

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Классификация АРД

Патологический прелиминарный период;

Слабость родовой деятельности (гипоактивность или инертность матки);

а) Первичная;

б) Вторичная;

в) Слабость потуг (первичная, вторичная).

Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки).

Дискоординированная родовая деятельность:

а) Дискоординация;

б) Гипертонус нижнего сегмента (обратный градиент);

в) Циркулярная дистоция (контракционное кольцо);

г) Судорожные схватки (тетания матки).

Частота АРД – 15-17% к числу родов.

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ СДМ

Чрезмерное нервно-психическое напряжение, отрицательные эмоции;

Нарушения нейрогуморальной регуляции родовой деятельности вследствие перенесенных острых и хронических инфекций, болезней Н.С., жирового обмена;

Аномалии развития и опухоли матки (седловидная, однорогая, перегородка в матке, миома матки и др.);

Патологические изменения шейки и тела матки;

Механическое препятствие для продвижения головки (узкий таз, опухоли и др.);

Многоводие, многоплодие, маловодие;

Переношенная беременность;

Нерациональное применение утеротонических средств.

ФАКТОРЫ РИСКА

Частые острые инфекционные заболевания в детстве и зрелом возрасте;
Хроническая инфекция-аллергические заболевания (хр. тонзиллит, пиелонефрит и др.);

Нарушение менструальной функции;

Общий и генитальный инфантилизм;

Бесплодие в анамнезе;

Аборты в анамнезе;

Воспалительные заболевания половых органов;

Эндокринопатии, нарушение жирового обмена (ожирение III и IV ст.);

Осложненное течение предыдущих родов (АРД и др.);

Осложненное течение настоящей беременности (угроза прерывания, гестозы, частые интеркуррентные заболевания);

Донное расположение плаценты;

Возраст первородящей до 19 и старше 30 лет;

Отсутствие готовности организма беременной к родам (незрелость шейки матки).

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД – продолжительность от 6 до 24-48 час.

Диагностика:

Нерегулярные схваткообразные боли внизу живота – по частоте, длительности и интенсивности (дискоординированные сокращения матки), боли в области крестца и поясницы;

Нарушение общего состояния, суточного режима сна, утомленность;

Тонус матки повышен, особенно в области нижнего сегмента;

Предлежащая часть плода находится высоко, плохо пальпируются части плода;

Р.У.: повышенный тонус мышц тазового дна и стенок влагалища; шейка матки «незрелая»;

Гистерография:

а) схватки разной силы и продолжительности с неодинаковыми интервалами;

б) нарушен «тройной нисходящий градиент»;

Кольпогормоноцитология: признаки недостаточной эстрогенной насыщенности: I и II-цитотип («незадолго до родов», «поздний срок беременности»).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА –

со слабостью родовой деятельности

Лечение и акушерская тактика

ППП (патол. прелим. период) + «недостаточная зрелость» шейки матки:

- седуксен 10 мг + 20 мл физ. р-ра в/в;
- фолликулин 0,1% - 20 тыс. ЕД или
- синэстрол 2% (10-20 мг) в/м 2 р в сутки;
- спазмолитики (папаверин, апрофен, баралгин).

При неэффективности п.1.:

седуксен + пипольфен (2,5% - 2 мл) 50 мг + промедол 1% - 2 мл.

При отсутствии засыпания в течение 1 часа – ГОМК 10-20 мл 20% р-ра медленно;

После медикаментозного сна у 85% - самостоятельные роды, у остальных схватки отсутствуют или слабой силы – введение окситоцина или простагландина;

При маловодии или многоводии дополнительно амниотомия.

При продолжительности ППП > 12 час и утомлении беременной – ГОМК с премедикацией (промедол 20 мг, пипольфен 50 мг, седуксен 10 мг, атропин 0,5 мг)

Длительный прелиминарный период:

бета-адреномиметики (партусистен, гинипрал, бриканил и др.) – 0,5 мг + 250 мл физ.р-ра, в/в 6-12 кап в 1 мин в течение 2-3 час.

Противопоказания:

- заболевание сердца,
- сахарный диабет,
- глаукома,
- ПОНРП,
- внутриматочная инфекция,
- гипоксия и аномалии развития плода.

Кесарево сечение. Показания:

- неэффективность лечения ППП;
- «незрелая шейка» матки;
- ОАА;
- крупный плод;
- тазовое предлежание;
- первородящая старше 30 лет;
- гипоксия плода.

СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

(гипоактивность или инертность матки)

Интенсивность, продолжительность и частота схваток недостаточны;

сглаживание шейки матки, раскрытие шейного канала и продвижение плода (при соответствии размерам таза) идут

замедленно;

СРД первичная;

СРД вторичная.

Слабость потуг – возникает вследствие слабости мышц брюшного пресса или утомления роженицы.

Различают первичную и вторичную слабость потуг.

В практическом акушерстве слабость потуг относят ко вторичной слабости родовой деятельности.

Частота СРД – 10%.

Причины:

- а) Недостаточность импульсов, вызывающих, поддерживающих и регулирующих РД;
- б) Неспособность матки воспринимать или отвечать на эти импульсы.

Патогенез СРД:

- а) Снижение эстрогенной насыщенности;
- б) Нарушение синтеза простагландинов;
- в) Нарушение белкового (гипопротеинемия), углеводного, липидного и минерального обменов;
- г) Низкий уровень ферментов пентозофосфатного цикла углеводов.

■ Клиника

- Схватки низкой интенсивности (меньше 30 мм рт.ст.) и низкой частоты (меньше 2 схваток за 10 мин);
- Маточная активность меньше 100 ед. Монтевидео;
- Тонус матки ниже, чем при нормальных родах (меньше 8 мм рт. ст.);
- Нарушено правило «тройного нисходящего градиента»;
- Партограмма: сглаживание шейки матки и раскрытие шейного канала замедлены;
- Предлежащая часть длительно остается подвижной, либо только прижатой ко входу в малый таз при соответствии размерам таза;
- Продолжительность родов резко увеличивается, что приводит к утомлению роженицы;
- Нередко несвоевременное излитие вод → инфицирование → гипоксия плода.
- Длительное стояние головки плода в одной плоскости вызывает угрозу образования свищей;

■ 8.0. В послеродовом периоде: угроза гипотонии матки, кровотечения, воспалительных заболеваний.

Диагностика

- Недостаточная маточная активность.
- Замедленное сглаживание шейки и раскрытие маточного зева.
- Длительное стояние предлежащей части во входе в малый таз при соответствии размерам таза.
- Диагноз необходимо ставить в течение 2-3 час при динамическом клиническом наблюдении, при мониторинге – можно установить уже через 1-2 часа.

Дифференциальная диагностика.

- Патологический прелиминарный период.
- Дистоция шейки матки.
- Дискоординированная родовая деятельность;
- Клинически узкий таз.

Лечение и ведение родов.

Устранение причины, вызывающей СРД:

многоводие, маловодие.

При зрелой шейке матки и раскрытии маточного зева на 4-5 см – амниотомия.

Сон – отдых при утомлении роженицы и отсутствии гипоксии плода.

М е т о д ы:

Комбинация препаратов:

промедол 2% - 1 мл,

атропин 0,1% - 1 мл,

димедрол 2% - 1 мл в/м.

или

дроперидол 0,25% - 1 мл,

седуксен 0,5% - 2 мл,

элениум 100 мг + 10 мл дист. воды

или

ГОМК 20% в/в медленно из расчета 50-60 мг/кг (4г сухого вещества).

Премедикация перед ГОМК за 15-20 минут:

промедол 2% - 1 мл,

пипольфен 2,5% - 1 мл,

димедрол 1% - 1 мл

или

электроанальгезия импульсными токами: сила тока 8-10 мА, частота 160 – 450 – 750 Гц

После премедикации: промедол, пипольфен.

Энергетические средства:

аскорбиновая кислота (вит. С –300 мг),
тиамина бромид (вит. В, 50-100 мг) в/в в 50 мл 40% р-ра глюкозы;
галаскорбин 1,0 внутрь.

хлорид кальция 10% - 10 мл или

глюконат кальция 10% - 10 мл,

сигетин 1% - 2 мл в 250 мл 5% р-ра глюкозы;

После лечебного сна – отдыха оценить родовую деятельность: часто она самостоятельно восстанавливается.

