

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра акушерство и гинекология ИПО

Зав.кафедрой: д.м.н., профессор
Базина М.И.

РЕФЕРАТ

На тему: «Аномалии родовой деятельности»

Выполнила:
клинический ординатор
1-го года обучения
Шешукова С.М.

Проверила: к.м.н.,
доцент кафедры
Шапошникова Е.В.

Красноярск, 2020 г.

Содержание:

1. Введение
2. Классификация аномалий родовой деятельности.
3. Патологический прелиминарный период
4. Слабость родовой деятельности.
 - Первичная слабость родовой деятельности
 - Вторичная слабость родовой деятельности
5. Чрезмерная родовая деятельность.
6. Дискоординированная родовая деятельность
 - гипертонус нижнего сегмента
 - тетанус матки
 - циркулярная дистоция шейки матки
7. Заключение.
8. Список использованной литературы.

Введение:

30% кесаревых сечений происходит по показанию - аномалия родовой деятельности.

Для того чтобы родовой акт происходил без осложнений, женщина должна иметь нормальные размеры таза, некрупные размеры плода и важнейшим фактором является правильная родовая деятельность.

Для того чтобы правильно проходила родовая деятельность необходимо наличие родовой доминанты и готовности родовых путей к родовой деятельности, то есть шейка матки должна быть зрелой (мягкой консистенции, укороченной до 1-1,5 см, расположенной по проводной оси таза, цервикальный канал должен пропускать 1 палец до внутреннего зева).

Подготовка шейки матки к родам во многом определяется активностью родовой деятельности. Различают предвестники родов, в которые входят: наличие тянущих болей в животе, поясничной области, отхождение слизистой пробки из цервикального канала, опускание дна матки в результате опускания предлежащей части в малый таз, потеря массы тела перед родами (практически до 1 кг), уменьшение количества околоплодных вод и уменьшение шевеления плода.

Развитию таких аномалий способствует ряд факторов, которые можно разделить на три группы:

1. общие нарушения,
2. определенные состояния репродуктивной системы и проблемы,
3. возникшие в период беременности и родов.

К группе общих нарушений относят эндокринные и соматические заболевания, курение, наркоманию, алкоголизм и некоторые особенности характера (повышенную возбудимость, эмоциональную лабильность и низкую устойчивость к стрессам).

В число состояний репродуктивной системы, провоцирующих аномалии родовой деятельности, включают возраст до 18 и после 30 лет, аборт, послеоперационные рубцы на матке, аномалии женских половых органов и хронические гинекологические заболевания. К факторам риска, возникшим в период гестации и родов, принадлежат гестозы, врожденные дефекты развития плода,

нарушения положения плода, перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия и крупного плода, перенашивание, проблемы расположения и отделения плаценты, раннее излитие вод, затянувшийся подготовительный период и незрелость шейки матки. Все перечисленные факторы могут усугубляться необоснованным или чрезмерным назначением лекарственных препаратов.

Этиология и патогенез аномалий родовой деятельности:

Клинические факторы, обуславливающие возникновение аномалий родовой деятельности, можно разделить на 5 групп:

1. акушерские (преждевременное излитие ОВ, диспропорция между размерами головки плода и родового канала, дистрофические и структурные изменения в матке, ригидность шейки матки, перерастяжение матки в связи с многоводием, многоплодием и крупным плодом, аномалии расположения плаценты, тазовые предлежания плода, гестоз, анемия беременных);

2. факторы, связанные с патологией репродуктивной системы (инфантилизм, аномалии развития половых органов, возраст женщины старше 30 и моложе 18 лет, нарушения менструального цикла, нейроэндокринные нарушения, искусственные аборт в анамнезе, невынашивание беременности, операции на матке, миома, воспалительные заболевания женской половой сферы);

3. общесоматические заболевания, инфекции, интоксикации, органические заболевания ЦНС, ожирение различного генеза, диэнцефальная патология;

4. плодные факторы (ЗРП, внутриутробные инфекции плода, анэнцефалия и другие пороки развития, перезрелый плод, иммунологический конфликт во время беременности, плацентарная недостаточность);

5. ятрогенные факторы (необоснованное и несвоевременное применение родостимулирующих средств, неадекватное обезболивание родов, несвоевременное вскрытие плодного пузыря, грубые исследования и манипуляции).

