

Роды - это процесс изгнания или извлечения из матки ребенка и последа (плацента, околоплодные оболочки, пуповина) после достижения плодом жизнеспособности. Нормальные физиологические роды протекают через естественные родовые пути. Если ребенка извлекают путем кесарева сечения или с помощью акушерских щипцов, либо с использованием других родоразрешающих операций, то такие роды являются оперативными.

Обычно своевременные роды происходят в пределах 38-42 недель акушерского срока, если считать от первого дня последней менструации. При этом средняя масса доношенного новорожденного составляет 3300 ± 200 г, а его длина 50-55 см. Роды, которые происходят в сроки 28-37 нед. беременности и раньше, считаются преждевременными, а более 42 нед. - запоздалыми. Средняя продолжительность физиологических родов колеблется в пределах от 7 до 12 часов у первородящих, и у повторнородящих от 6 до 10 час. Роды, которые длятся 6 ч и менее, называются быстрыми, 3 ч и менее - стремительными, более 12 ч - затяжными. Такие роды являются патологическими.

Характеристики нормальных родов через естественные родовые пути

- Одноплодная беременность.
- Головное предлежание плода.
- Полная соразмерность головки плода и таза матери.
- Доношенная беременность (38-40 недель).
- Координированная родовая деятельность, не требующая

корректирующей терапии.

- Нормальный биомеханизм родов.
- Своевременное излитие околоплодных вод при раскрытии

шейки матки на 6-8 см в активную фазу первого периода родов.

- Отсутствие серьезных разрывов родовых путей и оперативных вмешательств в родах.

- Кровопотеря в родах не должна превышать 250-400 мл.
- Продолжительность родов у первородящих от 7 до 12 часов, и у повторнородящих от 6 до 10 часов.

- Рождение живого и здорового ребенка без каких-либо гипоксическо-травматических или инфекционных повреждений и аномалий развития.

- Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни ребенка должна соответствовать 7 баллам и более.

Этапы физиологических родов через естественные родовые пути: развитие и поддержание регулярной сократительной деятельности матки (схваток); изменение структуры шейки матки; постепенное раскрытие маточного зева до 10-12 см; продвижение ребенка по родовому каналу и его рождение; отделение плаценты и выделение последа. В родах выделяют три периода: первый - раскрытие шейки матки; второй - изгнание плода; третий - последовый.

Первый период родов - раскрытие шейки матки

Первый период родов длится от первых схваток до полного раскрытия шейки матки и является наиболее продолжительным. У первородящих он составляет от 8 до 10 часов, а у повторнородящих 6-7 часов. В первом периоде выделяют три фазы. Первая или латентная фаза первого периода родов начинается с установления регулярного ритма схваток с частотой 1-2 за 10 мин, и заканчивается сглаживанием или выраженным укорочением шейки матки и раскрытием маточного зева не менее чем на 4 см. Продолжительность латентной фазы составляет в среднем 5-6 часов. У первородящих латентная фаза всегда длиннее, чем у повторнородящих. В этот период схватки, как правило, еще малоболезненные. Как правило, какой-либо медикаментозной коррекции в латентную фазу родов не требуется. Но у женщин позднего или юного возраста при наличии, каких-либо осложняющих факторов целесообразно содействовать процессам раскрытия шейки матки и расслаблению нижнего сегмента. С этой целью возможно назначение спазмолитических препаратов.

После раскрытия шейки матки на 4 см начинается вторая или активная фаза первого периода родов, которая характеризуется интенсивной родовой деятельностью и быстрым раскрытием маточного зева от 4 до 8 см. Средняя продолжительность этой фазы почти одинакова у первородящих и повторнородящих женщин и составляет в среднем 3-4 часа. Частота схваток в активную фазу первого периода родов составляет 3-5 за 10 мин. Схватки чаще всего становятся уже болезненными. Болевые ощущения преобладают в нижней части живота. При активном поведении женщины (положение "стоя", ходьба) сократительная активность матки возрастает. В этой связи применяют медикаментозное обезболивание в сочетании со спазмолитическими препаратами. Плодный пузырь должен самостоятельно вскрываться на высоте одной из схваток при открытии шейки матки на 6-8 см. При этом изливается около 150-200 мл светлых и прозрачных околоплодных вод. Если не произошло самопроизвольного излития околоплодных вод, то при раскрытии маточного зева на 6-8 см врач должен вскрыть плодный пузырь. Одновременно с раскрытием шейки матки происходит продвижение головки плода по родовому каналу. В конце активной фазы имеет место полное или почти полное открытие маточного зева, а головка плода опускается до уровня тазового дна.

Третья фаза первого периода родов называется фазой замедления. Она начинается после раскрытия маточного зева на 8 см и продолжается до полного раскрытия шейки матки до 10-12 см. В этот период может создаваться впечатление, что родовая деятельность ослабла. Эта фаза у первородящих длится от 20 мин до 1-2 часов, а у повторнородящих может вообще отсутствовать.

