

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)

III. 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

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

Продолжительность схваток	Менее 30 сек.	До 50 сек.	Свыше 50 сек.
Частота схваток за 10 мин.	1 и менее	2 – 3	4 – 5**
Аритмичность* схваток	В пределах 3 мин. и более	2 – 1 мин.	Менее 1 мин.
Тонус матки в интервалах между схватками	Незначительная разница в напряжении во время схваток и в интервалах между ними.	Полноценное расслабление матки. Отсутствие болей между схватками.	Неполное** расслабление матки. Прогрессирующее усиление тонуса. Боли 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
- переносенный 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 ВНС**
- **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» шейки матки	Баллы		
	0	1	2
Консистенция	Плотная	Размягчена	Мягкая
Длина	Более 2 см	1 – 2 см	Менее 1 см
Проподимость канала шейки матки	Наружный зев закрыт или пропускает 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 РgЕ₂ (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 удастся 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 шейечного 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

Функциональные

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

Органические

1. 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:
 - оксibuтират 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:

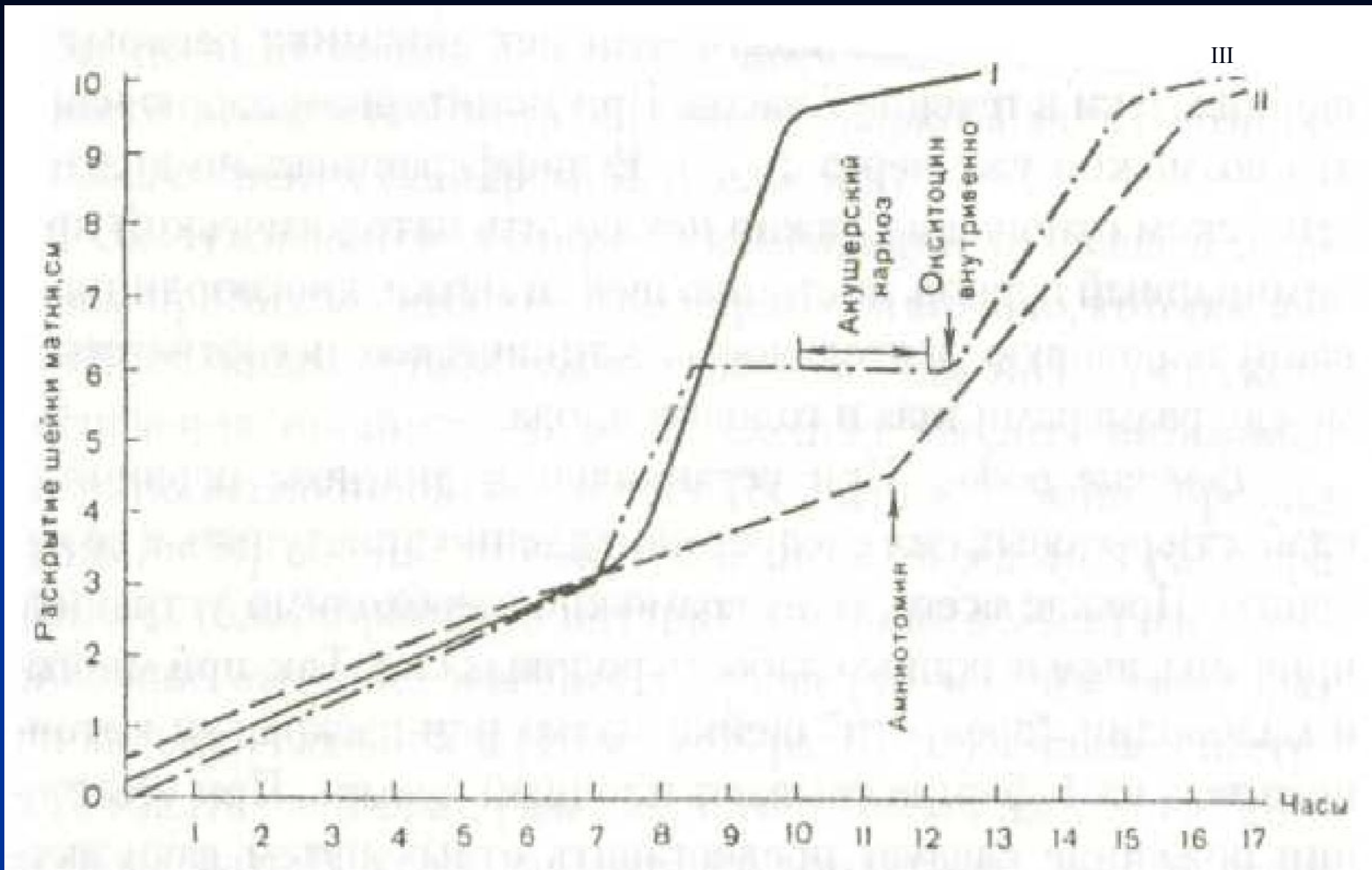
1. При вторичной слабости, наступившей в первом периоде родов, роженице можно предоставить отдых с помощью лечебного акушерского сна с последующей родостимуляцией (при необходимости) окситоцином, простагландинами.
2. Необходимо проводить профилактику внутриутробной гипоксии плода: раствор глюкозы 40% – 20 мл с витамином С 5% – 5 мл, курантил 2 мл, эуфиллин 2,4% – 5-10мл в/в медленно, сиветин 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) трансбуккально.

