

**КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО
КАФЕДРА ПЕРИНАТОЛОГИИ, АКУШЕРСТВА И
ГИНЕКОЛОГИИ**

«АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»



Красноярск - 2008



Классификация аномалий родовой деятельности (И.И. Яковлев, 1969)

- Патологический прелиминарный период
 - Слабость родовой деятельности (гипоактивность или инертность матки).
 1. первичная;
 2. вторичная;
 3. слабость потуг (первичная, вторичная)
 - Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки)
 - Дискоординированная родовая деятельность:
 1. дискоординация;
 2. гипертонус нижнего сегмента матки (обратный градиент);
 3. судорожные схватки (тетания матки);
 4. циркуляторная дистония (судорожное кольцо)



Патологический прелеминарный период

- Наличие патологического прелеминарного периода свидетельствует о предшествующей родам патологии сократительной деятельности матки
- Дородовое излитие вод + патологический прелеминарный период + «незрелая» шейка матки = свидетельствуют о глубоких нарушениях нейроэндокринной и миогенной регуляции сократительной деятельности матки – в плане прогноза самопроизвольных родов – не благоприятный.



Лечение патологического прелеминарного периода

- Токолиз для нормализации возбудимости и снятия ее сократительной деятельности (Гинипрал 5 мл в 100 мл 0,9% NaCl – 6-12 кап. в мин.)
- Однократно морфиноподобные опиаты (промедол 20-40 мг, Трамал 15-20 мг)
- Спазмолитики (Баралгин 5 мл, Но-шпа 4 мл в/в 2 раза в день)
- Подготовка ШМ к родам: эндоцервикально Простенон, Препедил-гель



ДВА ВАРИАНТА ТАКТИКИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРЕЛЕМИНАРНОМ ПЕРИОДА (ПЕРВЫЙ ВАРИАНТ)

ЗРЕЛАЯ ШЕЙКА МАТКИ

АМНИОТОМИЯ

НАБЛЮДЕНИЕ ОТ 3 ДО 6 ЧАСОВ ЗА
РАЗВИТИЕМ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Подготовка ШМ к родам
эндоцервикально Простогландины

ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

РОДЫ

ДВА ВАРИАНТА ТАКТИКИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРЕЛЕМИНАРНОМ ПЕРИОДА (ВТОРОЙ ВАРИАНТ)

«НЕЗРЕЛАЯ» ШЕЙКА МАТКИ

Острый токолиз – Гинипрал 5 мл в 100 мл 0,9% NaCl – 6-12 кап. в мин.

При снятии болей и ложных схваток – спазмолитики (Но-шпа 4 мл)

Подготовка ШМ к родам
эндоцервикально Простогландины

ЗРЕЛАЯ ШЕЙКА МАТКИ

РОДЫ

НЕЗРЕЛАЯ ШЕЙКА МАТКИ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

ПРОГНОЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛЕМИНАРНОГО ПЕРИОДА

- Адекватное лечение ППП способствует развитию родовой деятельности
- При предшествующем ППП роды целесообразно вести под эпидуральной анестезией
- Максимальная продолжительность лечения ППП – 2 до 4 суток
- При отсутствии эффекта и «незрелой» шейке матки – Кесарево сечение





Признаки «зрелости» шейки матки

- Классификация Бишопа (бальная система оценки состояния шейки матки)
- Классификация Хечинашвили (1974) (описательная система оценки состояния шейки матки).

«Зрелая» шейка матки характеризуется

- Расположением по проводной оси таза
- Укороченностью до 1,5 см
- Размягчённостью
- Проходимостью цервикального канала для пальца

«Неполностью созревшая» шейка матки

«Созревающая» шейка матки

«Незрелая» шейка матки:

- Отклонена кзади по отношению к проводной оси таза
 - Длиной 4 см
 - Плотная
 - Наружный зев закрыт
- 

При отсутствии биологической готовности к родам:

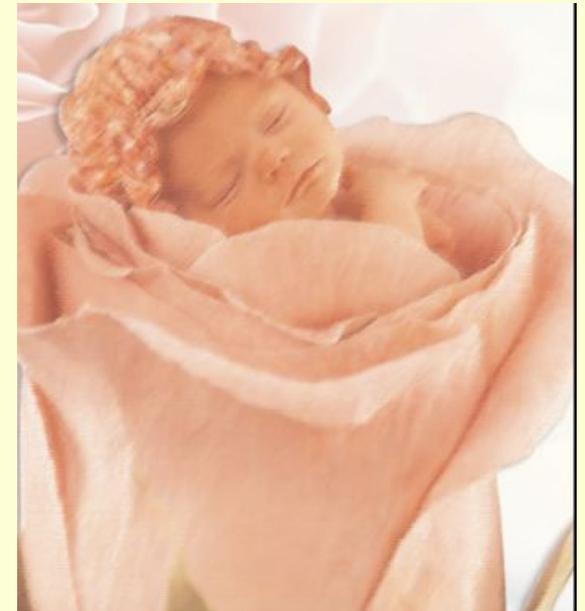
- Увеличивается частота аномалий родовой деятельности
- Увеличивается частота внутриутробной гипоксии плода
- Частота оперативного родоразрешения
- Родовой травматизм матери и новорожденного



ПГЕ2 – *динопростон*

Показания:

- При интравагинальном, эндоцервикальном введении – преиндукционная подготовка шейки матки (Препидил-гель).
- Оказывает стимулирующее влияние на органы, содержащие гладкомышечные клетки, в том числе на сократительную активность и тонус миометрия
- Время достижения максимальной концентрации в плазме после эндоцервикального введения – 50 – 75 минут.



