

ДЛЯ ПАЦИЕНТОК, ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ И БЕРЕМЕННЫХ

Прегравидарная подготовка очень важна для правильного развития плода, вынашивания беременности, с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Женщина, планирующая беременность (на прегравидарном этапе), и беременная женщина должна придерживаться рекомендации врача акушер-гинеколога. К ним относятся

Нормализация массы тела на прегравидарном этапе и правильная прибавка массы тела во время беременности в зависимости от исходного индекса массы тела.

Отказ от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость.

Отказ от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения

Регулярная умеренная физическая нагрузка (20-30 минут в день)

Избегания физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу (например, контактные виды спорта, такие как борьба, виды спорта с ракеткой и мячом, подводные погружения)

Меры профилактики тромбо-эмболических осложнений, такие как ходьба по салону самолета, обильное питье, исключение алкоголя и кофеина, и ношение компрессионного трикотажа на время полета

Правильного использования ремня безопасности в автомобиле, так как правильное использование ремня безопасности снижает риск потери плода в случае аварий в 2-3 раза

Правила здорового образа жизни, направленного на снижение воздействия на организм вредных факторов окружающей среды (поллютантов)

Необходимости отказа от курения и алкоголя

Необходимости правильного питания, в частности, отказа от вегетарианства и снижения потребления кофеина, отказа от потребления рыбы, богатой метилртутью, снижения потребления пищи, богатой витамином А (например, говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее) и потребления пищи с достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ. Избегать потребление не пастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза.

Женщина, планирующая беременность должна следить за своим вакцинальным статусом, так риск заражения и последствия перенесенной инфекции напрямую действуют на развитие плода и течение беременности.

В сезон гриппа вакцинация вакцинами для профилактики гриппа делается на прегравидарном этапе за 1 месяц до планируемой беременности, и беременным женщинам во 2-м-3-м триместре беременности (в группе повышенного риска – начиная с 1-го триместра беременности)

Вакцинация от COVID-19 лучше провести пациенткам, планирующим беременность, и беременным пациенткам вакцинами для профилактики COVID-19 с актуальным антигенным составом согласно инструкциям к лекарственным препаратам. Кратность вакцинации определяется нормативными документами Минздрава России.

Вакцинироваться не привитой и не болевшей ранее беременной пациентке от желтой лихорадки допускается только при предстоящем переезде в эндемичную зону или по эпидемическим показаниям от полиомиелита, гепатита А и В, менингококковой и пневмококковой инфекции следует при предстоящем переезде в эндемичную зону, в качестве постконтактной специфической профилактики и при высоком риске заражения при условии отсутствия вакцинации в период прегравидарной подготовки

Лечебно-профилактическая иммунизация вакциной для профилактики бешенства возможна при угрозе заражения бешенством в результате контакта и укуса больными бешенством животными, животными с подозрением на заболевание бешенством, дикими или неизвестными животными. От столбняка следует при высоком риске инфицирования и при отсутствии вакцинации на прегравидарном этапе.

От дифтерии и коклюша следует при высоком риске инфицирования и при отсутствии вакцинации на прегравидарном этапе.

Женщина планирующая беременность (на прегравидарном этапе), за 2-3 месяца до наступления беременности и на протяжении первых 12 недель беременности пероральный прием фолиевой

кислоты в дозе 400-800 мкг в день с целью снижения риска дефекта нервной трубки у плода, так же за 2-3 месяца до наступления беременности и на протяжении всей беременности пероральный прием препаратов йода (калия йодида**) в дозе 200 мкг в день показан с целью устранения йодного дефицита и для профилактики нарушений нейrogenеза у плода

Для нормальной беременности характерна одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37-41.6 недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.

Нормальная беременность диагностируется при визуализации одного жизнеспособного эмбриона/плода (определяется сердцебиение эмбриона/плода) без пороков развития в полости матки при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов малого таза и плода.

С какими жалобами, может столкнуться беременная женщина.

Тошнота и рвота. 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.

Масталгия является нормальным симптомом во время беременности, наблюдается у большинства женщин в 1-м триместре беременности и связана с отечностью и нагрубанием молочных желез вследствие гормональных изменений.

