**Информация о беременности**



*Наступление беременности — важное событие в жизни каждой женщины. Кто-то планирует его заранее, а у многих просто «так получилось» — и тогда решение вынашивать ребёнка или делать аборт принимают уже после зачатия. Вместе с тем искусственное прерывание беременности наносит серьёзный вред женскому организму и не должно восприниматься как замена противозачаточным средствам. Ответ на вопрос «Хочу ли я ребёнка в ближайшем будущем?» нужно знать всегда. Безусловно, все, кто отвечает на него «да», надеются, что беременность будет протекать нормально, роды пройдут без осложнений, а ребёнок родится здоровым. Однако не все знают, что к ней нужно готовиться — это называется «прегравидарная подготовка». Современная наука доказала, что шансы на успех будут гораздо выше, если заранее следовать нескольким простым правилам.*

*Первое: нужно рассказать своему врачу, что вы хотели бы родить ребёнка в течение ближайшего года или двух. Этого времени вполне достаточно, чтобы пройти необходимое обследование и выявить так называемые «факторы риска», провести лечение имеющихся заболеваний и скорректировать образ жизни (это касается как самой женщины, так и мужчины).*

*Второе: стоит серьёзно отнестись к рекомендациям в отношении питания, физической активности, курения, употребления алкоголя и некоторых лекарств. Все это действительно влияет на возможность зачатия, ход беременности и здоровье будущего ребёнка.*

*Третье: нужно провести лечение имеющихся заболеваний и сделать прививки от тех болезней, которые могут повлиять на исход беременности. На это время стоит подобрать надёжный и удобный для вас метод контрацепции. Это поможет сделать акушер-гинеколог.*

*Четвёртое: не нужно покупать в аптеке различные «витамины для беременных» и пищевые добавки — далеко не все они могут принести реальную пользу. Не стоит ориентироваться на рекламу или советы на интернет-форумах: потребности в минералах и витаминах могут быть разными. Подобрать по-настоящему эффективный препарат может только врач.*

*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 выявления антирезусных антител и введение антирезусного иммуноглобулина не потребуются.*

* о понятии   нормальной   беременности,    и    жалобах,    характерных для нормальной беременности в каждом триместре беременности:

*Беременность – это физиологический процесс, происходящий в организме женщины и заканчивающийся рождением ребенка.* *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 (боль в молочных железах) 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.*

*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).*

*Кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью составляет от 7 до 10 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель).*

* о правильном питании и поведении во время беременности:

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

*1.избегать работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость,*

*2.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,*

*3.быть достаточно физически активной, ходить, делать физическую зарядку для беременных в течение 20-30 минут в день (при отсутствии жалоб и противопоказаний),*

*4.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,*

*5.сообщить врачу о планируемой поездке в тропические страны для проведения своевременной вакцинации,*

*6.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,*

*7.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),*

*8.снизить потребление пищи, богатой витамином А (говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее),*

*9.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),*

*10.избегать употребления в пищу непастеризованное молоко, созревшие мягкие сыры, паштеты, плохо термически обработанную пищу,*

*11.если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых в день сигарет,*

*12.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 кровянистых выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалище и белей необходимо прекратить половые контакты и обратиться к врачу.*

* о клинических симптомах, требующих незамедлительного обращения к врачу-акушеру-гинекологу:

*Вы должны обратиться к врачу при появлении следующих жалоб:*

*1.рвота> 5 раз в сутки,*

*2.потеря массы тела> 3 кг за 1-1,5 недели,*

*3.повышение артериального давления> 120/80 мм рт. ст.,*

*4.проблемы со зрением, такие как размытие или мигание перед глазами, сильная головная боль,*

*5.боль внизу живота любого характера (ноющая, схваткообразная, колющая и др.),*

*6.эпигастральная боль (в области желудка),*

*7.отек лица, рук или ног,*

*8.появление кровянистых или обильных жидких выделений из половых путей,*

*9.лихорадка более 37,5,*

*10.отсутствие или изменение шевелений плода на протяжении более 12часов (после 20 недель беременности).*

* о необходимых исследованиях во время беременности:

*Объем лабораторного и инструментального обследования при нормальном неосложненном течении беременности:*

*Общий (клинический) анализ крови:  - при постановке на учет; - во II триместре однократно; - в III триместре однократно;*

1. *Биохимический (общетерапевтический) анализ крови: - при постановке на учет, - в III триместре однократно;*
2. *Глюкоза венозной плазмы натощак: - однократно при постановке на учет; - в 24 – 28 недель;*
3. *Группа крови по системе АВО и Rh-фактор: - однократно при постановке на учет;*
4. *Определение антирезусных антител в крови (при резус-отрицательной принадлежности беременной и резус-положительной принадлежности мужа): - при постановке на учет; - в 18 – 20 недель; - в 28 недель;*
5. *Кровь на RW (определение антител к бледной трепонеме): - при постановке на учет; - в III триместре однократно;*
6. *Кровь на ВИЧ (определение антител классов M, G к ВИЧ-1/2): - при постановке на учет; - в III триместре однократно;*
7. *Гепатиты В и С (определение антител к HBsAg или определение НBsAg в крови; определение суммарных антител классов M, G к вирусу гепатита С): - при постановке на учет; - в III триместре однократно;*
8. *Кровь на ТТГ: – однократно при постановке на учет;*
9. *Проведение комплексного пренатального биохимического скрининга 1триместра (PAPP-А, ХГЧ) с расчетом рисков ХА, ПР, ЗРП и ПЭ: - однократно в 11-13,6 недель.*
10. *Пероральный глюкозотолерантный тест: - однократно при первом визите в группе высокого риска или в 24-28 недель планово.*
11. *Исследование на краснуху (ИФА - определение антител класса M и класса G): - при постановке на учет;*
12. *Исследование свертывающей системы крови (коагулограмма): - при постановке на учет, - однократно в 37-39 недель;*
13. *Общий (клинический) анализ мочи: - при постановке на учет; - двухкратно во II триместре; - трехкратно в III триместре;*
14. *Культуральное (микробиологическое) исследование средней порции мочи (бак. посев мочи с чувствительностью к антибиотикам): - однократно при постановке на учет;*
15. *Определение белка в моче с помощью специальных индикаторных полосок: - при каждом визите после 22 недель;*
16. *Микроскопическое исследование влагалищных мазков (мазок на степень чистоты, gn, tr , грибы рода кандида): - при постановке на учет; - в III триместре;*
17. *Определение рН влагалищной среды с помощью индикаторных полосок: - при постановке на учет ;*
18. *Цитологическое исследование мазка с шейки матки и цервикального канала: - при наличии показаний, однократно при постановке на учет;*
19. *Определение методом ПЦР Гемолитического стрептококка группы В в мазке из цервикального канала и прямой кишки: - однократно в 35-37недель беременности;*
20. *УЗИ плода: - в11-13,6 недель; - в 18-20,6 недель; - в 30-34 недели ;*
21. *УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрия): - в 18 – 20,6 недель беременности (во время скрининга 2-го триместра);*
22. *Допплерография кровотока в маточных артериях: - в 11- 13,6недель (во время 1-го скрининга);*
23. *Допплерография маточно-плацентарного кровотока: - в 18 – 20,6 недель (во время скрининга 2-го триместра; - в 30 – 34 недели (во время УЗИ 3-го триместра); - в 38-39 недель беременности.*
24. *Кардиотокография плода: - в 33недели, в 35 недель, в 37 недель, в 39недель, в 40-40,6недель;*
25. *Электрокардиограмма: по показаниям в группе высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний.*

* о приеме витаминов и лекарственных препаратов во время беременности:

*Калия йодид 200мкг всю беременность (при отсутствии противопоказаний), фолиевая кислота 400мкг первые 12недель беременности, Витамин Д 800МЕ по показаниям.*

* об избегании факторов риска для профилактики осложнений во время беременности:

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

* о вакцинации во время беременности.

*Вакцинация против гриппа возможна в любом сроке беременности. Вакцинация против Ковид-19 – после 22недель беременности.*

:

