

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

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета



Заведующий кафедрой:  
ДМН, Профессор Цхай В.Б.

**РЕФЕРАТ**

на тему: «Аномалии родовой деятельности»

**Выполнила:**

Ординатор 1-го обучения кафедры  
перинатологии, акушерства и гинекологии

Скуратова Ю.Н.

**Проверил:**

Ассистент кафедры

Коновалов В.Н.

г.Красноярск, 2019

## **Оглавление:**

1. Введение
2. Этиология и патогенез патологии сократительной деятельности матки
3. Патологический прелиминарный период
4. Первичная слабость родовой деятельности
5. Вторичная слабость родовой деятельности
6. Чрезмерно сильная родовая деятельность
7. Дискоординированная родовая деятельность
8. Заключение
9. Список используемой литературы

## 1. Введение

Аномалии родовой деятельности - серьезная акушерская патология, приводящая к осложнениям для матери и плода. Аномалии родовой деятельности приводят к замедленному раскрытию шейки матки, гипоксии плода, затягиванию родов и, как следствие этого - возникновению инфекционных осложнений, гибели плода и кровотечениям. Частота аномалий родовой деятельности составляет в среднем около 10%-15%. Почти в каждом третьем случае является показанием к экстренному кесареву сечению в родах. В настоящее время существуют несколько классификаций аномалий родовой деятельности. Некоторые из них основаны только на оценке эффективности родовой деятельности без учета характера сокращений миометрия.

В отечественном акушерстве применяют следующую классификацию аномалий сократительной деятельности матки:

- Патологический прелиминарный период;
- Слабость родовой деятельности (гипоактивность или инертность матки):
  - ✓ Первичная;
  - ✓ Вторичная;
  - ✓ Слабость потуг.
- Чрезмерно сильная родовая деятельность;
- Дискоординированная родовая деятельность:
  - ✓ Дискоординация;
  - ✓ Гипертонус нижнего сегмента;
  - ✓ Судорожные схватки (тетания матки);
  - ✓ Циркулярная дистония (контракционное кольцо).

## 2. Этиология и патогенез патологии сократительной деятельности матки

Характер и течение родов определяются совокупностью многих факторов: биологической готовностью организма накануне родов, гормональным гомеостазом, состоянием плода, концентрацией эндогенных простагландинов и утеротоников. Готовность организма к родам формируется длительное время за счет процессов, которые происходят в материнском организме от момента оплодотворения и развития плодного яйца до наступления родов. По сути, родовой акт является логическим завершением многозвеньевых процессов в организме беременной и плода. Во время беременности с ростом и развитием плода возникают сложные гормональные, гуморальные, нейрогенные взаимоотношения, которые обеспечивают течение родового акта. Доминанта родов есть не что иное, как единая функциональная система, которая объединяет следующие звенья: церебральные структуры - гипофизарная зона гипоталамуса - передняя доля гипофиза - яичники - матка с системой плод-плацента. Нарушения на отдельных уровнях этой системы, как со стороны матери, так и плода-

плаценты, приводят к отклонению от нормального течения родов, что, в первую очередь, проявляется нарушением сократительной деятельности матки.

Важную роль как в индукции, так и в течении родов играет плод. Масса плода, генетическая завершенность развития, иммунные взаимоотношения плода и матери влияют на родовую деятельность. Сигналы, поступающие из организма зрелого плода, обеспечивают информирование материнских компетентных систем, ведут к подавлению синтеза иммуносупрессорных факторов, в частности пролактина, а также хориального гонадотропина. Меняется реакция организма матери на плод как на аллотрансплантат. В фетоплацентарном комплексе меняется стероидный баланс в сторону накопления эстрогенов, увеличивающих чувствительность адренорецепторов к норадреналину и окситоцину. Паракринный механизм взаимодействия плодных оболочек, децидуальной ткани, миометрия обеспечивает каскадный синтез простагландинов E2 и E2 $\alpha$ . Суммирование этих сигналов обеспечивает тот или иной характер родовой деятельности.

