

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВЕДЕНИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

**А.А. Оразмурадов, Ф.А. Паенди, Т.П. Голикова,
М.Г. Лебедева**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

Н.М. Старцева

Городская клиническая больница № 29
Госпитальная площадь, 2, Москва, Россия, 111020

В обзоре представлены данные об некоторых особенностях ведения физиологических родов в современных условиях.

Ключевые слова: роды, акушерская тактика, акушерская агрессия, эпидуральная анальгезия.

В современном акушерстве существует множество предложений по рациональному ведению родов [11]. Разногласия имеются даже относительно физиологических родов. Основная цель оказания помощи во время нормальных родов — обеспечить безопасность для женщины и ребенка во время родов при минимальном возможном вмешательстве в физиологический процесс [5, 15].

В докладе «Протокол ведения родов» на форуме «Мать и дитя» (2010 г.) проф. О.Р. Баев привел цифры — 70—80% беременных вынашивают до родов без проблем, поэтому должны входить в группу так называемых «родов низкого риска». Но при этом в 2009 году 65% родов в роддомах России прошли с осложнениями, т.е. нормально рожали только 35% рожениц [2]. Опыт последних десятилетий показывает, что физиологические роды, безвредные для матери и плода, становятся все более редкими [27]. Поведение акушера в родильном зале при полном игнорировании и забвении прежнего многовекового опыта и отсутствии научного понимания механизма родового процесса приводит к нарушению естественного течения родов. Знание — как сопроводить естественные роды — подменяется самоуверенностью и убежденностью в необходимости управлять родами, что немислимо без сверхактивного, подчас агрессивного поведения врача [1]. В.Е. Радзинский, И.Н. Костин считают, что одной из причин увеличения осложнений беременности и родов, роста перинатальной, младенческой и материнской заболеваемости явля-

ется акушерская агрессия [17]. Акушерская агрессия — прямая причина 10% материнской смертности и 50—70% перинатальной заболеваемости и смертности в мире. Авторы предлагают перейти от термина «акушерская агрессия» к термину «безопасное акушерство», который определяет то, к чему нужно стремиться [15, 16].

В настоящее время отмечается тенденция к укорочению родов [8]. Это чаще всего связано с активной тактикой ведения родов, так называемым управлением родами, заключающемся в назначении спазмолитических, анальгетических, утеротонических средств (частота использования в мире достигает 60%) и в искусственном вскрытии плодного пузыря. Критерием правильности течения родов стала продолжительность, а не динамика родового процесса [15]. Широкое применение лекарств, особенно спазмолитических и обезболивающих препаратов, способствует развитию патологии маточных сокращений, а также ухудшению внутриутробного состояния плода [27].

Одним из методов ускорения родов является инструментальное вскрытие плодного пузыря. В норме плодный пузырь, по данным многих авторов, в 75% случаев вскрывается при полном или почти полном открытии маточного зева. На сегодняшний день все чаще стали проводить амниотомию с целью ускорения родов или предупреждения затяжных родов. Авторы считают, что при раскрытии маточного зева на 7 см и более плодный пузырь выполнил свои функции и его дальнейшее сохранение может привести к развитию патологических состояний — преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, слабости родовой деятельности [19]. Одним из условий благополучного завершения родов, как для матери, так и для плода, зарубежные авторы считают наличие плодного пузыря до конца первого периода родов. Поэтому эксперты ВОЗ инструментальное вскрытие плодного пузыря рекомендуют производить только при раскрытии маточного зева менее 0,5—1 см/ч и появлении кровянистых выделений из половых путей [7, 15].

Иностранные авторы также отмечают, что хотя амниотомию широко применяют в современном акушерстве, важно учитывать риск осложнений данной процедуры: выпадения петель пуповины, при амниотомии у плода развивается переходящий ацидоз и гипоксия, увеличивается частота переменных децелераций на КТГ, повышается риск сдавления предлежащей части головки плода, хотя в дальнейшем роды могут протекать как и при самостоятельном разрыве плодного пузыря [15, 23].

В целях «активного управления родами» многие авторы после спонтанного или искусственного вскрытия плодного пузыря для ускорения родов проводили внутривенное введение окситоцина. При этом из-за гиперстимуляции матки ухудшалось внутриутробное состояние плода, возросло количество неонатальных нарушений, желтухи новорожденных [14, 22]. В нескольких рандомизированных исследованиях было выявлено, что ранняя амниотомия в родах ведет к укорочению родовой деятельности в среднем от 60 до 120 минут без влияния на частоту использования анальгезии или оперативного вмешательства. Поэтому внутривенное ведение окситоцина должно проводиться только по показаниям [3, 21].

Вопросы адекватного обезболивания родов, несомненно, актуальны для снижения перинатальной смертности и заболеваемости, устранения неблагоприятных

последствий гипоксии плода и новорожденного, но главное — для снижения материнской смертности [27]. Влияние эпидуральной анестезии (ЭА) на течение родов — этот вопрос чрезвычайно активно обсуждается в литературе, посвященной проблеме обезболивания родов. Утверждение, что ЭА увеличивает продолжительность родов, достаточно часто используется ее противниками, однако данные рандомизированных контролируемых исследований убедительно доказывают, что это далеко не так — достоверно не установлено, что общая продолжительность родов увеличивается, несмотря на удлинение в ряде случаев второго периода (уровень А) [24]. Увеличение продолжительности второго периода родов является реальной проблемой, которая в значительной степени зависит от технологии проведения ЭА и связана с выраженностью моторного блока, а также с уменьшением активности симпатической нервной системы. Есть данные о том, что в 8,3% ЭА ответственна за увеличение продолжительности второго периода родов, а в 75% конкретная причина этого так и не установлена [27]. В настоящее время можно считать эталоном минимального моторного блока ситуацию, когда роженица при адекватном обезболивании может свободно ходить — принцип «ходячей анестезии» [29]. Только при полном взаимопонимании и взаимодействии специалистов регионарная анестезия позволяет не только получить удовлетворение женщины, но и улучшить материнский и перинатальный исход родов [24].

Самым ответственным моментом в родах является рождение ребенка. Фаза изгнания всегда сопряжена с рефлекторным актом — потугами, которые возникают только тогда, когда предлежащая часть находится на тазовом дне. В результате воздействия на нервные окончания, больше всего промежности, происходит рефлекторное выталкивание ребенка [2]. Для укорочения продолжительности второго периода родов и быстрее родоразрешения через естественные родовые пути, отечественные клиницисты активно используют метод управления потугами (метод Вальсальва) [2]. Иностранные авторы отмечают, что во всех опубликованных контролируемых испытаниях, предпринятых для сравнения различных способов ведения родов во втором периоде родов, средние показатели рН артериальной крови пуповины оказались ниже в группе женщин, у которых поддерживались роды с управляемыми или ранними потугами. Управляемые потуги также сопровождались тенденцией к отклонению от нормы сердечного ритма плода и низкой оценкой по шкале Апгар. Широко распространенная тактика управляемых и ранних потуг может привести лишь к уменьшению продолжительности второго периода родов, что в некоторых случаях сопровождается неблагоприятными последствиями для матери и ребенка [3, 4, 15, 18].

В отечественной литературе многие авторы являются сторонниками оказания акушерского ручного пособия во время родов [1, 2]. При этом обосновывается это процедура сохранением целостности промежности и отчасти предупреждением родовой травмы. Однако с вышеприведенным обоснованием не согласны неонатологи и детские невропатологи. Вышеуказанные оппоненты считают, что избыточная активность акушерки вредна: женщина должна рожать по возможности самостоятельно, акушерка не извлекает плод, а лишь поддерживает от провисания во время рождения, не стремясь «защитить промежность», изменить естественный ход событий. Целостность промежности нередко сохраняется ценой травмы ребенка [6,

10, 23]. Оказалось, что в процессе нормальных родов акушерка при защите промежности матери и других вариантах акушерских пособий создает условия для травматизации, чаще всего позвоночника ребенка [25]. Неслучаен афоризм «счастлив ребенок, которого не коснулась рука акушера». По данным Комитета экспертов ВОЗ, у 10% детей можно диагностировать нервно-психические заболевания, при этом определенная часть из них связана с оказанием пособий в родах [4, 6, 19].

Травмы промежности в настоящее время занимают довольно значительный удельный вес среди различных осложнений в родах [18]. По литературным данным, частота разрывов промежности колеблется от 7% до 39%, в среднем отмечается у 12—15% рожениц. У первородящих травмы промежности встречаются в три раза чаще, чем у повторнородящих. Применяемые на сегодняшний день методы защиты промежности, к сожалению, являются далеко не совершенными, и зачастую не способствуют снижению родового травматизма [9, 15, 16].

В последние десятилетия появилась тенденция к профилактическому рассечению промежности. Хирургическое рассечение промежности в родах стало рутинной акушерской практикой [20]. Это удручает, поскольку необдуманное использование этой манипуляции там, где можно без нее обойтись, имеет серьезные последствия [15]. Актуальность изучения перианального травматизма в родах напрямую связана с последствиями для тазового дна. Нарушенная целостность тазовой диафрагмы, травма промежности лишает мышцы медиальной точки опоры, создавая предпосылки для развития тазовой грыжи [13, 15]. Обзор, сделанный Cochrane, приводит к выводу, что кроме случаев передней промежностной травмы, политика эпизиотомии строго по показаниям имеет преимущество перед политической рутинной эпизиотомии: меньше случаев задней промежностной травмы, меньше швов и меньше осложнений. Знание физиологии родов и опыт защиты промежности во время рождения головки — это основные требования для эффективного родовспоможения без ненужных разрывов. Эпизиотомия должна проводиться только в случаях, когда она абсолютно необходима [15, 16, 26].

Остается дискуссионной темой III период родов. Что лучше — выжидательная тактика или активное ведение III периода родов? Обе точки зрения имеют своих приверженцев и оппонентов. При выжидательной тактике врачебная активность сведена к нулю, и рождение последа происходит самостоятельно, под действием силы тяжести или при стимуляции сосков [2,15]. В докладе ВОЗ сделан акцент на том, что активное ведение последового периода уменьшает кровопотерю и риск послеродового кровотечения. Длительность III периода родов сокращается. Правило «не допускать затягивания III периода родов дольше 30 минут» ранее считалось незыблемым. Сейчас, во избежание последового и послеродового кровотечения, обсуждаются гораздо меньшие цифры. Например, некоторые исследователи заявляют, что продолжительность III периода родов более 10 минут достоверно повышает риск послеродового кровотечения. Результаты рандомизированных клинических испытаний, посвященные срокам рождения последа, легли в основу теории о том, что для профилактики послеродового кровотечения оптимальным сроком для начала ручного отделения плаценты является 18-я минута после рождения ребенка. Однако активное ведение родов часто сопровождается неблагоприятными побочными эффектами: тошнотой, рвотой, артериальной гипертензией у матери

[2]. Достаточно давно неотъемлемой частью активного ведения III периода родов стало профилактическое введение окситоцина. Эта мера обосновывается минимальностью побочных эффектов препарата и быстрой его действия (2—3 минуты после введения). Результаты метаанализа подтверждают, что применение окситоцина снижает объем кровопотери и потребность в других утеротонических средствах. Тактика повторных инъекций окситоцина может привести к задержке частей плаценты и акушерскому кровотечению в послеродовом периоде. Некоторые исследователи полагают, что по суммарному соотношению «польза — риск» включать окситоцин в протокол ведения III периода родов преждевременно [15].

Противоречивы мнения специалистов и о необходимости раннего пересечения пуповины. Обсуждаются разные варианты: пересечение пуповины спустя несколько минут, после окончания пульсации в ее сосудах, после рождения плаценты, через несколько часов или даже дней, после естественной мумификации. Хотя давно доказано, что пересечение пуповины предпочтительно отсрочить и что немедленная перевязка может угрожать состоянию новорожденного, но до сих пор многие акушеры упорно спешат выполнить эту процедуру [25]. По мнению В.Е. Радзинского, тактика ведения III периода родов должна быть выжидательной. Наиболее физиологично, чтобы спазм и тромбирование пупочной артерии, трансфузия венозной крови из плаценты к ребенку происходили после помещения новорожденного на грудь матери. Это обеспечивает поступление из плаценты к ребенку дополнительного объема крови — до 70—90 мл, насыщенной кислородом и питательными веществами. Это самая надежная профилактика ранней анемии. С позиции так называемых естественных родов пуповина должна быть пересечена как минимум после окончания пульсации в ней, а еще лучше — после рождения последа [15].

Перинатальные исходы при физиологических родах остаются дискуссионными. По мнению экспертов ВОЗ, при нормальных родах состояние ребенка должно быть удовлетворительным. Однако другие исследователи указывают на то, что даже при нормальных родах новорожденные могут родиться в асфиксии различной степени [8].

Здоровые новорожденные имеют оценку по шкале Апгар 7—10 баллов, т.е. у них могут быть акроцианоз, некоторое снижение мышечного тонуса и рефлекторной возбудимости за счет физиологической для них централизации кровообращения при «катехоламиновом» и «эндорфиновом» всплеске в родах. Широкое применение лекарственных препаратов при активном ведении физиологических родов может вызвать депрессию дыхания и мышечную гипотонию, в результате оценка по шкале Апгар может быть низкой [28]. Важно подчеркнуть, что для развития даже тяжелых и грубых неврологических нарушений совершенно необязательна тяжелая и грубая родовая травма — важно, какой участок, какие структуры головного или спинного мозга повреждены. Некоторые авторы указывают на то, что асфиксия младенцев, рожденных после нормальных родов, этиопатогенетически нейронная, возникающая в результате даже минимального повреждения дыхательного центра плода [4]. Иностранцы авторы подчеркивают, что оценка качества ведения родов должна проводиться по отдаленным результатам развития детей [3].

В настоящее время многие позиции классического акушерства пересматриваются, дополняются и совершенствуются [12]. Вместе с тем основы остаются неизблемыми. Сегодня роды в стационаре сконцентрированы на биологии рождения. Любое вмешательство в течение физиологических родов (фармакологическое, механическое) должно рассматриваться как нарушение закона природы — рождения человека [25].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Ailamazyan E.K.* “Obstetrics: connection times”, Report to the National Congress “controversial issues of modern obstetrics” in St. Petersburg // *Journal of Obstetrics and women's diseases.* — 2011. — V. 60. Number 4. — P. 4—11.
- [2] *Baev O.R., Komissarova L.M., Puchko T.K., Vasilchenko O.N., Malbakhova E.T., Polyanchikova O.L., Schiffman E.M.* The basic protocol of conducting labor // “Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after academician V.I. Kulakov RAMS”, 2011. — P. 6—8.
- [3] *Baud O.* Neonatal outcomes after instrumental vaginal delivery // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* — 2008. — Vol. 37, suppl. 8. — P. S260—S268.
- [4] *Brynza N.S., Griboyedova V.V., Trushkov A.G., Stepanova T.F., Kornachev A.S., Bashmakova N.V.* Analiz incidence of frequency birth defects, respiratory and cardiac vascular disorders among babies depending on tactics of conducting labor // *Journal of Obstetrics and women's diseases.* — 2008. — V. VII. Number 4. — P. 76—85.
- [5] *Giglio MR, França E, Lamounier JA.* Evaluation of the quality of care for normal delivery // *Bras Ginecol Obstet.* — 2012. — 33(10). — P. 297—304.
- [6] *Hasanov A.A.* Day of exile or a birthday? // *Status Presens.* — 2012. — № 1 [5]. — P. 76—77.
- [7] *Jun Zhang PhD, James F., Troendle Michael K., Yancey* Reassessing the labor curve in nulliparous women // *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* — Vol. 187, Issue 4 (October 2012).
- [8] *Kolomiytseva A.H., Skrypchenko N.J.* Modern principles of labor management. Prevent aggression during labor // *Tauride Medical and Biological Bulletin.* — 2012. — V. 15. Number 2. — P. 290—291.
- [9] *Lineva O.I.* From aggression to safe motherhood // *Status Presens.* — 2012. — № 3 [9]. — P. 30.
- [10] *Makletsova S.A.* Generic injuries — editorial note SP // *Status Presens.* — 2012. — № 1 [5]. — P. 78—79.
- [11] *Obstetrics: National guidance. Short guide / Ed. E.K. Ailamazyan, V.N. Serov, V.E. Radzinsky, G.M. Savelevoj.* — Moscow: GEOTAR Media, 2013. — P. 267.
- [12] *Orazmuradov A.A., Kibardina N.V., Knyazev S.A., Merkulova O.D., Shmelkov A.V., Verkhovskaya O.L.* Modern possibilities of predicting perinatal diseases // *Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series «Medicine “Obstetrics and Gynecology”».* — 2010. — № 1. — P. 13—17.
- [13] *Patonay B.C., Oliver W.R.* Can birth trauma be confused for abuse? // *J. Forensic. Sci.* — 2010. — Jul. № 55 (4). — P. 1123—1125.
- [14] *Pervolaraki E, Holden AV.* Spatiotemporal patterning of uterine excitation patterns in human labour // *Biosystems.* — 2013 Mar 7. pii: S0303—2647(13)00056-7. doi: 10.1016/j. biosystems. 2013.03.012. [Epub ahead of print]
- [15] *Radzinsky V.E.* Obstetric aggression // “Mediabureau Status Presens”, 2011. — P. 327—400.
- [16] *Radzinsky V.E.* Contraversions in obstetrics and gynecology // *Journal “Obstetrics and Gynecology”.* — 2008. — № 5. — P. 70—71.
- [17] *Radzinsky V.E., Knyazev S.A., Kostin I.N.* Obstetrics risk. Maximum of information — minimum danger to the mother and the baby. — Moscow: Penguin Books, 2009. (Medical Practice.). — P. 65—67.

- [18] Reproductive Health: Manual guide / Ed. V.E. Radzinsky. — Moscow: People's Friendship University of Russia, 2011. — P. 345.
- [19] Savelieva G.M., Kurtser M.A., Karaganova E.Y., Breusenko L.E., Tretyakov M.V. Maintaining physiological and complicated delivery // Journal of Obstetrics and Gynecology. — 2011. Number three. — P. 4—10.
- [20] Schmitz T, Meunier E. Interventions during labor for reducing instrumental deliveries // Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). — 2008. — 37. Suppl 8. — S179—87.
- [21] Schiffman E.M., Ivshin A.A., Gumenjuk E.G., Ivanova N.A., Eremina O.V. Effect of oxytocin during labor on fetal cerebral blood flow // Journal "Togliatti medical consultation". — 2011. — Number 1. — P. 16—18.
- [22] Selin L, Almström E, Wallin G, Berg M. Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor // Obstet Gynecol Scand. — 2009. — 88(12). — P. 1352—7.
- [23] Selihova M.S., Kotovskaya M.V., Kurutova L.N. Generic injuries and women's reproductive health // Journal of Obstetrics and Gynecology. — 2010. — Number 5. — P. 55—58.
- [24] Simmons S.W., Cyna A.M., Dennis A.T., Hughes D. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour // The Cochrane Collaboration. — 2008. (ISSN 1464-780X)
- [25] Startseva N.V. Motherhood threatened // Status Presens. — 2010. — № 2 [4]. — P. 74.
- [26] Stark Michael Episiotomy The Destructive Tradition // Journal of Obstetrics and Gynecology. Anul 5. Vol. 5. Nr. 17. 3/2009. — P. 142—144.
- [27] Vinogradova O.A., Pervak V.A., Mozgovaya E.V. Evaluation of labor activity using a combined spinal-epidural anesthesia // Journal of Obstetrics and women's diseases. — 2010. — V. LIX. Number 5. — P. 80—87.
- [28] Zhang J., Landy H.J., Branch D.W., Burkman R., Haberman S., Gregory K.D., Hatjis C.G., Ramirez M.M., Bailit J.L., Gonzalez-Quintero V.H., Hibbard J.U., Hoffman M.K., Kominiarek M., Learman L.A., Van Veldhuisen P., Troendle J., Reddy U.M. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes // Obstet Gynecol. — 2010. — 116(6). — P. 1281—7.
- [29] Zhang M., Yang H.X., Li H.Y., Shi H.X., Qu Y. Influence of combined spinal-epidural analgesia and epidural analgesia on the progress of labor // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. — 2010. — Jun; 40(6). — P. 365—8.

MODERN CONCEPTS OF MANAGEMENT NORMAL LABOR

**A.A. Orazmuradov, F.A. Paendi, T.P. Golikova,
M.G. Lebedeva**

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Medical Faculty

People's Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

N.M. Startseva

Clinical Hospital № 29
Gospitalnaya Sq., 2, Moscow, Russia, 111020

This review presents data on some of the peculiarities of normal labor in modern conditions.

Key words: labor, obstetric tactics, obstetric aggression, epidural analgesia.