

Федеральное государственное учреждение  
«Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
имени академика РАМН В.И. Кулакова»  
Министерства здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации

# **Базовый протокол ведения родов**

Баев О.Р.  
Комиссарова Л.М.  
Пучко Т.К.  
Васильченко О.Н.  
Мальбахова Е.Т.  
Полянчикова О.Л.  
Шифман Е.М.

Москва  
2011

# **Базовый протокол ведения родов**

*Применим к ведению родов у женщин, наблюдавшихся по беременности врачом акушером-гинекологом, полностью обследованных в соответствии с отраслевым стандартом, имеющих низкий риск осложнений.*

*Роды ведут только в акушерском стационаре под непосредственным врачебным наблюдением и контролем.*

## **Определение физиологических (естественных) родов**

Физиологические роды – это роды одним плодом, которые начались спонтанно, протекали без осложнений, без применения пособий и медикаментов, при которых родился зрелый доношенный ребенок в затылочном предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

## **Определение нормальных родов.**

Нормальные роды – это роды одним плодом в сроке 37 недель 1 день – 41 неделя беременности, которые начались спонтанно, имели низкий риск к началу, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился в затылочном предлежании. В родах возможно применение амниотомии, использование спазмолитиков, проведение аналгезии. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

## **Приемное отделение**

При обращении женщины в приемное отделение необходимо оценить общее состояние, жалобы, произвести термометрию и осмотр кожных покровов, измерить артериальное давление, выслушать сердцебиение плода. Изучить данные обменной или амбулаторной карты. При отсутствии признаков инфекционных заболеваний, выполняют следующие пункты:

1. Регистрация роженицы в родильном отделении: паспортные данные, заведение истории родов, регистрация в истории полученного информированного согласия на необходимые медицинские манипуляции, проводимые в лечебном учреждении.
2. Жалобы и сбор анамнеза:
  - жалобы
  - аллергологический анамнез
  - эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными, пребывание в странах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в течение последних 3 лет
  - группа крови, резус-фактор
  - семейный анамнез, наследственность (туберкулез, сифилис, психические, онкологические заболевания, диабет, многоплодие,

заболевания сердечно-сосудистой системы – инсульт, инфаркт, тромбоз)

- сведения о муже (возраст, состояние здоровья, вредные привычки, группа крови, резус фактор)
- условия труда и быта (профессиональные вредности, санитарно-гигиенические условия на работе и в быту, питание, отдых)
- сведения о приеме наркотических препаратов
- перенесенные заболевания, в т.ч. гепатит А, В, С
- оперативные вмешательства: их течение, методы и сроки лечения, осложнения, гемотрансфузии
- травмы
- менструальная функция (время появления и установления, характер менструального цикла, первый день последней менструации)
- перенесенные гинекологические заболевания (время возникновения, длительность заболевания, лечение, исход)
- половая функция, контрацепция (методы, длительность использования), начало половой жизни
- детородная функция: паритет, течение и исход предыдущих беременностей в хронологической последовательности, характер предыдущих родов, масса и рост новорожденных, течение послеабортного и послеродового периодов
- течение настоящей беременности по триместрам:

- **I тр** (до 13 недель) – общие заболевания, осложнения беременности, дата первой явки в женскую консультацию и срок беременности, установленный при первом обращении, результаты анализов, прием лекарственных средств.

- **II тр**. (13 – 28 недель) – общие заболевания и осложнения в течение беременности, прибавка в весе, цифры артериального давления, результаты анализов, дата первого шевеления плода, прием лекарственных средств.

- **III тр**. (29 – 40 недель) - общая прибавка в весе за беременность, цифры артериального давления, результаты анализов, заболевания и осложнения во время беременности, прием лекарственных средств.

**Результаты ультразвукового исследования** (дата, срок, особенности)

**Расчет предполагаемой даты родов**

- по дате последней менструации,
- дате зачатия или овуляции (при коротком или длинном цикле)
- данным УЗИ в сроки от 8 до 24 недель беременности)

### **3. Осмотр**

- Оценка общего состояния
- Кожные покровы
- Термометрия общая
- Телосложение

- Измерение массы тела
- Измерение роста
- Исследование пульса и артериального давления на периферических артериях
- Аускультация тонов сердца
- Аускультация легких
- Осмотр молочных желез
- Пальпация живота, определение размеров печени
- Проба поколачивания (Пастернацкого)

#### **4. Наружное акушерское исследование**

4.1. Измерение размеров матки: высота дна матки и окружность живота

4.2. Измерение размеров таза (d. spinarum, d. cristarum, d. trochanterica, c. externa)

4.3. Пальпация плода: положение, позиция, предлежание, отношение головки к плоскостям таза

4.4. Аускультация плода с помощью акушерского стетоскопа или доплтона

5. **Влагалищное исследование:** состояние наружных половых органов и промежности, влагалища, шейки матки, плодного пузыря, определение высоты стояния предлежащей части плода, особенности плоскостей малого таза, определение диагональной и истинной конъюгат, оценка характера околоплодных вод и влагалищных выделений.

