

Справочник фельдшера и акушерки

№1
2011

Ведение родов в вертикальной
позиции - роженца способствует.

1. Сокращению продолжительности родов
2. Снижению родового травматизма
3. Снижению кровопотери в родах



МЦФЭР
медицина

АКУШЕРСКИЙ ПРАКТИКУМ

Н.П. Кузнецова,

заслуженный врач РФ, зав. родово-операционным отделением ГУЗ
"Родильный дом № 4" УЗ ЮЗАО г. Москвы,

О. В. Шарапова,

д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Москов-
ской медицинской академии им. И.М. Сеченова, заслуженный врач РФ,
главный врач ГУЗ "Родильный дом № 4" УЗ ЮЗАО г. Москвы,

Н.Г. Баклаенко,

канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом
перинатологии РУДН, заслуженный врач РФ

Опыт альтернативного родоразрешения - "вертикальные" роды

В соответствии с рекомендациями ВОЗ при поиске путей щадящего и бережного родоразрешения целесообразна поддержка и продвижение альтернативных методов родоразрешения, благоприятно влияющих на течение и исход родов как для матери, так и для ребенка.

К альтернативным методам родоразрешения (отличающимся от традиционного родовспоможения) относятся "домашние роды", "роды в воду", "вертикальные роды". Из-за развития опасных осложнений как для матери, так и для ребенка, невозможности оказания экстренной оперативной и реанимационной помощи "домашние роды" и "роды в воду" практического применения не получили.

Однако известно, что в ряде европейских стран, компактных и небольших территориально (Голландия, Германия и т. д.) домашние роды при неосложненном течении беременности и наличии необходимых условий довольно распространены. Безопасность этих родов обеспечивается наличием квалифицированного персонала; возможностью оказания экстренной оперативной и реанимационной помощи как женщинам, так и новорожденным; наличием практически на каждом родах реанимобиля и необходимого медицинского оборудования; отсутствием загруженности дорог и т. д.

Наибольшее распространение и признание получили роды в вертикальной позиции (ВР) в условиях стационара под наблюдением медицинского персонала - врачей и акушеров.

ВР имеют ряд преимуществ и достаточно давнюю историю практического применения (в Киевской Руси, Франции, Китае, Голландии и др.), а в настоящее время ВР успешно применяются в акушерских клиниках ряда стран - Швеции, Канады, Германии, Франции и др.

В ГУЗ "Роддом № 4 УЗ ЮЗАО" г. Москвы, являющимся клинической базой кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова и кафедры госпитальной педиатрии московского факультета РГМУ, ВР применяются с 1996 г. после ознакомления с опытом ведения этих родов в акушерской клинике госпиталя "Дандерлюд" в Швеции специалистами родильного дома, указанных кафедр и Департамента здравоохранения г. Москвы.

ГУЗ "Родильный дом № 4 УЗ ЮЗАО" г. Москвы является крупнейшим учреждением родовспоможения, в нем ежегодно происходит более 6% всех родов г. Москвы, в 2009 г. родильный дом по числу родов занял 2-е место после Московского центра планирования семьи и репродукции (7485 и 7153 соответственно). В последние годы отмечается тенденция увеличения числа родов, в т. ч. ВР (таблица).

Количество родов, принятых в ГУЗ "Родильный дом № 4 УЗ ЮЗАО" г. Москвы

Вид родов	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Всего	5533	6061	7088
Домашние	22	14	21
В % к общему числу родов	0,4	0,3	0,3
Нормальных	1704	1509	1652
В % к общему числу родов	30,8	24,9	23,3
Преждевременные	137	156	286
В % к общему числу родов	2,5	2,6	4
ВР	1778	2100	3521
В % к общему числу родов	32,1	34,6	49,7

С 1996 г. в родильном доме принято около 30 тыс. ВР. В настоящее время практически все врачи и акушерки родильного дома владеют этой технологией альтернативного родоразрешения.

Биомеханизм ВР

Биомеханизм ВР основан на действии силы тяжести на плод и родовые пути при вертикальном положении роженицы, ее активном поведении, что способствует усилению сократительной деятельности матки, улучшению кровотока и обеспечению кислородом плода, уменьшению болевых ощущений схваток и т. д.

