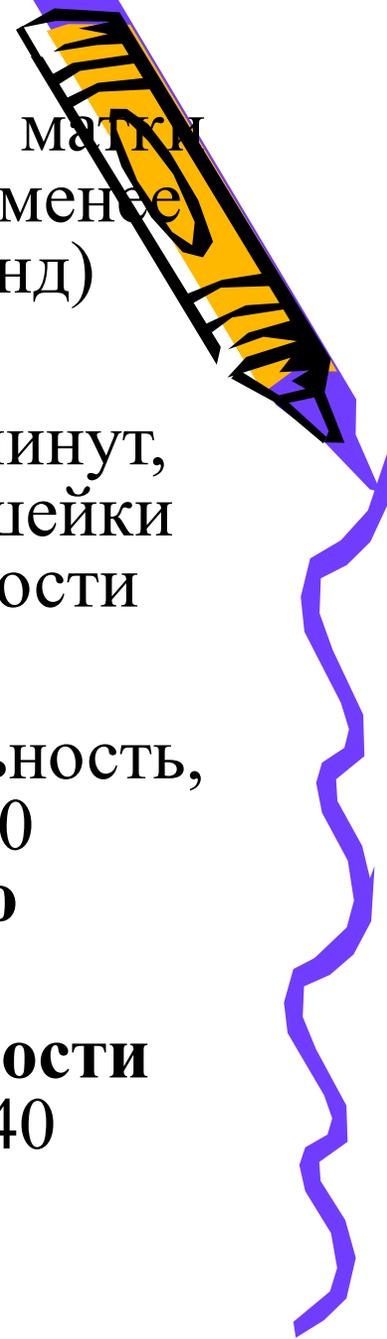
Концентрация раствора окситоцина	Доза окситоцина м/ЕД/мин	Капель в минуту	Объем инфузии в час (мл/час)
5 ЕД в 500 мл физиологического раствора (10 мЕД/мл)	1 мЕД	2	6 мл/час
	2 мЕД	4	12 мл/час
	4 мЕД	8	24 мл/час
	8 мЕД	16	48 мл/час
	12 мЕД	24	72 мл/час
	16 мЕД	32	96 мл/час
	20 мЕД	40	120 мл/час
	24 мЕД	48	144 мл/час
	28 мЕД	56	168 мл/час
	32 мЕД	64	192 мл/час

- Если после применения окситоцина в дозе 32 мЕД/мин родовая деятельность не установилась у первородящих женщин возможно использование более высоких концентраций окситоцина в дозе 10 ЕД в 500 мл физиологического раствора со скоростью 30 кап/мин, (30 мЕД/мин), повышать скорость введения на 10 капель каждые 30 минут до установления адекватной родовой деятельности.

Концентрация раствора окситоцина	Доза окситоцина м/ЕД/мин	Капель в минуту	Объем инфузии в час (мл/час)
10 ЕД в 500 мл физиологического раствора (20 мЕД/мл)	30 мЕД	30	90 мл/час
	40 мЕД	40	120 мл/час
	50 мЕД	50	150 мл/час
	60 мЕД	60	180 мл/час

Если хорошая родовая деятельность не установилась при скорости ведения 60 кап/мин (60 мЕ/мин), показано родоразрешение путем кесарево сечение

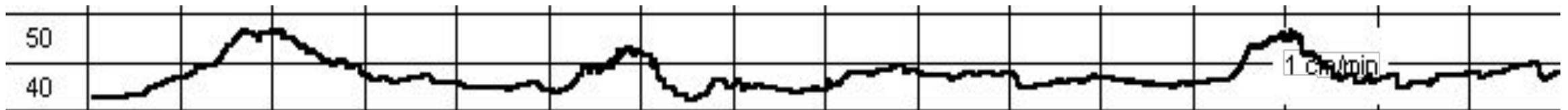
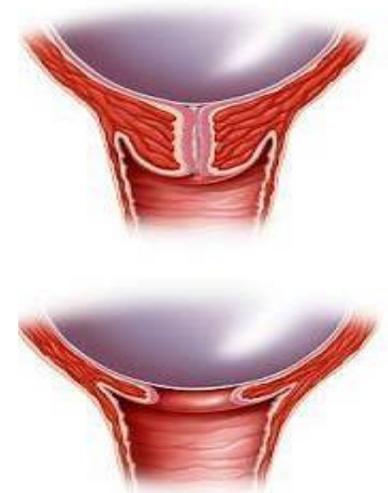
- **Затянувшаяся активная фаза** – график раскрытия шейки матки по партограмме находится справа от линии бдительности (менее 3 схваток за 10 минут, каждая схватка длится менее 40 секунд)
- **Слабость родовой деятельности** - менее 3 схваток за 10 минут, каждая схватка длится менее 40 секунд график раскрытия шейки матки по партограмме находится справа от линии бдительности
- **Затянувшаяся активная фаза** – оценить родовую деятельность, если схватки 3- 4 за 10 минут продолжительностью более 40 секунд (**активные**) - следует заподозрить **тазово-головную диспропорцию (клинически узкий таз)**
- **если схватки неактивные – слабость родовой деятельности** (менее 3 схваток за 10 минут, продолжительностью менее 40