6. **Ультразвуковое исследование плода** (если последнее ультразвуковое исследование произведено 7 дней назад и более): положение, позиция, вид, предполагаемая масса плода, наличие обвития пуповины; объем околоплодных вод, локализация плаценты, состояние нижнего сегмента матки.

7. **Определение предполагаемой массы плода** (на основе данных УЗИ, формулы Жордания, Якубовой)

8. **Взятие крови из периферической вены:**

8.1. Определение Hbs Ag Hepatitis B virus #

8.2. Определение антител класса M,G (Ig M, Ig G) к Hepatitis C virus#

8.3. Определение антител класса M,G (Ig M, Ig G) к Human immunodeficiency virus HIV1, HIV2#

8.4. Анализ крови на сифилис \*

8.5. Определение группы крови и резус-фактора, если не определены ранее в данном учреждении

8.6. Определение уровня гемоглобина крови

8.7. Определение количества тромбоцитов в крови или тромбоэластограмма

9. **Определение белка в моче** тест системой.

10. **Установление предварительного диагноза** и выработка плана ведения родов

11. **Санитарная обработка роженицы** (сбривание волос на промежности, клизма, душ)

12. **Одевание профилактического компрессионного белья** (чулки).

*\* если результаты предшествующих анализов сроком давности более 21 дня  
# если результаты предшествующих анализов сроком давности более 3 месяцев*

## **Родильное отделение**

### **Организационные положения:**

- Роды рекомендуется проводить в индивидуальном родильном зале (при наличии возможности)
- роды ведет врач, акушерка выполняет назначения врача, следит за состоянием женщины и плода, под наблюдением врача оказывает ручное пособие при рождении плода; осуществляет уход за новорожденным
- роженицу знакомят с планом ведения родов, получают ее согласие на предполагаемые манипуляции и операции в родах
- приветствуется участие в родах мужа или близкого родственника (мать, сестра) – семейные роды
- в первом и начале второго периода родов роженица может выбирать любое удобное для себя положение, может сидеть, ходить, стоять, использовать опору, мяч.
- во время нормальных родов женщине из группы низкого риска осложнений разрешено пить воду небольшими порциями, небольшое количество легкой пищи (печенье, шоколад, легкий бульон) можно позволить **ТОЛЬКО** в начале латентной фазы 1 периода родов.

### **I период родов**

Контроль за состоянием роженицы: общее состояние, жалобы, степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения и др.

- Исследование пульса и артериального давления на периферических артериях не реже 1 раза в час
- Измерение температуры тела не реже 1 раза в 4 часа
- Оценка мочевыделительной функции и состояния мочевого пузыря (мочеиспускание не реже 1 раза в 4 часа, при отсутствии самостоятельного мочеиспускания – выведение мочи катетером, количество, цвет мочи, примесь крови)
- Оценка сократительной активности матки: тонус, частота, продолжительность, сила, болезненность не реже 1 раза в 2 часа
- Определение высоты стояния предлежащей части плода не реже 1 раза в 2 часа
- Кардиотокография плода при поступлении в течение 40мин-1 часа, далее в прерывистом режиме по 20-30 минут, после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8см.
- При отсутствии кардиотокографии сердцебиение плода выслушивается при помощи стетоскопа в течение 30сек-1 минуты

каждые 15 – 30 минут, а также после излития вод, появлении кровяных выделений, ухудшении состоянии роженицы.

- Ведение партограммы
  - Запись дневников в истории родов проводится не реже чем каждые 2-3 часа.
  - Влагалищное исследование: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4 часа в течение родов; при изменении акушерской ситуации (ухудшение состояния роженицы, нарушение сердцебиения плода, появление кровяных выделений из половых путей, ослабление или чрезмерное усиление родовой деятельности и пр.)
  - Амниотомия (раскрытие шейки матки более 6 см, плоский плодный пузырь)
  - Для исключения повторных венопункций и обеспечения срочной инфузии при возникновении экстренной необходимости в периферическую вену устанавливается постоянный внутривенный катетер
  - Внутривенное введение лекарственных средств (спазмолитики, обезболивающие препараты – см список лекарственных препаратов)\*
  - Внутримышечное введение лекарственных средств (спазмолитики, обезболивающие препараты– см список лекарственных препаратов)\*
  - Ректальное введение лекарственных средств (спазмолитики - см список лекарственных препаратов)\*
  - Осмотр врачом-анестезиологом (перед обезболиванием и в процессе обезболивания – по протоколу обезболивания)
  - Обезболивание родов (эпидуральная аналгезия или наркотические анальгетики - по протоколу обезболивания)
- \*- введение лекарственных средств не применяется рутинно.

