

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО.

Кафедральный руководитель

к.м.н., доц. Шапошникова Е. В.

Реферат

Аномалии родовой деятельности.

Выполнила:клинический ординатор

Макеева Ю. В.

Красноярск, 2019г.

**Рецензия КМН кафедры Акушерства и гинекологии ИПО Шапашниковой
Екатерины Викторовны на реферат ординатора первого года по специальности
Акушерство и гинекология Макеевой Юлии Владимировны. По теме: «Аномалии
родовой деятельности»**

В реферате на тему «аномалии родовой деятельности» полностью раскрыта тема содержания. Реферат посвящен проблеме встречаемости, диагностики и грамотного ведения пациенток с данной особенностью родов.

В реферате сказано о современном представлении, встречаемости, проценте и роли в современном акушерстве. Прослеживается связь между увеличением количества аномалий родовой деятельности и ятрогенией, неправильным лечением данной патологии, а также, что немаловажно отсутствием своевременной диагностики. Затронуты передовые принципы ведения и методы обследования и выявления женщин с риском возникновения данных проблем в родах, критерии выявления и оценка степени риска осложнений. Представлены новейшие методы лечения основной и сопутствующей патологии.

Материал грамотно изложен, логическая последовательность сохранена. Терминология точна и грамотно использована. Продемонстрировано умение работать с материалом, усвоение ранее изученных вопросов, касаемых данной темы.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Акушерство и гинекология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Всего .

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

План.

- 1. Введени. Показатели нормальной родовой деятельности.**
- 2. Классификация аномалий родовой деятельности.**
- 3. Виды АРД, диагностика, лечение.**
- 4. Профилактика аномалий родовой деятельности.**
- 5. Список литературы.**

1. Введени. Показатели нормальной родовой деятельности.

Периоды родов .

Первый период – время от начала регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки;

- латентная фаза первого периода родов длится до 6 см раскрытия шейки матки;
- активная фаза первого периода родов длится с 6 см (включительно) до полного раскрытия шейки матки.

Второй период – время от полного раскрытия шейки матки до рождения плода;

- пассивная фаза второго периода родов - от полного раскрытия шейки матки до начала потуг;
- активная фаза второго периода родов - с начала потуг до изгнания плода.

Третий период – время от рождения плода до выделения последа.

Критерии латентной и активной фаз первого периода:

Клинически латентную фазу родов трудно распознать. Ее продолжительность может варьировать в большой степени, в связи с чем трудно определить границы нормы.

Латентная фаза наступает, когда женщина начинает ощущать регулярные схватки, и заканчивается с началом ускорения раскрытия шейки матки (3)

Многие исследователи предпочитают игнорировать латентную фазу, потому что ее начало не может быть определено ни одним объективным методом. Точные нормативные показатели не определены, что отчасти связано с тем, что латентная фаза родов не может быть определена объективно, не достигнут консенсус в определении «продолговатой латентной фазы родов», и в связи с этим не определена необходимость вмешательств.

Новое клиническое руководство ВОЗ (2014) по стимуляции родов касается только слабости родовой деятельности в активной фазе родов.

В клиническом руководстве NICE по ведению родов не дано определения продолговатой латентной фазы (2)

В соответствии с Австралийскими клиническими рекомендациями не

существует верхней границы длительности латентной фазы родов (2)
Неправильная диагностика пролонгированной латентной фазы приводит к необоснованному применению индукции или стимуляции родов, которые могут оказаться безуспешными. Это может также привести к необоснованному кесареву сечению и амниониту (2)

Средняя продолжительность латентной фазы первого периода - 8 часов.
Однако, у некоторых рожениц указанная фаза может окончиться быстрее, а у других - позже, что не всегда будет указывать

Аномалии родовой деятельности - это нарушения сократительной активности матки, которые приводят к патологическому течению родового акта, увеличению числа оперативных вмешательств, возникновению осложнений у матери и новорождённого.

2. Классификация аномалий родовой деятельности.

