МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

# КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ДОРОДОВОЙ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПОМОЩИ

Клиническое руководство по дородовой и послеродовой помощи
утверждено Приказом МЗ КР № 259 от 10.03.2023 г.

Бишкек - 2023

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

# КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ДОРОДОВОЙ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПОМОЩИ

**(для первичного уровня здравоохранения)**

**Бишкек - 2023**

# СОДЕРЖАНИЕ


Ключевые слова 3
Список сокращений 3

**1. Краткая информация** 4
1.1. Важность дородового и послеродового наблюдения 4
1.2. Термины и определения 5
1.3. Кратность посещений 6
**2. Обследование** 9
2.1. Сбор анамнеза/опрос 9
2.2. Осмотр 13
2.3. Рекомендации по лабораторным методам обследования 18
2.4. Рекомендации по инструментальным методам исследования 22
2.5. Рекомендации по консультированию профильных специалистов 23
**3. Консультирование беременных и членов их семей** 24
3.1. Образ жизни и режим во время беременности 24
3.2. Питание во время беременности 26
3.3. Лекарственные препараты и витамины 30
3.4. О вреде психоактивных веществ 31
3.5. Физиологические изменения и дискомфортные состояния во время беременности 33
3.6. Тревожные признаки во время беременности 42
3.7. Роль партнера во время беременности и в родах 43
3.8. Насилие со стороны интимного партнера 44
3.9. Грудное вскармливание 47
3.10. Послеродовый период и тревожные признаки послеродового периода 50
3.11. Послеродовая депрессия 52
3.12. Послеродовая контрацепция 53
3.13. Уход за новорожденным и опасные признаки периода новорожденности 55
**4. Профилактические мероприятия во время беременности** 58

**Список использованной литературы** 62
*Приложение 1*. Состав мультидисциплинарной рабочей группы 64
*Приложение 2.* Стратегия поиска международных клинических руководств по дородовой и послеродовой помощи 67
*Приложение 3.* Факторы риска во время беременности 71
*Приложение 4.* Сводная таблица всех посещений по оказанию дородовой помощи для получения положительного опыта беременности 75
*Приложение 5*. Сводная таблица мероприятий по оказанию помощи в послеродовом периоде 76
*Приложение 6.* План родов 78
*Приложение* 7. Информированное согласие на применение ВМС в послеродовом периоде 80
*Приложение* 8. Льготы беременным женщинам при наличии полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) 82
*Приложение* 9. Памятка для беременной женщины 89
*Приложение 10.* Стандарты и индикаторы для мониторинга и аудита внедрения клинического руководства по дородовой и послеродовой помощи 105

**Ключевые слова:** физиологическая беременность, дородовый уход, послеродовый период, предоставление услуг по антенатальному уходу, первичная медико-санитарная помощь

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

| | |
|---|---|
| АД | Артериальное давление |
| АНУ | Антенатальный уход |
| АФС | Антифосфолипидный синдром |
| ВДМ | Высота дна матки |
| ВИЧ | Вирус иммунодефицита человека |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ВМС | Внутриматочное средство |
| ГБН | Гемолитическая болезнь новорожденных |
| ГВ | Грудное вскармливание |
| ГНБ | Гипертензивные нарушения беременности |
| ГСВ | Группа семейных врачей |
| ГСД | Гестационный сахарный диабет |
| ДРП | Дородовая помощь |
| ЖСПП | Жестокое обращение со стороны полового партнера |
| ЗРП | Задержка роста плода |
| ИППП | Инфекции, передающиеся половым путем |
| ИМТ | Индекс массы тела |
| ЛУИН | Лица, употребляющие инъекционно наркотики |
| КГМИПиПК | Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б.Даниярова |
| КП | Клинический протокол |
| КОК | Комбинированные оральные контрацептивы |
| МЗ | Министерство здравоохранения |
| МКБ | Международная классификация болезней |
| МЛА | Метод лактационной аменореи |
| МСМ | Мужчины, практикующие секс с мужчинами |
| НПО | Неправительственная организация |
| НЦОМиД | Национальный центр охраны материнства и детства |
| ОЗ | Организация здравоохранения |
| ОМС | Обязательное медицинское страхование |
| ПАВ | Психоактивные вещества |
| ПМСП | Первичная медико-санитарная помощь |
| ПТПР | Противозачаточные таблетки прогестинового ряда |
| ПГТТ | Пероральный глюкозо-толерантный тест |
| СД | Сахарный диабет |
| СКВ | Системная красная волчанка |
| ТЭО | Тромбоэмболические осложнения |
| УЗИ | Ультразвуковое исследование |
| ФАП | Фельдшерско-акушерский пункт |
| ФОМС | Фонд обязательного медицинского страхования |
| ЦГСЭН | Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора |
| ЦНС | Центральная нервная система |
| ЭКО | Экстракорпоральное оплодотворение |

# Краткая информация

## 1.1. Важность дородового и послеродового наблюдения

Сегодня предотвратимые заболеваемость и смертность, связанные с беременностью, все еще остаются на неприемлемо высоком уровне. Дородовая и послеродовая помощь является основной платформой для проведения важных мероприятий в сфере здравоохранения, включая пропаганду здорового образа жизни, скрининг, диагностику и профилактику болезней. Известно, что своевременно проведенные, доказательно обоснованные мероприятия в рамках дородового и послеродового наблюдения могут спасти жизнь.

Однако, наряду с вышеизложенным, чрезвычайно важной функцией антенатального наблюдения является способствование формированию у каждой женщины положительного опыта беременности, когда приоритетными становятся здоровье и благополучие человека, а не только предупреждение заболеваний и смерти. Всемирная организация здравоохранения определила термин положительного опыта беременности, под которым понимают сохранение женщиной во время беременности обычного физического и социокультурного состояния; поддержание медицинским работником нормального течения беременности, включая предупреждение и устранение рисков, профилактику и лечение болезней, снижение риска смерти; обеспечение женщине эффективного перехода к родам и положительного настроя на материнство, включая формирование высокой самооценки матери, материнских навыков и независимости.

Данное руководство содержит в себе рекомендации доказательной медицины и отражает важность эффективного и уважительного общения с беременными по физиологическим, биомедицинским, поведенческим и социокультурным вопросам, а также эффективного и уважительного оказания им социальной, культурной эмоциональной и психологической поддержки. Эти функции дородовой помощи по предоставлению информации и оказанию поддержки являются залогом не только спасения жизней, но и повышения благополучия женщин и детей, а также улучшения качества оказываемой помощи.

## 1.2. Термины и определения

**Антенатальный уход** — дородовое наблюдение.

**Беременность высокого риска** — беременность, которая с большой вероятностью потребует в дальнейшем или потребовала уже вмешательства.

**Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)** — это орган, направляющий и координирующий международную работу в области здравоохранения в рамках системы ООН.

**Глюкоза крови натощак** — глюкоза крови утром перед завтраком после предварительного голодания ≥8 часов. Характеризует, в основном, базальную продукцию глюкозы.

**Интервал между родами** — период времени между предыдущими и последующими родами. При планировании семьи также учитывают временные интервалы между родами и последующей беременностью и между самопроизвольным абортом и последующей беременностью.

**Материнская смертность** (также коэффициент материнской смертности или КМС) является важным статистическим показателем, который характеризует частоту случаев смерти беременных женщин, а также рожениц. Согласно наиболее распространённой классификации, в категорию материнских смертей попадают летальные исходы, наступившие в период самой беременности, а также в течение 42 дней после её окончания.

**Микронутриенты** — это пищевые вещества (витамины, минеральные вещества и микроэлементы), которые содержатся в пище в очень малых количествах – миллиграммах или микрограммах, в отличие от так называемых макронутриентов (белков, жиров, углеводов), составляющих основной объем пищи.

**Партнер** — это выбранный женщиной помощник. Это может быть отец ребенка, половой партнер женщины, член семьи или подруга, или любой другой человек, которого женщина выберет в качестве партнера.

**Перинатальный риск** — вероятность смерти или болезни плода и новорождённого в перинатальном периоде.

**Планирование семьи** — комплекс мероприятий, направленных на снижение числа абортов с целью уменьшения материнской и младенческой заболеваемости и смертности, а также на достижение оптимального интергенетического интервала.

**Прегравидарная подготовка** (от лат. gravida – беременная, pre – предшествующий) — комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья и подготовку половых партнёров к зачатию, последующему вынашиванию беременности и рождению здорового ребёнка; обеспечение оптимального уровня их физической и психологической готовности к наступлению беременности на основе оценки факторов риска (медицинских, социально-

экономических, культурных и др.) и проведение мероприятий по уменьшению или устранению их воздействия.

**Самопроизвольный аборт, выкидыш** — изгнание/извлечение из организма женщины эмбриона или плода, весом до 500 г в сроке до 22 недель беременности

**Перинатальные факторы риска** — это факторы, осложняющие физиологическое течение беременности и оказывающие влияние на состояние матери или плода.

### 1.3. Кратность посещений

| | |
|---|---|
| **A** | Для снижения перинатальной смертности и повышения качества ухода за женщинами рекомендуются **минимум восемь посещений** медицинского работника при дородовом наблюдении [2-5]. |

***Экспертная группа КР определила 9 антенатальных посещений***

| **Посещение** | **Срок беременности** |
|---|---|
| первое | до 12 недель |
| второе | 12 недель |
| третье | 18-20 недель |
| четвертое | 25-26 недель |
| пятое | 30 недель |

| **Посещение** | **Срок беременности** |
|---|---|
| шестое | 34 недель |
| седьмое | 36 недель |
| восьмое | 38 недель |
| девятое | 40 недель |

Дополнительное 10-е посещение рекомендовано в полных 41 неделю для профилактики перенашивания.
При сроке беременности более, чем 41 неделя (>40 недель + 7 дней, первый день 42 недели) рекомендована госпитализация беременной женщины в стационар для решения вопроса о сроках и методе родоразрешения.

Женщина может прийти на прием к медицинскому работнику в любом сроке при появлении вопросов или наличии опасных признаков беременности.

| | |
|---|---|
| **A** | Рекомендуется предложить дополнительные или более длительные дородовые визиты, если это необходимо, в зависимости от медицинских, социальных и эмоциональных потребностей женщины [1,2] |
| **C** | На первом дородовом приеме рекомендуется обсудить дородовой уход с женщиной (и ее партнером) и предоставить ей график дородовых осмотров. При каждом посещении предоставлять информацию о питании и диете, физической |

| | |
|---|---|
| | активности, отказе от курения и употреблении наркотиков непредвзято, сострадательно и индивидуально [1,2,5]. |

На первом дородовом приеме (и позже, если это уместно) обсудить и предоставить информацию:

- что включает в себя дородовая помощь и почему это важно;
- запланированное количество дородовых посещений;
- как будут проходить дородовые приемы;
- какие медицинские работники будут участвовать в предоставлении дородовой помощи;
- как связаться с медицинскими работниками для несрочной консультации;
- как поступить при появлении опасных признаков во время беременности;
- программы скрининга: какие лабораторные и инструментальные исследования предлагаются и почему;
- как ребенок развивается во время беременности;
- чего ожидать на каждом этапе беременности;
- безопасное использование лекарств, пищевых добавок и лечебных трав во время беременности;
- иммунизация против гриппа и других инфекций (например, COVID-19) во время беременности;
- снижение риска инфекций, например, поощрение мытья рук;

Беременные с перинатальными факторами риска (см. приложение 3): социально-биологическими, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, экстрагенитальной патологией, осложняющей беременность, осложнениями данной беременности и патологией плода должны наблюдаться по индивидуальному плану.

Рекомендуется на каждом дородовом и послеродовом приеме проводить оценку риска следующим образом [1]:

- спросить женщину о ее общем состоянии здоровья и самочувствии;
- спросить женщину о выполнении рекомендаций, полученных при предыдущем посещении;
- спросить женщину (и ее партнера, если он присутствует), есть ли какие-либо опасения, которые они хотели бы обсудить;
- обеспечить безопасную среду и возможности для женщины обсудить такие темы, как проблемы дома, насилие в семье, опасения по поводу родов (например, если у нее ранее были травматические роды) или проблемы с психическим здоровьем;
- пересмотреть и переоценить план ухода за беременными;
- поощрять партнерство во время беременности и родов;
- выявить женщин, нуждающихся в дополнительном уходе.

Рекомендовать женщине сдавать утреннюю порцию мочи на белок в день дородового посещения.

При любом другом обследовании, согласно плана, рекомендовать пройти обследование накануне дня посещения и прийти на прием с результатами анализов.

При каждом дородовом посещении рекомендуется предоставлять информацию об образе жизни, питании и режиме во время беременности, о физиологических изменениях и дискомфортных состояниях во время беременности, о вреде ПАВ и тревожных признаках во время беременности и после родов.
С 30 недель беременности добавить информацию о грудном вскармливании, уходе за новорожденным, послеродовом уходе за собой и послеродовой контрацепции. Рекомендуется начать заполнение плана родов.
С 38 недель предоставить информацию о переношенной беременности.
Переношенной называется беременность, срок которой составляет более 294 дней (первый день 42 недели) от первого дня последнего менструального цикла.
При первом визите следует предоставить всю имеющуюся юридическую информацию о льготах, правах, пособиях для беременных женщин и их семей, обсудить вопросы выдачи больничного листа, сроки, условия, объяснить значение и составляющие обменной карты, сроки его выдачи.
При подтверждении наличия беременности нужно выдать справку для предоставления по месту работы или учебы для изменения расписания работы или ее характера – исключение ночных или продолжительных смен, перевод на легкий труд.

| | |
|---|---|
| **С** | Рекомендуется посещения беременными и их партнерами дородовых занятий на протяжении всей беременности [1,2,5]. |

| | |
|---|---|
| **С** | Структурированное дородовое обучение в форме занятий, групп или индивидуальных занятий повышает уровень знаний женщин и чувство готовности к родам и воспитанию детей [1,2,5]. |

Дородовые занятия должны быть были доброжелательными, доступными и адаптированными для удовлетворения потребностей местных сообществ.

# 2. Обследование [1,2,5].

## 2.1. Сбор анамнеза/опрос

На первом дородовом приеме (при постановке на учет) рекомендуется спросить у женщины о следующем:

- социальный, семейный и соматический (в том числе проблемы с психическим здоровьем, генетические заболевания) анамнез, а также любые проблемы и вопросы, касающиеся ее партнера или членов семьи, которые могут повлиять на ее здоровье и благополучие членов семьи;
- акушерско-гинекологический анамнез включая осложнение предыдущих беременностей (гипертензивные нарушения беременности, гестационный диабет, преждевременные роды, кровотечение, задержка роста плода и т.д.), наличие в анамнезе профилактики резус-изоиммунизации путём введения антиД-иммуноглобулина; рождения детей с признаками гемолитической болезни новорождённых; наличие родов, медицинских и самопроизвольных абортов, внематочных беременностей у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови при резус-положительном партнёре;
- контактные данные ее партнера и ближайших родственников;
- обсуждение любых рисков и опасений включая профессиональные и бытовые вредности;
- прием лекарственных средств, включая безрецептурные препараты и биологически-активные пищевые добавки;
- аллергии;
- такие факторы, как питание и диета, физическая активность, употребление ПАВ.

Рекомендуется установить точный срок беременности по дате первого дня последней менструации.

Если беременная не помнит дату последней менструации, точный срок беременности можно установить по результату ультразвукового исследования, проведенного в сроке беременности 10 недель 0 дней – 13 недель 6 дней.

| | |
|---|---|
| **А** | Настоятельно рекомендуется проводить опрос всех беременных женщин **об употреблении ими алкоголя и других психоактивных веществ** (в прошлом и настоящем) как можно раньше во время беременности и при каждом посещении дородового наблюдения [1,2,5]. |

Важно спрашивать женщин при каждом посещении ДРП, поскольку некоторые женщины более склонны сообщать конфиденциальную информацию только после установления доверительных отношений.

При выявлении факта употребления ПАВ (методом опроса или по косвенным признакам злоупотребления) следует отнести беременную к группе риска и провести мероприятия в отношении беременных из группы риска, включающие:

- первичную оценку синдрома зависимости;
- краткосрочное вмешательство;
- консультацию нарколога.

Первичную оценку синдрома зависимости при ведении женщин, употребляющих ПАВ, рекомендуется проводить с использованием анкеты, представленной ниже [6].

| | | |
|---|---|---|
| 1. Испытывали ли Вы сильную тягу или непреодолимое влечение к употреблению вещества[1]? | Да | Нет |
| 2. Вам было трудно (или невозможно) контролировать употребление вещества? | Да | Нет |
| 3. Возникали ли у Вас симптомы отмены после того, как вы некоторое время обходились без приема вещества? | Да | Нет |
| 4. Приходилось ли Вам употреблять вещество для облегчения или снятия симптомов отмены? | Да | Нет |
| 5. Замечали ли Вы, что Вам требуется более высокая доза вещества для достижения того же физического и психического эффекта («привыкание»)? | Да | Нет |
| 6. Не появлялось ли у Вас, по прошествии времени, стремление разнообразить характер употребления вещества? | Да | Нет |
| 7. Отказывались ли Вы постепенно от других удовольствий и интересов, предпочитая прием вещества? | Да | Нет |
| 8. Ощущали ли Вы, что употребление вещества наносит вам психический и физический вред? | Да | Нет |
| 9. Вы продолжали употреблять вещество, несмотря на очевидные вредные последствия? | Да | Нет |
| 10. Как давно Вы испытываете такого рода проблемы, связанные с употреблением наркотика? | | |
| а. годы | | |
| б. месяцы | | |

[1] При использовании анкеты слово «вещество» замените на название употребляемого беременной ПАВ

Наличие 3-х или более симптомов из пунктов 1, 2, 3, 5, 7 и 9 указывает на зависимость.

| | | |
|---|---|---|
| 11. а. Укажите, имеется ли синдром зависимости (F11.) | Да | Нет |
| б. Если «Да», укажите конкретное вещество: _____ | | |

Во время каждого последующего приема следует проводить консультирование по прекращению употребления ПАВ.

| | |
|---|---|
| **С** | Медицинские работники должны предлагать краткое вмешательство всем беременным женщинам, употребляющим алкоголь или наркотики [1,2,4-6]. |

**Краткосрочное вмешательство** представляет собой структурированную терапию короткой продолжительности (обычно 5–30 минут), предлагаемую с целью помочь человеку прекратить или сократить употребление психоактивного вещества.

| | |
|---|---|
| **А** | Рекомендуется проводить систематический **скрининг беременных женщин на активный туберкулез** в рамках дородовой помощи (при каждом посещении беременной) [1,2,5]. |

Важно спрашивать женщин при каждом посещении ДРП о наличии тесного контакта беременной с больным туберкулезом и следующие ранние симптомы:
- кашель в течение 2 недель и более;
- повышение температуры тела;
- похудание;
- утомляемость;
- ночная потливость;
- кровохарканье;
- одышка;
- боли в грудной клетке.

При наличии симптомов и контакта с больным туберкулезом рекомендуется провести следующие обследования:
- образец мокроты на Xpert/MTB/Rif (в день обращения);
- обзорная рентгенография органов грудной клетки (в любом сроке беременности с использованием защитного фартука;
- микроскопия мокроты.

При подтверждении диагноза рекомендовано наблюдение и лечение у семейного врача совместно с фтизиатром.

| | |
|---|---|
| **А** | Рекомендуется проводить клинический **опрос о возможности насилия со стороны интимного партнера** при каждом посещении дородового наблюдения [1,2,4,5,7]. |

Медицинские работники должны быть обучены правильно задавать вопросы и надлежащим образом реагировать на женщин, рассказывающих о насилии. Подробные рекомендации по реагированию на жестокое обращение со стороны интимного партнера в отношении женщин можно найти в национальных клинических руководствах:

- клиническое руководство для всех уровней здравоохранения «Организация и предоставление медицинской помощи лицам, подвергшимся сексуальному насилию» (приказ МЗ КР №250 от 03.03.21г.);
- практическое руководство «Эффективное документирование насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинств видов обращения и наказания», (приказ МЗ КР №649, от 09.12.14г.).

При каждом посещении женщины рекомендуется проводить **оценку психического состояния и выявление симптомов депрессии,** используя Эдинбургскую шкалу дородовой и послеродовой депрессии (EPDS). EPDS может быть использована для скрининга депрессии во время беременности и в течение 8 недель после родов.

Вопросник состоит из 10 пунктов, каждый из пунктов шкалы соответствует различным клиническим симптомам депрессии.

Общая оценка производится по общему баллу, который определяется путем суммирования баллов по каждому из 10 пунктов. Более высокие баллы могут указывать на депрессивное состояние.

***Эдинбургская шкала дородовой и послеродовой депрессии***

| Вопрос/балл | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 1. Я могла смеяться и замечать забавные стороны происходящего | Так же часто, как всегда | Реже, чем обычно | Не так часто, как обычно | Нет, не могла совсем |
| Я с нетерпением ожидала различных событий в моей жизни | Так же, как я делала это всегда | Скорее меньше, чем всегда | Определенно меньше, чем всегда | Вообще-то едва ли |
| Я необоснованно обвиняла себя | Да, чаще всего | Да, иногда | Не очень часто | Нет, никогда |
| Я тревожилась без особой причины | Нет, нисколько | Едва ли когда-либо | Да, иногда | Да, очень часто |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Я была испугана, паниковала | Да, очень часто | Да, иногда | Нет, не часто | Нет, нисколько |
| Происходящее давило на меня | Да, большую часть времени я была не в состоянии справиться с этим | Да, иногда я не справлялась с происходящим, как это было обычно | Нет, большую часть времени я справлялась с этим | Нет, я справлялась с происходящим так же хорошо, как обычно |
| Я была настолько расстроена, что у меня появились проблемы со сном | Да, большую часть времени | Да, иногда | Не очень часто | Нет, никогда |
| Я чувствовала себя несчастной | Да, большую часть времени | Да, достаточно часто | Не очень часто | Нет, нисколько |
| Я была несчастной и часто плакала | Да, большую часть времени | Да, достаточно часто | Только иногда | Нет, никогда |
| Мысли о нанесении себе телесного вреда посещали меня | Да, очень часто | Иногда | Едва ли когда-либо | Никогда |

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ: каждый ответ оценивается в баллах от 0 до 3. Нужно сложить все полученные баллы.
- До 8 баллов включительно— признаков ПРД нет. Если подозрения остаются, лучше все же проконсультироваться у специалиста.
- От 9 до 13 баллов — есть признаки депрессии. Вероятность ПРД – 86%. Рекомендовано обращение к психотерапевту.
- Более 13 баллов — вероятность ПРД -100%. Обязательно обращение к психотерапевту или психиатру.

