

## Прегравидарная подготовка(ПП).

Прегравидарная подготовка — комплекс профилактических мероприятий, направленных на минимизацию рисков при реализации репродуктивной функции конкретной супружеской пары. Прегравидарная подготовка необходима обоим будущим родителям, поскольку и мужчина, и женщина в равной мере обеспечивают эмбрион генетическим материалом и совместно несут ответственность за здоровье ребёнка. Главная задача ПП — корригировать имеющиеся нарушения здоровья родителей с тем, чтобы пара вступила в гестационный период в наилучшем состоянии здоровья и полной психологической готовности.

Первое, что нужно учесть при планировании беременности – **возраст**. Возраст женщины достоверно влияет на степень акушерского риска, который значительно ниже в возрастной категории 20–30 лет. Поскольку возраст — немодифицируемый фактор риска, пациентки старше 35 лет особенно нуждаются в расширенной прегравидарной подготовке для снижения акушерского риска и улучшения репродуктивного прогноза.

Как минимум, за 3 месяца до зачатия необходимо **посетить гинеколога**, который даст рекомендации по модификации образа жизни, проведет осмотр, необходимые обследования и направит на консультации специалистов (стоматолога, оториноларинголога, других – по показаниям). К необходимым обследованиям на этапе планирования беременности относятся:

- Акушерско-гинекологическое **обследование**, оценка вагинальной микрофлоры и цитологических мазков
- Лабораторные исследования крови и мочи
- Трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза — в середине второй фазы менструального цикла (19–21-й день цикла).
- УЗИ молочных желёз (5–11-й день цикла), пациенткам старше 35 лет — маммография (5–11-й день цикла).

### Ключевые рекомендации по модификации образа жизни:

- отказ от алкоголя, курения, наркотических веществ
- нормализация режима дня (отход ко сну не позднее 23.00–24.00 обоим супругам для обеспечения физиологических условий синтеза соматотропина и мелатонина; длительность сна 7–8 ч)
- умеренные физические нагрузки (снижают риск невынашивания и преждевременных родов)

- сбалансированный режим питания: белковый компонент рациона питания должен составлять не менее 120 г в сутки. Не следует злоупотреблять фруктами (оптимально съесть два крупных плода в день). Целесообразно ограничить употребление кондитерских изделий, обогатить меню продуктами, содержащими повышенное количество полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК): главным образом  $\omega$ -3- и  $\omega$ -6-жирных кислот (рыба и морепродукты). Количество потребляемой рыбы должно превышать 350 г в неделю.
- Фолаты — обязательное назначение. Для профилактики пороков развития и осложнённого течения беременности всем без исключения женщинам, готовящимся к зачатию, необходимо в течение 3 мес до зачатия и как минимум на протяжении I триместра гестации принимать фолаты (оптимально в составе фолатсодержащих комплексов, содержащих вит В6 и В12) в дозировке 400–800 мкг/сут, в некоторых случаях доза увеличивается до 4000 мкг (дозировку всех препаратов определяет акушер-гинеколог!)
- Йод. В йоддефицитных регионах (95% территории РФ) для профилактики эндемического кретинизма и врождённых заболеваний щитовидной железы у ребёнка в течение 3 мес до зачатия необходимо дополнительное назначение препаратов йода: женщинам — в дозе 250 мкг/сут, мужчинам — 100 мкг/сут. При наступлении беременности количество потребляемого женщиной йода должно быть увеличено.
- желательное поступление полиненасыщенных жирных кислот в количестве 200–300 мг в сутки. Основная часть ПНЖК поступает в организм с рыбой и морепродуктами, в связи с этим потребление указанных продуктов в период планирования беременности необходимо увеличить
- Желательно получать витамин D в профилактических дозах, поскольку Россия эндемична по его недостатку — из-за малого пребывания населения на солнце, а также из-за характеристик солнечного света. Согласно российским рекомендациям, лицам в возрасте 18–50 лет для профилактики дефицита витамина D следует получать не менее 600–800 МЕ витамина D в сутки. При наступлении беременности дозу необходимо увеличить до 800–1200 МЕ/сут. Решение о дополнительном назначении витамина D необходимо принимать на основании определения его концентрации в крови — дотация необходима при содержании менее 75 нмоль/л (30 нг/мл).
- Препараты железа назначаются по показаниям
- Женщинам и мужчинам с ожирением рекомендовано снижение массы тела во избежание осложнений беременности и родов, ожирения в будущем ребенка.
- У женщин с низкой массой тела желательно увеличение ИМТ до 18 кг/м<sup>2</sup>. Недостаточное питание служит причиной дефицита витаминов,

электролитных нарушений, неблагоприятных изменений функций сердечно-сосудистой системы и заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), значительно повышающих перинатальный риск.

- Мужчинам следует ограничить воздействие вредных физических факторов, в первую очередь не допускать перегрева репродуктивных органов (как локального — например, при подогреве сидений автомобиля, так и общего — горячие ванны, банные процедуры).

**Прегравидазная вакцинация.** Если пациентка до наступления беременности серонегативна в отношении вируса кори, краснухи и ветряной оспы (отсутствуют специфические IgG), то перед планированием зачатия необходимо провести вакцинацию. Оптимальные сроки вакцинации — не менее чем за 3 мес до зачатия. Так же необходимо привиться до беременности от гриппа и о новой коронавирусной инфекции.

**Соматические заболевания** (эндокринные, сердечно-сосудистой системы, ЖКТ и т.д.) будущей матери значительно повышают гестационные риски, параллельно снижая вероятность своевременного рождения здорового ребёнка, вследствие чего до наступления беременности необходимо добиться ремиссии и организовать поддерживающую терапию. Алгоритм прегравидазной подготовки координирует акушер-гинеколог; при этом схему лечения экстрагенитальных заболеваний, равно как и определение противопоказаний к беременности и родам в связи с ними, проводят специалисты соответствующего профиля (эндокринолог, гематолог, нефролог, терапевт, кардиолог, генетик и др.). Также пациенткам с соматическими заболеваниями необходима высокоэффективная контрацепция до завершения прегравидазных лечебно-профилактических мероприятий.

## **Календарь беременности.**

Беременность отсчитывают от первого дня последней менструации. Всего – 280 дней, 10 лунных месяцев или 9 календарных месяцев + 7 дней.

Вы беременны! Проверьте – это чудесный и таинственный период вашей жизни. Зарождение новой человеческой жизни в вашем организме вызывает не только радость, восторг, и осознание своего величайшего предназначения, но и сомнения душевные переживания и много-много вопросов.

Для некоторых женщин беременность – это время хорошего настроения и положительных эмоций. Для других – время появления многих трудностей, связанных со здоровьем, материальным положением, возникновением новых обязанностей.

В вашем организме зарождается новая жизнь!

**ВЫ – ПЕРВАЯ ЗЕМНАЯ ВСЕЛЕННАЯ ДЛЯ ВАШЕГО РЕБЕНКА.** Сотрудники гинекологического кабинета нашей больницы всегда рады видеть наших беременных женщин, ждем Вас на учет по беременности в 406 и 415 кабинет поликлиники . Беременные на учет принимаются вне очереди.

## **О понятие нормальной беременности, жалобах, характерных для нормальной беременности в каждом триместре беременности.**

**Нормальная беременность** – одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37-41 недель 6 дней, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.

Нормальная беременность может наступить самопроизвольно или после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). 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.

Сбор анамнеза должен включать следующие данные пациентки:

- возраст,
- наличие профессиональных вредностей,
- наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты),
- семейный анамнез (указание на наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний, как сахарный диабет, тромбоэмболические осложнения (ТЭО), гипертоническая болезнь, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения),
- характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения, болезненность),
- акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или аборт, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности – самопроизвольная беременность или беременность в результате ВРТ),
- перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза,
- перенесенные и имеющиеся соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, ТЭО и др.),
  
- наличие травм, оперативных вмешательств и переливаний крови в анамнезе,
- аллергические реакции,
- принимаемые лекарственные препараты,
- возраст и состояние здоровья мужа/партнера, его группа крови и резус-фактор, наличие у него профессиональных вредностей и вредных привычек.

## **Жалобы, характерные для нормальной беременности**

Тошнота и рвота наблюдаются в каждой 3-й беременности. В 90% случаев тошнота и рвота беременных являются физиологическим признаком беременности, в 10% – осложнением беременности. При нормальной беременности рвота бывает не чаще 2-3-х раз в сутки, чаще натощак, и не нарушает общего состояния пациентки. В большинстве случаев тошнота и рвота купируются самостоятельно к 16-20 неделям беременности и не ухудшают ее исход.

