

Аномалії скорочувальної діяльності матки.

Аномалії скоротливої діяльності матки – це стан, коли частота, тривалість, ритм і сила переймів і потуг не забезпечують динамічного, у межах фізіологічних параметрів часу, просування плода й вигнання його без порушення біомеханізму пологів й підвищеного ризику травми роділлі й плода.

Можливі порушення кожного з показників скорочувальної діяльності матки:

- Інтервалу
- Тонусу
- Інтенсивності
- Тривалості
- Ритмічності
- Частоти
- Координованості скорочень

Нозології в МКХ-10:

Удавані перейми O47

Первинна слабкість пологової діяльності O62.0

Вторинна слабкість пологової діяльності O62.1

Інші види слабкості пологової діяльності O62.2

Стрімкі пологи O62.3

Гіпертонічні, некоординовані та затяжні скорочення матки O62.4

Інші види порушення пологової діяльності O62.8

Порушення сили пологової діяльності, неуточнене O62.9

Затяжні пологи O63

Затяжний перший період пологів O63.0

Затяжний другий період пологів O63.1

Затримка народження другого плода із двійні, трійні і т. д. O63.2

Затяжні пологи, неуточнені O63.9

Класифікація:

Існує більше 20 класифікацій аномалій скоротливої діяльності матки, але всі вони в різних варіаціях розглядають три основні аномалії:

- 1) Гіпоактивність або інертність матки (рідкі, короткі, слабкі перейми);
- 2) Гіперактивність матки (надмірно сильні, судомні перейми);
- 3) Дискоординація маткових скорочень (нерівномірні, безладні, спастичні перейми).

I. Патологічний прелімінарний період

II. Слабкість пологової діяльності (гіпоактивність чи інертність матки)

— Первинна

— Вторинна

— Слабкість потуг (первинна/вторинна)

III. Надмірно сильна пологова діяльність (гіперактивність матки)

IV. Дискоординована пологова діяльність

- Дискоординація
- Гіпертонус нижнього сегменту матки (зворотній градієнт)
- Судомні потуги (тетанія матки)
- Циркулярна дистоція (контракційне кільце)

Класифікація ВООЗ, 1995:

1. Первинна слабкість пологової діяльності:
 - відсутність прогресуючого розкриття шийки матки;
 - первинна гіпотонічна дисфункція матки;
2. Вторинна слабкість пологової діяльності:
 - припинення перейм у активній фазі пологів;
 - вторинна гіпотонічна дисфункція матки.
3. Інші види аномалій пологової діяльності:
 - атонія;
 - хаотичні перейми;
 - слабкі перейми.
 - стрімкі пологи.
4. Гіпертонічні, некоординовані і зтяжні скорочення матки:
 - дистоція шийки матки;
 - дискоординована родова діяльність;
 - гіпертонічна дисфункція матки;
 - тетанічні скорочення.

В Україні використовується наступна класифікація:

I. Патологічний преліментарний період (хибні перейми, або несправжні пологи).

II. Слабкість родової діяльності (гіпоактивність, або інертність матки):

- 1) первинна (уповільнена латентна фаза пологів);
- 2) вторинна (уповільнена активна фаза пологів);
- 3) слабкість потуг (уповільнений період вигнання):
 - а) первинна;
 - б) вторинна.

III. Надмірно сильна родова діяльність (гіперактивність матки).

IV. Дискоординована родова діяльність.

- 1) Дискоординація пологової діяльності;
- 2) Гіпертонічна дисфункція матки;
- 3) Тетанічні скорочення матки (судомні перейми);
- 4) Циркулярна дистоція шийки матки (контракційне кільце).

Етіологія аномалій скоротливої діяльності матки.

