

*Челябинская
государственная
медицинская академия*

*Кафедра акушерства и
гинекологии*



АНОМАЛИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ

Доцент, к.м.н. Яковлева Ю.А.

Определение

Аномалии родовых сил — это расстройство сократительной деятельности матки, приводящие к нарушению механизма раскрытия шейки матки и/или продвижения плода по родовому каналу.

Показатели сократительной деятельности:

- ✓ Тонус
- ✓ Интенсивность
- ✓ Продолжительность
- ✓ Интервал
- ✓ Ритмичность
- ✓ Частота
- ✓ Координированность сокращений

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Аномалии сократительной деятельности матки в родах встречаются у 7–20% женщин.
- Слабость родовой деятельности отмечается в 10%, дискоординированная родовая деятельность в 1–3% случаев от общего количества родов.
- 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%).

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Первую классификацию, основанную на клинико-физиологическом принципе, в нашей стране создал И.И. Яковлев (1969г.). В основу его классификации положены изменения тонуса и возбудимости матки.
- Три разновидности тонического напряжения матки в родах:
 - Нормотонус
 - Гипотонус
 - Гипертонус

Характер тонуса	Характер сокращений матки
Гипертонус	Полный спазм мускулатуры (тетания)
	Частичный спазм мускулатуры в области наружного или внутреннего зева (в начале I периода) и нижнего сегмента (в конце I и начале II периодов)
Нормотонус	Нескоординированные, асимметричные в разных отделах схватки, сменяющиеся их остановкой
	Ритмичные, координированные, симметричные схватки
	Нормальные схватки, сменяющиеся слабыми (вторичная слабость)
	Очень медленное нарастание интенсивности схваток (первичная слабость)
	Схватки, не имеющие выраженной тенденции к нарастанию (вариант первичной слабости)

КЛАССИФИКАЦИЯ

В нашей стране принята следующая классификация аномалий сократительной деятельности матки:

- Патологический прелиминарный период.
- Первичная слабость родовой деятельности.
- Вторичная слабость родовой деятельности (слабость потуг как её вариант).
- Чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов.
- Дискоординированная родовая деятельность.

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МКБ X пересмотра (ВОЗ, Женева 1995 г.)

- Первичная слабость родовой деятельности – 062.0
- Вторичная слабость родовой деятельности – 062.1
- Стремительные роды – 062.3
- Дискоординированная родовая деятельность – 062.4

ЭТИОЛОГИЯ

- Клинические факторы, обуславливающие возникновение аномалий родовых сил, можно разделить на 5 групп:

1. Акушерские

- Преждевременное излитие околоплодных вод
- Диспропорция между размерами головки плода и родового канала
- Дистрофические и структурные изменения в матке
- Ригидность шейки матки
- Перерастяжение матки в связи с многоводием, многоплодием и крупным плодом
- Аномалии расположения плаценты
- Тазовые предлежания плода
- Гестоз
- Анемия беременных

ЭТИОЛОГИЯ

2. Факторы, связанные с патологией репродуктивной системы

- Инфантилизм
- Аномалии развития половых органов
- Возраст женщины старше 30 и моложе 18 лет
- Нарушения менструального цикла
- Нейроэндокринные нарушения
- Искусственные аборты в анамнезе
- Невынашивание беременности
- Операции на матке
- Миома
- Воспалительные заболевания женской половой сферы

3. Общесоматические заболевания, инфекции, интоксикации, органические заболевания ЦНС, ожирение различного генеза, дизэнцефальная патология

ЭТИОЛОГИЯ

4. Плодные факторы

- ЗРП
- Внутриутробные инфекции плода
- Анэнцефалия и другие пороки развития
- Перезрелый плод
- Иммунологический конфликт во время беременности
- Плацентарная недостаточность

5. Ятрогенные факторы

- Необоснованное и несвоевременное применение родостимулирующих средств
- Неадекватное обезболивание родов
- Несвоевременное вскрытие плодного пузыря
- Грубые исследования и манипуляции

