

Информация о беременности



Беременность – это физиологический процесс, происходящий в организме женщины и заканчивающийся рождением ребенка.

Первым и самым важным пунктом в начале беременности является консультация врача акушера-гинеколога, во время которой подтверждается факт беременности и определяется ее срок, проводится общий и гинекологический осмотр, также составляется план дальнейших обследований, осмотров, и даются рекомендации по образу жизни, питанию, назначаются необходимые витамины и лекарственные препараты (при необходимости). Оптимальным является планирование беременности, когда на прегравидарном этапе (до беременности) есть возможность провести полное обследование и лечение выявленных заболеваний при необходимости, плановую вакцинацию, начать соблюдать здоровый образ жизни и принимать фолиевую кислоту с целью максимального повышения вероятности рождения здорового ребенка.

В среднем, кратность посещения врача акушера-гинеколога во время беременности при отсутствии патологии беременности составляет от 5 до 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель).

Вы должны четко соблюдать все рекомендации врача, своевременно проходить плановое обследование, соблюдать рекомендации по правильному образу жизни во время беременности, а именно:

- избегать работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой,
- работы в ночное время и работы, вызывающей усталость,
- избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу: занятий контактными видами спорта, различных видов борьбы, видов спорта с ракеткой и мячом, подводного погружения,

- быть достаточно физически активной, ходить, делать физическую зарядку для беременных в течение 20-30 минут в день (при отсутствии жалоб и противопоказаний),
 - при путешествии в самолете, особенно на дальние расстояния, одевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье, исключить алкоголь и кофеин,
 - при путешествии в автомобиле использовать специальный трехточечный ремень безопасности,
 - сообщить врачу о планируемой поездке в тропические страны для проведения своевременной вакцинации,
 - правильно и регулярно питаться: потреблять пищу достаточной калорийности с оптимальным содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, с обязательным включением в рацион овощей, мяса, рыбы, бобовых, орехов, фруктов и продуктов из цельного зерна,
 - избегать использования пластиковых бутылок и посуды, особенно при термической обработке в ней пищи и жидкости, из-за содержащегося в ней токсиканта бисфенола А,
 - ограничить потребление рыбы, богатой метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель),
 - снизить потребление пищи, богатой витамином А (говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее),
 - ограничить потребление кофеина менее 300 мг/сутки (1,5 чашки эспрессо по 200 мл или 2 чашки капучино/лате/американо по 250 мл, или 3 чашки растворимого кофе по 250 мл),
 - избегать употребления в пищу непастеризованное молоко, созревшие мягкие сыры, паштеты, плохо термически обработанную пищу,
 - если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых в день сигарет,
 - избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 месяца.
- Немаловажным для беременной женщины является ее эмоциональный фон. На всем протяжении беременности вам нужно избегать стрессовых ситуаций и эмоциональных переживаний.

Половые контакты во время беременности не запрещены при Вашем нормальном самочувствии. В случае болей, дискомфорта, появлении кровяных выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалище и белей необходимо прекратить половые контакты и обратиться к врачу.

Также Вы должны обратиться к врачу при появлении следующих жалоб:

- рвота > 5 раз в сутки,
- потеря массы тела > 3 кг за 1-1,5 недели,
- повышение артериального давления > 120/80 мм рт. ст.,
- проблемы со зрением, такие как размытие или мигание перед глазами,
- сильная головная боль,
- боль внизу живота любого характера (ноющая, схваткообразная, колющая и др.),
- эпигастральная боль (в области желудка),
- отек лица, рук или ног,
- появление кровянистых или обильных жидких выделений из половых путей,
- лихорадка более 37,5,
- отсутствие или изменение шевелений плода на протяжении более 12 часов (после 20 недель беременности).

Если у Вас резус-отрицательная кровь, то Вашему мужу желательно сдать анализ на определение резус-фактора. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа Ваши дальнейшие исследования на выявление антирезусных антител и введение антирезусного

иммуноглобулина не потребуются.

Начиная со второй половины беременности, Вам рекомендуется посещать курсы для будущих родителей, где Вам будут даны ответы на возникающие во время беременности вопросы.

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА

Прегравидарная подготовка (от лат. *gravid*— беременная, *pre* – предшествующий, в англ.яз. «*preconceptioncare*»—преконцепционная подготовка) — комплекс лечебно-диагностических, профилактических и социальных мероприятий, включающий оценку имеющихся факторов риска и устранение и/или уменьшение их влияния для подготовки женщин и их партнеров в периоды до или между беременностями, направленных на успешное зачатие, нормальное течение беременности и рождение здорового ребёнка. NB! ПП — неотъемлемая часть первичной медико-санитарной помощи населению репродуктивного возраста.

