

Профилактика акушерской патологии

1. Профилактика осложнений в родах и послеродовом периоде.

Профилактика осложнений беременности и родов является основополагающим принципом деятельности медицинских работников женских консультаций. Руководствуясь им, женские консультации достигли значительных результатов в деле снижения осложнений беременности и особенно тяжелых форм акушерской патологии. С этими достижениями связаны улучшение исхода родов, уменьшение перинатальной заболеваемости и смертности, а также послеродовых и гинекологических заболеваний.

В нашей стране все роды проводятся в стационарах, где роженице оказывается бесплатная высококвалифицированная акушерская помощь.

Профилактическая деятельность имеет большое значение в охране здоровья женщин. В настоящее время отмечается острая необходимость более высокого качества медицинского обслуживания, повышения эффективности профилактики, повышения качества лечебно-профилактической помощи, особенно на уровне поликлинического звена учреждений здравоохранения. Это в полной мере относится к женским консультациям, повседневно оказывающим важнейшую лечебно-профилактическую помощь беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным. В осуществлении профилактики акушерской патологии основную роль играет диспансеризация беременных и родильниц, а также всего женского населения нашей страны.

Профилактика осложнений беременности, родов и перинатальной патологии осуществляется в консультации в двух основных направлениях, относящихся к первичной и вторичной профилактике.

Первичная профилактика сводится к предупреждению осложнений беременности у здоровых женщин. Сущность вторичной профилактики заключается в предупреждении перехода начальных проявлений акушерской патологии в тяжелые формы.

В осуществлении первичной профилактики важнейшее значение имеет совместная работа акушера-гинеколога и педиатра. Весьма полезны контакты с перинатологами, число которых возрастает. Известно, что репродуктивная система женщины закладывается в ранних стадиях онтогенеза. Ее развитие зависит от условий внутриутробной жизни, особенностей периода новорожденности и детства.

Состояние здоровья поколений в значительной мере зависит от системы предупреждения заболеваний у родителей, акушерской помощи женщинам, всей совокупности лечебно-профилактических мероприятий, присущих детскому здравоохранению. Следует считать научно обоснованными и оправдавшими себя на практике рекомендации по охране здоровья в подростковом возрасте, когда формируются механизмы регуляции репродуктивной системы.

Практический опыт и научные исследования указывают на задержку полового развития и последующие нарушения менструальной и детородной функций у женщин, перенесших в детском возрасте многократно инфекционные заболевания бактериальной и вирусной природы (ангина, тонзиллит, корь, краснуха, дифтерия, гепатит, туберкулез и др.), а также инфекционно-аллергические процессы (ревматизм, бронхиальная астма и др.). Предупреждение инфекционных заболеваний у детей является важной обязанностью врачей. В профилактике нарушений процесса становления репродуктивной функции большое значение имеют:

- диспансеризация девочек и подростков с участием акушера-гинеколога;
- санитарно-просветительная работа с участием врачей разных специальностей (педиатр, акушер-гинеколог, гигиенист, специалист по физкультуре и спорту и др.);
- рациональное использование детских оздоровительных учреждений;

- своевременная диагностика и лечение заболеваний половой системы (воспалительные процессы, нарушения обмена, эндокринные расстройства и др.) как вторичная профилактика аномалий будущей генеративной функции.

2. Определение риска предстоящих родов

Роды физиологические — процесс изгнания плода и элементов плодного яйца (плаценты, оболочек, пуповины) из матки после достижения плодом жизнеспособности под действием изгоняющих сил.

Если плод извлекается путем кесарева сечения, с помощью акушерских щипцов или других родоразрешающих операций - роды называются оперативными.

Своевременные роды наступают при сроке беременности 38-40 недель. Средняя масса доношенного плода при этом составляет 3400 ± 200 г, длина 50-51 см.

Различают 3 степени риска предстоящих родов: *1 степень (наименьшая)*:

-Роды у повторнородящих, имеющих в анамнезе до 3-х родов с неосложненным течением предыдущих беременностей.

-Первобеременные без акушерской патологии и экстрагенитальных осложнений с нормальными данными акушерской антропометрии.

-Первородящие с одним неосложненным абортom в анамнезе.

2 степень (средняя):

-Беременные старше 30 лет, с анатомически узким тазом, с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (воспалительными заболеваниями, повторными абортами, операциями на матке, привычным невынашиванием, осложненными родами, перинатальной смертностью и травматизмом).

-Беременные с экстрагенитальными заболеваниями: сердечно-сосудистой системы в состоянии компенсации, нетяжелой формой сахарного диабета, заболеваниями почек, крови, анемией и др.

-Пациентки с осложненным течением беременности: с угрозой прерывания, замершей беременностью, гестозом, инфицированием, крупным или мертвым плодом, с неправильным положением плода, предлежанием плаценты.

3 степень (тяжелая):

-Беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями: сердечной недостаточностью, ревматическим и септическим эндокардитом, легочной гипертензией, гипертонической болезнью 2-3 ст., обострением системных заболеваний соединительной ткани, крови.

-Пациентки с тяжелым течением осложнений: тяжелым гестозом, отслойкой плаценты, шоком в родах (болевым, геморрагическим, бактериальным), эмболией околоплодными водами.

