




Аномалии родовой деятельности

Подготовила студентка 5 курса

Группы л1-с-о-163(1)

Удальцова Дана Сергеевна

- 
- При нормальном течении беременности ближе к ее окончанию отмечаются предродовые сокращения матки, которые чаще всего безболезненны, в основном возникают ночью и приводят к укорачиванию и размягчению шейки матки, и приоткрытию шейечного канала.
 - К основным видам аномалий родовой деятельности относят патологический прелиминарный период, первичную и вторичную слабость родовой деятельности, чрезмерно сильную родовую деятельность, дискоординацию родовой деятельности и тетанус матки.



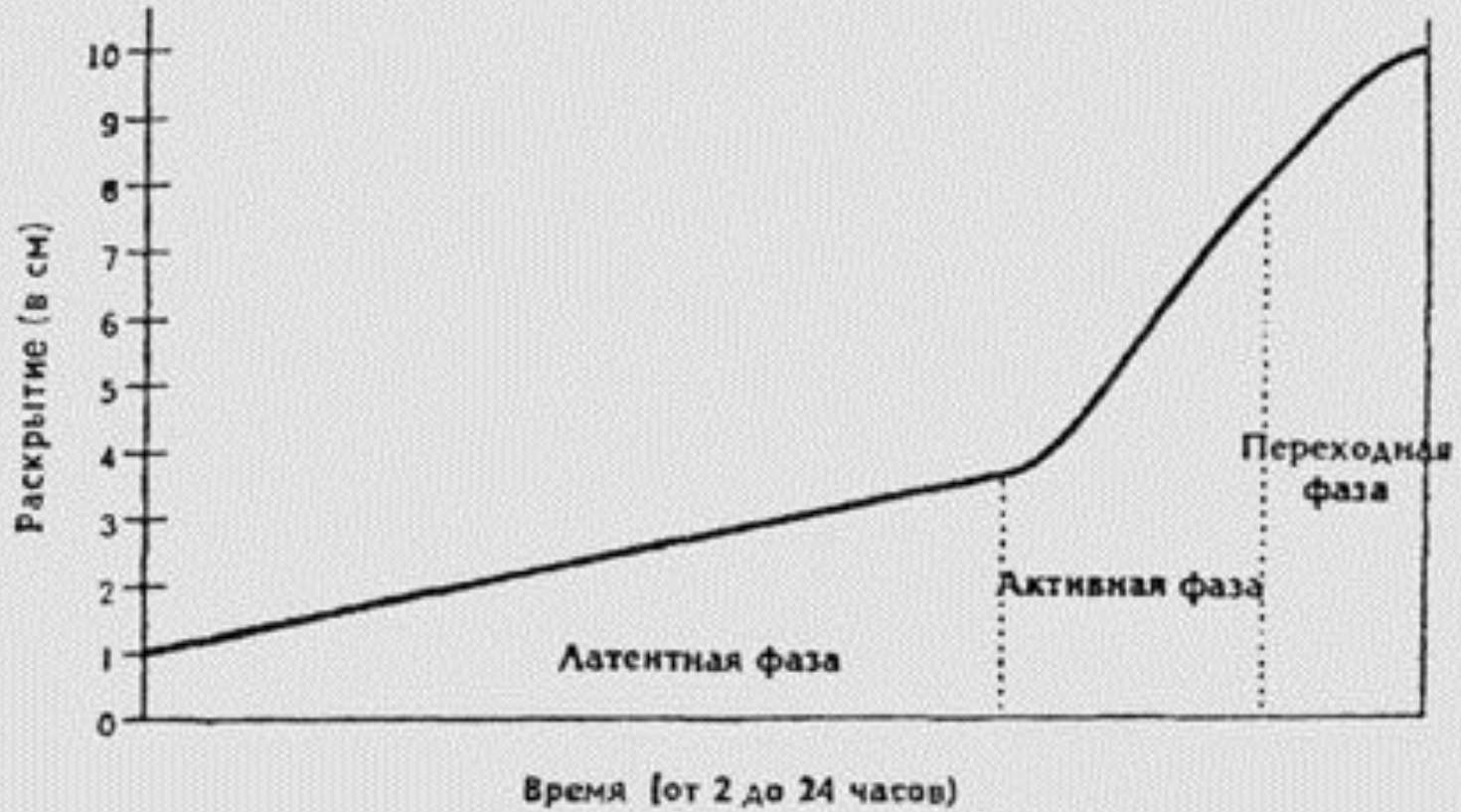
Сглаживание
Раскрытие

нет
нет

50%
2-3 см



90%
5 см

100%
9 см




Патологический прелиминарный период

- В отличие от нормальных предродовых сокращений матки патологический прелиминарный период характеризуется спастическими, болезненными и беспорядочными сокращениями матки и отсутствием структурных изменений со стороны шейки матки, что является признаком дородового нарушения ее сократительной функции. Патологический прелиминарный период может продолжаться до нескольких суток.
- Частым осложнением патологического прелиминарного периода является несвоевременное излитие околоплодных вод. Основными причинами, которые приводят к развитию данного осложнения являются: нервный стресс; эндокринные и обменные нарушения; воспалительные изменения матки, возраст первородящей старше 30 лет и младше 17 лет.



- 
- 
- Лечение патологического прелиминарного периода должно быть направлено на ускорение "созревания" шейки матки, снятие некоординированных болезненных сокращений матки. При утомлении и повышенной раздражительности пациентке назначают медикаментозный сон-отдых, успокаивающие препараты (настойка пустырника, сбор успокоительных трав, корень валерианы); спазмолитики; обезболивающие препараты; β -миметики (гинипрал, партусистен). Для срочной подготовки шейки матки к родам используют препараты на основе простагландина E₂, которые вводят в цервикальный канал или задний свод влагалища. Длительность лечения патологического прелиминарного периода не должна превышать 3-5 дней. При "зрелой" шейке матки с учетом благоприятной акушерской ситуации возможно раннее вскрытие плодного пузыря и ведение родов через естественные родовые пути. При отсутствии эффекта от проводимой терапии, сохранении "незрелости" шейки матки, целесообразно выполнение кесарева сечения.

Слабая родовая деятельность