Обоснование необходимости прегравидарной подготовки:

- Адекватная ПП позволяет значительно снизить риски для жизни и здоровья конкретной беременной/роженицы/родильницы и плода/ребёнка. Шансы на успешное зачатие (в том числе с применением ВРТ), вынашивание беременности и рождение здорового ребёнка повышаются при отказе партнёров от вредных привычек и модификации образа жизни, нормализации массы тела, а также проведения мероприятий с участием врача - коррекции уровня половых гормонов, устранения дефицита витаминов и макро- и микроэлементов, лечения имеющихся заболеваний. Мужское здоровье при планировании зачатия ребенка играет значительную роль в исходах беременности и здоровья ребенка вследствие генетического влияния сперматозоидов.

Цель прегравидарной подготовки:

ПП предусматривает полный спектр эффективных вмешательств, ориентированных в первую очередь на здоровье женщин репродуктивного возраста и их партнеров до или между беременностями, которые способствуют возможности безопасного материнства и рождения здорового ребенка с ожиданием здорового долголетия.

NB! «Период покоя» после выкидыша - после самопроизвольного или искусственного аборта нецелесообразно откладывать зачатие на 6 месяцев и более. Риск повторного мертворождения не зависит от продолжительности интергенетического интервала (УД 2b).

- ПП в возрастных группах 19 лет и менее, 35 лет и более имеет существенные различия, поэтому должна проводиться с учетом возрастных особенностей. Врач должен информировать подростков о предупреждении наступления беременности до 19-летнего возраста и об эффективных методах её профилактики. Пациенткам в возрасте от 16 лет и не достигшим полных 18 лет, предоставление медицинских услуг в объеме профилактической, консультативно-диагностической помощи проводится без согласия родителей, но хирургические вмешательства, искусственное прерывание беременности производятся с согласия родителей или законных представителей.
- Пациентки в возрасте 35 лет и более нуждаются в расширении программы ПП с учётом более высоких рисков для здоровья женщины и новорождённого.

Предотвратить бесплодие у мужчин:

- На фертильность мужчин влияют следующие факторы: возраст, ожирение; диабет, гипертоническая болезнь, прием лекарств и наркотиков, воздействие окружающей среды и образа жизни мужчин.

- Если выявляется бесплодие, мужчина направляется на консультацию к врачу урологу-андрологу.

МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Первичное обследование пар:

Сбор анамнеза: необходимо выявить факторы риска, включая наследственные, физические, социально-бытовые, которые могут оказать влияние на реализацию репродуктивной функции (Приложение 2 к настоящему клиническому протоколу).

Физикальное обследование.

Необходимо оценить следующие параметры:

- ИМТ (норма: 18,5–24,9 кг/м²) [34];
- Соотношение окружности талии к объёму бёдер (норма для женщин: до 0,83) [34];
- Наличие признаков гиперандрогении (себореи, гирсутизма, акне, стрий, гиперпигментации кожных складок);
- Измерение АД [35, 36].

АД в коридоре 130–139/85–89 мм рт.ст. считают высоким нормальным. В этой ситуации рекомендовано повторно измерить АД через 15 мин. Если АД остаётся повышенным, таких пациенток направляют на консультацию к профильному специалисту и рекомендуют динамическое наблюдение (анализ дневника измерений АД).

NB! Классификация уровней АД применима для лиц старше 16 лет.

Андрологическое обследование мужчин (уроандролог):

Оценивается общее состояние здоровья, состояние сексуальной функции (полового влечения, эрекции, семяизвержения), наличие детей или беременностей у партнерши в анамнезе.

Проведение анкетирования:

- Опросник «IPSS» – международная система суммарной оценки симптомов болезней предстательной железы в баллах IPSS (приложение 3).
- Анкета для оценки сексуального здоровья мужчины: МИЭФ-5 (приложение 4).

Лабораторное исследования:

- Общий анализ мочи;
- Общий анализ крови 6 параметров на анализаторе;
- Ферритин;
- ТТГ;
- Определение суммарных антител к *Treponema pallidum* в сыворотке крови ИФА/ЭХЛ/ИХЛ методом;
- Определение суммарных антител к ВИЧ-1,2 и антигена р24 экспресс методом, методами ИФА/ЭХЛ/ИХЛ;

- Определение HBsAg вируса гепатита В в сыворотке крови методом иммунохемилюминесценции;
- Определение суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом, методами ИФА/ЭХЛ/ИХЛ;
- Микроскопия мазка, окрашенного по Граму;
- ПЦР-тест (качественный) для определения Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma genitalium.

NB! Возможна по показаниям комплексная оценка микробиоценоза влагалища с помощью ПЦР-тестов в режиме Real-time.