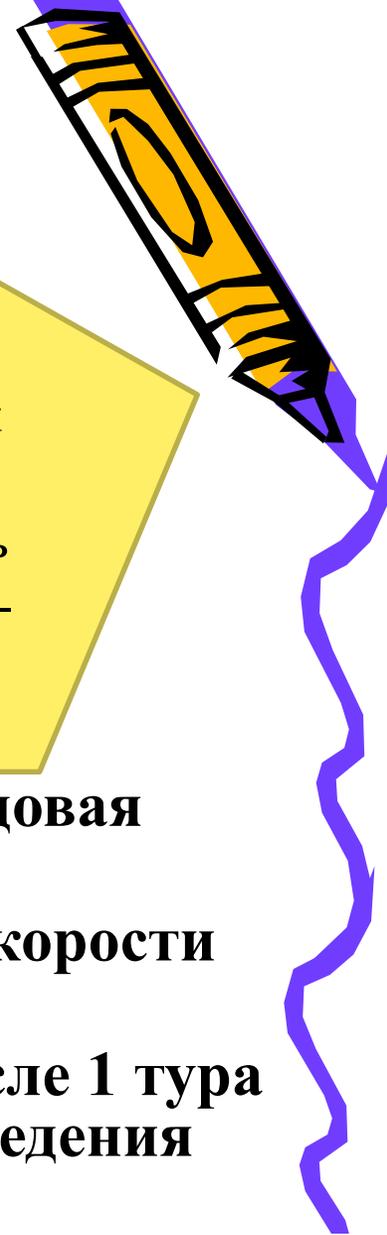
Слабость родовой деятельности

Признаки в первом и втором периоде родов:

- схватки имеют недостаточную силу и продолжительность
- промежуток между схватками увеличивается
- замедляется сглаживание и раскрытие шейки матки
- замедляется продвижение головки плода по родовым путям



Тактика при слабости родовой деятельности:



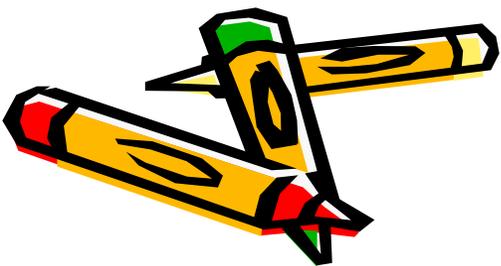
вертикальная
позиция и
психоэмоционал
ьная поддержка
в родах

амниотомия

через 1 час, при
отсутствии схваток
3-4 за 10 минут
продолжительностью
более 40 секунд -
введение
окситоцина

- **Через 2 часа после того, как установилась хорошая родовая деятельность**
 - **влагалищное исследование с целью определения скорости раскрытия шейки матки.**
- **Неэффективность родостимуляции можно оценить после 1 тура введения окситоцина у повторнородящей, и 2 туров введения окситоцина у первородящей.**

Критерием достижения регулярной адекватной родовой деятельности считается наличие 4-5 маточных сокращений за 10 минут продолжительностью 40-50 сек.



Родостимуляция – усиление родовой деятельности при сроке гестации 22 недели и более.

