



Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
Кафедра акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета

Аномалии родовой деятельности

Аномалии родовой деятельности -
расстройство СДМ, приводящее к
нарушению механизма раскрытия
шейки матки и/или продвижения
плода по родовому каналу.

Частота 10-15 % от общего числа родов

- неправильные некоординированные сокращения матки**
- нарушение физиологии нижнего сегмента**
- изменение СДМ (не за счет растяжения, а за счет разрыва)**
- отклонение в биомеханизме родов**
- затруднение продвижения плода по родовым путям**
- гипоксия плода**
- затяжное течение родов или напротив – слишком быстрое, стремительное (травма плода и родовых путей матери)**
- гипотоническое маточное кровотечение**
- гипотоническая или гипертоническая дисфункция СДМ**

Основные признаки

Нарушение основных характеристик схватки:

- частоты
- длительности
- периодов сокращения и расслабления
- амплитуды (силы)

Главное – нарушение тонуса матки и
внутриматочного, внутриамниотического давления

асинхронность процессов раскрытия маточного зева и
продвижения плода

Причины аномалий родовой деятельности

I. Патология со стороны матери (гипоксия, нарушение микроциркуляции, снижение перфузии)

- 1. Соматические заболевания, инфекции, интоксикации, нейро-эндокринные нарушения, диэнцефальная патология и т.д.**
- 2. Патология репродуктивной системы (воспалительные заболевания, операции на матке, опухоли матки, гипоплазия матки, аномалии развития, нарушение менструального цикла, невынашивание беременности).**
- 3. Перерастяжение матки**

II. Патология со стороны плода и плаценты

- Пороки развития плода (аплазия коры надпочечников, анэнцефалия)**
- Аномалии расположения плаценты**
- ФПН, СЗРП**
- ВУИ**
- Перенашивание беременности**
- Иммунологический конфликт**

III. Механические препятствия для раскрытия маточного зева и/или продвижения плода

- Узкий таз**
- Анатомическая ригидность шейки матки**
- Опухоли малого таза**
- Неправильные положения плода**
- Крупные размеры плода**
- Разгибательные предлежания и асинклитические вставления головки плода**

IV. Ятрогенные факторы

- Непоказанная родостимуляция**
- Неадекватное применение токолитиков**
- Неадекватное обезболивание в родах**
- Несвоевременная амниотомия**

V. Гормональная недостаточность плаценты

Классификация

- 1. Патологический прелиминарный период** – предвестник нарушения СДМ (в МКБ-Х этот диагноз отсутствует)
- 2. Первичная слабость родовой деятельности** (первичная гипотоническая дисфункция СДМ)
- 3. Вторичная слабость родовой деятельности** (вторичная гипотоническая дисфункция СДМ).
- 4. Чрезмерно сильная родовая деятельность** (быстрые и стремительные роды).
- 5. Дискоординация родовой деятельности:**
 - гипертонус нижнего сегмента (дистоция шейки матки)
 - судорожные схватки (тетанус матки)
 - циркулярная дистоция (контракционное кольцо)

Классификация МКБ-Х

- 062.0** - первичная слабость родовой деятельности
- 062.1** - вторичная слабость родовой деятельности
- 062.2** - другие виды слабости родовой деятельности
- 062.3** - стремительные роды
- 062.4** - гипертонические, нескоординированные и затянувшиеся сокращения матки
- 062.8** - другие нарушения родовой деятельности
- 062.9** - нарушение родовой деятельности неуточненное

Патологический прелиминарный период

характеризуется преждевременным появлением сократительной активности матки при доношенном плоде и отсутствии биологической готовности к родам

1. Сокращения матки нерегулярные по частоте и длительности, **болезненные** (ночью и днем), продолжающиеся более 6 часов.
2. **Структурных изменений** шейки матки **не происходит** (шейка длинная, плотная, наружный зев закрыт)
3. Предлежащая **головка не прижимается** ко входу в малый таз
4. **Тонус** матки **повышен**
5. Пальпация предлежащей части затруднительна

