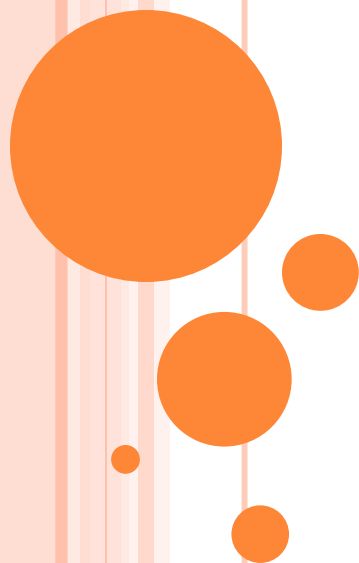


# **НАРУШЕНИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Профессор Т.С.Быстрицкая**



## Для физиологической сократительной деятельности матки необходимы:

- **Тройной нисходящий градиент и доминанта дна** (каждое очередное сокращение начинается в области одного из трубных углов, где располагается водитель ритма и волна сокращения распространяется сверху вниз (первый градиент), при этом наблюдается уменьшение силы и продолжительности сокращения тела матки и нижнего сегмента.
- **Взаимосвязанность** сократительной активности тела матки и нижнего сегмента матки.
- **Координированность** по вертикали и по горизонтали.

**Физиологическое течение родов возможно при сформированной родовой доминанты!**



# ЭТИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- **акушерские** - преждевременное излитие ОВ, диспропорция между размерами головки плода и родового канала, дистрофические и структурные изменения в матке, перерастяжение матки в связи с многоводием, многоплодием и крупным плодом, аномалии расположения плаценты, ягодичное предлежание плода, преэклампсия, анемия беременных;
- **факторы, связанные с патологией репродуктивной системы** - инфантилизм, аномалии развития половых органов, возраст женщины старше 30 и моложе 18 лет, нарушения менструального цикла, нейроэндокринные нарушения, искусственные аборты в анамнезе, невынашивание беременности, операции на матке, миома, воспалительные заболевания женской половой сферы;
- **соматические заболевания**, инфекции, интоксикации, органические заболевания ЦНС, ожирение различного генеза, диэнцефальная патология;
- **плодные факторы** - ЗРП, внутриутробные инфекции плода, анэнцефалия и другие пороки развития, иммунологический конфликт во время беременности, плацентарная недостаточность;
- **ятрогенные факторы** - необоснованное и несвоевременное применение родостимулирующих средств, неадекватное обезболивание родов, несвоевременное вскрытие плодного пузыря, грубые исследования и манипуляции.



## ПАТОГЕНЕЗ НАРУШЕНИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- **Эстрогенная недостаточность**, в результате чего к сроку родов не происходит созревания шейки матки
- **Уменьшение образования  $\alpha$  и  $\beta$ -адренорецепторов**, которые определяют синхронность процессов сокращения и расслабления
- Снижение продукции простагландинов  $E_2$  и  $F_{2\alpha}$
- Изменение ритмического выброса окситоцина у матери и плода
- Нарушение вегетативной регуляции сократительной деятельности матки
- Снижение в клетках биохимических процессов, синтеза сократительных белков
- **Изменение локализации водителя ритма**, который начинает функционировать в области тела или даже нижнего сегмента
- Нарушение нейроэндокринного и энергетического обеспечения миометрия.



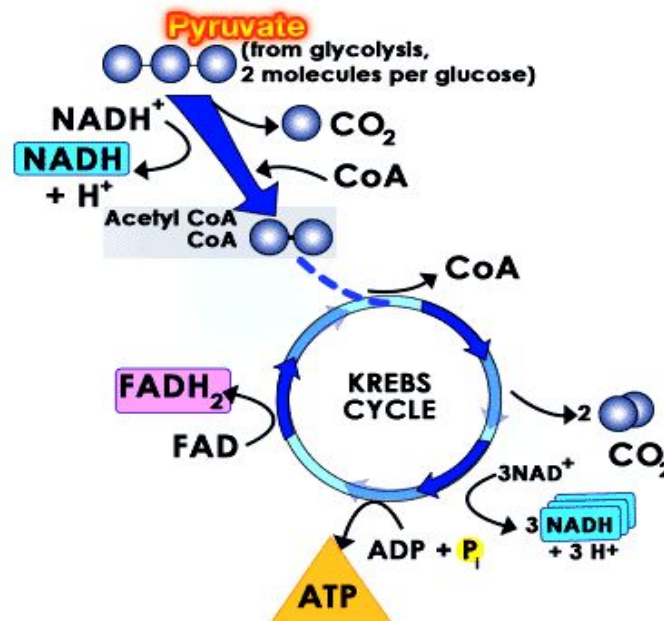
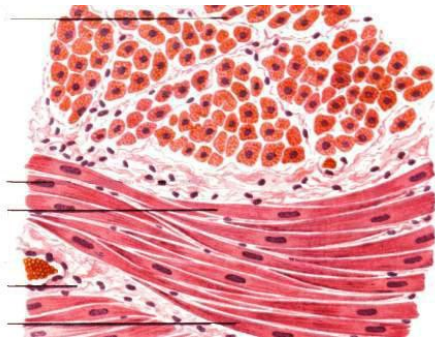
## КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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