- Цитологическое исследование мазков с области экзоцервикса и из цервикального канала (онкоцитология/жидкостная цитология).

Обследование (по показаниям):

- Определение группы крови по системе АВО со стандартными сыворотками или типирование по системе АВО/RhD(VI) обратным методом (при неизвестном статусе);
- Определение резус-фактора крови (при неизвестном статусе);
- Определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к вирусу краснухи (Rubellavirus) (при неизвестном статусе краснухи)
- ПРЦ тест на ВПЧ 16, 18 (в возрасте 30 лет и старше).
- Определение концентрации в крови гомоцистеина (норма до 10 мкмоль/л). Повышение уровня гомоцистеина свидетельствует о критичных нарушениях фолатного цикла и высоком риске формирования ВПР и осложнений беременности (преждевременных родов, плацентарной недостаточности)
- Определение в сыворотке крови уровня 25(OH)D пациенткам с ИМТ 30 кг/м² и более, с указанием на преэклампсию, гестационный сахарный диабет или невынашивание беременности в анамнезе (норма 75–150 нмоль/л или 30–60 нг/мл).

Инструментальные исследования.

- УЗИ органов малого таза выполняют на 5–7-й день менструального цикла;
- УЗИ молочных желёз, на 5–11-й день менструального цикла.

Дополнительные обследования:

- Маммография пациенткам старше 40 лет;
- УЗИ брюшной полости и почек для выявления экстрагенитальной патологии.

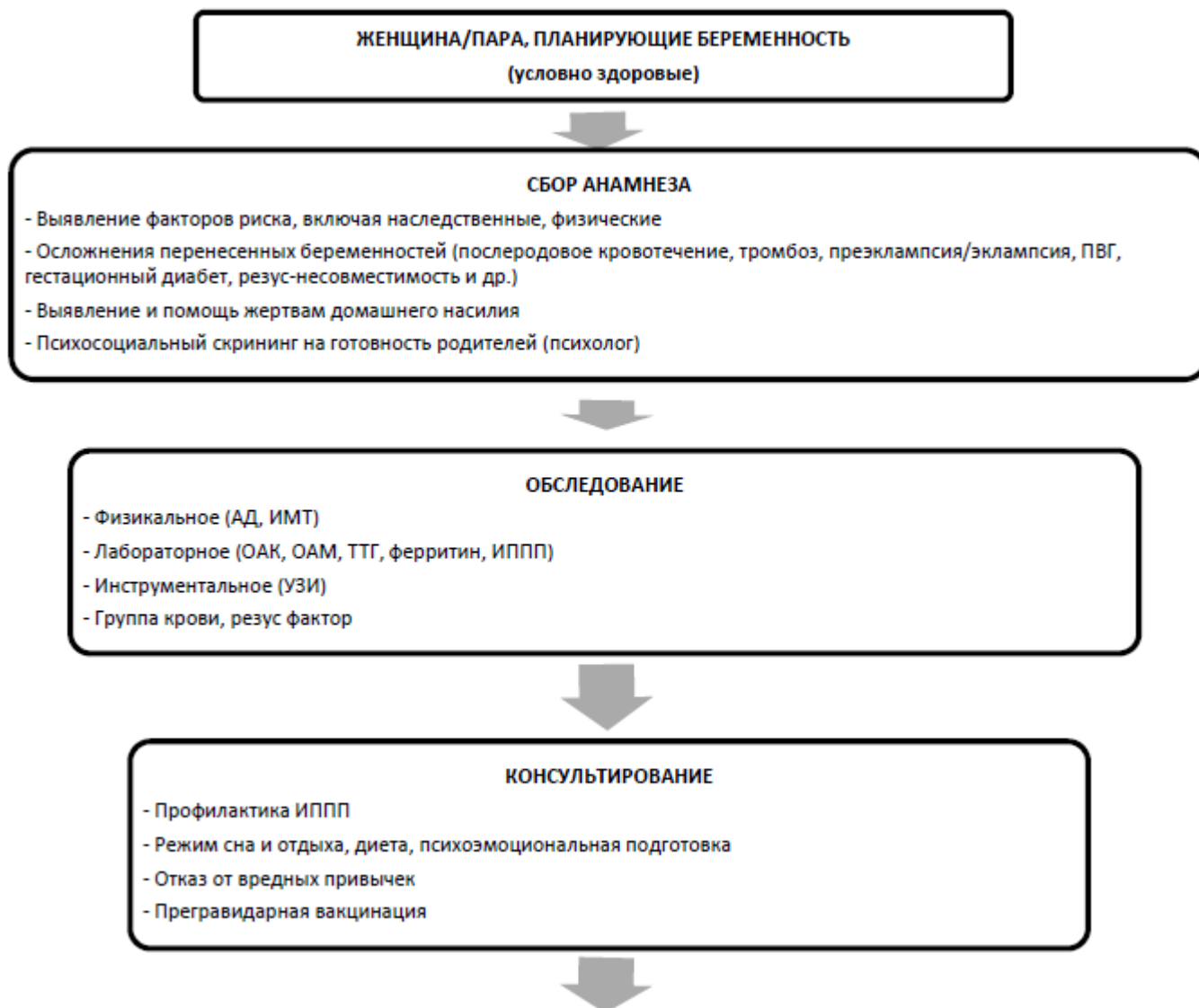
Консультации профильных специалистов (по показаниям):

