

**ФГАОУ ВПО БФУ имени Иммануила Канта МОН РФ
Медицинский институт
Кафедра акушерства и гинекологии**

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Пашов Александр Иванович
д.м.н., профессор**

Калининград, 2014





План лекции

- **Актуальность темы**
 - **Классификация**
 - **Слабость родовой деятельности**
 - **Дискоординированная родовая деятельность**
 - **Чрезмерно сильная родовая деятельность**
 - **Выводы**
- 



Роды – процесс изгнания плода из организма матери по окончании срока беременности

Силы, которые изгоняют плод, его плаценту и околоплодные оболочки через родовые пути матери в процессе родового акта, связаны с сокращениями матки



**Сокращения матки
начинаются в области её
«углов», откуда они
циркулярно
распространяются наружу и
вниз в виде
перистальтических волн**

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ

Сокращения матки
в первом периоде
родов приводят к
раскрытию шейки матки



Раскрытие шейки матки
возникает, когда давление
внутри матки достигает **20 мм
рт.ст. и выше**



ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ

Во втором периоде родов к основным изгоняющим силам – схваткам – добавляются вспомогательные – потуги, (непроизвольные сокращения мускулатуры диафрагмы и мышц передней брюшной стенки)

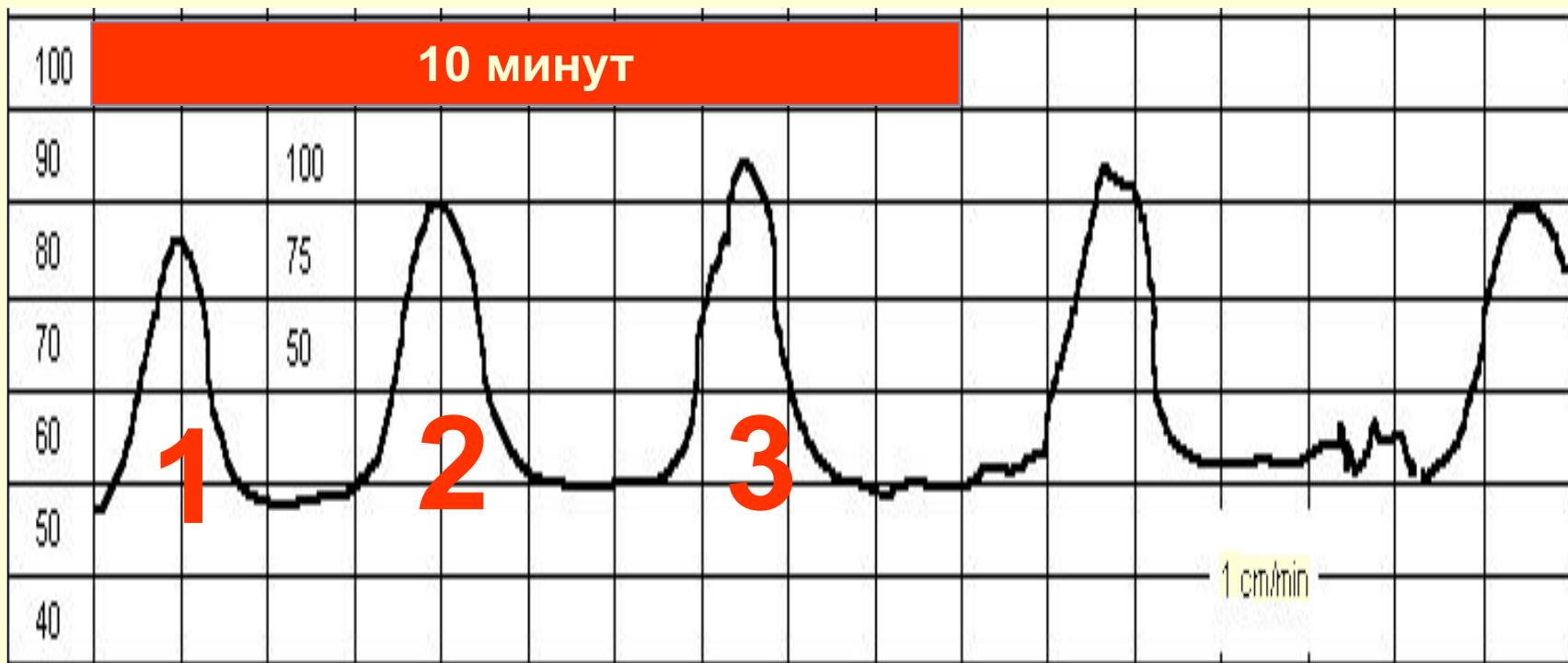
ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ



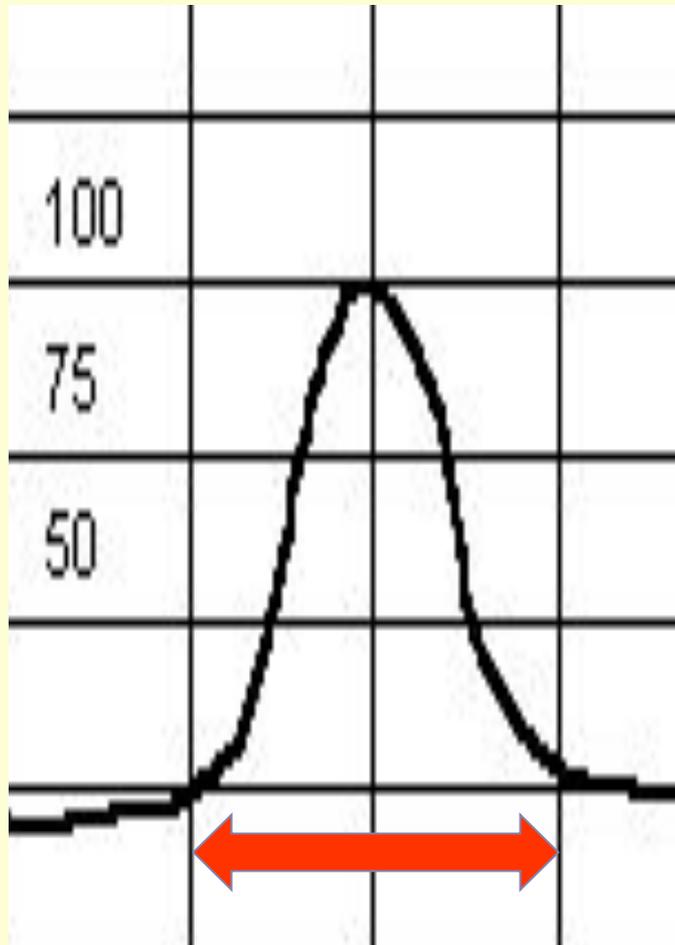
Сокращения матки в сочетании с потугами во втором периоде родов **продвигают плод по родовому каналу**

Характеристики нормальной родовой деятельности

Частота схваток: 3-5 схватки за 10 минут



Характеристики нормальной родовой деятельности

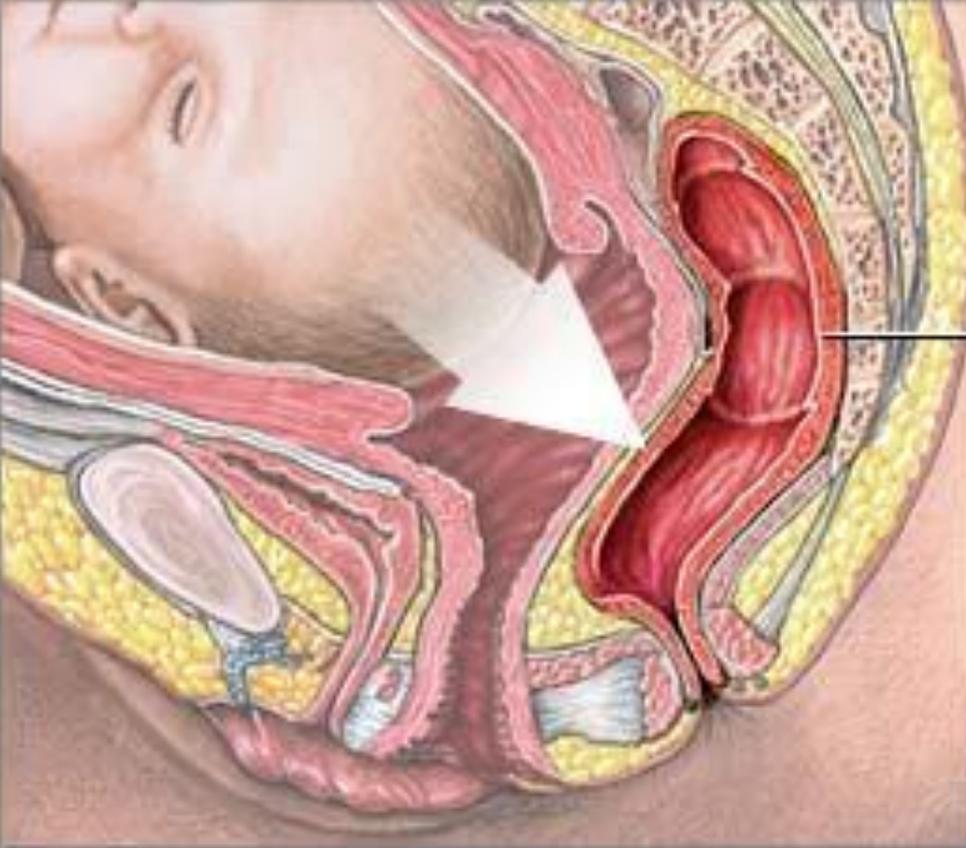


Продолжительность схватки

- **I период родов – 20-25 сек.**
- **II период родов – 40-50 сек.**

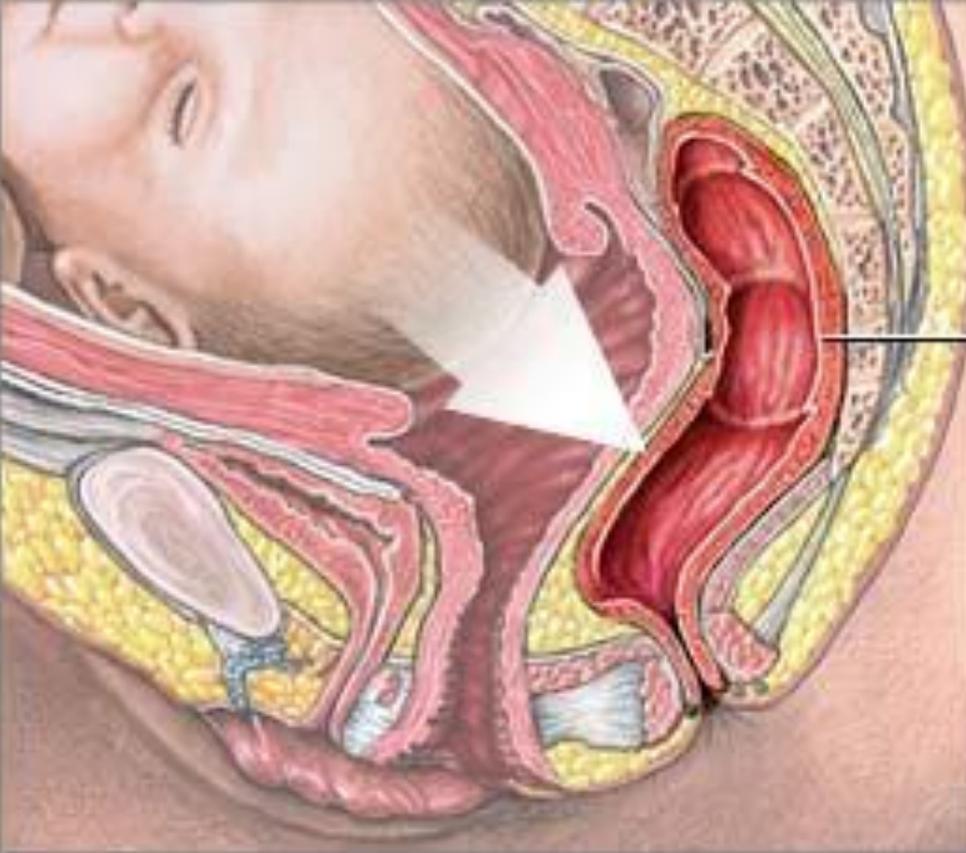
Характеристика первого и второго периода родов

