

УДК 612.63
ББК 57.16

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОЖЕНИЦ С АНОМАЛИЯМИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Орлова Т.С., Егорова Н.А.

МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский
институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность настоящего исследования заключается в том, что ежегодно повышается рост числа рожениц с аномалиями родовой деятельности, поэтому необходимо усиление роли акушерки в профилактике и лечении данной патологии. Среди осложнений родового акта на долю аномалий родовых сил приходится от 10 до 20%.

К аномалиям относят варианты сократительной деятельности, при которых нарушен характер хотя бы одного из ее показателей (тонус, интенсивность, продолжительность, интервал, ритмичность, частота и координированность сокращений). К аномалиям родовой деятельности относят:

- патологический прелиминарный период;
- слабость родовой деятельности: первичная, вторичная, слабость потуг;
- чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов;
- дискоординированная родовая деятельность.

Слабость родовой деятельности отмечается в 10%, дискоординированная родовая деятельность в 1–3% случаев от общего количества родов. Данные литературы свидетельствуют о том, что первичная слабость родовой деятельности наблюдается у 8–10%, а вторичная — у 2,5% рожениц. Слабость родовой деятельности у первородящих старшего возраста встречается в два раза чаще, чем в возрасте от 20 до 25 лет. Чрезмерно сильная родовая деятельность, относящаяся к гипердинамической дисфункции сократительной деятельности матки, встречается относительно редко (около 1%). К группе риска относят:

- нейроэндокринные заболевания, ожирение, хронические инфекции;
- пороки развития матки, опухоли органов малого таза, многократные роды и аборт, гипоплазия матки, поздний возраст при первых родах, бесплодие;
- многоводие, многоплодие, крупный плод, неправильные положения плода;
- наследственная слабость родовой деятельности;
- аномалии расположения плаценты, хроническая фетоплацентарная недостаточность;
- необоснованное применение спазмолитических и анальгезирующих средств, токолитиков.

Аномалии родовой деятельности приводят ко многим осложнениям в родах:

- преждевременное излитие околоплодных вод (воды изливаются до наступления регулярных схваток);
- возникновение других аномалий родовой деятельности (например, первичной слабости родовой деятельности).
- острая внутриутробная гипоксия (кислородное голодание) плода;
- замедление третьего периода родов (отделения и рождения последа (плаценты, пуповины, плодных оболочек));
- кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде;
- сепсис (тяжелое инфекционное заболевание, характеризующееся попаданием микроорганизмов в кровь).
- родовой травматизм женщины (разрывы промежности, влагалища, шейки матки);
- родовой травматизм новорожденного (кефалогематома - кровоизлияние под надкостницу костей черепа), кровоизлияния в мозг, переломы костей).
- эмболия околоплодными водами (закупорка сосудов попавшими в кровь околоплодными водами).

Аномалии родовой деятельности - достаточно серьезная проблема современного акушерства, поскольку являются одной из наиболее распространенных причин развития осложнений, как у матери, так и у ребёнка.

Ввиду этого, важным аспектом нормального родоразрешения является профилактика, своевременная диагностика и адекватное лечение аномалий родовой деятельности.

Цель исследования: изучить особенности ведения рожениц с аномалиями родовой деятельности.

Для реализации поставленной цели последовательно решались следующие задачи:

1. Проанализировать причины, виды аномалий родовой деятельности по данным зарубежных и отечественных авторов.

2. Провести эмпирические исследования по ведению рожениц с аномалиями родовой деятельности.

3. Провести анализ медицинской документации и выявить особенности ведения рожениц с аномалиями родовой деятельности.

Объект исследования: роженицы с аномалиями родовой деятельности.

Предмет исследования: особенности ведения рожениц с аномалиями родовой деятельности.

Гипотеза исследования: знания особенностей ведения рожениц с аномалиями родовой деятельности в работе акушерки способствуют снижению риска осложнений в родах.

Методы исследования: теоретический, статистический, аналитический.

База исследования: ГБУЗ «ККБ №2» г. Краснодар.

Практическая значимость исследования: возможность использования данных исследования для снижения риска аномалий родовой деятельности в практической деятельности акушерки родовспомогательного учреждения.

Нами проанализировано 40 историй родов рожениц с различными аномалиями родовой деятельности.

По возрасту респонденты распределились следующим образом: 7 женщин (17,5%) в возрасте 20-25 лет, 21 женщина (52,5%) в возрасте 26-30 лет и 12 женщин (30%) в возрасте 31-36 лет.

Анализируя детородную функцию респондентов, выявилось, что 11 женщин (27,5%) имели 1 и более родов в анамнезе и 29 женщин (72,5%) первородящие.

Все беременные входили в группу риска по следующим выявленным факторам: крупный плод — 4 женщины (10 %); возраст старше 30 лет — 12 женщин (30 %); более 2 аборт в анамнезе — 3 женщины (7,5%); хронические воспалительные заболевания матки и придатков — 6 женщин (15 %); аномалии родовой деятельности в предыдущих родах — 7 женщин (17,5%); узкий таз 1 степени — 2 женщины (5 %); ожирение — 3 женщины (7,5 %), многоводие — 3 женщины (7,5%).

При обследовании данной группы беременных акушерка определяла положение, предлежание, предполагаемую массу плода, выявляла сопутствующую акушерскую и экстрагенитальную патологию; зрелость шейки матки по шкале Бишопа.