ПГФ2а – энзопрост

- Эндогенный ПГФ2а выделяется децидуальной тканью, материнской частью плаценты и миометрием.
- Утеротоническое средство, обеспечивающее сокращение матки.
- Препарат ПГФ2а – Энзапрост (*динопрост*).



Преиндукционная подготовка шейки матки с помощью Мифепристона

Используется при целом плодном пузыре.

- Доношенная беременность при отсутствии биологической готовности к родам («незрелая» шейка матки)
- Гестоз (лёгкие и средние формы)
- Гемолитическая болезнь плода (лёгкие формы)
- Переношенная беременность (?!)
- Тазовое предлежание (при массе плода менее 3500)
- Хроническая плацентарная недостаточность и гипотрофия плода
- Заболевания почек при отсутствии почечной недостаточности
- Лёгкие формы сахарного диабета



*Айламазян Э.К. «Подготовка беременных к родам». Методические рекомендации. 2007 г.

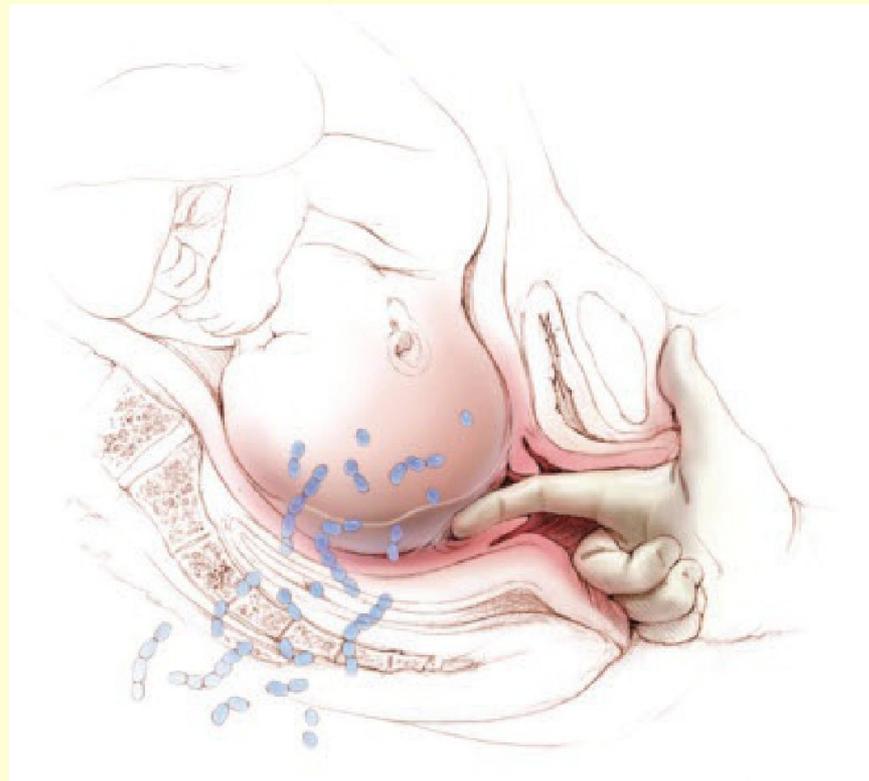
Миролют (содержит 0,2 мг **мизопростола** в пересчете на 100% вещество, гипромеллозу) - 20 мг

- **Способ применения и дозы**
- Для прерывания беременности и лечения **аномалий родовой деятельности** совместно с мифепристоном препарат должен применяться в учреждениях, которые имеют соответствующим образом подготовленные врачебные кадры.
- Внутрь, через 36-48 часов после приема 600 мг (3 таблетки) мифепристона назначают 400 мкг (2 таблетки по 200 мкг.) препарата Миролют®.



АМНИОТОМИЯ

- ПРИ НЕЗРЕЛОЙ ШЕЙКЕ МАТКИ - НЕЛЬЗЯ ВСКРЫВАТЬ ПЛОДНЫЙ ПУЗЫРЬ !!!
- ПРИ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКЕ МАТКИ – ПОКАЗАНА АМНИОТОМИЯ
- ПЕРЕД АМНИОТОМИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВЕДЕНИЕ СПАЗМОЛИТИКОВ





Слабость родовой деятельности. Определение.