В течение всего первого периода родов осуществляют постоянное наблюдение за состоянием матери и ее плода. Следят за интенсивностью и эффективностью

родовой деятельности, состоянием роженицы (самочувствие, частота пульса, дыхания, артериальное давление, температура, выделения из половых путей). Регулярно выслушивают сердцебиение плода, но чаще всего осуществляют постоянный кардиомониторный контроль. При нормальном течении родов ребенок не страдает во время сокращений матки, и частота его сердцебиений значительно не меняется. В родах необходимо оценивать положение и продвижение головки по отношению к ориентирам таза. Влагалищное исследование в родах выполняют для определения вставления и продвижения головки плода, для оценки степени открытия шейки матки, для выяснения акушерской ситуации.

Обязательные влагалищные исследования выполняют в следующих ситуациях: при поступлении женщины в родильный дом; при излитии околоплодных вод; с началом родовой деятельности; при отклонениях от нормального течения родов; перед проведением обезболивания; при появлении кровянистых выделений из родовых путей. Не следует опасаться частых влагалищных исследований, гораздо важнее обеспечить полную ориентацию в оценке правильности течения родов.

Второй период родов - изгнание плода

Период изгнания плода начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребенка. В родах необходимо следить за функцией мочевого пузыря и кишечника. Переполнение мочевого пузыря и прямой кишки препятствует нормальному течению родов. Чтобы не допустить переполнения мочевого пузыря, роженице предлагают мочиться каждые 2-3 ч. При отсутствии самостоятельного мочеиспускания прибегают к катетеризации. Важно своевременное опорожнение нижнего отдела кишечника (клизма перед родами и при затяжном их течении). Затруднение или отсутствие мочеиспускания является признаком патологии.

Положение роженицы в родах

Особого внимания заслуживает положение роженицы в родах. В акушерской практике наиболее популярными являются роды на спине, что удобно с точки зрения оценки характера течения родов. Однако положение роженицы на спине не является наилучшим для сократительной деятельности матки, для плода и для самой женщины. В связи с этим большинство акушеров рекомендует роженицам в первом периоде родов сидеть, ходить в течение непродолжительного времени, стоять. Вставать и ходить можно как при целых, так и излившихся водах, но при условии плотно фиксированной головки плода во входе малого таза. В ряде случаев практикуется пребывание роженицы в первом периоде родов в теплом бассейне. Если известно (по данным УЗИ) место расположение [плаценты](#), то оптимальным является положение роженицы на том боку, где расположена спинка плода. В этом положении не снижается частота и интенсивность схваток, базальный тонус матки сохраняет нормальные значения. Кроме того, исследования показали, что в таком положении улучшается кровоснабжение матки, маточный и маточно-плацентарный кровоток. Плод всегда располагается лицом к плаценте.

Кормить роженицу в родах не рекомендуется по ряду причин: пищевой рефлекс в родах подавлен. В родах может возникнуть ситуация, при которой потребуются проведение наркоза. Последний создает опасность аспирации содержимого желудка и острого нарушения дыхания.

С момента полного открытия маточного зева начинается второй период родов, который заключается в собственно изгнании плода, и завершается рождением ребенка. Второй период является наиболее ответственным, так как головка плода должна пройти замкнутое костное кольцо таза, достаточно узкое для плода. Когда подлежащая часть плода опускается на тазовое дно, к схваткам присоединяются сокращения мышц брюшного пресса. Начинаются потуги, с помощью которых ребенок и продвигается через вульварное кольцо и происходит процесс его рождения.

С момента врезывания головки все должно быть готово к приему родов. Как только головка прорезалась и не уходит вглубь после потуги, приступают к непосредственно к приему родов. Помощь необходима, потому что, прорезываясь, головка оказывает сильное давление на тазовое дно и возможны разрывы промежности. При акушерском пособии защищают промежность от повреждений; бережно выводят плод из родовых путей, охраняя его от неблагоприятных воздействий. При выведении головки плода необходимо сдерживать чрезмерно быстрое ее продвижение. В ряде случаев выполняют рассечение промежности для облегчения рождения ребенка, что позволяет избежать несостоятельности мышц тазового дна и опущения стенок влагалища из-за их чрезмерного растяжения в родах. Обычно рождение ребенка происходит за 8-10 потуг. Средняя продолжительность второго периода родов у первородящих составляет 30-60 мин, а у повторнородящих 15-20 мин.

В последние годы в отдельных странах Европы пропагандируют так называемые вертикальные роды. Сторонники этого метода считают, что в положении роженицы, стоя или на коленях легче растягивается промежность, ускоряется второй период родов. Однако в таком положении трудно наблюдать за состоянием промежности, предупредить ее разрывы, вывести головку. Кроме того, в полной мере не используется сила рук и ног. Что касается применения специальных кресел для приема вертикальных родов, то их можно отнести к альтернативным вариантам.

Сразу после рождения ребенка если пуповина не пережата, и он располагается ниже уровня матери, то происходит обратное "вливание" 60-80 мл крови из плаценты к плоду. В этой связи пуповину при нормальных родах и удовлетворительном состоянии новорожденного не следует пересекать, а только после прекращения пульсации сосудов. При этом пока пуповина не пересечена, ребенка нельзя поднимать выше плоскости родильного стола, иначе возникает обратный отток крови от новорожденного к плаценте. После рождения ребенка начинается третий период родов - последовый.

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.