ИНФОРМАЦИЯ О БЕРЕМЕННОСТИ

С наступлением беременности организм женщины сразу начинает перестраиваться в работе и готовиться к вынашиванию ребеночка. Ведь молодой маме предстоит путь в 40 недель, когда она будет носить в себе малыша, а ее организм создаст для этого все самые благоприятные условия, обеспечит ребеночка не только маленькой, уютной квартиркой, но и питанием, кислородом. Женщина, получившая долгожданную беременность, с особым вниманием относится ко всем изменениям в своем организме, прислушивается к каждому новому ощущению!

**Жалобы,  характерные  для  нормальной беременности**

**Тошнота  и  рвота**  наблюдаются  в  каждой  3-й  беременности.  В  90%  случаев  тошнота  и  рвота  беременных  являются  физиологическим  признаком  беременности,  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.

**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.

**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)  или  при  тренировочных  схватках  Брекстона-Хиггса  после  20-й  недели  беременности  (тянущие  боли  внизу  живота,  сопровождающиеся  тонусом  матки,  длящиеся  до  минуты,  не  имеющие  регулярного  характера).

**Изжога**(гастроэзофагеальная  рефлюксная  болезнь)  во  время  беременности  наблюдается  в  20-80%  случаев.  Чаще  она  развивается  в  3-м  триместре  беременности  (3–5).  Изжога  возникает  вследствие  релаксации  нижнего  пищеводного  сфинктера,  снижения  внутрипищеводного  давления,  и  одновременном  повышении  внутрибрюшного  и  внутрижелудочного  давления,  что  приводит  к  повторяющемуся  забросу  желудочного  и/или  дуоденального  содержимого  в  пищевод.

**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.  Они  сопровождаются  хотя  бы  одним  из  следующих  признаков:  чувством  неполного  опорожнения  кишечника,  небольшим  количеством  и  плотной  консистенцией  кала,  натуживанием  не  менее  четверти  времени  дефекации.  Причинами  развития  запоров
при  беременности  являются  повышение  концентрации  прогестерона,  снижение  концентрации  мотилина  и  изменение  кровоснабжения  и  нейрогуморальной  регуляции  работы  кишечника.

Примерно  8-10%  женщин  заболевают  **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.

**Варикозная  болезнь**  развивается  у  20-40%  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.

**Влагалищные  выделения**  без  зуда,  болезненности,  неприятного  запаха  или  дизурических  явлений  являются  нормальным  симптомом  во  время  беременности  и  наблюдаются  у  большинства  женщин.

**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  (8–10).  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.

Распространенность  **боли  в  лобке**  во  время  беременности  составляет  0,03-3%,  и  возникает,  как  правило,  на  поздних  сроках  беременности.
**Синдром  запястного  канала**  (карпальный  туннельный  синдром)  во  время  беременности  возникает  в  21-62%  случаев  (12,13)  в  результате  сдавления  срединного  нерва  в  запястном  канале,  и  характеризуется  ощущением  покалывания,  жгучей  болью,  онемением  руки,  а  также  снижением  чувствительности  и  моторной  функции  кисти.



**Рекомендации по питанию во время беременности**

К питанию во время беременности женщина должна подойти с особым вниманием, ведь именно в это время закладывается фундамент здоровья малыша, и будущая мать обязана скорректировать своё питание так, чтобы оно было не только полноценным, но и безопасным для неё самой и ребёнка.

**Здоровое  питание**  во  время  беременности  характеризуется  достаточной  калорийностью  и  содержанием  белка,  витаминов  и  минеральных  веществ,  получаемых  в  результате  употребления  в  пищу  разнообразных  продуктов,  включая  зеленые  и  оранжевые  овощи,  мясо,  рыбу,  бобовые,  орехи,  фрукты  и  продукты  из
цельного  зерна.

При этом беременной  следует отказаться  от  потребления  рыбы,  богатой  метилртутью  (королевская скумбрия, большеглазый тунец, акула и рыба-меч),  снижение  потребления  пищи,  богатой  витамином  А  (например,  говяжей,  куриной  утиной  печени  и  продуктов  из  нее). Кофе также стоит временно исключить из рациона, либо снизить его потребление: большое  количество  кофеина  (более  300  мг/сут)  увеличивает  риск  прерывания  беременности  и  рождения  маловесных  детей.

