

Вертикальные роды, современный взгляд (по данным родильного дома №5 г. Киева)

М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, А.А. Корба

Киевский городской родильный дом №, г.Киев

Полученные результаты позволили определить плюсы и минусы вертикальных родов, осветить возможные последствия и оценить факторы, влияющие на выбор метода родоразрешения. Наши выводы можно использовать при разработке тактики ведения родов, их прогнозирования.

Ключевые слова: вертикальные роды, осложнения, преимущества, прогнозирование.

В настоящее время вертикальные роды находят все большее распространение в акушерской практике всего мира. Фактически это является возвращением к хорошо забытому прошлому. Само понятие таких родов подразумевает то, что женщина проводит все периоды родов в вертикальном положении: стоя, на коленях либо на корточках. Вертикальные роды декларативно рекомендуются ВОЗ как менее болезненные и травматичные для матери и плода [2].

Исторический экскурс

В историческом аспекте хорошо известно, что подобные способы родоразрешения практиковали и практикуют в Африке, Южной Америке, Китае и Азии. В Европейских странах ранее тоже рожали стоя или сидя. С появлением научного акушерства в XVII–XVIII веках началась массовая практика горизонтальных родов, так как это облегчало выполнение акушерских манипуляций. Отец современного русского акушерства, уроженец Полтавской губернии, Нестор Максимович-Амбодик привнес эту практику в наше повивальное искусство [1].

Физиологические предпосылки для вертикальных родов

При вертикальных родах, повинувшись силе гравитации, плод легче и быстрее проходит родовые пути, в то время, как при горизонтальных родах роженице и ребенку не помогает сила земного притяжения. Родовой травматизм при вертикальных родах существенно меньше, нежели при горизонтальных, а сама продолжительность родов существенно сокращается. Второй период при горизонтальных родах более трудоемкий процесс, поскольку практически не используется сила земного притяжения. В положении лежа увеличенная матка давит на нижнюю полую вену, нарушая маточно-плацентарный кровоток. С организационной точки зрения, при горизонтальных родах главную роль играют акушерка и врач, а при вертикальных родах сама роженица в большей мере контролирует процесс [6, 7].

Физиология вертикальных родов

В первый период роженица ведет себя свободно – она сидит, ходит, принимает душ, присаживается на специальный стул; особая роль отводится позе на специальном большом мяче. Таким образом схватки переносятся гораздо легче. Такая абсолютная свобода является непременно

мым условием ведения вертикальных родов. В период изгнания плода роженица может занимать одну из возможных позиций – сидя на специальном стуле, сидя на корточках, стоя на коленях. Практический опыт показывает, что позу должна выбирать сама роженица, которая чувствует, какая именно позиция будет наиболее благоприятна для рождения ребенка. В ходе вертикальных родов врачи-акушеры, как правило, не оказывают ручное пособие по защите промежности, так как считается, что в этом нет никакой надобности. Рождение последа происходит в вертикальном положении, как и кожный контакт с последующим прикладыванием плода к груди [2, 6].

Преимущества вертикальных родов:

- 1) уменьшение болевых ощущений и лучшая переносимость схваток;
- 2) укорочение первого периода родов;
- 3) уменьшение необходимости применения обезболивающих и спазмолитических средств;
- 4) уменьшение угрозы дистресса плода;
- 5) уменьшение материнского травматизма;
- 6) меньше кровопотери в третьем периоде родов;
- 7) при партнерских родах муж становится активным участником родового процесса;
- 8) количество акушерских операций резко уменьшается;
- 9) уменьшение детского травматизма;
- 10) более высокая оценка при рождении по шкале Апгар;
- 11) количество матерей, кормивших своих детей исключительно грудным молоком до 3 мес, увеличивается почти вдвое [2–4, 7].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены основные показатели по родовспоможению в городском роддоме № 5 города Киева за 2010–2012 гг. в аспекте вертикальных родов (табл. 1, 2).

За 3 года принято 13 079 родов, из них вертикальных всего 4030 родов. Отмечается существенная позитивная динамика увеличения удельного веса таких родов в 2010 году – 22%, в 2011 г. – 29,2%, в 2012 г. – 41,1% от родов через естественные родовые пути. При этом, анализируя основные показатели, сразу же определяется однозначно позитивная тенденция в сторону вертикальных родов. Случаев перинатальной смертности у женщин, рожавших вертикально, зарегистрировано не было. Про-

Таблица 1

Основные показатели за 2010–2012 гг.

| Показатели | 2010 год | 2011 год | 2012 год |
|-------------------|----------|------------|------------|
| Количество родов | 4378 | 4263 | 4438 |
| Родилось детей | 4468 | 4345 | 4533 |
| Вертикальные роды | 964–22% | 1246–29,2% | 1820–41,1% |

Показатели оперативных вмешательств и детского травматизма

| Показатели | 2010 год | | 2011 год | | 2012 год | |
|---|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|
| | Всего | Из них при вертикальных | Всего | Из них при вертикальных | Всего | Из них при вертикальных |
| Дети с оценкой по шкале Апгар меньше 6 баллов | 370-8,3% | 5-0,3% | 236-5,4% | 3-0,2% | 158-3,6% | 1-0,1% |
| Детский травматизм (кефалогематома, переломы ключиц и т.д.) | 204-4,7% | 3-0,31% | 173-3,95% | 2-0,16% | 112-2,95% | 2-0,10% |
| Материнский травматизм | 255-5,8% | 10-1,037% | 165-3,86% | 6-0,48% | 140-3,5% | 6-0,32% |
| - шейка | 160-3,65% | 6-0,62% | 85-1,9% | 5-0,40% | 66-1,6% | 5-0,27% |
| - влагалище | 89-2,03% | 2-0,20% | 74-1,73% | 1-0,08% | 70-1,8% | 1-0,05% |
| - промежность | 6-0,13% | 2-0,20% | 6-0,17% | 0 | 4-0,09% | 0 |

цент вакуум-экстракций при традиционном ведении родов в 2012 году составил – 4,7%, в то же время только 0,3% вертикальных родов закончились вакуум-экстракций. Процент ручных ревизий полости матки при горизонтальных родах в 2012 году составил 7,9 %, а при вертикальных – 1,1%. Дети с оценкой меньше 6 баллов были рождены при горизонтальных родах – в 5,7% случаев, а при вертикальных – только 0,1%. Детский травматизм в 2012 году составил – 2,55%, а при вертикальных родах – 0,10%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты позволяют однозначно утверждать, что практика ведения вертикальных родов положительно влияет на исходы родов как со стороны матери, так и со стороны ребенка.

ВЫВОДЫ

1. Таким образом, полученные результаты позволяют однозначно рекомендовать применение вертикальных родов в качестве ведущего метода при родоразрешении через естественные родовые пути.
2. Вертикальные роды позволяют существенно и практически на порядок уменьшить материнский и детский травматизм в родах.

Сведения об авторах

Макаренко Михаил Васильевич – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г.Киев, пр. Краснозвездный, 2
Говсеев Дмитрий Александрович – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г.Киев, пр. Краснозвездный, 2
Корба Алексей Алексеевич – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г.Киев, пр. Краснозвездный, 2;
 тел.: (044) 275-82-77

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство / Под ред. К. Нисвандера и А. Эванса. Пер. с англ. – М.: Практика. – 1999. – 704 с.
2. Курцер М.А., Караганова Е.А. Современные принципы ведения родов // Вестник РГМУ. – 2002. – № 2. – С. 23–27.
3. Савельева Г.М. Перинатология – охрана здоровья будущих поколений // Вестник РГМУ. – 2002. – № 2. – С. 5–9.
4. Неонатология / Под ред. Т.Л. Гомеллы, М.Д. Канингама. Пер. с англ. – М.: Медицина. – 1995. – 640 с.
5. Основы перинатологии / Под ред. Н.П. Шабалова и Ю.В. Цвелева. – М.: МЕД – пресс-информ. 2002. – 576 с.
6. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. – М.: МИА. – 1997. – 437 с.
7. Савельева Г.М. Пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности // Вест. Рос. асс. акуш. и гин. – 1998. – № 2. – С. 101–104.

Статья поступила в редакцию 04.09.2013