



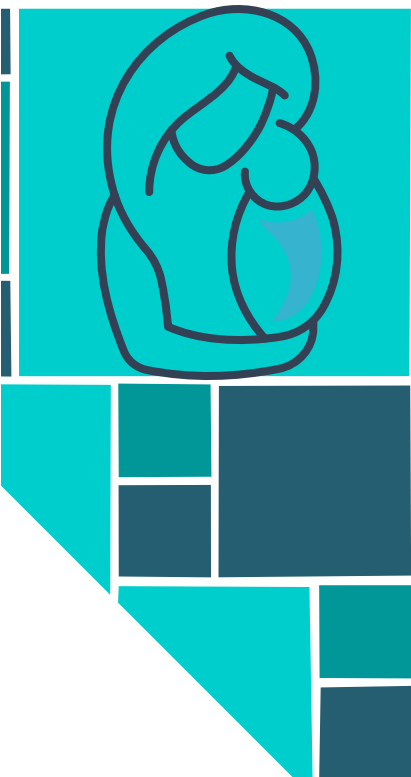
doula link

<https://doula.link/ebm>

ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ

Материалы профессионального клуба перинатальных специалистов
«ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И РОДЫ»

ИЮНЬ 2019



Третий период родов (третья стадия родов, или стадия рождения последа) – это время между рождением ребёнка и рождением плаценты.

Плацента – это орган, который соединяет стенку матки женщины и ее малыша через пуповину. По пуповине к младенцу поступают питательные вещества (витамины и минералы) и кислород.

После того, как рождается ребенок, рождается и плацента. Схватки (сокращения матки) продолжаются после рождения младенца, чтобы родилась плацента. Эти схватки также помогают остановить возможное маточное кровотечение. У разных женщин продолжительность третьей стадии родов может отличаться. У кого-то плацента родится менее чем через 30 минут после рождения ребенка, а у кого-то третий период родов может продлиться более часа.

Когда ребенок рождается, он все еще соединен с плацентой через пуповину. Пуповину пережимают и пересекают, чтобы отделить малыша от плаценты – это можно сделать в разное время. Кто-то пересекает пуповину почти сразу после рождения малыша, другие женщины ждут момента, когда пуповина самостоятельно отделится от плаценты (обычно спустя несколько дней после родов) – это называют лотосовыми родами.

В норме во время третьего периода родов происходит небольшое кровотечение. Иногда у некоторых женщин развивается раннее послеродовое кровотечение – это состояние, при котором женщина теряет больше крови, чем обычно. Обычно оно происходит, если матка сокращается недостаточно активно в третьем периоде родов. Послеродовое кровотечение описывают как потерю более 500 мл крови. Для сравнения, во время донорства крови забирают от 600 до 750 мл. Если у женщины развивается послеродовое кровотечение, то для его остановки вводят специальные лекарства.

Существуют определенные факторы, которые увеличивают вероятность развития послеродового кровотечения:

- Не связанные с этими родами:
 - Нарушения отделения плаценты или послеродовое кровотечение в предыдущих родах
 - Уровень гемоглобина у матери перед родами <85 г/л
 - ИМТ >35 кг/м²
 - Роды по счету четвертые или больше
 - Эпизод дородового кровотечения
 - Перерастяжение матки (за счет многоплодной беременности, многоводия, крупного плода)
 - Аномалии матки
 - Низко прикрепленная плацента
 - Возраст матери от 35 лет и старше

- Факторы, связанные с текущими родами:
 - Применение индукции родов
 - Длительные первый, второй или третий периоды родов
 - Использование окситоцина
 - Стремительные роды
 - Инструментальные вагинальные роды (применение вакуум-экстрактора или наложение щипцов)
 - Кесарево сечение

Существует два принципиально различных подхода к ведению третьей стадии родов – активное ведение и физиологическое.