6. Вегетативные нарушения (тахикардия, потливость, нестабильность АД, раздражительность)

7. Нарушение ритма сна и бодрствования, утомление

8. Хроническая гипоксия плода

9. Несвоевременное излитие ОПВ

Дородовое излитие ОПВ в сочетании с незрелой шейкой матки и ППП свидетельствует о глубоких нарушениях в нейрогенной, вегетативной и миогенной регуляции СДМ

Исходы ППП

- 1. Болезненные патологические сокращения матки постепенно стихают (ложные схватки) - выжидательная тактика на 1-2 дня.**
- 2. ППП переходит в регулярную родовую деятельность. При наличии «зрелой» шейки матки возможна амниотомия.**
- 3. Изменений в лучшую сторону не происходит — перенашивание беременности, ПЭ, гипоксия плода.**

Лечение ППП

□ Коррекция СДМ до достижения биологической готовности к родам:

- β-адреномиметики (гинипрал 5-10 мкг на физ. р-ре)
- антагонисты кальция (верапамил 5мг на физ. р-ре)
- НПВС (ибупрофен 400 мг или напроксен 500 мг per os)

□ Нормализация психоэмоционального состояния

□ Регуляция суточного ритма сна и отдыха:

- препараты бензодиазепинового ряда (диазепам 10 мг 0,5% в/м)
- ненаркотические анальгетики (трамадол 50-100 мг в/м, буторфанол 2 мг 0,2% в/м)
- наркотические анальгетики (тримепередин 20-40 мг 2% в/м)
- спазмолитики (дротаверин 40 мг или бенциклан 50 мг в/м)

□ Подготовка шейки матки к родам

- ПГ-Е₂ – динопростон 0,5 мг интрацервикально
- мифепристон

Первичная слабость родовой деятельности (гипотоническая дисфункция матки)

□ Возбудимость и тонус матки снижены

□ схватки **регулярные, редкие** (1-2 за 10 мин), **короткие** (15-20 сек), **слабые** (сила сокращения матки – амплитуда – уменьшена, менее 30 мм рт. ст.)

□ Схватки малоболезненные или безболезненные

□ роды принимают затяжной характер

□ раскрытие маточного зева и продвижение предлежащей части плода замедлены

□ плодный пузырь вялый, в схватку «наливается» слабо (функционально неполноценный)

□ при влагалищном исследовании – края шейки матки толстые, мягкие, податливые (не растягиваются силой схватки)

Причины первичной слабости РД

- **общее астеническое состояние**
- **морфофункциональные изменения матки**
- **нейроэндокринные нарушения**
- **перерастяжение матки**
- **плацентарная недостаточность**
- **неблагоприятное состояние плода**

Тактика

Оценить состояние матери и плода, акушерскую ситуацию.

Выделить факторы высокого риска (показания к К.С.):

- узкий таз**
- неполноценность стенок матки (рубец)**
- неудовлетворительное состояние плода**
- сочетанные показания**

Лечение

- амниотомия
- введение утеротонических средств (окситоцин, P_gE₂ или P_gF₂α)
- применение спазмолитиков
- профилактика гипоксии плода

Родостимуляция окситоцином

- окситоцин применяют при вскрытом плодном пузыре**
- при хронической гипоксии плода родостимуляция противопоказана**
- при неэффективности родостимуляции – К.С.**

Приготовление р-ра окситоцина для родостимуляции

1,0 мл (5 ед) окситоцина + 20,0 мл
физиологического раствора для
инфузомата

1,0 мл (5 ед) окситоцина + 400,0 мл
физиологического раствора в/в кап. в
течении 3 часов

Оптимально: 3-4 схватки за 10 мин

Вторичная слабость родовой деятельности

Причины ослабления родовой деятельности:

□ Утомление роженицы

□ Узкий таз, крупный плод, задний вид

□ Препятствие для раскрытия шейки матки и продвижения плода

□ Патрогенные причины (бесконтрольное использование спазмолитиков, родостимулирующих препаратов)

Лечение: родостимуляция (окситоцин и/или ПГ)

Показания к К.С.

- рубец на матке
- узкий таз
- крупный плод
- переношенная беременность
- тазовое предлежание плода
- дистресс-синдром плода

Дискоординация родовой деятельности

отсутствие координированных сокращений матки между верхними и нижними отделами, правой и левой ее половинами или между всеми отделами.

□ **Спастическая сегментарная дистоция тела матки (доминанта нижнего сегмента) – распространение волны сокращения матки с нижнего сегмента вверх**

□ **Дистоция шейки матки – отсутствие расслабления шейки в момент сокращения тела матки**

□ **Тетания матки – спазм мускулатуры всех отделов матки**

Причины дискоординации РД

1. Патология вегетативной н.с., ослабление ведущей роли ЦНС.
2. Неустранимое препятствие для раскрытия маточного зева и продвижения плода, чрезмерная плотность оболочек плода.
3. Недостаточное обезболивание родов.
4. Гиперстимуляция сокращающими матку средствами
5. Структурная патология матки

Патогенез дискоординации РД

Неизвестен! Предполагают: нарушение вегетативной иннервации, преобладание тонуса парасимпатической (холинэргической) системы над симпатической

Принцип действия **вегетативной н.с.** отличается от анимальной – направлен на сосуды, трофику тканей, перфузию органов.

Матка имеет не только сложное анатомическое строение, сложное взаимоотношение различно расположенных гладкомышечных пучков и слоев миометрия, но и **двойную иннервацию**

Двойная иннервация обеспечивает одновременно протекающие противоположные процессы синхронизации и антагонизма

Сущность патогенеза дискоординации РД

1. **Гипертонус матки.**
2. **Спастическое сокращение циркулярно расположенных мышечных волокон (внутренний зев, нижний сегмент матки).**
3. **В схватку края шейки матки уплотняются, внутренний зев пальпируется в виде плотного валика.**
4. **Преобладает дистония шейки матки (нарушение крово- и лимфообращения). Шейка плотная, ригидная, отечная.**
5. **Сокращения матки (схватки) наслаиваются друг на друга, формируется двойной-тройной ритм схватки**

Клиника дискоординации родовой деятельности

- Псхватки резко болезненные, носят спастический характер**
- Пбазальный гипертонус матки, на фоне которого искажается СДМ**
- Притм схваток неправильный, частота и продолжительность схваток неравномерные**
- ПВАД скачкообразно повышается в систолу схватки → раннее излитие ОПВ, так же резко снижается в диастолу → риск отслойки плаценты**
- Пповедение роженицы беспокойное (кричит, мечется), тошнота, рвота, чувство страха**

□ между схватками матка расслабляется
недостаточно

□ отсутствует динамика раскрытия шейки матки и
продвижения предлежащей части плода

□ синдром Шеккеле

□ родовой деятельности предшествует ППП

□ несвоевременное излитие ОПВ

□ мочеиспускание затруднено

Празрывы родовых путей

Пнарушение биомеханизма родов

П«шнурующее» сдавление плода (на уровне шеи, грудной клетки, надпочечников)

Побразование родовой опухоли на головке плода при открытии 4-5 см

П«ранние» потуги

Пдистоция шейки матки

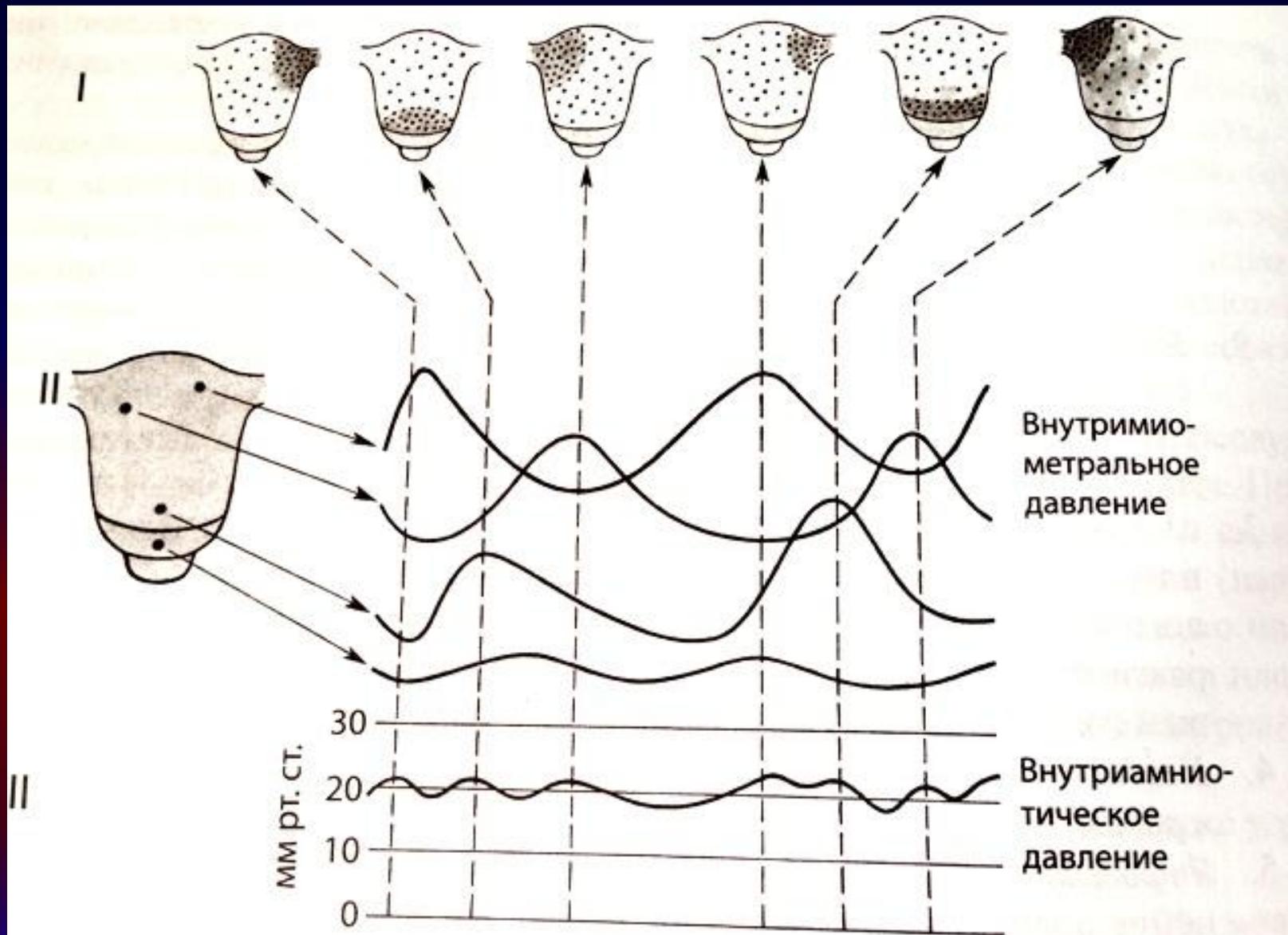
Пплодный пузырь - неполноценный

Реальная угроза разрыва матки

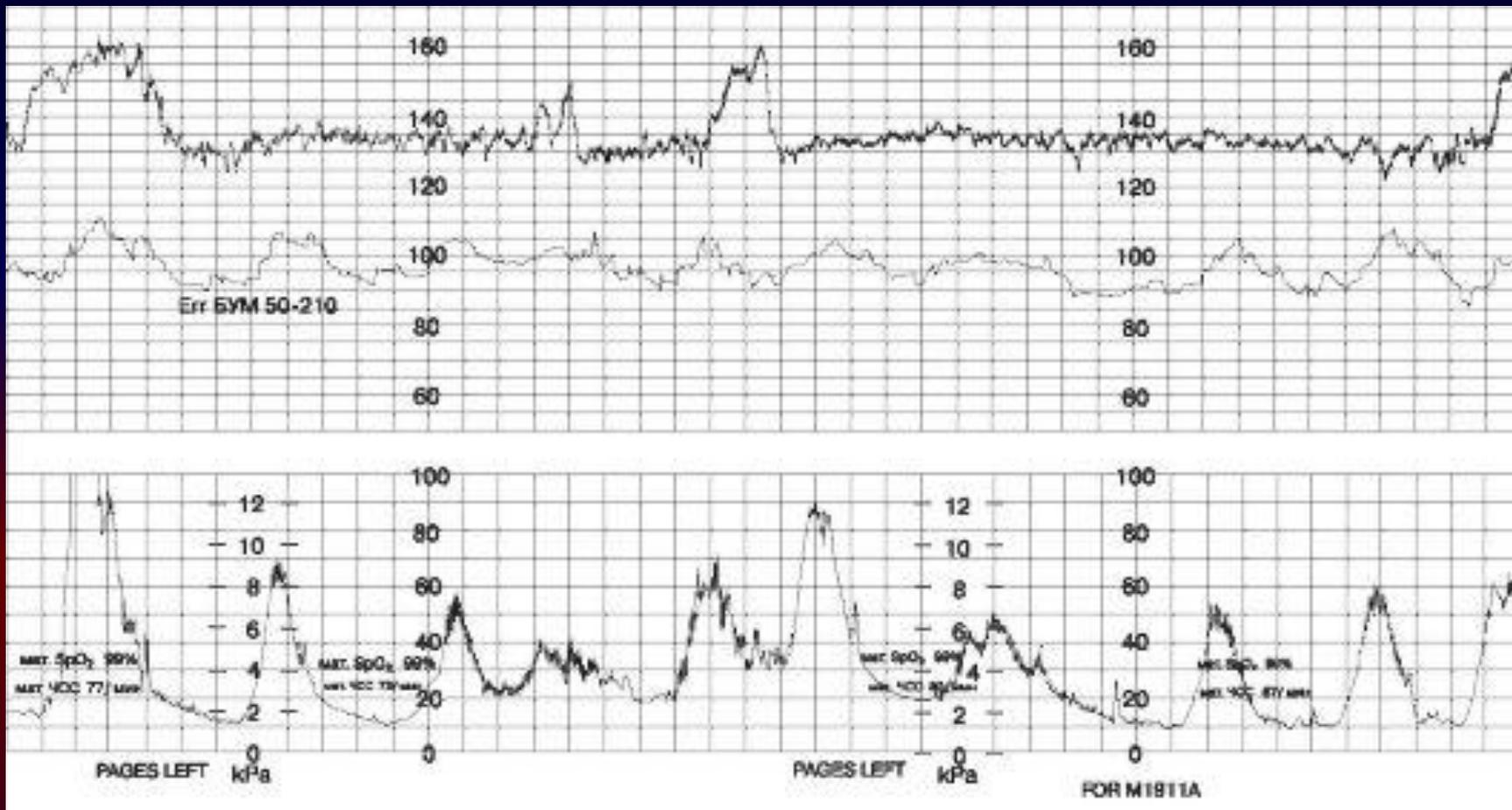
При дискоординации СДМ схватки:

- частые
- длительные
- болезненные
- между схватками матка не расслабляется
- эффективность низкая

*иллюзорность интенсивной родовой
деятельности*



Многоканальная гистерография при дискоординации СДМ



КТГ при дискоординации СДМ

Лечение дискоординации СДМ

1. Выявить неблагоприятные факторы:

- поздний возраст первородящей
- бесплодие в анамнезе
- наступление беременности с помощью ВРТ
- ПЭ
- узкий таз
- переносимая беременность
- дистресс-синдром плода
- несвоевременное излитие ОПВ при «незрелой» шейке матки

2. Спазмолитики

3. Анальгетики

4. Токолитики

5. Эпидуральная анестезия

6. К.с.

1-2 раза через 3 часа

Эффективность не доказана!

Родостимуляция противопоказана!