

Аномалии родовой деятельности

Подготовила Нетребба Е.А.

Аномалии родовых сил - расстройства сократительной деятельности матки, приводящие к нарушению механизма раскрытия шейки матки и/или продвижения плода по родовому каналу.

Аномалии сократительной деятельности матки в родах встречаются у 7–20% женщин.

Слабость родовой деятельности отмечается в 10%,
Первичная слабость наблюдается у 8–10%, а вторичная — у 2,5% рожениц.

Дискоординированная родовая деятельность - в 1–3% случаев от общего количества родов.

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

Формы родовых сил (по И. И. Яковлеву, 1969)

Характер тонуса	Характер сокращений матки	Частота, %
Гипертонус	Полный спазм мускулатуры (тетания)	0,05
	Частичный спазм мускулатуры в области наружного или внутреннего зева (в начале I периода) и нижнего сегмента (в конце II периода)	0,40
Нормотонус	Некоординированные, асимметричные в разных отделах схватки, сменяющиеся их прекращением	0,47
	Ритмичные, координированные, симметричные схватки	90,00
	Нормальные схватки, сменяющиеся слабыми (вторичная слабость)	2,47
Гипотонус	Очень медленное нарастание интенсивности схваток (первичная слабость)	1,84
	Схватки, не имеющие выраженной тенденции к нарастанию (вариант первичной слабости)	4,77

Классификация

- *Патологический прелиминарный период*
- *Первичная слабость родовой деятельности*
- *Вторичная слабость родовой деятельности*
- *Чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов*
- *Дискоординированная родовая деятельность*

Классификация 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*

Факторы, способствующие развитию аномальной родовой деятельности

1. Акушерские факторы:

- преждевременное излитие околоплодных вод (дородовое и раннее);
- диспропорция размеров головки плода и таза матери (клинически узкий таз);
- перерастяжение матки (многоводие, крупный плод);
- многоплодная беременность;
- преждевременные и запоздалые роды;
- тазовые предлежания пода;
- препятствия к раскрытию шейки матки и продвижению пода, функционально неполноценный плодный пузырь.

Факторы, способствующие развитию аномальной родовой деятельности

2. Факторы, связанные с патологией репродуктивной системы:

- инфантилизм; гипоплазия, мальформация сосудов матки;
- аномалии развития матки (седловидная, двурогая);
- многократные роды (>3);
- поздний возраст первородящей (>35 лет);
- нейроэндокринные заболевания;
- операции на матке (наличие рубца);
- миома матки, аденомиоз;
- генетическая предрасположенность.

Факторы, способствующие развитию аномальной родовой деятельности

3. Общесоматические заболевания, хронические инфекции, интоксикации, метаболический синдром, сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани.

4. Плодные факторы (ЗРП, хроническая гипоксия, пороки развития, плацентарная недостаточность)

5. Ятрогенные факторы: неадекватная корригирующая терапия, чрезмерное применение обезболивающих и спазмолитических средств; родовозбуждение при недостаточно зрелой шейке матки.

Патологический прелиминарный период

В норме подготовительные сокращения матки:

- клинически незаметны
- безболезненны
- чаще возникают ночью
- приводят к созреванию шейки матки к родам

Классификации степени зрелости шейки матки

- Классификация по Хечинашвили
 - Незрелая
 - Созревающая
 - Неполностью созревшая
 - Зрелая
- Классификация по Бишопу
 - Незрелая (0-2 балла)
 - Недостаточно зрелая (3-4 баллов)
 - Зрелая (5-8 баллов)

По Хечинашвили

Характеристика признака	Степень зрелости шейки матки			
	«незрелая»	«созревающая»	«недостаточно зрелая»	«зрелая»
Консистенция шейки матки	Плотная	Размятана не полностью, преимущественно в области наружного зева	Размятана почти полностью, за исключением внутреннего зева	Размятана полностью
Длина влагалищной части	Сохранена, иногда очень длинная	Слегка укорочена	Укорочена до 2 см	Укорочена до 2 и менее 2 см
Степень проходимости цервикального канала и его отношение к нижнему сегменту матки	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца у повторнородящих	Наружный зев у первородящих пропускает кончик пальца, у повторнородящих - проходим для одного пальца до внутреннего зева	Проходим для одного пальца за внутренний зев, нет плавного перехода в нижний сегмент матки	Свободно проходим для одного или двух пальцев за внутренний зев. Имеется плавный переход в нижний сегмент матки
Толщина влагалищной части	2 см	1,5 см	1 см	0,5 см
Состояние нижнего сегмента матки	Предлежащая часть через своды пальпируется неотчетливо	Предлежащая часть определяется недостаточно отчетливо	Предлежащая часть определяется довольно отчетливо, ориентиры на ней определить нельзя	Предлежащая часть определяется отчетливо, ориентиры определяются
Расположение шейки матки	Отклонена назад, наружный зев на середине расстояния между верхним и нижним краем лобкового сочленения	Отклонена от проводной оси таза, наружный зев на уровне нижнего края симфиза или несколько ниже	Ближе к проводной оси таза. наружный зев на уровне нижнего края симфиза или несколько ниже	Строго по проводной оси, наружный зев определяется на уровне седалищных бугров

По Бишопу

Признак	Баллы		
	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена по периферии, область внутреннего зева плотная	Мягкая
Длина шейки матки, см	Более 2	1–2	Менее 1
Пройодимость шеечного канала	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	Канал проходим до внутреннего зева	Канал проходим для одного и более пальцев за внутренний зев
Положение шейки по отношению к проводной оси таза	Кзади	Кзади или кпереди	По проводной оси

Клиника ППП

- значительная болезненность и беспорядочность сокращений матки
- отсутствие структурных изменений шейки матки (шейка матки остается длинной, эксцентрично расположенной, плотной, наружный и внутренний маточный зев закрыт)
- сокращения возникают не только ночью, но и днем и долгое время (до нескольких суток) не переходят в родовую деятельность
- предлежащая часть нередко остается подвижной над входом в малый таз, из-за гипертонуса матки пальпация предлежащей части затруднена
- частое осложнение ППП - несвоевременное излитие околоплодных вод

Лечение ППП

- Анальгетики (НПВС- ибупрофен, спазмолитики – но-шпа).
- В-адреномиметики (гинипрал, партусистен, бриканил).
- Производные дифенгидрамина гидрохлорида (димедрол)
- Алкалоиды белладонны (атропина сульфат).
- При утомлении: акушерский сон: премедикация (промедол, атропин, диазепам, димедрол). После отдыха: мифепристон + простагландин Е (динопростон) гель эндоцервикально. Амниотомия .
- Родостимуляция окситоцином (не отключать до родоразрешения, продолжить введение окситоцина в течение не менее 30 минут после рождения ребенка).
- Кесарево сечение (при сочетании слабости родовой деятельности с дистрессом плода, неэффективностью медикаментозной терапии, плацентарной недостаточностью, задержкой роста плода, крупным плодом, многоплодием, узким тазом).

Первичная слабость родовой деятельности

Патогенез

1. Снижение цАМФ, угнетение цикла трикарбоновых кислот, повышение содержания в миоцитах лактата и пирувата.
2. Снижение образования α - и β -адренорецепторов, ослабление функции адренергического механизма миометрия, снижение эстрогенного баланса.

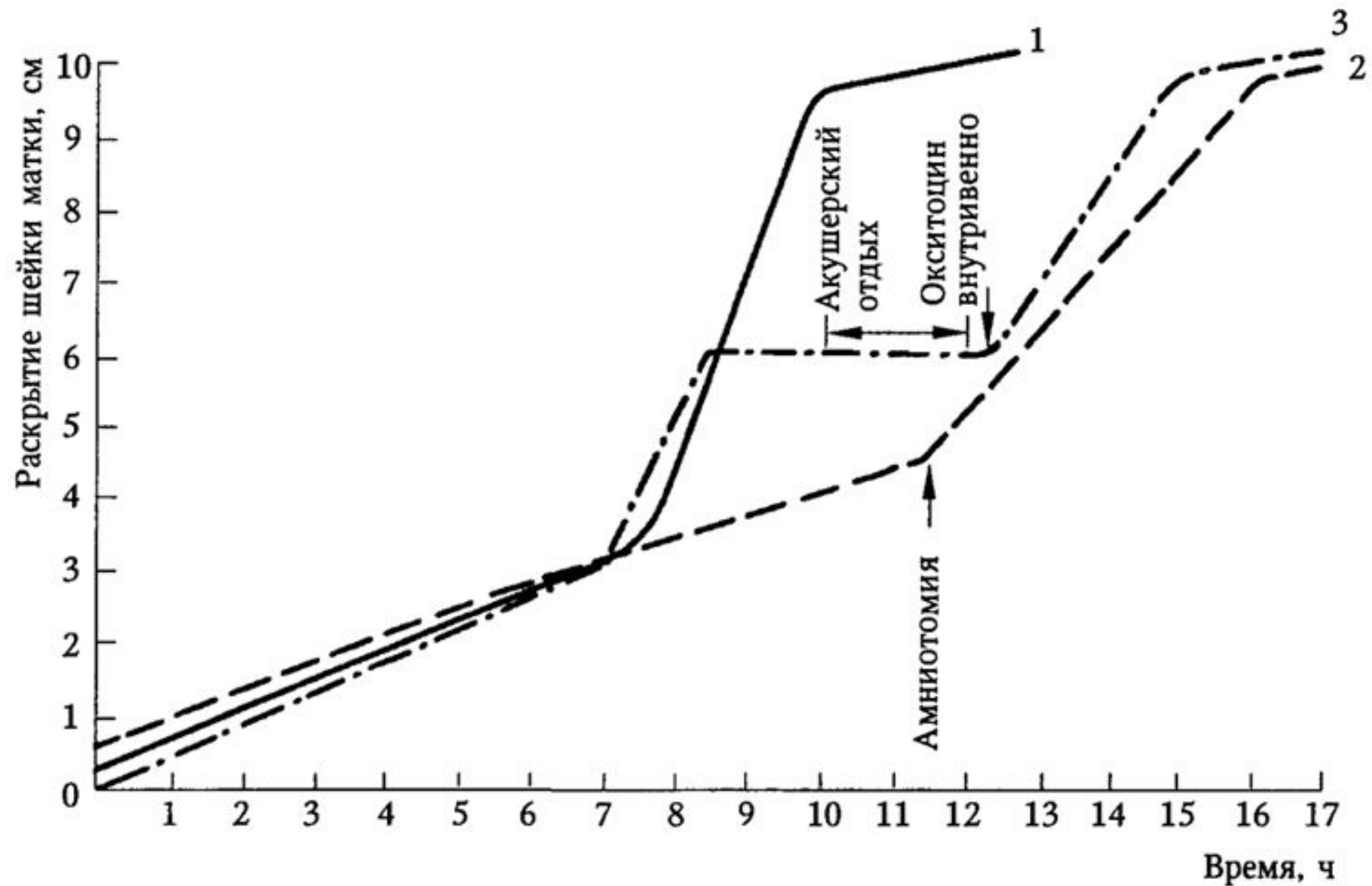
Клиника ПСРД

- Возбудимость и тонус матки снижены, тонус матки 10 мм рт.ст. и менее (в норме 12-14 мм рт.ст.);
- Частота схваток 1-2 за 10 мин, в норме -- 3-5 за 10 мин., длительность схваток не превышает 20 с, паузы между схватками - до 4-5 мин и более;
- Структурные изменения шейки матки протекают замедленно. Предлежащая часть плода долгое время остается прижатой ко входу в малый таз и далее долго задерживается в каждой плоскости малого таза.
- Плодный пузырь вялый, в схватку наливается слабо (функционально неполноценный);
- При влагалищном исследовании во время схватки края маточного зева остаются мягкими, не напрягаются, довольно легко растягиваются исследующими пальцами;
- Преждевременное излитие околоплодных вод (в 35-48%) удлиняет безводный промежуток, что угрожает развитием восходящей инфекции, гипоксией плода и даже его интранатальной смертью.
- Диагноз первичной слабости родовой деятельности устанавливается при наблюдении в течение 3-4 часов.

На основании оценки длительности, частоты, интенсивности схваток, маточной активности, темпа раскрытия шейки и продвижения головки выделяют три фазы.

- **I фаза (латентная)**- от начала регулярных схваток до 4 см раскрытия маточного зева. Средняя продолжительность 5-6,5 ч. Скорость раскрытия шейки матки – 0,35 см/ч
- **II фаза (активная)** - усиление родовой деятельности. Раскрытие маточного зева 4-8 см. Средняя продолжительность – 1,5-3 ч. Средняя скорость раскрытия маточного зева у первородящих – 1,5-2 см/ч, у повторнородящих – 2-2,5см/ч.
- **III фаза – замедление** , заканчивается полным раскрытием. Продолжается 1-2 часа.

Партограмма



Партограмма:

- 1 — нормальные роды; 2 — первичная слабость;
3 — вторичная слабость родовой деятельности

При установлении диагноза «первичная слабость
родовой деятельности» следует приступить к
родостимуляции.

Противопоказания к родостимуляции:

- узкий таз;
- неполноценность миометрия (рубец на матке, миома, эндометрит);
- неудовлетворительное состояние плода и/или матери.

Алгоритм действий перед назначением родостимуляции:

- уточнить диагноз, провести дифференциальную диагностику с дискоординацией родовой деятельности, при которой стимулирующая матку терапия противопоказана;
- при влагалищном исследовании распознать предлежание, вставление головки плода для исключения ситуации, когда роды через естественные родовые пути невозможны или крайне затруднительны (лобное предлежание, заднетеменной асинклитизм, высокое прямое вставление, клиновидное вставление и др.).

При выявлении противопоказаний к родостимуляции и ведению родов через естественные родовые пути – кесарево сечение.

Родостимуляция окситоцином

Механизм действия. Воздействует на специфические рецепторы в миометрии и повышает внутриклеточное содержание Ca^{2+} . Повышает тонус матки, синхронизирует взаимодействие различно расположенных гладкомышечных пучков. Стимулирует ритмические сокращения матки — усиливает и увеличивает их частоту, стимулирует образование и синтез простагландинов на границе соприкосновения плодных оболочек и децидуальной оболочки.

Окситоцин можно применять только при вскрытом плодном пузыре, он наиболее эффективен при открытии маточного зева на 4 см и более.

Отрицательные свойства окситоцина:

Экзогенно вводимый окситоцин снижает продукцию собственного эндогенного окситоцина. Прекращение его внутривенного введения может привести к ослаблению родовой деятельности.

Окситоцин обладает антидиуретическим эффектом.

Родостимуляция окситоцином

- Противопоказания: тяжелая преэклампсия, артериальная гипертензия, почечная недостаточность, угрожающий разрыв матки, состояния с предрасположенностью к разрыву матки (включая травматические роды и операции кесарева сечения в анамнезе), чрезмерное растяжение матки, матка после многократных родов, частичное предлежание плаценты.
- Передозировка окситоцина может быть причиной разрывов родовых путей, разрыва матки, гематом малого таза.
- Введение окситоцина не прекращают до окончания родов.
- Эффективна стимуляция родов окситоцином при раскрытии шейки матки не менее 2 см/ч и, наблюдаемом продвижении предлежащей части плода.
- Продолжительность стимуляции не должна превышать 4-5 часов. За это время следует решить, можно ли вести далее роды через естественные родовые пути.

Методика стимуляции родовой деятельности окситоцином с помощью перфузора (наиболее точная дозировка)

5 ЕД окситоцина разводят в 50 мл физиологического раствора и вводят внутривенно с помощью перфузора.

Таблица 51.4. Объемная скорость введения

Увеличение на 1,8 мл/ч соответствует 3 мЕД каждые 30 мин		
Мл/ч	мЕД/мин	
0,6	1	
1,2	2	
1,8	3	Средняя начальная доза
3,6	6	
5,4	9	
7,2	12	Оптимальный уровень
9	15	
10,8	18	
12,6	21	Уровень принятия решения
14,4	24	
16,2	27	
18	30	
18,6	32	Предельно опасный уровень

Оптимальным является достижение частоты схваток 3-5 в течение 10 мин. При достижении должной частоты схваток вводимая доза окситоцина не меняется.

- Для стимуляции родов также применяют ПГ F2a, E2 (динопростон – в латентную фазу, динопрост – в активную фазу раскрытия). При передозировке – В-адреномиметики (гинипрал). Можно применять сочетанное введение окситоцина и гинипрала.
- Амниотомия – при раскрытии зева до 4 см. Показания – неполноценность плодного пузыря (плоский), при многоводии. Эффект Фергюсона – выработка эндогенных ПГ, окситоцина.
- Глюкозо-кальциево-витаминный комплекс (глю5%, аскорбиновая к-та, СаГлю или СаС1 10%, вит. В1, В6). АТФ, рибоксин, актовегин.
- Спазмолитики – каждые 3-4 часа.

Женщине с жалобами на усталость при невозможности окончания родов через 2-3 часа предоставляют кратковременный (не более 2,5 часов) медикаментозный сон-отдых, так как невозможно ожидать эффекта от стимулирующей терапии.

Препараты: сочетание промедола с седуксеном, пипольфеном или димедролом.

Вторичная слабость родовой деятельности

Вторичная слабость родовой деятельности

Чаще всего развивается в активную фазу или во втором периоде родов при первоначально нормально развивающейся родовой деятельности.

Схватки становятся редкими, короткими, интенсивность их снижается.

Раскрытие маточного зева, поступательное движение предлежащей части замедляется или прекращается.

При головном предлежании длительное стояние головки в одной плоскости (более 2ух часов) может привести к некрозу мягких тканей.

Вторичная слабость родовой деятельности

Причины:

- Усталость, утомление роженицы
- Крупный плод
- Переношенная беременность, запоздалые роды
- Препятствия для продвижения плода (дифдиагностика!)

Лечение: стимуляция родовой деятельности окситоцином и простагландинами не должна превышать 2-3 часа. При недостаточном эффекте от стимуляции, при гипоксии плода и ухудшении состояния роженицы – родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации (КС, акушерские щипцы, вакуум экстракция).

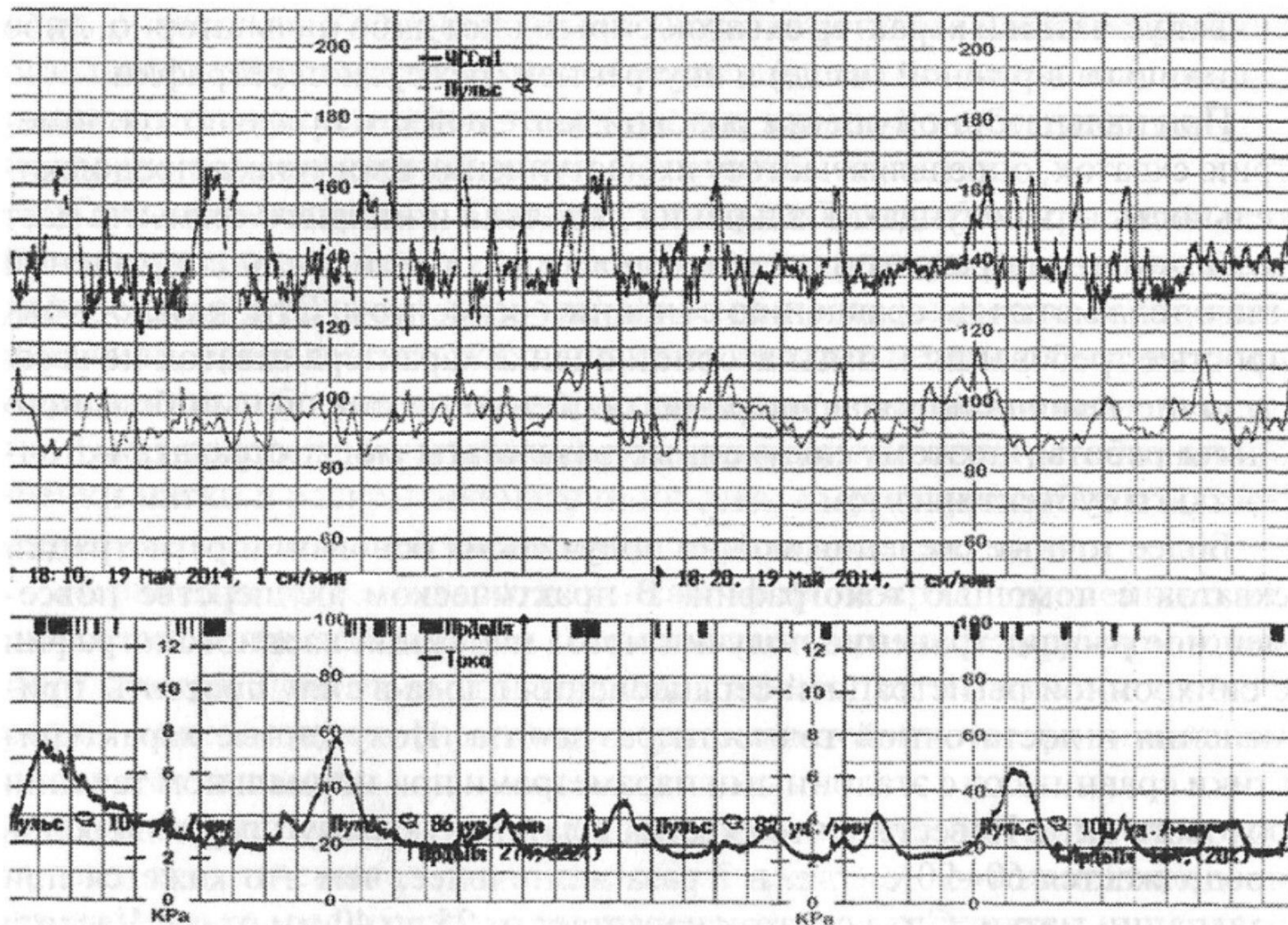


Рис. 2.2. Кардиотокограмма: слабость родовой деятельности

**Чрезмерно сильная
родовая деятельность**

Чрезмерно сильная родовая деятельность

- Характерны чрезвычайно сильные и частые схватки и/или потуги на фоне повышенного тонуса матки.

При этом роды протекают быстро или стремительно.

	Быстрые роды	Стремительные роды
первородящие	4-6 ч	Менее 4 ч
повторнородящие	2-4 ч	Менее 2 ч

Чрезмерно сильная родовая деятельность

Предрасполагающие факторы:

- Презеклампсия
- Заболевания ССС, печени, почек
- При преждевременных родах
- При неадекватной родостимуляции

Чрезмерно сильная родовая деятельность

Клиника:

- Сильные схватки с частотой более 5 схваток за 10 минут
- Быстрое раскрытие зева
- В 1,2,3 потуги рождается плод и сразу за ним – послед
- Женщина беспокойна, тахикардия, тахипноэ, артериальная гипертензия
- Травмы плода и мягких родовых путей матери
- Гипоксия плода, мб преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечение

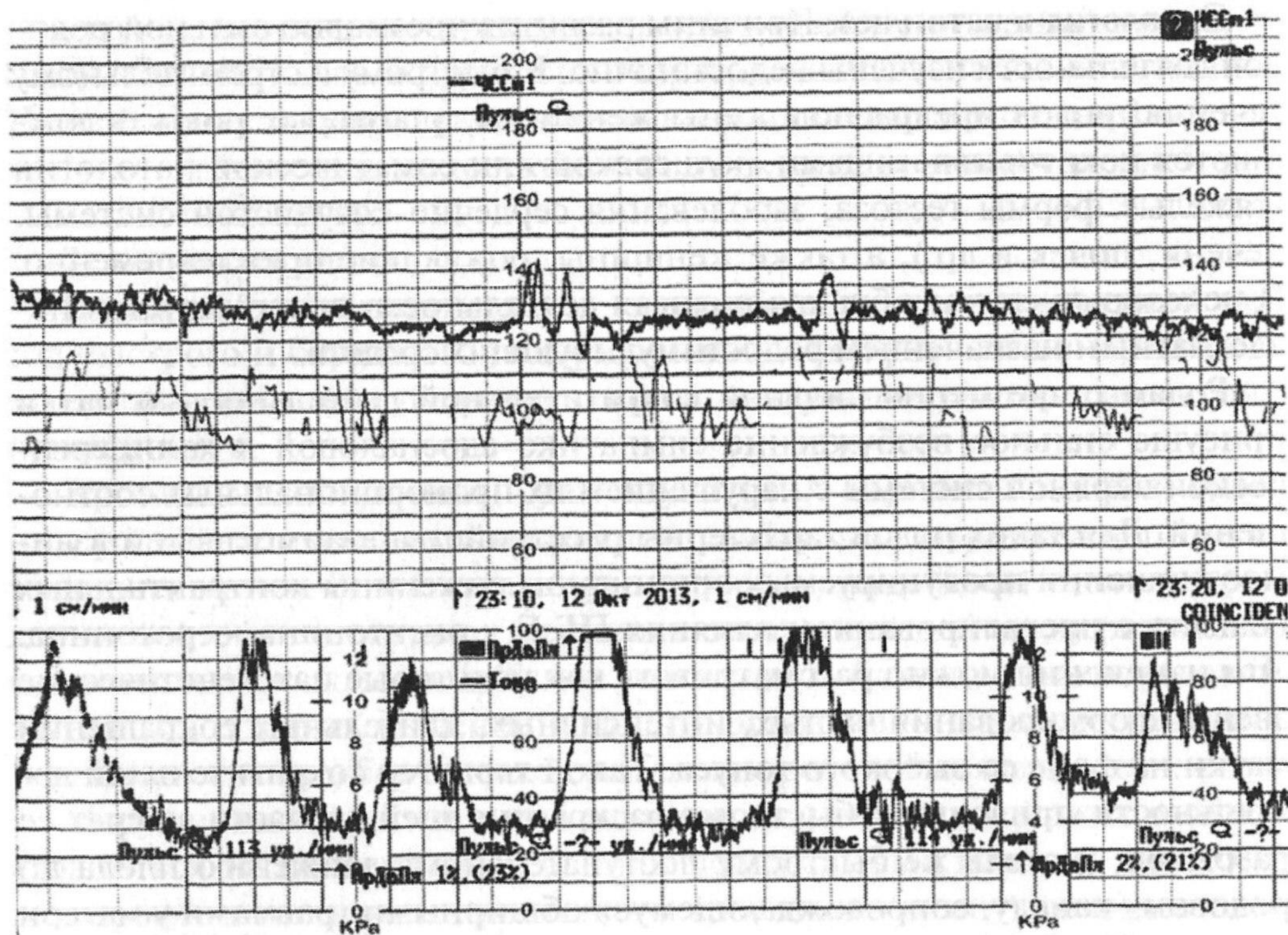


Рис. 2.4. Кардиотокограмма: чрезмерно сильная родовая деятельность

Чрезмерно сильная родовая деятельность

Лечение:

- В-адреномиметики (гинипрал, партусистен, бриканил) – быстрое наступление эффекта (5-10 мин), возможность регуляции изменением скорости инфузии
- Спазмолитики (но-шпа, ганглерон, баралгин) – при хорошем эффекте после В-миметиков
- Антагонисты Са (верапамил, изоптин) – если противопоказаны В-миметики (при СД, тиреотоксикозе, СС-заболеваниях)

Роженица должна лежать на боку, противоположном позиции плода – такое положение несколько снижает сократительную активность матки.

Дискоординированная родовая деятельность

Дискоординированная родовая деятельность

- Характеризуется отсутствием координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой половинами, верхним и нижним отделами.

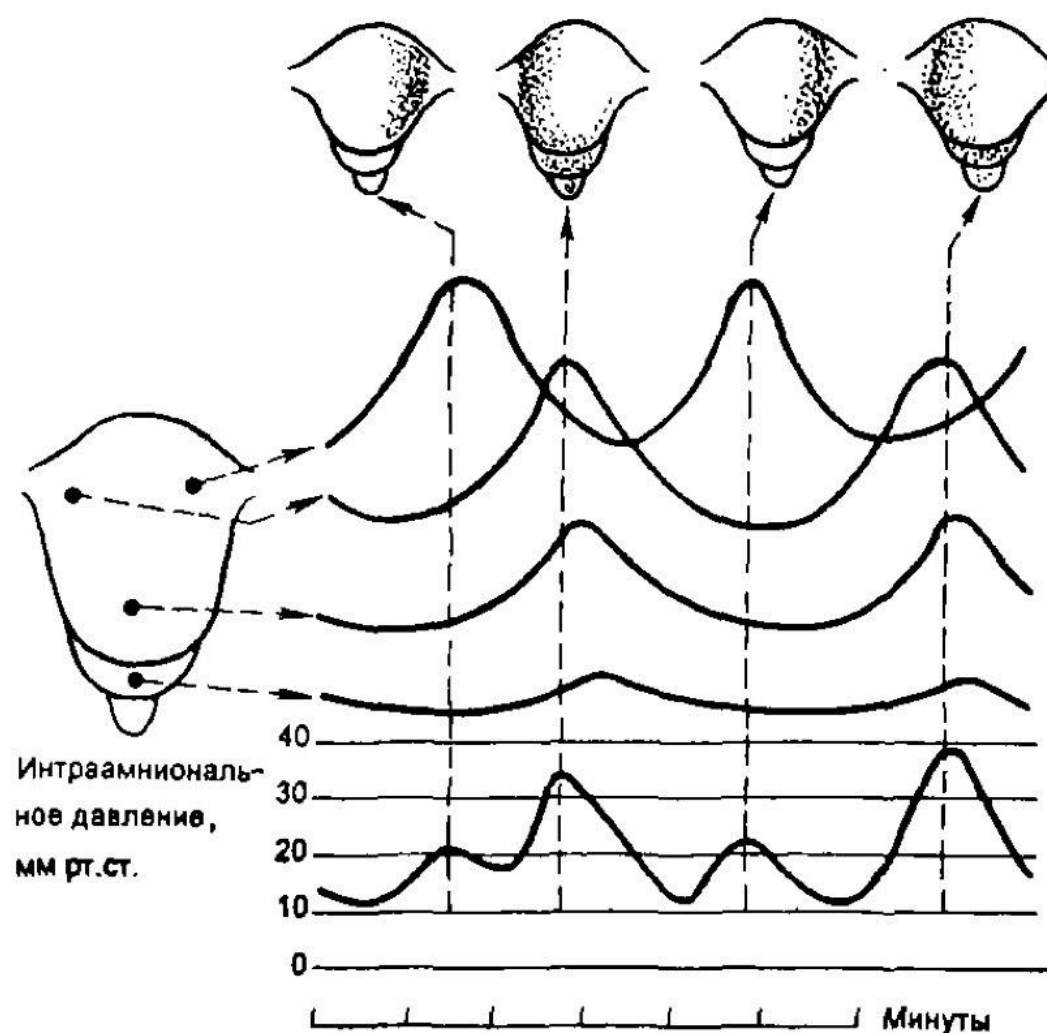


Рис. 20.2. Сокращение матки при дискоординированной родовой деятельности. Вершины кривых сокращений маточной мускулатуры, записанные из разных отделов матки, не совпадают (по Кальдейро—Барсиа).

Формы дискоординированной родовой деятельности

- дискоординация схваток (дискоординация родовой деятельности);
- дистония шейки (гипертонус нижнего сегмента матки), «жесткая шейка»;
- судорожные схватки (тетания матки);
- контракционное кольцо.

Дискоординированная родовая деятельность

- При дискоординации родовой деятельности тонус матки, в том числе нижнего сегмента, внутреннего зева матки повышен.
- Ритм схваток неправильный, периоды сокращения и расслабления матки (систола и диастола схватки) то длительные, то короткие.
- Амплитуда (сила схватки) и внутриамниотическое давление неравномерные; схватки отличаются неадекватной болезненностью.
- Поведение роженицы беспокойное

Предрасполагающие факторы

- нарушения функционального равновесия вегетативной нервной системы (вегетоневрозы, вегетативная дисфункция);
- неустранимое препятствие для раскрытия маточного зева (миома матки, рубцовая деформация ткани), затрудненное продвижения плода (узкий таз);
- ослабление регулирующей роли ЦНС (стрессы, переутомление);
- недостаточное обезболивание родов, приводящее к общему мышечному напряжению;
- гиперстимуляция сокращающими средствами (окситоцин, простин Е и F, простагландины Е1);
- структурная патология миометрия и шейки матки, пороки развития матки, длинная плотная шейка матки;
- чрезмерная плотность плодных оболочек (функциональная неполноценность плодного пузыря).

Клиника:

- Схватки частые, активные, нерегулярные, неравномерные через 1-2-5-2 мин, иногда имеет место наложение схваток друг на друга.
- Матка между схватками расслабляется недостаточно, повышенный тонус миометрия, предлежащая часть определяется с трудом.
- Шейка плотная, толстая, ригидная, в схватку не растягивается, а уплотняется на отдельном участке (симптом Шиккеле).
- Развитию родовой деятельности нередко предшествует длительный патологический прелиминарный период.
- Из-за гипертонуса нижнего сегмента головка плода долго не прижимается ко входу в малый таз, не фиксируется в плоскости входа в соответствии с биомеханизмом родов.
- Часто имеет место преждевременное излитие околоплодных вод (дородовое и раннее) при незрелой шейке матки. Нередко имеет место маловодие в сочетании с фетоплацентарной недостаточностью (ЗРП).
- Пальпаторно матка определяется в виде вытянутого овоида, который плотно охватывает плод.

Клиника:

- Поведение роженицы беспокойное, просит обезболивания даже в самом начале, в латентную фазу родов, разламывающие боли в области крестца и поясницы, вегетативные расстройства;
- Затруднение мочеиспускания (при полной соразмерности плода и таза матери!)
- Изменение характера раскрытия шейки матки. Вместо растяжения краев маточного зева происходит насильственное преодоление спастически сокращенной ткани за счет разрывов
- Нарушение синхронности продвижения плода в соответствии с раскрытием маточного зева. Предлежащая часть долго стоит в каждой плоскости малого таза, как это имеет место при узком тазе
- Нередко образуется задний вид или разгибание головки, нарушение членорасположения плода
- Раннее образование родовой опухоли на головке плода, соответствующей месту ущемления спастически сокращенным маточным зевом, даже при малом его открытии (5 см).

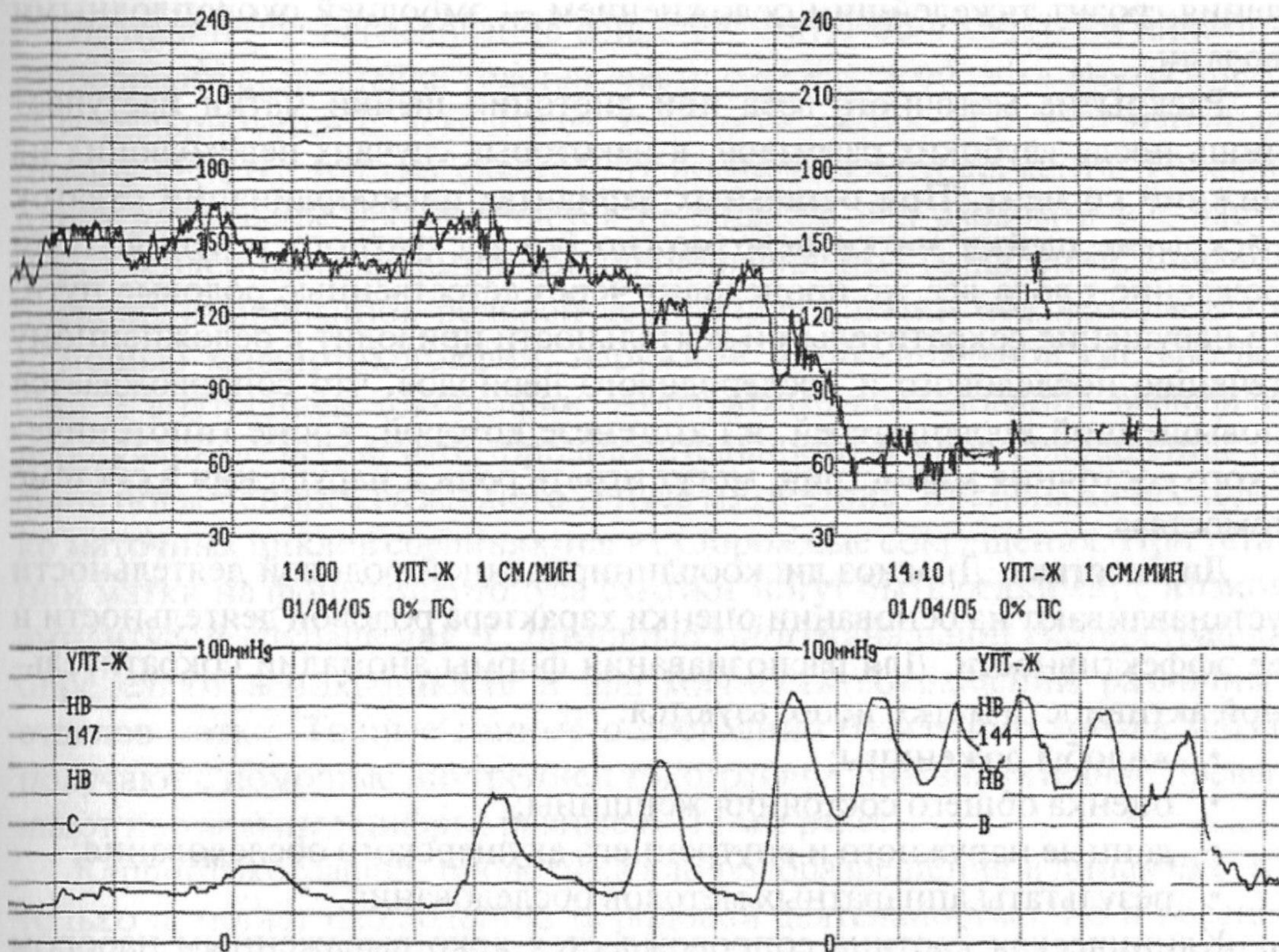


Рис. 2.5. Кардиотокограмма: дискоординация родовой деятельности

Лечение:

- В-адреномиметики (гинипрал)
- Антагонисты Са (верапамил, изоптин)
- Промедол – при раскрытии зева на 3-4 см
- Транквилизаторы+антигистаминные (седуксен+пипольфен)
- Эпидуральная анестезия

При тотальном спазме мускулатуры, неэффективности лечения, отягощенном акушерско-гинекологическом анамнезе, сопутствующей соматической патологии – кесарево сечение!

Спасибо за внимание!

