

Родовой акт – это сложный многозвеньевой физиологический процесс, который возникает и завершается в результате взаимодействия многих систем организма.

Почему роды начинаются именно в то время, а не чуть раньше или немного позже – это до сих пор загадка. Известны многие факторы, вызывающие роды, такие как: физические, физиологические, духовные и даже факторы окружающей среды, действующие совместно, чтобы «запустить» роды. Никто не может предсказать, когда они проявят свое действие.

Но все-таки важнейшей причиной, по которой тело и душа женщины в определенный срок оказываются готовыми к родам, является тонкое взаимодействие различных гормонов. В конце беременности организм матери и, прежде всего, надпочечники плода вырабатывают особенно большие количества стероидов. Вследствие этого плацента вырабатывает ещё больше эстрагона – гормона, который стимулирует матку, готовит её к сокращениям. Одновременно плацента уменьшает производство прогестерона, как только её контактная поверхность на внутренней стороне матки достигнет определенного размера. Прогестерон – это гормон, который до сих пор «успокаивал» мускулатуру матки.

В последние 1,5 – 2 недели беременности заканчивается подготовка организма женщины к предстоящим родам. Эта подготовка охватывает все органы и системы, начиная с центров высшей нервной деятельности и кончая исполнительным органом – маткой. Готовность организма женщины к родам характеризуется целым рядом признаков, появление которых указывает на возможность начала родов в ближайшее время. Наиболее ярко выраженные изменения происходят в половых органах.

Первым сигналом, говорящим о готовности организма к родам, для женщины является – отхождение слизистой пробки, которая во время беременности прочно закрывала зев матки. Но может пройти ещё несколько дней, пока роды действительно начнутся. Вторым признаком подготовки организма к родам являются – нерегулярные(ритмично следующие друг за другом) сокращения матки, не всегда приводящие к началу родового акта.

Роды — безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание плодного яйца из полости матки по достижении последним определенной степени зрелости. Срок беременности должен быть не менее 28 недель, масса тела плода не менее 1000 г, рост – не менее 35 см.

В течение родового акта выделяют 3 периода: I – период раскрытия; II – период изгнания; III – последовый период. Женщина с началом родовой деятельности называется роженицей, после окончания родов – родильницей. В первом периоде родов за счет схваток происходит раскрытие шейки матки. Схватки – произвольные периодические сокращения матки. Боль при родовых схватках – это особая боль. Она сигнализирует не о расстройстве или заболевании, а является признаком того, что все в порядке: родовые схватки проходят хорошо, шейка матки открывается, а в фазе изгнания – что ребенок рождается. Поэтому в норме схватки – какими бы «непереносимыми» они ни казались во время родов – не вызывают перегрузки организма и психики женщины. В среднем период раскрытия при первых родах длится от 6 до 12 часов, при вторых и всех последующих родах – он намного короче. При полном или почти полном раскрытии маточного зева разрывается плодный пузырь. Полное раскрытие шейки матки указывает на окончание первого периода родов. Начинается второй период родов – период изгнания, во время которого происходит рождение плода.

После излития околоплодных вод схватки ненадолго прекращаются или ослабевают.

Объём полости матки значительно уменьшается, стенки матки приходят в более тесное соприкосновение с плодом. Схватки вновь усиливаются и способствуют продвижению плода по родовому каналу, которое началось во время периода раскрытия. Предлежащая часть плода приближается к тазовому дну и оказывает на него всевозрастающее давление, в ответ на которое появляются потуги. Потуга отличается от схватки тем, что к непроизвольному сокращению мышц матки присоединяется рефлекторное сокращение мышц брюшного пресса. Предлежащая часть плода растягивает половую щель и рождается. За ней рождается всё туловище плода, изливаются задние околоплодные воды.

После рождения плода наступает третий период родов – последовый. В это время происходит отделение плаценты и плодных оболочек от стенок матки и рождение последа.

Показания к кесареву сечению

Список показаний к проведению планового кесарева сечения:

- предлежание плаценты;
- рубец на матке после двух и более оперативных родов, другие предшествующие операции на матке;
- препятствие со стороны родовых путей: анатомически узкий таз, костные деформации таза, миома матки, выраженные рубцы шейки матки и влагалища;
- большой предполагаемый вес ребёнка — 4000-4500 граммов и более;
- тазовое предлежание ребёнка в сочетании с другими показаниями, устойчивое поперечное положение;
- некоторые аномалии развития ребёнка, при которых важно бережное родоразрешение;
- сопутствующие хронические заболевания матери, когда потуги нужно исключить (тяжелые сердечно-сосудистые болезни, миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, пересаженная почка);
- первый эпизод генитального герпеса с высыпаниями на половых путях в течение 6 недель до родов как профилактика неонатального герпеса у ребёнка;
- ВИЧ инфекция у матери при высокой вирусной нагрузке и отсутствии антиретровирусной терапии.

Список показаний к экстренному (в ближайшие 30-75 минут) кесареву сечению во время беременности и родов включает в себя состояния, требующие срочного оперативного вмешательства:

- гестоз с развитием преэклампсии и эклампсии;
- нарушение сокращений матки (слабость и дискоординация родовой деятельности);
- предлежание плаценты с кровотечением;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- угроза или начавшийся разрыв матки;
- клинически узкий таз (несоответствие размеров головки ребёнка размерам таза во время родов);
- выпадение пульсирующей петли пуповины или ручки ребёнка при головном предлежании;
- дистресс-синдром плода (кислородное голодание).

Обезболивание родов

Все методы анестезии родов подразделяются на 2 группы: немедикаментозные и фармакологические (медикаментозное обезболивание).

К немедикаментозному обезболиванию относятся:

- Физиопсихопрофилактика. Ознакомление женщины с периодами родов, правилами поведения, правильным дыханием во время схваток и потуг, принятие облегчающих боль поз и прочее (начинается подготовка в женской консультации).
- Массаж. Поглаживание поясницы, давление кулаками на точки, расположенные параллельно поясничному отделу позвоночника, поглаживание живота и воротниковой зоны.
- Гидротерапия. Прием теплых ванн в период схваток облегчает боль.
- Акупунктура. Иголкалывание в биологически активных точках (на животе, в области кисти, в верхней трети голени и в нижней трети голени).
- Акупрессура. Воздействие на биологически активные точки без игл.
- Чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС). ЧЭНС состоит в накладывании двух пар электродов на кожу передней брюшной стенки и на кожу крестцового отдела позвоночника. Первую пару электродов роженица активирует в начале периода схваток, а вторую в конце первого периода.

К фармакологическим методам обезболивания относятся:

Введение лекарственных средств внутримышечно или внутривенно

Для этого используются наркотические анальгетики (промедол, фентанил, трамал) в сочетании с транквилизаторами и седативными (реланиум, димедрол, фентанил), а также спазмолитиками (но-шпа, папаверин).

Подобное сочетание облегчает болевые ощущения, снимает чувство страха и тревоги, расслабляет мышцы (в том числе матки и шейки), вызывает чувство сонливости.

Применяется как медикаментозный сон – отдых.

Ингаляционное обезболивание родов

Чаще всего применяют вдыхание роженицей обезболивающих лекарственных средств (закись азота с кислородом 1/1, 1/2, 1/3, пентран, трилен). Вдыхание ингаляционных анестетиков проводится и контролируется самой роженицей через маску, способствует облегчению боли, тогда как женщина остается в сознании.

Ингаляция анестетиков осуществляется тремя способами: во время каждой схватки, в перерывах между схватками и периодами по 30-40 минут.

Региональная анестезия

К региональной анестезии относятся:

- пудендальная анестезия,
- парацервикальная анестезия,
- эпидуральная и спинальная анестезии.

Пудендальная анестезия или блокада пудендального (срамного нерва)

осуществляется путем введения анестетика на 0,5-1см выше верхушки седалищной кости (может проводиться через промежность или через влагалище).

Применяется пудендальная анестезия при наложении акушерских щипцов и проведении эпизиотомии.

Региональная анестезия (спинальная и эпидуральная) заключается во введении в эпидуральное или субарахноидальное пространство, расположенное между позвонками поясничного отдела местного анестетика (лидокаин, новокаин и другие), который блокирует корешки спинного мозга, что купирует болевые ощущения во время схваток. ЭДА применяется при открытии маточного зева на 3-4см, а СМА во

втором периоде родов при наложении акушерских щипцов, при повороте на ножку, при плодоразрушающей операции и прочих показаниях.

Эпидуральная анестезия в современном акушерстве широко распространена и считается самым популярным методом обезболивания в родах.

Партнерские роды

Партнерские роды - это роды с помощником, когда помимо акушерки, врача и других сотрудников роддома вместе с роженицей в родильном зале присутствует близкий ей человек. Чаще всего в роли такого "внештатного" помощника выступает отец ребенка: мужчина помогает женщине в процессе родов и морально, и физически. Таким образом, семья переживает это важнейшее событие вместе.

О лактации

Лактация - образование молока в молочных железах и периодическое его выведение. Этот период начинается у женщин после родов под действием гормонов.

Это процесс природный, естественный. Для того, чтобы кормить малыша грудью, не нужно быть обладательницей пышного бюста или принадлежать к загадочной категории "молочных" матерей. Так от чего же зависит лактация молока?

Выработка достаточного количества молока зависит от выработки гормонов - плацентраного лактогена, пролактина и окситоцина. То есть это процесс исключительно гормонозависимый. Продолжительность его колеблется в норме от пяти до двадцати четырех месяцев, а продуцируемое количество его колеблется от 600 до 1 300 мл в сутки.

Максимальная секреция достигается к 6 - 12 дням послеродового периода, затем отмечается период стабилизации, в течение которого количество выделяемого молока может обеспечить адекватное питание новорожденного в течение первых трех-шести месяцев послеродового периода. Если женщина после родов не кормит ребенка или не сцеживает молоко, лактация обычно прекращается спонтанно через 1-2 недели.