



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

## **Скорая медицинская помощь при самопроизвольных родах**

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМПЗ**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

**АВТОРЫ:** Н.Н. Рухляда, руководитель отдела гинекологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе; Б.В.Аракелян, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи СПб ГБУЗ «Александровская больница».

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ:** Роды — физиологический процесс изгнания плода, плодовых оболочек и плаценты по родовым путям матери.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
O80.9	Одноплодные самопроизвольные роды неуточненные
O84.0	Роды многоплодные, полностью самопроизвольные
O84.8	Другое родоразрешение при многоплодных родах
O84.9	Роды многоплодные неуточненные

### **КЛАССИФИКАЦИЯ:**

Различают:

- Преждевременные роды, наступившие при сроке беременности от 22 до 37 нед. беременности, в результате чего рождаются недоношенные дети с массой тела от 500 до 2500 г и ростом от 19–20 до 46 см. Для них характерен высокий процент как перинатальной смертности, так смертности и заболеваемости недоношенных детей, особенно родившихся в сроки 22–27 нед. беременности (масса тела от 500 до 1000 г).
- Срочные роды, наступившие при сроке беременности  $40 \pm 2$  нед. и заканчивающиеся рождением живого доношенного плода с массой тела примерно 3200–3500 г и ростом от 46 см.
- Запоздалые роды, наступившие при сроке беременности свыше 42 нед. и закончившиеся рождением плода с признаками переношенности: плотные кости черепа, узкие швы и роднички, выраженное слущивание

эпидермиса, сухость кожных покровов, считают переносными. Роды переносным плодом характеризуются высоким процентом родового травматизма.

Кроме того, выделяют роды физиологические и патологические. Осложнённое течение родов развивается у беременных с экстрагенитальной патологией, отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом или патологическим течением беременности.

В течение родов наблюдают три периода:

- период раскрытия шейки матки;
- период изгнания плода;
- последовый период.

## **ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

### **Диагностика:**

1. Решить вопрос о возможности транспортировки роженицы в родильный дом.
2. Оценить данные общего и акушерского анамнеза:
  - количество беременностей и родов в анамнезе, их течение, наличие осложнений;
  - течение настоящей беременности: угроза прерывания беременности, общая прибавка в весе, динамика артериального давления, изменения в анализах крови (по данным обменной карты);
  - данные общего объективного исследования.
3. Оценить период родов: начало схваток, их регулярность, продолжительность, интенсивность, болезненность. Провести 4 приёма наружного исследования: определить высоту стояния дна матки, положение и

позицию плода, характер предлежащей части и её отношение к плоскости входа в малый таз (подвижна над входом в таз, фиксирована малым сегментом, большим сегментом во входе в таз, в полости малого таза, на тазовом дне. Произвести аускультацию плода.

4. Оценить характер выделений: наличие кровянистых выделений, подтекание околоплодных вод, наличие в них мекония.

5. При необходимости произвести влагалищное исследование.

6. Поставить диагноз родов:

- первые или повторные;
- срочные или преждевременные, или запоздалые;
- период родов — раскрытия, изгнания, последовый;
- характер излития околоплодных вод — преждевременное, раннее,
- своевременное;
- осложнения беременности и родов;
- особенности акушерско-гинекологического анамнеза;
- сопутствующая экстрагенитальная патология.

## **Лечение**

С целью профилактики гипоксии плода:

- Ввести в/в 5,0 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты в 20,0 мл глюкозы.
- Ингаляция кислорода.

В потужном периоде с целью обезболивания (особенно у пациенток с заболеваниями сердца и гестозом):

- Ввести но-шпа 2% 2,0 мл в/м (С, 2-)
- Промедол 2% 1,0 мл в/м

**Дальнейшее ведение пациента:**

*При наличии условий и возможностей транспортировки необходимо произвести срочную госпитализацию в акушерский стационар или специализированный родильный дом по профилю.*

При отсутствии возможности транспортировки роженицы в родильный дом следует приступить к ведению родов. Роженице ставят очистительную клизму, сбривают волосы на лобке, наружные половые органы обмывают кипяченой водой с мылом, производят смену постельного белья, под него подкладывают клеёнку, готовят самодельный пльстер — маленькую подушку, обернутую в несколько слоёв простыней (желательно стерильной).