- **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.**
- **Если за 5-6 часов регулярной родовой деятельности не происходит переход из латентной в активную фазу – это СРД.**
- **Если в активной фазе родов снижены темпы раскрытия шейки матки – это СРД.**

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
- аборт в анамнезе

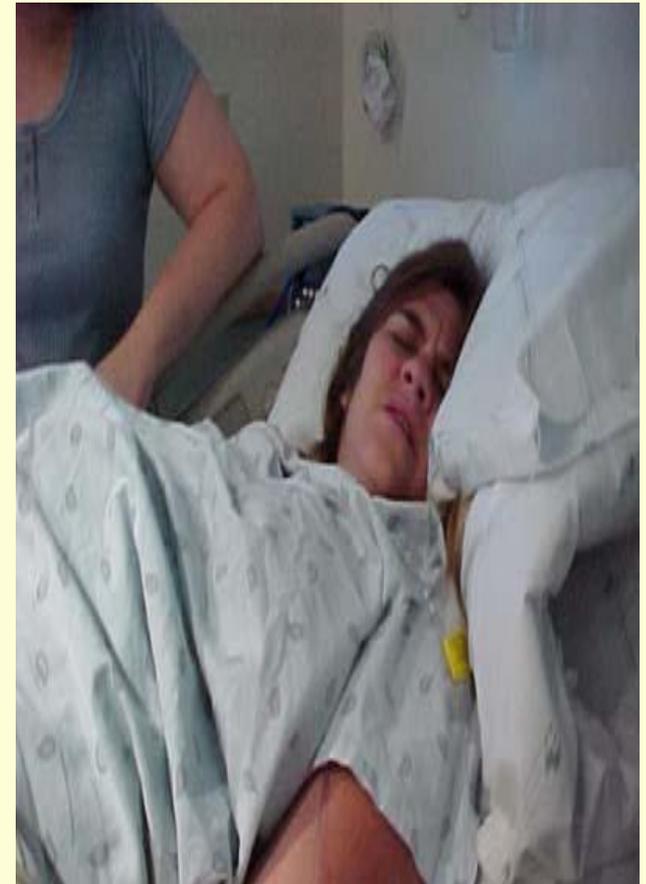
Группа риска по развитию слабости родовой деятельности:

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



Вторичная слабость родовой деятельности

- возникает после какого-то периода хорошей родовой деятельности, как в первом, так и во втором 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 3-4 часов,
- Подсчет схваток,
- Фиксация их силы и тонуса матки – в динамике.
- 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 или 3 поперечных пальца, можно ставить диагноз первичной слабости родовой деятельности.

- Мониторное наблюдение за характером родовой деятельности.



Лечение слабости родовой деятельности

- При первичной СРД следует выяснить ее причину, постараться эту причину устранить, если это возможно (например при многоводии – вскрыть плодный пузырь), а затем при помощи **утеротонических средств** произвести родоусиление.
- *Чем раньше врач заподозрит слабость родовой деятельности, тем больше он имеет шансы их устранить*



Лечение слабости родовой деятельности

- В настоящее время во всем мире отказались от огромного количества всевозможных схем родостимуляции.
- Если в течении 2 – 4 часов родостимуляции не удастся получить адекватного эффекта, дальнейшее введение окситоцина нецелесообразно. Роды следует закончить операцией кесарева сечения.



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОКСИТОЦИН



- Количество схваток 4 за 10 мин.
- Продолжительность схваток 45-60 сек.
- Нарастает динамика схваток
- Темпы раскрытия ШМ в активную фазу – 1,5 - 2 см в час.
- Лечение окситоцином не должно превышать 3-6 часов
- Длительность введения окситоцина более 4 часов для плода не предсказуема
- Если в течение 4 часов родостимуляции окситоцином открытие ШМ – 8-10 см – продолжить роды
- Если в течение 4 часов родостимуляции окситоцином открытие ШМ – менее 7 см – Кесарево сечение

Медикаментозное родоусиление Окситоцином - противопоказано

- Узкий или клинически узкий таз
- Несостоятельность миометрия матки (рубец, аномалии развития, миома матки)
- Дистресс плода (в том числе – зеленые воды)
- Целый плодный пузырь



Осложнения от применения

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



- Гиперстимуляция родовой деятельности (более 5 схваток за 10 мин. длительностью до 2 мин. и более).



- Дистресс-синдром у плода, проявляющийся брадикардией до 70 уд\мин в первую минуту введения препарата.

Специфические и неспецифические осложнения

- Гиперстимуляция **простаглондинов** отмечается в первый час при цервикальном введении геля и в первые 4 часа при влагалищном его введении.

- Возникновение поздних децелераций,



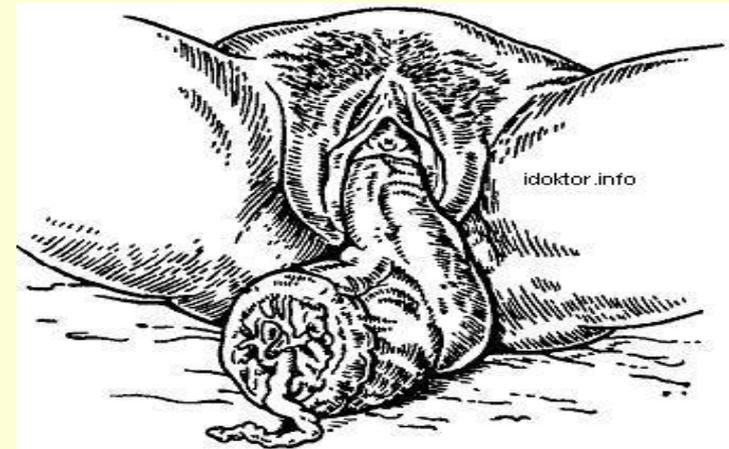
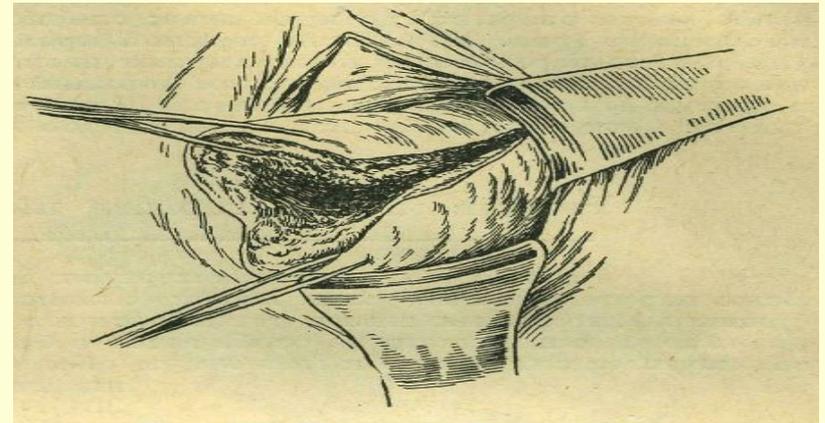
ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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