**О внутриутробном развитии ребенка**

|  |
| --- |
| Будущим мамам всегда любопытно, как идет развитие плода во время, когда его ждут с таким нетерпением. Поговорим и посмотрим на фото и картинки, как же растет и развивается плод по неделям.  Что же делает малыш целых 9 месяцев в животике у мамы? Что чувствует, видит и слышит?  Начнем рассказ о развитии плода по неделям с самого начала — от момента оплодотворения. Плод возрастом до 8ми недель называют эмбрионом, это происходит до формирования всех систем органов |
| 1 |
| Развитие эмбриона: 1-я неделя   Яйцеклетка оплодотворяется и начинает активно делиться. Яйцеклетка направляется к полости  матки по маточным трубам, по пути освобождаясь от оболочки.  На 6—8й дни осуществляется имплантация яйца — внедрение в эндометрий. Яйцо оседает на поверхность слизистой оболочки матки и используя хориальные ворсинки прикрепляется к слизистой матки. |
| 2 |
| Картинка развития эмбриона на 3-ей неделе.  Эмбрион активно развивается, начиная обосабливаться от оболочек. На данном этапе формируются зачатки мышечной, костной и нервной систем. Поэтому этот период беременности считают важным.    Развитие эмбриона: 4–7 недели  У эмбриона формируется сердце, головка, ручки, ножки и хвост :) . Определяется жаберная щель. Длина эмбриона на пятой неделе доходит до 6 мм. |
| 3 |
| Развитие плода по неделям фото: **неделя 4** |
| 4 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 5  На 7й неделе определяются зачатки глаз, живот и грудь, а на ручках проявляются пальцы. У малыша уже появился орган чувств — вестибулярный аппарат. Длина эмбриона — до 12 мм.    Эмбрион активно развивается, начиная обосабливаться от оболочек. На данном этапе формируются зачатки мышечной, костной и нервной систем. Поэтому этот период беременности считают важным. |
| 5 |
| *Фото эмбриона до 6й недели беременности.*  У эмбриона формируется сердце, головка, ручки, ножки и *хвост* :) . Определяется жаберная щель. Длина эмбриона на пятой неделе доходит до 6 мм.    **Развитие плода: 8я неделя** |
| 6 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 7-8    У плода определяется лицо, можно различить ротик, носик, ушные раковины. Головка у зародыша крупная и ее длина соотносится с длиной туловища; тельце плода сформировано. Уже существуют все значимые, но пока еще не полностью сформированные, элементы тела малыша. Нервная система, мышцы, скелет продолжают совершенствоваться.  *У плода появилась кожная чувствительность в области ротика (подготовка к сосательному рефлексу), а позже в области личика и ладошек.*  На данном сроке беременности уже заметны половые органы. Плод достигает 20 мм в длину. |
| 7 |
| Развитие плода: 9–10 недели  Пальчики на руках и ногах уже с ноготками. *Плод начинает шевелиться* в животе у беременной, но мать пока не чувствует этого. Специальным стетоскопом можно услышать сердцебиение малыша. Мышцы продолжают развиваться.    Вся поверхность тела плода *чувствительна* и малыш с удовольствием развивает тактильные ощущения, трогая свое собственное тельце, стенки плодного пузыря и пуповину. За этим очень любопытно наблюдать на УЗИ. Кстати малыш сперва отстраняется от датчика УЗИ (еще бы, ведь он холодный и непривычный!), а потом прикладывает ладошки и пяточки пытаясь потрогать датчик.    Удивительно, когда мама прикладывает руку к животу, малыш пытается освоить мир и старается прикоснуться своей ручкой «с обратной стороны». |
| 8 |
| Развитие плода на фото ножки: неделя 11  У малыша сформированы руки, ноги и веки, а половые органы становятся различимы(вы можете узнать пол ребенка). Плод начинает глотать, и уж если ему что-то не по-вкусу, например, если в околоплодные воды (мама что-то съела) попало что-то горькое, то малыш станет морщиться и высовывать язык, делая меньше глотательных движений.  Кожица плода выглядит прозрачной. |
| 9 |
| Развитие плода: неделя 12 |
| 10 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 14  Почки отвечают за производство мочи. Внутри костей образуется кровь. А на голове начинают расти волосики. Двигается уже более скоординировано.    Развитие плода: 15–18 недели |
| 11 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 15  Кожа розовеет, ушки и другие части тела, в том числе и лицо уже видны. Представьте, ребенок уже *может открывать ротик и моргать*, а также *делать хватательные движения*. Плод начинает активно толкаться в мамином животике. Пол плода возможно определить на УЗИ.    **Развитие плода: 19–23 недели**  Малыш сосет пальчик, становится более энергичным. В кишечнике плода образуется псевдо-кал — меконий, начинают работать почки. В данный период головной мозг развивается очень активно. |
| 12 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 20  Слуховые косточки костенеют и теперь способны проводить звуки*, малыш слышит маму* — биение её сердца, дыхание, голос. Плод интенсивно прибавляет в весе, формируются жировые отложения. Вес плода достигает 650 г, а длина — 300 мм.  Легкие на данном этапе развития плода развиты настолько, что малыш в искусственных условиях палаты интенсивной терапии может выжить.    **Развитие плода: 24–27 недели**  Легкие продолжают развиваться. Теперь *малыш уже засыпает и просыпается*. На коже появляются пушковые волосики, кожа становится морщинистой и покрыта смазкой. Хрящи ушек и носика еще мягкие. |
| 13 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 27  Губы и ротик становятся чувствительней. *Глазки* развиваются, приоткрываются и *могу*т *воспринимать свет* и жмурится от прямых солнечных лучей. У девочек большие половые губы пока не прикрывают малые, а у мальчиков яички пока не опустились в мошонку. Вес плода достигает 900–1200 г, а длина — 350 мм.  9 из 10 детей рожденных на данном сроке выживают.    Развитие плода: 28–32 недели |
| 14 |
| Теперь легкие приспособлены к тому, чтобы дышать обычным воздухом. Малыш *может плакать* *и отвечает на внешние звуки*.  Ребенок *открывает глазки бодрствуя и закрывает во время сна.*  Кожа становится толще, более гладкой и розоватой. Начиная от данного срока плод будет активно прибавлять в весе и быстро расти. Почти все малыши преждевременно родившиеся на данном сроке жизнеспособны. Вес плода достигает 2500 г, а длина — 450 мм. |
| 15 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 36  Плод реагирует на источник света. Прирастает тонус мышц и малыш *может поворачивать и поднимать голову.* На которой, *волосики становятся шелковистыми*. У ребенка развивается *хватательный рефлекс*. Легкие полностью развиты.    **Развитие плода: 38–42 недели**  Плод довольно развит, подготовлен к рождению и считается зрелым. У малыша отточены более 70-ти разных рефлекторных движений. За счет подкожной жировой клетчатки кожа малыша бледно-розовая. Головка покрыта волосиками до 3 см. |
| 16 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 40    Малыш отлично усвоил движения мамы, знает когда она спокойна, взволнована, расстроена и реагирует на это своими движениями.  Ногти выступают за кончики пальчиков, хрящики ушек и носика упругие. У мальчиков яички опустились в мошонку, а у девочек большие половые губы прикрывают малые. Вес плода достигает 3200-3600 г, а длина — 48-52 см.   * о полезном влиянии беременности на организм женщины. * Гормоны, выделяемые плацентой во время беременности, вызывают в организме матери многочисленные физиологические изменения, которые обеспечивают правильное развитие плода, подготавливают организм к предстоящим родам и кормлению. * Нервная система беременной перестраивается так, что подчиняет весь организм одной цели — вынашиванию плода. В соответствии с этим происходят физиологические изменения в основных его системах. * Сердечно-сосудистая система во время беременности выполняет более напряженную работу, так как в организме фактически появляется «второе» сердце — это плацентарный круг кровообращения. Здесь кровоток так велик, что каждую минуту через плаценту проходит 500 мл крови. Сердце здоровой женщины во время беременности легко приспосабливается к дополнительным нагрузкам: увеличиваются масса сердечной мышцы и сердечный выброс крови. Для обеспечения возрастающих потребностей плода в питательных веществах, кислороде и строительных материалах в организме матери начинает увеличиваться объем крови, достигая максимума в 7 мес. беременности. Вместо 4000 мл крови теперь в организме циркулирует 5300-5500 мл. Если сердце здоровой женщины легко справляется с такой работой, то у беременных с заболеваниями сердца эта нагрузка вызывает осложнения; вот почему им в сроке 27-28 нед. рекомендуется госпитализация в стационары, где проводимое лечение подготовит сердце к усиленной работе. * Артериальное давление при беременности практически не изменяется. Наоборот, у женщин, имеющих его повышение до или в ранние сроки беременности, оно обычно снижается в середине беременности, что обусловлено снижением тонуса периферических кровяных сосудов под действием гормона прогестерона. Однако за 2-3 мес. до родов артериальное давление у таких беременных, как правило, вновь повышается. У молодых здоровых женщин оно находится в пределах 100/70-120/80 мм рт. ст. Верхние цифры показывают давление во время сокращения сердца — это систолическое давление; нижние — в момент паузы — это диастолическое давление. Показатель диастолического давления наиболее важен, поскольку отражает кровяное давление во время «отдыха» сердца. Артериальное давление у беременной считается повышенным, если оно более 130/80 мм рт. ст. или систолическое давление повышается на 30, а диастолическое на 15 мм рт. ст. по сравнению с исходным. * В связи с увеличением потребности организма женщины в кислороде во время беременности усиливается деятельность легких. Несмотря на то, что по мере развития беременности диафрагма поднимается кверху и ограничивает дыхательное движение легких, тем не менее, их емкость возрастает. Это происходит за счет расширения грудной клетки и увеличения проходимости воздуха через бронхи, которые расширяются под действием гормонов плаценты. Повышение объема вдыхаемого воздуха во время беременности облегчает выведение использованного кислорода плодом через плаценту. Частота дыхания во время беременности не изменяется, остается 16-18 раз в минуту, слегка увеличиваясь к концу беременности. Поэтому при появлении одышки или других нарушений дыхания беременная обязательно должна обратиться к врачу. * Почки во время беременности функционируют с большим напряжением, так как они выводят из организма продукты обмена самой беременной и ее растущего плода. Количество выделяемой мочи колеблется в зависимости от объема выпитой жидкости. Здоровая беременная женщина выделяет в сутки в среднем 1200— 1600 мл мочи, при этом 950-1200 мл мочи выделяется в дневное время и остальная порция — ночью. Под влиянием гормона прогестерона тонус мочевого пузыря снижается, он становится более вытянутым и вялым, что часто приводит к застою мочи, чему способствует также придавливание мочевого пузыря головкой плода. Эти условия облегчают занос инфекции в мочевые пути, что нередко отмечается у беременных. Помимо этого, матка во время беременности, слегка поворачиваясь вправо, затрудняет отток мочи из правой почки, и здесь чаще всего повышается гидронефроз, т. е. скопление жидкости в лоханке почки в большем объеме, чем нужно. При появлении в анализах мочи лейкоцитов более 10— 12 в поле зрения можно думать об инфекции в мочевыводящих путях, тогда рекомендуется произвести посев мочи на микробиологическую флору. В этих случаях требуется дополнительно медицинское обследование мочевых путей и при необходимости — лечение. * У многих женщин в первые 3 мес. беременности наблюдаются изменения в органах пищеварения: появляется тошнота и нередко рвота по утрам, изменяются вкусовые ощущения, появляется тяготение к необычным веществам (глина, мел). Как правило, эти явления проходят к 3-4 месяцу беременности, иногда в более поздние сроки. Под влиянием гормонов плаценты снижается тонус кишечника, что часто приводит к запорам. Кишечник отодвигается беременной маткой вверх, желудок также смещается кверху и сдавливается, при этом часть его содержимого может забрасываться в пищевод и вызывать изжогу. В таких случаях рекомендуется прием небольших порций щелочных растворов (питьевая сода, боржоми), прием пищи за 2 ч до сна и положение в кровати с приподнятым головным концом. Печень во время беременности работает также с большей нагрузкой, так как обезвреживает продукты обмена беременной и ее плода. Может наблюдаться сгущение желчи, что нередко вызывает зуд кожи. Появление сильного кожного зуда, а тем более рвоты и болей в животе требует немедленной врачебной помощи. * Во время беременности у женщин расслабляются связки в суставах, особенно подвижными становятся сочленения таза, что облегчает прохождение плода через таз во время родов. Иногда размягчение тазовых сочленений