3. Факторы риска, влияющие на беременность

Беременность является физиологическим процессом при нормальном ее течении, и все органы и системы у беременной женщины функционируют в нормальном режиме. Однако нагрузка на организм в этот период повышенная в связи с растущим плодом. Поэтому нарушение в диететике и гигиене, перегрузка организма беременной женщины, воздействие неблагоприятных факторов внешней среды могут вредно воздействовать на беременную женщину и на плод и приводить к различным отклонениям в течение беременности.

Исходя из вышесказанного, рациональное питание и выполнение необходимых гигиенических правил способствуют правильному развитию плода, нормальному состоянию беременной женщины, а также хорошей подготовке к родам и нормальному их течению.

При нормальном течении беременности женщина может выполнять обычную работу, так как повседневная умеренная физическая и умственная нагрузка благоприятно воздействует на организм, а также не дает возможности развиться ожирению, ослаблению мышечной системы и не приводит к слабости родовых сил.

Однако любые перегрузки во время беременности (подъем тяжести, переутомление), а также воздействие вредных факторов (радиация, химические вещества, высокие температуры) могут оказать неблагоприятное воздействие на организм беременной женщины.

Во время беременности необходимо достаточно пребывать на свежем воздухе, так как это повышает поступление кислорода к плоду и таким образом улучшает маточно-плацентарное кровообращение.

Длительность сна должна быть не менее 8 часов. Перед сном необходимо в течение 1—2 часов совершить прогулку. Кровать должна быть удобной; постельное белье нужно менять часто. Спать беременной рекомендуется на спине или правом боку.

В течение первых двух и последних двух месяцев беременности не рекомендуется половая жизнь, в остальное время она должна быть умеренной, так как это приводит к возбуждению матки и может привести к самопроизвольному прерыванию беременности.

Контакт беременной женщины с инфекционными больными категорически запрещается, так как это представляет опасность не только для матери, но и для плода.

Необходимо учитывать, что влияние никотина, алкоголя наркотических веществ оказывает крайне неблагоприятное воздействие на плод, поэтому применение алкоголя, наркотиков и курение во время беременности недопустимы.

Никотин — один из основных токсических компонентов табачного дыма — обладает выраженным действием на сосуды, суживая их. Следовательно, у курящих беременных страдает маточно-плацентарное кровообращение. В результате этого плод получает мало кислорода и питательных веществ. Обычно дети у таких женщин рождаются гипотрофичные, с низкой оценкой по шкале Ангар.

При систематическом употреблении алкоголя во время беременности может развиваться алкогольный синдром плода, который характеризуется множественными аномалиями, в том числе физического и психического развития, с нарушениями со стороны ЦНС, замедлением роста, характерными аномалиями лицевого черепа и аномалиями внутренних органов, конечностей и других систем организма.

Воздействие ионизирующей радиации в период органогенеза и плацентации приводят к аномалиям развития плода, часто плод просто погибает. Наибольшей чувствительностью к радиации обладает ЦНС, органы зрения и кроветворная система плода. В первые 2—3 месяца беременности необходимо по возможности полностью отказаться от всяких рентгенологических исследований, особенно связанных с областью малого таза. В более поздние сроки беременности рентгенологические исследования проводят по строгим показаниям, а лучше их заменить на ультразвуковые.

Влияние химических веществ на плод представляет определенную опасность для беременных женщин, и поэтому необходимо строго следить за тем, чтобы концентрации отдельных химических веществ (бензин, фенолы, демитилдиоксан, формальдегид, сероуглерод, ртуть, свинец, мышьяк и некоторые др.), содержащихся в окружающей производственной среде, не превышали предельно допустимых концентраций (ПДК). Необходимо сокращение применения косметики.

Особенностью беременности является воздействие некоторых лекарственных веществ. Так как при беременности изменяется функция печени, концентрация лекарственных препаратов в крови беременной находится на более высоком уровне, чем у небеременных.

Большинство лекарственных препаратов сравнительно свободно проходят через плацентарный барьер, оказывая эмбриотоксическое и тератогенное действие на плод, проявляющееся особенно четко на ранних стадиях развития зародыша (первые 6—8 недель беременности). Поэтому существует ряд

препаратов, которые противопоказаны во время беременности или которые должны применяться с осторожностью (в небольших дозах и в течение короткого времени). Некоторые лекарственные вещества могут даже привести к врожденным уродствам плода. Поэтому применять лекарственные препараты беременная должна только после назначения врача, записанного в листок назначений.

Ношение обуви на каблуках беременной противопоказано, так как это изменяет наклон таза и усиливает напряжение мышц спины и нижних конечностей.

4. Гигиенические правила и диета беременной

Питание беременной женщины должно быть полноценным и рациональным, что способствует нормальному развитию плода и не позволяет развиваться разным осложнениям у матери.

Пища должна быть разнообразной, содержащей все основные питательные вещества.

Изменение вкусовых ощущений у беременной в I половине беременности, особенно в первые два месяца, приводят к повышенному потреблению острых и соленых блюд. Но, затем, на третьем месяце может возникнуть тошнота и даже рвота по утрам.

В этих случаях рекомендуют принимать пищу, лежа в постели, в холодном виде. Особой диеты в I половине беременности не требуется.

Во II половине беременности нужно несколько ограничить прием мясных блюд, преобладать должна молочно-растительная диета, лучше, если это будут молочно-кислые продукты. Обязательно нужно порекомендовать те продукты, которые содержат кальций (творог, орехи). Очень полезны овощи и фрукты, особенно, в сыром виде, так как они содержат большое количество витаминов и микроэлементов (морковь, капуста, яблоки и пр.). Запрещаются острые приправы (перец, уксус, горчица, хрен и др.). Категорически запрещается алкоголь. Учитывая ограничение мясных продуктов, количество белков восполняется рыбой, творогом, сыром, яйцами.

Количество жидкости нужно сократить до 1,5 литров в сутки (учитывается вся жидкость в продуктах), необходимо ограничить соль, так как нарушение водно-солевого режима во II половине беременности способствует развитию отеков.

Беременная женщина должна тщательно следить за чистотой своего тела, так как через кожу выделяются продукты обмена. Купание рекомендуется под душем; в последние месяцы беременности беременной не советуют принимать ванны, чтобы избежать инфицирования через влагалище.

Учитывая усиленную выделительную функцию, беременной женщине необходимо подмывать половые органы мылом после каждого акта мочеиспускания и дефекации движениями спереди назад, чтобы не занести инфекцию из анального отверстия.

Спринцевания беременной женщине не разрешаются.

Необходимо готовить молочные железы к кормлению ребенка (ежедневное обмывание теплой водой с мылом с последующим обтиранием полотенцем). При наличии втянутых сосков их нужно массировать чисто вымытыми руками, оттягивая большим и указательным пальцами кнаружи в течение 5 минут 2—3 раза в день.

Лифчик беременной женщины должен способствовать поддержанию (но не сдавливанию) молочных желез, и он должен быть хлопчатобумажным.

Одежда беременной должна быть свободной, не сдавливать грудь и живот (ношение тугих поясов запрещается). Круглые резинки носить нельзя.

Со II половины беременности рекомендуется носить дородовой пояс, одевать его, лежа на спине и шнуруя снизу-вверх (на ночь снимать). Ношение пояса перемещает центр тяжести, препятствует растяжению брюшной стенки, исключает давление на нижний сегмент матки и является профилактикой преждевременных родов.

Потребность витаминов во время беременности резко возрастает. Их недостаток приводит к ряду нарушений, понижая сопротивляемость организма беременной к инфекционным заболеваниям, снижая трудоспособность, нарушая развитие плода, приводя к выкидышам и преждевременным родам.

Питание беременных должно быть частым (4 раза в день) и небольшими порциями.

У беременных наблюдается склонность к запорам, что можно регулировать употреблением свежих овощей и фруктов, кисломолочных продуктов, черного хлеба.

Так как беременная нуждается в улучшении дыхания, кровообращения, обмена веществ и функций нервной системы, ей полезны специальные гимнастические упражнения. Установлено, что у женщин, занимающихся во время беременности физкультурой, роды протекают более физиологично. Поэтому беременным женщинам, у которых беременность протекает без осложнений, нужно рекомендовать специальный комплекс упражнений.

Проводя диспансеризацию беременных, женщин при выявлении любых отклонений от нормы, осложненного течения беременности, ее направляют в стационар для уточнения диагноза и проведения необходимой коррекции беременности.

5. Содержание бесед с беременными при подготовке к родам

На первом занятии беременной сообщают краткие сведения об анатомическом строении женских половых органов, об изменениях, происходящих в ее организме в связи с беременностью; подчеркивают, что все это обеспечивает нормальное течение родов. Роды освещают как нормальный физиологический акт, дают представление о трех периодах родов. Знакомят женщин с особенностями первого периода родов, объясняют субъективные ощущения рожавшей женщины, дают понятие о схватках, их продолжительности и регулярности. Затем излагают процессы, происходящие в половых органах роженицы в первом периоде родов; подчеркивают физиологический характер происходящих изменений, связанных с раскрытием шейки матки, и разъясняют роль плодного пузыря, околоплодных вод. Обращают внимание на то, что роды протекают при известной затрате физических сил. Поэтому важно, чтобы женщина во время родов сохраняла силы к решающему моменту родового акта — изгнанию плода. Для этого необходимо во время родов спокойное положение, регулярное питание, выполнение указаний медицинского персонала.

На втором занятии указывают, как должна вести себя женщина при появлении схваток в течение всего первого периода родов. Беременных женщин обучают следующим специальным физическим приемам, способствующим правильному течению родов и снижению болевых ощущений.

1. Лежать спокойно.
2. Во время схваток глубоко и ритмично дышать.
3. Сочетать вдох и выдох с легким поглаживанием нижней половины живота концами пальцев обеих рук, проводимым от средней линии живота над лоном кнаружи и вверх.
4. Поглаживать кожу в крестцово-поясничной области в сочетании с дыханием.
5. Прижимать кожу к внутренней поверхности гребешка подвздошной кости у обеих передневерхних остей и у наружных углов пояснично-крестцового ромба. При прижатии у передневерхних остей ладони располагаются вдоль бедер, прижатие же совершается концами больших пальцев. Прижатие у наружных углов пояснично-крестцового ромба совершается подкладыванием кистей рук роженицы, сжатых в кулаки.
6. Считать схватки.
7. В паузе между схватками отдыхать и по возможности дремать.

Приемы должны быть хорошо усвоены беременной и точно выполняться в определенной последовательности, указываемой персоналом.