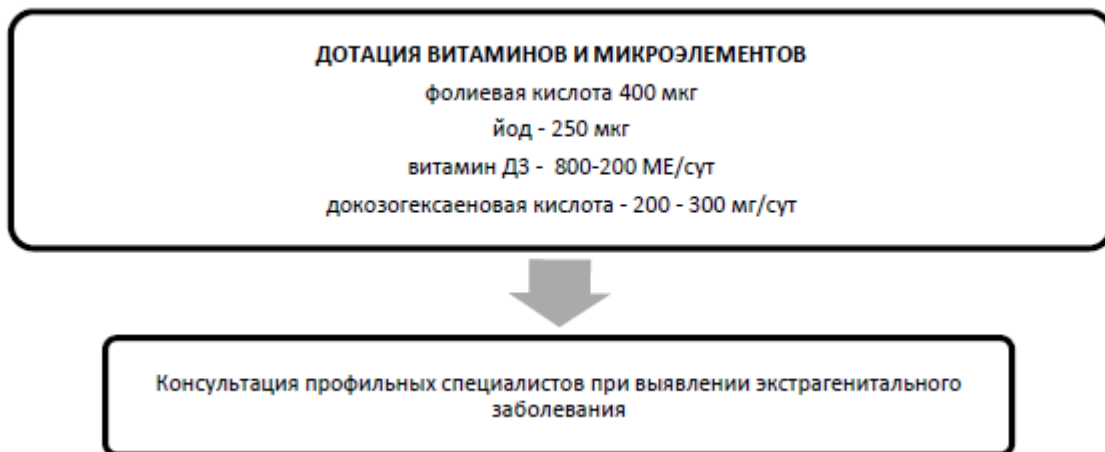
- терапевт/ВОП (наличие экстрагенитальных заболеваний);
- эндокринолог (заболевания щитовидной железы, сахарный диабет 1 и 2 типа, заболевания желез внутренней секреции, ожирение и т.д.);

- нефролог (заболевания мочевыделительной системы);
- гематолог (заболевания крови, анемии тяжелой степени);
- невролог (заболевания нервной системы);
- кардиолог (заболевания сердечно-сосудистой системы);
- ревматолог (системные заболевания);
- инфекционист (инфекционные заболевания);
- дерматовенеролог (кожно-венерические заболевания);
- гепатолог (инфекционные и неинфекционные заболевания печени);
- психолог (психосоциальный скрининг на готовность к родительству).

Диагностический алгоритм

Алгоритм прегравидарной подготовки условно здоровых пар





ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ/ВЕДЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Немедикаментозная профилактика, лечение.

Режим:

- Нормализация режима сна и отдыха, физической активности. Для создания оптимальных условий для синтеза соматотропина и мелатонина рекомендованы отход ко сну не позднее 23.00 и его длительность 7–8 ч (УД-С).
- Отказ от вредных привычек. Курение, пассивное вдыхание табачного дыма, злоупотребление алкоголем, применение наркотических и психотропных средств отрицательно влияют на фертильность, вынашивание и исход беременности. Злоупотребление женщиной до зачатия алкоголем и кофеин содержащими напитками значительно увеличивает риск выкидыша, а курение связано с повышением риска ЗРП и ВПС (УД-1А).
- Профилактика резус-конфликта – впрегравидарный период не проводится специфичной профилактики.

Прегравидарная вакцинация.

Вакцинацию, согласно Национальному календарю прививок и календарю прививок по эпидемиологическим показаниям, необходимо провести до наступления беременности.