Беременным рекомендовано избегать  потребления  непастеризованного  молока,  созревших  мягких  сыров,  паштета  и  плохо  термически  обработанных  мяса  и  яиц,  так  как  эти  продукты  являются  источниками  листериоза  и  сальмонеллеза.

Следует учесть, что вегетарианство  во  время  беременности  увеличивает  риск  ЗРП, поэтому врачи настоятельно рекомендуют включать в рацион будущих мам белки не только растительного, но и животного происхождения!

Обратите внимание, что несмотря  на  отсутствие  высоко  доказательных  данных  негативного  влияния  малых  доз  алкоголя  на  акушерские  и  перинатальные
осложнения,  накоплено  достаточное  количество  наблюдений  о  негативном  влиянии  алкоголя  на  течение  беременности  вне  зависимости  от  принимаемой  дозы  алкоголя,  например  алкогольный  синдром  плода  и  задержка  психомоторного  развития.

**Профилактика осложнений во время беременности**

**Беременным не рекомендуется:**

* **курить**

Курение  во  время  беременности  ассоциировано  с  такими  осложнениями  как  ЗРП,  ПР,  предлежание  плаценты,  преждевременная  отслойка  нормально  расположенной  плаценты  (ПОНРП),  гипотиреоз  у  матери,  преждевременное  излитие  околоплодных  вод,  низкая  масса  тела  при  рождении,  перинатальная  смертность  и  эктопическая  беременность.  Примерно  5-8%  ПР, 13-19%  родов  в  срок  ребенком  с  низкой  массой  тела, 23-34%  случаев  внезапной  детской  смерти  и  5-7%  смертей  в  детском  возрасте  по  причинам,  связанным  с  патологическим  течением  пренатального  периода,  могут  быть  ассоциированы  с  курением  матери  во  время  беременности.  Дети,  рожденные  от  курящих  матерей,  имеют  повышенный  риск  заболеваемости  бронхиальной  астмой,  кишечными  коликами  и  ожирением.

* **выполнять физические  упражнения,  которые  могут  привести  к  травме  живота,  падениям,  стрессу (например,  контактные  виды  спорта,  такие  как  борьба,  виды  спорта  с  ракеткой  и  мячом,  подводные  погружения).**
* **выполнять работу,  связанную  с  длительным  стоянием  или  с  излишней  физической  нагрузкой,  в  ночное  время  и  работы,  вызывающюю  усталость, а также работу,  связанную  с  воздействием  рентгеновского  излучения.**
* **совершать длительные авиаперелёты**, т.к. ониувеличивают риск тромбоэмболического осложнения (ТЭО). В случае, если отказаться от длитльных авиаперелётов невозможно, следует выполнять рекомендации  по  профилактике  ТЭО, такие как  ходьба  по  салону  самолета,  обильное  питье,  исключение  алкоголя  и  кофеина,  и  ношение  компрессионного  трикотажа  на  время  полета.

Обращаем ваше внимание, что во время беременности важно правильно использовать ремень  безопасности  при  путешествии в автомобиле, что снижает  риск  потери  плода  в  случае  аварий  в  2-3  раза.

**Правильное  использование  ремня  безопасности  у  беременной  женщины**  заключается  в  использовании  трехточечного  ремня,  где  первый  ремень  протягивается  под  животом  по  бедрам,  второй ремень  –  через  плечи,  третий  ремень  –  над  животом  между  молочными  железами.

