

Нормальная беременность



1. Прегравидарная подготовка

Прегравидарная подготовка — это комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на подготовку пары к успешному зачатию, нормальному течению беременности и рождению здорового ребёнка. Она также включает оценку всех имеющихся факторов риска (медицинских, социально-экономических, культурных и т.д.) и устранение/уменьшение их влияния.

Прегравидарная подготовка необходима обоим будущим родителям, так как здоровье будущего ребенка напрямую зависит от состояния обоих родителей.

Этапы прегравидарной подготовки:

1. Прегравидарное консультирование.

Это определение состояния здоровья будущих родителей и оценка факторов риска. Консультирование проводит врач акушер-гинеколог. Необходимо обратиться к врачу как минимум за 3 месяца до планируемого зачатия.

Консультирование включает в себя анамнеза, осмотр и физикальное обследование,

лабораторный скрининг.

При прегравидарной подготовке необходимо пройти консультации отоларинголога, стоматолога с целью выявления хронических очагов инфекции и проведении их санации, других специалистов — по показаниям.

Наличие у мужчины урологических заболеваний — показание к привлечению уролога-андролога. Также мужчин, имеющих факторы риска (воспалительные заболевания репродуктивных органов и ИППП в анамнезе, возраст старше 40 лет, вредные условия труда), уролог-андролог может направить на оценку спермограммы.

Консультацию генетика рекомендуется пройти в следующих ситуациях:

- при наличии у супругов (в настоящем или предыдущих браках) ребёнка с наследственными заболеваниями или врожденными пороками развития;
- присутствие в анамнезе двух выкидышей у женщины в возрасте до 35 лет;
- выявление хромосомных аномалий в остатках плодного яйца после досрочного прерывания беременности.

2. Профилактические мероприятия.

- Планирование беременности.

Необходимо обратить внимание на интервал между беременностями – это временной интервал между датой зачатия и датой окончания предыдущей беременности. При планировании беременности также учитывают интергенетический интервал– период между последовательными родами. Благоприятным интервалом между родами считается 24 + 9 месяцев (время от родоразрешения до зачатия плюс длительность беременности). Этот срок достаточен и после оперативного родоразрешения для стабилизации рубца на матке и снижения риска разрыва матки в ходе следующей беременности.

Единственный путь гарантированного соблюдения оптимального интервала между родами – рациональная контрацепция.

- Коррекция образа жизни (питания, веса, физической активности), отказ от вредных привычек.

Соблюдение режима дня, исключение стрессов, рациональные физические нагрузки и сбалансированный режим питания являются наиболее важными аспектами при планировании беременности. Необходимы нормализация режима дня (отход ко сну не позднее 23.00–24.00 обоим супругам; длительность сна 7–8 ч), умеренные физические нагрузки, снижение воздействия стрессов, сбалансированный режим питания. При наличии ожирения как у женщин, так и у мужчин, рекомендовано снижение массы тела во избежание осложнений беременности и родов.

- Дополнительный прием витаминов и микроэлементов при необходимости.

3. Расширенный объем лечебно-профилактических мероприятий у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и наличием хронических заболеваний.

При наличии гинекологического или хронического заболевания с целью подбора индивидуального и рационального плана обследования при планировании беременности необходимо обратиться к врачу акушеру-гинекологу или к врачу другой специализации, который компетентен в вопросах вашего хронического заболевания. Коррекция выявленных соматических и гинекологических заболеваний в период планирования беременности обеспечивает профилактику осложнений беременности и улучшает прогноз рождения здорового ребенка.

Сделайте выбор в пользу здоровья – своего и будущего ребенка!

2. Понятие «нормальная беременность»

Нормальная беременность – одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37-41 недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.