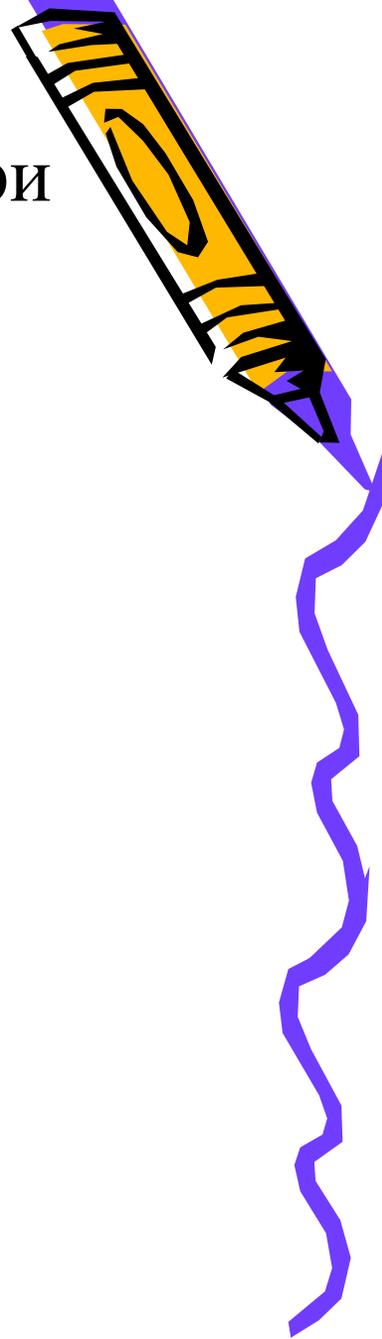
Методы родостимуляции

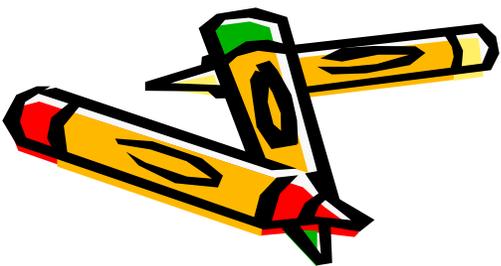
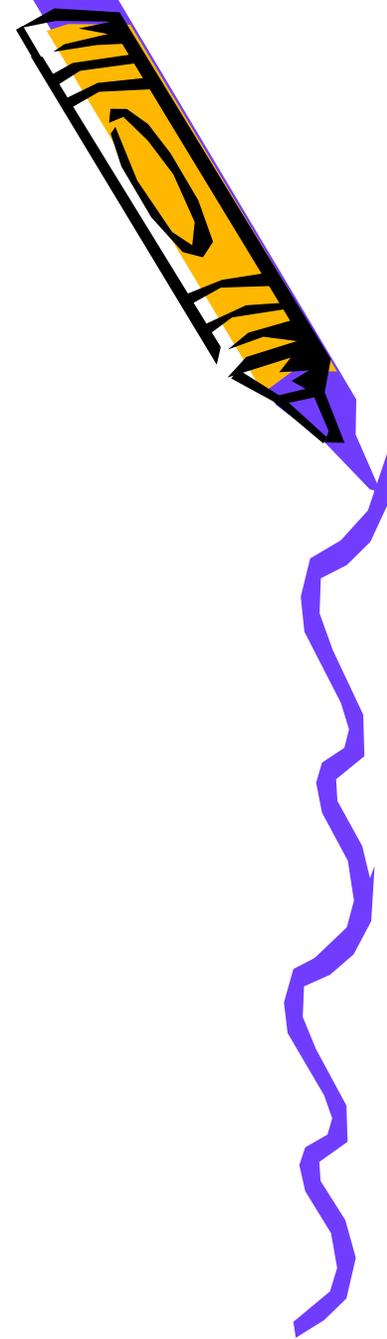
1. Ранняя амниотомия
2. Инфузия окситоцина по схеме

Показание

- затянувшаяся латентная фаза
- затянувшаяся активная фаза (слабость родовой деятельности)

затянувшийся второй период родов (слабость потуг)