**Необходимые исследования во время беременности**

1. **Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов  малого  таза  и  плода.**УЗИ позволяет наиболее точно определить срок  беременности  и  родов. УЗИ  плода  при
подозрении  на  неправильное  положение  и/или  предлежание  плода  для  уточнения диагноза.
2. **Исследование  уровня  антител  классов  M,  G  (IgM,  IgG)  к  вирусу  иммунодефицита  человека-1/2 (далее  –  ВИЧ)  и  антигена  p24 (Human immunodeçciency virus  HIV 1/2  + Agp24)  в  крови**  при  1-м  визите  и  в  3-м  триместре  беременности.
3. **Определение  антител  к  поверхностному  антигену  (HBsAg)  вируса  гепатита  В  (Hepatitis  В  virus)  в  крови  или  определение  антигена  (HbsAg)  вируса  гепатита  В  (Hepatitis  В  virus)  в  крови**  при  1-м  визите  и  в  3-м  триместре  беременности.
4. **Определение  суммарных  антител  классов  М  и  G (anti-HCV IgG  и  anti-HCV IgM)  к  вирусу  гепатита  С  (Hepatitis  С  virus)  в  крови**  при  1-м  визите  и  в  3-м  триместре  беременности.
5. **Определение  антител  к  бледной  трепонеме  (Treponema pallidum)  в  крови**  при  1-м  визите  и  в  3-м  триместре  беременности.
6. **Определение  антител  класса  G (IgG)  и  класса  M (IgM)  к  вирусу  краснухи  (Rubella virus)  в  крови**однократно  при  1-м  визите  в  1-м  или  2-м  триместрах  беременности.
7. **Определение  антигена  стрептококка  группы  В  (S.  agalactiae)  в  отделяемом  цервикального  канала**  в  35-37  недель  беременности.
8. **Микроскопическое  исследование  влагалищных  мазков  при  1-м  визите  и  в  3-м  триместре  беременности,  включая  микроскопическое  исследование  отделяемого  женских  половых  органов  на  гонококк  (Neisseria  gonorrhoeae),  микроскопическое  исследование  отделяемого  женских  половых  органов  на  трихомонады  (Trichomonas vaginalis),  микроскопическое  исследование  влагалищного  отделяемого  на  дрожжевые  грибы.**
9. **Микробиологическое  (культуральное)  исследование  средней  порции  мочи  на  бактериальные  патогены**  однократно  на  выявление  бессимптомной
бактериурии  при  1-м  визите.
10. **Определение  основных  групп  по  системе  AB0  и  антигена  D  системы  Резус  (резус-фактор)**  однократно  при  1-м  визите.
11. **Определение  антирезусных  антител  при  1-м  визите,  затем  при  отсутствии  антител**  в  18-20  недель  беременности  и  в  28  недель  беременности - при отрицательном резусе крови беременной пациентки.
12. **Общий  (клинический)  анализ  крови**  при  1-м  визите,  во  2-м  и  в  3-м  триместре  беременности.
13. **Биохимическое  общетерапевтический  анализ  крови**  при  1-м  визите  и  в  3-м  триместре  беременности.
14. **Определение нарушения  углеводного  обмена**  при  1-м  визите  и  в  24-26  недель  беременности.
15. **Пероральный  глюкозотолерантный  тест  (ПГТТ)  с  75  г  глюкозы**  в  24-28  недель  беременности  в  случае,  если  у  беременной  не  было  выявлено  нарушение
углеводного  обмена.
16. **Пероральный  глюкозотолерантный  тест  (ПГТТ)  с  75  г  глюкозы**  в  24-28  недель  беременности  в  случае,  если  у  беременной пациентки из  группы  высокого
риска  гестационного  сахарного  диабета  (ГСД)не  было  выявлено  нарушение  углеводного  обмена.
17. **Коагулограмма  (ориентировочное  исследование  системы  гемостаза)**  при  1-м  визите  и  перед  родами.
18. **Исследование  уровня  тиреотропного  гормона  (ТТГ)  в  крови**  однократно  при  1-м  визите.
19. **Общий (клинический)  анализ  мочи**  при  1-м  визите,  во  2-м  и  в  3-м  триместре  беременности.
20. **Цитологическое  исследование  микропрепарата  шейки  матки**  (мазок  с  поверхности  шейки  матки  и  цервикального  канала)  при  1-м  визите  во  время  беременности.

 Приём витаминов и лекарственных препаратов во время беременности



С целью снижения риска рождения  ребенка  с  дефектом нервной  трубки  (например,  анэнцефалией  или  расщеплением  позвоночника) рекомендовано  на  протяжении  первых  12  недель  беременности принимать   перорально препараты  фолиевой  кислоты.

Также для правильного развития плода рекомендуется принимать препараты йода  (калия  йодида), кальция (пациенткам  группы  высокого  риска преэклампсии), витамина D (пациенткам группы  высокого  риска  гиповитаминоза  витамина  D).

**ВНИМАНИЕ! Все препараты, включая лекарственные, их дозировку и длительность их приёма должен назначить только лечащий врач!**

**Клинические симптомы, требующие незамедлительного обращения к врачу-акушеру-гинекологу**

1.  Развитие  родовой  деятельности.
2.  Излитие  или  подтекание  околоплодных  вод.
3.  Кровянистые  выделения  из  половых  путей,  свидетельствующие  об  угрозе  выкидыша.
4.  Признаки  угрожающих  преждевременных родов.
5.  Признаки  преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
6.  Признаки  истмико-цервикальной недостаточности.