Благодаря вертикальной позиции женщины с некоторым наклоном вперед, вследствие естественной гравитации, ребенок легче продвигается по родовым путям с наименьшими для себя энергетическими затратами. Вертикальная поза роженицы создает возможность максимального давления плода вниз, вдоль родового канала. Согласно данным зарубежной

Акушерский практикум

литературы, при вертикальном положении роженицы остистые отростки позвонков и копчик максимально отклоняются назад, увеличивая прямые размеры полостей малого таза, благодаря чему ребенок может наиболее эффективно использовать для продвижения переднюю часть малого таза.

Биомеханизм ВР соответствует таковому при традиционном, дорсальном положении роженицы (т. е. совершаются также сгибание, внутренняя ротация и опускание, разгибание головки плода, внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки), но с полноценным использованием для продвижения передней части малого таза, образованием точки фиксации под лоном и наименьшим давлением на промежность.

Основными **противопоказаниями** для ВР являются тяжелые формы гестозов, сердечно-сосудистых заболеваний беременной, слоновость и выраженное варикозное расширение вен нижних конечностей, преждевременные и стремительные роды, гипоксия плода во время беременности и наличие показаний к оперативному родоразрешению со стороны как матери, так и плода.

Ведение ВР

Технология проведения ВР в условиях акушерского стационара не требует специального оборудования, предполагает активное поведение роженицы *в/ периоде родов*, максимальную свободу ее движений, включая массаж и самомассаж рефлексогенных зон. Роженица принимает удобную для себя позу - может стоять, ходить, отдыхать в положении лежа или сидя, находиться полусидя в специальном стуле или кресле, получать акватерапию (душ или ванну), обладающую расслабляющим и обезболивающим эффектами. Роженица ложится лишь при необходимости проведения влагалищного исследования, контроля за сердцебиением плода или других медицинских манипуляций (обезболивание, стимуляция родовой деятельности и т. д.).

Ведение ВР предполагает также партнерство в родах - присутствие на родах мужа или близких родственников, обеспечивающих спокойную психоэмоциональную обстановку и поддержку. Алгоритм активного поведения роженицы в родах и участия партнера определяется после специальных занятий по физической и психологической подготовке с участием различных специалистов (врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, психологов и др.)

Если традиционное ведение родов предполагает активную позицию врача и акушерки, осуществляющей акушерское пособие в родах, и достаточно пассивную позицию роженицы, то при вертикальном положении женщина сама наблюдает за рождением своего ребенка, будучи при этом активной.

Во II периоде родов придание вертикальной позиции осуществляется в тот момент, когда головка плода вступает в широкую часть полости малого таза, и возможно в разных вариантах: сидя, полусидя, на корточках, на коленях, стоя или в специально сконструированном кресле. Оптимальной

является вертикальная поза с некоторым наклоном вперед. При такой позиции роженица располагается на обычной рахмановской кровати, стоя на коленях, лицом к спинке кровати, слегка наклоняясь вперед (на 20-30 градусов). Спинка кровати приводится в вертикальное положение. При вертикальной позиции сидя, полусидя или на корточках роженица располагается лицом к врачу. При ВР ребенок рождается самостоятельно, без оказания классического ручного пособия по защите промежности, общепринятого при дорсальной позиции роженицы, на стерильные пеленки.

Врач и акушерка наблюдают за физиологическим течением родов. Они могут в любой момент вмешаться в случае появления какой-либо патологии. Для профилактики разрыва высокой промежности во время прорезывания головки плода женщину необходимо наклонить вперед на 45 градусов во избежание чрезмерного давления головки на тазовое дно. С момента фиксации теменных бугров во время потуги женщине рекомендуется глубоко дышать, как и при традиционной позиции, что сдерживает активные движения головки плода в выходе малого таза. Такая тактика позволяет самой промежности плавно и медленно соскальзывать (как "чулок") с головки плода.