- Слабость родовой деятельности характеризуется недостаточной силой и продолжительностью сокращений матки, увеличением промежутков между схватками, нарушением их ритмичности, замедлением раскрытия шейки матки, задержкой продвижения плода. Различают первичную и вторичную слабость родовой деятельности. При первичной слабости схватки с самого начала родов слабые и неэффективные. Вторичная слабость возникает на фоне нормально начавшейся родовой деятельности. Слабость родовой деятельности приводит к затяжному течению родов, гипоксии плода, утомлению роженицы, удлинению безводного промежутка, инфицированию родовых путей, развитию воспалительных осложнений, кровотечениям в родах и послеродовом периоде.



□ Причины слабости родовых весьма многочисленные. Основными среди них являются нарушения механизмов регулирующих родовой процесс, к которым относятся: изменения функции нервной системы в результате стресса, расстройства эндокринных функций, нарушения менструального цикла, заболевания обменного характера. В целом ряде случаев слабость родовых сил обусловлена такими патологическими изменениями матки, как пороки развития, воспалительные явления, перерастяжение. Недостаточность сократительной деятельности во время родов возможна также при наличии крупного плода, при многоплодии, многоводии, миоме матки, перенесенной беременности, у женщин с выраженным ожирением. Среди причин вторичной слабости родовой деятельности, кроме уже перечисленных следует отметить утомление роженицы в результате длительных и болезненных схваток, препятствие рождающемуся плоду из-за несоответствия размеров головки и таза, при неправильном положении плода, при наличие опухоли в малом тазу.




□ Основным методом лечения слабости родовой деятельности является родостимуляция при вскрытом плодном пузыре, которая заключается во внутривенном капельном введении лекарственных препаратов, усиливающих сократительную активность матки (окситоцин, простагландин F2α). Значительный эффект при лечении слабости родовой деятельности может быть получен при сочетании простагландина F2α с окситоцином. При утомлении роженицы, выявлении слабости родовой деятельности в ночное время, при плохой готовности шейки к родам или малом открытии ее, лечение следует начинать с предоставления женщине отдыха в течение 2 - 3 ч (акушерский наркоз). В противном случае проведение родостимуляции может еще больше осложнить течение родов. После отдыха осуществляют влагалищное исследование для определения акушерской ситуации и оценивают состояние плода. После сна родовая деятельность может усилиться, и дальнейшее лечения не требуется.