ПАТОГЕНЕЗ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Дезорганизация функций нервной и
эндокринной систем матери**

Нарушение рецепторов матки

Плацентарно-плодовый фактор



Патогенез аномалий родовой деятельности

- Снижение эстрогенной насыщенности организма – отсутствие «созревания» шейки матки
- Нарушение образования и плотности рецепторов – миометрий малочувствительный к утеротоникам
- Изменение локализации водителя ритма

Патогенез аномалий родовой деятельности

- Нарушение биохимических процессов в клетках
 - нарушение синтеза
 - сократительных белков
 - миоглобина
 - креатинкиназы

Подавление простогландинов и окситоцина и каскадного ритмического синтеза выброса

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Преждевременное появление сократительной активности матки при доношенном плоде и отсутствии биологической готовности к родам.
- Нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности боли внизу живота, в области крестца и поясницы, продолжающиеся более 6 ч.
- Нарушается психоэмоциональный статус беременной, расстраивается суточный ритм сна и бодрствования, развивается утомление.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз патологического прелиминарного периода ставят на основании данных:

- анамнеза;
- наружного и внутреннего обследования роженицы;
- аппаратных методов обследования (наружная КТГ, гистерография).

Выбор лечения ППП зависит от:

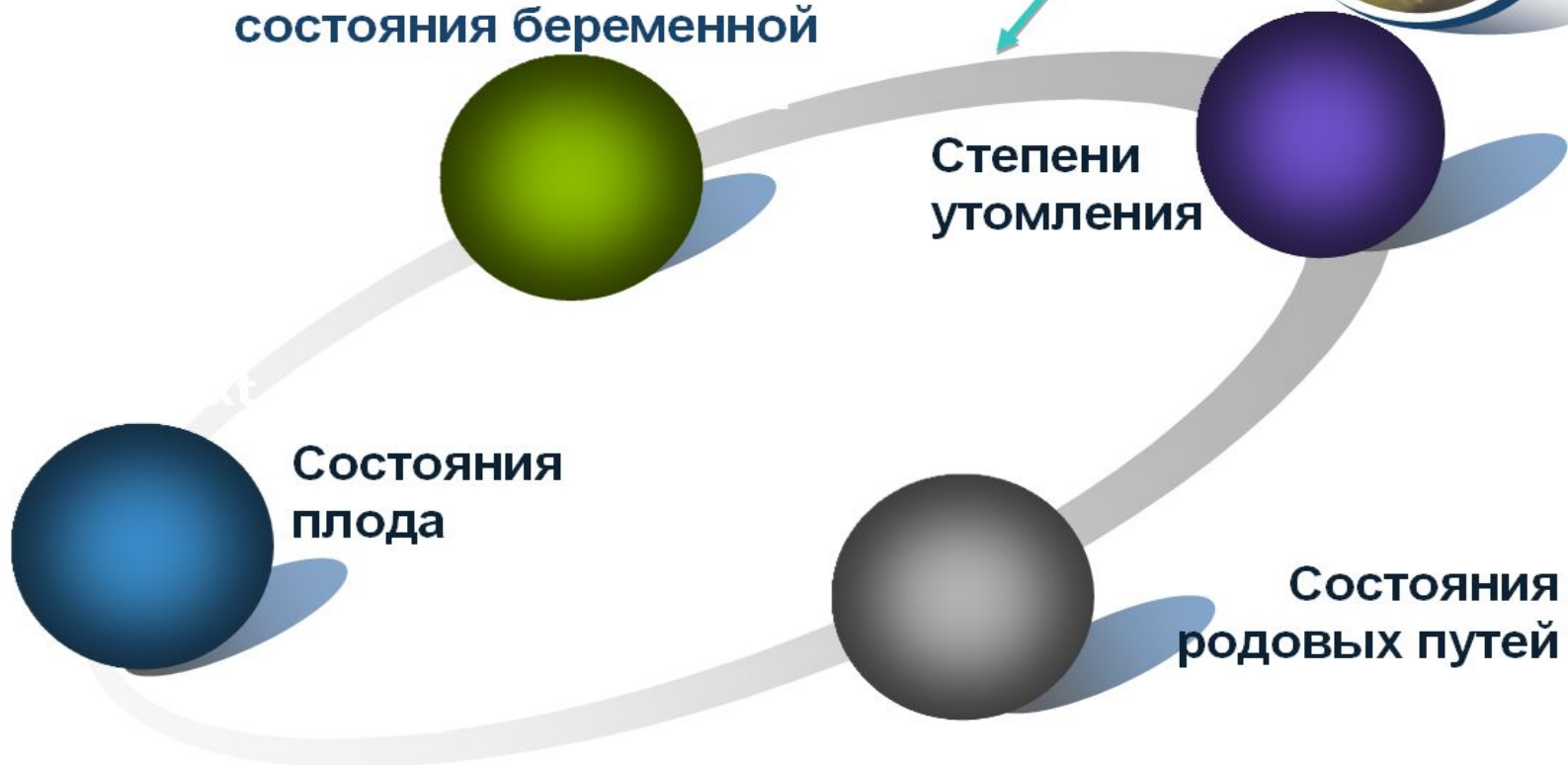


Психоэмоционального
состояния беременной

Степени
устомления

Состояния
плода

Состояния
родовых путей



ЛЕЧЕНИЕ

