

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

14 марта 2005 г.

Регистрационный № 43–0404

**ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА  
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ  
С ИЗМЕНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЯ РОЖЕНИЦЫ**

Инструкция по применению

**Учреждение-разработчик:** Белорусская медицинская академия  
последипломного образования

**Авторы:** канд. мед. наук С.Э. Сорокина, д-р мед. наук, проф.  
С.Л. Воскресенский

Родовой травматизм занимает особое место среди причин перинатальной смертности, поскольку связан с тактикой родоразрешения. Нередко осложнения родов являются предотвратимыми или условно предотвратимыми.

Следствием родовой травмы, согласно данным литературы, может быть гибель плода, нарушение функции опорно-двигательного аппарата, асфиксия, параличи, респираторные нарушения, функциональная кишечная непроходимость, нарушение ликвородинамики, метаболические и эндокринные нарушения. Последствия травмы в родах, даже если они не привели к инвалидности с детства, человек может ощущать в течение всей жизни: мигренеобразные боли, ранний остеохондроз, нарушение мозгового кровообращения, бронхиальная астма, эпилепсия, неврологические и психические нарушения и др.

Особенно высока частота родowego травматизма у недоношенных и глубоконедоношенных детей. В Республике Беларусь за последние 6 лет вероятность гибели плода в интранатальном периоде от родовой травмы при массе тела плода менее 1000 г была в 150 раз выше, а в неонатальном — в 100 раз выше, чем плода с массой тела 2500 г и более. С учетом внутрижелудочковых кровоизлияний вероятность гибели в перинатальном периоде от причин, связанных с травмированием во время родов, для плодов с массой тела менее 1000 г в 1000 раз выше, чем для плодов с массой тела при рождении 3000 г и более. По данным Минского патолого-анатомического бюро, при гибели в перинатальном периоде ребенка (плода) с массой тела плода при рождении менее 1500 г, что соответствует сроку гестации до 30 недель, частота морфологически выявляемых родовых повреждений составила  $49 \pm 5\%$ .

Высокая частота родowego травматизма недоношенных и особенно глубоконедоношенных плодов определяет необходимость разработки мероприятий по предупреждению родowego травматизма при преждевременных родах.

*Показания к применению метода:* роды через естественные родовые пути недоношенным плодом и/или плодом с задержкой внутриутробного развития (особенно при массе плода до 2000 г).

*Перечень необходимого оборудования, препаратов:* дополнительного оснащения и лекарственного обеспечения не требуется.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ**

При наличии раскрытия шейки матки, достаточного для рождения плода с низкой массой тела, потуги роженица осуществляет в положении с приведенными к подбородку коленями либо на корточках. При опускании предлежащей части на тазовое дно роженица может принимать «стандартное» для родов положение. Проведения эпизиотомии для предупреждения родового травматизма не требуется.

По результатам наших исследований, биомеханизм травмирования глубоконедоношенного плода в полости таза происходит следующим образом. Небольшие размеры плода при продвижении его по родовому каналу не позволяют стенкам родового канала выполнять его направляющую функцию. Малый относительно размеров родового канала плод приобретает «свободу» перемещения в полости таза и движется в направлении действия изгоняющей силы, т. е. вдоль продольной оси канала шейки матки. Отсутствие направляющей функции родового канала при резком изменении направления проводной оси в области шеечно-влагалищного угла ( $102^\circ$ ) приводит к тому, что предлежащая часть продолжает движение в прежнем направлении и упирается в заднюю стенку влагалища и расположенную под ней тазовую кривизну крестцовой кости. Дальнейшее движение плода на какой-то момент останавливается. Это первый момент травматизации, когда происходит травматизация предлежащей части и позвоночника «на сжатие».

При продолжении действия изгоняющей силы после избыточного сгибания позвоночника происходит соскальзывание предлежащей части с места фиксации, что сопровождается избыточным сгибанием позвоночника. Это второй момент травматизации. При избыточной флексии или разгибании позвоночника и расположенного внутри него спинного мозга происходит, с одной стороны, их перерастяжение, с другой — сужение позвоночного канала в поперечном направлении, особенно в шейном его отделе и в области большого затылочного отверстия, а также в канале позвоночных артерий. Плод продолжает свое дальнейшее движение, при этом предлежащая часть либо направляется к выходу из половых путей

(в этом случае рождение плода в дальнейшем происходит обычно), либо из-за своих малых размеров направляется в противоположную сторону и фиксируется в заднем своде. Дальнейшее рождение плода происходит или после «вывихивания» предлежащей части из заднего свода, или после «накатывания рождающегося» из зева туловища на предлежащую часть, складывания тела пополам и разворота плода в полости таза (третий момент травматизации).

Изменение положения женщины позволяет изменить и величину угла между осями шейки матки и влагалища. При приведении коленей к подбородку он увеличивается со  $102^\circ$  до  $120^\circ$ . Ведение второго периода родов в положении роженицы с приведенными к подбородку коленями или на корточках способствует уменьшению изгиба родового канала и предотвращению нарушений биомеханизма родов, сопряженных со столкновением предлежащей части с крестцовой костью, а также с деформацией позвоночника плода. Это в 3,0–7,7 раза снижает риск травмирования предлежащей части, в 20 раз — риск чрезмерной деформации позвоночника и в 2,5–6,0 раз увеличивает вероятность атравматичных родов для плода с низкой массой тела. Кроме того, поскольку доказано, что травматизм плода обусловлен не сопротивлением промежности, а другими причинами, не требуется проведение эпизиотомии.

*Возможные осложнения и ошибки при использовании метода не выявлены.*

*Противопоказания к применению метода:*

1. Ситуации, требующие выключения периода потуг.
2. Бессознательное состояние роженицы.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, ведение второго периода родов в положении роженицы с приведенными к подбородку коленями или на корточках способствует уменьшению изгиба родового канала и предотвращению нарушений биомеханизма родов, сопряженных со столкновением предлежащей части с крестцовой костью, а также с деформацией позвоночника плода. Это в 3,0–7,7 раза снижает риск травмирования предлежащей части, в 20 раз — риск чрезмерной деформации позвоночника и в 2,5–6,0 раз увеличивает вероятность

атравматичных родов для плода с низкой массой тела. Кроме того, не требуется проведения эпизиотомии. Все это определяет медицинский, социальный и экономический эффект ведения второго периода родов в сгруппированном положении.