

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:11 -



Планирование беременности

При планировании беременности, неважно какой по счету, следует помнить, что вообще беременность должна наступать на благоприятном фоне. Если предыдущая беременность закончилась по каким-то причинам неудачно, совершенно необязательно, что те же самые осложнения могут возникнуть вновь. Однако эти неудачи в анамнезе заслуживают определенного внимания, и предпосылки для их возникновения должны быть исключены на этапе планирования беременности.

Планировать новую беременность после предыдущей, особенно если она сопровождалась какими-то осложнениями, желательно не раньше, чем через год. Предварительно следует оценить характер менструальной функции и при необходимости провести ее коррекцию. Важно также исключить наличие урогенитальных инфекций (хламидии, микоплазма, уреоплазма и др.).

Если будущим родителям более 35 лет, а планируемая беременность у обоих или у одного из супругов первая, то целесообразно проконсультироваться у генетика для исключения возможной хромосомной патологии.

При планировании беременности необходимо определить наиболее благоприятные дни для зачатия. Дело в том, что менструальный цикл женщины (период от 1-го дня одной менструации до 1-го дня последующей менструации) в среднем, в большинстве случаев, продолжается 28-30 дней. За первую половину менструального цикла в одном из яичников созревает фолликул, и на 14-15 день происходит овуляция. При этом из фолликула выходит созревшая яйцеклетка. Принимая во внимание, что созревшая яйцеклетка способна к оплодотворению в течение 2 суток после овуляции, а сперматозоиды обладают оплодотворяющей активностью в течение 4 суток после эякуляции, общий период наиболее вероятной возможности зачатия составляет около 6 дней.

Этапы беременности

Обычно принято считать, что при нормальном течении беременности её продолжительность в среднем составляет около 280 дней, если считать от первого дня последней менструации - это «акушерский срок беременности», расчет которого чаще всего используется врачами в акушерской практике.

Возможно также определение срока беременности по размерам матки и по шевелению плода. Однако эти критерии не являются точными, так как носят индивидуальный характер. Размеры матки в одни и те же сроки беременности у разных женщин варьируют в достаточно широких пределах, это затрудняет оценку срока беременности.

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:11 -

Ощущение шевеления плода также весьма субъективно и зависит от порога чувствительности каждой женщины. Так, одни женщины могут начать ощущать шевеления плода с 18 недель, а другие только с 22 недель. На самом деле плод начинает совершать движения уже с 7-8 недель.

Достаточно типичным и широко распространенным является заблуждение в том, что с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) определяют срок беременности. На самом деле этого не происходит. В процессе этого исследования решают другой не менее важный вопрос: для какого срока беременности характерны полученные в процессе исследования размеры плода, при условии, что известен предполагаемый срок беременности, который, в свою очередь, рассчитывают от первого дня последней менструации или от даты зачатия.

Весь период течения беременности принято делить на три части - триместры. I триместр представляет собой ранний фетальный период, который длится до 12 недель. II триместр - это средне-фетальный период, который продолжается от 13 до 27 недель. III триместр, или как его еще называют «плодовый период», начинается с 28 недель и продолжается до срока родов.

I триместр беременности

Одним из наиболее важных условий нормального развития беременности является прогнозирование и профилактика возможных осложнений. В этой связи уже в I триместре беременности необходимо выявить факторы риска этих осложнений. Для этого целесообразно как можно раньше обратиться к врачу.

По поводу наступившей беременности необходимо пройти обследование, которое включает:

- * Определение группы крови и резус-фактора (даже несмотря на то, что раньше такое исследование уже проводили и эти показатели уже известны).
- * Исследование крови на сифилис (RW), ВИЧ-инфекцию, гепатиты.
- * Клинический анализ крови для оценки её клеточного состава, уровня гемоглобина и величины СОЭ.
- * Оценку активности свертывающей системы крови.
- * Общий анализ мочи.
- * Изучение отделяемого из влагалища, канала шейки матки и уретры на наличие возбудителей различных инфекций.

Кроме того, следует использовать серологическое исследование для выявления специфических антител иммуноглобулинов класса М и G с помощью иммуноферментного метода.

Одним из наиболее объективных методов диагностики является ультразвуковое исследование, первое УЗИ целесообразно сделать после 10 недель. Основными задачами этого исследования являются: подтверждение прогрессирующей беременности; уточнение предполагаемого срока беременности; выявление

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:11 -

многоплодной беременности; определение места имплантации плодного яйца и локализации плаценты; измерение толщины воротникового пространства (в 10-14 недель); выявление признаков осложненного течения беременности (угроза самопроизвольного выкидыша, отслойка хориона, истмико-цервикальная недостаточность, пузырный занос и т.п.). Кроме того, в сроки от 8 до 11 недель возможно проведение комбинированного скринингового теста для исключения риска возможных нарушений в развитии плода, который включает определение свободной В-субъединицы ХГЧ, РАРР-А.

Наиболее частыми осложнениями в I триместре являются: неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш и ранний токсикоз.

Причины неразвивающейся беременности и ее прерывания в различные периоды I триместра не одинаковы. Так, до 3 недель это чаще всего генетические и хромосомные повреждения, а также недостаточная предварительная подготовка эндометрия к предстоящей имплантации плодного яйца. В 4-8 недель, как правило, основными причинами являются гормональные нарушения, инфекция, антифосфолипидный синдром, приводящие к первичной фето-плацентарной недостаточности и нарушению эмбриогенеза. В 9-12 недель основное негативное влияние может проявляться как со стороны уже перечисленных факторов, так и при недостаточном растяжении матки, например, при генитальном инфантилизме или пороках развития матки.

Следует строго ограничить использование лекарственных препаратов в ранние сроки беременности из-за опасности их повреждающего воздействия на плод. Не следует заниматься самолечением. Целесообразность применения тех или иных лекарственных препаратов должна быть согласована с врачом.

II триместр беременности

Во II триместре беременности продолжается рост плаценты и плода. Следовательно, важным является контроль за нормальным развитием плода и течением беременности, а также предупреждение возможных осложнений.

В этот период беременная должна посещать врача не реже, чем 1 раз в месяц, а в ряде ситуаций и чаще. При каждом посещении врач осматривает пациентку, контролирует прибавку массы тела, измеряет длину окружности живота и высоту стояния дна матки над лоном, определяет артериальное давление, выслушивает сердцебиение плода. Назначает необходимые дополнительные исследования.

В 20-24 недели беременности проводят второе обязательное ультразвуковое исследование, которое необходимо для: определения соответствия размеров плода предполагаемому сроку беременности с целью исключения задержки развития плода; выявления пороков развития плода; оценки количества околоплодных вод; изучения состояния плаценты. Важным является также доплеровское исследование, которое проводят при ультразвуковом исследовании для оценки интенсивности маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:11 -

В этот период, также как и при следующем плановом исследовании в 32-34 недели, возможно выполнение трехмерного ультразвукового сканирования для более точной оценки состояния плода.

В промежутке от 16 до 20 недель для пренатального скрининга возможных аномалий развития плода целесообразно определить в крови уровень альфа-фетопротеина (АФП), свободного эстриола Е3, ингибина-А и хорионического гонадотропина человека (общий ХГЧ).

Наиболее характерными осложнениями II триместра беременности являются: угроза позднего самопроизвольного выкидыша, кровотечения из-за отслойки плаценты, анемия, ранние формы гестоза, внутриутробная инфекция. Указанные осложнения способствуют формированию фето-плацентарной недостаточности и задержки развития плода.

Из-за увеличивающейся в размерах матки, которая начинает смещать органы брюшной полости в сторону грудной клетки, уже после 15-16 недель может начать беспокоить одышка и изжога. Значительную нагрузку начинают испытывать почки.

У женщин с экстрагенитальными заболеваниями (заболевания почек, гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония) с 20 недель существует опасность развития гестоза. В этой связи следует обращать внимание на появление отеков, избыточную и неравномерную прибавку массы тела, повышение артериального давления, появление белка в моче.

Если нет противопоказаний, после 17 недель можно начать выполнять специальный комплекс физических упражнений для беременных, которые позволяют управлять мышцами промежности и брюшного пресса. Важно также освоить дыхательные упражнения.

III триместр беременности

III триместр беременности характеризуется наиболее интенсивным ростом плода и нарастанием функциональной активности его органов и систем.

До 32-33 недель беременности плод может многократно в течение суток менять свое положение в матке и, как правило, после 35-36 недель занимает свое окончательное положение до самых родов.

В этот период беременности требуется наиболее внимательное и углубленное наблюдение за характером течения беременности с проведением комплексного обследования и оценкой степени риска возможных осложнений. После 28 недель беременная должна посещать врача не реже 1 раза в 2 недели, а по показаниям и чаще.

При третьем обязательном УЗИ, которое проводят в 32-34 недели, определяют размеры плода, изучают состояние плаценты, оценивают количество околоплодных вод. Кроме того, проводят эхографическую функциональную оценку состояния плода и его

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:11 -

поведенческих реакций, повторяют доплерометрию. После 32 недель для оценки состояния сердечно-сосудистой системы плода используют кардиотокографию. КТГ (кардиотокография) представляет собой метод функциональной оценки состояния плода во время беременности и в родах на основании регистрации частоты его сердцебиений и их изменений в зависимости от сокращений матки, действия внешних раздражителей или активности самого плода. КТГ в настоящее время является неотъемлемой частью комплексной оценки состояния плода наряду с ультразвуковым исследованием и доплерометрией. Этот метод совершенно безопасен для плода и не имеет противопоказаний.

При подозрении на внутриутробную инфекцию исследуют материал из уро-генитального тракта и определяют уровень специфических антител к возбудителям инфекции в сыворотке крови.

Одним из наиболее частых осложнений III триместра беременности является фето-плацентарная недостаточность, которая сопровождается снижением артериального кровоснабжения плаценты и плода; уменьшением поступления к плоду необходимого количества питательных веществ и выведения продуктов метаболизма. Все эти изменения уменьшают защитно-приспособительные возможности системы мать-плацента-плод; замедляют рост и развитие плода; обуславливают осложнённое течение беременности и родов.

Наиболее типичными клиническими проявлениями фето-плацентарной недостаточности являются: нарушение двигательной активности плода, повышение тонуса матки, несоответствие (уменьшение) размеров живота беременной сроку беременности, перенашивание беременности, многоводие или маловодие.

Из-за нарушения защитной функции плаценты может возникнуть внутриутробное инфицирование плода, которое проявляется в виде задержки его развития, истончением или увеличением толщины плаценты, кальцинозом плаценты и кистозно-подобными включениями в её структуре, многоводием или маловодием.

Наиболее опасным осложнением III триместра беременности является гестоз, который возникает вследствие фето-плацентарной недостаточности и внешне проявляется в виде отеков и неравномерной прибавки массы тела (задержка жидкости в организме), повышения артериального давления (нарушение регуляции сосудистого тонуса), появления белка в моче (нарушение функции почек). Гестоз сопровождается наиболее выраженными осложнениями со стороны плода и несет угрозу для здоровья беременной.

Резус-конфликт

Одним из серьезных осложнений беременности является изосерологическая несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или по группе крови (по системе АВ0).

