**ПЛАН**

I Введение

II Основная часть

Патогенез и этиология

Виды явления родовой деятельности

Профилактика

III Заключение

Осложнением родового акта могут быть аномалии родовых сил. Чтобы найти аномалии родовых сил имеет место сократительной деятельности матки и правильная оценка тонуса. Результаты аномалий сократительной деятельности матки в родах могут оказаться опасными как для матери, так и для плода.

Физиологические параметры сократительной деятельности матки, присущие не осложненным родам, описываются наличием феноменов тройного нисходящего доминанты дна. Выявляют ауксотонический эффект, т.е. постепенное повышение тонуса матки по мере прогрессирования родового акта при нормальном течении беременности. Каждое следующее сокращение начинается в области одного из трубных углов, где располагается начало ритма.

До сих пор нет надежных и в то же время абсолютно безвредных способов лечения разнообразных форм. Данные свидетельствуют о том, что первичная слабость родовой деятельности наблюдается у 2-10%, а вторичная - 2,5% рожениц. Слабость родовой деятельности у женщин старше 30 лет встречается вдвое чаще, чем в возрасте от 20 до 25 лет.

В зависимости от наличия конкретной клинической формы аномалий родовых сил выявляют нарушения перечисленных выше физиологических параметров сократительной деятельности матки. Волна сокращения распространяется сверху вниз.

Выявляется уменьшение силы и продолжительности сокращения. Для физиологически развивающейся родовой деятельности она характерна также реципрокность сократительной активности тела матки и нижних ее отделов, а также координированность по вертикали по горизонтали.

Наиболее сильные и продолжительные сокращения наблюдают в области дна матки.

Кроме того, наблюдается отчетливо выраженная разница в продолжительности отдельных фаз маточного цикла сокращения: длительность фазы начала и нарастания сокращения матки в несколько раз короче фазы расслабления миометрия.

Физиологическое течение родов возможно лишь при наличии сформированной родовой доминанты, которая приходит на смену истощенной доминанте беременности и объединяет в единую динамическую систему как высшие, нервные центры, так и исполнительный орган.

Готовность организма к родам вырабатывается во время подготовительного периода к родам. Установлено, что особенности развития родовых сил во многом определяет готовность организма женщины к родам. У многих беременных этот период протекает без ухудшений их самочувствия. Но у некоторых беременных женщин наблюдают клинически выраженный подготовительный период, во время которого происходят симулирующие родовые схватки, сокращения матки.

Появление признаков "зрелости" шейки матки обусловлено рядом морфологических, гистохимических преобразований, отчетливо обнаруживаемых в конце беременности. От настоящих схваток они отличаются тем, что не приводят к характерным структурным изменениям шейки матки. Путем изучения характерных изменений, наступающих в шейке матки проводят клиническую диагностику готовности к родам.

Используя специальную аппаратуру, а также путем оценки цитологической картины влагалищного мазка можно определить с помощью изучения тонуса, возбудимости и сократительной активности миометрия, готовность организма к родам. Показывая готовность к родам, необходимо учитывать состояние плода, его адаптационные возможности по отношению к внутриутробным условиям. При истечении срока родов во влагалищных мазках - характерна "эстрогенизация" в виде нарастания числа поверхностных клеток и уменьшения навикулярных базофильных клеток многослойного плоского эпителия.

Следовательно, определение степени готовности организма к родам имеет большое практическое значение. Позволяет прогнозировать особенности течения родов, возможность наступления аномалий родовых сил.

  Патология плода и плаценты: пороки развития нервной системы плода; аплазия надпочечников плода; предлежащие плаценты и низкое расположение ее; ускоренное, запоздалое ее созревание.

Состояния, способствующие возникновению аномалий родовой деятельности различны.

Патология материнского организма: соматические и нейроэндокринные заболевания; нарушение регулирующего влияния ЦНС и вегетативной системы; осложненное течение беременности; патологическое изменение биометрия; пере растяжение матки; генетическая или врожденная патология миозитов, при которой резко снижена возбудимость миометрия.