## При нарушениях родовой деятельности:

- Происходит дезорганизация структуры миоцитов,
- Снижаются окислительные процессы,
- Угнетается тканевое дыхание,
- Понижается биосинтез белков,
- Развивается гипоксия и метаболический ацидоз.



# ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД

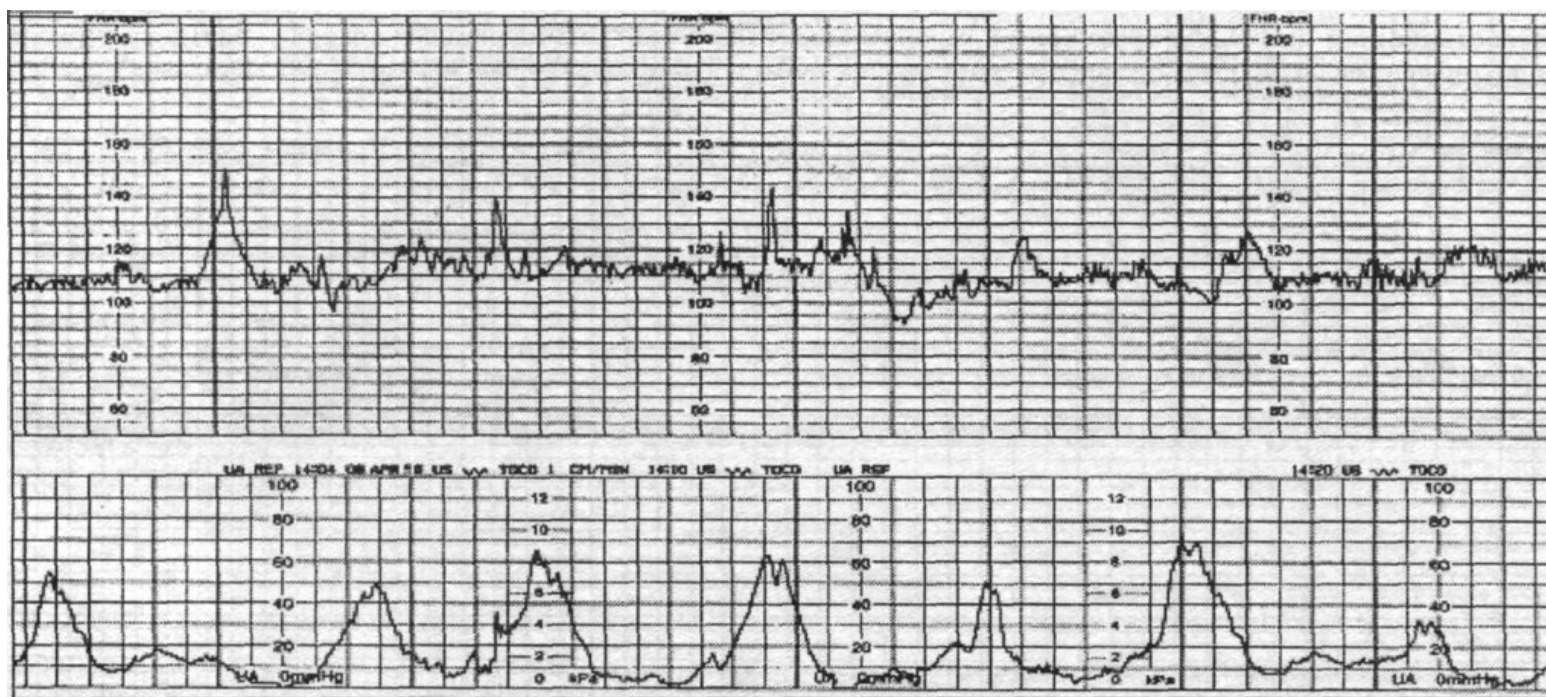
## Клинические признаки

1. Сокращения матки болезненные, возникают не только днём, но и ночью, носят нерегулярный характер, самостоятельно не переходят в родовую деятельность и продолжаются более 6 часов.
2. Структурные изменения шейки матки (её «созревание») не происходит. Шейка остаётся длинной, эксцентрично расположенной, плотной, наружный зев закрыт.
3. Возбудимость и тонус матки повышены
4. Предлежащая часть плода не прижимается ко входу в малый таз
5. Сокращения матки носят монотонный характер, их частота не увеличивается, сила не возрастает
6. Нарушается психоэмоциональное состояние беременной: неуравновешенна, раздражительна, боится родов.



## ДИАГНОЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ:

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





# ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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 её частях.

Таблица 7-1

## Параметры сократительной деятельности матки при аномалиях родовой деятельности и физиологических родах

Параметры сократительной деятельности матки	Физиологические роды	Слабость родовой деятельности	Дискоординация родовой деятельности
