

## АНОМАЛІ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Шифр МКХ - 10 – О 47, О 62.0 – О 63.9

Аномалії пологової діяльності – стан, коли частота, тривалість, ритм і сила переймів та потуг не забезпечують динамічного, у межах фізіологічних параметрів часу, просування плода та вигнання його без порушення біомеханізму пологів.

Можливі розлади кожного із показників скоротливої діяльності матки – тонуусу матки, ритму, частоти і координації скорочень, інтервалів між переймами, потугами, тривалості пологів.

### Класифікація аномалій пологової діяльності МКХ-10

<b>Удавані перейми</b>	<b>О47</b>
<b>Первинна слабкість пологової діяльності</b>	<b>О62.0</b>
Вторинна слабкість пологової діяльності	О62.1
Інші види слабкості пологової діяльності	О62.2
Стрімкі пологи	О62.3
Гіпертонічні, некоординовані та зтяжні скорочення матки	О62.4
Інші види порушення пологової діяльності	О62.8
Порушення сили пологової діяльності, неуточнене	О62.9
<b>Зтяжні пологи</b>	<b>О63</b>
Зтяжний перший період пологів	О63.0
Зтяжний другий період пологів	О63.1
Затримка народження другого плода із двійні, трійні і т.д.	О63.2
Зтяжні пологи, неуточнені	О63.9

### Клінічна класифікація аномалій пологової діяльності (ВООЗ, 1995)

#### **Первинна слабкість пологової діяльності:**

- відсутність прогресуючого розкриття шийки матки;
- первинна гіпотонічна дисфункція матки.

#### **Вторинна слабкість пологової діяльності:**

- припинення переймів у активній фазі пологів;
- вторинна гіпотонічна дисфункція матки.

#### **Інші види аномалій пологової діяльності:**

- атонія матки;
- хаотичні перейми;
- слабкі перейми.

#### **Стрімкі пологи.**

#### **Гіпертонічні, некоординовані і зтяжні скорочення матки:**

- дистоція шийки матки;
- дискоординована родова діяльність;
- гіпертонічна дисфункція матки;
- тетанічні скорочення.

**Прелімінарний фізіологічний період** характеризується нерегулярними, слабкими переймоподібними болями внизу живота та у попереку, які виникають на фоні нормального тонуусу матки при зрілій шийці матки (шкала Бішопа). Тривалість фізіологічного прелімінарного періоду складає 6 – 8 год.

### Оцінка ступеня „зрілості” шийки матки за Бішопом (В)

Параметри	Бали		
	0	1	2
Положення шийки матки щодо провідної осі тазу	Зміщена до крижів	Між крижами і провідною віссю тазу	По вісі тазу
Довжина шийки матки (см)	$\geq 2$	1 - 2	$1 \leq$
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка
Відкриття зовнішнього вічка (см)	Закритий	1	$\geq 2$
Місце знаходження передлеглої частини плода	Рухома над входом у малий таз	Притиснута до входу у малий таз	Притиснута або фіксована у вході у малий таз

#### Примітка:

- 0-2 бали – шийка “незріла”;
- 3-5 балів – шийка “недостатньо зріла”;
- $\geq 6$  балів – шийка “зріла”.

### Характеристика першого і другого періодів пологів (В)

Період пологів	Перші пологи	Повторні пологи
<b>Перший період пологів</b>		
<i>Латентна фаза ( від початку регулярних переймів до розкриття шийки матки до 3-4 см)</i>		
Середня тривалість (год.)	6,4	4,8
Максимально допустима тривалість (год.)	8	8
Швидкість розкриття (см/год)	0,3	0,35
Частота переймів (за 10 хвилин)	Не менше двох	
Тривалість переймів (сек.)	20 – 25	
<i>Активна фаза (розкриття шийки матки від 3-4 см до 10 см)</i>		
Середня тривалість (год.)	4,6	2,4
Максимально допустима тривалість (год.)	11,7	5,2
Мінімально допустима швидкість розкриття (см/год.)	1,0	1,0
Частота переймів (за 10 хвилин)	3 – 5 переймів	
Тривалість переймів (сек.)	40 – 50	
<b>Другий період пологів</b>		
Максимально допустима тривалість (год.)	2	1

#### Удавані перейми (патологічний прелімінарний період)

Тривають більше 6 годин, можливо до 24 - 48 годин, характеризуються нерегулярними різної тривалості та інтенсивності переймоподібними болями унизу живота, в ділянці попереку та крижів. Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки. Жінка тривалий час не спить, виснажується. Відсутність розкриття шийки матки за шкалою Бішопа протягом чотирьох годин свідчить про хибні пологи.

Патологічний прелімінарний період спостерігається у жінок з функціональними змінами регуляції центральної нервової системи (страх перед

пологами, невроз), нейроциркуляторною дистонією, порушеннями функції ендокринної системи, вегетативними розладами. Патологічний прелімінарний період може безпосередньо переходити у слабкість пологової діяльності.