Характер і перебіг пологів залежить від багатьох факторів, які визначаються як готовність організму вагітної до пологів. Готовність організму до пологів формується тривалий час за рахунок процесів, які відбуваються в материнському організмі від моменту запліднення й розвитку плодового яйця до початку пологів. Під час вагітності з ростом і розвитком плода виникають складні гормональні, гуморальні, нейрогенні взаємини, які забезпечують перебіг родового акту. **Домінанта пологів** є не що інше, як єдина функціональна

система, що поєднує такі ланки, як церебральні структури — гіпофізотропна зона гіпоталамуса - передня доля гіпофізу – яєчник - матка із системою плацента-плід. Порушення на окремих рівнях цієї системи як з боку матері, так і плода-плаценти призводять до відхилення від нормального перебігу пологів, що, у першу чергу, проявляється порушенням скорочувальної діяльності матки (СДМ).

Важлива роль як в індукції (тобто початку розвитку пологів), так і в перебігу пологів належить плоду. Маса плода, генетична завершеність розвитку, імунні взаємини плода й матері впливають на родову діяльність. Сигнали, що надходять із організму зрілого плода, забезпечують інформування материнських компетентних систем, ведуть до придушення синтезу імуносупресорних факторів, зокрема пролактину, а також хоріального гонадотропіну. Змінюється реакція організму матері до плода як до алотрансплантату. У фетоплацентарному комплексі змінюється стероїдний баланс у бік накопичення естрогенів, що збільшують чутливість адренорецепторів матки до окситоцину, простагландинів, норадреналіну. Підсумовування цих сигналів забезпечує той або інший характер родової діяльності.

Регуляція скорочувальної функції матки включає три основних компоненти:

- 1) міогенна регуляція - заснована на особливостях морфофункціональної структури й кровопостачання матки;
- 2) нейрогенна регуляція - заснована на чіткій взаємодії периферичних і центральної нервової систем;
- 3) ендокринна регуляція - включає взаємодію функцій ендокринної системи жінки й фетоплацентарного комплексу.

Порушення у взаємодії однієї з вищевказаних ланок призводить до розвитку аномалій родової діяльності.

Чинники ризику аномалій скоротливої діяльності матки:

1. Пов'язані з патологією репродуктивної системи (штучні аборти, операції на матці, міоми матки, запальні процеси жіночих статевих органів, аномалії розвитку статевих органів, вік жінки, ендокринні порушення).
2. Акушерські чинники (передчасний розрив плодових оболонок, диспропорція між розмірами таза матері та голівки плода, дистрофічні зміни матки, ригідність тканин шийки матки, перерозтягнення матки у зв'язку з багатоводдям та багатопліддям, аномалії прикріплення плаценти, сідничне передлежання плода, пізній гестоз).
3. Соматичні захворювання (інфекції, інтоксикації, органічні порушення ЦНС, нейроендокринні порушення, судинна дистонія, ожиріння, невротичні стани, анемія, хвороби серця).
4. Зумовлені впливом плода (великий плід, затримка росту плода, хромосомні порушення, переносування вагітності, імуноконфліктна вагітність, ФПН).
5. Ятрогенні чинники (необґрунтоване та несвоєчасне використання утеротоніків, несвоєчасна амніотомія, неадекватне знеболення пологів).

Патогенез аномалій скоротливої діяльності матки:

- Зміна локалізації «водія» ритму

- Зниження синтезу і порушення співвідношення простагландинів E2 та P2a
- Зміна ритмічного викиду окситоцину
- Зміна активності симпатoadреналової системи
- Зменшення утворення і низька щільність α - і β - адренорецепторів, що визначають синхронність скорочення і розслаблення матки
- Біохімічні зміни в міометрії: накопичення недоокислених продуктів – перехід аеробного гліколізу в анаеробний . . швидке виснаження запасів глюкози і глікогену

Методи оцінки готовності організму вагітної до пологів.

Одним з основних критеріїв успіху при початку родової діяльності є біологічна готовність організму вагітної до родів. Це стан найбільш виражено проявляється в змінах, які відбуваються в статевій системі. З метою оцінки змін, які свідчать про стан готовності, використовують різні методи: визначення ступеню зрілості шийки матки, оцінка чутливості матки до тономоторних речовин, цитологічне дослідження вагінальних мазків. Крім того, відіграють роль паритет (які пологи за рахунком), термін вагітності, локалізація плаценти, стан плода, місце знаходження передлеглої частини.

