

А.К.Семенюк,
Т.С. Дивакова

УО «Витебский
государственный
медицинский университет».

Клиническая лекция посвящена актуальной проблеме аномалий родовой деятельности - патологическому прелиминарному периоду. Рассмотрены вопросы клиники и принципы лечения патологического прелиминарного периода с учетом современных научных данных о патогенезе гипо- и гипертонической дисфункции матки. В лекции приведена схема лечения патологического прелиминарного периода.

Общепринято, что формирование родовой доминанты завершается в течение последних 2—3 недель беременности. Этот период называется подготовительным (предвестники родов), он переходит в прелиминарный, а прелиминарный — в роды.

Предвестники родов имеют характерные признаки: опускается предлежащая часть плода и дно матки, что обусловлено формированием нижнего сегмента, снижается масса тела беременной (на 400 – 1000 г), учащается мочеиспускание, увеличиваются выделения из влагалища, появляется незначительная болезненность внизу живота, пояснице и крестцово-подвздошных сочленениях. Важным предвестником родов являются безболезненные, нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности сокращения матки, которые улучшают кровообращение, способствуют формированию нижнего сегмента, укорочению и размягчению шейки матки, ее созреванию (Н.А. Егорова и соавт., 2002).

Физиологический прелиминарный период характеризуется появлением при доношенной беременности нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности болей схваткообразного характера внизу живота и поясничной области. Ритм сна и бодрствования не нарушается. Ряд авторов (Friedman E.A., Sachtleben M.R., 1963; Rosen M., 1990) нормальный прелиминарный период называют латентной фазой родов, которая у первородящих равна примерно 8 часам, у повторнородящих — 5 ч. Наблюдается постепенное усиление и учащение болей и переход их в регулярные родовые схватки. Изредка прелиминарные схваткообразные боли прекращаются и возобновляются через сутки и больше. При наружном исследовании тонус матки обычный. При влагалищном исследовании шейка матки «зрелая», из влагалища слизистые выделения. На гистерограмме преобладает амплитуда

Патологический прелиминарный период (клиника, принципы лечения)

сокращений дна и тела матки над нижним сегментом. Окситоциновый тест Смита положительный. Диагноз физиологического (нормального) прелиминарного периода можно поставить на основании клиники, данных влагалищного исследования и гистерографии.

Аномалиям родовой деятельности нередко предшествует изменение характера предродового подготовительного периода.

Нормальные предродовые сокращения матки незаметны, безболезненны, чаще возникают ночью и приводят к структурным изменениям шейки матки. Патологический подготовительный (прелиминарный) период (ППП) характеризуется повышением тонуса миометрия, спастическим сокращением мышечных волокон в перешейке и отражает родовую гипертоническую дисфункцию матки.

Частота патологического прелиминарного периода составляет от 10 до 17% (И.С.Сидорова, Н.В.Онопrienko, 1985), совпадая с частотой аномальной родовой деятельности. По данным Подтетенева А.Д., Братчикова Т.В., Котайш Г.А.(2003) патологический прелиминарный период предшествует слабости родовой деятельности в 16,0% случаев, дискоординированной родовой деятельности - в 23,8% и физиологической родовой деятельности - в 5,0% случаев. Н.А. Егорова и соавт. (2002) указывают, что частота патологического прелиминарного периода составляет от 10 до 20%.

Основными этиологическими моментами, приводящими к развитию клинических проявлений прелиминарного периода, являются функциональные сдвиги в центральной нервной системе, вегетативные и эндокринные изменения в организме беременной. Патологический прелиминарный период наблюдается у женщин с эндокринными расстройствами, ожирением, вегетативными неврозами, нейроциркуляторной сосудистой дистонией, при наличии страха перед родами, при отрицательном отношении к предстоящим родам, у беременных сотягощенным акушерским анамнезом, осложненным течением данной беременности, у пожилых первородящих и др.[8]. Причины нарушений сократительной деятельности матки при патологическом прелиминарном периоде сложны и многообразны. Ведущую роль в возникновении патологического прелиминарного периода отводят биохимическим процессам в самой матке, необходимый уровень которых обеспечивают нервные и гуморальные факторы.