7.  Рвота  беременных  > 10  раз  в  сутки  и  потеря  массы  тела> 3  кг  за  1-1,5  недели  при  отсутствии  эффекта  от  проводимой  терапии.
8.  Однократное  повышение  диастолического  АД  ≥110  мм  рт.  ст.  или  двукратное  повышение  диастолического  АД  ≥90  мм  рт.  ст.  с  интервалом  не  менее  4  часов.
9.  Повышение  систолического  АД  ≥160  мм  рт.  ст.
10.  Протеинурия  (1+).
11.  Симптомы  полиорганной  недостаточности  (головная  боль,  нарушения  зрения,  боли  в  эпигастрии,  рвота,  симптомы  поражения  печени,  олиго\анурия,  нарушения  сознания,  судороги  в  анамнезе,  гиперрефлексия).
12.  Признаки  хориоамнионита.
13.  ЗРП  2-3  степени.
14.  Нарушение  функционального  состояния  плода  по  данным  допплерометрии  и  кардиотокографии (КТГ).
15.  Внутриутробная  гибель  плода.
16.  Острый  живот.
17.  Острые  инфекционные  и  воспалительные  заболевания

**Вакцинация во время беременности**

При  путешествии  в  тропические  страны,  а  также  в  случае  эпидемий,  беременной  пациентке  рекомендовано  проведение  вакцинации  с  применением  инактивированных  и  генно-инженерных  вакцин,  анатоксинов,  оральной  полиовакцины.

Женщинам,  у  которых  беременность  совпадает  с  сезоном  гриппа, рекомендуются рёхвалентные  инактивированные  вакцины. Данные  основаны  на  значительном  уменьшении  распространённости,  тяжести  течения  и  последствий  гриппа  у  беременных  женщин  с  потенциальной  пользой  для  рождённых  ими  младенцев.

Назначение  живых  вакцин (БЦЖ, корь, эпидемический паротит, краснуха, ветряная оспа, жёлтая лихорадка) беременной  пациентке  противопоказано.   Беременная  пациентка  подписывает  информированное  добровольное  согласие  на  проведение  вакцинации.

**Роды**

**Нормальные роды**  -   это своевременные (в 37° - 416недель 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.

 **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.

Показания к КС

**В  плановом  порядке  (III  категория  неотложности)  родоразрешение  путем  КС  рекомендовано:**

* при полном и частичном врастании плаценты;
* при предлежании сосудов плаценты;
* при следующих предшествующих операциях на матке:  два и более  КС, миомэктомия;
* при  гистеротомии  в  анамнезе  (перфорация  матки,  иссечение  трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное КС в анамнезе, Т-образный или 1-образный разрез) или при наличии препятствия со стороны родовых  путей для рождения ребенка (анатомически узкий таз II и более степени сужения;  деформация костей таза; миома матки больших размеров, особенно в области  нижнего сегмента, препятствующая деторождению через естественные родовые  пути; рубцовые деформации шейки матки и влагалища после предшествующих  операций, в том числе после разрыва промежности ПНУ степени; рак шейки матки,  кроме преинвазивных и микроинвазивных форм рака шейки матки;
* при предполагаемых крупных размерах плода;
* при 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;
* при устойчивом поперечном положении плода;
* при  дистоции  плечиков  плода  в  анамнезе  с  неблагоприятным  исходом (мертворождение, тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и
матери (лонного сочленения);
* для  профилактики  неонатального  герпеса, если первичный  эпизод генитального герпеса возник у беременной  после 34-й недели беременности или были
выявлены клинические проявления генитального герпеса накануне родов, т.к. в этом  случае существует значительный риск вирусовыделения во время родов;
* при ВИЧ инфекции при вирусной нагрузке перед родами >1000  копий/мл,  неизвестной  вирусной  нагрузке  перед  родами  или  неприменении  противовирусной  терапии  во  время  беременности  и/или  непроведении  антиретровирусной профилактики в родах;
* при  некоторых  аномалиях  развития  плода  (гастрошизис,  омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров);
* при соматических  заболеваниях, требующих  исключения  потуг  (декомпенсация  сердечно-сосудистых  заболеваний,  осложненная  миопия,  трансплантированная почка).