Боль внизу живота во время беременности может быть нормальным явлением как, например, при натяжении связочного аппарата матки во время ее роста (ноющие боли или внезапная колющая боль внизу живота) или при тренировочных схватках Брекстона-Хиггса после 20-й недели беременности (тянущие боли внизу живота, сопровождающиеся тонусом матки, длящиеся до минуты, не имеющие регулярного характера). Но если боль выраженная, постоянная или схваткообразная, имеющая регулярный характер или появились кровянистые выделения, подтекание околоплодных вод, требуется немедленное обращение к врачу акушер-гинекологу или вызов скорой помощи.

Изжога (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) Чаще она развивается в 3-м триместре беременности. 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. 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.

Геморрой 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. 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. Среди женщин с болью в спине у 47-60% боль впервые возникает на 5-7-м месяце беременности. Самой частой причиной возникновения боли в спине во время беременности является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести, и снижение тонуса мышц под влиянием релаксина.

Распространенность боли в лобке, как правило, на поздних сроках беременности.

Синдром запястного канала (карпальный туннельный синдром). В результате сдавления срединного нерва в запястном канале, и характеризуется ощущением покалывания, жгучей болью, онемением руки, а также снижением чувствительности и моторной функции кисти.

Для коррекции жалоб используются не медикаментозные методы, такие как

на тошноту и рвоту - соблюдение диеты. Диета включает: дробное питание, малыми порциями, исключение из рациона жирных, жареных блюд, шоколада, острых блюд, газированных напитков, кофе, крепкого чая.

на изжогу - избегать положений тела, способствующих возникновению изжоги; соблюдению диеты; ношению свободной одежды, не давящей на область желудка.

на запоры и геморрой - увеличение двигательной активности и модификация рациона питания. Модификация рациона питания включает путем добавление к пище пищевых волокон.

на варикозное расширение вен нижних конечностей — ношение компрессионного трикотажа, при выраженном расширении вен нижних конечностей рекомендована консультация врача сосудистого хирурга. Могут быть назначены сеансы лечебной физкультуры и контрастный душ в сочетании с правильным режимом труда и отдыха.

на боль в спине - соблюдение режима физической активности. Соблюдение режима физической активности включает плавание, массаж и физические упражнения.

на боль в лобке вследствие развития симфизита - ношение бандажа и использование локтевых костылей при движениях.

К медикаментозным методам коррекции жалоб, относится

на изжогу - препараты с антацидным действием , обволакивающие и вяжущие препараты растительного происхождения.

на геморрой - антигеморроидальные средства в виде ректальных свечей или кремов, разрешенных к применению во время беременности, а также пероральный прием лекарственных препаратов, содержащих биофлавоноиды (гесперидин+диосмин).

при выявлении бессимптомной бактериурии - пероральный курс антибактериальной терапии.

Важно принимать витамины и пищевые добавки для развития плода, вынашивания беременности, с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Фолиевой кислоты на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400-800 мкг в день. Пероральный прием препаратов йода (калия йодида) на протяжении всей беременности в дозе 200 мкг в день.

Группе высокого риска по преэклампсии при низком потреблении кальция (менее 600 мг/день)- пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/день.

Группы высокого риска гиповитаминоза пероральный прием колекальциферола на протяжении всей беременности в дозе 500-1000 МЕ в день с целью профилактики дефицита витамина D для снижения риска акушерских осложнений.

Группы высокого риска авитаминоза - пероральный прием поливитаминов на протяжении всей беременности.

Не всем показана Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот . Курящей беременной пациентке можно добавить прием Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, так как это снижает риск спонтанных преждевременных родов и рождения маловесных детей.

При нормальном уровне гемоглобина и/или ферритина не стоит принимать препараты железа без рекомендации терапевта.

Не стоит принимать витамина А.

Не для всех подходит прием витамина Е и аскорбиновой кислоты.