Патологический прелиминарный период.

Слабость родовой деятельности:

- а) первичную;
- б) вторичную;
- в) слабость потуг.

Чрезмерная родовая деятельность.

3. Виды АРД, диагностика, лечение.

Дискоординированная родовая деятельность.

Патологический прелиминарный период - это нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности схваткообразные боли внизу живота, в области крестца и поясницы. Они продолжаются более 6 часов, нарушается ритм сна и бодрствования (за счёт болей), что ведёт к утомлению женщины, отсутствует готовность организма к родам.

Тактика при патологическом прелиминарном периоде: женщину помещают в предродовую палату, выполняют кардиотокографию (КТГ) и проводят мониторинг. КТГ позволяет регистрировать описанные выше схватки.

Наблюдение - не менее 6 часов. Патологический прелиминарный период - это относительное показание к КС.

Лечение:

Электроаналгезия.

Иглорефлексотерапия.

Комбинированное введение седативных, аналгетических, спазмолитических (промедол, пипольфен, димедрол, седуксен, но-шпа, папаверин, апрофен, баралгин) и эстрогенных препаратов (синестрол, фолликулин).

При выраженном патологическом прелиминарном периоде начинать лечение надо с лечебного акушерского наркоза (натрия оксибутират 20%-10 мл в/в или ГАМК), проводимого анестезиологом.

Затем можно применять β -адреномиметики, которые снижают патологическую родовую деятельность.

Слабость родовой деятельности - это родовая деятельность с *регулярными* схватками, но они короткие, редкие, слабые, без тенденции к учащению, усилению и удлинению и неэффективны (т.е. не приводят к открытию шейки матки). Диагностика должна быть своевременная. Пальпация не позволяет рано диагностировать слабость родовой деятельности, поэтому основным методом ранней диагностики слабости родовой деятельности является кардиотокография: тонус матки снижен (в норме 8-10 мм рт ст), интенсивность схватки менее 30 мм рт ст, продолжительность схватки менее 60 сек, интервал между схватками более 60 сек, частота схваток за 10 мин менее 5 (в норме должно равняться этим значениям).

Лечение слабости родовой деятельности:

Это относительное показание к КС.

Если роды решено проводить через естественные родовые пути, то проводят родоусиление.

Перед родами назначается касторовое масло, которое стимулирует функцию кишечника (висцеро-висцеральный рефлекс), применяется прозерин, затем клизма и душ.

При утомлении женщины и если она в родах более 9 часов (энергетические ресурсы матки уже исчерпаны) применяется лечебный акушерский наркоз.

После пробуждения женщины от наркоза вновь оценивают родовую деятельность и если она остаётся, то проводят родоусиление (простагландин и окситоцин сочетано или последовательно). Окситоцин может применяться в таблетках - дезаминоокситоцин - до 4 таб трансбукально. П/показания к применению окситоцина: рубец на матке, неправильное положение плода, несоответствие между размерами плода и таза (клинически узкий таз), гипоксия плода, угрожающий разрыв матки.

Неэффективность родоусиления - это относительное показание к кесареву сечению.

Если есть п/показание к КС, можно провести повторное родоусиление, но не ранее, чем через 12 часов.

Немедикаментозные методы : электроаналгезия, иглорефлексотерапия, лазерная акупунктура.

Питуитрин, пахикарпин, хинина гидрохлорид ранее применялись для лечения слабости родовой деятельности. Гифотоцин применяется только при слабости потуг и первичной слабости родовой деятельности.

Вторичная слабость родовой деятельности : сначала была нормальная родовая деятельность, затем на 1 этапе схватки стали короче, реже, уменьшилась их интенсивность. Здесь обязательно должна быть какая-то причина, например, неумелое, нерациональное, нецелесообразное назначение в родах спазмолитических препаратов. Поэтому их назначают не всем женщинам. Другой причиной вторичной слабости родовой деятельности может быть клинически узкий таз. *Лечение*: устранение причины (узкий таз→КС); если причина не установлена проводится родоусиление окситоцином; лечебный акушерский наркоз и др. лечение, как при первичной слабости родовой деятельности.