Бурная родовая деятельность

- Чрезмерно сильная, бурная родовая деятельность характеризуется очень сильными и/или частыми схватками и потугами (через 1-2 мин), которые могут приводить к стремительным (1 - 3 ч) или быстрым (до 5 ч) родам. Изгнание плода происходит иногда за 1-2 потуги. Бурная родовая деятельность представляет опасность для матери и плода. У рожениц часто возникают глубокие разрывы шейки матки, влагалища, клитора, промежности; возможна преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты или развитие кровотечения. Частые, очень сильные схватки и стремительное изгнание плода нередко приводят к гипоксии и родовой травме плода.
- При коррекции бурной родовой деятельности роженице придают положение на боку, противоположном позиции плода, которое она сохраняет до конца родов. Вставать роженице не разрешают. Для регуляции и снятия чрезмерной родовой деятельности применяют внутривенное введение сернокислой магнезии, токолитических препаратов (партусистен, гинипрал и др.), добиваясь уменьшения числа схваток до 3-5 за 10 мин.



Тетанус матки

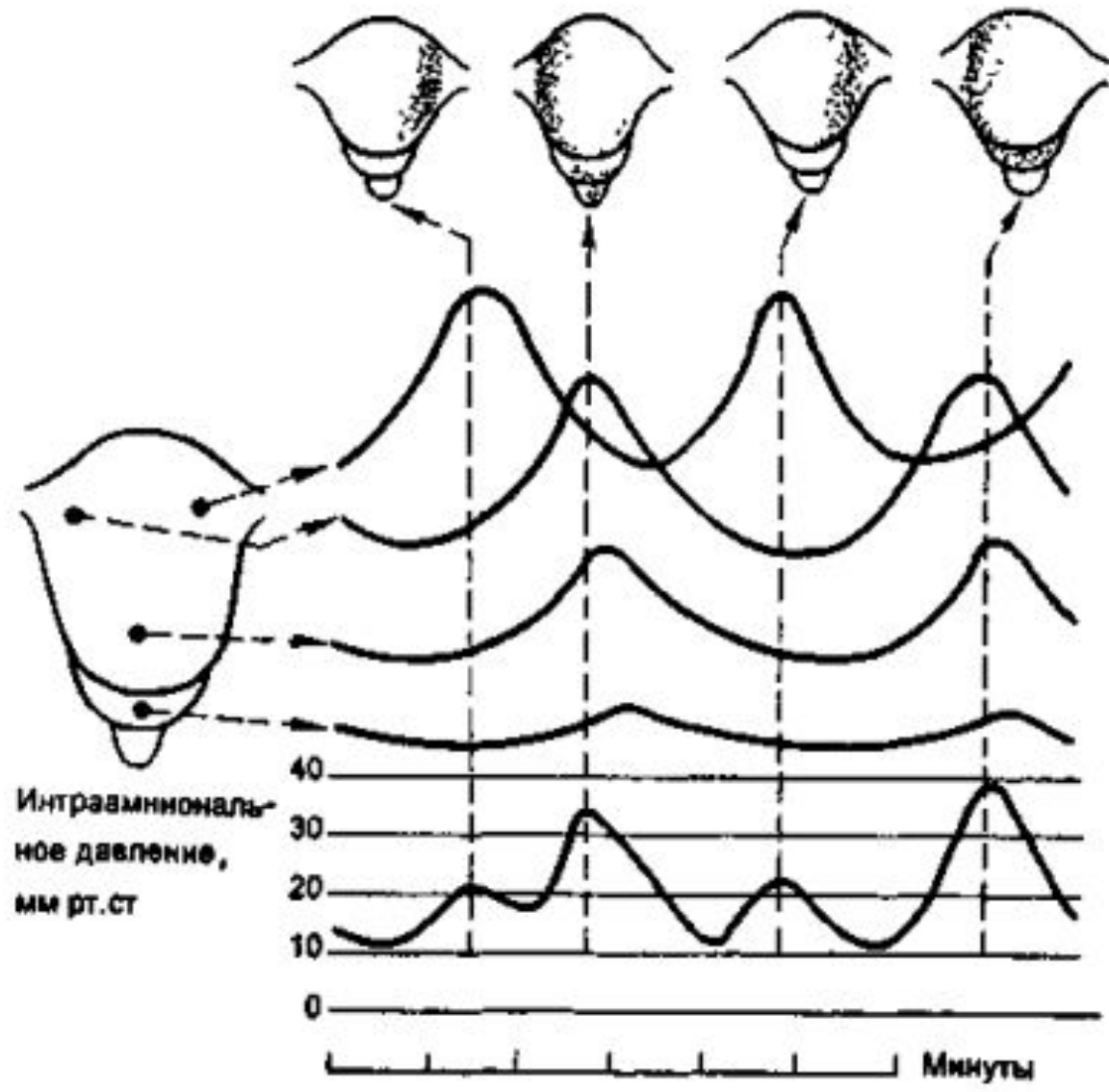
- Тетания матки встречается редко. При этом матка совершенно не расслабляется, а все время остается в состоянии тонического напряжения, что обусловлено одновременным возникновением нескольких водителей ритма в различных участках матки. При этом сокращения различных отделов матки не совпадают друг с другом. Отсутствует суммарный эффект действия от сокращения матки, что приводит к замедлению и остановке родов. Из-за существенного нарушения маточно-плацентарного кровообращения развивается выраженная гипоксия плода, что проявляется в нарушении его сердечной деятельности. Степень раскрытия маточного зева уменьшается по сравнению с данными предыдущего влагалищного исследования. У роженицы может повышаться температура тела и развиваться хориоамнионит, ухудшающий прогноз для матери и плода.