### 2.2. Осмотр

| | |
|---|---|
| **C** | Рекомендуется провести общий осмотр по органам и системам [1]. |

При проведении общего осмотра, необходимо обратить внимание на наличие косвенных ***признаков насилия*** (травматические повреждения, ссадины, гематомы и т.д.).
Рекомендуется провести гинекологический осмотр беременной при взятии на учет по беременности.

| | |
|---|---|
| **A** | Рекомендуется при первом посещении провести ***измерение роста, веса и подсчет ИМТ*** [1,2,5]. |

**ИМТ будет достоверным если расчет проведен не позже 12 недель беременности!**
ИМТ = вес (кг) / рост ($м^2$)

***Интерпретация показателя ИМТ и рекомендуемый прирост веса в зависимости от индекса массы тела в начале беременности*** [2,8]

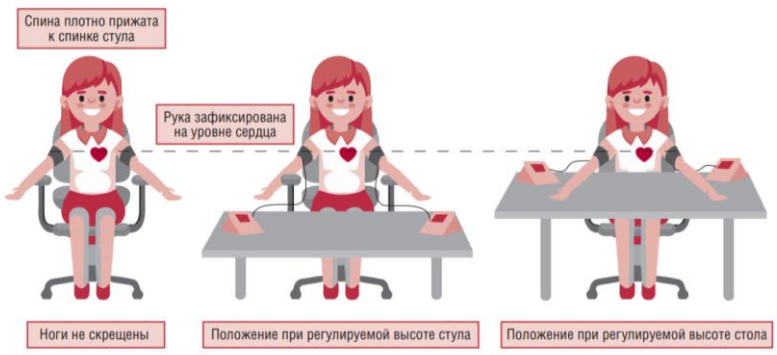
| ИМТ | Интерпретация | Рекомендуемый набор веса во время беременности |
|---|---|---|
| Менее 18,5 кг/$м^2$ | недостаточный | 12,5–18 кг |
| 18,5-24,9 кг/$м^2$ | нормальный | 11,5–16 кг |
| 25-29,9 кг/$м^2$ | избыточный | 7–11,5 кг |
| 30 кг/$м^2$ и более | ожирение | 5–9 кг |

| | |
|---|---|
| **В** | Рекомендуется провести консультирование по питанию в случае отклонения от нормальных значений ИМТ [1,2]. |

| | |
|---|---|
| | |

| | |
|---|---|
| **А** | Рекомендуется при каждом посещении проводить ***измерение АД*** [1,2,5]. |

Правила измерения артериального давления

| | |
|---|---|
| Положение пациентки | • Сидя в комфортных условиях с опорой спины на спинку стула<br>• Рука на столе фиксирована<br>• Манжета на уровне сердца, на 2 см выше локтевого сгиба<br>• Ноги не скрещены, стопы фиксированы на полу |
|  | |
| Обстоятельства | • Исключается употребление кофе и напитков, содержащих кофеин (Coca-Cola, какао, чай и др.) в течение 1 ч перед исследованием |

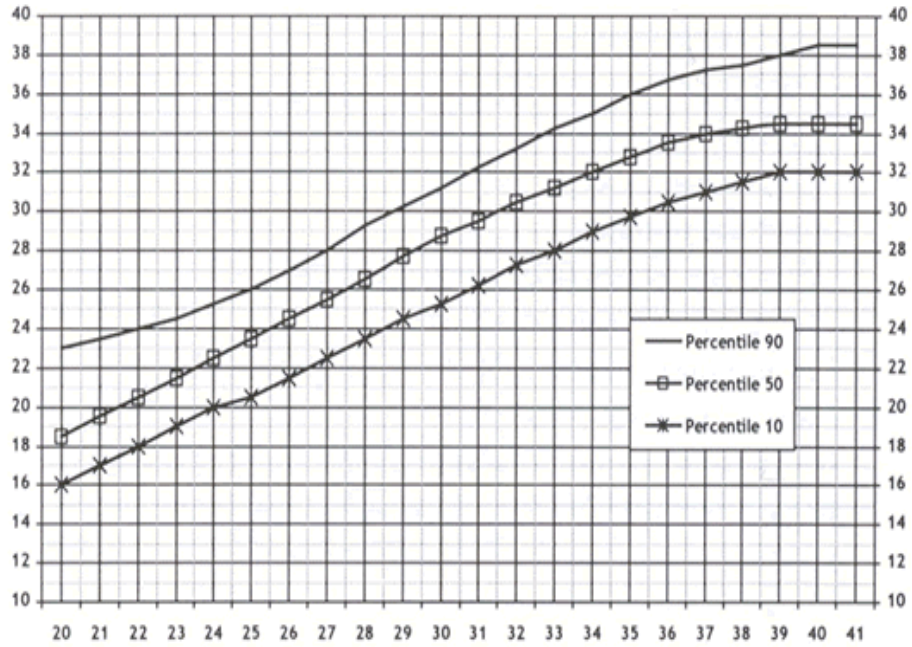
| | |
|---|---|
| | • Запрещается курить в течение не менее чем за 15 мин до измерения<br>• Исключается применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли<br>• Пустой мочевой пузырь<br>• В покое, после 5-минутного отдыха |
| Оснащение | • Манжета – следует выбрать соответствующий размер (резиновая часть должна быть не менее 2/3 длины предплечья и не менее ¾ окружности руки). Размер манжеты определяется путем измерения окружности руки на середине расстояния между локтем и плечом. Если полученная цифра меньше 22 см, необходима манжета малого размера (17-22 см), если больше 32 см – большая манжета (33-43 см).<br>• Тонометр должен быть валидизирован, положение столбика ртути или стрелки тонометра перед началом измерения должны находиться на нуле. |
| Кратность измерения | • Для оценки уровня артериального давления следует выполнить не менее 3 измерений с интервалом не менее 1 мин, при разнице более 5 мм рт.ст. проводятся дополнительные измерения. За конечное значение принимается среднее из 2 последних измерений.<br>• Для подтверждения истинной артериальной гипертензии необходимо повторное измерение АД; при выраженной артериальной гипертензии (САД 160 и/или ДАД 110 мм рт. ст.) повторить измерение АД в течение 15 мин; в противном случае повторить не менее чем через 4 часа или при двух последовательных амбулаторных посещениях. |
| Собственно измерение | • Накачать воздух в манжеты до уровня давления, на 20 мм рт.ст. превышающего систолическое (по исчезновению пульса).<br>• Снижать давление в манжете со скоростью 2-3 мм рт.ст. в 1 сек.<br>• Уровень давления, при котором появляется I тон Короткова, соответствует систолическому давлению.<br>• Уровень давления, при котором происходит исчезновение тонов (5-я фаза тонов Короткова) принимают за диастолическое давление. У 15% |

| | |
|---|---|
| | беременных V фазу определить не удается, и в этих случаях уровень ДАД устанавливается по IV фазе, т.е. в момент значительного ослабления тонов.<br>• Если тоны очень слабы, то следует поднять руку и несколько раз согнуть и разогнуть, затем измерение повторяют. Не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа.<br>• Первоначально следует измерить давление на обеих руках, в дальнейшем измерения делаются на той руке, где АД выше.<br>• У пациенток, страдающих сахарным диабетом (СД), АД необходимо измерять в положении сидя и лежа для исключения синдрома ортостатической гипотензии. |

С 24-25 недель беременности рекомендуется ***измерение высоты дна матки***. Измерение высоты стояния дна матки проводят при каждом дородовом посещении, но не чаще каждых двух недель. На основании полученных данных строится график изменения ВДМ при беременности, т.е. графическое изображение высоты стояния дна матки в зависимости от срока беременности –гравидограмма.

**Правила измерения высоты дна матки**

- Измерение проводят сантиметровой лентой от дна матки, определенного при помощи пальпации, до верхнего края симфиза. Измерение не обязательно проводить по средней линии живота; если дно матки отклонено в сторону, начало сантиметровой ленты прикладывают к наиболее отдаленной части дна матки.
- Измерение ВДМ желательно проводить одним и тем же лицом.
- На гравидограмме отмечается высота стояния дна матки (ВДМ) в сантиметрах (на вертикальной оси) соответственно сроку беременности (на горизонтальной оси).




*Интерпретация результатов*

- Важно, чтобы измеренная и отмеченная на графике линия ВДМ находилась параллельно линиям перцентилей.
- Если все показатели ВДМ находятся между 10 и 90 перцентилем, прослеживается динамика увеличения, плод развивается нормально.
- Если все показатели ВДМ находятся ниже линии 10 перцентиля и имеется динамика увеличения ВДМ, возможно данная беременность протекает нормально, ожидается рождение маловесного для данного срока гестации ребенка, но без признаков задержки внутриутробного развития плода. В этом случае необходимо провести дополнительное УЗ исследование для уточнения срока беременности и ЗРП.
- Если кривая показателей ВДМ находится выше 90 перцентиля; возможно у данной беременной или неправильно определен срок беременности, или имеется многоплодие, многоводие, крупный плод. Такой беременной рекомендовано дополнительное обследование.
- Если отсутствует увеличение ВДМ при динамическом наблюдении в течение 2-3 недель, график роста ВДМ пересекает линию гравидограммы, следует заподозрить задержку роста плода.

С 36 недель беременности рекомендуется проведение ***пальпации живота*** с целью определения положения и предлежания плода.
При подозрении на тазовое предлежание провести дополнительное УЗИ. В 37 недель необходимо решить вопрос о методе родоразрешения совместно со специалистами II уровня здравоохранения.

***Аускультация сердца плода,*** проводимая после 30 недель беременности, может подтвердить, что плод жив, но только на момент проведения исследования, поэтому вряд ли имеет какую-либо прогностическую ценность. Учитывая вышеизложенное, сегодня, обычное выслушивание сердцебиение плода в практике дородового наблюдения не рекомендуется. Однако по просьбе матери, аускультация сердца плода может обеспечить беременной успокоение.

## 2.3. Рекомендации по лабораторным методам исследования

### Общий анализ крови

| | |
|---|---|
| **A** | Общий анализ крови является рекомендуемым методом диагностики анемии при взятии на учет по беременности [1,2]. |

В условиях, когда общий анализ крови недоступен, вместо использования цветовой шкалы гемоглобина в качестве метода диагностики анемии во время беременности рекомендуется определение гемоглобина на месте с помощью гемоглобинометра.

В течении всей беременности рекомендуется трехкратное определение уровня гемоглобина в крови: при взятии на учет, в 26-28 недель и в 36 недель беременности [1,2].

***Критерии анемии беременных:***

- в I и III триместрах Hb ниже 110 г/л;
- во II триместре Hb ниже 105 г/л;
- в послеродовом периоде Hb ниже 110 г/л.

При выявлении анемии следует руководствоваться КП «Железодефицитная анемия: скрининг, профилактика и лечение», приказ МЗ КР № 121 от 21.01.2021 г.

### Определение группы крови и резус-фактора

| | |
|---|---|
| **A** | Рекомендуется определение группы крови и резус фактора женщины в случае отсутствия документального его подтверждения [1,2,5]. |

Рекомендуется уточнить резус-принадлежность партнёра при выявлении отрицательного резус-фактора беременной.

Рекомендуется определить титр антител при выявлении отрицательного резус-фактора беременной и положительного резус-фактора партнера.

Кратность исследования на наличие антител определяется КП «Ведение беременности у женщин с резус – отрицательным фактором», приказ МЗ КР №691 от 09.09.16г.

Профилактическое введение анти-Д иммуноглобулина **во время беременности** не рекомендовано.

| | |
|---|---|
| A | Рекомендуется введение 300 мкг анти-Д иммуноглобулина в первые 3 суток (72 часа) **после родов не сенсибилизированным женщинам** (в случае отсутствия антител в крови) при положительном резусе ребенка [2]. |

**Исследование глюкозы сыворотки крови**

| | |
|---|---|
| **B** | Рекомендуется всем беременным определять уровень глюкозы в плазме венозной крови натощак при первом обращении для исключения нарушения углеводного обмена [9]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Гипергликемию, впервые выявленную в любой момент беременности, следует классифицировать либо как гестационный сахарный диабет (ГСД), либо как сахарный диабет беременных в соответствии с критериями ВОЗ [2]. |

**Показатели глюкозы в плазме венозной крови**

| **Норма** | **ГСД** | **Манифестный диабет** |
|---|---|---|
| ≥3,9 и <5,1 ммоль/л | ≥5,1, но <7,0 ммоль/л | ≥ 7,0 ммоль/л |

| | |
|---|---|
| C | Рекомендуется устанавливать диагноз ГСД беременным в случае определения глюкозы венозной плазмы натощак ≥5,1 ммоль/л, но <7,0 ммоль/л. Диагноз ГСД может быть поставлен на основании однократного определения гликемии, и дальнейшее наблюдение и лечение осуществляется в соответствии с критериями ГСД. |

- При значениях уровня глюкозы ≥ 7,0 ммоль/л рекомендована консультация эндокринолога с целью определения типа диабета и дальнейшей тактики ведения беременности.
- Всем женщинам, у которых уровень глюкозы в плазме венозной крови при первом посещении в пределах нормы, между 24 и 28 неделями рекомендуется проведение перорального **глюкозо-толерантного теста** (ПГТТ) с 75 г глюкозы.

**Пороговые значения глюкозы венозной плазмы натощак и при проведении ПГТТ в норме и при ГСД** [9]

| **Глюкоза венозной плазмы** | Норма у беременных | ГСД при проведении ПГТТ с 75 г глюкозы на 24- | Манифестный диабет |
|---|---|---|---|

| | | 28 неделе беременности | |
|---|---|---|---|
| | **ммоль/л** | **ммоль/л** | **ммоль/л** |
| Натощак | <5,1 | ≥5,1, но <7,0 | ≥ 7,0 ммоль/л |
| или через 1 час после ПГТТ | <10,0 | ≥10,0 <11,0 | ≥ 11,1 ммоль/л |
| или через 2 часа после ПГТТ | <8,5 | ≥8,5 ≤11,0 | ≥ 11,1 ммоль/л |

**Для диагностики исследуется только уровень плазмы венозной крови.*
*Использование проб цельной капиллярной крови не рекомендуется.*
***По результатам ПГТТ для установления диагноза ГСД достаточно хотя бы одного значения уровня глюкозы венозной плазмы из трех, которое было бы равным или выше порогового.* ***При получении аномальных значений в исходном измерении нагрузка глюкозой не проводится; при получении аномальных значений во второй точке, третьего измерения не требуется.***

**Правила проведения перорального глюкозо-толерантного теста (ПГТТ)**

- Тест выполняется на фоне обычного питания (не менее 150 г углеводов в день), как минимум, в течение 3-х дней, предшествующих исследованию.
- Тест проводится утром натощак после 8-часового ночного голодания. Последний прием пищи должен обязательно содержать 30-50 г углеводов.
- Питье воды не запрещается.
- В процессе проведения теста пациентка должна сидеть.
- Курение до завершения теста запрещается.
- Лекарственные средства, влияющие на уровень глюкозы крови (поливитамины и препараты железа, содержащие углеводы, глюкокортикоиды, β- 14 адреноблокаторы, β-адреномиметики), по возможности, следует принимать после окончания теста.

**Этапы выполнения ПГТТ:**

**1-й этап:** Забор первой пробы плазмы венозной крови натощак.
**2-й этап:** В течение 5 минут выпить раствор глюкозы, состоящий из 75 грамм сухой (ангидрита или безводной) глюкозы, растворенной в 250-300 мл теплой (37- 40°С) питьевой негазированной (или дистиллированной) воды.
При использовании моногидрата глюкозы для проведения теста необходимо 82,5 г вещества.
Начало приема раствора глюкозы считается началом теста.
**3-й этап:** Следующие пробы крови для определения уровня глюкозы венозной плазмы берутся через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой.

## Противопоказания для проведения ПГТТ

- ГСД или манифестный сахарный диабет, установленный до 24 недели беременности.
- Синдром мальабсорбции (синдром резецированного желудка, бариатрические операции, демпинг-синдром).
- Рвота, тошнота.
- Острое воспалительное или инфекционное заболевание.
- Обострение заболеваний желудочно-кишечного тракта.
- Строгий постельный режим в стационере в связи с акушерскими осложнениями (угроза прерывания беременности, наложение швов не

шейку матки, инфузии β2 адреномиметков, профилактики дисстресс синдрома новорожденного).

**Исследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты**

| | |
|---|---|
| **А** | Рекомендуется проведение исследования на поверхностный антиген ВИЧ, на сифилис и гепатит В (HBsAg) при первой явке [11]. |

Повторное исследование на поверхностный антиген ВИЧ и сифилис рекомендуется проводить в третьем триместре беременности [19].
Рекомендуется проведение исследования на поверхностный антиген ВИЧ интимного партнера [19].
Рекомендуется обследование на гепатит С (анти-HCV) при первой явке женщины во время ДРП.

**Исследование мочи**

Рекомендуется определение общего анализа мочи при первой явке во время ДРП.

| | |
|---|---|
| **А** | При каждом дородовом посещении рекомендуется определение белка в моче [1,2]. |

| | |
|---|---|
| **А** | Рекомендуется диагностика бессимптомной бактериурии до 16 недель беременности [11]. |

«Золотым стандартом» в диагностике бессимптомной бактериурии считается культуральное исследование средней порции мочи (бактериологический посев).
Диагностически значимым считается наличие $10^5$ колониеобразующих единиц (КОЕ) одного возбудителя в 1 мл мочи [1,2,3,4]. В условиях, когда посев мочи недоступен, рекомендуется окрашивание средней порции мочи по Граму или использование анализатора осадка мочи. Окраска по Граму считается положительной, если при микроскопии с масляной иммерсией выявлялась 1 бактерия и более в поле зрения [3,4].
Некоторые современные автоматические анализаторы (методом проточной цитофлуометрии) способны проводить подробную оценку клеточного состава пробы мочи, в том числе они подсчитывают количество бактерий.

| | |
|---|---|
| **А** | Всем беременным женщинам с бессимптомной бактериурией (ББС) рекомендуется семидневный курс антибиотикотерапии для предотвращения персистирующей бактериурии, преждевременных родов и низкой массы тела при [1,2]. |

**Рекомендуемые правила сбора мочи для анализа**

Следует четко объяснить пациентке, как собирать мочу, чтобы анализ мочи был информативным.

1. Сбор мочи проводится в обычную стеклянную банку малого объема, имеющую широкое горло, которую следует подготовить заранее – тщательно промыть с мылом, хорошо сполоснуть кипящей водой, дождаться, пока банка высохнет самостоятельно, но, ни в коем случае, не высушивать полотенцем или салфеткой.
2. Для анализа подходит только утренняя моча.
3. Перед сбором мочи необходимо подмыть наружные половые органы. Для предупреждения попадания влагалищных выделений в мочу при ее сборе на анализ, при мочеиспускании можно **использовать ватный тампон**, который на время ограничит доступ микроорганизмов к уретре.
4. Для анализа требуется средняя порция мочи, для этого сбор мочи производится не сразу: небольшое количество мочи в течение первых 3-4 секунд мочеиспускания **не должно попасть в контейнер**, т.е. первую порцию мочи не собирать; далее достаточно набрать около 80 мл мочи. Последняя порция мочи также не должна попасть в контейнер.
5. Напомните, что для повышения результативности исследований недостаточно правильно собрать мочу, важно ее вовремя доставить в лабораторию, не позднее чем через **два часа после его сбора.**

Напомните, что анализ мочи на белок пациентка будет сдавать перед каждым посещением медицинского работника!

### Микроскопия вагинального мазка

| | |
|---|---|
| **B** | Рекомендуется провести микроскопию вагинального мазка, окрашенного по Граму, только при наличии жалоб и клинических проявлений [12]. |

Рекомендуется провести обследование на ИППП, если женщина входит в группу риска:

- сексуально-активные женщины;
- имеющие более 1 полового партнера;
- партнер имеет симптомы ИППП.

| | |
|---|---|
| **B** | При необходимости обследования на хламидиоз и гонорею рекомендуется использовать ПЦР-диагностику [13]. |

## 2.4. Рекомендации по инструментальным методам исследования

### УЗИ – ультразвуковое исследование

| | |
|---|---|
| A | При дородовом наблюдении рекомендуется 2-х кратное ультразвуковое исследование плода в сроке гестации от 10 недель 0 дней до 13 недель 6 дней и от 18 недель 0 дней до 20 недель 6 дней [2]. |

УЗИ в сроке от 10 недель 0 дней до 13 недель 6 дней проводится для определения точного срока беременности (с целью профилактики необоснованной индукции родов при переношенности) и наличия многоплодной беременности.
Следует строго придерживаться предполагаемых сроков обследования. Если первый прием был ранее 10 недель либо после 13 недель и 6 дней, проведение для вышеуказанной цели не целесообразно, т.е. проводить УЗИ уже не стоит.
УЗИ в сроке от 18 недель 0 дней до 20 недель 6 дней проводится с целью диагностики аномалий развития плода.
Дополнительное УЗИ проводится строго по показаниям.

## 2.5. Рекомендации по консультированию профильных специалистов

При подозрении и выявлении экстрагенитальной патологии беременная должна быть проконсультирована профильным специалистом, с целью уточнения диагноза и решения вопроса по дальнейшей тактике ведения беременности.

**Консультация генетика**

| | |
|---|---|
| **D** | Рекомендуется провести консультацию генетика при следующих ситуациях [14]:<br>• Один из супругов или оба страдают наследуемыми хроническими заболеваниями:<br>- муковисцидоз;<br>- серповидноклеточная анемия;<br>- ферментопатии;<br>- шизофрения;<br>- олигофрения;<br>- различные виды мышечных атрофий;<br>- различные виды хондродисплазий.<br>• Случаи рождения детей с генетическими заболеваниями или пороками развития в роду у кого-то из супругов и или у самой супружеской пары.<br>• Контакт одного из супругов с вредными профессиональными и бытовыми факторами.<br>• Возраст супругов меньше 18 или старше 35 лет.<br>• Родственный брак.<br>• Привычное невынашивание беременности и длительное бесплодие неясной этиологии в анамнезе.<br>• Прием одним из супругов химиотерапевтических препаратов, способных вызвать мутацию генов (цитостатики).<br>• Прием психоактивных веществ – ПАВ (наркотики, злоупотребление алкоголем, курение). |

# 3. Консультирование беременных и членов их семей

Ключевые принципы коммуникации

- Консультируя беременную женщину, следует внимательно слушать ее и реагировать на ее потребности и предпочтения.
- Предлагая любую оценку, вмешательство или процедуру, стоит обсуждать с женщиной риски, преимущества и последствия.
- Уважать решения женщин, даже если они противоречат мнению медицинского работника.
- Давая женщинам (и их партнерам) информацию о дородовом наблюдении, использовать понятный язык, адаптировать время, содержание и подачу информации к потребностям и предпочтениям женщины и ее сроку беременности. Информация должна поддерживать совместное принятие решений между женщиной и медицинским работником и:
  - предлагаться индивидуально или в паре;
  - дополняться групповыми обсуждениями (только женщины или женщины и партнеры);
  - дополняться письменной информацией в подходящем формате;
  - предлагаться на протяжении всего ухода за женщиной;
  - быть индивидуальной;
  - основываться на поддержке и уважении;
  - быть доказательной и последовательной;
  - быть переведенной на другие языки, если это необходимо.
- Изучить знания и понимание женщины (и ее партнера) по каждой теме, чтобы индивидуализировать обсуждение.
- Убедиться, что женщина (и ее партнер) понимают предоставленную информацию и то, как она относится к ним. Предоставлять регулярные возможности задавать вопросы и выделять достаточно времени для обсуждения любых вопросов.