Жалобы, характерные для 1 триместра:

1. Тошнота и рвота наблюдаются у каждой 3-й беременной женщины. В 90% случаев тошнота и рвота беременных являются физиологическим признаком, в 10% – осложнением беременности. При нормальной беременности рвота бывает не чаще 2-3-х раз в сутки, чаще натощак, и не нарушает общего состояния пациентки. В большинстве случаев тошнота и рвота купируются самостоятельно к 16-20 неделям беременности и не ухудшают ее исход.
2. Масталгия является нормальным симптомом во время беременности, наблюдается у большинства женщин в 1-м триместре беременности и связана с отечностью и нагрубанием молочных желез вследствие гормональных изменений.
3. Боль внизу живота во время беременности может быть нормальным явлением как, например, при натяжении связочного аппарата матки во время ее роста (ноющие боли или внезапная колющая боль внизу живота)

Жалобы, характерные для 2 триместра:

1. Тошнота и рвота
2. Боль внизу живота во время беременности может быть нормальным явлением как, например, при тренировочных схватках Брекстона-Хиггса после 20-й недели беременности (тянущие боли внизу живота, сопровождающиеся тонусом матки, длящиеся до минуты, не имеющие регулярного характера).

Жалобы, характерные для 3 триместра:

1. Изжога (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) во время беременности наблюдается в 20-80% случаев. Чаще она развивается в 3-м триместре беременности. Изжога возникает вследствие расслабления нижнего пищеводного сфинктера, снижения внутрипищеводного давления и одновременном повышении внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, что приводит к регулярному забросу желудочного содержимого в пищевод.
2. Запоры – наиболее распространенная патология кишечника при беременности, возникает в 30-40% наблюдений. Запоры связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула менее 3-х раз в неделю.
3. Примерно 8-10% женщин страдают геморроем во время каждой беременности. Причинами развития геморроя во время беременности могут быть: давление на стенки кишки со стороны матки, застой в системе воротной вены, повышение внутрибрюшного давления, врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани, изменения в иннервации прямой кишки.
4. Варикозная болезнь развивается у 30% беременных женщин. Причиной развития варикозной болезни во время беременности является повышение венозного давления в

нижних конечностях и расслабляющее влияние на сосудистую стенку вен прогестерона, релаксина и других биологически активных веществ.

5. Влагалищные выделения без зуда, болезненности, неприятного запаха или дизурических явлений являются нормальным симптомом во время беременности и наблюдаются у большинства женщин.
6. Боль в спине во время беременности встречается с частотой от 36 до 61%. Среди женщин с болью в спине у 47-60% боль впервые возникает на 5-7-м месяце беременности. Самой частой причиной возникновения боли в спине во время беременности является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести, и снижение тонуса мышц под влиянием релаксина.
7. Распространенность боли в лобке во время беременности составляет 0,03-3% и возникает, как правило, на поздних сроках беременности.

3. Правильное питание и поведение во время беременности

Во время беременности необходимо четко соблюдать все рекомендации врача, своевременно проходить плановое обследование, вести здоровый образ жизни и правильно питаться.

Что нужно делать женщине во время беременности:

- 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, надевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье
- исключить алкоголь особенно в первые 3 месяца.
- 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
- 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 или снизить число выкуриваемых в день сигарет

Немаловажным для будущей мамы является ее эмоциональный фон. На всем протяжении беременности Вам необходимо 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.

4. Клинические симптомы, требующие незамедлительного обращения к врачу

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)
- появление отеков 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)

5. Необходимые исследования во время беременности

1. Исследование крови на определение уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ, антител к поверхностному антигену (HBsAg), вируса гепатита В (Hepatitis B virus) антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности.
2. Определение антител класса G (IgG) и класса М (IgM) к вирусу краснухи (*Rubella virus*) в крови при 1-м визите (в 1-м или 2-м триместрах беременности)
3. Микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), дрожжевые грибы при 1-м визите (в 1-м или 2-м триместрах беременности) и в 3-м триместре беременности
4. Определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите
5. Определение антител к антигенам системы Резус при 1-м визите (при 1-м визите в 1-й половине беременности у резус-отрицательной беременной, затем при отсутствии антител - в 18-20 недель беременности, затем при отсутствии антител - в 28 недель беременности с целью определения риска резус-конфликта)
6. Общий клинический анализ крови при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместрах беременности.
7. Биохимический анализ крови при 1-м визите
8. Исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л с целью исключения/подтверждения манифестного сахарного диабета у беременной.
9. Проведение перорального глюкозотолерантного теста - ПГТТ с 75 г декстрозы в 24-28 недель беременности в случае, если у пациентки не было выявлено нарушение

углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности для выявления гестационного сахарного диабета.

10. Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови однократно при 1-м визите.
11. Общий анализ мочи при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместрах беременности.
12. Определение белка в моче у беременной пациентки после 22 недель беременности во время каждого визита с целью своевременного выявления протеинурии для выбора тактики ведения беременности.
13. Проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки при 1-м визите.
14. Микробиологическое исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно при 1-м визите.
15. Бактериологическое исследование вагинального отделяемого и ректального отделяемого на стрептококк группы В (*S. agalactiae*) или определение ДНК стрептококка группы В (*S. agalactiae*) во влагалищном мазке и ректальном мазке методом ПЦР с целью своевременного выявления и лечения инфекции, вызванной *S. agalactiae*, для снижения риска внутриутробной инфекции в 35-37 недель беременности.
16. Скрининг 1-го триместра, который включает комбинацию исследования уровня ХГ (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А), ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий (ХА), пороков развития, рисков ЗРП, ПР, ПЭ (скрининг I) в 11,0-13,6 недель беременности
17. ЭКГ при 1-м визите и в 3-м триместре.
18. Аускультация плода (определение частоты сердцебиения (ЧСС) плода) при каждом визите с 22 недель беременности с целью подтверждения жизнедеятельности плода
19. Ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления ХА, пороков развития, рисков ЗРП, ПР, ПЭ (скрининг II) и УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрия) в 18,0-20,6 недель беременности.
20. УЗИ плода с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода в 34,0-35,6 недель беременности
21. Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока беременной пациентки группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) в 18,0-20,6 и 30,0-33,6 недель беременности.
22. КТГ плода с 32 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели.
23. Измерение размеров таза (пельвиметрия) в 3-м триместре беременности.
24. Консультация врача-терапевта и консультация врача-стоматолога при 1-м визите в 1-м или 2-м триместрах беременности) и в 3-м триместре беременности.
25. Консультация врача-офтальмолога при 1-м визите.
26. Консультация врача-кардиолога при патологических изменениях электрокардиограммы.
27. Консультация медицинского психолога при 1-м визите (в 1-м или 2-м триместрах беременности) и в 3-м триместре беременности.

6. Прием витаминов и лекарственных препаратов во время беременности

1. На протяжении первых 12 недель беременности пероральный прием фолиевой кислоты в дозе 400мкг в день с целью снижения риска дефекта нервной трубки у плода.

2. На протяжении всей беременности пероральный прием препаратов йода (калия йодида) в дозе 200 мкг в день с целью устранения йодного дефицита для профилактики нарушений нейрогенеза у плода.
3. Рекомендовано назначить беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза пероральный прием колекальциферола на протяжении всей беременности в дозе 500-1000 МЕ в день с целью профилактики дефицита витамина D для снижения риска акушерских осложнений. (К группе высокого риска гиповитаминоза витамина D относятся женщины: с темной кожей, витилиго, имеющие ограничения пребывания на солнце, с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, с недостаточным питанием, ожирением, анемией, диабетом).
4. По результатам обследования врач может рекомендовать Вам прием лекарственных препаратов индивидуально, учитывая имеющиеся жалобы, наличие рисков, оценив возможные осложнения беременности.

7. Что нужно делать, чтобы избежать развития осложнений во время беременности?

1. Увеличить двигательную активность и добавить в свое меню пищевые волокна (продукты растительного происхождения) при жалобах на запоры и геморрой.
2. Избегать положений тела, способствующих возникновению изжоги, соблюдать диету, носить свободную одежду, не давящую на область желудка, при жалобах на изжогу.
3. Носить компрессионный трикотаж при выявлении варикозного расширения вен нижних конечностей.
4. Соблюдать режим физической активности при жалобах на боль в спине.
5. Необходимо нормализовать массу тела во время беременности в зависимости от исходного ИМТ с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.
6. Отказаться от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость.
7. Отказаться от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения.
8. Сохранять активность. Регулярные умеренные физические нагрузки (20-30 минут в день) помогут справиться с недомоганием, нормализовать вес и улучшить настроение.
9. Необходимо избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу (например, контактные виды спорта, такие как борьба, виды спорта с ракеткой и мячом, подводные погружения).
10. Правильное использование ремня безопасности в автомобиле снижает риск потери плода в случае аварий в 2-3 раза.
11. Откажитесь от курения и алкоголя.
12. Правильно питайтесь. Откажитесь от вегетарианства, рыбы, богатой метилртутью, снизьте потребления кофеина, пищи, богатой витамином А (например, говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее). Кушайте рационально, чтобы наполнить организм нужными калориями, витаминами и микроэлементами.
13. Избегайте потребление непастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза.

8. Вакцинация во время беременности

В сезон респираторных инфекций рекомендована вакцинация от гриппа беременным пациенткам во 2-м-3-м триместре беременности (в группе повышенного

риска – начиная с 1-го триместра беременности) вакцинами, применение которых разрешено во время беременности.

Беременным пациенткам не рекомендована вакцинация живыми вакцинами, содержащими аттенуированные штаммы (против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы и др.)

Только в случае высокого риска инфицирования вакцинация во время беременности возможна при гепатитах А, В, менингококковой инфекции, пневмококковой инфекции, полиомиелите, клещевом энцефалите, дифтерии, столбняке, коклюше. В лечебно-профилактических целях возможна вакцинация против бешенства.

9. Внутриутробное развитие ребенка по неделям беременности

Началом жизни ребенка принято считать момент его появления на свет. Но целых 9 месяцев до момента рождения малыш живет и развивается внутриутробно.

Во внутриутробном развитии плода различают эмбриональный, или зародышевый, период, продолжающийся от момента зачатия до 8 недель беременности, и фетальный, или плодовый период – от 9-й недели беременности до родов.

В эмбриональном периоде происходит закладка и формирование всех органов и систем ребенка, в фетальном – продолжают их дальнейший рост и развитие.

1. В оплодотворённой яйцеклетке начинает формироваться нервная система. У четырехнедельного зародыша формируются сердце и система кровообращения. На 4 неделе длина эмбриона достигает 2-3 мм, уже можно определить ножки, ручки, головной конец и глаза малыша.



2. На 6 недели на УЗИ можно увидеть ушки и 5 пальцев на руке.



3. В 8 недель у ребенка уже развиты все черты, присущие человеку: сформированы тело, голова, имеются зачатки конечностей, глаз, носа, рта, наружных половых органов. Вес его достигает 4г, рост около 3 см.



4. В 9-10 недель малыш открывает и закрывает рот, появляется даже мимика в виде гримасы.



5. В 11 недель он начинает шевелить ручками и ножками, однако будущая мама этих движений пока не ощущает. Кроме этого, малыш реагирует на шум, тепло и свет.



6. К 12 неделе сформированы скелет и все внутренние органы плода, которые начинают функционировать, несмотря на крошечные размеры. Весит он уже 28г, а рост у него около 6 см.



7. В 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. Временами малыш сосет палец руки, «тренируясь» перед будущим сосанием груди матери.



8. В 16 недель полностью сформирована плацента, которая обеспечивает ребенка всеми необходимыми для жизни веществами, поступающими из крови матери. При ультразвуковом исследовании хорошо видны руки, ноги, пальцы, определяется пол, малыш достаточно комфортно чувствует себя в околоплодных водах, которые каждые 6 часов очищаются от его выделений.



9. В 18-20 недель мама чувствует первые шевеления плода. Завершается первая половина беременности. К этому времени длина малыша достигает 21 см, вес его 200г. Он уже слышит шум и немного видит.



10. Вторая половина беременности характеризуется бурным нарастанием массы тела плода. Только за 1 месяц, в период с 20-й по 24-ю неделю беременности, его длина увеличивается на 10 см, а масса – почти на 500г.
11. 21-24 неделя – малыш в этом возрасте умеет причмокивать рот 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 500 г, рост 30 см.
12. 25-28 недель – глаза у ребенка уже открыты, есть ресницы, он сжимает и разжимает ручки.