В конце занятий беременным разъясняют причины, могущие усилить болезненные реакции при родах (страх, беспокойное поведение, переполненный мочевой пузырь и т. д.). Подчеркивают, что эти причины при правильном поведении могут быть устранены.

На третьем занятии беременных знакомят с течением родов во втором и третьем периодах и характером ощущений роженицы. Рекомендуют рациональные положения в начале и в конце периода изгнания. Беременных тренируют задерживать дыхание при потугах. Разъясняют, что для усиления эффективности потуг нужно после глубокого вдоха задержать дыхание на 10—15 секунд, что способствует увеличению мышечного напряжения, повторяя это 2—3 раза в течение каждой схватки. Обучают правильному дыханию и расслаблению всех мышц для уменьшения силы потуги в момент выведения головки. Знакомят с течением послеродового периода, продолжительностью и характером схваток при нем.

Четвертое занятие. Во время четвертого занятия кратко повторяют все пройденное на предыдущих занятиях, проверяют усвоение женщинами указанных выше приемов.

Если при предыдущих посещениях консультации психопрофилактическая подготовка не проводилась в должной мере, и она впервые осуществляется с 35—36-й недели, 4 занятий недостаточно. В таком случае требуется 5 или 6 занятий. Для закрепления создаваемых условных связей во время занятий в консультации необходимо рекомендовать беременной женщине повторять дома усвоенные ею приемы.

Беременную женщину знакомят с порядком и обстановкой в родильном доме и осведомляют об обязательных и возможных манипуляциях во время родов (наружное и влагалищное исследование, внутривенное введение глюкозы, вдыхание кислорода и др.). Беременной разъясняют необходимость строгого выполнения ею всех указаний медицинского персонала, регулярного питания во время родов.

При патронажном посещении беременных акушерка вновь закрепляет в сознании женщины полученное представление о течении родов и правилах поведения во время родов.

Эффект психопрофилактической подготовки в значительной мере зависит от организации работы в родильном доме, поведения медицинских работников. В родильном доме должны быть уютная, спокойная обстановка, приветливое отношение к роженице. В присутствии роженицы не допускаются посторонние разговоры и рассуждения об осложнениях родов. Неправильное поведение медицинского персонала (неосторожные разговоры, недостаточно внимательное отношение к роженице) может снизить результаты психопрофилактической подготовки к родам.

Акушерка ведет постоянное наблюдение за роженицей, ободряет ее, напоминает приемы обезболивания, вселяет уверенность в благоприятном исходе родов. Исследование роженицы, прием родов, все манипуляции проводятся спокойно, без суеты.

После окончания родов акушерка оценивает эффективность психопрофилактической подготовки. При этом учитывается: а) поведение женщины во время родов, б) отзыв роженицы о ее самочувствии и ощущениях. На основании указанных данных выводится одна из следующих оценок эффекта психопрофилактической подготовки — «полный эффект», «частичный эффект», «отсутствие эффекта».

Если роженица не прошла психопрофилактической подготовки в консультации, ее обучают всем приемам в родильном доме. При этом также выявляют и устраняют страхи и опасения и поддерживают уверенность в благоприятном исходе родов. Эффект такой беседы ниже, чем продолжительная психопрофилактическая подготовка.

Во многих консультациях психопрофилактическую подготовку проводят в сочетании с комплексом гигиенической гимнастики для беременных (физиопрофилактическая подготовка к родам). Такое сочетание является эффективным в отношении благоприятного течения родов.

6. Диспансеризация беременных

Диспансеризация беременных — это обязательный профилактический медицинский осмотр беременных женщин. Сюда входит целый комплекс мероприятий — от постановки на учет до прохождения клинических обследований и осмотров у специалистов.

Медицинские услуги для беременных женщин:

- постановка на учет на ранних сроках беременности (до 3 месяцев);
- регулярный осмотр специалистом, к которому женщина прикреплена в женской консультации;
- прохождение целого спектра лабораторных исследований и анализов;
- диспансеризация и консультирование беременных и родильниц, включая физиологическую и психологическую подготовку к родам.

При нормальном развитии плода беременной женщине за все время наблюдения рекомендуют осмотр акушера-гинеколога минимум 5 раз; терапевтом — не менее двух раз; стоматологом, окулистом — однократно; иными докторами — по показаниям.

Скрининги (УЗИ) проводят трижды — на сроках от 11 до 14 недель, от 18 до 21 недели и на 30-34 неделях. Аналогичное количество раз сдают общий анализ крови, трижды — анализы крови на СПИД и сифилис, дважды — на определение микрофлоры и др.

Если нет осложнений, для профилактики проводить диспансеризацию беременных женщин в женской консультации необходимо установленное количество раз:

- в первую половину беременности — 1 раз в месяц;
- после 20-й недели — дважды в месяц;
- после 32-й недели — 2 раза в месяц.

7. Скрининги в акушерстве при беременности

Скрининги — это комплексные исследования, которые проводятся для оценки состояния плода и выявления возможных отклонений.

Цель — ранняя диагностика аномалий развития, хромосомных патологий и расчёт риска осложнений.

Скрининг помогает: - выявить хромосомные аномалии (синдромы Дауна, Эдвардса, Патау);

- заподозрить задержку внутриутробного развития;
 - выявить врождённые пороки (уменьшение головного мозга, аномалию сердца, дефект нервной трубки);
- оценить изменение расположения и нарушение функций плаценты.

Виды скрининга

Выделяют три скрининга за беременность:

Скрининг первого триместра — оценка анатомических структур и рисков развития генетических заболеваний плода. Включает ультразвуковое исследование (УЗИ) и биохимический анализ крови.

Скрининг второго триместра — детальная оценка развития внутренних органов плода и выявление возможных пороков развития.

Скрининг третьего триместра — финальная проверка перед родами.

Однако наблюдение за беременной женщиной ведётся непрерывно, и вне этих периодов тоже могут назначаться дополнительные анализы или исследования по показаниям.

Сроки проведения

Важно соблюдать сроки, указанные врачом, — исследования, проведённые не в срок, не так информативны.

Скрининг первого триместра — с 11 по 14 недели, оптимальный срок — 12–13 неделя.

Скрининг второго триместра — с 18 по 21 неделю.

Скрининг третьего триместра — с 34 по 36 неделю.

При наличии жалоб врачи могут назначить исследования и вне этих промежутков.

Подготовка. Скрининговые исследования — УЗИ и анализы крови — желательно выполнять в один день.

Кровь сдают натощак — в таком случае результат будет максимально достоверным.

За двое суток до УЗИ рекомендуется исключить из рациона продукты, которые способствуют избыточному газообразованию: капусту, бобовые, мучные изделия, газировку, фрукты, овощи.

Интерпретация результатов скринингов УЗИ

На основании скрининга ставится предварительный диагноз. Результаты проверяют на соответствие или несоответствие параметров плода норме.

Толщина воротникового пространства (ТВП) — на 11-й неделе норма — 1–2 мм, ТВП выше 3 мм считается признаком некоторых тяжёлых хромосомных отклонений.

Копчико-теменной размер (КТР) — позволяет определить срок беременности с точностью до 4–5 дней (плюс-минус). Для 11–13 недель КТР в норме — 43–84 мм.

Важно: скрининг не определяет генетические отклонения или болезни, а только выявляет их вероятность. Если выявлены отклонения, беременную направляют на дополнительные исследования.

8. Физикальное обследование беременной

При физиологическом течении беременности проводятся следующие физикальные обследования:

- Измерение массы тела, рост и рассчитать ИМТ (масса тела в кг / рост в м²). Проводится с момента постановки на диспансерный учет на каждом приеме.
- Измерение артериального давления. Проводится с момента постановки на диспансерный учет на каждом приеме.
- Пальпация молочных желез. Проводится однократно при 1-м визите, по показаниям повторно
- Гинекологический осмотр. Проводится однократно при 1-м визите, по показаниям повторно
- Измерение окружности живота и высоты дна матки (ВДМ). Проводится после 20 недель беременности при каждом визите.

Определение ЧСС плода. Проводится после 12 недель беременности при каждом визите (с использованием стетоскопа и/или фетального доплера)

- Пельвиометрия. Проводится однократно при 1-м визите и в третьем триместре.

1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
Оценка жалоб и общего состояния Измерение АД	Оценка жалоб и общего состояния + риск ТЭО Измерение АД Измерение прибавки массы тела Опрос на предмет характера шевелений плода <i>после 16-20 недель беременности (после начала ощущения шевелений)</i> Определение ЧСС плода с помощью стетоскопа или фетального доплера <i>после 20 недель - акушерский стетоскоп или после 12 недель - фетальный доплер</i> Измерение ОЖ, ВДМ и ведение гравидограммы <i>после 20 недель</i>	Оценка жалоб и общего состояния + риск ТЭО Измерение АД Измерение прибавки массы тела Опрос на предмет характера шевелений плода Определение ЧСС плода с помощью стетоскопа или фетального доплера Измерение ОЖ, ВДМ и ведение гравидограммы

9. Лабораторное обследование при нормально протекающей беременности

- Определение антител к вирусу *иммунодефицита человека ВИЧ*. Проводится 2 раза, при первом визите и 3-ем триместре (до 36 недель).

Определение антител к антигену *вирусного гепатита В и С*. Проводится 2 раза, при первом визите и 3-ем триместре (до 36 недель).

- Определение антител к *бледной трепонеме (сифилис)*. Проводится 2 раза, при первом визите и 3-ем триместре (до 36 недель).

- Определение антител к *вирусу краснухи*. Проводится 2 раза, при первом визите и 2-ом триместре (до 22 недель).

- Определение антигена *стрептококка группы В*. Проводится однократно в 35-36 недель

- Микроскопическое исследование влагалищных мазков на *гонококк, трихомонады, дрожжевые грибы*. Проводится 2 раза, при первом визите и 3-ем триместре

- Микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены на выявление бессимптомной бактериурии. Проводится однократно при 1-м визите.

- Определение группы крови и резус фактора. Проводится однократно при 1-м визите.

-Рекомендовано направлять резус-отрицательную беременную пациентку на определение антирезусных антител, 3 раза. При 1-м визите, затем при отсутствии антител в 18-20 недель беременности и в 28 недель беременности

- Общий анализ крови проводится 3 раза, при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности

- Биохимический анализ крови (определение общего белка, мочевины, креатинина, общего билирубина, прямого билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) и глюкозы). Проводится 2 раза, при 1-м визите и в 3-м триместре беременности

- Определение нарушения углеводного обмена (уровень гликемии натощак, ПГТТ (пероральный глюкозотолерантный тест). Проводится 2 раза, при 1-м визите и в 24-26 недель беременности.

- Коагулограмма (активированное частичное, тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, протромбиновое время и количество тромбоцитов. Проводится однократно при 1-м визите.

- Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ). Проводится однократно при 1-м визите
Референсное значение уровня ТТГ у беременной женщины составляет $<3,0$ МЕ/мл. При $\text{ТТГ} \geq 3,0$ МЕ/мл беременную женщину следует направить на консультацию к врачу эндокринологу

- Общий клинический анализ мочи. Проводится 3 раза, при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре -

- Цитологического исследования микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала). Проводится однократно при 1-м визите.

Лабораторная диагностика

Первый триместр	Второй триместр	Третий триместр
- Общий клинический анализ крови (ОАК); - Анализы на ВИЧ, гепатит В и С, сифилис; - Группа крови и резус фактор; - Биохимический анализ крови; - Глюкоза натощак; - Коагулограмма; - Уровень ТТГ; - Определение антител класса G и класса M к вирусу краснухи в крови	Общий клинический анализ крови (ОАК) ;	- Общий клинический анализ крови (ОАК); - Анализы на ВИЧ, гепатит В и С, сифилис; - Биохимический анализ крови; - Коагулограмма;

	<i>Однократно в случае первого визита во втором триместре</i> - Анализы на ВИЧ, гепатит В и С, сифилис; - Группа крови и резус фактор; - Биохимический анализ крови; - Глюкоза натощак; - Коагулограмма; - Уровень ТТГ; - Определение антител класса G и класса М к вирусу краснухи в крови	<i>Однократно в случае первого визита в третьем триместре</i> - Группа крови и резус фактор; - Глюкоза натощак; - Уровень ТТГ
--	--	--

10. Показатели коагулограммы при беременности

На основании клинических наблюдений и лабораторных исследований беременность и роды рассматривают как временные протромботические состояния. Различные нарушения системы гемостаза, врожденные или приобретенные, предрасполагающие к тромбозу (тромбофилии), встречаются достаточно часто. Клинически это проявляется в виде рецидивирующих тромбозов, инсультов, инфарктов, тромбоэмболии, тромбофлебита, привычного невынашивания, внутриутробной гибели плода, отслойки плаценты, задержки внутриутробного развития и т.д.

К наиболее частым причинам тромбозов, связанных с дефектами гемостаза, относят антифосфолипидный синдром, резистентность к активированному протеину С (мутация фактора V), мутацию протромбина, дефицит протеина С, антитромбина III (АТIII), протеина S, наследственные дефекты фибринолиза, гипергомоцистеинемию.

В развитых странах ведущей причиной материнской смертности является легочная тромбоэмболия, что в 2,5 и 5 раз превышает показатели смертности от гипертонии и кровотечений. Случаи венозной тромбоэмболии во время беременности составляют от 0,55 до 0,86/1000 родов. Случаи легочной тромбоэмболии достаточно равномерно распределяются между периодами перед родами и после родов и более характерны для родов посредством КС. Случаи артериальной тромбоэмболии необычны для беременности и послеродового периода. Факторы атеросклеротического риска часто есть у женщин после перенесенного инфаркта и ассоциируются с гипертензией беременности и КС.

В репродуктивной медицине основное практическое значение имеет исследование системы гемостаза с целью предупреждения развития различных осложнений и их своевременной медикаментозной коррекции. При этом такая диагностика должна быть оперативной, надежной и вместе с тем доступной.

Стандартные скрининговые тесты вторичного гемостаза представлены протромбиновым временем, АЧТВ, тромбиновым временем, уровнем фибриногена. Факторы свертывания и регулирующие белки оценивают функционально или количественно. Фибринолитическую активность оценивают по уровню продуктов деградации фибрина/фибриногена (D-димер).

Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) — скрининговый тест, используемый преимущественно для оценки эффективности внутреннего пути свертывания, в реализации которого принимают участие фибриноген, протромбин, факторы V, VIII, IX, X, XI, XII, а также для мониторинга пациентов, получающих гепариновую терапию. АЧТВ обычно изменяется при снижении уровня любого из факторов ниже 30-40% от нормы. Укорочение АЧТВ свидетельствует о

повышении свертываемости (гиперкоагуляции). Определение АЧТВ наряду с другими тестами используют в диагностике ДВС.

Протромбиновое время (протромбин по Квику) — скрининговый тест для оценки дефицита факторов протромбинового комплекса и активности внешнего пути свертывания, зависящего от содержания фибриногена, протромбина, факторов V, VII и X. Синтез этих факторов свертывания в печени зависит от присутствия в организме витамина К, антагонистами которого являются непрямые антикоагулянты (или антикоагулянты непрямого действия), поэтому протромбиновый тест используют для контроля терапии непрямыми антикоагулянтами.

Международное нормализованное отношение (МНО) — дополнительный способ представления результатов протромбинового теста, рекомендованный комитетом экспертов ВОЗ, Международным комитетом по изучению тромбозов и гемостаза и Международным комитетом по стандартизации в гематологии для контроля терапии непрямыми антикоагулянтами. МНО рассчитывают по формуле: $\text{МНО} = (\text{протромбиновое время пациента} / \text{нормальное среднее протромбиновое время}) \times \text{МИЧ}$, где МИЧ — Международный индекс чувствительности — показатель чувствительности тромбопластина, стандартизирующий его относительно международного стандарта.

МНО — математическая коррекция, при помощи которой производят стандартизацию протромбинового времени, измеренного с помощью различных тромбопластинов, имеющих разную чувствительность. Оптимальные пределы МНО, которые должны быть достигнуты в ходе лечения непрямыми антикоагулянтами, зависят от терапевтических целей, и определяет их лечащий врач.

Тромбиновое время — скрининговый тест, дающий характеристику общего пути скринингового каскада, этапа превращения фибриногена, основного субстрата свертывающей системы, в фибрин. Определение тромбинового времени используют в целях выявления дисфибриногемий и оценки антикоагулянтной активности крови. Пролонгированное тромбиновое время наблюдают при значительном снижении уровня фибриногена в крови, при скоплении в крови продуктов деградации фибрина, в том числе при ДВС-синдроме, тромболитической терапии или присутствии в крови аномальных форм фибриногена (при врожденной патологии и вследствие заболеваний печени).

Протромбиновое время и АЧТВ, как правило, укорачивается ко второй половине беременности, в основном из-за возрастающей активности фактора VIII. Тромбиновое время остается постоянным на протяжении всего гестационного процесса (табл.).

Таблица Медиана и референсные значения скрининговых параметров гемостаза у небеременных и в динамике физиологической беременности

Показатель	Небеременные	I триместр	II триместр	III триместр
Протромбин, %	94 70-120	98 80-130	115 85-140	112 90-150
Международное нормализованное отношение	1,0 0,9-1,1	0,91 0,8-1,08	0,92 0,85-1,06	0,95 0,8-1,09
Активированное частичное тромбопластиновое время, с	38,0 28,0-42,0	35,6 26,0-40,0	31,0 26,3-40,1	30,5 25,2-35,2
Тромбиновое время, с	16,0 14,0-20,0	15,2 13,1-17,4	15,0 13,2-17,5	15,2 13,0-18,0

Физиологическая беременность — это гиперкоагуляционное состояние, которое сопровождается повышением уровня фактора Виллебранда (на 200-300%), фибриногена (на 20-50%), VII, VIII, IX, X факторов в результате увеличения их синтеза и активации тромбина (табл.).

Таблица Медиана и референсные значения уровня фактора Виллебранда и фибриногена у небеременных и в динамике физиологической беременности

Показатель	Небеременные	I триместр	II триместр	III триместр
Фактор Виллебранда, %	94 75-125	130 75-270	190 100-315	215 125-380
Фибриноген, г/л	290 200-400	350 220-510	430 240-640	440 330-680

Содержание фибриногена увеличивается при воспалительных процессах, что служит причиной повышения СОЭ. Поскольку во время беременности значительно повышается уровень фибриногена, использование его у беременных в качестве чувствительного маркера воспаления и некроза тканей как одного из белков острой фазы воспаления неинформативно.

Уровни основных физиологических антикоагулянтов антитромбина III и протеина С стабильны на всем протяжении беременности. При этом отмечают постепенное снижение уровня общего и свободного (биологически активного) протеина S к концу беременности (табл.).

D-димер — продукт деградации фибрина, один из наиболее специфических тестов диагностики ДВС-синдрома, тромбофилии и тромбоза, маркер образования тромбина, формирования фибрина и активации вторичного фибринолиза. Несмотря на ограниченную специфичность теста, определение D-димера имеет преимущества по сравнению с измерением других маркеров коагуляции и фибринолиза, так как D-димер образуется только при условии, что имеют место оба эти процесса. Так, уровень D-димера не меняется при первичном фибринолизе, дисфибриногемиях. На концентрацию D-димера в крови влияют такие факторы, как величина тромба, время от начала клинических проявлений до назначения антикоагулянтной терапии, прием антикоагулянтов, на фоне которых уровень D-димера постепенно снижается, тромболитическая терапия, которая вызывает повышение уровня D-димера. У беременных, начиная с ранних сроков беременности, уровень D-димера в крови постепенно повышается. К концу срока беременности значения его могут в 10 раз превышать исходный уровень. Значительно более высокие показатели D-димера отмечают у женщин с осложненным течением беременности. Уровень D-димера повышен, по крайней мере, в течение недели после родоразрешения (табл.).

Таблица Медиана и референсные значения физиологических антикоагулянтов и фибриногена у небеременных и в динамике физиологической беременности

Показатель	Небеременные	I триместр	II триместр	III триместр
Антитромбин III, %	106 80-120	100 75-125	99 77-130	98 80-125
Протеин С, %	108 70-130	99 73-135	102 80-125	101 85-120
Протеин S общий, %	105 70-140	80 40-115	66 35-101	62 30-101
Протеин S свободный, %	101 70-140	75 45-110	62 30-85	57 20-90

Таблица Медиана и референсные значения D-димера у небеременных и в динамике физиологической беременности

Показатель	Небеременные	1 триместр	II триместр	III триместр
D-димер, мкг/мл	0,26 0,05-0,5	0,28 0,08-0,9	0,6 0,3-1,1	1,2 0,5-2,2

11. Профилактика и прогноз при гипоксии плода

Факторы, от которых зависит прогноз при гипоксии плода:

Ранняя диагностика и лечение. Если гипоксия плода была определена и устранена на ранних стадиях, то прогноз, как правило, благоприятен. Большинство детей, перенёсших лёгкую или умеренную гипоксию, восстанавливаются без последствий.