Период родов	Первые роды	Повторные роды
Латентная фаза (от начала регулярных схваток до раскрытия шейки матки до 3-4 см)		
Средняя продолжительность (час.)	6,4	4,8
Максимально допустимая продолжительность (час.)	8	6
Скорость раскрытия (см/час)	0,3	0,35
Частота схваток (за 10 мин)	Не меньше двух	
Продолжительность схваток (сек.)	20-25	
Активная фаза (раскрытие шейки матки от 3-4 см до 10 см)		
Средняя продолжительность (час.)	4,6	2,4
Максимально допустимая продолжительность (час.)	11,7	5,2
Скорость раскрытия (см/час)	1,5-2	2-2,5
Частота схваток (за 10 мин)	3 - 5	
Продолжительность схваток (сек.)	40 - 50	
Второй период родов		
Максимально допустимая продолжительность	2	1



Аномалии родовой деятельности (7-20%)

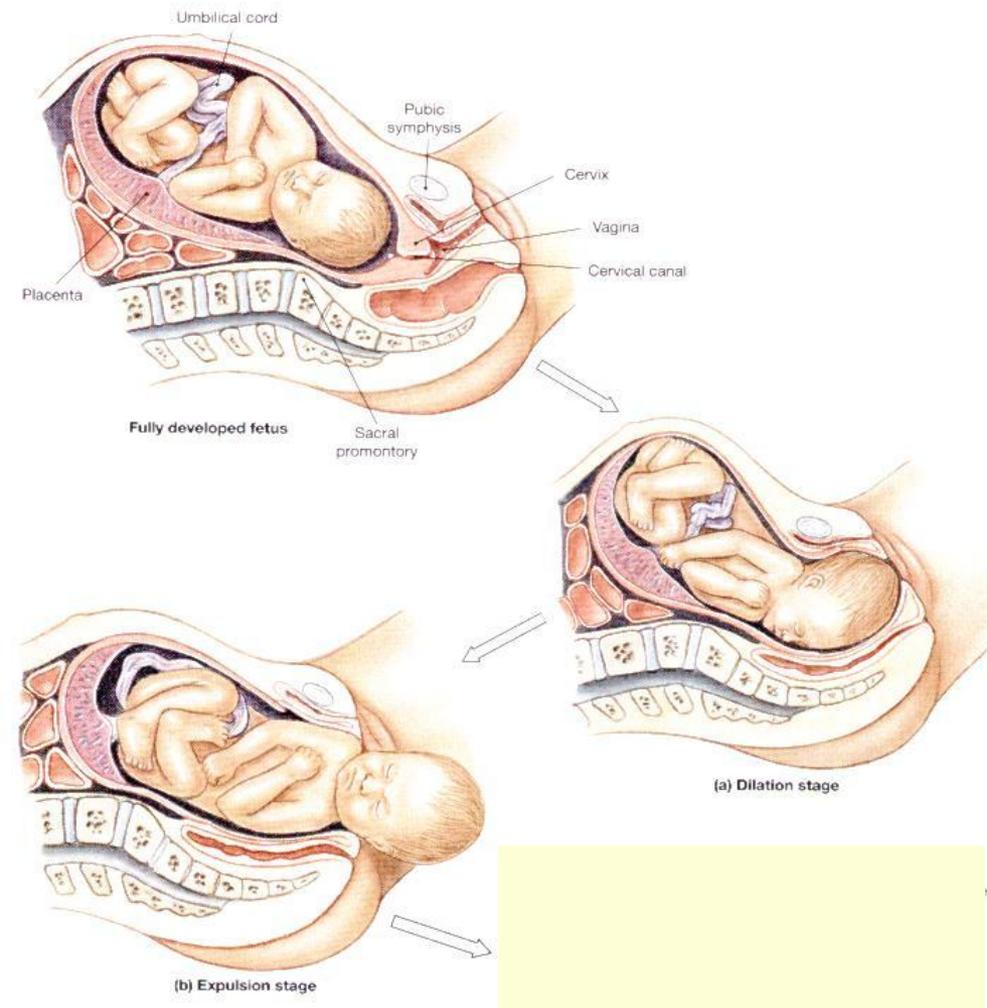
- **Состояние, когда частота, продолжительность, ритм и сила схваток и потуг, не обеспечивают динамического продвижения плода и изгнание его без нарушения биомеханизма родов**



Аномалии родовой деятельности

Возможны расстройства каждого из показателей сократительной деятельности матки

- ритма
- частоты
- координации сокращений
- интервалов между схватками и потугами
- продолжительности родов



Аномалии родовой деятельности

Аномалии сократительной деятельности матки возможны в любом из периодов родов:

- **прелиминарном**
- **латентной фазе**
- **активной фазе**
- **потужном периоде**

Классификация

I. Патологический прелиминарный период

II. Слабость родовой деятельности

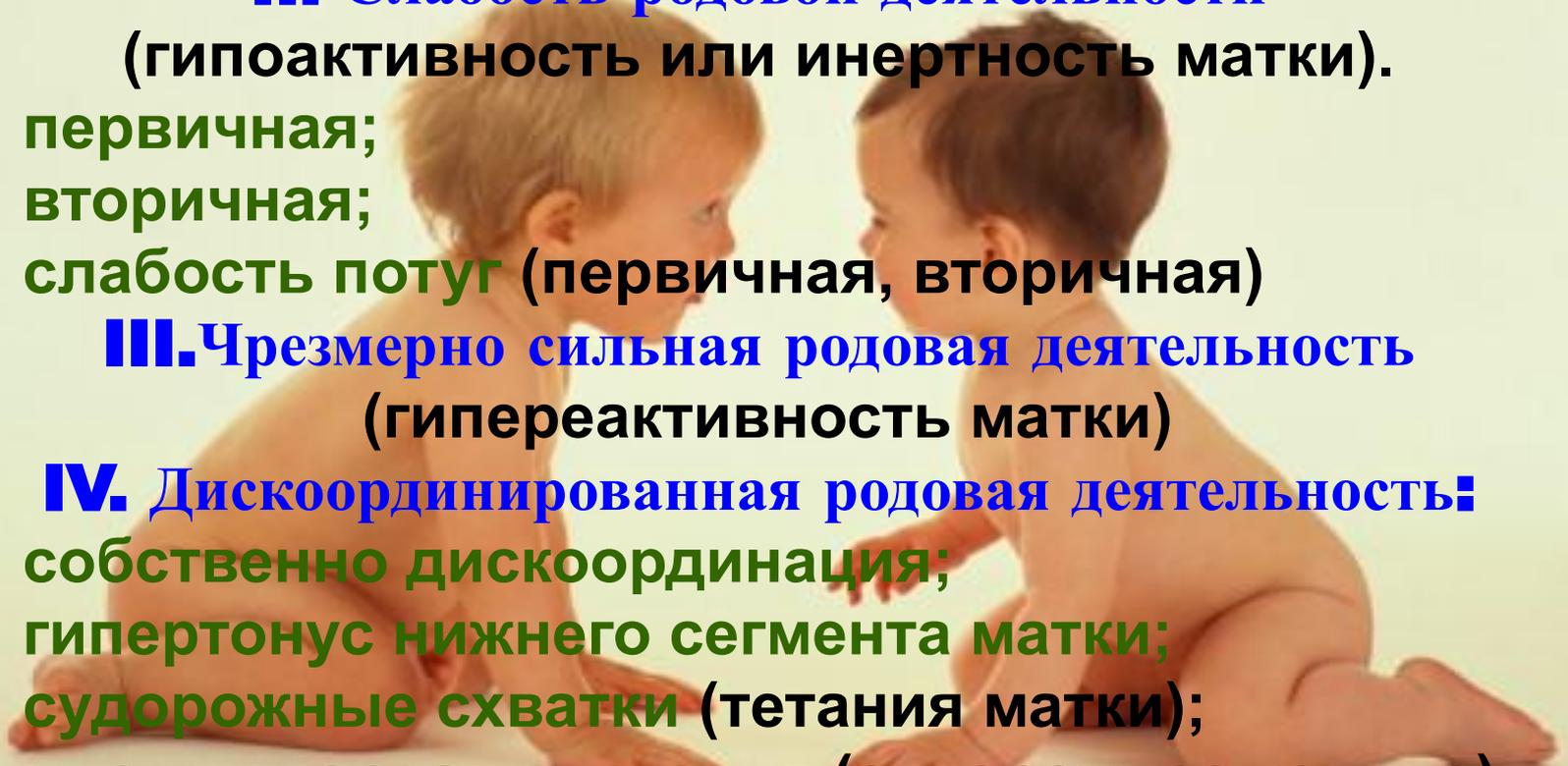
(гипоактивность или инертность матки).

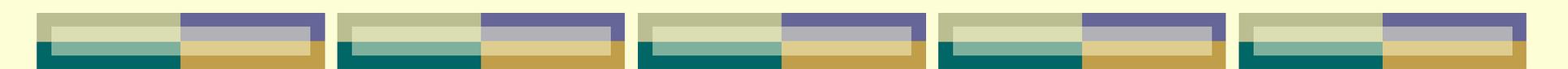
1. первичная;
2. вторичная;
3. слабость потуг (первичная, вторичная)

III. Чрезмерно сильная родовая деятельность
(гиперреактивность матки)

IV. Дискоординированная родовая деятельность:

1. собственно дискоординация;
2. гипертонус нижнего сегмента матки;
3. судорожные схватки (тетания матки);
4. циркуляторная дистония (судорожное кольцо);
5. дистония шейки матки.





