

Кафедра акушерства и гинекологии

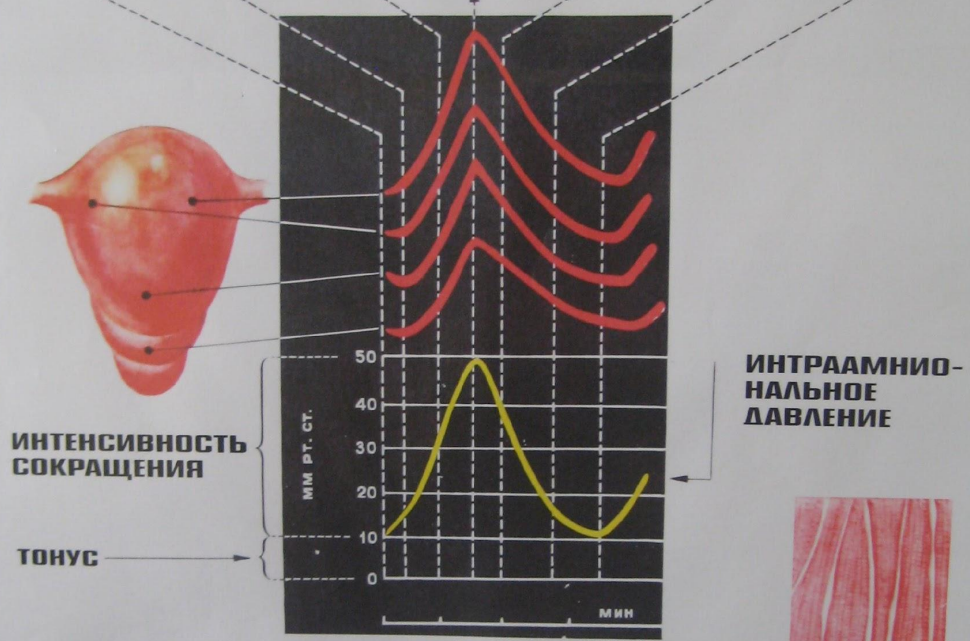
**ТЕМА:**

**«КЛИНИКА И ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ  
АНОМАЛИЯХ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ»**

---

**ДОЦЕНТ Л.С. ПОПОВА**

# НОРМАЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ [СХЕМА]



РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВОЛН ВОЗБУЖДЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ



РЕТРАКЦИЯ  
МЫШЕЧНЫХ  
ВОЛОКОН





# ОПРЕДЕЛЕНИЕ

---

Под аномалиями родовых сил понимают расстройства сократительной деятельности матки, приводящие к нарушению механизма раскрытия шейки матки и/или продвижения плода по родовому каналу. Эти расстройства могут касаться любого показателя сократительной деятельности – тонуса, интенсивности, продолжительности, интервала, ритмичности, частоты и координированности сокращений.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

---

Сформулировал И.И. Яковлев в 1969 году.

В основу его классификации положены изменения тонуса и возбудимости матки. Автор рассматривал три разновидности тонического напряжения матки в родах:

- 1)нормотонус
- 2)гипотонус
- 3)гипертонус

С клинической точки зрения, рационально выделять патологию сокращений матки перед родами и во время родового акта.

В нашей стране принята следующая классификация аномалий сократительной деятельности матки:

- ▣ Патологический прелиминарный период
- ▣ Первичная слабость родовой деятельности
- ▣ Вторичная слабость родовой деятельности (слабость потуг как ее вариант)
- ▣ Чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов
- ▣ Дискоординированная родовая деятельность



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

---

Слабость родовой деятельности отмечается в **10%**, дискоординированная родовая деятельность в **1-3%** случаев от общего количества родов.

Данные литературы свидетельствуют о том, что первичная слабость родовой деятельности наблюдается у **8-10%**, а вторичная – у **2,5%** рожениц. Слабость родовой деятельности у первородящих старшего возраста встречается в два раза чаще, чем в возрасте от 20 до 25 лет.

Чрезмерно сильная родовая деятельность, относящаяся к гипердинамической дисфункции сократительной деятельности матки, встречается относительно редко (около **1%**).