Одним из важных звеньев патогенеза слабости родовой деятельности является гипокальциемия. Ионы кальция играют главную роль в передаче сигнала с плазматической мембраны на сократительный аппарат гладкомышечных клеток. Для мышечного сокращения необходимо поступление ионов кальция (Ca<sup>2+</sup>) из внеклеточных или внутриклеточных запасов. С обменом ионов кальция тесно связан обмен цАМФ в мышцах. При слабости родовой деятельности обнаружено повышение синтеза цАМФ, что связано с угнетением окислительного цикла трикарбоновых кислот и повышением содержания в миоцитах лактата и пирувата. В патогенезе развития слабости родовой деятельности играет роль и ослабление функции адренергического механизма миометрия, тесно связанного с эстрогенным балансом.

Уменьшение образования и «плотности» специфических  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренорецепторов делает миометрий малочувствительным к утеротоническим веществам.

При аномалиях родовой деятельности обнаружены выраженные морфологические и гистохимические изменения в гладкомышечных клетках матки. Эти дистрофические процессы являются следствием биохимических нарушений, сопровождающихся накоплением конечных продуктов обмена.

Клинические факторы, обуславливающие возникновение аномалий родовой деятельности, можно разделить на следующие группы:

Факторы, которые имелись еще до наступления беременности:

- Аномалии развития половых органов;
- Анатомические изменения таза;
- Генитальный инфантилизм;
- Опухоли матки (миома);
- Рубец на матке (после кесарева сечения, миомэктомия) и рубцовая деформация шейки матки;

- Хронические воспалительные заболевания матки (после абортов, внутриматочной контрацепции);
- Нарушения функции яичников, в том числе эндокринное бесплодие;
- Юный или «старый» возраст роженицы;
- Некоторые экстрагенитальные заболевания (ожирение).

Факторы, возникшие во время беременности:

- Многоплодие;
- Многоводие или маловодие;
- Крупный плод;
- Аномалии расположения плаценты;
- Неправильное расположение плода.

Факторы, возникшие в процессе родов:

- «незрелые» родовые пути;
- Утомление роженицы;
- Неадекватное обезболивание при болезненных схватках;
- Клинически узкий таз;
- Ятрогенные причины (нерациональное ведение родов).

Аномалии родовой деятельности развиваются в результате нарушения любого звена механизма инициации и реализации сократительной деятельности матки.

Причины аномалий родовой деятельности имеют единые корни, но при слабости в большей степени страдают процессы, обеспечивающие энергетические возможности миометрия, а при дискоординации и чрезмерно бурной родовой деятельности нарушается система регуляции сократительной деятельности.

Матка представляет собой полый орган, образованный из гладкомышечной ткани. В матке различают тело, дно, перешеек и шейку матки. Во время беременности из нижней части тела, перешейка и надвлагалищной части шейки матки формируется так называемый нижний сегмент, который вместе с телом матки составляет плодородное место. Гладкомышечные клетки в теле и дне матки расположены преимущественно продольно и косо-продольно. В нижнем сегменте и шейке матки гладкомышечные волокна расположены в основном поперечно (циркулярно).

Матка иннервируется нервными волокнами, отходящими от тазового сплетения, нижнего подчревного и ветвей крестцового сплетения. Все отделы матки имеют двойную вегетативную иннервацию. Однако адренергическая (симпатическая) иннервация преобладает в продольно расположенных мышечных пучках срединного слоя матки, мощного в теле и дне. Холинергическая (парасимпатическая) наблюдается главным образом в циркулярных мышечных волокнах, которые находятся преимущественно в нижнем сегменте матки, прилегающем к полости матки. Попеременное возбуждение симпатической и парасимпатической нервных систем вызывает сокращение продольно расположенных мышечных пучков при

одновременном расслаблении циркулярных волокон, что приводит к постепенному раскрытию шейки матки.