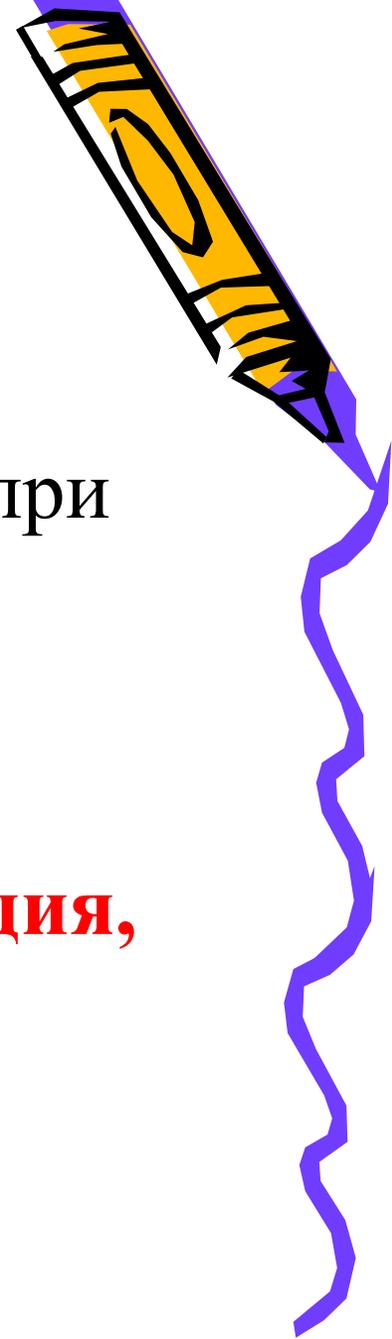
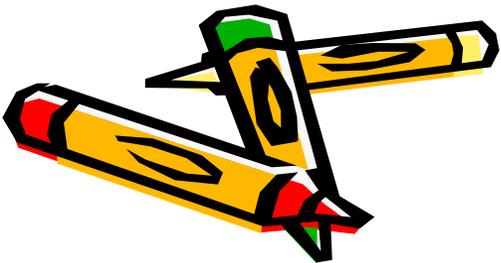




- **Использование простагландинов с целью родостимуляции противопоказано!!!**

1. Ранняя амниотомия – вскрытие плодного пузыря при раскрытии шейки матки 5 см и меньше
2. Инфузия окситоцина