Материнский травматизм при аномалиях родовой деятельности

- Разрывы мягких тканей родовых путей
- Разрыв матки
- Расхождение / разрыв костей лонного сочленения
- Выворот матки



Детский травматизм при аномалиях родовой деятельности

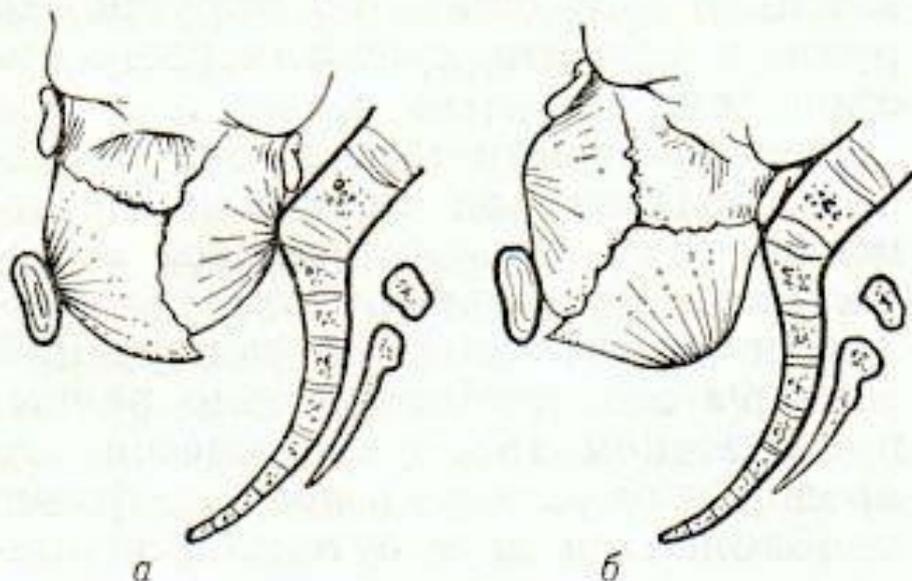


Рис. 2. Схематическое изображение асинклитического вставления головки плода при плоском тазе: а — передний асинклитизм; б — задний асинклитизм.



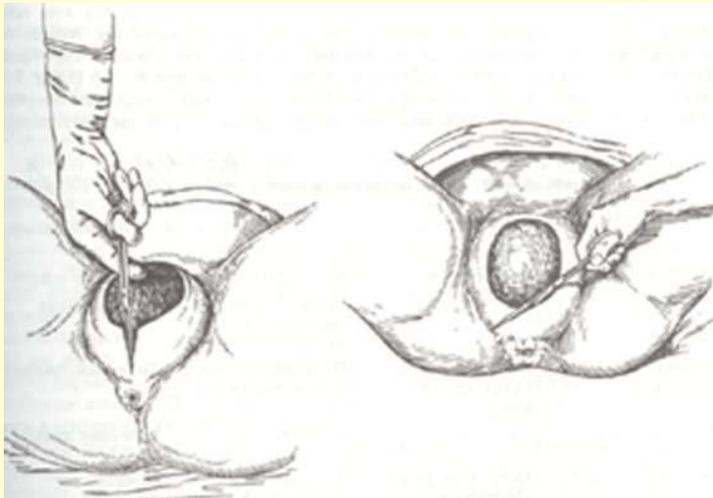
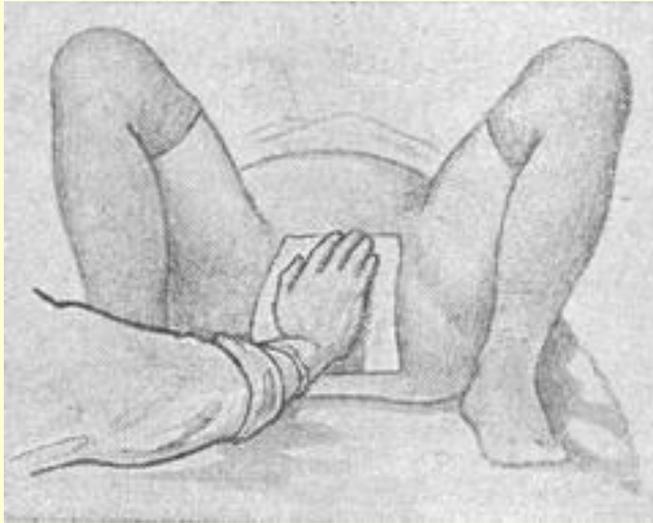
Детский травматизм при аномалиях родовой деятельности



