**Текст лекции по теме занятия №14: Аномалии родовой деятельности. Принципы диагностики и лечения.**

**Изучаемые вопросы:**

Введение

Причины возникновения аномалий родовой деятельности

Классификация аномалий родовой деятельности

Клинические проявления аномалий родовой деятельности

Диагностика аномалий родовой деятельности

Принципы лечения аномалий родовой деятельности

Выполнение лечебных мероприятий при аномалиях родовой деятельности

**Введение**

 Аномалии сократительной активности матки - самое частое осложнение родового акта, которое диагностируют у 10-15% рожениu, почти в каждом третьем случае является показанием к экстренному кесареву сечению в родах. До настоящего времени не существует эффективных способов профилактики и лечения разнообразных видов нарушений сократительной активности матки. Аномалии сократительной деятельности матки в родах могут привести к опасным осложнениям как для матери, так и для плода:

ПОНРП, разрывы мягких тканей родовых путей, разрыв матки, гипоксия и травма плода.

Своевременная диагностика и правильный выбор акушерской тактики могут значительно улучшить исход родов.

**Классификация аномалий родовой деятельности**

Согласно Международной классификации болезней ВОЗ десятого пересмотра (МКБ-10), различают следующие нозологические единицы.

• Нарушение родовой деятельности (родовых сил):

- первичная слабость родовой деятельности;

- вторичная слабость родовой деятельности;

- другие виды слабости родовой деятельности;

- стремительные роды;

- гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки.

• Затяжные роды:

- затянувшийся первый период родов;

- затянувшийся второй период родов;

- задержка рождения второго плода из двойни, тройни и др.

В отечественном акушерстве применяют более простую классификацию аномалий сократительной деятельности матки.

• Патологический прелиминарный период.

• Слабость родовой деятельности (гипоактивность или инертность матки):

- первичная;

- вторичная;

- слабость потуг (первичная, вторичная).

• Чрезмерно сильная родовая деятельность.

• Дискоординированная родовая деятельность:

- дискоординация;

- гипертонус нижнего сегмента;

- судорожные схватки (тетания матки);

- циркулярная дистоция (контракционное кольцо).

Причины возникновения аномалий родовой деятельности многообразны. Это могут быть факторы, существовавшие еще до наступления беременности: аномалии развития половых органов, анатомические изменения таза, опухоли матки (миома), рубец на матке (после кесарева сечения, консервативной миомэктомии), рубцовые изменения и опухоли шейки матки, хронические воспалительные заболевания матки (после абортов, оперативных вмешательств), нарушения менструального цикла, бесплодие (эндокринное), ожирение. К факторам, возникшим во время беременности, относят многоплодие, многоводие, маловодие, крупный плод, аномалии расположения плаценты и плода, истмико-цервикальную недостаточность. В процессе родов аномалиям родовой деятельности могут предшествовать патологический прелиминарный период, утомление роженицы, неадекватное обезболивание, клинически узкий таз, ятрогенные причины (нерациональное ведение родов).

**Клинические проявления аномалий родовой деятельности**

**Диагностика аномалий родовой деятельности**

**Принципы лечения аномалий родовой деятельности**

*Патологический прелиминарный период*

Перед родами в организме женщины формируется родовая доминанта, идет подготовка беременной к родам, появляются предвестники родов. При нарушении правильного течения подготовительного периода в отечественном акушерстве принято выделять такую нозологическую единицу, как «патологический прелиминарный период».

Диагноз «патологический прелиминарный период» ставят на основании обнаружения нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности болей внизу живота и в поясничной области, длящихся более 6 ч, но не приводящих к укорочению и сглаживанию шейки матки.

Патологический прелиминарный период нарушает психоэмоциональный статус беременной, расстраивает суточный режим, приводит к утомлению, отсутствию сна. Для лечения патологического прелиминарного периода применяют сочетание различных наркотических анальгетиков, седативных средств, простагландинов (при «незрелой» шейке матки), β-адреномиметиков, блокаторов кальциевых каналов. Одна из главных целей лечения заключается в прекращении аномальной сократительной деятельности матки и снятии болей. В редких случаях (при сильных болях) может быть применена регионарная аналгезия. Дальнейшая тактика зависит от исхода лечения.

Различают три варианта исхода.

