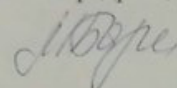


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

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



РЕФЕРАТ

СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Выполнил:
клинический ординатор
Исакова О.И.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «Акушерство и гинекология» клинического ординатора Исаковой О.И. на тему: «СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

Реферат посвящен актуальной патологии, возникающей во время родов у 8-10 % женщин.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной – логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое – знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, оглавление со страницами, введение, основная часть, заключение, списки литературы, источников. В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью для врачей акушеров-гинекологов.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

В целом работа выполнена на хорошем уровне, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ и заслуживает оценки «отлично».

М.В. /ч

Оглавление

Введение.....	2
Первичная слабость родовой деятельности.....	2
Методика родостимуляции окситоцином.....	2
Вторичная слабость родовой деятельности.....	3
Литература	5

Введение

Частота слабости родовых сил составляет 8-10% общего числа родов, причем у первородящих слабость родовой деятельности наблюдается в 2 раза чаще, чем у повторнородящих.

Первичная слабость родовой деятельности

Первичной слабостью родовых сил (*primary uterine inertia*) называют слабые и неэффективные схватки с момента начала родов и в течение всей латентной фазы родов (до 4 см открытия маточного зева).

Клиническая картина

Клиническая картина родов при первичной слабости родовой деятельности очень разнообразна. Схватки могут быть удовлетворительной силы, но очень редкими или же, наоборот, частыми, но слабыми и короткими. Более благоприятны для исхода родов редкие, но удовлетворительной силы схватки. Диагноз первичной слабости подтверждают при динамическом наблюдении за роженицей: отсутствие структурных изменений шейки матки (укорочение, сглаживание) при регулярных схватках влагалищное исследование выполняют с интервалом 3-4 ч.

Часто первичная слабость родовой деятельности сопровождается ранним излитием околоплодных вод. Длительный безводный промежуток может привести к развитию хориоамнионита в родах, гипоксии и внутриутробной гибели плода.

Из-за нарушения сократительной способности матки в последовом периоде могут возникнуть аномалии отделения плаценты, сопровождающиеся патологической кровопотерей (более 0,5% массы тела пациентки). Это же может стать причиной гипотонического и даже атонического кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Динамическое наблюдение за частотой схваток, их силой и продолжительностью осуществляют с помощью партографии: КТГ и данные влагалищного исследования вносят в партограмму.

При нормальной родовой деятельности показатель частоты схваток составляет 3-4 за 10 мин, продолжительность — 40 - 60 с.

Средняя продолжительность родового акта у **первородящих** составляет 12-14 ч, при этом продолжительность латентной фазы первого периода — около 8 ч, активной фазы — примерно 5 ч, а второй период родов длится около 60 мин.

Средняя продолжительность родов у **повторнородящих** составляет 7-8 ч, из них латентная фаза — около 5 ч, активная фаза — примерно 2 ч, а второй период родов — около 30 мин. Таким образом, средняя продолжительность родов у повторнородящих составляет 7-8 ч.

При отсутствии эффективной родовой деятельности и диагнозе первичной слабости родовых сил используют способы родостимуляции.

Существуют два способа усилить родовую деятельность.

- Первый способ - немедикаментозный: амниотомия.
- Второй способ - медикаментозный, с этой целью используют окситоцин.

Методика родостимуляции окситоцином

Предварительно выполняют амниотомию. Введение окситоцина начинают со скоростью 0,001-0,002 ЕД/мин (1-2 мЕД/мин), увеличивая ее через каждые 30 мин или более. Скорость введения окситоцина зависит от частоты схваток, которая не должна превышать 3-4 за 10 мин и может установиться при скорости введения окситоцина, равной 1-2 мЕД/мин.

Для родовозбуждения и стимуляции родовой деятельности окситоцин применяют исключительно внутривенно, в условиях стационара, при соответствующем медицинском наблюдении. Одновременное применение препарата внутривенно и внутримышечно противопоказано. Доза подбирается с учетом индивидуальной чувствительности беременной и плода.

Строгий контроль за предписанной скоростью инфузии обязателен. Для безопасного применения окситоцина во время индукции и усиления родов необходимо применение инфузионной помпы или другого подобного приспособления, а также мониторинг силы маточных сокращений и сердечной деятельности плода. В случае чрезмерного усиления сократительной деятельности матки следует незамедлительно остановить инфузию, в результате избыточная мышечная активность матки быстро снижается.