# ЭТИОЛОГИЯ

## Основными причинами являются следующие:

- 1) чрезмерное нервно-психическое напряжение (волнения, отрицательные эмоции, неблагоприятные следовые реакции);
- 2) эндокринные и обменные нарушения в организме беременной;
- 3) патологическое изменение миометрия: эндомиометрит, склеротические и дистрофические изменения, неполноценный рубец на матке, пороки развития, гипоплазия матки;
- 4) перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия, крупного плода;
- 5) генетическая (врожденная) патология миоцитов, при которой отсутствует или резко снижена возбудимость клеток миометрия;
- 6) возраст первородящей 30 лет и старше и юный возраст (до 18 лет);
- 7) механические препятствия для раскрытия шейки матки и продвижения плода;
- 8) ятрогенные факторы: необоснованное или чрезмерное применение родостимулирующих, токолитических, спазмолитических и анальгезирующих средств.



# ПАТОГЕНЕЗ

- снижение эстрогенной насыщенности организма, в результате чего не происходит достаточного "созревания" шейки и развертывания нижнего сегмента матки;
- нарушение образования и плотности специфических и адренорецепторов, что делает миометрий малочувствительным к сокращающим веществам;
- подавление каскадного синтеза простагландинов и ритмического выброса окситоцина в организм матери и плода;
- изменение необходимого соотношения (равновесия) между плодовыми ( $PGE_2$ ) и материнскими ( $PGI_2$ ) простагландинами, между продукцией окситоцина и простагландинами, между медиаторами симпатической (норадреналин) и парасимпатической (ацетилхолин) вегетативной нервной системы;
- снижение активности биохимических процессов в клетках, обеспечивающих энергетику сократительной деятельности матки, синтез и ресинтез сократительных белков;
- изменение локализации так называемого водителя ритма;
- нарушение нейроэндокринного и энергетического обеспечения матки, в результате чего снижается интенсивность окислительно-восстановительных и других биохимических реакций, переводящих энергию химических реакций в механическую работу матки.



## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

Одна из частых форм аномалий сократительной деятельности матки – патологический прелиминарный период, характеризующийся преждевременным появлением сократительной активности матки при доношенном плоде и отсутствии биологической готовности к родам. Клиническая картина патологического прелиминарного периода характеризуется нерегулярными по частоте, длительности и интенсивности болями внизу живота, в области крестца и поясницы, продолжающимися более 6 ч. Патологический прелиминарный период нарушает психоэмоциональный статус беременной, расстраивает суточный ритм сна и бодрствования, вызывает утомление.

---

# ДИАГНОСТИКА

Диагноз патологического прелиминарного периода ставят на основании данных:

- анамнеза;
  - наружного и внутреннего обследования роженицы;
  - аппаратных методов обследования (наружная КТГ, гистерография).
-



# ЛЕЧЕНИЕ

- Коррекция сократительной активности матки до достижения оптимальной биологической готовности к родам  $\beta$ -адреномиметиками и антагонистами кальция, гестероидными противовоспалительными препаратами:
  - инфузии гексопреналина 10 мкг, тербуталина 0,5 мг или орципреналина 0,5 мг в 0,9% растворе натрия хлорида;
  - инфузии верапамила 5 мг в 0,9% растворе натрия хлорида;
  - ибупрофен 400 мг или напроксен 500 мг перорально.
- Нормализация психоэмоционального состояния женщины.
- Регуляция суточного ритма сна и отдыха (медикаментозный сон в ночное время суток или при утомлении беременной):
  - препараты бензодиазепинового ряда (диазепам 10 мг 0,5% раствора в/м);
  - наркотические анальгетики (тримеперидин 20-40 мг 2% раствора в/м);
  - ненаркотические анальгетики (буторфанол 2 мг 0,5% или трамадол 50-100 мг в/м);
  - антигистаминные препараты (хлоропирамин 20-40 мг или прометазин 25-50 мг в/м);
  - спазмолитики (дротаверин 40 мг или бенциклан 50 мг в/м);
- Профилактика интоксикации плода (инфузии 500 мл 5% раствора дексрозы+димеркаптопропансульфонат натрия 0,25 г+аскорбиновой кислоты 5% - 2,0 мл.)
- Терапия, направленная на «созревание» шейки матки:
  - ПГ-Е<sub>2</sub> (динопростон 0,5 мг интрацервикально).
- При патологическом прелиминарном периоде и оптимальной биологической готовности к родам при доношенной беременности показана медикаментозная стимуляция родов и амниотомия.

# ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

---



Первичная слабость родовой деятельности – наиболее часто встречающаяся разновидность аномалий родовых сил. В основе первичной слабости схваток лежит снижение базального тонуса и возбудимости матки, поэтому данная патология характеризуется изменением темпа и силы схваток, но без расстройства координации сокращений матки в отдельных ее частях.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Клиническая первичная слабость родовой деятельности проявляется редкими слабыми непродолжительными схватками с самого начала I периода родов. По мере прогрессирования родового акта сила, продолжительность и частота схваток не нарастают, либо увеличение этих параметров выражено незначительно.
- Для первичной слабости родовой деятельности характерны определенные клинические признаки.
- Возбудимость и тонус матки снижены.
- Схватки с самого начала развития родовой деятельности остаются редкими, короткими, слабыми (15-20 сек.):
  - частота за 10 мин. не превышает 1-2 схватки;
  - сила сокращения слабая, амплитуда ниже 30 мм рт.ст.;
  - схватки носят регулярный характер, безболезненные или малоболезненные, так как тонус миометрия низкий.
- Отсутствие прогрессирующего раскрытия шейки матки (менее 1 см/ч).
- Предлежащая часть плода долгое время остается прижатой ко входу в малый таз.
- Плодный пузырь вялый, в схватку наливается слабо (функционально неполноценный).
- При влагилицном исследовании во время схватки края маточного зева не растягиваются силой схватки.