1. Із всіх тестів найбільш легко здійсненним є *метод пальпаторного дослідження шийки матки з метою оцінки ступеня її зрілості*. Інформативними ознаками при визначенні ступеня зрілості шийки матки є: консистенція, довжина піхвової частини, прохідність цервікального каналу, розташування шийки матки в порожнині малого таза. З цією метою використовують оцінку зрілості шийки матки за шкалою Бішопа (див. розділ «Методи дослідження вагітних пізніх термінів»).
2. *Окситоциномі тест* - спеціальна проба для визначення ступеня збудливості матки (реактивності міометрію) на внутрішньовенне введення пограничної дози окситоцину, здатної викликати скорочення матки (К. И. Сміт, 1954). Реактивність матки до окситоцину в міру прогресування вагітності поступово зростає й стає максимальною напередодні пологів. Розчин окситоцину готують безпосередньо перед проведенням окситоцинового тесту [2 ОД (0,4 мл) окситоцину розчиняють в 200 мл фізіологічного розчину; в 1 мл приготовленого розчину міститься 0,01 ОД окситоцину]. Внутрішньовенно повільно вводять по 1мл (0,01 ОД) розчину з інтервалом в 1 хвилину, але не більше 0,03 - 0,05 ОД окситоцину. Його введення припиняють із появою скорочень матки. Тест вважається позитивним, якщо скорочення матки, які реєструються при гістерографії або пальпаторно, з'являються протягом перших трьох хвилин від початку введення. Позитивний окситоциновий тест вказує на можливість спонтанного настання пологів протягом найближчих 1 - 2 діб. Оцінювати окситоциновий тест тільки з погляду збудливості матки недостатньо. Необхідно одночасно реєструвати серцеву діяльність плода за допомогою кардіотокографа й, оцінюючи її, судити про стан плода та фетоплацентарної системи.
3. *Нестресовий тест*. Для його виконання використовують кардіотокограф, за допомогою якого реєструють спонтанну скорочувальну активність матки й тахограму плода протягом 40 - 60 хвилин. На підставі отриманих даних можна судити про скорочувальну активність матки та стан плода. При готовності

організму до родів на гістерограмі чітко реєструються скорочення матки й видно реакцію плода на перейми, що свідчить про його стан.

4. *Мамарний тест.* С допомогою гістерографа переконуються у відсутності спонтанних скорочень матки й потім механічним подразненням соска й ареолярної області молочної залози здійснюють подразнення до появи першого маткового скорочення. Мамарний тест вважається позитивним, якщо скорочення матки виникають у перші 3 хвилини від початку проведення тесту. Мамарний тест по своїй діагностичній цінності не поступається окситоциновому тесту.

5. *Кольпоцитологічний тест.* Цитологічне дослідження піхвових мазків дозволяє оцінити гормональний баланс жінки в останні дні вагітності. Існує 4 цитотипа піхвових мазків (Zidovsky J., 1964), по яких можна судити про ступінь біологічної готовності жінки до родів.

1 цитотип (пізній термін вагітності або навикулярний тип мазка). Він характерний для нормально прогресуючої вагітності, починаючи з 2 триместру. У мазку у вигляді скупчень переважають лад'євидні й проміжні клітини в співвідношенні 3:1. Цитоплазма клітин різко базофільна. Лейкоцити й слиз відсутні. Еозинофільні клітини зустрічаються в 1%, з пікнозом - 3%, КПП менше 5%. Настання пологів при цьому цитотипі можна чекати не раніше, ніж через 10 днів.

2 цитотип (незадовго до пологів). У мазку виявляється зменшення кількості лад'євидних клітин, збільшення кількості проміжних клітин. Їхнє співвідношення дорівнює 1:1. Клітини починають розташовуватися ізольовано. З'являються клітини поверхневих шарів піхвового епітелію. Еозинофільні клітини серед них становлять 2%, з пікнозом - 6%, КПП 5-6%. Пологи можуть наступити через 4 - 8 днів.

