Нормальные роды (роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O47.1, O47.9, O80.0, O80.9 · Российское общество акушеров-гинекологов

Нормальные роды — своевременные одноплодные спонтанные роды при низком риске осложнений, с самопроизвольным рождением ребенка в головном предлежании и удовлетворительным состоянием матери и новорожденного. Главное в рекомендации — распознать период и фазу родов, минимизировать необоснованные вмешательства, обеспечить мониторинг матери и плода, профилактику кровотечения и безопасный уход за новорожденным.

Главное

- Диагноз нормальных родов применим при сроке 37+0–41+6 недель, одном плоде, спонтанном начале, низком риске осложнений к началу родов, самопроизвольном рождении в головном предлежании и удовлетворительном состоянии матери и ребенка.
- Активная фаза первого периода начинается с раскрытия шейки матки от 5 см; обычно длится до 12 часов у первородящих и до 10 часов у повторнородящих, минимальная скорость раскрытия — 0,5 см/ч.
- Во втором периоде нормальная продолжительность обычно до 3 часов у первородящих и до 2 часов у повторнородящих; при эпидуральной анальгезии допустимо увеличение еще на 1 час.
- Рутинная ранняя амниотомия, рутинная эпизиотомия, рутинная антибиотикопрофилактика и орошение влагалища антисептиками не рекомендованы.
- Бритье промежности и лобка и очистительная клизма в нормальных родах рутинно не проводятся и выполняются только по желанию пациентки.
- В активной фазе ведут партограмму: ЧСС, АД и температуру матери — каждые 60 минут, мочеиспускание — не реже 1 раза в 4 часа, ЧСС плода и родовую деятельность — каждые 30 минут. УУР С, УДД 5.
- После рождения плода для профилактики послеродового кровотечения вводят окситоцин: 10 МЕ внутримышечно или 5 ЕД внутривенно в 50 мл физиологического раствора со скоростью 16,2 мл/ч; альтернатива при невозможности — карбетоцин 100 мкг/мл внутримышечно или медленно внутривенно. УУР А, УДД 1.
- Пуповину пересекают отсроченно: не ранее 1 минуты и не позднее 3 минут после рождения, независимо от ВИЧ-статуса. УУР А, УДД 5.

Диагностика

1. При поступлении уточнить схватки: силу, частоту, длительность; характер влагалищных выделений; шевеления плода за последние 24 часа. УУР С, УДД 5.
2. Определить срок беременности и дату родов по последней менструации и данным УЗИ плода, оптимально — по УЗИ I триместра. УУР А, УДД 2.
3. Собрать акушерский и соматический анамнез для оценки вероятности успешных родов и риска осложнений. УУР С, УДД 5.
4. Измерить АД и температуру тела, чтобы выявить гипертензивные и инфекционно-воспалительные осложнения. УУР С, УДД 5.
5. Оценить положение и предлежание плода, отношение головки ко входу в малый таз, высоту дна матки и окружность живота; индекс ВдмОж >37 у здоровых беременных и >41,7 при гестационном сахарном диабете с высокой вероятностью прогнозирует макросомию.
6. Выслушать ЧСС плода после схватки не менее 1 минуты акушерским стетоскопом или фетальным допплером одновременно с подсчетом ЧСС матери. УУР С, УДД 5.
7. Провести бимануальное влагалищное исследование для оценки состояния родовых путей, в том числе костной основы таза и расположения головки по отношению к плоскостям таза.
8. При неинформативности данных наружного акушерского и влагалищного исследования, аускультации плода или несоответствии размеров высоты дна матки и окружности живота сроку беременности

рекомендовано УЗИ плода для определения положения и состояния плода, задержки роста и макросомии плода, а также локализации плаценты. УУР В, УДД 1.