Для снижения риска развития аномалий родовой деятельности акушерками отделения патологии беременных №1 проводились следующие мероприятия:

— психопрофилактическая подготовка беременных к родам, включающая так же специальные физические упражнения, которые оказывают нормализующее действие на симпатико—адреналовую активность;

— в качестве подготовки к родам использовалась так же центральная электроанальгезия по методике Л.С.Персианинова и Э.М. Каструбина;

— применялись в ряде случаев рефлексотерапия по методике Г.М. Воронцовой и А.Ф. Жаркиным;

— с 36 недель беременности применялась медикаментозная терапия: пиридоксин, фолиевая и аскорбиновые кислоты.

Так же беременным был обеспечен психоэмоциональный комфорт:

— внушалась уверенность в благополучном исходе родов;

— ночной сон пролонгирован до 8—10 часов;

— дневной отдых составлял не менее 2 часов;

В рацион питания включены были: несоленая рыба, растительное масло, зелень, фрукты.

Из аномалий родовой деятельности выявлены следующие нарушения: патологический прелиминарный период выявлен у 16 женщин (40%), первичная слабость родовой деятельности у 12 женщин (30%); вторичная слабость у 6 женщин (15%), стремительные роды у 5 женщин (12,5 %), дискоординированная родовая деятельность выявлена у 1 женщины (2,5 %).

Среди причин патологического прелиминарного периода выявлены: возраст старше 30 лет у 9 респондентов (56%), преждевременное излитие околоплодных вод у 4 респондентов (25%) и многоводие у 3 респондентов (19%).

Среди причин слабости родовой деятельности были выявлены следующие: возраст старше 30 лет у 11 женщин (61%), ожирение у 5 женщин (28%) и крупный плод у 2 женщин (11%).

В родах выявлены следующие осложнения: в 24 % случаях была диагностирована острая гипоксия плода, в связи с чем, роды закончили операцией кесарева сечения, в 4% случаев были разрывы шейки матки, в 8% случаев - разрывы стенок влагалища, в 20 % случаев - разрывы промежности.

В послеродовом периоде выявлены следующие осложнения: субинволюция матки - у 12% женщин, анемия у 28% женщин, гипотоническое кровотечение в послеродовом периоде у 4% женщин.

В первом периоде родов акушерка контролировала общее состояние роженицы, плода; характер родовой деятельности, продвижение плода по родовым путям.

Слабость родовой деятельности корректировалась с помощью перидуральной анестезии и окситоцином путем капельного введения в общепринятых дозах.

В результате ведения родов наблюдались следующие перинатальные исходы:
— в удовлетворительном состоянии родились 34 ребенка (85%)
— в состоянии асфиксии легкой степени 3 (7,5%)

— средней тяжести 2 (5%)

— в тяжелой 1 (2,5%).

В ходе работы были сделаны следующие выводы:

1. Частым фактором риска аномалий родовой деятельности выявлен возраст первородящих старше 30 лет, что составило 30%.

2. Из аномалий родовой деятельности преобладали слабость родовой деятельности в 45% случаях, патологический прелиминарный период у 40% женщин.

3. Слабость родовой деятельности чаще встречается у возрастных первородящих женщин.

4. Среди осложнений в родах и послеродовом периоде выявлен родовой травматизм у 32% женщин и гипоксия плода в 24 % случаев.

5. Применялись современные методы подготовки к родам, которые способствуют повышению частоты вагинальных родов здоровым ребенком в течение кратчайшего времени и сопровождаются минимальными неудобствами и дискомфортом для матери: психопрофилактическая подготовка к родам, диетотерапия, хирургические, механические, лекарственные и т.д.

Таким образом, при ведении рожениц с аномалиями родовой деятельности акушерка должна уметь выявить факторы риска и провести следующие профилактические мероприятия по снижению частоты аномалий родовой деятельности:

1. Планирование беременности (исключение нежелательной беременности, абортов).

2. Своевременная подготовка к беременности (выявление и лечение хронических и гинекологических заболеваний до наступления беременности).

3. Своевременная постановка беременной на учет в женской консультации (до 12-ти недель беременности).

4. Регулярное посещение акушера-гинеколога: в 1 триместре — 1 раз в месяц, во 2 триместре — 1 раз в 2-3 недели, в 3 триместре — 1 раз в 7-10 дней; при необходимости частота посещений может быть увеличена.

5. Рациональный режим дня и полноценное питание во время беременности.

6. Специфические профилактические мероприятия в родах.
7. Посещение курсов по подготовке к беременности и родам, освоение навыков правильного дыхания и расслабления в родах.
8. Следование всем указаниям акушерки и акушера-гинеколога во время родов.

Список литературы:

1. Акушерство: курс лекций. Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. – М.: Инфра-М., 2009 г. – 456с.
2. Венцовский Б.М., Венцовская И.Б., Гутман Л.Б. Акушерство: учебное пособие.– М.: Инфра-М, 2010 г. – 380с.
3. Воронин К.В., Зелинский А.А. Справочник акушерки. – М.: Триада-Х, 2009 г. – 400с.
4. ИльинА. А. Акушерство и гинекология. Конспект лекций. – М.: Инфра-М., 2007 г. – 180с
5. Макаров О.В. Акушерство: клинические лекции. Учебник. – М.: Инфра-М, 2007 г. – 250с.
6. Норвиц, Эрл Р. Наглядное акушерство и гинекология: учеб.пособие/ Эрл Р. Норвиц, Джон О. Шордж ; пер. с англ. под ред. Э. К. Айламазяна. - 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010 г. — 168с.
7. Савельева Г. М., Шалина Р. И. Акушерство. – М.: Инфра-М., 2010 г. – 656с.
8. Савельева Г.М. Акушерство. – М.: Инфра-М., 2012 г. – 620с.
9. Серов В.Н. Практическое акушерство. Учебное пособие. - М.: Медицинское информационное агентство, 2009 г. – 390с.