3 цитотип (термін пологів). У мазку переважають клітини проміжного (60 - 80%) і поверхневого (25 - 40%) шарів. Лад'євидні клітини зустрічаються в 3 - 10%. Клітини лежать ізольовано. Еозинофільні клітини зустрічаються в 8%, з пікнозом - 15 - 20%. З'являються лейкоцити й слиз, КПП - 10%. Настання пологів можливо через 1 - 5 днів.

4 цитотип (безсумнівний термін пологів). У мазку переважають клітини поверхневого шару (40 - 80%). Проміжних клітин мало. Лад'євидні відсутні або одиничні. Поверхневі еозинофільні клітини можуть бути без ядер ("червоні тіні"). Цитоплазма погано офарблюється, краї клітин малоконтрастні. Кількість еозинофільних клітин - 20%, з пікнозом клітин - 20 - 40%. Лейкоцити й слиз у вигляді скупчень, КПП - 20%. Пологи наступають або в той же день, або протягом найближчих 3 днів.

Діагностика аномалій родової діяльності

Діагноз аномалій родової діяльності встановлюється після динамічного спостереження за роділлею протягом 8 годин у латентній фазі й 4 годин в активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми. Партограма є "системою раннього сповіщення" у випадку розвитку незадовільного прогресу в родах (А).

Характер родової діяльності визначається на підставі кількісної оцінки трьох основних процесів:

- 1) динаміки маткових скорочень;
- 2) динаміки розкриття шийки матки;
- 3) динаміки просування передлеглої частини плода по родовому каналу.

Методи оцінки характеру родової діяльності :

1. Оцінка скорочувальної діяльності матки (СДМ):
 - суб'єктивне відчуття роділлі (неточно, різний поріг больової чутливості);
 - пальпація матки та визначення частоти і тривалості перейм та потуг;
 - зовнішня кардіотокографія, гістерографія.

Оцінка стану шийки матки: - вагінальне дослідження;

Динаміка просування передлеглої частини плода: - зовнішнє дослідження та вагінальне дослідження.

Порушення пологової діяльності виявляють за ознаками, які не відповідають таким при нормальному перебігу пологів.

Діагностика незадовільного прогресу пологів.

<u>Об'єктивні дані</u>	<u>Діагноз</u>
Відсутні регулярні скорочення матки або нерегулярні різної тривалості та інтенсивності перейми. Шийка матки зріла (> 5 балів за шкалою Бішопа).	Удавані перейми
Після 8 годин регулярних перейм шийка матки розкри- та менше ніж на 4 см.	Уповільнена латентна фаза пологів
Менше, ніж три перейми за 10 хвилин, тривалість кожної менше 40 секунд. Уповільнене роз- криття шийки матки (менше 1 см/год.). Крива розкриття шийки матки на партограмі розташована справа від лінії тривоги.	Затягнута активна фаза пологів Неадекватна активність матки (слабкість пологової діяльності)
Вторинна зупинка розкриття шийки матки і опускання передлеглої частини за умови наявності активної пологової діяльності.	Диспропорція голівки плода і тазу матері
Активна пологова діяльність. Шийка матки повністю розкрита. Голівка в площині входу в малий таз, просування голівки відсутнє.	Клінічно вузький таз
Шийка матки розкрита повністю. Голівка плода в широкій або вузькій частині площини малого тазу. Тривалість періоду вигнання більше 2 годин (1 години у повторнонароджуючих).	Затяжний період вигнання

Патологічний прелімінарний період (удавані, хибні перейми)

Патологічний прелімінарний період характеризується нерегулярними різної тривалості й інтенсивності переймоподібними болями внизу живота, в області попереку й крижів. Триває більше 6 годин, можливо до 24 - 48 годин, Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки. Жінка тривалий час не спить, виснажується. Відсутність розкриття шийки матки впродовж 4 год.

Патологічний прелімінарний період спостерігається у жінок з функціональними змінами регуляції центральної нервової системи (страх перед родами, невроз), нейроциркуляторною дистонією, порушеннями функції ендокринної системи, вегетативними розладами. Патологічний прелімінарний період може безпосередньо переходити в слабкість родової діяльності. При патологічному прелімінарному періоді існує велика небезпека розвитку дискоординованої родової діяльності.