**Лікування:**

- седативні, заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг на добу при внутрішньовенному введенні; 1 мл 2% розчину промедолу); (С)

- за умови неефективності – однократне застосування токолітичної терапії  $\beta_2$ -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 E<sub>2</sub>. (А)

**Протипоказання до застосування  $\beta_2$ -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  $\beta_2$ -адреноміметиків: (А)**

- біль голови;  
- 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.**

**Обсяг інфузійної терапії не має перевищувати 1,5 л/добу.**

**Введення глюкокортикоїдів на фоні інфузії гексопреналіну може спричинити набряк легень у роділлі.**

**Гексопреналін зменшує ефективність глюкозознижуючих препаратів.**

**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 E<sub>2</sub>;
- оперована матка (кесарів розтин, консервативна міомектомія), міома, аномалії розвитку матки.

**Не використовувати естрогени та простагландин F2- $\alpha$  з метою підготовки до розродження.**

Діагноз аномалій пологової діяльності встановлюється після динамічного спостереження за роділлею протягом 8 годин у латентній фазі і 4 годин у активній фазі у порівнянні із графіком розкриття шийки матки і просування передлеглої частини по пологовим шляхам нормальної партограми.

**Таблиця 1**

**Діагностика незадовільного прогресу пологів (С)**

<b>Об'єктивні дані</b>	<b>Діагноз</b>
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 розкрита менше ніж на 4 см.	Уповільнена латентна фаза пологів
Менше, ніж три перейми за 10 хвилин, тривалість кожної менше 40 секунд. Уповільнене розкриття 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 умов 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 повторнородящих).	Затягнутий період вигнання

**Діагностика і лікування слабкості пологової діяльності при пологах у потиличному передлежанні плода відповідно фазам пологів (В, С)**

Характер пологової діяльності	Діагностичні критерії		Засоби лікування
	Перші пологи	Повторні пологи	
<b>Латентна фаза</b>			
1. Збільшення тривалості (уповільнена латентна фаза)	> 8 годин	> 8 годин	1. Амніотомія 2. Родопосилення в/венним краплинним введенням окситоцину або простагландину E <sub>2</sub> . 3. Оцінка ефективності через 6 – 8 годин з переглядом за показаннями подальшої тактики ведення пологів: – визначення динаміки розкриття шийки матки і просування голівки кожних 2 години зовнішніми методами; – внутрішнє акушерське дослідження через 4 години. 4. При відсутності переходу в активну фазу пологів після 8 годин родопосилення окситоцином – розродження операцією кесарева розтину
<b>Активна фаза</b>			
1. Уповільнення розкриття шийки матки	<1 см/год	<1 см/год	1. Амніотомія і спостереження протягом 2-х годин при активній поведінці роділлі 2. Родопосилення в/венним краплинним введенням окситоцину або простагландину F <sub>2α</sub> .
2. Уповільнення просування голівки плода відносно площини входу у малий таз	Відповідно до партограми	Відповідно до партограми	Кесарів розтин за умови клінічної невідповідності розмірів голівки та тазу
Збільшення тривалості періоду вигнання	>2 год.	>1 год.	1. Виключення клінічної невідповідності розмірів голівки і тазу. При клінічній невідповідності – розродження операцією кесарева розтину. 2. Родопосилення в/венним краплинним введенням окситоцину. 3. Залежно від місця розташування передлеглої голівки плода – вакуум-екстракція плода або накладання акушерських щипців.

## **Слабкість пологової діяльності**

Слабкість пологової діяльності - характер пологової діяльності, при якому перейми мають недостатню силу і тривалість, проміжок часу між ними збільшується, при цьому сповільнюються згладжування і розкриття шийки матки та просування голівки плода по пологових шляхах у першому або другому періоді пологів (табл.1).

### ***Лікування (А)***

За відсутності протипоказань застосовують медикаментозні схеми стимуляції пологової діяльності.

### ***Умови призначення утеротонічних засобів:***

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

### ***Протипоказання до призначення утеротонічних засобів:***

- клінічно та анатомічно вузький таз;
- оперована матка;
- аномальні положення та передлежання плода;
- дистрес плода;
- повне передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально та низько розташованої плаценти;
- стріктура піхви;
- відновлений розрив промежини III ступеня;
- дистоція, атрезія, рубцеві зміни шийки матки;
- гіперчутливість .

### ***Методика введення окситоцину з метою лікування слабкості пологової діяльності.***

З метою внутрішньовенної інфузії 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють у 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 мОД/хв). При досягненні ефекту через 30 хвилин швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожних 30 хвилин на 6 крапель (0,5 мОД/хв). Максимальна швидкість введення не має перевищувати 40 крапель у одну хвилину.