Слабость потуг - это неэффективные (не приводящие к продвижению подлежащей части) потуги, которые приводят к удлинению 2 периода родов. Развивается отёк наружных половых органов, нарушение венозного оттока и сдавление тканей в месте соприкосновения, в результате - гипоксия и ЧМТ у плода, кишечно-половые свищи у матери.

Лечение:

в/в капельно окситоцин.

п/к питуитрин или гифотоцин (1 мл) или прямо в шейку матки.

Перинео- или эпизиотомия.

Бинт Вербова.

Выжимание плода по Кристеллеру п/показано за счёт высокой травматичности.

Можно наложить акушерские щипцы.

Чрезмерно сильная родовая деятельность ставится по факту родоразрешения : 6 часов и меньше - быстрые роды, 2 часа и меньше - стремительные роды. Характерны частые продолжительные, сильные схватки и потуги, боли, роженица возбуждена.

Осложнения чрезмерно сильной родовой деятельности:

Высокий травматизм (как со стороны плода, так и со стороны матери).

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Кровотечение в 3 и раннем послеродовом периоде.

Тактика:

Применение препаратов, снижающих родовую деятельность и проведение токолиза.

Женщину повернуть на бок противоположный позиции плода.

Если роды прошли вне лечебного учреждения, женщина должна быть госпитализирована в наблюдательное акушерское отделение, где производят осмотр родовых путей на целостность, вводят столбнячный анатоксин (0,5 п/к) и роженице и н/р.

Дискоординированная родовая деятельность - нарушение координации сокращений между различными отделами матки.

Диагностика:

Наружная гистерография.

кардиотокография (не совсем точно): характерны различные по силе, продолжительности, интенсивности и частоте схватки.

Гипертонус нижнего сегмента (трудно определить подлежащую часть), его болезненность.

Дискоординированная родовая деятельность бывает при отсутствии готовности организма к родам.

Тактика:

Это относительное показание к кесареву сечению.

Родоусиление не показано.

Отмена всех сокращающих матку средств.

Немедикаментозные методы: психотерапия, электроаналгезия, акушерский наркоз - при утомлении).

β -миметики - для снятия дискоординации (противопоказания для назначения β -миметиков: открытие шейки более чем на 2 см, внутриматочная инфекция, кровянистые выделения, врождённые пороки развития и гибель плода, сердечно-сосудистая патология, гипотония).

Спазмолитики.

Препараты, улучшающие маточно-плацентарное кровообращение (трентал, курантил, эстрогены).

Сигетин - препарат эстрогеноподобного действия, избирательно расширяет сосуды маточно-плацентарного круга.

Предшественники простагландинов: линетол (30 мл внутрь), арахиден (20 капель 2-3 раза в день).

Осложнения аномалий родовой деятельности:

Затяжные роды (более 18 часов).

Инфицирование в родах.

Гнойно-септические послеродовые заболевания.

Метроэндометрит.

ранее излитие околоплодных вод..

гипоксия и внутриутробное инфицирование плода.

Аспирация околоплодных вод → аспирационная гнойная пневмония.

Травматизм матери и плода.

Высокий % оперативных вмешательств (щипцы, КС).

Мочеполовые и кишечно-половые свищи (мягкие ткани сдавливаются костями черепа плода и костями таза женщины).

Кровотечение (т.е. такие женщины угрожаемые по кровотечению).

4. Профилактика аномалий родовой деятельности.