## 3.1. Образ жизни и режим во время беременности

Следует посоветовать женщинам не ложиться спать на спину после 28 недель беременности и рассмотреть возможность использования подушек, например, для сохранения положения во время сна.

| | |
|---|---|
| **B** | Женщинам следует предоставить информацию о пользе сна на боку с 28 недель [5]. |

| | |
|---|---|
| **B** | Имеется повышенный риск мертворождения и рождения детей с малым весом для гестационного возраста после 28 недель, если женщины засыпают на спине [5]. |

Сон на боку с 28 недель беременности может вдвое снизить риск мертворождения по сравнению со сном на спине.
При неосложненной беременности работу прекращать не надо, но следует рекомендовать исключить тяжелые физические нагрузки, например, перенос тяжестей, контакт с агрессивными жидкостями и газами.

| | |
|---|---|
| **C** | Женщинам следует предоставить информацию об уходе за промежностью с 28 недель [5]. |

***Физическая активность***

| | |
|---|---|
| D | Не рекомендуются ограничения для занятия физкультурой во время неосложненной беременности [5, 18]. |

Низкая или умеренная физическая активность во время беременности связана с рядом преимуществ; например:
• улучшение или поддержание физической формы;
• улучшение восприятия состояния здоровья;
•снижение воспринимаемого стресса с, возможно, менее выраженными депрессивными симптомами.
Однако, стоит предупредить беременную о потенциальной опасности некоторых видов спорта, например: все виды единоборств, горнолыжный, парашютный, автомобильный спорт, дайвинг и т.д., так как они представляют большой риск абдоминальной травмы и могут вызвать повреждение плода.
Ниже представлен комплекс упражнений, который можно рекомендовать во время беременности.



Стоит сообщить женщинам, что при физиологическом течении беременности при неосложненной беременности никаких ограничений для сексуальной жизни нет.

Следует предоставить информацию, что длительные перелеты во время беременности опасны развитием венозного тромбоза, для профилактики которого рекомендуется использование компрессионных чулок или бинтов во время полета. Никаких других влияний на беременность не отмечено.

При езде на автомобиле беременная должна обязательно использовать ремни безопасности, причем сам ремень должен располагаться ниже или выше живота (в идеале должны использоваться специальные устройства с 2-мя ремнями).



### 3.2. Питание во время беременности

| | |
|---|---|
| **A** | Рекомендуется сбалансированное, рациональное питание богатое достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ [2]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Рекомендуется консультирование по вопросам здорового питания и физической активности, которые позволяют поддержать хорошее самочувствие и избежать избыточной прибавки в весе во время беременности [2]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Не рекомендуется в группах населения, страдающих от недостаточного питания, дополнительный прием добавок с высоким содержанием белка во время беременности для улучшения материнских и перинатальных исходов [2]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Для снижения риска прерывания беременности и рождения маловесных детей беременным, потребляющим большое количество кофеина (более 300 мг/сут), рекомендуется уменьшить его потребление [1,2,5]. |

На протяжении всей беременности необходимо придерживаться основных принципов правильного, полноценного приема пищи, основанных на пирамиде питания.

Следует подчеркнуть важность мытья рук с мылом и под проточной водой перед приготовлением и употреблением пищи, после посещения туалета и подмывания ребенка.

Не следует ограничивать прием жидкостей, пить по мере возникновения жажды.

При приготовлении еды используется йодированная соль, тщательная тепловая обработка.

Хранить продукты следует при безопасной температуре, использовать чистую воду и чистое пищевое сырье.

***Рекомендуемое увеличение питательных веществ, витаминов и минералов во время беременности и их пищевые источники***

| | Рекомендуемое увеличение на | Рекомендуемые пищевые источники |
|---|---|---|
| Энергия | 350 ккал | Хлебобулочные изделия, зерновые (рис и овсяная крупа), картофель |
| Белок | 25 г | Мясо, молочная группа, яйца, бобовые (чечевица, нут, белая фасоль) |
| Железо | 9 мг | В основном, мясная группа, но также темно-зеленые листовые овощи, изюм, чернослив, фасоль |
| Фолиевая кислота | 200 мкг | Зеленые листовые овощи, свекла, фасоль, нут, чечевица, миндаль, грецкие орехи |
| Витамин А | 70 RAE | Темно-желтые или оранжевые овощи и фрукты, темно-зеленые листовые овощи, морковь, тыква, листья корнеплодов (листья тыквы, а также листья редьки, свеклы, репы) |

| | | |
|---|---|---|
| Йод | 70 мкг | Йодированная соль, рыба, морская капуста и ламинарии, хурма |
| Цинк | 3 мг | Зерновые продукты (зародыши пшеницы, отруби); молоко и молочные продукты; мясо и мясные продукты |

Во время беременности нужен один дополнительный прием пищи. Особенно это важно во время последних трех месяцев беременности. Женщине, которая уже обладает избыточным весом, нужно есть больше разнообразных продуктов, объем пищи увеличивать необязательно.

***Рекомендуемые продукты питания женщине в качестве дополнительного источника содержания энергии и белка.***

| Энергия (ккал) | Белок |
|---|---|
| 1 белая булочка (35 г)=90 ккал | 100 г отварной фасоли=125 ккал+9 г белка |
| 1 чашка риса=265 ккал | 100 г вареной говядины=126 ккал+24 г белка |
| 1 чашка пюре или нарезанного картофеля=135 ккал | 1яйцо=77 ккал + 6 г белка |

Рекомендации по питанию с целью профилактики анемии:

- каждый день во время беременности нужно есть продукты, богатые железом (печень, субпродукты, мясо, курагу). Мясо птицы умеренно богато железом. Другие источники железа: темно-зеленые листовые овощи, сушеные бобы (горох), соевые бобы, арахис.
- Употребление фруктов во время приемов пищи улучшает усвоение железа.
- Необходимо отказаться от употребления чая и кофе вместе с пищей.

В основе рационального питания лежит «Пирамида питания», с примерным объемом продуктов в одной порции.



| Наименование продукта | 1 порция = 1 наименование продукта или «Что такое 1 порция?» |
|---|---|
| Продукты, которые рекомендуется употреблять больше всего. Это крупы, хлеб (лучше из муки грубого помола, обогащенной муки), макароны, картофель. Другими словами, продукты, которые богаты клетчаткой, содержат много комплексных углеводов, витаминов, минералов и их нужно употреблять **6–11 порций** в сутки. | • 1 кусок хлеба (25 г);<br>• 3/4 (30 г) готового сухого завтрака;<br>• 1 средняя картофелина;<br>• 1 маленькая чашка вареного риса (90-95 г);<br>• 1/2 чашки отварной лапши.<br><br>*Продукты, расположенные в основании пирамиды, должны больше и чаще встречаться в питании человека!* |
| Это фрукты и овощи, их нужно употреблять от **5 до 9 порций** в сутки. | • 70 г сырых овощей (морковь, репчатый лук, свёкла, зелёный лук);<br>• 80 г вареных овощей;<br>• 1 средний помидор;<br>• 1 средний фрукт (1 яблоко, 1 груша);<br>• 1/2 чашки (100 г) свежих, консервированных или варёных ягод;<br>• 160 мл фруктового или овощного сока;<br>• 50 г зеленого салата;<br>• 40 г сухофруктов. |
| Молоко и молочные продукты. Их рекомендуется употреблять каждый день, но реже, в умеренных количествах. Они должны составлять около одной десятой ежедневного рациона человека, **2–3 порции** в сутки. | • 1 стакан (200-225 мл) айрана или кефира;<br>• 45 г твёрдого сыра;<br>• 1,5 чашки (250 г) творога;<br>• 1 стакан молока (200 г). |
| Мясо, рыба, яйца, орехи, семена.<br>Употреблять **1-3 порции** в сутки. | • 1-1,5 чашки (150-200 г) варёных бобов;<br>• 2/3 -1 чашка (100- 150 г) орехов;<br>• 1 яйцо;<br>• 80 г приготовленной нежирной рыбы, птицы или мяса;<br>100 г (1 ладонь) мяса.<br>ВАЖНО! 30 г мяса = 90 г вареных бобов = 1 яйцо = 50 г орехов. |
| Продукты, от которых лучше отказаться или использовать очень редко: сахар, конфеты и другие сладости (торты, | • 1 чайная ложка сливочного масла или домашнего каймака;<br>– 1 чайная ложка подсолнечного или другого растительного масла; |

| | |
|---|---|
| пирожные, выпечка), сливочное масло, соль, сладкие напитки, жиры. Их рекомендуется употреблять редко, не более **1-2 порций в день**. | – 1 полная чайная ложка меда или варенья. |

### 3.3. Лекарственные препараты и витамины

| | |
|---|---|
| **D** | Рекомендуется собрать фармакологический анамнез пациентки по приему лекарственных средств (рецептурные, безрецептурные), в том числе биологически активных добавок и трав, для исключения приема препаратов с потенциальным тератогенным эффектом [2]. |

| | |
|---|---|
| **D** | Рекомендуется исключить применение любых препаратов во время беременности, кроме случаев, опасных для жизни и здоровья пациентки [2]. |

Медицинские специалисты должны ясно представлять физические и психологические изменения в организме будущих родителей и этапы развития плода, чтобы предоставить правильную информацию и консультативную помощь при необходимости.

| | |
|---|---|
| **D** | Рекомендуется пересмотреть прием женщиной всех рецептурных и безрецептурных лекарств, включая пищевые добавки и растительные продукты, которые пациенты могут не рассматривать как лекарственные препараты, но которые могут повлиять на репродуктивную функцию и беременность [1,2,14]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Пероральный прием витамина D не рекомендуется всем беременным женщинам для улучшения материнских и перинатальных исходов [2 ]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Добавки цинка для беременных рекомендуются только в рамках научных исследований [2 ]. |

| | |
|---|---|
| **A** | В контексте тщательных исследований рекомендуется антенатальный прием полимикронутриентов, включающих железо и фолиевую кислоту [2]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Прием витаминов Е и С не рекомендуется беременным женщинам для улучшения материнских и перинатальных исходов [2]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Беременным женщинам не рекомендуется принимать витамин В6 (пиридоксин) для улучшения материнских и перинатальных исходов [2]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Добавка витамина А рекомендуется **только** беременным женщинам в районах, где дефицит витамина А является серьезной проблемой общественного здравоохранения, для предотвращения куриной слепоты [2]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Препараты кальция для снижения риска преэклампсии рекомендуются беременным в виде ежедневного приема внутрь в дозе 1,5—2 г в пересчете на кальций, **только** в группах населения с доказанным исследованиями сниженным потреблением кальция с пищей [2]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Назначение добавок, содержащих комплексы микронутриентов, для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется [2]. |

### 3.4. О вреде психоактивных веществ

***Влияние курения*** на беременность и плод.

Окись углерода и никотин, содержащиеся в табаке, вызывают гипоксию и вазоконстрикцию, снижение кровотока в плаценте, в результате увеличивается риск во время беременности [5]:

- задержки роста плода (риск в три раза выше среди курящих беременных);
- отслойки плаценты;
- предлежания плаценты;
- самопроизвольного выкидыша (риск выкидыша выше на 27% среди курящих);
- преждевременного разрыва плодных оболочек;
- преждевременных родов;
- смертности плода во время родов (на одну треть среди детей курящих женщин).

У детей повышается риск:

- внезапной смерти младенцев во сне;
- развития рака;

– воздушно-капельных инфекций и бронхо-легочных заболеваний (астмы);
– нарушений поведения у ребенка в будущем;
– злоупотребления вредными веществами в будущем;
– отрицательного влияния на физический рост и умственное развитие ребенка в дальнейшем;
– врожденных дефектов развития («заячья» губа, «волчья пасть»).

Вред плоду также может нанести пассивное курение.

| | |
|---|---|
| **С** | У тех женщин, которые прекращают курить во время беременности, значительно снижается риск появления проблем, связанных с внутриутробным развитием плода, течением беременности и благополучных родов [5]. |

***Влияние алкоголя***

Этанол, содержащийся в спирте, способен легко преодолевать плацентарный барьер и быстро попадать в кровь плода, поэтому его концентрация в крови плода достигает такого же уровня, что и в крови матери, а иногда и выше. Особенно чувствительна к этанолу центральная нервная система, что впоследствии является причиной интеллектуальных и поведенческих нарушений у ребенка, частой причиной умственной отсталости у детей.

**Безопасной дозы алкоголя во время беременности не существует!** Даже небольшое количество употребленного беременной женщиной алкоголя может повлиять на плод:

– в I триместре беременности: высокий риск развития врожденных дефектов и внутриутробной гибели плода;
– во II триместре: структурные нарушения ЦНС и пороки развития костно-мышечной системы;
– в третьем триместре – функциональные нарушения ЦНС, задержка роста плода и др. Регулярное употребление алкоголя снижает массу плода на 1–1,3 кг;
– ребенок может родиться с фетальным алкогольным синдромом. Этот синдром включает задержку роста плода, пороки развития лицевого черепа и сердечно-сосудистой системы, неврологические нарушения, что является основной причиной умственной отсталости и может привести к смерти новорожденного из-за остановки в весе.

Очень важно убедить пациентку полностью прекратить прием алкоголя в антенатальном периоде!

***Влияние любых наркотиков*** на плод.

Женщины, употребляющие наркотические вещества, более подвержены осложнениям во время беременности:

– быстрые и стремительные роды;
– хроническая плацентарная недостаточность;
– инфекционные поражения плаценты.

К последствиям воздействия на плод относится:
- нарушение роста плода и дефицит массы тела при рождении;
- повышенная или пониженная (в зависимости от дозы) возбудимость плода;
- развитие абстинентного синдрома у новорожденных.

В период младенчества возможно появление следующих нарушений:
- малая масса тела;
- микроцефалия;
- повышенный риск внезапной детской смерти;
- высокая заболеваемость и смертность.

Далее, к 18 месяцам жизни, появляются такие нарушения, как:
- замедленное умственное, двигательное и речевое развитие ребенка;
- дефицит внимания и гиперактивность;
- расстройства сна;
- гневливость и раздражительность, плохие речевые навыки.

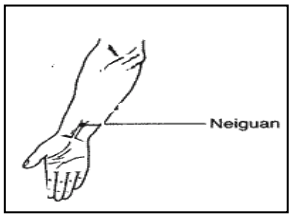
Необходимо убедить пациентку полностью прекратить прием наркотиков и предложить специализированную медицинскую помощь.

## 3.5. Физиологические изменения и дискомфортные состояния во время беременности

### *Тошнота, рвота*

Тошнота, иногда рвота появляются в первой половине беременности и вызывают беспокойство и дискомфорт. Симптомы проходят, как правило, к 16-20 неделям беременности. Причина неизвестна.

*Рекомендации:*
- Съесть что-нибудь, не вставая с постели, например, кусочек подсушенного хлеба или сухарик.
- Утром на завтрак можно выпить стакан теплой воды с лимонным соком и медом.
- Уменьшить острую и жирную пищу, увеличить количество фруктов и овощей.
- Принимать пищу чаще и небольшими порциями.
- Пить чаще небольшими порциями.
- Попробовать прохладные фруктовые соки, например, яблочный или виноградный.
- Попробовать есть пищу холодной или теплой.
- Попробовать употребление растения имбиря в виде порошков или сиропа по 250 мг 4 раза в день или ромашку в виде отваров.




- Многим помогает акупунктура или акупрессура (надавливание) точки Neiguan (примерно на 3 поперечных пальца выше запястья).

| | |
|---|---|
| **A** | Для уменьшения тошноты на ранних сроках беременности рекомендуются имбирь, ромашка, препараты витамина B6 и/или акупунктура в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной [2]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Фармакологическое лечение тошноты и рвоты, такое как доксиламин и метоклопрамид, следует назначать беременным женщинам, испытывающим неприятные симптомы, которые не облегчаются немедикаментозными средствами, под наблюдением врача [2]. |

Ниже в таблице можно ознакомиться с преимуществами и недостатками различных фармакологических методов лечения тошноты и рвоты у беременных [1].

| Препарат | Наличие лицензии для лечения тошноты и рвоты во время беременности | Вероятность использования при лечении тошноты и рвоты во время беременности | Повышенная вероятность врожденных дефектов | Другие проблемы безопасности |
|---|---|---|---|---|
| Хлорпромазин | Нет, но используется в практике много лет | Производители не советуют принимать его при беременности, если только считается необходимым. | Нет РКИ об использовании при лечении тошноты и рвоты при беременности. Имеющиеся данные не показывают увеличение вероятности врожденных дефектов. | Применение в третьем триместре может иногда вызывать со сторона нервной системы эффекты у новорожденных, такие как беспокойство, дрожь, ригидность мышц или спазм (известный как экстрапирамидные побочные эффекты) или симптомы отмены |
| Циклизин | Нет, но используется в практике много лет | Производители не советуют принимать его при беременности, потому что не было доказано, что он безопасен. Нет РКИ об использовании при лечении тошноты и рвоты при беременности. Имеются старые доказательства низкого качества, что комбинация циклизина с пиридоксином избавляют от тошноты и рвоты. | Имеющиеся данные не показывают увеличение вероятности врожденных дефектов. | Используйте ближе к концу третьего триместра, т.к. может иногда вызывать побочные эффекты у новорожденных, такие как раздражительность и нервозность (известная как парадоксальная возбудимость) и тремор. |
| Метоклопрамид | Нет, но практикуется как вторая линия лечения тошноты и рвоты при беременности. | Производители говорят, что можно принимать во время беременности при необходимости. Найдены доказательства высокого качества о преимуществах в целом для облегчения симптомов | Имеющиеся данные не показывают увеличение вероятности врожденных дефектов. | Не рекомендуется для использования более 5 дней или для людей в возрасте 18 лет и младше (кроме конкретных состояний, не связанных с тошнотой и рвотой при беременности) из-за риска развития со стороны нервной системы у женщины беспокойства, дрожи, |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | тошноты и интенсивности рвоты по сравнению с плацебо. | | ригидности мышц или спазма (так называемый экстрапирамидные побочные эффекты).<br>Использование ближе к концу третьего триместра может иногда вызвать<br>экстрапирамидные побочные эффекты у новорожденных детей. |
| Ондансетрон | Нет, но применяется в практике в качестве лечения сильной тошноты и рвоты при беременности.<br>Производители советуют<br>не принимать во время первого триместра. | Свидетельство среднего или низкого качества из небольшого исследования показало, что он более эффективен, чем комбинация доксиламин/пиридоксин. | **Увеличение шансов на рождение ребенка с расщелиной губы или расщелиной неба**.<br>Некоторые данные свидетельствуют, что ондансетрон может вызвать **проблемы с сердцем у детей,** но другие доказательства не поддерживают это. | |
| Прохлорперазин | Нет, но применяется в практике и используется много лет. | Нет РКИ об использовании при лечении тошноты и рвоты при беременности.<br><br>Производители не советуют принимать во время беременности, если только считается необходимым. | Имеющиеся данные<br>не показывают увеличение вероятности врожденных дефектов. | Применение в третьем триместре может иногда вызывать со сторона нервной системы эффекты у новорожденных, такие как беспокойство, дрожь, ригидность мышц или спазм (известный как экстрапирамидные побочные эффекты) или симптомы отмены. |
| Прометазин | Нет, но применяется в практике и используется много лет | Производители не советуют принимать во время беременности, если только считается необходимым.<br>Обнаружены доказательства ограниченного, умеренного качества о сходстве пользы при рвоте с комбинацией метоклопрамида<br>с пиридоксином. | Имеющиеся данные<br>не предлагать увеличение вероятность врожденных дефектов. | Использование ближе к концу третьего триместра может иногда вызвать побочные эффекты у новорожденных,<br>такие как раздражительность и нервозность (известная как парадоксальная возбудимость) и тремор. |

***Изжога***

| | |
|---|---|
| **A** | Для профилактики и уменьшения изжоги во время беременности рекомендуется консультирование по вопросам питания и образа жизни. Если, несмотря на изменение образа жизни, сохраняются выраженные симптомы, могут быть назначены антациды [2]. |

*Рекомендации:*

- Кушать чаще и небольшими порциями, не употреблять острую и жирную пищу.
- Избегать употребления кофе и газированных напитков, содержащих кофеин.
- Стараться не ложиться сразу после еды.
- Во время сна изголовье кровати должно быть приподнято.
- Выпить стакан молока, айрана или кефира либо съесть йогурт.
- Меньше стрессов и напряжения, больше отдыха и расслабления.
- При неэффективности для облегчения изжоги возможно назначение антацидов (карбонат магния и гидроксид алюминия).

Антациды могут нарушать всасывание других препаратов, поэтому их не следует принимать в течение двух часов после приема добавок железа и фолиевой кислоты. Нет доказательств того, что препараты, содержащие более одного антацида, лучше, чем более простые препараты [4].

***Запоры***

| | |
|---|---|
| **A** | Пшеничные отруби или другие добавки с клетчаткой можно использовать для облегчения запоров во время беременности, если это состояние не поддается изменению диеты, исходя из предпочтений женщины и доступных вариантов [2,4]. |

*Рекомендации:*

- Выпивать не менее 8 стаканов воды и других жидкостей в сутки.
- Употреблять продукты, богатые пищевыми волокнами, например, овощи, фрукты, орехи, цельное зерно (снижение частоты запоров в 5 раз).

| | |
|---|---|
| **A** | Если запоры во время беременности сохраняются, несмотря на изменение питания, для их устранения могут назначаться пшеничные отруби или другие источники пищевых волокон в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной [4] |

***Геморрой***

*Рекомендации:*

- Постараться избегать запоров, следить за питанием и употреблять достаточное количество жидкостей. Справиться с запором помогут чернослив, курага, печеные яблоки и овощи.
- Если симптомы сохраняются, использовать противогеморроидальные кремы.
- Следует регулярно выполнять гимнастику, особенно полезным будет упражнение под названием «кошачья спинка», для этого надо встать на колени, руки и ноги поставить перпендикулярно полу и параллельно друг другу. Плавно поднять голову. Затем плавно слегка прогнуться в пояснице. Дыхание спокойное. Это поза «доброй кошки». Ее следует чередовать с позой «сердитой кошки». Голову опустите, а спину плавно выгнуть вверх. Дыхание произвольное. Это упражнение улучшает кровоснабжение органов малого таза (рисунок).