Патологический прелиминарный период имеет специфическую клиническую картину. Признаками

характеризующими ППП являются следующие:

- Отмечаются нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности схваткообразные боли внизу живота, области крестца и поясницы, возникающие не только ночью, но и днем. Продолжительность патологического прелиминарного периода колеблется от 6 до 24—48 ч и более.
- Тонус матки повышен, особенно в области нижнего сегмента, предлежащая часть плода располагается высоко. Сокращения матки долгое время носят монотонный характер: их частота не увеличивается, сила не возрастает. Поведение женщины не оказывает на них какого-либо влияния.
- ППП сопровождается выраженными вегетативными расстройствами (потливость, нарушение сна, вегетативно-сосудистая дистония). Беременная жалуется на плохой сон, сердцебиение, одышку, нарушение функции кишечника, повышенное и болезненное шевеление плода, наступает утомление и появляются признаки внутриутробного страдания плода связанные с нарушением кровоснабжения матки и, следовательно, маточно-плацентарного кровотока.
- При гистерографическом исследовании выявляются схватки разной силы и продолжительности с неодинаковыми интервалами, т.е. дискоординированные. При этом болезненные ощущения не соответствуют силе и продолжительности схваток.
- При цитологическом исследовании влагалищного мазка выявляется недостаточность эстрогенной насыщенности организма.

При влагалищном исследовании имеется повышенный тонус мышц тазового дна, сужение влагалища как результат спазма круговых мышц, шейка остается незрелой, длинной, эксцентрично расположенной. Наружный и внутренний зевы закрыты. Предлежащая часть остается подвижной над входом в малый таз. Структурных изменений шейки матки («созревания») не происходит. Иногда внутренний зев определяется в виде плотного валика. При отсутствии созревания шейки родовая деятельность длительное время не развивается.

По классификации Е. Х. Бишоп, шейка остается «незрелой» или «недостаточно зрелой».

Таким образом, сущность ППП заключается в повышенном тонусе миометрия, спастическом сокращении внутреннего маточного зева и нижнего

маточного сегмента, где мышечные волокна имеют круговую, циркулярную и поперечную направленную ориентацию, на этом фоне нарушается нормальная гемодинамика матки, а, следовательно созревание шейки матки. В конечном итоге длительные непродуктивные схватки приводят к истощению энергетических резервов миометрия. Наличие ППП свидетельствует об отсутствии готовности к родам и предшествующей родам патологии сократительной деятельности матки, недостаточной, асинхронной готовности матери и плода к развязыванию родовой деятельности.

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений ППП является родовое излитие вод, которое уменьшает объем матки и снижает тонус миометрия. Родовое излитие околоплодных вод в сочетании с патологическим прелиминарным периодом, «незрелой» шейкой матки свидетельствует о нарушениях в нейроэндокринной и миогенной регуляции сократительной деятельности матки.

Нарушение целостности плодного пузыря может быть следствием воспалительных изменений плодных оболочек при хориоамнионите, эндоцервиците, истмико-цервикальной недостаточности, кольпите. Но, как показали исследования И.С.Сидоровой (2006), основная причина несвоевременного излития околоплодных вод заключается в неравномерном, быстром, скачкообразном повышении и снижении внутриамниотического давления на фоне повышенного базального тонуса (до 13—15 мм рт.ст.).

Клинические и лабораторные исследования И.С.Сидоровой (1987) позволили выявить у этих пациенток нарушение вегетативного равновесия: повышение в крови уровня адреналина и норадреналина, снижение ацетилхолинэстеразной активности эритроцитов. Анализ результатов определения активности кининовой системы показал, что у женщин при «незрелой» шейке матки и ППП отмечено более высокое содержание в плазме крови прекалликреина, который при определенных условиях легко переходит в калликреин. Результаты изучения показателей, характеризующих функциональную активность адренергической и холинергической систем, при доношенной беременности и затыжном ППП (от 1—3 сут) подтверждают преобладание тонуса парасимпатической нервной системы. Уменьшение количества SH-групп, снижение содержания транскетаказы и активности ферментов пентозофосфатного окисления свидетельствуют о низком уровне резервных возможностей сократительной активности матки.

Шкала степени зрелости шейки матки /по Е.Х. Бишопу/

Признаки	0	1 балл	2 балла
Консистенция шейки матки	Плотная Внутренний зев плотный	Размягчена по периферии	Мягкая
Длина шейки матки	Более 2 см	1-2 см	Менее 1 см
Проподимость шеечного канала	Закрыт или пропускает кончик пальца	Канал проходим до внутреннего зева	1-2 пальца за внутренний зев
Шейка матки по отношению к проводимой оси	кзади	Кзади или кпереди	По проводной оси

0 - 1 балла – шейка «незрелая»

3 - 4 балла – шейка недостаточно зрелая (или созревающая по Г.Г. Хечинашвили)

5 – 8 баллов – шейка «зрелая».