настолько выраженное, что наблюдается небольшое расхождение лонных костей. Тогда у беременной появляются боли в области лона, «утиная» походка. Об этом необходимо сообщить врачу и получить соответствующие рекомендации. Во время беременности молочные железы подготавливаются к предстоящему кормлению. В них увеличивается число молочных железок, жировой ткани, возрастает кровоснабжение. Сами молочные железы увеличиваются в размерах, нагрубают, и уже в начале беременности можно выдавить из них капельки молозива. * Наибольшие изменения во время беременности происходят в половых органах и касаются главным образом матки. Беременная матка постоянно увеличивается в размерах, к концу беременности ее высота достигает 35 см вместо 7-8 см вне беременности, масса возрастает до 1000-1200 г (без плода) вместо 50— 100 г. Объем полости матки к концу беременности увеличивается примерно в 500 раз. Изменение размеров матки происходит за счет увеличения размеров мышечных волокон под влиянием гормонов плаценты. Кровеносные сосуды расширяются, число их возрастает, они как бы оплетают матку. Наблюдаются сокращения матки, которые к концу беременности становятся более активными и ощущаются как «сжатие». Такие нормальные сокращения матки можно рассматривать как тренировочные упражнения ее перед предстоящей работой в родах. * Положение матки меняется в соответствии с ее ростом. К концу 3 мес. беременности она выходит за пределы таза и ближе к родам достигает подреберья. Матка удерживается в правильном положении связками, которые утолщаются и растягиваются во время беременности. Боли, возникающие по сторонам живота, особенно во время изменения положения тела, зачастую вызваны натягиванием связок. Кровоснабжение наружных половых органов усиливается, и здесь могут появиться варикизно расширенные вены. За счет затруднения оттока крови на ногах также могут появляться варикозные вены, что требует проведения определенных мероприятий. * Рост плода и физиологические изменения в организме беременной влияют на ее массу тела. У здоровой женщины к концу беременности масса тела увеличивается в среднем на 12 кг с колебаниями от 10 до 14 кг. Обычно в первую половину беременности она увеличивается на 4 кг, во вторую половину — в 2 раза больше. Еженедельная прибавка массы тела до 20 нед. равна примерно 300+30 г, с 21 до 30 нед. — 330 40 г и после 30 нед. до родов — 340+30 г. У женщин с дефицитом массы тела до беременности еженедельные прибавки массы могут быть еще больше. К беременности адаптируются не только физические функции организма, но и психология женщины. На отношение женщины к беременности и родам оказывают влияние различные факторы, в том числе социальные, морально-этические, экономические и др. Это отношение зависит и от особенностей личности самой беременной. Как правило, у женщин при беременности изменяется эмоциональное состояние. Если в первой половине беременности большинство женщин беспокоят забота и тревога о собственном здоровье, то во второй половине, особенно после шевеления плода, все мысли и заботы направлены на благополучие плода, который начинает восприниматься как отдельно существующее лицо. Будущая мать часто обращается к нему с ласковыми словами, она фантазирует, наделяя ребенка индивидуальными особенностями. Наряду с этим у женщины появляется чувство утраты своих прошлых привязанностей и привычек в угоду предстоящему материнству, возникают сомнения относительно потери привлекательности, изменений во взаимоотношениях с мужем. * Преодоление этих опасений и страхов зачастую осуществляется путем демонстрации регрессивного поведения (т. е. возвращение к детскому поведению). Цель такого поведения — бессознательное желание беременной найти в окружающих защиту и преодолеть боязнь.    Прежде всего, близкие родственники должны предоставить надежную опору для психологического комфорта беременной. При чрезмерно тревожном отношении к беременности надо обратиться за советом к врачу. * Таким образом, физические и психические изменения в организме беременной являются приспособительными и необходимыми для удовлетворения потребностей растущего плода.   Осложненное течение беременности может быть спровоцировано множеством факторов со стороны матери или плода. Наиболее распространенными причинами осложнений при беременности являются:  **Экстрагенитальная соматическая патология**. При сердечно-сосудистых заболеваниях (гипертонии, пороках сердца, аритмии) и урологических болезнях (гломерулонефрите, пиелонефрите) возрастает риск возникновения позднего гестоза.  **Эндокринопатии.** При нарушениях гипоталамо-гипофизарной регуляции и эндокринной функции яичников страдает процесс внедрения оплодотворенной яйцеклетки в матку, изменяется сократительная активность миометрия. Сахарный диабет провоцирует сосудистые нарушения как в организме женщины, так и плаценте.  **Воспалительные гинекологические заболевания**. При сальпингитах, аднекситах, эндометритах возрастает вероятность внематочной трубной и шеечной беременности. Хронический цервицит может спровоцировать истмико-цервикальную недостаточность. При воспалении возможно внутриутробное инфицирование плода.  Аномалии развития матки. У женщин с внутриматочной перегородкой, двурогой, седловидной или инфантильной маткой чаще диагностируются самопроизвольные аборты, преждевременные роды, фетоплацентарная недостаточность, отслойка плаценты и гипоксия плода.  Патологическая беременность и роды в прошлом. Перенесенные выкидыши и досрочные роды увеличивают вероятность привычного невынашивания плода. Рубцовая деформация шейки после ее разрыва — основная причина истмико-цервикальной недостаточности. После разрыва матки в родах вероятен ее разрыв на поздних сроках следующей беременности, особенно многоплодной.  **Многоплодная беременность**. При наличии в матке двух и более плодов чаще обостряется хроническая экстрагенитальная патология, наблюдается поздний токсикоз, возникает многоводие, подтекание околоплодных вод, угроза преждевременного прерывания беременности.  **Инфекционные заболевания**. Вирусные и бактериальные инфекции могут спровоцировать выкидыш, досрочные роды, усугубить течение гестоза, хронических соматических и эндокринных болезней, вызвать осложнение в виде воспаления плодных оболочек. Некоторые возбудители способны внутриутробно заражать плод.  **Иммунологические факторы**. Привычное невынашивание беременности чаще наблюдается при несовместимости крови матери и плода по АВ0 системе или резус-фактору, наличии у пациентки антифосфолипидного синдрома.  **Генетические аномалии плода.** Наиболее распространенная причина завершения беременности ранним выкидышем — несовместимые с жизнью дефекты развития плода.  Дополнительными провоцирующими факторами, при которых чаще наблюдаются осложнения беременности, становятся зависимости (никотиновая, алкогольная, наркотическая), асоциальный образ жизни. К группе риска также принадлежат беременные младше 18 и старше 35 лет, пациентки с нерациональным питанием и ожирением, женщины, которые ведут малоактивный образ жизни, испытывают чрезмерные физические и психологические нагрузки.    Роды. Понятие нормальные роды.  Роды у человека — естественный физиологический процесс, завершающий беременность человека и заключающийся в появлении схваток, отхождении околоплодных вод, раскрытии шейки матки, конфигурации головки, продвижении плода по родовому каналу и в его выходе вместе с последом. Плод может быть извлечен из матки искусственно путем операции кесарева сечения.  Роды в срок — роды, которые состоялись в период, близкий к предположительной дате родов (ПДР) с 37 полной недели до окончания 42-й недели беременности (260-293 суток). Различают также преждевременные роды (до срока) и запоздалые (после срока).  Продолжительность родов:  Нормальная продолжительность родов может незначительно меняться. Как правило, вторые и последующие роды проходят быстрее первых. У первородящих в среднем около 9-11 часов.  У повторнородящих в среднем около 6-8 часов.  Если роды закончились в период 4-6 часов у первородящих (2-4 часов у повторнородящих), то эти роды называются быстрыми. Если роды закончились менее чем за 4 часа у первородящих (2 часов у повторнородящих), то эти роды называют стремительными.  **Признаки и симптомы**  Начало родов определяется двумя событиями: появлением схваток и (или) отхождением вод. Причем, часть родов начинается с появления схваток, часть с отхождения вод, иногда эти события приходят одновременно.  Наиболее заметным признаком приближения родов является сильная сократительная волна мышц матки (схватки), которые перемещают плод вниз по родовым путям. Боль во время схваток описывается как напоминающая очень сильные менструальные боли.  В этот момент крайне важна психологическая поддержка и своевременная медицинская помощь.У некоторых женщин возможны ложные схватки.  **Периоды родов**  Началом родов считается появление регулярной родовой деятельности (родовых схваток). Различают три периода родов:   * первый период (раскрытия) * второй (изгнания) * третий (последовый).   **Раскрытие шейки матки**  Начавшиеся схватки ведут к раскрытию шейки матки. Также характерна ретракция мышечных волокон (смещение мышечных волокон относительно друг друга). Схватка начинается в одном из маточных углов, распространяется на тело матки, нижний сегмент.  Шейка матки должна открыться от 2-3 см в начале родовой деятельности до 10-12 см (в зависимости от размеров таза) или так называемого полного открытия. Полное открытие шейки матки (когда шейка не определяется при влагалищном исследовании) есть граница между первым и вторым периодами родов.  Чаще всего в конце первого периода родов вскрывается под действием многих факторов, действующих в родах, плодный пузырь и изливаются околоплодные воды.  Первый период родов подразделяют на две фазы (по скорости раскрытия): латентную (до открытия 4 см) и активную. Скорость раскрытия шейки матки в латентную фазу первого периода родов составляет приблизительно 0,35-0,5 см в час, а в активную — 1-2 см в час. В конце активной фазы I периода скорость раскрытия несколько уменьшается — матка перестраивается для изгнания плода во II периоде. Об этом важно помнить, чтобы не торопиться с постановкой диагноза «слабость родовой деятельности» и назначением утеротонических средств.  Продолжительность периода раскрытия — около 9-12 часов. Как правило, у первородящих он протекает дольше, чем у повторнородящих.  **Изгнание плода**  С момента полного открытия шейки матки до рождения плода этот период родов называется периодом извлечения или вторым периодом. Акушеры внутри этого периода выделяют потужной период — когда подключаются произвольные со стороны женщины сокращения диафрагмы и мышц передней брюшной стенки.  Плод «совершает» во втором периоде поступательные и вращательные движения (движения плода непроизвольные, за счёт изгоняющих сил матки, препятствия со стороны таза — он имеет на входе вид поперечного овоида, а на выходе — продольного овоида; сопротивления промежности и неравноплечного сочленения шейного отдела позвоночника и черепа). Движения называют биомеханизмом родов и различают моменты, разные в зависимости от предлежания, вида и вставления плода. Потуги желательно «подключать» к схваткам, когда предлежащая часть завершит внутренний поворот, а ещё лучше при «опускании» предлежащей части на тазовое дно.  Во втором периоде женщине оказывается пособие по защите промежности от разрыва. Это пособие широко использовалось, когда нужно было, чтобы женщина могла вскоре после родов возобновить трудовую деятельность. Сейчас некоторые элементы защиты промежности не потеряли свою актуальность как фактор, предотвращающий родовой травматизм женщины. Чрезмерное увлечение защитой промежности приводит к родовой травме плода. Иногда используют хирургический надрез промежности — перинео- или эпизиотомия. В современном акушерстве считается правильным применение эпизиотомии исключительно в случае страдания плода для экстренного окончания родов.  **Последовый**  Плацента вывернута внутренней стороной (плодной) наружуОказание акушерского пособия при рождении плодных оболочек последа (лёгкое скручивание без потягивания).Этот период начинается с момента рождения плода и заканчивается рождением последа. Послед состоит из плаценты, пуповины и плодных оболочек.В третьем периоде происходят два процесса: отделение (отслойка) последа и выделение (рождение) последа.Если роды происходят в роддоме, его длительность определяется 30 минутами.С целью контроля физиологического течения третьего периода в практике используют признаки отделения последа. В случае наличия признаков отделения последа, но задержки последа в матке, применяют приёмы по выделению последа.  С рождением последа роды считают закончившимися и начинается послеродовый период, длящийся 42 дня, из них первые 2-4 часа — ранний послеродовый период. |