Каждый из этих факторов может оказывать неблагоприятное влияние на характер родовой деятельности как самостоятельно, так и в различных сочетаниях.

Патогенез:

Характер и течение родов определяются совокупностью многих факторов: биологической готовностью организма накануне родов, гормональным гомеостазом, состоянием плода, концентрацией эндогенных ПГ и утеротоников и чувствительностью миометрия к ним. Готовность организма к родам формируется длительное время за счет процессов, которые происходят в материнском организме от момента оплодотворения и развития плодного яйца до наступления родов. По сути, родовой акт является логическим завершением многозвеньевых процессов в организме беременной и плода. Во время беременности с ростом и развитием плода возникают сложные гормональные, гуморальные, нейрогенные взаимоотношения, которые обеспечивают течение родового акта. Доминанта родов есть не что иное, как единая функциональная система, которая объединяет следующие звенья: церебральные структуры — гипофизарная зона гипоталамуса — передняя доля гипофиза — яичники — матка с системой плод — плацента. Нарушения на отдельных уровнях этой системы, как со стороны матери, так и плода–плаценты приводят к отклонению от нормального течения родов, что, в первую очередь, проявляется нарушением сократительной деятельности матки. Патогенез этих нарушений обусловлен многообразием факторов, но ведущую роль в возникновении аномалий родовой деятельности отводят биохимическим процессам в самой матке, необходимый уровень которых обеспечивают нервные и гуморальные факторы.

Важная роль, как в индукции, так и в течении родов принадлежит плоду. Масса плода, генетическая завершенность развития, иммунные взаимоотношения плода и матери влияют на родовую деятельность. Сигналы, поступающие из организма зрелого плода, обеспечивают информирование материнских компетентных систем, ведут к подавлению синтеза иммуносупрессорных факторов, в частности пролактина, а также ХГЧ. Меняется реакция организма матери на плод как на аллотрансплантат. В фетоплацентарном комплексе меняется стероидный баланс в сторону накопления эстрогенов, увеличивающих чувствительность адренорецепторов к норадреналину и окситоцину. Паракринный механизм взаимодействия плодных оболочек, децидуальной ткани, миометрия обеспечивает каскадный синтез ПГ-E2 и ПГ-F2a.

Суммирование этих сигналов обеспечивает тот или иной характер родовой деятельности.

При аномалиях родовой деятельности происходят процессы дезорганизации структуры миоцитов, приводящие к нарушению активности ферментов и изменению содержания нуклеотидов, что указывает на снижение окислительных процессов, угнетение тканевого дыхания, понижение биосинтеза белков, развитие гипоксии и метаболического ацидоза.

Одним из важных звеньев патогенеза слабости родовой деятельности является гипокальциемия. Ионы кальция играют главную роль в передаче сигнала с плазматической мембраны на сократительный аппарат гладкомышечных клеток. Для мышечного сокращения необходимо поступление ионов кальция (Ca^{2+}) из внеклеточных или внутриклеточных запасов. Накопление кальция внутри клеток происходит в цистернах саркоплазматического ретикулума. Ферментативное фосфорилирование (или дефосфорилирование) лёгких цепей миозина регулирует взаимодействие актина и миозина. Повышение внутриклеточного Ca^{2+} способствует связыванию кальция с кальмодулином. Кальций-кальмодулин активирует лёгкую цепь миозинкиназы, которая самостоятельно фосфорилирует миозин. Активация сокращения осуществляется путём взаимодействия фосфорилированного миозина и актина с образованием фосфорилированного актомиозина. При уменьшении концентрации свободного внутриклеточного кальция с инактивацией комплекса «кальций-кальмодулин лёгкая цепь миозина», дефосфорилировании лёгкой цепи миозина под действием фосфатаз происходит расслабление мышцы. С обменом ионов кальция тесно связан обмен цАМФ в мышцах. При слабости родовой деятельности обнаружено повышение синтеза цАМФ, что связано с угнетением окислительного цикла трикарбоновых кислот и повышением содержания в миоцитах лактата и пирувата. В патогенезе развития слабости родовой деятельности играет роль и ослабление функции адренергического механизма миометрия, тесно связанного с эстрогенным балансом. Уменьшение образования и «плотности» специфических α - и β -адренорецепторов делает миометрий малочувствительным к утеротоническим веществам.

При аномалиях родовой деятельности обнаружены выраженные морфологические и гистохимические изменения в гладкомышечных клетках матки.

