

ПОНЯТИЕ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ

Нормальные роды — своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Характеристики нормальных родов:

- Одноплодная беременность.
- Головное предлежание плода.
- Соразмерность головки плода и таза матери.
- Дошенная беременность 37 недель 1 день – 41 нед. (от первого дня последней менструации).
- Координированная родовая деятельность, не требующая корригирующей терапии.
- Нормальный механизм родов (передний или задний вид затылочного предлежания).
- Своевременное излитие околоплодных вод при раскрытии шейки матки более 5 см в активную фазу первого периода родов или амниотомия по показаниям.
- Отделение последа происходит самостоятельно, рождение — самостоятельно или наружными приемами.
- Отсутствие разрывов тканей родового канала или только незначительные, поверхностные повреждения.
- Отсутствие оперативных вмешательств в родах.
- Физиологическая кровопотеря в среднем составляет 0,5% от массы тела и не должна превышать 500мл (тщательный учет!).

- Средняя продолжительность физиологических родов в современных условиях колеблется от 7-8 до 16 часов у первородящих (не более 18 часов), и от 5-6 до 10 часов у повторнородящих (не более 12 часов).
- Рождение живого и здорового доношенного ребенка.

Этапы физиологических родов: **первый** — развитие и продолжение регулярной сократительной деятельности матки, раскрытие шейки матки **второй** — изгнание плода; **третий** — последовый.

Первый период родов длится от начала первых регулярных схваток (не реже 1 в 10 минут) до полного раскрытия шейки матки и является наиболее продолжительным. У первородящих он составляет от 5-6 до 14 часов, а у повторнородящих от 4-5 до 9 часов.

В первом периоде выделяют **три фазы:** **латентная фаза** первого периода родов начинается с установления регулярного ритма схваток с частотой 1-2 за 10 мин, и заканчивается сглаживанием и раскрытием маточного зева не менее чем на 4 см. Продолжительность латентной фазы у большинства рожениц составляет в среднем 4-8 часов. У первородящих латентная фаза всегда длиннее, чем у повторнородящих. В этот период схватки, как правило, малоболезненные; возможно назначение спазмолитических препаратов.

После раскрытия шейки матки на 4 см начинается **активная фаза** первого периода родов, которая характеризуется интенсивной родовой деятельностью и быстрым раскрытием маточного зева от 4 до 8 см. Продолжительность этой фазы почти одинакова у первородящих и повторнородящих женщин, и у большинства женщин составляет в среднем 3-4 часа. Частота схваток в активную фазу первого периода родов составляет 3-5 за 10 мин. Схватки нередко становятся болезненными. В этой связи применяют медикаментозное и регионарное обезболивание в сочетании со спазмолитическими препаратами.

Плодный пузырь должен самостоятельно вскрываться на высоте одной из схваток при открытии шейки матки более 5 см. При этом изливается около 150-250 мл светлых и прозрачных околоплодных вод. Если не произошло самопроизвольного излития околоплодных вод, то при раскрытии маточного зева 6-8 см врач должен вскрыть плодный пузырь. Другие показания для амниотомии – плоский плодный пузырь, появление кровяных выделений из половых путей, ослабление родовой деятельности.

Одновременно с раскрытием шейки матки начинается продвижение головки плода по родовому каналу. Определение высоты стояния предлежащей части плода наружными приемами следует производить не реже 1 раза в 2 часа.

Третья фаза первого периода родов – **фаза замедления**; начинается при 8 см и продолжается до полного раскрытия шейки матки. Эта фаза у первородящих длится до 2 часов, а у повторнородящих может вообще отсутствовать. В течение всего первого периода родов осуществляют постоянное наблюдение за состоянием матери и ее плода.

Следят за состоянием роженицы (жалобы, выделения из половых путей, частота пульса, дыхания, артериальное давление — каждый час, температура тела – каждые 4 часа, частота и объем мочеиспускания – каждые 4 часа), интенсивностью и эффективностью родовой деятельности. Важным показателем течения родов является темп раскрытия шейки матки. Скорость раскрытия шейки матки в латентную фазу составляет 0,35 см/час, в активной фазе 1,5 – 2 см/час у первородящих и 2 – 2,5 см/час у повторнородящих. Нижняя граница нормальной скорости раскрытия маточного зева у первородящих 1,2 см/час, у повторнородящих 1,5 см/час. Раскрытие маточного зева в фазу замедления составляет 1 – 1,5 см/час.

Регулярно выслушивают сердцебиение плода или проводится кардиомониторный контроль.

Выслушивание сердцебиения плода при помощи стетоскопа производится после схватки в течение 30-60сек каждые 15 – 30 минут. Обязательно определение частоты, ритма и звучности сердечных тонов.

Второй период родов — изгнание плода

Период изгнания плода начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребенка. Длительность у первородящих 1 – 2 часа. Длительность у повторнородящих от 30 минут до 1 часа.

Оценка состояния роженицы (общее состояние, жалобы, степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения), контрольное исследование пульса и артериального давления на периферических артериях проводят в начале второго периода родов, каждые 30 минут, с наступлением потуг.