- Кефалогематомы
- Переломы ключицы
- Травмы шейного отдела позвоночника
- Внутричерепные кровоизлияния
- Разрыв внутренних органов



Профилактика травматизма



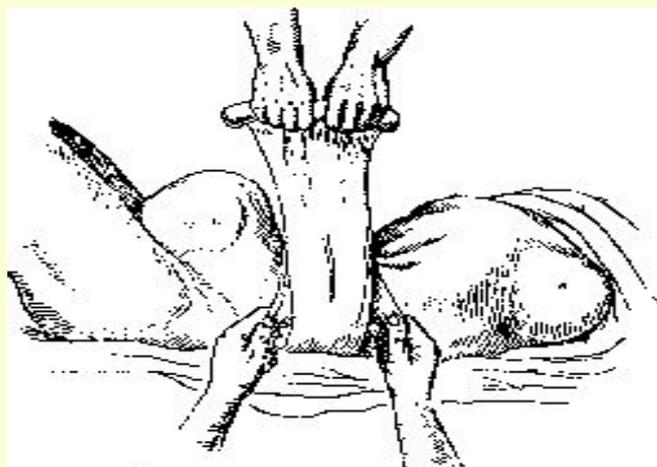
- Отсутствие ятрогений
- Перинео- и эпизиотомия
- Применение родо-разрешающих пособий и операций
- В случае неэффективности лечения СРД – операция кесарева сечения

Профилактика травматизма



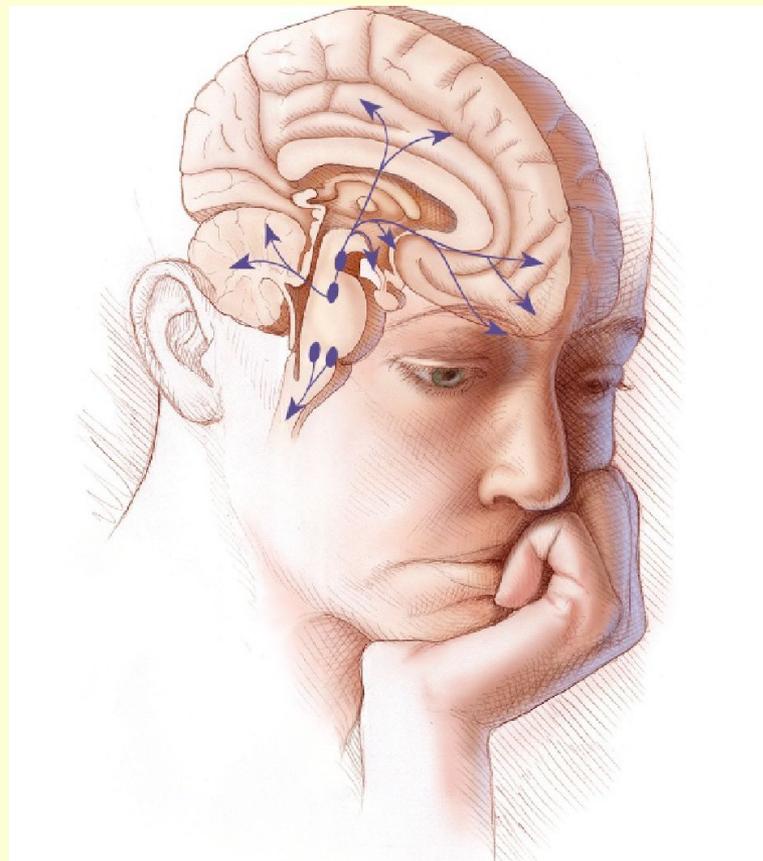
- Применение родо-разрешающих пособий и операций
- В случае неэффективности лечения СРД – операция кесарева сечения

ЯТРОГЕНИИ И ОШИБКИ ПРИ АНОМАЛИЯХ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



Дискоординированная родовая деятельность. Определение.

- Под дискоординированной родовой деятельностью понимают отсутствие скоординированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой ее половинами, дном матки, телом матки и нижним ее сегментом.
- Частота ДРД деятельности 1-3% от всех родов.



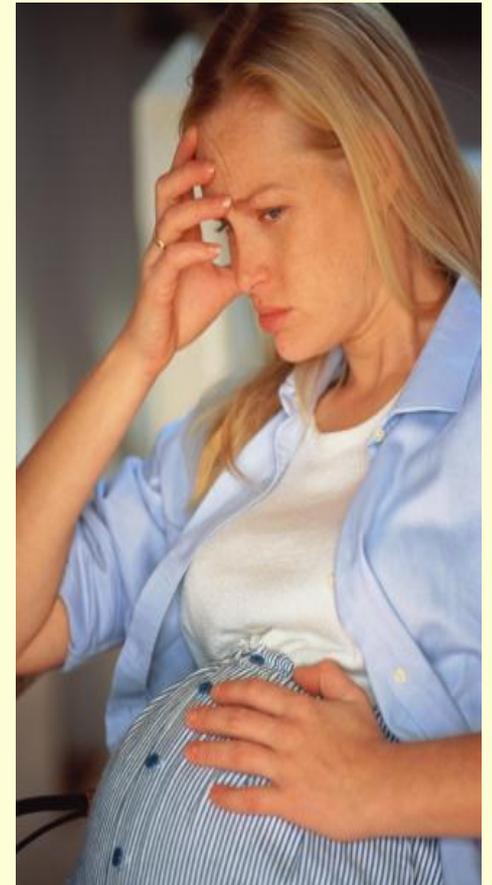
Дискоординированная родовая деятельность

- 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 нашей академии (1943-1945), который до этого работал в Ленинграде, а затем долгие годы в Саратове.