Классификация соответствующая Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (Код по МКБ - 10).

О62 Нарушения родовой деятельности (родовых сил)

О62.0 Первичная слабость родовой деятельности.

О62.1 Вторичная слабость родовой деятельности.

О62.2 Другие виды слабости родовой деятельности.

О62.3 Стремительные роды.

О62.4 Гипертонические, нескоординированные и затянувшиеся сокращения матки.

- **Исключено:** дистоция (трудные роды) (плодного происхождения), (материнского происхождения) БДУ (**О66.9**)

О62.8 Другие нарушения родовой деятельности.

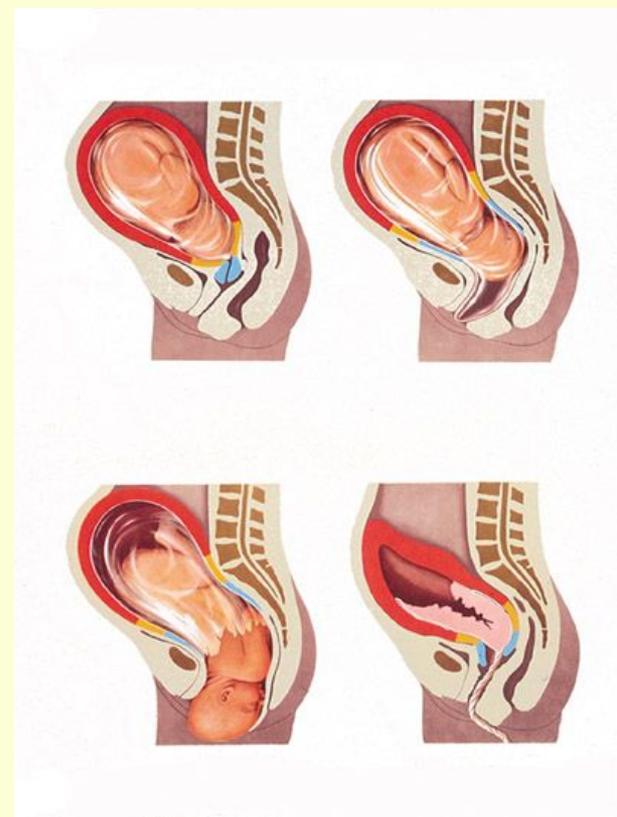
О62.9 Нарушения родовой деятельности неуточненное.



Регуляция моторной функции матки осуществляется нервными и гуморальными путями

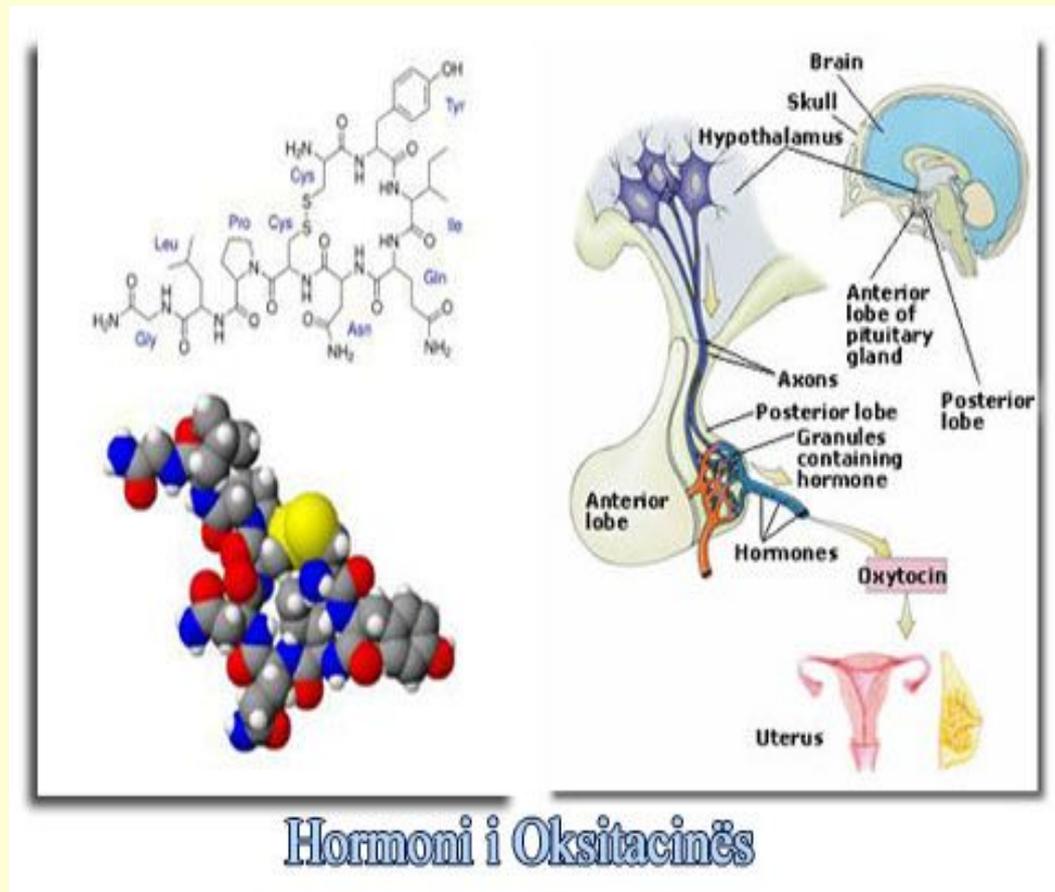
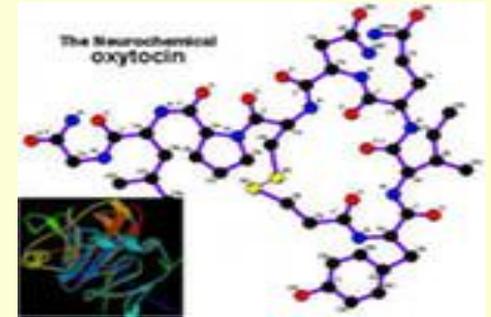
Основные тономоторные средства

- Окситоцин
- Простагландины F2 α



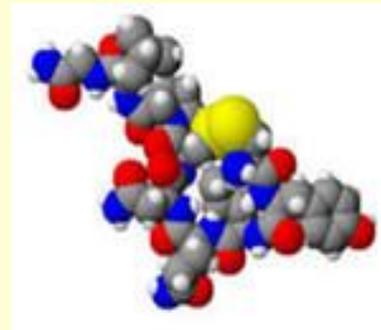
ОКСИТОЦИН

Вырабатывается
в ядрах
гипоталамуса и
накапливается в
нейрогипофизе.



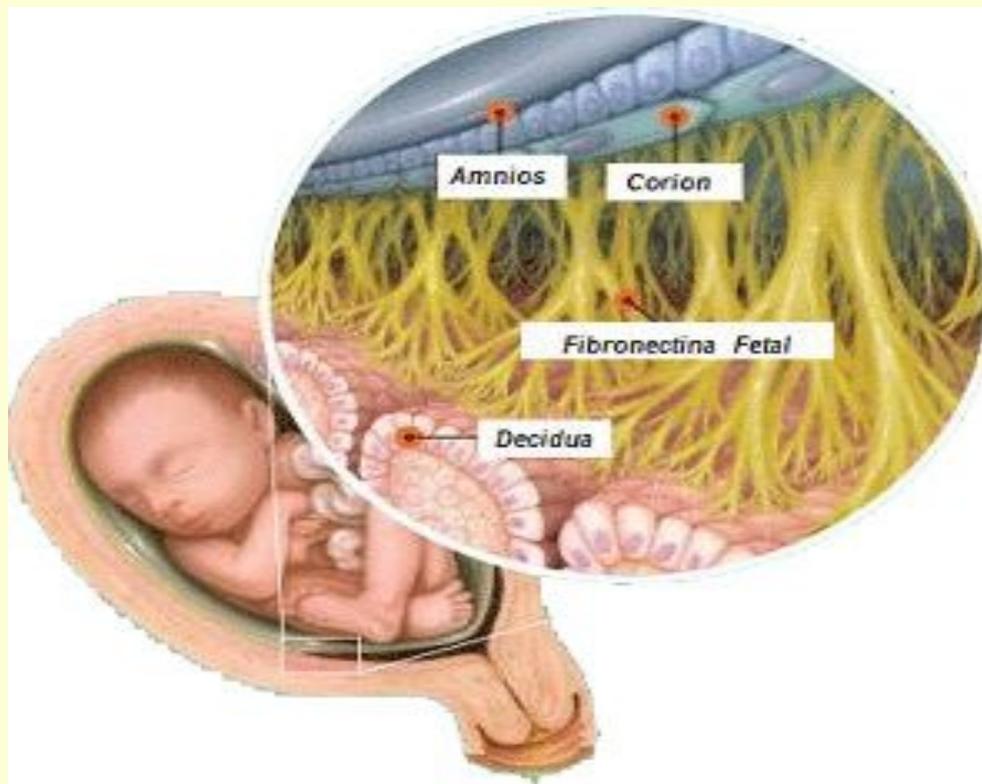
ОКСИТОЦИН

- Окситоцин действует непосредственно на мышечные волокна, **снижая потенциал покоя клеточной мембраны и, тем самым, порог раздражимости МЫШЦЫ.**



Простагландины F2 α

Простагландины F2 α являются главным **утеротоническим средством**,
вырабатываются в **децидуальной ткани**.



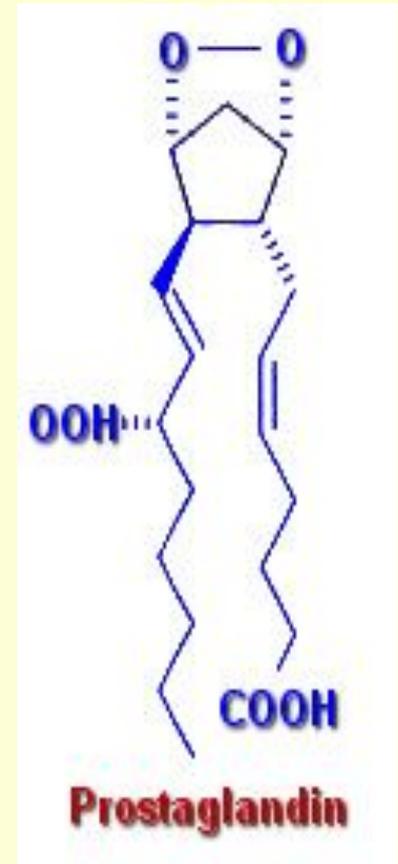
Простагландины F2 α

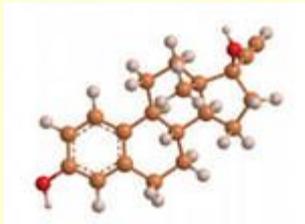
Предшественник – арахидоновая кислота.



Простагландины F2 α

- Незадолго до наступления родов **наблюдается повышение** в плазме беременной концентрации простагландинов, что **связывают с активацией децидуальной ткани** перед родами и увеличением в ней синтеза **простагландина F2 α .**





Эстрогены



- **Эстрогены** - не вызывают сокращения, но **увеличивают раздражимость** мускулатуры матки и **чувствительность рецепторов** к окситоцину.
- Они регулируют **синтез актомиозина**, увеличивают накопление АТФ и ионов калия, натрия, кальция и микроэлементов кобальта, железа, цинка, стимулируют **α -адренорецепторы**.



- Существенно влияние эстрогенов **на созревание шейки матки.**

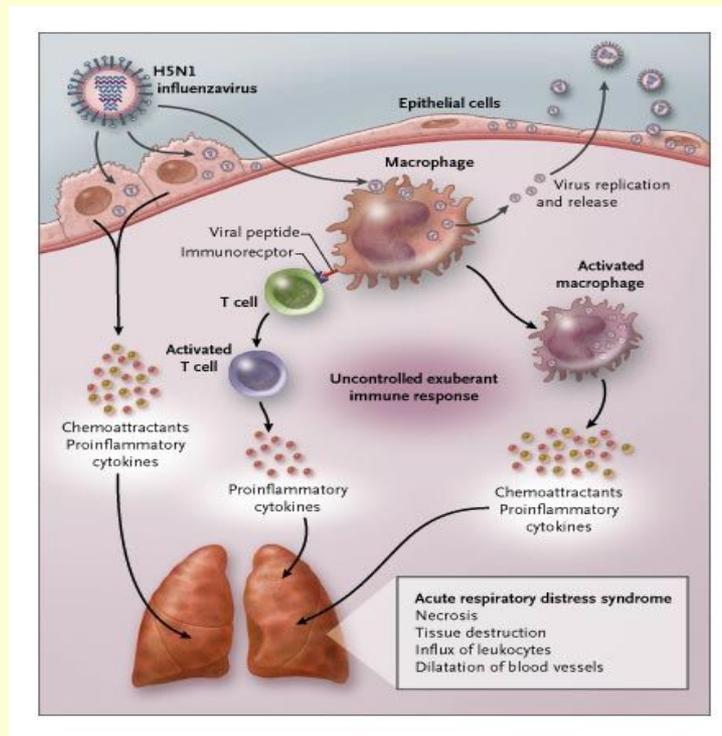


- Эстрогены формируют **окситоциновые межмышечные промежуточные соустья**, которые обеспечивают волну мышечного сокращения.

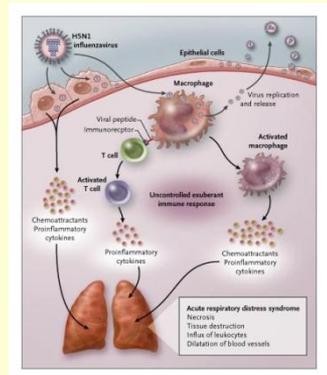


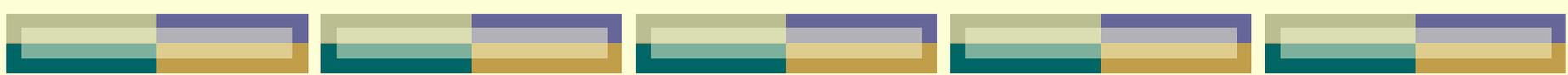
Цитокины

- **Цитокины** - биологически активные полипептиды, образуются в организме макрофагами, моноцитами и др.

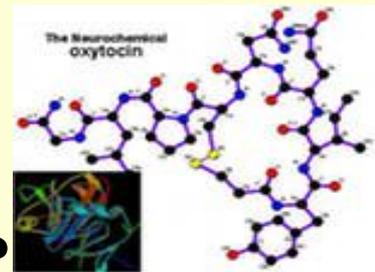


- **Распад нейтрофилов стимулирует продукцию цитокинов - интерлейкинов.**
- **Число нейтрофилов в шейке матки увеличивается в поздние сроки беременности, обеспечивая, таким образом, продукцию цитокинов, то есть стимулируя подготовку шейки матки к началу родов.**
- **Многие цитокины получены из ткани амниона, плаценты, миометрия.**





- **Простаглицлин** - простаглицландин I₂ - ингибитор сокращения. Вырабатывается **в амнионе**.
- **Релаксин** - полипептид, продуцируемый желтым телом яичника, плацентой и децидуальной тканью. Гормон **сдерживает сокращение матки**, регулируя таким образом их интенсивность. Он **способствует созреванию шейки матки**, влияя на соединительную ткань.
- **Катехоламины** - обеспечивают контроль тонусом миометрия при беременности и расслабление матки между схватками в родах.



Гуморальные вещества, влияющие на созревание шейки матки

- Эстрогены
- Простагландины E2
- Цитокины



Диагностика аномалий родовой деятельности

- Диагноз аномалий родовой деятельности устанавливается после динамического наблюдения за роженицей **на протяжении 6-8 часов в латентной фазе и 2-4 часов в активной фазе** в сравнении с графиком раскрытия шейки матки и продвижением предлежащей части по родовым путям в соответствии с нормальной партограммой.





Слабость родовой деятельности

- Слабость родовой деятельности – это такое состояние, при котором интенсивность, продолжительность и частота схваток недостаточны, поэтому темпы раскрытия шейки матки и продвижение плода по родовому каналу происходят замедленными темпами.

Осложнения:

- выше материнский и детский травматизм;
- выше перинатальная заболеваемость и смертность (ранняя неонатальная смертность **в 4-5 раз**, мертворождаемость **в 2-3 раза**);
- чаще инфекционные осложнения в родах и в послеродовом периоде;
- послеродовые кровотечения (примерно **в 3-4 раза** выше).



Первичная слабость родовой деятельности – до 6 см открытия маточного зева (8-10%)

Патогенез:

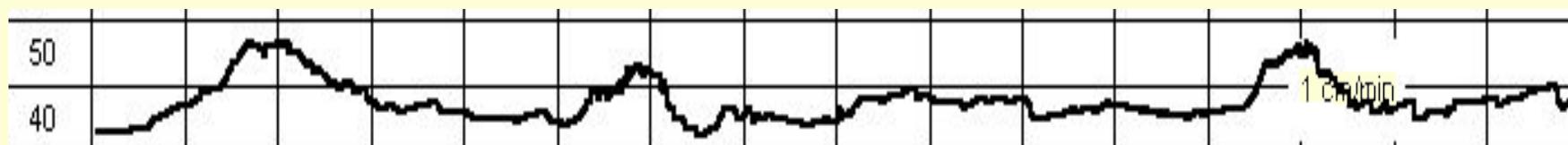
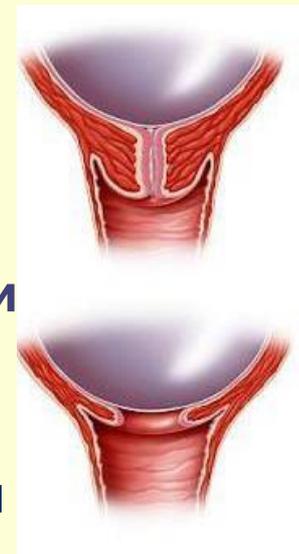
- снижение уровня гормональной насыщенности (прежде всего эстрогенной);**
- нарушение белкового, углеводного и жирового обмена;**
- низкий уровень ферментативной активности (ферментов цикла Кребса);**
- нарушение рецепторного аппарата матки.**



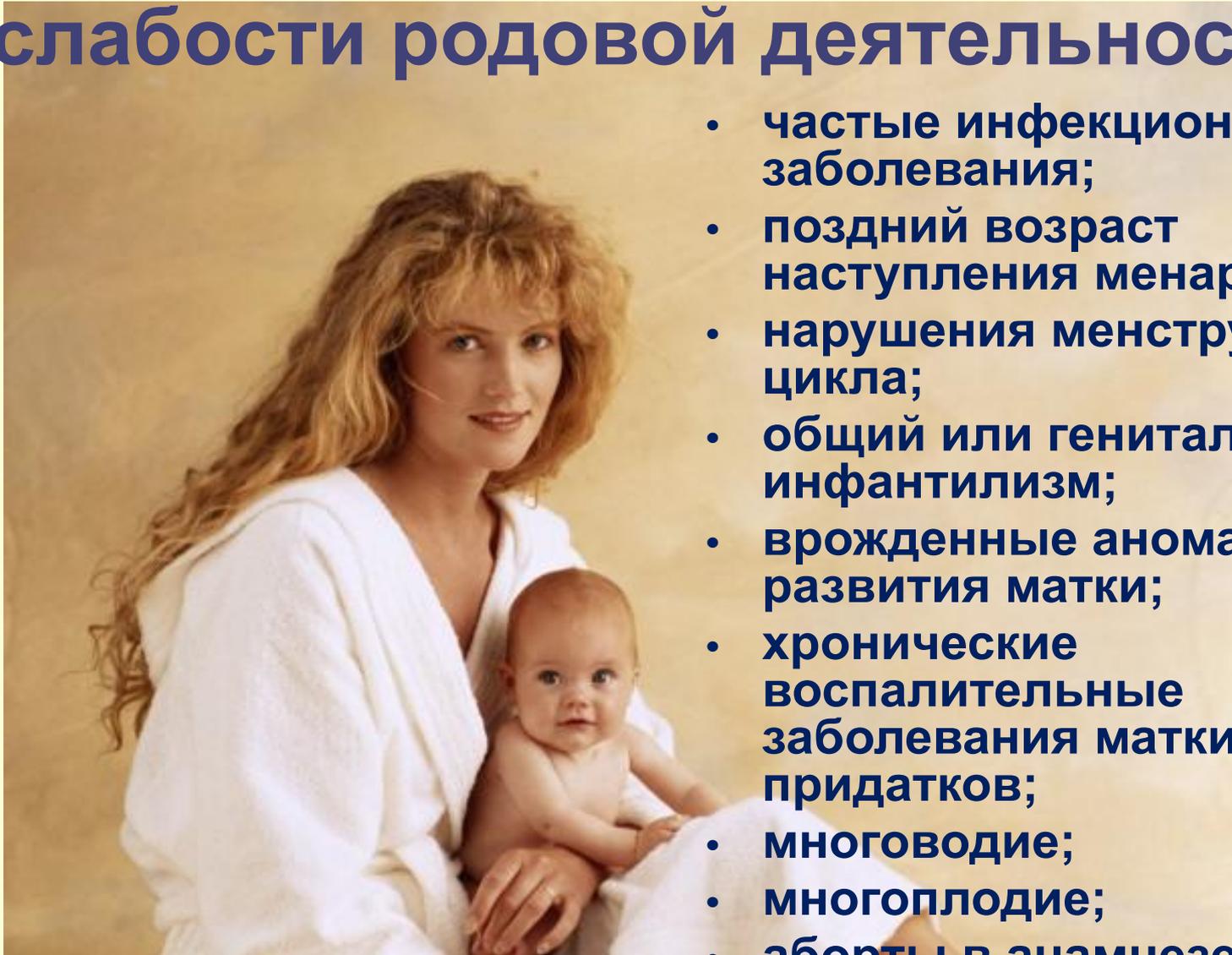
Слабость родовой деятельности

Признаки в первом и втором периоде родов:

- схватки имеют недостаточную силу и продолжительность (менее 25-30 мм рт. ст.);
- промежуток между схватками увеличивается они становятся редкими (менее 2 за 10 мин.) и короткими с самого начала родовой деятельности;
- замедляется сглаживание и раскрытие шейки матки;
- замедляется продвижение головки плода по родовым путям при полном соответствии размеров плода и таза матери.