## **II период родов**

Оценка состояния роженицы (общее состояние, жалобы, степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения).

- Контрольное исследование пульса и артериального давления на периферических артериях в начале второго периода родов, каждые 30 минут, с наступлением потуг.
- Определение высоты расположения головки плода наружными приемами или влагалищным исследованием. В начале второго периода, затем через 1 час, при появлении потуг, далее каждые 15 минут.
- Выслушивание сердцебиения плода в течение 30сек-1минуты в начале II периода родов каждые 15 минут, далее после каждой потуги.
- Вызов на роды неонатолога и подготовка к приему ребенка (раскрытие родового комплекта, согревание пеленального стола, детского белья и др.)
- В норме потуги должны появляться при расположении головки плода не выше узкой части полости малого таза. 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.

- Ручное пособие в родах (оказывает акушерка), положение женщины – полусидя (на кровати-трансформере):
  1. уменьшение напряжения промежности в период прорезывания и рождения теменных бугров
  2. воспрепятствование преждевременному разгибанию головки и бережное выведение головки из половой щели вне потуг
  3. освобождение плечиков и рождение туловища
- Рассечение промежности не проводится рутинно, а проводится по четким показаниям (угроза ее разрыва, острая гипоксия плода, показания со стороны матери)
- Профилактика кровотечения в III и раннем послеродовом периоде родов путем введения утеротонических средств (в момент рождения переднего плечика плода вводят окситоцин 10ед внутримышечно или 5ед внутривенно медленно). С целью профилактики кровотечения возможно в конце I периода родов введение раствора окситоцина 5 ЕД на 50 мл физиологического раствора при помощи инфузомата, начиная с 1,9 мл/час. После рождения переднего плечика скорость инфузии увеличивают до 15,2мл/час.
- Пересечение пуповины проводится после прекращения пульсации или через 1 минуту после рождения ребенка.
- Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар
- Размещение новорожденного на груди матери (проводит акушерка).
- Опорожнение мочевого пузыря
- Уход за новорожденным осуществляется по протоколу базовой помощи доношенному новорожденному.

### **III период родов**

Оценка состояния матери в 3 периоде родов (общее состояние, жалобы, болевые ощущения, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения, объем кровяных выделений из половых путей)

- Исследование пульса и артериального давления на периферических артериях матери после рождения ребенка
- Забор крови из сосудов пуповины для определения группы крови, резус фактора ребенка, проведения проб Кумбса и Розенфельда при 0(I) группе или Rh –отрицательной принадлежности крови женщины

- Определение признаков отделения последа: признак Чукалова-Кюстнера, Альфельда, Шредера, Довженко
- Применение наружных приемов выделения отделившегося последа: способ Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича, Роговина, Брандт-Эндрю.
- Наружный массаж матки после рождения последа
- Тщательная оценка величины кровопотери

### **Ранний послеродовой период**

- Осмотр последа
- Осмотр мягких родовых путей при помощи зеркал
- Восстановление целостности мягких тканей родовых путей (под местной или эпидуральной анальгезией)
- Наблюдение за родильницей в родильном блоке в течение 2 часов после родов:
  1. оценка общего состояния родильницы, жалоб после рождения последа и каждые 20-30 мин
  2. Измерение пульса и артериального давления на периферических артериях после рождения последа и перед переводом в послеродовое отделение
  3. Наблюдение за состоянием матки каждые 20-30 минут
  4. Контроль за количеством и характером выделений из половых путей каждые 20-30 минут
  5. Прикладывание ребенка к груди родильницы и проведение первого кормления.
  6. вызов анестезиолога для удаления катетера из эпидурального пространства перед переводом родильницы в послеродовое отделение
  7. Опорожнение мочевого пузыря родильницы перед переводом в послеродовое отделение через 2 часа после родов



Список лекарственных препаратов

| Фармакотерапевтическая группа   | АТХ группа | Международное непатентованное наименование              |
|---|------------|---|
| <b>N01 Местные анестетики</b>   |            |   |
| Анестетики  |            | <i>N01BB09 Ропивакаин</i>                               |
| Анестетики  |            | <i>N01BB02 Лидокаин</i>                                 |
| <b>N01AH Наркотические анальгетики</b>  |            |   |
| Опиоиды   |            | <i>N01AH01 Фентанил</i>                                 |
| Опиоиды   |            | <i>Тримеперидин<br/>нет отдельного кода</i>             |
| <b>A03A Препараты для лечения функциональных расстройств кишечника</b>                    |            |   |
| Спазмолитическое средство   |            | <i>A03AD02 Папаверина гидрохлорид</i>                   |
| Спазмолитическое средство   |            | <i>A03AD02 Дротаверина гидрохлорид (но-шпа)</i>         |
| <b>A03B Белладонна и ее производные</b>   |            |   |
| М-холиноблокатор  |            | <i>A03BB01 Гиосциния бромид (бускопан)</i>              |
| М-холиноблокатор  |            | <i>A03BA01 Атропина сульфат</i>                         |
| <b>H01 Гормональные препараты для системного использования (исключая половые гормоны)</b> |            |   |
| Стимулятор родовой деятельности   |            | <i>H01 BB Окситоцин</i>                                 |
| <b>J06 Иммунная сыворотка и иммуноглобулины</b>   |            |   |
| Иммуноглобулины   |            | <i>J06 BB Иммуноглобулин человека антирезус RH0 [Д]</i> |