***Головокружение***

*Рекомендации:*

- Менять положение тела медленно, чтобы сосуды имели возможность приспособиться. Вставать не резко, а медленно, перевернувшись на бок и спокойно поставив ноги на пол.
- Есть чаще и маленькими порциями. Головокружение может быть связано с низким уровнем сахара в крови, что часто наступает при длительных интервалах между приемами пищи. Употреблять пищу, богатую белками и углеводами. Носить с собой изюм, сухофрукты или фрукты, хлебцы с отрубями — прием этих продуктов быстро увеличивает содержание сахара в крови.
- Почувствовав внезапную слабость, если возможно, прилечь на спину и приподнять ноги выше головы или сесть на стул, на пол или на корточки, как можно ниже наклонив голову между широко расставленными коленями.

***Боли в пояснице***

Беременные женщины с болью в пояснице и/или тазовой области должны быть проинформированы о том, что симптомы обычно улучшаются в течение нескольких месяцев после родов.

Женщины должны быть проинформированы о том, что неясно, есть ли побочные эффекты у альтернативных вариантов лечения из-за недостатка данных.

| | |
|---|---|
| **A** | Регулярные физические упражнения на протяжении всей беременности рекомендуются для предотвращения боли в пояснице и тазовой области. Существует ряд различных вариантов лечения, таких как физиотерапия, поддерживающие пояса и иглоукалывание, в зависимости от предпочтений женщины и доступных вариантов [4]. |

*Рекомендации:*

- Подобрать бандаж, который снимет некоторую нагрузку на мышцы спины (бандаж необходимо надевать и снимать лежа на спине).
- Спать на жестком матраце.
- Применять массаж, физиотерапия и иглоукалывание.
- Следить за осанкой. Необходимо приучать себя с первых месяцев беременности всегда стоять прямо: расправить плечи, выпрямить спину так, чтобы уравновесить тяжесть живота. Основная нагрузка должна приходиться на бедра, ягодицы и живот. Плечи опущены и отведены назад, грудь приподнята, спина прямая, мышцы живота напряжены, ягодицы подобраны, колени слегка согнуты, ноги слегка расставлены.
- Научиться правильно поднимать тяжести: следует прочно встать, слегка расставив ноги. Слегка согнуть колени (не поясницу!) и спокойно, без рывков поднимать груз, используя мышцы плеч, ног и спины. Очень важно распределять тяжести равномерно на обе руки, если это возможно. Не носить все в одной руке.
- Носить обувь на низком каблуке, иначе смещается центр тяжести, меняется расположение органов малого таза и возникает большая нагрузка на позвоночник.
- Избегать длительного стояния или сидения. Если это необходимо, следует опереть одну ногу на низкий табурет, согнув ее в колене. Это предотвратит чрезмерное напряжение мышц крестца.
- Правильно сидеть. Хорошо сидеть на стуле, спинка которого является упором для позвоночника. Лучше всего с прямой опорой для спины, с поручнями и твердым сиденьем. Не следует класть ногу на ногу. Это вызывает слишком большую перегрузку, прогиб таза вперед и может усиливать боль. Использовать подставку под ноги.
- Делать регулярные физические упражнения, в т.ч. в воде (они могут усугубить тазовую боль, связанную с дисфункцией лобкового симфиза, и не рекомендуются при этом состоянии).
- Может быть полезна акупунктура.

***Одышка***

*Рекомендации:*

- Если одышка сильно беспокоит, обратиться к врачу.
- Если появилась незначительная одышка, необходимо спокойно и плавно присесть на стул или на корточки, за что-нибудь держась.
- Следует следить за собой — стараться все движения делать плавно, спокойно, размеренно. Отдыхать как можно больше. Ночью подкладывать под голову подушку.

***Варикозное расширение вен и отеки ног***

Женщины должны быть проинформированы о том, что симптомы, связанные с варикозным расширением вен, могут ухудшаться по мере развития беременности, но у большинства женщин наблюдается некоторое улучшение в течение нескольких месяцев после родов.

*Рекомендации:*

- Больше двигаться, не находиться подолгу в стоячем положении.
- Чаще отдыхать, положив ноги на возвышение. Стараться меньше сидеть со скрещенными ногами, так как сила тяжести создает большое давление на вены. Отдых, поднятие ног и погружение в воду являются недорогими вмешательствами, которые вряд ли нанесут вред.
- Носить специальные эластичные чулки или бинты.
- Не носить одежду, ограничивающую движения.
- Использовать компрессионные эластичные чулки (бинты).
- Не носить тесную обувь, выбирать обувь на широком низком каблуке.
-

| | |
|---|---|
| **A** | Немедикаментозные средства, такие, как ношение компрессионного трикотажа, приподнятое положение ног и ножные ванны, могут использоваться для лечения варикозного расширения вен и отеков во время беременности в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной [4] |

***Судороги икроножных мышц***

| | |
|---|---|
| **C** | Для уменьшения судорог в ногах во время беременности могут применяться препараты магния, кальция или немедикаментозные методы в зависимости от наличия указанных средств и от предпочтений беременной [4] |

*Рекомендации:*

- Больше двигаться, избегать любых положений, которые могут ухудшить циркуляцию в ногах (закидывание ноги на ногу, скрещивание ног и т.п.).
- Поднимать ноги в положении сидя.

– Для предотвращения судорог мышц следует массировать ноги, особенно перед сном.
– При болезненном сокращении мышц в икрах и стопах делать упражнение на растяжение мышц (подтянуть ступни вверх, к колену, при этом хорошо массировать ногу) или приложить теплый компресс. Можно принять контрастный душ.

***Изменение настроения***

*Рекомендации:*

– Расслабиться — включить спокойную музыку, прилечь, расположившись поудобнее, и сосредоточиться на своем дыхании.
– Делать глубокий спокойный вдох и медленный расслабленный выдох.

***Плохой сон***

Во время первого триместра беременности ночной сон может прерываться частыми посещениями туалета, на более поздних сроках беременности волнующие сновидения и поиск удобного положения не позволяют беременной женщине хорошо выспаться ночью.

*Рекомендации:*

– Ложиться спать в строго определенные часы. Выполнять упражнения на расслабление перед сном, послушать приятную музыку, порисовать. Могут помочь водные процедуры — контрастный душ, расслабляющая ванна из трав (если разрешает врач).
– Избегать суеты и споров, особенно перед сном. Лучше прогуляться, подышать свежим воздухом. Рекомеbндуется заняться вязанием, шитьем.
– Пить поменьше перед сном, чтобы не приходилось часто вставать ночью.
– Подобрать удобное положение для сна. Использовать маленькие подушечки, чтобы занять удобное положение.
– Перед сном проветривать комнату.

***Растяжки на коже (появление стрий)***

*Рекомендации:*

– Выполнять упражнения, готовящие мышцы к родам, регулярно делать гимнастику. Посещать бассейн.
– Пойдет на пользу холодное обливание. Под влиянием холодной воды чрезмерно растянутые участки кожи становятся более упругими и эластичными, кроме того, нормализуется работа гормональной системы.
– Рекомендуется также регулярно делать массаж махровой рукавицей или растительной мочалкой с использованием специальных косметических средств. Движения во время массажа должны быть мягкими и плавными. Делать круговые движения в сторону сердца. Мягко и нежно делать массаж живота, груди, бедер.

***Учащенное мочеиспускание***

*Рекомендации:*

- В день количество потребляемой жидкости должно быть примерно 2 литра. Меньше пить на ночь и перед прогулкой.
- Наклон вперед, когда происходит мочеиспускание, поможет освободить полностью мочевой пузырь.
- Пить витаминные напитки из фруктов и ягод, таких как черная или красная смородина, облепиха, рябина красная, черника, крыжовник, шиповник, яблоки, вишня, клюква.

Следить за анализами мочи. При обнаружении белка или бактерий в моче следовать указаниям врача.

***Вагинальные выделения***

Если беременная женщина отмечает увеличение выделений из влагалища, следует ее успокоить, что это частое явление во время беременности, но, если выделения сопровождаются такими симптомами, как зуд, болезненность, неприятный запах или боль при мочеиспускании, возможно, это инфекция, которую необходимо исследовать и лечить.

В этом случае необходимо провести исследование вагинального мазка.

## 3.6. Тревожные признаки во время беременности

Важно обучить беременную и членов ее семьи опасным признакам, которые могут появиться как осложнения физиологической беременности:

- сильная и непрекращающаяся рвота;
- постоянная головная боль, головокружение, нарушение зрения (нечеткость, мелькание «мушек» перед глазами);
- внезапный или быстро нарастающий отек лица, живота или крестца;
- судороги;
- кровянистые выделения из половых путей;
- отхождение околоплодных вод;
- высокая температура тела;
- сильная боль в животе, в подложечной области;
- сильный зуд или жжение во влагалище или усиливающиеся влагалищные выделения;
- жжение или боль при мочеиспускании;
- снижение или прекращение шевелений плода;
- быстрая утомляемость или одышка;
- бледность лица, ладоней;
- постоянное пребывание в угнетенном состоянии.

При появлении любого из этих признаков нужно немедленно обратиться к медицинскому работнику!

### 3.7. Роль партнера во время беременности и в родах

Партнер (супруг, мать, близкая родственница и др.) во время беременности может:

- оказывать психологическую и эмоциональную поддержку;
- сопровождать женщину в поездках в медицинское учреждение;
- явиться «посредником» между женщиной и медперсоналом;
- делать вместе с беременной физические упражнения;
- следить за питанием беременной.

Присутствие партнёра в родах имеет много положительных моментов, так как снижается тревожность у мужчин и женщин, рожающих вместе, в 4 раза снижается частота послеродовых осложнений у первородящих и у повторнородящих женщин, у партнёра стимулируется раннее пробуждение отцовской любви к ребёнку и к жене.

Совместная подготовка к родам является необходимым этапом в подготовке к родительству.

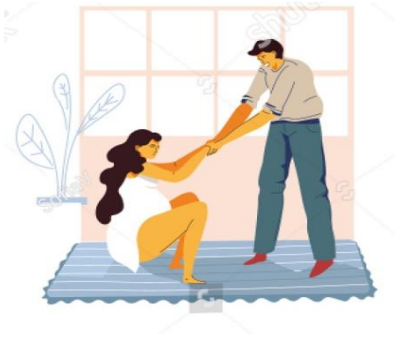
Однако, есть и ряд негативных последствий:

- присутствие партнёра может стать помехой медицинскому персоналу;
- психологическое состояние партнёра – паника, напряжение – могут перетягивать внимание на себя;
- неадекватное поведение партнёра может усугубить эмоциональное состояние женщины и мешать расслабиться.

*Рекомендации:*

1. Обязательно личное желание беременной и мужчины участвовать в партнерских родах.
2. Партнер, по желанию, может присутствовать только в определенный период родов.
3. Обязательно пара должна совместно пройти предварительную подготовку на курсах.
4. Заранее, если есть возможность, обсудить с врачом роддома все интересующие вопросы.










### 3.8. Насилие со стороны интимного партнера

Медицинские работники должны обеспечить конфиденциальность в проведении консультации.

| | |
|---|---|
| **D** | Письменная информация о насилии со стороны интимного партнера должна быть доступна в медицинских учреждениях в виде плакатов, а также брошюр или листовок, доступных в частных помещениях, таких как женские туалеты (с соответствующими предупреждениями о том, что их следует забрать домой, если там находится жестокий партнер) [4] |

| | |
|---|---|
| **B** | Женщинам, сообщающим о любой форме насилия со стороны интимного партнера (или другого члена семьи) или сексуальном насилии со стороны любого преступника, должна быть предложена немедленная поддержка [4] |

Учитывая негативное воздействие на здоровье матерей и новорожденных, при консультировании предполагается ряд возможного воздействия при насилии:

– изучение социальной и инструментальной поддержки (включая жилье и финансы), предоставляемой партнером, семьей и друзьями;

– обсуждение страха (или фактического) физического, психологического или финансового ущерба со стороны нынешнего или прошлого партнера;
– при необходимости обсуждение вопросов о безопасности и предоставление информации об убежищах и доступных услугах. Поскольку безопасность женщины всегда имеет первостепенное значение, важно проявлять осторожность, если члены семьи присутствуют во время таких обсуждений.

Поставщики медицинских услуг должны, как минимум, оказывать первую помощь, когда женщины сообщают о насилии, включающую в себя:
– непредвзятость, поддержку и подтверждение того, что говорит женщина;
– предоставление практического ухода и поддержки, которые отвечают на ее опасения, но не вторгаются;
– расспросы о ее истории насилия, внимательно выслушивая, но не оказывая давления;
– получение доступа к информации о ресурсах, включая юридические и другие полезные услуги;
– повышение безопасности для себя и своих детей, при необходимости;
– обеспечение или мобилизация социальной поддержки.

| | |
|---|---|
| **С** | Если поставщики медицинских услуг не могут оказать первую помощь, они должны убедить женщину обратиться в доступные соответствующие службы [4]. |

При консультировании необходимо предоставлять адреса служб, которые оказывают психологическую и юридическую поддержку жертвам насилия:

**1. Кризисный центр «Алтынай»**
Иссык-Кульская область, г. Чолпон-Ата.
Тел. +996 (03943) 4 41 37
Эл. почта: altynai1951@mail.ru
Сфера деятельности: консультации юриста, психолога, врача-гинеколога; предоставление убежища; представление интересов потерпевших в суде.
Телефон доверия: +996 (03934) 4 41 37

**2. «Ак-Журок» – морально-психологический центр**
г. Ош, тел. +996 (3222) 2 97 57
Эл. почта: kjurok05@rambler.ru
Сфера деятельности: оказание морально-психологической помощи женщинам, пострадавшим от насилия; телефон доверия; группы поддержки; информационно-образовательная работа с населением.

**3. Кризисный центр «Акылкарачач» (общественное объединение «Эне назары»)**
Ошская область, Алайский район, с. Гульча,

Тел.: +996 (03234) 2 60 33, 2 61 31
Эл. почта: ene-naz@mail.ru
Сфера деятельности: очные и выездные консультации психолога и юриста; телефон доверия; предоставление кредитов для женщин, потерпевших насилие; предоставление убежища.

**4. Кризисный центр «Аруулан» (Ошский областной ЦЖИ «Аялзат»)**
г. Ош, тел. +996 (03222) 5 56 08
Эл. почта: ayalzat@netmail.kg
Сфера деятельности: телефон доверия; очные консультации психолога, юриста, гинеколога; предоставление убежища.

**5. «Даршайым» – Центр профилактики насилия**
г. Бишкек, тел. +996 (0312) 64 93 50
Эл. почта: darshayim@mail.ru, mairash_1955@mail.ru
Сфера деятельности: консультационная; обучающая; информационная.

**6. Кризисный центр «Жаныл мырза» (общественный фонд «Омур Булагы»)**
Баткенская область, г. Баткен
Тел. +996 (03622) 2 20 27
Эл. почта: kalybek2003@mail.ru
Сфера деятельности: телефон доверия; очные консультации психолога, юриста; предоставление убежища.

**7. Кризисный центр «Каниет» (Ассоциация «Женщины-лидеры Джалал-Абада»)**
г. Джалал-Абад. Тел. +996 (03722) 5 50 84
Эл. почта: j_saralaeva@mail.ru
Сфера деятельности: телефон доверия; очные консультации психолога, юриста, врача-гинеколога; предоставление убежища.

**8. «Маана» (общественный фонд «Аялзат»)**
г. Талас. Тел.: +996 (03422) 5 38 18 (р.), 5 55 81
Эл. почта: ayalzat97@mail.ru; ayalzat@mail.ru
Сфера деятельности: телефон доверия; консультации: юриста, психолога, врача; предоставление временного убежища (до 10 дней); представление интересов в суде; оказание материальной и финансовой помощи; трудоустройство пострадавших от насилия; определение детей пострадавших от насилия в школы, интернаты; просветительская и информационная деятельность.

**9. Общественное объединение «Мээрбан»**
г. Ош, +996 (03222) 7 40 06 , 7 40 17

Эл. почта: meerban.osh@mail.ru
Сфера деятельности: консультационная; обучающая; информационная; проведение адвокационных кампаний.

**10. Кризисный центр «Тендеш», г. Бишкек**
+996 (03522) 5 37 70, 5 02 70 (ф.), г. Нарын
Эл. почта: ngo-tendesh@rambler.ru
Сфера деятельности: телефон доверия; очные консультации: психолога, юриста, врача; предоставление убежища.

**11. «Сезим» кризисный психологический центр для женщин и семьи**
г. Бишкек, +996 (0312) 316 466; 51 26 40.
Эл. почта: sezim2008@gmail.com
Сфера деятельности: круглосуточный телефон доверия; убежище для женщин; прием пострадавших от семейного насилия (прием с детьми не новорожденными); консультации психолог, юриста, терапевт; информационно-образовательная работа с населением.

**12. Кризисный центр «Шанс»**
г. Бишкек, пр. Чуй, 207, каб. 510
+996 312 613227, +996 709710320
Эл. почта: chance-cc@mail.ru
Сфера деятельности: телефон доверия; очные консультации психолога, юриста; издательская деятельность; информационно-образовательная работа с населением.

**13. Центр помощи и реабилитации женщин "Химая" г. Каракол**
временное убежище (до 14 дней); социально-правовое сопровождение; консультации различного характера; при необходимости, юридическое сопровождение; помощь в реабилитации
Телефоны: 0551733390 (смс), 0702223535.

### 3.9. Грудное вскармливание

| | |
|---|---|
| **A** | В тех учреждениях, где оказывается дородовая помощь, беременных женщин и членов их семей следует проконсультировать о преимуществах и ведении грудного вскармливания [2]. |

| | |
|---|---|
| **A** | Все дети должны находиться на исключительно грудном вскармливании с рождения до 6-месячного возраста. Матерей следует консультировать и оказывать поддержку исключительно |

| | |
|---|---|
| | грудному вскармливанию при каждом послеродовом контакте [2]. |
| **B** | Персонал медицинского учреждения, предоставляющий услуги по грудному вскармливанию, включая поддержку грудного вскармливания, должен обладать достаточными знаниями, компетенцией и навыками, чтобы помочь женщинам в грудном вскармливании [4]. |

В первые 6 месяцев следует рекомендовать исключительно грудное вскармливание: кормление ребенка по требованию, не менее 8-12 раз в сутки, с обязательным ночным кормлением, а также отказ от дачи ребенку любых других продуктов, напитков и даже еды, кроме грудного молока.

Грудное молоко содержит идеальный баланс питательных веществ и факторов, защищающих младенца от болезней.

Молоко любой матери является специфичным для ее собственного ребенка.

Со временем состав грудного молока изменяется и адаптируется к потребностям ребенка.

Первое молоко – **молозиво** – вырабатывается в груди на седьмом месяце беременности и продолжает вырабатываться в течение первых нескольких дней после рождения. Это густое, вязкое, от белого до желтоватого цвета грудное молоко, обладающее уникальными свойствами. Оно обволакивает изнутри кишечник младенцев и защищает его от инфекций, является первой иммунизацией ребенка против многих бактерий и вирусов, помогает развитию полезных бактерий в кишечнике ребенка, обладает слабительным свойством и способствует выведению из кишечника мекония, предотвращает желтуху. Вырабатываясь в очень небольших количествах, оно подходит очень маленькому желудку младенца и незрелым почкам, которые не могут обрабатывать большие объемы жидкости.

Очень важно как можно раньше начать кормление грудью (в первый час после рождения ребенка). Важно правильно расположить ребенка и приложить его к груди, что даст возможность младенцу получить достаточное количество молока, а матери – избежать боли в сосках и груди. Контакт «кожа-к-коже» сразу же после рождения ребенка поможет согреть и успокоить ребенка, наладить связь с ребенком и начать грудное вскармливание.

| | |
|---|---|
| **C** | Матерям следует оказывать поддержку в распознавании сигналов их младенцев о кормлении, близости и комфорте, а также предоставлять им возможность соответствующим образом реагировать на эти сигналы с помощью различных вариантов во время их пребывания в учреждении, предоставляющем услуги для матерей и новорожденных [4]. |

Для ребенка кормление грудью снижает риск болезней дыхательных путей, инфекций уха, инфекций мочевых путей, аллергии, астмы и одышки, синдрома внезапной детской смерти («смерть в колыбели»), некоторым видам детских онкологических заболеваний (лейкемии и лимфомы). Грудное вскармливание также снижает среднее артериальное давление и общий холестерин в сыворотке, риск развития сахарного диабета 2 типа, помогает развитию челюсти младенца и мышц языка и евстахиевой трубы, улучшает ясность речи, защищает от кариеса зубов и уменьшает риск проблем с прикусом. Регулируя аппетит в будущем, грудное вскармливание снижает риск избыточного веса и ожирения в подростковом возрасте и во взрослой жизни. Контакт с матерью дает ощущение тепла, близости и способствует физическому и эмоциональному развитию ребенка, снижает риск детского насилия.

Большую роль грудное вскармливание играет для матери. Так, снижается вероятность беременности в течение первых шести месяцев грудного вскармливания, снижается риск послеродовых кровотечений, анемии, рака молочной железы до менопаузы, рака яичников, остеопороза. Формирование тесной связи с ребенком помогает ему расти и хорошо развиваться.

И наоборот, при вскармливании искусственными смесями может развиться аллергия к белку животного молока, сыпь и другие симптомы, повышается риск диареи и других инфекций (в молочной смеси отсутствуют противоинфекционные факторы). Для приготовления смеси может быть использована недоброкачественная вода или загрязненная посуда, возможны ошибки при приготовлении смеси, т.е. превышение или недостаток нужной концентрации, что может привести к ожирению или к недостаточному весу ребенка. Молочная смесь может не содержать жизненно-важных элементов. Покупка и приготовление искусственных смесей предполагает к тому же значительные финансовые затраты.

Если младенец получает дополнительно любые продукты питания и напитки (в т.ч. воду), он будет реже и слабее сосать грудь, и объем вырабатываемого молока снизится.

| | |
|---|---|
| **С** | Если сцеженное грудное молоко или другие виды питания показаны по медицинским показаниям для доношенных детей, во время их пребывания в учреждении можно использовать такие методы кормления, как чашки, ложки или бутылочки и соски для кормления [4]. |

Дети, которые кормятся с помощью бутылочки, начинают сосать грудь по-другому, неэффективно. «Сосание соски», в отличие от «кормления грудью» означает, что ребенок не будет открывать рот и прикладываться к груди так, чтобы стимулировать нервы в области ареолы (околососкового кружка) и активизировать гормоны грудного вскармливания. У матерей, которые дают

своим младенцам бутылочки, часто возникают проблемы с сосками и с количеством молока, поскольку их дети «разучиваются» сосать правильно. Те же проблемы могут возникнуть и из-за сосок-пустышек.

Следует советовать кормящим матерям чаще прикладывать ребенка к груди, больше отдыхать, быть терпеливой и настойчивой.