Вызывают следующие нарушения: меняют соотношение синтеза прогестерона и эстрогено; подавляют каскадный синтез простагландинов, и ритмический выброс окситоцина у матери; изменяют необходимое соотношение (равновесие) между плодовыми и материнскими простагландинами; снижают в клетках биохимические процессы, синтез сократительных белков; изменяют локализацию водителя ритма, который начинает функционировать в области тела или даже нижнего сегмента; нарушают нейроэндокринное и энергетическое обеспечение миометрия.

Препятствия для продвижения плода: узкий таз; опухоли малого таза; неправильное положение плода; неправильные вставления головки; анатомическая ригидность шейки матки;

 Неодновременная (несинхронная) готовность организма матери и плода: Ятрогенный фактор.

ВИДЫ ЯВЛЕНИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

 Гипотонические формы слабости родовой деятельности: первичная слабость; вторичная слабость; слабость потуг.

Гипертонические формы дисфункции сократительной деятельности матки: патологический прелиминарный период; дискоординация родовой деятельности (дистоция шейки, гипертонус нижнего сегмента матки); контракционное кольцо (сегментарная дистоция тела матки); тетанус матки (гипертоническая форма слабости родовой деятельности);стремительные роды.

Первичная слабость родовой деятельности

Оценка влияния схваток является главной для оценки интенсивности родовой деятельности

От начала схваток до полного раскрытия проходит до 10 часов, от полного раскрытия до рождения ребенка 1,5-2 часов при нормальном течении родов. При слабости родовой деятельности это время удлиняется до 14-20 часов

Для первичной слабости проявляются : возбудимость и тонус матки снижены; схватки носят регулярный характер, малоболезненные; схватки (а затем и потуги) с самого начала остаются редкими, короткими, слабыми, частота не превышает 1-2 за 10 минут, длительность - 15-20 секунд, сила сокращения слабая (амплитуда ниже 30 мм рт. ст.);

Нарушена синхронность процессов раскрытия шейки и продвижения плода по родовому каналу; плодный пузырь вялый, в схватку наливается слабо. Из-за низкого интрамиометрального и внутриамниотического давления снижен суммарный эффект действия: замедленно протекают структурные изменения шейки матки и раскрытие маточного зева; предлежащая часть плода медленно продвигается по родовому каналу, долго задерживается в каждой плоскости малого таза.

Часто имеет место несвоевременное излитие околоплодных вод, удлинение безводного промежутка, инфицирование половых путей, гипоксия и гибель плода. Продолжительность родов при первичной слабости родовой деятельности резко увеличивается, что приводит к утомлению рожениц.

Длительное стояние головки плода в одной плоскости может вызвать сдавление и некроз мягких тканей и, как следствие, образование мочеполовых и кишечно-половых свищей. Клинический диагноз слабости родовой деятельности следует подтверждать показателями объективного наблюдения. Если за 4-5 часов регулярных схваток не происходит переход латентной фазы в активную фазу родов, следует поставить диагноз одной из форм аномалии родовой деятельности.

Аномалию родовой деятельности, при которой первоначально вполне нормальные и сильные схватки ослабевают, становятся короче и постепенно могут прекратиться вообще, считают вторичной слабостью родовых сил.

Клиническая картина вторичной слабости полностью сходна с клиническими проявлениями первичной слабости родовой деятельности, но удлинение родов происходит чаще всего в конце первого периода или в периоде изгнания плода.

Вторичная гипотоническая слабость родовой деятельности является следствием утомления роженицы или наличия препятствия, останавливающего роды. Возбудимость и тонус матки снижаются. Раскрытие маточного зева, достигнув 5-6 см, более не прогрессирует, предлежащая часть плода по родовому каналу не продвигается. Этот вид слабости родовой деятельности развивается чаще всего в активную фазу родов или в конце периода раскрытия, или в периоде изгнания плода. Головка плода не опустилась в полость таза и на тазовое дно, находится только большим сегментом в плоскости входа в малый таз, в широкой или узкой части полости малого таза.