Базисное внутриматочное давление, мм рт.ст.	5–13	5–13	13–20
Сила схватки в латентную фазу родов, мм рт.ст.	>25	<25	>25
Длительность схватки в латентную фазу родов, с	30–40	<30	30–60
Сдвоенные схватки	Нет	Нет	Есть
Отношение систола/диастола	<1	<1	>1
Количество схваток за 10 мин в латентную фазу родов	3	1–2	От 2 до 6 на разных интервалах



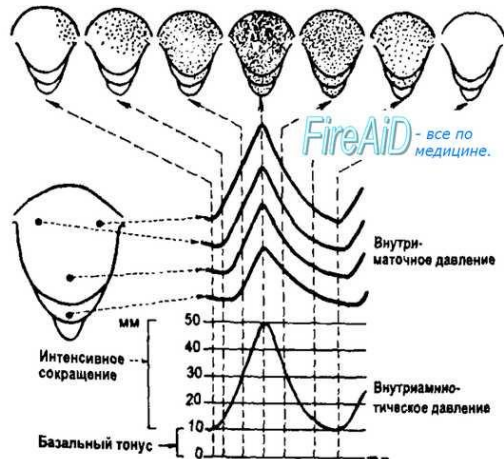
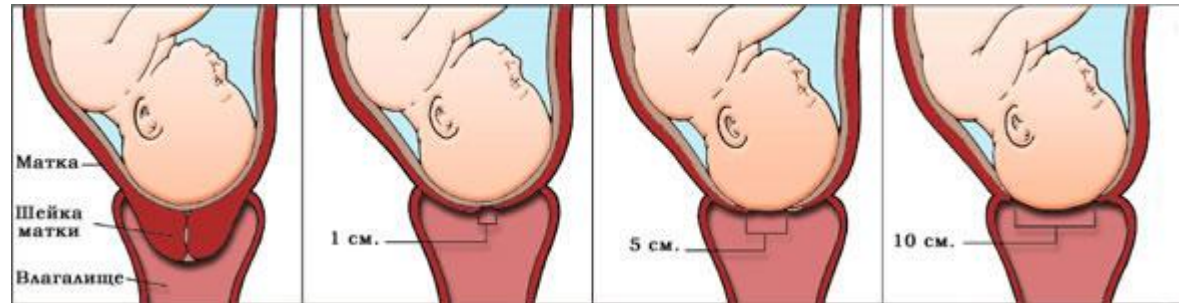
## Для первичной слабости родовой деятельности характерны следующие клинические признаки

- Возбудимость и тонус матки снижены.
- Схватки с самого начала развития родовой деятельности остаются редкими, короткими, слабыми:
  - частота за 10 мин не превышает 1–2 схватки;
  - амплитуда ниже 30 мм рт.ст.;
  - схватки носят регулярный характер, безболезненные или малоболезненные, так как тонус миометрия низкий.
- Отсутствует прогрессирующее раскрытие шейки матки (менее 1 см/ч).
- Предлежащая часть плода долгое время остаётся прижатой ко входу в малый таз.
- Плодный пузырь вялый, в схватку наливается слабо (функционально неполноценный).



## ДИАГНОЗ СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ:

- оценки основных показателей сократительной деятельности матки
- замедления темпа раскрытия маточного зева
- отсутствия поступательного движения предлежащей части плода
- Для этого используют гистерограмму и ведут партограмму.



