

Информация о беременности.

Беременность — прекрасный, долгожданный, но сложный и очень ответственный этап в жизни женщины. Чтобы пройти этот период успешно, будущая мама должна знать, какие изменения происходят в ее организме, как развивается плод, что можно и нельзя делать во время беременности.

Планирование и подготовка к беременности

Для того, чтобы на свет появился здоровый малыш, беременность должна быть не только желанной, но и запланированной.

Предгравидарная подготовка к беременности — это комплекс диагностических, профилактических и лечебных мер, позволяющий подготовить супружескую пару к предстоящему зачатию и беременности.

С чего стоит начать подготовку к беременности? С тщательного обследования обоих супругов, которое в себя включает:

- консультации специалистов. Самый важный специалист для женщин — гинеколог, а для мужчин — андролог;
- определение группы крови и резус-фактора у обоих супругов;
- биохимические, гормональные лабораторные исследования;
- анализы на ИППП (инфекции, передающиеся половым путем);
- посещение генетика.

Полноценное обследование стоит проходить за 3-4 месяца до запланированной беременности. Тщательная диагностика позволит выявить у родителей заболевания, которые могут повлиять на будущего ребенка. Например, у каждой второй женщины наблюдается недостаток фолиевой кислоты в организме. Прием витамина B9 в течение нескольких месяцев до беременности способен в несколько раз снизить вероятность развития врожденных пороков у плода.

Во время обследования родителей нередко обнаруживаются проблемы, которые могут помешать наступлению беременности. Распространенные причины — эндокринные нарушения, воспалительные процессы мочеполовой системы, спаечные процессы в малом тазу, аутоиммунные заболевания, генетическая несовместимость супругов. Чем раньше начнется лечение подобных проблем, тем выше вероятность успешного зачатия ребенка.

Не менее важна психологическая подготовка родителей к беременности. Например, некоторые женщины боятся наступления этого периода. Проблема кроется в неизвестности предстоящего, в страхе перед возможными осложнениями и болезненными родами. В такой ситуации женщине нужно обратиться к перинатальному психологу, который подскажет, как побороть страхи и быть готовой к беременности.

Жалобы, характерные для нормальной беременности

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

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

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

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

Запоры – наиболее распространенная патология кишечника при беременности, возникает в 30-40% наблюдений. Запоры связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула менее 3-х раз в неделю. Признаки запора – см. клинические рекомендации «Запор» 2021 г.

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

Варикозная болезнь развивается у 30% беременных женщин. Причиной развития варикозной болезни во время беременности является повышение венозного давления в нижних конечностях и расслабляющее влияние на сосудистую стенку вен прогестерона, релаксина и других биологически активных веществ – см. клинические рекомендации «Варикозное расширение вен нижних конечностей» 2021 г.

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

Боль в спине во время беременности встречается с частотой от 36 до 61%. Среди женщин с болью в спине у 47-60% боль впервые возникает на 5-7-м месяце

беременности. Самой частой причиной возникновения боли в спине во время беременности является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести, и снижение тонуса мышц под влиянием релаксина.

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

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

При каких симптомах беременная женщина должна незамедлительно обратиться к врачу?

Вы должны обратиться к врачу при появлении следующих жалоб:

- рвота > 5 раз в сутки,
- потеря массы тела > 3 кг за 1-1,5 недели,
- повышение артериального давления > 120/80 мм рт. ст.,
- проблемы со зрением, такие как размытие или мигание перед глазами,
- сильная головная боль,
- боль внизу живота любого характера (ноющая, схваткообразная, колющая и др.),
- эпигастральная боль (в области желудка),
- отек лица, рук или ног,
- появление кровянистых или обильных жидких выделений из половых путей,
- лихорадка более 37,5,
- отсутствие или изменение шевелений плода на протяжении более 12 часов (после 20 недель беременности).

