

+++++
+++++
+++++
+++++
+++++
+++++

О.Р. БАЕВ, Р.Г. ШМАКОВ, О.В. ТЫСЯЧНЫЙ

**КРАТКИЙ АЛГОРИТМ ПО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ
«РОДЫ ОДНОПЛОДНЫЕ, САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ РОДРАЗРЕШЕНИЕ
В ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ (НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ)»**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

O.R. BAEV, R.G. SHMAKOV, O.V. TYSYACHNYI

**A CONCISE ALGORITHM FOR CLINICAL GUIDELINES
«SPONTANEOUS LABOR WITH A SINGLETON VERTEX PRESENTATION
(UNCOMPLICATED DELIVERY)»**Academician V.I. Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology,
Ministry of Health of Russia, Moscow

Нормальные роды – своевременные роды одним плодом (роды в 370–416 недель беременности), 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.

Признаками родов являются:

- регулярные сокращения матки с определенной периодичностью (во время активной фазы не менее 3 схваток за 10 минут);
- укорочение-сглаживание-раскрытие шейки матки.

Началом родов считают момент, когда сокращения матки (схватки) приобрели регулярность с интервалом каждые 5 минут в течение более 1 ч. Роды состоят из 3 периодов.

Первый период родов – от начала родов до полного раскрытия маточного зева; состоит из латентной и активной фазы.

Клиническая характеристика латентной и активной фазы родов

Фаза первого периода родов	Характеристика	Продолжительность	Скорость раскрытия маточного зева
Латентная	Сокращения матки (нередко болезненные), сглаживание шейки матки и прогрессирующее раскрытие маточного зева до 5 см	Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена. Максимальная продолжительность у первородящих не более 20 ч, у повторнородящих – 14 ч	
Активная	Регулярные, обычно болезненные сокращения матки, более быстрое раскрытие маточного зева от 5 см до полного раскрытия	Обычно не превышает 12 ч в первых родах и 10 ч в последующих родах	Скорость раскрытия маточного зева в активную фазу обычно >1 см/ч, но может быть более медленной. Минимальная скорость раскрытия маточного зева в активную фазу – 0,5 см/ч как у первородящих, так и у повторнородящих

Второй период родов – от полного раскрытия маточного зева до рождения плода. Продолжительность второго периода при первых родах обычно не более 3 ч, при повторных – не более 2 ч. Продолжительность может увеличиться еще на 1 ч при эпидуральной анальгезии и составлять 4 ч у первородящих и 3 ч у повторнородящих пациенток.

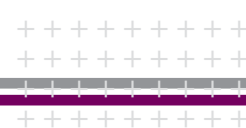
Третий период родов – время от рождения плода до рождения последа. В 90% случаев третий период родов завершается в течение 15 минут, еще в 7% – в течение 30 минут после рождения плода. С увеличением продолжительности третьего периода родов более 10 минут повышается риск послеродового кровотечения. При задержке рождения последа и отсутствии кровотечения ВОЗ рекомендует придерживаться интервала 30 минут до ручного отделения плаценты и выделения последа.

Диагностика

При поступлении в стационар рекомендовано следующее.

№	Женщина	Плод
1	Опросить пациентку на предмет силы, частоты и продолжительности схваток; наличия и характера выделений из влагалища; шевелений плода в последние 24 ч	Определить положение и предлежание плода, отношение головки ко входу в малый таз
2	Определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (УЗИ) плода (оптимально – УЗИ в I триместре беременности)	Определить частоту сердечных сокращений (ЧСС) плода при помощи акушерского стетоскопа или фетального доплера после схватки в течение не менее 1 минуты одновременно с определением ЧСС пациентки
3	Собрать акушерский и соматический анамнез	При неинформативности данных наружного акушерского и влагалищного исследования, аускультации плода, а также несоответствии размеров высоты дна матки и окружности живота сроку беременности провести УЗИ плода с целью определения положения и состояния плода, задержки роста и макросомии плода, а также локализации плаценты
4	Измерить артериальное давление и температуру; высоту дна матки (ВДМ), окружность живота с целью оценки предполагаемой массы плода и определения тактики ведения родов	
5	Оценить продолжительность, частоту и регулярность маточных сокращений	
6	Провести измерение размеров таза (пельвиометрия) с помощью тазомера. Рост ≤ 150 см, поперечный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса $\leq 9,5$ см, продольный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса $\leq 10,5$ см, межкостистый размер ≤ 10 см, отношение рост/ВДМ $\leq 4,7$ указывают на риск диспропорции размеров таза матери и головки плода в родах	
7	Провести влагалищное исследование с целью оценки состояния родовых путей, в том числе костной основы таза и расположения головки по отношению к плоскостям таза, и определения тактики ведения родов	

Перечень лабораторных диагностических исследований перед родами должен соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность». При отсутствии исследований, которые необходимо выполнить в III триместре беременности, их выполняют при поступлении пациентки в стационар.