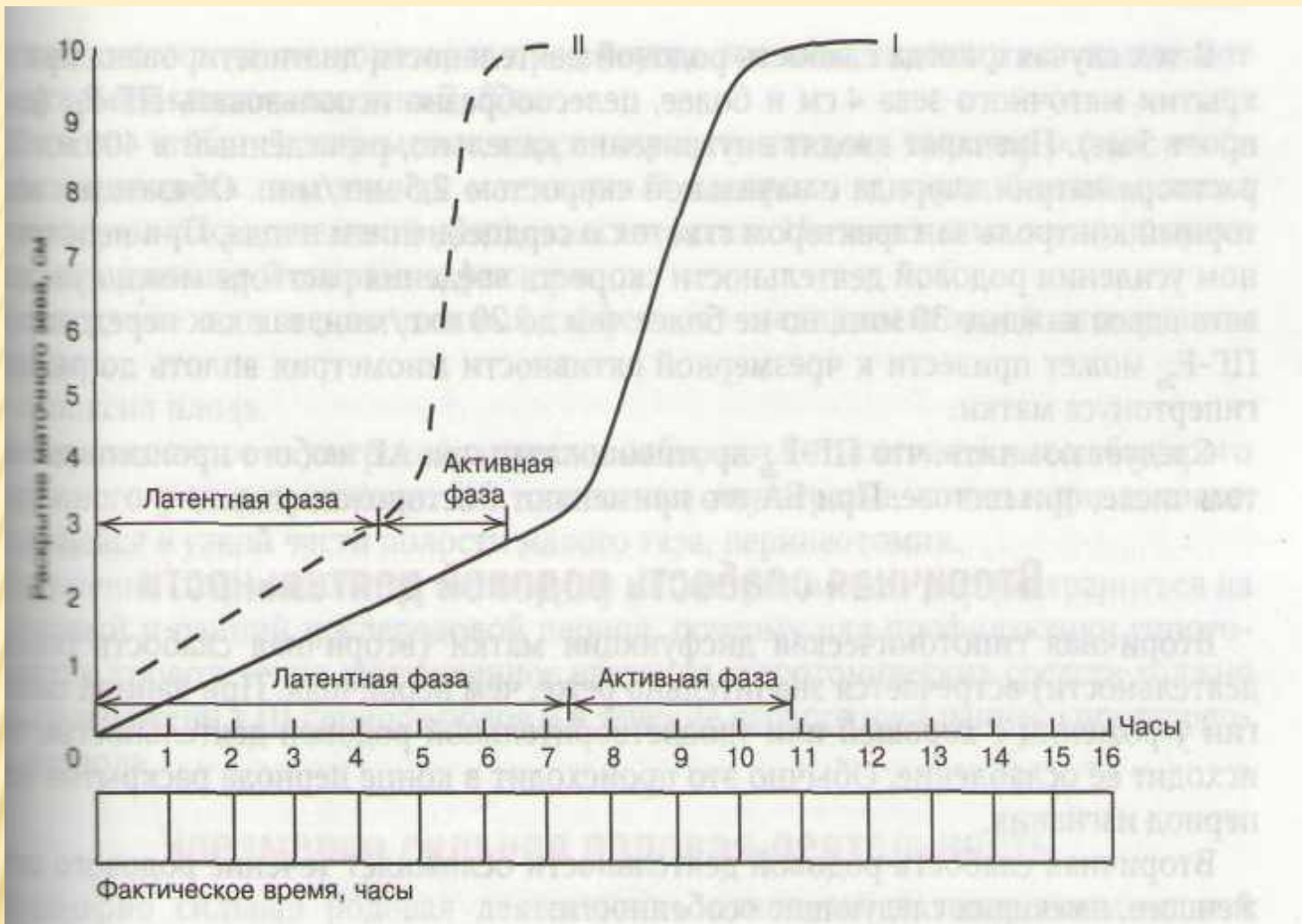


# ДИАГНОСТИКА

---

Диагноз основывается на:

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



**Партограмма: I – первородящие; II – повторнородящие.**

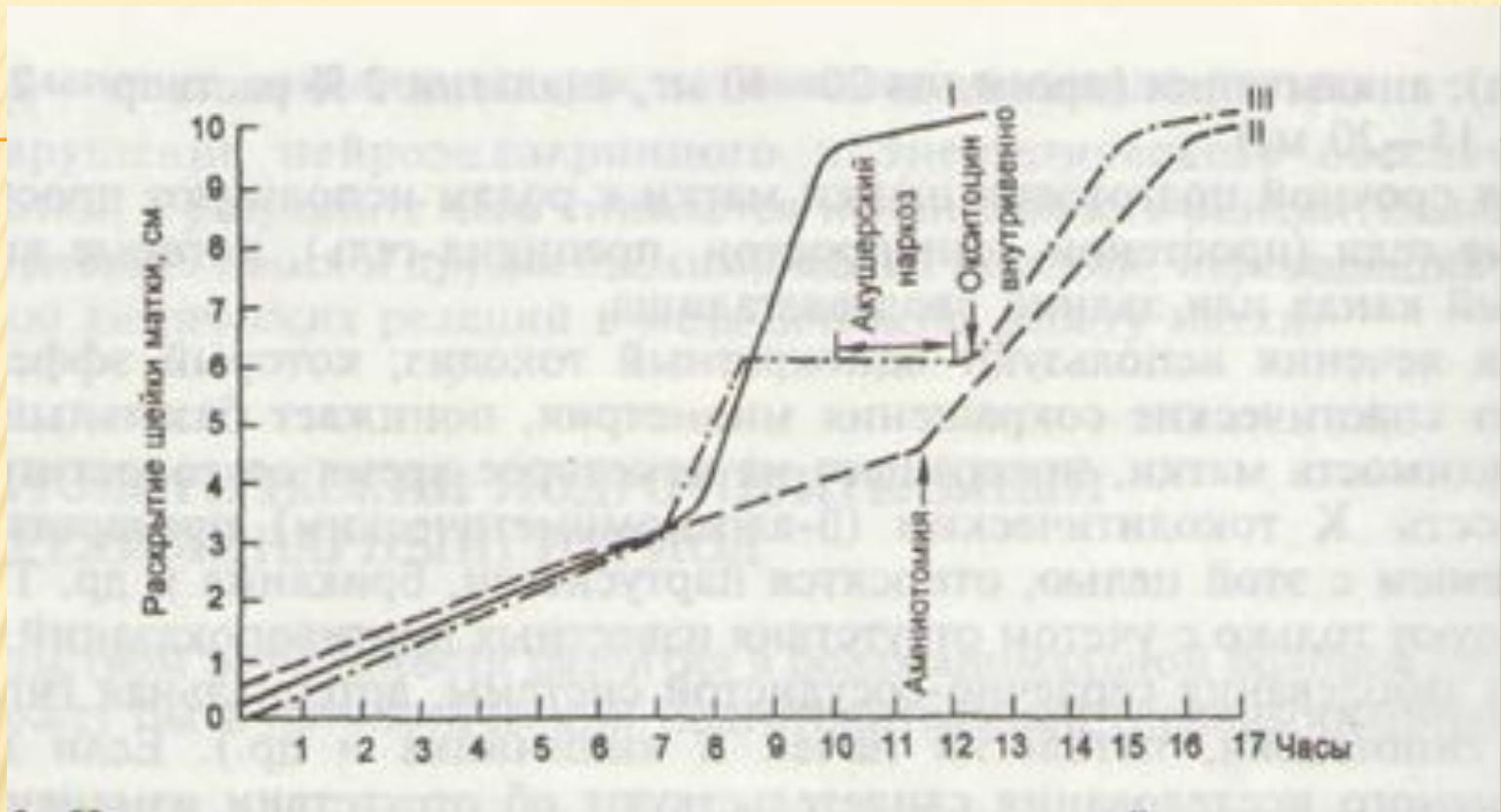
Известно, что в течение I периода родов различают латентную и активную фазы