## Приложение 2

### Кратность проведения лечебно-диагностических мероприятий в родах

#### Кратность проведения лечебно-диагностических мероприятий в 1 периоде родов.

|                                  | Кратность | Примечание  |
|----------------------------------|-----------|---|
| Жалобы, общее состояние          | 15-30 мин |   |
| Пульс, АД                        | 1 час     |   |
| Температура тела                 | 4 часа    |   |
| Оценка мочевыделения             | 4 часа    | При отсутствии - катетеризация                            |
| Родовая деятельность             | 2 часа    |   |
| Расположение головки             | 2 часа    | Наружными приемами  |
| Аускультация чсс плода           | 15-30 мин | В течение 30-60сек после схватки                          |
| Кардиотокография*                |           |   |
| Дневник в историю                | 2-3 часа  |   |
| Влагалищное исс-ие               | 4 часа    | Излитие вод, обезболивание, изменение акушерской ситуации |
| Амниотомия                       |           | Открытие более 6см, плоский пузырь                        |
| Установка внутривенного катетера |           | При поступлении в отделение                               |
| Осмотр анестезиологом            |           | Перед и в процессе обезболивания                          |

\* при поступлении в течение 40мин-1 часа, далее в прерывистом режиме по 20-30 минут, после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8см.

#### Кратность проведения лечебно-диагностических мероприятий во II периоде родов.

|   | Кратность в начале II периода    | Кратность во время потуг                   |
|---|----------------------------------|--|
| Общее состояние, жалобы   | 15 мин                           | Постоянно                                  |
| Пульс, АД   | 30 мин                           | с началом потуг далее через каждые 15 мин  |
| Оценка мочеиспускания   | Однократно                       | Однократно                                 |
| Родовая деятельность  | 30мин                            | 15мин                                      |
| Расположение головки (наружными приемами или влагалищным исследованием) | в начале II периода, через 1 час | С началом потуг, далее через каждые 15 мин |
| Аускультация плода  | 15 мин                           | После потуги                               |

#### Кратность проведения лечебно-диагностических мероприятий во III периоде родов.

|   | Кратность          | Примечание |
|---|--------------------|------------|
| Общее состояние, жалобы, объем выделений из половых путей | Постоянно          |            |
| Тщательная оценка   | С момента рождения |            |

|  |   |   |
|--|---|---|
| кровопотери (сбор крови в лоток)   | ребенка и постоянно                     |   |
| Пульс, АД  | После рождения ребенка                  |   |
| Забор пуповинной крови для определения гр крови и Rh ф-ра у ребенка  | Однократно                              | Выполняет акушерка при 0 (I) группе или Rh-принадлежности крови матери        |
| Признаки отделения последа (Чукалова-Кюстнера, Альфельда, Шредера, Довженко)                                     | С момента рождения ребенка и постоянно  | Но не более 20 минут (далее принятие решения об изменении тактики)            |
| Выделение отделившегося последа наружными приемами (Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича, Роговина, Брандт-Эндрю) | После появления признаков его отделения | Если не рождается самостоятельно или в результате произвольной потуги женщины |
| Массаж матки   | После рождения последа                  |   |

**Кратность проведения лечебно-диагностических мероприятий в раннем послеродовом периоде**

|   | Кратность   | Примечание  |
|---|---|---|
| Общее состояние, жалобы   | После рождения последа, далее каждые 20-30мин.                    |   |
| Пульс, АД   | После рождении последа и перед переводом в послеродовое отделение |   |
| Состояние матки (размеры, консистенция, форма)                          | После рождения последа, далее каждые 20-30 мин                    |   |
| Количество и характер выделений из половых путей                        | Каждые 20-30мин   |   |
| Осмотр анестезиологом и удаление катетера из эпидурального пространства | Перед переводом в послеродовое отделение                          | При проведении эпидуральной аналгезии в родах                           |
| Контроль опорожнения мочевого пузыря                                    | Перед переводом в послеродовое отделение                          | При отсутствии самостоятельно мочеиспускания – выведение мочи катетером |

### Справочная часть к базовому протоколу ведения родов.

(протокол применим к ведению родов у женщин, наблюдавшихся по беременности врачом акушером-гинекологом, полностью обследованных в соответствии с отраслевым стандартом, имеющих низкий риск осложнений).

