**Нормальные роды**

**Нормальные роды** - своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

**Диагноз нормальных родов** - устанавливается при своевременных родах (в 37° - 41 неделю 6 дней беременности) одним плодом, начавшихся спонтанно, у пациенток с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедших без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

**Объективными признаками родов являются** - сокращения матки с определенной регулярностью (во время активной фазы не менее 3-х схваток за 10 мин) и структурные изменения шейки матки (укорочение-сглаживание-раскрытие).

**Роды состоят из 3-х периодов:**

**Первый период родов** - время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Точное время начала родов чаще всего устанавливается на основании опроса роженицы - уточняют время, когда сокращения матки (схватки) начали происходить регулярно каждые 5 минут в течение более 1 часа. Первый период родов состоит из латентной и активной фазы. Латентная фаза характеризуется сокращениями матки (нередко болезненными), сглаживанием и прогрессирующим раскрытием маточного зева до 5 см. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более быстрым раскрытием маточного зева от 5 см до полного раскрытия. Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена и может сильно различаться у разных женщин. Максимальная продолжительность латентной фазы у первородящих не более 20 часов, у повторнородящих -14 часов. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах. Скорость раскрытия маточного зева в активную фазу обычно составляет >1 см/час, но может быть более медленной. Минимальная скорость раскрытия маточного зева в активную фазу - 0,5 см/час как у первородящих, так и у повторнородящих.

**Второй период родов** - время от полного раскрытия маточного зева до рождения плода. Продолжительность второго периода при первых родах обычно не более 3 часов, при повторных - не более 2 часов. Продолжительность второго периода может увеличиться еще на 1 час при эпидуральной анальгезии и составлять 4 часа у первородящих и 3 часа у повторнородящих пациенток.

**Третий период родов** - время от рождения плода до рождения последа. В 90% третий период родов завершается в течение 15 минут, еще в 7% - в течение 30 минут после рождения плода. С увеличением продолжительности третьего периода родов более 10 минут повышается риск послеродового кровотечения. Срок беременности является основным фактором, влияющим на продолжительность третьего периода родов, преждевременные роды связаны с более длительным третьим периодом, чем роды в доношенном сроке. ВОЗ рекомендует придерживаться интервала в 30 минут при отсутствии рождения последа перед началом ручного отделения плаценты и выделения последа при отсутствии кровотечения.

**1 период родов** - с началом активной фазы родов устанавливается венозный катетер с целью своевременного начала интенсивной терапии при возникновении критической ситуации в родах и раннем послеродовом периоде

Вам будут проводиться влагалищные исследования - при поступлении в стационар, затем каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов и каждый час во время потуг, а также в случае наличия показаний, например, перед эпидуральной анальгезией или при излитии околоплодных вод, и после родов для оценки целостности родовых путей и зашивания разрывов в случае их выявления.

Вам будет проводиться пальпация плода (определение его положения через брюшную стенку) и аускультация плода (выслушивание 60 сердцебиения плода) при помощи акушерского стетоскопа, а в случае выявления каких-либо нарушений - кардиотокография (КТГ) плода. Возможно, потребуется проведение УЗИ плода при нарушении его состояния или для уточнения его положения.

В норме число схваток во время активной фазы родов составляет 3-5 за 10 минут. Тахисистолия определяется как >5 схваток в течение 10 минут в двух последовательных подсчетах или в течение 30 минут.

Рекомендован прием жидкости во время родов с целью профилактики обезвоживания и кетоза.

Ходьба и вертикальное положение в первом периоде родов сокращают продолжительность родов, уменьшают частоту кесарева сечения и эпидуральной анальгезии.

Прием пищи должен быть ограничен. Прием легкой пищи небольшими порциями может быть разрешен в латентной фазе родов при отсутствии показаний к оперативному родоразрешению.

Разрыв плодных оболочек увеличивает риск восходящей инфекции и пролапса пуповины. Если околоплодные воды не излились ранее, при нормальном течении родов и нормальном количестве околоплодных вод амниотомию целесообразно произвести в конце I периода родов, раскрытие маточного зева 7см.

**2-3 периоды родов –** Для профилактики разрывов промежности и влагалища можно использовать пальцевой массаж промежности с гелем и теплый компресс на промежность, намоченной теплой водой (43°С), во втором периоде родов, который может быть проведен акушеркой при наличии возможности.

Первый осмотр новорожденного проводится непосредственно после рождения, с целью оценки состояния новорожденного, исключения видимых врожденных пороков развития. Оценка состояния ребенка по шкале Апгар производится через 1 минуту (60 секунд) и 5 минут после рождения.

Все новорожденные, не требующих проведения реанимационных мероприятий после рождения, выкладываются на живот и грудь матери, обеспечив контакт «кожа к коже», для улучшения постнатальных исходов и стимуляции грудного вскармливания. Выкладывание новорожденного на живот и грудь матери, и обеспечение прямого телесного контакта «кожа-к-коже» в течение первого часа жизни увеличивает частоту и продолжительность грудного вскармливания, снижает риск гипотермии. Проводится отсроченное пересечение пуповины (обычно через 1-3 минуты от момента рождения плода). Осуществляется ранее прикладывание к груди всех новорожденных, которые могут самостоятельно получать грудное молоко, если их состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению.

В Российской Федерации с целью профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого рекомендуется использовать мазь глазную эритромицина 10 ООО ЕД/г (в индивидуальной упаковке). Мазь наносят в асептических условиях, после протирания каждого века стерильной медицинской марлей, профилактическое средство помещается в каждый нижний конъюнктивальный мешок в виде полосы длиной 1 см. Средство следует наносить легким массажем век, а избыток раствора или мази можно удалить через одну минуту.

Проводится парентеральное введение окситоцина или карбетоцина в третьем периоде родов для профилактики послеродового кровотечения вследствие атонии матки. Окситоцин вводят внутримышечно в боковую поверхность бедра в дозе 2 мл (10 ЕД) или внутривенно в дозе 5 ЕД в 500 мл раствора натрия хлорида или декстрозы. Возможно введение окситоцина внутривенно в дозе 5 ЕД в 50 мл раствора натрия хлорида со скоростью 16,2 мл/час с помощью перфузора. Агонист окситоцина карбетоцин вводят внутримышечно или внутривенно медленно сразу после рождения ребенка в дозе 100 мкг/мл.

Периодически будет проводится оценка тонуса матки после родов путем ее пальпации с целью ранней диагностики гипотонии матки.

После родов вам будет проведен осмотр влагалища, промежности и шейки матки в зеркалах с целью своевременной диагностики разрывов и провести зашивание разрывов.

Обычно время наблюдения в родильном отделении не превышает 2-х часов, после чего Вы с ребенком будете переведены в послеродовое отделение