Вакцинацию проводят:

- против дифтерии и столбняка — каждые 10 лет от момента последней ревакцинации;
- против вирусного гепатита В — не привитым ранее;

- против краснухи — женщинам до 25 лет включительно, не болевшим, не привитым, привитым однократно или не имеющим сведений о прививке;

- против кори — женщинам до 35 лет включительно, не болевшим, не привитым, привитым однократно и не имеющим сведений о прививках, а в возрасте 36 лет и старше — если они относятся к группе риска, не болели, не привиты, привиты однократно или не имеют сведений о прививках

Диета:

Дотация витаминов и микроэлементов:

- Сбалансированное полноценное питание в прегравидарный период обеспечивает поступление с пищей необходимых витаминов и микроэлементов. Повышенная потребность в фолатах, йоде, омега 3 ПНЖК, витамине Д у всех планирующих зачатие, беременных и кормящих женщин может быть обеспечена пероральным приемом продуктов, содержащих данные микронутриенты.

Дотация полиненасыщенных жирных кислот:

- В соответствии с рекомендациями ВОЗ (2016) достаточное количество докозагексаеновой кислоты (200–300 мг в сутки) (УД 1В) может быть обеспечено при включении в рацион рыбы (дважды в неделю), в том числе жирной — не чаще 1 раза в неделю (лосось, форель, сельдь, сардины, килька).

- Достаточное потребление ω -3-ПНЖК женщиной ассоциировано с низким риском ановуляции, увеличивает вероятность зачатия, уменьшает вероятность ПЭ (у пациенток из группы низкого риска), положительно влияет на формирование головного мозга плода [54], развитие иммунной системы, состояние здоровья и когнитивные функции ребёнка в будущем. Данные о снижении с помощью дотации ω -3-ПНЖК в ранние сроки беременности риска ПР и массы тела при рождении менее 2500 г опубликованы в Кокрейновском обзоре (2018)

По показаниям проводят медикаментозное лечение по профилю заболевания или расстройства.

NB! Прегравидарное консультирование рекомендуется проводить регулярно, вне зависимости от того, использует пациентка противозачаточные средства или нет, так как со временем возможны изменения репродуктивных планов, состояния здоровья и факторов риска).

ВНУТРИУТРОБНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ПО НЕДЕЛЯМ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность - самый волнующий период в жизни женщины, когда каждый день она желает получить максимум информации о том, как развивается внутри нее новая жизнь. И это происходит довольно быстрыми темпами, за 280 дней из нескольких клеток развивается маленький человечек. Каждую неделю беременности у будущего ребенка совершенствуются органы и системы, он приобретает новые навыки и умения.

Безусловно, будущая мама на интуитивном уровне чувствует, как развивается и как чувствует себя малыш в ее животе. А для более ясной картины все же надо иметь краткое представление о внутриутробном развитии малыша по неделям:

1-4 неделя - беременность наступает обычно на 14-й день менструального цикла, после оплодотворения яйцеклетка прикрепляется к стенке матки, происходит образование нервной системы, мозга и сердца малыша. Формируется позвоночник и мышцы. На 4 недели длина эмбриона достигает 2-3 мм, уже можно определить ножки, ручки, ушки и глаза малыша.



5-8 неделя - в этот период женщины обнаруживают, что беременны и делают подтверждающий тест. На 6 недели на УЗИ можно увидеть 5 пальцев на руке ребенка и различить его осторожные движения. Сердце его уже бьется, но с частотой превышающий в 2 раза ритм сердечных ударов мамы.



На 7-8 недели оформляется лицо ребенка, начинает развиваться его костная система. Вес его достигает 4 граммов, рост около 3 см. В этот период беременности многих женщин начинает тошнить по утрам.

9-12 недель - малыш уже может сгибать пальчики на руках, он теперь умеет выражать свои эмоции: щурится, морщит лоб и глотает. Содержание гормонов в крови беременной в этот период резко возрастает, что сказывается на настроении и самочувствии женщины. В 11 недель малыш реагирует на шум, тепло и свет. Он чувствует прикосновение и боль. В 12 недель по результатам УЗИ врач точно может определить срок родов и оценить, нет ли отклонений в развитии малыша. Трехмесячный младенец в утробе мамы очень активен, он легко отталкивается от стенки матки, сосет большой пальчик и реагирует на внешние раздражители. Весит он уже 28 грамм, а рост у него около 6 см.



13-16 недель - у ребенка формируются половые органы, поджелудочная железа начинает вырабатывать инсулин. Его сердце уже перекачивает 24 литра крови в сутки. На голове малыша есть волосы, он умеет уже открывать рот и гримасничать. В этот период маме надо стараться контролировать свои эмоции и оставаться спокойной в любых ситуациях. Все, что она чувствует, уже передается малышу. Если ей плохо, то ребенок тоже расстраивается.



17-20 недель - это особенно волнующий период для будущей мамы, так как на 18 -20 неделе она начинает чувствовать, как ребенок шевелится. К этому времени длина малыша достигает 21 см, вес его 200 гр. Он уже слышит шум и немного видит. В этот период следует каждый день разговаривать с малышом и петь ему песенки. Он уже слышит голос мамы и успокаивается, когда с ней все в порядке. Живот у беременной женщины на 20 недели становится заметным.