Группа риска по развитию слабости родовой деятельности:



- частые инфекционные заболевания;
- поздний возраст наступления менархе;
- нарушения менструального цикла;
- общий или генитальный инфантилизм;
- врожденные аномалии развития матки;
- хронические воспалительные заболевания матки и придатков;
- многоводие;
- многоплодие;
- аборты в анамнезе.

Группа риска по развитию слабости родовой деятельности:

- переносимая беременность;
- эндокринопатии и ожирение;
- опухоли матки;
- донная локализация плаценты;
- хроническая ФПН и ЗВРП;
- рубец на матке после кесарева сечения (реже других операций);
- анатомический узкий таз;
- первородящие после 30 лет.





- При слабости родовой деятельности часто происходит **несвоевременное излитие околоплодных вод**, что приводит к повышенному риску развития инфекции в родах.
- Наличие инфекции в родах, в частности **хориоамнионит**, может еще больше усугубить слабость родовой деятельности.

Вторичная слабость родовой деятельности – после 6 см открытия маточного зева или во 2 периоде (2,5%)

- **возникает после какого-то периода хорошей родовой деятельности, как в I, так и во II периоде родов.**

К причинам вторичной слабости следует прежде всего отнести:

- **утомление роженицы;**
- **несоответствие между размерами плода и таза матери;**
- **перерастяжение матки;**
- **случаи неправильного активного ведения родов, без учета естественных биологических процессов.**



Диагностика

- Клиническое наблюдение за роженицей **в течение не менее 4-8 часов;**
- Подсчет схваток.
- Данные влагалищного осмотра в динамике.
Если по истечении 12 часов у первородящих и 6 часов у повторнородящих не наступило раскрытие маточного зева на 6 см, можно ставить диагноз первичной слабости родовой деятельности.
- Фиксация их силы и тонуса матки – в динамике.
- Мониторное наблюдение за характером родовой деятельности.
- Гистерография.
- Наружная кардиотокография с визуальной или компьютерной обработкой полученных данных.



Лечение слабости родовой деятельности

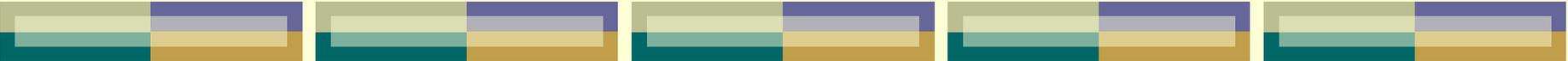
- Составляя план ведения родов конкретной роженицы, врач **акушер должен запрограммировать критические периоды, в которые он должен контролировать и корректировать ход родов, те или иные отклонения от нормального их течения – для этого врач должен прежде всего точно представлять, то что должно происходить в этот период.**
- **Чем раньше врач заподозрит слабость родовой деятельности, тем больше он имеет шансов их устранить!!!**

- Обычно это не так уж трудно сделать, так как **маточная активность заметно снижена, нет хорошей динамики раскрытия маточного зева.**
- При вагинальном исследовании врач должен **оценить силу давления головки на шейку матки в период схватки.**
- При слабости родовой деятельности **эта сила незначительна и это лучше всего подскажет врачу, не имеющему специальной аппаратуры, что роды принимают нежелательный характер.**





- При первичной слабости родовой деятельности прежде всего **следует выяснить ее причину**, постараться эту причину устранить, если это возможно, а затем при помощи **утеротонических средств** произвести родоусиление.
- В настоящее время во всем мире **отказались от огромного количества всевозможных схем родостимуляции**.

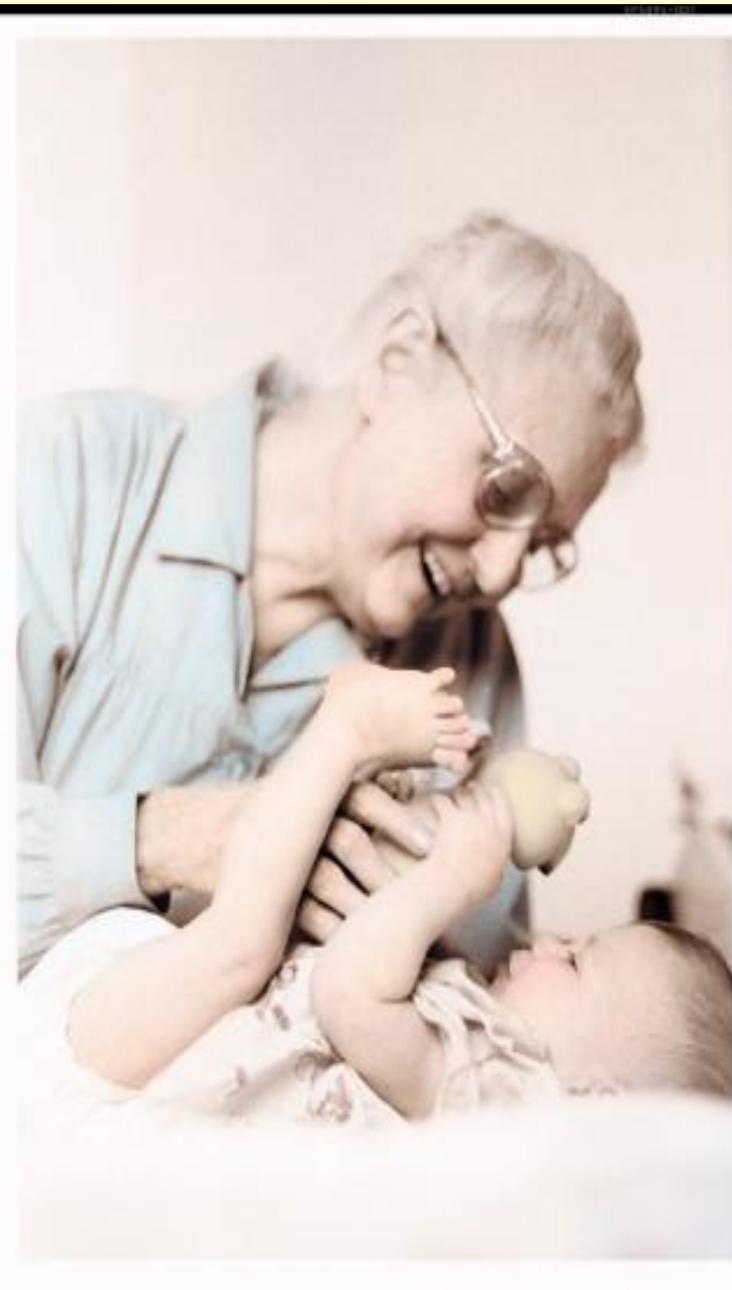


Лечение первичной слабости родовой деятельности

- **1. Амниотомия (РАННЯЯ)!**
 - **2. Родоусиление
медикаментозными средствами.**
- 

Амниотомия

- Из акушерских пособий, применяемых для управления и ускорения родов следует указать вскрытие плодного пузыря.
- Еще Н. Н. Феноменов писал: *«Вскрытие плодного пузыря – могучее, подчас единственное средство родоусиления».*
- Другой виднейший русский акушер К.К. Скробанский указывал, что *«Разрыв пузыря не только ускоряет роды, но и значительно повышает эффективность наших обезболивающих методов, так как боли - подчас именно перед отхождением вод - теряют свой нестерпимый характер».*
- Тактика ранней амниотомии (строго по показаниям) приводит к уменьшению средней продолжительности родов приблизительно на **60-120** минут.





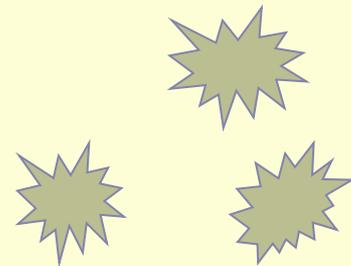
Стимуляцию проводят

окситоцином,

простагландинами или

**сочетанием окситоцина и
простогландинов.**

Введение препаратов чаще
всего внутривенное капельное,
что делает возможным
индивидуальный подбор
адекватной дозы.



- Введение окситоцина начинают при открытии маточного зева не менее чем на **2-3 см**, то есть на «зрелой» шейке матки.
- Обязательным условием является – **отсутствие** плодного пузыря!!!
- Окситоцин в дозе **2,5 ЕД** в разведении на 200 мл 5% глюкозы + **2,0-4,0** мл дротаверина и вводят в/в кап с **6** капель/мин (**3МЕД/мин**), затем ч/з **20-30** мин добавляют по **5-6** капель/мин (**3МЕД/мин, 1,8** мл/мин), до достижения эффекта (**4-5** схваток за **10** мин).
- Максимальная скорость введения окситоцина не более **30** капель/мин (**19** МЕД/мин, **11,4** мл/мин).



- Если в течении **3 – 4 часов** родостимуляции не удастся получить адекватного эффекта, дальнейшее введение окситоцина нецелесообразно.
- Роды следует **закончить операцией кесарева сечения!**
- Можно также использовать **дезаминоокситоцин 25 ЕД**, который дают роженице трансбуккально, затем каждые **30 минут** препарат дают повторно.
- Максимальная **доза 100 ЕД**.



Осложнения от применения ОКСИТОЦИНА

- разрыв матки;
- тетанус матки;
- упорная слабость родовой деятельности;
- отслойка нормально расположенной плаценты;
- эмболия околоплодными водами (при стимуляции на целом плодном пузыре);
- острая гипоксия плода вследствие нарушения маточно-плацентарного кровообращения;
- интранатальная гибель плода.



