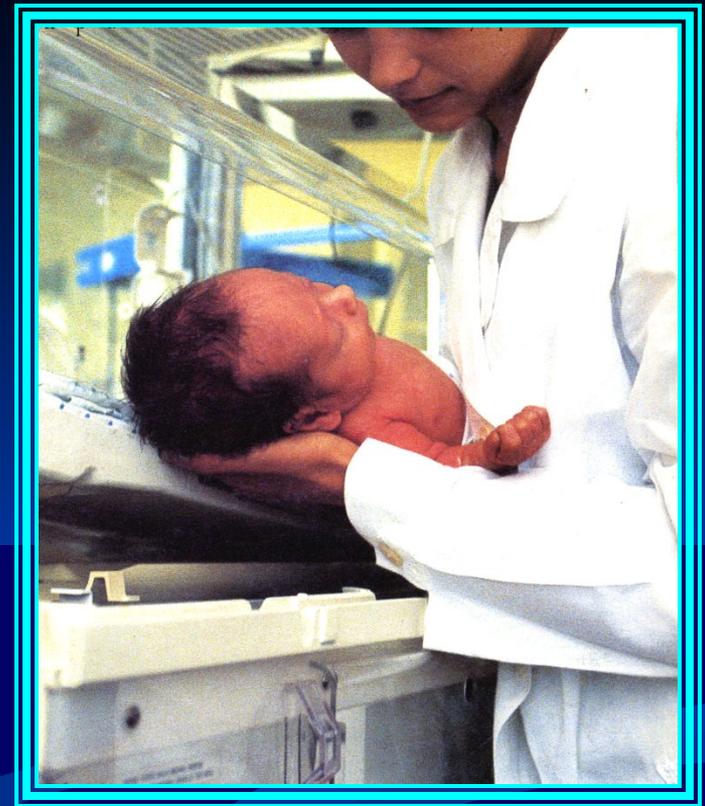


АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.



Рождение, как и смерть – универсальный опыт. Роды могут стать самыми творческими из всех событий в жизни многих женщин. Событие это может стать паузой в потоке человеческого существования, эпизодом, который слабо или совсем не связан со страстным желанием, создавшим ребенка, а может быть пережито красиво и с



Аномалии родовой деятельности

- Первичная слабость родовой деятельности
 - Вторичная слабость родовой деятельности
 - Слабость потуг
 - Другие виды слабости родовой деятельности:
 - атония матки
 - беспорядочные схватки
 - гипотоническая дисфункция матки
 - нерегулярные схватки
- Слабые схватки
- Слабость родовой деятельности

Аномалии родовой деятельности

- Чрезмерно сильная родовая деятельность
- Патологический прелиминарный период
- Дискоординированная родовая деятельность
 - Дискоординация родовой деятельности (гипертонус нижнего сегмента, дисточия шейки матки)
 - Контракционное кольцо (сегментарная дисточия тела матки)
 - Судорожные схватки (тетанус матки)

Причины аномалии родовой деятельности

- Патология со стороны материнского организма:
 - соматические и нейроэндокринные заболевания
 - нарушения регулирующего влияния центральной и вегетативной нервной системы
 - патологические изменения миометрия
 - перерастяжения матки
 - генетическая патология миометрия
- Патология со стороны плода и плаценты
- Механические препятствия
- Ассинхронная готовность к родам
- Ятрогенные факторы

Клинические признаки

- Нарушения основных характеристик схваток: частоты, длительности периода сокращения и расслабления матки, амплитуды-силы схваток.
- Нарушения базального тонуса
- Нарушения маточного давления
- Изменение локализации водителя ритма
- Асинхронность процессов раскрытия маточного зева и продвижения предлежащей части плода