Волна сокращений обычно начинается в области углов матки, чаще правого (он является водителем ритма). Отсюда импульсы распространяются в сторону нижнего сегмента. В случае преобладания тонуса парасимпатической нервной системы над тонусом симпатической появляются дискоординированные сокращения и сегментарный спазм циркулярных волокон нижнего сегмента и шейки матки.

Причины наступления родов до сих пор не вполне ясны. За 10-12 дней до родов возбудимость коры головного мозга падает. Это сопровождается возбуждением подкорковых структур и усилением спинномозговых рефлексов, преобладанием тонуса симпатической нервной системы над тонусом парасимпатической, повышением нервно-мышечной активности матки. Важную роль в перестройке организма играют эстрогенные гормоны. Эстрогены повышают возбудимость миометрия, определяют синтез сократительных белков, усиливают маточно-плацентарный кровоток. Прогестерон обладает противоположным действием на матку: вызывает ее растяжение по мере роста плодного яйца, снижает чувствительность миометрия к утеротоническим веществам.

В настоящее время принято считать, что ключевую роль в развитии родовой деятельности играют фетальный кортизол и повышение продукции простагландинов плодными оболочками вследствие увеличения синтеза эстрогенов и снижения относительного содержания прогестерона.

Началу родов предшествует развитие (с 37-й недели) ряда изменений в организме беременной, определяемых понятием «прелиминарный (подготовительный) период», который может протекать нормально и патологически, предопределяя характер предстоящих родов.

Нормальный прелиминарный период характеризуется возникновением в организме следующих изменений:

- изменение соотношения эстрогенов и прогестерона;
- изменение соотношения тонуса симпатической и парасимпатической нервных систем с преобладанием функции симпатической;
- структурные изменения шейки матки (состояние зрелости); зрелая шейка матки имеет следующие признаки: расположена по проводной оси таза, укорочена до 1,0-1,5 см, размягчена, цервикальный канал свободно пропускает палец, длина влажной части шейки соответствует длине цервикального канала;
- появление координированных схваток;
- фиксация предлежащей части во входе в таз;
- предвестники родов - невыраженные боли продолжительностью не более 6 ч.

### 3. Патологический прелиминарный период

В отечественном акушерстве принято выделять такую нозологическую единицу, как патологический прелиминарный период, который в иностранной литературе соответствует затяжной латентной фазе первого периода родов (укорочения шейки матки и раскрытия маточного зева). Предполагают, что данный вид аномалии связан с отсутствием формирования «родовой доминанты» в организме беременной перед родами.

Родовая доминанта - временная функциональная система, объединяющая несколько звеньев: церебральные структуры, временно структурированные в так называемую констелляцию (constellation - созвездие) - гипофизарная зона гипоталамус-гипофиз-яичники-матка с системой плод-плацента. Нарушение в любом звене этой системы приводит к отклонению от нормального течения родов, что в первую очередь проявляется нарушением сократительной деятельности матки. Ведущую роль в возникновении аномалий родовой деятельности отводят биохимическим процессам в самой матке.

Клиническим проявлением сформированной родовой доминанты является зрелая шейка матки.

Диагноз «патологический прелиминарный период» ставят на основании нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности болей внизу живота (или в поясничной области), длящихся более 6ч, но отсутствие структурных изменений шейки матки (укорочение сглаживания, раскрытие).

Дифференциальная диагностика прелиминарных болей и начала родовой деятельности при однократном осмотре представляет значительные трудности даже для врача с большим стажем. Для точного понимания происходящего процесса необходимо оценить несколько симптомов в течение 3-5 часов.

Патологический прелиминарный период нарушает психоэмоциональное состояние беременной, расстраивает суточный режим, приводит к утомлению, отсутствию сна. Неэффективные сокращения матки ухудшают кровоснабжение плода и вызывают его гипоксию.