В результате происходит бережное рождение головки плода с исключением тракций за нее при рождении плечиков. У 2-3% рожениц при ВР имеет место затруднение ротации и рождения плечевого пояса (отсутствие точек фиксации плечиков), что особенно характерно при рождении крупного плода, а также при аномалиях строения таза или при обвитии пуповиной шеи плода. В такой ситуации врач-акушер или акушерка должны оттянуть промежность в сторону прямой кишки указательным пальцем правой руки, расположенным в подмышечной впадине плода, и таким образом без насилия низвести плечико до выхода его из родовых путей. Туловище плода рождается беспрепятственно.

Оставаясь в вертикальной позе, мать сразу берет ребенка на руки и прикладывает к груди, еще до окончания пульсации пуповины и отделения плаценты. В течение 30 мин (можно и дольше) ребенок находится у груди матери. Пуповина клеммируется лишь после прекращения ее пульсации.

В III периоде родов отделение плаценты и выделение последа происходит в положении роженицы сидя (на судне). В случае возникновения осложнений все акушерские операции проводятся в дорсальном положении женщины.

Условия для ВР в родильном доме

Ведение ВР в ГУЗ "Родильный дом № 4" УЗ ЮЗАО г. Москвы осуществляется в условиях активного внедрения современных перинатальных технологий и элементов гуманизации в организацию работы родильного дома - родильный дом открыт для посещения родственников, имеются условия присутствия их на родах, широко используется практика проведения дней открытых дверей, подготовка супружеских пар к родам, в т. ч. ВР, и присутствие на родах близких родственников, совместное пребыва-

Акушерский практикум

ние после родов матери и ребенка. Для этого имеются все необходимые условия - 14 индивидуальных родовых, оснащенных современным оборудованием и аппаратурой, палаты для совместного пребывания матери и ребенка, что способствует иммунобиологическому и психологическому контакту матери и новорожденного с первых минут после рождения; внедрено раннее прикладывание новорожденного к груди, ранняя выписка из родильного дома и т. д.

Все это, наряду с эффективной системой эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями, способствует низким уровням гнойно-септических инфекций среди новорожденных и родильниц и обеспечению их инфекционной безопасности.

Преимущества ВР

Результаты изучения более 2700 историй течения и исходов ВР для матери и плода* свидетельствуют о ряде преимуществ этого альтернативного способа родоразрешения. Для сравнения полученных показателей авторами проанализированы течение и исходы аналогичного числа родов в традиционной позиции роженицы.

Данные исследования показали, что при ВР создаются более благоприятные условия для анатомо-физиологического биомеханизма родов и самостоятельного рождения плода. При этом осуществляется оптимальная координация работы мышц брюшного пресса, тазового дна и скелетной мускулатуры, отсутствует сдавливание маткой сосудов брюшной полости (аорто-кавальной компрессии) и улучшение оксигенации плода.

Анализ продолжительности родов по периодам показал, что при вертикальной позиции женщины укорочение общей продолжительности родов происходит за счет укорочения I периода родов в среднем на 1,5-2 ч, в то время как продолжительность II периода или остается такой же, как при дорсальном положении роженицы, или даже несколько удлиняется, что, очевидно, обусловлено особенностями механизма родов при изменении положения тела женщины и плавным продвижением плода по родовым путям.

ВР в 6 раз реже сопровождались слабостью родовой деятельности (1,2%), потребовавшей родостимуляции, по сравнению с контрольной группой (7,2%).

Особого внимания заслуживает тот факт, что при ВР признаки острой гипоксии плода вследствие механических причин (обвитие пуповиной, истинный узел пуповины) отмечались в 6 раз реже, чем в дорсальной позиции роженицы, и составили 1 %. Это одно из самых важных наблюдений при ВР. Редкость развития острой гипоксии плода, как и асфиксии у новорожденных, объясняется тем, что в вертикальной позиции роженицы отсутствует давление матки на крупные сосудистые стволы. Это способствует

* Ильенко Л.И., Смирнова Л. М., Сутулова С.Г. и др. "Вертикальные" роды как альтернативный способ родоразрешения (с позиции акушера и педиатра): Информационное письмо. М., 2001.