При отсутствии своевременного и адекватного лечения ППП снижается маточно-плацентарная перфузия газов, что приводит к нарушению функционального состояния плода.

Патологический прелиминарный период необходимо выносить в диагноз как нозологическую форму дородовой патологии сократительной деятельности матки, требующей лечения.

Методика формулирования акушерского диагноза у беременной:

1. Очередность беременности; предстоящих родов.
2. Срок беременности в неделях.
3. Осложнения беременности.
4. Положение, предлежание, членорасположение, особенности внутриутробного развития плода (указываются в диагнозе в случае отклонения течения беременности).
5. Акушерско-гинекологический и общий анамнез: первородящая старшего возраста (старше 30 лет), юная первородящая (младше 18 лет), отягощенный акушерский и/или гинекологический анамнез.
6. Экстрагенитальная патология.

Например: Беременность 2-я, 40-41 нед. Предстоящие роды 1-е. Патологический прелиминарный период. Анемия беременных 1-й степени. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (искусственный аборт, вторичное бесплодие). Первородящая 27 лет. Диффузный эутиреоидный зоб 11 степени.

Важно дифференцировать первичную слабость родовой деятельности и патологический прелиминарный период в связи с тем, что терапия этих состояний различна. При слабости родовой деятельности показано назначение тонометрических средств, а при патологическом прелиминарном периоде такая терапия противопоказана. Дифференциальная диагностика патологического прелиминарного периода и первичной слабости

родовой деятельности основывается на том, что при слабости родовой деятельности схватки носят регулярный характер, но слабой интенсивности и редкие, в тоже время тонус матки нормальный или понижен, отмечается слабая динамика раскрытия шейки матки.

Несмотря на многочисленные попытки поиска эффективных методов лечения, предпринимаемых акушерами всего мира, аномалии родовой деятельности являются одной из основных причин, по которым производится оперативное родоразрешение. Среди всех показаний к кесареву сечению аномалии родовой деятельности составляют 12,0-26,8%, но по данным ВОЗ (2001), увеличение числа оперативных родов более 10-12% не приводит к снижению перинатальной заболеваемости и смертности. В последние годы отмечен прогресс в понимании механизмов физиологической и патологической родовой деятельности, появились новые подходы к лечению с учетом сложного, многофакторного характера патогенеза аномалий родовой деятельности. Установлено, что активация клеток миометрия через последовательную цепь процессов вызывает повышение внутриклеточной концентрации кальция и образование актомиозина, что и приводит к сокращению гладкомышечных волокон. Расслабление миометрия также осуществляется за счет сложного биохимического процесса, одним из аспектов которого является удаление избытка Ca^{2+} из клетки посредством обмена между натрием и кальцием. Основным кальций - мобилизующим фактором, которому принадлежит одна из ключевых ролей в регуляции родовой деятельности, является фактор активации тромбоцитов, избыточная продукция которого в околоплодные воды перед родами стимулирует биосинтез простагландинов.

Вышеизложенные теоретические предпосылки послужили основанием к использованию таких лекарственных средств как блокаторы кальциевых каналов и бета-адреномиметики, а также сочетания их с простагландинами для подготовки беременных к родам.

Перед назначением медикаментозных препаратов для

коррекции ППП необходимо иметь четкое представление о факторах риска, что позволяет прогнозировать исход родов. Оценить возраст, соотношение числа беременностей и родов, анамнез, состояние здоровья беременной и ее плода, соотношения размеров таза и головки.

Основная цель терапии ППП заключается в устранении гипертонуса матки, некоординированных сокращений матки, ускорении процессов «созревания» шейки матки, нормализации психоэмоционального состояния беременной и, в конечном итоге, развитии спонтанной физиологической родовой деятельности.

Использование сокращающих матку средств не дает желаемого эффекта, а наоборот, усугубляет имеющуюся патологию. Поэтому препараты сильного тонометрического действия (окситоцин, простагландины) при ППП применять нельзя из-за опасности усиления спастического сокращения запирающих, циркуляторных мышц внутреннего зева матки, спиралеобразных волокон тела матки, трубных углов и влагалища.

