

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 α и β -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.



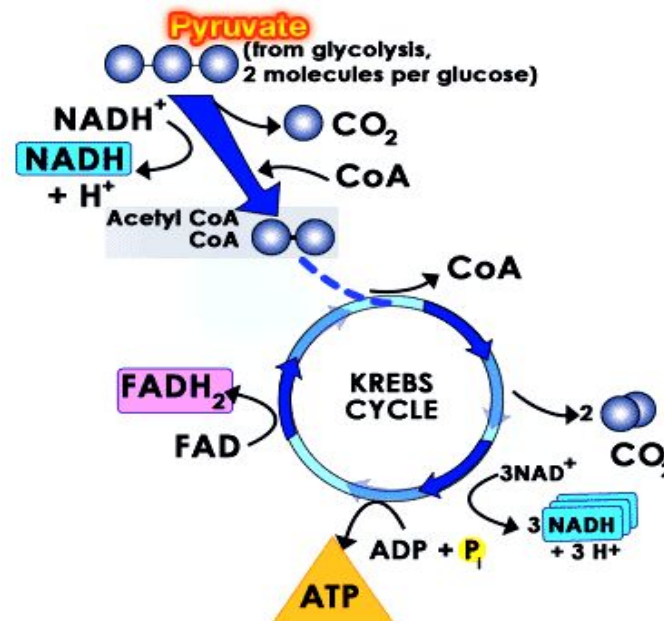
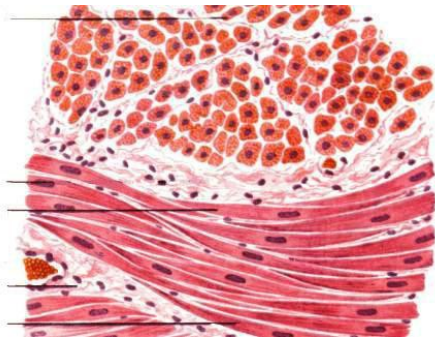
КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 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
- Дискоординированная 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