Эти дистрофические процессы являются следствием биохимических нарушений, сопровождающихся накоплением конечных продуктов обмена.

В настоящее время установлено, что координация сократительной деятельности миометрия осуществляется проводящей системой, построенной из щелевых контактов с межклеточными каналами. «Щелевые контакты» формируются к доношенному сроку беременности и их количество увеличивается в родах. Проводящая система щелевых контактов обеспечивает синхронизацию и координацию сокращений миометрия в активном периоде родов.

Классификация аномалий родовой деятельности:

1. Патологический прелиминарный период.
2. Слабость родовой деятельности:
 - 1) первичная (женщина вступает в роды со слабостью схваток которая продолжается в течение всех родов)
 - 2) вторичная (после периода активной родовой деятельности матка ослабевает)
3. Чрезмерная родоая деятельность.
4. Дискоординированная родоая деятельность:
 - 1) общая дискоординация
 - 2) гипертонус нижнего сегмента
 - 3) тетанус матки (общий повышенный тонус матки)
 - 4) циркулярная дистония шейки матки

Патологический прелиминарный период:

Патологический прелиминарный период - нерегулярные схватки, иногда резко болезненные, которые длятся более 6-8 часов эти схватки нарушают ритм сна и бодрствования вызывают утомление роженицы не приводят к раскрытию шейки матки приводят к появлению внутриутробной гипоксии плода.

Жалобы женщины: на нерегулярные болезненные схватки.

При осмотре: повышенный тонус матки, особенно в области нижнего сегмента.

Влагалищное исследование: часто затруднено, из-за высокого тонуса мышц промежности. У таких женщин часто наблюдается сужение влагалища, незрелая шейка матки. При регистрации родовой деятельности: нарушение тройного нисходящего градиента, то есть схватки будут разной силы и продолжительности, с неодинаковыми интервалами между собой, напряжение нижнего сегмента больше выражено, чем тонус дна и тела матки.

Патологический прелиминарный период наблюдается у женщин с эмоционально неустойчивой нервной системой, с ожирением и т.д. при отрицательной отношении к беременности, у пожилых и юных первородящих.

Патологический прелиминарный период - это своего рода защитная реакция организма направленная на развитие родовой деятельности и созревание шейки матки.

При патологическом прелиминарном периоде не происходит раскрытия шейки матки, и патологический прелиминарный период может перейти в любую форму аномалии родовой деятельности.

Таким образом, патологический прелиминарный период чаще всего развивается у женщин при незрелых половых путях, очень часто у таких женщин предлежащая часть плода остается подвижной на входе в малый таз.

Самым частым осложнением при патологическом прелиминарном периоде является отхождение преждевременно околоплодных вод (ПОВ). Преждевременное отхождение вод чаще всего развивается в результате неравномерного скачкообразного повышения внутриматочного давления. ПОВ можно рассмотреть как адаптационный момент подготовки шейки матки к родам, потому, что после отхождения околоплодных вод снижается тонус матки и напряжение миометрия, что способствует увеличению амплитуды маточных сокращений.

Тактика ведения определяется:

- выраженностью клинических проявлений
- состоянием шейки матки
- состоянием плода
- наличие или отсутствие преждевременного излития околоплодных вод

Патологический прелиминарный период необходимо дифференцировать со слабостью родовой деятельности, потому что при патологическом прелиминарном

период и слабости родовой деятельности раскрытие шейки матки может не происходить. Подходы совершенно разные при слабости родовой деятельности вводят утеротоники, при патологическом прелиминарном периоде категорически нельзя этого делать.

Лечение патологического прелиминарного периода:

медикаментозный сон и обезболивание: седуксен (диазепам) - нормализует нервно-психические реакции и действует расслабляюще на мускулатуру шейки матки. Обезболивание - промедол в сочетании с седуксеном, димедролом или пипольфеном, оксибутират натрия. Внутривенно, внутримышечно в зависимости от выраженности клинических проявлений.

Патологический прелиминарный период может быть снят применением бета-адреномиметиками которые возбуждают тормозные бета-адренорецепторы и таким образом снижают тонус матки: партусистен, алупент, бриканил - внутривенно капельно в течение 2-3 часов.

При незрелой шейке матки, преждевременном отхождении вод, наличии крупного плода, старшем возрасте роженицы, отягощенном акушерском анамнезе следует делать кесарево сечение, потому что подготовка шейки матки к родами при наличии патологического прелиминарного периода трудна, требует времени и только при созревающей шейке матки, если она перспективная в своих структурных изменениях можно использовать медикаментозное лечение.

Амниотомия:

Наличие неполноценного плодного пузыря (плоский) тоже может быть причиной развития патологического прелиминарного периода. Амниотомия перспективна при наличии зрелых или созревающих родовых путей. При незрелых родовых путях амниотомия бесперспективна.

Некоторые считают, что амниотомию надо выполнять перед дачей медикаментозного сна, это более рационально так как отхождение вод будет снижать тонус миометрия и увеличивать в последующем амплитуду маточных сокращений. Можно после дачи сна: чтобы укоротить безводный период. Решению вопроса об амниотомии помогают амниоскопия то есть надо посмотреть цвет околоплодных вод:

в патологическом прелиминарном периоде развивается гипоксия плода (наличие мекония в водах). Если находят гипоксию, то амниотомия обязательно, потому что наличие гипоксии плода при незрелой шейке матки и патологическом прелиминарном периоде чаще диктует необходимость кесарева сечения. Так как при медикаментозном лечении (промедол угнетает дыхательные центры) роды затягиваются и все равно надо делать кесарево сечение.

Таким образом, лечение патологического прелиминарного периода складывается из:

- медикаментозный сон
- спазмолитики
- бета-адреномиметики
- амниотомия

Чаще патологический прелиминарный период может быть прерван и патологические прелиминарные схватки переходят в нормальные, или в дискоординированную родовую деятельность.

Слабость родовой деятельности:

Характеризуется наличием схваток слабых по силе, коротких по продолжительности и редких по частоте. При таких схватках раскрытие шейки матки и продвижение плода по родовому каналу происходит замедленно.

Слабость родовой деятельности отмечается в 10% всех родов. Может быть первичной, вторичной и проявиться только в периоде изгнания.

Циклическая слабость родовой деятельности встречается в группе риска которую составляют следующие беременные:

1. женщины пожилого и юного возраста
2. женщины с перерастяжением матки (крупным плодом, многоплодием, многоводием).
3. многорожавшие, многобеременные, многочисленные аборт с выскабливанием, то есть при наличии дистрофических и воспалительных изменениях в миометрии.
4. у женщин с нарушением менструальной функции и гормонального баланса
5. гипертрихоз ожирение

Циклическая слабость родовой деятельности развивается у той группы, у которой матка не в состоянии отвечать на нормальные импульсы со стороны водителя ритма. Может быть недостаточность импульсов или недостаточность рецепторов.

Диагноз ставится на основании характеристики схваток: слабые, короткие, недостаточная динамика раскрытия шейки матки (в норме 1 см в час) - 2-3 см в час.

Для уточнения динамики используют наружные методы определения и данные влагалищного исследования диагноз должен быть поставлен в течение 2-3 часов.

Слабость родовой деятельности приводит к затяжным родам, осложняется преждевременным или ранним отхождением околоплодных вод, приводит к гипоксии плода. Повышению риска возникновения гнойно-септических осложнений. В третьем периоде родов обуславливает гипотонические кровотечения.

Чрезмерно сильная родовая деятельность:

Характеризуется наличием частых, сильных и длительных схваток. При наличии таких схваток роды могут закончиться в течение 1-3 часов. То есть принимают стремительный характер. Диагноз прост:

клиническая картина активной родовой деятельности

при влагалищном исследовании быстрая скорость раскрытия маточного зева.

Быстрые роды опасны для плода, потому что плод проходит родовый канал в короткий временной промежуток, очень высок процент родовых травм: головка плода не успевает конфигурироваться и очень часто такие дети рождаются с гипоксией или с развитием гипоксии в неонатальном периоде. Быстрые роды опасны для матери, потому что приводят к разрывам шейки матки, влагалища, промежности и могут приводить к разрывам матки. Серьезным осложнением является преждевременная отслойка нормальной расположенной плаценты и эти роды осложняются послеродовым кровотечением.

Лечение:

применение бета-адреномиметиков которые делают схватки более легкими, плавными и менее интенсивными и таким образом будут тормозит развитие родовой деятельности. Роды становятся более длительными.

Фторотан, закись азота. Фторотан не используется так как увеличивает кровопотерю в родах.