- **Коррекция сократительной активности матки до достижения оптимальной биологической готовности к родам β -адреномиметиками, антагонистами кальция, М-холинолитиками:**
- инфузии гексопреналина (гинипрала) 10 мкг, тербуталина (бриканила) 0,5 мг. в 0,9% растворе натрия хлорида;
- инфузии верапамила 5 мг. в 0,9% растворе натрия хлорида;
- Бускопан 10 мг. в свечах.

ЛЕЧЕНИЕ

- **Регуляция суточного ритма сна и отдыха (медикаментозный сон в ночное время суток или при утомлении беременной):**
- препараты бензодиазепинового ряда (диазепам 10 мг. 0,5% раствора в/м);
- наркотические анальгетики (тримеперидин (промедол) 20–40 мг. 2% раствора в/м);
- ненаркотические анальгетики (буторфанол (морадол) 2 мг. 0,2% или трамадол 50–100 мг. в/м);
- антигистаминные препараты (хлоропирамин (супрастин) 20–40 мг. или прометазин (пипольфен) 25–50 мг. в/м);
- спазмолитики (дротаверин 40 мг или бенциклан (галидор) 50 мг. в/м).

Лечение

□ Профилактика гипоксии плода

- Инфузии 500 мл 5% раствора декстрозы
- Димеркаптопропансульфонат натрия (унитиол) 0,25 г.
- Аскорбиновой кислоты 5% — 2,0 мл.

□ Терапия, направленная на «созревание» шейки матки:

- ПГ-Е2 (динопростон 0,5 мг интрацервикально)

ЛЕЧЕНИЕ

- β-адреномиметики (гинипрал 2мл мл в 500мл 0,9% р-ра NaCl, партусистен, бриканил);
- перидуральная анестезия раствором бупивакаина
- паравертебральная анестезия.

Тактика ведения в зависимости от «зрелости» шейки матки:

При достижении «зрелости» шейки матки – амниотомия и ведение родов через естественные родовые пути

При сохраняющемся ППП и «незрелой» шейке матки, ОАГА, крупном плоде, тазовом предлежании, ЭГП, аномалии матки, возраст > 30 лет – кесарево сечение.

ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Первичная слабость родовой деятельности — наиболее часто встречающаяся разновидность аномалий родовых сил.
- 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 её частях.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Редкие слабые непродолжительные схватки с самого начала I периода родов.
- По мере прогрессирования родового акта сила, продолжительность и частота схваток не нарастают, либо увеличение этих параметров выражено незначительно.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

□ Характерные признаки:

- Возбудимость и тонус матки снижены
- Схватки с самого начала развития родовой деятельности остаются редкими, короткими, слабыми (15–20 сек):
 - Частота за 10 мин не превышает 1–2 схватки;
 - Сила сокращения слабая, амплитуда ниже 30 мм рт.ст.;
 - Схватки носят регулярный характер, безболезненные или малоболезненные, так как тонус миометрия низкий.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Отсутствие прогрессирующего раскрытия шейки матки (менее 1 см/ч).
- Предлежащая часть плода долгое время остаётся прижатой ко входу в малый таз.
- Плодный пузырь вялый, в схватку наливается слабо (функционально неполноценный).
- При влагалищном исследовании во время схватки края маточного зева не растягиваются силой схватки.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз основывается на:

- Оценке основных показателей сократительной деятельности матки;
- Замедлении темпа раскрытия маточного зева;
- Отсутствии поступательного движения предлежащей части плода.
- При слабости родовой деятельности сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева замедляется (менее 1–1,2 см/ч).

Обязательное диагностическое мероприятие в подобной ситуации — оценка состояния плода, которая служит методом для выбора адекватного ведения родов.

ЛЕЧЕНИЕ

- Терапия первичной слабости родовой деятельности должна быть строго индивидуальной.
- Выбор метода лечения зависит от состояния роженицы и плода, наличия сопутствующей акушерской или экстрагенитальной патологии, продолжительности родового акта.

В состав лечебных мероприятий входят:

- амниотомия;
- введение препаратов непосредственно увеличивающих интенсивность схваток;
- профилактика гипоксии плода.

АМНИОТОМИЯ

- Из акушерских пособий, применяемых для управления и ускорения родов следует указать вскрытие плодного пузыря.
- Еще Н. Н. Феноменов писал: *«Вскрытие плодного пузыря – могучее, подчас единственное средство родоусиления».*
- Другой виднейший русский акушер К.К. Скробанский указывал, что *«Разрыв пузыря не только ускоряет роды, но и значительно повышает эффективность наших обезболивающих методов, так как боли - подчас именно перед отхождением вод - теряют свой нестерпимый характер».*
- Тактика ранней амниотомии (строго по показаниям) приводит к уменьшению средней продолжительности родов приблизительно на 60-120 минут.

АМНИОТОМИЯ

- Показанием для амниотомии служит неполноценность плодного пузыря (плоский пузырь) или многоводие.
- Главное условие для данной манипуляции — раскрытие маточного зева на 3–4 см.
- Амниотомия может способствовать выработке эндогенных ПГ и усилению родовой деятельности.

ЛЕЧЕНИЕ

○ Родоусиление

- Введение окситоцина начинают при открытии маточного зева не менее чем на 2-3 см, то есть на «зрелой» шейки матки.
- Обязательным условием является – отсутствие плодного пузыря.
- Окситоцин в дозе 5 ЕД (1 мл) в разведении на 500 мл глюкозы или физ. раствора и вводят в\в капельно с начальной скоростью введения 8-10 капель в минуту, затем каждые 5 минут число капель добавляют по 5-6.
- Максимальная скорость введения окситоцина 40 капель в минуту.

Осложнения от применения ОКСИТОЦИНА

- Разрыв матки
- Тетанус матки
- Упорная слабость родовой деятельности
- Острая гипоксия плода вследствие нарушения маточно-плацентарного кровообращения
- Антенатальная гибель плода
- Отслойка нормально расположенной плаценты
- Эмболия околоплодными водами (при стимуляции на целом плодном пузыре)

Противопоказания для медикаментозной родостимуляции

- Клинический и анатомически узкий таз
- Наличие рубца на матке
- Угрожающий разрыв матки
- Неправильное положение плода
- Частичная отслойка нормально расположенной плаценты
- Предлежание плаценты
- Острая или хроническая гипоксия плода