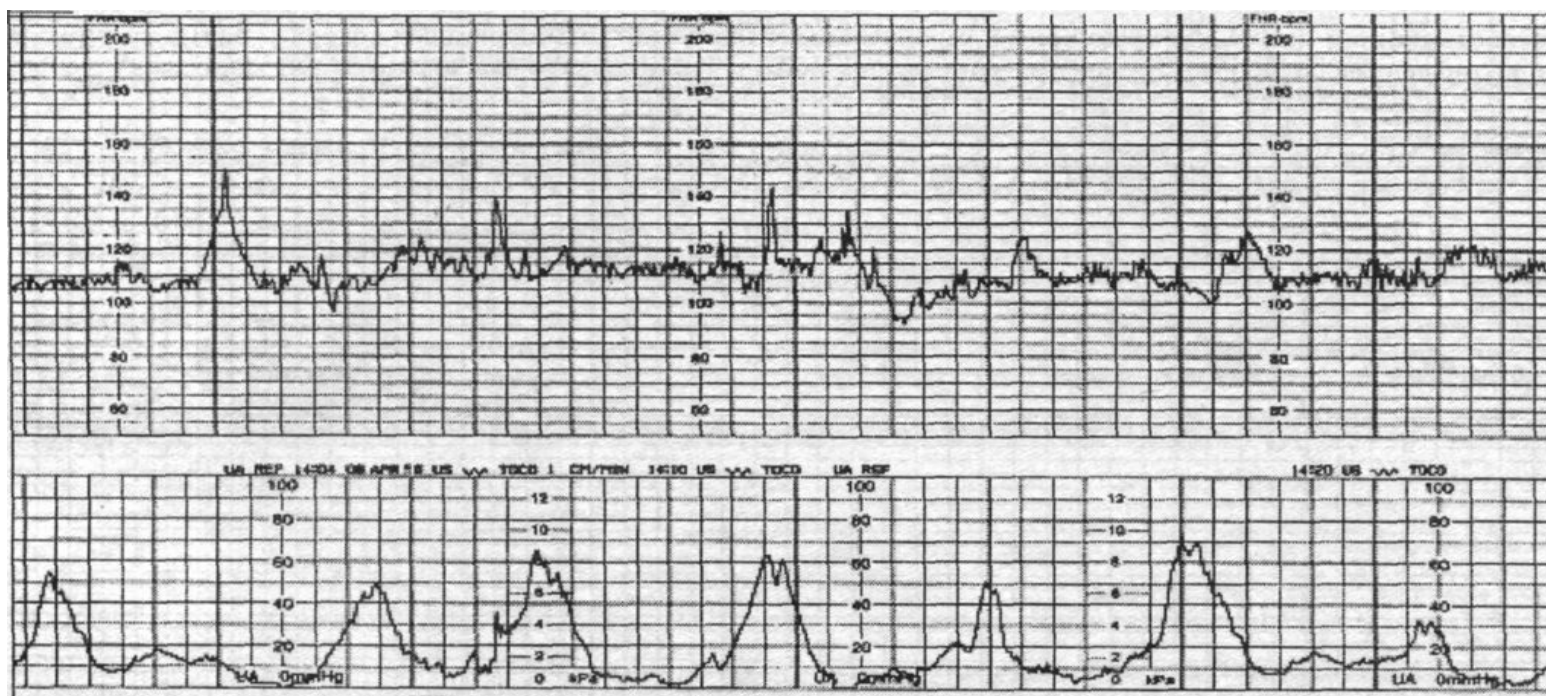
Клинические признаки

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



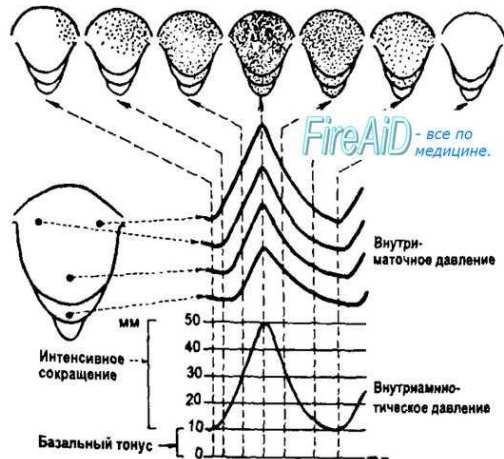
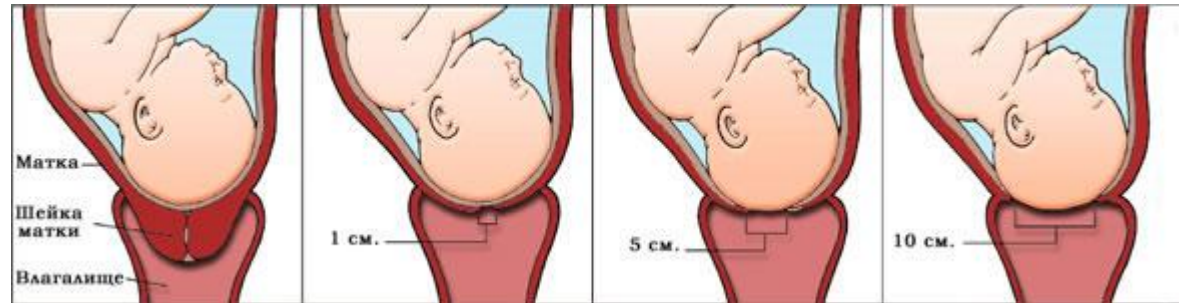
Для первичной слабости родовой деятельности характерны следующие клинические признаки

- 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).



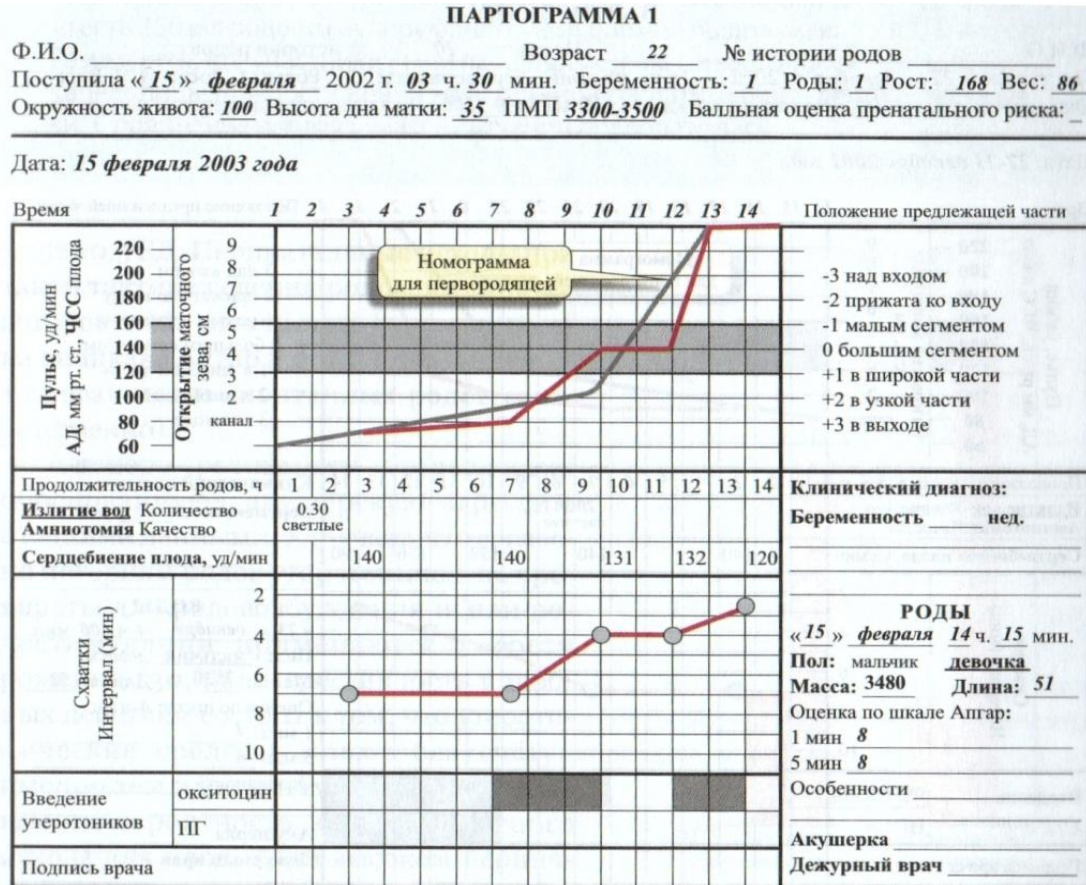
ДИАГНОЗ СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ:

- 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. 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 E₂-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 β -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 β -адреномиметиков имеет ряд преимуществ:

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

Введение β -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 α – 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.