21-24 неделя - малыш в этом возрасте умеет причмокивать ртом и начинает внимательно изучать свое тело. Он трогает лицо, голову и ноги руками. Но выглядит он еще сморщенным и красным из-за отсутствия подкожной жировой прослойки. Вес малыша около 0,5 кг, рост 30 см. Ему уже не нравится, когда мама долго сидит в одном положении. Он усиленно шевелится, чтобы заставить ее подняться с места. С этого времени маме надо следить за своим рационом, хорошо питаться и больше гулять на свежем воздухе.



25-28 недель - ребенок, родившийся в этот период, имеет реальные шансы выжить. У него глаза уже открыты, есть ресницы, он сжимает и разжимает ручки. Весит он к 28 недели около 1 кг и сильно радуется, когда папа поглаживает живот мамы. Ему нравится слушать музыку и спокойную беседу родителей.



29-32 недели - теперь малыш четко различает голоса мамы и папы. Он быстро набирает в весе и к 32 недели весит уже больше 1,5 кг при росте 40 см. У малыша кожа уже подтянутая, а под ней имеется жирок.



32-40 недель - ребенок разворачивается головой вниз и готовится к рождению. Каждую неделю он теперь набирает 200-300 грамм веса и к рождению достигает 2,5 - 4 кг. За весь период внутриутробного развития у малыша сильно подросли ногти и волосы, в его кишечнике накопились отходы жизнедеятельности. На 40 недели у многих женщин начинаются схватки, и приходит время рожать. Если этого не происходит, то это говорит о том, что малыш «засиделся» и усиленно набирает вес. По статистике, только 10% женщин доживают до 42-ой недели беременности, после этого срока гинекологи уже стимулируют роды.



О понятии нормальных родов

Роды - это процесс изгнания или извлечения из матки ребенка и последа (плацента, околоплодные оболочки, пуповина) после достижения плодом жизнеспособности. Нормальные физиологические роды протекают через естественные родовые пути. Если ребенка извлекают путем кесарева сечения или с помощью акушерских щипцов, либо с

использованием других родоразрешающих операций, то такие роды являются оперативными.

Обычно своевременные роды происходят в пределах 38-42 недель акушерского срока, если считать от первого дня последней менструации. При этом средняя масса доношенного новорожденного составляет 3300 ± 200 г, а его длина 50-55 см. Роды, которые происходят в сроки 28-37 нед. беременности и раньше, считаются преждевременными, а более 42 нед. - запоздалыми. Средняя продолжительность физиологических родов колеблется в пределах от 7 до 12 часов у первородящих, и у повторнородящих от 6 до 10 час. Роды, которые длятся 6 ч и менее, называются быстрыми, 3 ч и менее - стремительными, более 12 ч - затяжными. Такие роды являются патологическими.

Характеристики нормальных родов через естественные родовые пути

- Одноплодная беременность.
- Головное предлежание плода.
- Полная соразмерность головки плода и таза матери.
- Доношенная беременность (38-40 недель).
- Координированная родовая деятельность, не требующая корригирующей терапии.
- Нормальный биомеханизм родов.
- Своевременное излитие околоплодных вод при раскрытии шейки матки на 6-8 см в активную фазу первого периода родов.
- Отсутствие серьезных разрывов родовых путей и оперативных вмешательств в родах.
- Кровопотеря в родах не должна превышать 250-400 мл.
- Продолжительность родов у первородящих от 7 до 12 часов, и у повторнородящих от 6 до 10 часов.
- Рождение живого и здорового ребенка без каких-либо гипоксическо-травматических или инфекционных повреждений и аномалий развития.
- Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни ребенка должна соответствовать 7 баллам и более.

Этапы физиологических родов через естественные родовые пути: развитие и поддержание регулярной сократительной деятельности матки (схваток); изменение структуры шейки матки; постепенное раскрытие маточного зева до 10-12 см; продвижение ребенка по родовому каналу и его рождение; отделение плаценты и выделение последа. В родах выделяют три периода: первый - раскрытие шейки матки; второй - изгнание плода; третий - последовый.