Пльстер в родах подкладывают под таз роженицы, что придает ему возвышенное положение и открывает свободный доступ к промежности.

#### ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Ведение периода раскрытия, как правило, активно-выжидательное.

Следует наблюдать за развитием схваток, сердцебиением плода и продвижением подлежащей части (обычно — головки). Необходимо выяснять самочувствие — степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, расстройства зрения, выслушивать сердечные тоны, систематически измерять пульс, артериальное давление. Необходимо следить за мочеиспусканием и опорожнением прямой кишки. Переполнение этих органов ведет к нарушению периода раскрытия, изгнание плода и выделения последа. Регулярно проводится оценка сократительной способности матки. Учитывается тонус матки, интервал между схватками, ритмичность и частота. Одним из важных моментов ведения первого периода является контроль за состоянием плода. Наблюдение за сердцебиением плода в период раскрытия при ненарушенном плодном пузыре производится через каждые 15–20 мин, а после излития околоплодных вод — через 5–10 мин. При аускультации обращают внимание на частоту, ритм и звучность сердечных сокращений плода.

## ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Начиная с полного или почти полного раскрытия шейки матки, начинается поступательное движение плода по родовому каналу (биомеханизм родов). Биомеханизм родов — это совокупность поступательных и вращательных движений, производимых плодом, проходящим по родовому каналу.

В периоде изгнания ведут систематическое наблюдение за состоянием роженицы и плодом (наблюдение за плодом — как происходит продвижение головки плода). При наблюдении за плодом следует иметь в виду, что при физиологическом течении родов в периоде изгнания головка большим сегментом не должна стоять в одной и той же плоскости малого таза свыше 2 часов, а весь период изгнания не должен продолжаться свыше 4 часов. Начиная с полного или почти полного раскрытия шейки матки начинается поступательное продвижение плода по родовому каналу. Этот момент называют биомеханизмом родов. Роды в затылочном предлежании составляют около 96% всех родов, чаще наблюдают передний вид затылочного предлежания. Роды в поперечном, косом положении, при разгибательных вставлениях, тазовом предлежании плода в домашних условиях невозможны, необходима экстренная госпитализация в акушерский стационар. При диагностике первичной и вторичной слабости, дискоординации родовой деятельности самостоятельные действия врача необходимо прекратить и срочно госпитализировать пациентку в специализированное лечебное учреждение. В этом периоде родов ведут наблюдение за состоянием роженицы, за характером родовой деятельности, за сердцебиением плода. Сердцебиение необходимо выслушивать после каждой потуги, следует обращать внимание на ритм и звучность тонов сердца плода. Необходимо следить за продвижением предлежащей части — при физиологическом течении родов головка не должна стоять в одной плоскости малого таза более 2 часов; за характером выделений из половых путей — в период раскрытия и изгнания кровянистых выделений из половых путей не должно быть. Как только головка начинает врезываться, то есть в тот момент, когда при появлении потуги головка появляется в половой щели, а с окончанием потуги уходит во влагалище, надо быть готовым к приёму родов.

Роженицу помещают поперек кровати, а голову — на поставленный к кровати стул, подкладывают под таз роженицы самодельный польстер. Под голову и плечи роженицы кладут ещё одну подушку для того, чтобы роженица находилась в слегка полусидячем положении — в таком положении ей легче тужиться. Наружные половые органы повторно обмывают тёплой водой с мылом, обрабатывают 5% р-ром йода. Задний проход закрывают стерильной ватой или пелёнкой. Принимающий роды тщательно с мылом моет и обрабатывает дезинфицирующим раствором руки; при наличии — целесообразно использовать стерильный акушерский комплект одноразового пользования.