При необходимости – обратиться к медицинскому работнику.

После шести месяцев, когда дети должны начать получать прикорм в дополнение к грудному молоку, рекомендуется продолжать вскармливание грудным молоком до 2-х лет и более.

## 3.10. Послеродовый период и тревожные признаки послеродового периода

Послеродовый период, первые 6–8 недель после рождения ребенка, – это период физической и эмоциональной перестройки организма. Репродуктивные органы возвращаются к состоянию до беременности.

| | |
|---|---|
| **С** | Прежде чем выписывать женщин и новорожденных после рождения из медицинского учреждения на дом, медицинские работники должны оценить следующие критерии для улучшения исходов для матери и новорожденного:<br>– физическое благополучие женщины и ребенка и эмоциональное благополучие женщины;<br>– навыки и уверенность женщины в уходе за собой, а также навыки и уверенность родителей и опекунов в уходе за новорожденным;<br>– • домашняя обстановка и другие факторы, которые могут повлиять на способность обеспечивать уход за женщиной и новорожденным в домашних условиях, а также поведение, связанное с обращением за помощью [4]. |

Краткая информация

**Матка.** После родов в результате процесса, называемого инволюцией, матка возвращается к своим размерам до беременности. Через неделю после рождения ребенка матка весит от 450 до 750 граммов. К концу пятой или шестой недели она весит от 60–100 граммов и почти возвращается к своему первоначальному размеру. В период инволюции из матки вытекают лохии (кровянистые выделения). В течение первых нескольких дней лохии значительны, затем уменьшаются и становятся бледно–розовыми, в последующие недели приобретают беловатый или коричневый вид. Выделения могут продолжаться в течение 6–8 недель. Появление неприятного запаха указывает на то, что в матке еще остались ткани, или развивается инфекционный процесс. Необходимо немедленно сообщить об этом врачу.

**Послеродовые схватки** происходят из–за сокращения матки, которая постепенно возвращается в первоначальное состояние. После первых родов эти боли, в основном, бывают более спокойными, но становятся интенсивнее после следующих родов. Женщины могут ощущать послеродовые схватки во время кормления грудью, что связано с рефлексом

окситоцина. Чтобы облегчить боль, рекомендуйте расслабиться и использовать замедленное дыхание.

**Грудь.** На 3–4 день после родов молочные железы становятся тяжелыми и набухшими. Это вызвано выработкой молока. До этого из молочных желез выходило молозиво; в небольшом количестве, оно очень питательное. Частое и правильное прикладывание ребенка к груди и регулярное сцеживание остатков молока предотвращает застой молока, нагрубание молочной железы и мастит.

**Послеродовая гигиена**. В связи с повышенным потоотделением, частым мочеиспусканием и влагалищными выделениями – лохиями женщине требуется чаще, чем обычно принимать душ, 2–3 раза в день подмывать наружные половые органы и промежность под проточной водой.

**Швы**. В случае эпизиотомии или разрывов промежности накладываются швы кетгутом, который рассасывается через неделю. Швы могут причинять сильную боль. Основными целями ухода за промежностью являются предотвращение попадания инфекции, облегчение боли и ускорение заживления. После мочеиспускания рекомендуется промыть область промежности теплой проточной водой, движениями, направленными от лобка к заднему проходу, чтобы предотвратить инфицирование промежности микроорганизмами из области заднего прохода. Если боли в области промежности сильно беспокоят, необходимо обратиться к врачу.

**Потливость и частое мочеиспускание**. Связаны с выделением из организма жидкости, накопившейся во время беременности. Возможны проблемы при мочеиспускании, сниженная чувствительность в области малого таза, чувство жжения от швов. После мочеиспускания рекомендуется туалет половых органов прохладной водой. При первых же позывах к мочеиспусканию мочевой пузырь нужно хорошо опорожнять, так как в противном случае, может появиться боль и, матка не будет хорошо сокращаться.

**Дефекация**. Запоры иногда возникают в связи с тем, что анус и промежность очень болезненны, из–за слабости тонуса мышц живота или геморроя. Во время родов функция желудочно–кишечного тракта была заторможена, сейчас она восстанавливается. Надо стараться избавиться от запоров и восстановить нормальную функцию кишечника, употребляя свежие фрукты и овощи, каши из цельного зерна, жидкие блюда и достаточное количество жидкости (не менее 2–х литров), освобождать кишечник при возникновении позывов.

**Изменения брюшной стенки и кожи**. После родов мышцы живота вялые, им потребуется около 6 недель или более, чтобы восстановить свой тонус. Следы растяжения на коже будут постепенно блекнуть, но не исчезнут совсем. Возвращение «прежней фигуры» происходит медленно. Если на коже лица была усилена пигментация, она так же будет постепенно исчезать.

**Налаживание сексуальных отношений**. Ограничений нет; возможно, и безопаснее начинать половые отношения, когда швы зажили, влагалищные выделения прекратились.

**Эмоциональные изменения. Перемены настроения.** Сразу после родов женщина находится в приподнятом настроении. Она испытывает счастье от того, что ребенок родился, и все трудности позади. Под влиянием гормонов это настроение часто меняется на второй–третий день. Женщина может испытать эмоциональный упадок –печаль, беспомощность и желание поплакать. Это связано с гормональными изменениями и обычно длится недолго. Однако, если чувство подавленности, бессонница и/или потеря аппетита продолжают ухудшаться, необходима медицинская помощь.

Рекомендуется предоставить женщине информацию о **тревожных признаках послеродового периода**:

- вагинальные кровянистые выделения в большом количестве (более 2 прокладок в течение 30 минут);
- головокружение, слабость, утомляемость;
- сердцебиение;
- затрудненное или учащенное дыхание;
- высокая температура тела выше 37 градусов;

– болезненность, нагрубание и покраснение молочных желез;
– постоянные и/или сильные боли в промежности;
– болезненное и/или затрудненное мочеиспускание;
– вагинальные выделения с неприятным запахом;
– дрожь, судороги;
– изменение настроения.

### 3.11. Послеродовая депрессия

Послеродовая депрессия – любое непсихотическое депрессивное расстройство легкой и средней степени тяжести, возникающее на протяжении первого года после родов. В некоторых случаях заболевание может начаться еще до родов.
Послеродовой психоз – расстройство настроения, сопровождаемое такими признаками, как потеря контакта с реальностью, галлюцинации, тяжелое расстройство мышления и патологическое поведение.

| | |
|---|---|
| **B** | Рекомендуется скрининг на послеродовую депрессию и тревогу с использованием утвержденного инструмента, который должен сопровождаться диагностическими и лечебными услугами для женщин с положительным результатом скрининга [4]. |

| | |
|---|---|
| **B** | Психосоциальные и/или психологические вмешательства в антенатальный и послеродовой период рекомендуются для предотвращения послеродовой депрессии и тревоги [4]. |

Факторы, которые могут привести к послеродовой депрессии:

- Психологические и социальные: матери может казаться, что она не соответствует собственным ожиданиям или ожиданиям окружающих в отношении ухода и заботы о ребенке.
- Семейные: облегчать или усугублять ситуацию могут отношения между женщиной и ее мужем/партнером, а также с другими членами семьи.
- Биологические: гормональные изменения после родов.

Симптомы послеродовой депрессии:
– глубокая тревожность и беспокойство;
– глубокая печаль;
– повышенная плаксивость или слезливость;
– ощущение неспособности заботиться о ребенке;
– чувство вины;
– приступы паники;

– стресс и раздражительность;
– антипатия к ребенку;
– утомляемость и недостаток энергии;
– неспособность к сосредоточению внимания;
– нарушение сна (трудности с засыпанием или беспокойный сон или увеличение длительности сна);
– проблемы с аппетитом;
– потеря интереса к сексу;
– беспомощность и безнадежность.

Послеродовую депрессию следует лечить так же, как и любую другую депрессию, но при этом дополнительно учитывать особенности, связанные с приемом антидепрессантов при кормлении грудью и во время беременности. В лечении послеродовой депрессии играет роль психосоциальная помощь, консультирование и психотерапия, социальная поддержка, вмешательства, направленные на семью.

Консультирование дает женщинам возможность изучить, осознать для себя образ жизни с бóльшими ресурсами и с бóльшим ощущением благополучия. Консультирование проводится в виде поддерживающего выслушивания без высказывания мнений или рекомендаций, которые проводятся обученными медработниками – это более эффективный способ сокращения частоты послеродовой депрессии по сравнению с общепринятой практикой ухода.

Следует рекомендовать матери заботиться о ребенке, отложив все другие дела, чаще прикасаться к ребенку и думать о нем, чаще выходить из дома и делать больше физических упражнений. Необходимо хорошо питаться, тщательно следить за собой. Хороший эффект оказывает ведение личного дневника.

Надо объяснить членам семьи, что происходит с женщиной, создать такую обстановку, в которой ребенок будет находиться в центре внимания. Если вышеперечисленные меры не помогают, следует обратиться к врачу.

### 3.12. Послеродовая контрацепция

Рекомендуется проводить консультирование по методам контрацепции во время беременности с предоставлением полной информации об эффективности, преимуществах и недостатках, побочных эффектах и восстановлении способности к зачатию после прекращения пользования контрацептива.

Рекомендации по контрацепции должны быть индивидуальными, отвечать требованиям каждой женщины или пары, образу жизни и личным пожеланиям.

Окончательное решение о выборе метода контрацепции должна сделать сама пациентка.

При наличии высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией медицинские работники должны настоятельно рекомендовать прибегать к двойной защите

– либо посредством использования презерватива в комбинации с другим методом контрацепции, либо путем систематического и правильного использования презерватива в качестве самостоятельного средства – в целях одновременного предупреждения беременности и профилактики инфекции.
В случае выбора пациенткой метода хирургической стерилизации, необходимо убедиться в том, что она приняла решение использовать **этот необратимый метод контрацепции,** добровольно и сознательно.
При этом, поскольку стерилизация не защищает от заражения/передачи ИППП/ВИЧ, важно подчеркнуть необходимость использования презервативов. В процессе принятия решения также необходимо обсудить с пациенткой законы и правила, касающиеся процедуры стерилизации.

**Таблица методов контрацепции после родов согласно медицинским критериям приемлемости (ВОЗ от 2015г.)**
**Уровень доказательности – А**

| Метод контрацепции | Кормящая грудью женщина (исключительно грудное вскармливание) | Не кормящая грудью женщина (искусственное вскармливание) |
|---|---|---|
| Комбинированные оральные контрацептивы (КОК), комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК), контрацептивные пластыри, влагалищные кольца | До 6 недель после родов – IV<br>С 6 недель до 6 месяцев – III<br>С 6 месяцев – I | до 3-х недель*– III<br>от 3-х до 6 недель– II **/III ***<br>от 6 недель – I |
| Противозачаточные таблетки прогестинового ряда (ПТПР), инъекционные контрацептивы прогестинового ряда (ИКПР), импланты | ПТПР, имплантаты до 6 недель – II,<br>с 6 недель – I<br>ИКПР до 6 недель – III<br>с 6 недель – I | Сразу |
| Медьсодержащее внутриматочное средство (Cu-ВМС) | До 48 часов – I<br>От 48 часов до 4-х недель – III<br>С 4-х недель – I | |
| Гормонсодержащее внутриматочное средство (ЛНГ-ВМС) | До 48 часов – II<br>От 48 часов до 4-х недель – III | До 48 часов – I<br>От 48 часов до 4-х недель – III |

| | | |
|---|---|---|
| | С 4-х недель – I | С 4-х недель – I |
| Добровольная хирургическая стерилизация | Сразу же или в течение 7 дней после родов, а также спустя 6 и более недель. | |

* При отсутствии факторов риска на тромбоэмболические осложнения (ТЭО)
** При отсутствии факторов риска на ТЭО
*** При наличии факторов риска на ТЭО

**Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции (ВОЗ)** [4].

| | |
|---|---|
| **I** | Состояние, при котором нет никаких противопоказаний к использованию данного метода контрацепции. |
| **II** | Состояние, при котором ожидаемая польза от применения данного метода контрацепции в целом превосходит теоретические или доказанные риски. |
| **III** | Состояние, при котором теоретические или доказанные риски в целом превосходят ожидаемую пользу от применения данного метода контрацепции. |
| **IV** | Состояние, при котором использование данного метода контрацепции абсолютно противопоказано. |

1. Дополнительную информацию для консультирования о побочных эффектах средств контрацепции, о мерах устранения возможных проблем, по правильному и эффективному применении метода, а также при наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии можно получить в КП ««Комбинированные оральные контрацептивы», «Внутриматочные средства» (приказ МЗ КР №54 от 29.01.2014 г.), «Контрацептивы прогестинового ряда» (приказ МЗ КР №379 от 04.07.2014 г.), «Клиническое руководство по планированию семьи с применением имплантатов и инъекционных форм прогестиновых контрацептивов » (приказ МЗ КР № 216 от 02.04.2020 г.).

## 3.13. Уход за новорожденным и опасные признаки периода новорожденности

### *Уход за пуповиной*

*Рекомендации:*

- Пуповинный остаток нужно держать в сухости и чистоте.
- Не использовать антисептические средства.
- Ребенка можно купать с еще незажившим пуповинным остатком (предполагается, будет использоваться чистая вода).

– Предохранять от попадания мочи и загрязнения, а в случае загрязнения пуповинный остаток и кожу вокруг пупочного кольца можно промыть чистой водой (кипяченой и остуженной) и осушить чистой ватой или марлей.

***Уход за глазами***

*Рекомендации:*

– В первые недели после рождения у детей часто бывают выделения из глаз желтоватого цвета – промывать глаза новорожденного ватным тампоном, смоченным в кипяченной охлажденной воде.
– Для каждого глаза использовать отдельную ватный тампон.
– При промывании движения проводить от наружного угла глаза к внутреннему.

***Уход за наружным слуховым проходом***

*Рекомендации:*

– Туалет наружного слухового прохода новорожденного следует проводить не чаще 1-2 раз в неделю с помощью ватного жгутика или ватной палочки с ограничителем.
– Всегда перед туалетом слухового прохода рекомендуется вымыть руки.
– Необходимо удалять только видимую серу, скопившуюся в ушной раковине, проводя вращательные движения ватным жгутиком в одном направлении.
– Категорически запрещается очищать слуховой проход твёрдыми предметами (к примеру, ватными палочками).

***Уход за половыми органами и грудными железами***

У некоторых новорожденных возможно нагрубание молочных желез с выделениями из сосков.

Материнские гормоны могут вызвать припухание гениталий и молочных желез и у девочек, и у мальчиков.

У новорожденных девочек возможны белые или кровянистые выделения из влагалища.

У мальчиков может быть необычно большая покрасневшая мошонка.

*Рекомендации:*

– Нельзя выдавливать молоко из груди ребенка, это может вызвать инфекцию. Следует успокоить мать, что эти явления нормальные, временные и не требуют лечения.
– Осуществлять гигиенический уход за гениталиями (подмывать только под проточной водой 37-38°С). Девочек нужно подмывать «спереди-назад» (от половых губ к заднему проходу), у мальчиков сначала обмывают

половые органы, потом область заднего прохода, после чего просушить промокательными движениями мягкой пелёнкой.
- Обязательно подмывать после акта дефекации.

***Уход за ногтями***

*Рекомендации:*
- Предварительно вымыть руки.
- Стричь ногти нужно маленькими ножницами с закруглёнными или загнутыми концами, после обработки режущей части ножниц спиртом.
- Подстричь ногти на руках – овальной линией, на ногах – прямолинейно.
- Важно: ногти необходимо постригать по мере отрастания.
- Мать и лица, ухаживающие за новорожденным, должны быть ознакомлены с опасными признаками болезней новорожденных:
  - плохо сосет грудь или отказывается от груди;
  - судороги;
  - сонливость/заторможенность или отсутствие сознания;
  - движения только при стимуляции или отсутствие движений (ребенок не двигается);
  - частое дыхание (более 60 и более дыханий в минуту);
  - стонущее дыхание;
  - выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании;
  - повышение температуры тела выше 38°С или ее снижение меньше чем 35,5°С);
  - синюшность губ, языка и слизистой ротовой полости (центральный цианоз);
  - желтуха кожи, которая появилась в первые сутки жизни, желтушность ладоней и подошв.

При наличии хотя бы одного из вышеперечисленных признаков болезни у младенцев до 2-х месяцев жизни необходимо срочно обратиться к медицинскому работнику.

# 4. Профилактические мероприятия во время беременности

***Профилактика анемии***

Железодефицитная анемия тяжелой степени (уровень гемоглобина ниже 70г/л) ассоциирована с риском ряда осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде: задержка роста плода, преждевременные роды, материнская и детская смертность.

| | |
|---|---|
| **A** | Ежедневный пероральный прием препаратов железа и фолиевой кислоты в количестве от 30 до 60 мг элементарного железа и 400мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты рекомендуется беременным женщинам для профилактики материнской анемии, послеродового сепсиса, низкого веса при рождении и преждевременных родов [2]. |

В условиях, когда анемия у беременных женщин является серьезной проблемой общественного здравоохранения (т. е. где, по крайней мере, у 40% беременных женщин концентрация гемоглобина в крови < 110 г/л), предпочтительна суточная доза 60 мг элементарного железа.

Пероральные добавки доступны в виде капсул или таблеток (включая растворимые таблетки, а также растворимые таблетки и таблетки с модифицированным высвобождением) [2].

Эквивалент 60 мг элементарного железа составляет 300 мг гепагидрата сульфата железа, 180 мг фумарата железа или 500 мг глюконата железа.

Информируя женщин, следует подчеркнуть, что принимать таблетки рекомендуется вместе с едой, с целью уменьшения характерных побочных эффектов (тошнота, боли в животе и запоры), не запивать чаем. Необходимо предупредить женщины о возможном изменении цвета стула на темный.

***Профилактика дефектов нервной трубки***

Первичное возникновение дефектов нервной трубки (ДНТ) можно уменьшить, если женщины репродуктивного возраста ежедневно принимают 0,4 мг фолиевой кислоты как до зачатия, так и в течение первого триместра беременности.

| | |
|---|---|
| **A** | Рекомендуется назначить фолиевую кислоту в дозе 400 мкг в сутки за 2-3 месяца до зачатия и в течение первых трех месяцев беременности для снижения риска развития дефектов нервной трубки [2]. |

Профилактика дефектов нервной трубки проводится только до 12 недель беременности. Далее прием фолиевой кислоты необходим для профилактики анемии.

| | |
|---|---|
| **A** | Рекомендуется назначить фолиевую кислоту в дозе 4 мг/сутки женщинам с высоким риском развития дефекта нервной трубки перорально за 2-3 месяца до беременности и в I триместре беременности, затем перейти на прием фолиевой кислоты в дозе 400 мкг в сутки перорально в течение всей беременности и 3-х месяцев после родов [14]. |

*Группа высокого риска на дефекты нервной трубки* [14]*:*

- ДНТ во время предыдущих беременностей при наличии у них самих или их партнёров ДНТ в персональном анамнезе либо при выявлении;
- дефекты развития сердца, конечностей, мочевых путей, орофациальные дефекты, врождённая гидроцефалия (но не ДНТ) в персональном или семейном анамнезе;
- случаи ДНТ в семейном анамнезе — у родственников 1–2-й степени родства;
- приём препаратов с тератогенным действием (карбамазепин, вальпроевая кислота, фенитоин, фенобарбитал, метотрексат, триамтерен, триметоприм, колестирамин, иАПФ, БРА и др.);
- эпилепсия или судорожный синдром иной этиологии у женщины, для лечения которых необходимы вальпроевая кислота или карбамазепин;
- наличие у матери мальабсорбции вследствие медицинских или хирургических причин, приводящей к снижению концентрации фолатов в эритроцитах (болезнь Крона, целиакия, желудочное анастомозирование, выраженные заболевания печени, диализ, алкоголизм);
- сахарный диабет 1-го или 2-го типа до беременности;
- ожирение (ИМТ выше 30 кг/м$^2$);
- курение и злоупотребление алкоголя.

***Профилактика проявлений йододефицита***

Для предотвращения дефицита йода и гормонов щитовидной железы во время беременности в странах, имеющих йододефицит, в том числе в Кыргызской Республике, рекомендуется принимать калия йодид по 200 мг в сутки, перорально, в течение всей беременности и в период кормления грудью.

| | |
|---|---|
| **C** | Рекомендуется назначить препараты йода в регионах с риском йододефицитных состояний [15]. |

| | |
|---|---|
| **C** | Рекомендуется назначить препараты йода женщинам в дозе 200 мкг/сутки, для профилактики эндемического кретинизма и врожденных заболеваний щитовидной железы [15]. |

Дозы для женщин с патологией щитовидной железы должны подбираться индивидуально после консультации с эндокринологом.

***Профилактика преэклампсии***

Ацетилсалициловая кислота способствует улучшению плацентации и кровотока в спиральных артериях. Прием препарата важно начать до 16 недель беременности (назначение в более поздние сроки менее эффективно).

Доказано, что аспирин более эффективен [2]:

- в небольших дозах;
- если лечение началось между 12-й и 16-й неделями беременности;
- при приеме вечером, перед сном;
- при непрерывном приеме с 12 до 37 недель беременности.

На основании сбора анамнеза во время первого визита определяется:

**Группа высокого риска** (в этом случае достаточно 1 и более фактора):

- наличие преэклампсии при предыдущих беременностях;
- хроническая гипертензия;
- сахарный диабет I и II типов;
- аутоиммунные заболевания (СКВ или АФС);
- гломерулонефрит или другое тяжелое заболевание почек, хроническое заболевание почек в течение 3 или более месяцев с наличием признаков повреждения почек (патологические аномалии, установленные с помощью биопсии почек, в том числе поликистоз почек, гидронефроз, аномальный мочевой осадок, увеличение экскреции альбумина в моче или снижение функции почек);
- многоплодная беременность.

**Группа умеренного риска** (2 и более факторов):

- первая беременность;
- возраст 40 лет и старше;
- интервал между беременностями 10 лет и более;
- ИМТ более 35 кг/м$^2$
- семейная история преэклампсии (наличие преэклампсии/эклампсии в анамнезе матери или сестер пациентки);
- ЭКО;
- измененное отцовство в данной беременности.

Международная федерация гинекологии и акушерства (FIGO) с целью прогнозирования развития преэклампсии рекомендует проводить в качестве скрининга в первом триместре беременности следующие мероприятия [16]:

– Измерение среднего артериального давления.

- Измерение биохимических маркеров: плацентарный фактор роста (ПФР) или определение ассоциированного с беременностью протеин-А плазмы (PAPP-A).
- Измерение пульсационного индекса (ПИ) маточной артерии.

