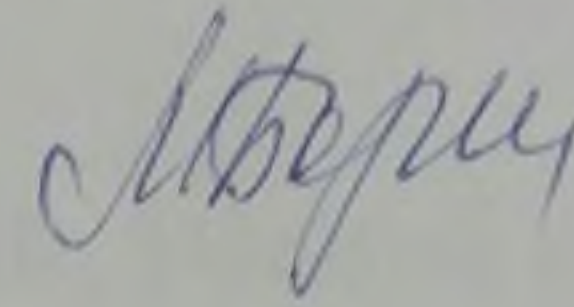


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Выполнила:

клинический ординатор

Судраб К.В.

Красноярск, 2018

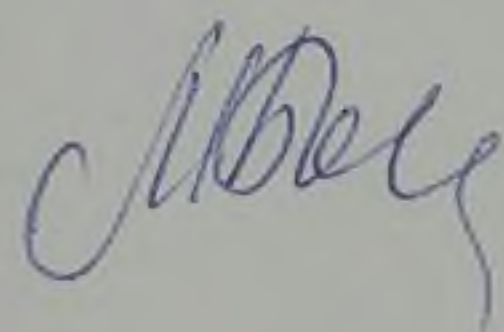
Рецензия

В реферате на тему: «Аномалии родовой деятельности» полно раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности. Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала. Точно используется терминология.

Показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации.

Продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков.

Продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач. Продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы.



1. Классификация аномалий родовой деятельности
2. Патологический прелиминарный период
3. Слабость родовой деятельности
4. Чрезмерная родовая деятельность
5. Дискоординированная родовая деятельность

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

Для того, чтобы родовой акт происходил без осложнений, женщина должна иметь 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 продольной оси таза, цервикальный канал должен пропускать 1 палец до внутреннего зева).

Подготовка шейки матки к родам во многом определяется активностью родовой деятельностью. 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.

Прелиминарный период. В это понятие входит наличие нерегулярных, относительно болезненных схваток внизу живота, сопровождающихся напряжением мышц. Такие нерегулярные схваткообразные сокращения могут предшествовать регулярной родовой деятельности, в норме они не должны превышать 6-8 часов.

Если прелиминарный период превышает 6-8 часов то он считается патологическим.

Схватки характеризуются:

- регулярностью
- определенной длительностью
- силой

Основным критерием течения родовой деятельности является:

- характеристика самих схваток (регулярные, достаточно сильные, болезненные)
- динамика раскрытия маточного зева, у первородящих раскрытие маточного зева 1 см в час, в повторно родящих 2 см в час.
- Продвижение головки по родовому каналу

Тойной нисходящий градиент. Самые активные сокращения матки в области дна, далее тело, слабее в нижнем сегменте.

Нарушение тройного нисходящего градиента приводит к дискоординированным схваткам: раскрытие маточного зева не совершается из-за неправильной последовательности сокращения отделов матки.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

1. Патологический прелиминарный период.

2. Слабость родовой деятельности

- первичная (женщина вступает в роды со слабостью схваток которая продолжается в течение всех родов)

- вторичная (после периода активной родовой деятельности матка ослабевает)

3. Чрезмерная родовая деятельность.

4. Дискоординированная родовая деятельность.

- Общая дискоординация
- гипертонус нижнего сегмента
- тетанус матки (общий повышенный тонус матки)
- циркулярная гистотония шейки матки

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД.

Определение:

- 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
- и зависит имеет ли место преждевременное отхождение вод или нет.

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.

Снятие патологического прелиминарного периода:

1. 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.

2. Патологический прелиминарный период может быть снят применением бета-адреномиметиками 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.

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 амниотомия 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) родя затягиваются и все равно надо делать кесарево сечение.

Таким образом лечение патологического прелиминарного периода складывается из:

1. медикаментозный сон
2. спазмолитики
3. бета-адреномиметики
4. 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. Многорожавших, многобеременных, многочисленных аборт с выскабливанием то есть при наличии дистрофических и воспалительных изменениях в миометри.
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:

1. характеристики схваток: слабые, короткие
2. недостаточная динамика раскрытия шейки матки (в норме 1 см в час) - 2-3 см в час.
3. Для уточнения динамики используют наружные методы определения и данные влагалищного исследования
4. 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.

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. Диагноз прост:

1. клиническая картина активной родовой деятельности
2. при влагалищном исследовании быстрая скорость раскрытия маточного зева.

Быстрые роды опасны для плода потому что плод проходит родовой 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:

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

КЛИНИКА. Разные по силе, продолжительности, и интервалам , резкоболезненные схватки. Могут быть через 2-3 минуты потом 5-6 секунд. Одна схватка 20-25 секунд другая 40-45 секунд. Эта мозаичность сочетается с повышенным 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 помочиться из - за этого. Диагноз подтверждается токографией.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

- Пороки развития матки
- анатомические изменения шейки матки (после диатермокоагуляции)
- женщины с неуравновешенной нервной системы при повышенной чувствительности к болевым реакциям

Осложнения:

- преждевременное излитие околоплодных вод
- затяжение родов
- повышенный процент гнойно-септических инфекций и гипоксии плода
- высокий процент оперативного родоразрешения

ЛЕЧЕНИЕ.

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

2. Применение обезболивающих средства\.

3. Амниотомия

4. применения бета-адреномиметиков и перидуральной анестезии

5. оперативное родоразрешение

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