Правильное питание во время беременности

Беременным женщинам рекомендовано:

- правильно и регулярно питаться: потреблять пищу достаточной калорийности с оптимальным содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, с обязательным включением в рацион овощей, мяса, рыбы, бобовых, орехов, фруктов и продуктов из цельного зерна,
- избегать использования пластиковых бутылок и посуды, особенно при термической обработке в ней пищи и жидкости, из-за содержащегося в ней токсиканта бисфенола А,

- ограничить потребление рыбы, богатой метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель),
- снизить потребление пищи, богатой витамином А (говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее),
- ограничить потребление кофеина менее 300 мг/сутки (1,5 чашки эспрессо по 200 мл или 2 чашки капучино/лате/американо по 250 мл, или 3 чашки растворимого кофе по 250 мл),
- избегать употребления в пищу непастеризованное молоко, созревшие мягкие сыры, паштеты, плохо термически обработанную пищу,
- если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых в день сигарет,
- избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 месяца.

Прием витаминов и лекарственных препаратов во время беременности

Рекомендации относятся только к пациенткам с нормальной беременностью. Перед применением лекарственных препаратов, витаминов и микроэлементов проконсультируйтесь со специалистом. При возникновении жалоб на состоянии здоровья, требующих применения лекарственных препаратов рекомендовано:

- назначить препараты с антацидным действием (АТХ антациды) при жалобах на изжогу и отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни.
- назначить лекарственные средства, разрешенные к применению во время беременности, в соответствии с клиническими рекомендациями «Геморрой» 2020 г. при жалобах на геморрой при отсутствии эффекта от соблюдения режима профилактики запоров.

При возникновении необходимости в применении витаминов и микроэлементов рекомендовано:

- назначить пациентке, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), за 2-3 месяца до наступления беременности и на протяжении первых 12 недель беременности пероральный прием фолиевой кислоты** в дозе 400-800 мкг в день с целью снижения риска дефекта нервной трубки у плода.
- назначить пациентке, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), за 2-3 месяца до наступления беременности и на протяжении всей беременности пероральный прием препаратов йода (калия йодида**) в дозе 200 мкг в день с целью устранения йодного дефицита для профилактики нарушений нейрогенеза у плода.
- назначить беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза пероральный прием колекальциферолана протяжении всей беременности в дозе 500-1000 МЕ в день с целью профилактики дефицита витамина D для снижения риска акушерских осложнений.

Не рекомендовано рутинно назначать поливитамины и поливитамины в комбинации с минеральными веществами беременной пациентке группы низкого риска гиповитаминоза.

Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке

- Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (АТХ -Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислоты).
- препараты железа беременной пациентке при нормальном уровне гемоглобина.
- ретинол (витамин А), витамин Е, аскорбиновую кислоту (витамин С).

Необходимые исследования при беременности

Качественная и проведенная своевременно диагностика позволяет врачу отследить состояние будущей матери и плода и вовремя заметить опасные осложнения беременности.

В рамках физикального обследования рекомендовано:

- общий осмотр пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и беременной пациентки при 1-м визите с целью диагностики нарушения развития.
- измерение массы тела и измерение роста пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и беременной пациентки при 1-м и каждом последующем визите с целью определения индекса массы тела (ИМТ) (масса тела в кг / рост в м²) и контроля динамики прибавки массы тела во время беременности.
- измерение артериального давления (АД) на периферических артериях и исследование пульса у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и у беременной пациентки при 1-м и каждом последующем визите с целью ранней диагностики гипертензивных состояний.
- пальпация молочных желез у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и у беременной пациентки при 1-м визите с целью диагностики узловых образований молочных желез.
- гинекологический осмотр пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и беременной пациентки при 1-м визите с целью: выявления или исключения гинекологических заболеваний у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе); дифференциальной диагностики с внематочной беременностью, определения размеров матки и ее соответствия сроку беременности, состояния и болезненности придатков, сводов влагалища у беременной пациентки.
- определение срока беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования у беременной пациентки при 1-м визите.
- определение окружности живота (ОЖ), измерение размеров матки (высоты дна матки – ВДМ) и заполнение гравидограммы у беременной пациентки при каждом визите после 20 недель беременности.