Ведение родов

В процессе ведения первого периода родов рекомендовано:

- с началом активной фазы родов установить венозный катетер;
- не проводить родостимуляцию у пациенток, находящихся в латентной фазе первого периода родов, если состояние матери и плода остается удовлетворительным;
- предлагать подвижность и свободное положение женщины в родах;
- применять немедикаментозные методы обезболивания родов;
- при неэффективности немедикаментозных методов обезболивания родов использовать медикаментозные методы;
- прием жидкости во время родов с целью профилактики обезвоживания и кетоза;
- с целью профилактики обезвоживания и кетоза рекомендовано внутривенное введение 5% раствора декстрозы, если пероральный прием жидкости ограничен или недостаточен;
- аускультация плода в родах с целью оценки состояния плода в течение 1 минуты в первом периоде родов после схватки, в латентной фазе – каждый час, в активной фазе – каждые 15–30 минут;
- контроль маточных сокращений в родах с целью своевременной диагностики слабости или бурной родовой деятельности. Подсчет схваток проводится в течение 10 минут. В норме число схваток во время активной фазы родов составляет 3–5 за 10 минут. Тахисистолия определяется как >5 схваток в течение 10 минут в двух последовательных подсчетах или в течение 30 минут;
- проводить влагалищное исследование:
 - каждые 4 ч в активную фазу первого периода родов с целью оценки динамики родов;
 - перед назначением медикаментозной анальгезии с целью определения периода и фазы родов для выбора анестезиологического пособия и дозы анестетика;
 - после излития околоплодных вод с целью своевременной диагностики выпадения петель пуповины;
 - при выявлении нарушений ЧСС плода;
 - при ухудшении состояния роженицы или другом изменении клинической ситуации ведение партограммы в родах с целью динамической оценки состояния роженицы, плода и родовой деятельности. В латентной фазе первого периода родов каждые 4 ч проводится учет пульса, АД, температуры тела, мочеотделения, тонуса матки, силы и частоты схваток, характера выделений из половых путей. В активной фазе первого периода родов проводится учет пульса каждые 30 минут, температуры тела – каждые 2 ч, АД и мочеиспускания – каждые 4 ч;
- при выявлении в урогенитальном тракте роженицы стрептококка группы В рекомендована антибактериальная профилактика в первом и втором периоде родов;
- не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам с ВИЧ-инфекцией при вирусной нагрузке перед родами >1000 копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке перед родами или отсутствии противовирусной терапии во время беременности и/или антиретровирусной профилактики в родах;
- не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или есть клинические проявления генитального герпеса накануне родов;
- не рекомендована ранняя амниотомия как рутинная практика.

При ведении второго периода родов рекомендовано следующее.

№	Женщина	Плод
1	Проводить влагалищное исследование каждый час с целью оценки продвижения головки плода по родовому каналу	Аускультация плода каждые 5 минут, или после каждой потуги, или путем непрерывного мониторинга (КТГ)
2	Использовать методы, направленные на уменьшение травмы промежности и облегчение самопроизвольных родов: массаж промежности и теплый компресс на промежность	Предпринять попытку перекинуть пуповину через головку плода, если после рождения головки плода пуповина расположена вокруг его шеи
3	Отсроченное пересечение пуповины (обычно через 1–3 минуты от момента рождения плода) вне зависимости от ВИЧ-статуса пациентки	Осмотр новорожденного с оценкой его состояния по шкале Апгар

Продолжение таблицы

4	Осуществлять ранее прикладывание к груди всех новорожденных, которые могут самостоятельно получать грудное молоко, если их состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению	Новорожденных, не требующих проведения реанимационных мероприятий после рождения, выкладывать на живот и грудь матери, обеспечить контакт «кожа к коже»
5	Не рекомендована эпизиотомия как рутинная практика снижения риска травмы промежности	Антимикробная офтальмологическая обработка вскоре после родов для всех новорожденных для профилактики инфекционных заболеваний глаз
5		Не рекомендована санация верхних дыхательных путей у детей, родившихся с чистыми амниотическими водами и начавших самостоятельно дышать как рутинная практика
6		Не рекомендовано рутинное обмывание ребенка в первые 24 ч после рождения

При ведении третьего периода родов рекомендовано следующее.

1	Парентеральное введение окситоцина или карбетоцина в третьем периоде родов для профилактики послеродового кровотечения. Окситоцин внутримышечно в боковую поверхность бедра в дозе 2 мл (10 ЕД) или внутривенно в дозе 5 ЕД в 500 мл раствора натрия хлорида или декстрозы. Возможно введение окситоцина внутривенно в дозе 5 ЕД в 50 мл раствора натрия хлорида со скоростью 16,2 мл/час с помощью перфузора. Агонист окситоцина карбетоцин вводят внутримышечно или внутривенно медленно сразу после рождения ребенка в дозе 100 мкг/мл	
2	Применять активное ведение третьего периода родов (пересечение пуповины между 1-й и 3-й минутами после рождения плода, самостоятельное рождение последа или его выделение наружными приемами в течение 30 минут)	
3	Рекомендована оценка тонуса матки после родов путем ее пальпации с целью ранней диагностики гипотонии матки	
4	При проведении медикаментозной профилактики послеродового кровотечения в третьем периоде родов не рекомендован рутинный наружный массаж матки с целью профилактики послеродового кровотечения	

Наблюдение за состоянием матери в первые 2 ч после родов.

1	Для оценки объема кровопотери рекомендовано использовать гравиметрический метод	
2	Рекомендовано выполнить послеродовой осмотр последа с целью своевременной диагностики нарушения его целостности и задержки части последа в родовых путях	
3	Рекомендовано после родов провести осмотр влагалища, промежности и шейки матки в зеркалах с целью своевременной диагностики разрывов и провести зашивание разрывов	
4	Рекомендовано каждые 15 минут в течение первых 2 ч после родов проводить контроль состояния пациентки: АД, пульс, тонус матки, объем кровянистых выделений из влагалища	