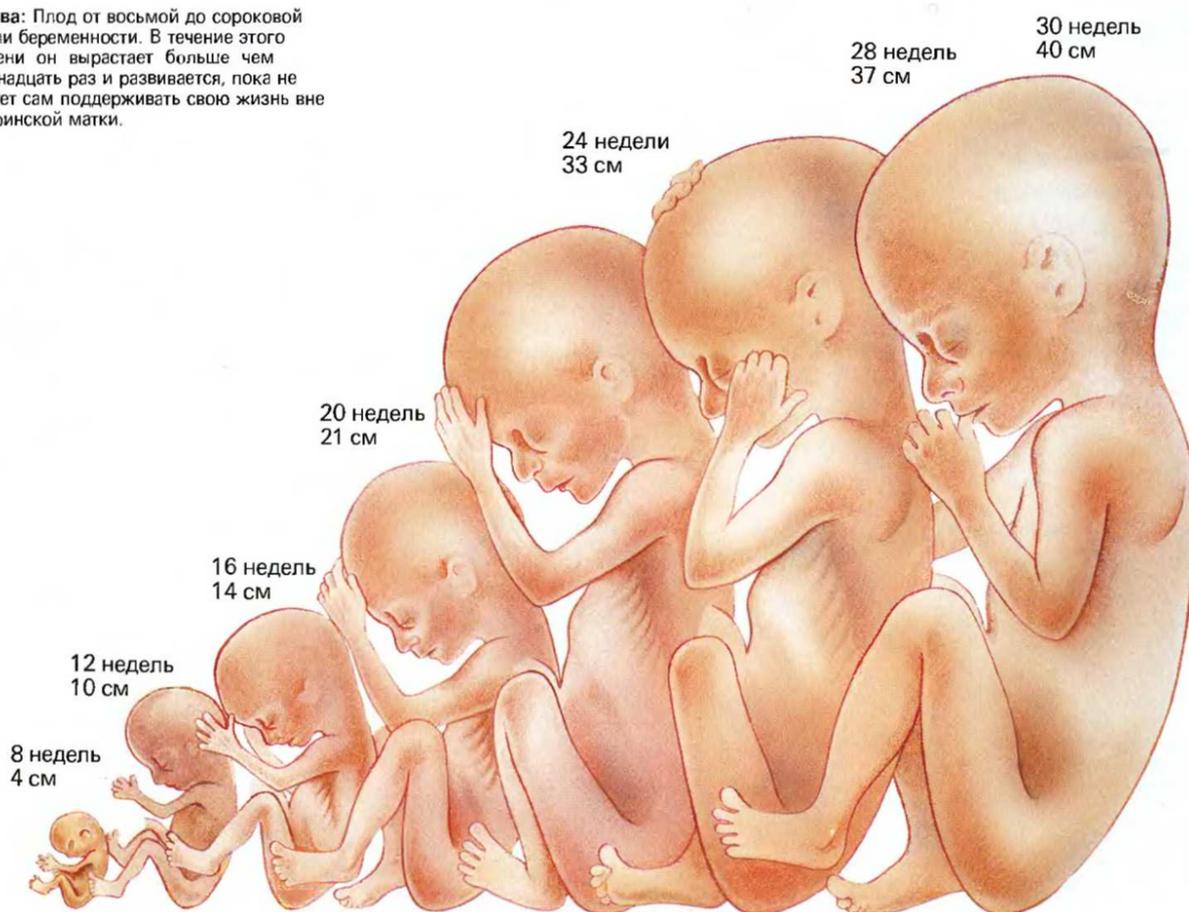


13. В 28 недель длина тела малыша равна 35 см, а масса – 1000г. Кожа покрыта специальной смазкой, непроницаемой для околоплодных вод, органы достаточно созрели. Особенно интенсивный рост происходит после 32 недель беременности.
14. С 32 по 40 недели ребенок разворачивается головой вниз и готовится к рождению. Каждую неделю малыш набирает 200-300г. веса и к рождению достигает 2,5 - 4 кг. За весь период внутриутробного развития у малыша сильно подросли ногти и волосы. На 40 недели у многих женщин начинаются схватки, и приходит время рожать.



