

О понятии нормальных родов

Нормальные роды — это естественный процесс рождения ребенка, когда он происходит естественным путем через родовые пути матери. Нормальные роды могут происходить в домашних условиях, в родильном отделении больницы или отделении родовспоможения.

Основные признаки нормальных родов включают правильное раскрытие шейки матки, правильное положение плода и его прохождение через родовые пути без осложнений. Нормальные роды могут быть естественными или иметь небольшое количество медицинской помощи для облегчения процесса. Важно, чтобы нормальные роды осуществлялись под контролем опытного персонала для обеспечения безопасности как матери, так и ребенка.

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.

Доношенная 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 влагалитическим 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.