---

- Латентной фазой считают промежуток времени от начала регулярных схваток до появления структурных изменений в шейке матки (до раскрытия маточного зева на 4 см).
- В норме раскрытие маточного зева в латентную фазу I периода у первородящих происходит со скоростью 1-2 см/ч, у повторнородящих – 2-3 см/ч. Общая продолжительность этой фазы составляет у первородящих около 7 ч., у повторнородящих – 5 ч. При слабости родовой деятельности сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева замедляется (менее 1-1,2 см/ч).



- Продолжительность родов при первичной слабости родовой деятельности значительно увеличивается, что приводит к утомлению роженицы.
- Диагноз первичной слабости родовой деятельности устанавливают на основании анализа характера и частоты схваток, тонуса матки, динамики раскрытия шейки матки. О слабости родовой деятельности свидетельствуют увеличение продолжительности латентной фазы родов до 6 ч и более и снижение скорости раскрытия шейки матки во время активной фазы до 1,2 см/ч у первородящих и 1,5 см/ч у повторнородящих.
- Обязательное диагностическое мероприятие в подобной ситуации – оценка состояния плода, которая служит методом для выбора адекватного ведения родов.



ПАРТОГРАММА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
У ПЕРВОРОДЯЩИХ.

I — НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ; II — ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ;  
III — ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.



# ЛЕЧЕНИЕ

- Терапия первичной слабости родовой деятельности должна быть строго индивидуальной. Выбор метода лечения зависит от состояния роженицы и плода, наличия сопутствующей акушерской или экстрагенитальной патологии, продолжительности родового акта.
- В состав лечебных мероприятий входят:
  - амниотомия;
  - назначение комплекса средств, усиливающих действие эндогенных и экзогенных утеротоников;
  - введение препаратов непосредственно увеличивающих интенсивность схваток;
  - применение спазмолитиков;
  - профилактика гипоксии плода.
- Показанием для амниотомии служит неполноценность плодного пузыря (плоский пузырь) или многоводие. Главное условие для данной манипуляции – раскрытие маточного зева на 3-4 см. Амниотомия может способствовать выработке эндогенных ПГ и усилению родовой деятельности.
- В тех случаях, когда слабость родовой деятельности при раскрытии маточного зева 4 см и более, целесообразно использовать ПГ-Е<sub>2a</sub> (динопрост 5 мг). Препарат вводят внутривенно капельно, разведенный в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида с начальной скоростью 2,5 мкг/мин. Обязателен мониторный контроль за характером схваток и сердцебиением плода. При недостаточном усилении родовой деятельности скорость введения раствора можно увеличивать вдвое каждые 30 мин., но не более чем до 20 мкг/мин., так как передозировка ПГ-Е<sub>2a</sub> противопоказан при АГ любого происхождения, в том числе, при гестозе. При БА его применяют с осторожностью.



# **ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

---

Вторичная гипотоническая дисфункция матки (вторичная слабость родовой деятельности) встречается значительно реже, чем первичная. При данной патологии у рожениц с хорошей или удовлетворительной родовой деятельностью происходит ее ослабление. Обычно это происходит в конце периода раскрытия или в период изгнания.