Клиническая картина ДРД

- Нерегулярные болезненные схватки
- Боли преобладают в пояснице
- При пальпации неодинаковый тонус в различных отделах матки
- Отсутствие полного расслабления матки вне схваток
- Тревожно-маниакальное состояние (страх, беспокойное поведение и т.п.)
- Отсутствие или крайне недостаточная динамика раскрытия шейки матки практически
- Утомление роженицы и родовая деятельность может полностью прекратиться.



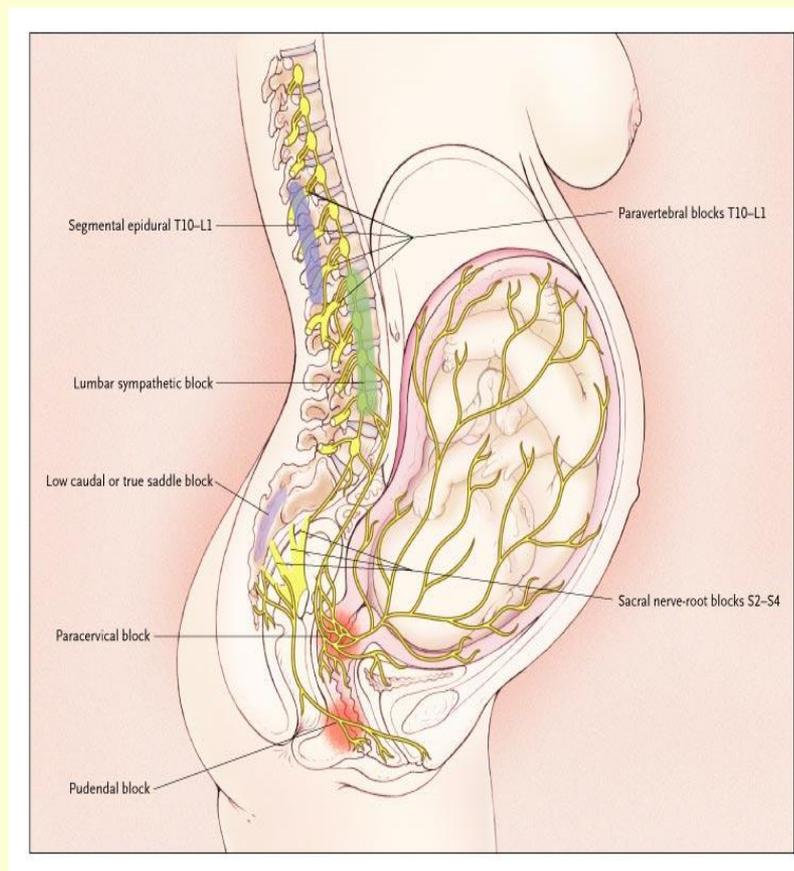


Клиническая картина ДРД

- Основной симптом развернутой клинической картины ДРД – базальный гипертонус миометрия
 - Наиболее типичным клиническим проявлением ДРД является одновременное сокращение тела матки и ее нижнего сегмента.
 - Часто ДСРД начинается клинически с патологического прелиминарного периода, дородового излития околоплодных вод при незрелой шейке матки.
- 

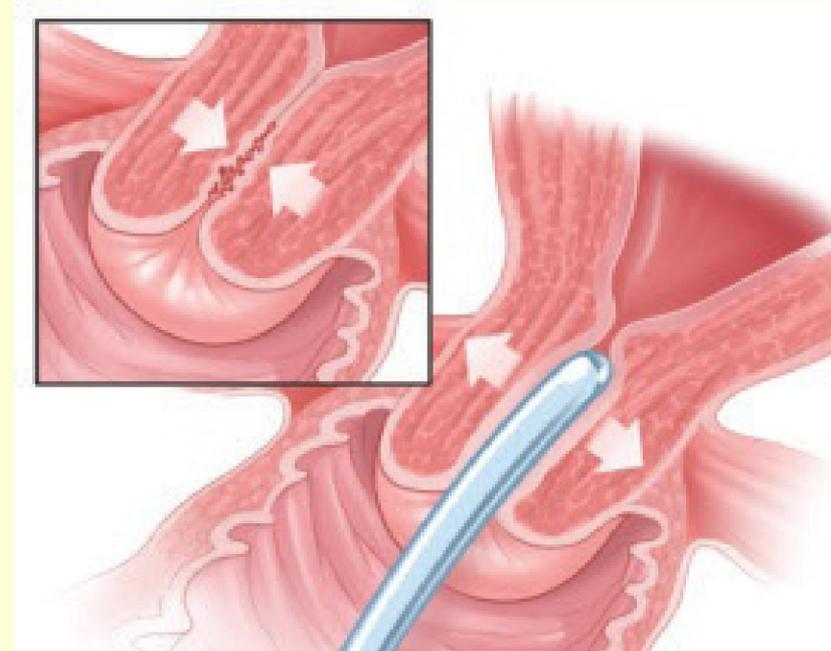
Вторичная дискоординация родовой деятельности

- Очень часто ДСРД является следствием неправильного ведения родов, то есть рукотворным деянием: при недостаточном обезболивании,
- попытке проведения родостимуляции при «незрелой» шейке матки или отсутствии показаний к родостимуляции.



