АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии БГМУ

Зам. зав. кафедрой по учебно-методической работе, кандидат мед. наук, доцент

Наталья Станиславовна Акулич

Патология сократительной деятельности матки

составляет 15 – 20 % среди всех рожающих женщин.

У первородящих: **80** – **85**%

У повторнородящих: 15 – 20 %

Классификация аномалий сократительной деятельности (Чернуха Е.А., 1991 г.)

- I. Патологический прелиминарный период.
- **II.**Слабость родовой деятельности (гипоактивность, инертность матки):
 - первичная
 - вторичная
 - слабость потуг (первичная, вторичная)
- **Ш.**Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки).
- **IV.** Дискоординированная родовая деятельность:
 - дискоординация
 - гипертонус нижнего сегмента (обратный градиент)
 - судорожные схватки (тетания матки)
 - циркулярная дистоция матки

Практическая классификация активности сократительной деятельности матки в родах

Опреде-	Оценка активности сократительной деятельности матки в баллах			
признаки	0	1	2	
Интен- сивность схваток	Слабое напряжение матки. Свободная пальпация плода во время схваток. Отсутствие изменения ЧСП во время схваток. Нормальные осцилляции ЧСП.	Преобладание схваток умеренной силы. Невозможность пальпации плода в течение 20 с. и меньше, незначительное (до 15 в 1 мин.) изменение базальной ЧСП во время схватки.	Преобладание** сильных схваток. Невозможность пальпации плода более 20 с. Изменение базальной ЧСП во время большинства схваток на 20 уд/мин. и более.	

Частота схваток за 10 мин.	1 и менее	2 – 3	4 – 5**
Аритмич- ность* схваток	В пределах 3 мин. и более	2 – 1 мин.	Менее 1 мин.
Тонус матки в интервалах	Незначительная разница в напряжении во время	Полноценное расслабление матки. Отсутствие	Неполное** расслабление матки. Прогрессирующе

До 50 сек.

болей между

схватками.

Свыше 50 сек.

е усиление

тонуса. Боли

между схватками.

Менее 30 сек.

схваток и

в интервалах

между ними.

Продолжи-

тельность

схваток

между

схватками

Примечание:

- *Разница по длительности периода между последовательными маточными циклами, например схватки через 5 8 мин.
- **К сумме баллов прибавляют по 1 баллу при:
- 1) сильных продолжительных схватках, во время которых пальпация плода невозможна и после окончания которых регистрируется урежение (менее 110-100 уд/мин.) сердцебиения плода
- 2) при увеличении частоты схваток свыше 5 за 10 мин.
- 3) при отсутствии достаточного расслабления матки между схватками, сохранении выраженной болезненности в интервалах между сокращениями, сокращениях матки типа тетануса.

ЧСП – частота сердцебиения плода.

Оценка сократительной деятельности матки

- 2 балла и менее гиподинамия матки в родах
- 3 8 баллов нормодинамия матки в родах
- 9 10 баллов гипердинамия матки в родах

Клинические факторы возникновения аномалий родовой деятельности

1. Чрезмерное нервно-психическое напряжение: волнения, отрицательные эмоции, неблагоприятные следовые реакции.

2. Акушерские:

- преждевременное излитие околоплодных вод
- диспропорция между размерами головки плода и размерами родового канала
- дистрофические и структурные изменения в матке
- ригидность шейки матки
- перерастяжение матки (многоводие, многоплодие)
- тазовые предлежания плода
- аномалии расположения плаценты

- 3. Факторы, связанные с патологией репродуктивной системы:
- инфантилизм
- аномалии развития половых органов
- возраст женщины старше 30 лет и моложе 18 лет
- нарушения менструального цикла
- нейроэндокринные нарушения
- искусственные аборты
- операции на матке
- миома матки
- воспалительные заболевания женских половых органов.
- 4. Общесоматические заболевания, инфекции, интоксикации, органические заболевания ЦНС, ожирение различного генеза, диэнцефальная патология, анемия.