Дискоординированная родовая деятельность:

Встречается в 1-3% случаев. Заключается в смещениях водителя ритма с трубного угла на тело или даже нижний сегмент матки. Волна возбуждения может идти не только сверху вниз но и наоборот, может возникнуть несколько очагов возбуждения и тогда все отделы матки приходя в состояние сокращения в несоответствии друг с другом что приводит к отсутствию существенной динамики раскрытия зева или вообще к не раскрытию шейки матки.

Клиника: Разные по силе, продолжительности, и интервалам, резко болезненные схватки. Могут быть через 2-3 минуты потом 5-6 секунд. Одна схватка 20-25 секунд другая 40-45 секунд. Эта мозаичность сочетается с повышенном тонусом матки особенно в нижнем сегменте, ригидные края маточного зева. Продвижение плода по родовому каналу замедляется, так как имеется высокий тонус нижнего сегмента. Очень трудно помочится из - за этого. Диагноз подтверждается токографией.

Причины развития дискоординированной родовой деятельности:

1. пороки развития матки
2. анатомические изменения шейки матки (после диатермокоагуляции)
3. женщины с неуравновешенной нервной системы при повышенной чувствительности к болевым реакциям

Осложнения:

1. преждевременное излитие околоплодных вод
2. затяжение родов
3. повышенный процент гнойно-септических инфекций и гипоксии плода
4. высокий процент оперативного родоразрешения

Лечение: Нужно снять дискоординацию сходно с тактикой при патологическом прелиминарном периоде так как он чаще всего переходит в дискоординированную родовую деятельность.

- Медикаментозный сон.
- Применение обезболивающих средства.

- Амниотомия
- Применения бета-адреномиметиков и эпидуральной анестезии
- Оперативное родоразрешение

Нельзя применять утеротоники (энзопрост) так как они повышают тонус матки. Применяют только после снятия дискоординации.

Гипертонус нижнего сегмента:

Сущность его заключается в возникновении обратного градиента, при котором волна сокращения начинается в нижнем маточном сегменте и распространяется на тело и дно матки. При этом нижний сегмент сокращается сильнее остальных отделов матки. В результате этого нижний сегмент при каждой схватке схватывает головку и тормозит ее продвижение по родовым путям.

Клиника: Схватки обычно сильные, болезненные, с локализацией боли внизу живота и в пояснице. Поведение роженицы часто становится беспокойным. При влагалищном исследовании определяется высокое расположение головки, замедленное раскрытие шейки матки, отсутствие давления головки на шейку матки при схватке. Шейка как бы “свисает рукавом”. Иногда удается определить (особенно при схватке) что за внутренним зевом, в области нижнего сегмента, имеется плотное мышечное кольцо, туго охватывающее головку и препятствующее ее продвижению. Очень информативной и важной для диагностики гипертонуса нижнего сегмента является многоканальная гистерография, которая может дать решающие сведения об этом виде аномалий родовой деятельности. Характерным является “обратный градиент”. Роды нередко осложняются преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, гипоксией и родовой травмой плода.

Ведение родов: При выявлении гипертонуса нижнего сегмента и декомпенсированном состоянии плода коррекция СДМ не проводится, роды заканчиваются операцией кесарева сечения. При компенсированном состоянии плода необходимо произвести амниотомию (если плодный пузырь был цел), ввести б-адреномиметики или дать акушерский наркоз, ввести спазмолитики, продолжить кардиомониторное наблюдение за состоянием плода и гистерографический контроль за СДМ. При отсутствии эффекта в течение 1-2 часа роды следует закончить

операцией кесарева сечения, избежании тяжелых последствий для новорожденного.

Тетания матки:

Сущность этой патологии заключается в длительном сокращении маточной мускулатуры. Наиболее частыми причинами ее являются клиническое несоответствие головки плода и таза матери, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, передозировка утеротонических средств.

Клиника: Роженица ведет себя беспокойно из-за постоянных болей в животе и в пояснично-крестцовой области. При пальпации матка резко напряжена, болезненна, интервалов между схватками практически нет. В зависимости от причины тетании матки могут иметься симптомы клинически узкого таза (на стадии угрожающего разрыва матки) или клиника преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Данные влагалищного исследования различны в зависимости от причины патологии СДМ. Состояние плода резко страдает вплоть до его смерти. Наружная гистерография дает достаточно характерную картину, которая подтверждает клинические данные.