При отсутствии родовой деятельности:

Утеротонические препараты:

- окситоцин 1 мл (5 ЕД) + 500 мл физ р-ра NaCl в/в 6-8 кап в 1 мин, по показаниям до 40 кап.
- окситоцин трансбуккально (таблетка дезаминокситоцина начиная с 25ЕД с интервалами 30 мин, за щеку – до 100 ЕД).
- простагландин F2a или E2 0,5 – 1 мг + 500 мл физ. р-ра NaCl в/в кап.;
- окситоцин 2,5 ЕД в сочетании с простагландином F2a 2,5 мг + 500 мл физ. р-ра NaCl, в/в кап.

Медикаментозное родоусиление противопоказано при следующих состояниях:

рубец на матке (после любой операции);

неправильное положение и предлежание плода;

полное предлежание плода;

ПОНРП;

стеноз влагалища, рубцы после зажившего разрыва про межности III ст.;

дистоция шейки матки;

аллергия к окситототическим препаратам.

Кесарево сечение.

Показания: СРД в сочетании:

тазовое предлежание;

внутриутробная гипоксия плода;

ОАА;

пожилой возраст первородящей;

множественная миома

отсутствие эффекта от терапии и условий для родоразрешения через естественные родовые пути.

ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Частота к числу родов - 2,4%.

Наступает в конце периода раскрытия или в периоде изгнания.

Причины:

- причины I слабости родовой деятельности;
- клинически узкий таз;
- гидроцефалия;
- неправильные вставления головки плода;
- незрелость и ригидность шейки матки;
- тазовое предлежание;
- опухоли малого таза;
- беспорядочное введение утеротонических препаратов.

Клиника

- увеличение длительности родового акта, чаще за счет периода изгнания;
- схватки и потуги ослабевают, урежаются и постепенно прекращаются;
- роды принимают затяжной характер; возможны присоединение инфекции, гипоксия и гибель плода;
- утомление роженицы.

Диагностика: клиника; гистеро- и кардиотокография

■ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ

- устранение I-чной слабости (сон-отдых в I-периоде родов)
- чрезмерно плотный и плоский плодный пузырь - амниотомия;
- при головке в узкой части или в выходе - окситоцин 0,2 мл п/к или 1 табл. (25 ед) за щеку;
- при отсутствии эффекта – акушерские щипцы, вакуум-экстракция, извлечение плода за тазовый конец (последняя операция травматична для плода);
- высокая и ригидная промежность – перинео- или эпизиотомия;
- КС при сочетании II-чной слабости с другими неблагоприятными факторами и отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути;
- профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

■ **СЛАБОСТЬ ПОТУГ (СП)**

Первичная

Вторичная

■ **ПРИЧИНЫ ПЕРВИЧНОЙ СП**

- Слабость брюшного пресса;
- многорожавшие;
- инфантилизм;
- ожирение;
- грыжи брюшной стенки (белой линии, пупочная, паховая);
- повреждения позвоночника;
- органические поражения ЦНС (расстройство иннервации).

■ **ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОЙ СП**

- общая усталость роженицы, истощение сил мускулатуры;
- сильные боли из-за сдавления кишечных петель между передней брюшной стенкой и маткой.

■ **КЛИНИКА**

- удлинение периода изгнания;
- потуги короткие, слабые, редкие;
- гистерография (низкая амплитуда сокращений поперечно-полосатой мускулатуры);
- угроза асфиксии плода и гибель.

■ **ДИАГНОСТИКА**

- Клиника;
- Гистерография.

■ **ВЕДЕНИЕ РОДОВ**

- родостимуляция (окситоцин, простагландины);
- бинт Вербова;
- перинео- или эпизиотомия (по показаниям);
- акушерские щипцы (острая гипоксия, эндометрит, затянувшийся II- период);

■ Примечание: прием Кристеллера не применять, травматичен для матери и плода.

■ ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

(гиперактивность матки)

■ Причины:

- повышенная возбудимость нервной системы (невротения, истерия, базедова болезнь и др.);
- нарушение кортико-висцеральной регуляции (импульсы, поступающие из матки в подкорку, не регулируются в должной степени корой головного мозга);
- повышенное образование окситоцина, адреналина, ацетилхолина, которые вызывают сильные сокращения маточной мускулатуры.

■ Клиника

- частота 0,8 %;
- чрезмерно сильные и частые схватки (>50 мм рт.ст, > 5 схваток за 10 мин, повышение тонуса матки >12 мм рт. ст.)
- ускоренное раскрытие шейки матки;
- стремительные роды, травматизм!

