НАРУШЕНИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

/Согласно международной классификации ВОЗ (1995)/

- ***1. Первичная слабость родовой деятельности:***

отсутствие прогрессирующего раскрытия шейки матки;
первичная гипотоническая дисфункция матки.

- ***II. Вторичная слабость у родовой деятельности:***
  - прекращение схваток в активной фазе родов;
  - вторичная гипотоническая дисфункция матки .
- ***III. Другие виды слабости родовой деятельности:***
  - атония матки;
  - беспорядочные схватки;
  - гипотоническая дисфункция матки БДУ (без других указаний)
  - слабые схватки;
  - слабость родовой деятельности ***БДУ***
- ***IY. Стремительные роды:***
- ***Y. Гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки:***
  - контракционное кольцо, дистоция;
    - дикоординированная родовая деятельность;
    - сокращение матки в виде песочных часов;
    - гипертоническая дисфункция матки;
    - некоординированная деятельность матки;
    - тетанические сокращения;
  - дистоция матки без других указаний.
- ***YI. Другие нарушения родовой деятельности.***

Нарушения родовой деятельности неуточненные.

- *Мы предлагаем пользоваться следующей классификацией аномалий сократительной деятельности матки:*
- ***I. Патологический прелиминарный период.***
- **II. *Слабость родовой деятельности* (гипоактивность или инертность матки):**

1) первичная;

2) вторичная;

3) слабость потуг(первичная,вторичная).

- ***Чрезмерно сильная родовая деятельность* (гиперактивность матки).**
- ***Дискоординированная родовая деятельность:***

1)дискоординация;

2) гипертонус нижнего сегмента матки (обратный градиент);

3) судорожные схватки (тетания матки);

4) циркулярная дистоция (контракционное кольцо).

Предвестники родов

характеризуются многими признаками.

- 1. Предлежащая часть плода и дно матки опускаются, что обусловлено формированием нижнего сегмента матки.
- 2. Снижение массы тела беременной (на 400-1000 г),
- 3. Учащение мочеиспускания,
- 4. Увеличение во влагалище транссудата и появление слизистых выделений,
- 5. Умеренная болезненность в низу живота, пояснице и крестцово-подвздошных сочленениях.
- 6. Безболезненные, нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности сокращения матки.
- При первой беременности сокращения Брекстона-Гикса обычно безболезненны до начала родов, но с каждой последующей беременностью сокращения становятся все более болезненными задолго до начала родов. Сокращения матки во время беременности улучшают ее кровообращение и наряду с процессами гипертрофии и гиперплазии миометрия способствуют формированию нижнего сегмента матки (плодовместилище), укорочению и размягчению шейки матки, ее "созреванию".
- По данным M.P. Nageotte et al. (1988), частота маточных сокращений возрастает с увеличением срока беременности — с 0,65 за 10 мин в 30 нед. до 1,0 за 10 мин - в 40 недель.

"Ложные роды".

При многоканальной гистерографии установлено, что водитель ритма при схватках Брекстона-Гикса находится в различных отделах матки и волна сокращения распространяется на различные расстояния. Эти сокращения иногда принимают за начало родов

Патологический прелиминарный период — это своего рода защитная реакция организма беременной, направленная на развитие родовой деятельности, в отсутствие достаточной готовности к родам и прежде всего матки, которая реализуется через усиление сократительной деятельности матки, обычно дискоордшированной, направленной на созревание шейки и ее раскрытие.

Известно, что "незрелость" шейки матки в патологическом прелиминарном периоде встречается довольно часто. Это следует учитывать при назначении терапии.

- I. При продолжительности прелиминарного периода до 6 ч, наличии "зрелой" шейки матки и фиксированной во входе в таз головке, независимо от состояния целости плодного пузыря, лечение необходимо начинать с применения электроаналгезии или сеанса иглорефлексотерапии. Если добиться успеха не удается, то рекомендуется лечебная электроаналгезия, т. е. введение перед сеансом с целью премедикации 2% раствора промедола (1 мл) или 2,5% раствора пипольфена (2 мл), 1 % раствора димедрола (1 мл) внутримышечно. Во всех случаях патологического прелиминарного периода при доношенной беременности показано введение эстрогенных гормонов.
- П. При длительности прелиминарного периода до 6 ч и недостаточной "зрелости" шейки матки центральную регуляцию патологического прелиминарного периода следует начинать с внутривенного введения седуксена (диазепам). Диазепам в дозе 10 мг вводят внутримышечно или разводят в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят медленно внутривенно. Одновременно показано лечение, направленное на созревание шейки матки.