Вторичная слабость родовой деятельности осложняет течение родового акта у женщин, имеющих следующие особенности:

---

- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (нарушения менструального цикла, бесплодие, аборт, невынашивание, осложненное течение родов в прошлом, заболевания половой системы);
- осложненное течение настоящей беременности (гестоз, анемия, иммунологический конфликт во время беременности, плацентарная недостаточность, перенашивание);
- соматические заболевания (болезни сердечно-сосудистой системы, эндокринная патология, ожирение, инфекции и интоксикации);
- осложненное течение настоящих родов (длительный безводный промежуток, крупный плод, тазовое предлежание плода, многоводие, первичная слабость родовой деятельности).



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При вторичной слабости родовой деятельности схватки становятся редкими, короткими, интенсивность их снижается в периоде раскрытия и изгнания, несмотря на то, что латентная и, возможно, начало активной фазы могут протекать в обычном темпе. Раскрытие маточного зева, поступательное движение предлежащей части плода по родовому каналу резко замедляется, а в ряде случаев прекращается.

## ДИАГНОСТИКА

Оценивают схватки в конце I и во II периоде родов, динамику раскрытия маточного зева и продвижения предлежащей части.

# ЛЕЧЕНИЕ

- На выбор стимулирующих средств влияет степень раскрытия маточного зева. При раскрытии 5-6 см для завершения родов требуется не менее 3-4 ч. В такой ситуации рационально применение внутривенного капельного введения ПГ-Е<sub>2а</sub> (динопрост 5 мг). Скорость введения препарата обычная: начальная – 2,5 мкг/мин., но не более 20 мкг/мин.
- Если в течение 2 ч не удастся добиться необходимого стимулирующего эффекта, но инфузию ПГ-Е<sub>2а</sub> можно комбинировать с окситоцином 5 ЕД. Во избежание неблагоприятного действия на плод, внутривенное капельное введение окситоцина возможно в течение короткого промежутка времени, поэтому его назначают при раскрытии маточного зева 7-8 см.
- Для того, чтобы своевременно корректировать тактику ведения родов, необходимо проводить постоянный мониторный контроль за сердцебиением плода и характером сократительной деятельности матки. На изменение тактики врача оказывают влияние 2 основных фактора:
  - отсутствие или недостаточный эффект от медикаментозной стимуляции родов;
  - гипоксия плода.
- В зависимости от акушерской ситуации избирают тот или иной метод быстрого и бережного родоразрешения: КС, полостные акушерские щипцы при головке, находящейся в узкой части полости малого таза, перинеотомия.
- Нарушение сократительной активности миометрия может распространиться на последовый и ранний послеродовой период, поэтому для профилактики гипотонического кровотечения внутривенное введение утеротонических средств должно быть продолжено в III периоде родов и в течение первого часа раннего послеродового периода.

# ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

---



---

Чрезмерно сильная родовая деятельность относится к гипердинамической дисфункции сократительной активности матки. Для нее характерны чрезвычайно сильные и частые схватки и/или потуги на фоне повышенного тонуса матки

# КЛИНИКА

---

Для чрезмерно сильной родовой деятельности характерны:

- ▣ чрезвычайно сильные схватки (более 50 мм рт.ст.);
- ▣ быстрое чередование схваток (более 5 за 10 мин.);
- ▣ повышение базального тонуса (более 12 мм рт.ст.);
- ▣ возбужденное состояние женщины, выражающееся повышенной двигательной активностью, учащением пульса и дыхания, подъемом АД. Возможны вегетативные нарушения: тошнота, рвота, потливость, гипертермия.

При бурном развитии родовой деятельности из-за нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения часто наступает гипоксия плода. Вследствие очень быстрого продвижения по родовым путям у плода могут возникать различные травмы: кефалогематомы, кровоизлияния в головной и спинной мозг, переломы ключицы и др.

# ЛЕЧЕНИЕ

---

Лечебные мероприятия должны быть направлены на снижение повышенной активности матки. С этой целью применяют фторотановый наркоз или внутривенное капельное введение  $\beta$ -адреномиметиков (гексопреналин 10 мкг, тербуталин 0,5 мг или орципреналин 0,5 мг в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида), которое имеет ряд преимуществ:

- ▣ быстрое наступление эффекта (через 5-10 мин.);
- ▣ возможность регуляции родовой деятельности изменением скорости инфузии препарата;
- ▣ улучшение маточно-плацентарного кровотока.

Введение  $\beta$ -адреномиметиков по мере необходимости может осуществляться до рождения плода. При хорошем эффекте инфузию токолитиков можно прекратить, перейдя на введение спазмолитиков и спазмоанальгетиков (дротаверин, ганглефен, метамизол натрия).