Рекомендуемые дозы аспирина по данным FIGO

| Масса матери, кг | Рекомендуемая суточная доза внутрь, мг |
|---|---|
| <40 | 100 |
| ≥40 | 150 |

## Профилактика других состояний во время беременности и послеродового периода (по показаниям)

| | |
|---|---|
| **A** | Всем беременным женщинам с бессимптомной бактериурией рекомендуется семидневный курс антибиотикотерапии для предотвращения персистирующей бактериурии, преждевременных родов и низкой массы тела при рождении [2]. |

Бессимптомная бактериурия является фактором риска преждевременных родов, задержки внутриутробного развития плода, пиелонефрита во время беременности и в послеродовом периоде. ВОЗ рекомендует, чтобы беременные женщины с колонизацией СГБ получали интранатальное введение антибиотиков для предотвращения ранней неонатальной инфекции СГБ.

| | |
|---|---|
| **A** | В эндемичных районах профилактическое антигельминтное лечение рекомендуется беременным женщинам после первого триместра в рамках программ по снижению глистной инвазии [4]. |

Для профилактической химиотерапии в борьбе с передающимися через почву гельминтозами используют **однократную дозу альбендазола** (400 мг) или **мебендазола** (500 мг) беременным женщинам после первого триместра. Безопасность этих препаратов при беременности однозначно не установлена; однако считается, что преимущества перевешивают недостатки.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ


1. Antenatal care. NICE guideline Published: 19 August 2021 www.nice.org.uk/guidance/ng201
2. Руководство ВОЗ по адаптации рекомендаций по дородовому наблюдению: стандартизированный подход для стран. Политика и системы медицинских исследований. Баррейкс М., Лори Т., Кидула Н., Талл Ф., Букагу М., Чахар Р., Тунсалп Ö. 2020; 18. DOI: 10.1186/s12961-020-00554-4.
3. Рекомендации ВОЗ по диагностике бессимптомной бактериурии во время беременности 2021, https://srhr.org/rhl/article/who-recommendation-on-the-method-for-diagnosing-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy-1
4. Рекомендации ВОЗ 2021-2022гг. https://www.who.int
5. South Australian Perinatal Practice Guidelines Antenatal Care Routine Care in Normal Pregnancy https://www.health.gov.au/resources/pregnancy-care-guidelines.
6. Клиническое руководство «Ведение беременности, родов и послеродового периода у женщин, употребляющих психоактивные вещества», приказ МЗ КР №42 от 18 января 2017 г.
7. «Оказание психологической помощи лицам, пострадавшим от гендерного насилия» Практическое руководство для всех уровней организаций здравоохранения, Приказ МЗ КР № 42 от 17.01 2017г.
8. Данные Института медицины Расмуссен К.М., Яктине А.Л., редакторы; Увеличение веса во время беременности: пересмотр руководящих принципов. Вашингтон (округ Колумбия): Национальные академии; 2009
9. Гестационный сахарный диабет. Диагностика, лечение, акушерская тактика, послеродовое наблюдение /клинические рекомендации. Москва, 2020, 53с.
10. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. https://bigg-rec.bvsalud.org/en/guidelines.
11. https://www.hse.ie/eng/services/list/2/gp/antibiotic-prescribing/conditions-and-treatments/pregnancy-infections/asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/]CLINICAL PRACTICE GUIDELINE MANAGEMENT OF URINARY TRACT INFECTIONS IN PREGNANCY Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and the Clinical Strategy and Programmes Division, Health Service Executive Version: 1.0 Publication date: Nov 2015
12. Клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», Утвержден приказом МЗ КР №54 от 29.01.2014 г.
13. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021, Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports / Vol. 70 / No. 4 July 23, 2022.
14. Прегравидарная подготовка. Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной

медицины (МАРС). Версия 2.0 / [Коллектив авторов]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2020. — 128 с.
15. Прегравидарная подготовка. Клиническое руководство для всех уровней здравоохранения, приказ МЗ КР №1232 от 18.10.2022г.
16. Инициатива по преэклампсии Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO): практическое руководство по скринингу в I триместре и профилактике заболевания Пун Л.К.1, Шеннан А.2, Хайетт Дж.А.3, Капур А.4, Хадар Е.5, Дивакар Н.6, МакОлифф Ф.7, да Силва Коста Ф.8, фон Датесцен Р.2, Макинтайр Х.Д.9, Кихара А.Б.10, Ди Ренцо Дж.К.11, Ромеро Р.12, Николаидес К.Х.13, Ход М.5 (адаптированная версия на русском языке под редакцией З.С. Ходжаевой, Е.Л. Яроцкой, И.И. Баранова)
17. Приказ МЗ КР №121 от 21.01.2021г. КП КР “Железодефицитная анемия: скрининг, профилактика и лечение”.
18. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Physical activity for pregnant women (Infographic). London: RCOG, 2017. Search PubMed. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gyanecologists. Exercise during pregnancy. Melbourne: RANZCOG, 2016. Search PubMed.
19. «Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» для всех уровней организаций здравоохранения, Приказ МЗ КР № 54 от 29.11 2017г.
20. Рекомендации ВОЗ по уходу за матерями и новорожденными для обеспечения положительного послеродового опыта: укрепление непрерывного ухода за матерями и новорожденными, ВОЗ, 2022 г., https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36717156/ .

**Приложение 1**

## СОСТАВ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Для составления клинического руководства по дородовой и послеродовой помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи была создана мультидисциплинарная рабочая группа (МДРГ) из специалистов разного профиля. Это было обусловлено следующими причинами:

- Дородовая и послеродовая помощь является комплексом диагностических и профилактических мероприятий, направленных на вынашивание беременности и рождение здорового ребенка; обеспечение оптимального уровня их физической и психологической готовности к родам на основе оценки факторов риска и проведение мероприятий по уменьшению или устранению их воздействия.
- Создание мультидисциплинарной группы позволило включить в процесс разработки клинического руководства все заинтересованные стороны, участвующие в обеспечении антенатального ухода.
- Создание мультидисциплинарной группы позволило исключить конфликт интересов разработчиков.

**Цель:** Повышение качества оказания квалифицированной дородовой и послеродовой медицинской помощи беременным и членам их семей, для снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

**Задачи:**

1. Внедрить в практику научно-обоснованные рекомендации по дородовой и послеродовой помощи на уровне ПМСП.
2. Применить алгоритм действий при проведении консультирования на всех уровнях оказания дородовой и послеродовой помощи для:

- своевременной диагностики сопутствующих заболеваний и состояний;
- формирования положительного опыта беременности.

**Целевая группа.** Клиническое руководство рекомендуется использовать для беременных женщин и членов их семей.

**Ожидаемые результаты** применения клинического руководства: внедрение в практику научно-обоснованных принципов и подходов по дородовой и послеродовой помощи будет способствовать улучшению перинатальных исходов, снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

**Руководитель рабочей группы по созданию руководства**

| | |
|---|---|
| Асылбашева Р.Б. | главный специалист Управления организации медицинской помощи и лекарственной политики МЗ КР |

**Ответственные исполнители**

| | |
|---|---|
| Кибец Е.А. | заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии КГМИПиПК им.С.Б. Даниярова, к.м.н., доцент |
| Максутова Э.М. | заведующая ЦПС «Брак и семья» НЦОМиД, к.м.н. |
| Болоцких И.В. | ассистент кафедры семейной медицины КГМИПиПК им.С.Б. Даниярова |

Ответственные исполнители осуществляли систематизацию и обновление ключевых рекомендаций из выбранных международных клинических руководств путем адаптации, предоставили обобщенные данные по ссылкам для формирования клинического содержания обновленного руководства.

**Консультанты**

| | |
|---|---|
| Полупанов А.Г. | Главный научный сотрудник НЦКТ им. М.М. Миррахимова, д.м.н., профессор |
| Добрынина Н.П. | Главный врач эндокринологического центра, внештатный эндокринолог МЗ КР |

Протоколы согласительных заседаний рабочей группы (РГ) по разработке клинического руководства велись в соответствии с установленным порядком, ответственной за ведение протоколов была Максутова Э.М.

**Декларация конфликта интересов**

Перед началом работы по разработке клинического руководства, на рабочем совещании согласительной комиссии, проведённом 22 ноября 2021 г., все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не заявил о наличии коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для прегравидарной подготовке.

**Методологическая поддержка**

| | |
|---|---|
| Зурдинова А.А. | зав. кафедрой базисной и клинической фармакологии КРСУ, проф., д.м.н., эксперт-методолог по ДМ |
| Матоморова А.А. | зав. отделом доказательной медицины и медицинских технологий Центра развития здравоохранения при МЗ КР |

Экспертами-методологами оказывалась методологическая поддержка по систематизированному поиску имеющихся международных клинических

руководств, критическая оценка найденных руководств инструментом AGREE GRS, методологическая поддержка при формировании ключевых рекомендаций по представленной информации от МДРГ, формирование методологического содержания разработанного руководства.

**Оценка клинического содержания (рецензенты)**

| | |
|---|---|
| Швабский О.Р. | Заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора (Российская Федерация) |
| Самигулина А. | д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова |

**Процесс обсуждения клинического руководства**

3 февраля 2022 года проведены обсуждения клинического руководства со всеми заинтересованными сторонами с учетом появления новых данных по прегравидарной подготовке: специалистами МЗ КР (Асылбашева Р.С.), специалистами ДМ (Зурдинова А.А.), составителями данного руководства (Кибец Е.А., Максутова Э.М., Болоцких И.В.) и др. 24 января, 25 марта, 15 апреля, 20 декабря 2022 года были проведены расширенные заседания с МДРГ по обсуждению финального формата и клинического содержания подготовленного клинического руководства. Полученные рекомендации были приняты и внесены в документ с учетом найденных доказательств.

**Процесс апробации клинического руководства**

В течение сентября 2022 года были разработаны алгоритмы действия врача, памятка для пациентов, которые апробированы в ЧОЦСМ. От непосредственных пользователей были получены комментарии и отзывы по содержанию, формату представления, удобству применения и возможности использования ключевых рекомендаций на местах в виде кратких алгоритмов.

**Приложение 2**

## СТРАТЕГИЯ ПОИСКА МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ПО ДОРОДОВОЙ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПОМОЩИ

Рабочей группой были изучены международные клинические руководства высокого методологического качества, основанные на принципах доказательной медицины, и обновленные рекомендации ВОЗ, которые были адаптированы для применения медицинскими работниками первичного звена здравоохранения Кыргызской Республики.

### ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА ПОИСКА И ОЦЕНКИ СУЩЕСТВУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ПО ДОРОДОВОЙ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПОМОЩИ

Поиск клинических руководств по дородовой и послеродовой помощи осуществлялся в международных доступных электронных базах данных в сети Интернет.

**Найденные электронные базы данных по клиническим руководствам и практическим рекомендациям**

| Страна и название ресурса | Интернет-адрес |
|---|---|
| ***Международная ассоциация*** | |
| Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization, WHO) | https://apps.who.int/ |
| Международная федерация акушеров-гинекологов | www.figo.org |
| ***Америка*** | |
| American Congress of Obstetrics and Gynecology (ACOG) | https://www.acog.org/ |
| 2022 Prenatal/Perinatal Care Preventive Health Guidelines | http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/ |
| ***Великобритания*** | |
| National Institute for Clinical Excellence (NICE) | https://www.nice.org.uk/ |
| ***Австралия*** | |
| 2021 South Australian Perinatal Practice Guidelines Antenatal Care | https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/4d05a722-4965-4597-9265-702bfd28bef2/Antenatal+Care.+Routine+care+in+normal+pregnancy_PPG_v1.1.pdf?MOD=AJ |

| | |
|---|---|
| Routine Care in Normal Pregnancy | PERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-4d05a722-4965-4597-9265-702bfd28bef2-obo.yPw |
| ***Россия*** | |
| Гестационный сахарный диабет. Диагностика, лечение, акушерская тактика, послеродовое наблюдение /клинические рекомендации. Москва, 2020, 53с. | https://docs.cntd.ru/document/1200119879 |

Найденные клинические руководства были оценены мультидисциплинарной рабочей группой.

## Критерии включения/исключения

24 января 2022 года рабочая группа провела четкие ограничения по вопросам клинического руководства, которые необходимо было пересмотреть. В качестве опорных клинических руководств выбраны только те, которые были обновлены с применением подходов доказательной медицины за последние годы – 2017-2022 года, и посвящены дородовому и послеродовому наблюдению на уровне ПМСП.

| № | Название руководства | Ка-чество | Но-визна | Приме-нимость | Варианты действий |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Руководство ВОЗ по адаптации рекомендаций по дородовому наблюдению: стандартизированный подход для стран. Политика и системы медицинских исследований. 2020 | ++ | +++ | ++ | Взято за основу при разработке руководства. Рекомендации по ведению, консультациям, обследованиям; документ доступен на русском языке |
| 2 | Руководство NICE Дородовый уход Опубликовано: 19 августа 2021 г. www.nice.org.uk/guidance/ng201 | + | ++ | ++ | Взяты отдельные рекомендации по обследованию при дородовом уходе. |

Были установлены языковые ограничения, так как рабочая группа имела возможность изучать источники литературы только на английском и русском языках.

## Оценка найденных клинических рекомендаций и доказательств

В результате проведённого поиска было найдено 5 обновленных клинических руководств по антенатальному уходу, которые содержали необходимую информацию, соответствующую задаче рабочей группы (см. табл. «Характеристика отобранных клинических руководств»).

## Характеристика отобранных клинических рекомендаций по дородовому и послеродовому уходу

Предпочтение по разработке руководства основывались на вебсайте ВОЗ, NICE, ACOG, FIGO. По черновому варианту были получены комментарии и замечания специалистов. Обновление данного руководства предполагается по мере появления новых данных.

Так как в найденных клинических руководствах мультидисциплинарной рабочей группой были найдены необходимые рекомендации по дородовому и послеродовому наблюдению, то дополнительный поиск медицинских публикаций (мета-анализов, систематических обзоров, РКИ и др.) в международных базах данных не проводился.

## Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций

В связи с тем, что на сегодня существуют четкие доказательства по ведению беременных с физиологической беременностью, консультированию и ведению, основные клинические рекомендации представлены на основании рекомендаций выбранных международных руководств, которые были приняты за основу группой разработчиков национального руководства при обсуждении (с использованием метода Делфи).

Все ключевые рекомендации в клиническом руководстве выделены в рамки-боксы. Ключевые рекомендации с представлением их уровня доказательности и убедительности были адаптированы по шкале на 4 уровня – A, B, C, D.

| | |
|---|---|
| **A** | Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки. |

| | |
|---|---|
| **B** | Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований «случай-контроль» или высококачественное (++) когортное или исследований «случай-контроль» с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с не высоким (+) риском систематической ошибки. |

| | |
|---|---|
| **C** | Когортное или исследование «случай-контроль» или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). |

| | |
|---|---|
| **D** | Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов. |

Данное национальное клиническое руководство дополнено краткими клиническими алгоритмами для ПМСП, стандартами и индикаторами для оценки внедрения руководства (*Приложения 1-4).*

**Приложение 3**

## ФАКТОРЫ РИСКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ВОЗ не рекомендует применение традиционного метода оценки риска, т.е. проведение количественного (в баллах) подсчета.

Фактор риска во время беременности должен оцениваться и выноситься письменно в диагноз при каждом посещении. Выявленный фактор риска нужно тщательно рассмотреть и проанализировать с целью определения тяжести возможного риска для женщины и плода.

При наличии факторов риска, которые можно устранить на первичном уровне, нужно провести дополнительное консультирование у соответствующих специалистов, обследование и адекватное лечение.

При наличии угрожающих жизни беременной женщины и/или плода состояний, нужно оказать неотложную помощь и перевести на более высокий уровень оказания медицинской помощи.

Некоторые факторы риска могут быть актуальны для беременной женщины и/ или плода в данном сроке беременности; если фактор риска был устранен, то его не следует учитывать в следующих сроках беременности.

### Оценка пренатальных факторов риска*

| Факторы риска | Наблюдение | Уровни оказания услуг | |
|---|---|---|---|
| | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Консультирование акушером-гинекологом и др. узким специалистом ЦОВП/ЦСМ | Родоразрешение |
| **I. Социально-биологические** | | | |
| 1. Возраст матери: | | | |
| - моложе 16 лет | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | II |
| - 45 лет и старше | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | II |
| 2. Вредные привычки у матери: ПАВ (табак, алкоголь, наркотики) | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Нарколог, НПО | I-II |
| 3. Вредные привычки у отца: ПАВ (табак, алкоголь, наркотики) | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | | Согласно рекомендациям |
| 4. Эмоциональные нагрузки у матери (домашнее насилие в семье) | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Психолог, соцработник, НПО | Согласно рекомендациям |
| 5. Физикальные особенности матери: | | | |
| рост 150см и менее | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |

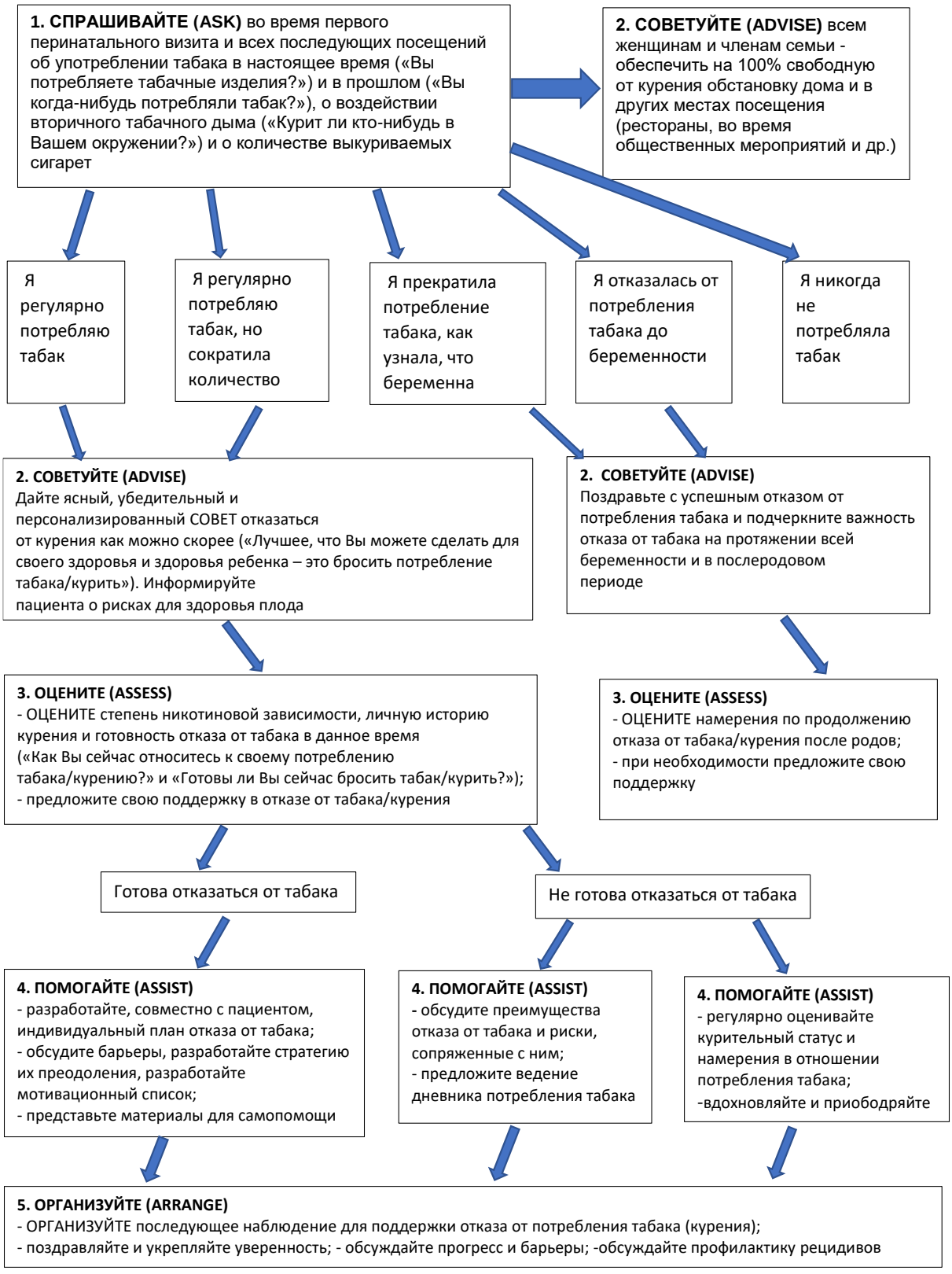
| | | | |
|---|---|---|---|
| ИМТ<18.5 | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| ИМТ > равно 30 и выше | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| 6. Аномалии таза | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| **II. Акушерско-гинекологический анамнез** | | | |
| 1.Паритет (число предшествующих родов) | | | |
| >4 | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| 2.Аборты в промежутках между родами: 3 и более (в ранних сроках) | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| 3. Преждевременные роды | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| 4. Мертворождение с полиорганной недостаточностью | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| 5.Смерть детей в неонатальном периоде | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | II-III (но, роды в данных ОЗ могут быть выполнены лишь для того, чтобы снизить беспокойство родителей, но нет никаких доказательств в их пользу) |
| 6. Аномалии развития у детей | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог, генетик до 12 недель | III |
| 7.Неврологические нарушения у детей (ДЦП) | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | II-III (но, роды в данных ОЗ могут быть выполнены лишь для того, чтобы снизить беспокойство родителей, но нет никаких доказательств в их пользу) |
| 8. Масса тела у доношенных детей менее 2500гр. или 4000гр. и более | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| 9.Бесплодие | ЦОВПЦСМ | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| 10. Рубец на матке 2 и более | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | II-III |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11. Миома матки, аномалии матки | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| 12. Преэклампсия/ эклампсия в анамнезе | ЦОВП/ЦСМ | Акушер-гинеколог | II- III |
| 13. Послеродовое кровотечение в анамнезе | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | II – III |
| 14. ГБН в анамнезе и наличие антител в крови | ЦОВП/ЦСМ | Акушер-гинеколог | II-III |
| **III. Экстрагенитальные заболевания** | | | |
| 1.Сердечно-сосудистой системы без нарушения кровообращения | ЦОВП/ЦСМ | Кардиолог, акушер-гинеколог | II-III |
| с нарушением кровообращения | ЦОВП/ЦСМ | Кардиолог, акушер-гинеколог | III |
| 2.Гипертоническая болезнь II-III ст. | ЦОВП/ЦСМ | Кардиолог, акушер-гинеколог | II-III |
| 3.Заболевания почек: до беременности без нарушения функции почек | ЦОВП/ЦСМ | II | I-III |
| с нарушением функции почек | ЦОВП/ЦСМ | Нефролог, уролог | II-III |
| 4. Обострение во время беременности | ЦОВП/ЦСМ | Нефролог, уролог | I-III |
| 5. Эндокринная система: сахарный диабет компенсированный | ЦОВП/ЦСМ | Эндокринолог | II-III |
| декомпенсированный | ЦОВП/ЦСМ | Эндокринолог | III |
| 6. Анемия тяжелой степени | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог (при не эффективности гематолог) | II |
| 7. Заболевания свертываемости крови | ЦОВП/ЦСМ | Гематолог | III |
| 8.Миопия высокой степени | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог, окулист | Согласно рекомендациям |
| 9.Хронические инфекции (туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция и др.) | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | По показаниям | II-III |
| 10. Острые инфекции с повышением температуры тела | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | По показаниям | I-III |
| 11.Бронхиальная астма | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | По показаниям | I-II |
| 12.Бронхиальная астма, персистирующая | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Пульмонолог | II-III |
| 13. Варикоз нижних конечностей, наружных половых органов | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | I-II |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 14.Психические заболевания | ЦОВП/ЦСМ | Психиатр | I-II |
| 15. Тромбофлебит | ЦОВП/ЦСМ | Хирург | II-III |
| **IV. Осложнения данной беременности** | | | |
| 1. Рвота беременных | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | I-III |
| 2.Гестационные отеки без протеинурии | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | | IIIII |
| 3.Гестационные отеки с протеинурией | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | II | IIIII |
| 4.Гестационная гипертензия | ЦОВП/ЦСМ | | IIIII |
| 5.Преэклампсия легкой степени | ЦОВП/ЦСМ | II-III | II-III |
| 6. Преклампсия тяжелой степени и эклампсия | | | II-III |
| 7. Кровотечение в первой/второй половине беременности | ЦОВП/ЦСМ | II | II-III |
| 8. Резус изосенсибилизация | ГСВ/ ЦСМ | II-III | III |
| 9.Тазовое предлежание плода в 38 недель гестации | ФАП/ГСВ/ ЦСМ/ЦОВП | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| 10.Многоплодие | ЦСМ | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| 11.Переношенная беременность | | II | Согласно рекомендациям |
| 12.Неправильное положении плода (поперечное/косое) | ЦОВП/ЦСМ | II | Согласно рекомендациям |
| 15. Преждевременные роды | | | II-III |
| 16. Полное предлежание плаценты до 34 недель без клиники | ЦОВП/ЦСМ | Акушер-гинеколог | II, III |
| **V. Патологическое состояние плода и некоторые показатели нарушения его жизнедеятельности** | | | |
| Недостаточный рост плода, требующий медицинской помощи | ЦОВП/ЦСМ | Акушер-гинеколог | Согласно рекомендациям |
| Выявление аномалий развития плода на УЗИ | ЦОВП/ЦСМ | Акушер-гинеколог, генетик, детский хирург | III |
| Антенатальная гибель плода | | | II-III |