**Роды** – это процесс естественного изгнания или извлечения из матки плода с последом (плацента, околоплодные оболочки, пуповина) после достижения им жизнеспособности. Физиологические/нормальные роды протекают самостоятельно через естественные родовые пути вследствие самопроизвольных, координированных маточных сокращений, приводящих к сглаживанию и открытию шейки матки, продвижению плода по родовому каналу. На последней стадии рождения плода присоединяются усилия потуг, которыми роженица может управлять. Отделение последа происходит самостоятельно, рождение - самостоятельно или наружными приемами.

### Определение физиологических (естественных) родов

Физиологические роды – это роды одним плодом, которые начались спонтанно, протекали без осложнений, без применения пособий и медикаментов, при которых родился зрелый доношенный ребенок в затылочном предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

### Определение нормальных родов.

Нормальные роды – это роды одним плодом в сроке 37 недель 1 день – 41 неделя беременности, которые начались спонтанно, имели низкий риск к началу, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился в затылочном предлежании. В родах возможно применение амниотомии, использование спазмолитиков, проведение аналгезии. После родов 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.

- Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни ребенка должна соответствовать 8 баллам и более.

**Предполагаемую массу плода рассчитывают по данным УЗИ и формулам.**

**Формулы для расчета предполагаемой массы плода.**

По И.Ф. Жордания  $X = OЖ * ВДМ$ ;

По З.Н. Якубовой  $X = (OЖ + ВДМ) * 100 / 4$ ;

**Признаки зрелости новорожденного:**

- Масса тела составляет более 2500 г, длина тела более 45 см;
- Грудь выпуклая, пупочное кольцо находится на середине между лобком и мечевидным отростком;
- Кожа розового цвета, подкожная жировая клетчатка хорошо развита, на коже в верхней части спины и в естественных складках имеются остатки сыровидной смазки, пушковые волосы почти отсутствуют, длина волос на головке более 1 см, ногти на ногах и руках выходят за кончики пальцев;
- Хрящи ушных раковин и носа упругие;
- У мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек малые половые губы прикрыты большими;
- Новорожденный производит активные движения, громко кричит, глаза открыты, при прикладывании к груди активно сосет.

Роды ведут только в акушерском стационаре под непосредственным врачебным наблюдением и контролем.

**Организационные положения:**

- роды рекомендуется проводить в индивидуальном родильном зале
- роды ведет врач, акушерка выполняет назначения врача, следит за состоянием женщины и плода, под наблюдением врача оказывает ручное пособие при рождении плода; осуществляет уход за новорожденным
  - для каждой роженицы составляется индивидуальный план ведения родов, роженицу знакомят с планом ведения родов, получают ее согласие на предполагаемые манипуляции и операции в родах
  - приветствуется участие в родах мужа или близкого родственника (мать, сестра) – семейные роды
- в первом и начале второго периода родов роженица может выбирать любое удобное для себя положение, может сидеть, ходить, стоять, использовать опору, мяч
- во время физиологических/нормальных родов женщине из группы низкого риска осложнений разрешено пить воду небольшими порциями, небольшое количество легкой пищи (печенье, шоколад, легкий бульон) можно позволить **ТОЛЬКО** в начале латентной фазы I периода родов.

Для оценки течения родового процесса ведут партограмму, которая учитывает состояние матери и плода, характер родовой деятельности, раскрытие шейки матки, продвижение предлежащей части плода по родовому каналу.

**Признаки начала родов:** появление регулярных маточных сокращений с частотой не менее 1 в 10 минут, сглаживание и/или раскрытие шейки матки.

**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 обезбоживание 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.

Кардиотокография при нормальных родах может быть использована в прерывистом режиме (при поступлении в течение 40мин-1 часа, после излития околоплодных вод, после проведения обезбоживания родов, при открытии маточного зева более 8см). Диагностическая ценность метода зависит от тщательности сопоставления данных кардиотокографии с акушерской ситуацией.

#### **Критерии нормальной КТГ:**

- Базальный ритм в пределах 120 – 160 уд/мин
- Амплитуда вариабельности базального ритма 5 – 25 уд/мин

- Регистрация 5 и более переменных спорадических акцелераций на протяжении 30 минут записи
- Децелерации отсутствуют или отмечаются ранние спорадические, неглубокие и очень короткие.

#### **Выделяют 4 типа децелераций**

**Dip 0** - возникают в ответ на сокращение матки, реже спорадически, продолжаются 20 – 30 с и имеют амплитуду 30 ударов в минуту и более. Во втором периоде родов диагностического значения не имеют.

**Dip I** - (ранняя или V-образная децелерация) является рефлекторной реакцией сердечно-сосудистой системы плода в ответ на сдавление головки плода или пуповины во время схватки. Ранняя децелерация начинается одновременно со схваткой или с запаздыванием до 30 с и имеет постепенное начало и окончание. Длительность и амплитуда децелерации соответствует длительности и интенсивности схватки.