Прежде чем приступить к введению препарата, следует начать вводить физиологический раствор, не содержащий окситоцин.

Для приготовления стандартной инфузии окситоцина в 500 мл негидратирующей жидкости растворить 1 мл (5 ЕД) окситоцина и тщательно перемешать, вращая бутылку. В 1 мл приготовленной таким образом инфузии содержится 10 мЕД окситоцина.

Скорость введения начальной дозы не должна превышать 0,5-4 чЕД/ мин (соответствует 1-8 капель в минуту, так как 1 капля инфузии содержит 0,5 мЕД окситоцина). Каждые 20-40 мин ее можно

увеличивать на 1-2 мЕД/мин, пока не будет достигнута желаемая степень сократительной деятельности матки. По достижении желаемой частоты маточных сокращений, соответствующей самопроизвольной родовой деятельности, и раскрытию зева матки до 4-6 см при отсутствии признаков фетального дистресса можно постепенно снизить скорость инфузии в темпе, подобном ее ускорению. На поздних сроках беременности инфузия с большей скоростью требует осторожности, лишь в редких случаях может потребоваться скорость, превышающая 8-9 чЕД/мин. В случае преждевременных родов может потребоваться большая скорость, которая в единичных случаях может превышать 20 мЕД/мин (40 капель в минуту).

Следует контролировать сердцебиение плода, тонус матки в покое, частоту, продолжительность и силу ее сокращений.

В случае маточной гиперактивности либо дистресса плода следует немедленно прекратить введение окситоцина и обеспечить роженице кислородную терапию.

Противопоказания для родостимуляции:

- угрожающий разрыв матки;
- поперечное и косое положения плода;
- несоответствие величины головки плода размерам таза матери;
- разгибательное вставление головки плода;
- гипоксия плода;
- ПОНРП.

При эффективной родостимуляции в конце латентной фазы родов решают вопрос обезболивания.

При получении достаточного эффекта скорость введения окситоцина не увеличивают, а у некоторых рожениц стимуляцию внутривенным введением окситоцина прекращают и внимательно наблюдают за сократительной деятельностью матки.

При чрезмерно сильной родовой деятельности, признаках гипоксии плода инфузию окситоцина немедленно прекращают.

Бесконтрольное введение окситоцина может привести к гиперстимуляции матки. В этом случае один вид аномалии — «слабость родовой деятельности» переходит в другой — «судорожные схватки».

Передозировка окситоцина приводит к гипертонусу, может вызвать судорожные сокращения матки, нарушение маточно-плацентарного кровообращения. При чрезмерно сильной родовой деятельности могут возникнуть преждевременная отслойка плаценты, гипоксия плода и даже произойти разрыв матки.

Стимуляция родовой деятельности требует динамического контроля сократительной деятельности матки, скорости продвижения предлежащей части и состояния плода с обязательным кардиомониторным контролем.

Вторичная слабость родовой деятельности

Вторичная слабость родовой деятельности — ослабление сократительной деятельности матки (после нормальной в латентной фазе) в активную фазу родов (частота схваток менее трех за 10 мин). Субъективно схватки безболезненные, слабые.

Слабостью потуг называют ослабление родовой деятельности во втором периоде родов, возникающее в результате слабости мышц передней брюшной стенки или общего утомления роженицы. При вторичной слабости родовой деятельности увеличиваются и первый, и второй периоды родов.

Схватки в начале родов достаточно сильные, продолжительные и частые, становятся слабее и короче, а паузы между схватками — длиннее, иногда схватки совсем прекращаются. Раскрытие маточного зева замедляется или останавливается. Продвижение предлежащей части плода по родовому каналу также замедляется или прекращается.

Длительное течение родов приводит к выраженному утомлению роженицы, увеличению безводного промежутка.