В настоящее время для лечения ППП в подавляющем большинстве отечественных публикаций предлагают использовать эстрогены, витамины, ненаркотические анальгетики, метилксантины, электроаналгезию, электрорелаксацию матки, иглорефлексотерапию. Однако данные методы лечения не являются достаточно эффективными, так как не устраняют патогенетические изменения, вызвавшие гипертонус и некоординированные сокращения матки. Так, в условиях «утомления» гладких мышц, а также снижения поступления кислорода в ткани вследствие гипертонуса энергетический обмен начинает претерпевать патологические изменения, при этом процесс окисления глюкозы переходит на анаэробный гликолиз, начинают накапливаться недоокисленные активированные формы жирных кислот. В результате недостатка энергии и накопления активированных форм жирных кислот происходит нарушение работы кальциевых насосов, а длительные непродуктивные схватки приводят к истощению энергетических резервов миометрия.

Поэтому во всех случаях развития ППП следует назначать лечебный акушерский сон. Например, лечебный акушерский сон (ГОМК 50 – 65 мг/кг (в среднем 4 г) per os + раствор промедола 2% - 2 мл внутримышечно + раствор реланиума 2 мл (10 мг) внутримышечно). Оксibuтират натрия обладает антигипоксической активностью, вызывает стабилизацию трансмембранного градиента клетки и улучшает функцию калий-натриевого насоса. Он способствует более быстрому раскрытию маточного зева и уменьшению гипоксических состояний плода.

Альтернативная методика акушерского сна (при отсутствии анестезиолога): дроперидол 2 – 3 мл 0,25% раствор и/или диазепам (седуксен) 0,5% 2-3 мл в/м или в/в + промедол 2% - 2 мл (20-40 мг) п/к, в/м

или в/в + пипольфен 2,5% (димедрол 1%) 2 мл (50 мг) в/м или в/в. Данные препараты сами по себе не обладают наркотическим действием, имеют разные точки приложения действия, при комбинации препаратов наблюдается потенцирование действия, поэтому необходимо уменьшить их обычные дозы. Седуксен, действуя на лимбическую область, обеспечивает нормализацию нервно-психических реакций и расслабление циркуляторной мускулатуры шейки матки. При лечебном акушерском сне снижается интенсивность обменных процессов и потребление кислорода тканями. После отдыха уменьшаются явления метаболического ацидоза, повышаются обменные и окислительные процессы, на фоне которых усиливается действие утеротонических препаратов [6]. Медикаментозный отдых, устраняя усталость, раздражительность, оказывает позитивное влияние на психоэмоциональное состояние беременной, но также не является в полной мере патогенетически обоснованным лечением.

Транквилизаторы при беременности противопоказаны из-за опасности воздействия на лимбическую систему мозга плода, где формируются центры эмоциональной сферы человека.

После медикаментозного отдыха основная часть пациенток пробуждаются в активной фазе родов, но у каждой десятой отсутствует сократительная деятельность матки, у 5% схватки после пробуждения слабые и этим роженицам показано введение утеротонических средств (Н.А.Егорова и соавт., 2002).

Хороший эффект оказывает внутривенное введение 5 мл 10% раствора блокатора окисления жирных кислот - милдроната. Препарат вводят перед проведением токолиза. За счет сенсibiliзирующего действия, которое милдронат оказывает на β -адренорецепторы, возрастает сродство последних к вводимым β -адреномиметикам, сократительная деятельность под действием блокаторов окисления жирных кислот сначала снижается, а затем возрастает и превышает первоначальные значения. Это дает возможность при достижении необходимого токолитического эффекта сократить дозу β -адреномиметиков в 2 раза, что практически полностью устраняет побочные эффекты данных препаратов. Кроме того, милдронат нормализует энергетический обмен, снижая риск развития аномалий родовой деятельности в родах.

Патогенетически обосновано применение препаратов с токолитическим эффектом. Наибольшим токолитическим эффектом, снимающим болезненные, беспорядочные сокращения матки и одновременно способствующим подготовке шейки матки к родам, обладают β -адреномиметики. Бета - адреномиметики активируют рецепторы миометрия, повышают уровень ц-АМФ, глюкозы, триглицеридов, активируют кальций-зависимую АТФ-азу, что приводит к снижению концентрации кальция в цитоплазме и расслаблению