15. К 40 неделям организм ребенка полностью готов к внеутробной жизни, его легкие созрели для того, чтобы дышать воздухом. Длина зрелого плода равна 50-52 см, масса тела 3000-3500г.

Справа: Плод от восьмой до сороковой недели беременности. В течение этого времени он вырастает больше чем в двенадцать раз и развивается, пока не сможет сам поддерживать свою жизнь вне материнской матки.



10. Полезное влияние беременности на организм женщины

Беременность – интенсивный активатор женского иммунитета. Развитие малыша держит тело в тонусе и мобилизует скрытые резервы организма.

С наступлением беременности будущая мама больше обращает внимание на свое здоровье, заботясь о малыше. Она старается больше отдыхать, гулять на свежем воздухе, соблюдать режим дня и питания. Все это позитивно отражается на состоянии ее здоровья и внешнем виде. Как правило, будущая мама избавляется от вредных привычек, если таковые имелись до беременности. Такой отказ положительно влияет на весь организм.

Хорионический гонадотропин способствует обновлению клеток, повышает концентрацию гормонов щитовидной железы, ускоряет обмен веществ. Если у женщины нет проблем со здоровьем, она словно расцветает: цвет кожи становится ярче, разглаживаются морщинки. Все гормоны, которые образуются в организме женщины, способствуют мобилизации защитных сил организма. Доказано: женщины, имеющие хотя бы одного ребёнка, живут на несколько лет дольше своих нерожавших сверстниц.

Кроме того, в организме происходят следующие изменения:

- улучшение памяти и восприятия новой информации;
- поддержание высокой активности и отличной координации движений;
- повышение активности эндокринной системы и нормализация обмена веществ.

Также есть некоторые заболевания и состояния, на которые беременность может оказать положительный эффект. Например, мигрень, эндометриоз, псориаз. Некоторые исследования продемонстрировали связь доношенной беременности со снижением риска рака яичников и эндометрия.

Также женщины, родившие до двадцати пяти лет и кормившие грудью двоих или троих детей, меньше подвержены раку молочной железы. Большинство девушек, страдающих болезненными менструациями, после беременности и родов отмечают уменьшение болей.

Нормальные роды

Нормальные роды – это своевременные роды (на сроке в 37,0 – 41,6 недель беременности) одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Роды состоят их 3-х периодов:

Первый период родов - время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Этот этап состоит из латентной и активной фаз. Латентная 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. 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. Во время этого периода пациентка ощущает сильное желание тужиться (потуги), которые возникают каждые 2-5 минут. Продолжительность второго периода при первых родах обычно составляет не более 3 часов, при повторных - не более 2 часов.

Третий период родов - время от рождения ребенка до рождения последа. Обычно третий период родов завершается в течение 15-30 минут.

Показания к кесареву сечению

Родоразрешение путем кесарева сечения (КС) – это способ родоразрешения, при котором рождение ребенка происходит посредством хирургического вмешательства с рассечением стенки беременной матки, извлечением плода, последа и последующим восстановлением целостности матки.

Кесарево сечение проводится:

- **в экстренной форме** - при угрозе жизни женщины или плода (должно проводиться настолько быстро, насколько возможно, но не позднее 30 мин от постановки диагноза до оперативного родоразрешения при нахождении пациентки в стационаре) при:

1. любом варианте предлежания плаценты с кровотечением
2. прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты
3. угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки
4. дистресс-синдроме плода, сопровождающемся признаками прогрессирующего метаболического ацидоза
5. клинически узком тазе
6. выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании
7. приступе эклампсии в родах

- **в неотложной форме** - без явных признаков угрозы жизни, при наличии осложнений у матери или плода, которые требуют неотложного родоразрешения при:

1. преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС
2. преэклампсии тяжелой степени, HELLP-синдроме при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути)
3. некорректируемых нарушениях сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, дистоция шейки матки), не сопровождающихся дистрессом плода
4. отсутствию эффекта от родовозбуждения окситоцином
5. хориоамнионите и неготовности естественных родовых путей к родам
6. дистресс-синдроме плода, сопровождающегося сомнительным типом КТГ, прогрессирующим, несмотря на проведенную терапию или нарушением кровотока в артерии пуповины по данным доплерографии