До начала потуг должна быть проведена подготовка к приему ребенка (раскрытие родового комплекта, согревание пеленального стола, детского белья и др.). С началом потуг на роды вызывают неонатолога.

Во II периоде головка плода большим сегментом не должна находиться в одной плоскости малого таза свыше 30 – 40 минут у первородящих и 20 – 30 минут – у повторнородящих. Определение высоты расположения головки плода осуществляется наружными приемами или влагалищным исследованием. Потуги эффективны при головке, расположенной в узкой части таза или на тазовом дне.

Выслушивание сердцебиения плода в начале II периода родов каждые 15 минут, далее после каждой потуги. Базальная частота сердечных сокращений составляет от 110 до 170 в минуту. Ритм сердечных сокращений остается правильным. При головке, располагающейся в узкой части полости малого таза, на кардиотокограмме во время потуги могут наблюдаться ранние децелерации до 80 уд/мин, или кратковременные акцелерации до 180 уд/мин с быстрым восстановлением нормального ритма сердечных сокращений вне потуги.

При удовлетворительном состоянии матери и плода во II периоде родов допустим самостоятельный выбор позы роженицы. Можно предложить ей положение на левом боку, сидя на корточках, стоя с использованием опоры. С момента опускания головки на тазовое дно роженица переводится на специальную кровать (кровать- трансформер).

Ребенка акушерка принимает в положении роженицы полусидя с ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах и разведенными в стороны, что позволяет роженице в полной мере использовать силу рук и ног при потугах; а акушерке наблюдать за состоянием промежности, предупредить ее разрывы, бережно принять головку плода.

Регулирование потуг

В норме потуги должны появляться при расположении головки плода не выше узкой части полости малого таза, оптимально – в выходе (на тазовом дне). Если при головке плода расположенной в узкой части полости или выходе таза у женщины появляются эффективные потуги (поступательное движение головки плода при нормальном состоянии женщины и отсутствии признаков страдания плода) нет необходимости в регулировании потуг. При отсутствии эффективной потужной деятельности применяют регулирование потуг, обращая внимание женщины на обеспечение правильного дыхания, координированность схватки и потуги, правильное распределение усилий, направленных на продвижение головки плода:

— В начале потуги роженице следует сделать максимально глубокий вдох, а затем задержать дыхание. Весь объем воздуха должен давить на диафрагму, а через нее на дно матки, как бы выталкивая плод наружу.

— Когда возникает чувство нехватки воздуха, роженице необходимо плавно выдохнуть воздух и сразу же сделать максимально глубокий вдох.

— За одну потугу цикл «вдох-выдох» повторить три раза. Между потугами переходят на медленное плавное дыхание.

Третий период родов — последовый

Третий период (последовый) определяется с момента рождения ребенка до отделения плаценты и выделения последа. В последовом периоде в течение 2-3 схваток происходит отделение плаценты и оболочек от стенок матки и изгнания последа из половых путей. У всех рожениц в последовом периоде для профилактики кровотечения внутривенно **вводят препараты, способствующие сокращению матки.** После родов проводят тщательное обследование ребенка и матери с целью выявления возможных родовых травм. При нормальном течении последового периода кровопотеря составляет не более 0,5 % от массы тела (в среднем 250-350 мл). Эта кровопотеря относится к физиологической, так как она не оказывает отрицательного влияния на организм женщины. После изгнания последа матка приходит в состояние длительного сокращения. При сокращении матки сдавливаются ее кровеносные сосуды, и кровотечение прекращается.

Новорожденным проводят скрининговую оценку на фенилкетонурию, гипотиреозидизм, кистозный фиброз, галактоземию. После родов сведения об особенностях родов, состоянии новорожденного, рекомендации родильного дома передаются врачу женской консультации. При необходимости мать и ее новорожденного консультируют узкие специалисты. Документация о новорожденном поступает педиатру, который в дальнейшем наблюдает за ребенком.

Следует отметить, что в ряде случаев необходима предварительная госпитализация в родильный дом для подготовки к родоразрешению. В стационаре проводят углубленное клиническое, лабораторное и инструментальное обследования для выбора сроков и метода родоразрешения.

Для каждой беременной (роженицы) составляется индивидуальный план ведения родов. Пациентку знакомят с предполагаемым планом ведения родов. Получают ее согласие на предполагаемые манипуляции и операции в родах (стимуляция, амниотомия, кесарево сечение).

Кесарево сечение выполняют **не по желанию женщины**, так как это небезопасная операция, а только по медицинским показаниям (абсолютные или относительные). Роды в нашей стране ведут не дома, а только в акушерском стационаре под непосредственным врачебным наблюдением и контролем, так как любые роды таят в себе возможность различных осложнений для матери, плода и новорожденного. **Роды ведет врач**, а

акушерка под наблюдением врача оказывает ручное пособие при рождении плода, проводит необходимую обработку новорожденного. Родовые пути осматривает и восстанавливает при их повреждении врач.