Слабость потуг наблюдают при неполноценности мышц брюшного пресса у много рожавших женщин, при дефектах передней брюшной стенки (расхождение прямых мышц живота, грыжа белой линии), а также при крупных размерах плода, заднем виде затылочного предлежания, переднетеменном асинклитическом вставления, разгибательных предлежаниях, низком поперечном стоянии сагиттального (стреловидного) шва, тазовом предлежании и др. Роженица преждевременно тужится, пытаясь ускорить рождение ребенка.

Не рекомендуют сочетание слабости родовой деятельности с факторами риска. К ним относят крупный плод, неправильное вставление головки, тазовое предлежание, анатомически узкий таз, гипоксию плода, рубец на матке, возраст первородящей 30 лет и старше, отягощенный перинатальными потерями анамнез, поздний гестоз, тяжелые экстрагенитальные и нейроэндокринные заболевания, переношенную беременность и запоздалые роды, преждевременные роды. Везде целесообразно давать показания к кесареву сечению. Только, при уверенности в благополучном исходе родов для матери и плода, у здоровых молодых или повторнородящих женщин роды продолжают вести через естественным путём.

Важно своевременно выявить ту или иную степень диспропорции размеров головки плода и таза матери, несостоятельность стенки матки, неудовлетворительное состояние плода. Во всех этих случаях целесообразно произвести абдоминальное родоразрешение. Какая-либо стимулирующая матку терапия противопоказана!

Лечение при слабости родовой деятельности не терпит отлагательства, т.к. каждый час затянувшихся родов повышает риск развития перинатальных заболеваний, смерти и инфицирования матери и плода. Тактика врача может быть разной в зависимости от сугубо конкретной ситуации.

В случае многоводия или функциональной неполноценности плодного пузыря показана ранняя амниотомия, которая не только устраняет перерастяжение матки при многоводие, ликвидирует нефункциональный плодный пузырь, но и усиливает родовую деятельность. Перед амниотомией назначают 60000 МЕ эстрогенов (фолликулин, эстрадиола, дипропионат, синэстрол). Целесообразно каждые 3-4 часа вводить в/м по 2-4 мл раствора АТФ, внутрь назначать галаскорбиновую кислоту по 1,0 г. Стимуляция является основным методом лечения при этой патологии. Если роды длились свыше 8-10 часов или родам предшествовал патологический прелиминарный период (бессонная ночь), необходимо предоставить медикаментозный сон-отдых (ГОМК).

Достаточно предоставить роженице отдых, чтобы после пробуждения восстановилась родовая деятельность. Если родовая деятельность не восстановилась, то через 1-2 часа после пробуждения начинают родостимуляцию, еще раз, оценив противопоказания к ней. Необходимо подобрать минимальную оптимальную дозу препарата, при которой за 10 минут происходит 3-5 схваток. Родостимуляция всегда должна быть осторожной, чтобы не вызвать гипертонической дисфункции матки.

Внутривенное введение окситоцина - один из самых известных, распространенных и испытанных методов родостимуляции. Оказывает сильное утеротоническое действие на гладкие мышечные клетки миометрия. Окситоцин является препаратом активной фазы родов и наиболее эффективен при раскрытии маточного зева на 5 см и более. Окситоцин можно применять только после вскрытия плодного пузыря.

Безопасность и эффективность внутривенного введения окситоцина во многом зависят от индивидуальной чувствительности матки к окситоцину, от правильной дозировки вводимого препарата. Родостимуляцию необходимо начинать с минимальной дозировки, регулируя число капель по количеству схваток за десять минут и индивидуально подбирая дозу.