- **в плановой форме** - время родоразрешения определяется в соответствии с оптимальным временем родоразрешения для женщины и плода и проводится при:

1. вращении плаценты.
2. предлежании сосудов плаценты
3. предшествующих операциях на матке (два и более кесаревых сечения в анамнезе, миомэктомия (2-5 тип по классификации РЮО или неизвестное расположение миоматозного узла)
4. гистеротомии в анамнезе (перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное кесарево сечение в анамнезе)
5. наличия препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка:
6. анатомически узкий таз II и более степени сужения;
7. деформация костей таза;
8. миома матки больших размеров, особенно в области нижнего сегмента;
9. рубцовые деформации шейки матки и влагалища после предшествующих операций, в том числе после разрыва промежности III-IV степени;
10. рак шейки матки
11. предполагаемых крупных размерах плода (> 4500 г)
12. тазовом предлежании плода: при сроке беременности менее 32 недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода <2500 г или >3600 г
13. устойчивом поперечном положении плода

14. некоторых аномалиях развития плода
15. соматических заболеваниях, требующих исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка)

Подготовка к родам

Рождение ребенка – одно из самых значимых событий в жизни всей семьи! Подготовка к родам играет важную роль в обеспечении безопасного и комфортного опыта родов.

Одним из способов подготовиться к этому важному событию является посещение школы подготовки к родам. Во время занятий будущие родители могут получить полезные знания о физиологии родов, методах облегчения боли и дыхательных упражнениях, а также научиться техникам расслабления и концентрации.

На занятиях вы также сможете получить много полезной информации о питании и упражнениях, которые могут помочь во время беременности и подготовке к родам. Однако стоит отметить, что каждая женщина и каждая беременность уникальны, поэтому важно получать рекомендации и консультации от своего врача.

Приглашаем на занятия в Школу беременных (г. Кировск), Школу молодых родителей (г. Апатиты) не только женщин, но и мужчин.

Обезболивание родов

Обезболивание в родах – это комплекс медицинских манипуляций, которые позволяют устранить или уменьшить болевой синдром, снять эмоциональное напряжение у роженицы.

Методы обезболивания родовой боли подразделяются на:

- медикаментозные
- немедикаментозные

Первоначально рекомендуется применить немедикаментозные методы обезболивания родов, такие как правильная техника дыхания, использование мяча, массажа, теплых компрессов и другие, которые оказываются эффективными в большинстве случаев.

При неэффективности немедикаментозных методов при Вашем желании и отсутствии противопоказаний может быть проведена эпидуральная анальгезия. Следует знать, что эпидуральная анальгезия ассоциирована с повышенным риском удлинения продолжительности родов.

При родоразрешении путем операции кесарево сечение рекомендованы как методы нейроаксиальной анестезии (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная) так и общей анестезии.

Современные принципы медикаментозного обезболивания позволяют избавить женщину от боли, при этом сохранить полный контроль над процессом родоразрешения, добиться минимального воздействия на плод и отсутствия серьезных побочных эффектов.

Партнерские роды

Присутствие партнера на родах приветствуется. Поддержка близкого и родного человека играет огромную роль во время беременности. И если есть человек, которому женщина безоговорочно доверяет, с кем ей комфортно и спокойно – она может воспользоваться возможностью его присутствия на родах. Это может быть мама, сестра, подруга, близкий родственник, психолог. Но чаще всего таким человеком становится муж, будущий отец.

В соответствии со п. 2 ст. 51 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отцу ребенка или иному члену семьи предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка, за исключением случаев оперативного родоразрешения, при наличии в учреждении родовспоможения соответствующих условий (индивидуальных родовых залов) и отсутствия у отца или иного члена семьи инфекционных заболеваний.

Существует несколько вариантов партнерских родов. Кому-то требуется помощь на этапе подготовки, кому-то – поддержка в момент схваток, некоторые осознанно проходят вместе весь родовой процесс, от болезненных схваток до первого крика младенца.