## Приложение 4

### Алгоритм ведения женщин во время беременности согласно модели «5As»



**Приложение 5**

## ПЛАН РОДОВ

**Мое имя**_____

**Ожидаемый срок родов**_____

**Вести мои роды будут:**

**Врач**_____

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

**Акушерка**_____

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

**Доктором моего ребенка будет**_____

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

- **Я бы хотела:**

□ чтобы следующие люди поддерживали меня во время родов_____

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

_____

☐ чтобы только медицинские работники поддерживали и успокаивали меня

☐ чтобы мне проводилось медикаментозное обезболивание помимо поддержки

☐ другое_____

- **Дополнительные сведения о себе (важные моменты, страх, озабоченность):**

_____

_____

**Первый период родов**

- **Я бы хотела использовать следующие успокаивающие меры во время родов:**

☐ свободно двигаться во время схваток
☐ принять душ
☐ горячий/холодный компресс
☐ родовой шар (мяч)
☐ массаж
☐ послушать любимую музыку
☐ принимать жидкость и легкую пищу без ограничений
☐ другое

**Рождение ребенка**

- **Я бы хотела рожать ребенка в следующей позиции:**

☐ сидя
☐ стоя
☐ не хочу использовать акушерское кресло
☐ на коленях
☐ на корточках
☐ лежа на боку
☐ другие положения

☐ я хотела бы иметь возможность это решить в процессе родов

- **Я бы хотела, чтобы врач или акушерка объясняли мне все манипуляции, которые будут мне проводить**
- **После рождения моего ребёнка мне бы хотелось:**

☐ чтобы_____перерезал пуповину
☐ чтобы ребёнка сразу положили мне на живот
☐ чтобы ребенка завернули в одеяло прежде, чем передать его мне
☐ чтобы ребенку надели собственную шапочку и носочки
☐ чтобы_____в первый раз запеленали моего ребенка
☐ чтобы_____сняли видео или сделали фотографии во время родов
☐ другое_____

- **Я собираюсь**:

☐ кормить ребенка грудью
☐ не кормить ребенка грудью
☐ давать дополнительное питье моему ребёнку

- **Во время нахождения в родильном доме мне бы хотелось:**

☐ все время находиться с ребёнком вместе
☐ присутствовать во время осмотра моего ребёнка
☐ присутствовать во время проведения обследования моего ребенка
☐ чтобы медсестра показала, как ухаживать за моим ребенком
☐ другое_____

- **Следующие люди будут помогать мне дома:**
-

- Дополнительные пожелания или комментарии:
-

- **Я хотела бы, чтобы родные и близкие навещали меня в палате роддома**

Дата

Подпись матери
Подпись отца
Подпись поддерживающих лиц

**Приложение 6**

## Информированное согласие на применение ВМС в послеродовом периоде

Я,_____ года рождения, согласно закону Кыргызской Республики «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» от 10 августа 2007 года №147 полностью ознакомлена о своих правах как пациентка и даю добровольное информированное согласие на использование внутриматочного средства после родов.

Мне была предоставлена исчерпывающая информация:

- о состоянии моего здоровья, включая сведения о рисках развития заболеваний, возможных медицинских вмешательствах и связанных с ними рисках;
- об отсутствии у меня на данный момент противопоказаний для применения внутриматочного средства;
- о механизме действия, эффективности, преимуществах и недостатках ВМС;
- о том, что риск выпадения внутриматочного средства увеличивается при введении ВМС в первые двое суток после родов, по сравнению с введением ВМС через 4-6 недель;
- о процедуре введения внутриматочного средства;
- о возможных изменениях в организме при применении внутриматочного средства и возможности получения консультации медицинского работника по моему желанию.

Я предупреждена, что применение внутриматочного средства не защищает от инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты.

Я знаю настораживающие признаки, при появлении которых я должна срочно обратиться к медицинскому работнику во избежание каких-либо осложнений:

• задержка менструации с симптомами беременности, такими как тошнота, болезненность молочных желез и др.;
• сильное кровотечение или сильные боли в нижней части живота, особенно сопровождающиеся высокой температурой тела;
• нити внутриматочного средства отсутствуют или при проверке нащупывается пластмассовый кончик внутриматочного средства;
• у меня или моего партнера появился новый или более чем один половой партнер, в результате чего я попадаю в группу риска на развитие инфекций, передаваемых половым путем.

Я знаю, что через 2 недели мне надо посетить медицинского работника для контроля и укорочения нитей ВМС, а также, что в любой момент я могу

обратиться к медицинскому работнику для удаления и/ или замены ВМС на другой метод контрацепции.

Медицинский работник предоставил мне буклет-памятку о методах контрацепции.

«_____» _____20____г.

Подпись клиентки _____

Подпись медицинского работника _____

**Приложение 7**

## ЛЬГОТЫ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ ПРИ НАЛИЧИИ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ОМС)

**КАЖДАЯ МАТЬ ДОЛЖНА ЗНАТЬ О СВОИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВАХ, ЛЬГОТАХ, ВОЗМОЖНЫХ ВЫПЛАТАХ ПО БЕРЕМЕННОСТИ, РОДАМ И ПОСЛЕРОДОВОМУ ПЕРИОДУ**

Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) с мая 2015 г. начал реализацию Полисов ОМС **бесплатно среди женщин, вставших на учет по поводу беременности.** Для получения Полиса ОМС необходимо заполнить заявление установленного образца у семейного врача в ЦСМ/ГСВ по месту жительства. Срок действия Полиса ОМС – 12 календарных месяцев со дня получения.

Объясните, что имея на руках Полис ОМС, беременная может получить льготный рецепт ОМС у семейного врача и приобрести лекарственное средство в аптеках примерно **с 50-60% скидкой.** Перечень гарантированных около 200 лекарственных средств приводится в *"Справочнике лекарственных средств, возмещаемых по Дополнительной программе ОМС и Программе государственных гарантий"*, который есть у врача, в аптеках и на сайте Фонда ОМС.

**ВАЖНО!!!** В числе других лекарственных средств, в Справочнике представлены:

- **фолиевая кислота,**
- **йодсодержащие препараты**,
- **железосодержащие препараты для профилактики анемии у беременных**.

**Таким образом, при наличии у беременной Полиса ОМС, семейный врач выписывает ей льготный рецепт, по которому беременная приобретает в аптеке лекарство, оплачивая при этом только часть его стоимости, другую часть стоимости аптеке оплачивает Фонд ОМС!!!**

Кроме того, объясните, что в нашей Республике работает Программа государственных гарантий, которая направлена на обеспечение доступности населения к медицинским услугам, в т.ч на льготных условиях, и социальную защиту граждан в области охраны здоровья. Согласно этой программе,

независимо от наличия Полиса ОМС, в ГСВ/ЦСМ во время беременности предоставляются следующие медицинские услуги бесплатно:

- взятие на учет по беременности к ГСВ по месту приписки и проживания (без оплаты стоимости индивидуальной карты беременной);
- визит, консультация и осмотр врача;
- лабораторные и диагностические исследования, производимые на уровне ЦСМ/ГСВ;
- профилактический осмотр и санация полости рта стоматологом;
- консультирование по планированию семьи;
- выдача обменной карты.

**Приложение 8**

## ПАМЯТКА ДЛЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

Ожидая ребенка, вы испытываете самые разнообразные эмоции, почувствуете и увидите, как меняется ваше тело. У вас возникнет множество вопросов. Это памятка даст ответы на некоторые наиболее важные из них, касающиеся ухода за собой и своим будущим ребенком во время беременности.
Рекомендации базируются на новейших исследованиях специалистов по данной службе мира.

**Когда мне следует посетить врача?**
Полноценная забота о себе в период беременности помогает вам сохранить и укрепить не только свое здоровье, но и здоровье вашего ребенка. При первых признаках беременности (Задержка месячных, тошнота, рвота по утрам, изменение аппетита, тяготение к кислым и соленым продуктам) посетите врача ФАП/ГСВ/ЦСМ.

Если беременность подтверждается, регулярно приходите на прием к своему врачу в соответствии установленным планом (в среднем от 5-9).

Если вы на каком-то этапе почувствовали себя плохо, обязательно обратитесь к врачу.

**Как должна измениться моя обычная жизнь в связи с беременностью?**
Беременность – это не болезнь, а нормальный и очень важный период в жизни женщины. Нет никакой необходимости кардинально менять ваш привычный ежедневный распорядок, если вы ведете здоровый образ жизни.

Физические упражнения, работа и семейная жизнь – все это важные составляющие жизни женщины до, во время и в послеродовом периоде.

Прислушайтесь к тому, что подсказывает вам ваш организм: если устали, подольше отдохните. Довертись своему организму в этот период жизни.
Ваш доктор обучит Вас, как правильно питаться, какие упражнения полезны вам.

**Сколько я должна спать?**
Каждая женщина индивидуальна, и каждая беременность протекает по-своему. Большинству женщин нужно восемь часов сна в сутки, но вам может потребоваться больше, или вы будете чувствовать необходимость вздремнуть в течении дня.

**Могу ли я продолжать заниматься сексом во время беременности?**
Если нет осложнения течения беременности, половая жизнь, как правило, является нормальной и безопасной. Она не приносит вреда ни вам, ни вашему ребенку. Считается естественным, если во время беременности половое

влечение усиливается или ослабевает. В случае, если у вас началось кровотечение из половых путей, боли или воды отошли, исключите половые контакты и как можно скорее обратитесь к врачу.

**Вредят ли курение и употребление алкоголя ребенку?**
Да. Курение, и алкоголь вредны для Вашего ребенка. Выявлено, что даже совсем в малых дозах алкоголь отрицательно влиять на здоровье будущего ребенка.

Если вы курите, бросьте как можно скорее. Постарайтесь избегать пребывание рядом с людьми в момент, когда они курят, поскольку «пассивное» курение опасно.

**Могу ли я продолжать выполнять физические упражнения?**
Физические упражнения полезны, как вам, так и вашему ребенку. Ходьба и плавание – особенно хорошие и удобные способы сохранить активность, стимулировать кровообращение и контролировать прибавку в весе. Однако, есть состояния, при которых нужно воздержаться от физических упражнений.

- несостоятельность шейки матки, преждевременные роды или повторные выкидыши в прошлом;
- повышенное кровяное давление на ранних сроках беременности;
- угроза прерывания беременности;
- многоплодная беременность (двойня, тройня или более);
- заболевание сердечно-сосудистой системы;
- преэклампсия;
- влагалищное кровотечение.

**Чего еще мне следует избегать в период беременности?**
Не принимайте никаких таблеток или других медикаментов, кроме тех, которые прописывает вам врач. И не забудьте предупреждать других специалистов, к которым обращаетесь за медицинской помощью, о том, что вы беременны. Помните, что травы и травяные настойки также являются лекарствами, поэтому прописывать их тоже должен врач.

Вам следует избегать сильных и едких запахов (таких как запах краски и лака) и принимать меры предосторожности при обращении с хозяйственными чистящими и моющими средствами: внимательно читайте инструкции на этикетках и следуйте им, пользуйтесь перчатками и не работайте в плохо проветриваемых помещениях.

**Каковы «естественные» неудобства, которые я могу испытывать во время беременности?**
Учащение мочеиспускание, особенно в первые три и последние три месяца.

– Повышенная утомляемость, особенно в первые три месяца. Чаще отдыхайте, ешьте здоровую пищу и выполняйте легкие физические упражнения.

– Тошнота по утрам или в другое время суток зачастую проходит после первых трех месяцев. Старайтесь рано утром съедать сухое печенье или кусочек хлеба. Избегайте острой и жирной пищи. Ешьте понемногу, но часто.

– На пятом месяце беременности может появиться изжога. Чтобы ее избежать, принимайте пищу часто, маленькими порциями, не перегружая желудок. Старайтесь избегать жирной и острой пищи, кофе и газированных напитков, содержащих кофеин. Не ложитесь и не наклоняйтесь сразу после еды. Старайтесь спать, подложив под головы подушку. Если изжога вас все же беспокоит, выпейте немного молоко, кефира или йогурта. Если изжога не проходит обратитесь к врачу.

– В течении беременности вас могут беспокоить запоры. Выпивайте восемь стаканов жидкости, преимущественно воды в день и ешьте пищу, богатой клетчаткой, например, зеленые овощи и хлеб с отрубями.

– Могут отекать ступни или лодыжки. Несколько раз в день поднимайте ноги, спите на боку, чтобы уменьшить отечность.

– В последние месяцы может появиться боль в пояснице. Носите туфли без каблука, старайтесь не поднимать тяжести, если тяжести поднимать все же приходится, приседайте, а не сгибайтесь в спине.

**Тревожные признаки, при появлении которых, я должна немедленно обратиться к врачу:**

1. До 37-й беременности, немедленно свяжитесь с вашим врачом, если:
   – до 20 недель беременности: боли внизу живота, которая не стихает даже в положении лежа;
   – между 20 и 37 неделей: схваткообразные боли (сокращения матки) с частотой более 4 раз в час или с интервалом меньше, чем 15 минут;
   – отхождение околоплодной воды.
2. Позвоните своему семейному доктору/медицинской сестре немедленно (прямо сейчас), если у вас появилась:
   – тошнота и рвота;
   – кровотечение из половых путей;
   – температуры тела $38^0$ С или выше;
   – сильная головная боль, нарушение зрения с появлением в глазах пятнышек или вспышек;
   – не отмечаете шевеление в/у плода;
   – внезапный отек лица и рук.

3. Вы также должны позвонить семейному доктору/медицинской сестре, если у вас появилась:
   - кровь в моче, жжение и болезненное мочеиспускание;
   - диарея, которая не проходит;
   - влагалищные выделения с неприятным запахом
4. Если вы ушибли живот во время падения, автомобильной аварии, или получили удар немедленно обратитесь к медицинскому работнику.
5. Несмотря на то, что ежедневный подсчет шевелений плода не рекомендован, здоровые беременные должны быть осведомлены о значении шевелений плода в III триместре беременности и о необходимости сообщения о снижении частоты шевелений медицинскому работнику.

**Как мне подготовиться на роды?**

Обучение по подготовке к родам даст Вам возможность развеять страхи и Ваши опасения, получить информацию относительно родов, сформировать положительное отношение к родам и родоразрешению и научиться конкретным приемам и способам, которые окажут помощь во время родов. Эти и другие вопросы касающейся здоровья во время беременности будут освещены во время обучения беременных женщин в школе подготовки к родам. Доказано, что поощрение женщины к родам с партнером (или двумя), которого она выбрала сама, имеет больший положительный результат на исход родов. Присутствие близкого человека рядом с Вами во время родов поможет получить помощь и поддержку, полностью расслабиться, принимать удобную позу, проводить массаж, а это значит, что роды произойдут легче и благоприятнее.

После обучения Вы заполните план родов, где Вы отмечаете свой осознанный выбор положения родов, методов релаксации и др.

Помните – роды представляют собой естественный процесс.

**Ведение домашней карты беременной**

Помогает Вам принимать активное участие в сохранении и укреплении своего здоровья и здоровье будущего ребенка.

Вы можете вести записи в дневнике относительно своих физических и эмоциональных ощущений на протяжении всей беременности. Записывайте любые ощущения: как приятные и радостные, так и вызывающие у Вас тревогу или волнения. При очередном визите Вы можете обсудить все вопросы с врачом или акушеркой.

**Начало родов**

Если схваткообразные боли становятся регулярными, повторяются каждые 10-15 минут или изливаются околоплодные воды, необходимо сразу же обратиться в родильный дом.

**Уход за новорожденным в родильном доме**

Ребенка сразу после родов обсушивают теплым сухим полотенцем, оценивают его состояние, выкладывают на живот матери и накрывают теплой пеленкой и одеялом, надевают шапочку и теплые носочки. Выкладывание ребенка на грудь мамы, «кожа-к-коже», создает родственную связь между мамой и малышом, способствует грудному вскармливанию, согревает ребеночка, предохраняет ребенка от инфекций.

Ребенка надо одевать в ползунки и кофточки, чтобы он мог свободно двигаться это даст возможность лучше расти и развиваться.

Следите за чистотой кожи и слизистой оболочки. Если увидите высыпания или изъявления обратитесь к своему доктору. Пока ребенок еще совсем маленький, для купания можно использовать специальную детскую ванночку. Вы можете купать его ежедневно. По нескольку раз в день умывайте ребеночка, обмывайте ребенка после каждого испражнения теплой водой.

Не бойтесь следить за пуповинным отростком. Пуповинный остаток нужно держать в сухости и чистоте, чтобы избежать инфицирования. Не нужно наносить на пуповинный остаток антисептические средства. Достаточно просто следить, чтобы он был чистым. Не допускайте попадания в ранку мочи или кала малыша. Надевайте подгузник так, чтобы пупок оставался открытым. Использование антисептических средств замедлит процесс отделения пуповинного остатка. Мочить пуповинный остаток можно, это не помешает процессу заживления и не увеличит риск попадания инфекции. Примерно через неделю после рождения пуповинный остаток сморщится, почернеет и отвалится сам. На месте останется небольшая ранка, которая быстро заживет и впоследствии станет пупком вашего малыша.

**Ознакомьтесь со следующей информацией**

Если вы работаете, то она на своем рабочем месте вы должны быть защищены от воздействия вредных факторов риска (высокие или низкие температуры в помещении, плохо проветриваемые или сырые помещения и т.д.), любые чрезмерные нагрузки, как физические, так и эмоциональные, которые могут угрожать вашему здоровью и здоровью вашего будущего ребенка. Нужно стараться избегать стрессовых ситуаций, конфликтов, избытка негативной информации и избытка общения, очень продуманно выбирать литературу, телевизионные программы, контакты с окружающими и темы разговоров.

Если вы имеете грудного ребенка, вам должны предоставить время для кормления грудью и/или возможность сцедить грудное молоко.
Вы имеете право на отпуск по беременности и родам, все медицинские льготы и, где это возможно, материальную поддержку.

**Знайте, что на вашей защите стоят:**

I. *Закон Кыргызской Республики «О государственных пособиях в Кыргызской Республике» (от 28 июля 2017 года N 163):*

Статья 5. Виды и размеры государственных пособий

1. Виды государственных пособий:

1) единовременное пособие при рождении каждого ребенка - "балага суйунчу";

2) ежемесячное пособие по уходу за каждым ребенком до 3 лет - "балага жолок";

3) ежемесячное пособие гражданам (семьям), имеющим 3 и более детей в возрасте от 3 до 16 лет, - "уй-булого комок";

2. Размеры государственных пособий ежегодно устанавливаются Правительством Кыргызской Республики, исходя из возможностей бюджета и состояния экономики с учетом прожиточного минимума.

II. *Трудовой Кодекс Кыргызской Республики «Обеспечение условий труда для беременных женщин и матерей»:*

1. запрещение принудительного труда и дискриминации в сфере трудовых правоотношений;
2. обеспечение права на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены;
3. предоставление отпуска по беременности и родам.

**Важно!** Права беременных женщин в большей степени защищены в бюджетных организациях. В частном и неформальном секторах соблюдение норм Трудового Кодекса в отношении беременных женщин отслеживается слабо, либо вовсе не отслеживается.

Кроме того, Фонд обязательного медицинского страхования (ОМС) с мая 2015г. начал реализацию Полисов ОМС **бесплатно среди женщин, вставших на учет по поводу беременности.** Для получения Полиса ОМС необходимо заполнить заявление установленного образца у семейного врача в ЦСМ/ГСВ по месту жительства. Срок действия Полиса ОМС – 12 календарных месяцев со дня получения. Имея на руках Полис ОМС, Вы можете получить льготный рецепт ОМС у семейного врача и приобрести лекарственное средство в аптеках примерно с 50-60% скидкой. Перечень гарантированных около 200 лекарственных средств, приводится в *“Справочнике лекарственных средств, возмещаемых по Дополнительной программе ОМС и Программе государственных гарантий”*, который есть у врача, в аптеках и на сайте Фонда ОМС.

**ВАЖНО!!!** В числе других лекарственных средств, в Справочнике представлены:

- **фолиевая кислота,**
- **йодсодержащие препараты**,
- **железосодержащие препараты для профилактики анемии у беременных**.