Для внутривенного капельного введения 5 ЕД окситоцина разводят в 500 мл 5% раствора глюкозы. Внутривенную инфузию начинают с 1 мл в минуту (10 капель в минуту). Через каждые 15 минут дозу увеличивают на 10 капель. Максимальная доза составляет 40 капель в минуту. Нередко для достижения оптимальной родовой деятельности достаточно скорости введения окситоцина 25 капель в минуту. На фоне максимальной дозировки родовая деятельность должна достигнуть своего оптимума: 3-5 схваток за 10 мин. Для медикаментозной защиты плода при любом виде родостимуляции вводят седуксен (10-20 мг).

Не рекомендуется превышать максимальную дозу вводимого окситоцина, т.к. возрастает риск развития гипоксии плода или дискоординации родовой деятельности.

Правило для внутривенного введения окситоцина - добиться физиологического (но не более того) темпа родов.

Внутривенное введение простагландинов Е 2 (простенон). Этот вид родостимуляции применяют в основном в латентную фазу родов, при недостаточной зрелости шейки матки, при первичной слабости родовых сил. Он вызывает более мягкое сокращение матки без какого-либо спастического компонента, устраняет венозный застой в синусовых коллекторах, что способствует лучшему артериальному кровоснабжению матки, плаценты и опосредовано - плода. Препараты ПГЕ 2 менее эффективны при слабости потуг, ослаблении родовой деятельности в конце периода раскрытия. Методика введения препаратов ПГЕ 2 сходна с родостимуляцией окситоцином.

Введение родостимулирующих средств должно быть продолжено в послеродовом и раннем послеродовом периодах ввиду опасности гипотонического кровотечения.

При слабости потуг, отсутствии эффекта от медикаментозной стимулирующей терапии прибегают к наложению типичных (выходных) акушерских щипцов, реже вакуум экстракции плода или перинеотомии.

Чрезмерную родовую деятельность с быстрым или стремительным течением родов встречают сравнительно редко. Она заключается в наступлении очень энергичных и следующих часто друг за другом схваток. При этом наблюдают необычайно быстрое прогрессирование раскрытия шейки матки и столь же быстрое поступательное движение плода по родовым путям. В ряде случаев, вследствие чрезмерной сократительной деятельности матки, роды застигают женщину врасплох и наступают вне родосвпомогательного учреждения.

При бурном развитии родовой деятельности из-за нарушения маточно-плацентарного кровообращения, как правило, наступает гипоксия плода. Вследствие быстрого продвижения по родовым путям у плода могут возникать различные травмы: кефалогематомы, отрыв намета мозжечка, кровоизлияния внутричерепные, в спинной мозг, под капсулу печени, в надпочечники, переломы ключицы и др.

К быстрому и стремительному течению родов предрасположены женщины, у которых беременность и роды осложнены некоторыми видами акушерской или экстрагенитальной патологии (тяжелый поздний гестоз, заболевания сердечно-сосудистой системы, печени почек и т.д.), а также женщины, рожающие преждевременно. Характерным для быстрого и стремительного течения родов является возбужденное состояние женщины, выражающееся повышенной двигательной активностью, учащением пульса и дыхания, подъемом АД.

При очень сильной родовой деятельности со стремительным течением родов усилия акушера должны быть направлены на снятие повышенной активности матки.Стремительное течение родов является причиной серьезных травм у матери в виде обширных разрывов шейки матки, влагалища, промежности (вплоть до 3 степени), расхождения лонных костей.

Кроме того, стремительное продвижение плода по родовым путям, особенно при абсолютной или относительной короткости пуповины, может привести к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты со всеми неблагоприятными последствиями для матери и плода.

Итогом быстрого опорожнения матки может быть развитие гипотонии матки в последовом и раннем послеродовом периодах, приводящей к кровотечениям. Средства относят к группе так называемых токолитических веществ. Они предназначены главным образом для подавления сократительной активности матки при преждевременно начавшихся родах или при угрозе преждевременного прерывания беременности поздних сроков. Токолитические препараты эффективны при назначении их в самом начале родового акта.