Осложнения от применения окситоцина

В родах при введении окситоцина необходим мониторинг за состоянием плода

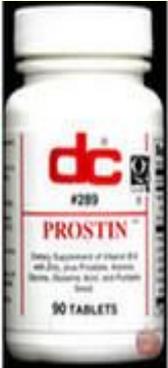


ОКСИТОЦИН



- Длительность введения окситоцина более **2-4** часов для плода непредсказуема;
- Если после введения **2,5** ЕД окситоцина **вы** получили положительный эффект – продолжить роды на фоне родостимуляции.

Лечение слабости родовой деятельности



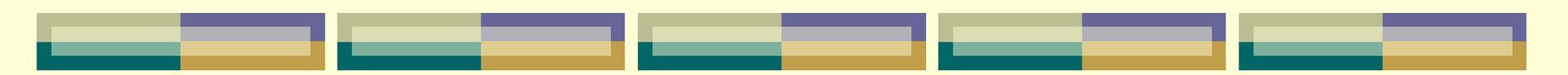
Простагландины



- Энзапрост (ПГ F2α);
- Простенон (ПГЕ2) (динопрост 5 мг/мл).
- Простагландины (F2α) вводят в/в капельно по схеме введения окситоцина (**max – 25-30 капель минуту**).
- Наибольший эффект дает **комбинированное применение** 1,25 (2,5) ЕД окситоцина и 1,25 (2,5) мг простагландина в одном флаконе 250 (500) мл.



- При **вторичной слабости родовой деятельности**, в случае **неэффективности родостимуляции**, когда головка плода находится в полости малого таза, очень часто роды приходится заканчивать операцией **ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ИЛИ НАЛОЖЕНИЕМ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ**, так как условий для проведения операции кесарева сечения уже нет.



Лечение слабости родовой деятельности

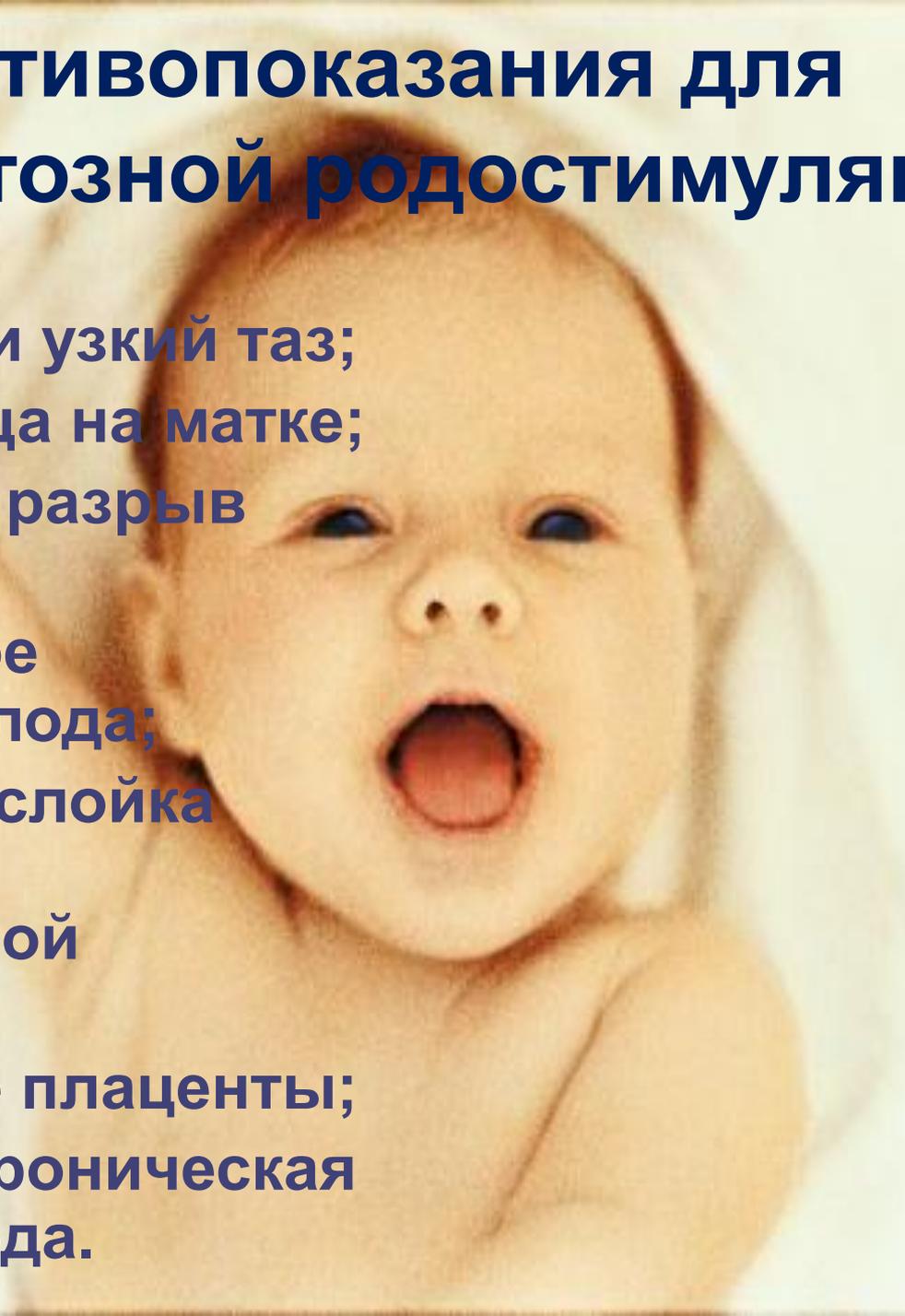
Зависит от:

- ее своевременности;
- возраста женщины;
- целостности плодного пузыря;
- предшествующего акушерского анамнеза (бесплодие, мертворождение, невынашивание и т. д.);
- сопутствующих акушерских осложнений;
- экстрагенитальных заболеваний.

Поэтому слабость родовой деятельности в одних случаях требует лечения, а в других является показанием для оперативного родоразрешения.

Противопоказания для медикаментозной родостимуляции (I)

- анатомически узкий таз;
- наличие рубца на матке;
- угрожающий разрыв матки;
- неправильное положение плода;
- частичная отслойка нормально расположенной плаценты;
- предлежание плаценты;
- острая или хроническая гипоксия плода.



- состояние после восстановления мочеполовых или кишечнополовых свищей;
- утомление роженицы;
- непереносимость; окситоцина
- преэклампсия;
- ЗВРП II или III степени;
- недоношенная беременность;
- переношенная беременность;
- тазовое предлежание крупного плода.



- С целью профилактики кровотечения в III периоде родов – в/в капельное введение окситоцина или энзапроста необходимо продолжить до отделения плаценты и выделения последа!
- В раннем послеродовом периоде – не менее 30 минут – 2 часов (в несколько меньшем темпе).



Пациентки высокого риска

- **После кесарева сечения** одна доза **Пабала** (100 мкг/мл) вводится внутривенно как можно быстрее после родов, желательно до отделения плаценты.
- **После рождения через естественные родовые пути** одна доза **Пабала** (100 мкг/мл) вводится внутримышечно в верхнюю часть бедра как можно быстрее после отделения плаценты.

ПАБАЛ 100 мкг/мл

КАРБЕТОЦИН

Раствор для внутривенного и
внутримышечного введения
5 ампул по 1 мл

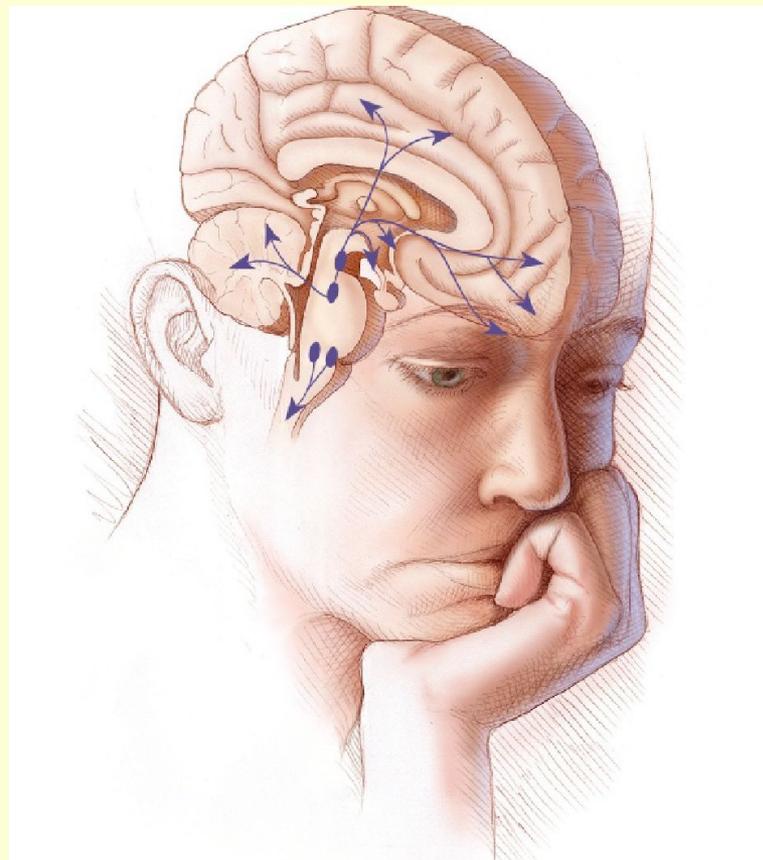
Стерильно

Ферринг Инк, Канада

FERRING
PHARMACEUTICALS

Дискоординированная родовая деятельность (1-3%)

- **Под дискоординированной родовой деятельностью понимают отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой ее половинами, дном матки, телом матки и нижним ее сегментом.**



Дискоординированная родовая деятельность

- В клиническую практику нашей страны это понятие стало внедряться в середине 60 годов.
- Среди тех, кто активно этому способствовал был профессор **Аркадий Михайлович Фой** - первый заведующий кафедры акушерства и гинекологии КрасГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого (1943-1945), который до этого работал в Ленинграде, а затем долгие годы в Саратове.



Проф. И.С. Сидорова «Профилактика и лечение дискоординированной родовой деятельности» (1987).

- Предложена классификация собственно **дискоординированной родовой деятельности** (первичная и вторичная)
- Согласно данным исследований сотрудниками Волгоградской кафедры акушерства и гинекологии ФУВ (зав. проф. С.В. Вдовин) ведущим патогенетическим механизмом в развитии ДРД является **функциональное нарушение нервной регуляции.**
- У всех беременных и рожениц с этой патологией выявляется **состояние перевозбудимости**, как стволовых структур, так и вегетативной нервной системы.
- При этом на фоне повышения ее тонуса происходит **преобладание парасимпатического влияния** над симпатическим.