Для патологічного прелімінарного періоду характерна недостатня продукція гормонів фетоплацентарного комплексу, зниження активності симпатичної ланки симпатoadреналової системи, зменшення накопичення серотоніну в крові вагітної. Патологічна імпульсація з рецепторів статевих органів приводить до розвитку функціональних змін у ЦНС і порушення координації скорочень поздовжніх і циркулярних шарів міометрію.

Лікування патологічного прелімінарного періоду:

- застосування токолітичної терапії В2-адреноміметиками (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно — 10–15 крапель на хвилину) з урахуванням протипоказань; (А)
- підготовка до пологів інтравагінальним введенням простагландину Е2 (простенол, дінопрост, препидил-гель) (А).

Протипоказання до застосування β2-адреноміметиків: (А)

- гіперчутливість;
- передчасне відшарування плаценти;
- маткова кровотеча;
- ендометрит;
- серцево-судинні захворювання, які супроводжуються тахікардією або порушеннями серцевого ритму;
- міокардит;
- вади мітрального клапану;
- стеноз аорти;
- тяжкі ураження печінки та нирок;
- гіпертиреоз
- глаукома.

Побічна дія β2-адреноміметиків: (А)

- головний біль;
- запаморочення;
- тремор;
- тахікардія;
- шлуночкова екстрасистолія;
- болі у серці, зниження АТ;
- гіпокаліємія, зниження діурезу;

- набряки.
- у новонародженого можливі гіпокаліємія та ацидоз.
- у разі виникнення тахікардії у роділлі (> 100 уд/хв) показано введення верапамілу та препаратів калію

Протипоказання до застосування простагландинів: (А)

- органічні захворювання серця;
- захворювання органів дихання (бронхіальна астма, алергічний бронхіт, емфізема, бронхоектатична хвороба, туберкульоз);
- виразкова хвороба шлунка, виразковий коліт;
- тяжкі порушення функції нирок та печінки;
- глаукома;
- епілепсія;
- тиреотоксикоз;
- захворювання крові (серповидноцелюлярна анемія, коагулопатія);
- системні захворювання сполучної тканини;
- інфекції нижніх відділів статевих шляхів;
- алергія на простагландин E2;
- оперована матка (кесарів розтин, консервативна міомектомія), міома, аномалії розвитку матки.

Препарати окситоцинового ряду протипоказані через небезпеку посилення спастичного скорочення циркулярних м'язів шийки й нижнього сегменту матки. Не рекомендується використовувати естрогени й простагландин F2-альфа з метою підготовки до розродження.

Слабкість пологової діяльності

Слабкість пологової діяльності - це стан, при якому інтенсивність, тривалість і частота переймів недостатні, а тому згладжування, розкриття шийки матки й просування плода при його відповідності з розмірами таза йде вповільненими темпами.

Розрізняють первинну й вторинну слабкість родової діяльності.

При первинній слабкості пологової діяльності перейми з початком пологів недостатньої сили, частоти та тривалості.

Вторинна слабкість пологової діяльності характеризується зменшенням сили, частоти та тривалості перейм після періоду тривалої ефективної регулярної пологової діяльності. Ця патологія зустрічається значно рідше, ніж первинна. Вона ускладнює близько 2% пологів. При зазначеній патології має місце вторинне ослаблення переймів - зазвичай наприкінці періоду розкриття (в активній фазі) або в період вигнання. До прояву даної аномалії родова діяльність розвивається в нормальному темпі.

Слабкість потуг характеризується їхньою недостатністю. У практичному акушерстві слабкість потуг відносять зазвичай до вторинної слабкості родової діяльності.

Етіологія. Слабкість родової діяльності - результат недостатності імпульсів, які викликають, підтримують і регулюють скорочувальну діяльність матки, так і нездатність матки сприймати ці імпульси. Причини розвитку вторинної слабкості родової діяльності часто мають спільну природу з первинною, однак, виразність несприятливої дії їх слабкіше й негативний вплив позначається

пізніше. Крім того, вторинна слабкість переймів може бути наслідком перешкоди просуванню плода (невідповідність розмірів плода й малого таза роділлі, неправильні положення плода, рубцові зміни шийки матки, пухлини в малому тазі). Тазове передлежання плода, задній вид потиличного передлежання, запізнілий розрив плодового міхура, ендометрит часто супроводжуються вторинною слабкістю.