5. Патология плода:

- гипотрофия
- внутриутробные инфекции плода
- анэнцефалия и другие пороки развития плода
- переношенный плод
- иммуноконфликтная беременность
- фетоплацентарная недостаточность

6. Ятрогенные факторы:

- необоснованное, несвоевременное применение родостимулирующих средств и методов
- неадекватное обезболивание родов
- несвоевременное вскрытие плодного пузыря

Эти причины вызывают следующие нарушения:

- снижение эстрогенной насыщенности организма
- нарушение образования специфических и α-адренорецепторов
- подавление каскадного синтеза простагландинов и ритмического выброса окситоцина
- изменение необходимого соотношения между плодовыми и материнскими простагландинами, продукцией окситоцина и простагландинами, медиаторами симпатической и парасимпатической BHC
- снижение активности биохимических процессов в клетках, обеспечивающих энергетику сократительной деятельности матки, синтез и ресинтез сократительных белков
- изменение локализации водителя ритма
- нарушение нейроэндокринного и энергетического обеспечения матки

Тесты для диагностики готовности организма к родам

- определение "зрелости" шейки матки
- окситоциновый тест
- нестрессовый тест
- маммарный тест
- тест, основанный на изменении величины сопротивления шейки матки электрическому току
- цитологическое исследование влагалищных мазков

Шкала оценки степени "зрелости" шейки матки

Признаки «зрелости»	Баллы			
шейки матки	0	1	2	
Консистенция	Плотная	Размягчена	Мягкая	
Длина	Более 2 см	1 – 2 см	Менее 1 см	
Проходимость канала шейки матки	Наружный зев закрыт или пропускае т кончик пальца	Пропускает 1 палец, но определяется уплотнение в области внутреннего зева	Более 1 пальца, при сглаженной шейке – более 2 см	
Положение	Кзади	Слегка кзади	Срединное	

Примечание: 0 – 2 балла – шейка матки «незрелая» 3 – 4 балла – недостаточно «зрелая» 5 и более баллов – «зрелая»

Патологический прелиминарный период

- 1. Нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности схватки, продолжающиеся от 6 до 48 часов (в течение 1–3 суток).
- 2.Утомление, нарушение сна, нарушение психоэмоционального статуса беременной.
- 3.Тонус матки обычно повышен, особенно в области нижнего сегмента.
- 4.Предлежащая часть плода располагается высоко, плохо пальпируются части плода.

5.Отсутствие готовности к родам (у 50% женщин):

- **шейка матки, как правило, "незрелая"**
- не наступает структурных изменений в шейке матки
- при гистерографическом исследовании выявляются схватки разной силы и продолжительности с неодинаковыми интервалами
- отношение сокращения к длительности схватки больше 0,5; в начале нормальных родов меньше 0,5
- при цитологическом исследовании влагалищного мазка выявляется I или II цитотип, что свидетельствует о недостаточной эстрогенной насыщенности организма

- 6.Отсутствие динамики в раскрытии шейки матки и нерегулярность схваток является дифференциальным диагнозом между патологическим прелиминарным периодом и слабостью родовой деятельности.
- 7. Длительное течение прелиминарного периода приводит к увеличению расхода энергии и быстрому истощению энергетических ресурсов, что в дальнейшем сопровождается развитием слабости родовой деятельности.
- 8. Как правило, данный синдром сопровождается снижением концентрации гистамина и серотонина в среднем на 11 % и 12 %; нарушением кровоснабжения головного мозга.

