
НОВЫЕ МЕТОДЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ

Н. А. Жаркин, Т. В. Чернова, О. С. Анчакова

Кафедра акушерства и гинекологии ВолгГМУ

ВЕРТИКАЛЬНЫЕ РОДЫ: МОДЕРН В РОДОВСПОМОЖЕНИИ ИЛИ ЗАБЫТАЯ МУДРОСТЬ ПРИРОДЫ?

УДК 618.4

Проведен сравнительный анализ течения родов и послеродового периода, состояния новорожденных у матерей, использовавших в родах вертикальные позиции (100 рожениц) и традиционную дорсальную позицию (100 рожениц). Показано, что исходы родов при вертикальных позициях рожениц более благоприятны для матери и ребенка, отличаются меньшим использованием лекарственных средств, акушерским травматизмом на 10 %, более высокой оценкой у новорожденных по шкале Апгар на 5-й минуте. Полученные результаты дают основание к дальнейшему изучению и практическому применению данного метода родоразрешения.

Ключевые слова: акушерский травматизм, вертикальные позиции в родах.

N. A. Zharkin, T. V. Chernova, O. S. Anchakova

VERTICAL LABOR: MODERN TREND IN OBSTETRICS OR FORGOTTEN WISDOM OF NATURE?

A comparative analysis of the act of delivery and postpartum period, the condition of newborn infants of mothers who assumed a vertical positions in labor (100 patients) and traditional dorsal position (100 patients). It was found in the first group that when patients assume a vertical position, the outcomes of labor were more favourable for both the mother and newborn, fewer drugs had to be administered, the rate of obstetrical trauma was low (10 %), the condition of newborns at the 5-th minute by Apgar scale was better. The obtained findings provide a base for further study and practical implementation of this delivery method.

Key words: obstetrical traumatism, vertical position in labor.

В настоящее время в области акушерства и гинекологии обсуждается вопрос гуманизации родов, который имеет много направлений. В частности, он связан с проблемой акушерской агрессии, которая по данным некоторых авторов, имеет серьезные последствия после родов, даже через большой промежуток времени. Так, эпизио- и перинеотомии, которые проводят с целью снижения частоты разрывов промежности и расширения выхода из родового канала, способствуют развитию бактериального вагиноза, повышают риск пролапса матки в зрелом возрасте женщин [2]. С одной стороны, резаные раны заживают лучше рваных, но, как видно, здесь есть свои недостатки. Вероятно, лучше не искать альтернативу материнскому травматизму, а снизить веро-

ятность его возникновения, изменив какие-либо условия родов.

Некоторые авторы решение данной проблемы видят в выборе способа родоразрешения, например, вертикальные роды [1]. Однако широкого применения в учреждениях родовспоможения они не находят, а научных исследований, объясняющих механизм и преимущества данного вида родоразрешения перед дорсальной позицией, явно недостаточно.

Интересно обратить внимание, что в национальных традициях некоторых народов, например в Китае, Голландии, Бразилии, Туркмении вертикальная позиция в родах принята с давних времен и местами существует до настоящего времени. В связи с этим нами принята попытка освоения методики

ведения родов в вертикальной позиции для приобретения собственного опыта, оценки вероятных преимуществ и возможных недостатков.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Осуществление комплексной оценки течения и исхода родов у женщин и состояния новорожденных при использовании различных вертикальных позиций в первом и во втором периодах родов.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели проведен ретроспективный анализ 200 историй родов, которые были разделены на 2 группы. В первую, основную, отобраны 100 историй родов женщин, рожавших в вертикальной позиции в I и II периодах родов. Во вторую, контрольную группу, методом случайной выборки отобраны истории родов пациенток, рожавших в традиционной дорсальной позиции. В контрольную группу не включались истории родов пациенток, которым проводилась эпизио- или перинеотомия. Этот критерий был принят в связи с тем, что в основной группе ни одной роженице не проводилось рассечение промежности. Для сравнения течения и исходов родов оценивались показатели длительности родов, объема кровопотери, травматизма матери и новорожденного, наличия пуповинной патологии, состояния новорожденного по шкале Апгар. Статистическая обработка материала проводилась по сводным таблицам с помощью вычисления средних показателей и коэффициента достоверности Стьюдента. Разница считалась достоверной при $t \geq 2$ ($p < 0,05$).