Роженицам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, тиреотоксикозом, СД,  $\beta$ -адреномиметики противопоказаны. В таких случаях применяют внутривенное капельное введение антагонистов кальция (верапамил). Роженица должна лежать на боку, противоположном позиции плода. Такое положение несколько снижает сократительную активность матки.

- Обязательный компонент ведения таких родов – профилактика гипоксии плода и кровотечений в последовом и раннем послеродовом



# ДИСКООРДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

---

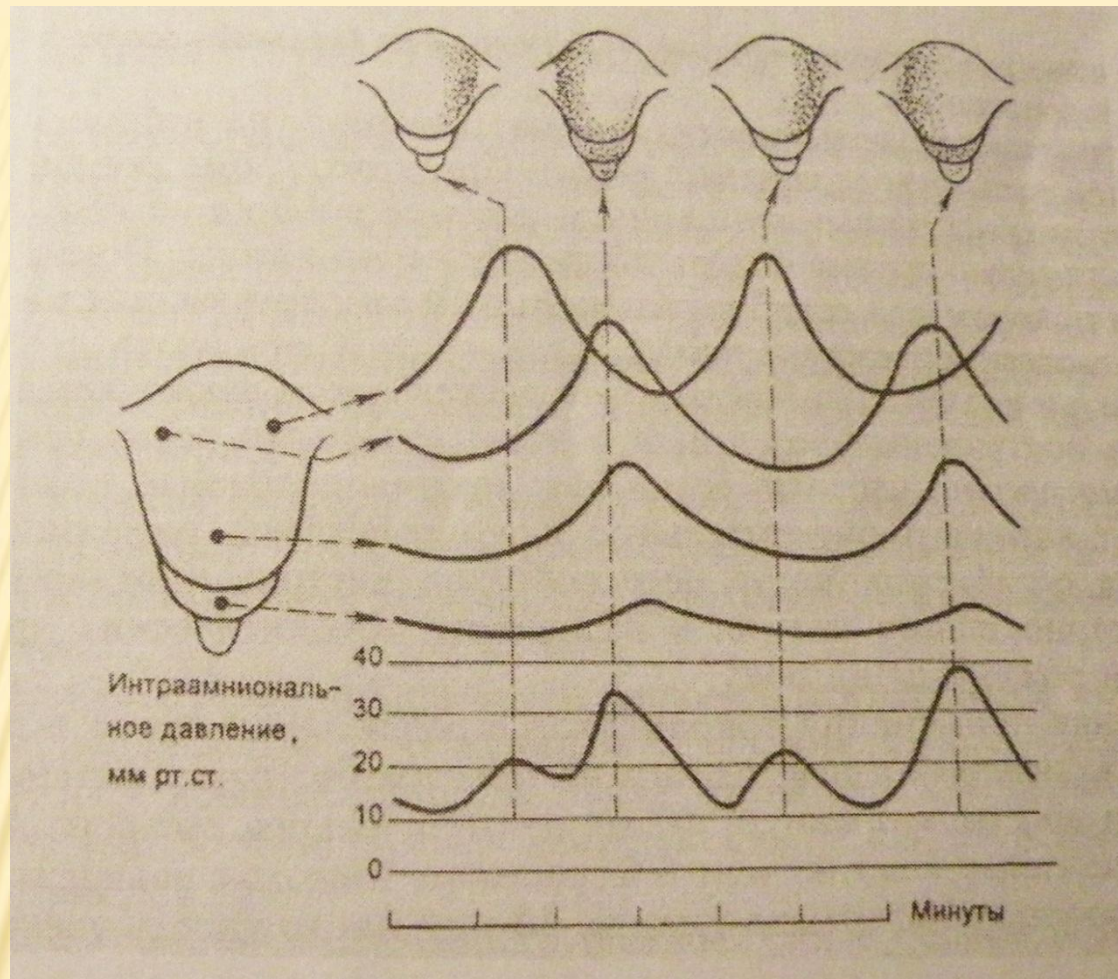
Под дискоординацией родовой деятельности понимают отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой ее половиной, верхним (дно, тело) и нижним отделами, всеми отделами матки.