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.

Причины первичной слабости потуг

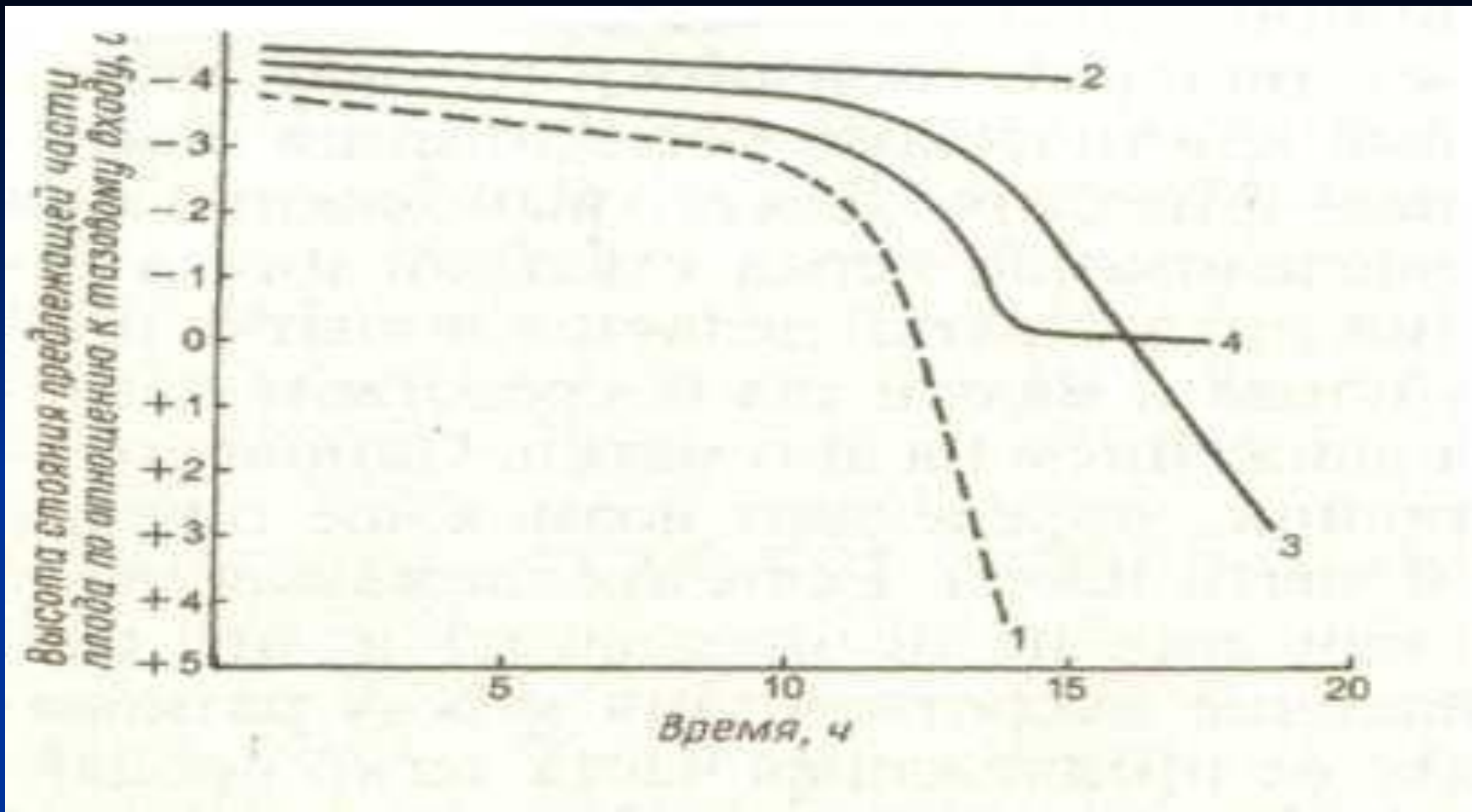
- слабость мускулатуры брюшного пресса
- инфантилизм
- ожирение, отвислый живот
- дефекты брюшной стенки (грыжи)
- миастения
- повреждения позвоночника
- полиомиелит
- переполнение мочевого пузыря, кишечника и желудка
- отрицательные эмоции, страх перед родами
- расстройства иннервации при органических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