гладких мышц. Кроме того эти препараты улучшают благоприятное действие на состояние внутриутробного плода (Э.К. Айламазян, Б.Н. Новиков, Л.П. Павлова и др., 2002). Поэтому перед назначением акушерского сна следует проводить острый токолиз β -адреномиметиками (партусистен, бриканил, гинипрал и другие). Гинипрал эффективно снимает спастические сокращения перешейка матки, понижает базальный тонус и нормализует возбудимость матки. Методика проведения: для токолиза гексопреналин 25 мкг (5 мл) разводят в 200 или 400 мл физиологического раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы. Введение начинают с частотой 20 капель в минуту - 60 мл/час (1 мл = 20 кап). При необходимости скорость инфузии можно увеличить до 40 кап/мин (120 мл/час). Инфузию необходимо проводить под регулярным контролем цифр артериального давления, частоты пульса матери и частоты сердцебиения плода. Практический врач должен помнить, что β -адреномиметики могут вызывать тахикардию, снижение артериального давления, потливость, тошноту, которые ликвидируются назначением антагонистов кальция – изоптин, верапамил и др. Противопоказания к применению бета-адреномиметиков: заболевания сердечно-сосудистой системы, аритмии, сахарный диабет 1 типа, тиреотоксикоз, аденома гипофиза, глаукома, тяжелые заболевания печени и почек, острые инфекции, предлежание плаценты, отслойка плаценты, рубец на матке.

В.В. Абрамченко (1999) для лечения патологического прелиминарного периода рекомендует использовать антагонист кальция – нифедипин в таблетках по 10 мг 3 раза с интервалом 15 минут. Антагонисты кальция или блокаторы кальциевых каналов - фармакологические средства, препятствующие трансмембранному поступлению ионов кальция в клетку, уменьшая ее способность развивать механическое напряжение. Антагонисты кальция: верапамил 5 мг 0,25%-2,0, табл. 0,04, 0,08; изоптин 0,25%-5,0, табл. 0,04, 0,08; финоптин табл. 0,04, 0,08; дилтиазем табл. 0,08. Препараты для внутривенных инфузий разводят в 200 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% NaCl. Введение начинают с частотой 10 капель в 1 мин /30 мкг/ч/ с увеличением до 20-40 капель в мин под контролем артериального давления, ЧСС матери и плода. Побочные явления: снижение АД на 10 мм.рт.ст., гипотония, брадикардия, тошнота, головокружение, запоры. Противопоказания: сердечная недостаточность II-III; атриовентрикулярная блокада с редким ритмом; синдром слабости синусового узла; гипоксия плода (ЧСС<100уд), в/мин колебания <4-3 по кардиограмме. Антагонисты кальция расслабляют миометрий и ускоряют созревание шейки матки. В комбинации с бета-адреномиметиками и глюкокортикоидами способствуют развязыванию родовой деятельности (Э.К. Айламазян, 2002). Глюкокортикоиды: дексаметазон табл. 0,0005 - 4 раза в день; гидрокортизон 125 мг в/в капельно.

Для срочной подготовки шейки матки к родам

при целом плодном пузыре используют простагландиновые гели (препидил-гель, динопростон, простенон) интрацервикально, эффективно и влагалищное введение простагландина E_2 (цервидил, 10 мг динопростона) и E_1 (мизопроствол) 25 мг в виде таблеток или интрацервикально. Простагландины E выполняют роль локального саморегулирующего механизма по принципу отрицательной обратной связи, препятствуя чрезмерной активации симпато-адреналовой системы.

Простагландин E_2 : динопростон / простин E_2 / 1 %- 0,5 мл внутривенно на 200 - 400 мл физиологического раствора, со скоростью 8-12-40 кап в минуту; простин / простенон/ 1% - 5мл внутривенно на 200 - 400 мл физиологического раствора 8-12-40 кап в минуту; препидил-гель /0,5мг/ вводится в задний свод влагалища или интрацервикально; простин-гель E_2 /1мг/ вводится в задний свод влагалища или интрацервикально.

Простагландин E_2 (простенон). Оказывает свое действие благодаря адренергической передаче на пресинаптическом уровне, что приводит к выделению норадреналина из адренергических окончаний. Методика введения: начинается введение со скоростью 5 – 8 капель в минуту. При достижении эффекта через 30 минут скорость введения остается прежней. При отсутствии эффекта скорость введения увеличивают через каждые 30 минут. Достижением регулярной родовой деятельности, без гиперстимуляции матки, считается наличие 4 – 5 маточных сокращений за 10 минут при длительности сокращений 40–50 сек. Во время родовозбуждения необходимо тщательно следить за состоянием плода (постоянный мониторинг КТГ).

В англоязычной литературе для аналогичных целей предлагают использовать вагинальное или интрацервикальное введение 25–50 мг простагландина E_1 (мизопроствол), но в республике Беларусь применение мизопростола для этих целей еще официально не разрешено. Механизм действия аналогичен простенону. Мизопроствол выпускается в таблетированной форме. Протокола применения данного препарата с целью родовозбуждения и родостимуляции, включающего дозы, пути введения, до настоящего времени нет.