Начало формы



Решаем вместе

Не убран снег, яма на дороге, не горит

**Обезболивание во время родов.**



Боль во время родов — особая боль. Она свидетельствует не о нарушениях или болезнях, а о радости: скоро на свет должен появиться ребенок. Она говорит о том, что все в порядке — схватки проходят хорошо, зев матки открывается, ребенок выходит наружу. Природа рассчитала все с филигранной точностью: естественные схватки не вызывают болевой перегрузки организма женщины.

Другими словами, каждой из нас отпущено боли ровно столько, сколько мы можем вытерпеть. Известно, что между схватками боль как ветром сдувает, а с души и тела женщины уходит всякое напряжение. Уже через несколько дней воспоминания о родовых болях не оставляют и следа — счастливая мама готова рожать следующего.

Первые попытки обезболивания родов были осуществлены еще в древние времена. В Древнем Египте комнаты, в которых рожали богатые горожанки, окуривали опиатами. В Древнем Риме женщинам во время схваток предлагали выпить спиртовые растворы или маковые отвары. Другие развитые древние культуры использовали гипноз, заклинания и заговоры, талисманы.

В Средние Века, во времена господства религии над всеми социальными сферами, церковь была главным противником обезболивания родов. Одним из главных ее аргументов были строки из Библии: «В муках будешь рожать ты детей своих». Стоит отметить, что средневековые священники пользовались правом трактовать Священное Писание на собственный манер. Современными учеными-библиографами при анализе еврейских первоисточников было установлено, что еврейское слово «etzev», которое было использовано в цитате выше, имеет перевод «труд, усилие».

В настоящее время признано «право» женщины на обезболивание родов. Существует множество способов, позволяющих уменьшить ее и сделать так, чтобы роды прошли максимально комфортно.

Откуда берется родовая боль

Прежде чем сосредоточиться на обезболивающих методах, необходимо понять и принять, что родовые боли – это нормально. Абсолютно безболезненные роды хоть и случаются, но крайне редко. Во время родов боль возникает на фоне активных физиологических процессов: раскрытия шейки матки, сокращения матки и натяжения маточных связок, раздражения брюшины и внутренней поверхности крестца при прохождении ребенка через родовые пути, сопротивления мышц тазового дна…

При этом болевые ощущения во время родов могут быть разной степени выраженности и интенсивности. Это во многом зависит от так называемого индивидуального порога болевой чувствительности и от психоэмоционального настроя женщины. Главный фактор, обостряющий боль и утяжеляющий течение родов, – страх.

Страх подавляет выработку эндорфинов (гормонов, которые выполняют во время родов расслабляющую, обезболивающую функцию) и, напротив, усиливает выброс в кровь гормона стресса – адреналина. В свою очередь это приводит к судорожному сокращению мышц, сдавливанию мышечных сосудов, нарушению кровоснабжения и, следовательно, усилению боли. Запомните: чем больше страха, тем больше боли.

Существующие на сегодняшний день методы обезболивания родов можно разделить на две основные группы: немедикаментозные и медикаментозные.

Немедикаментозные методы обезболивания родов

Немедикаментозные методы в основном как раз таки направлены на избавление от страха, расслабление роженицы через создание для нее комфортной эмоциональной и психологической обстановки. Так, в обезболивании родов немедикаментозными методами имеет значение:

Психопрофилактическая подготовка. Цель психопрофилактическая подготовка – создать у женщины благополучный, положительный настрой на роды. Женщина должна знать, что такое роды, как они будут протекать, их продолжительность, какие методы обезболивания и самообезболивания существуют.

Удобное положение для роженицы также имеет огромное значение для создания комфортной психоэмоциональной обстановки. Поэтому во многих роддомах приветствуется свободный выбор позиции в первом и втором периодах родов, т.е. женщина может находиться в любом максимально удобном или приемлемом для нее положении (лежа на боку, стоя, сидя с широко разведенными ногами или на фитболе для снятия напряжения с мышц тазового дна, прохаживаясь по палате, в коленно-локтевом положении и т.д.).

Использование различных видов массажа (например, массаж с воздействием на зоны от пупка вниз до паховых складок, массаж в области крестца и т.д.) позволяет в значительной степени уменьшить болевые ощущения. Массажные движения могут варьироваться от легкого поглаживания до интенсивного растирания необходимой области фалангами пальцев, ладонями, кулаками. Для достижения максимального обезболивающего эффекта рекомендуется делать небольшие перерывы между массажем, практиковать различные техники и выполнять массаж на различных участках тела.

Специальные дыхательные техники — эффективный метод немедикаментозного обезболивания родов. Его суть заключается в избыточном насыщении организма кислородом – это приводит к дополнительному выбросу эндорфинов, которые, напомним, являются природным обезболивающим. Практиковать дыхательные техники можно в любом положении, удобном для роженицы. Среди наиболее распространенных техник, применяемых в родах:

дыхание животом (чередование медленного глубокого вдоха носом и медленного выдоха ртом);

дыхание «свечой» (частое поверхностное дыхание, при котором вдох делается носом, выдох – ртом). Такая техника дыхания особенно эффективна во время интенсивных схваток;

дыхание «собачкой» (частое поверхностное дыхание ртом). Помимо обезболивающего эффекта, эту дыхательную технику применяют, если необходимо подавить преждевременные потуги.

Концентрация и переключение внимания

Многие методы снижения боли вовлекают в процесс сознание человека путем сосредоточения или отвлечения внимания, что обозначается как «отключение мозга от боли». Концентрация внимания может достигаться путем выполнения роженицей:

Расслабление. Чем более расслаблены вы будете во время схватки — тем легче будет вам ее «проработать», тем лучше будет раскрываться шейка матки, выпуская малыша. А это и есть смысл вашей работы. Собственно, работу будет делать ваше тело, вам надо лишь правильно помогать себе и малышу.

Музыкотерапия. Тихая успокаивающая музыка используется для создания атмосферы покоя и умиротворенности и дополнительной релаксации. А использование наушников позволяет отвлечься от раздражающих или неприятных звуков. Правильно подобранная музыка способствует установлению ритмичного дыхания, может сочетаться с ритмичным массажем или облегчать вхождение в гипнотический транс. Музыка способна снимать стресс и улучшать эффект других методов обезболивания. Музыка может также улучшать эмоциональное состояние медицинского персонала и сопровождающего роженицу человека.

Медитация. Из практики известно, что сосредоточение внимания на чем-либо хорошо помогает расслабиться во время схватки. Вы должны подобрать для себя индивидуально то, что будет близко именно вам. Некоторые предпочитают сосредоточиться на том, что происходит внутри: они представляют, как раскрывается шейка матки, как продвигается головка малыша. Другим ближе зрительные образы: они представляют себя в каком-нибудь красивом и приятном месте (на берегу моря, в горах) или воображают себе схватку в виде препятствия, которое надо преодолеть (например, в виде большой волны). Порой женщине удобно сосредоточить взгляд на неком предмете или следить взглядом по ходу схватки за какой-нибудь линией.

Ароматерапия. Также один из методов обезболивания родов. Правильный аромат не только успокаивает нервную систему, снимает стресс, расслабляет, но и в некоторой степени способствует активизации родового процесса (или наоборот может несколько замедлить его чрезмерную активность). Главное – использовать качественные и натуральные эфирные масла, аромат которых не должен вызывать раздражения или неприятия. Нужным действием обладают эфирные масла лаванды, розы, жасмина, бергамота, цитрусовых, корицы, чайного дерева и др.

Медикаментозные методы обезболивания в родах

К использованию медикаментозных методов обезболивания родов врачи прибегают в том случае, если немедикаментозные методы оказываются недостаточно эффективны. Безусловно, любое вмешательство, включая использование лекарственных препаратов для снятия родовой боли, должно быть предварительно согласовано с роженицей.

Лекарственные препараты, которые применяют в родовспомогательной практике для снятия болевых ощущений, должны отвечать ряду строгих требований:

прежде всего они призваны быстро и эффективно снимать боль;

оказывать седативное, успокоительное действие, избавляя тем самым женщину от чувства страха и негативных эмоций. В то же время сознание роженицы должно оставаться ясным;

никоим образом не оказывать отрицательного воздействия на организм матери и плода;

не нарушать активность родовой деятельности и не лишать женщину способности участвовать в родах;

не вызывать привыкания, если возникнет необходимость приема обезболивающего препарата курсом.

Для обезболивания родов применяют следующие группы медицинских препаратов:

Спазмоанальгетики. Препараты этой группы обладают двумя выраженными действиями: спазмолитическим (снижают тонус и сократительную активность гладких мышц и кровеносных сосудов) и болеутоляющим. Среди спазмолитиков наиболее известны препараты дротаверин и папаверин, среди ненаркотических анальгетиков – анальгин. Назначение этих лекарственных средств, как правило, показано роженицам, недостаточно подготовленным к родам в психоэмоциональном плане. Спазмоанальгетики используют либо в качестве профилактики родовых болей, либо как самостоятельное болеутоляющее, либо в сочетании с другими препаратами. Поскольку спазмоанальгетики имеют свойство ослаблять сокращения матки и тем самым «тормозить» родовой процесс, их применение оправдано при уже установившихся регулярных схватках. В этом случае комбинированное использование спазмолитиков и анальгетиков способствует родовой активности, ускоряет раскрытие шейки матки и, соответственно, сокращает длительность первого периода родов.

Наркотические анальгетики. Несмотря на «суровое» название, лекарственные средства этой группы считаются безопасными для матери и ребенка. Вместе с тем наркотические анальгетики (например, промедол, фентанил и др.) показывают высокую эффективность в обезболивании родов. Их назначение оправдано, если роды «затянулись» и женщине необходим отдых для восстановления сил. 2-5 часов полноценного сна во время активной родовой деятельности реальны именно благодаря лекарственным препаратам этой группы. Однако наркотический анальгетик, в частности промедол, в некоторой степени угнетает центр дыхания плода, поэтому его применяют только в активной фазе, когда до окончания родов остается по меньшей мере 4-6 часов.

Местная инфильтрационная анестезия. Используется для уменьшения боли при проведении каких-либо оперативных вмешательств во втором периоде родов (в частности, при проведении эпизиотомии).

Региональная анестезия. Региональная анестезия (спинальная и эпидуральная) заключается во введении в эпидуральное или субарахноидальное пространство, расположенное между позвонками поясничного отдела местного анестетика (лидокаин, новокаин и другие), который блокирует корешки спинного мозга, что купирует болевые ощущения во время схваток. ЭДА применяется при открытии маточного зева на 3-4 см. Эпидуральная анестезия в современном акушерстве широко распространена и считается самым популярным методом обезболивания в родах. Плюсы эпидуральной анестезии:

снимают страх и тревожность;

эффективно ослабляют боль;

способствуют раскрытию шейки матки;

высокая эффективность обезболивания;

роженица при проведении ЭДА находится в сознании;

возможность длительной поддержки обезболивающего эффекта (эпидуральный катетер);

не угнетает родовую деятельность;

нормализует родовую активность при аномалии родовых сил;

снижает артериальное давление (эффективно при артериальной гипертензии и гестозах);

не угнетает дыхательный центр у плода и роженицы;

Современные методики позволяют рожать женщинам практически без боли. Главное, чем руководствуются врачи при выборе вида анестезии – это максимальная безопасность, как ребенка, так и самой роженицы.

**Кесарево сечение (оперативные роды): абсолютные и относительные показания**

****

Это очень древняя операция. Ее начали практиковать еще в Древней Греции и Риме (7 век до н.э.). Не разрешалось погребать умершую беременную женщину. Плод обязательно вынимали, посредством чревосечения. Через некоторое время, мастерство врачей достигло того, что младенца удавалось спасти.