**Dip II** - (поздняя или U-образная децелерация) является признаком нарушения маточно-плацентарного кровообращения и прогрессирующей гипоксии плода. Поздняя децелерация возникает после пика маточных сокращений и достигает самой нижней точки через 20 – 30 с. Общая продолжительность децелерации обычно составляет более 1 минуты.

Различают три степени тяжести децелерации: легкую (амплитуда урежения до 15 в минуту), среднюю (16 – 45 ударов в минуту), тяжелую (более 45 ударов в минуту).

**Dip III** – переменная децелерация обусловлена быстрым сдавлением сосудов пуповины, что вызывает внезапную гипертензию и вагусный ответ на раздражение барорецепторов и, как следствие – брадикардию. Тяжесть переменных децелераций зависит от амплитуды: легкие – до 60 ударов в минуту, средней тяжести – от 61 до 80 ударов в минуту, тяжелые – более 80 ударов в минуту.

В родах необходимо оценивать положение и продвижение головки по отношению к ориентирам таза.

#### **Влагалищное исследование**

Обязательные влагалищные исследования выполняют в следующих ситуациях:

- при поступлении в стационар
- при развитии родовой деятельности
- для оценки степени открытия шейки матки в динамике родов (1 раз в 4 часа)
- для определения характера вставления и продвижения головки плода
- при излитии околоплодных вод
- перед проведением обезболивания
- при отклонении от нормального течения родов (ухудшение состояния роженицы, кровяные выделения из половых путей, мекониальная примесь в околоплодных водах, изменение сердцебиения плода, слабая или чрезмерно бурная родовая деятельность и пр.)

#### **Порядок выполнения влагалищного исследования.**

Первоначально производят осмотр наружных половых органов с целью выявления варикозно расширенных вен, рубцов после старых разрывов, определения высоты промежности. Определяют состояние мышц тазового дна – упругие, дряблые; влагалища – емкое, узкое, наличие рубцов, перегородок; шейки матки – расположение, длина, консистенция, степень раскрытия, состояние краев; расположение предлежащей части плода, опознавательные точки на предлежащей части. Определяют диагональную и истинную конъюгаты. При целом плодном пузыре определяют степень его напряжения во время схватки и паузы. При излитии околоплодных вод оценивают их количество, цвет и запах; выявляют наличие участков плацентарной ткани, петель пуповины, мелких частей плода.

#### **Положение роженицы.**

В первом периоде родов роженица может выбрать любое удобное для себя положение. Может сидеть, ходить в течение непродолжительного времени, стоять. Вставать и ходить

можно как при целых, так и излившихся водах, но при условии плотно фиксированной предлежащей части плода во входе малого таза.

В кровати 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.

#### **Прием воды и пищи в родах**

Во время физиологических/нормальных родов женщине из группы низкого риска осложнений разрешено пить воду небольшими порциями, небольшое количество легкой пищи (печенье, шоколад, легкий бульон) можно позволить **только** в начале латентной фазы I периода родов.

Начиная с активной фазы I периода родов кормить роженицу нежелательно так как иногда может возникнуть необходимость оперативных вмешательств под наркозом, во время которого может возникнуть опасность аспирации желудочного содержимого и острого нарушения дыхания. Возникновению данного синдрома способствует расслабление пищеводно-желудочного сфинктера в связи с действием прогестерона, высоким стоянием диафрагмы, повышением внутрибрюшного давления, снижением кашлевого рефлекса.

Профилактикой данного осложнения является применение антацидных средств перед операцией (антацид, ранитидин, циметидин) и обязательное опорожнение желудка перед проведением наркоза, если прием пищи был менее чем за 5 – 6 часов до операции.

#### **Проведение медикаментозной терапии в родах.**

Назначение медикаментозных препаратов (спазмолитики, обезболивающие, утеротонические препараты) не проводится рутинно, а осуществляется по мере появления показаний. Для исключения повторных венопункций и обеспечения срочной внутривенной инфузии при возникновении экстренной ситуации устанавливается постоянный внутривенный катетер.

#### **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.

### **Ручное пособие в родах**

#### ***1. Уменьшение напряжения тканей промежности:***

Необходимо уменьшить силу сопротивления мягких тканей тазового дна головке плода и сделать их более податливыми за счет «заема» тканей из области половых губ. Правую руку ладонной поверхностью кладут на промежность таким образом, чтобы четыре пальца плотно прилегали к области левой, а максимально отведенный палец – к области правой половой губы. Складку между большим и указательными пальцами располагается над ладьевидной ямкой промежности. Осторожно надавливая концами всех пальцев на мягкие ткани вдоль больших половых губ, низводят их к промежности, уменьшая при этом ее напряжение. Одновременно ладонь правой руки бережно придавливает к прорезывающейся головке ткани промежности, поддерживая их. Благодаря этим манипуляциям уменьшается напряжение тканей промежности; в них сохраняется адекватное кровоснабжение, что повышает сопротивляемость к разрывам.