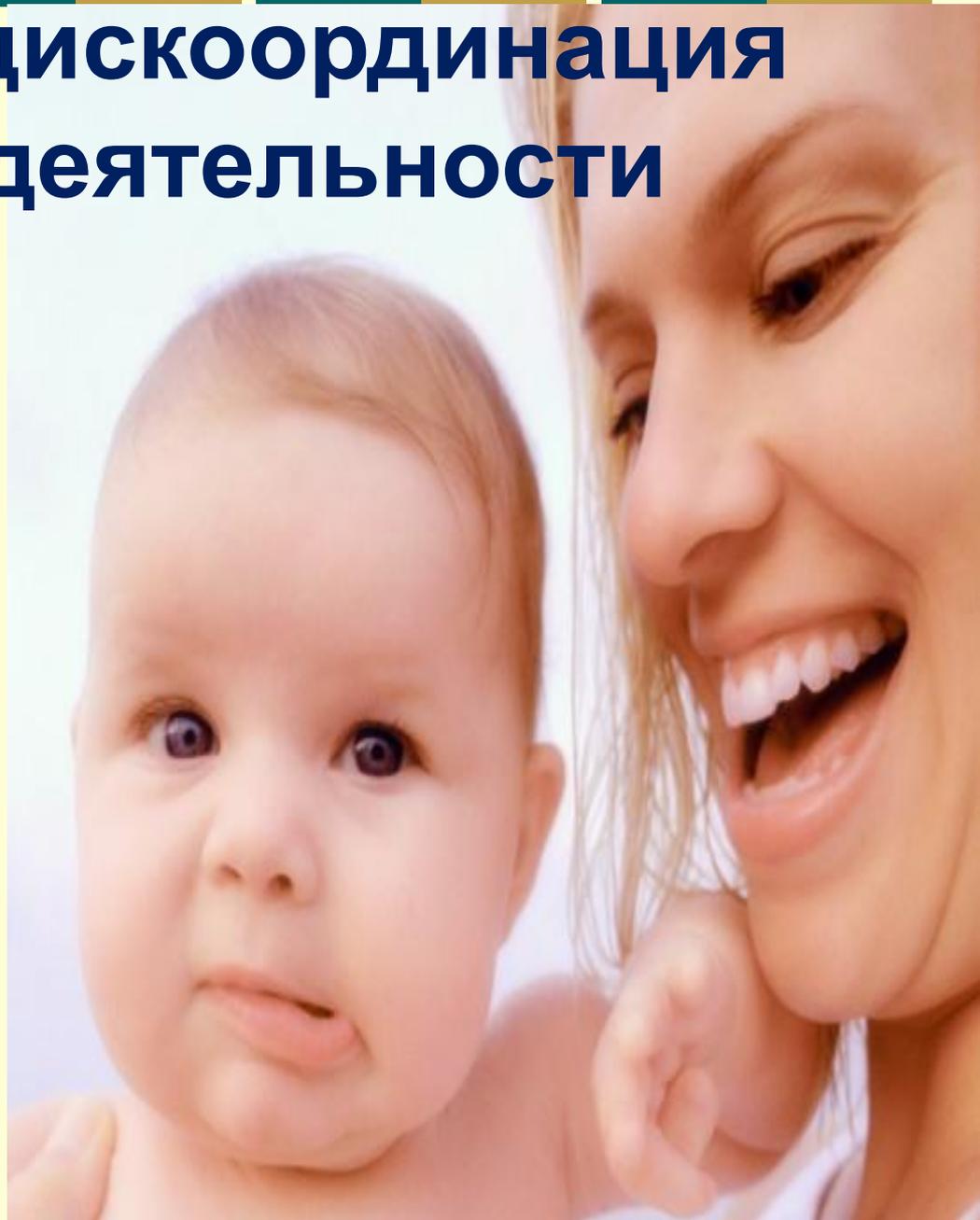
Первичная ДРД

- Эта патология возникает вследствие **нарушения нейрогуморальной регуляции** у женщин, страдающих различными заболеваниями эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой системы, а также при **органических и функциональных изменениях** в миометрии матки, при хронической ФПН.
- В результате этого мускулатура определенных участков матки **теряет способность отвечать** сокращениями на нервные импульсы.



Вторичная дискоординация родовой деятельности

- Развивается в процессе родов и либо является продолжением первичной ДРД, либо возникает в результате препятствий для раскрытия шейки матки (плоский плодный пузырь, рубцовая деформация шейки матки, шеечная миома матки, клинический узкий таз).
- Очень часто ДРД является следствием неправильного ведения родов: при недостаточном обезболивании, попытке проведения родостимуляции при «незрелой» шейке матки или отсутствии показаний к родостимуляции.



Клиника

- Собственно ДРД характеризуется наличием болезненных, нерегулярных, временами частых схваток, болезненностью в области поясницы и нижних отделов живота.
- Часто отмечается незрелость шейки матки, плоский плодный пузырь, несвоевременное излитие околоплодных вод.
- Предлежащая часть длительное время остается подвижной или прижатой ко входу в малый таз.
- Динамика раскрытия шейки матки практически отсутствует или крайне недостаточная.
- Наступает утомление роженицы и родовая деятельность может полностью прекратиться.



Принципы лечения ДРД

Трехэтапный принцип лечения ДРД

Первый этап

Введение наркотических анальгетиков (промедол 2% - 2 мл); Седативных (реланиум – 10 мг), спазмолитических препаратов (но-шпа – 2 мл) внутримышечно

Второй этап

Внутривенное капельное введение β -адрено-миметиков (гинипрал 0,01 Мг в 200 мл 5% р-ра глюкозы – в течение 60 мин. начиная с 6 кап. – до 60 кап. в минуту)

Третий этап

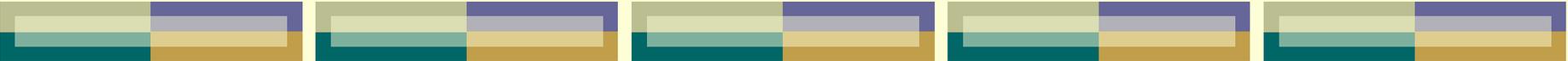
Непрерывная ЭА
При отсутствии клинического эффекта в течение 2 часов с момента полной региональной блокады – операция кесарева сечения

Первый этап – если в течение 2-х часов нет эффекта, то переходят ко второму этапу; второй этап – в течение первых 30 мин. – прекращение схваток, затем их нормализация; при отсутствии эффекта второго этапа – третий этап Эпидуральная анестезия

Эпидуральная анестезия в лечении ДРД

- В последнее время очень широкое распространение во многих зарубежных и отечественных акушерских клиниках нашло проведение метода эпидуральной анестезии в комплексе лечения ДРД.
- При первичной ДРД, когда от начала родовой деятельности прошло **не более 4-5 часов** – применение эпидуральной анестезии в сочетании со спазмолитиками и седативными препаратами в большинстве случаев нормализует родовую деятельность.
- Эффект – **при раскрытии не менее 4 см** (то есть практически – активная фаза родов)





Преимущества ЭА перед другими методами обезболивания в родах

- Управляемость родового акта;**
 - Возможность оптимальной сенсорной и симпатической регионарной блокады;**
 - Регуляция сократительной деятельности матки;**
 - Отсутствие или незначительное токсическое влияние на плод;**
 - Возможность управления гемодинамикой роженицы при родах высокого риска;**
 - Возможен трехэтапный подход к лечению ДРД.**
- 



Предоставление медикаментозного сна-отдыха на 1-1,5 часа (ГОМК, оксибутират натрия) – УСТАРЕВШИЙ МЕТОД!!!

Патологический прелиминарный период

1. Подготовительные сокращения матки болезненны, носят нерегулярный характер и долгое время не переходят в родовую деятельность, лишают женщину сна и покоя;

Длительность ППП – более **6** часов.

2. Никаких структурных изменений шейки матки, (созревания) не происходит;
3. Возбудимость и тонус матки повышены;
4. Предлежащая головка плода не прижимается ко входу в малый таз (даже при отсутствии какой-либо диспропорции);



Патологический прелиминарный период

5. Из-за гипертонуса матки пальпация предлежащей части и мелких частей плода затруднена;
6. Нарушается психо-эмоциональное состояние беременной (она становится неуравновешенной, раздражительной, боится родов);
7. ППП нередко сопровождается вегетативными нарушениями (тремор рук, потливость, нарушения сна, вегето - сосудистая дистония)
8. Характерной особенностью для ППП является несвоевременное излитие околоплодных вод.





Лечение патологического прелиминарного периода

- **Токолиз** для нормализации возбудимости и снятия ее сократительной деятельности – «Гинипрал» 5,0 мл (Гексопреналина сульфат 25 мкг) в 400 мл 0,9% NaCl – 8-12 кап. в мин.);
- **Однократно морфиноподобные опиаты** («Промедол» 20-40 мг, «Трамал» 15-20 мг);
- **Спазмолитики** («Баралгин» 5,0 мл, Но-шпа 4,0 мл в/в 2 раза в день), **седативные** («Седуксен»)
- **Эпидуральная анестезия.**



- **ППП + «незрелая» шейка матки: лечение ППП и подготовка шейки матки простагландинами E2 (динопростон – гель интрацервикальный 500мкг/3г), которые вводят в шейечный канал ниже уровня в/зева) и мифепростоном 200 мг per os (однократно или с повторным приемом через 24 часа).**
- **С целью подготовки шейки матки также можно использовать ламинарии, катетер Фолея.**

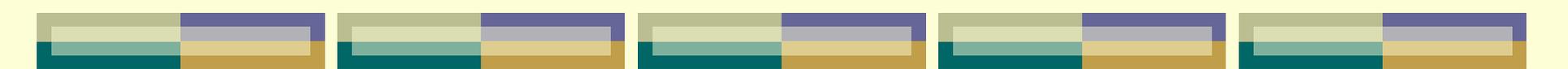


Преиндукционная подготовка шейки матки с помощью мифепристона, мизопростола

Используется при целом плодном пузыре.

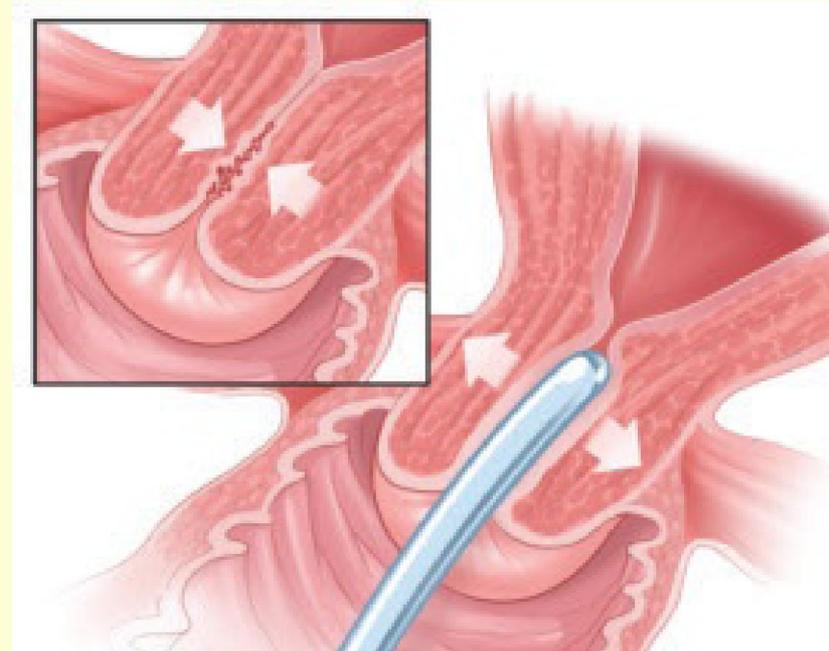
- ППП;
- Доношенная беременность при отсутствии биологической готовности к родам («незрелая» шейка матки);
- Преэклампсия средней тяжести;
- Гемолитическая болезнь плода (лёгкие формы);
- Переношенная беременность (?!);
- Хроническая плацентарная недостаточность и гипотрофия плода;
- Заболевания почек при отсутствии почечной недостаточности;
- Лёгкие формы сахарного диабета.