В 16 в. французский врач Амбруаз Паре предложил оперировать живых беременных. Но исход был летальным на 100%, т.к. матку не зашивали, надеясь на ее сократительные функции. В 19 в. матку стали удалять вовсе. Смертность сократилась. А еще позже разрез стали зашивать. Таким образом, было спасено множество детских и материнских жизней.

Виды кесарева сечения, показания и противопоказания. Их всего два. Плановое и экстренное.

**Плановая операция делается по следующим показаниям:**

Особенности строения матки

Крупный плод, малый таз

Предлежание плаценты (перекрытие родовых путей)

Рубцы на матке или опухоли

Заболевания органов, возникшие до беременности (почки, сердце, аритмия и т.д.)

Сложная беременность (гестоз, эклампсия)

Положение плода тазовое или поперечное

Многоплодие и ЭКО

Генитальный герпес — разрез при такой операции делают горизонтальный.

**Экстренное родоразрешение проводят в следующих случаях:**

Слабая родовая деятельность или ее отсутствие

Отслойка плаценты (риск для жизни как матери, так и малыша)

Разрыв матки

Гипоксия плода (острая)

**Кесарево сечение бывает двух видов:**

А) Плановое — операция проводится по медицинским показаниям, которые возникли еще до беременности или в период вынашивания плода.

В) Экстренное — проводится в тех случаях, когда во время родов возникли серьезные осложнения, угрожающие жизни женщины или ребенка.

Среди показаний для кесарева сечения выделяют абсолютные и относительные. Как бы там ни было, следует помнить, что только врач решает, каким способом будет рожать женщина. Он же полностью отвечает за исход родов и последствия кесарева сечения для ребенка.

**Абсолютные показания для операции**

Абсолютные показания для проведения оперативных родов — это факторы, несущие серьезную угрозу для матери и ребенка, или патологии, при которых естественный процесс родов невозможен. К таковым относятся:

гинекологические операции, проведенные ранее на шейке матки;

невозможность прохождения младенца по родовым путям из-за анатомических особенностей тазовых костей или приобретенных деформаций вследствие травм или новообразований;

крупные размеры плода и вес, превышающий 4,5 кг;

наличие маточных рубцов в результате проведенных в прошлом полостных операций;

отслоение плаценты раньше срока и неправильное предлежание;

новообразования органов малого таза доброкачественного или злокачественного характера — маточные миомы, полипы, кисты и др.;

возникшее в результате патологических родов кислородное голодание плода, угрожающее жизни ребенка;

судороги и потеря сознания в процессе родовой деятельности;

ребенок в матке расположен поперек, в процессе схваток расположение не изменилось;

плод лежит ягодицами к выходу, а его вес превышает 3,6 кг.

Многоплодные беременности также являются показанием для проведения кесарева сечения, но решение врача зависит от многих индивидуальных особенностей самой роженицы, так и течения беременности.

**Относительные показания**

Кесарево сечение: виды, показания, последствия, плюсы и минусы Относительными считаются показания, при которых женщина допускается к естественным родам, но всегда существует риск возникновения осложнений, представляющих серьезную угрозу как для нее самой, так и для младенца.

Поэтому в таких случаях операционная всегда должна быть подготовлена для экстренной операции.

Относительными показаниями являются:

хронические заболевания роженицы, не связанные с ее состоянием, но способные вызвать серьезные осложнения в процессе родовой деятельности, заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, почечная недостаточность, генитальная герпесная инфекция, болезни органов дыхания;

первые роды после 35 лет или когда перерыв между родами слишком большой;

затянувшееся течение беременности;

варикозное расширение вен малого таза (опасность заключается в потенциальном кровотечении, которое сложно купировать);

венерические заболевания матери, которыми ребенок может заразиться при прохождении по родовым путям;

патологии, которые можно отнести к негативному акушерскому анамнезу: неоднократное самопроизвольное прерывание беременности, рождение мертвого ребенка, бесплодие на протяжении многих лет.

Важно ! Ни один врач-акушер не станет рисковать жизнью пациентки и ее будущего ребенка.

В результате тщательного обследования будет принято адекватное решение о способе безопасного родоразрешения.

**Плюсы и минусы кесарева сечения**

При абсолютных показаниях к оперативным родам сама возможность появления на свет малыша в условиях патологического состояния матери уже можно считать чудом медицины. Ведь при естественных родах он мог не появиться вовсе. Каждая женщина, планирующая стать матерью, хотела бы знать, какие могут быть плюсы и минусы при кесаревом сечении.

**Преимущества операции**

Для ребенка основной плюс состоит в отсутствии стресса, который он обязательно получит, если будет проходить по родовым путям.

Плюсы кесарева сечения для матери и ребенка: отсутствие гинекологических травм, разрывов влагалища или промежности, которые обычно сопровождают естественный процесс родов;

возможность избежать обострения геморроя, которое неизбежно в результате потуг;

женщине, которой было проведено кесарево сечение, вряд ли грозит опущение органов мочеполовой системы, как это может случиться после родов;

ребенок не проходит через естественные родовые пути матери, а это значит, что он застрахован от удушья в результате обвития пуповиной или кислородного голодания;

практически нулевые риски получения родовых травм младенцем;

кесарево сечение длится не больше 40 минут, а роды могут затянуться на сутки;

женщина не ощущает никакой боли в момент появления ребенка на свет;

отсутствуют проблемы, связанные с половой жизнью в послеродовый период, раз нет травм и разрывов, значит, нет и дискомфорта.

**Минусы кесарева сечения**

Основные минусы оперативных родов:

Восстановительный период после операции намного дольше, чем после естественных родов, хотя это индивидуальный показатель. Все зависит от показаний к проведенной операции, возраста роженицы, исхода кесарева сечения и соблюдения женщиной всех необходимых рекомендаций.

Чем плохо кесарево сечение для женщин, так это возможным развитием эндометрита и нарушением сократительной способности матки. Эти патологии влекут за собой воспалительные процессы, чаще всего приобретающие хроническую форму.

Развитие спаечного процесса, который в дальнейшем может стать причиной образования опухолей и узловых миом на матке. А также развитие послеоперационной дискинезии кишечника.

Первые дни после операции сильно болит шов, женщине ставят обезболивающие препараты, на фоне этого может пропасть лактация или не появиться вовсе. Для женщины это нежелательный сценарий, в будущем может развиться опухоль в молочной железе.

Минус кесарева сечения для ребенка в том, что его не сразу приносят матери и прикладывают к груди. Его иммунная система еще не совершенна, а молоко матери обладает бактерицидным свойством.

Естественное снижение иммунитета женщин в результате оперативного вмешательства может стать причиной развития инфекционных заболеваний мочеполовой системы.

Нарушение кровообращения, которое неизбежно при любой полостной операции, может вызвать образование тромбов. Послеоперационный период требует постоянного контроля женского здоровья.

Не каждая женщина понимает, что беременность завершена, ребенок родился и требует внимания матери. Отсутствие естественного родового процесса может стать психологической травмой для молодой мамы.

Следующие роды, скорее всего, будут проведены оперативным путем. А беременеть можно не раньше чем через два года после кесарева сечения.

Можно сделать вывод, что при кесаревом сечении плюсы и минусы имеют индивидуальный характер, а также возможны равные риски, как для матери, так и для ребенка.

Бесспорный плюс для малыша в том, что для его здоровья, а тем более жизни, опасности кесарево сечение не представляет. Наоборот, младенец застрахован от получения родовых травм и развития детского церебрального паралича.

Больше всего рискует женщина, но это оправданная жертва ради того, чтобы познать радость материнства.

Рождение ребенка не всегда возможно естественным путем. Нередко акушеры прибегают к кесареву. Стоит отметить, что данный способ родоразрешения имеет положительные и отрицательные моменты. Рассмотрим подробнее кесарево сечение, плюсы и минусы такой операции, назовем показания к ее осуществлению.

**Какие показания для кесарева сечения ?**

Прежде чем подробно рассмотреть кесарево сечение, назвать плюсы и минусы, отметим что это оперативное вмешательство планируется заранее. Медики проводят подготовку беременной, настраивают на операцию. Необходимость ее проведения обуславливается состоянием, как самой беременной, так и плода. При этом принято выделять:

относительные показания — ситуации, при которых проведение хирургической процедуры снижает риск развития осложнений;

абсолютные показания — состояния, при которых операция становится единственным способом появления малыша на свет.

**Так среди относительных показаний для проведения кесарева, акушеры выделяют**:

анатомически узкий таз 1 степени;

масса плода больше 4 кг, когда предлежание головное, и свыше 3,6 кг — при тазовом;

переношенная беременность;

выраженное расширение вен влагалища и вульвы;

пороки развития матки;

слабая родовая деятельность;

возраст больше 35 лет;

гестоз;

инфекции репродуктивной системы.

**Абсолютные показания к кесареву сечению:**

В таких случаях операция становится жизненно необходимой — прохождение малыша по родовым путям имеет высокий риск его гибели. Среди состояний, которые имеют абсолютные показания к кесареву, выделяют:

анатомическое сужение таза 3-4 степени;

деформация тазовых костей опухолями, травмами;

наличие опухолевидных образований большого размера (миома матки, опухоль яичников);

полное или частичное предлежание плаценты;

преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;

острая гипоксия плода;

угрожающее нарушение целостности детородного органа — разрыв матки;

рубцовые изменения на матке;

эклампсия;

поперечное расположение плода в матке.

**Экстренное кесарево сечение — показания:**

Рассказывая про кесарево сечение, плюсы и минусы операции, необходимо отметить, что порой решение о проведении его принимается незадолго до начала родоразрешения или в ходе начавшихся родов. Экстренное кесарево сечение помогает сохранить жизнь малышу, исключить осложнения родового процесса. Показаниями для его осуществления являются:

Клинически узкий таз. При таком нарушении размеры таза не соответствует размерам малыша. Из-за этого он не может самостоятельно продвигаться по родовым путям.

Преждевременное отхождение околоплодной жидкости, при котором стимуляция родовой деятельности препаратами не приносят результата.

Отслоение плаценты. При таком нарушении младенец перестает получать кислород, все еще пребывая в утробе матери. Развивается гипоксия, которая может привести к летальному исходу.

Маточное кровотечение. Нарушение, при котором прерывается связь детского места с маточной стенкой, что приводит к нарушению целостности сосудов.

Разрыв матки.

Косое или поперечное расположение ребенка в маточной полости.

Выпадение петель пуповины или их близкое расположение к маточному зеву. В такой ситуации естественные роды чреваты тем, что плод, продвигаясь по родовым путям, может получить удушье.

**Кесарево сечение без показаний**

Многие будущие мамы, думая о том, как облегчить страдания и боль, что сопровождают роды, спрашивают врачей про кесарево без показаний. Стоит отметить, что подобная практика используется медиками редко.

Акушеры напоминают будущим мамам: кесарево сечение — это оперативное вмешательство, сопряженное со множеством последствий (аллергия на наркоз, высокий риск инфицирования послеоперационной раны).

**Партнерские роды — модное веяние или необходимость ?**

****

Сегодня партнёрские роды — довольно распространённое явление. В России они появились значительно позже, чем в Европе и Америке, но достаточно быстро набрали свою популярность. Попробуем разобраться, почему.