Вторинна слабкість родової діяльності може мати ятрогенне походження: безладне призначення скорочуючих, знеболюючих та спазмолітичних препаратів.

Слабкість родової діяльності, що проявляється непродуктивними потугами (*слабкість потуг*), деякі акушери виділяють в окремий варіант аномалії родової діяльності. Недостатність мускулатури передньої черевної стінки в багатонароджуючих, грижі білої лінії, пупочні й пахові грижі, захворювання нервової системи (поліомієліт, міастенія, травми хребта), ожиріння - все це може порушувати розвиток потуг. Нерідко слабкість потуг залежить від характеру передлеглої частини: тазовий кінець не робить належного тиску на нервові закінчення в малому тазі. Слабкість потуг може спостерігатися у випадку утоми роділлі й виснаження енергетичних можливостей мускулатури матки.

Патогенез слабкості пологової діяльності.

1. Зниження рівня естрогенів і підвищення вмісту прогестерону.
2. Недостатня продукція окситоцину, простагландинів, серотоніну, ацетилхоліну й інших тономоторних медіаторів.
3. Зменшення концентрації окситоцинових і простагландинових рецепторів матки.

Висока активність ферментів окситоцинази, холинестерази, моноаміоксидази.

Зниження інтенсивності окислювально-відновних процесів і порушення процесу споживання кисню в біометрії.

Недостатнє накопичення макроергів - актоміозину, фосфокреатиніну, глікогену.

Стомлення м'язів матки й перехід на анаеробний шлях окислювання.

Слабкість пологової діяльності характеризується:

- динаміка розкриття шийки матки менше 1-го см за годину.
- менше, ніж 3 перейми за 10 хвилин, тривалість кожної менше 40 сек.;
- крива розкриття шийки матки на партограмі розташована справа від лінії тривоги.

Діагностика слабкості пологової діяльності базується на визначенні ефективності перейм, динаміки розкриття шийки матки та просування передлеглої частини.

Дуже важливо своєчасно провести диференційну діагностику між вторинною слабкістю родової діяльності й клінічною невідповідністю між розмірами таза матері та голівки плода.

Незадовільний прогрес пологів діагностується за допомогою партограми.

Усладнення:

- дистрес плода;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- несвоєчасне вилиття навколоплідних вод;
- затяжний перебіг пологів;
- травми матері;
- травми плода.

Лікування слабкості пологової діяльності (А):

- Амніотомія з визначенням кольору навколоплідних вод, стану плода і спостереження протягом 2-х годин при активній поведінці роділлі.
- Пологопідсилення в/венним краплинним введенням 5 ОД окситоцину
- При відсутності ефекту від пологопідсилення протягом 6–8 год — розродження шляхом операції кесарів розтин.
 - У випадку вторинної слабкості, коли голівка перебуває в широкій або вузькій частині порожнини малого таза, родостимуляцію призначають відразу (внутрішньовенне введення окситоцину за схемою). Відсутність або недостатній ефект від медикаментозної родостимуляції може змусити змінити тактику ведення пологів на активну. При відсутності ефекту від родостимуляції, залежно від акушерської ситуації проводять кесарів розтин, накладають акушерські щипці або вакуум-екстрактор, виконують перинео - або епізіотомію.

Умови призначення утеротонічних засобів:

- відсутність плідного міхура;
- відповідність розмірів плода і тазу матері.

Протипоказання до призначення утеротонічних засобів:

- клінічно вузький таз;
- оперована матка;
- аномалії положення та передлежання плода;
- дистрес плода;
- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- структура піхви;
- дистоція, атрезія, рубцеві зміни шийки матки;
- гіперчутливість.

Слабкість потужної діяльності

- Збільшення тривалості періоду вигнання
- шийка матки розкрита повністю;
- голівка плода в широкій або вузькій частині площини малого таза;
- тривалість періоду вигнання більше 2 годин (у разі епідуральної анестезії більше 3 годин) та 1 години для жінок, які народжують повторно (у разі епідуральної анестезії більше 2 годин).