Приём родов заключается в оказании акушерского пособия.

При головном предлежании акушерским пособием в родах называют совокупность последовательных манипуляций в конце второго периода родов, направленных как на содействие физиологическому механизму родов, так и на предупреждение травматизма матери и плода. Как только головка врежется в половую щель и будет сохранять такое положение и вне схватки, начинается прорезывание головки; с этого момента врач или акушерка, стоящая справа от роженицы, боком к её голове, ладонью правой руки с широко отведённым большим пальцем обхватывает промежность, покрытую стерильной салфеткой и через последнюю старается при схватке задержать преждевременное разгибание головки, способствуя этим выхождению затылка из-под симфиза. Левая рука находится «наготове» на случай, если бы поступательное движение головки оказалось чрезмерно сильным и одна правая рука не смогла бы удержать её. Как только подзатылочная ямка подойдет под лонную дугу (принимающий роды ощущает затылок в ладони), а с боков можно прощупать теменные бугры, приступают к выведению головки. Роженицу просят не тужиться; ладонью левой руки обхватывают вышедшую часть головки, а ладонью правой руки с отведённым большим пальцем обхватывают промежность и медленно, как бы снимая её с головки (с лица), одновременно другой рукой бережно приподнимают головку кверху — при этом над промежностью сначала показывается лоб, затем нос, рот и, наконец, подбородок. Непременно нужно выводить головку до тех пор,

пока промежность «не сойдет» с подбородка — пока подбородок не выйдет наружу.

Всё это проделывают обязательно вне схватки, так как при схватке медленно вывести головку очень трудно, а при быстром выведении рвется промежность. В этот момент следует из ротика плода отсосать вытекающую слизь, так как ребёнок может сделать первый вдох и слизь может попасть в дыхательные пути, вызывая асфиксию.

После рождения головки пальцем проводят по шее плода до плеча: проверяют, не обвилась ли пуповина вокруг шеи; если имеется обвитие пуповины, петлю последней осторожно снимают через головку.

Родившаяся головка обычно поворачивается затылком в сторону бедра матери, иногда наружный поворот головки задерживается. Если показаний к немедленному окончанию родов не имеется (внутриутробная асфиксия плода, кровотечение), не следует торопиться, надо дождаться самостоятельного наружного поворота головки, в таких случаях женщину просят потужиться, при этом головка поворачивается затылком в сторону бедра матери и переднее плечико подходит под лоно. Если переднее плечико не подошло под лоно, оказывается помощь: повернувшуюся головку захватывают между обеими ладонями — с одной стороны за подбородок, а с другой — за затылок или кладут ладони на височно-шейные поверхности и, осторожно, слегка вращают головку затылком в сторону позиции, одновременно бережно оттягивая её книзу, подводя переднее плечико под лонное сочленение. Далее обхватывают головку левой рукой так, что ладонь её ложится на нижнюю щеку, и приподнимают головку, а правой рукой, подобно тому, как это делали при выведении головки, осторожно сдвигают промежность с заднего плечика.

Когда оба плечика вышли, осторожно обхватывают младенца за туловище в области подмышечных впадин и, приподнимая кверху, извлекают полностью из родовых путей.

Принцип «защиты промежности» при переднем виде затылочного предлежания заключается в том, чтобы не допустить преждевременного



разгибания головки; только после того, когда выйдет затылок и подзатылочная ямка упрётся в лунную дугу, медленно выпускают головку над промежностью — это важное условие для сохранения целостности промежности и рождения головки наименьшим размером — малым косым. Если головка будет прорезываться в половой щели не малым косым размером (при затылочном предлежании), легко может произойти её разрыв. С техникой и методикой проведения родов нередко может быть связана родовая травма новорождённого (внутричерепные кровоизлияния, переломы).

Если акушерское ручное пособие при прорезывании головки проводить грубо или принимающий роды давит пальцами на головку — это может привести к указанным осложнениям. Во избежание подобных осложнений рекомендуют устранить чрезмерное противодействие растягивающейся промежности на головку плода, для чего применяют операцию рассечения промежности — перинео- или эпизиотомию.