**В неотложном порядке  (II  категория неотложности) родоразрешение путем  КС** **рекомендовано:**

* при преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной  беременности и наличии показаний к плановому КС;
* при  преэклампсии  тяжелойстепени,  НЕ1ХР  синдроме  при  беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения  через естественные родовые пути);
* при некорригируемых нарушениях сократительной деятельности  матки  (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности,  дистоция шейки матки), не сопровождающихся дистрессом плода;
* при отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином;
* при хориоамнионите и неготовности естественных родовых путей к  родам;
* при дистресс-синдроме плода, сопровождающегося сомнительным  типом КТГ, прогрессирующим, несмотря на проведенную терапию (может быть  использован увлажненный #кислород и/или быстрое введение растворов, влияющих  на водно-электролитный баланс, и/или смена положения тела и/или острый токолиз
или нарушением кровотока в артерии пуповины по данным  допплерографии.

**В  экстренном  порядке  (I категория  неотложности)  родоразрешение  путем  КС  рекомендовано:**

* при любом варианте предлежания плаценты с кровотечением;
* при  прогрессирующей  преждевременной  отслойке  нормально  расположенной плаценты;
* при угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки;
* при  дистресс-синдроме  плода,  сопровождающемся  признаками  прогрессирующего метаболического ацидоза по данным КТГ или уровня лактата;
* при клинически узком тазе;
* при выпадении петель пуповины или ручки плода при головном  предлежании;
* при приступе эклампсии в родах;
* при агонии или внезапной смерти женщины при наличии живого  плода (при наличии возможности).

**Методы немедикаментозного обезболивания течения нормальных родов**

1. Фитбол.
2. Массаж
3. Акупрессура
4. Аппликация теплых пакетов
5. Холод
6. Техники  релаксации,  включая  постепенное  мышечное  расслабление  и
дыхательные методики
7. Душ  или погружение в воду в первом периоде родов
8. Аудиоаналгезия (музыка, белый шум или окружающие звуки)
9. Ароматерапия
10. Гипноз
11. Внутрикожные или подкожные инъекции стерильной #воды для инъекций.

Для  обезболивания  родов  могут  использоваться  также и  **медикаментозные методы**, включая нейроаксиальную анальгезию. Среди  всех методов обезболивания в родах эпидуральная анальгезия обладает целым рядом  преимуществ. При проведении нейроаксиальной анальгезии в акушерстве применяют  современные  местные  анестетики  (ропивакаин,  бупивакаин,  лидокаин,  левобупивакаин).

Кроме  эпидуральной,  спинальной  и  спинально-эпидуральной возможно  применение  паравертебральной  поясничной  симпатической  блокады.  К  системным  методам  обезболивания  относят  применение  опиоидов.  Также  возможно  использование  ингаляционных  методов  обезболивания,  хотя  они  являются  менее  эффективными. Необходимо учитывать, что эти препараты обладают  свойством  расслаблять  мускулатуру  матки,  что  повышает  риск  гипотонического  кровотечения.

**Наличие партнера в родах**  приветствуется и может быть предложено  пациенткам при наличии индивидуальных родовых боксов в родильном отделении,  с учетом состояния здоровья. Семейно-ориентированные  (партнерские)  роды  —  практика родоразрешения, основанная на сопровождении женщины с нормальным  течением беременности во время родов членами семьи, участвующими в уходе и  поддержке женщины, а также позволяющая семьям получать максимум объективной  информации, удовлетворяя их социальные, эмоциональные и бытовые потребности.

Партнерские роды способствуют предупреждению излишнего использования  инвазивных,  неприятных  и/или  ограничительных  процедур,  повышают взаимоответственность  медицинского  персонала,  роженицы  и  членов  семьи  и  снижают частоту конфликтов и жалоб.

**О лактации**

Сразу же после рождения здоровый ребёнок инстинктивно начинает поиск пищи. В течение нескольких часов жизни новорождённый бодрствует, активен и  готов к кормлению.

Доказано, что раннее начало  грудного вскармливания  (в течение  первого  часа после рождения)  и  исключительно  грудное  вскармливание  в  течение  первого  месяца  жизни  имеет  существенные  преимущества в снижении неонатальной смертности и заболеваемости.

Во  время  первых  кормлений  грудью  мать  может  почувствовать болезненные сокращения матки и увеличение объема кровянистых выделений. Это нормальный процесс, обусловленный окситоцином, который способствует не только выделению молока, но и сокращению матки. В дальнейшем кормление  грудью способствует остановке послеродовых кровянистых выделений.