Лечение: Если тетания матки возникла из-за утеротоников, их нужно немедленно отменить. Нужно ввести партусистен или дать наркоз с полным расслаблением матки и при отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути произвести операцию кесарева сечения.

Циркулярная дистония шейки матки:

Шеечная дистония может быть следствием функциональных или органических изменений шейки матки. Функциональная шеечная дистония связана с особенностями иннервации и рецепторного аппарата, из-за которых в момент распространения волны возбуждения по мышце матки она вызывает не раскрытие шейки матки, а спазмы циркулярных волокон. Шеечная дистония при органических изменениях шейки матки вызывается невозможностью раскрытия шейки матки из-за ее анатомических особенностей. При этом в шейке имеется значительное

преобладание соединительной ткани, не способной к растяжению. Такие особенности шейки матки наблюдаются при рубцовых изменениях шейки матки, возникших после родов, абортов, хирургических операций, диатермоэлектрокоагуляции, после воспалительных заболеваний шейки матки.

Клиника: Схватки различные по силе, болезненные, преимущественно с болями в пояснично-крестцовой области. При влагалищном исследовании возможны различные варианты шейки матки. Однако основной особенностью является спазмирование шейки матки при схватках и при влагалищном исследовании. При этом предлежащая часть следует за шейкой матки и давит на нее. На головке плода рано появляется родовая опухоль. Величина ее соответствует открытию шейки матки, границы совпадают с краями наружного зева шейки матки. При динамическом наблюдении выявляется замедленное раскрытие шейки матки, несмотря на наличие хорошей родовой деятельности. При наружной гистерографии выявляются различные варианты СДМ (нормо-, гипер-, или гиподинамическая), с элементами дискоординации или без них.

Ведение родов:

При выявлении шейной дистонии следует принять принципиальное решение о выборе тактики родоразрешения. В случае наличия факторов высокого риска для плода вопрос решается в пользу операции кесарева сечения. При ведении родов через естественные родовые пути проводится коррекция СДМ.

- При целом плодном пузыре производится амниотомия.
- Вводятся спазмолитики (апрофен, но-шпа, галидор, баралгин и др.). По показаниям введение спазмолитиков можно повторить через 2 часа. Назначаются седуксен, реланиум per os.
- При гиподинамическом типе СДМ после амниотомии вводится ГВЭК, который можно повторить через 2 часа.
- При утомлении роженицы дается лечебный акушерский наркоз (ГОМК с премедикацией).
- При ослаблении родовой деятельности после сна возможно применение ГВЭК, активного режима, очистительной клизмы.

- При возникшей вторичной слабости родовой деятельности при удовлетворительном состоянии плода показана коррекция СДМ внутривенным капельным введением утеротонических средств.
- При отсутствии эффекта от коррекции СДМ или ухудшении состояния плода роды заканчиваются операцией кесарева сечения.

Заключение:

Большой вид методов терапии аномалий родовой деятельности, не дает гарантии завершения родов через естественные родовые пути. В этих случаях закономерно возникает вопрос о родоразрешении путем операции кесарева сечения.

Дородовая госпитализация, занятия по ФППП к родам, отбор женщин по риску развития данной патологии - это профилактика аномалий родовой деятельности

Список использованной литературы:

1. Журнал "Медицинские новости", №12, 2004М.Л. Тесакова, Л.М. Санько "Профилактика аномалий родовой деятельности".
2. Г.М.Савельева, Р.И.Шалина, Л.Г.Сичинаева, О.Б.Панина, М.А.Курцер. Акушерство, учебник. Москва, Издательская группа "ГЭОТАР – Медиа", 2010.
3. В.И.Дуда, Вл.И.Дуда, И.В.Дуда. Акушерство. Минск, "Высшая школа", 2005.
4. Акушерство под ред. Г.М.Савельевой. Москва, "Медицина", 2005.
5. Николаев А.П. Аномалии родовой деятельности / А.П.Николаев // Акушерская и экстрагенитальная патология. -- М.: Медицина, 2010. -- С.255-303.
6. Персианинов Л.С. Аномалии родовой деятельности и их регуляция / Л.С.Персианинов, Е.А.Чернуха// Акушерство и гинекология. 2010. -№ 6. - С.56-59.
7. Чернуха Е.А. Аномалии родовой деятельности: Методические рекомендации МЗ РФ / Е.А.Чернуха, Т.А.Старостина, И.С.Сидорова, М.А.Ботвинный. М.:2005. - 35 с.