Женщина жалуется на болезненные ощущения в нижних отделах живота, крестце и пояснице. Беременная не может дать этим болям точной характеристики ни по частоте, ни по продолжительности, ни по интенсивности. При затянувшемся прелиминарном периоде беременную беспокоят слабость, усталость, сонливость или раздражительность и тревожность.

При наружном акушерском обследовании у беременной определяется повышенный тонус матки, особенно в области нижнего сегмента. Предлежащая часть, как правило, остается подвижной над входом в малый таз. Нередко страдает сердцебиение плода.

При влагалищном исследовании можно обнаружить повышенный тонус мышц тазового дна и спазм круговых мышц влагалища. Состояние шейки матки свидетельствует о том, что женщина не находится в родах.

Известно, что «незрелость» и «недостаточная зрелость» шейки матки при патологическом прелиминарном периоде встречается довольно часто.

Гистерография подтверждает наличие схваток разной силы продолжительности и частоты. Как правило, болезненные ощущения женщины не соответствуют силе и продолжительности регистрируемых схваток. Обязательна запись кардиотокограммы плода, так как точная оценка его состояния имеет существенное значение для выбора метода родоразрешения.

Основными задачами при лечении патологического прелиминарного периода являются:

- коррекция сократительной активности матки до достижения оптимальной биологической готовности к родам;
- нормализация психоэмоционального состояния женщины;
- регуляция суточного ритма сна и отдыха;
- профилактика нарушений жизнедеятельности плода;
- терапия, направленная на «созревание» шейки матки.

Идеология лечения ППП заключается в том, чтобы блокировать патологические непродуктивные сокращения матки. С этой целью можно использовать внутривенную инфузию В-адреномиметиков.

Наибольшим токолитическим эффектом, снимающим болезненные беспорядочные сокращения матки и одновременно способствующим подготовке шейки матки к родам, обладают β-адреномиметики (гинипрал, партусистен, алупент, бриканил). Кроме того, эти препараты улучшают маточно-плацентарный кровоток и тем самым оказывают благоприятное действие на состояние внутриутробного плода. Однако практический врач должен помнить, что β-адреномиметики могут вызывать тахикардию, снижение артериального давления, потливость, тошноту, которые ликвидируются назначением антагонистов кальция (изоптин, верапамил, нифедипин).

Препаратами выбора для проведения токолиза у беременных с патологическим прелиминарным периодом, имеющих противопоказания к применению β-адреномиметиков (тиреотоксикоз, глаукома, сердечно-сосудистые заболевания с нарушением сердечного ритма, врожденные и приобретенные пороки сердца), являются нестероидные противовоспалительные средства. С этой целью рекомендуется применять ибупрофен или напроксен перорально. Для снятия боли также может быть применена ЭДА.

После лечения дальнейшая тактика зависит от полученного результата (через 6ч):

1. Жалобы отсутствуют, и при гистерографии маточная активность не регистрируется. В таком случае при удовлетворительном состоянии беременной и плода и отсутствии показаний к индукции родов возможна выжидательная тактика.

При сроке менее 40 нед беременная может быть переведена в акушерское отделение патологии беременности (АОПБ). При сроке 40 нед и

более необходимо оценить зрелость шейки матки. Если шейка матки зрелая, показана амниотомия. Если шейка матки незрелая, следует подобрать оптимальный метод подготовки родовых путей (гель с простагландинами, ламинарии и т.д.).

2. Активная тактика возможна в том случае, если появились хорошие эффективные схватки и/или произошло «созревание» шейки матки, позволяющее в целях родовозбуждения произвести амниотомию. Дальнейшее ведение родов идет по обычному сценарию, с мониторингом наблюдением за состоянием плода и сокращениями матки.