Акушерское ручное пособие при прорезывании головки должно быть всегда максимально бережным, оно имеет целью, прежде всего, помочь рождению здорового ребёнка, не причиняя ему никакой травмы, и одновременно сохранить по возможности целостность тазового дна. Только так нужно понимать термин «защита промежности».

Сразу же после рождения головки из верхних частей глотки и ноздрей необходимо отсосать слизь и околоплодные воды с помощью заранее прокипяченной резиновой груши. Для избежания аспирации новорождённым содержимого желудка, сначала отсасывают содержимое глотки, а затем носа. Родившегося младенца кладут между ног матери на стерильные пелёнки, сверху ребёнка покрывают ещё одной пелёнкой, чтобы не допустить его переохлаждения. Производят осмотр и оценку ребёнка по методу Апгар сразу при рождении и через 5 мин (таблица 1). Метод оценки состояния плода по Апгар позволяет произвести быструю, предварительную оценку по 5 признакам физического состояния новорождённого:

- частоты сердцебиения — при помощи аускультации;

- дыхания — при наблюдении за движениями грудной клетки;
- цвета кожи младенца — бледный, цианотичный или розовый;
- мышечного тонуса — по движению конечностей;
- рефлекторной активности при пошлепывании по подошвенной стороне ступни.

Таблица 1 - Оценка состояния новорождённого по Апгар

<b>Критерии для оценки по шкале Апгар</b>	<b>0 баллов</b>	<b>1 баллов</b>	<b>2 баллов</b>
Окраска кожного покрова	Бледность или цианоз (синюшная окраска)	Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей (акроцианоз)	Розовая окраска всего тела и конечностей
Частота сердцебиений за 1 минуту	Отсутствует	<100	>100
Рефлекторная возбудимость (реакция малыша на введение носового катетера)	Не реагирует	Реакция слабо выражена (grimаса, движение)	Реакция в виде движения, кашля, чиханья, громкого крика
Мышечный тонус	Отсутствует, конечности свисают	Снижен, некоторое сгибание конечностей	Выражены активные движения
Дыхание	Отсутствует	Нерегулярное, крик слабый	Нормальное, крик громкий

Количество баллов от 4 до 6 свидетельствует о том, что эти дети цианотичны, имеют аритмичное дыхание, ослабленный мышечный тонус, повышенную

рефлекторную возбудимость, частоту сердцебиения свыше 100 в 1 минуту и могут быть спасены.

Количество баллов от 0 до 3 указывает на наличие тяжёлой асфиксии. Такие дети при рождении должны быть отнесены к числу нуждающихся в немедленной реанимации.

0 баллов соответствует понятию «мертворождённый».

Оценка через 1 минуту после рождения (или раньше) должна выявить младенцев, нуждающихся в оказании им немедленной помощи, оценка через 5 мин коррелирует с показателями неонатальной заболеваемости и смертности.

После появления первого крика и дыхательных движений, отступя 8–10 см от пупочного кольца, пуповину обрабатывают спиртом и между двумя стерильными зажимами рассекают и перевязывают толстым хирургическим шелком, тонкой стерильной марлевой тесемкой. Культю пуповины смазывают 5% р-ром йода и на неё накладывают стерильную повязку. Нельзя использовать для перевязки пуповины тонкую нитку, так она может прорезать пуповину вместе с её сосудами.

Дальнейшую обработку новорождённого (кожа, пуповина, профилактика офтальмобленнореи) производят только в акушерском стационаре, в условиях максимальной стерильности для профилактики возможных инфекционных и гнойно-септических осложнений. Кроме того, неумелые действия при вторичной обработке пуповины могут вызвать трудноостановимое кровотечение после отсечения пуповины от пупочного кольца. Роженице выпускают мочу с помощью катетера, в/в вводят метилэргометрин 1,0 мл 0,02% р-ра и приступают к ведению третьего (последового) периода родов.

#### ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

Последовый период — время от рождения ребёнка до рождения последа. В течение этого периода происходит отслойка плаценты вместе с её оболочками от маточной стенки и рождение плаценты с оболочками — последа. При физиологическом течении родов в первые два их периода (раскрытия и изгнания) отслойки плаценты не бывает.

Последовый период продолжается в норме от 5 до 20 минут и сопровождается кровотечением из матки. Через несколько минут после рождения ребёнка возникают схватки и, как правило, кровянистые выделения из половых путей, указывающие на отслойку плаценты от стенок матки. Дно матки находится выше пупка, а сама матка вследствие тяжести отклоняется право или влево; одновременно отмечают удлинение видимой части пуповины, что заметно по перемещению зажима, наложенного на пуповину около наружных половых органов. После рождения последа матка приходит в состояние резкого сокращения. Дно её находится посередине между лоном и пупком и его пальпируют как плотное, округлое образование.

Количество теряемой крови в последовом периоде обычно не должно превышать 100–200 мл. После рождения последа родившая женщина вступает в послеродовой период. Её теперь называют родильницей. Ведение последового периода родов — консервативное. В этом периоде нельзя ни на минуту отлучаться от роженицы. Нужно следить, всё ли благополучно, т.е. нет ли кровотечения, как наружного, так и внутреннего; необходим контроль за характером пульса, общим состоянием роженицы, за признаками отделения плаценты; следует вывести мочу, поскольку переполненный мочевой пузырь препятствует нормальному течению последового периода. Для избежания осложнений недопустимо производить наружный массаж матки, потягивать за пуповину, что может привести к нарушениям физиологического процесса отделения плаценты и возникновению сильного кровотечения. Вышедшее из влагалища детское место (плацента с оболочками и пуповиной) тщательно осматривают: его раскладывают плашмя материнской поверхностью кверху. Обращают внимание, все ли дольки плаценты вышли, нет ли добавочных долек плаценты, полностью ли выделились оболочки. Задержка в матке частей плаценты или её дольки не дает возможности матке хорошо сократиться и может стать причиной гипотонического кровотечения.

Если не хватает плацентарной дольки или части её и имеется кровотечение из полости матки, следует тотчас же произвести ручное обследование стенок полости матки и удалить рукой задержавшуюся дольку. Недостающие оболочки,

если нет кровотечения, можно не удалять: обычно они в первые 3–4 дня послеродового периода выходят самостоятельно. Родившийся послед обязательно должен быть доставлен в акушерский стационар для тщательной оценки его целостности врачом-акушером. После родов производят туалет наружных половых органов, их дезинфекцию. Осматривают наружные половые органы, вход во влагалище и промежность. Имеющиеся ссадины, трещины обрабатывают йодом, разрывы должны быть защищены в условиях стационара.

Если имеется кровотечение из мягких тканей, необходимо наложение швов до транспортировки в акушерский стационар или наложить давящую повязку (кровотечение из разрыва промежности, области клитора), возможно тампонада влагалища стерильными марлевыми салфетками. ***Все усилия при данных манипуляциях должны быть направлены на срочную доставку родильницы в акушерский стационар.***

После родов у родильницы необходимо следить за пульсом, артериальным давлением, за состоянием матки и характером выделений (возможно кровотечение). Родившийся послед, родильницу и новорождённого необходимо доставить в акушерский стационар.

#### ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ

Только физиологически протекающие роды могут быть проведены во внебольничных условиях.

Ведение патологических родов вне стационара влечёт за собой неблагоприятный исход как со стороны матери, так и со стороны плода и новорождённого.

### **ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

Пациентка при поступлении в стационар, минуя СтОСМП, сразу направляется в специализированное отделение.

### Литература:

1. Акушерство / под ред. Савельевой Г.М. — Медицина. — М., 2000.
2. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. / Акушерство. — Медицина. — Москва., 1986.

### Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов

	смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+