Первый период родов - раскрытие шейки матки

Первый период родов длится от первых схваток до полного раскрытия шейки матки и является наиболее продолжительным. У первородящих он составляет от 8 до 10 часов, а у повторнородящих 6-7 часов. В первом периоде выделяют три фазы. Первая или латентная фаза первого периода родов начинается с установления регулярного ритма схваток с частотой 1-2 за 10 мин, и заканчивается сглаживанием или выраженным укорочением шейки матки и раскрытием маточного зева не менее чем на 4 см. Продолжительность латентной фазы составляет в среднем 5-6 часов. У первородящих латентная фаза всегда длиннее, чем у повторнородящих. В этот период схватки, как правило, еще малоболезненные. Как правило, какой-либо медикаментозной коррекции в латентную фазу родов не требуется. Но у женщин позднего или юного возраста при наличии, каких-либо осложняющих факторов целесообразно содействовать процессам раскрытия шейки

матки и расслаблению нижнего сегмента. С этой целью возможно назначение спазмолитических препаратов.

После раскрытия шейки матки на 4 см начинается вторая или активная фаза первого периода родов, которая характеризуется интенсивной родовой деятельностью и быстрым раскрытием маточного зева от 4 до 8 см. Средняя продолжительность этой фазы почти одинакова у первородящих и повторнородящих женщин и составляет в среднем 3-4 часа. Частота схваток в активную фазу первого периода родов составляет 3-5 за 10 мин. Схватки чаще всего становятся уже болезненными. Болевые ощущения преобладают в нижней части живота. При активном поведении женщины (положение "стоя", ходьба) сократительная активность матки возрастает. В этой связи применяют медикаментозное обезболивание в сочетании со спазмолитическими препаратами. Плодный пузырь должен самостоятельно вскрываться на высоте одной из схваток при открытии шейки матки на 6-8 см. При этом изливается около 150-200 мл светлых и прозрачных околоплодных вод. Если не произошло самопроизвольного излития околоплодных вод, то при раскрытии маточного зева на 6-8 см врач должен вскрыть плодный пузырь. Одновременно с раскрытием шейки матки происходит продвижение головки плода по родовому каналу. В конце активной фазы имеет место полное или почти полное открытие маточного зева, а головка плода опускается до уровня тазового дна.

Третья фаза первого периода родов называется фазой замедления. Она начинается после раскрытия маточного зева на 8 см и продолжается до полного раскрытия шейки матки до 10-12 см. В этот период может создаваться впечатление, что родовая деятельность ослабла. Эта фаза у первородящих длится от 20 мин до 1-2 часов, а у повторнородящих может вообще отсутствовать.

В течение всего первого периода родов осуществляют постоянное наблюдение за состоянием матери и ее плода. Следят за интенсивностью и эффективностью родовой деятельности, состоянием роженицы (самочувствие, частота пульса, дыхания, артериальное давление, температура, выделения из половых путей). Регулярно выслушивают сердцебиение плода, но чаще всего осуществляют постоянный кардиомониторный контроль. При нормальном течении родов ребенок не страдает во время сокращений матки, и частота его сердцебиений значительно не меняется. В родах необходимо оценивать положение и продвижение головки по отношению к ориентирам таза. Влагалищное исследование в родах выполняют для определения вставления и продвижения головки плода, для оценки степени открытия шейки матки, для выяснения акушерской ситуации.

Обязательные влагалищные исследования выполняют в следующих ситуациях: при поступлении женщины в родильный дом; при излитии околоплодных вод; с началом родовой деятельности; при отклонениях от нормального течения родов; перед проведением обезболивания; при появлении кровянистых выделений из родовых путей. Не следует опасаться частых влагалищных исследований, гораздо важнее обеспечить полную ориентацию в оценке правильности течения родов.

Второй период родов - изгнание плода

Период изгнания плода начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребенка. В родах необходимо следить за функцией мочевого пузыря и кишечника. Переполнение мочевого пузыря и прямой кишки препятствует нормальному течению родов. Чтобы не допустить переполнения мочевого пузыря, роженице предлагают мочиться каждые 2-3 ч. При отсутствии самостоятельного

мочеиспускания прибегают к катетеризации. Важно своевременное опорожнение нижнего отдела кишечника (клизма перед родами и при затяжном их течении). Затруднение или отсутствие мочеиспускания является признаком патологии.

Положение роженицы в родах

Особого внимания заслуживает положение роженицы в родах. В акушерской практике наиболее популярными являются роды на спине, что удобно с точки зрения оценки характера течения родов. Однако положение роженицы на спине не является наилучшим для сократительной деятельности матки, для плода и для самой женщины. В связи с этим большинство акушеров рекомендует роженицам в первом периоде родов сидеть, ходить в течение непродолжительного времени, стоять. Вставать и ходить можно как при целых, так и излившихся водах, но при условии плотно фиксированной головки плода во входе малого таза. В ряде случаев практикуется пребывание роженицы в первом периоде родов в теплом бассейне. Если известно (по данным УЗИ) место расположения плаценты, то оптимальным является положение роженицы на том боку, где расположена спинка плода. В этом положении не снижается частота и интенсивность схваток, базальный тонус матки сохраняет нормальные значения. Кроме того, исследования показали, что в таком положении улучшается кровоснабжение матки, маточный и маточно-плацентарный кровоток. Плод всегда располагается лицом к плаценте.