Лікування слабкості потужної діяльності:

1. Пологопідсилення — внутрішньовенним крапельним введенням окситоцину.
2. При неефективностіпологопідсилення– розродження шляхом операції накладання акушерських щипців, вакуум-екстракції плода, екстракції плода за тазовий кінець.

Методика введення окситоцину з метою лікування слабкості родової діяльності.

З метою внутрішньовенної інфузії 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Обов'язкове проведення катетеризації ліктьової вени для забезпечення активної поведінки роділлі. Починається введення зі швидкістю 6-8 крапель/хв. (0,5-1,0 мл/хв.). При досягненні ефекту через 10 хвилин швидкість введення залишається попередньої. У випадку відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожних 30 хвилин на 6 крапель (0,5 мл/хв). Максимальна швидкість введення не повинна перевищувати 40 крапель в одну хвилину.

Критерієм досягнення регулярної адекватної родової діяльності без гіперстимуляції матки вважається наявність 3 - 4 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40-50 сек. Стимуляція проводиться одночасно зі спостереженням за станом плода.

Ускладнення. Використання окситоцину повинно супроводжуватись ретельним моніторингом за прогресом пологової діяльності, станом матері та плода. Передозування приводить до розвитку гіпертонусу матки, скорочення набувають характер судом, погіршується матково-плацентарний кровообіг, розвивається дистрес плода, зростає загроза відшарування плаценти, ризик родової травми й хірургічного втручання за невідкладними показаннями.

При поєднанні слабкості родової діяльності й дистресу плода проводять розродження шляхом кесаревого розтину.

Діагностика та лікування слабкості родової діяльності при пологах в потиличному передлежанні плода відповідно фазам пологів

Характер родової діяльності	Перші пологи	Повторні пологи	Лікування
Латентна фаза			
1. Збільшення тривалості (уповільнена латентна фаза)	> 8 годин	> 4-5 годин	1. Амніотомія 2. Родостимуляція в/венним крапельним введенням окситоцину або введенням простагландину E2. 3. Оцінка ефективності через 4-6 годин з переглядом подальшої тактики ведення пологів: - визначення динаміки розкриття шийки матки та просування голівки кожні 2 години; - внутрішнє акушерське дослідження через 4 години.

			4. При відсутності переходу в активну фазу пологів після 6 годин родостимуляції окситоцином - розродження операцією кесаревого розтину.
Активна фаза			
1. Уповільнене розкриття шийки матки 2. Уповільнене просування голівки плода щодо площини входу в малий таз	< 1см/год	< 1 см/год.	1. Амніотомія та нагляд протягом 2-х годин при активному поводженні роділлі 2. Родостимуляція в/венним крапельним введенням окситоцину. Кесарів розтин проводять за умови неефективної родостимуляції або клінічної невідповідності розмірів голівки плода й таза матері.
Збільшення тривалості періоду вигнання	> 2 год.	> 1 год.	1. Діагностика клінічної невідповідності розмірів голівки плода й таза матері. При клінічній невідповідності - операція кесаревого розтину. 2. Родостимуляція в/венним крап. введенням окситоцину. 3. При відсутності ефекту від родостимуляції або приєднанні дистресу плода, залежно від місця розташування голівки плода - вакуум-екстракція плода або використання акушерських щипців.

Надмірно сильна пологова діяльність.

Надмірно сильна пологова діяльність (швидкі та стрімкі пологи) - гіпердинамічна дисфункція скорочувальної діяльності матки.

Надмірно сильна родова діяльність розвивається раптово. Сильні перейми відбуваються через короткий проміжок часу, частота скорочень матки більше 5 протягом 10 хвилин, що сприяє швидкому й повному розкриттю шийки матки.