Рассечение промежности в родах не проводится рутинно, а выполняется по показаниям: при угрозе разрыва, с целью сокращения потужного периода при нарушении состояния плода или по показаниям со стороны матери.

#### ***2. Воспрепятствование преждевременному разгибанию головки и бережное выведение головки из половой щели вне потуг:***

В момент рождения головка должна проходить через вульварное кольцо в согнутом положении. При таких условиях она прорезывается через половую щель окружностью, проведенной через малый кривой размер. При прорезывании в согнутом состоянии головка минимально сдавливается тканями родового канала, и при этом меньше растягиваются мышцы промежности.

Для воспрепятствования преждевременному разгибанию головки акушерка кладет левую руку на лонное сочленение и прорезывающуюся головку. При этом ладонные поверхности плотно прилегающих друг к другу четырех пальцев левой руки располагаются плашмя на головке, **бережно** задерживая ее преждевременное разгибание и быстрое продвижение по родовому каналу. Данное пособие осуществляется до тех пор, пока подзатылочная ямка не подойдет под лонное сочленение и не образует точку фиксации.

После того, как головка установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка подошла под лонное сочленение, выведение головки желательнее продолжить вне потуг. Для этого роженице предлагают глубоко и часто дышать открытым ртом. В таком случае потужная деятельность невозможна. В это время акушерка рукой предупреждает преждевременное разгибание головки до окончания потуги. После окончания потуги правой рукой соскальзывающим движением снимают ткани с головки плода. При необходимости роженице предлагают произвольно потужиться с силой, достаточной для полного выведения головки из половой щели.

### **3. Освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода:**

После рождения головки совершается внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Для этого роженице предлагают потужиться. Во время потуги головка поворачивается лицом к правому бедру матери при первой позиции, к левому бедру – при второй позиции. При этом возможно самостоятельное рождение плечиков. После того как треть переднего плечика подойдет под лонное сочленение левой рукой захватывают головку, приподнимая ее вверх, а правой рукой сдвигают ткани промежности с заднего плечика, выводя последнее. После рождения плечевого пояса в подмышечные впадины со стороны спины вводят указательные пальцы обеих рук, и туловище поднимают кверху, соответственно проводной оси таза. Это способствует бережному и быстрому рождению плода.

С момента врезывания головки все должно быть готово к приему родов.

Обычно рождение ребенка происходит за 8 – 10 потуг.

При физиологических родах и удовлетворительном состоянии новорожденного пуповину следует пересекать после прекращения пульсации сосудов или через одну минуту после рождения ребенка. При этом пока пуповина не пересечена, новорожденного нельзя поднимать выше тела матери, иначе возникает обратный отток крови от новорожденного к плаценте. 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.

С целью профилактики кровотечения в момент рождения переднего плечика плода вводят 10 ед окситоцина внутримышечно или 5 ед внутривенно медленно.

Также возможно в конце I периоде родов введение раствора окситоцина 5 ЕД на 50 мл физиологического раствора при помощи инфузомата, начиная с 1,8 мл/час. После прорезывания переднего плечика плода скорость инфузии увеличивают до 15,2 мл/час.

После рождения ребенка начинается третий период родов - последовый.

### **Третий период родов – последовый**

Определяется с момента рождения ребенка до отделения плаценты и выделения последа. Длительность 5-20 минут.

Обязательно проводится опорожнение мочевого пузыря после рождения ребенка.

В этот период необходимо следить за характером и количеством кровяных выделений из матки, признаками отделения плаценты, при появлении которых рекомендуют женщине потужиться для рождения отделившегося последа или приступают к его выделению наружными приемами. Нельзя допускать нахождения отделившегося последа в полости матки, так как это увеличивает объем кровопотери и риск кровотечения.

#### **Признаки отделения последа:**

- **Чукалова-Кюстнера** – при надавливании ребром ладони на матку над лонным сочленением пуповина не втягивается во влагалище;
- **Альфельда** – лигатура, наложенная на пуповину у половой щели роженицы, при отделившейся плаценте опускается на 8 – 10 см от вульварного кольца;
- **Шредера** – изменение формы и высоты стояния дна матки. Дно матки поднимается вверх, и располагается выше и вправо от пупка.
- **Довженко** – роженице предлагают глубоко вдохнуть и если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище, то плацента отделилась.