- определение положения и предлежания плода у беременной пациентки при каждом визите после 34-36 недель беременности с целью определения тактики ведения родов.
- проведение опроса беременной пациентки по поводу характера шевелений плода при каждом визите после 16-20 недель беременности (после начала ощущения шевелений плода) с целью подтверждения жизнедеятельности плода.

При расчете срока беременности и родов по данным УЗИ в 1-м триместре беременности следует использовать показатель копчико-теменного размера (КТР) плода, на более поздних сроках беременности (при КТР>84 мм) – показатель окружности головки плода.

При отсутствии УЗИ в 1-м триместре беременности и отсутствии информации о дате последней менструации, срок беременности и родов может быть установлен по данным других УЗИ.

При расхождении срока по дате последней менструации и срока по УЗИ, проведенного в 110-136 недель, срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ, так как это метод является наиболее точным.

При наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов (дата переноса «плюс» 266 дней (38 недель) «минус» число дней, равное сроку культивирования эмбриона).

В рамках лабораторно диагностических исследований рекомендовано:

- направить беременную пациентку при явке в 1-м триместре беременности на исследование уровня хорионического гонадотропина (ХГ) (свободная β -субъединица) в сыворотке крови, или исследование мочи на ХГ (при невозможности исследования крови) при невозможности ультразвукового исследования с целью диагностики беременности.
- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на исследование:
 1. уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови, с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования плода
 2. антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования новорожденного.

3. определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови с целью своевременного выявления инфекции и проведения терапии.
 4. определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования плода.
 5. определение антител класса G (IgG) и класса М (IgM) к вирусу краснухи (*Rubella virus*) в крови с целью выявления серонегативных пациенток
 6. микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы с целью своевременного выявления и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний генитального тракта для профилактики восходящей инфекции.
- направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку однократно при 1-м визите (при отсутствии исследования на прегравидарном этапе) на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) с целью своевременной оценки совместимости крови при необходимости ее переливания в родах или в случае развития акушерских осложнений, а также для определения риска резус-конфликта.
 - направить резус-отрицательную беременную пациентку на определение антител к антигенам системы Резус при 1-м визите (при 1-м визите в 1-й половине беременности), затем при отсутствии антител – в 18,0-20,0 недель беременности, затем при отсутствии антител – в 28,0 недель беременности с целью определения риска резус-конфликта.
 - направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку трижды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м триместре беременности), во 2-м и в 3-м триместре беременности, на общий (клинический) анализ крови с целью своевременного выявления и лечения анемии и других патологических состояний.
 - направить беременную пациентку при 1-м визите на анализ крови биохимический общетерапевтический с целью выявления и своевременного лечения нарушения углеводного обмена, патологии желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы для профилактики акушерских и перинатальных осложнений.
 - направить беременную пациентку на дополнительное исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л с целью исключения/подтверждения манифестного сахарного диабета.
 - направить беременную пациентку на проведение глюкозотолерантного теста (пероральный глюкозотолерантный тест – ПГТТ) с 75 г декстрозы в 240-280 недель

беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности для выявления ГСД.

- направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку однократно при 1-м визите на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови с целью раннего выявления и терапии нарушения функции щитовидной железы.
- направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку трижды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м триместре беременности), во 2-м и в 3-м триместре беременности на общий (клинический) анализ мочи с целью выявления и своевременного лечения заболеваний мочевыводящей системы для профилактики акушерских и перинатальных осложнений.
- определение белка в моче у беременной пациентки после 22 недель беременности во время каждого визита с целью своевременного выявления протеинурии для выбора тактики ведения беременности.
- направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку при 1-м визите на цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) с целью скрининга рака шейки матки.
- направить беременную пациентку при 1-м визите на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева с целью выявления бессимптомной бактериурии [98].
- направить беременную пациентку в 35,0-37,0 недель беременности на бактериологическое исследование вагинального отделяемого и ректального отделяемого на стрептококк группы В (*S. agalactiae*) или определение ДНК стрептококка группы В (*S. agalactiae*) во влагалищном мазке и ректальном мазке методом ПЦР с целью своевременного выявления и лечения инфекции, вызванной *S. agalactiae*, для снижения риска внутриутробной инфекции.
- направить беременную пациентку в 11,0-13,6 недель беременности на скрининг 1-го триместра, который включает комбинацию исследования уровня ХГ (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А), ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий (ХА), пороков развития, рисков ЗРП, ПР, ПЭ (скрининг I) (код медицинской услуги А04.30.001.003) с последующим программным расчетом указанных рисков.
- Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на
 1. биохимический скрининг 2-го триместра, который включает исследование уровня ХГ (свободная β -субъединица) в сыворотке крови, исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, исследование уровня

неконъюгированного эстрадиола в крови (тройной скрининг) и исследование уровня ингибина А в крови (четверной скрининг).

2. определение содержания антител к антигенам групп крови (анти-А, анти-В).

- Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение
 1. антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме (*Toxoplasma gondii*) в крови.
 2. определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови.
 3. антител к вирусу простого герпеса (*Herpes simplex virus*) в крови вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ-инфекции в анамнезе.
- При подтверждении высокого риска ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА, по данным НИПТ и/или по данным скрининга 1-го или 2-го триместра с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА на основе данных повторно проведенного УЗИ плода, рекомендовано направить беременную пациентку на проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез) с исследованием полученного материала цитогенетическими (цитогенетическое исследование (кариотип)) или молекулярно-генетическими методами.

В рамках инструментальных диагностических исследований рекомендовано:

- направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), на УЗИ матки и придатков (трансвагинальное или при невозможности – трансабдоминальное или трансректальное) в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла.
- направить беременную пациентку при 1-м визите в 1-м триместре беременности и сроке задержки менструации ≥ 7 дней на УЗИ матки и придатков (до 96 недель беременности) или УЗИ плода (после 100 недель беременности) с целью диагностики беременности, ее локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия СБ эмбриона/плода.
- направить беременную пациентку в 11,0-13,6 недель беременности на УЗИ плода в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, с целью определения срока беременности, проведения скрининга 1-го триместра, диагностики многоплодной беременности.
- направить беременную пациентку при 1-м визите и в 3-м триместре на регистрацию электрокардиограммы с целью исключения гипертрофии, ишемии, нарушения ритма работы и функции проводимости миокарда.

- провести аускультация плода (определение частоты сердцебиения (ЧСС) плода) с помощью фетального доплера (анализатора доплеровского сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малобагабаритного) или с помощью стетоскопа акушерского у беременной пациентки при каждом визите с 220 недель беременности с целью подтверждения жизнедеятельности плода.
- направить беременную пациентку в 18,0-20,6 недель беременности на ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления ХА, пороков развития, рисков ЗРП, ПР, ПЭ (скрининг II) (код медицинской услуги А04.30.001.005), врожденных аномалий развития, оценки экстра эмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию) в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику.
- направить беременную пациентку с высоким риском ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА, по данным скрининга 1-го или 2-го триместра на повторное УЗИ плода.
- в 34,0-35,6 недели беременности направить пациентку на УЗИ плода с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода.
- направлять беременную пациентку с 32,0 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели на КТГ плода.
- измерение размеров таза (пельвиметрия) беременной пациентке в 3-м триместре беременности.
- дважды: в 18,0-20,6 недель и в 30,0-33,6 недели беременности, направить беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока с целью снижения перинатальной смертности, решения вопроса об индукции родов, родоразрешения посредством операции кесарева сечения.