3. Изменений в лучшую сторону не произошло: нет эффективной сократительной деятельности матки, укорочения и сглаживания шейки матки. Неэффективность лечения в сочетании с другими пренатальными факторами со стороны матери и плода приводят к значительному интранатальному приросту факторов риска и служат достаточным основанием для родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Патологический прелиминарный период встречается только у 5% пациенток перед физиологическими родами, однако предшествует аномалиям родовой деятельности у 16-24%ю

#### **4. Первичная слабость родовой деятельности**

Наиболее часто встречающаяся разновидность аномалий родовой сил. Она осложняет течение родового акта у 8-9% рожениц. В 80% случаев роженицы являются первородящими. 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 ее частях.

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

Причины первичной слабости родовой сил:

- раннее и излишнее применение седативных средств и анальгетиков;
- недостаточная биологическая зрелость шейки матки;
- инертность матки вследствие эндокринопатии и (или) нарушения рецепторного аппарата;
- перерастяжение миометрия (многоводие, многоплодие, крупный плод)
- клинически узкий таз.

Схватки при слабости родовой сил могут быть редкими, слабыми или короткими. Схватки остаются регулярными, распространение возбуждения не нарушено. Сглаживание и раскрытие шейки матки идут замедленными темпами, головка длительно остается над входом в таз или прижатой.

Диагноз первичной слабости родовой деятельности подтверждают при динамическом наблюдении за роженицей: отсутствие структурных изменений шейки матки (укорочение, сглаживание) при регулярных схватках влагалищное исследование выполняется с интервалом 3-4ч.

При нормальной родовой деятельности показатель частоты схваток составляет 3-4 за 10 минут, продолжительность – 40-60сек.

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

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

Осложнения: продолжительность родов увеличивается и приводит к утомлению роженицы, нередко может иметь место несвоевременное излитие вод, что способствует удлинению безводного промежутка, внутриутробной гипоксии плода, возникновению инфекции в родах. Длительное стояние головки в одной плоскости таза может привести к образованию свищей. Начинается гипоксия плода. В последовом и раннем послеродовом периоде нередко наблюдаются кровотечения как следствие пониженной сократительной активности матки.

При отсутствии эффективной родовой деятельности и диагнозе первичной слабости родových сил используют способы родостимуляции:

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

Противопоказание для родостимуляции:

- Угрожающий разрыв матки;
- Поперечное или косое положение плода;
- Несоответствие величины головки и плода размерам таза матери;
- Гипоксия плода;
- ПОНРП.

При эффективной родостимуляции в конце латентной фазы родов следует решить вопрос об обезболивании.

### **5. Вторичная слабость родовой деятельности**

Вторичная гипотоническая дисфункция матки (вторичная слабость родовой деятельности) встречается значительно реже, чем первичная. Она осложняет 1-3% родов, одинаково часто у перво- и повторнородящих женщин. При данной патологии у рожениц с хорошей или удовлетворительной родовой деятельностью происходит ее ослабление.

Вторичная слабость родových сил возникает после периода длительной, нормальной родовой деятельности обычно в конце первого периода

(активная фаза) после открытия акушерского зева на 6 см и более или во втором периоде родов (слабость потуг). Продвижение плода по родовому каналу замедляется. Роды принимают затяжной характер, что приводит к утомлению роженицы, гипоксии плода.

Частота схваток менее трех за 10 минут, субъективно схватки безболезненные, слабые. 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.

Крайне важно дифференцировать вторичную слабость с клиническим несоответствием размеров таза и головки плода.

Причины вторичной слабости родовых сил:

- несоответствие размеров головки плода и таза матери (15-50%);
- неправильное вставление головки плода;
- значительные дозы анальгетиков и седативных средств;
- проводниковая анестезия.

Длительное течение родов приводит к выраженному утомлению роженицы, увеличению безводного промежутка, сдавлению мягких родовых путей головкой плода и костным тазом матери. В результате возникает отек мягких путей, в отдаленном периоде может сформироваться свищ. На предлежащей головке – большая родовая опухоль (нарушения мозгового кровообращения гипоксического генеза, кровоизлияния в головной мозг). Головка плода не должна стоять в одной плоскости малого таза более 1 ч у первородящих и более 30 мин у повторнородящих.

