

# РОДОВАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ (ЧАСТЬ ВТОРАЯ)

«Роды – это дверь в жизнь.»

*Посвя*

*щается моей матери*

## АКУШЕРСКИЕ АСПЕКТЫ (взгляд педиатра)

Родовая травматизация (РТ)- нарушения целостности и расстройства функций тканей и органов ребенка, возникающие во время родового процесса (МКБ, P12-P15). От понятия РТ необходимо дистанцировать понятие «акушерская травма» (АТ)-возникает вследствие оказания акушерских пособий при патологических родах.

В последние 50 лет происходит постепенное снижение числа нормальных родов (в 1972г — 45.3%, в 1999 г.- 31%. Родовая травматизация всегда находилась в центре внимания акушеров и педиатров, и причина тому — очевидная или кажущаяся управляемость данной патологией. В то же время сложность отслеживания течения данной патологии в том, что она находится на стыке многих специальностей: акушерство, неонатология, реаниматология, неврология. Если взять отдельного представителя каждой специальности, то будут сформулированы представления о РТ согласно точке зрения каждой из специальностей. Отсюда и, зачастую, полярные представления о этиологии и патогенезе РТ.

Важным в понимании особенностей интранатальной патологии ЦНС является знание и понимание биомеханики родовой травматизации, в основе которой лежит воздействие на голову, позвоночник, таз плода динамической механической энергии в виде относительно длительного сдавления головы плода при прохождении ее по родовым путям матери, скручивающих сил, действующих на позвоночник и таз в процессе поворотов родового канала. Сдавление головы в родах возникает при любых, в т.ч. физиологических родах. Эволюция создала сложный биологический механизм, обеспечивающий изменение окружности и формы головы плода в родах. Такие изменения возможны благодаря упруго-эластичным свойствам костей черепа, особому фестончатому строению черепных швов, возможности перемещения церебро-спинальной жидкости из обширных церебральных субарахноидальных пространств в спинальные и обратно. При нарушениях интракраниальных механизмов адаптации, либо возникновении за пределами для этих тканей нагрузок, плод теряет возможность компенсировать сдавление и возникают различные повреждения головного и спинного мозга.

Постараемся разобрать узловые и проблемные моменты родов, являющиеся спорными до сих пор, но несомненно оказывающие травмирующее влияние на плод интранатально.

1. **ПРОГРАММИРОВАННЫЕ (УПРАВЛЯЕМЫЕ, ИНДУЦИРОВАННЫЕ) РОДЫ (ПР)** до 15-23%, местами до 58% всех родов. В США более 20%, в России 13-20% от общего количества родов.

В мире до сих пор нет единой точки зрения на ПР. Основная цель ПР — снижение перинатальных потерь именно при доношенной беременности. В настоящее время показанием к ПР являются:

— длительно текущий или тяжёлый гестоз;

— перенашивание или тенденция к перенашиванию беременности;

— хроническая гипоксия плода;

-фетоплацентарная недостаточность (ФПН);

— возраст первородящей более 30 лет;

— сахарный диабет и др. экстрагенитальные заболевания матери;

Спорные вопросы ПР:

а) оптимальное время родовозбуждения. Согласно законам фотопериодичности начала и окончания родов, наилучшее время для родовозбуждения — 19.00-3.00, 13.00-18.00. На самом деле перечисленные выше часы выполняются редко, так как на течение ПР накладывается режим ЛПУ, организационные и технические проблемы;

б) развитие родовой деятельности после амниотомии без медикаментозного родовозбуждения. Чаще это происходит у беременных со **зрелой шейкой матки (ШМ)**. При наличии **незрелости ШМ** на момент начала ПР высок риск использования медикаментозного родовозбуждения и родостимуляции, а также возникновения индуцированных аномалий родовой деятельности (дискоординация родовой сил), высок риск оперативного родоразрешения. В этом пункте необходимо отметить высокий субъективизм оценки степени зрелости ШМ.

в) необходимость обезболивания при ПР

## 2. АМНИОТОМИЯ БЕЗ ПОКАЗАНИЙ («симптом крокодила»)

Амниотомия (А)- преднамеренное разрушение амниотических оболочек до,- или во время родов, направленное на усиление сократительной активности матки и уменьшение продолжительности родов. В настоящее время с А. сталкивается практически каждая вторая пациентка. Эффективность амниотомии, как самостоятельного метода родовозбуждения достаточно высока и приводит к появлению схваток в течении 2 — 4 ч. у 50-70% пациенток. Однако вероятность успешного родовозбуждения напрямую зависит от степени зрелости ШМ. При незрелой или созревающей ШМ высок риск развития аномалий родовой деятельности ( первичная и вторичная слабость родовой сил, дискоординация родовой сил, бурная родовая деятельность. По мнению акушеров, наиболее распространенное осложнение А.- восходящее инфицирование родовых путей. Однако, все забывают о том, что при искусственном разрушении амниотических оболочек, плод лишается «водного клина» перед собой (при головном предлежании). Того самого водного клина, который и призван разводить гладкую мускулатуру ШМ, препятствуя жёсткому соприкосновению головки плода и нераскрытой ШМ (особенно незрелой). Иными словами говоря, лишившись водного клина, плод призван своей головой раскрывать ШМ. Тут также на первый план выходит степень подготовленности родовых путей, степень их зрелости. чем более ригидные родовые пути, тем большее сдавление со стороны последних получает головка плода, то есть кости черепа. Ясно, что деформация костей черепа — есть природой заложенный механизм. Для этого и существуют незаросшие швы с фестончатыми краями. Но при «пролезании через игольное ушко» схождение костей черепа бывает слишком за пределами, что сопровождается нарушениями внутричерепной ликворо,- и гемодинамики, степень

нарушения которых интранатально технически не определить. Но, в дальнейшем, после родов это приводит к значимым нарушениям ликворооттока, артериального притока и венозного оттока во всех ликворососудистых бассейнах головного мозга.

### 3. РОДОВОЗБУЖДЕНИЕ И РОДОСТИМУЛЯЦИЯ

Весьма часто акушеры используют протокол, предложенный С.П. Поповым и соавт. (1997), в котором рекомендуется для профилактики аномалий родовой деятельности начинать инфузию утеротоника **окситоцина** сразу после амниотомии. С точки зрения степени травматизации костей черепа плода и шейного отдела позвоночника (ШОП), данная технология чрезмерно агрессивна как с точки зрения избыточного сдавливания костей черепа и нарушения гемоликвородинамики, так и нарушения маточно-плацентарного кровотока, опять же усиливающее проявления внутриутробной гипоксии плода. У рожениц с первичной слабостью родовой деятельности, потребовавшей коррекции окситоцином, наблюдается нарушение перфузии головного мозга плода. Причем глубина расстройств зависит от дозы вводимого окситоцина: чем выше доза, тем глубже расстройства плодового мозгового кровотока (1).

#### 4. ПРИЁМ КРИСТЕЛЛЕРА

**Кристеллера приём** — акушерский прием, способствующий быстрому завершению второго периода родов; заключается в искусственном выжимании **плода** из родовых путей давлением на матку через переднюю брюшную стенку роженицы в направлении сверху вниз рукой акушера. Поэтому, **если врач предложил вам «немножко надавить на живот», чтобы ускорить роды, настоятельно рекомендуем отказаться от такой помощи!**

<http://naturalbirth.ru/public/im/kostin5.jpg>

<http://mulheresempoderadas.files.wordpress.com/2011/08/kristeller.jpg>

*Кристеллер*, предложивший этот прием, применял его только в периоде изгнания плода при слабой родовой деятельности. Классик акушерства и близко не допускал мысли, что врач должен перегнуться через роженицу и своим плечевым поясом «выдавливает» плод, да еще и при высоко стоящей головке. В настоящее время приём Кристеллера применять не рекомендуется, так как он считается опасным для плода (травма) и для матери (преждевременная отслойка детского места, **разрыв** матки, шок). «Медицинская энциклопедия». Официально считается, что данное пособие не применяется в России. Однако по многочисленным жалобам в «Лигу пациентов» можно сделать вывод об обратном – в России данный прием применяется и приводит к таким страшным последствиям, как разрыв матки у роженицы и *родовые травмы у новорожденных*. Таким образом, в генезе родовых травм определенная роль, несомненно, принадлежит применению древнего акушерского приема, описанного в очень старых учебниках по акушерству и известному как метод Кристеллера, или давление на живот. **С 1 января 2008 года сообщение о применении врачом этого «метода» во Франции лишает его права заниматься акушерской практикой ПОЖИЗНЕННО. Запрещён на основе приказа Министерства здравоохранения РФ № 318 и постановления Госкомстата РФ № 190 от 4 декабря 1992 года «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией**

## 5. ПЕРИНЕО,и-ЭПИЗИОТОМИЯ

Эпизиотомия – это хирургическая манипуляция, которая проводится в потужном периоде родов. Суть ее заключается в рассечении промежности и облегчении продвижения ребенка по родовым путям. К сожалению, врачи не всегда проводят эту процедуру обоснованно, а часто применяют для того, чтобы ускорить [процесс родов](#). В доступной литературе отмечаются только негативные последствия эпизиотомии для женщин. О том, что этот метод нередко бывает травматичным для новорожденных данных почти нет. Здесь надо сразу сделать отступление: при соблюдении показаний к эпизиотомии:

1. угроза сильного разрыва тканей промежности, в случаи рождения крупного ребенка;
2. тазовое предлежание плода;
3. “высокая” промежность у женщины;
4. женщина не может контролировать потуги;
5. головка ребенка неправильно вошла в таз;
6. гестоз и некоторые заболевания внутренних органов;
7. слабая родовая деятельность или кровотечение;
8. гипоксия плода в случаи обвития пуповиной;
9. преждевременные роды;
10. необходимость использования щипцов или вакуум-экстрактора.

Речь идет о спасении жизни новорожденного и «из двух зол выбирается меньшее», но если эпизиотомия выполняется для «ускорения» родового процесса, то последствия для ребенка можно отнести к ятрогении.

## 6. ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ (ДП)

ДП – задержка переднего плечика позади лонного сочленения после рождения головки плода или клиническое несоответствие плечевого пояса и таза матери. Выделяют две формы ДП: а) высокое прямое стояние плечиков; б) глубокое поперечное стояние плечиков; частота родового травматизма при ДП достигает 30% и более.

Факторы риска: 1) Крупный плод (40-50%); распространенность ДП при средней массе плода – не более 1%., при массе 4000 и более – 3%, при 5000 г. и более – 4%.

При попытке высвобождения плечиков методом простой тракции за голову плода могут возникнуть повреждения мышц, связочного аппарата, позвонков шейного отдела, костей черепа, твердой мозговой оболочки ( ассиметричное натяжение, скручивание ТМО), повреждение нервов плечевого сплетения. Эта травматизация многократно возрастает при применении в этот момент утеротоников, приема Крестеллера. Даже при использовании алгоритма HELPERR (акушеры меня поймут) сохраняется высочайший риск травматизма краниовертебральной зоны. Довольно часто встречаемый в практике **перелом ключицы** у ребенка в большинстве случаев не рассматривается как симптом клинического несоответствия размеров плечиков и таза матери. Невольно вспоминается крылатая фраза неизвестных неврологов: «...если сломалась ключица – поблагодарите Бога, иначе бы сломалась шея...». Здесь я хочу подчеркнуть, что

достоверных случаев перелома ключиц гораздо больше, чем клинически подтвержденных случаев ДП. Это говорит о том, что к переломам ключиц относятся как к обыденному, ничего не значащему явлению, а между тем – это 100% признак родовой травматизации краниовертебральной зоны (КВЗ).

## **7.ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ (ВКЛЮЧАЯ ШЕЙКУ МАТКИ) РОЖЕНИЦЫ**

Во всех доступных источниках литературы содержатся сведения, касающиеся именно акушерского аспекта травм промежности и ШМ и только между строк в этой литературе проскальзывает тот факт, что травматизация промежности в родах осуществляется предлежащей частью плода. А причиной травматизации промежности является старая дилемма: либо крупные размеры предлежащей части плода, либо чрезмерно ригидные родовые пути (хуже, если совпадает и то и другое). Проблематика та же, что описано выше: чрезмерное сдавление предлежащей части (головка) родовыми путями со всеми вытекающими последствиями нарушения гемо-,ликвородинамики, запредельного захождения фестончатых краев костей черепа друг за друга, травматизации твердой мозговой оболочки (ТМО), деформации венозных коллекторов, инициацией пусковых механизмов гипертензионно-гидроцефального синдрома и т.д.

## **8. ОБВИТИЕ ПУПОВИНОЙ ВОКРУГ ШЕИ (ОП)**

ОП – образование петли пуповины вокруг шеи или конечностей плода в процессе осуществления родового акта, часто приводящее к развитию осложнений у плода и отдаленных последствий у новорожденного и ребенка первого года жизни.

Причины образования ОП в настоящее время точно не известны. Риск ОП чаще при: а)многоводии; б) хронической или острой гипоксии плода, приводящей к усилению двигательной активности плода до начала или во время родового процесса; в) длинная пуповина (более 70 см). Длина пуповины генетически определена. г) сочетание всех факторов;

Формы ОП:

### **1. ОП может возникать вокруг разных частей туловища плода:**

— вокруг шеи;

-вокруг конечностей;

-вокруг туловища;

### **2) В зависимости от количества петель ОП бывает:**

-однократное (чаще всего);

-двухкратное ;

-многократное;

### **3) По степени затягивания:**

-тугое;

-нетугое;

### **Как обвитие пуповины может повлиять на ход родов?**

Обвитие пуповины может быть однократным и многократным, нетугим и тугим, изолированным и комбинированным (вокруг шеи и конечностей плода). Наиболее распространенной разновидностью обвития пуповины является изолированное, однократное, нетугое обвитие вокруг шеи малыша, что, как правило, не представляет для него опасности.

В случае подтверждения обвития пуповины к моменту родов, в зависимости от его вида, акушер-гинеколог выбирает оптимальную тактику ведения родов. При правильном ведении родов при нетугом одно- или двукратном обвитии ничем серьезным это ребенку не угрожает.

Сердцебиение плода контролируется в среднем каждые полчаса во время схваток и после каждой потуги. Если частота сердечных сокращений малыша не соответствуют норме, врач может применить стимуляцию, чтобы ускорить роды. Сразу же после рождения головки акушер освобождает шею от петель пуповины, препятствуя тем самым ее сильному натяжению и нарушению кровотока по ней.

Опасным может быть только двойное или многократное тугое обвитие пуповины. При таком обвитии уже во время беременности регистрируются признаки гипоксии плода. При тугом обвитии и возникновении относительного укорочения пуповины во втором периоде родов возникает натяжение, сужение просвета сосудов, приводящее к резкому снижению кровоснабжения тканей ребенка (острой гипоксии и асфиксии).

**Внутриутробная гипоксия плода** — состояние, связанное с недостатком кислорода во время беременности и в родах. Она обуславливается уменьшением или прекращением поступления в организм кислорода и накоплением в крови недоокисленных продуктов обмена веществ. Иногда гипоксия может быть острой и тогда ребенку нужно экстренное акушерское пособие. Острую гипоксию в родах обычно называют асфиксией.

**Асфиксия новорожденного** — синдром, который характеризуется отсутствием дыхания или отдельными нерегулярными неэффективными дыхательными движениями. Новорожденному в родильном зале оказывается экстренная медицинская помощь. Поэтому, тугое многократное обвитие пуповины вокруг шеи – является основным фактором риска для развития гипоксии и асфиксии в родах и является показанием для оперативного родоразрешения.

Также натяжение пуповины в родах чревато преждевременной отслойкой плаценты. Поэтому на сроке после 37 недель при наличии такого обвития пуповины чаще всего производят плановое кесарево сечение, а если состояние плода стало угрожающим до этого срока, операцию могут сделать раньше.

Главный и наиболее частый патофизиологический феномен, возникающий при ОП у новорожденного — это каскад гемодинамических сдвигов, в основе которого лежит **различная степень нарушения венозного оттока по магистральным венозным коллекторам** от легкой, клинически незначимой, до тяжелой, сопровождающейся острым

венозным стазом как в венозном русле, так и капиллярной венозной сети. Этот стаз практически всегда является пусковым моментом развития продленного нарушения венозного оттока, в свою очередь который запускает механизмы **ликворной и венозной гипертензии** новорожденного и далее ребенка уже последующих месяцев и лет жизни.

К слову говоря, в настоящее время в родильных домах отношение к ОП весьма спокойное. Согласен, когда присутствует однократное, нетугое, изолированное ОП, не сопровождающееся гемодинамическими изменениями мозгового кровотока (к сожалению в наших роддомах в большинстве случаев эти изменения можно определить только клинически, ибо параклинические методы диагностики — прерогатива крупных роддомов и перинатальных центров), то прогноз для ребенка относительно спокоен. Но при наличии тугого, двойного, а то и комбинированного ОП, сопровождаемого клинически видимыми признаками венозного стаза (гемофтальм (краевой или тотальный), застойный цианоз лица, волосистой части головы), необходима более тщательная оценка уровня неврологического здоровья с прицелом на ближайший и отдаленный катамнез. Таких детей необходимо вместо выписки домой с напутствием «бывает, пройдет...», переводить в профильные ОПН для более тщательной диагностики и динамического наблюдения.

## **9.СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (гипотоническая дисфункция)**

**Слабость родовой деятельности (СРД)**- это такое состояние, при котором интенсивность, продолжительность и частота схваток недостаточны, а поэтому сглаживание шейки матки, ее раскрытие и продвижение плода идет замедленными темпами, несмотря на нормальные соотношения размеров плода и таза.

**Первичная слабость родовых сил** возникает с самого начала родов и продолжается в течение периода раскрытия и иногда до окончания родов.

Схватки при слабости родовых сил могут быть редкими, слабыми или короткими. Они остаются регулярными, распространение возбуждения не нарушено, сохраняется тройной нисходящий градиент. Сглаживание и раскрытие шейки матки идет замедленными темпами, головка длительно остается над входом в таз или прижатой. Диагноз слабости родовых сил ставится после 6-8-часового наблюдения при целом плодном пузыре и 2-4-часового наблюдения при излитии вод. В среднем скорость раскрытия шейки матки у первородящей — 1 см в час, у повторнородящей — 2 см в час.

Причины первичной слабости родовых сил:

- раннее и избыточное применение седативных средств и анальгетиков;
- недостаточная биологическая зрелость шейки матки;
- инертность матки вследствие эндокринопатии и/или нарушения рецепторного аппарата;
- перерастяжение миометрия (многоводие, многоплодие, крупный плод);
- клинически узкий таз.

**Осложнения:** продолжительность родов увеличивается и приводит к утомлению роженицы, нередко имеет место несвоевременное излитие вод, что способствует удлинению безводного промежутка, внутриутробной гипоксии плода, возникновению инфекции в родах. Длительное стояние головки в одной плоскости таза может привести к образованию свищей. Начинается гипоксия плода. В последовом и раннем послеродовом

периодах часто наблюдаются кровотечения как следствие пониженной сократительной активности матки.

**Вторичная слабость родовых сил** возникает после длительной нормальной родовой деятельности, обычно в конце I периода после открытия акушерского зева на 6 см и более или во II периоде родов. Продвижение плода по родовому каналу замедляется. Роды принимают затяжной характер, что приводит к утомлению роженицы, гипоксии плода, возникновению эндометрита в родах.

*Крайне важно дифференцировать вторичную слабость и клиническое несоответствие размеров таза и головки плода.*

#### **Причины вторичной слабости родовых сил:**

- несоответствие размеров головки плода и таза матери (15-50%);
- неправильное вставление головки плода<sup>1</sup>;
- значительные дозы анальгетиков и седативных средств;
- проводниковая анестезия.

#### **Слабость потуг**

Наблюдается у пожилых первородящих, при слабости мускулатуры брюшного пресса у многорожавших женщин с чрезмерно растянутыми мышцами, при инфантилизме, ожирении, а также при дефектах брюшной стенки в виде грыж белой линии живота, пупочной и паховой грыжах, при миастении, повреждениях позвоночника. Нередко слабость потуг наблюдается при первичной или вторичной слабости родовых сил.

#### **Опасность СРД для плода**

-длительное сдавление предлежащей части (чаще головки в различных видах вставления), приводящее к нарушению артериального притока и венозного оттока, возникновению очагов ишемии ГМ (кистообразование), высокому риску ВЧК — ВЖК.

-компрессии пояснично-крестцового (краниовертебрального) отдела вследствие логической стимуляции родовой деятельности и развития чрезмерной родовой деятельности.

## **10. ОПЕРАТИВНОЕ РОДРАЗРЕШЕНИЕ (кесарево сечение).**

*«Не пройдя родовые пути, не войдёшь в жизнь.»*

Абдоминальное родоразрешение — одна из наиболее важных проблем современного родовспоможения во всем мире. частота КС в мире переменна. Австрия, Дания, Норвегия — около 30% всех родов, Мексика, Чили — более 30%. В России (2009 г) — около 21% всех родов. Распространенность КС весьма понятна — стремление акушеров снизить перинатальную смертность. С этим поспорить трудно. КС всегда считалось альтернативным родоразрешением для **спасения жизни**. Но мы рассуждаем в данной статье о родовой микротравматизации перинатального генеза. И вот тут КС атравматичной операцией для плода не назвать. Существует три типа срочности операции

КС: плановое, экстренное, запланированное. При каждом типе возникают свои типы РТ:

а) плановое КС: главная проблема — это резкая смена давления внутриматочного на атмосферное. При этом отмечается клинически значимое изменение мозгового кровотока с возникновением (прямым и рефлекторным путем) зон ишемий (вплоть до формирования в последующем кист), микро,-макрогеморрагий. б) экстренное: формируется комбинированный механизм РТ. На начальном этапе родоразрешение идет через естественные родовые пути с формированием одной из проблем, являющейся показанием к КС (слабость родовых сил, нераскрытие незрелой ШМ, клинически и анатомически узкий таз и т.д.). В период родоразрешения через ЕРП (естественные родовые пути) на плод действует весь комплекс акушерских мер (амниотомия на незрелой ШМ, родостимуляция, ручное раскрытие ШМ, прием Кристеллера) и плод уже тут приобретает комплекс травматических факторов. А в период уже экстренного КС идет часто поспешное извлечение плода, часто уже вклинившегося в родовой канал с формированием комплекса травмирующих факторов (тракция шейного отдела, избыточное сдавление костей черепа родовыми путями).в) запланированное — это плавный (предполагаемый заранее) переход родоразрешения через ЕРП в ЭКС. Этот тип наименее травматичен для плода. Например, на фоне ПРПО (преждевременный разрыв плодных оболочек) головка прижимается к внутреннему зеву ШМ, но развития родовой деятельности не происходит или она неадекватна. Вместо классической родостимуляции фармсредствами, осуществляется ЭКС (баро,-и механическая травматизация плода меньше, чем в описываемых выше типах.

## 1. И, НАКОНЕЦ СЛОВА АКУШЕРА

Кратко обозначу элементы *акушерской агрессии в родблоке*. Итак:

- полипрагмазия
- «программированные роды» при «незрелой» шейке матки
- использование эстрогенов для подготовки родовых путей
- «эффект крокодила» (необоснованные амниотомии)
- необоснованные родовозбуждения и родостимуляции (окситоцин в 45-60% родов, необоснованные амниотомии, неразрешенный «сайтотек»)
- рутинное и/или постоянное использование КТГ
- извращение санэпидрежима (использование антисептиков и маски при влагищном исследовании)
- рассечение промежности при высокостоящей головке, стремление к малым разрезам (67% продолжают в разрывы)
- неквалифицированная защита промежности акушеркой
- пособие Кристеллера при высокостоящей головке
- регуляция потуг
- 25% излишних кесаревых сечений и 15% не произведенных при высоком перинатальном риске
- преобладание экстренных кесаревых сечений над плановыми и запланированными
- неадекватное лечение гестоза
- неадекватное лечение акушерских кровотечений (экстирпация матки вместо перевязки сосудов)

Зато эффективные, нужные мероприятия применяются не всегда. Но это же не просто чьи-то выдумки, это рекомендовано ВОЗ. Перечислю:

- клизма, бритве – по желанию женщины.
  - палата наблюдений
- Хороший, кстати сказать, способ... В приемном отделении отводят палату, куда женщина поступает: толи у нее роды, толи прелиминарные боли. Она там лежит 2-3 часа – сколько надо врачу, история родов не заводится. Если это оказались не роды – она идет домой. Как у нас, вы знаете – в патологию и вперед («синдром крокодила»).
- роды с партнером,
  - свободное положение роженицы в 1 и 2 периодах родов,
  - питье и еда в первом периоде,
  - **ведение партограммы (ГРАФИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ ВЕДЕНИЯ РОДОВ),**
  - немедикаментозные методы обезболивания,
  - эпидуральная анестезия – золотой стандарт, как В.Е.Радзинский<sup>[13]</sup> говорит: если у вас не делают эпидуральную анестезию – выгоняйте анестезиолога или пусть переучивается, это уже опасным стало как для женщин, так и для врачей.
  - демедиализация в родах
  - активное ведение 3-го периода родов,
  - поддержка «тепловой цепочки»,
  - совместное пребывание матери и ребенка,
  - свои вещи в родильном доме,
  - свободное грудное вскармливание,
  - ведение пупочного остатка «сухим» методом,
  - прививки и осмотр в палате,
  - присутствие мамы и элементы ухода за новорожденным в ПИТе,
  - посещение родственников,
  - ранняя выписка.

## 1. НЕОБХОДИМОСТЬ ПАРТОГРАММЫ

Для кого нужна **партограмма**. Этот достаточно новый термин, мало известный практическим педиатрам и неонатологам. А жаль. Когда смотришь выписку из роддома/перинатального центра, то хочется плакать... Информация, переданная в этом маленьком листке, интересна может быть только для статиста ЗАГСа или регистратора детской поликлиники. Информация скудна до невозможности (вес-ростовые показатели, АПГАР (об этом отдельная тема), краткие сведения по течению родов, переписанные с акушерского диагноза, данные о прививках (см.ниже)

[http://arishakuzmina.ucoz.ru/vypisnoj\\_ehpikriz\\_iz\\_roddoma.jpg](http://arishakuzmina.ucoz.ru/vypisnoj_ehpikriz_iz_roddoma.jpg)

В течении последних 13 лет мне удалось изучить механиз родов около 5000 детей. К сожалению основной источник информации о механизме родов – это сами мамы. Конечно опрос проводился по отработанной схеме. Эта схема позволяет задать вопрос так, что на него можно ответить только по механизму родов, не «размазывая» информацию. Большое значение имеет и тот фактор, что роды (1,-2, — и т.д.) для мамы – мощный стресс-фактор,

который «впечатывается» в память на долгие годы и «воспоминания свежи и точны». Но..., это всего лишь взгляд «гражданского» человека, не несущий конкретики. А нам нужны точные данные. Поэтому введение в практику педиатра-неонатолога изучение партограммы даст более глубокое представление о механизме родов и объеме помощи (вмешательств) в процессе (процесс) родов, позволит более полно изучить неблагоприятные влияния на плод в процессе родов и сделать прогноз развития ребенка хотя бы на первые полгода после родов. Считаю, что партограмма весьма необходима детским неврологам, неонатологам отделений патологии новорожденных, врачам реанимации новорожденных и во всех спорных вопросах.

NB! В заключении хочу сказать, что прочтение статьи акушером-гинекологом может вызвать неоднозначные мнения. Но ведь это взгляд педиатра, представляющего интересы ребенка. И пусть простят меня коллеги акушеры, эта статья не пасквиль, а призыв к более тщательной оценке процесса родов не только с точки зрения роженицы, но и рождающегося ребенка.

### **Литература:**

1. ВЛИЯНИЕ ОКСИТОЦИНА В РОДАХ НА МОЗГОВОЙ КРОВОТОК ПЛОДА  
Е. М. Шифман, А. А. Ившин, Е. Г. Гуменюк, Н. А. Иванова, О.В.Еремина  
Кафедра акушерства и гинекологии ПетрГУ,  
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика  
В.И.Кулакова» МЗиСР РФ Москва,  
Республиканский перинатальный центр МЗ и СР РК, Петрозаводск
2. АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ В.Е.Радзинский, Москва 2011.
3. АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ КАК ПРИЧИНА СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА  
РОДОВСПОМОЖЕНИЯ. Радзинский В.Е. Москва. По материалам VI Российского  
форума «Мать и дитя», Москва, 2004 г.
4. РОДОВАЯ ТРАВМА (акушерские и перинатальные аспекты) Е.Н.Кравченко,  
Москва 2009.
5. РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ А.Ю.Ратнер, Казань, 1985.
6. И.Н.Костин доцент кафедры акушерства-гинекологии Российского университета  
дружбы народов

### **Акушерская агрессия в современных лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения**

*доклад на конференции «Акушерская агрессия.  
Причины. Последствия. Пути преодоления»,  
Арзамас (январь 2009 г.)*

7. Оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы.  
Проект «Улучшение помощи мамам и малышам»