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

Боль внизу живота во время беременности может быть нормальным явлением, как, например, при натяжении связочного аппарата матки во время ее роста (ноющие боли или внезапная колющая боль внизу живота) или при тренировочных схватках Брекстона-Хиггса после 20-й недели беременности (тянущие боли внизу живота, сопровождающиеся тонусом матки, длящиеся до минуты, не имеющие регулярного характера).

Изжога (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) во время беременности наблюдается в 20-80% случаев. Чаще она развивается в 3-м триместре беременности (3-5). Изжога возникает вследствие релаксации нижнего пищеводного сфинктера, снижения внутрипищеводного давления и одновременном повышении внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, что приводит к повторяющемуся забросу желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод.

Запоры – наиболее распространенная патология кишечника при беременности, возникает в 30-40% наблюдений. Запоры связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула менее 3-х раз в неделю. Они сопровождаются хотя бы одним из следующих признаков: чувством неполного опорожнения кишечника, небольшим количеством и плотной консистенцией кала, натуживанием не менее четверти времени дефекации. Причинами развития запоров при беременности являются повышение концентрации прогестерона, снижение концентрации мотилина и изменение кровоснабжения и нейрогуморальной регуляции работы кишечника.

Примерно 8-10% женщин заболевают геморроем во время каждой беременности. Причинами развития геморроя во время беременности могут быть: давление на стенки кишки со стороны матки, застой в системе воротной вены, повышение внутрибрюшного давления, врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани, изменения в иннервации прямой кишки.

Варикозная болезнь развивается у 20-40% беременных женщин. Причиной развития варикозной болезни во время беременности является повышение венозного давления в нижних конечностях и расслабляющее влияние на сосудистую стенку вен прогестерона, релаксина и других биологически активных веществ.

Влагалищные выделения без зуда, болезненности, неприятного запаха или дизурических явлений являются нормальным симптомом во время беременности и наблюдаются у большинства женщин.

Боль в спине во время беременности встречается с частотой от 36 до 61%. Среди женщин с болью в спине у 47-60% боль впервые возникает на 5-7-м месяце беременности (8-10). Самой частой причиной возникновения боли в спине во время беременности является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести и снижение тонуса мышц под влиянием релаксина.

Распространенность боли в лобке во время беременности составляет 0,03-3%, и возникает, как правило, на поздних сроках беременности.

Синдром запястного канала (карпальный туннельный синдром) во время беременности возникает в 21-62% случаев в результате сдавления срединного нерва в запястном канале и характеризуется ощущением покалывания, жгучей болью, онемением руки, а также снижением чувствительности и моторной функции кисти.



## **О правильном питании и поведении во время беременности**

### **Беременность и питание**

Хорошее питание до и во время беременности повышает шансы иметь здорового малыша и — более того — снижает риск возникновения у вашего ребенка определенных неблагоприятных состояний здоровья во взрослой жизни.

### **Питание во время беременности**

Во время беременности будущей маме лучше быть счастливой, довольной и здоровой, чтобы родить счастливого, довольного и здорового малыша. А ее рацион должен содержать необходимое количество витаминов и питательных элементов, которые этому будут способствовать.

Во время беременности следует придерживаться общих принципов здорового питания, тогда вы обеспечите себе самую лучшую диету для беременных. В меню должны присутствовать основные пищевые группы:

- Овощи и фрукты (свежие, мороженые, консервированные, сушеные; зелень и листовые салаты). 7 – 8 порций в день (одна порция — 250 мл (стакан) порезанных овощей или 125 мл (1/2 стакана) порезанных фруктов).
- Злаковые (овсянка, пшено, кукуруза, гречка, рис, хлеб — желательно зерновой или с отрубями, макароны и др.), картофель. 6 – 7 порций в день (одна порция — 1 кусок хлеба (35 г) или 125 мл (1/2 стакана) риса или макарон).
- Молочные продукты (молоко, йогурт, творог, кефир, сыр и др.). 3 порции в день (одна порция — 250 мл молока, или 175 г йогурта, или 75 г сыра).
- Белковые продукты: мясо, птица, рыба, морепродукты, яйца, бобовые, орехи. 2 порции в день (одна порция — 75 г или 125 мл).
- Жиры (растительное и сливочное масло, рыбий жир, орехи). 30 – 45 мл (2 – 3 столовые ложки) в день.

Принимать пищу рекомендуется небольшими порциями 5 – 6 раз в день. А вот перечень самых полезных продуктов питания для девяти важнейших месяцев.

- Зеленые и желтые овощи и фрукты, и королева среди них — брокколи. В симпатичных соцветиях этой капусты содержится внушительное число веществ, которые совершенно необходимы во время беременности. Фолиевая кислота, витамин С, магний, калий, фосфор, кальций, цинк, бета-каротин, селен, витамины РР, К, Е. Этот низкокалорийный овощ богат клетчаткой, способствующей нормализации пищеварения. Помимо



брокколи, беременным женщинам стоит включать в рацион больше зелени и шпината, других зеленых и желтых овощей — при этом лучше их тушить, готовить на пару или запекать, но не жарить. Из фруктов стоит обратить внимание на зеленые яблоки, как правило не вызывающие аллергии.

- Чечевица и другие бобовые также являются важной составляющей рациона будущей мамы. В них содержится большое количество растительного белка и полезных микроэлементов: железа, кальция, цинка. А клетчатки — еще больше, чем в «привычных» овощах! Нежирный пряный суп из чечевицы на курином бульоне может стать отличным основным блюдом для всей семьи. В него хорошо добавить ложку йогурта или сметаны. Однако к употреблению бобовых стоит относиться с определенной осторожностью, так как они могут вызывать повышенное газообразование и метеоризм, что и без того является проблемой для будущих мам. Поэтому включать блюда из чечевицы, фасоли, гороха стоит в рацион после «тест-драйва» небольшой порции.
- Яйца содержат в своем составе столь важную для правильного развития плода фолиевую кислоту, а также селен, холин, биотин, легко усвояемые белки и аминокислоты, калий, магний, фосфор и кальций. Яйца богаты витаминами А, Е, D, В12, В3. Но внимание! Перед употреблением в пищу яйца необходимо подвергать термической обработке, их ни в коем случае нельзя есть в сыром виде! Хороши для диетического питания перепелиные яйца. Температура тела перепелок настолько высокая, что не позволяет развиваться такому опасному заболеванию, как сальмонеллез. Содержание витаминов А, В1 и В2 в них почти в два раза выше, чем в куриных, а в пяти перепелиных яйцах, которые по весу примерно соответствуют одному куриному, практически в пять раз больше железа, фосфора и калия. В день можно съесть не более 2 куриных и не более 6 – 10 перепелиных яиц.
- Кисломолочные продукты, такие как йогурт и кефир, способствуют гармоничному пищеварению и созданию благоприятной микрофлоры в желудке и кишечнике. Будущим мамам непременно стоит включать в рацион различные нежирные виды сыров и творога, в состав которых входит много кальция и фосфора. Во время беременности или грудного вскармливания нужно уделять особое внимание правильному выбору кисломолочной продукции, ведь именно сейчас так важен ее оптимальный состав и «надежность». Отличным решением являются продукты этой категории, специально созданные для детского питания. «Детская» молочная продукция, как правило, содержит пребиотики и пробиотики, поддерживающие нормальную микрофлору кишечника и способствующие комфортному пищеварению, что так важно для будущей мамы.
- Рыба — несколько менее «тяжелый» продукт, чем мясо, который к тому же лучше усваивается. Будущим мамам рекомендуются нежирные сорта морской рыбы: треска, навага, хек, ледяная рыба, дорада, сибас. В ней содержатся минеральные вещества, белки, омега-3 жирные кислоты, которые необходимы для здорового развития малыша и правильного протекания

беременности. Такими кислотами богаты лишь морские сорта рыбы, а к речной стоит относиться с большой осторожностью, ведь в ней могут содержаться паразиты. Во время беременности запрещена сырая рыба, а такие сорта, как королевская макрель, рыба-меч, акула и тунец, нужно употреблять в ограниченных количествах. Рыба этих сортов может содержать метил ртути, представляющий опасность для нервной системы плода в том случае, если он накапливается в материнском организме. Поэтому диетологи рекомендуют есть такую рыбу не чаще одного раза в неделю, а примерный вес стейка в готовом виде должен составлять около 150 г.

- Диетические виды мяса — кролик, индейка, телятина — полезны во время беременности, так как богаты белком и при этом нежирны. Мясо кролика называют последним трендом современной кулинарии, и оно считается оптимальным для диетического питания. В нем содержится много витаминов B6, B12, PP, а также железо, фосфор, марганец, калий и др. Отличным традиционным рецептом является кролик, тушенный в сметане с сезонными овощами. Будущим мамам, которые любят вкусно поесть, также наверняка придется по душе парная телятина, приготовленная в мультиварке с черносливом, или индейка по-мароккански, тушенная со смесью пряностей и апельсиновым соком.
- Цельнозерновые продукты и злаковые, такие как дикий рис, хлеб из муки грубого помола, овсянка, пророщенная пшеница, отруби, гречка, чрезвычайно важны для пищеварения, поскольку содержат много растительной клетчатки, сложных углеводов, а также кальция, железа, магния, фосфора и витаминов группы B. Крупы могут стать интересным гарниром и выступить в роли главного блюда. Так, практически каждую из них можно приготовить на манер вегетарианского плова: сначала потушив овощи в оливковом масле, а затем засыпав их промытой крупой и потушив до готовности.
- Масло, и сливочное, и растительное, также полезно будущим мамам. В сливочном масле содержатся жирорастворимые витамины A, D, E и K. Витамин A обладает регенерирующими свойствами, важен для зрения, а также для роста плода. Витамин D регулирует процессы деления клеток, способствует усвоению кальция и фосфора организмом (что особенно необходимо при беременности), участвует в синтезе ряда гормонов. Витамин K влияет на обмен веществ и свертываемость крови. Однако из-за высокого содержания холестерина в сливочном масле норма его употребления составляет не более 15 – 30 г в день. В растительных маслах много жирных кислот, витаминов E, A, P. Витамин E абсолютно необходим при беременности и предписывается при угрозе выкидыша. Обратить особое внимание стоит на нерафинированные масла «холодного отжима»: оливковое, виноградной косточки, тыквенное, кукурузное, подсолнечное.

## Поведение во время беременности:

- избегать работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость,
- избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу: занятий контактными видами спорта, различных видов борьбы, видов спорта с ракеткой и мячом, подводного погружения,
- быть достаточно физически активной, ходить, делать физическую зарядку для беременных в течение 20-30 минут в день (при отсутствии жалоб и противопоказаний),
- при путешествии в самолете, особенно на дальние расстояния, одевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье, исключить алкоголь и кофеин,
- при путешествии в автомобиле использовать специальный трехточечный ремень безопасности,
- проведения своевременной вакцинации,
- избегать использования пластиковых бутылок и посуды, особенно при термической обработке в ней пищи и жидкости, из-за содержащегося в ней токсиканта бисфенола А,
- ограничить потребление кофеина менее 300 мг/сутки (1,5 чашки эспрессо по 200 мл или 2 чашки капучино/лате/американо по 250 мл, или 3 чашки растворимого кофе по 250 мл),
- если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых в день сигарет,
- избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 месяца.
- Немаловажным для беременной женщины является ее эмоциональный фон. На всем протяжении беременности Вам нужно избегать стрессовых ситуаций и эмоциональных переживаний.
- Половые контакты во время беременности не запрещены при Вашем нормальном самочувствии. В случае болей, дискомфорта, появлении кровянистых выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалище и белей необходимо прекратить половые контакты и обратиться к врачу.

## О приеме витаминов и лекарственных препаратов во время беременности

Клинические рекомендации

### Нормальная беременность

#### 3. Лечение

##### 3.1 Немедикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности

Беременной пациентке с жалобами на тошноту и рвоту должны быть даны рекомендации по соблюдению диеты.

**Комментарии:** Диета включает: дробное питание, малыми порциями, исключение из рациона жирных, жареных блюд, шоколада, острых блюд, газированных напитков, кофе, крепкого чая.

Беременной пациентке с жалобами на изжогу должны быть даны рекомендации по избеганию положений тела, способствующих возникновению изжоги; соблюдению диеты; ношению свободной одежды, не давящей на область желудка.

**Комментарии:** Доказательная база необходимости данных рекомендаций отсутствует. Диета включает: дробное питание, малыми порциями, исключение из рациона жирных, жареных блюд, шоколада, острых блюд, газированных напитков, кофе, крепкого чая.

Беременной пациентке с жалобами на запоры и геморрой во время беременности должны быть даны рекомендации по увеличению двигательной активности и модификация рациона питания.

**Комментарии:** Модификация рациона питания включает путем добавление к пище пищевых волокон.

Беременной пациентке с жалобами на варикозное расширение вен нижних конечностей должны быть даны рекомендации по ношению компрессионного трикотажа, при выраженном расширении вен нижних конечностей рекомендована консультация врача-сосудистого хирурга.

**Комментарии:** Ношение компрессионного трикотажа способствует сдавлению подкожных вен, уменьшению застойных явлений и увеличению скорости кровотока по глубоким венам нижних конечностей. Помимо компрессионного трикотажа беременной пациентке могут быть назначены сеансы лечебной

физкультуры и контрастный душ в сочетании с правильным режимом труда и отдыха.

Беременной пациентке с жалобами на боль в спине должны быть даны рекомендации по соблюдению режима физической активности.

**Комментарий:** Соблюдение режима физической активности включает плавание, массаж и физические упражнения.

Беременной пациентке с жалобами на боль в лобке вследствие развития симфизита должны быть даны рекомендации по ношению бандажа и использованию локтевых костылей при движении.

### **3.2 Медикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности**

Беременной пациентке с жалобами на изжогу при отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни рекомендовано назначить препараты с антацидным действием (АТХ антациды).

**Комментарий:** Беременной пациентке с жалобами на изжогу при отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни могут быть также назначены обволакивающие и вяжущие препараты растительного происхождения, но доказательная база эффективности их назначения при изжоге отсутствует.

Беременной пациентке с жалобами на геморрой при отсутствии эффекта от соблюдения режима профилактики запоров рекомендовано назначить антигеморроидальные средства в виде ректальных свечей или кремов, разрешенных к применению во время беременности, а также пероральный прием лекарственных препаратов, содержащих биофлавоноиды (гесперидин+диосмин).

**Комментарии:** Назначение препаратов, содержащих биофлавоноиды (диосмин, гесперидин) улучшает клиническую симптоматику при геморрое во время беременности в 7 раз.

Беременной пациентке при выявлении бессимптомной бактериурии рекомендовано назначить пероральный курс антибактериальной терапии.

**Комментарий:** Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий  $\geq 10^5$  в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов.

### **3.3 Назначение витаминов и пищевых добавок**

Беременной пациентке рекомендовано назначить пероральный прием фолиевой кислоты\*\* на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400 мкг в день.

**Комментарии:** Назначение фолиевой кислоты\*\* на протяжении первых 12 недель беременности снижает риск рождения ребенка с дефектом нервной трубки (например, анэнцефалией или расщеплением позвоночника).

Беременной пациентке рекомендовано назначить пероральный прием препаратов йода (калия йодида) на протяжении всей беременности в дозе 200 мкг в день.

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ при низком потреблении кальция (менее 600 мг/день) рекомендовано назначить пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/день.

**Комментарии:** Назначение препаратов кальция на протяжении всей беременности у пациенток группы высокого риска ПЭ снижает риск развития данного заболевания.

Беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза витамина D рекомендовано назначить пероральный прием витамина D) (АТХ Комбинация производных витаминов D) на протяжении всей беременности в дозе 10 мкг (400 МЕ) в день.

**Комментарии:** В группе высокого риска гиповитаминоза витамина D его назначение снижает риск таких акушерских осложнений, как ПЭ, ЗРП и ГСД. К группе высокого риска гиповитаминоза витамина D относятся женщины с темной кожей, имеющие ограничения пребывания на солнце, со сниженным уровнем потребления мяса, жирной рыбы, яиц, с ИМТ до беременности  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>.

Беременной пациентке группы низкого риска гиповитаминоза витамина D не рекомендовано назначать прием витамина D (АТХ Комбинация производных витаминов D).

**Комментарии:** В группе низкого риска гиповитаминоза витамина D его назначение не снижает риск таких акушерских осложнений, как ПЭ, ЗРП и ГСД.

Беременной пациентке группы низкого риска авитаминоза не рекомендовано рутинно назначать прием поливитаминов.

**Комментарий:** В группе низкого риска авитаминоза назначение поливитаминов не снижает риск перинатальных осложнений. Беременной пациентке группы высокого риска авитаминоза может быть рекомендован пероральный прием поливитаминов на протяжении всей беременности, так как в группе высокого риска авитаминоза их назначение снижает риск перинатальных осложнений (132). К группе высокого риска авитаминоза относятся женщины низкого

социальноэкономического класса, с неправильным образом жизни, недостатком питания, с особенностью диеты (вегетарианки).

Беременной пациентке не рекомендовано рутинно назначать прием Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (АТХ Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислоты).

**Комментарий:** Назначение Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ,

ПР, ЗРП, ГСД, послеродовая депрессия, и нарушение нейрокогнитивного развития детей. Курящей беременной пациентке может быть рекомендован прием Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, так как это снижает риск спонтанных ПР и рождения маловесных детей.

Беременной пациентке при нормальном уровне гемоглобина и/или ферритина не рекомендовано рутинно назначать прием препаратов железа.

**Комментарии:** Нет доказательств пользы рутинного назначения препаратов железа для здоровья матери или ребенка, но есть повышенный риск побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (чаще всего – запоры или диарея).

Беременной пациентке не рекомендовано назначать прием витамина А.

**Комментарии:** Прием витамина А в дозе > 700 мкг может оказывать тератогенный эффект.

Беременной пациентке не рекомендовано рутинно назначать прием витамина Е.

**Комментарии:** Прием витамина Е не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.

Беременной пациентке не рекомендовано рутинно назначать прием аскорбиновой кислоты.

**Комментарии:** Рутинный прием витамина С не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.

## **О клинических симптомах, требующих незамедлительного обращения к врачу-акушер-гинекологу**

### **Показания для госпитализации в акушерско-гинекологический стационар:**

1. Развитие родовой деятельности.
2. Излитие или подтекание околоплодных вод.
3. Кровянистые выделения из половых путей, свидетельствующие об угрозе выкидыша.
4. Признаки угрожающих Преждевременных родов.
5. Признаки преждевременной отслойки плаценты( острые боли в животе, кровянистые выделения из половых путей)
6. Признаки ИЦН.( укорочение шейки матки по УЗИ)
7. Рвота беременных > 10 раз в сутки и потеря массы тела > 3 кг за 1-1,5 недели при отсутствии эффекта от проводимой терапии.
8. Однократное повышение диастолического АД>110 мм рт. ст. или двукратное повышение диастолического АД>90 мм рт. ст. с интервалом не менее 4 часов.
9. Повышение систолического АД>160 мм рт. ст.
10. Протеинурия (1+).
  
11. Симптомы полиорганной недостаточности (головная боль, нарушения зрения, боли в эпигастрии, рвота, симптомы поражения печени, олиго\анурия, нарушения сознания, судороги в анамнезе, гиперрефлексия).
12. Признаки хориоамнионита.( повышение температуры, выделения с неприятным запахом из половых путей, боли в низу живота)
13. ЗРП 2-3 степени. По УЗИ
14. Нарушение функционального состояния плода по данным доплерометрии и КТГ.
15. Внутриутробная гибель плода.
16. Острый живот.
17. Острые инфекционные и воспалительные заболевания.

### **Кратность посещения врача акушера-гинеколога во время нормальной беременности:**

Оптимальная кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью составляет от 4 до 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель).



## Необходимые исследования во время беременности

### Физикальное обследование

- Рекомендовано определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным УЗИ органов малого таза и плода при 1-м визите беременной пациентки. УЗИ является более точным методом определения срока беременности и родов. При расчете срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 недель) к первому дню последней менструации (при 28-дневном менструальном цикле). При иной длительности менструального цикла необходимо вносить поправки в расчет срока родов с сторону увеличения срока при более длинном цикле и в сторону уменьшения срока при более коротком цикле. При наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов (дата переноса "плюс" 266 дней (38 недель) "минус" число дней, равное сроку культивирования эмбриона).

- Рекомендовано измерить массу тела, рост и рассчитать ИМТ (масса тела в кг/рост в м<sup>2</sup>) при 1-м визите, проводить контроль динамики прибавки массы тела при всех последующих визитах беременной пациентки. Основное влияние на акушерские и перинатальные исходы оказывает прибавка массы тела во время беременности, а не ИМТ до беременности. Рекомендуемая еженедельная прибавка массы тела в 1-м триместре составляет не более 0,5-2 кг/неделю. Прибавка масса тела происходит в том числе в связи с накоплением жидкости (отеками), характерными для периода гестации (Таблица).

Категория	ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Рекомендуемая прибавка массы тела	
		за всю беременность (кг)	еженедельная (кг/неделю) (во 2-м и 3-м триместре)
Недостаток массы тела	<18,5	12,5-18	0,44-0,58
Нормальная масса тела	18,5-24,9	11,5-16	0,35-0,50
Избыток массы тела	25,0-29,9	7-11	0,23-0,33
Ожирение	> или = 30,0	5-9	0,17-0,27

- Рекомендовано измерить артериальное давление (АД) и пульс при каждом визите беременной пациентки. Регулярное измерение АД проводится с целью ранней

диагностики  
гипертензивных осложнений беременности.

- Беременной пациентке группы высокого риска преэклампсии (ПЭ) рекомендовано назначить ежедневный мониторинг АД на протяжении всей беременности. К группе высокого риска развития ПЭ относятся пациентки с указанием на раннюю и/или тяжелую ПЭ в анамнезе.
- Рекомендовано провести пальпацию молочных желез при 1-м визите беременной пациентки. При обнаружении узловых образований молочных желез рекомендовано направить пациентку на консультацию к врачу-онкологу. Пальпация молочных желез проводится с целью скрининга рака молочной железы.
- Не рекомендовано регулярно пальпировать молочные железы во время беременности.
- Рекомендовано провести гинекологический осмотр при 1-м визите беременной пациентки. Гинекологический осмотр во время беременности включает визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование с определением размеров, консистенции, подвижности и болезненности матки и придатков матки.
- Не рекомендовано без показаний проводить повторные гинекологические осмотры беременной пациентке. Повторные гинекологические осмотры проводятся по показаниям: при наличии жалоб, при признаках истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) и ПР, для выявления ИЦН, определения соотношения головки плода и размеров таза.
- Рекомендовано измерять окружность живота (ОЖ), высоту дна матки (ВДМ) и ведение гравидограммы при каждом визите беременной пациентки после 20 недель беременности.
- Рекомендовано определить положение и предлежание плода при каждом визите беременной пациентки после 34-36 недель беременности. Определение положения и предлежания плода проводится с целью определения тактики ведения родов.
- Рекомендовано направить беременную пациентку на УЗИ плода при подозрении на неправильное положение и/или предлежание плода для его уточнения.
- Рекомендовано определить частоту сердцебиения плода (ЧСС) при каждом визите беременной пациентки после 20 недель беременности при помощи акушерского стетоскопа или после 12 недель беременности при помощи фетального доплера для подтверждения жизнедеятельности плода. При

отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) рекомендовано направить беременную пациентку на УЗИ.

- Рекомендовано проводить опрос беременной пациентки по поводу характера шевелений плода при каждом визите после 16-20 недель беременности (после начала ощущения шевелений плода). Нет доказательных данных по эффективности профилактики неблагоприятных перинатальных исходов на основании подсчета числа движений плода. Пациентке должны быть даны рекомендации, что при субъективном снижении активности и/или частоты шевелений плода ей следует незамедлительно обратиться в специализированный стационар или женскую консультацию для проведения дополнительного обследования.

### **Лабораторные диагностические исследования**

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (далее – ВИЧ) и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности. Раннее обследование и выявление инфекции способствует своевременной терапии и предотвращению инфицирования плода. Согласно пункту 4.3. санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции", стандартным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции служит одновременное определение антител к ВИЧ 1,2 и антигена р24/25 ВИЧ с помощью диагностических тестов ИФА и ИХЛА. Повторное обследование в 3-м триместре лучше проводить до 36 недель беременности. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями для подтверждения/исключения диагноза.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности. Обследование и выявление инфекции способствует проведению постнатальной профилактики передачи вируса новорожденному. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. Обследование и своевременно проведенное лечение сифилиса способствует лучшим исходам беременности. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-дерматовенерологу для подтверждения/исключения диагноза.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к вирусу краснухи (*Rubella virus*) в крови однократно при 1-м визите в 1-м или 2-м триместрах беременности. Обследование на ранних сроках беременности позволяет выявить серонегативных пациенток и информировать их о возможности инфицирования. При отсутствии или недостаточном уровне иммуноглобулинов класса G к вирусу краснухи пациентка должна быть информирована о риске инфицирования краснухой во время беременности.

- Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме (*Toxoplasma gondii*) в крови во время беременности. Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии токсоплазмоза. Доказательная база эффективности антенатальной терапии токсоплазмоза в плане снижения негативных перинатальных исходов отсутствует. Беременная женщина должна быть информирована о методах профилактики токсоплазмоза: гигиенической обработке рук перед едой, мытье свежих фруктов и овощей, термической обработке мяса, использовании перчаток при контакте с землей и мытье рук после контакта с землей, исключении контакта с кошками.

- Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (*Cytomegalovirus*) в крови во время беременности. Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ЦМВ-инфекции. Этиотропная терапия и профилактика внутриутробной передачи ЦМВ-инфекции отсутствует.

- Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение антител к вирусу простого герпеса (*Herpes simplex virus*) в крови во время беременности вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ-инфекции в анамнезе. Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ВПГ-инфекции.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение антигена стрептококка группы B (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала в 35-37 недель беременности. Обследование на носительство стрептококка группы B и последующая терапия во время беременности приводит к уменьшению колонизации стрептококком родовых путей женщин и рождению детей с признаками внутриутробной инфекции. При положительном результате исследования пациенткам назначается антибиотикопрофилактика в родах.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на микроскопическое исследование влагалищных мазков при 1-м визите и в 3-м триместре

беременности, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы. Рутинно направлять беременную пациентку на молекулярнобиологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), нецелесообразно – данное исследование может быть рекомендовано при появлении жалоб на вагинальный дискомфорт, изменение характера выделений из половых путей, зуд, жжение, выделения с неприятным запахом воспалительным характером микроскопического исследования мазка.

- Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus* spp. и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом ПЦР и молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы (*Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*).

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1-м визите. Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий  $\geq 10^5$  в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. Раннее выявление бактериурии и проведение терапии снижает риск развития пиелонефрита, преждевременных родов (ПР) и задержки роста плода (ЗРП).

- Рекомендовано направлять беременную пациентку 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. При выявлении антирезусных антител беременная женщина должна быть направлена на консультацию в медицинскую организацию 3-й группы для дальнейшего наблюдения. У резус-отрицательных женщин следует определить резус-фактор мужа/партнера. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера определение антирезусных антител не проводится. При неизвестной или резус-положительной принадлежности крови мужа/партнера беременной женщине можно предложить неинвазивное определение резус-фактора плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК. При определении резус-отрицательной принадлежности крови у плода определение антирезусных антител в крови матери не проводится.

- Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение антител к группе крови I(0). Доказательная база предикции гемолитической болезни плода по системе АВ0 отсутствует.
- Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение общего (клинического) анализа крови при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности. Раннее обследование и выявление анемии способствует своевременной терапии и снижению риска негативных перинатальных исходов. Нормальный уровень гемоглобина в 1-м триместре составляет  $\geq 110$  г/л, в 3-м триместре –  $\geq 105$  г/л. Для подтверждения латентного дефицита железа может быть рекомендовано определение сывороточного ферритина, как наиболее точного показателя определения уровня железа.
- Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение биохимического общетерапевтического анализа крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности. Надежная доказательная база необходимости данного исследования отсутствует, но оно принято в отечественной практике. Биохимический общетерапевтический анализ крови включает определение общего белка, мочевины, креатинина, общего билирубина, прямого билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) и глюкозы.
- Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение нарушения углеводного обмена при 1-м визите и в 24-26 недель беременности. Определение нарушения углеводного обмена включает определение уровня глюкозы или гликированного гемоглобина (HbA1c) в венозной крови натощак. Для беременной женщины нормальное значение глюкозы натощак составляет  $< 5,1$  ммоль/л, уровня HbA1c –  $< 6,5\%$ . При значениях глюкозы  $\geq 5,1$  ммоль/л или HbA1c  $\geq 6,5\%$  беременную женщину следует направить на консультацию к эндокринологу.
- Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г глюкозы в 24-28 недель беременности, в случае если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена.
- Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска гестационного сахарного диабета (ГСД) на проведение ПГТТ с 75 г глюкозы при 1-м визите, в случае если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена. К группе высокого риска развития ГСД относятся пациентки с ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>, указанием в анамнезе на роды плодом с массой тела  $\geq 4,5$  кг или ГСД, отягощенным по сахарному диабету семейным анамнезом.
- Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение коагулограммы (ориентировочного исследования системы гемостаза) при 1-м визите и перед родами (принято в отечественной практике, не имеет доказательной базы). Надежная доказательная база необходимости данного исследования отсутствует,

но оно принято в отечественной практике. Исследование коагулограммы включает: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, протромбиновое (тромбопластиновое) время (ПВ) и количество тромбоцитов.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови однократно при 1-м визите. Определение уровня ТТГ проводится с целью раннего выявления и терапии гипотиреоза. Референсное значение уровня ТТГ у беременной женщины составляет  $< 3,0$  МЕ/мл. При ТТГ  $\geq 3,0$  МЕ/мл беременную женщину следует направить на консультацию к врачу-эндокринологу.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку 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 с помощью специальных индикаторных полосок. Данные высокой степени доказательности об улучшении прогноза развития ПЭ при проведении повторных исследований на протеинурию отсутствуют.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) при 1-м визите во время беременности. Данное исследование проводится целью скрининга рака шейки матки. Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и из цервикального канала следует рекомендовать, если с момента последнего исследования прошло более 3-х лет при отрицательном анализе на вирус папилломы человека (ВПЧ) и нормальных данных предыдущих цитологических исследований (NILM), или если с момента последнего исследования прошло более 1 года при положительном или неизвестном ВПЧ-статусе, или хотя бы одном патологическом предыдущем цитологическом исследовании (ASCUS, LSIL, HSIL) вне зависимости от проведения терапии в анамнезе.

### **Инструментальные диагностические исследования**

- Рекомендовано провести беременной пациентке измерение размеров таза (пельвиометрию) в 3-м триместре. Измерение размеров таза проводится для определения акушерской тактики при родоразрешении.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение УЗИ плода при сроке беременности 11-13 недель в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, для определения срока беременности, проведения скрининга 1-го триместра, диагностики многоплодной беременности. УЗИ в 1-м триместре беременности также может быть назначено

при раннем 1-м визите и сроке задержки менструации  $\geq 7$  дней для исключения внематочной беременности. Во время проведения УЗИ 1-го триместра также рекомендовано измерить пульсационный индекс в маточных артериях для предикции ранней преэклампсии.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку в 18-20 неделю беременности на проведение УЗИ плода (УЗ скрининга 2-го триместра) для оценки роста плода, диагностики ранних форм ЗРП, исключения врожденных аномалий развития, оценки экстраэмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию) в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику. Дополнительные УЗИ во 2-м триместре беременности могут быть назначены при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП, предлежание плаценты) и в случае несоответствия ВДМ сроку беременности согласно гравидограмме на проведение 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.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска позднего выкидыша и ПР на проведение 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.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) 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). В данной группе проведение данного исследования способствует снижению перинатальной смертности, индукции родов, родоразрешения посредством операции кесарева сечения.

- Не рекомендовано направлять беременную пациентку группы низкого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на проведение ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока. В данной



группе проведение данного исследования не сопровождается улучшением материнских или перинатальных исходов.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение кардиотокографии (КТГ) плода с 33 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели.

### **Иные диагностические исследования**

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на консультацию к врачу терапевту и врачу-стоматологу при 1-м визите и в 3-м триместре беременности, к врачу офтальмологу при 1-м визите. Надежная доказательная база необходимости данных рекомендаций отсутствует, но они приняты в отечественной практике. Консультации специалистов проводятся для своевременной диагностики экстрагенитальной патологии и назначения терапии (принято в отечественной практике, не имеет доказательной базы).

- Рекомендовано направлять беременную пациентку на медико-генетическое консультирование при выявлении у женщины и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией. Надежная доказательная база необходимости данных рекомендаций отсутствует, но они приняты в отечественной практике. Факторами риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией являются: наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров хромосомных или генных нарушений; наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров детей с хромосомными или генными нарушениями, врожденными пороками развития, умственной отсталостью; кровнородственный брак.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку в 11-13 недель беременности на проведение скрининга 1-го триместра, который включает комбинацию УЗИ толщины воротникового пространства (ТВП), исследования уровня хорионического гонадотропина в крови (ХГ) и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А) с последующим программным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией. Для исключения анеуплоидии плода пациентке может быть дополнительно предложено проведение НИПС после 10 недель беременности.

- Не рекомендовано направлять беременную пациентку на рутинное проведение биохимического скрининга 2-го триместра, который включает исследование уровня ХГ в крови, исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, исследование уровня неконъюгированного эстрадиола в крови (тройной скрининг) и исследование уровня ингибина А в крови (четверной скрининг). Биохимический скрининг 2-го триместра может быть назначен при отсутствии результатов скрининга 1-го триместра.

- Рекомендовано направлять беременную пациентку с высоким риском анеуплоидии плода по данным скрининга 1-го триместра или НИПС, и/или выявленными пороками развития плода по данным УЗИ 1-го триместра, и/или высоким риском хромосомной или генной патологии, или выявленных пороков развития плода по данным УЗИ 2-го триместра на проведение медико-генетического консультирования, в ходе которого врач-генетик рекомендует или не рекомендует пациентке проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия ворсин хориона, амниоцентез) с исследованием полученного материала методами цитогенетического или молекулярного кариотипирования. Биопсия ворсин хориона проводится при сроке 10-14 недель беременности. Амниоцентез проводится при сроке беременности > 15 недель. Индивидуальный высокий риск хромосомной патологии у плода по данным скрининга 1-го триместра составляет  $\geq 1/100$ . Противопоказаниями к инвазивной пренатальной диагностике являются: инфекционные и воспалительные заболевания любой локализации, угрожающий выкидыш или ПР. В случаях сенсибилизации по системе Rh(D) необходимо взвесить потенциальную пользу/риск от проведения инвазивной диагностики.

## **Нормальные роды.**

**Нормальные роды** – это своевременные (в 37.0-41.6 недель беременности) роды одним плодом, начавшиеся самостоятельно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов (при отсутствии преэклампсии, задержки роста плода, нарушения состояния плода, предлежания плаценты и других осложнений), прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых пациентка и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

## **Кесарево сечение.**

### **Показания для проведения кесарева сечения:**

предлежание плаценты (полное, неполное);

преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;

рубец на матке после: 2-х и более КС, КС в сочетании с другими относительными показаниями (в т.ч. корпоральное), миомэктомии, метропластики и других видов разреза матки);

неправильные положения и предлежания плода (поперечное, косое, тазовое предлежание плода (см. КП «Тазовое предлежание плода»));

двойня дихориальная диамниотическая, если предлежание 1-плода не является головным на момент планируемых родов;

фето-фетальный трансфузионный синдром;

двойня монохориальная, моноамниотическая в сроке 32+0 и 33+6 неделями;

тройня в сроке 35 недель;

безэффективность индукции родов;

неэффективность консервативной терапии при аномалии родовой деятельности (см КП «Аномалии родовой деятельности»);

плодово-тазовые диспропорции при (анатомически узком тазе II-III степени сужения, деформации костей таза, крупном плоде, клинически узком тазе);

анатомические препятствия родам через естественные родовые пути (опухоли шейки матки, низкое (шеечное) расположение большого миоматозного узла, рубцовые деформации шейки матки и влагалища после пластических операций на мочеполовых органах, зашивание разрыва промежности III степени в предыдущих родах, состояние после перинеопластики);

угрожающий или начавшийся разрыв матки;

преэклампсия тяжелой степени, HELLP синдром или эклампсия при беременности и в родах (при неэффективной индукции родов или ее неприемлемости);

соматические заболевания, требующие исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка и др.);

дистресс плода, угрожающее состояние плода (патологический тип КТГ);

выпадение петель пуповины;

отсутствие лечения ВИЧ-инфекции во время беременности или при вирусной нагрузке равной или более 1000 копий/мл, сочетание ВИЧ и вирусного гепатита С;

первичный генитальный герпес в III триместре;

некоторые аномалии развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров, сросшиеся близнецы и др.) и нарушение коагуляции у плода.

## **Обезболивание во время родов.**

**Анальгезия** (от лат. – **analgesia, analgia, "без боли"**) – уменьшение болевой чувствительности (в том числе избирательное, когда другие виды чувствительности не затрагиваются) с помощью фармакологических и нефармакологических методов.

Нейроаксиальная анальгезия в родах – обезболивание в родах с использованием эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной анальгезии.

### **Буду ли я испытывать боль во время родов?**

Обычно роды сопровождаются болезненными ощущениями во время схваток (примерно 60 секунд) с последующим расслаблением. Необходимо правильно дышать и быть спокойной для минимизации болезненных ощущений.

### **Будут ли мне обезболены роды?**

Первоначально рекомендуется применить немедикаментозные методы обезболивания родов, такие как правильная техника дыхания, использование мяча, массаж, теплые компрессы, холод на спину в случае болей в пояснице и другие, которые оказываются эффективными в большинстве случаев. При неэффективности немедикаментозных методов при Вашем желании, отсутствии противопоказаний и возможности медицинской организации может быть проведена эпидуральная анальгезия. Следует знать, что эпидуральная анальгезия ассоциирована с повышенным риском удлинения продолжительности родов.

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

### **Методы немедикаментозного обезболивания родов**

1. Фитбол. Способствует расслаблению тазового дна, а также обеспечивает свободу движения. При использовании в положении сидя мяч оказывает безболезненное давление на промежность, что может блокировать часть ноцицептивной рецепции на уровне спинного мозга и тем самым уменьшить ощущение боли.

2. Массаж. Может уменьшить дискомфорт во время родов, облегчить боль и повысить удовлетворенность женщины родами. Он является простым, недорогим и безопасным вариантом для облегчения боли.

3. Акупрессура. Ограниченные данные свидетельствуют о пользе акупрессуры. Нет никаких известных рисков использования акупунктуры, если она проводится обученным персоналом, использующим одноразовые иглы.

4. Аппликация теплых пакетов. Тепло обычно прикладывается к спине женщины, нижней части живота, паху, промежности. Возможными источниками тепла могут быть: бутылки с теплой водой, носок с нагретым рисом, теплый компресс (полотенце, смоченные в теплой воде и отжатые), электрогрелка или теплое одеяло. Следует соблюдать осторожность, чтобы избежать ожогов. Лицо, осуществляющее уход, должно проверить источник тепла на своей коже и поместить один или два слоя ткани между кожей женщины и горячей упаковкой. В дополнение к тому, что тепло используется для облегчения боли, оно также применяется для облегчения озноба или дрожи, уменьшения жесткости суставов, уменьшения мышечного спазма и увеличения растяжимости соединительной ткани.

5. Холод. Холодные пакеты могут быть приложены к нижней части спины, когда женщина испытывает боль в спине. Возможные источники холода: мешок или хирургическая перчатка, заполненные льдом, замороженный пакет геля, пластиковая бутылка, наполненная льдом, банки с газированной водой, охлажденные во льду. Необходимо поместить один или два слоя ткани между кожей женщины и холодной упаковкой. Холодные компрессы на промежность могут использоваться периодически в течение нескольких дней после родов.

6. Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление и дыхательные методики. Техники йоги для расслабления, дыхания и положения, используемые на антенатальном этапе уменьшают чувство тревоги по поводу родов. Применение йоги во время родов может уменьшить боль, повысить удовлетворенность родами .

7. Теплый душ .

8. Аудиоаналгезия (музыка, белый шум или окружающие звуки). Способствует увеличению удовлетворенностью родами и снижению риска послеродовой депрессии.

9. Ароматерапия. Эфирные масла являются сильнодействующими веществами и могут быть потенциально вредными при неправильном использовании. Беременным женщинам следует избегать смешивания собственных эфирных масел. Процесс использования ароматерапии должен

контролироваться специально обученным персоналом. Персонал больницы должен быть информирован об использовании ароматерапии для защиты от аллергической реакции у людей, чувствительных к эфирным маслам.

10. Гипноз. Может уменьшить использование фармакологических методов обезболивания во время родов. Не было выявлено влияния на удовлетворение от снижения боли. Гипноз – это сфокусированная форма концентрации. Самогипноз – одна из форм гипноза, в которой сертифицированный специалист учит человека вызывать состояние измененного сознания. Основная цель при использовании самогипноза в родах – помочь женщине сохранить контроль, управляя тревогой и дискомфортом, вызывая целенаправленное состояние расслабления. Следует отметить, что гипноз противопоказан людям с серьезными психологическими нарушениями или психозом в анамнезе. Других очевидных рисков или недостатков для использования гипноза в родах нет.

### **Нейроаксиальная анальгезия в родах**

Показания к нейроаксиальной анальгезии в родах.

- Артериальная гипертензия любой этиологии (преэклампсия, гипертоническая болезнь, симптоматические артериальные гипертензии).

Роды у женщин с некоторыми видами соматических заболеваний (например, гипертоническая болезнь, пороки сердца (не все), заболевания органов дыхания – бронхиальная астма, почек – гломерулонефрит, высокая степень миопии, повышение внутричерепного давления и др.).

- Роды у женщин с антенатальной гибелью плода (в данном случае главным аспектом является психологическое состояние женщины).

- Роды у женщин с текущим или перенесенным венозным или артериальным тромбозом.

- Юные роженицы (моложе 18 лет).

- Непереносимые болезненные ощущения роженицы во время схваток (при оценке данного показания можно использовать визуально-аналоговую шкалу интенсивности боли).

- Аномалии родовой деятельности (врач-акушер-гинеколог должен учитывать влияние эпидуральной анальгезии на течение второго периода родов).

- Преждевременные роды.

- Эпидуральная анальгезия предпочтительнее применения опиоидных анальгетиков для обезболивания преждевременных родов из-за большей эффективности и меньшей токсичности.

### **Паравертебральная поясничная симпатическая блокада**

Паравертебральная поясничная симпатическая блокада рекомендована в случаях, когда нейроаксиальная анальгезия противопоказана.

Паравертебральная анальгезия имеет преимущества: ускоряет созревание шейки матки, уменьшает продолжительность родов, технически просто выполняема, не вызывает гипотонию. Может рассматриваться как вариант метода анальгезии в родах, когда проведение эпидуральной анальгезии невозможно.