Наиболее эффективным является введение простагландина ЕЗ (дино-простон, препидил) в виде геля (0,5 мг) интрацервикально (Ekman G. et al, 1983; Чернуха Е.А., Алиева Э.М., 1996). Эффективно вагинальное введение простагландина ЕА (цервидил, 10 мг динопростона) и Ел (мизопро-стол) 25 мг в виде таблеток.

С целью созревания шейки в нашей стране используют 0,1% раствор эстрадиола дипропионата в масле (20 000-30 000 ЕД) или 0,1% раствор фолликулина в масле (20 000 ЕД) внутримышечно 2 раза в сутки. Следует вводить один из спазмолитических препаратов: 2% раствор но-шпы (2-3 мл), 2% раствор папаверина гидрохлорида (2 мл), 1% раствор апрофена (2 мл), баралгин (5 мл) внутримышечно.

- III. При затянувшемся прелиминарном периоде (10-12 ч), когда после введения седуксена нерегулярные боли продолжают беспокоить беременную и она утомлена, необ

необходимо повторно ввести 10 мг седуксена в сочетании с 50 мг пипольфена (2 мл 2,5% раствора) и 20 мг промедола (2 мл 1% раствора). Если в течение последующего часа беременная не засыпает, то рекомендуется ввести 10-20 мл 20% раствора натрия оксибутирата (ГОМК).

ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ОТДЫХА 85 % ПАЦИЕНТОК ПРОБУЖДАЮТСЯ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ РОДОВ И РОДЫ ОБЫЧНО ПРОТЕКАЮТ БЕЗ АНОМАЛИЙ. У 10% БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ СНА СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МАТКИ ОТСУТСТВУЕТ, У ОСТАЛЬНЫХ 5 % ПОСЛЕ ПРОБУЖДЕНИЯ СХВАТКИ ОСТАЮТСЯ СЛАБЫМИ, В СВЯЗИ С ЧЕМ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ УТЕРОТОНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ (ОКСИТОЦИН, ПРОСТАГЛАНДИН). ХОРОШИЙ ЭФФЕКТ ДАЕТ АМНИОТОМИЯ, ОСОБЕННО ПРИ МАЛО- И МНО-ГОВОДИИ. IV. ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА БОЛЕЕ 12 Ч И ВЫРАЖЕННОМ УТОМЛЕНИИ ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ЛЕЧЕБНОГО АКУШЕРСКОГО НАРКОЗА ГОМК С ПРЕМЕДИКАЦИЕЙ (20 МГ ПРОМЕДОЛА, 50 МГ ПИПОЛЬФЕНА, 10 МГ СЕДУКСЕНА, 0,5 МГ АТРОПИНА). В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, В КОТОРЫХ НЕТ КРУГЛОСУТОЧНОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И НЕВОЗМОЖНО ОСУЩЕСТВИТЬ ЛЕЧЕБНЫЙ АКУШЕРСКИЙ НАРКОЗ, С УСПЕХОМ МОЖНО ПРОВЕСТИ ЛЕЧЕБНУЮ ЭЛЕКТРОАНАЛГЕЗИЮ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ПРЕМЕДИКАЦИЕЙ

Для лечения патологического прелиминарного периода можно с успехам применять Ю-адреномиметики с целью токолиза (партусистен, брика-нил, гинипрал и др.). Одну ампулу (10 мл) партусистена разводят в 250 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы и вводят внутривенно со скоростью 8-12 капель в минуту в течение 2-3 ч. Бри-канила (тербуталила сульфата) в одной ампуле содержится 0,5 мг. Способ введения идентичен с введением партусистена.