## ВЕДЕНИЕ ПАРТОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО!

В ЭТОМ ДОКУМЕНТЕ ОТРАЖАЮТ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ РОЖЕНИЦЫ (ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ, АД, ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА, ЧАСТОТУ МОЧЕИСПУСКАНИЙ), ДИНАМИКУ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА И ПРОДВИЖЕНИЯ ПРЕДЛЕЖАЮЩЕЙ ЧАСТИ ПЛОДА (ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ), ВРЕМЯ ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД, НАИМЕНОВАНИЯ И ДОЗЫ ВВОДИМЫХ МЕДИКАМЕНТОВ, ПОЛ, АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ НОВОРОЖДЁННОГО.

**ПАРТОГРАММА 1**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Возраст 22 № истории родов \_\_\_\_\_  
 Поступила «15» февраля 2002 г. 03 ч. 30 мин. Беременность: 1 Роды: 1 Рост: 168 Вес: 86  
 Окружность живота: 100 Высота дна матки: 35 ПМП 3300-3500 Балльная оценка пренатального риска: \_\_\_\_\_

Дата: 15 февраля 2003 года

Время	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Положение предлежащей части
Пульс, уд/мин АД, мм рт. ст., ЧСС плода Открытие маточного зева, см канал															-3 над входом -2 прижата ко входу -1 малым сегментом 0 большим сегментом +1 в широкой части +2 в узкой части +3 в выходе
Продолжительность родов, ч	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Клинический диагноз: Беременность _____ нед.
Излитие вод Количество Амниотомия Качество							0,30 светлые								
Сердцебиение плода, уд/мин				140			140			131		132		120	
Схватки Интервал (мин)	2														<b>РОДЫ</b> « <u>15</u> » <u>февраля</u> <u>14</u> ч. <u>15</u> мин. Пол: мальчик <u>девочка</u> Масса: <u>3480</u> Длина: <u>51</u> Оценка по шкале Апгар: 1 мин <u>8</u> 5 мин <u>8</u> Особенности _____ Акушерка _____ Дежурный врач _____
	4														
Введение утеротоников	окситоцин														
	ПГ														
Подпись врача															

**Партограмма №1.** Роженица Н., 22 года. Родостимуляция окситоцином по поводу первичной слабости родовой деятельности нормализовала динамику структурных изменений шейки матки. Прекращение утеротонической терапии привело к снижению силы схваток, прекращению динамических изменений шейки матки. Перечисленное стало основанием для возобновления введения утеротонических препаратов. Ребёнок родился в удовлетворительном состоянии.

## ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМЕНАРНОГО ПЕРИОДА И ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Анальгетики (спазмолитики, НПВС);
2. Производное дифенгидрамина гидрохлорида (димедрол)

При утомлении акушерский сон: премедикация (промедол, димедрол).

После отдыха: мифепристон + простагландин E<sub>2</sub>-гель  
эндоцервикально.

Амниотомия. Родостимуляция окситоцином до  
родоразрешения.

Показания к кесареву сечению: сочетание слабости родовой  
деятельности с дистрессом плода, неэффективность  
медикаментозной терапии, крупный плод, суженный таз,  
задержка роста плода.



## ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВВЕДЕНИЮ УТЕРОТОНИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ:

- несоответствие размеров таза матери и головки плода
- рубец на матке
- неправильное положение и предлежание плода
- преждевременная отслойка плаценты
- предлежание плаценты
- угрожающий разрыв матки
- острая гипоксия плода



## ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Вторичной слабостью родовых сил считают такую аномалию родовой деятельности, при которой первоначально нормальные и сильные схватки ослабевают, становятся реже, короче и постепенно могут прекратиться.
- Тонус и возбудимость матки снижаются. Раскрытие маточного зева, достигнув 5-6 см, более не прогрессирует, предлежащая часть плода по родовому каналу не продвигается.
- Этот вид слабости родовой деятельности развивается чаще всего в активную фазу родов или в конце периода раскрытия, или в периоде изгнания плода.

**Вторичная гипотоническая дисфункция родовой деятельности является следствием утомления роженицы или наличия препятствия, останавливающего роды!**



## ДИАГНОСТИКА

- Проводят анализ кардиотокограммы и партограммы для оценки характеристик схватки в конце I и во II периоде родов
  
- При внутреннем акушерском исследовании оценивают динамику раскрытия маточного зева и продвижения предлежащей части плода по родовому каналу





# ЛЕЧЕНИЕ

- **Главное** - своевременно выявить ту или иную степень диспропорции размеров головки плода и таза матери, ухудшение состояния плода.