### **Системное медикаментозное обезболивание**

Системные опиоиды обеспечивают небольшое или умеренное облегчение боли при родах. Обезболивание бывает неполным, временным, сопровождается седативным действием более эффективно в начале активных родов. Опиоиды могут быть неэффективными после открытия шейки матки более 7 см. Несмотря на их ограничения, временное ослабление боли в родах после приема опиоидов может быть полезной и удовлетворительной стратегией лечения боли для многих рожениц.

### **Ингаляционная анальгезия**

Ингаляционная анальгезия – это назначение субанестетических доз ингаляционных анестетиков для болеутоления в родах. Несмотря на то, что ингаляционные методы обеспечивают некоторый уровень анальгезии, его недостаточно для адекватного обезболивания родов у большинства женщин. Эти методы могут использоваться как дополнение при неудавшихся нейроаксиальных блокадах, либо при противопоказаниях к последним. Ингаляционная анальгезия может проводиться прерывистым (во время схваток) и постоянным методом. Ингаляционные методы можно использовать для аутоанестезии, но под присмотром врача-анестезиолога-реаниматолога для контроля уровня сознания и правильности использования оборудования.





## Партнёрские роды

В перинатальном центре 1 РКБ поддерживают *семейно-ориентированные роды (партнерские роды)*.

Доказано, что такая физическая и психоэмоциональная поддержка женщины:

- сокращает продолжительность родов;
- уменьшает потребность в необходимости обезболивания родов;
- уменьшает количество хирургических вмешательств;
- уменьшает количество новорожденных по шкале Апгар.

Кроме того, «партнерские роды» несут в себе и важную биологическую роль: при контакте с папой «кожа к коже» малыш получает нужные бактерии, которые покрывают кожу мамы и папы и являются симбионтами. Эти бактерии помогают защитить кожу малыша от других «чужих» бактерий и являются для ребенка своеобразными защитниками и помощниками.

### *Чем может помочь мужчина в родах?*

- замерять продолжительность схваток и временные интервалы между ними;
- держать роженицу за руку, дать воды, вытереть пот;
- помочь женщине правильно дышать в родах;
- делать обезболивающий и расслабляющий массаж;
- оказывать психологическую поддержку в родах.

### *Что нужно иметь при себе?*

- справку с результатами флюорографии (срок - не более шести месяцев);
- результат обследования на COVID-19 методом ПЦР (мазок из носо- и ротоглотки), срок давности-не более чем за 3 дня до родоразрешения;
- сменную одежду: хлопчатобумажный костюм, чистые хлопчатобумажные носки, моющиеся тапки (резиновые или кожаные).

## **Готовимся к грудному вскармливанию!**

Будущим мамам о грудном вскармливании следует узнать как можно больше еще до того, как малыш родится. Уже во время последнего триместра беременности поговорите с другими кормящими мамами, почитайте специальную литературу, поговорите со своим врачом. Чем больше Вы узнаете об этом и увидите преимущества грудного вскармливания, тем лучше.

Вне зависимости от того, думаете, Вы об этом или нет, Ваше тело готовится к необходимости кормить будущего малыша. Именно по этой причине Ваши груди во время беременности увеличиваются – молочные железы и клетки, вырабатывающие молоко, развиваются, и к ним поступает больше крови, чем раньше. Однако размер груди никак не влияет на способность к грудному вскармливанию, ошибочно полагать, что у женщин с маленькой грудью вырабатывается меньше молока.

В ходе естественных изменений в организме во время беременности у большинства женщин грудь также становится готовой к вскармливанию малыша. Не трите соски, не используйте скрабы – это только повредит их и усложнит процедуру кормления. Учите новорожденного с самого начала правильно сосать грудь – это самый лучший способ предотвратить болезненные ощущения при кормлении.

### **Первые дни грудного вскармливания**

Ваше тело успешно справилось с зачатием, с вынашиванием ребенка, с рождением его. Следующий этап – выкормить малыша. Для начала надо поверить в своё тело. Кормление детки грудью так же нормально и естественно, как зачатие, беременность и роды и является продолжением этих физиологических процессов.

Очень важный период - это первые дни после родов, когда лактация начинает свое становление. Здесь необходимо поддержать стремление детки висеть на груди и освоить технику прикладывания, чтобы это было безболезненно и с пользой для малыша.

Что же даёт для мамы и малыша нахождение у груди сразу после родов в неограниченном количестве? В первую очередь, мамин организм получает сигнал, что с малышом все в порядке и организм начинает восстанавливаться после родов. Малыш же, со своей стороны, получает ценное молозиво, которое богато противомикробными факторами и витамином А (активно

борются с инфекциями). Молозиво мягко очищает кишечник ребенка от избытка билирубина и предотвращает развитие патологической желтухи. Поэтому, несмотря на небольшое количество, молозиво имеет массу полезных и необходимых для малыша свойств.

### **Немного знаний из физиологии**

Молочная железа начинает готовиться к производству молока еще во время беременности. Как только произошло зачатие, в дольках железы начинают быстро развиваться молочные ходы, на концах которых формируются альвеолы. Затем постепенно уменьшается объем жировых долек, развиваются кровеносные сосуды и нервы.

Много мам с выделением молозива могут познакомиться раньше, начиная с 20 недели беременности. И вот грудь уже готова кормить. Но организм ждет появления едока, поэтому плацента вырабатывает гормон, сдерживающий выработку молока – прогестерон. Когда малыш появился на свет, уровень прогестерона в крови снижается, и молочные железы начинают наполняться первым молоком - молозивом. А уже в первые дни после родов у мамы, именно в ответ на стимуляцию груди, активно развивается железистая ткань молочной железы, в которой будет вырабатываться молоко не только сейчас, но и весь период кормления.

Чтобы детка научился правильно брать грудь, то есть безболезненно для мамы и так, чтобы легко получать молочко для себя, надо уделить этому внимание в первые несколько дней после родов. Особенно важно приложить правильно малыша в первые часы после рождения, чтобы правильное прикладывание запечатлелось в подсознании ребенка. Чтобы становление лактации произошло мягко и комфортно для мамы, желательно довериться детке и оставлять его у груди столько времени, сколько тот попросит. А, если малыш много спит, то прикладывать минимум каждые 2 часа. В то время, когда малыш сосет грудь, он мягко массирует околососковый кружок (ареолу), и через рецепторы посылает в мозг сигнал о потребности в молоке. В организме разворачивается «кампания по кормлению потомства» посредством двух гормонов – пролактина и окситоцина. Именно пролактин синтезирует молоко и выделяется в ответ на сосание (запрос) ребенка. Интенсивнее всего пролактин выделяется ночью, в период между 3-8 часами и в тот период, когда мама дремлет, а ребенок сосет грудь. Окситоцин же вызывает сокращение особых мышечных клеток, и молочко проталкивается по протокам к выходу. У выхода протоки расширяются и утолщаются. Называются они в этом месте «молочные синусы» и находятся под ареолой. Именно на них с молочком и надавливает ребенок, когда сосет грудь. Малыш

выпивает это молочко, в синусах образуется пустота, и она наполняется следующей порцией молочка. Так происходит некоторое время, затем детка отдыхает, начинает снова сосать и мама может ощутить снова прилив молока, ребенок снова сосет и глотает. Это очень увлекательный процесс, интересно наблюдать и за поведением малыша, за сменой своих ощущений в теле.

Как правило, детки с удовольствием и помногу любят повисеть на груди, не отпуская ее даже на сон. Это часто смущает маму, ведь в обществе бытует мнение, что ребенок сосет грудь ради еды, и на это у него уходит минут 15, а затем уже баловство. И в этом заблуждении маму могут поддерживать даже врачи, мотивируя это свое мнение так: если у мамы молока достаточно, то ребеночку этого времени хватает, и он заснет, а, если этого не происходит, то у мамы мало молока, и детку надо срочно докармливать.

На самом деле, для ребенка длительное пребывание на груди является своего рода процессом адаптации к условиям нового для него мира, а также своеобразным проживанием родового стресса. При этом детки сами выбирают, как им адаптироваться и проживать свой опыт: либо через глубокий сон с редкими просыпаниями на прикладывание к груди (своеобразный уход в себя), либо постоянное висение на груди. Для мамы в эти дни важно понимать, что ее грудь для детки – это образ того мира, внутриутробного, который ребенок покинул, но с которым он психологически не готов еще расстаться, с запахом околоплодных вод, стуком маминого сердца, теплом ее кожи. Все это давало ребенку спокойствие и умиротворенность, и после рождения это же продолжает давать грудь. Тем более, что и сам малыш демонстрирует потребность в груди: тянется к ней, не желает выпускать самостоятельно, а если выпустит или мама заберет, то сильно расстраивается по этому поводу.