Лечение

- С началом активной фазы катетеризировать кубитальную или другую периферическую вену для готовности к интенсивной терапии при критической ситуации. УУР С, УДД 5.
- В латентной фазе не проводить родостимуляцию, если состояние матери и плода удовлетворительное. УУР С, УДД 5.
- Предлагать подвижность и свободное положение в родах. УУР В, УДД 1.
- Сначала использовать немедикаментозное обезболивание. При неэффективности — медикаментозные методы с учетом состояния, предпочтений и возможностей: нейроаксиальная анальгезия, опиоиды, ингаляционные методы. Тримеперидин 20–40 мг, фентанил 50–100 мкг; динитрогена оксид с кислородом 50/50, севофлуран 0,8 об.%. УУР А, УДД 1.
- До и во время нейроаксиальной анальгезии проводить инфузионную поддержку растворами группы B05BB01 в рестриктивном режиме 500–1000 мл для коррекции гиповолемии. УУР С, УДД 5.
- Разрешать прием жидкости в родах; пищу ограничивать, легкая пища малыми порциями возможна в латентной фазе при отсутствии показаний к оперативному родоразрешению. Если питье ограничено или недостаточно — 5% декстроза внутривенно 250 мл/ч. УУР А, УДД 1.
- Во втором периоде поддерживать удобное положение и потуги по собственным позывам; для снижения травмы промежности можно использовать массаж промежности и теплый компресс 43 °C. Рутинную эпизиотомию не выполнять; при показаниях — срединно-латеральная под углом 45°.
- В третьем периоде применять активное ведение: утеротоник, пересечение пуповины между 1-й и 3-й минутами, самостоятельное рождение последа или выделение наружными приемами в течение 30 минут. УУР А, УДД 1.

Когда направить и как наблюдать

- Нормальные роды могут вестись в акушерских медицинских организациях 1-го, 2-го и 3-го уровня.
- Влагалищные роды не показаны при ВИЧ-инфекции, если вирусная нагрузка перед родами >1000 копий/мл, неизвестна, не было противовирусной терапии при беременности или антиретровирусной профилактики в родах; выполняют плановое кесарево сечение. УУР С, УДД 5.
- Влагалищные роды не показаны при первичном эпизоде генитального герпеса после 34-й недели беременности или клинических проявлениях генитального герпеса накануне родов; выполняют кесарево сечение. УУР С, УДД 5.
- После родов первые 2 часа контролировать состояние каждые 15 минут: АД, ЧСС, тонус и высоту стояния матки, характер и объем кровянистых выделений, состояние швов; перед переводом — температуру и опорожнение мочевого пузыря. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Когда считать, что роды начались?

Начало родов обычно устанавливают по словам пациентки: схватки стали регулярными каждые 5 минут и продолжались более 1 часа. Объективно роды подтверждают регулярные сокращения матки и структурные изменения шейки — укорочение, сглаживание и раскрытие.

Как часто делать влагалищное исследование в первом периоде нормальных родов?

В активную фазу первого периода — каждые 4 часа. Дополнительно исследование проводят после излития вод, при нарушениях ЧСС плода, ухудшении состояния роженицы или перед медикаментозной анальгезией.

Как часто делать влагалищное исследование во втором периоде родов?

Во втором периоде — каждый час для оценки продвижения головки плода по родовому каналу.

Когда нужна КТГ при нормальных родах?

Базово состояние плода контролируют аускультацией. Если при аускультации сохраняется ускорение или замедление ритма после оценки возможных причин, проводят КТГ; при отсутствии признаков нарушения состояния плода в течение 20 минут возвращаются к периодической аускультации.

Какая антибактериальная терапия нужна при стрептококке группы В?

При выявлении S. agalactiae антибактериальные препараты системного действия вводят с началом родовой деятельности даже при целом плодном пузыре, а также при преждевременном излитии вод до начала родовой деятельности. Варианты: ампициллин 500 мг внутривенно каждые 6 часов, амоксициллин/клавуланат 1200 мг внутривенно каждые 8 часов, цефазолин 1000 мг внутривенно каждые 6 часов или цефуроксим 750 мг внутривенно каждые 6 часов до окончания родов.

Что делать с новорожденным сразу после рождения при нормальном состоянии?

Если реанимационные мероприятия не нужны, ребенка выкладывают на живот и грудь матери с контактом кожа-к-коже, поддерживают оптимальную температуру тела и оценивают по шкале Апгар через 1 и 5 минут. Пуповину пересекают отсроченно — не ранее 1 минуты и не позднее 3 минут. Раннее прикладывание к груди проводят, если состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению. Рутинно отсасывать слизь при чистых водах и самостоятельном дыхании не нужно.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/636-normalnye-rody-rody-odnoplodnye-samoproizvolnoe-rodorazreshenie-v. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/636_2