Резус-фактор представляет собой белковую субстанцию, которая локализуется на

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:11 -

эритроцитах крови. Приблизительно у 15% людей резус-фактор в крови отсутствует. Если беременная женщина резус-отрицательная, а ее супруг резус-положительный, то у планируемого ребенка с высокой вероятностью тоже будет положительный резус-фактор. Резус-положительная кровь плода проникает в материнский кровоток и вызывает у беременной образование антител против резус-фактора. Антитела попадают в кровоток плода и разрушают его эритроциты. Резус-конфликт может вызвать серьезные осложнения у плода, включая гипоксию. Как правило, во время первой беременности проблем еще не возникает. Но, поскольку антитела остаются в организме женщины, при возникновении следующей беременности их количество возрастает, и они начинают проявлять свое отрицательное воздействие.

Для предупреждения резус-конфликта используют препараты иммуноглобулина человека антирезус. Эти препараты вводят резус-отрицательным женщинам при условии первой беременности, отсутствии у них в крови резус-антител, и рождении ребенка с резус-положительной кровью. Препарат вводят дважды: одну дозу на 28-й неделе беременности, вторую - в течение первых 72 часов после родов.

Показания к кесареву сечению

Ближе к окончанию беременности очень важно иметь четкое представление о физиологии родового процесса, знать с чего начинаются роды и как они протекают, а также как вести себя в родах и многое другое. Беременная может быть родоразрешена через естественные родовые пути или с помощью кесарева сечения.

Вопрос о необходимости выполнении кесарева сечения в каждом конкретном случае решается индивидуально по строгим медицинским показаниям. При этом учитываются все обстоятельства «за» и «против» и степень возможного риска. Положительное решение в пользу операции принимают только в случаях, когда роды через естественные родовые пути представляют более высокий риск для здоровья как самой женщины, так и ее ребенка, чем кесарево сечение. К сожалению, не всегда выбор в пользу кесарева сечения является гарантией успешного завершения беременности и рождения здорового малыша.

Какие же причины заставляют отдать предпочтение кесареву сечению?

Среди показаний к этой операции выделяют так называемые "абсолютные показания" - это те обстоятельства, когда роды через естественные пути просто невозможны и представляют опасность для жизни матери и ребенка:

- * Выраженное сужение таза или аномальные формы таза со значительным уменьшением его размеров.

- * Опухоли и рубцовые изменения шейки матки, влагалища и промежности, препятствующие рождению ребенка.

- * Наличие мочеполовых и кишечно-половых свищей.

- * Выраженное варикозное расширение вен в области влагалища и вульвы.

- * Неправильное положение плода (поперечное и косое).

- * Предлежание плаценты (плацента перекрывает внутренний зев матки).

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:11 -

Существуют также и "относительные показания", ситуации, когда не исключена возможность ведения родов через естественные родовые пути, однако опасность развития осложнений у матери и плода выше, чем риск возможных осложнений во время операции:

- * Наличие рубца на матке.
- * При тазовом предлежании плода, особенно если имеет место разгибательное положение головы плода, ножное предлежание плода, задний вид тазового предлежания плода.
- * Масса плода более 3500 г.
- * Задержка развития плода.
- * Предлежание петли пуповины.
- * Выраженная фето-плацентарная недостаточность (субкомпенсированная или декомпенсированная форма).
- * Различные заболевания, при которых роды через естественные родовые пути опасны для здоровья женщины (миопия высокой степени, эпилепсия, посттравматическая энцефалопатия, пороки сердца и т.п.).
- * Миома матки больших размеров.
- * Аномалии развития матки.
- * Отсутствие готовности шейки матки к родам при доношенной беременности и при отсутствии эффекта от подготовки шейки матки к родам.
- * Перенашивание беременности в сочетании с незрелой шейкой матки.
- * Сочетание показаний (отягощенный акушерский анамнез, бесплодие, применение методов вспомогательной репродукции, возраст первородящей старше 30 лет, перенашивание, крупный плод, гипоксия, фето-плацентарная недостаточность и т.п.).

Кроме того, при многоплодной беременности кесарево сечение выполняют в случае чрезмерного перерастяжения матки (крупные плоды); неподготовленности родовых путей после 38 недель беременности; поперечного положения первого плода из двойни или обоих плодов; тазового предлежания первого плода; сросшихся близнецов; тройни и большего количества плодов.

Перечисленные ситуации являются в основном показаниями для выполнения кесарева сечения в плановом порядке.

Если у беременной женщины диагностированы какие-то из перечисленных выше обстоятельств, и возникает необходимость выполнения операции, она должна быть заблаговременно информирована и заранее госпитализирована в родильный дом (минимум за 8-10 дней) для уточнения диагноза и подготовки к операции.

Однако в ряде случаев возникают ситуации как во время беременности, так и в родах, когда необходимо выполнить кесарево сечение в экстренном порядке. К этим ситуациям относятся следующие:

- * Нарастание тяжести фето-плацентарной недостаточности или гестоза, не поддающихся лечению, при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:11 -

естественные родовые пути.

- * Приступ эклампсии.
- * Несоответствие размеров головки ребенка и таза матери в родах.
- * Незрелая шейка матки и отсутствие родовой деятельности при дородовом излитии околоплодных вод.
- * Отсутствие эффекта от родовозбуждения или родостимуляции при фето-плацентарной недостаточности в течение 2-3 часов.
- * Нарушения сократительной деятельности матки в родах при неэффективном её лечении, а также при наличии дополнительных осложнений беременности или возникновении их в родах.
- * Угроза разрыва матки.
- * Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и её прогрессирование при отсутствии условий для срочного родоразрешения через естественные родовые пути.

Отдельно следует выделить показания к кесареву сечению, выполняемому в интересах плода:

- * Прогрессирующее ухудшение состояния плода или острая гипоксия при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути.
- * Ухудшение состояния плода на фоне введения сокращающих матку средств при родовозбуждении или при родостимуляции.
- * Выпадение петель пуповины и мелких частей плода.
- * Образование поперечного положения второго плода после рождения первого при многоплодной беременности.

Кесарево сечение выполняют только по согласию женщины. Если в силу каких-то обстоятельств женщина не является дееспособной, и кесарево сечение делают для спасения её жизни, то достаточно получить согласие на операцию со стороны её ближайших родственников.

Естественные роды

Во всех остальных случаях, если беременность проходила благополучно, нет признаков нарушения состояния плода, а состояние здоровья пациентки не вызывает сомнений, роды ведут через естественные родовые пути. Основанием успешного течения родов их благоприятного исхода является нормальное течение беременности, соответствующее наблюдение и своевременная профилактика возможных осложнений.

Продолжительность родов зависит от многих обстоятельств и в среднем составляет у первородящих 9-11 часов, а у повторнородящих 8-9 часов.

Во время родов за роженицей должно осуществляться тщательное наблюдение акушеркой и врачом. В первом периоде родов во всех случаях необходимо проводить мониторинг с помощью кардиотокографии для динамической оценки состояния плода и сократительной деятельностью матки. Во всех случаях роды должны быть обезболены. Методы обезболивания могут быть разными в зависимости от

Медицинские аспекты беременности и родов, осложнения течения беременности. Памятка для будущ...

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:11 -

состояния роженицы и плода, активности родовой деятельности и этапа родов, интенсивности болевых ощущений. Для обезболивания применяют препараты, которые вдыхают с помощью специального прибора (ингаляционная анестезия), определенные обезболивающие средства можно вводить внутримышечно или внутривенно. Популярностью пользуется эпидуральная анестезия. Однако для этого метода существуют некоторые противопоказания. Сразу после родов обязательно осуществляется осмотр родовых путей. За родильницей осуществляют наблюдение в течение 2 часов в родильном зале, и после этого ее и ребенка переводят в послеродовую палату. Целесообразно раннее прикладывание ребенка к груди в первые часы после родов.