С целью регуляции (ослабления) сократительной деятельности матки при быстром и стремительном течении родов необходимо ввести в/м 10-15 мл 25% раствора магния сульфата и одновременно под кожу - 1 мл 2% раствора омнопона (пантопона) или 1 мл 2% раствора промедола. Такое сочетанное применение сульфата магния с одним из указанных наркотиков вызывает значительное ослабление сократительной активности матки.

Дискоординированную родовую деятельность наблюдают относительно редко. Эта патология может проявиться по-разному, в зависимости от характера и степени выраженности нарушения согласованности в сокращениях различных отделов матки. Возникает тетания матки, т.е. полный спазм ее мускулатуры - чрезмерно длительное сокращение матки, охватывающее все ее отделы.

Волна сокращения начинается не в верхних отделах матки, а в нижнем ее сегменте и распространяется не сверху вниз, снизу вверх. При этом в виде патологического феномена проявляется так называемая доминанта нижнего сегмента матки. По данным многоканальной гистерографии удается диагностировать дискоординацию сократительной деятельности матки по горизонтали, т.е. отсутствие согласованности в сокращениях ее первой и левой половины. Путем многоканальной гистерографии удается выявить нарушение тройного нисходящего градиента и доминанты дна, т.е. дискоординацию сократительной деятельности по вертикали.

Дистоция шейки матки -это форма дискоординированной деятельности шейки матки. Такая патология развивается больше у женщин, начинающих рожать при рубцовых изменениях в этом органе в результате перенесенных в прошлом воспалительных заболеваний, травм, хирургических вмешательств или при отсутствии оптимально выраженной "зрелости" шейки матки.

В связи с неадекватной сократительной деятельностью матки нередко наступает нарушение маточно-плацентарного кровообращения, являющегося причиной развития гипоксии плода. Болевые ощущения локализуются преимущественно в области крестца, а не в низу живота, как при не осложненном течении родов. При дискоординированной родовой деятельности обращает на себя внимание беспокойное поведение роженицы, жалующейся на болезненные схватки.

Полное или почти полное отсутствие нарастания степени раскрытия шейки матки, несмотря на кажущиеся активные родовые схватки, появляющиеся на фоне повышенного тонуса матки –признак дискоординированной родовой деятельности. Это явление особо отчетливо выражено при дистоции шейки матки, при тетании матки, дискоординации ее сократительной деятельности по вертикали.

Внутреннее акушерское исследование дает возможность найти изменения в шейке матки, характерные для начальных этапов первого периода. При отсутствии должного лечения в дальнейшем присоединяется отек краев зева и увеличение степени его раскрытия наступает лишь после глубоких разрывов шейки.Большое внимание -необычное состояние краев зева, которые представляются толстыми и мало податливыми либо тонкими, но "натянутые в виде струны".

Основные лечебные мероприятия должны быть направлены на упорядочение сократительной активности матки при дискоординированной родовой деятельности. Недопустимо назначать родостимулирующую терапию. Такое лечение не дает положительного эффекта, и ухудшает патологическое состояние матки.

В раскрытии шейки при внешне активных сокращениях матки дало основание некоторым акушерам называть эту разновидность аномалий родовых сил спастической слабостью родовой деятельности. Но указанное выражение не привилось в акушерской практике, т.к. оно не отражает сути дела, и наиболее удачным до настоящего времени считают определение "дискоординированная родовая деятельность".

В случае диагностики полного спазма мускулатуры матки необходимо дать роженице кратковременный ингаляционный фторотановый наркоз или ввести ГОМК. Для лечения дистоции шейки матки с успехом можно использовать баралгин (5 мл внутривенно или внутримышечно), дающий выраженный спазмолитический эффект. При дистоции, обусловленной рубцовыми изменениями, целесообразно назначить в/м введение фермента лидазы в количестве 0,1 г сухого вещества, разведенного в 5 мл 0,5% раствора новокаина. К описанному комплексу можно добавить 50 мл теплого 0.5% раствора новокаина в виде микроклизмы.

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