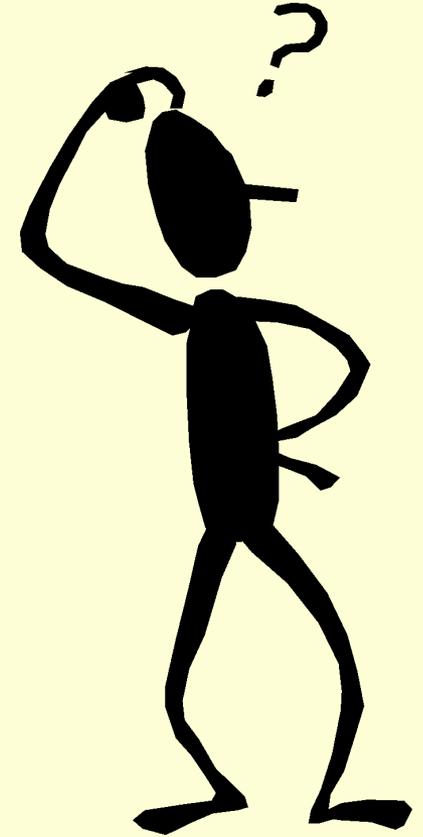
Дистоция шейки матки

- Одним из основных симптомов ДСРД является дистоция шейки матки.
- Это функциональная патология, возникающая вследствие нарушения кровообращения и лимфообращения из-за нескоординированного сокращения и недостаточного расслабления мышечных пучков в миометрии.
- Во время схватки плотность шейки матки повышается вследствие сокращения циркуляторно расположенных мышечных пучков.
- При вагинальном осмотре шейка матки выглядит толстой, ригидной, плохо растяжима, иногда наблюдается неравномерное утолщение и плотность ткани.



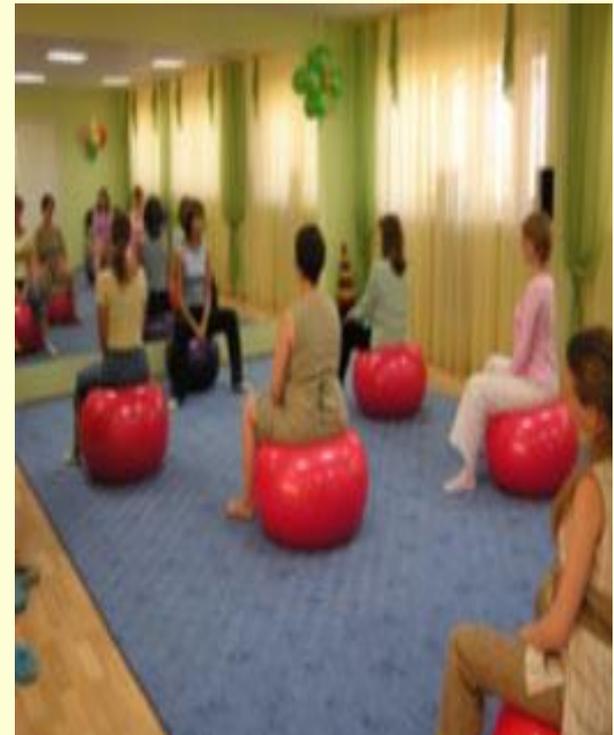
Дифференциальная диагностика ДРД

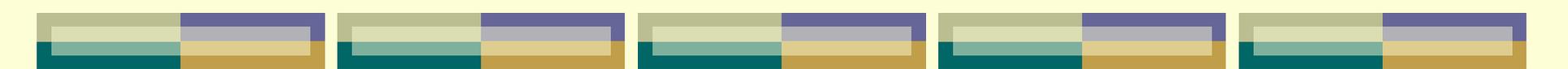
- Со слабостью родовой деятельности,
- С клиническим узким тазом (высокое стояние головки, отсутствие продвижения по родовому каналу),
- Угрожающим разрывом матки (когда нижний сегмент резко болезненный, перерастянутый, контракционное кольцо придает матке форму песочных часов).



Профилактика ДСРД.