Лучшим методом лечения вторичной слабости родовой деятельности является эффективное обезболивание родов – ЭДА. Получение хорошего анальгетического эффекта часто бывает достаточным для восстановления нормальной родовой деятельности. При отсутствии противопоказаний назначают родостимуляцию окситоцином. При отсутствии эффекта от родостимуляции в течение 2-3 ч показано родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Слабость потуг называют ослабление родовой деятельности во втором периоде родов, возникающее в результате слабости мышц передней брюшной стенки или общего утомления роженицы.

Наблюдается у возрастныз первородящих, при слабости мускулатуры брюшного пресса у многорожавших женщин с чрезмерно растянутыми мышцами, при инфантилизме, ожирении, а также при дефектах брюшной стенки в виде грыж белой линии живота, пупочной и паховой грыжах, при миастении, повреждениях позвоночника.

При слабости потуг целесообразно прекратить эпидуральную анестезию, введение других анестетиков и седативных средств. Основное лечение заключается в проведении родостимуляции окситоцином. При отсутствии эффекта и продолжительности второго периода родов >2 ч, когда

головка плода находится в полости или в выходе из малого таза – показание к экстренному завершению родов через естественные родовые пути (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода или извлечение плода за тазовый конец).

### **6. Чрезмерно сильная родовая деятельность**

Эта форма родовой деятельности по частоте составляет 0,8% и проявляется чрезмерно сильными или частыми схватками.

Этиология изучена недостаточно. Эта аномалия родовых сил чаще наблюдается у женщин с повышенной общей возбудимостью нервной системы. Она может зависеть от нарушений кортиковисцеральной регуляции, при которых импульсы, поступающие из матки в подкорковые ядра, не регулируются в должной степени корой головного мозга. Частой причиной является нерациональное введение утеротоников (11%).

Характеризуется сильными высокоамплитудными, длительными (более 1 минуты) и частыми (более 4 за 10 минут) схватками, с короткими интервалами (1-2 минуты) между ними. Роженица возбуждена, кричит, жалуется на чрезмерные непрекращающиеся боли. Все это приводит к быстрому укорочению и сглаживанию шейки матки, быстрому раскрытию маточного зева. Во втором периоде родов потуги, так же как и схватки, бурные, в результате чего плод рождается за 1-2 потуги.

При сильной (чрезмерной) родовой деятельности роды протекают быстро – менее 6ч у первородящих и 4ч у повторнородящих – быстрые роды. Если роды продолжаются менее 4ч у первородящих и 2ч у повторнородящих – стремительные.

Осложнения: ПОНРП; нарушение маточно-плацентарного кровообращения, нарушения состояния плода, признаки гипоксии плода; головка плода подвергается сильному сдавлению, это может привести к ЧМТ плода; травма мягких родовых путей матери; гипотоническое или атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде.

Лечение:

- Роженицу необходимо уложить на бок, противоположной позиции плода (Такое положение несколько снижает сократительную активность матки);
- Токолиз В-адреномиметиками (Гексоприналин – Гинипрал)

## 7. Дискоординированная родовая деятельность

Характеризуется отсутствием координированных (однонаправленных) сокращений матки между отдельными мышечными волокнами матки, в некоторых случаях в виде фибрилляции мышц.

Аномалия наблюдается у 1% рожениц. Обычно в первом периоде родов и проявляется тем, что сокращения матки возникают в различных отделах в результате смещения зоны генерации (водитель ритма) и распространения импульсов действия. Одновременно может возникать несколько таких зон. При этом миометрий теряет способность к синхронности сокращения и расслабления отдельных участков. Базальный тонус миометрия становится неадекватно высоким, что приводит к ослаблению эффективности схваток. Несмотря на достаточно сильные сокращения матки, раскрытия зева не происходит. В итоге родовая деятельность становится неэффективной. Нередко происходит несвоевременное излитие околоплодных вод.