**При этих видах патологии какая-либо стимулирующая матку терапия противопоказана!**

**Показано родоразрешение операцией кесарево сечение.**



**При вторичной слабости родовой деятельности для лечения используется окситоцин**

### **Методика введения:**

- 5 ЕД окситоцина разводят в 400 мл 5% раствора глюкозы или изотонического раствора натрия хлорида.
- Внутривенную инфузию начинают с 1 мл. в минуту (10 капель в минуту).
- Через каждые 15-20 минут дозу увеличивают на 10 капель.
- Максимальная доза составляет 8мл/мин. (40 капель).



# ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- Чрезмерно сильная родовая деятельность относится к гипердинамической дисфункции сократительной деятельности матки.

## Для чрезмерно сильной родовой деятельности характерны:

- сильные схватки (более 50 мм рт.ст.);
- быстрое чередование схваток (более 5 за 10 мин);
- повышение базального тонуса матки (более 12 мм рт.ст.);
- возбуждённое состояние женщины, выражающееся повышенной двигательной активностью, учащением пульса и дыхания, подъёмом АД.
- Возможны вегетативные нарушения: тошнота, рвота, потливость, гипертермия.
- В связи с нарушением родовой деятельности, маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения наступает гипоксия плода.
- Вследствие быстрого продвижения по родовым путям у плода могут возникать родовые травмы: кефалогематома, кровоизлияние в головной и спинной мозг, перелом ключицы



## ЛЕЧЕНИЕ

Лечебные мероприятия должны быть направлены на снижение сократительной активности матки.

С этой целью применяют внутривенное капельное введение  $\beta$ -адреномиметиков, которые снижают концентрацию кальция в миофибриллах.

- **Гинипрал 5 мл**, разводят в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида или глюкозы и вводят в течение 20-30 минут (острый токолиз)

**Введение  $\beta$ -адреномиметиков 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.



## ДИСКООРДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Под дискоординацией родовой деятельности понимают отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки

### Формы дискоординации родовой деятельности:

- распространение волны сокращения матки с нижнего сегмента вверх – возникает тогда, когда «водитель ритма» располагается в области нижнего сегмента
- отсутствие расслабления шейки в момент сокращения мышц тела матки (дистоция шейки матки) – при нарушении синхронизации сокращения и расслабления
- спазм мускулатуры всех отделов матки - при нарушении тройного нисходящего градиента



## ПАТОГЕНЕЗ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- заключается в нарушении функционального равновесия вегетативной нервной системы. Преобладание парасимпатической нервной системы сопровождается повышением плотности  $\alpha$  – адренорецепторов на мембранах поперечных мышечных волокон и способствует спазму и тоническому напряжению нижнего сегмента, внутреннего и наружного зева шейки матки. Спазм вызывает снижение кровотока, уменьшение кровоснабжения матки и, как следствие, выраженный болевой синдром.

**Дискоординированные схватки всегда болезненные!**



## КЛИНИКА

- Резко болезненные схватки нерегулярные по продолжительности, силе и частоте,
- Систола схватки преобладает над диастолой
- Отсутствует (или замедляется) укорочение шейки матки, маточный зев не раскрывается
- Предлежащая часть плода длительно остаётся подвижной или прижатой ко входу в малый таз.
- Повышен базальный тонус матки.



# ЛЕЧЕНИЕ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Токолиз (гинипрал, верапамил)
2. Акушерский сон, спазмолитики
3. Проводниковая аналгезия
4. Кесарево сечение при дистрессе плода, неэффективности медикаментозной терапии, плацентарной недостаточности, ЗРП.





## ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- первородящие старше 30 лет и моложе 18 лет
- беременные с «незрелой» шейкой матки при доношенной беременности
- женщины с отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом (нарушение менструального цикла, бесплодие, невынашивание, осложнённое течение и неблагоприятный исход предыдущих родов, аборты, рубец на матке)
- женщины с патологией половой системы (хронические воспалительные заболевания, миома, врожденные пороки развития)
- беременные с соматическими заболеваниями, эндокринной патологией, ожирением, психоневрологическими заболеваниями
- беременные с осложнённым течением настоящей беременности (преэклампсия, анемия, хроническая плацентарная недостаточность, многоводие, многоплодие, крупный плод, ягодичное предлежание плода)
- беременные с суженным тазом.