Слабость родовой деятельности – факторы риска

- патология миометрия
- Перерастяжения матки
- Поздний или юный возраст первородящей
- Наличие вегетивно-обменных нарушений (ожирение, гипофункция ЩЖ и коры надпочечников, гипоталамический синдром).
- Особенности расположения плаценты
- Структурная несостоятельность миометрия
- Анатомический или клинический узкий таз
- Хроническая ФПН

Клинические признаки

- Возбудимость и тонус матки снижены
- Схватки редкие, короткие, слабые, частота не превышает 1-2 за 10 минут, длительность 15-20 секунд, сила ниже 30 мм рт.ст.
- Замедленно раскрытие шейки матки
- Плодный пузырь вялый, в схватку наливается слабо
- Края маточного зева мягкие, легко растяжимы

Тактика введения

- Исключить клинически узкий таз, несостоятельность стенки матки, неудовлетворительное состояние плода
- Предоставление отдыха
- Родостимуляция энзопростом, окситоцином (6-8 капель в мин, через каждые 15 минут дозу увеличивают на 4-6 кап., максимально 40 капель в минуту).

Вторичная слабость родовой деятельности. Слабость потуг.

- Удлинение родов чаще происходит в конце периода родов или в период изгнания.
- Связана: утомлением роженицы, наличия препятствия, неполноценности брюшного пресса, крупном плоде, неправильном вставлении головки плода, тазовом предлежании, ятрогенные причины.

Правила родостимуляции

- Применения простагландинов E2 не всегда требует предварительной амниотомии, при малом открытии шейки матки или маточного зева (динопростон; препидил-гель, простинE2 в виде геля, таблеток, в \ в ведение простенона), миролют (мизопростол)
- Длительность родостимуляции не должна превышать 3-4 часа
- Проводить стимуляцию на фоне в \ в капельного введения спазмолитиков

Правила родостимуляции

- До 4-5 см простагландины F21-энзапрост (динопрост)
- С 4-5 см окситоцин
- Во втором периоде родов возможно сочетание окситоцина и простагландинов F21(динопрост) в половинной дозировке
- Для медикаментозной защиты плода вводят седуксен 10-12 мг при прохождении головки плода через узкую часть таза

Симптомы, предшествующие ДРД

- Незрелая шейка матки
- Наличие патологического прелиминарного периода
- Дородовое излитие родовой деятельности
- Повышенный тонус матки, более 10 мм.рт.ст в начале родов
- Отсутствие прижатия головки плода с началом родовой деятельности
- Матка определяется в виде овоида и плотно охватывает плод
- Маловодие в сочетании с ФПН

Патологический преиминарный период

- Спастические сокращения круговых мышечных волокон в перешейке
- Дородовая гипертоническая дисфункция матки:
 - подготовительные предродовые схватки болезненные ночью и днем, нерегулярные
 - длительность от 24 до 240 ч.
 - нет структурных изменений шейки матки (длинная, плотная, наружный и внутренний зев закрыт)
 - Отсутствует должное разворачивание нижнего сегмента матки
 -

Патологический преиминарный период

- Возбудимость и тонус матки повышены, носят монотонный характер
- Предлежащая часть плода не прижимается
- Из-за гипертонуса матки пальпация предлежащей части и мелких частей затруднена
- Нарушается психоэмоциональное состояние беременной

Терапия патологического прелиминарного периода

- зависит от состояния плода и зрелости шейки матки
- Электроаналгезия, электрорелаксация матки
- Медикаментозная терапия (спазмолитики, токолитики, анальгетики препараты.
- простагландины E2 – простин E2, препедил – гель совместно с введением спазмолитиков и токолитиков. .
- Лечебные мероприятия проводятся 2-3 раза с интервалом 6 часов с переоценкой акушерской ситуации.
- Острый токолиз (6-12 капель \мин)

Дискоординированная родовая деятельность

- Отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой ее половины, верхним и нижним отделами матки, между всеми отделами матки
- Причины:-
 - нарушения функционального состояния вегетативной нервной системы
 - патология миометрия и шейки матки
 - наличие механического препятствия
 - фетоплацентарная недостаточность
 - ятрогенные причины

Клиника

- Схватки неравномерные по частоте, силе и продолжительности.
- Отмечается резкая болезненность схваток (по типу спазма).
- Между схватками матка в достаточной степени не расслабляется.
- Затруднение мочеиспускания
- Замедление процессов укорочения, сглаживания и раскрытия шейки матки, удлинение фазы родов.
- Часто нарушение биомеханизма родов.
- Ранние потуги.