Основные этиологические причины, приводящие к развитию патологического прелиминарного периода:

- функциональные сдвиги в центральной нервной системе
- вегетативные нарушения в организме женщины (неврозы, нейроциркуляторная дистония)
- эндокринные нарушения в организме женщины (в т.ч. ожирение)
- страх перед родами, отрицательное отношение к предстоящим родам
- отягощенный акушерский анамнез
- осложненное течение данной беременности (многоводие, маловодие, многоплодие, аномалии развития плода, неправильные положения плода
- возрастные первородящие

Тактика при патологическом прелиминарном периоде зависит от его продолжительности, выраженности клинических проявлений, состояния беременной, состояния родовых путей, состояния плода.

1. Центральную регуляцию патологического прелиминарного периода при длительности до 6 ч и "недостаточно зрелой" шейке матки рекомендуется начинать с введения седуксена (диазепама) в дозе 10 мг внутримышечно или разводят в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно. При "зрелой" шейке матки можно применять электроаналгезию, электрорелаксацию матки, иглорефлексотерапию, медикаментозную терапию – промедол 2% – 1 мл, димедрол 1% – 1 мл внутримышечно.

- 2. Одновременно показано лечение, направленное на созревание шейки матки: эстрогены, аскорбиновая кислота, витамин В₁.
- 3. Спазмолитические препараты: но-шпа 2% 2 мл, папаверина гидрохлорид 2 % 2 мл, баралгин 5 мл внутримышечно.
- 4. При "незрелой" шейке матки (0 2 балла) применяют интрацервикальное введение 0,5 мг PgE₂ (Препидил гель). Повторное введение через 8 часов.

- 5. При "недостаточно зрелой" шейке матке (3 4 балла) применяют интравагинальный Простин E_2 гель 1 2 мг или вагинальные таблетки Простин E_2 3 мг. Повторное применение через 6 часов.
- 6. При затянувшемся прелиминарном периоде (10 –12 ч.) беременной предоставляется сон-отдых: повторно вводят 10 мг седуксена в сочетании с промедолом (2% – 1 мл). Если в течение последующего часа беременная не засыпает, то рекомендуется ввести ГОМК 20 % – 10-20 мл.

- 7. Для предоставления беременной женщине отдыха можно использовать электросон на 2 2,5 часа.
- 8. После медикаментозного отдыха 85% женщин пробуждаются в активной фазе родов, у 10 % – отсутствует сократительная деятельность матки, у 5 % схватки остаются слабыми и показано введение утеротонических средств. При маловодии и многоводии амниотомия.

- 9. Комбинированное применение седативных, анальгетических, спазмолитических препаратов и простагландинов нормализует нарушенную сократительную деятельность матки, улучшает состояние родовых путей.
- 10. Если в течение суток не удается достигнуть эффекта у женщин с доношенной беременностью, "незрелой" шейкой матки, отягощенным акушерским анамнезом, крупным плодом, тазовым предлежанием, экстрагенитальными заболеваниями, у возрастных первородящих, или при появлении признаков внутриутробной гипоксии плода целесообразно родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Слабость родовой деятельности

это состояние, при котором интенсивность, продолжительность и частота схваток недостаточны, поэтому сглаживание шейки матки, раскрытие шеечного канала и продвижение плода при его соответствии размерам таза происходит замедленными темпами.

Причины развития первичной слабости родовой деятельности

Общие

- 1. Неправильная психологическая ориентация
- 2. Нервное и физическое истощение
- 3. Общий и генитальный инфантилизм
- 4. Астения
- 5. Интоксикация
- 6. Отрицательные и сверхположительные эмоции

<u>Функциональные</u>

- 1. Гипофункция яичников
 - 2.Гормональный дисбаланс в организме
 - 3. Перерастяжение матки

<u>Органические</u>

- Опухоли матки и яичников
 - 2. Пороки развития половых органов
 - 3. Гипоплазия матки
 - 4.Рубец на матке
 - 5.Перенесенные воспалительные процессы
 - 6.Неправильные положения и предлежания плода

Первичная слабость родовой деятельности возникает с самого начала родов развивается в результате как недостаточности импульсов, вызывающих, поддерживающих и регулирующих родовую деятельность, так и неспособности матки воспринимать или отвечать достаточными сокращениями на эти импульсы.