❖ **Пациентка, которой проводится родостимуляция, не должна оставаться одна!!!**

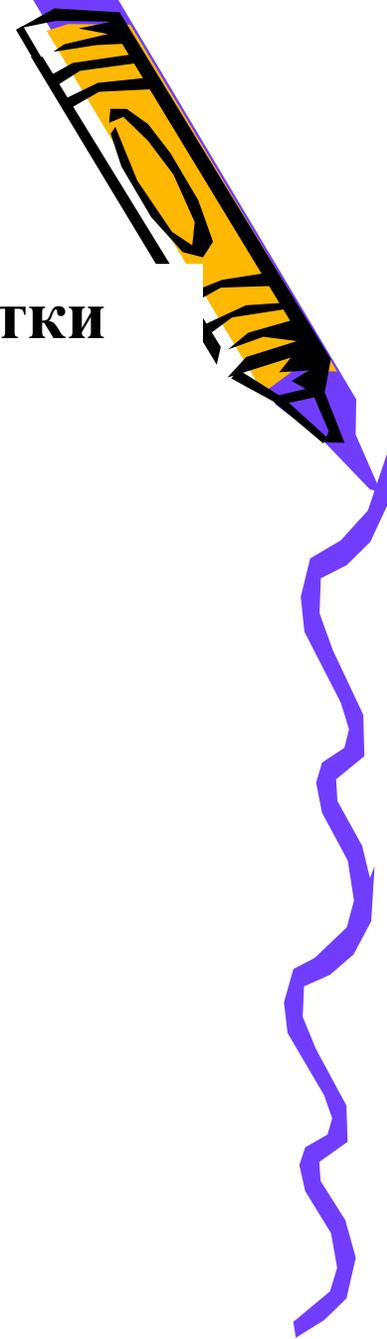


Дискоординированная родовая деятельность

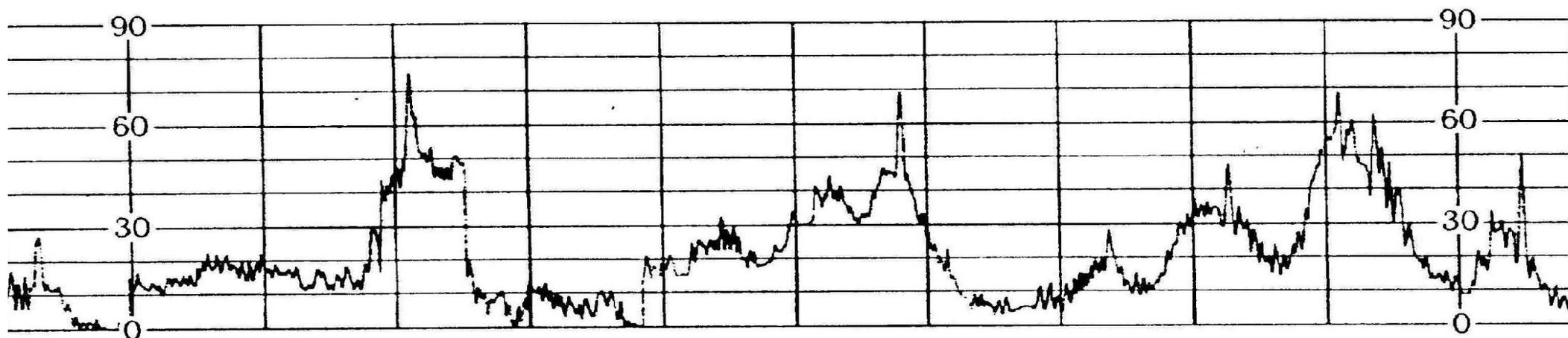
нарушение координации сокращений разных отделов матки

Критерии:

- боль
- нарушение ритма схваток
- отек и отсутствие раскрытия шейки матки
- замедление или отсутствие продвижения головки
- отсутствие синхронной волны сокращения в разных отделах матки
- гипертонус нижнего сегмента матки (обратный градиент)
- судорожноподобные схватки (тетания матки)
- дистоция шейки матки



нарушение координации сокращений разных отделов матки



Дискоординированная родовая деятельность

Схватки различные по силе, продолжительности и частоте, неправильная форма кривой, различный базальный тонус матки.

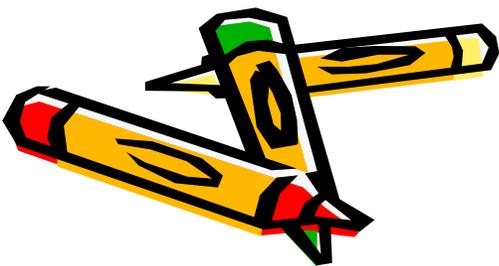
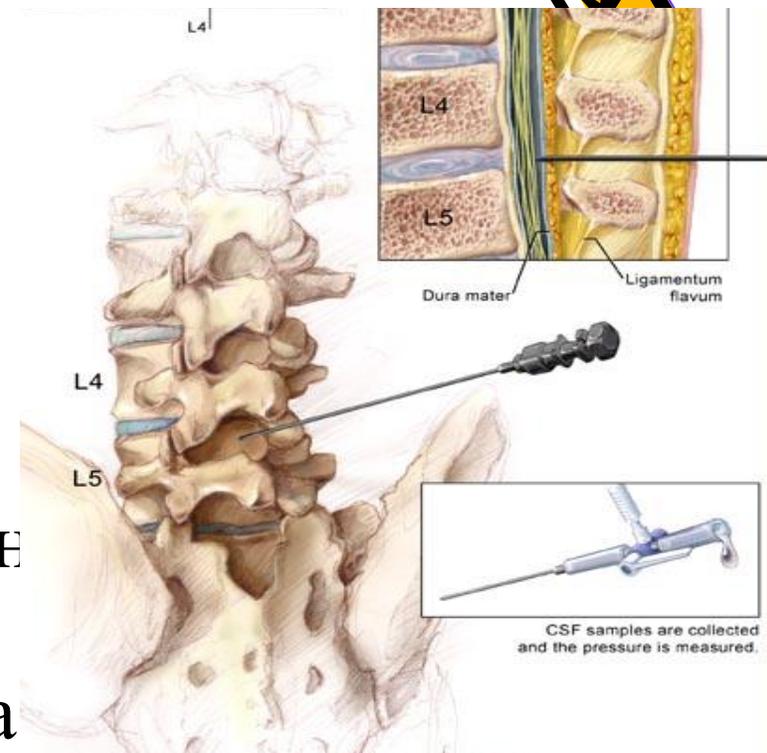
Тонус матки от 0 до 22 мм рт. ст.

Схватки силой от 30 до 75 мм рт. ст., по 30-150 секунд, через 30-120 секунд.