Партнёрские роды по другому называют семейно-ориентированными родами. Если обычно женщина рожает в одиночку, находясь под присмотром акушеров и гинекологов, то партнёрские роды допускают присутствие близкого человека рядом с роженицей на протяжении всего периода родов. Чаще всего это муж, но в качестве партнёра может быть и любой другой человек: мама, сестра, близкая подруга или же психолог. Главное, чтобы рядом с этим человеком женщина чувствовала себя комфортно.

Именно благодаря тому, что рядом с роженицей находится помощник, который выполняет её просьбы, контролирует состояние и поддерживает настрой, она полностью концентрируется на родовом процессе, что может сделать его комфортным и даже приятным. Поэтому такие роды рекомендуют многие врачи, психологи, а также рожавшие таким образом женщины.

Как проходят партнёрские роды ?

Для роженицы существенных отличий нет — физиологический процесс родов в любом случае произойдёт. В том случае, если женщина поступает в родильное отделение, приехав из дома, она приезжает вместе со своим помощником или помощницей. Если же её переводят из отделения патологии беременности непосредственно в родильное отделение, она сообщает об этом партнёру, после чего он приезжает в роддом. В приёмном отделении после осмотра, подтверждения факта начала родов и заполнения необходимых документов необходимо переодеться в сменную одежду и переобуться в обувь, которая легко моется (обычные резиновые тапочки). Затем роженицу с партнёром отправляют в индивидуальный родовой зал, где уже и происходит появление на свет малыша.

Родовой процесс состоит из трёх периодов, последовательно сменяющих друг друга. Первый — период раскрытия, в течение которого у женщины возникают регулярные схватки и происходит раскрытие шейки матки. В это время постоянного присутствия акушеров и гинекологов в родильном зале не требуется. Время от времени они заходят, чтобы проверить состояние роженицы и степень раскрытия шейки матки. В этот период выполняется КТГ для определения состояния плода, а также дозаполняется необходимая документация. Также после излития околоплодных вод отмечается, в какое время это произошло, а также оценивается характер вод. Настрой и самочувствие женщины во многом зависит в этот момент от партнёра, который всё время находится рядом с ней. Во втором и третьем периодах врачи находятся в родильном зале, а партнёр перемещается к изголовью женщины, где может подбадривать её и держать за руку. Второй период — период изгнания. Третий — последовый период. Соответственно, происходит рождение ребёнка и изгнание последа. После появления на свет малыша партнёру в некоторых случаях дают самостоятельно перерезать пуповину, а также посмотреть на манипуляции, которые проводятся с новорождённым. В это время женщина рожает послед.

Каждые роды отличаются друг от друга, поэтому и вариантов партнёрских родов может быть несколько. Помощник может присутствовать от начала и до конца родового процесса, то есть на протяжении всех трёх периодов родов. А может быть такое, что человека попросят выйти и подождать снаружи в том случае, если потребуется экстренное оперативное вмешательство. И если, неожиданно для себя, партнёр понимает, что не готов созерцать столь красочное событие, он может поддерживать женщину во время схваток, а после покинуть родильный зал и дождаться рождения малыша.

Партнёрские роды: что нужно знать мужу

Начнём с самого начала — с момента возникновения идеи. Важно, чтобы оба супруга позитивно относились к этому. Если один из них не горит желанием или вообще против таких родов, то лучше сразу отказаться от этой мысли. Второй момент — характер мужа. Не каждый мужчина в состоянии спокойно созерцать всё, что происходит в процессе родов. Там и кровь, и слизь, и крики любимой женщины. Во-первых, женщина поступает в роддом не для того, чтобы переживать из-за состояния своего мужа или успокаивать его. А во-вторых, мужчина, упавший в обморок, лишь отвлекает и даже раздражает врачей, чьё внимание в такой ответственный момент должно быть направлено исключительно на роженицу.

Помимо этого стоит знать, что к партнёрским родам необходимо готовиться заранее, чтобы избежать сложностей и недопонимания между супругами и медицинским персоналом. Справку о прохождении курсов, врачи, конечно, требовать не будут, но, с их точки зрения, если человек вызывается быть помощником роженицы, он должен быть подготовленным.

Подготовка к партнёрским родам

Получение согласия врачей на присутствие мужа во время родов. Только в том случае, если врачи одобрили нахождение мужчины в палате рядом с его супругой, партнёрские роды могут состояться. Для этого необходимо написать заявление, которое будет подтверждено заведующим родильного отделения.

Получение информации о том, что нужно взять с собой на партнёрские роды мужу. В разных родильных домах требования могут отличаться, поэтому стоит уточнять список всего необходимого в том роддоме, где будет рожать женщина.

Медицинское обследование. В родильный зал муж может быть допущен только в том случае, если он здоров. Поэтому предварительно он должен подтвердить это. Мужчине необходимо сдать анализы на ВИЧ, гепатит и сифилис, а также сделать флюорографию. После этого он получает справку от терапевта с заключением врача о состоянии здоровья мужчины и возможности присутствовать на родах. Все справки муж предоставляет при поступлении жены в роддом. Важно помнить, что результаты анализов действительны в течение трёх месяцев, а флюорография — в течение года.

Подводя итоги, можно сказать, что семейно-ориентированные роды могут стать удивительным и прекрасным опытом в жизни женщины.

**Роль грудного вскармливания в жизни ребенка**

1. Первые 2 часа после родов родильница находится в родильном отделении:

— под тщательным наблюдением медицинского персонала, так как в раннем послеродовом периоде высока вероятность различных осложнений (кровотечение, подъем артериального давления и др.).

— периодически акушерка подходит к женщине, спрашивают об общем самочувствии, наличии жалоб, измеряют артериальное давление, пульс, проверяют характер и количество выделений из половых путей, а также производят массаж матки через переднюю брюшную стенку.

2. Через 2 часа:

— еще раз проверяют самочувствие и состояние женщины, измеряют температуру тела и артериальное давление,

— затем, при отсутствии отклонений в течение раннего послеродового периода, вместе с новорожденным, переводят в послеродовое отделение.

3. В послеродовом отделении:

— Вас примет дежурная постовая акушерка, которая еще раз проверяет Ваше состояние, измеряет пульс, давление, определяет состояние кожных покровов и слизистых оболочек, высоту стояния дна матки, болезненность матки и характер выделений из половых путей.

4. Совместное пребывание в послеродовой палате рекомендуется:

— при удовлетворительном Вашем и малыша состоянии, отсутствии противопоказаний со стороны ребенка;

— после того, как Вашего малыша примет и осмотрит детская медсестра, его сразу же кладут в одну палату с Вами;

— иногда малыша могут сначала поместить в детскую палату на несколько часов, после чего если нет противопоказаний – привезут к Вам.

ПРАВИЛА ПРИКЛАДЫВАНИЯ К ГРУДИ:

1. При кормлении в положении «сидя» нужно взять малыша на руки и положить головку на сгиб руки. Словом, так сделать, чтобы животик ребенка касался живота мамы. т. е. ма-лыш не должен поворачивать голову, чтобы схватить сосок.

2. Маме необходимо полностью расслабиться при кормлении. Этого легче достигнуть в по-ложении «лежа».

3. Ребенок должен брать грудь широко открытым ртом, как, если бы он громко пропевал букву «О» или зевал.

4. Нос малыша и сосок должны быть на одном уровне. Малыш не должен запрокидывать голову или тянуться вперед.

5. Ребенок должен сосать не сам сосок, а ареолу. Кончик соска при этом находится глубоко во рту, а губы лежат на ареоле.

6. Чтобы правильно дать грудь, женщина должна немного зажать ее пальцами (как будто ножницами) и направить сосок в рот малышу. Причем сначала нужно приложить нижний край ареолы к нижней губе малыша, а потом вкатывающим движением протолкнуть в ро-тик оставшуюся часть ареолы.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ МАЛЫША ДО 6 МЕСЯЦЕВ ЕГО ЖИЗНИ:

— улучшает работу сердца, кишечника и других органов вашего ребенка;

— уменьшает риск развития сокращающих жизнь и ослабляющих заболеваний;

— обеспечивает развитие мозга ребенка;

— является эффективным лекарством для заболевшего малыша;

— дает ребенку острое зрение, хороший слух, красивые зубы и кожу, здоровые легкие и сердце, кишечник, отличный иммунитет, долгую жизнь.

10 ПРИНЦИПОВ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ПО ВОЗ И ЮНИСЕФ:

1. Строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания и регулярно доводить до сведения медицинского персонала и рожениц.

2. Обучать медицинский персонал необходимым навыкам осуществления правил грудного вскармливания.

3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания.

4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если она временно отдалена от своих детей.

6. Не давать новорожденным никакой другой пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.

7. Практиковать круглосуточное нахождение матери и новорожденных рядом в одной палате.

8. Поощрять грудное вскармливание по требованию младенца, а не по расписанию.

9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, ни-каких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соски и др.).

10. Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы.