Ламинарии – лиофилизированные морские водоросли применяют для механического расширения цервикального канала интрацервикально по 1-3 штуки на 24 часа. Длительность: 2-4 дня. Показания: досрочное прерывание беременности в разных сроках, индуцированный выкидыш, незрелость шейки матки при доношенной беременности. Противопоказания: воспалительные заболевания гениталий, опухоли шейки матки, рубец на матке, аномалии прикрепления плаценты [2].

Патогенетически обоснованно применение спазмолитических средств, которые устраняют дискоординированные сокращения матки и улучшают маточно-плацентарное кровообращение. С

этой целью используются: но-шпа по 2 мл, или 1,5% раствор ганглерона по 2 мл, или 1% раствор апрофена по 1 мл, или 2% раствор папаверина, или 0,2% раствор платифиллина по 1 мл. При этом предпочтение следует отдавать платифиллину. Платифиллин единственный спазмолитик, который уменьшает содержание прекалликреина в плазме крови, а при ППП отмечено более высокое содержание в плазме крови прекалликреина, который при определенных условиях легко переходит в калликреин. В связи с этим использование платифиллина является патогенетически обоснованным в лечении ППП.

По окончании выше указанной терапии (токолитики, лечебный акушерский сон, спазмолитики и т.д.) повторно проводят оценку акушерской ситуации, обращая особое внимание на изменение состояния шейки матки («зрелая», «недостаточно зрелая», «полное отсутствие созревания»).

Благоприятным результатом лечения считается спонтанное начало регулярной родовой деятельности, либо сформировавшаяся готовность организма беременной к родам. Во втором случае при «зрелой» шейке матки вскрывают плодный пузырь и, если через 2 часа не появляются регулярные схватки, проводят родовозбуждение простагландинами Е₂. Амниотомия при ППП дает хороший эффект только после проведенного медикаментозного лечения при «зрелой» шейке матки и наличии положительного результата окситоцинового теста Смита. Вскрытие плодного пузыря при незрелых родовых путях является акушерской ошибкой, так как увеличивается риск развития аномалий родовой деятельности.

Если в течение суток не удается достичь эффекта у женщин с доношенной беременностью, незрелой шейкой матки, ОАА, крупным плодом, тазовым предлежанием, у первородящих старшего возраста и другими осложнениями, показано родоразрешение путем операции кесарева сечения.

На основании вышеизложенного предлагаем схему лечения патологического прелиминарного периода:

ПГЕ₂ - гель или внутривенно капельно, или ламинарии, или катетер Фолея.

↓
Милдронат 10% - 5,0 в/в

↓
Гинипрал 10 мкг в/в

↓
спазмолитики

акушерский сон-отдых на 2 - 3 часа .



- при «зрелой» шейке матки и положительной окситоциновой пробе Смита необходимо выполнить амниотомию;
- если родовая деятельность не разовьется в течении 2-3 часов, проводится родовозбуждение только простагландинами Е₂ в/в;
- при незрелой шейке матки выполняется кесарево сечение.

Рациональное и адекватное лечение патологического прелиминарного периода способствует развитию нормальной (физиологической) родовой деятельности и снижает частоту оперативного родоразрешения и асфиксии плода.

Литература

1. *Аномалии родовой деятельности: Учеб.-метод. Пособие /Н.А. Егорова, А.Ф. Добротина, В.И. Струкова, Л.П. Загрядская, О.И. Гусева. — Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2002. — 58 с.*
2. Журавлев А.Ю. 2006.
3. *Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство. — 3-изд., перераб. и доп./Э.К. Айламазян, Б.Н. Новиков, Л.П. Павлова и др. — СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2002. — 432 с.*
4. *Подготовка беременных к родам. Методическое пособие. /Под ред. Э.К.Айламазяна. 2002.- 18с.*
5. *Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В., Котайш Г.А. Регуляция родовой деятельности: Учеб.-метод, пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: Изд-во РУДН, 2003. -54 с.*
6. *Семенюк А.К. Опыт дифференцированного ведения родов, осложненных первичной слабостью сократительной деятельности матки. Акушерство и гинекология. 1980, №2, с. 35-36.*
7. *Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности: Учебное пособие. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 240 с.*
8. *Чернуха Е.А. «Родовой блок». Руководство для врачей. 3-е издание переработанное, исправленное и дополненное — М., «Триада-Х», 2005. — 712 с.*