Из известных вертикальных позиций в первом периоде родов преимущественно использовались свободное положение, ходьба, положения стоя, сидя на стуле или гимнастическом шаре, в том числе в душе. Во втором периоде чаще выбиралась позиция на коленях с опорой руками на поднятую вертикально спинку рахмановской кровати, в единичных случаях — позиция на корточках или стоя при поддержке роженицы

ТАБЛИЦА 1

Некоторые показатели течения родов по периодам в сравниваемых группах

Оцениваемый параметр	Контрольная группа (M ± 2m)	Основная группа (M ± 2m)	Достоверность отличий
Продолжительность I периода родов, мин	417,9 ± 36,6	387,1 ± 30,2	$p > 0,05$
Продолжительность II периода родов, мин	25,7 ± 1,8	24,9 ± 1,8	$p > 0,05$
Общая продолжительность родов, мин	455,60 ± 37,00	420,5 ± 31,2	$p > 0,05$
Кровопотеря в родах, мл	246 ± 18	256 ± 22	$p > 0,05$
Масса плода, г	3448,5 ± 86,6	3419,1 ± 86,6	$p > 0,05$
Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1/5-й минуте	7,6 ± 0,1	7,70 ± 0,16	$p > 0,05$
	8,1 ± 0,1	8,30 ± 0,16	$p > 0,05$

Достоверных отличий в сравниваемых группах по большинству показателей не было, что говорит о правомерности вертикальных позиций в родоразрешении. Более того, обращает на себя внимание достоверное повышение оценки на 5-й минуте по шкале Апгар, что свидетельствует о

партнером сзади. Методике ведения родов в вертикальной позиции нас обучили сотрудники ГУЗ «Родильный дом № 4» Москвы (главный врач — профессор О. В. Шарапова, зав. родблоком — засл. врач России Н. П. Кузнецова). В то же время данная методика нами несколько усовершенствована: проводилось частичное ручное пособие по защите промежности, но только по заему тканей. Препятствия для разгибания головки не создавались.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Поведение рожениц контрольной группе во время схваток было беспокойным, отмечались попытки выполнять различные движения, самомассаж болезненных зон, найти более удобное положение тела для облегчения состояния. Часто были слышны стоны, крики, что являлось основанием для назначения обезболивающих средств.

В основной группе поведение рожениц было активным, сконцентрированным на происходящих событиях. Женщины сохраняли ясное сознание, свободную адекватную речь, гораздо реже наблюдались стоны. Во время схваток они выполняли ритмичные покачивающие движения тазом в позициях, опираясь на локти или стоя.

Во втором периоде в контрольной группе у трети рожениц отмечалось утомление в родах, снижение силы усилий во время потуг. А в основной группе роженицы продолжали концентрироваться на процессе родов, активно участвовали в потужной деятельности.

В процессе родов в основной группе использовались следующие методы обезболивания: водно-эмирсионная компрессия, стимуляция рефлексогенных зон струей воды (душ), сидячее положение на упругом гимнастическом шаре, массаж поясничной области партнером, медикаментозное обезболивание (промедол у 6, закись азота у 23, эпидуральная анестезия у 2 рожениц).

Некоторые показатели течения родов по периодам в сравниваемых группах представлены в табл. 1.

более щадящем течении II периода родов и, как следствие, снижении напряжения функциональных систем организма и более быстрое их восстановление.

Исходы родов по изучаемым показателям представлены в табл. 2.