- **Очень важен режим сна, продолжительность его должна быть не менее 8-10 часов с дополнительным 1-2 часовым дневным сном.**
- **В 40 нед. производят оценку зрелости шейки матки. При «зрелой шейке» матки после 41 нед. следует отдать предпочтение индуцированным родам с ранним вскрытием плодного пузыря.**
- **При «незрелой» шейке матки, после 41 недели дальнейшая подготовка шейки матки к родам не целесообразно – плановое кесарево сечение.**



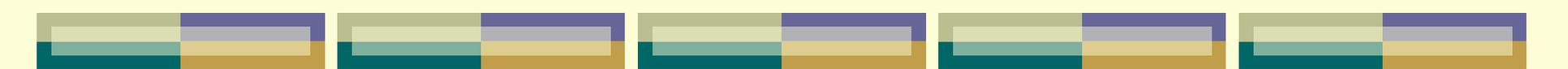


Неблагоприятный прогноз для вагинальных родов

- Поздний или юный возраст матери
- Бесплодие, ЭКО, индуцированная беременность
- Хроническая экстрагенитальная патология
- Гестоз
- Узкий таз
- Переношенная беременность
- Хроническая ФПН, ЗВРП, гипоксия плода
- Крупный плод
- Неправильное вставление плода и нарушение биомеханизма

**При наличии неблагоприятных факторов –
предпочтение операции КС**





Лечение ДСРД.

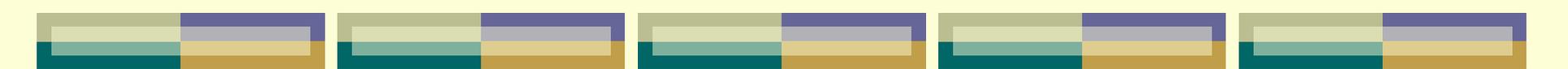
В зависимости от причины:

- Плоский плодный пузырь – необходимо провести амниотомию,
 - При не установленной причине ДРД следует обязательно снять патологическую родовую деятельность, для чего используют акушерский наркоз, адекватное обезболивание, спазмолитики.
 - Иногда только применение одного медикаментозного сна-отдыха нормализует родовую деятельность, иногда требуется родоусиление, но с обязательным систематическим введением спазмолитиков, которые являются основным средством лечения при ДСРД (но-шпа, папаверин, баралгин, ганглерон, галидор, баралгин и др.).
- 

Эпидуральная анестезия в лечении ДРД

- В последнее время очень широкое распространение во многих зарубежных и отечественных акушерских клиниках нашло широкое распространение проведение метода эпидуральной анестезии в комплексе лечения ДСРД.
- При первичной ДСРД, когда от начала родовой деятельности прошло не более 4-5 часов – применение перидуральной 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**
- 

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

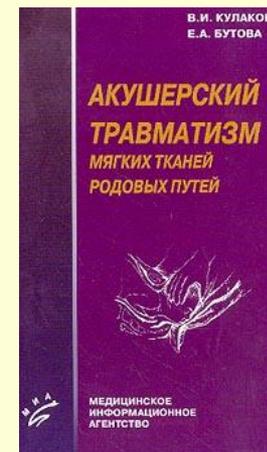
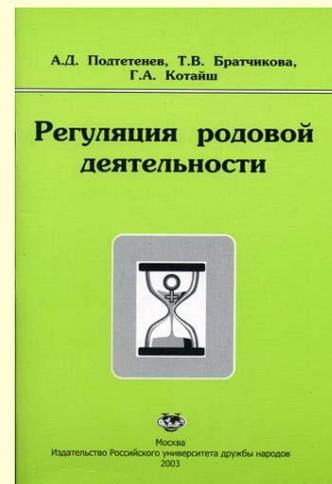
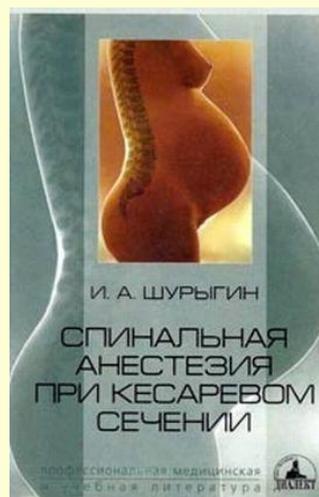
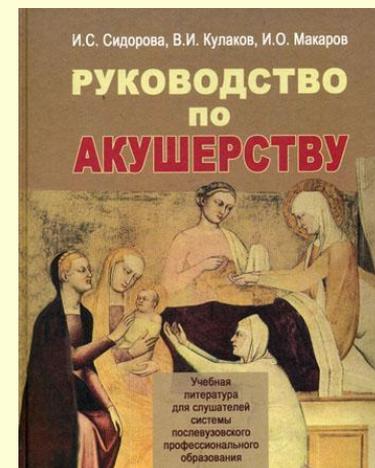
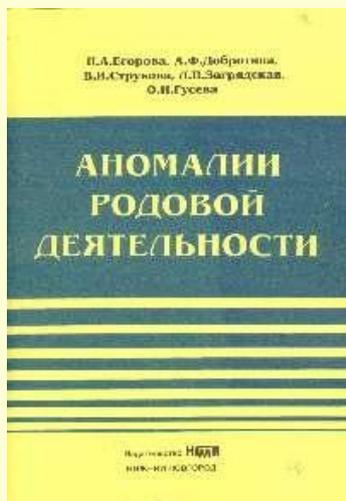
Внутривенное капельное введение β - адрено-миметиков (гинипрал 0,01 Мг в 200 мл 5% р-ра глюкозы – в течение 60 мин. начиная с 6 кап. – до 60 кап. в минуту) (

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

Дополнительная литература



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