Рекомендации по исключению факторов риска для профилактики осложнений беременности

1. информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку
 - о необходимости нормализации массы тела на прегравидарном этапе и правильной прибавке массы тела во время беременности в зависимости от исходного ИМТ с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений;
 - о необходимости отказа от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения, с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений

- о правилах здорового образа жизни, направленного на снижение воздействия на организм вредных факторов окружающей среды (поллютантов) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений
- о необходимости правильного питания, в частности отказа от потребления рыбы, богатой метилртутью, снижения потребления пищи, богатой витамином А (например, говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее) и потребления пищи с достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений
- о необходимости избегать потребление непастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза.
- о необходимости отказа от курения с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений
- о необходимости отказа от приема алкоголя с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений
- о необходимости правильного питания, в частности отказа от вегетарианства и снижения потребления кофеина с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений

2. информировать беременную пациентку

- о необходимости отказа от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость, с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений
- о пользе регулярной умеренной физической нагрузки (20-30 минут в день) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений
- о необходимости избегания физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу (например, контактные виды спорта, такие как борьба, виды спорта с ракеткой и мячом, подводные погружения) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений
- планирующую длительный авиаперелет, о необходимости мер профилактики ТЭО, таких как ходьба по салону самолета, обильное питье, исключение алкоголя и кофеина, и ношение компрессионного трикотажа на время полета

- о правильном использовании ремня безопасности в автомобиле, так как правильное использование ремня безопасности снижает риск потери плода в случае аварий в 2-3 раза
3. проводить оценку факторов риска осложнений беременности с целью выявления групп риска и своевременной профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Вакцинация на прегравидарном этапе и во время беременности

Рекомендовано пациентке, планирующей беременность, оценить вакцинальный статус, риск заражения и последствия перенесённой инфекции с целью определения необходимости и вида вакцинации.

Для небеременных пациенток на прегравидарном этапе действуют следующие правила вакцинации:

- Ревакцинация от дифтерии и столбняка проводится каждые 10 лет. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от дифтерии и столбняка следует проводить не менее, чем за 1 месяц до её наступления.
- Вакцинация от гепатита В проводится трехкратно по схеме 0-1-6 месяцев. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от гепатита В следует начинать не позднее, чем за 7 месяцев до её наступления.
- Вакцинация от краснухи проводится женщинам, ранее не привитым или привитым однократно и не болевшим. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от краснухи следует провести не позднее, чем за 2 месяца до планируемой беременности.
- Вакцинация от кори проводится женщинам ≤ 35 лет (женщинам некоторых профессий в возрасте ≤ 55 лет), ранее не привитым, привитым однократно и не болевшим.
- Применение комбинированной вакцины для профилактики кори, краснухи и паротита у женщин требует предохранения от беременности в течение 1 месяца после введения вакцины. Вакцинация от ветряной оспы проводится женщинам ранее не привитым и не болевшим. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от ветряной оспы следует провести не позднее, чем за 3 месяца до планируемой беременности.
- Вакцинация от COVID-19 проводится пациенткам, планирующим беременность (на прегравидарном этапе), и беременным пациенткам вакцинами для профилактики COVID-19** с актуальным антигенным составом согласно инструкциям к лекарственным препаратам. Кратность вакцинации определяется нормативными документами Минздрава России.
- Рекомендована в сезон гриппа вакцинация вакцинами для профилактики гриппа пациенткам, планирующим беременность (на прегравидарном этапе за 1 месяц до планируемой беременности), и беременным пациенткам во 2-м-3-м

триместре беременности (в группе повышенного риска – начиная с 1-го триместра беременности).

Во время беременности используются вакцины для профилактики гриппа (трёх-четырёхвалентные инактивированные вакцины, не содержащими консервантов).

- Беременным пациенткам не рекомендована вакцинация вирусными вакцинами, содержащими аттенуированные штаммы (против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы и др.).
- Беременным пациенткам противопоказана вакцинация вакцинами для профилактики вирусных инфекций, содержащими аттенуированные штаммы (против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы и др.) Вакцинировать не привитую и не болевшую ранее беременную пациентку от желтой лихорадки допускается только при предстоящем переезде в эндемичную зону или по эпидемическим показаниям. Беременным пациенткам допустима вакцинация инактивированными вакцинами, генно-инженерными вакцинами, или анатоксинами (вакцинами для профилактики бактериальных инфекций) в случае высокого риска инфицирования.
- Вакцинировать беременную пациентку от полиомиелита, гепатита А и В, менингококковой и пневмококковой инфекции следует при предстоящем переезде в эндемичную зону, в качестве постконтактной специфической профилактики и при высоком риске заражения при условии отсутствия вакцинации в период прегравидарной подготовки. При проведении вакцинации против вирусного гепатита В используются вакцины, не содержащие консерванты.
- Лечебно-профилактическая иммунизация вакциной для профилактики бешенства может проводиться беременной женщине при угрозе заражения бешенством в результате контакта и укуса больными бешенством животными, животными с подозрением на заболевание бешенством, дикими или неизвестными животными.
- Вакцинировать беременную пациентку от столбняка следует при высоком риске инфицирования и при отсутствии вакцинации на прегравидарном этапе.
- Вакцинировать беременную пациентку от дифтерии и коклюша следует при высоком риске инфицирования и при отсутствии вакцинации на прегравидарном этапе. Используют вакцины для профилактики дифтерии (с уменьшенным содержанием антигена), коклюша (с уменьшенным содержанием антигена, бесклеточной) и столбняка, адсорбированная, что дополнительно способствует выработке сывороточных противокклюшных антител у женщины с последующей трансплацентарной передачей и профилактике коклюша у младенцев. Возможно проводить вакцинацию беременных против коклюша во 2-м или 3-м триместрах, но не позднее 15 дней до даты родов с целью профилактики коклюшной инфекции.

- Не рекомендовано искусственное прерывание беременности при непреднамеренном введении вирусных вакцин, содержащими аттенуированные штаммы (вакцины против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы, гриппа и др.) в связи с тем, что риск последствий прерывания беременности значительно выше вероятности развития неблагоприятных явлений после вакцинации.

Источник: Клинические рекомендации «Нормальная беременность» – Утверждены Минздравом РФ.

Внутриутробное развитие ребенка по неделям беременности

Развитие ребенка по неделям



Будущим мамам всегда любопытно, как идет развитие плода во время, когда его ждут с таким нетерпением. Поговорим и посмотрим на фото и картинки, как же растет и развивается плод по неделям.

Беременность: развитие плода по неделям

Начнем рассказ о развитии плода по неделям с самого начала — от момента оплодотворения. Плод возрастом до 8ми недель называют *эмбрионом*, это происходит до формирования всех систем органов.

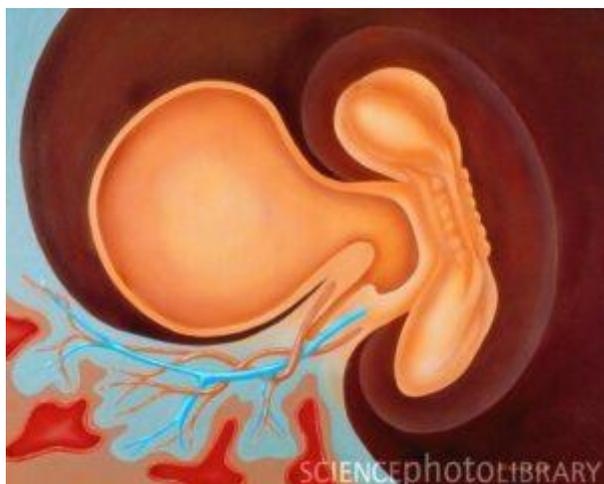


Развитие эмбриона: 1-я неделя

Яйцеклетка оплодотворяется и начинает активно делиться. Яйцеклетка направляется к матке, по пути освобождаясь от оболочки. На 6 – 8й дни осуществляется **имплантация** яйца — внедрение в матку. Яйцо оседает на поверхность слизистой

оболочки матки и используя хориальные ворсинки прикрепляется к слизистой матки.

Развитие эмбриона: 2–3 недели



Картинка развития эмбриона на 3-ей неделе.

Эмбрион активно развивается, начиная обособливаться от оболочек. На данном этапе формируются зачатки мышечной, костной и нервной систем. Поэтому этот период беременности считают важным.

Развитие эмбриона: 4–7 недели



Развитие плода по неделям в картинках: неделя 4



Развитие плода по неделям фото: неделя 4



Фото эмбриона до 6й недели беременности.

У эмбриона формируется сердце, головка, ручки, ножки и хвост. Определяется жаберная щель. Длина эмбриона на пятой неделе доходит до 6 мм.



Развитие плода по неделям фото: неделя 5

На 7й неделе определяются зачатки глаз, живот и грудь, а на ручках проявляются пальцы. У малыша уже появился орган чувств – вестибулярный аппарат. Длина эмбриона – до 12 мм.

Развитие плода: 8я неделя



Развитие плода по неделям фото: неделя 7-8

У плода определяется лицо, можно различить ротик, носик, ушные раковины. Головка у зародыша крупная и ее длина соотносится с длиной туловища; тельце плода сформировано. Уже существуют все значимые, но пока еще не полностью сформированные, элементы тела малыша. Нервная система, мышцы, скелет продолжают совершенствоваться.



Развитие плода на фото уже чувствительные ручки: неделя 8

У плода появилась кожная чувствительность в области ротика (подготовка к сосательному рефлексу), а позже в области личика и ладошек. На данном сроке беременности уже заметны половые органы. Жаберные щели отмирают. Плод достигает 20 мм в длину.

Развитие плода: 9-12 недели



Развитие плода по неделям фото: неделя 9



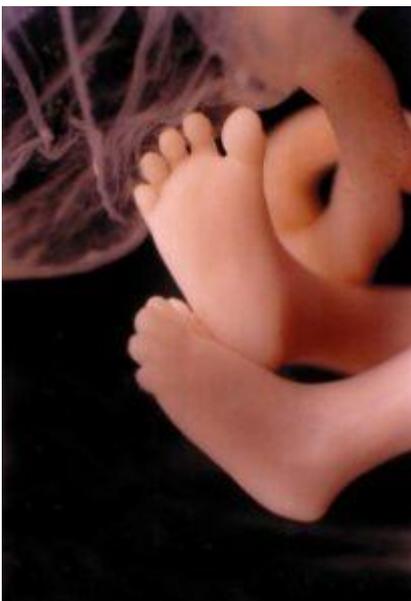
Пальчики на руках и ногах уже с ноготками. Плод начинает шевелиться в животе у беременной, но мать пока не чувствует этого. Специальным стетоскопом можно услышать сердцебиение малыша. Мышцы продолжают развиваться.

Развитие плода по неделям фото: неделя 10



Вся поверхность тела плода чувствительна и малыш с удовольствием развивает тактильные ощущения, трогая свое собственное тельце, стенки плодного пузыря и пуповину. За этим очень любопытно наблюдать на УЗИ. Кстати малыш сперва отстраняется от датчика УЗИ (еще бы, ведь он холодный и непривычный!), а потом прикладывает ладони и пяточки пытаясь потрогать датчик.

Удивительно, когда мама прикладывает руку к животу, малыш пытается освоить мир и старается прикоснуться своей ручкой «с обратной стороны».



Развитие плода на фото ножки: неделя 11

У малыша сформированы руки, ноги и веки, а половые органы становятся различимы (вы можете узнать пол ребенка). Плод начинает глотать, и уж если ему что-то не по-вкусу, например, если в околоплодные воды (мама что-то съела) попало что-то горькое, то малыш станет морщиться и высовывать язык, делая меньше глотательных движений.