Необходимые исследования во время беременности в себя включают

- 1) уровня антител к вирусу иммунодефицита человека в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности
- 2) на определение антител к вирусу гепатита В в крови или определение антигена вируса гепатита В в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности
- 3) на определение суммарных антител к вирусу гепатита С в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности
- 4) на определение антител к бледной трепонеме в крови при 1-м визите и в 3-м триместре
- 5) на определение антител класса G и класса M к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови однократно при 1-м визите в 1-м или 2-м триместрах

- 6) на определение антигена стрептококка группы В в отделяемом цервикального канала в 35-37 недель
- 7) на микроскопическое исследование влагалищных мазков при 1-м визите и в 3-м триместре беременности, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые
- 8) на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1-м визите
- 9) на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите. Рекомендовано направлять резус-отрицательную беременную пациентку на определение антирезусных антител при 1-м визите, затем при отсутствии антител в 18-20 недель беременности и в 28 недель беременности
- 10) на проведение общего (клинического) анализа крови при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности
- 11) на проведение биохимического общетерапевтического анализа крови при 1-м визите и в 3-м триместре. Биохимический общетерапевтический анализ крови включает определение общего белка, мочевины, креатинина, общего билирубина, прямого билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) и глюкозы.
- 12) на определение нарушения углеводного обмена при 1-м визите и в 24-26 недель беременности
- 13) на проведение перорального глюкозотолерантного теста с 75 г глюкозы в 24-28 недель беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена
- 14) на проведение коагулограммы (ориентировочного исследования системы гемостаза) при 1-м визите и перед родами. Исследование коагулограммы включает: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, протромбиновое (тромбопластиновое) время (ПВ) и количество тромбоцитов.
- 15) на исследование уровня тиреотропного гормона в крови однократно при 1-м визите
- 16) на проведение общего (клинического) анализа мочи при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности. Рекомендовано после 22 недель беременности во время каждого визита беременной пациентки определять белок в моче.
- 17) на проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) при 1-м визите во время беременности.
- 18) УЗИ плода при сроке беременности 11-13.6 недель в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики (УЗИ скрининг 1-го триместра) УЗИ в 1-м триместре беременности также может быть назначено при раннем 1-м визите и сроке задержки менструации ≥ 7 дней для исключения внематочной беременности.
- 19) УЗИ плода (УЗ скрининг 2-го триместра) для оценки роста плода, диагностики ранних форм ЗРП, исключения врожденных аномалий развития, оценки экстра эмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию) в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную .
Дополнительные УЗИ во 2-м триместре беременности могут быть назначены при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода.
- 20) УЗИ плода при сроке беременности 30-34 недели для диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода. Дополнительные УЗИ в 3-м триместре беременности (после 34-36 недель) могут быть назначены для уточнения при подозрении на неправильное положение или предлежание плода, при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности.
- 21) УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрии) с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели. К группе высокого риска развития позднего выкидыша и ПР относятся пациентки с указанием на наличие поздних выкидышей/ПР в анамнезе.
- 22) На проведение ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока во время 2-го УЗИ (при сроке беременности 18-20 недель), и в 3-м триместре беременности (при сроке беременности 30-34 недели).
- 23) Кардиотокографии (КТГ) плода с 33 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели.

К нормальным родам относится - своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при

которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии

Объективными признаками родов являются: сокращения матки с определенной регулярностью (во время активной фазы не менее 3-х схваток за 10 мин) и структурные изменения шейки матки (укорочение-сглаживание-раскрытие).

Роды состоят из 3-х периодов. Первый период родов - время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Точное время начала родов чаще всего устанавливается на основании опроса роженицы - уточняют время, когда сокращения матки (схватки) начали происходить регулярно каждые 5 минут в течение более 1 часа

Методы направленные на обезболивание и облегчение самопроизвольных родов

Подвижное и свободное положение в родах

Применение не медикаментозных методов обезболивания родов с целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности пациентки

Медикаментозные методы обезболивания. Кроме эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной возможно применение паравerteбральной поясничной симпатической блокады.

Также возможно использование ингаляционных методов обезболивания, хотя они являются менее эффективными

Прием жидкости во время родов с целью профилактики обезвоживания и кетоза

Теплый компресс из чистой ткани, намоченный теплой водой (43°C), на промежность и массаж промежности с гелем во втором периоде родов снижает риск разрывов промежности 3-й+ степени, но не влияет на риск разрывов промежности 1-й и 2-й степени. Данные техники выполняются во время и между потугами. Пальцевой массаж выполняется перемещающимися движениями из стороны в сторону внутри влагалища пациентки с мягким давлением вниз. Пособия по защите промежности могут быть использованы для профилактики травм промежности и облегчения рождения ребенка и должны быть основаны на имеющейся практике

Подготовка к родам с целью снижения тревоги и страха перед родами, и увеличения вероятности успешных влагалищных родов и грудного вскармливания, для этих целей создан кабинет медико-социальной и правовой помощи

Кабинет Медико-социальной и правовой помощи

- медико-социальный патронаж беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке, выявление факторов социального риска у женщин для благополучного завершения беременности;

- осуществление мероприятий по предупреждению аборт, проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности;

- социально-психологическая помощь несовершеннолетним, состоящим на учёте в ЖК, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;

- обследование жилищно-бытовых условий с целью оказания социальной помощи, выявления на ранних стадиях социального неблагополучия семей и предупреждения социального сиротства детей. Определение характера и объема необходимой им помощи.

- профилактика насилия в семье: консультативно-психологическая и медико-социальная помощь женщинам, пострадавшим от сексуального насилия.

- участие в совещаниях, научно-практических конференциях и семинарах.

- информирование пациентов о услугах, оказывающих социально-психологическую помощь.

Специалисты ведут межведомственное взаимодействие с учреждениями здравоохранения края, учреждениями социального обслуживания населения, сотрудничество с представителями церкви, Кризисный Центр помощи женщинам Благотворительный фонд Елизаветенский

Астрахань, ул. Коммунистическая 38а/пер. Березовского 13а

СТОП-АБОРТ 8-800-100-48-77

По общим вопросам +7 (961) 812-19-94

В женской консультации ГБУЗ АО «КРД» каждый вторник с 9:00 до 14:00 ведет прием психолог. По любым вопросам - бесплатно. Записаться можно по телефону 31-78-46.

Основная деятельность кабинета медико-социальной помощи:

- Доабортное консультирование. Цель консультирования – осознанный выбор, поиск внутренних и внешних ресурсов для принятия решения в пользу материнства, расширение границ восприятия ситуации. Репродуктивное консультирование является приоритетным направлением в работе кабинета.
- «Школа материнства» направленная на психологическую подготовку беременных женщин к родам, формирование материнской компетентности, развитие навыков саморегуляции, преодоление тревоги и страхов, профилактику послеродовой депрессии, мотивацию на грудное вскармливание.
- Консультирование женщин при перинатальных утратах.
- Разработка и распространение информационных материалов (листочков, буклетов) по пропаганде здорового образа жизни, профилактике нежелательной беременности.

Перинатальный психолог Синяева Оксана Борисовна

Режим работы: 13.00 до 16.00

Запись на прием ведется в регистратуре женской консультации

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

Классификация неотложности кесарева сечения

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

II категория - в неотложной Форме - без явных признаков угрозы жизни, при наличии осложнений у матери или плода, которые требуют неотложного родоразрешения.

III категория - в плановой Форме - время родоразрешения определяется в соответствии с оптимальным временем родоразрешения для женщины и плода.

В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС
-при полном вращении плаценты.

-при предлежании сосудов плаценты

-при следующих предшествующих операциях на матке: два и более КС; миомэктомия (2-5 тип по классификации РЮО или неизвестное расположение миоматозного узла)

-при гистеротомии в анамнезе (перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное КС в анамнезе, Т-образный или 1-образный разрез) или при наличии препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка (анатомически узкий таз II и более степени сужения; деформация костей таза; миома матки больших размеров, особенно в области нижнего сегмента, препятствующая деторождению через естественные родовые пути; рубцовые деформации шейки матки и влагалища после предшествующих операций, в том числе

после разрыва промежности ПНУ степени; рак шейки матки, кроме преинвазивных и микроинвазивных форм рака шейки матки)

-при тазовом предлежании плода: при сроке беременности менее 32 недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода <2500 г или >3600 г

-при устойчивом поперечном положении плода

-при дистоции плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным исходом (мертворождение, тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и матери (лонного сочленения)

-для профилактики неонатального герпеса планировать родоразрешение путем кесарева сечения всем беременным, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или были выявлены клинические проявления генитального герпеса накануне родов, т.к. в этом случае существует значительный риск вирусывыделения во время родов

-для профилактики неонатального герпеса при излитии околоплодных вод у пациенток с клиническими проявлениями генитального герпеса рассмотреть вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения в неотложном порядке

-при ВИЧ инфекции при вирусной нагрузке перед родами >1000 копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке перед родами или неприменении противовирусной терапии во время беременности и/или непроведении антиретровирусной профилактики в родах

-при некоторых аномалиях развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров)

-при соматических заболеваниях, требующих исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка)

В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС

-при преэклампсии тяжелой степени, HELLP синдроме при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути)

-при некорригируемых нарушениях сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, дистоция шейки матки), не сопровождающихся дистрессом плода

-при отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином.

-при хориоамнионите и неготовности естественных родовых путей к родам

-при дистресс-синдроме плода, сопровождающегося сомнительным типом КТГ, прогрессирующим, несмотря на проведенную терапию (может быть использован увлажненный #кислород и/или быстрое введение растворов, влияющих на водно-электролитный баланс, и/или смена положения тела и/или острый токолиз или нарушением кровотока в артерии пуповины по данным доплерографии

В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при любом варианте предлежания плаценты с кровотечением

-при прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

-при угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки

-при дистресс-синдроме плода, сопровождающемся признаками прогрессирующего метаболического ацидоза по данным КТГ или уровня лактата

-при клинически узком тазе [39].

-при выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании

-при приступе эклампсии в родах

-при агонии или внезапной смерти женщины при наличии живого плода (при наличии возможности)

Плановое родоразрешение путем КС рекомендовано проводить в 39-40 недель беременности

СТОП АБОРТ

Искусственный аборт (медицинский аборт) - искусственное прерывание беременности до 21.6 недель включительно.

Искусственный аборт (медицинский аборт) проводится по: (1) медицинским показаниям со стороны матери (когда пролонгирование беременности ассоциировано с высоким риском материнской смерти) или со стороны плода (при некорректируемых заболеваниях плода, несовместимых с жизнью и/или с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья) (независимо от срока беременности), (2) по социальным показаниям (до 21.6 недель беременности включительно), (3) по настойчивому желанию женщины при условии обязательного проведения профессионального психологического консультирования в кабинете медико-социальной помощи женской консультации или в центре медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (до II. 6 недель беременности включительно).

После хирургического аборта на любом сроке беременности и медикаментозного аборта на сроке >12° недель беременности необходимо патолого-анатомическое исследование материала ранних и поздних выкидышей с целью подтверждения факта беременности, наличия аномалий плода при прерывании беременности по медицинским показаниям со стороны плода, исключения трофобластической болезни. После медицинского аборта рекомендовано исследование уровня хорионического гонадотропина человека (свободная Р-субъединица) (Р-ХГЧ) в сыворотке крови по показаниям (при клинической картине неполного аборта или подозрении на сочетание с внематочной беременностью) с целью подтверждения факта полного прерывания УЗИ матки и придатков (до 96 недель беременности) или УЗИ плода (после 10° недель беременности) перед медицинским абортом с целью диагностики беременности, ее локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия сердцебиения эмбриона/плода с демонстрацией пациентке его изображения и сердцебиения (при наличии), наличия и состояния (при его наличии) рубца на матке, расположения хориона/плаценты (предлежания плаценты, прикрепления в области рубца при его наличии)

УЗИ матки и придатков трансвагинальное (при невозможности - трансабдоминальное или трансректальное) после медицинского аборта по показаниям (при клинической картине неполного аборта или подозрении на сочетание с внематочной беременностью) с целью подтверждения факта полного прерывания беременности

Медикаментозный медицинский аборт производят в I-м триместре беременности при длительности аменореи <42 дней с целью опорожнения полости матки.

При невозможности выполнения медикаментозного медицинского аборта до II. 6 недель беременности или при наличии противопоказаний использования медикаментозных препаратов, используемых в схеме медикаментозного прерывания беременности, проводят вакуум-аспирацию содержимого полости матки с целью ее опорожнения. При невозможности выполнения

медикаментозного медицинского аборта на сроке $>12^{\circ}$ недель или при наличии противопоказаний к применению медикаментозных препаратов, используемых в схеме медикаментозного прерывания беременности, проводят расширение шейки матки и эвакуация содержимого полости матки (плодоразрушающая операция)

Обезболивание при хирургическом вмешательстве проводится по выбору врача анестезиолога-реаниматолога

Медикаментозное прерывание беременности считается наиболее безопасным, однако и оно несет в себе риски.

маточные кровотечения, требующие проведения инструментального опорожнения матки в стационаре (вакум-аспирации полости матки) и применения сокращающих матку средств; неполный аборт (остатки плодного яйца удаляются также с помощью вакуум-аспирации полости матки в стационаре); инфекционные осложнения (риск развития их составляет менее 1% случаев); прогрессирование беременности в ситуации, когда не произошло отторжение плодного яйца.

Возможные осложнения при вакуумном и хирургическом аборте. Ранние осложнения

Возникают непосредственно во время процедуры и в первые сутки послеоперационного периода

Кровотечение во время процедуры – может случиться при нарушении свертывающей системы крови у пациентки, а также при отсутствии должного сокращения стенок матки в ходе процедуры. Плохо сокращаются стенки много раз рожавшей или перенесшей большое количество абортот матки (неполноценная мышечная ткань). Такое состояние требует применения больших доз сокращающих матку препаратов, в очень редких случаях при невозможности остановки кровотечения матку удаляют. При нарушениях свертывающей системы крови проводят возмещение факторов свертывания путем применения препаратов или переливания крови. Перфорация матки (случайный прокол) при проведении вакуумного аборта возникает редко, так как не используются острые инструменты. Тем не менее, хоть и редко, но такое может произойти при расширении шейки матки или исследовании длины полости матки перед процедурой с помощью маточного зонда.

При проведении выскабливания с помощью острой кюретки риск перфорации стенки матки увеличивается. Острым инструментом можно пройти через стенку матки и ранить прилежащие петли кишечника, мочевого пузыря. В данном случае операция аборта заканчивается переходом на полостную операцию (для ушивания раны кишечника, к примеру, или остановки кровотечения из перфорированной стенки матки).

Непосредственно при проведении процедуры может возникнуть аллергическая реакция на препараты для наркоза.

При расширении шеечного канала может быть травмирована шейка матки.

Поздние осложнения

Могут наблюдаться в течение недели, нескольких месяцев после операции:

После проведения аборта в норме кровянистые выделения продолжаются еще несколько дней. Иногда после аборта и расширения шейки матки шеечный канал закрывается слишком рано, кровь скапливается в полости матки и возникает так называемое осложнение гематометра. Такое осложнение можно заподозрить, если на следующий день после проведения аборта женщина жалуется на резкие боли внизу живота и отмечает прекращение кровянистых выделений из половых путей в первый же вечер. Гематометра также видна на УЗИ (полость матки забита сгустками крови, а шейка закрыта). В зависимости от объема скопившейся крови данная ситуация разрешается с помощью медикаментов или повторного расширения шеечного канала и вакуум-аспирации сгустков.

Длительное кровотечение, а также боли в нижней части живота могут свидетельствовать о том, что процедура была выполнена не полностью и в полости матки остались зародышевые элементы, что может инициировать серьезные воспалительные процессы. В случае неполного аборта

возникает необходимость дополнительного хирургического вмешательства (выскабливания остатков плодного яйца из полости матки).

Плацентарный полип – на контрольном УЗИ через 2-4 месяца после аборта появляется полиповидный вырост слизистой полости матки. Клинически это может проявляться болезненными и нерегулярными менструациями после прерывания беременности. Плацентарный полип вырастает из остатков ворсин тканей плодного яйца. Удалять плацентарный полип также приходится под наркозом, с расширением шейки матки, обычно с помощью кюретки и гистероскопа (инструмента с видеокамерой для осмотра матки изнутри).

Постабортная депрессия.

Воспаление после аборта. Еще одним поздним осложнением аборта может быть присоединение воспалительного процесса. При аборте это обычно происходит, если у пациентки снижен иммунитет и присутствует хроническая инфекция в нижних половых путях. Даже после санации воспалительного типа мазка перед абортом в половых путях могут остаться агрессивные микроорганизмы, которые при введении инструментов в матку попадают в нее из влагалища. Микротравмы стенок и шейки матки способствуют развитию воспаления.

В случае острого воспаления у пациентки появятся:

боли внизу живота,

лихорадка,

гнойные выделения из половых путей.

Это клиника эндометрита (воспаления слизистой матки). Из матки воспалительный процесс восходящим путем может распространиться на маточные трубы и в малый таз. При воспалении и появлении гноя в маточных трубах развивается сальпингит. При втягивании в процесс яичника возникает сальпингоофорит и формируются спайки между яичником, трубами и маткой.