Позднее выявление. Если гипоксия обнаруживается на поздних стадиях или сопровождается другими осложнениями, прогноз может быть менее оптимистичным. В зависимости от степени и продолжительности гипоксии возможны различные неврологические и физиологические последствия.

При тяжёлой гипоксии или длительном кислородном голодании, даже при активном лечении, могут развиваться необратимые последствия для различных органов ребёнка.

Специфических методов профилактики в отношении гипоксии плода не разработано. Для минимизации рисков нужно придерживаться следующих рекомендаций:

Регулярно наблюдаться у гинеколога. Посещение врача по графику позволит своевременно выявить факторы риска и начать лечение. Посещать гинеколога во время беременности нужно не меньше 7 раз, а вне беременности не реже 1 раза в год.

Сбалансированно питаться. Употребление достаточного количества железа, фолиевой кислоты и других важных элементов поможет предотвратить анемию и другие состояния, которые могут способствовать гипоксии.

Отказаться от вредных привычек. Курение, употребление алкоголя и наркотиков могут существенно увеличить риск гипоксии плода.

Избегать стресса. Снижение уровня стресса и переутомления помогают нормализовать кровообращение и обеспечить плод кислородом. Для этого нужно нормально высыпаться и часто гулять на свежем воздухе. Полезными будут занятия с психологом или психотерапевтом.

Быть физически активной. Регулярные умеренные физические нагрузки, такие как прогулки или специальная гимнастика для беременных, а также посещение бассейна помогут поддерживать хорошее кровообращение.

Контролировать хронические заболевания, например диабет и гипертонию.

Избегать приёма медикаментов без назначения врача. Некоторые препараты (в частности сосудосуживающие) могут вызвать нарушение кровообращения плода или другие неблагоприятные эффекты. Поэтому даже безрецептурные лекарства нужно принимать только после консультации с врачом.

Комплексный подход, включая регулярное медицинское наблюдение и соблюдение рекомендаций по образу жизни, снижает вероятность развития осложнений, связанных с гипоксией плода, но не гарантирует, что гипоксия не возникнет. Порой причины острой гипоксии остаются невыявленными, они не зависят от возраста и наличия соматической патологии. Но своевременное выявление причин гипоксии играет большую роль в уменьшении последствий.

12. Инфекционные и психологические осложнения у женщин в послеродовом периоде

Также довольно частая патология, которая может протекать в скрытой, стёртой форме или с развёрнутой клинической картиной и тяжёлыми последствиями для здоровья. Наиболее часто встречающихся патологиях.

Послеродовой эндометрит и хориоамнионит

Начинаются данные заболевания с повышения температуры тела до субфебрильных (до 39 °C) и фебрильных цифр температуры (свыше 39 °C), озноба, слабости, потери аппетита, болей в нижней части живота. Выделения из влагалища меняют цвет: становятся обильными, с неприятным запахом. Инволюция и сокращение матки нарушается. В тяжёлых случаях инфицирование может перейти из местных форм в генерализованную инфекцию - сепсис и септикопиемию.

Профилактику начинают с введения антибиотиков сразу после родов, тщательном обеззараживании послеродовых швов и осмотра родовых путей. Даже при малейших сомнениях на наличие остатков последа или плодных оболочек в матке, проводят ручное обследование всех стенок матки, при необходимости - выскабливание.

Основное правило профилактики инфицирования - соблюдение правил личной гигиены.

Послеродовой мастит

Мастит - это воспаление молочных желёз. Протекает мастит в лёгких формах. Однако если его вовремя не распознать, то может возникнуть гангрена, что повлечёт за собой удаление одной груди.

Заподозрить мастит помогут повышение температуры тела, нагрубание одной из молочных желез, локальные боли. С течением времени поражённая молочная железа краснеет, при пальпации в ней определяются плотные болезненные образования. Отделение молока чрезвычайно болезненно.

В качестве основной профилактической меры рекомендовано сцеживать молоко после каждого кормления грудью. Это снижает риск возникновения лактостаза (застоя молока), что предотвратит инфицирование.

Кроме того, предотвратить мастит помогут следующие рекомендации:

Нужно носить свободный бюстгальтер из натуральных тканей в течение всего периода грудного вскармливания.

Мыть соски тёплой водой до кормления и после него.

Своевременно лечите трещины вокруг сосков.

Мытьё рук перед каждым новым кормлением. Санируйте хронические очаги инфекции в организме.

Послеродовая депрессия

Как осложнение встречается практически у всех женщин. Связана она с очередным изменением гормонального фона. Ситуацию осложняет ежедневная рутина: уход за новорожденным, снижение уровня общения с окружающими людьми, домашний быт, который не разбавляется новыми впечатлениями.

Справиться с депрессией помогут родственники и, в первую очередь, супруг. Не нужно сразу же принимать антидепрессанты. В первую очередь, нужно поменять своё отношение к ситуации. Старайтесь больше проводить времени на свежем воздухе, совмещайте прогулки с малышом со встречей со старыми друзьями. Уделите больше внимания и времени своему супругу, сходите с ним ненадолго развлечься. Послеродовая депрессия проходит самостоятельно и не требует наблюдения у психиатра или психолога.