ТАБЛИЦА 2

Исходы родов сравниваемых групп

Показатели	Количество случаев из 100	
	Контрольная группа	Опытная группа
Разрывы промежности I степени	10	9
Разрывы промежности II степени	0	0
Разрывы промежности III степени	0	0
Разрывы шейки матки I степени	9	0*
Разрывы шейки матки II степени	1	0
Разрывы шейки матки III степени	0	0
Травмы мягких тканей	38	28*
Наличие пуповинной патологии	37	31
Травмы плода	1	1
Ручной контроль полости матки	6	8
Асфиксия плода легкой степени	1	2
Асфиксия плода тяжелой степени	0	1

* $p < 0,05$.

Из таблицы видно, что исходы родов в сравниваемых группах по большинству показателей существенно не отличались. Нами обращено внимание на то, что в основной группе отсутствовали травмы шейки матки. Число случаев травм мягких тканей родовых путей в основной группе было достоверно меньше. Несмотря на большое количество пациентов с пуповинной патологией, исходы родов были более благоприятны в основной группе.

В результате проведенного исследования выявлены некоторые отличия в исходах классических дорсальных и вертикальных родов. Изменения позиции в I периоде на вертикальную привело к укорочению периода раскрытия шейки матки, что можно объяснить силой гравитации, а также более свободным поведением женщины, благополучно влияющим на ее психо-эмоциональное состояние.

Вертикальная позиция во II периоде привела к достоверному снижению травматизма мягких родовых путей матери. Этому обстоятельству могли послужить несколько факторов вертикальной позиции. Во-первых, та же сила гравитации обеспечивает профилактику возвратного движения плода по родовому каналу после схватки, что зачастую наблюдается в дорсальной позиции до момента прорезывания головки. Во-вторых, более устойчивая фиксация нижних конечностей роженицы в положении на корточках или на коленях способствует релаксации мышц промежности и тазового дна. В-третьих, вертикальная позиция более удобна для женщины как для прямоходящего существа,

в этом положении она контролирует себя, настроена на выполнение работы, поглощена процессом родов. Ведь любая деятельность осуществляется человеком стоя или сидя, это более естественно для выполнения физической работы, чем положение лежа, когда человек настроен отдыхать.

Характер родовой деятельности, общее состояние матери и состояние ребенка после родов также связано с фактом аорто-кавальной компрессии. В дорсальной позиции увеличенная матка сдавливает аорту, что нарушает кровоснабжение матки и, как следствие, снижает плацентарный кровоток, влияющий на состояние плода, ухудшается качество сократительной способности матки. При сдавлении нижней полой вены уменьшается венозный возврат к сердцу, а значит ослабевает сердечный выброс. Этого не происходит при вертикальной позиции, адекватная гемодинамика способствует благоприятному течению родов.

В период раскрытия, особенно в активной фазе, который для большинства рожениц более болезненный, чем период изгнания, равномерное давление плодного пузыря и головки плода на рецепторный аппарат маточного зева способствует более плавному, быстрому, менее болезненному раскрытию маточного зева, что сохраняет у женщины больше сил для II периода родов [1].

Нужно отметить, что рождение крупного плода (>4000), которое отмечалось у 9 рожениц основной группы, не способствовало ухудшению показателей травматизма матери и новорожденного, не удлинялась продолжительность родов, состояние ребенка было в пределах средних показателей. Это позволяет расширить рамки показаний к применению вертикальной позиции родов.

Область официальной практики вертикальной позиции в родах только начинает рассматриваться в научной литературе. И, так как любое действие ведет к определенным последствиям, интересно будет отследить и сравнить состояние детей, родившихся в вертикальной и в дорсальной позициях, на протяжении всего неонатального периода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод, что вертикальная позиция в родах способствует снижению продолжительности родов, уменьшению частоты травматизма матери и ребенка, более лучшей адаптации новорожденного в раннем послеродовом периоде, что дает основание к дальнейшему изучению и практическому применению данного метода родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильченко Л. И., Смирнова Л. М., Кузнецова Н. П. и др. // Журнал практического врача акушера-гинеколога. — 2002. — № 1 (1). — С. 7—18.
2. Радзинский В. Е. // Журнал практического врача акушера-гинеколога. — 2005. — № 2 (10). — С. 3—7.