Физиологическое ведение третьего периода родов

При физиологической третьей стадии родов плацента женщины отделяется под влиянием ее собственного (эндогенного) гормона окситоцина, который продуцируется во время родов. Окситоцин вызывает сокращения матки после рождения ребенка и помогает плаценте отделиться от стенки матки. Окситоцин также помогает остановить маточное кровотечение и может предупредить развитие послеродового кровотечения. При физиологическом подходе к ведению третьей стадии родов, женщине не вводят синтетический окситоцин (лекарство, созданное для воспроизведения эффектов эндогенного окситоцина).

Во время физиологического третьего периода родов мама и ее родильная команда ожидают, когда плацента отделится от внутренней стенки матки и спустится по родовым путям к выходу из влагалища. Большинство женщин в это время держат новорожденных малышей у себя на груди кожа-к-коже и/или кормят их грудью. Исследования показывают, что контакт кожа-к-коже и грудное вскармливание/прикладывание к груди во время третьего периода родов увеличивают продукцию окситоцина в теле женщины. Выделение окситоцина помогает рождению плаценты за счет сокращений матки.

Когда плацента отделилась от стенок матки и спустилась по родовым путям, могут ощущаться активные потуги, или врач/акушерка может попросить женщину потужиться, чтобы плацента вышла наружу. После рождения плаценты врач осматривает матку, чтобы убедиться, что плацента отделилась полностью и в полости матки не осталось ее кусочков, а также что объем кровотечения не превышает допустимые нормы.

В некоторых случаях маме или ребенку может потребоваться экстренная помощь во время родов или во время третьего периода. Например, у женщины может произойти обильное послеродовое кровотечение или ее ребенку может потребоваться помощь с дыханием. Если вы планировали выбрать физиологическое ведение третьей стадии родов, но произошла экстренная ситуация, требующая медицинской помощи – ваш врач скорее всего изменит выбранную тактику и использует искусственный окситоцин для остановки кровотечения.

Оптимальные условия для физиологического течения третьего периода родов:

- Женщина находится в безопасной, спокойной и поддерживающей атмосфере, и
- Врач, принимающий роды, имеет опыт и соответствующее обучение для ведения физиологической третьей стадии, и
- Роды происходят без применения медикаментов, и
- Мама и малыш хорошо себя чувствуют и не нуждаются в медицинской помощи после второго периода родов, и
- Малыш сразу после рождения оказывается на груди у мамы для непрерывного контакта кожа-к-коже, и





- Маме и малышу тепло, и
- Малыш прикладывается к груди сразу после рождения, и
- Во время рождения плаценты мама находится в вертикальном положении (стоя, на коленях или на родильном стульчике), и
- Плацента рождается только за счет силы гравитации и потуг мамы, и
- Не применяется массаж матки и тракции за пуповину.

Активное ведение третьего периода родов

При активном ведении третьего периода родов женщине вводят синтетический окситоцин, чтобы помочь плаценте родиться. Синтетический окситоцин, подобно эндогенному, вызывает сокращение матки после рождения младенца и помогает остановить маточное кровотечение.

Если планируется активное ведение третьего периода родов, в момент рождения малыша или сразу после будет сделан укол или поставлена капельница с синтетическим окситоцином. Лекарство вызовет маточные сокращения через несколько минут.

После того, как пуповину пересекут, врач начнет выполнять тракции за пуповину – одной рукой он будет мягко потягивать пуповину вниз, а другой – надавливать на живот женщины. Обычно в это время происходит небольшое выделение крови из матки. После этого врач поможет плаценте выйти из родовых путей и выполнит массаж матки через переднюю брюшную стенку, чтобы убедиться, что она хорошо сокращается. Также врач осмотрит матку на предмет наличия остатков плаценты и для оценки объема кровотечения.

Пересечение пуповины: как оно может повлиять на малыша

Раннее или отсроченное пересечение пуповины различаются временем, через которое малыш будет отделен от плаценты. Обычно при физиологическом течении третьего периода родов пуповину пересекают не сразу: отсроченное пересечение означает, что пуповину пересекут не раньше, чем через минуту после рождения малыша или после окончания ее пульсации. Пуповина продолжает пульсировать до тех пор, пока вся кровь из плаценты перетекает обратно к малышу. При активном ведении третьего периода родов мама может выбрать раннее или отсроченное пересечение пуповины. При раннем пересечении пуповины зажимы на нее накладывают менее чем через минуту после рождения малыша.

Что происходит, если плацента не рождается?

Иногда женщине требуется больше времени для рождения плаценты. Если плацента не родилась в течение определенного времени, врач будет использовать синтетический окситоцин, если до этого он не применялся. Время, которое дают на рождение плаценты, сильно отличается в разных местах родов – маме стоит уточнять подробности именно в том месте, где она планирует рожать. Если плацента не рождается, то после введения окситоцина врач выполнит ручное отделение плаценты. В этом случае врач будет отделять плаценту от стенок матки рукой, введенной во влагалище. В некоторых случаях плаценту приходится удалять через разрез на животе.

Всегда ли я смогу выбрать?

В клинических рекомендациях «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании», по которым ведутся роды в России, рекомендуется вести третий период родов активно – с рутинным введением окситоцина и выполнением контролируемых тракций за пуповину для профилактики послеродового кровотечения. Именно так и ведутся роды в большинстве городов и родильных домов России, однако в некоторых случаях возможно и применение выжидательной тактики – узнавать возможности и искать контакты врачей и акушерок стоит в том месте, где мама планирует рожать.

Как мне выбрать между активным и физиологическим ведением третьего периода родов?

Существует множество исследований, посвященных тому, что происходит с женщиной после родов, если она выбрала тот или иной подход к ведению третьей стадии родов. Ниже мы приводим результаты нескольких крупных исследований.

Можно ли применить эти результаты ко мне?

В тех исследованиях, на которые мы ссылаемся, были изучены женщины с беременностью низкого риска – то есть женщины, у которых по прогнозам врачей была небольшая вероятность послеродового кровотечения. Однако все женщины и их беременности разные, и стоит узнать у своего врача его мнение относительно вашей уникальной ситуации.

Исследования, которые мы упоминаем, различаются своим качеством. В медицинской практике используется следующая классификация:

А – исследование очень высокого качества. В этом случае мы можем быть уверены, что определенный выбор повлечет за собой конкретные последствия. Исследования, отмеченные А+ имеют самое высокое качество.

В – исследование среднего качества. В этом случае мы можем быть уверены в средней степени, что определенный выбор повлечет за собой конкретные последствия.

С – исследование низкого качества. Такие исследования говорят нам о том, что некоторые вещи случаются в одно и то же время, но не говорят, что какие-то действия повлекут за собой определенные события.

Каковы различия между выжидательной и активной тактикой ведения третьего периода родов?

Результаты исследований, позволивших выявить такие различия, представлены в таблице на следующих двух страницах.



В чем состоят различия между физиологической третьей стадией и активным ведением третьего периода?

Найденные исследования показывают следующую разницу между физиологическим третьим периодом и активным ведением третьего периода:

Женщины с физиологическим третьим периодом...

Женщины с активным ведением третьего периода...

Средний объем кровопотери [3] **A+**

Теряют в среднем 286 мл крови

Теряют в среднем 209 мл крови

Вероятность повышения артериального давления в промежутке между рождением ребенка и выходом из родовой палаты [3] **A+**

4 из 1000 женщин имели повышенное артериальное давление в течение нескольких часов после родов

28 из 1000 женщин имели повышенное артериальное давление в течение нескольких часов после родов

Вероятность возникновения послеродовых схваток (болезненные сокращения [9] **A** матки после родов)

2 из 100 женщин ощутили болезненные послеродовые схватки

5 из 100 женщин ощутили болезненные послеродовые схватки

Испытывали послеродовые схватки

Не испытывали послеродовых схваток

Вероятность переливания крови (когда женщине требуется введение крови) [3] **A+**

15 из 1000 женщин потребовалось переливание крови

4 из 1000 женщин потребовалось переливание крови



В чем состоят различия между физиологической третьей стадией и активным ведением третьего периода?

Продолжение

Найденные исследования показывают следующую разницу между физиологическим третьим периодом и активным ведением третьего периода:

Женщины с физиологическим третьим периодом...

Женщины с активным ведением третьего периода...

Вероятность применения обезболивающих средств для устранения болезненности после родов [9] **A**

Применяли обезболивающие

Не применяли обезболивающих

2 из каждой 100 женщин применяли обезболивающие препараты в послеродовой период



5 из 100 женщин применяли обезболивающие препараты в послеродовой период



Вероятность возвращения в роддом по причине кровотечения после возвращения домой [3] **A+**

Вернулись в роддом из-за кровотечения

Не возвращались в роддом

1 из 100 женщин вернулась в роддом из-за кровотечения



3 из 100 женщин вернулась в роддом из-за кровотечения



Вероятность возникновения послеродового кровотечения (потеря более 500мл крови) [1] **C**

Возникло послеродовое кровотечение

Не возникло послеродового кровотечения

3 из каждой 100 женщин имели послеродовое кровотечение



11 из каждой 100 женщин имели послеродовое кровотечение



Примечание: Действительно только при наилучших условиях для физиологического третьего периода родов

Исследования не нашли различий между двумя тактиками:

- Длительность третьего периода родов (**A**)
- Вероятность ручного отделения плаценты (**A+**)
- Вероятность рвоты после родов (**A+**)
- Вероятность развития у малыша желтухи, которая потребует лечения (**A**)
- Вероятность госпитализации малыша в реанимацию/ПИТ (**A**)
- Вероятность пониженного уровня железа у ребенка в течение двух дней после родов (**A**)
- Вероятность вагинального кровотечения, которое потребует лечения, в последующие 6 недель после родов (**A+**)

Исследования не дают ясной информации о различиях между двумя тактиками:

- вероятность пониженного уровня железа немедленно после родов (**A+**)
- Вероятность развития более серьезного послеродового кровотечения, объемом более 1000 мл (**A+, C**)



Дисклеймер. Информация, содержащаяся в этом документе может использоваться для ознакомления, но не заменяет общение с врачом и не может использоваться как медицинская рекомендация.

Источники:

1. Birthing your placenta. Choosing how to birth your placenta: a decision aid for women having a vaginal birth. Queensland Centre for Mothers and Babies. 2012.
2. Fahy, K.M., et al., Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: A cohort study. Women and Birth, 2010 (142).
3. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. September 2007.
4. Begley, C.M., et al., Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews: Issue 11. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.pub3, 2011.
5. Matthiesen, A., et al., Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking. Birth, 2001. 28(1): p.13-19.
6. Nissen, E., et al., Elevation of oxytocin levels early post partum in women. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 1995. 74(7): p. 530-533.
7. McNeilly, A.S., et al., Release of oxytocin and prolactin in response to suckling. British Medical Journal, 1983. 286(6361): p. 257-259.
8. Rogers, J., et al., Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrook randomised controlled trial. The Lancet, 1998. 351(9104): p. 693-699.
9. Thilaganathan, B., et al., Management of the 3rd stage of labor in women at low-risk of postpartum hemorrhage. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology, 1993. 48(1): p. 19-22.
10. Begley, C. M. A comparison of 'active' and 'physiological' management of the third stage of labour. Midwifery, 1990. 6(1): p 3-17.
11. Davis, D., et al., Risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk childbearing women in New Zealand: Exploring the effect of place of birth and comparing third stage management of labor. Birth: Issues in Perinatal Care, 2012. 39(2): p. 98-105.