Более благоприятными являются редкие и удовлетворительной силы схватки, так как длительные паузы способствуют восстановлению метаболизма в маточной мускулатуре.

Диагностика слабости родовой деятельности

- снижение интенсивности схватки ниже 30 мм рт. ст.
- снижение частоты схваток менее 2 за 10 мин.
- снижение тонуса матки менее 8 мм рт. ст.
- Единица Монтевидео менее 150
- сглаживание и открытие шейки матки замедлены, что четко видно при ведении партограммы
- предлежащая часть длительно остается подвижной либо прижатой ко входу в малый таз при соответствии его размерам
- продолжительность родов увеличивается, что приводит к утомлению роженицы

Осложнения при первичной слабости родовой деятельности:

- несвоевременное излитие околоплодных вод
- инфицирование половых путей роженицы
- внутриутробная асфиксия или гибель плода
- длительное стояние предлежащей части в одной из плоскостей малого таза, сопровождаясь сдавлением и анемизацией мягких тканей, может привести к развитию мочеполовых и кишечно-половых свищей
- гипотоническое кровотечение и воспалительные заболевания в послеродовом периоде

Тактика ведения родов при первичной слабости родовой деятельности:

- 1. Если роженица устала, ей предоставляется отдых с помощью лечебного акушерского сна в течение 2–3 часов, для этих целей используют:
- оксибутират натрия (ГОМК) 20% 20 мл, внутривенно вместе с раствором глюкозы 40% 20 мл
- электросон
 - За 30 мин. до применения указанных методов проводят премедикацию путем введения: промедола 2% 1 мл; атропина 0,1% 1 мл; димедрола 1% 2 мл; дроперидола 5 мл. Препараты можно применять в комбинации (2 3 препарата).

- 2. Для энергетического обеспечения организма женщины в родах вводят: аскорбиновую кислоту (300 мг), витамин В₁ (50–100 мг) в растворе глюкозы 40%–50 мл в/в; галаскорбин внутрь 1 мг; хлорид кальция 10% 10 мл или кальция глюконат 10% 10 мл в/в.
- 3. Для увеличения чувствительности к утеротоническим средствам рекомендуется вводить эстрогенные препараты.
- 4. При отсутствии противопоказаний назначают стимуляцию родовой деятельности окситоцином, простагландинами.

Противопоказания к стимуляции:

- анатомически и клинически узкий таза
- рубец на матке
- многорожавшие (более 6 родов)
- утомление роженицы
- неправильные положения и предлежания плода
- внутриутробная гипоксия плода
- дистоция шейки матки
- аллергические реакции на окситотические средства

- 5. Для предупреждения развития метаболического ацидоза, показано внутривенное введение раствора натрия гидрокарбоната 5% 100–200 мл.
- 6. Необходимо проводить оксигенотерапию: смесь воздуха с 60% кислорода, 20 – 30 мин.
- 7. Гипербарическая оксигенация.
- 8. Показания для амниотомии:
- многоводие
- плоский плодный пузырь
- вялый плодный пузырь
- подтекание околоплодных вод (при высоком вскрытии плодного пузыря)

9. При отсутствии положительной динамики родов в течение 3-х часов после введения утеротонических средств, наличии патологической кардиотокограммы, при сочетании с другой патологией (тазовое предлежание, отягощенный акушерский анамнез, возрастная первородящая и др.), показано оперативное родоразрешение путем кесарева сечения.

В 85% при первичной слабости родовой деятельности роды заканчиваются благоприятно.

Вторичная слабость родовой деятельности

возникает после периода длительной хорошей родовой деятельности — чаще возникает в конце периода раскрытия или в периоде изгнания.

В результате вторичной слабости родовой деятельности затягивается активная фаза родов и может наступить остановка родовой деятельности; роды затягиваются, что приводит к утомлению роженицы и возникновению осложнений.