Критерієм досягнення регулярної адекватної пологової діяльності без гіперстимуляції матки вважається наявність 4 – 5 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40 – 50 сек. Родопосилення проводиться зі спостереженням за станом плода.

### ***Методика введення простагландинів з метою лікування слабкості пологової діяльності.***

#### ***Простагландин E<sub>2</sub> - латентна фаза пологів***

Для внутрішньовенної інфузії 0,75 мл (1 ампула) простагландину E<sub>2</sub> (випускається у вигляді концентрату для інфузій) розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вводять крапельно. Початкова швидкість інфузії, яку підтримують не менше 30 хв., складає 5 - 8 крапель/хв. При досягненні ефекту швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту швидкість

введення збільшують кожну годину до отримання ефекту (не більше 25 – 30 крапель/хв.).

#### *Простагландин $F_{2\alpha}$ - активна фаза пологів*

Для внутрішньовенної інфузії 5 мг простагландину  $F_{2\alpha}$  розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію і вводять крапельно зі швидкістю 6 – 8 крапель в хвилину. Початкова швидкість інфузії, яку підтримують не менше 30 хв., складає 5 - 8 крапель/хв. При досягненні ефекту швидкість введення залишається попередньою. При відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожну годину до отримання ефекту (не більше 25 – 30 крапель/хв.).

**Ускладнення.** Передозування призводить до розвитку гіпертонусу матки, скорочення набувають характеру судом, погіршується матково-плацентарний кровообіг, розвивається гіпоксія плода; зростає загроза відшарування плаценти, ризик родової травми та хірургічного втручання за невідкладними показаннями.

#### **Надмірно сильна пологова діяльність**

Надмірно сильна пологова діяльність розвивається раптово. Сильні перейми відбуваються через короткий проміжок часу, частота скорочень матки більша 5 протягом 10 хвилин, що сприяє швидкому та повному розкриттю маткового вічка.

Швидкими вважають пологи, що тривають менше 6 годин у першонароджуючих і менше 4 годин у повторнонароджуючих, стрімкими – відповідно менше 4 та 2 годин. Вони призводять до виникнення травм у матері та плода (глибокі розриви шийки матки, піхви, промежини, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, гіпотонічна кровотеча, розрив пуповини, крововилив у головний мозок, кефалогематоми).

**Лікування** полягає в немедикаментозному коригуванні сили і частоти переймів. Роділля повинна лежати на боці, протилежному позиції плода.

При розкритті шийки матки менше 6 см та відсутності протипоказань, для зменшення інтенсивності пологової діяльності можливе застосування токолізу  $\beta_2$ -адреноміметиками, які покращують матково-плацентарний кровоток та стан плода.

**Для проведення токолізу гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/ хв. до 10 – 15 крапель/хв., (не перевищувати частоту введення 15 - 20 крапель/хв.) під спостереженням за активністю перейм.**  
(В)

#### **Дискоординована пологова діяльність**

Дискоординована пологова діяльність — порушення координації скорочень різних відділів матки. Клінічна картина характеризується гіпертонусом нижнього сегменту, нерегулярними, сильними, різко болючими переймами і нагадує таку при загрозі розриву матки.

Клінічні ознаки дискоординованої пологової діяльності:

- біль;
- порушення ритму переймів;
- набряк та відсутність динаміки розкриття шийки матки;
- уповільнення або відсутність просування голівки;
- відсутність синхронної хвилі скорочень у різних відділах матки;

- гіпертонус нижнього сегменту матки (зворотний градієнт);
- судомоподібні перейми (тетанія матки);
- дисточія шийки матки.

**Лікування** проводять залежно від причини дискоординації пологової діяльності: (В, С)

- пролонгована епідуральна анестезія;
- проведення токолізу (*гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 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 перейм).*

На всіх етапах лікування аномалій пологової діяльності має проводитись спостереження за станом плода та здійснюватись немедикаментозна профілактика гіпоксії плода (зміна положення тіла роділлі, регуляція дихання).

У третьому періоді пологів застосовують активну тактику ведення.

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

#### Додаток 1

#### Прогнозовані ускладнення залежно від типу порушень пологової діяльності (В, С)

Гіподинамічна пологова діяльність	Гіпердинамічна пологова діяльність
Передчасний розрив плідного міхура	Передчасний розрив плідного міхура
Випадіння пуповини та дрібних частин плода	Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
Дистрес плода	Гостре порушення матково-плацентарного кровообігу
Аспірація плодом навколоплідних вод	Гостра гіпоксія плода
Амніохоріоніт у пологах	Емболія навколоплідними водами, ДВЗ-синдром, кровотеча.
Підвищена частота кесаревого розтину й інших втручань для розродження	Підвищена частота кесаревого розтину й інших втручань для розродження
Пологова травма	Пологова травма
Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді	Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді