Роды бывают естественные и оперативные (операция «кесарево сечение»).

Традиционные роды – это естественные роды, или вагинальные.

Альтернативные роды – это оперативные (операция кесарева сечения).

 Почти все женщины переживают за то, как будут протекать роды. Особенно, если им предстоят первые роды. Некоторые боятся родить дома, не успеть в роддом, растеряться. Однако после изучения информации о том, как протекают роды, и что им предстоит пережить, многие будущие мамы успокаиваются и просто начинают готовиться к данному процессу. Подготовка к родам (программы по подготовке к родам) снижает тревогу и страх перед родами, повышает удовлетворенность пациентки родами, даже если развиваются осложнения и необходимы медицинские вмешательства. А также увеличивает вероятности успешных влагалищных родов и грудного вскармливания.

 Нормальные роды - это своевременные (в 37 - 41 недель беременности) роды одним плодом, начавшиеся самостоятельно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов (при отсутствии преэклампсии, задержки роста плода, нарушения состояния плода, предлежания плаценты и других осложнений), прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых пациентка и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Беременность продолжается чаще всего 39-40 недель. Срок предполагаемых родов врач определяет по дате последней перед наступлением беременности менструации, первого шевеления плода, данным ультразвукового исследования. Если роды наступают в интервале 38-42 недели, они считаются родами в срок. Если же роды наступили до 38 недели беременности, они являются преждевременными, а после 42 недели - запоздалыми.

Считается, что инициатором начала родов является ребенок. К 40-й неделе, а иногда и раньше, из-за быстрого роста ребенка количество околоплодных вод уменьшается, малышу труднее двигаться. Плацента состарилась, и ребенок получает недостаточное количество питательных веществ.

Ребенок испытывает весьма неприятные ощущения, у него активизируется кора надпочечников и выделяется большое количество кортизола – гормона стресса. В ответ изменяется гормональный баланс в организме матери. В результате матка становится очень чувствительной к биологически активным веществам, вырабатываемым плацентой и гипофизом женщины. Она начинает сокращаться – появляются регулярные схватки, за которыми следуют роды.

В организме будущей матери также происходят изменения: увеличивается количество эстрогенов, готовящих матку к родам, и, как следствие, шейка матки укорачивается и размягчается, матка начинает регулярно сокращаться. Незрелая шейка представляет собой длинный цилиндрический канал 4-5см, отклоненный кзади, непроходимый для исследующего пальца, плотной консистенции. С 38 недель беременности шейка матки должна быть созревающей: длина 3см, проходим для исследующего пальца, средней плотности. Зрелая шейка представляет собой цилиндрический канал длиной 1-2см, мягкой консистенции, проходимый для 2-х исследующих пальцев.

Под воздействием эстрогенов происходят изменения мышечных волокон матки, приводящие к тому, что матка начинает сокращаться под действием гормона окситоцина, вырабатывающегося в гипофизе.

Все эти факторы означают то, что организм женщины готовится к родам.

***Предвестники родов***

Существует ряд признаков, указывающих на скорое наступление родов. Предвестники родов могут быть различными у разных женщин, но существуют и общие для всех симптомы.

* Это нерегулярные сокращения матки, которые быстро прекращаются после поглаживания живота – «тренировочные схватки». Они играют важную роль. С помощью этих ложных схваток шейка матки готовится к родам («созревает»), ее канал приоткрывается, она становится мягкой.
* Возникают тупые боли в области поясницы, которые проходят при поглаживании живота или изменении положения тела.
* Женщина ощущает, что ей стало легче дышать. Значит, головка малыша опустилась и прижалась ко входу в таз, а дно матки (наиболее высоко стоящая часть) перестало «поджимать» легкие.
* Увеличилось количество выделений из влагалища.

Как только появились эти признаки, необходимо начинать готовиться к поездке в родильный дом. Не уезжать за город и постараться, чтобы роддом был в пределах досягаемости, так как околоплодные воды могут излиться в любой момент. Между появлением предвестников и родами может пройти от нескольких дней до двух недель.

***Начало родов***

Перед родами появляются выделения из влагалища в виде густой слизи – «слизистая пробка». С момента отхождения «слизистой пробки» до родов остается не более суток.

Появляются регулярные схватки, сначала – каждые 10-15 минут, затем они становятся чаще и сильнее.

Почти у половины женщин изливаются околоплодные воды. Воды могут хлынуть сразу в большом количестве, а могут подтекать понемногу. Необходимо обратить внимание на их объем и цвет. Они должны быть светлыми. Зеленый или коричневый цвет околоплодных вод говорит о том, что в них попал первородный кал плода – меконий.

Если воды излились, нужно скорее отправляться в родильный дом. Длительный безводный промежуток (время от излития околоплодных вод до рождения ребенка) грозит инфицированием родовых путей, а значит, угрожает и здоровью малыша.

С момента начала родов женщину называют роженицей.

Роды состоят их 3-х периодов.

 Первый период родов - время от начала родов до полного раскрытия маточного зева.

Под влиянием родовых схваток шейка матки начинает раскрываться. Схватки постепенно растягивают круговые мышцы шейки матки, ее края становятся тоньше, укорачиваются, и увеличивается просвет шейного канала. Раскрытию шейки матки способствует давление головки ребенка и вод плодного пузыря, если они не изливались. Это самый длительный и обычно болезненный период родов.

Этот период родов состоит из латентной и активной фазы. Латентная фаза характеризуется слабыми сокращениями матки (иногда болезненными) и медленным раскрытием шейки матки до 5 см. Эта фаза может длиться до 20 часов у первородящих женщин и до 14 часов у повторнородящих женщин. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки (схватками) и раскрытием шейки матки до полного раскрытия. За это время просвет ее увеличивается в 10 раз (от 1 до 10см), для того, чтобы мог родиться малыш.

Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах. Схватки во время активной фазы происходят 1 раз в 2-3 минуты.

 Второй период родов – время от полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка.

Шейка матки уже полностью сглажена и не является препятствием для рождения ребенка. Под воздействием сокращения матки головка опускается в полость таза, доходит до самого дна таза и начинает давить на прямую кишку. Мышцы брюшного пресса сокращаются, к схваткам присоединяются потуги, которые возникают каждые 2-5 минут. Во время потуг боль ощущается меньше, так как все внимание роженицы сконцентрировано на рефлекторном желании изгнать плод. Этот период длится 1-2 часа при первых родах, менее часа – при повторных (но при использовании эпидуральной аналгезии продолжительность может быть на час больше), и заканчивается рождением ребенка. Малыша кладут маме на живот, чтобы обеспечить контакт двух родных людей «кожа к коже», происходит прикладывание к груди для первого кормления, а затем производят первичную гигиеническую обработку новорожденного.

 Третий период родов –

Плацента отделяется от стенок матки и рождается в течение 1-2-х легких потуг. Этот период продолжается в среднем 15 минут. После выделения последа матка сокращается, становится плотной. Нормальная кровопотеря составляет не более 250 мл. Роды завершены и женщину называют родильницей и матерью.

После родов врач осматривает половые пути, и, обнаружив какие-либо разрывы, накладывает швы с предварительным обезболиванием.

Еще в течение 2 часов женщина остается в родильном отделении под внимательным наблюдением медицинского персонала, который контролирует общее состояние, следит за сокращением матки и количеством кровянистых выделений из влагалища. Затем мать с ребенком переводят в послеродовое отделение.

***Поведение женщины в родах***

**Во время первого периода** женщине необходимо вести себя спокойно.

***Если околоплодные воды не изливались, то можно выполнять следующие рекомендации:***

* В момент схватки занять удобную позу, в которой болевые ощущения и чувство дискомфорта будут наименьшими. Например: постоять, опираясь на стул; встать на колени, опираясь на руки. Стараться долго не лежать, а чередовать активную позу тела с позой отдыха: то ходить, то ложиться.
* Во время схваток глубоко и ритмично дышать. Когда схватки станут более интенсивными, в начале схватки делать несколько глубоких вдохов и выдохов, а при ее нарастании переходить на поверхностное дыхание.
* Сочетать вдох и выдох с легким поглаживанием нижней половины живота кончиками пальцев обеих рук, проводимым от средней линии живота над лобком кнаружи и вверх.
* Поглаживать кожу в крестцово-поясничной области в сочетании с ритмичным дыханием.
* Нажимать большими пальцами на область передне-верхних выступов подвздошных костей справа и слева.
* Замечать время между схватками.
* В паузах между схватками расслабляться и, по возможности, дремать.

***При отхождении околоплодных вод вне лечебного учреждения необходимо занять положение «лежа» до приезда специалистов «скорой медицинской помощи».***

**Второй и третий периоды**проходят под контролем медицинских работников. Необходимо:

* Выполнять советы медицинского персонала.
* Занять положение полусидя на родовом столе: спина женщины находится под углом 45 градусов к горизонтали, а ноги согнуты в коленях.
* Слушать акушерку, которая координирует потуги с регулярными схватками и предупреждает, когда надо тужиться и когда надо потугу задержать.
* С началом потуги нужно сделать глубокий вдох, задержать дыхание на 10 секунд, затем плавно выдохнуть. Повторить этот прием три раза в течение одной потуги. Когда потуга проходит, дышать глубоко и спокойно. В момент выхода головки нужно прекратить тужиться, дышать ртом часто и поверхностно.
* В промежутках между потугами расслабляться и отдыхать.

**Психологическое состояние женщины**

Если женщина длительное время находится в одиночестве в предродовой палате, то она может испытывать постоянно нарастающие чувства тревоги, страха, вызванные мыслью о том, что роды могут начаться никем не замеченными.

Девяностые годы в мировой акушерской практике ознаменовались принципиально новым подходом к проблеме родоразрешения. Появились обставленные со всеми удобствами для будущей матери родовые палаты, где она может находиться вместе с активно помогавшим ей отцом ребенка. Исследования показывают, что для женщины присутствие любимого человека в последние часы перед родами, а для некоторых – и во время них, является важным фактором, дающим возможность расслабиться и вести себя намного естественней и спокойней. Бессознательное желание будущей матери видеть отца ребенка в родовой комнате в Древней Руси находило свой выход в интересном ритуале. Входившего в мир ребенка, обвивали рубахой, хранившей тепло и запах отцовского тела. Считалось, что это помогало младенцу с первых минут появления на свет почувствовать родительскую любовь и заботу. На самом деле человеком, наиболее нуждающимся в рубахе отца, является мать – присутствие и сопереживание мужчины придает ей сил и подсознательной уверенности в том, что ее ребенок является желанным не только для нее.

В последний период родовой деятельности роженице необходимо как бы уйти в себя, и, следуя побуждениям своего тела, настроится на подаваемые им изнутри сигналы. Рожающие женщины, находясь в предродовой палате вместе с другими роженицами, не могут полностью сконцентрироваться на своих ощущениях и следовать им. В качестве причины такого поведения могут выступать два мотива: чувство стыда, испытываемое из-за необходимости принимать нелепые положения (изгибаться, вставать на четвереньки, присаживаться на корточки и т.п.) и нежелание демонстрации перед другими женщинами собственной беспомощности. Подсознательная подоплека возникновения обоих мотивов кроется в наличии сексуального соперничества, нередко усугубленного стремлением к социальному превосходству, что лишний раз подтверждает мысль о бессознательной склонности психологически не готовой к родам женщины думать в первую очередь не о ребенке, а о себе.

Во время родов реальность ребенка входит в сознание матери только когда появляется головка. Мать очень подбадривает к продолжению родов ответ внешнего мира (акушерок и врачей) на реальность ребенка. Любопытство, касающееся его внешности, помогает преодолеть тревогу, которая в противном случае может вызвать вялость потуг.

После родов наступает период приспособления к чувству опустошенности и ощущению пустоты в том месте, где был ребенок. Матери опять требуется изменить образ своего тела, чтобы чувствовать себя целой и не пустой внутри, прежде чем произойдет сживание с реальным рождением ребенка и признание его как отдельного человека. Ей необходимо одновременно с этим реальным ребенком совместить того, который был столь сокровенной частью ее тела. Матерей нередко неприятно удивляет, что они не ощущают немедленного прилива всепоглощающей материнской любви к ребенку, которого им показывают. Таким образом, возбуждение и облегчение от родов часто сменяется периодом упадка и депрессии, как это бывает после долгожданного успеха. Однако с помощью и при поддержке мужа и семьи, эти трудности преодолеваемы. Фантазии беременности и даже тяготы родов быстро вытесняются и забываются, и, к счастью, отношения мать-дитя могут щедро вознаградить за все и удовлетворить их обоих.

Необходимо отметить, что новая волна в родоразрешении принесла с собой в родовую палату новые лица – акушерку, наблюдающую будущую мать в дородовый период, инструктора по безболезненным родам, а иногда – личную помощницу, играющую роль связующего звена между супружеской парой и медицинским персоналом. Все они помогают роженице правильно расходовать энергию, обучая ее не контролироватьродовую деятельность, а свободно следоватьсвоим ощущениям для наиболее естественного высвобождения ребенка.

Оснащенные современным оборудованием больницы, уютно обставленные родильные палаты, родильная кровать и родильный стул, телеметрическое наблюдение, высокопрофессиональный персонал сегодня пришли на помощь беременной женщине. Все это не нарушает эмоционального состоянияженщины, а создает у нее уверенность в благоприятном исходе родов.

***Боль при родах***

Боль считается неизбежным спутником родов. С древнейших времен роды воспринимаются не только как таинство, величайшее счастье и радость, но и как мучение, страдание.

Очень редко наблюдаются полностью безболезненные роды. Роженицы, описывая ощущения боли, оценивают ее как «разрывающую», «жгучую», «разламывающую». Однако боль в родах бывает разной: физиологической, которую вполне можно перенести, и патологической, которую нужно облегчить.

Физиологической можно считать боль у здоровой женщины при нормальном течении беременности и родов.

Боль и ее физиологические эквиваленты (психическая и физиологическая напряженность, эмоциональное возбуждение) выработаны в процессе эволюции как защитно-приспособительные реакции организма, обеспечивающие процессы адаптации к повреждению, а также свидетельствующие о неблагополучии в организме.

Патофизиологи доказали, что «физиологическая боль» стимулирует микроциркуляторное кровообращение в области повреждения, усиливает окислительно-восстановительные процессы, повышает функциональную активность иммунной системы, в том числе фагоцитарную активность лейкоцитов.

У людей с врожденным отсутствием ощущения боли наблюдается вялое заживление ран, частое присоединение распространенного воспалительного процесса.

Физиологическая родовая боль довольно хорошо переносится, особенно когда женщина к ней подготовлена. Если роженица осознает, что умеренно выраженная боль в родах биологически целесообразна, она легко с ней справляется. Физиологическая боль непостоянная, проходит вместе со схваткой. Может быть расплывчатой, неопределенной. Усиливается в систолу, ослабевает в диастолу. В паузу между схватками родовая боль значительно притупляется или исчезает, и тогда роженица может отдохнуть. Во втором периоде родов боль либо ослабевает, либо усиливается при давлении головки на дно малого таза и прохождении через вульварное кольцо. В это время даже рассечение промежности без какого-либо обезболивания не кажется пациенткой столь болезненным, как «врезывание» и «прорезывание» головки. После родов физиологическая боль забывается.

Патологическая боль (сильная, мучительная) отражает воздействие сверхсильного раздражителя и чаще всего связана с травмой, ишемией, гипоксией, сдавлением родовых путей, сжатием сосудов, чрезмерным растяжением тканей шейки.

Патологическая боль отражает неблагополучное течение родов: длительное тоническое напряжение миометрия (гипертонус матки), нескоординированный характер схваток (длительное сокращение матки без достаточного расслабления).

Кроме того, важное значение имеет низкий порог болевой чувствительности в коре головного мозга, ожидание переносимого страдания, неизвестность происходящего. Порог болевой чувствительности зависит от продукции эндогенных нейропептидов мозга.

***Причины боли при родах***

К основным болевым факторам относят физиологические и психологические процессы.

**Физиологические процессы**:

* Раскрытие шейки матки: растяжение круговых мышц маточного зева, мышц тазового дна, тканей влагалища и промежности. Надрывы в области маточного зева, а нередко и в миометрии.
* Сокращение матки в систолу схватки, во время которой происходит сжатие сосудов, временное снижение артериального кровоснабжения, следовательно, уменьшенное снабжение кислородом мускулатуры матки (боль сильнее, если интервал между схватками краток и не дает восполнить запас кислорода в мускулатуре матки).
* Натяжение поддерживающих связок матки (круглые, крестцово-маточные, кардиальные), расхождение суставов таза во время схваток и опущения ребенка, раздражение париетальной брюшины.
* Сдавление нервных сплетений тканей родового канала продвигающимся плодом, особенно при наличии диспропорции таза матери и плода, при котором возникает длительная ишемия тканей.
* Давление на мочевой пузырь, мочеточник и прямую кишку.
* Закисление тканей в результате гипоксии, накопление кислых продуктов, нарушение тканевого метаболизма. С нарушением целостности ткани начинается цепная реакция мобилизации кининообразующих факторов, возрастает образование кининов, свободного гистамина, инсулина, серотонина, которые вызывают опущение резкой боли.
* Активизация автономной (вегетативной) нервной системы, особенно ее парасимпатического отдела, которая сопровождается гиперпродукцией ацетилхолина. Последний, в свою очередь, нарушает координацию сократительной деятельности матки, усиливая спазм круговой мускулатуры матки. Возникает порочный круг: боль провоцирует дисфункцию ВНС и гипертонус матки, что в свою очередь поддерживает и усиливает болевые ощущения.

По проводниковым нервам, а также по тонким волокнам симпатической и отчасти парасимпатической нервной системы поток афферентной болевой импульсации от шейки матки, тазовых и крестцовых нервов распространяется в задние рога спинного мозга. Далее по задним спинномозговым корешкам раздражение передается в продолговатый и средний мозг, зрительные бугры, подбугорье и кору головного мозга (теменная и лобная доли, задняя центральная извилина).

Кора головного мозга контролирует и регулирует потенциалы и действия, осуществляемые гипоталамусом, лимбической системой и ретикулярной формацией.

Именно в коре головного мозга происходит эмоциональная окраска боли, превращение ее в страдание, страх, тревогу, неуверенность в себе и своих силах, ожидание еще более сильной боли.

Также существует **психологическая цепочка этиологии боли при родах**:

* Возникновение индивидуальной тревоги и страха перед беременностью и родами, накопление и развитие драматических ожиданий и опасений в процессе социализации.
* Кульминация страха в период родовой деятельности.
* Выброс гормона адреналина в кровь.
* Судорожное напряжение мышц (как адаптивная форма реагирования на страх, поскольку бегство невозможно).
* Сдавливание мышечных сосудов.
* Дефицит крови и кислорода в мышцах матки.
* Субъективное ощущение боли с индивидуальной ее интерпретацией.

Против родовой боли в организме существует антистрессовая система защиты. К ней относятся нейропептиды мозга: эндорфины, энкефалины, имеющие опиоидную структуру. Эндогенные опиоиды защищают мать и плод от стресса родов, непереносимой боли при оперативном родоразрешении.

Эндогенные опиоидные протеины синтезируются в тканях мозга, гипофиза, кишечника, в плаценте, в плодных оболочках. Они обнаружены в околоплодных водах, на мембранах миометрия.

Концентрация эндорфинов в крови беременной постепенно увеличивается к сроку родов, достигая максимальных значений ко второму периоду родов. Это особенно важно для защиты плода от давления и боли при его продвижении через узкое замкнутое кольцо малого таза.

Опиоидные пептиды переходят от матери к плоду, чтобы защитить его от чрезмерных болевых раздражений. Но при патологическом течении родов количество эндогенных опиоидов бывает недостаточным, и тогда необходимо экзогенное применение обезболивающих средств. Несмотря на то что опиоиды признаны естественными анальгетиками, даже пиковое их содержание полностью не снимает родовую боль, хотя и притупляет степень ее выраженности. Кроме наркоза, практически ни один медикаментозный препарат полностью не может ликвидировать родовую боль.

К медикаментозному обезболиванию естественных физиологических родов отношение роженицы, ее близких, а также врачей и акушерок весьма неоднозначны.

***Методы немедикаментозного обезболивания родов (мышечная релаксация, визуализация, дыхание, движение, удобные позы)***

Боль может усиливаться многими факторами: продолжительностью предродового периода, усталостью, страхом, беспокойством, чувством одиночества, отсутствием подвижности или полным мочевым пузырем. В то же время ощущение боли во время родов может быть уменьшено присутствием людей, оказывающих поддержку, вертикальным положением и другими мерами.

Женщины, верящие в возможность родить без применения обезболивающих средств, воспринимают роды как возможность самосовершенствования. Усилия, затрачиваемые при родах, помогают быстрее осознать свою роль матери. Непередаваемые ощущения, которые женщина испытывает во время родов, являются пиком ее сексуальности, их нельзя пропустить. Если роды проходят незаметно, женщина может недооценить их важность, не прочувствовать в полной мере те огромные перемены, которые ждут ее впереди.

Чтобы сделать роды комфортными и эффективными надо предоставить свободу своему телу. Самое эффективное – научиться расслаблять свое тело, что поможет лучше интерпретировать сигналы организма. Конечно, даже самая усиленная подготовка не сможет полностью исключить боль, но чем больше расслабление, тем меньше боль.

**Методами немедикаментозного обезболивания** при родах являются мышечная релаксация, визуализация, правильное дыхание, движение и наиболее удобные позы.

Упражнения на мышечную релаксацию и визуализацию отработаны на предыдущих занятиях, поэтому необходимо напомнить о них женщинам и предложить использовать их дома для подготовки к родам.

**Релаксация**, которая научит расслаблению, управлению мышцами и отдыху между схватками:

«Займите удобную позу в кресле с подголовниками и подлокотниками, удобно расположите руки, ступни ног немного расставьте. Начните расслабление с мышц лица, примите маску релаксации: расслаблены мышцы лба, веки опущены, глаза закрыты, язык мягко приложен к альвеолам верхних зубов, нижняя челюсть опущена. Представьте какой-нибудь приятный образ (теплые лучи солнца или купание в теплой воде), который вызывает ощущение внутреннего покоя и радостного настроения. Расслабьте мышцы затылка и шеи, затем перейдите к расслаблению мышц правой руки, затем мышц нижних конечностей и промежности, при этом мысленно нужно представлять руки и ноги свободно свисающими. Запомните свои ощущения. В момент схватки желательно оставаться в расслабленном состоянии. Но это расслабление не пассивное, а активный сознательный процесс, требующий концентрации внимания. Скажите себе «Я спокойна. Схватка – показатель родовой деятельности. Постепенно схватки будут усиливаться. Дыхание у меня ровное, глубокое. Мышцы расслаблены. Схватка заканчивается, после этого будет период отдыха».

**Визуализация** для уменьшения боли:

«Представьте боль как большой комок сладкой ваты. Скатайте вату в маленький шарик, заверните в бумагу. А теперь привяжите этот бумажный комочек к воздушному шарику, наблюдайте, как ваша боль улетает и тает в синем небе. Так можно «упаковать» и неприятные, тревожные мысли. Сделайте вдох, а на выдохе отгоняйте их подальше, привязав к воздушным шарикам».

**Техники дыхания.**

**Медленное и глубокое дыхание.**Для тренировки надо положить кисти рук с раздвинутыми пальцами на боковые стороны грудной клетки и вдохнуть так глубоко, чтобы руки почувствовали, как вся грудная клетка наполняется воздухом, затем медленно выдохнуть.

**Упражнение «Длинный вдох».** Глубокий спокойный вдох носом и длинный спокойный (не форсированный!) выдох ртом. Чтобы выдох был дольше, можно сложить «губы трубочкой», будто дуете на пламя.

**Поверхностное дыхание.**В нем участвует, в основном, верхняя часть грудной клетки. Для тренировки нужно положить ладони на плечи и постараться сделать несколько быстрых дыханий, чтобы руки почувствовали движение плеч вверх и вниз.

**Упражнение «Паровозик».** Вы коротко вдыхаете и выдыхаете. При этом звуки похожи на то, как пыхтит паровоз.

**Поверхностное и быстрое дыхание.**Напоминает дыхание собаки в зной, оно выполняется открытым ртом.

**Упражнение** **«Собачье дыхание».** Частое короткое дыхание: так дышит собака в жару. Это дыхание помогает предотвратить слишком ранние потуги или сдержать их (предотвращает разрывы).

Эти упражнения можно использовать дома самостоятельно

***Дыхание в первом периоде родов.***

**Приближение схватки.**Примите удобную позу, расслабьте все мышцы и дышите медленно и глубоко.

**Начало схватки.** Дышите поверхностно, делая легкие и ритмичные вдохи и выдохи. При достижении схваткой своего пика, сделайте четыре вдоха, а потом спокойно выдохните.

**Окончание схватки.**Сделайте полный вдох, а затем медленно выдыхайте. В перерыве между схватками отдыхайте и нормально дышите до приближения следующей схватки.

***Дыхание во втором периоде родов.***

Во втором периоде родов схватки становятся все более частыми и продолжительными. Давление головы ребенка на область промежности вызывает желание тужиться. Во время потуг прислушивайтесь к советам акушерки, принимающей роды, она подскажет, когда следует замедлить дыхание, а когда вдохнуть глубже.

**Приближение схватки.**

Примите позу, в которой будете рожать, расслабьте промежность и дышите медленно и глубоко.

**Начало схватки.** Глубоко вдохните через нос, этим вы максимально опустите диафрагму, в результате чего увеличится давление матки на плод. Закончив вдох, задержите дыхание на 3-5 секунд, напрягитесь, а затем расслабьтесь. Если не удается задержать дыхание на все время схватки, выдохните через рот, опять вдохните и задержите дыхание. Продолжайте потугу до конца схватки, оставляя при этом промежность расслабленной.

**Окончание схватки.**Дышите глубоко, вдыхая и выдыхая полной грудью. Между схватками не тужьтесь, восстанавливайте силы и дыхание.

В данной части занятия важно, чтобы женщины поняли принципы правильного дыхания, а не запомнили конкретные упражнения.

***Знакомство с возможными удобными позами в родах***

**Когда нужны роды «лежа на спине»?**

Горизонтальная поза на спине значительно тормозит процесс нормальных родов, мешая эффективному сокращению матки, раскрытию ее шейки, правильному вставлению и повороту головки ребенка, усиливает болезненные ощущения женщины. Помимо этого, когда роженица лежит на спине, матка всем своим весом давит на крупные кровеносные сосуды, часто вызывая сдавление нижней полой вены. Это приводит к нарушению кровоснабжения в жизненно важных органах и в плаценте, может вызвать головокружение, ощущение дурноты — синдром нижней полой вены.

Но в ряде патологических ситуаций положение на спине необходимо для безопасности и профилактики осложнений со стороны матери и ребенка. Показаниями для пребывания роженицы в постели являются случаи недоношенной беременности и преждевременных родов, наличие признаков внутриутробной задержки развития плода, стремительные или быстрые роды. В этих случаях вертикальное положение роженицы может форсировать родовой процесс и привести к травматизации ребенка. При тазовом предлежании в вертикальном положении повышается опасность выпадения пуповины — крайне серьезная акушерская ситуация, которая требует срочного оперативного вмешательства, так как при этом возможно сдавление пуповины, прекращение поступления к плоду крови, а значит, кислорода и питательных веществ — эта ситуация критична для плода. При эпидуральной анестезии, когда анестетик вводится в пространство над твердой мозговой оболочкой, в связи с увеличением вероятности развития побочных реакций (головокружения, «слабости ног»), часто также рекомендуется лежать. Горизонтальное положение традиционно и при операции кесарева сечения. Однако и в перечисленных ситуациях (при кесаревом сечении, при развитии синдрома нижней полой вены или при использовании эпидуральной анестезии) оптимальным является положение, лежа на боку, а не на спине.

**Позы в первом периоде родов.**

При отсутствии противопоказаний к активному положению в родах главным становится выбор позы, в которой женщине будет максимально комфортно. Дать универсальный совет по выбору позы невозможно: каждая женщина и каждые роды уникальны.

***Вертикальные позы.***

Самым длительным периодом родов является первый, во время которого регулярные, постепенно учащающиеся и усиливающиеся схватки приводят к раскрытию шейки матки. Активное поведение может значительно помочь в этот период, создавая условия для максимально эффективных схваток. В период между схватками выбранная поза должна позволять роженице расслабиться и отдохнуть.

**1.** ***Ходьба.*** Начало родов большинство женщин легче переносят в ходьбе. Ходьба, особенно с высоким поднятием ног, способствует усилению кровоснабжения и увеличению доставки кислорода к матке и ребенку.

**2.*Женщина стоит и упирается руками на стол.***В таком положении вся тяжесть переносится на руки, женщина меньше устает, ослабевают болевые ощущения, а ребенок достаточно легко продвигается по родовым путям. Эта поза подходит для начальных стадий схваток.

**3.** ***Женщина стоит лицом к мужу.*** Можно повиснуть у супруга на шее. ***Женщина стоит спиной к мужу, и он поддерживает ее под подмышки.*** Преимущество таких поз в том, что снимается напряжение с мышц спины, и женщина быстрее расслабляется; шейка матки быстрее раскрывается; ребенок быстрее продвигаться вперед; уменьшается риск гипоксии. Негативные моменты: усиливаются болевые ощущения; акушерке труднее производить внутренний осмотр, следить за раскрытием шейки матки.