Противопоказания для медикаментозной родостимуляции

- Разрывы промежности 3-й степени в анамнезе состояние после восстановления мочеполовых или кишечно-половых свищей
- Утомление роженицы
- Непереносимость окситоцина
- Тяжелый гестоз
- ЗРП II или III степени
- Недоношенная беременность
- Переношенная беременность
- Тазовое предлежание крупного плода

ЛЕЧЕНИЕ

- В тех случаях, когда слабость родовой деятельности диагностирована при раскрытии маточного зева 4 см и более, целесообразно использовать ПГ-F2a (динопрост 5 мг).
- Препарат вводят внутривенно капельно, разведённый в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида с начальной скоростью 2,5 мкг/мин.
- Обязателен мониторинг за характером схваток и сердцебиением плода.
- При недостаточном усилении родовой деятельности скорость введения раствора можно увеличивать вдвое каждые 30 мин, но **не более чем до 20 мкг/мин**, так как передозировка ПГ-F2a может привести к чрезмерной активности миометрия вплоть до развития гипертонуса матки.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- Дистресс-синдром у плода, проявляющийся брадикардией до 70 уд\мин в первую минуту введения препарата.
- Гиперстимуляция родовой деятельности (более 5 схваток за 10 мин. длительностью до 2 мин. и более).

Если в течении 2-4 часов родостимуляции не удастся получить адекватного эффекта, дальнейшее введение утеротоников не целесообразно. **Роды следует закончить операцией кесарева сечения.**

ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Вторичная гипотоническая дисфункция матки (вторичная слабость родовой деятельности) встречается значительно реже, чем первичная.
- При данной патологии у рожениц с хорошей или удовлетворительной родовой деятельностью происходит её ослабление.
- Обычно это происходит в конце периода раскрытия или в период изгнания.

ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Вторичная слабость родовой деятельности осложняет течение родового акта у женщин, имеющих следующие особенности:

- *отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (нарушения менструального цикла, бесплодие, аборты, невынашивание, осложнённое течение родов в прошлом, заболевания половой системы);*
- *осложнённое течение настоящей беременности (гестоз, анемия, иммунологический конфликт во время беременности, плацентарная недостаточность, перенашивание);*
- *соматические заболевания (болезни сердечно-сосудистой системы, эндокринная патология, ожирение, инфекции и интоксикации);*
- *осложнённое течение настоящих родов (длительный безводный промежуток, крупный плод, тазовое предлежание плода, многоводие, первичная слабость родовой деятельности).*

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Схватки становятся редкими, короткими
- Их интенсивность снижается в периоде раскрытия и изгнания, несмотря на то, что латентная и, возможно, начало активной фазы могут протекать в обычном темпе.
- Раскрытие маточного зева, поступательное движение предлежащей части плода по родовому каналу резко замедляется, а в ряде случаев прекращается.

ДИАГНОСТИКА

- Оценивают схватки в конце I и во II периоде родов, динамику раскрытия маточного зева и продвижения предлежащей части.

Вторичная слабость родовой деятельности -

возникает в активную фазу родов, либо в конце первого периода родов, что предполагает проведение дифференциальной диагностики с клинически узким тазом.

ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

- ❖ Особенности вставления головки;
- ❖ Степень выраженности ее конфигурации;
- ❖ Отсутствие поступательных движений головки, особенно при полном раскрытии шейки матки и активной родовой деятельности;
- ❖ Наличие признака Вастена;

Важными симптомами при неполном раскрытии шейки матки являются:

- ❖ Недостаточный прогресс в раскрытии шейки матки, ее отек;
- ❖ Замедленное продвижение головки;
- ❖ Вставные потуги (при раскрытии шейки матки – 5 см);

ЛЕЧЕНИЕ

- На выбор стимулирующих средств влияет степень раскрытия маточного зева.

При раскрытия 5–6 см и более для завершения родов требуется не менее 3–4 ч.