- 
- Тетания матки может быть одним из симптомов таких серьезных осложнений, как угрожающий или начавшийся разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Причинами этой аномалии являются наличие значительных препятствий на пути продвижения плода, узкий таз, опухоль, необоснованное, ошибочное назначение родостимулирующих препаратов.
 - При лечении тетания матки используют наркоз. Часто после наркоза родовая деятельность нормализуется, и роды заканчиваются самопроизвольно. При тетании матки, являющейся симптомом ее разрыва, при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, механическом препятствии прохождению плода выполняют кесарево сечение. Если имеет место полное открытие шейки матки, то под наркозом извлекают плод с помощью акушерских щипцов или за ножку (при тазовом предлежании).

Дискоординация родовой деятельности

- Дискоординация родовой деятельности характеризуется беспорядочными сокращениями различных отделов матки вследствие смещения зоны водителя ритма. Одновременно может возникать несколько таких зон. При этом не соблюдается синхронность сокращения и расслабление отдельных участков матки. Несинхронно могут сокращаться левая и правая половины матки, чаще же это относится к нарушению процессов сокращения в нижнем ее отделе. Схватки становятся болезненными, спастическими, неравномерными, очень частыми (6-7 за 10 мин) и длительными. Между схватками матка полностью не расслабляется. Поведение роженицы беспокойное. Могут быть тошнота и рвота. Наблюдаются затруднение мочеиспускания. Несмотря на частые, сильные и болезненные схватки, раскрытие маточного зева происходит очень медленно или же вовсе не прогрессирует. При этом плод почти не продвигается по родовым путям.

- 
- 
- Из-за нарушений сокращения матки, а также вследствие неполного расслабления матки между схватками нередко развивается выраженная гипоксия плода, возможно также и возникновение внутричерепной травмы плода. Дискоординация маточных сокращений часто вызывает несвоевременное излитие околоплодных вод. Шейка матки становится плотной, края маточного зева остаются толстыми, тугими и не поддаются растяжению. Развитию дискоординированной родовой деятельности способствуют отрицательный настрой роженицы к родам, возраст первородящей старше 30 лет, несвоевременное излитие околоплодных вод, грубые манипуляции в процессе родов, аномалии развития и опухоли матки.



- 
- 
- При лечении дискоординации родовой деятельности, которое направлено на устранение чрезмерного тонуса матки, используют успокаивающие средства, препараты устраняющие спазм, обезболивающие и токолитические препараты. Наиболее оптимальным способом обезболивания является эпидуральная анестезия. Роды ведут при постоянном врачебном контроле и мониторингом наблюдении за сердечной деятельностью плода и сокращениями матки. При неэффективном лечении, а также при наличии дополнительных осложнений целесообразно выполнить кесарево сечение без попытки проведения корригирующей терапии.