ет улучшению маточно-плацентарного кровообращения и препятствует развитию гипоксии плода. Кроме того, не затруднено дыхание роженицы и снижен риск гипервентиляции. Кровопотеря при ВР обычно не превышала физиологических границ. Патологическая кровопотеря 500-800 мл в последовом и раннем послеродовом периодах в результате гипотонии матки в группе ВР отмечалась в 4 раза реже и составила всего 0,1% (0,4% - в контрольной группе). Массивного кровотечения не было. Уменьшению кровопотери при ВР, очевидно, способствует более эффективное сокращение матки в этой позиции, а потому более быстрое и полноценное отделение плаценты.

При ВР среди травм мягких тканей родовых путей преобладали мелкие, неглубокие разрывы в области малых половых губ и стенок влагалища. Разрывы шейки матки при ВР встречались в 7,5 раза реже, чем при традиционных родах. Травматизм тканей промежности при ВР оказался в 5 раз ниже (5,8% и 29,5%), главным образом за счет незначительного числа перинео- и эпизиотомий (всего 1% против 29% при дорсальном положении роженицы). Однако следует отметить, что число разрывов промежности было в 2 раза больше, чем при традиционных родах. Эти разрывы были неглубокими, главным образом I степени.

Течение послеродового периода чаще носило физиологический характер в группе родильниц после ВР по сравнению с родильницами контрольной группы. Так, у женщин, рожавших в вертикальной позиции, практически отсутствовали глубокие травмы родовых путей и имели место в основном мелкие разрывы мягких тканей родовых путей. Нагноения и расхождения швов в области травм родовых путей в основной группе родильниц не было, в то время как в контрольной группе эти осложнения встречались в 1,2% случаев. Послеродовой эндометрит зарегистрирован у 6 (0,2%) родильниц основной группы и в 2 раза чаще (0,4%) у родильниц контрольной группы.

Число детей, оцененных на 8-10 баллов по шкале Апгар, после ВР было в 3 раза больше, чем после традиционных родов, число же детей, рожденных в асфиксии, напротив, при ВР было в 5 раз меньше, но асфиксия у всех детей не имела тяжелой степени, и оценка по шкале Апгар при рождении была не ниже 6 баллов. Родовой травматизм у детей при ВР, несмотря на большую массу новорожденных, встречается в 10 раз реже по сравнению с контрольной группой.

Признаки церебральной ишемии были только легкой степени и выражались в различных нетяжелых проявлениях неврологических синдромов в периоде ранней адаптации: снижении или повышении нервно-рефлекторной возбудимости, изменении мышечного тонуса, срыгиваниях. "Малые" неврологические синдромы после ВР отмечались в основном у детей, перенесших документированную хроническую гипоксию во время беременности с ее разнообразными последствиями. В то же время у детей после традиционных родов эти показатели имели зависимость также и от гипоксии плода, перенесенной в процессе родов.

Первоначальная масса тела у новорожденных после ВР восстанавливалась на 5-е сутки в 14% случаев, в контрольной группе - ни в одном

Акушерский практикум

случае. Дети, получавшие докорм в основной группе, составили 24%, а в контрольной группе - 31%. Своевременная (на 4-5-е сут.) выписка матери и ребенка из родильного дома после ВР была в 80% случаев, в контрольной группе - в 60%.

На естественном вскармливании находились все дети после ВР, в то время как после традиционных родов - 71%. случаев гипогалактии после ВР не было, что, по-видимому, можно связать с отсутствием медикаментозного влияния на процесс становления лактации препаратов, широко используемых при ведении родов в традиционной позиции, лучшим психоэмоциональным состоянием родильниц, тесным контактом матери и новорожденного и ранним прикладыванием к груди.

Таким образом, многолетний опыт ведения ВР свидетельствует о ряде преимуществ этого альтернативного способа родоразрешения. Все это дает основание рекомендовать этот способ родовспоможения для внедрения в практику.

Ведение родов в вертикальной позиции роженицы способствует снижению числа осложнений в родах как для матери, так и для плода, а также благоприятным ближайшим и отдаленным исходам в состоянии здоровья и развития детей.