Формы дискоординации родовой деятельности разнообразны:

- ▣ распространение волны сокращения матки с нижнего сегмента вверх (доминанта нижнего сегмента, спастическая сегментарная дистоция тела матки);
- ▣ отсутствие расслабления шейки в момент сокращения мускулатуры тела матки (дистоция шейки матки);
- ▣ спазм мускулатуры всех отделов матки (тетания матки).

Дискоординация сократительной активности матки довольно часто развивается при отсутствии готовности организма женщины к родам, в том числе, при незрелой шейки матки.





**СОКРАЩЕНИЕ МАТКИ ПРИ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.**



# КЛИНИКА

---

- Резко болезненные частые схватки, разные по силе и продолжительности (резкие боли чаще в крестце, реже – внизу живота, появляющиеся во время схватки, тошнота, рвота, чувство страха).
- Отсутствует динамика раскрытия шейки матки.
- Предлежащая часть плода длительно остается подвижной или прижатой ко входу в малый таз;
- Повышен базальный тонус.

# ДИАГНОСТИКА

---

Оценивают характер родовой деятельности и ее эффективность на основании:

- жалоб роженицы;
- общего состояния женщины, которое во многом зависит от выраженности болевого синдрома, а также от вегетативных нарушений;
- наружного и внутреннего акушерского обследования;
- результатов аппаратных методов обследования.

При влагалищном исследовании можно обнаружить признаки отсутствия динамики родового акта: края маточного зева толстые, часто отечные.

Диагноз дискоординированной сократительной деятельности матки подтверждают с помощью КТГ, наружной многоканальной гистерографии и внутренней токографии. Аппаратные исследования выявляют нерегулярные по частоте, продолжительности и силе сокращения на фоне повышенного базального тонуса миометрия. КТГ, проводимая до родоразрешения в динамике, позволяет не только наблюдать за родовой деятельностью, но и обеспечивает раннюю диагностику гипоксии плода.



# ЛЕЧЕНИЕ

---

Роды, осложненные дискоординацией сократительной деятельности миометрия, можно проводить через естественные родовые пути или завершать операцией КС.

Для лечения дискоординированной родовой деятельности используются инфузии  $\beta$ -адреномиметиков, антагонистов кальция, спазмолитиков, спазмоаналгетиков. При раскрытии маточного зева более 4 см показана длительная эпидуральная аналгезия.

В современной акушерской практике для быстрого снятия гипертонуса матки чаще используют токолиз болюсной формы гексопреналина (25 мкг внутривенно медленно 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида). Режим введения токолитического средства должен быть достаточным для полной блокады сократительной деятельности и снижения маточного тонуса до 10-12 мм рт.ст. Затем токолиз (10 мкг гексопреналина в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида) продолжают 40-60 мин. Если в течение ближайшего часа после прекращения введения  $\beta$ -адреномиметиков не восстанавливается нормальный характер родовой деятельности, то начинают введение капельное ПГ-Е<sub>2a</sub>. Профилактика внутриутробной гипоксии плода обязательна.



# ПОКАЗАНИЯ К АБДОМИНАЛЬНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ

---

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

# ПРОФИЛАКТИКА

Профилактику аномалий сократительной деятельности нужно начинать с отбора женщин группы высокого риска по данной патологии. К ним относят:

- ▣ первородящих старше 30 лет и моложе 18 лет;
- ▣ беременных с «незрелой» шейкой матки накануне родов;
- ▣ женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (нарушение менструального цикла, бесплодие, невынашивание, осложненное течение и неблагоприятный исход предыдущих родов, аборт, рубец на матке);
- ▣ женщин с патологией половой системы (хронические воспалительные заболевания, миома, пороки развития);
- ▣ беременных с соматическими заболеваниями, эндокринной патологией, ожирением, психоневрологическими заболеваниями, нейроциркуляторной дистонией;
- ▣ беременных с осложненной течением настоящей беременности (гестоз, анемия, хроническая плацентарная недостаточность, многоводие, многоплодие, крупный плод, тазовое предлежание плода);
- ▣ беременных с уменьшенными размерами таза.

Большое значение для развития нормальной родовой деятельности имеет готовность организма, особенно, состояние шейки матки, степень ее зрелости, отражающая синхронную готовность матери и плода к родам. В качестве эффективных средств для достижения оптимальной биологической готовности к родам в короткие сроки в клинической практике используют ламинарии, препараты ПГ-Е<sub>2α</sub> (динопростон).