• Жалобы отсутствуют, и при гистерографии маточная активность не регистрируется. В таком случае при удовлетворительном состоянии беременной и плода и при отсутствии показаний к индукции родов возможна выжидательная тактика, вплоть до выписки из стационара.

• Отмечаются хорошие эффективные схватки и/или произошло «созревание» шейки матки, позволяющее с целью родовозбуждения произвести амниотомию. Далее роды ведут по обычному сценарию.

• Отсутствуют изменения как сократительной деятельности матки, так и шейки матки. При этом неэффективность лечения в сочетании с другими отягощающими факторами со стороны матери и плода обычно служит достаточным основанием для родоразрешения путем кесарева сечения.

*Слабость родовой деятельности*

Первичная слабость родовой деятельности

Первичной слабостью родовой деятельности называют такую клиническую ситуацию, когда схватки с самого начала родов слабые и неэффективные и остаются такими в течение латентной фазы родов периода раскрытия (до 3-4 см открытия маточного зева) или вплоть до окончания родов. Частота слабости родовых сил составляет 10% от общего числа родов, причем у первородящих слабость родовой деятельности наблюдается в 2 раза чаще, чем у повторнородящих.

Клиническая картина родов при первичной слабости родовой деятельности очень разнообразна. Схватки могут быть удовлетворительной силы, но очень редкими, или же частыми, но слабыми и короткими. Более благоприятны для исхода родов редкие, но удовлетворительной силы схватки.

Часто первичная слабость родовой деятельности сопровождается ранним, а нередко и дородовым излитием околоплодных вод, что может вести к развитию инфекции в родах (хориоамниониту), к гипоксии и гибели плода. Из-за нарушения сократительной способности матки в последовом периоде могут возникнуть аномалии отслойки плаценты с развитием кровотечения. Возможны гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Средняя продолжительность родов у первородящих составляет 12-14 ч, при этом продолжительность латентной фазы первого периода равна примерно 8 ч, активной фазы - 5 ч, а второго периода родов - 60 мин.

Средняя продолжительность родов у повторнородящих составляет 7-8 ч, из них латентная фаза - около 6 ч; активная - примерно 2 ч, а второй период родов - около 30 мин.

Лечение. При установлении диагноза первичной слабости родовых сил следует сразу же приступить к лечению. Существует два основных способа усилить родовую деятельность - амниотомия и введение медикаментозных средств. С этой целью используют утеротонические препараты - окситоцин и простагландин Е (динопростон). Одновременно необходимо решить вопрос об адекватном обезболивании. Если роженица утомлена, к стимуляции родовой деятельности приступают на фоне эпидуральной аналгезии. Родостимуляцию продолжают на фоне регионарного обезболивания.

Необходимо отметить, что психологическая поддержка в родах (партнер, акушерка) и свободное положение роженицы снижают частоту развития слабости родовой деятельности.

При сильной родовой деятельности инфузию окситоцина следует прекратить, так как при продолжении введения препарата возможна гиперстимуляции матки, чреватая преждевременной отслойкой плаценты, острой гипоксией плода, признаками угрожающего разрыва матки.

Во время стимуляции родов необходимо тщательно контролировать характер сократительной деятельности матки, скорость продвижения предлежащей части плода и состояние плода (предпочтителен кардиомониторинг); ведение партограммы обязательно.

*Вторичная слабость родовой деятельности*

Вторичная слабость родовой деятельности - аномалия, при которой хорошая в начале родов (в латентную фазу) сократительная деятельность матки частично или полностью истощается в активную фазу родов.

Головка плода не должна стоять в одной плоскости более 1 ч у первородящей и более 30 мин у повторнородящей.

Задержавшаяся на длительное время в одной плоскости малого таза головка плода, сдавливая родовые пути, и сама подвергается неблагоприятному воздействию: у плода возможны нарушения мозгового кровообращения и кровоизлияния в мозг с развитием в последующем у новорожденного парезов и параличей. В особенно тяжелых случаях может произойти гибель плода

В последовом и раннем послеродовом периодах у женщин со слабостью родовой деятельности повышен риск развития гипотонического кровотечения. При длительном безводном промежутке в родах может развиться хориоамнионит, а после родов - эндометрит.