Запомните, что для детки грудь - не только источник питания и укрепления иммунитета! Сосание груди помогает ему (ей) успокоиться, справиться со своими физиологическими нуждами, особенно после родов, запустить работу кишечника, а также научиться новым отношениям с мамой. Да, оказывается, чем больше ребенок находится у груди, пребывая в столь тесном контакте с мамой, тем лучше он чувствует и понимает другого человека, его настроение, да себя самого. И на основе этих знаний маленький человечек начинает строить отношения – сначала с мамой, потом со всем окружающим миром.

Грудное вскармливание помогает и маме лучше узнать своего ребенка. Наблюдая за своим малышом у груди, она начинает понимать его без слов, интуитивно угадывая его нужды еще до того, как они будут озвучены.

Между ними устанавливаются тесные, интимные отношения, рождающие в душе чувство безусловной любви и принятия.

В эти первые дни важно, чтобы ничего не препятствовало налаживанию контакта между мамой и ребенком и становлению лактации. Я речь идет о всевозможных приспособлениях для кормления грудью и советах, которые мама может получать на первых порах. Что касается советов, то мама и папа должны знать, что сразу после родов мама находится под воздействием родового коктейля гормонов и сильно внушаема. Это значит, что стоит осторожно подходить к вопросу выслушивания рекомендаций в отношении как, сколько и в какой позе ей кормить ребенка, а также как долго тому находиться у ее груди. Об этом лучше известно самой маме и её малышу, так что гораздо лучше воспользоваться накопленными знаниями во время беременности, своей интуицией и своими ощущениями. Кроме этого, сейчас есть возможность обсудить свои вопросы относительно кормления с консультантом по грудному вскармливанию или еще с кем-то, обязательно имеющим опыт длительного кормления грудью (больше года) и положительный опыт работы со сложностями.

Что касается приспособлений, которые предлагают производители детских товаров и товаров для мам, то, как правило, они не нужны вовсе.

### **Накладка для сбора молока**

Делается из силикона, представляет собой небольшой кружочек с загнутыми внутрь краями. Ценность наклейки в том, что она собирает выделяющееся во время или между кормлениями молоко. Ее прикладывают к свободной груди и собирают молочко, которое вытекает, чтобы потом докормить малыша, когда в этом есть необходимость. Наклейка полезна тем мамам, у которых есть сложности с вытеканием молока из груди в больших количествах. Ведь в норме, когда мама кормит детку одной грудью, во время прилива, из другой груди молочко начинает выделяться или подтекать. В это время можно нажать пальцем на сосок, подержать полминуты, и молоко прекратит выделяться. Только если оно вытекает, несмотря на эти меры и в большом количестве, такие наклейки пригодятся.

### **Молокоотсос**

В норме, сцеживать маме молоко после кормления или между кормлениями не нужно. Есть моменты, когда сцеживание понадобится, и в единичных случаях вполне можно обойтись ручным сцеживанием, и только при длительных и частых сцеживаниях, лучше молокоотсос. Случаи для ручного сцеживания – переизбыток молока в период его прихода (с которым ребенок

не справляется, например – много спит и вяло сосет), лактостаз (в том случае, если не удалось решить этот вопрос совместно с ребенком), накопление молока для выхода мамы в свет. Молокоотсос скорее понадобится в случаях: нехватки молока и необходимости добавить к висению на груди детки сцеживание, недоношенный ребенок (если не может кормиться из груди), ребенок не берет грудь, а мама желает поддержать лактацию и кормить детку сцеженным молоком, экстренные ситуации (мама уехала, попала в больницу, вышла на работу).

### **Силиконовые наклейки на грудь**

Представляют собой кружочки, которые накладываются на сосок и ареолу и предлагаются ребенку. Обычно их рекомендуют использовать при втянутых или плоских сосках. Здесь следует знать, что непосредственно сосок в процессе кормления участия не принимает, и сложность может возникнуть на этапе вкладывания груди в ротик малыша и удерживания ее там. Этим вопросом стоит озаботиться еще во время беременности и узнать, как прикладывать детку к такой груди. Опасность накладок в том, что детка отказывается брать «голую» грудь, привыкнув получать молоко через накладку, а сама накладка не дает возможности хорошо давить на синусы под ареолой – в итоге, ребенок не наедается как следует, а количество молока у мамы может снижаться.

Успеха вам, дорогие мамочки, в таком полном материнской любви деле – грудном вскармливании! Этот успех в ваших руках, и службы консультаций по ГВ всегда готовы вам помочь.

## Что взять в роддом

1. Документы (обменная карта, медицинский полис, паспорт, родовой сертификат).

2. Одежда: халат, ночные рубашки (только в случаях дородовой госпитализации в отделение патологии беременных), тапочки (не матерчатые).

3. Средства личной гигиены и самое необходимое:

Зубная щетка;

Зубная паста;

Компрессионные чулки;

Медицинские маски;

Кружка;

Ложка;

Туалетная бумага;

Влажные салфетки;

Расческа и заколки;

Мыло;

Впитывающие прокладки;

Одноразовые трусы;

Мобильный телефон с зарядным устройством или телефонная карта;

Ручка, блокнот;

Косметичка, зеркало;

Вода без газа 1,5 литра;

4. Для малыша:

Личные вещи упаковать в пакеты (в дорожных сумках, не принимаем).

Одноразовые подгузники для новорожденных (на 3-6 кг) – 10-20 штук.

Перед поступлением необходимо: коротко подстричь ногти на руках и ногах, выбрить волосы под мышками, снять маникюр, косметику, украшения.

При поступлении в родовое отделение (операционную) подготовить в ОТДЕЛЬНЫЙ ПАКЕТ:

Мобильный телефон с зарядным устройством

Вода без газа 3 литра

Туалетная бумага

Компрессионные чулки (всем)

Влажные салфетки  
Впитывающие пеленки  
Одежда для малыша на выписку (приносится в день выписки):  
2 подгузника  
2 пеленки (теплая и тонкая)  
чепчик + шапочка  
2 распашонки (теплая и тонкая)  
одеяло в пододеяльнике или конверт  
лента 5 метров  
кружевной уголок.  
Одежда на выписку для женщины также приносится в день выписки.

**Уважаемые будущие родители, большая просьба: не приносите больше, чем указано в списке. Конечно, мы понимаем, как хочется выдать в палате цветы, мягкие игрушки и прочие милые предметы. Но, не забывайте, это источник инфекции, аллергии, в самых худших случаях причина асфиксии.**

### **Полезные советы отцу.**

Мы поздравляем Вас с радостным событием в Вашей жизни – рождением ребенка!

Мы уверены, что Вы и Ваша жена будете заботливыми и внимательными родителями, сделаете все зависящее от Вас, чтобы вырастить ребенка крепким и здоровым.

Важнейшее условие правильного ухода за новорожденным – чистота. В чистоте надо содержать не только самого ребенка, его постель, белье, но и комнату, в которой он живет. Ее нужно тщательно убирать и проветривать. В ней нельзя курить, так как содержащийся в табаке никотин крайне вредно отражается на здоровье новорожденного.

Белье ребенка и предметы ухода за ним следует хранить отдельно от вещей детей и взрослых членов семьи.

Малыш должен быть всегда одет в чисто выстиранное и сухое белье. Просушивать мокрые пеленки нельзя. Туго пеленать ребенка вредно.

Новорожденного надо ежедневно купать, детский врач скажет, когда



можно начинать купание. Вашей жене трудно одной справиться с купанием – ей необходима Ваша помощь.

Помощь нужна ей не только во время купания. Женщина выписывается из родильного дома еще не вполне окрепшей. Полностью восстановиться она сможет не раньше, чем через 6-9 недель после родов. В первый день после выписки из родильного дома ей следует полежать в постели. Затем постепенно она сможет включаться в домашние дела. Но она не должна выполнять в течение 6-8 недель (в некоторых случаях гораздо больше) тяжелую физическую работу (поднимать тяжести, много стирать и мыть полы). Эти виды домашней работы необходимо взять на себя Вам и другим членам семьи.

Женщина всегда, а особенно после родов, нуждается в ласковом и внимательном отношении к ней мужа. Всякое нервное возбуждение и утомление вредно отражается на ее неокрепшем здоровье, снижает лактацию и отрицательно влияет на ребенка.

Вашей жене необходима разнообразная, полноценная пища, особенно полезны ей овощи, фрукты, молоко и молочные продукты. Категорически запрещаются спиртные напитки, в том числе и пиво, так как алкоголь плохо действует не только на организм кормящей матери, но и на организм ребенка.

Спать женщине необходимо не менее 8 часов в сутки (6 часов ночью и 2 часа днем). Вы должны постараться создать ей для этого условия. Усталость из-за бессонных ночей может быть причиной уменьшения у женщины количества молока.

**ПОМНИТЕ!** На молодую маму падают все заботы по вскармливанию ребенка и основная тяжесть по уходу за ним. Ваша помощь ей необходима.