Можно использовать токолитик гинипрал (сульфат гексопренолина). Одну ампулу (5 мл — 0,025 мг) гинипрала разводят в 500 мл 0,9% раствора хлорида натрия и вводят капельно внутривенно начиная с 30 кап/мин.

- ***Слабость родовой деятельности*** (гипоактивность или инертность матки). Слабость родовой деятельности — это такое состояние, при котором интенсивность, продолжительность и частота схваток недостаточны, поэтому сглаживание шейки матки, раскрытие шеечного канала и продвижение плода при его соответствии размерам таза происходят замедленными темпами.

- ***Различают первичную и вторичную слабость родовой деятельности.*** Первичной слабостью родовой деятельности называют такую, которая возникает с самого начала родов и продолжается в течение периода раскрытия и до окончания родов. Слабость родовой деятельности, которая возникает после периода длительной хорошей родовой деятельности и проявляется характерными признаками, указанными выше, называют вторичной.

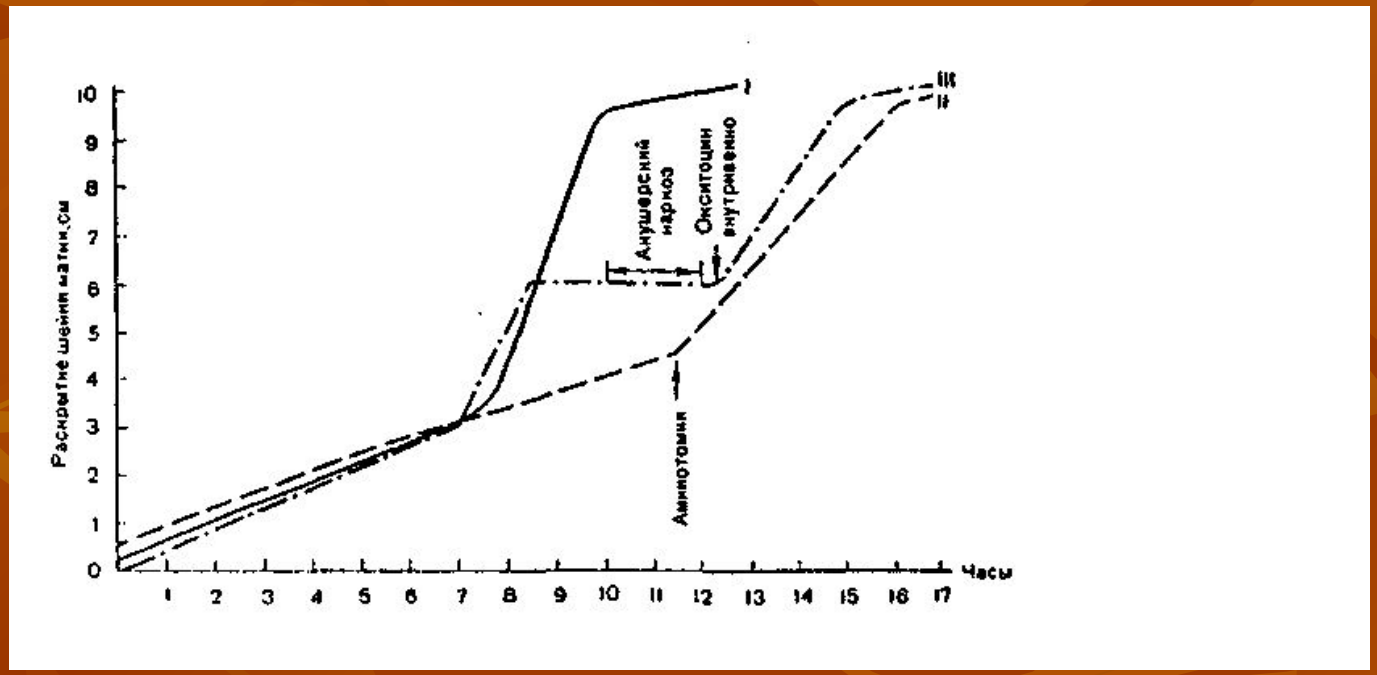

Рис. 18. Партограмма у первородящих в зависимости от характера родовой деятельности