Швидкими вважають пологи, які тривають менше 6 годин у первісток і менше 4 годин у повторнонароджуючих, стрімкими - відповідно менше 4 і 2 годин. Швидкі пологи призводять до виникнення травм у матері (глибокі розриви шийки матки, вагіни, промежини), плода (розрив пуповини, крововилив в головний мозок новонародженого, кефалогематоми), передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, гіпотонічної кровотечі,

Стрімкі пологи небезпечні для матері й плода не тільки через акушерський травматизм (розриви родових шляхів, гіпоксично-травматичні ушкодження дитини), але й тим, що їх дуже важко корегувати.

Причини надмірно сильної родової діяльності:

- переміщення водія ритму в центр дна або середину тіла матки;
- надмірне виділення ендogenous окситоцину;
- істміко-цервікальна недостатність (особливо після зняття циркулярного шва із шийки матки);
- ятрогенні причини: недотримання правил родостимуляції - більші дози утеротоніків або застосування препаратів, що потенціюють дію один одного (окситоцину та простагландинів).

Лікування полягає в немедикаментозному корегуванні сили й частоти переймів. Роділля повинна лежати на боці, протилежному позиції плода. При розкритті шийки матки менше 6 см і відсутності протипоказань до застосування β_2 -адреноміметиків, для зменшення інтенсивності родової діяльності можливе застосування токолізу β_2 -адреноміметиками, які покращують плацентарний та матковий кровообіг і стан плода. Для проведення токолізу гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду й вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/хв до 10-15 крапель/хв. під спостереженням за активністю переймів (В). Також для токолізу використовують інші бета-міметики.

Дискоординована пологова діяльність.

Дискоординована пологова діяльність (ДПД) - порушення координації скорочень різних відділів матки. Частота 1-3%. Клінічна картина характеризується гіпертонусом нижнього сегмента, нерегулярними, сильними, різко болючими переймами й нагадує болі, як при загрозі розриву матки.

Причини - аномалії розвитку, порушення іннервації внаслідок перенесених абортів, запалень, пухлини. Неприятливий фон - відсутність підготовки всіх структур (незріла шийка матки). В основі патогенезу лежить порушення функціональної рівноваги вегетативної нервової системи.

При дискоординованій пологовій діяльності порушується синхронізація скорочення й розслаблення міометрію. Зникають періоди загальної релаксації матки. У результаті - неадекватне підвищення тону, зміна ритму, частоти переймів, укорочення діастолі.

Основні клінічні симптоми:

- 1) болісні, нерегулярні перейми, які іноді мають постійний характер;
- 2) плоский плодовий міхур;
- 3) передчасне або раннє відходження навколоплідних вод;

Інші клінічні ознаки дискоординованої родової діяльності:

- відсутність динаміки розкриття шийки матки;
- уповільнення або відсутність просування голівки плоду;
- судомні перейми (тетанія матки);
- дистоція шийки матки.

Можливі ускладнення дискоординації родової діяльності: розриви шийки матки та вагіни; затяжний перебіг пологів при, здавалося б, сильній родовій діяльності; дистрес плода й родова травма немовляти. І все це - при повній клінічній відповідності розмірів плода й таза матері.

Лікування проводять залежно від причини дискоординації родової діяльності:

- проведення токолізу (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл

ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/хв до 10-15 крапель/хв) не перевищуючи 15-20 крапель/хв під спостереженням за активністю переймів;
- епідуральна анестезія.

Родостимулююча терапія окситоцином, простагландінами й іншими утеротоніками при дискоординованій родовій діяльності категорично протипоказана, інакше можливе настання тетанусу матки.

На всіх етапах лікування аномалій родової діяльності повинно проводитися спостереження за станом плода й здійснюватися немедикаментозна профілактика дистресу плода (зміна положення роділлі, регуляція дихання). У третьому періоді пологів застосовують активну тактику ведення й спостереження за роділлею.

За умов наявності протипоказань до корекції родової діяльності, при неефективності медикаментозної корекції аномалій родової діяльності методом розродження є операція кесаревого розтину.

Профілактичні дії, спрямовані на попередження аномалій родової діяльності, настільки ж важливі, як і допомога в родах. Створення комфортних умов під час пологів, які включають: уживання їжі та рідини, індивідуальна пологова палата, присутність партнера під час пологів, вертикальна позиція, можливість рухатись під час пологів.