Помощник по родам – это не просто пассивный наблюдатель. Он должен принимать активное участие, уметь облегчить боль, поддержать эмоционально, решить при необходимости возникшие вопросы с персоналом медучреждения.

Но прежде чем принять решение о совместных родах, будущим родителям следует обсудить множество щепетильных моментов, пройти подготовку, проконсультироваться со специалистом. Ведь от тактики поведения партнера по родам зависит во многом настрой роженицы и общий эмоциональный фон.

Поговорите с партнером, узнайте, чего он хочет на самом деле.

Не забывайте, что помимо Вашего желания, есть еще и желание супруга, и если Вы не раз предложили ему участие в ваших родах, а он все еще категорично настроен против, но Вам нужна поддержка в самом процессе, то лучше рассмотреть возможность присутствия других партнеров — мамы, сестры, доулы.

Преимущества участия в рождении на свет малыша могут быть в следующем:

- По мнению психологов, отец, который присутствовал в момент рождения ребенка, сразу же включается в процесс его воспитания. У него включается отцовский инстинкт, он становится более ответственным.
- После партнерских родов муж, осознавший все тяготы женской доли, становится более терпимым, трепетным, сострадательным. Отношения в такой семье теплые.
- Сразу после рождения малыша, находясь на руках у отца, устанавливает с ним контакт, начинает формироваться привязанность.

Но не всегда все так позитивно, как может показаться на первый взгляд. И мнение психологов по вопросу партнерских родов неоднозначно. В некоторых ситуациях супругам рекомендуется отказаться от идеи совместных родов.

Грудное вскармливание

Период лактации – это период, когда у женщины молочной железой вырабатывается грудное молоко для кормления новорожденного младенца.

Процесс происходит под действием двух важнейших гормонов – окситоцина и пролактина. Длительность процесса нормальной лактации у женщины находится во временном диапазоне от 5 до 24 месяцев. Количество молока, выделяемого за сутки, может колебаться, в среднем, от 0,6 до 1,3 литров. Пик выработки молока наблюдается на первой и второй неделе после родов, затем идет период стабильного выделения, в соответствии с потребностью в нем конкретного ребёнка. Если женщина, в силу каких-либо причин, не прикладывает малыша к груди после родов, то лактация может прекратиться самостоятельно в течение нескольких недель.

Доказано многочисленными научными исследованиями, что материнское молоко самым положительным способом сказывается на развитии ребенка.

Основные преимущества естественного вскармливания:

1. Выступает полноценным источником питания.
2. Грудное молоко является источником белков, жиров, углеводов макро- и микроэлементов необходимых малышу.
3. Содержание полезных в молоке веществ может колебаться в зависимости от питания, а также общего самочувствия матери. Поэтому кормящей маме крайне важно построить сбалансированное меню, которое будет удовлетворять потребности обоих организмов.
4. Грудное молоко служит дополнительной естественной защитой от различных заболеваний. Ребёнок получает иммунную защиту с помощью иммуноглобулинов, которые вырабатываются в организме матери (в случае ее болезни) и поступают в организм малыша через грудное молоко. Более того, грудное вскармливание способствует развитию собственной системы иммунитета, защищающей организм от различных инфекций.
5. Научно доказано, что продолжительное (более года) грудное вскармливание, в сочетании со сбалансированным питанием матери, является действенной профилактикой пищевой аллергии у детей.
6. Грудное вскармливание способствует правильному формированию прикуса и развитию речевого аппарата ребенка. Правильное развитие мышц мягкого неба, которые задействованы в процессе сосания, способствуют более легкому воспроизведению звуков, что облегчает становление речи у ребёнка.
7. Способствует нормальному физическому развитию ребёнка. Дети, находящиеся на исключительно грудном вскармливании, обычно не выходят за допустимые границы показателей, определенных для их возраста.
8. Обеспечивает эмоциональный комфорт ребёнку. Тесная психологическая связь между матерью и ребёнком, сформированная во время кормления грудью, сохраняется на протяжении всей жизни.