Задолго до родов:

а) в семье;

б) в женской консультации - выделение групп риска по аномалиям родовой деятельности:

частые острые инфекционные заболевания в детстве и юношестве;

хронические инфекционно-аллергические заболевания (тонзиллит, пиелонефрит и др);

раннее и позднее наступление менархе;

нарушение менструальной функции;

общий и генитальный инфантилизм;

бесплодие в анамнезе;

аборты в анамнезе;

воспалительные заболевания женских половых органов (хронический эндометрит и др);

эндокринопатия, ожирение;

осложнённое течение предыдущих родов;

осложнённое течение настоящей беременности (угрожающий выкидыш, угрожающие преждевременные роды, гестоз, экстрагенитальные заболевания);

дистантное расположение плаценты;

молодые и возрастные первородящие;

отсутствие готовности организма к родам;

аномалии развития и опухоли матки;

наличие механических препятствий для продвижения плода (узкий таз, опухоль, экзостозы и др);

многоводие, маловодие, многоплодие.

чрезмерное нервно-психическое напряжение и отрицательные эмоции.

Профилактика в группах риска:

- в детском и школьном возрасте - рациональное питание, физкультура и другие составляющие здорового образа жизни.

рациональное питание беременных (необходимо включать растительное масло (содержатся предшественники простагландинов), рыбу).

Соблюдение беременными режима сна и бодрствования (должны спать не менее 8 часов в сутки), прогулки на свежем воздухе.

“Гендевит” (поливитамины для беременных) - “с первого дня беременности”.

С 36 нед беременности назначают галаскорбин, который повышает чувствительность матки к эндогенному окситоцину.

Одновременно с этим применяются линетол и арахиден, электроаналгезия и рефлексотерапия.

В 38 нед дородовая госпитализация в отделение патологии беременных для оценки готовности организма к родам, решения вопроса о сроках и методе родоразрешения. Неготовность организма к родам - относительное показание к кесареву сечению.

Если решено роды вести через естественные родовые пути, то проводится подготовка женщины к родам:

а) немедикаментозные методы, в том числе и анодическая гальванизация головного мозга (АГГМ);

б) простагландины в виде вагинального или интрацервикального введения в целлюлозном геле (препедил-гель);

в) ГВГКФ.

Профилактика аномалий родовой деятельности в родах:

Физический и психический покой.

ГВГКФ: 40% р-р глюкозы - в/в 2 мл, Рg - 5 мг (минимум): синестрол 2%-2 мл, аскорбиновая кислота - 5%, 10%-ный р-р CaCl - 10 мл в/в.

АТФ, ККБ.

Первая помощь при различных степенях асфиксии н/р:

1 степень асфиксии (6-7 баллов):

отсасывание слизи из дыхательных путей;

вспомогательная вентиляция лёгких;

10% р-р глюкозы 5 мл /кг массы тела.

ККБ (8 мг/кг массы тела).

2 степень (4-5 баллов):

отсос слизи;

вспомогательное дыхание;

глюкоза 10%-5 мл/кг массы тела;

3 степень (1-3 балла):

отсос слизи;

ИВЛ в течение 2 мин;

Глюкоза 10%-4 мл/кг массы тела в пуповину;

ККБ;

преднизолон 1 мг/кг массы тела;

массаж;

Глюкоза + Са;

при остановке сердца - в вену пуповины или под язык 0,1%-0,1 мл адреналина.

Лечение хронической гипоксии :

глюкоза + вит С + ККБ;

глюкоза + рибоксин;

можно одномоментно: эссенциале, курантил, ККБ, персантин, барокамера.

Список литературы:

1. Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинаева, О. Б. Панина, М. А. Курцер. Акушерство, учебник. Москва, Издательская группа "ГЭОТАР – Медиа", 2009.
2. В. И. Дуда, Вл. И. Дуда, И. В. Дуда. Акушерство. Минск, "Вышейшая школа", 2004.
3. Акушерство под ред. Г. М. Савельевой. Москва, "Медицина", 2000.
4. Журнал "Медицинские новости", №12, 2004М. Л. Тесакова, Л. М. Санько "Профилактика аномалий родовой деятельности".
5. Э. К. Айламазян. Акушерство. Санкт – Петербург, СпецЛит, 2003.
6. Клинические протоколы по акушерству и гинекологии. «Слабость родовой деятельности» .