Причины вторичной слабости:

- факторы, приводящие к первичной слабости, если они менее выражены и оказывают влияние лишь в конце периода раскрытия и в периоде изгнания
- передозировка веществ, расслабляющих матку (25 %)
- неправильные предлежания и положения плода (25 %)
- анатомически или клинически узкий таз (50 %)

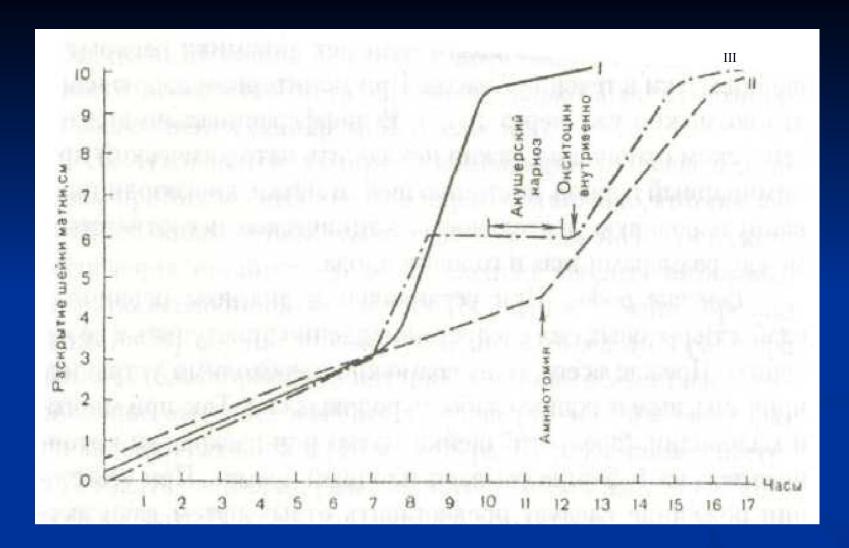
Тактика ведения родов при вторичной слабости родовой деятельности:

- 1. При вторичной слабости, наступившей в первом периоде родов, роженице можно предоставить отдых с помощью лечебного акушерского сна с последующей родостимуляцией (при необходимости) окситоцином, простагландинами.
- 2.Необходимо проводить профилактику внутриутробной гипоксии плода: раствор глюкозы 40% 20 мл с витамином С чили в мл, в медленно, сигетин 2 4 мл в м или в/в.

- 3. При вторичной слабости родовой деятельности в первом периоде родов, сочетании других неблагоприятных факторов, отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути, неэффективности родостимуляции в течение 3-х часов показано родоразрешение путем операции кесарева сечения.
- 4. В периоде изгнания, при стоянии головки во входе или в узкой части полости малого таза, вводят окситоцин 0,2 мл по кожу или дают 1 таблетку окситоцина (25 ЕД) трансбукально.

- 5. При отсутствии эффекта от консервативных методов во втором периоде родов показано оперативное родоразрешение наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец в зависимости от имеющихся условий.
- 6. Необходимо проводить профилактику кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.

Прогноз родов при вторичной слабости родовой деятельности: роды через естественные родовые пути – 50 %, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода – 40 %, кесарево сечение – 10 %.



Партограмма у первородящих в зависимости от характера родовой деятельности

I – нормальные роды; II – первичная слабость родовой деятельности; III – вторичная слабость родовой деятельности.