- рационально применение внутривенного капельного введения ПГ- F2a (динопрост 5 мг).
- скорость введения препарата обычная: начальная — 2,5 мкг/мин, но не более 20 мкг/мин.

ЛЕЧЕНИЕ

- Если в течение 2 ч не удаётся добиться необходимого стимулирующего эффекта, то инфузию ПГ-F2a можно комбинировать с окситоцином 5 ЕД.

ЛЕЧЕНИЕ

На изменение тактики врача оказывают влияние 2 основных фактора:

- отсутствие или недостаточный эффект от медикаментозной стимуляции родов;
- гипоксия плода.

В зависимости от акушерской ситуации избирают тот или иной метод быстрого и бережного родоразрешения:

- КС
- полостные акушерские щипцы при головке, находящейся в узкой части полости малого таза,

ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ



ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- Чрезмерно сильная родовая деятельность относится к гипердинамической дисфункции сократительной активности матки.
- Для неё характерны чрезвычайно сильные и частые схватки и/или потуги на фоне повышенного тонуса матки.

КЛИНИКА

Для чрезмерно сильной родовой деятельности характерны:

- Чрезвычайно сильные схватки (более 50 мм рт.ст.);
- Быстрое чередование схваток (более 5 за 10 мин);
- Повышение базального тонуса (более 12 мм рт.ст.);
- Возбуждённое состояние женщины, выражающееся повышенной двигательной активностью, учащением пульса и дыхания, подъёмом АД.
- Возможны вегетативные нарушения: тошнота, рвота, потливость, гипертермия.

КЛИНИКА

- При бурном развитии родовой деятельности из-за нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения часто наступает гипоксия плода.
- Вследствие очень быстрого продвижения по родовым путям у плода могут возникать различные травмы:
 - кефалогематомы,
 - кровоизлияния в головной и спинной мозг,
 - переломы ключицы и др.

ДИАГНОСТИКА

- Необходима объективная оценка характера схваток, динамики открытия маточного зева и продвижения плода по родовому каналу.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечебные мероприятия должны быть направлены на снижение повышенной активности матки.

- С этой целью применяют внутривенное капельное введение β -адреномиметиков (гексопреналин 10 мкг, тербуталин 0,5 мг или орципреналин 0,5 мг в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида), которое имеет ряд преимуществ:
 - быстрое наступление эффекта (через 5–10 мин);
 - возможность регуляции родовой деятельности изменением скорости инфузии препарата;
 - улучшение маточноплацентарного кровотока.
- Введение β -адреномиметиков по мере необходимости может осуществляться до рождения плода.

ЛЕЧЕНИЕ

- Роженицам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, тиреотоксикозом, СД, β -адреномиметики противопоказаны. В таких случаях применяют внутривенное капельное введение антагонистов кальция (верапамил).
- Роженица должна лежать на боку, противоположном позиции плода. Такое положение несколько снижает сократительную активность матки.

ДИСКООРДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ



ДИСКООРДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- Под дискоординацией родовой деятельности понимают отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой её половиной, верхним (дно, тело) и нижним отделами, всеми отделами матки.

ФОРМЫ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- распространение волны сокращения матки с нижнего сегмента вверх (доминанта нижнего сегмента, спастическая сегментарная дистоция тела матки);
- отсутствие расслабления шейки в момент сокращения мускулатуры тела матки (дистоция шейки матки);
- спазм мускулатуры всех отделов матки (тетания матки).

КЛИНИКА

- Резко болезненные частые схватки, разные по силе и продолжительности (резкие боли чаще в крестце, реже — внизу живота, появляющиеся во время схватки, тошнота, рвота, чувство страха).
- Отсутствует динамика раскрытия шейки матки.
- Предлежащая часть плода длительно остаётся подвижной или прижатой ко входу в малый таз.
- Повышен базальный тонус.

ДИАГНОСТИКА

Оценивают характер родовой деятельности и её эффективность на основании:

- жалоб роженицы;
- общего состояния женщины, которое во многом зависит от выраженности болевого синдрома, а также от вегетативных нарушений;
- наружного и внутреннего акушерского обследования;
- результатов аппаратных методов обследования.