I степень (дистоция шейки матки)

- Это функциональная патология. Ее следует отличать от анатомической ригидности, возникающей из-за рубцовых изменений шейки матки после разрывов, диатермокоагуляции, криодеструкции
- Происходит одновременное сокращение продольных и круговых мышечных волокон.
- Тройной нисходящий градиент сохраняется, сила сокращения верхнего сегмента преобладает над сокращением нижнего сегмента

I степень (дистоция шейки матки)

- Базальный тонус умеренно повышен (13-14 мм.рт.ст.), уменьшена длительность диастолы
- Структурные изменения шейки матки происходят замедленно
- При влагалищном исследовании края ш\м во время схватки уплотнены и напряжены
- Плодный пузырь имеет плоскую форму, оболочки плотные, передних вод мало, вне схватки напряженный плодный пузырь.
- Вегетативные нарушения в родах

II степень (сегментарная дистоция матки)

- «Водитель ритма» смещается по вертикали на границу нижнего сегмента.
- Длительная родовая деятельность (8-10 ч и более)
- Предлежащая часть остается подвижной над входом малого таза.
- Базальный тонус миометрия высокий (14-20 мм.рт.ст.)
- Стенки матки находятся в состоянии гипертонуса

II СТЕПЕНЬ (СЕГМЕНТАРНАЯ ДИСТОЦИЯ МАТКИ)

- Градиент давления может измениться и в другую сторону, что вызовет-преждевременную отслойку плаценты
- Излитие о\вод не изменяет спастического характера схваток
- Отличием от I ст. является: преобладание спазма не только в области внутреннего зева, но и вышележащих отделах матки

II СТЕПЕНЬ (СЕГМЕНТАРНАЯ ДИСТОЦИЯ МАТКИ)

- Матка плотно охватывает плод, принимает форму вытянутого овоида или форму «песочных часов»
- Наблюдаются выраженные симптомы вегетативной дисфункции.
- Роженица ведет себя беспокойно.
- Температура тела 38.5-39.0, тахикардия 90-100 уд\мин. АД повышается.

II степень (сегментарная дистоция матки)

- При сегментарной дистоции может произойти разрыв шейки матки III степени с переходом на нижний сегмент.
- При влагалищном исследовании: повышение тонуса мышц тазового дна, узкое влагалище
- Края ш\матки толстые, плотные. Наружный зев растягивается насильственно, а внутренний зев сохраняется в виде спастического кольца.
- Во время схватки шейка еще более уплотняется(с-том Шиккеле)

II степень (сегментарная дистоция матки)

- Спастическую сегментарную дистоцию следует отличать от кольца Бандля (это граница между телом и нижним сегментом матки) возникающего при угрозе разрыва матки при узком тазе
- Спастическое кольцо может образовываться на уровне нижнего сегмента.

III степень (тотальная дистоция матки)

- Одновременно возникает несколько водителей ритма.
- Смещение происходит по вертикали и горизонтали.
- Тонус матки высокий.
- Мышечные волокна, особенно круговые, находятся в состоянии тонического напряжения.

III степень (тотальная дистоция матки)

- Схватки редкие, короткие, слабые.
- В отличие от истинной слабости родовой деятельности сохраняется гипертонус миометрия.
- После спастических, болезненных схваток наступает период видимого ослабления родовой деятельности.

III степень (ТОТАЛЬНАЯ ДИСТОЦИЯ МАТКИ)

- Роженица жалуется на тупые постоянные боли в крестце и в пояснице.
- Пульс частый, легко сжимаемый, слабый
- Роженица самостоятельно не мочится; при катетеризации мочевого пузыря выделяются малые порции мочи

III степень (тотальная дистоция матки)

- При наружном акушерском исследовании матка определяется суженной в поперечнике за счет тетанического сокращения.
- Матка плотно охватывает плод
- Пальпация пледлежащей части затруднена.

III степень (тотальная дистоция матки)

- Влагалищное исследование: спастически суженное влагалище, отечное, толстые ригидные края маточного зева.
- Степень раскрытия маточного зева замедлена: не прогрессирует, а становится меньше.
- На головке имеется выраженная родовая опухоль

III степень (тотальная дистоция матки)

- Определяется высокое стояние головки
- Родовая опухоль может доходить до тазового дна, что вызывает тщетные потуги.
- Создается впечатление, что головка продвинулась до тазового дна.
- Осложнения: эмболия о \ водами, ишемия отдельного участка и разрыв стенки ее, чаще всего- это типичная локализация: левое ребро, нижний маточный сегмент, передняя стенка матки.

СОСТОЯНИЕ ПЛОДА

- КТГ контроль – ранние и поздние децелерации
- Увеличение в крови плода ацетилхолина и норадреналина вызывает: зияние голосовой щели у плода и глубокие дыхательные движения – что вызывает аспирацию о\в, повышенную секрецию бронхов и легочной ткани – развитие респираторного дистресс-синдрома.

Обезболивание родов

- Немедикаментозное обезболивание:
 - акупунктура
 - чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНН)
- Медикаментозное обезболивание:
 - лекарственные средства парентерального введения д\снятия боли и тревоги
 - препараты, используемые д\ингаляционной аналгезии и анестезии
 - медикаменты д\местной инфильтрации и регионарных блокад

Обезболивание родов

- Наркотические анальгетики. Используют в большей степени для уменьшения боли, чем для полного прекращения:
 - Промедол
 - Фентанил
 - Буторфанол(морадол)
 - Пентазоцин(фортрал)

Обезболивание родов

- Транквилизаторы и седативные препараты:
 - диазепам
- Ингаляционное обезболивание родов:
 - закись азота (используют в активную фазу родов при открытии ш\матки не менее чем на 3-4 см и при наличии выраженной болезненности схваток
- Регионарная аналгезия в родах

Обезболивание родов

- Эпидуральная аналгезия.
- Выполнение эпидуральной аналгезии заключается в блокаде болевых импульсов от матки по эфферентным путям, входящим в спинной мозг на уровне сегментов Th 10- Th 12 и L1, при введении местного анестетика в эпидуральное пространство.
- Показания для эпидуральной анестезии являются выраженная болезненность схваток при отсутствии эффекта от других методов обезболивания, гипертоническая дисфункция матки, дистоция ш\м, артериальная гипертензия в родах, роды при гестозе и ФПН

Обезболивание родов

- Эпидуральную аналгезию проводят при установившейся регулярной родовой деятельности и открытии ш\м не менее чем на 3-4см.
- Существуют 2 варианта продолжения эпидуральной аналгезии:
 - 1. Повторное введение постоянной дозы, обеспечивающей блок сегмента Th 10, при возникновении болей
 - 2. Использование постоянной эпидуральной инфузии с применением такого же объема анестетика в час, но в половинной концентрации

Лечение ДРД

- Прогноз и план ведения родов составляют исходя из возраста, анамнеза, состояния здоровья роженицы, течение беременностей, акушерской ситуации, р-татов оценки состояния плода
- При всех факторах риска целесообразно избрать метод родоразрешения путем к\сечения

Лечение

- При отсутствии факторов риска или при наличии противопоказаний к кесечению проводят многокомпонентную коррекцию родовой деятельности.
- Родостимулирующая терапия при ДРД противопоказана

Лечение I степени

- Спазмолитики, анестетики, токолитики (β -адреномиметике), эпидуральная анестезия.
- Каждые 3 часа спазмолитики(но-шпа, баралгин, дипрофен, ганглерон) и обезболивающие (промедол, морфиноподобные препараты)
- 5-10% р-р глюкозы с витаминами(аскорб. к-та, вит. В6, Е и А в суточной дозировке)

Лечение I степени

- По устранению базального тонуса- β -адреномиметиков (партусистен, алуцент, бриканил). Вводят в \ в медленно первоначально со скоростью 5-8 кап \ мин, далее каждые 15 мин увеличивают на 5-8 кап., достигая максимума 35-40 кап \ мин.
- Токолиз заканчивают через 30 мин. От начала нормализации тонуса

Лечение I степени

- Через 30-40мин. Схватки самостоятельно возобновляются и носят регулярный характер.
- Показаниями к токолизу:
- Гипертоническая дисфункция сократительной деятельности матки и ее варианты
- Быстрые и стремительные роды
- Затяжной патологический прелиминарный период

Лечение I степени

- При дискоординации схваток необходимо устранить неполноценный плодный пузырь. Плодные оболочки должны быть разведены
- В связи с тем что аномалии родовой деятельности сопровождается снижением маточного и маточно-плацентарного кровотока и гипоксией плода, применяют:

Лечение I

- Эуфиллин
- Реополиглюкин, глюкозоновокаиновая смесь с агапурином или тренталом
- Актовегин
- Средства д\защиты плода (седуксен по 0.07 мг\кг массы тела роженицы)
- При раскрытии ш\матки на 4см.-эпидуральная анастезия
- Во втором периоде родов необходимо рассечение промежности, чтобы уменьшить механическое воздействие на головку плода

Лечение II степени

- Учитывая неблагоприятное влияние сегментарной дистонии на плод и новорожденного ведение родов через естественные родовые пути не является целесообразным
- Наиболее эффективной является эпидуральная анестезия

Лечение II степени

- Особое внимание обращают на ведение II периода родов. До самого рождения плода продолжают в\в спазмолитиков (но-шпа или баралгин), т.к может возникнуть задержка плечиков плода в спастически сокращенном маточном зеве
- Профилактика гипотонического кровотечения

Лечение II степени

- Если после токолиза родовая деятельность ослабла, схватки редкие, короткие, приступают к осторожной родостимуляции препаратами ПГЕ2
- Однако такое ведение родов может быть проведено только в тех случаях, когда невозможно произвести к\сечение.

Лечение III степени

- Благоприятного исхода родов можно добиться проведением операции кесарева сечения
- При тотальной дистоции матки, если позволяет ситуация (отсутствие инфекции, повышенной температуры тела, живой плод, не слишком длительный безводный промежуток) родоразрешение необходимо проводить только путем операции кесарева сечения.
- Производят сон-отдых на 2-3 часа
- После отдыха осуществляют острый токоллиз или производят эпидуральную анестезию

Стремительные роды

- Сопровождаются чрезмерно сильной родовой деятельностью и продолжаются у первородящих менее 4 часа, у повторнородящих – менее 2 ч.
- Осложнения – травмы и внутричерепные кровоизлияния, разрыв мозжечкового намета и повреждению черепа.
- Глубокие разрывы шейки матки, влагалища, пещеристых тел клитора, промежности, атонии матки в послеродовом периоде.

Лечение

- Токолитическая терапия – острый токолиз
- Наркоз, спазмолитическая и анальгетическая терапия – галотан ингаляционно, начиная с концентрации 0,5 об. % (с кислородом) увеличивая концентрацию до 3-4 об.% в течении 1,5-3 мин. Метамизол натрия \титофенон\фенпивериния бромид в \в 5 мл каждые 4 часа или тримеперидин 2% р-р в \в в 1 мл, однократно.