**Информация об аборте.**

**О внутриутробном развитии ребенка**

|  |
| --- |
| Будущим мамам всегда любопытно, как идет развитие плода во время, когда его ждут с таким нетерпением. Поговорим и посмотрим на фото и картинки, как же растет и развивается плод по неделям.  Что же делает малыш целых 9 месяцев в животике у мамы? Что чувствует, видит и слышит?  Начнем рассказ о развитии плода по неделям с самого начала — от момента оплодотворения. Плод возрастом до 8ми недель называют эмбрионом, это происходит до формирования всех систем органов |
| 1 |
| Развитие эмбриона: 1-я неделя   Яйцеклетка оплодотворяется и начинает активно делиться. Яйцеклетка направляется к полости  матки по маточным трубам, по пути освобождаясь от оболочки.  На 6—8й дни осуществляется имплантация яйца — внедрение в эндометрий. Яйцо оседает на поверхность слизистой оболочки матки и используя хориальные ворсинки прикрепляется к слизистой матки. |
| 2 |
| Картинка развития эмбриона на 3-ей неделе.  Эмбрион активно развивается, начиная обосабливаться от оболочек. На данном этапе формируются зачатки мышечной, костной и нервной систем. Поэтому этот период беременности считают важным.    Развитие эмбриона: 4–7 недели  У эмбриона формируется сердце, головка, ручки, ножки и хвост :) . Определяется жаберная щель. Длина эмбриона на пятой неделе доходит до 6 мм. |
| 3 |
| Развитие плода по неделям фото: **неделя 4** |
| 4 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 5  На 7й неделе определяются зачатки глаз, живот и грудь, а на ручках проявляются пальцы. У малыша уже появился орган чувств — вестибулярный аппарат. Длина эмбриона — до 12 мм.    Эмбрион активно развивается, начиная обосабливаться от оболочек. На данном этапе формируются зачатки мышечной, костной и нервной систем. Поэтому этот период беременности считают важным. |
| 5 |
| *Фото эмбриона до 6й недели беременности.*  У эмбриона формируется сердце, головка, ручки, ножки и *хвост* :) . Определяется жаберная щель. Длина эмбриона на пятой неделе доходит до 6 мм.    **Развитие плода: 8я неделя** |
| 6 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 7-8    У плода определяется лицо, можно различить ротик, носик, ушные раковины. Головка у зародыша крупная и ее длина соотносится с длиной туловища; тельце плода сформировано. Уже существуют все значимые, но пока еще не полностью сформированные, элементы тела малыша. Нервная система, мышцы, скелет продолжают совершенствоваться.  *У плода появилась кожная чувствительность в области ротика (подготовка к сосательному рефлексу), а позже в области личика и ладошек.*  На данном сроке беременности видны половые органы. Плод достигает 20 мм в длину.7 |
|  |
| Развитие плода: 9–10 недели  Пальчики на руках и ногах уже с ноготками. *Плод начинает шевелиться* в животе у беременной, но мать пока не чувствует этого. Специальным стетоскопом можно услышать сердцебиение малыша. Мышцы продолжают развиваться.    Вся поверхность тела плода *чувствительна* и малыш с удовольствием развивает тактильные ощущения, трогая свое собственное тельце, стенки плодного пузыря и пуповину. За этим очень любопытно наблюдать на УЗИ. Кстати малыш сперва отстраняется от датчика УЗИ (еще бы, ведь он холодный и непривычный!), а потом прикладывает ладошки и пяточки пытаясь потрогать датчик.    Удивительно, когда мама прикладывает руку к животу, малыш пытается освоить мир и старается прикоснуться своей ручкой «с обратной стороны». |
| 8 |
| Развитие плода на фото ножки: неделя 11  У малыша сформированы руки, ноги и веки, а половые органы становятся различимы(вы можете узнать пол ребенка). Плод начинает глотать, и уж если ему что-то не по-вкусу, например, если в околоплодные воды (мама что-то съела) попало что-то горькое, то малыш станет морщиться и высовывать язык, делая меньше глотательных движений.  Кожица плода выглядит прозрачной. |
| 9 |
| Развитие плода: неделя 12 |
| 10 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 14  Почки отвечают за производство мочи. Внутри костей образуется кровь. А на голове начинают расти волосики. Двигается уже более скоординировано.    Развитие плода: 15–18 недели |
| 11 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 15  Кожа розовеет, ушки и другие части тела, в том числе и лицо уже видны. Представьте, ребенок уже *может открывать ротик и моргать*, а также *делать хватательные движения*. Плод начинает активно толкаться в мамином животике. Пол плода возможно определить на УЗИ.    **Развитие плода: 19–23 недели**  Малыш сосет пальчик, становится более энергичным. В кишечнике плода образуется псевдо-кал — меконий, начинают работать почки. В данный период головной мозг развивается очень активно. |
| 12 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 20  Слуховые косточки костенеют и теперь способны проводить звуки*, малыш слышит маму* — биение её сердца, дыхание, голос. Плод интенсивно прибавляет в весе, формируются жировые отложения. Вес плода достигает 650 г, а длина — 300 мм.  Легкие на данном этапе развития плода развиты настолько, что малыш в искусственных условиях палаты интенсивной терапии может выжить.    **Развитие плода: 24–27 недели**  Легкие продолжают развиваться. Теперь *малыш уже засыпает и просыпается*. На коже появляются пушковые волосики, кожа становится морщинистой и покрыта смазкой. Хрящи ушек и носика еще мягкие. |
| 13 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 27  Губы и ротик становятся чувствительней. *Глазки* развиваются, приоткрываются и *могу*т *воспринимать свет* и жмурится от прямых солнечных лучей. У девочек большие половые губы пока не прикрывают малые, а у мальчиков яички пока не опустились в мошонку. Вес плода достигает 900–1200 г, а длина — 350 мм.  9 из 10 детей рожденных на данном сроке выживают.    Развитие плода: 28–32 недели |
| 14 |
| Теперь легкие приспособлены к тому, чтобы дышать обычным воздухом. Малыш *может плакать* *и отвечает на внешние звуки*.  Ребенок *открывает глазки бодрствуя и закрывает во время сна.*  Кожа становится толще, более гладкой и розоватой. Начиная от данного срока плод будет активно прибавлять в весе и быстро расти. Почти все малыши преждевременно родившиеся на данном сроке жизнеспособны. Вес плода достигает 2500 г, а длина — 450 мм. |
| 15 |
| Развитие плода по неделям фото: неделя 36  Плод реагирует на источник света. Прирастает тонус мышц и малыш *может поворачивать и поднимать голову.* На которой, *волосики становятся шелковистыми*. У ребенка развивается *хватательный рефлекс*. Легкие полностью развиты.    **Развитие плода: 38–42 недели**  Плод довольно развит, подготовлен к рождению и считается зрелым. У малыша отточены более 70-ти разных рефлекторных движений. За счет подкожной жировой клетчатки кожа малыша бледно-розовая. Головка покрыта волосиками до 3 см. |