### **Применение наружных приемов выделения отделившегося последа:**

- **Способ Абуладзе** – обеими руками захватывают брюшную стенку в продольную складку и предлагают потужиться. Отделившийся послед при этом легко рождается.
- **Способ Гентера** – дно матки приводят к средней линии. Врач становится сбоку от роженицы лицом к ее ногам. Кисти рук, сжатые в кулак, кладут тыльными поверхностями основных фаланг на дно матки, в область ее углов и постепенно надавливают на нее в направлении книзу и кнутри. При этом способе выделения последа роженица не должна тужиться.
- **Способ Креде-Лазаревича** – Матку приводят в срединное положение, легким массажем стараются вызвать ее сокращение и затем дно матки обхватывают рукой так, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь – на дне, а четыре пальца – на задней стенке матки. После этого производят выжимание последа – сжимают матку в переднезаднем направлении и одновременно надавливают на ее дно по направлению вниз и вперед вдоль оси таза.
- **Роговина** – тело матки двумя ладонными поверхностями отводится кверху, после чего правой рукой производят выжимание последа путем сжимания матки в переднезаднем направлении и одновременным надавливанием на ее дно по направлению вниз и вперед вдоль оси таза.
- **Брандт-Эндрю** – левой рукой слегка натягивают пуповину, в то время как правой отодвигают дно матки кверху; затем, продолжая натягивать пуповину, пальцами правой руки оказывают давление между дном матки и симфизом отесняя дно матки дальше вверх, а послед вниз. Данный вариант выделения последа входит в состав рекомендуемой ВОЗ активной тактики ведения 3 периода родов (выделение последа путем контролируемых тракций за пуповину).

При нормальном течении последового периода кровопотеря составляет в среднем не более 0,5 % от массы тела. Эта кровопотеря относится к физиологической, так как не оказывает отрицательного влияния на организм роженицы. Максимально допустимая кровопотеря в физиологических родах – не более 500мл.

### **Проведение оперативного вмешательства (ручное обследование матки) необходимо если:**

- имеет место ухудшение состояния роженицы
- отсутствие признаков отделения плаценты и наличие кровотечения из половых путей;
- кровотечение в последовом периоде (объем кровопотери превышает 500 мл или 0,5% от массы тела)
- сомнение в целостности плаценты
- при продолжении последового периода свыше 20 минут даже при удовлетворительном состоянии роженицы и отсутствии кровотечения;

После рождения последа следует произвести наружный массаж матки и убедиться в отсутствии кровотечения. После чего приступают к осмотру последа, чтобы убедиться в его целостности. Для этого послед, обращенный материнской поверхностью вверх, кладут на гладкий поднос или руки акушера и осматривают сначала плаценту, а затем оболочки. На задержку дольки или части дольки указывает дефект ткани плаценты. В оболочках выявляют кровеносные сосуды с целью обнаружения добавочной дольки плаценты. Если в оболочках имеются сосуды, и на их пути нет дольки плаценты, значит, она задержалась в полости матки. Убедившись в целостности последа, определяют его массу и размер площади материнской поверхности плаценты. Вес плаценты при доношенной беременности составляет 1/6 – 1/7 массы плода; в среднем 400 – 600 г. Зрелая плацента имеет вид диска диаметром 15 – 20 см и толщиной 2 – 3 см. Поверхность долек материнской части плаценты гладкая, блестящая.

### **Ранний послеродовой период** – 2 часа от момента рождения последа.

- Сразу после рождения последа производится оценка состояния роженицы: жалобы, окраска кожных покровов, наличие головокружения, головной боли, расстройств зрения и др, исследование пульса и артериального давления на периферических артериях.

- Состояние матки (матка находится в состоянии сокращения, в срединном положении, выступая через брюшную стенку как плотное округлое образование с четкими контурами, находится посредине между лоном и пупком)
- Характер и объем выделений из половых путей (кровяные темные выделения из влагалища в умеренном количестве).

Обязательно производят осмотр наружных половых органов, включая преддверие влагалища и промежность, чтобы определить их целость, с помощью влагалищных зеркал – стенки влагалища и шейку матки. Обнаруженные разрывы зашивают под местной или эпидуральной анальгезией.

Первые два часа после родов роженица находится под наблюдением в родильном отделении (жалобы, окраска кожных покровов, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения и др, исследование пульса и артериального давления на периферических артериях, состояние матки, характер и объем выделений из половых путей – каждые 20-30 минут, состояние швов на промежности (при их наличии).

После осмотра родовых путей и восстановления их целости роженица под присмотром неонатолога и акушерки прикладывает ребенка к груди и кормит.

Через 2 часа после родов роженицу переводят в послеродовое отделение. Перед переводом оценивают общее состояние роженицы (жалобы, окраска кожных покровов, наличие головокружения, головной боли, расстройств зрения и др, измеряют температуру тела, проводят исследование пульса и артериального давления на периферических артериях, состояние матки, характер и объем выделений из половых путей. Если проводилась эпидуральная анальгезия - вызывают анестезиолога для удаления катетера из эпидурального пространства. Если роженица самостоятельно не мочилась, опорожняют мочевой пузырь при помощи мочевого катетера. Записывают дневник в истории родов.