Причины 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.**
- 3. 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.

Чрезмерно сильная 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 сердечно-сосудистую 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

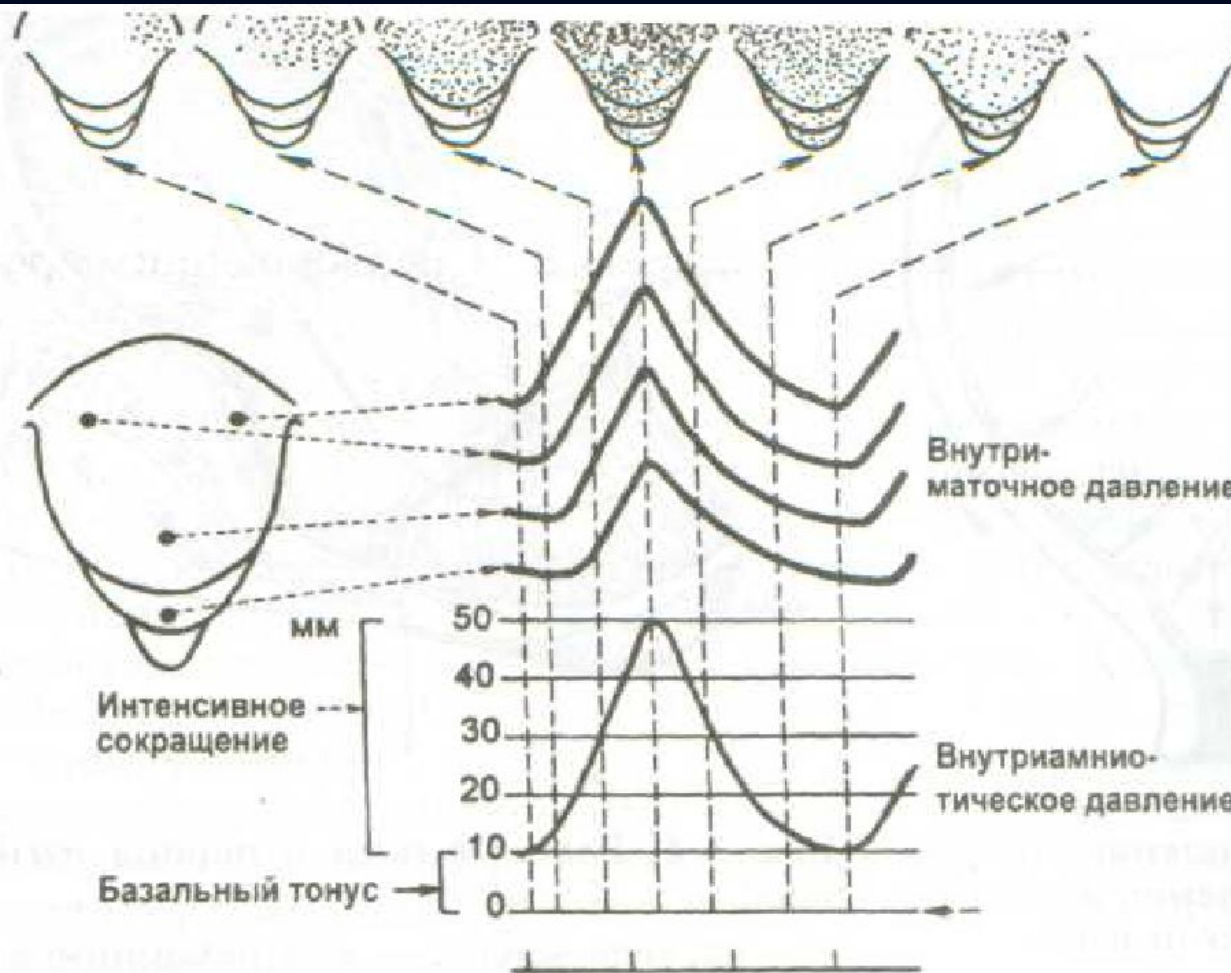
Причины:

- 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.

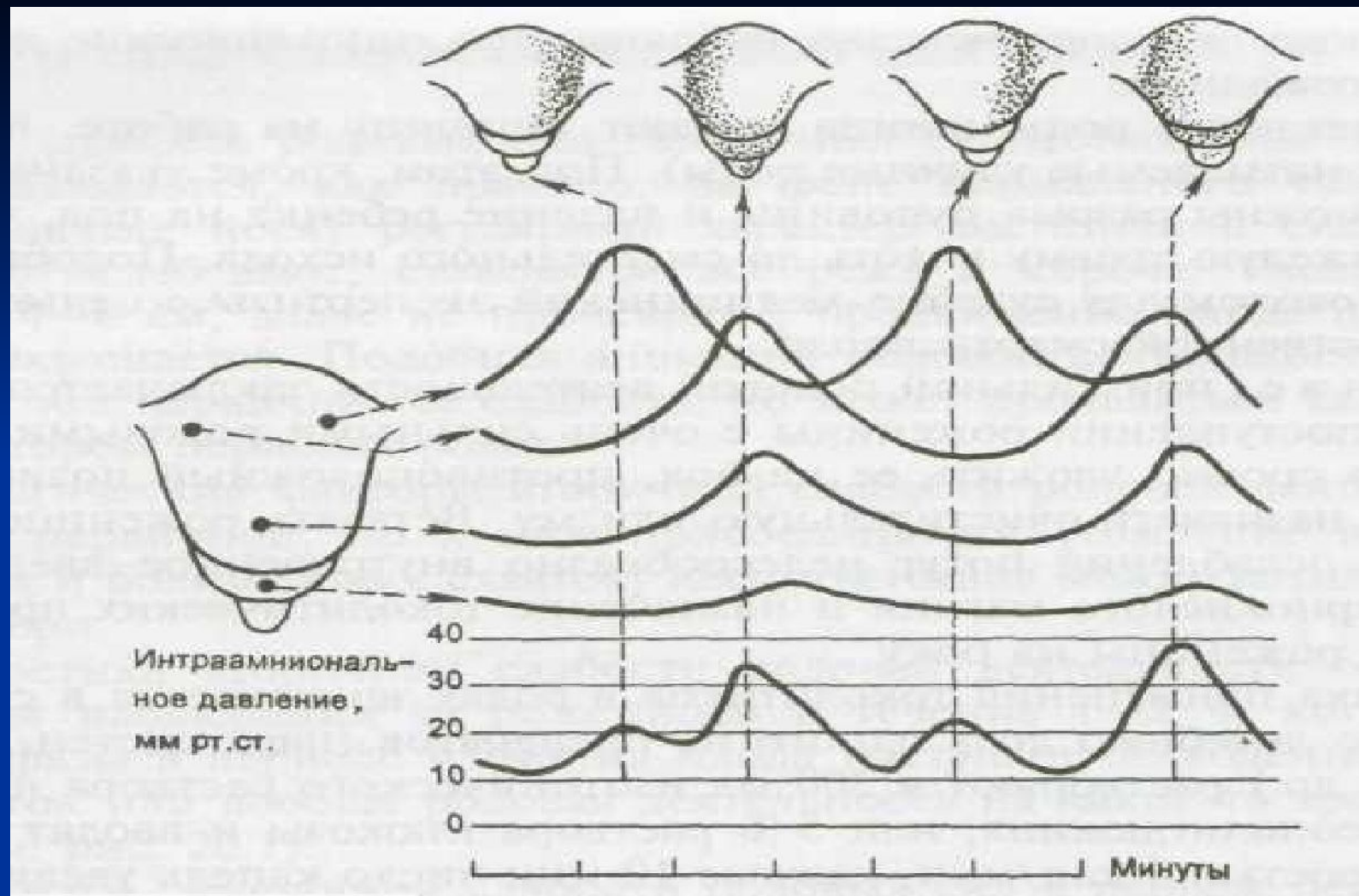
Дискоординация – отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой её половиной, верхним (дно, тело) и нижним отделами матки, всеми отделами матки. Наблюдается в первом периоде родов.