Дискоординированная родовая деятельность

ЛЕЧЕНИЕ

- Пролонгированная эпидуральная анестезия
- Проведение токолиза бета-адреномиметиками:
- **гинипрал** (5 мл разводят в 500 мл физраствора и вводят внутривенно-капельно медленно начиная с 8 капель в минуту до 10-15 капель в минуту под наблюдением за активностью схваток)



Чрезвычайно сильная родовая деятельность

Критерии:

- частые схватки (больше 5 на протяжении 10 минут)
- большая интенсивность схваток
- высокая скорость раскрытия шейки матки и быстрое достижение её раскрытия до полного

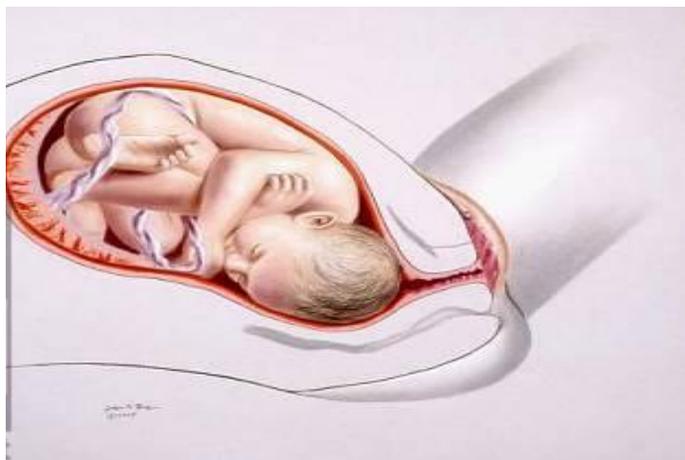
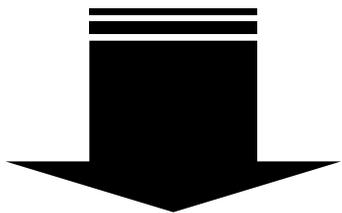


Быстрые роды - продолжительностью меньше 6 часов у первородящих и меньше 4 часов у повторнородящих

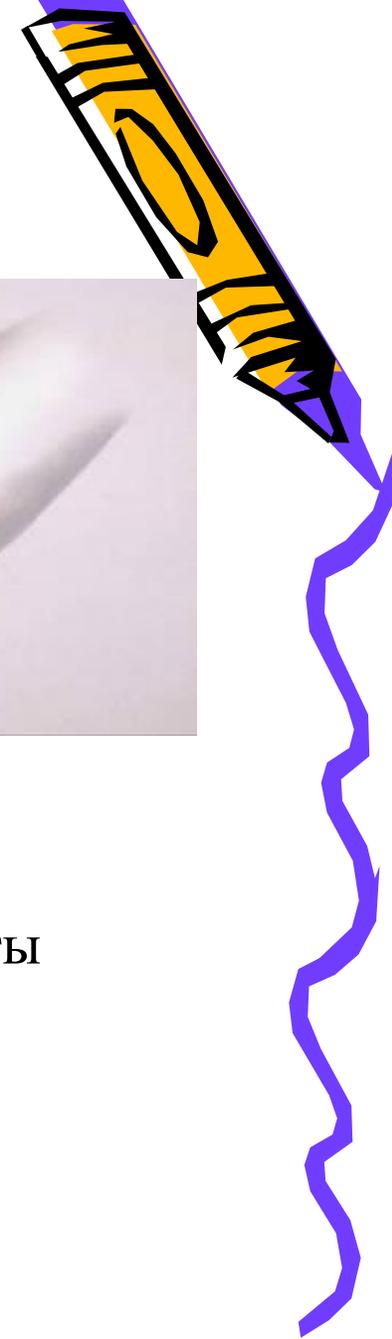
Стремительные роды - продолжительностью меньше 4 часов у первородящих и меньше 2 часов у повторнородящих