**4*. Сидя на специальном мячике (или на стуле без дна).*** В такой позе уменьшаются болевые ощущения, поскольку меньше давление на позвоночник. Сидя на мяче можно делать вращательные движения бедрами. Это снимает напряжение мышц спины. Происходит расслабление мышц промежности, более эффективно раскрывается шейка матки.

***5. На корточках ("поза ворона")*** Сидя на корточках, необходимо широко развести колени в стороны. Такая поза помогает правильному вставлению головки и прохождению ребенка по родовым путям. Этому способствует определенный угол наклона таза, достигаемый при приседании. Наиболее эффективна эта поза в случаях, когда шейка полностью раскрылась, а головка ребенка еще не опустилась на тазовое дно. Недостаток позы на корточках — неустойчивость женщины в ней. В такой ситуации неоценима помощь мужа или другого близкого человека, присутствующего на родах, которые поддерживают женщину, помогая ей оставаться в нужном положении.

***Горизонтальные позы.***

***1. На четвереньках.*** Стоя на коленях, ноги раздвинуты, нужно расслабиться и опустить верхнюю часть тела на подушки или на мяч. Можно, стоя на коленях, опираться на выпрямленные руки. В промежутках между схватками нужно отдыхать, садясь на бедра. В такой позе ребенок получает больше кислорода, уменьшается вероятность разрывов, ослабевают боли в спине. Но акушерке неудобно следить за процессом родов.

***2. Наклонная поза на коленях (поза эмбриона).*** Стоя на коленях, наклониться вперед, опустить голову на руки. Тазовое дно должно как бы висеть в воздухе. В этой позе можно остановить потуги, если головка ребенка уже опустилась, а шейка матки еще полностью не раскрылась.

В ходе родов женщина может неоднократно менять положение тела для облегчения болей и выбора оптимальной скорости их течения. Динамика смены положений и набор статических поз в ходе родов довольно разнообразны, и роженица должна иметь свободу в их выборе.

**Поза во втором периоде родов.**

В настоящее время в целом ряде роддомов женщине разрешается активное поведение в первом периоде родов. Однако в конце периода раскрытия шейки матки, при учащении схваток и при начале потуг (второй период родов) роженицу укладывают на спину. При этом обязательно подключают специальный прибор, позволяющий следить за частотой сердечных сокращений у плода, или в промежутках между схватками выслушивают сердцебиение плода с помощью акушерского стетоскопа. В момент рождения головки акушерка осуществляет специальные приемы, направленные на профилактику разрывов промежности. Эти манипуляции возможны только при положении женщины, лежа на спине. Кроме того, в положении лежа на спине также разработана поза, способствующая наибольшей эффективности потуг: женщина должна согнуть голову так, чтобы подбородок был прижат к груди, специальные поручни роженица тянет на себя, а ногами упирается в подставки, при этом нужно как бы присесть на кресле. Лишь в немногих роддомах есть специальные стулья для вертикальных родов. За сердцебиением плода при этом можно следить при помощи телеметрических приборов, избавляющих роженицу от «привязанности» к кровати.

Делать что-либо в неудобной позе крайне сложно: уставшие и напряженные мышцы быстро дают о себе знать. Роды — довольно длительный и трудоемкий процесс. Поэтому так важно выбрать максимально подходящую для женщины позу, в которой ей будет комфортно, а ребенку — легко рождаться на свет.

 Наличие партнера в родах приветствуется в случае его подготовки к помощи и присутствии при родах, и может быть предложено пациенткам при наличии индивидуальных родовых боксов в родильном отделении.

 Перед родами при поступлении в акушерский стационар Вам будет необходимо надеть на ноги компрессионный трикотаж для профилактики тромбоэмболических осложнений.

 Прием прозрачных жидкостей возможен сразу после родоразрешения, прием пищи - через несколько часов после родов. Время прикладывания ребенка к груди зависит от Вашего состояния и состояния Вашего ребенка, но при отсутствии показаний практикуется раннее прикладывание.

 После выписки из стационара Вы должны будете соблюдать лечебно-охранительный режим на протяжении первых месяцев: ограничение подъема тяжестей (>5 кг), воздержание от половой жизни, а при ее возобновлении - использование методов контрацепции по рекомендации Вашего лечащего врача-акушера-гинеколога, ограничение физической нагрузки.

 Вы должны будете посетить Вашего лечащего врача-акушера-гинеколога через 1-1,5 месяца после родоразрешения.

 Планирование следующей беременности рекомендовано не ранее чем через 1 год после родоразрешения.