<u>Причины первичной слабости потуг</u>

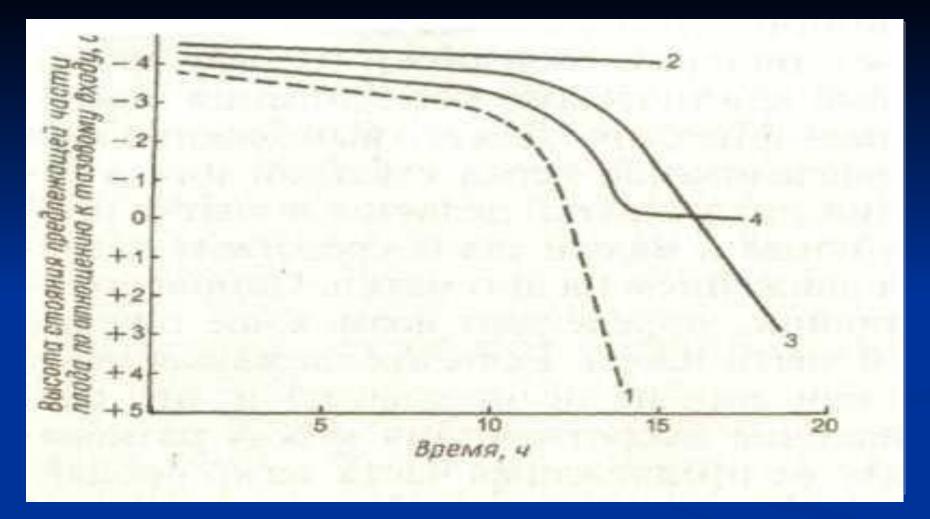
- слабость мускулатуры брюшного пресса
- инфантилизм
- ожирение, отвислый живот
- дефекты брюшной стенки (грыжи)
- миастения
- повреждения позвоночника
- полиомиелит
- переполнение мочевого пузыря, кишечника и желудка
- отрицательные эмоции, страх перед родами
- расстройства иннервации при органических поражениях ЦНС
- недостаточность рефлекторных реакций (отсутствие должного давления предлежащей части на нервные окончания в малом тазу)

<u>Причины</u> вторичной слабости потуг:

- утомление мускулатуры и общая усталость роженицы
- наличие истощающих экстрагенитальных заболеваний
- рефлекторные (при сильных болях)
- проведение эпидуральной анестезии

Тактика ведения родов при слабости потуг:

- 1. Применение стимулирующих матку средств, как и при вторичной слабости родовой деятельности.
- 2. Эпизиотомия или перинеотомия по показаниям.
- з. Акушерские щипцы или вакуум-экстрактор с целью быстрого родоразрешения
- 4. При клиническом несоответствии и неправильных предлежаниях в начале второго периода родов производят кесарево сечение.



Партограмма второго периода родов

1 – нормальные роды; 2 – невозможность продвижения головки; 3 – замедленное опускание предлежащей части плода; 4 – остановка продвижения предлежащей части плода.

<u>Чрезмерно сильная</u> родовая деятельность

Частота 0,5 - 0,8 %Роды стремительные – у первородящих 4 часа, у повторнородящих 2 часа – являются неблагоприятными как для матери, так и для плода. Чаще наблюдается у женщин с повышенной общей возбудимостью нервной системы (неврастения, истерия, тиреотоксикоз).

При чрезмерно сильной родовой деятельности наблюдается:

- повышение интенсивности схватки более 50 мм рт. ст.
- повышение частоты схваток более 5 за 10 мин.
- повышение тонуса матки более 10 мм рт. ст.;
- Единица Монтевидео более 320
- схватки следуют одна за другой
- потуги бурные и стремительные
- роженица находится в состоянии возбуждения

Осложнения:

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- разрывы тканей мягких родовых путей
- атония матки
- заболевания в послеродовом периоде
- внутричерепные травмы у новорожденных
- увеличение перинатальной смертности

Тактика ведения родов при чрезмерно сильной родовой деятельности:

- 1.Токолиз β-адреномиметиками: гинипрал, партусистен. Для снятия побочных эффектов токолитиков на сердечнососудистую систему рекомендуется назначать 40 мг верапамила внутрь.
- **2.** Закись азота.
- 3.Сульфат магния в/м 25% 10-15 мл с одновременным введением промедола 1мл.
- 4. Роженицу укладывают на бок, противоположный спинке плода.
- 5. Эпидуральная или пудендальная анестезия.