Кормить роженицу в родах не рекомендуется по ряду причин: пищевой рефлекс в родах подавлен. В родах может возникнуть ситуация, при которой потребуются проведение наркоза. Последний создает опасность аспирации содержимого желудка и острого нарушения дыхания.

С момента полного открытия маточного зева начинается второй период родов, который заключается в собственно изгнании плода, и завершается рождением ребенка. Второй период является наиболее ответственным, так как головка плода должна пройти замкнутое костное кольцо таза, достаточно узкое для плода. Когда подлежащая часть плода опускается на тазовое дно, к схваткам присоединяются сокращения мышц брюшного пресса. Начинаются потуги, с помощью которых ребенок и продвигается через вульварное кольцо и происходит процесс его рождения.

С момента врезывания головки все должно быть готово к приему родов. Как только головка прорезалась и не уходит вглубь после потуги, приступают к непосредственно к приему родов. Помощь необходима, потому что, прорезываясь, головка оказывает сильное давление на тазовое дно и возможны разрывы промежности. При акушерском пособии защищают промежность от повреждений; бережно выводят плод из родовых путей, охраняя его от неблагоприятных воздействий. При выведении головки плода необходимо сдерживать чрезмерно быстрое ее продвижение. В ряде случаев выполняют рассечение промежности для облегчения рождения ребенка, что позволяет избежать несостоятельности мышц тазового дна и опущения стенок влагалища из-за их чрезмерного растяжения в родах. Обычно рождение ребенка происходит за 8-10 потуг. Средняя продолжительность второго периода родов у первородящих составляет 30-60 мин, а у повторнородящих 15-20 мин.

Сразу после рождения ребенка если пуповина не пережата, и он располагается ниже уровня матери, то происходит обратное "вливание" 60-80 мл крови из плаценты к плоду. В этой связи пуповину при нормальных родах и удовлетворительном состоянии новорожденного не следует пересекать, а только после прекращения пульсации сосудов. При этом пока пуповина не пересечена, ребенка нельзя поднимать выше плоскости

родильного стола, иначе возникает обратный отток крови от новорожденного к плаценте. После рождения ребенка начинается третий период родов - последовый.

Третий период родов - последовый

Третий период (последовый) определяется с момента рождения ребенка до отделения плаценты и выделения последа. В последовом периоде в течение 2-3 схваток происходит отделение плаценты и оболочек от стенок матки и изгнания последа из половых путей. У всех рожениц в последовом периоде для профилактики кровотечения внутривенно вводят препараты, способствующие сокращению матки. После родов проводят тщательное обследование ребенка и матери с целью выявления возможных родовых травм. При нормальном течении последового периода кровопотеря составляет не более 0,5 % от массы тела (в среднем 250-350 мл). Эта кровопотеря относится к физиологической, так как она не оказывает отрицательного влияния на организм женщины. После изгнания последа матка приходит в состояние длительного сокращения. При сокращении матки сдавливаются ее кровеносные сосуды, и кровотечение прекращается.

Новорожденным проводят скрининговую оценку на фенилкетонурию, гипотиреозидизм, кистозный фиброз, галактоземию. После родов сведения об особенностях родов, состоянии новорожденного, рекомендации родильного дома передаются врачу женской консультации. При необходимости мать и ее новорожденного консультируют узкие специалисты. Документация о новорожденном поступает педиатру, который в дальнейшем наблюдает за ребенком.

Следует отметить, что в ряде случаев необходима предварительная госпитализация в родильный дом для подготовки к родоразрешению. В стационаре проводят углубленное клиническое, лабораторное и инструментальное обследования для выбора сроков и метода родоразрешения. Для каждой беременной (роженицы) составляется индивидуальный план ведения родов. Пациентку знакомят с предполагаемым планом ведения родов. Получают ее согласие на предполагаемые манипуляции и операции в родах (стимуляция, амниотомия, кесарево сечение).

Кесарево сечение выполняют не по желанию женщины, так как это небезопасная операция, а только по медицинским показаниям (абсолютные или относительные). Роды в нашей стране ведут не дома, а только в акушерском стационаре под непосредственным врачебным наблюдением и контролем, так как любые роды таят в себе возможность различных осложнений для матери, плода и новорожденного. Роды ведет врач, а акушерка под наблюдением врача оказывает ручное пособие при рождении плода, проводит необходимую обработку новорожденного. Родовые пути осматривает и восстанавливает при их повреждении врач.