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:

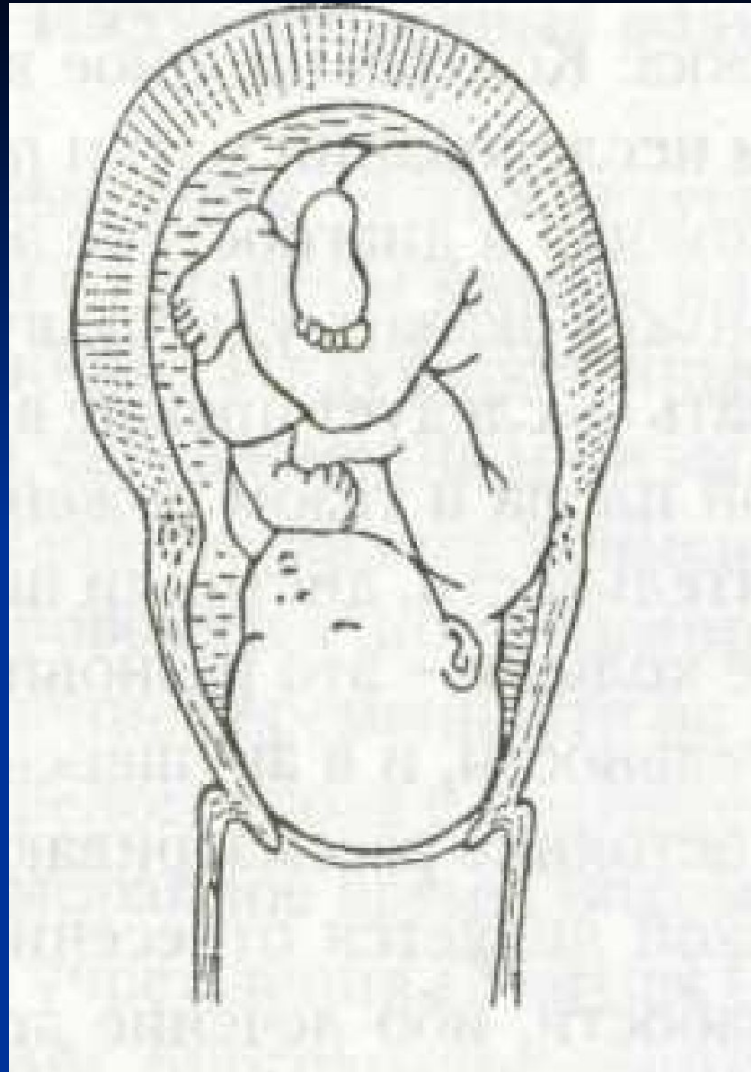
- **повышение частоты схваток:
5 – 6 за 10 мин.**
- **снижение интенсивности схватки**
- **резкое повышение тонуса матки**
- **"распирающие" боли в животе**
- **позывы на мочеиспускание и дефекацию**
- **матка каменистая, болезненная при пальпации; форма её изменена**
- **роженица беспокойная**

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
сместить 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.