Дискоординированная родовая деятельность

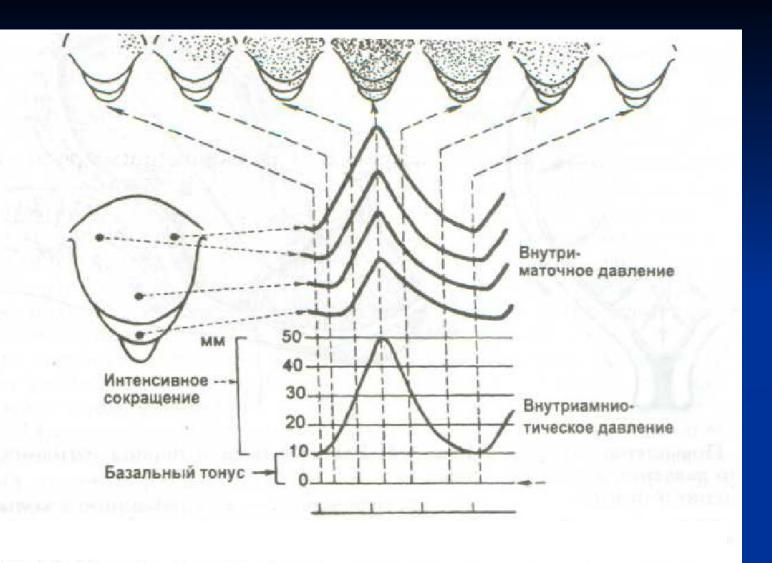
Причины:

- 1. Пороки развития матки: двурогая, седловидная, перегородка в матке.
- 2.Дистоция шейки матки: ригидность, рубцовые изменения, атрезия, опухоли.
- 3. Нарушения иннервации и поражение матки вследствие воспалительных, дегенеративных процессов, новообразований.

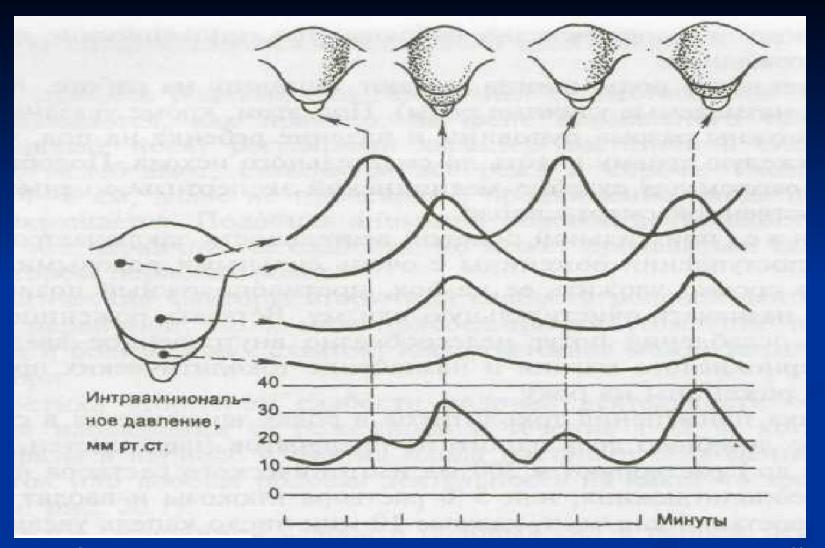
Дискоординация – отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой её половиной, верхним (дно, тело) и нижним отделами матки, всеми отделами матки. Наблюдается в первом периоде родов.