Чрезвычайно сильная родовая деятельность

Быстрые и
стремительные
роды



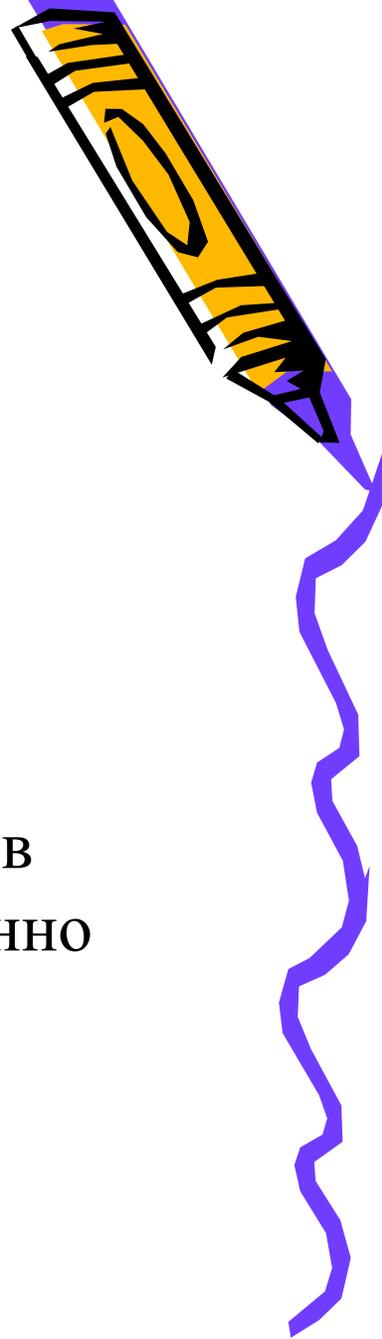
- глубокие разрывы шейки, влагалища и промежности
 - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- гипотоническое кровотечение
- разрыв пуповины
- кровоизлияние в головной мозг плода
- кефалогематома



Чрезвычайно сильная родовая деятельность

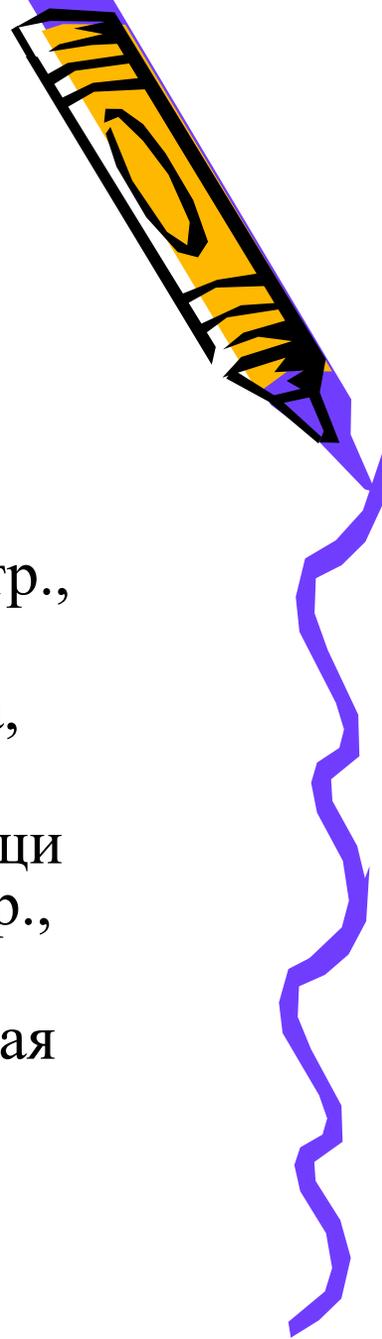
ЛЕЧЕНИЕ

- Переместить роженицу на бок, противоположный позиции плода
- При раскрытии шейки матки меньше 6 см для уменьшения интенсивности родовой деятельности можно использовать токолиз бета-адреномиметиков - **гинипрал** (5 мл разводят в 500 мл физраствора и вводят внутривенно-капельно медленно начиная с 8 капель в минуту до 10-15 капель в минуту под наблюдением за активностью схваток)



Использованная литература:

1. В.Е. Радзинский “Руководство по акушерству”. Учебное пособие. Москва, 2007 “ГЭОТАР-Медиа”-656стр., 343-355стр.
2. Э.К. Айламазян “Акушерство”. Учебник. СПб 2003 “Спецлит”-528стр., 244-250стр.
3. Э.К. Айламазян “Национальное руководство по акушерству” Москва, 2009 “ГЭОТАР-Медиа”-1200стр., 250-258стр.
4. В.И. Кулаков “Руководство по амбулаторно-полтклинической помощи в акушерстве и гинекологии”. Москва 2009 “ГЭОТАР-Медиа”-521стр., 119-156стр.
5. Ч.Р. Бекманн “Акушерство и гинекология”. Москва 2004, “Медицинская литература” -548стр., 97-101стр.
6. Приказ МЗ РК № 239 от 7.04.2010г. «Об утверждении протоколов диагностики лечения»



**Спасибо
за внимание!**