При влагалищном исследовании можно обнаружить признаки отсутствия динамики родового акта: края маточного зева толстые, часто отёчные.

ДИАГНОСТИКА

- Диагноз дискоординированной сократительной деятельности матки подтверждают с помощью КТГ, наружной многоканальной гистерографии и внутренней токографии.
- Аппаратные исследования выявляют нерегулярные по частоте, продолжительности и силе сокращения на фоне повышенного базального тонуса миометрия.
- КТГ, проводимая до родоразрешения в динамике, позволяет не только наблюдать за родовой деятельностью, но и обеспечивает раннюю диагностику гипоксии плода.

ЛЕЧЕНИЕ

- Для лечения дискоординированной родовой деятельности используются инфузии β -адреномиметиков, антагонистов кальция, спазмолитиков, спазмоаналгетиков.
- При раскрытии маточного зева более 4 см показана длительная эпидуральная аналгезия.

Осложнения регионарной анестезии

- Аллергические реакции;
- «Нераспознанные» события во время регионарной блокады;
- Коллапс сердечно-сосудистой системы (при болюсном введении анестетиков);
- Затруднения при пункции;
- Мозаичный неполноценный блок;
- Постпункционный синдром.

ЛЕЧЕНИЕ

- Для быстрого снятия гипертонуса матки используют токолиз болюсной формы гексопреналина (25 мкг внутривенно медленно в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида).
- Режим введения токолитического средства должен быть достаточным для полной блокады сократительной деятельности и снижения маточного тонуса до 10–12 мм рт.ст. Затем токолиз (10 мкг гексопреналина в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида) продолжают 40–60 мин.
- Если в течение часа после прекращения введения β -адреномиметиков не восстанавливается нормальный характер родовой деятельности, то начинают введение капельное ПГ-F2a.
- Профилактика внутриутробной гипоксии плода обязательна.

Показания к абдоминальному родоразрешению

- Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (длительное бесплодие, невынашивание беременности, неблагоприятный исход предыдущих родов и др.);
- Сопутствующая соматическая (сердечно-сосудистые, эндокринные, бронхолёгочные и другие заболевания) и акушерская патология (гипоксия плода, перенашивание, тазовые предлежания и неправильные вставления головки, крупный плод, сужение таза, гестоз, миома матки и др.);
- Первородящие старше 30 лет;
- Отсутствие эффекта от консервативной терапии.

ПРОФИЛАКТИКА

Отбор женщин группы высокого риска по данной патологии. К ним относят:

- первородящих старше 30 лет и моложе 18 лет;
- беременных с «незрелой» шейкой матки накануне родов;
- женщин с отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом (нарушение менструального цикла, бесплодие, невынашивание, осложнённое течение и неблагоприятный исход предыдущих родов, аборты, рубец на матке);

ПРОФИЛАКТИКА

- женщин с патологией половой системы (хронические воспалительные заболевания, миома, пороки развития);
- беременных с соматическими заболеваниями, эндокринной патологией, ожирением, психоневрологическими заболеваниями, нейроциркуляторной дистонией;
- беременных с осложнённым течением настоящей беременности (гестоз, анемия, хроническая плацентарная недостаточность, многоводие, многоплодие, крупный плод, тазовое предлежание плода);
- беременных с уменьшенными размерами таза.



Сельский доктор Ernest Ceriani, единственный врач на 1200 квадратных миль региона, после неудачной операции кесарева сечения, в ходе которой из-за осложнений погибли мать и ребенок.

Country Doctor. Photo by W. Eugene Smith, 1948

«...Благополучное материнство – это не только предотвращение смерти, это здоровье матери, здоровье нации, а также благополучное рождение ребенка, готового к здоровому и счастливому детству».

**«Концепция безопасного материнства»
Всемирная организация здравоохранения**

**СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ**