**Режим и диета кормящей матери**

Для достаточно полноценной лактации важно правильное питание уже в период беременности, что позволяет обеспечить наиболее оптимальный процесс формирования и роста плода, а также подготовить организм женщины к будущей лактации.

Суточный рацион беременной и кормящей грудью женщины должен содержать 100-130 г белка, около 100 г жира, 400-500 г углеводов,необходимое количество минеральных солей, особенно кальция,фосфора,а также витаминов.Потребление жидкости кормящей женщиной составит до 2 л в сутки, достаточный диурез свидетельствуют об адекватном содержании жидкости в диете.

Неверным является мнение о лактогенном действии таких продуктов, как молоко, пиво, овсяная каша и чай.

Полноценное питание кормящей матери может быть обеспечено при ежедневном употреблении в пищу 180-200 г мяса,50 г масла, 1 яйца, 800 г овощей и фруктов, не более 500 г хлеба. Особенно важно включать в рацион фрукты, овощи, свежую зелень, ягоды, овощные и фруктовые соки и соблюдать режим питания в течение дня.

Избыточное потребление кормящей матерью молока или молочных продуктов (более 0,5 литра в сутки) может вызвать сенсибилизацию организма ребенка к белку коровьего молока!

Рациональное полноценное питание необходимо сочетать с правильным режимом, что во многом предупреждает гипогалактию. Кормящая мать должна находиться в спокойной обстановке, достаточно отдыхать, выполнять умеренную физическую работу, гулять на свежем воздухе и спать не менее 8-9 ч в сутки. Совершенно недопустимы курение и употребление спиртных напитков. Некоторые препараты, например мышьяк, барбитураты, бромиды, йодиды, медь, ртуть, салицилаты, опиум, атропин, ряд антимикробных средств (сульфаниламиды, левомицетин, метронидазол), антитиреоидные препараты, противоопухолевые средства, гидразиды изоникотиновой кислоты, могут передаваться с молоком и воздействовать на организм ребенка. Поэтому кормящая мать по возможности не должна принимать лекарств.

Однако гипогалактия нередко развивается у женщин,находящихся в нормальных условиях жизни.Различают гипогалактию первичную и вторичную. Первичная гипогалактия обычно возникает на фоне общей инфантильности матери и плохо поддается лечению.В таких случаях необходимо своевременно назначить ребенку докорм.

Женщины, особенно первородящие, нередко расстраиваются от предположения, что у них мало молозива или молока, из-за повышенной чувствительности сосков или ощущения переполненности грудных желез на 4-5-й день после родов.

Чувствительность сосков является одной из проблем в первый период кормления грудью. Основной причиной болезненности и трещин сосков является неправильное сосание, обусловленное неправильным положением ребенка у груди. При кормлении необходимо менять положение ребенка , чтобы изменить силу давления сосания на разные участки соска.

Другой причиной является недостаточное сосание, в результате которого голодный ребенок сосет более рьяно и, возможно, неправильно. В этом случае не нужно ограничивать продолжительность кормления. Лучше кормить ребенка чаще, предотвращая тем самым как чрезмерно интенсивное сосание, так и застой молока в груди.

Чтобы избежать появление трещин и болезненности сосков, кормящая мать должна правильно ухаживать за молочной железой:

1. избегать излишнего мытья желез, особенно с мылом, так как при этом удаляется естественная смазка, защищающая кожу сосков.

2. Не пользоваться кремами и аэрозолями, раствором борной кислоты, так как они могут вызвать развитие аллергического дерматита.

3. после кормления оставлять несколько капель молока на соске, чтобы они высохли на воздухе.

4. держать соски на открытом воздухе столько, сколько можно, по крайней мере ночью.

5. соски всегда должны быть сухими.

Если ребенок сосет правильно и в правильном положении, а соски остаются чувствительными, следует искать другие объяснения.

Возможно, что у ребенка молочница, тогда у матери могут инфицироваться соски, появится их болезненность. В этом случае необходимо лечить мать и ребенка. Может иметь место психосоматическая болезненность сосков, особенно у первородящих женщин, если мать испытывает чувство беспокойства и неуверенности в способности кормить ребенка грудью.

Мать может чувствовать себя неловко, если ей приходится кормить ребенка в открытой палате или в присутствии других лиц. Тревожное настроение женщины может быть связано и с тем, что она беспокоится о происходящем в ее отсутствии дома, о том, что произойдет, когда она вернется домой. Внимательный врач должен своевременно выявлять эти переживания ( особенно если это первородящая женщина) и тактичными объяснениями помочь избежать их или свести к минимуму.

Для борьбы со вторичной гипогалактией кроме нормализации режима и питания применяются облучение молочных желез ртутно кварцевой лампой, УВЧ, стимуляция ультразвуком, необходимы витамины А,Е, никотиновая и глутаминовая кислота, апилак, гидролизат сухих пивных дрожжей.

Противопоказаниями для кормления ребенка материнским молоком могут быть причины, связанные со здоровьем детей и матерей.

Абсолютными противопоказаниями к грудному вскармливанию являются:

- септические состояния

- активная форма туберкулеза

- тиф и малярия

- злокачественные новообразования, лейкемия

- заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью с азотемией

- врожденные нарушения метаболизма у ребенка ( галактоземия, фенилкетонурия, болезнь "кленового сиропа")

- послеродовые психозы, тяжелые формы неврозов

- прием матерью в период лактации лекарственных препаратов, обладающих токсическим воздействием на новорожденного.

Относительными противопоказаниями к грудному вскармливанию являются:

- заболевания сердца с недостаточностью кровообращения

- выраженные формы гипертиреоза

- хроническая недостаточность питания

- гнойный мастит.

**Вскармливание недоношенных детей**

Организация питания недоношенных детей - сложная и ответственная задача, многие вопросы которой остаются спорными и до конца нерешенными. Недоношенные дети очень чувствительны к недостатку питания , что обусловлено крайне ограниченными запасами белка, жира и энергии. Соотношение поверхности и массы тела у недоношенного ребенка очень высокое, это также определяет более высокую потребность в пищевых веществах и энергии, хотя способность к перевариванию, всасыванию и обмену пищевых веществ ограничена.

Необходимо учитывать, что даже при одинаковой массе тела и степени физиологической незрелости недоношенные дети могут значительно отличаться по своему состоянию, адаптационным возможностям и способности усваивать пищевые вещества. В зависимости от гестационного возраста, массы тела ребенка, внешних температурных условий потребность в энергии составляет от 110 до 150 ккал/кг(несколько меньше в 1-ю неделю жизни - 50-100 ккал/кг).

Потребность в белке у недоношенных детей относительно высока. Однако при повышенном введении его с пищей может развиться токсический эффект, что обусловлено незрелостью метаболических процессов. Поэтому количество белка в 1-й месяц , по мнению большинства авторов, должно составлять 2,5-3 г/кг массы тела, для детей старше 1 месяца - 3-3,5 г/кг. Потребность в жирах у недоношенных почти такая же, как и у доношенных: в первом полугодии - 6,5-7 г/кг и 6,5-5,5 г/кг - во втором полугодии, хотя утилизация их, в частности насыщенных жиров, ограничена. За счет смеси растительных и животных жиров должно быть обеспечено 40 - 50% калорийной потребности организма. Количество углеводов , необходимое недоношенному,- 12-14 г/кг массы тела, то есть примерно такое же , как и доношенных. У недоношенных детей высока потребность в кальции, фосфоре вследствие активной минерализации скелета, у них рано ( уже со 2-го месяца жизни) развивается недостаток железа. В связи с большой напряженностью обмена веществ таким детям требуется повышенное количество витаминов . В рекомендациях Американской педиатрической ассоциации (1985) величина потребности недоношенного ребенка (при массе тела 800-1200г.) в энергии составляет 130 ккал/кг массы в сутки, в белках - 4 г/кг массы и в минеральных веществах соответственно: натрия - 80 мг/кг, калия -97 мг/кг, фосфора - 140 мг/кг, кальция - 280мг/кг, магния - 10мг/кг массы тела.

У глубоконедоношенных детей (1500г и менее) может отсутствовать сосательный и глотательный рефлексы. В таких случаях ребенка в первые 1-2 недели кормят через зонд, используя соответствующий зонд, соединенный с 10- или 20-граммовым шприцем. При этом зонд вводят через нос на глубину 10-13 см. При появлении сосательного рефлекса ребенка прикладывают к груди, а при активном сосании - кормят ребенка только грудью. Так как сосание груди требует от недоношенного ребенка больших энергетических затрат, некоторые авторы рекомендуют до и после кормления делать ребенку 3-5 минут ингаляцию увлажненного кислорода.

Обычно недоношенных детей кормят 7-8, а глубоконедоношенных до 10 раз в сутки. По мере нарастания массы тела число кормлений сокращают до 6. Калорийность пищи должна составлять в первые 3 дня 40-60 ккал, к 7-8-му дню - 70-80 ккал, 10-14-му - 100-120 ккал, а в месячном возрасте - 135-140 ккал/кг массы тела. С 2-месячного возраста расчет калорийности проводится с учетом массы тела при рождении. Так, детям, родившимся с массой более 1500 г, калорийность снижается до 130-135 ккал/кг массы тела. У детей, родившихся с массой 1000-1300г, до 3-месячного возраста калорийность пищи должна составлять 140ккал/кг массы тела, а в 4-5 месяцев - 130 ккал/кг.

Суточное количество пищи для недоношенного ребенка в первые 10 дней может быть рассчитано по формуле Роммеля, по которой на каждые 100 г массы тела назначается столько молока, сколько ребенку дней, плюс 10. Например, на 3-и сутки ребенку с массой 1500г суточное количество молока = (3 + 10 ) х 15 = 195 мл.

В последнее время большое внимание уделяется вопросам вскармливания глубоконедоношенных (маловесных - около 1000г) детей, у которых потребность в пищевых веществах несколько отличается. Так, потребность в энергии составляет 140 ккал/кг в сутки за счет высокоутилизируемых источников, белка 2,5 - 4г/кг в сутки при соотношении сывороточных белков к казеину, близком к таковому в женском молоке, воды - 150 - 200 мл/кг в сутки. Жиры должны обеспечить 40% суточной энергетической ценности рациона, углеводы - до 55%.

При искусственном вскармливании количество белка для недоношенного составляет 3,5 - 4 г/кг массы тела.

Белки в рационе недоношенных детей обычно рассчитывают на должную массу тела.

Из адаптированных смесей для вскармливания недоношенных детей используют смеси "Малютка", "Алеся-1" (Беларусь), "Новолак-ММ (Россия), "Препилтти"(Финляндия), "Ненатал"(Голландия), "СМА Преми"(США), "Прематалк"(Англия), "Виталакт" и "Ладушка" (Украина) и др. Хорошо использовать для кормления недоношенных детей ацидофильные варианты этих смесей, смеси и молоко, обогащенное специальными биологическими активными добавками:

1. БАД-1 - с добавлением бифидумбактерина

2. БАД-1-л - с добавлением лизоцима

3. БАД-2 - с лизоцимом и бифидумбактерином

4. БАД-ИГ - со специфическим противостафилококковым иммуноглобулином.

Между кормлениями и во время ночного перерыва недоношенному ребенку небольшими порциями дается жидкость. Потребность в ней составляет 200 - 250 мл/кг массы тела ( более 80% за счет молока или смеси). Обычно дополнительно к молоку дают смесь физиологического раствора и 5% раствора глюкозы в соотношении 1:1.

С месячного возраста рекомендуется овощной отвар. В питании недоношенных детей важно предусмотреть раннее введение соков и прикорма для удовлетворения их повышенной потребности в витаминах и минеральных солях. Соки начинают давать детям с 3-4 -й недели жизни в постепенно возрастающей дозировке, как и доношенным детям, после еды. Набор соков может быть таким же, как и у доношенных детей. С 2-месячного возраста недоношенный ребенок должен получать фруктовое пюре начиная с 1/2 чайной ложки до 50г - в первом полугодии и до 100г - к концу года. Яичный желток, как и доношенным детям, дают с 3 - месячного возраста. Первый прикорм в виде овощного пюре начинают давать с 4 месяцев.

С целью профилактики анемий ряд авторов с 4-5-месячного возраста рекомендует недоношенным детям пюре из мяса и печени. В 5 месяцев начинают давать второй прикорм в виде молочной каши, с 7-8 месяцев вводится третий прикорм - кисломолочные продукты (биолакт, кефир, ацидофильное молоко и др.).

Чтобы добиться правильного развития недоношенного ребенка, нужно регулярно контролировать нарастание массы тела и своевременно осуществлять коррекцию питания. Расчет питания следует проводить не реже одного раза в месяц, а при плохой прибавке в массе - еженедельно.

мать - плод. Микрофоллин назначают до 10 нед беременности , тури-

нал - до 16 нед больным с миомой матки применение микрофоллина эстро-

генов) противопоказано.

Во 11 триместре беременности рекомендуют постельный режим с подня-

тым ножным концом кровати, седативные препараты (триоксазин по 0.3 г

2-3 раза в день, тазепам по 0,01 г 2 раза в день, седуксен по 0,005 г

1-2 раза в день) ; спазмолитические средства, токолитическая терапия с

22-24 нед (партусистен или бриканил по 0,5 мг, или ритодрин по 1 мг

в/в капель но в 400-500 мл изотонического раствора хлорида натрия в

сочетании с приемом внутрь таблетированных форм этих препаратов соот-

ветственно в дозе 5 и 10 мг 4-5 раз в сутки) ; немедикаментозные и фи-

зиотерапевтические методы. С 24-26 нед для уменьшения давления предле-

жащей части плода на истмическую часть матки во влагалище вводят

кольцо Гольджи на срок до 35 нед (стерилизацию и смену кольца произво-

дят каждые 7-10 дней) , Осуществляют профилактику плацентарнной недос-

таточности.

При гиперандрогении надпочечникового генеза, помимо традиционной

терапии, проводят лечение глюкокортикоидными гормонами (дексаметазон,

преднизолон) , Обычно больные получают эти препараты до беременности.

Дозу гормона подбирают индивидуально в зависимости от экскреции 17-КС .

Исходная доза дексаметазона в

зависимости от уровня 17-КС

Исходный уровень ИсходНая доза

17-КС, мг/сут дексаметазона. мг

До 15 0,125 1/4 таблетки)

15-20 0,25 (1/2 таблетки)

20-25 0,375 3/4 таблетки)

Свыше 25 0,5 ( 1 таблетка)

В случае повышенной экскреции 17-КС при проведении двух и более

анализов даже при отсутствии симптомов угрозы прерывания беременности

- целесообразно назначать дексаметазон по 0,5- 0,375 мг 3/4 таблетки,

с постепенным снижением дозы до 0,125 мг достижения адекватной гормо-

нальной коррекции гиперандрогении во время беременности является со-

держание 17,КС, не превышающее в 1 триместре 10 мг/сут, во 11 -12

мг/сут, в 111\_ 13,5 мг/сут, что соответствует показателям 17,КС при

физиологически протекающей беременности.

В ранние сроки беременности по показаниям возможна сочетанная гор-

монотерапия: дексаметазон (преднизолон) . микрофоллин и прогестерон

(туринал) . Однако эстрогенные препараты необходимо применять не-

большими дозами у женщин с выраженной гипофункцией яичников. Ограниче-

ние применения препаратов прогестеронового типа обусловлено наличием у

ряда больных с данной патологией гиперпрогестеронемии.

Во 11 триместре беременности у каждой третьей женщины с надпочеч-

никовой гиперандрогенией развивается истмико-цервикальиая недостаточ-

ность (ИЦН) , обусловленная недоразвитием внутренних половых органов в

результате предшествующей гиперандрогении. Данное обстоятельство дик-

тует необходимость динамического контроля за состоянием шейки матки в

этот период беременности. При выявлении НЦН показана ее хирургическая

коррекция осле предварительного бактериологического исследования или

коррекция при помощи кольца Гольджи.

В 16, 20 и 28 нед беременности необходим тщательный контроль за

экскрецией кетостероидов (в связи с началом продукции этих гормонов

надпочечниками и гипофизом плода) . В эти сроку беременности может

возникнуть необходимость в увеличении дозы глюкокортикоидов.

У женщин с установленным до беременности адреногенитальным синдро-

мом лечение про водят до родов. При стертых формах синдрома выявленно-

го во время беременности , лечение гормоном прекращают в срок беремен-

ности 32 33 нед во избежание угнетения функции надпочечников плода.

Лечение истмико-цервикальной недостаточности заключается в операт-

нвном сужении шеечного канала (наложение кругового шва на шейку матки

по методу Любимовой) или зашивании наружного зева (метод Сценди П-об-

разные лавсановые швы и др.) .

Лечение приаборте в ходу, неполном и полном аборте состоит в уда-

лении плодного яйца или его остатков и сгустков крови.

Профилактика невынашивания беременности включает систему мероп-

риятий, проводимых врачом женской консультации, акушерского и гинеко-

логического стационара. Профилактические мероприятия проводят вне и во

время беременности. Всех женщин после самопроизвольного аборта и преж-

девременных родов берут на диспансерное наблюдение, включающее спе-

циальное обследование (целенаправленный сбор анамнеза, выяснение осо-

бенностей менструальной функции по тестам функциональной диагностики,

гистеросальпингография, ультразвуковое сканирование, по показаниям

бактериологическое, вирусологическое, иммунологическое и генетическое

исследование) и лечение выявленных отклонений.

Вовремя беременности выделяют группу риска по невынашиванию, наме-

чают сроки и способы лечебно-профилактических мероприятий санация оча-

гов инфекции, трудоустройство, создание оптимальных условий для разви-

тия беременности ) . Всех беременных с самопроизвольными выкидышами в

анамнезе госпитализируют для обследования и лечения до проявления кли-

нических признаков угрозы прерывания (за 2 нед до сроков предшествую-

щих выкидышей) ; лечение предусматривает постельный режим, прием спаз-

молитических препаратов, немедикаментозные методы лечения (физио-,

психо-, рефлексотерапия) . Гормональные препараты с профилактической

целью назначать не следует. Проводят мероприятия по профилактике фе-

топлацентарной недостаточности.

Переношенная беременность

Различают истинное (биологическое) перенашивание беременности и

мнимое (хронологическое), или пролонгированную беременность, Истинно

переношенная беременность продолжается более 10-14 дней после ожидае-

мого срока родов (290-294 дня) . Ребенок рождается с признаками перез-

релости, и жизнь его находится в опасности. Обычно в этих случаях

имеются изменения со стороны плаценты (петрификаты, жировое перерожде-

ние и др.) .

Пролонгированная беременность продолжается более 294 дней и закан-

чивается рождением доношенного, функционально зрелого ребенка без

признаков перезрелости и опасности для его жизни. Частота перенашива-

ния составляет 1,4-14%, в среднем 8% .

Перенашивание беременности означает несвоевременное (запоздалое)

возникновение родовой деятельности, при ее развитии часто наблюдаются

нарушения сократительной активности матки, что ведет к увеличению чис-

ла оперативных вмешательств, к внутриутробному страданию плода и повы-

шению перинатальной смертности.

При пролонгированной беременности более правильно роды называть

своевременными а при истинном перенашивании - запоздалыми родами пе-

резрелым плодом.

Этиология и патогенез. Переношенную беременность правильнее рас-

сматривать как патологическое явление, обусловленное определенными

причинами, зависящими от состояния организма как матери, так и плода.

Преморбидным фоном для перенашивания беременности могут явиться

перенесенные ранее детские инфекционные заболевания (скарлатина, паро-

тит, краснуха и др.) , играющие значительную роль в формировании реп-

родуктивной системы женщины, а также экстрагенитальные заболевания.

Перенашиванию беременности способствуют инфантилизм, перенесенные

аборты, воспалительные заболевания внутренних органов. которые вызы-

вают изменения в нервно-мышечном аппарате матки и приводят к эндокрин-

ным нарушениям. Известную роль в перенашивании беременности играют эн-

докринные заболевания, нарушения жирового обмена, психические травмы,

токсикозы второй половины беременности. У первобеременных (особенно

пожилых) перенашивание встречается чаще, чем у повторнородящих. Имеет

значение и наследственный фактор.

Главными патогенетическими моментами, ведущими к перенашиванию

беременности, являются функциональные сдвиги в центральной нервной

системе, вегетативные и эндокринные нарушения. Большая роль принадле-

жит нарушению выработки эстрогенов, гестагенов. кортикостероидов, ок-

ситоцина, некоторых тканевых гормонов (ацетилхолин, катехоламины, се-

ротонин, кинины, гистамин, простагландины) , ферментов, злектролитов и

витаминов. Определенное значение имеет также состояние плаценты и пло-

да.

Нарушения в фетоплацентарной системе являются одной из причин

позднего возникновения родовой деятельности и ее аномалий. Плод перез-

ревает, его потребность в кислороде возрастает, снижается устойчи-

вость центральной нервной системы к кислородной недостаточности ,

Одновременно происходят глубокие изменения в плаценте (дегенерация,

кальцификация, диссоциация ее созревания) .

При перенашивании беременности потребность в кислороде у плода

повышается, а устойчивость к гипоксии снижается, возникающие в плацен-

те изменения затрудняют доставку плоду необходимого количества кисло-

рода и других нужных веществ. Так создается замкнутый круг патологи-

ческих процессов, характерных для переношенной беременности .

Клиническая картина переношенной беременности выражена неярко,

диагностика вызывает трудности. При истинном перенашивании беременнос-

ти более 41 нед часто наблюдается; отсутствие нарастания массы тела

беременной или ее снижение более чем на 1 кг; уменьшение окружности

живота на 5- 10 см, что обычно связано с уменьшением количества око-

лоплодных вод, снижение тургора кожи; реже падение массы тела, обус-

ловленное вторичной гипотрофией переношенного плода; маловодие и зеле-

ное окрашивание околоплодных вод, отсутствие болезненности при положе-

нии лежа на или при надавливании на матку (признак Дольфа) . более вы-

сокое стояние дна матки; выделение молока, а не молозива, усиление или

ослабление движений плода, что указывает на гипоксию плода вследствие

нарушения маточно-плацентарного кровообращения; изменение частоты.

ритма и тембра сердечных тонов плода; незрелость или недостаточная

зрелость шейки матки; крупные размеры плода. увеличение плотности кос-

тей черепа, узость швов и родничков.

Течение родов при переношенной беременности характеризуется много-

численным осложнениями; преждевременным или ранним излитием околоплод-

ных вод, аномалией родовой деятельности, затяжными родами, гипоксией

плода и родовой травмой.

Как правило,внутриутробная гипоксия плода при перенашивании прояв-

ляется с началом родовой деятельности или после преждевременного изли-

тия околоплодных вод, что связано с ухудшением маточно-плацентарного

кровообращения в связи с функционально-морфологическими изменениями в

плаценте. Гипоксии способствуют пониженная функция надпочечников пло-

да, чувствительность к кислородной недостаточности во время родов

вследствие повышенной зрелости центральной нервной системы, понижения

способность головки к конфигурации, значительные размеры плода. час-

тые нарушения сократительной деятельности матки; возбуждение или сти-

муляция родовой деятельности, частые оперативные вмешательства . во

время родов.

Диагноз переношенной беременности обычно ставят на основании

анамнеза и данных, полученных при клинических, лабораторных и инстру-

ментальных методах исследования. Следует оценить общее состояние бере-

менной, течение данной беременности (токсикозы) , установить срок

появления менархе, особенности менструального цикла, наличие инфанти-

лизма, эндокринных заболеваний, перенесенные воспалительные заболева-

ния половых органов, аборты, перенашивание беременности в анамнезе\_

Дополнительным методом исследования является амниоскопия. которую

проводят, начиная с 6-го дня после предполагаемого срока родов через

каждые 2 дня); она позволяет своевременно обнаружить типичные для пе-

ренашивания изменения: уменьшение количества околоплодных вод и зеле-

ное их окрашивание; небольшое количество или отсутствие хлопьев сыро-

видной смазки, при фоно- и злектрокардиографии плода выявляется моно-

тонность ритма, повышение вольтажа желудочкового комплекса, расщепле-

ние зубца R на верхушке. увеличение длительности комплекса PQ плода,

неравномерность амплитуды тонов на ФКГ, отсутствие или извращение

реакции сердечной деятельности плода на дыхательные пробы.

При ультразвуковом исследовании характерны уменьшение количества

околоплодных вод или маловодие, снижение толщины плаценты и 111 сте-

пень ее зрелости , патологическое изменение структуры плаценты в виде

кальниноза, более выраженные контуры костей головки плода.

Нарушения в системе плацента - плод находят свое выражение в из-

менении уровня эстрогенных гормонов и прогестерона в моче и крови бе-

ременной. Для определения функции плаценты и состояния плода при пере-

нашивании беременности рекомендуется исследовать экскрецию эстриола в

суточной моче беременных содержание эстриола несколько ниже, чем при

пролонгированной и доношенной беременности) .