Формы гипертонической дисфункции матки:

Дистоция шейки матки – отсутствие расслабления шейки в момент сокращения мускулатуры шейки матки;

Гипертонус нижнего сегмента – распространение волны сокращения матки с нижнего сегмента вверх.

Лечение заключается в снятии патологической родовой деятельности. Эффективно обезболивание с помощью ЭДА и внутривенный токолиз В-адреномиметиками.

При отсутствии эффекта от лечения или появления признаков гипоксии плода роды заканчивают экстренной операцией кесарева сечения.

## 8. Заключение

Охрана здоровья матери, плода и новорожденного — первостепенная задача медицинской науки и практики. Успехи в ее решении во многом связаны с разработкой эффективных методов диагностики, прогнозирования, профилактики и лечения нарушений сократительной деятельности матки, занимающей ведущее место среди причин акушерских кровотечений, послеродовых гнойно-септических заболеваний, перинатальной заболеваемости и смертности, высокой частоты оперативных вмешательств и материнской смертности.

Профилактика аномалий родовой деятельности проводится поэтапно в женских консультациях и акушерских отделениях стационара. Это прежде всего лечение и профилактика экстрагенитальных и генитальных заболеваний у женщин до наступления беременности, пропаганда здорового образа жизни, проведение мероприятий по охране здоровья девочек — подростков и женщин.

Обращают внимание на процесс подготовки шейки матки к родам, который начинается за месяц до родов, а в 38 недель беременности шейка матки становится полностью зрелой, отражая синхронную готовность организма матери и плода к развитию родовой деятельности. Наиболее достоверным и легко выполнимым способом является пальпаторное определение зрелости шейки матки.

Кроме определения готовности шейки матки к родам используется оценка тонуса и сократительной способности матки. С целью регистрации тонуса и сократительной активности матки у беременных женщин и рожениц предложено множество способов, известных как методы наружной и внутренней гистерографии, которые позволяют судить о сократительной активности матки по показателям внутриматочного давления.

Очень важно обеспечить беременной женщине психоэмоциональный комфорт, внушить уверенность в благополучном исходе родов. Ночной сон должен быть пролонгирован до 8—10 часов, дневной отдых — не менее 2—3 часов, пребывание на свежем воздухе — 4—6 часов, рациональное питание.

При высоком риске затяжных родов должен быть своевременно пересмотрен план их ведения в пользу кесарева сечения. Такое более радикальное ведение родов обусловлено иными концепциями современного акушерства:

- Рождение не только живого, но и здорового ребенка.
- Снижение частоты применения акушерских щипцов, извлечение плода с помощью вакуум-экстрактора или ручных приемов.
- Осознание неблагоприятных для матери и плода исходов при длительном ведении родов с повторным применением медикаментозного сна-отдыха и длительной многочасовой родостимуляцией.
- Составление прогноза родов с учетом имеющихся и возможных факторов риска у роженицы и ее плода.

### Список используемой литературы

1. Акушерство: учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Акушерство. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Акушерство: учебник / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Клинические лекции по акушерству / под ред. Ю. Э. Доброхотовой, О. В. Макарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5. Акушерство: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016

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

## РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета  
(наименование кафедры)

Рецензия Коновалова Вячеслава Николаевича, ассистента кафедры  
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1-ого года обучения

по специальности «Акушерство и гинекология»

Скуратовой Юлии Николаевны  
(ФИО ординатора)

Тема реферата «Аномалии родовой деятельности»

### Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/5

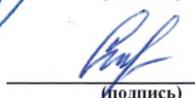
Дата: «14» сентября 20 19 год

Подпись рецензента

  
(подпись)

  
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

  
(подпись)

  
(ФИО ординатора)