Если родовая деятельность, а следовательно, и продвижение головки плода значительно ослабевают или совсем прекращаются, мягкие родовые пути и соседние с ними органы (мочевой пузырь, мочеиспускательный канал, прямая кишка) подвергаются продолжительному сдавлению между головкой плода и костным тазом матери. В результате возникают нарушение венозного возврата, отек мягких тканей родовых путей, а в дальнейшем гипоксические изменения тканей. В отдаленном периоде у роженицы может сформироваться свищ (например, ректовагинальный). На предлежащей головке плода также возникает выраженный отек мягких тканей — большая родовая опухоль. У новорожденного могут возникнуть нарушение мозгового кровообращения

гипоксического генеза и даже кровоизлияния в мозг, являющиеся следствием гипоксии плода.

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

При длительном безводном промежутке в родах может развиваться хориоамнионит, а в пуэрперии — эндометрит.

Последовый и ранний послеродовой периоды у пациенток, перенесших слабость родовой деятельности, часто осложняются гипо- и атоническим кровотечением.

Прежде чем выработать тактику ведения родов при вторичной слабости, необходимо провести анализ для выявления причины ее развития. При вторичной слабости родовой деятельности, развившейся в первом периоде родов на фоне утомления роженицы и при отсутствии противопоказаний, лучшим методом ее лечения является эффективное обезболивание родов. «Золотым стандартом» признана ЭДА. Получение хорошего анальгетического эффекта часто бывает достаточным для восстановления нормальной родовой деятельности.

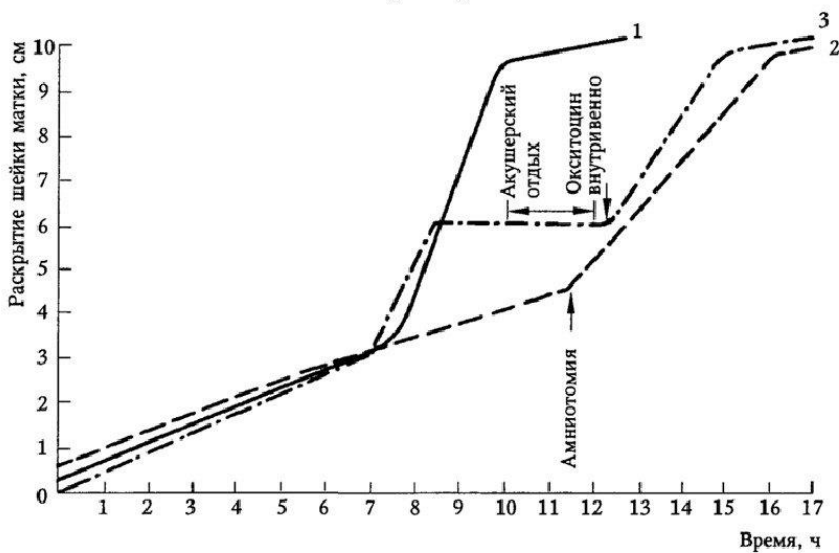
Если аномалия родовой деятельности не корректируется, следует еще раз оценить размеры плода, особенности вставления головки плода (исключить разгибательные вставления), размеры таза матери для исключения вторичной слабости родовой деятельности как признака клинически узкого таза.

При отсутствии противопоказаний назначают родостимуляцию окситоцином по указанной выше схеме.

Рожениц, которым не показана родостимуляция (программированные роды), и рожениц со значительным интранатальным приростом факторов риска родоразрешают экстренно абдоминальным путем.

Регистрация симптомов гипоксии плода у рожениц со вторичной слабостью родových сил во втором периоде родов или слабости потуг, когда головка плода находится в полости или в выходе из малого таза, — показание к экстренному завершению родов через естественные пути. Роды заканчивают операцией наложения акушерских щипцов или вакуум-экстрактора на головку плода.

Партограмма



Партограмма:

- 1 — нормальные роды; 2 — первичная слабость;
3 — вторичная слабость родовой деятельности

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с. - (Серия «Национальное руководство»).
2. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер. - 2010. - 656 с.ъ
3. Сидоров И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. «Руководство по акушерству» - М.: «Медицина, 2006 г., 848 стр.
4. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Савельева Г.М., Серов В.Н., Сухих Г.Т. 2009 г. Издательство: Гэотар-Медиа.
5. Акушерство и гинекология: диагностика и лечение. Учебное пособие. В 2-х томах. ДеЧерни А.Х., Натан Л. 2009 г. Издательство: МЕДпресс-информ