**Таким образом, при наличии у беременной Полиса ОМС, семейный врач выпишет вам льготный рецепт, по которому вы можете приобрести в аптеке лекарство, оплачивая при этом только часть его стоимости, другую часть стоимости аптеке оплачивает Фонд ОМС!!!**

**ВАЖНО!!! РОДЫ, в том числе путем операции кесарева сечения, и лечение послеродовых осложнений БЕСПЛАТНЫ!!!**

Если у Вас возникли вопросы или жалоба, медперсонал требует деньги, Вы хотите высказать слова благодарности, то обращайтесь в общественные приёмные Фонд ОМС или по ***«телефонам доверия»***:

- ***0312 66-05-29***
- г.Бишкек: ***0312 54-89-19***
- Баткенская обл: ***5-06-79; 5-01-78***
- Дж-Абадская обл: ***5-31-82; 2-03-53***
- Иссык-Кульская обл: ***5-11-72***
- Нарынская обл: ***5-04-67; 5-56-86***
- Ошская обл: ***7-16-34; 4-69-09***
- Таласская обл: ***5-32-99***
- Чуйская обл: ***66-62-66; 66-53-62***
- а также письменно, на сайт Фонда ОМС: ***www.foms.kg***

**Приложение 9**

**Алгоритм оказания дородовой помощи для получения положительного опыта беременности**

| **МЕРОПРИЯТИЯ** | **До 12 нед.** | **II 12 нед.** | **III 18-20 нед.** | **IV 25-26 нед** | **V 30 нед.** | **VI 34 нед.** | **VII 36 нед** | **VIII 38 нед** | **IX 40 нед** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Выяснение жалобы, симптомов осложнений данной беременности | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Выяснение соблюдения рекомендаций, данных ранее: какой препарат принимает, сколько раз в день и т.д. | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Оценка факторов риска, составление/пересмотр плана ухода во время беременности, идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Опрос всех беременных об употреблении психоактивных веществ в настоящем и прошлом (табак, в том числе пассивное курение, алкоголь, и др.). | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Оценка психического здоровья (в т.ч. исключить симптомы депрессии). | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Выявление случаев жестокого обращения со стороны полового партнера (ЖСПП). Опрос проводится в доброжелательной, деликатной манере, | + | + | + | + | + | + | + | + | + |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| лучше в приватной беседе «один на один». | | | | | | | | | |
| Скрининг туберкулеза<br>- кашель в течение 2 недель<br>- ночная потливость<br>-повышение температуры тела<br>- похудание | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Оформить дородовый отпуск | | | | | + | | | | |
| **ОСМОТР** | | | | | | | | | |
| Осмотр по органам и системам.<br>При физикальном осмотре (по органам и системам), важно обратить внимание на наличие признаков насилия (ссадины, гематомы, рубцы и др.) | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Измерение АД | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Определение ИМТ[1] (не позже 12 недель) | + | + | | | | | | | |
| Пальпация живота (определение положения и предлежания плода) | | | | | | | + | + | + |
| Измерение высоты дна матки и заполнение гравидограммы | | | | + | + | + | + | + | + |
| Аускультация сердца плода[2] | | | | | + | + | + | + | + |
| **ОБСЛЕДОВАНИЯ** | Анализ следует провести накануне следующей явки к медицинскому работнику | | | | | | | | |
| Общий анализ крови<br>**Критерии анемии беременных:**<br>- в I и III триместрах Hb ниже 110 г/л;<br>- во II триместре Hb ниже 105 г/л; | + | | | + В сроке 28 недель | | | + | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| - в послеродовом периоде Hb ниже 110 г/л<br>При выявлении анемии следует руководствоваться КП «Железодефицитная анемия: скрининг, профилактика и лечение» (приказ МЗ КР №121 от 21.01.2021 г.**)** | | | | | | | | | |
| Группа крови, резус фактор[3] (при отсутствии документального подтверждения) | + | | | | | | | | |
| Обследование на сифилис | + | | | | | + | | | |
| Обследование на ВИЧ беременной / партнера | +/+ | | | | | +/- | | | |
| Обследование на гепатит В (HbsAg) и С (анти-HCV)[4] | + | | | | | | | | |
| Глюкоза плазмы венозной крови[5] | + | | | | | | | | |
| Глюкозотолерантный тест[5] (ПГТТ) с 24 до 28 недель только беременным, у которых глюкоза плазмы венозной крови был в пределах нормы при взятии на учет | | | | **24-28 недель** | | | | | |
| Общий анализ мочи | | + | | | | | | | |
| Моча на белок | | | + | + | + | + | + | + | + |
| Обследование на бессимптомную бактериурию[6]. Посев средней порции на культуру или окраска препарата средней порции мочи по Грамму или исследование на анализаторе осадка мочи | + | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| УЗИ – ультразвуковое исследование. Срок гестации: от 10 недель 0 дней до 13 недель 6 дней[7] и от 18 недель 0 дней до 20 недель 6 дней для диагностики аномалий развития. | | + | + | | | | | | |
| **ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ** | | | | | | | | | |
| Фолиевая кислота[8]<br>*400 мкг в сутки перорально, в течение всей беременности и 3-х месяцев после родов* | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Препарат железа<br>*60 мг элементарного железа в сутки, перорально, в течение всей беременности и 3-х месяцев после родов* | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Калия йодид (для профилактики гипотиреоза у плода)<br>*200 мг в сутки, перорально, в течение всей беременности и в период кормления грудью* | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Ацетилсалициловая кислота[9]<br>*Только в группе беременных высокого риска развития преэклампсии 100-150 мг, перорально, с 12 до 37 недель беременности. (см. ниже таблицу "Пояснения")*<br>**ВАЖНО НАЧАТЬ ПРИЕМ ПЕРВОЙ ДОЗЫ С 12 ДО 16 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ!!!** | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Если прием препарат не был начат до 16 недель беременности, назначение в более поздние сроки, с целью профилактики развития преэклампсии,* ***не эффективно!*** **НЕ НАЗНАЧАТЬ!** | | | | | | | | | |
| Профилактика антигельминтными средствами во II – III триместрах беременности с учетом эпидемиологической ситуации по паразитозам в месте проживания беременной (по данным ЦГСЭН)<br>- Альбендазол в дозе 400 мг однократно перорально<br>***или***<br>- Мебендазол в дозе 500 мг однократно перорально | | **ОДНОКРАТНО!**<br>**С**14 до 38 недель беременности | | | | | | | |
| **БЕСЕДЫ НА СЛЕДУЮЩИЕ ТЕМЫ:** | | | | | | | | | |
| *Образ жизни и режим во время беременности* | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| *Питание во время беременности* | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| *Физиологические изменения и дискомфортные состояния во беременности* | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| *О вреде ПАВ (курение, алкоголь, наркотики) и приема лекарственных препаратов* | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| *Тревожные признаки во время беременности и после родов* | + | + | + | + | + | + | + | + | + |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Грудное вскармливание, уход за новорожденным и опасные признаки периода новорожденности* | | | | | + | + | + | + | + |
| *Депрессия во время беременности и после родов* | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| *Послеродовый период, послеродовая контрацепция* | | | | | + | + | + | + | + |
| *Переношенная беременность* | | | | | | | | | + |
| **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ** | | | | | | | | | |
| Дата следующего посещения | | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Выдать на руки беременной обменную карту, напомнить, что ее следует приносить с собой на каждый прием | | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Рекомендовать пройти занятия в школе подготовки к родам. Указать адрес школ подготовки к родам, график работы | | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Заполнить план родов (совместно с беременной) | | | | | + | + | + | + | + |
| В случае информированного выбора на применение ВМС в послеродовом периоде предоставить беременной бланк информированного согласия для ознакомления и получения подписи. *(Приложение 7)* Выдать беременной на руки подписанный бланк информированного согласия для предоставления услуги в родильном доме. | | | | | | | + | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| В АИС «Амбулаторная карта» указать об информированном выборе пациенткой послеродовой ВМС.<br>**ВАЖНО!!!** Выписать рецепт ОМС на приобретение ВМС по доп. пакету (*Приложение №8*) | | | | | | | | | |
| Если беременная не родит, назначить дату следующего посещения в 41 неделю для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности (срок родоразрешения) | | | | | | | | | + |
| Направить на консультацию специалистов по показаниям | + | + | + | + | + | + | + | + | + |

**!!! Рекомендовано дополнительное посещение в сроке 41 неделя в случае, если женщина не родила. Требуется консультация акушера-гинеколога для решения вопроса о сроках госпитализации и родоразрешения.**

**Пояснения к алгоритму**

<table>
<tr><td>[1]Расчет ИМТ</td><td>Расчет ИМТ проводится по формуле<br>ИМТ = Вес (кг)/Рост (м$^2$)<br>Если 18,5 > ИМТ >30, требуется консультирование или перевод на более высокий уровень оказания акушерской помощи (см. приложение 3).</td></tr>
<tr><td>[2] Аускультация сердца плода</td><td>Может подтвердить, что плод жив, но только на момент проведения исследования, поэтому вряд ли имеет какую-либо прогностическую ценность. Учитывая вышеизложенное, сегодня, обычное выслушивание сердцебиение плода в практике дородового наблюдения не рекомендуется. Однако по просьбе матери, аускультация сердца плода может обеспечить беременной успокоение.</td></tr>
<tr><td>[3] Определение группы крови, резус фактора</td><td>При выявлении Rh-отрицательной принадлежности беременной назначить исследование на наличие антител, предложить определить резус-принадлежность отца. Кратность исследования на наличие антител определяется КП «Ведение беременности у женщин с резус-отрицательным фактором» (приказ МЗ КР №691 от 09.09.2016 г.).<br>Профилактическое введения анти-Д иммуноглобулина во время беременности не рекомендовано. Рекомендуется введение 300 мкг анти-Д иммуноглобулина в первые 3 суток (72 часа) после родов не сенсибилизированным женщинам (в случае отсутствия антител в крови) при положительном резусе ребенка.</td></tr>
<tr><td>[4] Обследование на гепатит В (HbsAg) и С (анти-HCV)</td><td>При выявлении маркеров гепатита беременность ведется совместно с врачом инфекционистом согласно приказа МЗ КР №524 от 20.07.2018 года «Об утверждении руководства по эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами в КР».</td></tr>
<tr><td>Глюкоза плазмы венозной крови[5]<br>Глюкозо-толерантный тест[5]</td><td>Рекомендуется всем беременным определять уровень глюкозы в плазме венозной крови при первом обращении.<br>Показатели глюкозы в плазме венозной крови
<table>
<tr><th>Норма</th><th>ГСД</th><th>Манифестный диабет</th></tr>
<tr><td>≥3,9 и <5,1 ммоль/л</td><td>≥5,1, но <7,0 ммоль/л</td><td>≥ 7,0 ммоль/л</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| | Диагноз ГСД устанавливается беременным в случае определения глюкозы венозной плазмы натощак ≥5,1 ммоль/л, но <7,0 ммоль/л. Диагноз ГСД может быть поставлен на основании однократного определения гликемии, и дальнейшее наблюдение и лечение осуществляется в соответствии с критериями ГСД.<br>При значениях уровня глюкозы ≥ 7,0 ммоль/л рекомендована консультация эндокринолога с целью определения типа диабета и дальнейшей тактики ведения беременности.<br>Всем женщинам, у которых уровень глюкозы в плазме венозной крови при первом посещении в пределах нормы, между 24 и 28 неделями рекомендуется проведение перорального глюкозо-толерантного теста (ПГТТ) с 75 г глюкозы. |
| [6]Обследование на бессимптомную бактериурию | Бессимптомная бактериурия диагностируется при выявлении в посеве мочи $10^5$ колониеобразующих единиц (КОЕ) 1 возбудителя в 1 мл мочи или при микроскопии с масляной иммерсией ≥ 1 бактерии в поле зрения (окраска мочи по Граму) и по осадку мочи. |
| [7]Ультразвуковое исследование | УЗИ в сроке от 10 недель 0 дней до 13 недель 6 дней проводится для определения точного срока беременности (с целью профилактики необоснованной индукции родов при переношенности) и наличия многоплодной беременности.<br>Следует строго придерживаться предполагаемых сроков. Если первый прием был ранее 10 недель либо после 13 недель и 6 дней проведение для вышеуказанной цели не целесообразно, т.е. проводить УЗИ уже не стоит. |
| [8] Прием фолиевой кислоты | Профилактики дефектов нервной трубки проводится только до 12 недель беременности. Далее прием фолиевой кислоты необходим для профилактики анемии.<br>**ВАЖНО!!!** Эффективность профилактики дефекта нервной трубки увеличивается при приеме препарата **до зачатия.**<br>Если у женщины в анамнезе был факт рождения ребенка с дефектом нервной трубки, рекомендовать прием фолиевой кислоты 4 мг в сутки перорально за 2-3 месяца до беременности и в I триместре беременности, затем перейти на прием фолиевой кислоты в дозе 400 мкг в сутки перорально в течение всей беременности и 3-х месяцев после родов. |

| | |
|---|---|
| [9]Назначение ацетилсалициловой кислоты | Рекомендуемые дозы аспирина:<br>100 мг, если женщина весит <40 кг<br>150 мг, если женщина весит ≥40 кг<br>Показанием для назначения приема ацетилсалициловой кислоты является:<br><u>Наличие одного фактора из нижеперечисленных состояний:</u><br>– возникновение преэклампсии при предыдущих беременностях;<br>– хроническая гипертензия;<br>– сахарный диабет;<br>– аутоиммунные заболевания (СКВ или АФС);<br>– гломерулонефрит или другое тяжелое заболевание почек, хроническое заболевание почек в течение трех или более месяцев с наличием признаков повреждения почек (патологические аномалия, установленные с помощью биопсии почек, в том числе поликистоз, гидронефроз, аномальный мочевой осадок, увеличение экскреции альбумина в моче или снижение функции почек);<br>– многоплодная беременность;<br><u>или два и более умеренных факторов риска преэклампсии:</u><br>– первая беременность;<br>– возраст 40 лет и старше;<br>– интервал между беременностями 10 лет и более;<br>– ИМТ более 35;<br>– семейная история преэклампсии (наличие преэклампсии/эклампсии в анамнезе матери или сестер пациентки);<br>– ЭКО;<br>– измененное отцовство в данной беременности. |

## Алгоритм оказания послеродовой помощи

(Осмотр новорожденного проводится согласно руководства по домашним визитам к детям раннего возраста).

| п/№ | Мероприятие | Норма | Патология | Рекомендация | Примечание |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Выяснение жалоб, симптомов осложнений послеродового периода | | | | |
| 2. | Выяснение соблюдения рекомендаций, данных в родильном доме | | | | |
| 3. | Скрининг постнатальной депрессии с использованием Эдинбургской шкалы постнатальной депрессии | | | | |
| 4. | Выяснение факта употребления ПАВ | | Направление на консультацию к специалисту | | |
| 5. | Скрининг туберкулеза<br>1. Выяснить наличие ранних симптомов.<br>2. Выяснить наличие тесного контакта беременной с больным туберкулезом. | | Ранние симптомы туберкулеза<br>– кашель в течение 2 недель и более;<br>- повышение температуры тела;<br>- похудание;<br>- утомляемость;<br>- ночная потливость;<br>- кровохарканье, одышка, боли в грудной клетке. | При наличии симптомов и контакта с больным туберкулезом своевременно направить на обследование. | ***Необходимые обследования:***<br>1. Образец мокроты на Xpert/MTB/Rif (в день обращения).<br>2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки (в любом сроке беременности с использованием защитного фартука.<br>3. Микроскопия мокроты. |
| 6. | Оценка функции мочеиспускания и дефекации. | | | Упражнения для укрепления мышц тазового дна (Кегеля)<br>При запорах – диета с употреблением продуктов богатой клетчаткой и воды (не менее 8 стаканов в день).<br>Рутинное использование слабительных средств для профилактики послеродовых | Приблизительно треть женщин испытывают недержание мочи в первые три месяца после родов, которое затем постепенно уменьшается в течение первого года после родов. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | запоров не рекомендуется [20]. | |
| 7. | Измерение температуры тела. | Колебания t° тела в послеродовом периоде не должны превышать 37,5°С | t тела выше 37,0 | При повышении t тела выше 37,0 – динамический контроль.<br><br>При повышении t тела выше 37,5 – исключить патологический процесс. | Причины повышения t° выше 37,5°С: возможное начало развития инфекционного процесса, задержка лохии, приводящих к всасыванию продуктов лизиса, следствие патологического нагрубания молочных желез (лактостаза). |
| 8. | Измерение АД, пульса. | | Наличие в анамнезе при настоящей беременности преэклампсии/эклампсии или хронической гипертензии. | Если у родильницы во время беременности, в родах или в послеродовом периоде была гипертензия/преэклампсия, напомните, что пациентке следует контролировать АД еженедельно (посетив семейного врача), до достижения его нормального уровня или до истечения 6 недель послеродового периода. | |
| 9. | Осмотр молочных желез/сосков. | Мягкие, безболезненные, соски чистые; трещин нет. | Нагрубание молочных желез<br><br>Симптомы лактостаза (уплотнение, болезненность, локальное покраснение, нормальная температура, | При нагрубании и лактостазе:<br>- Частое прикладывание к груди;<br>- При необходимости сцеживание молочных желез, если непосредственное кормление грудью | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | нормальное самочувствие).<br><br>Симптомы мастита (уплотнение с участком размягчения по центру, выраженная болезненность, локальное покраснение, повышение температуры, болезненное состояние). | невозможно или неэффективно<br>Немедикаментозные вмешательства:<br>- прикладывание к груди влажного тепла перед кормлением, чтобы стимулировать выработку окситоцина;<br>- легкий массаж МЖ во время кормления;<br>- смягчение ареолы перед прикладыванием;<br>- правильное положение и прикладывание ребенка к груди во время кормления грудью;<br>-холодные компрессы на МЖ после кормления.<br><br>При необходимости дополнительное применение анальгетиков (Н: парацетамол) и противовоспалительных препаратов (например, ибупрофен). | |
| 10. | Оценка кормления грудью | Правильное положение, правильное прикладывание, эффективное сосание. | | Похвалите, придайте родильнице уверенность. Покажите правильное положение ребенка у груди, технику правильного прикладывания к груди, | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | расскажите о признаках эффективного сосания. | |
| 11. | Определение высоты дна матки | В 1 сутки дно матки на уровне пупка.<br>С каждым днем дно матки опускается на 1 п/п.<br>К 10 дню дно матки находится на уровне лона или уходит за лонное сочленение.<br>уменьшение | Признаки субинволюции матки (дно матки не соответствует суткам п/р периода, отмечается болезненность матки, изменение характера лохии). | При подозрении на субинволюцию матки оценить общее состояние, признаки инфекции, рекомендовать посещение специалиста для уточнения диагноза и решения вопроса дальнейшей тактики. | Причины субинволюции:<br>– Задержка в полости матки частей плаценты и сгустков крови;<br>– многоводие;<br>– многоплодие;<br>– беременность крупным плодом;<br>– индивидуальные особенности конституционного строения тела женщины;<br>– перенесенная во время беременности инфекция;<br>– миома матки;<br>– аномалии строения матки (патология мышечной и соединительной ткани, неправильное положение органа);<br>– аденомиоз;<br>– стремительные роды;<br>– первичная или вторичная слабость родовой деятельности и т.д. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12. | Оценка состояния шва на передней брюшной стенке (в случае кесарева сечения). | | Отек и гиперемия, резкая болезненность расхождение краев раны, отделяемое из раны (экссудат, кровь, гной). | Рекомендовать посещение специалиста (семейный врач, хирург, акушер-гинеколог). | |
| 13. | Оценка характера выделений из половых путей. | Лохии имеют своеобразный прелый запах.<br>В первые 2 дня после родов – ярко-красный цвет,<br>с 3-го дня – буровато-красные выделения с коричневым оттенком,<br>с 7-8-го дня - желтовато-белые,<br>с 10-го дня — белые, светлые. | Обильные, гноевидные, с запахом<br>Влагалищное кровотечение различной интенсивности. | Рекомендовать посещение специалиста (семейный врач, акушер-гинеколог). | |
| 14. | Оценка состояния швов на промежности (в случае разрывов или эпизиотомии). | Швы чистые | Отек, гиперемия, резкая болезненность расхождение краев раны с образованием язвы, отделяемое из раны (экссудат, кровь, гной). | Обработка раны<br>При необходимости местное применение холода и обезболивание.<br>Туалет половых органов. | Пероральные анальгетики являются наиболее распространенным способом обезболивания. К ним относятся парацетамол, аспирин и пероральные нестероидные |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | противовоспалительные препараты (НПВП). |
| 15. | Выявление случаев жестокого обращения со стороны полового партнера. | | Признаки насилия (ссадины, гематомы, рубцы и др.). | Действия согласно руководству “Эффективное документирование насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинств видов обращения и наказания” Приказ МЗ КР №649, от 09.12.14г.). | |

**Приложение 10**

# СТАНДАРТЫ И ИНДИКАТОРЫ ДЛЯ МОНИТОРИНГА И АУДИТА ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ПО ДОРОДОВОЙ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПОМОЩИ

**СТАНДАРТ – Все женщины должны получить качественную дородовую и послеродовую помощь**

**Индикатор 1**: Доля беременных, взятых на дородовое наблюдение до 12 недель беременности (ранний охват)
**Цель:** Стремиться к 100%
Расчет: Число женщин, взятых на учет по беременности в сроке до 12 недель Х 100
Общее число женщин, взятых на учет по беременности

**Индикатор 2:** Доля беременных обследованных на бессимптомную бактериурию
**Цель:** Стремиться к 100%
Расчет: Число беременных, обследованных в сроке до 16 недель на бессимптомную бактериурию Х 100
Общее число женщин, взятых на учет до 16 недель

**Индикатор 3:** % индивидуальных карт беременной и родильницы, в которых указано, что женщине назначены в течение беременности и 3 месяцев после родов фолиевая кислота и препараты железа.
**Цель:** Стремиться к 100%
Расчет: Число индивидуальных карт беременной и родильницы, в которых указано, что женщине назначены в течение беременности и 3 месяцев после родов
фолиевая кислота и препараты железа Х 100
Общее число женщин, закончивших беременность родами

**Индикатор 4:** Доля беременных из группы риска, которым назначена ацетилсалициловая кислота для профилактики преэклампсии
**Цель:** Стремиться к 100%
Расчет:
Кол-во индивидуальных карт, в которых указано, что женщине из группы риска, назначена ацетилсалициловая кислота Х 100
Общее число женщин из группы риска, закончивших беременность родами

**Индикатор 5:** Доля женщин, которым выписаны льготные рецепты на препараты из базового пакета* по Дополнительной программе ОМС.
**Цель:** Стремиться к 100%
Расчет:
Число женщин, закончивших беременность родами, которым были выписаны льготные рецепты на любой из препаратов из базового пакета по ДП ОМС Х 100
Общее число женщин, закончивших беременность родами

* железа, фолиевой кислоты, ацетилсалициловой кислоты, препаратов йода, ВМС