Пациенток после лечения еще длительно могут беспокоить «бели» из половых путей. При излитии гноя из маточных труб в полость малого таза развивается перитонит, воспаление и спаечный процесс распространяется на соседние органы (петли кишечника, мочевого пузыря). Потребуется длительная противовоспалительная и антибактериальная терапия, при наличии гноя в маточных трубах и малом тазу – оперативное лечение.

Отдаленные последствия:

Могут наблюдаться через годы после операции:

После аборта всегда есть риск возникновения гормонального сдвига, в связи с чем может нарушиться менструальный цикл и нормальное созревание фолликулов в яичниках. Это, в свою очередь, увеличивает риск появления эндокринного фактора бесплодия.

Вышеописанные воспалительные процессы половых органов могут привести к развитию спаечного процесса и непроходимости маточных труб (в дальнейшем — трубный фактор бесплодия). Воспаление слизистой матки также является частой причиной нарушений менструального цикла.

Перенесенные воспалительные процессы и наличие спаек в малом тазу могут быть причиной синдрома хронической тазовой боли у женщин, который очень трудно поддается коррекции.

Травмированная при аборте шейка матки может недостаточно выполнять запирающую функцию при беременности. Из-за недостаточности шейки матки могут происходить потери беременности в различных сроках или создаваться показания для наложения хирургического шва на шейку для сохранения беременности.

Влияние на последующие беременности

Если аборт протекал с осложнениями, то это может «аукнуться» женщине неблагоприятным течением последующей желанной беременности.

Во-первых, у пациенток с воспалительными заболеваниями женских половых органов и спаечным процессом в малом тазу после осложненного аборта может наступить внематочная беременность. Это происходит потому, что маточные трубы в результате воспаления становятся извитыми, отечными, с перегибами из-за прилежащих спаек, движение яйцеклетки по ним затруднено.

При попадании оплодотворенной яйцеклетки в полость матки с хроническим воспалением слизистой после аборта, она может неполноценно прикрепиться к стенке матки. Это приводит к замершей беременности или развитию кровотечения и отторжению беременности. Если же беременность прижилась и развивается дальше, то плацента, прикрепившаяся к неполноценной стенке матки, может быть тощей, не обеспечивать питательной функции, на УЗИ может быть описано маловодие или многоводие, отставание ребенка в росте.

Если у женщины аборт осложнился перфорацией стенки матки, то теперь у нее имеет место рубец на матке. При беременности и родах некоторые рубцы на матке бывают несостоятельными (при этом редко, но случается разрыв матки по несостоятельному рубцу в поздних сроках беременности и в родах).

Если при аборте расширение шейки матки проводилось травматично, то при следующей желанной беременности может проявиться недостаточность шейки матки (истмико-цервикальная недостаточность). Это клинически проявляется признаками угрозы прерывания, преждевременным раскрытием шейки, может закончиться выкидышем. Иногда при беременности недостаточность шейки матки приходится корректировать наложением шва или постановкой разгрузочного pessaria.

Если пациентка с резус-отрицательной группой крови сделает аборт от резус-положительного партнера, то в ее организме при следующей беременности может возникнуть резус-несовместимость с будущим ребенком. Для профилактики этого осложнения резус-отрицательным женщинам при проведении аборта рекомендуется всегда вводить дозу антирезусного иммуноглобулина.

В соответствии с приказом Минздрава №216н, перед медикаментозным или хирургическим прерыванием беременности должна пройти «неделя тишины». Также в течение этой недели пациентка посещает психолога, который консультирует её о возможностях психологической и социальной поддержки.

- Доабортное консультирование. Цель консультирования – осознанный выбор, поиск внутренних и внешних ресурсов для принятия решения в пользу материнства, расширение границ восприятия ситуации. Репродуктивное консультирование является приоритетным направлением в работе кабинета медико-социальной помощи.

Перинатальный психолог Синяева Оксана Борисовна

Режим работы: ежедневно с 13.00 до 16.00

Запись на прием ведется в регистратуре женской консультации.

Телефон горячей линии «Стоп-аборт»

Бесплатный социальный телефон общероссийской круглосуточной кризисной линии помощи: 8-800-100-48-77

Телефон «горячей линии» поддержки беременных женщин: 8-800-2000-49