■ Осложнения

- Нарушение маточно-плацентарного кровообращения
- Гипоксия плода;
- Стремительные и быстрые роды;
- Травматизм матери, плода и новорожденного; внутричерепные кровоизлияния;
- Высокий риск ПОНРП в родах;
- Высокий риск послеродовых инфекционных осложнений;
- Риск мертворождаемости и ранней детской смертности;
- Уличные роды, роды в стоячем положении, риск повреждения пуповины, разрыва мозжечкового намета и повреждения черепа.

■ Динамика:

Клиника

Гистерография

■ Ведение родов:

1. Снятие чрезмерно сильных схваток:

бета – адреномиметики (партусистен, гинипрал, бриканил, ритодрил и др.);

Для профилактики побочных действий со стороны ССС (снижение АД, особенно диастолического, слабость, тошнота) – антагонисты кальция (изоптин 40 мг внутрь).

- Фторотановый наркоз быстро снимает чрезмерно сильные схватки. Закись азота не пригоден, снижает тонус матки;
- Сульфат магния 25% - 10 мл, промедол 2% - 1 мл.;
- Укладывать роженицу на противоположный бок позиции плода, роды принимать на боку;
- Во II периоде пудендальная анестезия;
- После родов тщательный осмотр мягких родовых путей (травматизм!);
- После уличных родов – ПСС роженице и новорожденному.

■ ДИСКООРДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Это отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки. Частота 1-3% к числу родов.

■ *I. Классификация*

- Дискоординация (нарушение координации сокращений между различными отделами матки);
- Гипертонус нижнего сегмента (обратный градиент);
- Судорожные схватки (тетания матки или фибрилляция);
- Циркулярная дистоция (контракционное кольцо);
- *Причины*

■ Дистоция шейки матки (ригидность, рубцовые изменения, атрезия шейки и др.);

■ Пороки развития матки (двурогая, седловидная, перегородка в матке и др.);

■ Клиническое несоответствие;

■ Плоский плодный пузырь;

■ Нарушение иннервации;

■ Органическое поражение матки (последствия воспаления, дегенеративные и новообразовательные процессы – фибромиома).

— Клиника

- Болезненные, нерегулярные, временами частые схватки;
- Болезненность в области поясницы и нижних отделах живота;
- Неодинаковое напряжение матки в различных отделах матки;
- В большинстве случаев – незрелость шейки матки; иногда отек шейки матки;
- Часто – преждевременное излитие околоплодных вод;
- Головка длительно остается подвижной или прижатой ко входу в малый таз;
- Роды при восстановлении нормальных сокращений длительные, затяжные;
- Гипоксия плода;
- В послеродовом периоде – аномалии отслойки плаценты и задержка ее частей; кровотечение.

■ Дифференциальная диагностика.

- 1) Слабость родовой деятельности;
- 2) Клиническое несоответствие головки тазу матери.

Отличие КУТ (клинически узкого таза) от ДСДМ:

ДСМД наблюдается в I-периоде родов, обычно до раскрытия шейки матки на 5-6 см.

– Ведение родов

- Психотерапия, лечебная электроанальгезия;
- Анальгетические спазмолитические средства; спазмолитики каждые 2,5-3 час на протяжении родов;
- Бета-миметические препараты (партусистен, гинипрал и др);
- При утомлении – акушерский сон.
- По показаниям – КС.

■ **ГИПЕРТОНУС НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ**

(Обратный градиент)

Волна сокращений начинается в нижнем сегменте матки и распространяется кверху с убывающей силой и продолжительностью;

Не вызывают раскрытие шейки, а наоборот приводят к ее закрытию;

Причина: нарушение реципрокных (сопряженных) отношений между телом и шейкой матки.

■ **Клиника**

При гипертонусе нижнего сегмента родовая деятельность выражена, но схватки резко болезненные, нет раскрытия шейки матки или динамика плохо выражена, подлежащая часть не продвигается.

1. Тонус матки высокий, боли локализуются в нижних отделах матки, поясничной области;
2. Часто наступает ПИОПВ;
3. Гипоксия плода;
4. Может наступить вторичная слабость родовой деятельности;
5. Гипертонус нижнего сегмента наблюдается в I-периоде родов, особенно на ранних стадиях раскрытия шейки матки.

■ **Диагностика**

Клиника;

Многоканальная гистерография (выявляется доминированием сокращений в области нижнего сегмента);

■ **Дифференциальная диагностика.**

Клинически узкий таз.

■ **ВЕДЕНИЕ РОДОВ**

При «незрелой шейки матки – стимуляция созревания шейки матки;

В родах – контроль за характером родовой деятельности, динамикой раскрытия шейки матки (партограмма), сердце-биение плода, профилактика гипоксии;

При отсутствии эффекта - КС.

■ **ЦИРКУЛЯРНАЯ ДИСТОЦИЯ МАТКИ**

(Контракционное кольцо)

Это сокращение сегмента циркулярных волокон на различных уровнях матки (кроме шейки). Происходит обхватывание маткой плода вокруг шеи или живота.

■ Причины: повышенная возбудимость матки, затяжные роды с давно излившимися водами.

Встречаются как в I, так и во II периоде родов.

■ Клиника

1. Боли в области контракционного кольца;

2. Визуально – перетяжка на матке в области контракционного кольца;

3. Замедленное раскрытие шейки матки;

4. Отсутствие поступательного движения головки при отсутствии признаков клинически узкого таза;

5. Эхография.

■ Дифференциальная диагностика.

Клинически узкий таз;

Вторичная слабость родовой деятельности;

Дистоция шейки матки (это аномалия мягких родовых путей, а не аномалия родовой деятельности).

■ **ВЕДЕНИЕ РОДОВ**

1. При отсутствии угрожающего состояния матери и плода – токолиз бета – адреномиметиками (партусистен, бриканил, ритодрин, гинипрал и др.);
2. Спазмолитики (но-шпа 2мл, баралгин 2 мл и др.);
3. Сернокислый магнезий 25% - 10 мл в/м,
4. промедол 1% - 1 мл,
5. седуксен 10 мг;
6. При сохранении контракционного кольца – глубокий наркоз (фторотан);
7. При наличии условий – щипцы (под наркозом);
8. При мертвом плоде – плодоразрушающая операция (при отсутствии условий – КС);
9. При отсутствии эффекта от лечения – КС (продольным разрезом на матке).

■ СУДОРОЖНЫЕ СХВАТКИ

(тетания или фибрилляция матки)

Определение: Сокращения матки одно за другим без паузы. Схваток больше 5 за 10 мин. Обновременно растет гипертонус матки из-за неполного ее расслабления.

■ Причины

1. Клиническое несоответствие;
2. ПОНРП;
3. Акушерские операции без обезболивания (повторные попытки акушерского поворота, наложения акушерских щипцов, извлечения плода за тазовый конец и др.)
4. Передозировка утеротонических средств.

■ Клиника

1. Матка каменной плотности;
2. Части плода и предлежащую часть пропальпировать не удастся;
3. Р.У.: напряжение мышц тазового дна, сужение влагалища, отек краев маточного зева;
4. Плодный пузырь натянут на предлежащей части, при его отсутствии – выраженная родовая опухоль;
5. Жалобы: непрекращающиеся распирающие боли в животе, позывы на мочеиспускание, но при катетеризации – застойная моча в малом количестве;

■ Диагностика

1. Клиника.
2. Гистерография (высокий тонус матки, частые схватки до 10 и более минут).

■ **ВЕДЕНИЕ РОДОВ**

1. Устранение причины: - при передозировке окситотических средств прекратить их введение;
2. При клинически узком тазе – кесарево сечение (иногда и при мертвом плоде при отсутствии готовности родовых путей);
3. При мертвом плоде и наличии условий – краниотомия.

■ **ПРОФИЛАКТИКА**

АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Прегравидарная подготовка
2. Рациональное питание во время беременности; витамины А, С, В6; фолиевая и аскорбиновая кислоты;
3. ФППП к родам;
4. Предшественники эндогенных простагландинов (линетол по 30 мл 1р – в день, арахиден по 20 кап 2р в день); несоленая рыба, растительное масло;
5. Электроанальгезия по 45 мин 7-10 сеансов;
6. Госпитализация в 38 нед (обязательна для группы риска по АРД);
7. С 38 нед – глюкозо-витамино-гори.. комплекс
8. Трентал 100 мг + 400 мл реополиглюкин (усиливает маточно-плацентарное кровообращение и реологию крови);
9. Протагландины: F2a, E2 капельно в/в, вагинально- или интрацервикально ПГ E2, ПГ F2a.