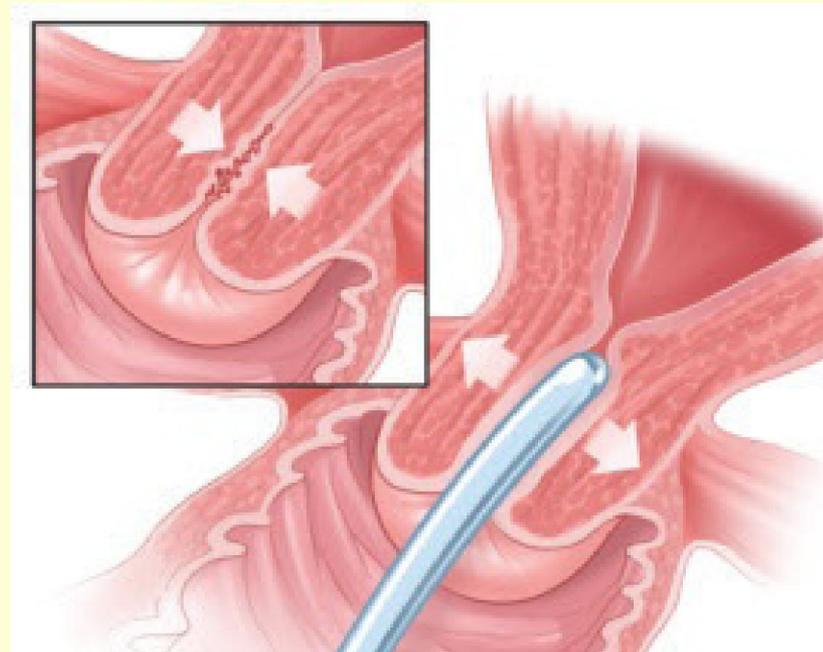
- 
- **ППП + «зрелая» шейка матки:** амниотомия, наблюдение 4-6 часов. При отсутствии спонтанной родовой деятельности – родовозбуждение окситоцином
 - **ППП + «незрелая» шейка матки + излившиеся околоплодные воды:** кесарево сечение
 - **ППП + «зрелая» шейка матки + излившиеся околоплодные воды:** наблюдение 4-6 часов. При отсутствии спонтанной родовой деятельности – осторожное родовозбуждение простагландинами
- 

Дистоция шейки матки

- **Дистоция шейки матки** - это нарушение крово- и лимфообращения в тканях шейки матки, в результате чего края маточного зева становятся толстыми, отечными, ригидными, плохо растяжимыми, иногда наблюдается неравномерное утолщение и плотность тканей.
- Чаще всего дистоция шейки матки возникает **на фоне органической структурной патологии шейки** (рубцы, невосстановленные разрывы)



Тактика при
дистоции шейки
матки —
кесарево сечение!



Гипертонус нижнего сегмента (обратный градиент)

- Патологическое состояние родовой деятельности, **когда волна сокращения начинается в нижнем маточном сегменте** и при этом нижний сегмент сокращается сильнее, чем тело матки и дно.
- Такие **схватки мало эффективны в отношении раскрытия шейки матки и продвижения плода**, так как основная масса мышечной мускулатуры находится в дне матки.
- **Особенность обратного градиента** такова, что эти сокращения (особенно на ранней стадии) направлены скорее на закрытие шейки матки, чем на раскрытие.



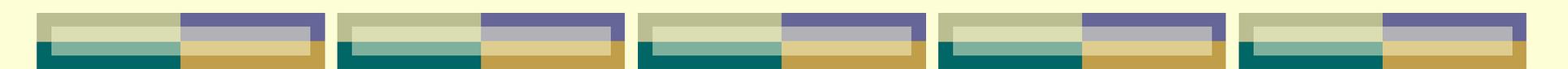
- **Этиология этой патологии не ясна, но точно установлено, что гипертонус нижнего сегмента часто бывает при «незрелой» или ригидной шейке матки.**
- **Акушерская тактика. Токолиз для нормализации возбудимости и снятия ее сократительной деятельности («Гинипрал» 5,0 мл в 400 мл 0,9% NaCl – 8-12 кап. в мин.)**
- **Спазмолитики («Баралгин» 5,0 мл, «Но-шпа» 4,0 мл в/в 2 раза в день), седативные.**
- **Эпидуральная анестезия.**
- **При отсутствии эффекта – КС.**



Циркуляторная дистоция матки (контракционное кольцо)

- Эта патология обусловлена **сокращением участка циркуляторных мышечных волокон** на различных уровнях матки (кроме шейки матки).
- **Циркуляторная дистоция** матки встречается при затяжных родах с давно излившимися водами и проявляется спастическим сокращением матки вокруг тела плода.
- Данное патологическое состояние **в родах встречается очень редко**, но может возникнуть как в первом, так и во втором периодах родов.





Тактика врача при этой аномалии родовой деятельности всегда одна!

снять патологическую родовую деятельность (акушерский наркоз) - операция кесарева сечения.



ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (0,8%)



- (гиперактивность матки, тетанус матки)
- Эта форма аномалии родовой деятельности проявляется чрезмерно сильными схватками (более 50 мм рт. ст.) или быстрыми чередованиями схваток (более 5 схваток за 10 мин) и повышенным тонусом матки (более 12 мм рт. ст.)



Этиология



- Можно предполагать, что чрезмерно сильная родовая деятельность может зависеть от **нарушений кортикостероидной регуляции**, при которой импульсы, поступающие из матки рожавшей женщины в подкорку, **не регулируются в должной мере корой головного мозга**.
- При этом могут вырабатываться в организме такие вещества, как **окситоцин, ацетилхолин, адреналин**, которые оказывают мощное воздействие на сократительную деятельность маточной мускулатуры.

- При чрезмерно сильной родовой **деятельности** всегда **страдает плод**, так как резко нарушается маточно-плацентарное кровообращение.
- В этой ситуации может произойти не только **глубокая гипоксия** плода, но и его **интранатальная гибель**.
- Со стороны матери следует прежде всего опасаться таких грозных осложнений, как **разрыв матки и отслойка нормально расположенной плаценты**.
- Наиболее опасна **тетания матки**.



Акушерская тактика.

- Ввиду **высокой вероятности развития грозных осложнений**, как для матери, так и для плода,
- акушерская тактика при тетании матки должна иметь **единственно правильный алгоритм действия: наркоз и снятие родовой деятельности,**
- **затем оперативное экстренное родоразрешение.**

Клинические проявления гиперактивности матки

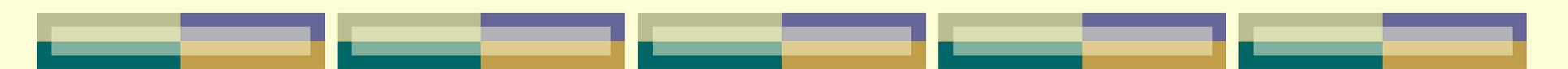
Быстрые роды:

продолжительность **6 часов**
у первородящих, **4 часа** у
повторнородящих.

Стремительные роды:

Продолжительность **4 часа** у
первородящих, **2 часа** у
повторнородящих



- 
- При чрезмерно сильной родовой деятельности в родах до **7-8 см** открытия маточного зева широко используют **β -адреномиметики – Партусистен, Гинипрал.**
 - Спазмолитики.
 - Постельный режим в родах, на боку, противоположном позиции.
 - Регулируемые потуги.
- 

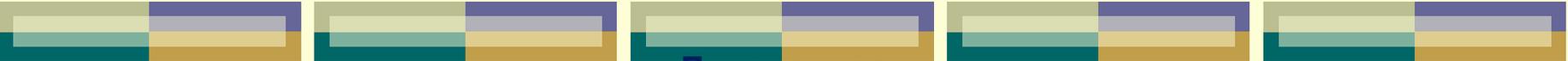
Профилактика ДСРД

- Профилактику аномалий родовой деятельности следует начинать еще в женской консультации;
- В период беременности необходимо осуществление гигиенических мер, полноценное питание, богатое витаминами и микроэлементами и рациональная физическая нагрузка;
- Все беременные группы риска должны быть госпитализированы в отделение дородовой госпитализации в **38** недель;
- ГВЭК в настоящее время практически не применяют, так как нет данных в его эффективности с позиции доказательной медицины;
- Эффект дает нейротропное воздействие импульсными токами (центральная электроанальгезия) – нормализующая регулирующее влияние ЦНС и равновесие вегетативной нервной системы.





- Очень важен **режим сна**, продолжительность его должна быть **не менее 8-10 часов** с дополнительным **1-2 часовым дневным сном**.
- Весьма важной профилактической мерой по снижению частоты аномалий сократительной деятельности матки является **психопрофилактическая подготовка беременных**, которая устраняет неблагоприятные условно - рефлекторные факторы, снижает страх перед родами, развивает и укрепляет положительные эмоции, а также дисциплинирует женщину.



Литература

Основная:

1. **Савельева Г.М. Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2008**

Дополнительная

2. **КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ/ Г.М. САВЕЛЬЕВА, 2009**
3. **АКУШЕРСТВО. КУРС ЛЕКЦИЙ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. А.Н. СТРИЖАКОВА, А.И. ДАВЫДОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009**
4. **КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ / ПОД РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ И Г.Т. СУХИХ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА 2009**
5. **РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ: РУКОВОДСТВО/ ПОД РЕД. В.И. КУЛАКОВА, 2008**
6. **ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ / ПОД РЕД. В.Е. РАДЗИНСКОГО, 2010**
7. **СИДЕЛЬНИКОВА В.М. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ. - М.: МЕДПРЕССИНФОРМ, 2009**
8. **ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ/ В.М. СИДЕЛЬНИКОВА, 2009**

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. **БД МЕДАРТ**
 2. **БД МЕДИЦИНА**
 3. **БД EBSCO**
- 

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