О перенашивании беременности свидетельствуют результаты цитологи-

ческого исследования влагалищного мазка: в нем обнаруживают значи-

тельное количество как поверхностных, так и парабазальных клеток,

слизь, лейкоциты. При наличии эрозий, кольпитов диагностическая цен-

ность появления парабазальных клеток снижается.

Большое значение при перенашивании беременности имеет определе-

ние содержания безъядерных жировых клеток в амниотической жидкости.

Биохимическое исследовании амниотической жидкости, полученной при по-

мощи амниоцентеза, также может дать ценные сведения о состоянии плода

(околоплодные воды зеленоватого или интенсивно зеленого цвета со зна-

чительным осадком при центрифугировании, с высокой оптической плотнос-

тью)

Обнаружение при иммунохимическом исследовании крови трофобласти-

ческого глобулина подтверждает плацентарную недостаточность при пере-

нашивании.

Окончательно диагноз истинного перенашивания ставят после родов

при осмотре ребенка н последа. Для детей характерны признаки перезре-

лости; они более крупные, кости черепа плотные, швы и роднички узкие,

количество сыровидной смазки резко уменьшено или она отсутствует, от-

мечаются дряблость, высыхание, мацерация и десквамация кожи\_ измене-

ние ее цвета зеленый, желтый) , повышенная плотность хрящей ушных ра-

ковин и носа, более длинные ногти.

При обследовании плаценты обнаруживают петрификаты, жировые пере-

рождения, оболочки зеленого цвета, "тощую" пуповину, увеличение массы

и размеров плаценты, уменьшение ее толщины; особенно выражены склеро-

тические изменения; снижено содержание гликогена, нейтральных сахари-

дов, функционально-активных ,ряда окислительно-восстановительных фер-

ментов.

Различают три степени перезрелости новорожденного: 1 степень -но-

ворожденный с сухой, но нормального цвета кожей, сыровидная смазка

почти отсутствует, околоплодные воды светлые, но количество их

уменьшено; общее состояние удовлетворительное; плода, околоплодные во-

ды, пупочный канатик, кожа новорожденного окрашены меконием в зеленый

цвет; 111 степень - околоплодные воды, кожа и ногти новорожденного

имеют желтую окраску, что указывает на более длительную гипоксию плода.

Лечение. 3а женщинами, отнесенными к группе риска с учетом воз-

можного перенашивания беременности, в женской консультации осущес-

твляют интенсивное наблюдение, и госпитализируют на 40-41 нед. Такти-

ка врача при перенашивании беременности должна определяться не време-

нем перенашивания, а его характером (перенашивание или пролонгирова-

ние беременности) . Показанием к кесареву сечению служат анатомически

и клинически узкий таз нередко в сочетании с крупным плодом, внутриут-

робной гипоксией, осложненным акушерским анамнезом и возрастом перво-

родящих старше 30 лет, неэффективность родовозбужения в отсутствие го-

товности к родам, аномалии родовой деятельности, не поддающиеся лече-

нию.

Для подготовки к родовозбуждению и в целях профилактики слабости

родовой деятельности рекомендуется создание глюкозо-гормонально-вита-

минно-кальциевого фона. Для родовозбуждения используется амниотомия с

последующим (через 2-3 ч) капельным внутривенным введение м окситоци-

на или простагландина или их сочетания. Для выявления слабости родо-

вых сил применяют соответствующие меры по борьбе с этим осложнением.

При ведении запоздалых родов необходимы систематические мероприятия по

профилактике гипоксии плода.

Если в первом периоде родов выявляются признаки страдания плода и

особенно если имеются осложнения у роженицы (отсутствие эффекта от ро-

довозбуждения в течение 3-5 ч при вскрывшемся плодном пузыре, анома-

лии родовой деятельности , не поддающиеся лечению, клинически узкий

таз, возраст и др.) , следует произвести кесарево сечение. Во втором

периоде родов из-за слабости родовых сил, гипоксии плода нередко при-

бегают к вакуум-экстракции плода, наложению акушерских щипцов, извле-

чению плода за тазовый конец. В третьем периоде родов необходимо про-

ведение мероприятии. направленных на профилактику гипотонического кро-

вотечения в связи с частым возникновением гипотонического и атоничес-

кого кровотечения, обусловленного пониженной сократительной способнос-

тью матки, а также нарушением процессов отслойки плаценты.