

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

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Макаренко Т.А.

Реферат

Аномалии родовой деятельности

Автор: клинический ординатор
Яганова Светлана Сергеевна.

Красноярск 2021г

Содержание:

1. Введение
2. Факторы риска возникновения аномалий родовой деятельности
3. Классификация аномалий родовой деятельности.
4. Патологический прелиминарный период.
5. Слабость родовой деятельности.
6. Чрезмерная родовая деятельность
7. Дискоординация родовой деятельности
8. Заключение
9. Список используемой литературы

Введение

Для того чтобы роды через естественные родовые пути проходили без осложнений, женщина должна иметь нормальные размеры таза, некрупные размеры плода и правильную родовую деятельность, которая зависит от наличия родовой доминанты и готовности родовых путей к родовой деятельности, то есть шейка матки должна быть зрелой (оценка проводится по шкале Бишоп).

Нарушение на любом этапе приводит к возникновению аномалии родовой деятельности, которые составляют 15-20% всех осложнений родов, а так же являются показанием для кесарева сечения в 30% случаев. Такой высокий процент объясняется несовершенством методов терапии и профилактики этой патологии.

Поэтому изучение аномалий родовой деятельности остается актуальной проблемой.

Факторы риска возникновения аномалий родовой деятельности

Причины нарушения родовой деятельности многочисленны. Они затрагивают все звенья формирования родовой деятельности (центральная и периферическая нервная система; эндокринная система; матка; фето-плацентарный комплекс).

Поэтому факторы риска можно разделить на 5 групп:

- Акушерские: преждевременное излитие околоплодных вод; клинически узкий таз; дистрофические и структурные изменения в матке; ригидность шейки матки; перерастяжение матки в связи с многоводием, многоплодием и крупным плодом; аномалии расположения плаценты; тазовое предлежание плода; преэклампсия, эклампсия; анемия беременных;

- Факторы, связанные с патологией репродуктивной системы: инфантилизм; аномалии развития половых органов; возраст женщины старше 30 и моложе 18 лет; нарушения менструального цикла; нейроэндокринные нарушения; аборт в анамнезе; невынашивание беременности; операции на матке; наличие миомы, эндометриоза; воспалительные заболевания женской половой сферы;

- Соматические факторы: заболевания; инфекции; интоксикации; органические заболевания ЦНС; ожирение различного генеза; диэнцефальная патология;

- Плодовые факторы: ЗРП; внутриутробные инфекции плода; анэнцефалия и другие пороки развития; недоношенный или переношенный плод; резус-конфликт; плацентарная недостаточность;

- 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.

Классификация аномалий родовой деятельности

Первая классификация И.И. Яковлева, основанная на клиникофизиологическом принципе (1969 г.):

1. Гипертонус:

- Полный спазм мускулатуры (тетания)
- Частичный спазм мускулатуры в области наружного или внутреннего зева (в начале I периода) и нижнего сегмента (в конце I и начале II периодов)

2. Нормотонус:

- Нескоординированные, асимметричные в разных отделах схватки, сменяющиеся их остановкой
- Ритмичные, координированные, симметричные схватки
- Нормальные схватки, сменяющиеся слабыми (вторичная слабость)
- Очень медленное нарастание интенсивности схваток (первичная слабость)
- Схватки, не имеющие выраженной тенденции к нарастанию (вариант первичной слабости)

Современная 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, до 8 см раскрытия шейки матки)

2) вторичная (после периода активной родовой деятельности матка ослабевает, после раскрытия шейки более 8 см)

3. Чрезмерная родовая деятельность.

4. Дискоординированная родовая деятельность:

- 1) общая дискоординация
- 2) гипертонус нижнего сегмента
- 3) тетанус матки (общий повышенный тонус матки)
- 4) циркулярная дистоция 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, но 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 (из-за чего патологический прелиминарный период может перейти в любую форму аномалии родовой деятельности).

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, при отрицательном отношении к беременности, у пожилых и юных первородящих.

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 преждевременное (дородовое) излитие околоплодных вод (ПРПО). Преждевременное отхождение вод чаще всего развивается в результате неравномерного скачкообразного повышения внутриматочного давления. ПРПО 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, наличием или отсутствием преждевременного излития околоплодных вод.

Патологический прелиминарный период необходимо дифференцировать со слабостью родовой деятельности, потому что при патологическом прелиминарном периоде 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.
- применение бета-адреномиметиков, которые возбуждают тормозные бета-адренорецепторы и таким образом снижают тонус матки: партусистен, алуpent, бриканил – внутривенно капельно в течение 2-3 часов.
- при незрелой шейки 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.

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.

Первичная слабость родовой деятельности — наиболее часто встречающаяся разновидность аномалий родовых сил. В основе первичной слабости схваток лежит снижение базального тонуса и возбудимости матки, поэтому данная патология характеризуется изменением темпа и силы схваток, но без расстройства координации сокращений матки в отдельных её частях.

Жалобы: слабые, редкие, непродолжительные, но регулярные схватки.