При дискоординации наблюдается:

- болезненность, нерегулярность схваток
- асинхронность и аритмичность сокращений различных отделов матки при гистерографии
- нарушение тройного нисходящего градиента
- болезненность в области поясницы и нижних отделах живота
- неодинаковое напряжение в различных отделах матки при пальпации
- незрелость шейки матки, замедление или отсутствие раскрытия шейки матки
- предлежащая часть длительно остается
 подвижной или прижатой ко входу в малый таз
- утомление роженицы
- прекращение схваток



Тройной нисходящий градиент (схема) [Caldeyro-Barcia R., 1965]



Сокращение матки при дискоординированной родовой деятельности. Вершины кривых сокращений маточной мускулатуры, записанные из разных отделов матки, не совпадают (по Кальдейро—Барсиа).

Осложнения:

- преждевременное излитие околоплодных вод
- внутриутробная асфиксия плода
- аномалии отслойки плаценты
- задержка частей плаценты в полости матки
- кровотечения

Гипертонус нижнего сегмента

это такое патологическое состояние, когда волна сокращений начинается в нижнем сегменте матки и распространяется кверху с убывающей силой и продолжительностью, нижний сегмент матки сокращается сильнее тела и дна матки.

При гипертонусе нижнего сегмента наблюдается:

- выраженная родовая деятельность, но схватки более болезненные
- нет раскрытия шейки матки или динамика её плохо выражена
- предлежащая часть не продвигается
- высокий тонус нижнего сегмента матки

Осложнения:

- несвоевременное излитие околоплодных вод
- вторичная слабость родовой деятельности
- внутриутробная гипоксия плода

Судорожные схватки

характеризуются длительным сокращением маточной мускулатуры, сокращения следуют одно за другим, паузы между ними не наблюдаются.

При судорожных схватках наблюдается:

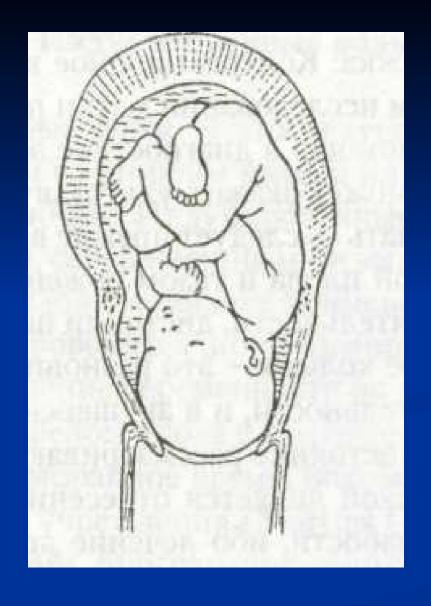
- повышение частоты схваток:
 5 6 за 10 мин.
- снижение интенсивности схватки
- резкое повышение тонуса матки
- "распирающие" боли в животе
- позывы на мочеиспускание и дефекацию
- матка каменистая, болезненная при пальпации; форма её изменена
- роженица беспокойная

Циркулярная дистоция

обусловлена сокращениями участка циркулярных мышечных волокон на различных уровнях, кроме шейки; матка расслаблена ниже контракционного кольца. Встречается редко.

При циркулярной дистоции наблюдается:

- сильные боли, локализующиеся в области контракционного кольца
- визуально можно определить перетяжку на матке в области контракционного кольца
- легко пальпируется кольцевидное втяжение на матке
- во время схватки головку плода можно легко смещать из стороны в сторону
- раскрытие шейки матки замедлено или прекращается;
- роды принимают затяжной характер
- отмечается страдание плода



Циркулярная дистоция матки (схема)

Тактика ведения родов при дискоординированной родовой деятельности:

- 1. Лечебный акушерский сон, электроаналгезия, психотерапия.
- 2. Применение спазмолитиков, анальгетиков, седативных препаратов.
- **3.** Применение токолиза с использованием β-адреномиметиков.
- 4. При отсутствии эффекта от консервативной терапии показано родоразрешение путем операции кесарева сечения.
- 5. Ошибкой является назначение окситотических средств для лечения.