Прежде чем выработать тактику ведения родов при вторичной слабости родовой деятельности, необходимо выяснить причину ее развития. При вторичной слабости родовой деятельности, развившейся в первом периоде родов на фоне утомления роженицы, методом выбора служит регионарная аналгезия. В тех случаях, когда родовая деятельность не нормализуется, показана стимуляция родов одним из вышеуказанных методов. Иногда вторичная слабость родовых сил наступает в тот момент родов, когда головка плода находится в полости или в выходе из малого таза. В этих случаях роды заканчивают наложением вакуум-экстрактора или акушерских щипцов.

Противопоказания к родостимуляции:

• клинически узкий таз;

• рубец на матке;

• неправильное положение или предлежание плода;

• преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;

• неполное предлежание плаценты;

• угрожающий разрыв матки;

• гипоксия плода.

*Сильная (чрезмерная) родовая деятельность*

Сильная родовая деятельность характеризуется сильными, длительными (более 1 мин) и частыми (более четырех за 10 мин), с короткими интервалами (1-2 мин) схватками.

*Дискоординированная родовая деятельность*

Дискоординация - это аномалия родовой деятельности, при которой отсутствует последовательность сокращений отдельных мышечных волокон матки, в некоторых случаях начинается фибрилляция мышц. Реже может развиться тетания матки.

Этиология дискоординированной родовой деятельности связана с пороками развития матки, изменениями миометрия вследствие воспалительных заболеваний, опухолевых образований и дегенеративных процессов после абортов и диагностических выскабливаний. В результате в пораженных участках мио-метрия снижается способность нервно-мышечного аппарата к восприятию раздражения, либо миометрий теряет способность отвечать на полученные импульсы нормальными сокращениями.

Клиническое течение родов при дискоординированной родовой деятельности характеризуется болезненными схватками, постоянной болью в поясничной области или в области нижнего сегмента. Матка в интервале между схватками не всегда расслабляется полностью, а при тетанусе не расслабляется вообще. Отмечено отсутствие или замедление раскрытия маточного зева на фоне, казалось бы, активной родовой деятельности. Процесс родов замедляется или останавливается. Нередко происходит несвоевременное излитие околоплодных вод. Диагноз дискоординированной родовой деятельности ставят на основании характерной клинической картины и данных кардиотокографии, а уточняют при влагалищном исследовании.

Фельдшер регистрирует схватки неодинаковой силы через разные промежутки времени, особое внимание она уделяет жалобам роженицы на сильные боли в поясничной области и внизу живота, которые не проходят с прекращением схватки. При влагалищном исследовании становится очевидным, что родовая деятельность не приводит к физиологической динамике открытия маточного зева.

Лечение заключается в прекращении аномальной родовой деятельности. Хороший эффект дает применение эпидуральной аналгезии.

При отсутствии эффекта от лечения аномалии родовой деятельности роды заканчивают экстренной операцией кесарева сечения.

**Выполнение лечебных мероприятий при аномалиях родовой деятельности**

Окситоцин вводят внутривенно капельно. Для этого необходимо приготовить раствор и инфузомат. Раствор для введения через инфузомат готовят следующим образом: 1 мл препарата, содержащий 5 ЕД окситоцина, для инфузомата разводят в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида, а при обычном капельном введении - в 500 мл стерильного 5% раствора глюкозы или в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Затем в вену вводят катетер и присоединяют инфузомат или капельницу с раствором.

Введение окситоцина через инфузомат осуществляют со скоростью 5 ЕД за 3 ч. Внутривенное капельное введение раствора начинают медленно - с 8 капель в 1 мин. При отсутствии эффекта через 15 мин количество капель увеличивают на 5 в 1 мин. Таким образом скорость введения препарата постепенно увеличивают до получения эффекта, т.е. до развития эффективной родовой деятельности.

Максимальная скорость введения окситоцина не должна превышать 40 капель в 1 мин. Если эффект не наступает в течение 2-3 ч, инфузию раствора необходимо прекратить и пересмотреть план ведения родов. При достаточном эффекте и дозированном введении окситоцина стимуляцию можно продолжить до окончания родов, так как прекращение введения препарата часто приводит к ослаблению сократительной деятельности матки.

Один из основных методов лечения дискоординации родовой деятельности - регионарная аналгезия.

Одновременно назначают анальгетики (предпочтительнее наркотические - 2% раствор тримеперидина или 1% раствор омнопона). Можно также использовать внутривенный токолиз 0,005% раствором гексопреналина через инфузомат (или внутривенно капельно в 500 мл изотонического раствора). Одновременно следует проводить постоянный мониторинг состояния плода.