Начало формы

|  |
| --- |
|  |
| Аборт и его последствия  https://ivrd1.ru/wp-content/uploads/2022/11/image-2.png  Аборт — это прерывание беременности на любой её стадии. Данная операция, даже при идеальном выполнении, влечет за собой множество различных последствий.  Аборты различают самопроизвольные (выкидыши) и искусственные (хирургическое и другое вмешательство). Искусственные аборты могут проводиться на раннем сроке (до двенадцати недель) и на позднем сроке (свыше двенадцати недель беременности).  Аборт – это не просто в удалении зародыша или эмбриона посредством медикаментозных средств (медикаментозный аборт) или посредством инструментов выскабливание (отсасывание вакуум-аспиратором), но аборт-это воздействие на весь женский организм.  При медикаментозном аборте нет внешнего вмешательства и исключается повреждение матки, но отсутствие травмы матки не исключает развитие осложнений, связанных с резким прекращением беременности. В ряде случаев медикаментозный аборт происходит не до конца и остатки плодного яйца необходимо удалять инструментальным методом.Поэтому нарушения репродуктивной системы после медикаментозного аборта происходят не реже, чем после инструментального.  Наиболее опасным для организма является инструментальный метод прерывания беременности. Как при инструментальном, так и при вакуумном методе изначально происходит «искусственное» расширение канала шейки матки с помощью специальных металлических инструментов.Основным отличием является то, что при инструментальном методе используют специальный, острый железный инструмент «кюретка», с помощью которой производят выскабливание стенок полости матки или в полость матки вводят пластиковую трубку, через которую с помощью вакуумного отсоса отсасывают содержимое (плодное яйцо с оболочками).  Прерывание беременности негативно сказывается на здоровье женщины и ее состоянии.  При беременности в организме женщины начинается серьезная перестройка на всех уровнях. Искусственное прерывание данных физиологических процессов ведут к сбоям в организме, и, прежде всего, гормонального характера. Нарушение согласованности в работе центральной нервной и эндокринной систем ведет к сбоям нормального функционирования эндокринных желез (яичников, щитовидной железы, надпочечников, гипофиза), способствуя появлению различных нервных расстройств.  **Негативные последствия аборта для организма женщины.Осложнения аборта.**  **Воспалительные заболевания.**Воспалительные процессы у одних женщин могут проявляться сразу же после проведения данной процедуры, у других спустя некоторое время. В результате воспалительного процесса могут поражаться не только матка и маточные трубы, яичники, но и околоматочная клетчатка, брюшина, мочевой пузырь, прямая кишка.  Во время искусственного прерывания беременности травмируется шейка матки, в результате чего формируются «открытые ворота» для проникновения инфекции в предлежащие ткани, в кровеносные и лимфатические сосуды.  Хронические воспалительные процессы внутренних органов половой сферы женщины с частыми обострениями стимулируют развитие необратимых изменений (рубцы, спайки), которые ухудшают здоровье и способствуют проявлению отдаленных последствий аборта (нарушение половой, менструальной, детородной функций). Воспалительные процессы способствуют возникновению внематочной беременности, а также появлению вторичного бесплодия.  **Механические повреждения шейки и тела матки.**Подобные повреждения наносятся в основном при проведении хирургического аборта.  Повреждения шейки матки при аборте в дальнейшем могут привести к ее неспособности «удержать» беременность, на фоне чего развивается не вынашивание беременности, выкидыши, нарушение нормальной родовой деятельности.  Вне зависимости от опыта и квалификации врача, вам никто и никогда не даст гарантии в том, что при проведении аборта в матке не останутся остатки плаценты и зародыша, не сможет гарантировать отсутствия проникающего ранения шейки или тела матки хирургическими инструментами или их перфорацию (прободение).  **Кровотечение.**Любые попытки проникновения в матку во время беременности с целью ее прерывания неизбежно ведут к нарушению целости сосудов (они в период беременности увеличиваются в длину, расширяются, при этом усиливается кровоток) и, как следствие, возникновению кровотечения. Кровотечение как осложнение аборта наблюдается также в случаях оставления во время операции в полости матки частиц эмбриона или плодного пузыря с плацентой. В данном случае кровотечение возникает не сразу после удаления, а через несколько дней или часов. В основном проводят повторное обследование с последующим выскабливанием полости матки.  **Бесплодие после аборта.**  Шанс развития бесплодия после абортов составляет около 5% случаев. Этот риск возрастает, если искусственное прерывание проводится на большом сроке с выскабливанием полости матки. Поэтому более предпочтительны медикаментозные методы, при которых отсутствует травмирование слизистой матки.  Бесплодие после аборта может развиваться вследствие различных патогенетических механизмов. В одних случаях, может иметь место повреждение базально слоя, который обеспечивает обновление эндометрия в каждом менструальном цикле. В такой ситуации гинекологам достаточно часто приходится иметь дело с тонким эндометрием, в который не может нормально имплантироваться (внедриться) оплодотворенная яйцеклетка. В итоге даже несмотря на произошедшее зачатие, беременность не наступает (очень ранние репродуктивные потери).  В других случаях, в полости матки может запуститься процесс разрастания соединительной ткани – образуются спайки. Такое состояние называется синдромом Ашермана. Эти соединительные тяжи деформируют полость матки и также нарушают имплантацию.  Третьей причиной бесплодия после аборта могут являться хронические воспалительные процессы, которые развиваются в половых органах. Хронический эндометрит не позволяет слизистой полноценно подготовиться к беременности. Это приводит либо к очень ранним потерям, которые еще даже биохимически нельзя уловить, либо к замершей беременности.  Для исключения поражения эндометрия как причины бесплодия после аборта, решающее значение имеют его трехслойное строение в первую фазу менструального цикла и достаточная высота (от 8 до 14 мм) накануне овуляции. В сложных клинических случаях для оценки состояния слизистой может потребоваться проведение гистероскопии – осмотра полости и внутренней стенки матки с помощью специального оптического прибора. Одновременно с этим диагностическая гистероскопия также может выполнять роль и лечебной процедуры. Так, при наличии выраженных спаек их можно иссечь, а затем ввести в полость матки лекарственные препараты, которые помогут ее восстановить.  **Как избежать бесплодия после аборта**  Во-первых, чтобы не столкнуться с таким осложнением, как бесплодие, важно еще на подготовительном этапе выбрать наиболее щадящий метод прерывания беременности. Таким является медикаментозный аборт или мини-аборт. Хирургическое выскабливание сопряжено с наиболее высоким риском осложнений.  Также немаловажную роль играет и выбор медицинского учреждения. Свое здоровье следует доверять только проверенным клиникам, в которых внедрены мировые протоколы оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология. Изложенные в них рекомендации проверены с помощью серии клинических исследований, которые доказали наивысшую степень эффективности и безопасности.  Во-вторых, после аборта важно восстановить правильный гормональный профиль в организме. Оказывается, после медицинского прерывания беременности развивается стрессовое состояние. Гипоталамус и гипофиз находятся в стадии возбуждения, а в надпочечниках наблюдается повышенная выработка стероидных гормонов, что вызывает соответствующие изменения в яичниках и эндометрии.  В-третьих, женщины поле аборта должны наблюдаться у врача от 3 до 6 месяцев. Только специалист сможет выявить любые, даже незначительные, отклонения в функционировании женского организма и своевременно провести их коррекцию.    **Внематочная беременность.**При внематочной беременности имплантация оплодотворенной яйцеклетки осуществляется в узкой маточной трубе, которая впоследствии разрывается и вызывает внутреннее кровотечение.  **Гормональные нарушения.**Одними из отдаленных последствий аборта считаются гормональные нарушения: заболевания щитовидной железы (нарушения функции надпочечников), нарушения гипофиза, который является центральным регулятором эндокринной системы.  **Онкологические заболевания.**Искусственное прерывание беременности способствует повышению риска развития рака молочной железы.  **Эндометриоз.**В случае травмирования стенок матки при оперативном вмешательстве частицы эндометрия начинают «прорастать» (инфильтративно) в мышечный слой. Клетки эндометрия с кровью могут попасть в любые органы, а во время менструации начать воспаляться. Прикрепление и рост эндометрия может наблюдаться в яичниках, маточных трубах, мочевом пузыре и прямой кишке. По сигналу гормонов яичников фрагменты эндометрия начинают расти и набухать кровью, вследствие чего начинается воспаление.  **Осложнения наркоза.**Могут быть головная боль, тошнота, временные нарушения сознания, аллергические реакции. Кто имеет проблемы с печенью, наркоз вызывает обострение гепатита, ухудшение показателей крови.  **Постабортный синдром (страдание души).**Выражается в сочетании психических симптомов или заболеваний, проявляющихся на фоне переживаний и сожалений после аборта, даже при абсолютно здоровой психике женщины.  Каждая женщина вправе решить сама делать аборт или нет. Вред аборта для организма женщины неизбежен.  Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится:  - не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности четвертая - седьмая неделя, при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая неделя, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;  - не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая - десятая неделя беременности.  Этот период называется «**Неделя тишины**», и дает возможность женщине время подумать, возможно, обсудить ситуацию с родными людьми, для принятия окончательного решения. Так же в течение этой недели женщине необходимо будет посетить врача психолога, с которым можно обсудить медицинские и психологические аспекты ситуации.  Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основе информированного добровольного согласия женщины.  Для прерывания беременности сроком до двенадцати недель могут использоваться как хирургический, так и медикаментозный методы. Перед абортом женщине необходимо пройти процедуру УЗИ и сдать анализ. Во время УЗИ Вам покажут малыша, опишут ого параметры, Вы услышите его сердцебиение и увидите как он двигается.    Виды абортов и их последствия  Социальные гарантии и пособия федерального и регионального уровня для беременных женщин и семей с детьми:    • Пособие на приобретение продуктов питания получают женщины при сроке беременности не менее 12 недель, состоящие на учёте по беременности и родам в медицинской организации Республики Коми. Его размер составляет 1000 руб.  • Единовременное пособие при рождении ребёнка – 27613 руб.  • Ежемесячное пособие по уходу за ребёнком от 0 до 1,5 лет – 10273 руб. (для безработных); 40% от заработной платы (для имеющих работодателя)  • Единое пособие для семей с низким доходом – мера государственное поддержки семей, чей среднедушевой доход (по Сыктывкару – 16415 руб.) меньше прожиточного минимума на человека в регионе проживания. Выплата назначается беременной женщине, вставшей на учет до 12 недель беременности, и одному из родителей (усыновителей, опекунов (попечителей) ребёнка в возрасте от 0 до 17 лет). Прожиточный минимум в г. Сыктывкаре: на трудоспособное население – 17892 руб.; на детей – 16383 руб. Размер меры социальной поддержки – 50%, 75%, 100% рег. прожит. минимума)  • Материнский капитал на первенца получают женщины, родившие (усыновившие) первого ребёнка, начиная с 1 января 2020 года, имеющие гражданство РФ. Размер мат. капитала составляет 586947 руб.  • Региональный семейный капитал получают женщины, родившие (усыновившие) первого ребёнка, начиная с 1 января 2020 г., имеющие гражданство РФ и проживающие на территории РК. Его размер составляет 150 тыс. руб.  • Материнский капитал на второго ребенка получают в семьи, в которых с 2007 г. родился (усыновлен) второй ребёнок (третий, любой следующий, если до этого право на материнский капитал не возникало или не оформлялось). Его размер составляет 775628 руб. Можно оформить ежемесячные выплаты из средств материнского капитала. Выплата предоставляется до достижения ребенком возрасте трёх лет. При наличии в семье нескольких детей в возрасте до трёх лет по заявлению лица, получившего сертификат, ежемесячная выплата может быть назначена на каждого ребёнка. С 1 января 2023 г. ежемесячная выплата осуществляется в размере величины прожиточного минимума для детей, установленной в регионе проживания семьи с детьми на дату подачи заявления (в Сыктывкаре – 16383 руб.) Для получения ежемесячных выплат размер среднедушевого дохода семьи не должен превышать двукратную величину прожиточного минимума на душу населения, установленную в субъекте РФ на дату обращения за назначением указанной выплаты.  • Региональный семейный капитал на третьего ребёнка, получают женщины, родившие (усыновившие) третьего ребёнка, начиная с 1 января 2011 г., имеющие гражданство РФ и проживающие на территории РК. Его размер составляет 150 тыс. руб.  • Многодетные семьи (семьи, в которых воспитывается трое и более детей) имеют следующие льготы: пособие на оплату проезда в пассажирском транспорте (дети-школьники) – 500 руб; компенсация оплаченных квитанций за коммунальные услуги; компенсация родительской платы за детский сад (1 ребенок – 30%, 2 ребёнок – 50 %, 3 ребёнок – 70%); предоставление земельного участка.  • Для многодетных семей существует программа погашения 450 тыс. рублей ипотечного кредита. Участвовать в ней могут семьи, в которых в период с 1 января 2019 г. по 31 декабря 2023 г. родился (усыновлен) третий или последующий ребёнок. Родители и дети обязательно должны быть гражданами РФ, получить выплату можно, даже если старшему ребёнку исполнилось 18 лет.  Телефон горячей линии "Стоп-аборт"  Если у Вас незапланированная беременность, и Вы не знаете, как поступить в непростой ситуации, Вы можете обратиться по телефону горячей линии "Стоп-аборт".  Общероссийский телефон доверия 8-800-100-44-55 ежедневно с 8.00 до 22.00 по московскому времени, бесплатно и анонимно.  Социальный отдел Сыктывкарской епархии  Адрес: 167000, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Бабушкина, 20  Услуги: Материальная вещевая и продовольственная помощь  https://map.sos-life.ru/ymaps/img/logo-yellow.jpg  Email: [eparhia.sotsotdel@yandex.ru](mailto:eparhia.sotsotdel@yandex.ru)  Телефон: [(8212) 24-04-86](tel:(8212)%2024-04-86)  Автономная некоммерческая благотворительная организация "Спаси жизнь" (сайт: sos-life) |
|  |

Телефоны и адреса государственных и профильных Соцально-ориентированных некомеррческих организаций, оказывающих поддержку беременным, многодетным и малоимущим женщинам.

Отделение помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации «Райда», г. Сыктывкар, ул. Пушкина, 80. Телефон 8 (8212) 24-40-38

Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних города Сыктывкара расположен по адресу г.Сыктывкар, Верхний Чов 60/1. Телефон 8(212)255-357

Центр поддержки «За жизнь!» в Республике Коми. Информацию о центре можно найти на страничке социальной сети «В контакте» https://vk.com/club203743241.

Центр оказывает поддержку одиноким беременных женщинам, одиноким мужчинам и женщинам с детьми (до 3 лет), оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Центр предоставляет психологическую, юридическую помощь, помощь в предоставлении средств личной гигиены, продуктов питания, необходимой мебели и техники, в оказании транспортных услуг.

Благотворительный фонд поддержки семьи, материнства и детства «Женщины за жизнь». Сайт фонда https://womenprolife.ru Обратиться за помощью можно по номеру телефона 8 800 2000 492 или оставив заявку на сайте. Фонд работает со разными регионами РФ, оказывает психологическую, юридическую, продуктовую, вещевую, материальную помощь женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

**Оказание медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности**

**Оказание медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности**

   Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного индивидуального добровольного согласия (далее ИДС).

  Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних младше 15 лет, а также несовершеннолетних больных наркоманией младше 16 лет, проводится на основе ИДС одного из родителей или иного законного представителя.

 Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель при соблюдении «недели тишины»:

* не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке 4~~-~~7 нед беременности и 11-12 нед беременности
* не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности 8-10 недель беременности.

     Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель. Основанием для искусственного прерывания беременности по социальному показанию в сроке беременности более 12 недель является документ, подтверждающий наличие социального показания для искусственного прерывания беременности.

      При наличии медицинских показаний — беременность может быть прервана независимо от срока беременности. Для подтверждения наличия медицинских показаний для искусственного прерывания беременности  формируется врачебная комиссия с привлечением врачей специалистов медицинских организаций акушерского профиля третьей группы в составе: врача - акушера-гинеколога, врача - специалиста по профилю основного заболевания беременной женщины, являющегося медицинским показанием для искусственного прерывания беременности и руководителя медицинской организации.

     Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основе ИДС женщины.  Для прерывания беременности сроком до двенадцати недель могут использоваться как хирургический, так и медикаментозный методы.

    Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности осуществляется на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

   В настоящий момент обязательными исследованиями пред прерыванием беременности являются:

* Проведение ультразвукового исследования органов малого таза с демонстрацией изображения и сердцебиения  ребёнка.

* Консультация психолога

 Кабинет поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации находится по адресу : г. Сыктывкар, ул. Орджоникидзе, д. 28.

Специалист работает по предварительной записи. Записаться можно по телефону: 44-11-61

  Женщина перед принятием решения о прерывании беременности  должна быть информирована о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

* бесплодие;
* хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки; нарушение функции яичников; тазовые боли; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах - преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; психические расстройства; опухолевые процессы матки;
* скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки;

во время проведения искусственного прерывания беременности (при хирургическом прерывании беременности):

* осложнения анестезиологического пособия;
* травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;
* кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.