Физикальное обследование:

- В латентную фазу:

- пальпаторное определение регулярных сокращений матки (не менее двух схваток за 10 минут, продолжительностью 20 секунд и более), изначально не имеющие тенденции к усилению;
- влагалищное исследование: открытие шейки матки не превышает 4 см за 8 часов регулярных схваток.

- В активную фазу:

- пальпаторное определение регулярных сокращений матки менее 3 схваток за 10 минут, каждая схватка длится менее 40 секунд, изначально нет тенденции к усилению;
- влагалищное исследование: раскрытие шейки матки менее 2 см за 4 часа; замедление/отсутствие опускание предлежащей части плода (исключить другие патологии).

Диагноз устанавливают на основании клинической оценки: низкой эффективности схваток, уменьшения их частоты, низкого тонуса, замедленной динамики процесса родов. Для установления диагноза слабости родовой деятельности необходим контроль за динамикой родов (согласно партограмме).

Тактика лечения:

- наблюдение (латентная фаза);

- консервативные мероприятия (проведение физической и психоэмоциональной поддержки, обезболивание, сон);
- амниотомия (должна быть обоснована, недопустимо рутинное применение, обсуждена с женщиной, получено информированное согласие);
- стимуляция родовой деятельности;
- кесарево сечение

Вторичная слабость родовой деятельности (вторичная гипотоническая дисфункция) – ослабление родовой деятельности при исходно ее нормальных показателях, чаще всего развивается в активную фазу родов или во втором периоде родов.

Вторичная слабость родовой деятельности проявляется ослаблением силы схваток, урежением и укорочением их, удлинением интервалов между схватками. Увеличивается продолжительность периода раскрытия, замедляется или приостанавливается продвижение подлежащей части. Длительное стояние головки в одной плоскости малого таза (более 2 ч) может привести к некрозу мягких тканей с последующим формированием мочевых и каловых свищей. Отмечается выраженное утомление роженицы. Могут появиться симптомы присоединившегося хориоамнионита и (или) гипоксии плода.

Диагностика и лечение соответствуют таковым при первичной слабости родовой деятельности.

Чрезмерная 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. Стремительными называют роды, которые у первородящих продолжаются менее 4ч., а у повторнородящих – менее 2ч. Быстрыми называют роды продолжительностью 6- 4 ч. У первородящих и 4- 2 ч у повторнородящих.

Чрезмерная родовая деятельность диагностируется при клинической картине активной родовой деятельности: при влагалищном исследовании быстрая скорость раскрытия маточного зева.

При чрезмерно сильной родовой деятельности возможны: травматизм матери (глубокие разрывы мягких родовых путей, лона); травматизм плода (травмы головки плода, включая внутричерепные кровоизлияния); преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (интранатальная гибель плода); острая гипоксия плода; эмболия околоплодными водами.

Тактика ведения: возможно применение обезболивания (эпидуральная анестезия), токолитиков (в основном бета-адреномиметиков - гинипрал, пертусистен) которые делают схватки более легкими, плавными и менее интенсивными и таким образом будут тормозит развитие родовой деятельности. Роды становятся более длительными.

Дискоординация родовой деятельности

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.

- Повышенный тонус матки, особенно в нижнем сегменте, ригидные края маточного зева.

- Продвижение плода по родовому каналу замедляется, так как имеется высокий тонус нижнего сегмента.

При дискоординации могут быть следующие осложнения: преждевременное излитие околоплодных вод; затяжные роды; гнойно-септические инфекции; гипоксия плода; высокий процент оперативного родоразрешения.

Тактика ведения (основной эффект снять дискоординацию):

- Медикаментозный сон.
- Применение обезболивающих средства.
- Амниотомия
- Применение токолитиков (бета-адреномиметики)
- Оперативное родоразрешение

Заключение

Учитывая высокую частоту возникновения аномалий родовой деятельности, отсутствие эффективных мер профилактики необходимо пациенткам с данным осложнением уделять наибольшее внимание и разрабатывать индивидуальный подход.

Доказано, что создание физического и психологического комфорта, а также своевременное и грамотное обезболивание родов позволяют снизить риск развития аномалий родовой деятельности, а соответственно и риск оперативного вмешательства.

Однако не стоит забывать, что нарушения родовой деятельности могут приводить к серьезным последствиям, как для матери, так и для плода. Поэтому всегда должна иметься возможность перейти на экстренное родоразрешение оперативным путем.

Список использованной литературы

1. Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. Национальное руководство "Акушерство". Москва, Издательская группа "ГЭОТАР – Медиа" 2009 г.
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. Николаев А.П. Аномалии родовой деятельности / А.П.Николаев // Акушерская и экстрагенитальная патология. -- М.: Медицина, 2010. -- С.255-303.
4. Персианинов Л.С. Аномалии родовой деятельности и их регуляция / Л.С.Персианинов, Е.А.Чернуха// Акушерство и гинекология. 2010. -№ 6. - С.56-59.
5. Беременность и роды. Кокрановское руководство. М., Логесфера, 2010, С. 281.
6. Шокирова У. Г. и др. Факторы риска развития аномалий родовой деятельности. – 2020.
7. Ставицкая Е. В., Гончарова О. Ю. АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ //Энигма. – 2019. – Т. 1. – №. 16-2. – С. 75-83.