Кожица плода выглядит прозрачной.



Развитие плода: неделя 12

Развитие плода: 13–16 недели



Развитие плода по неделям фото: неделя 14

Почки отвечают за производство мочи. Внутри костей образуется кровь. А на голове начинают расти волосики. Двигается уже более скоординировано.



Развитие плода по неделям фото: неделя 15

Кожа розовеет, ушки и другие части тела, в том числе и лицо уже видны. Представьте, ребенок уже может открывать ротик и моргать, а также делать хватательные движения. Плод начинает активно толкаться в мамином животике. Пол плода возможно определить на УЗИ.

Развитие плода: 17–20 недели



Развитие плода по неделям фото: неделя 19

Малыш сосет пальчик, становится более энергичным. В кишечнике плода образуется псевдо-кал — *меконий*, начинают работать почки. В данный период головной мозг развивается очень активно.



Развитие плода по неделям фото: неделя 20

Слуховые косточки костенеют и теперь способны проводить звуки, малыш слышит маму — биение сердца, дыхание, голос. Плод интенсивно прибавляет в весе, формируются жировые отложения. Вес плода достигает 650 г, а длина — 300 мм.

Легкие на данном этапе развития плода развиты настолько, что малыш

в искусственных условиях палаты интенсивной терапии может выжить.

Развитие плода: 24–27 недели

Легкие продолжают развиваться. Теперь малыш уже засыпает и просыпается. На коже появляются пушковые волосики, кожа становится морщинистой и покрыта смазкой.

Хрящи ушек и носика еще мягкие.



Развитие плода по неделям фото: неделя 27

Губы и ротик становятся чувствительней. Глазки развиваются, приоткрываются и могут воспринимать свет и жмурится от прямых солнечных лучей. У девочек большие половые губы пока не прикрывают малые, а у мальчиков яички пока не опустились в мошонку. Вес плода достигает 900–1200 г, а длина — 350 мм.

9 из 10 детей рожденных на данном сроке выживают.

Развитие плода: 28–32 недели



Теперь легкие приспособлены к тому, чтобы дышать обычным воздухом. Дыхание ритмичное и температура тела контролируются ЦНС. Малыш может плакать и отвечает на внешние звуки.

Ребенок открывает глазки бодрствуя и закрывает во время сна.

Кожа становится толще, более гладкой и розовой. Начиная от данного срока плод будет активно прибавлять в весе и быстро расти. Почти все малыши, преждевременно родившиеся на данном сроке жизнеспособны. Вес плода достигает 2500 г, а длина — 450 мм.

Развитие плода: 33–37 недели



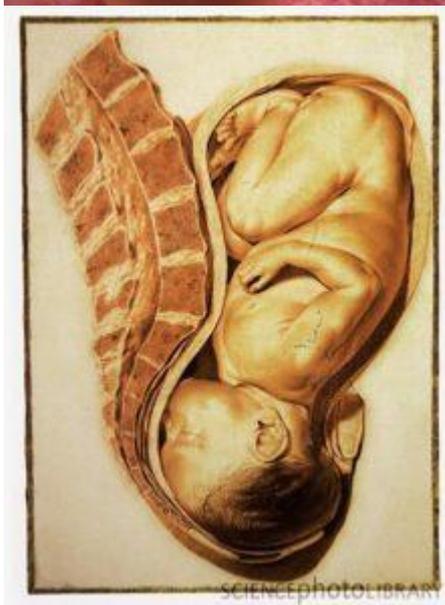
Развитие плода по неделям фото: неделя 36

Плод реагирует на источник света. Прирастает тонус мышц и малыш может поворачивать и поднимать голову. На которой, волосики становятся шелковистыми. У ребенка развивается хватательный рефлекс. Легкие полностью развиты.

Развитие плода: 38–42 недели

Плод довольно развит, подготовлен к рождению и считается зрелым. У малыша отточены более 70-ти разных рефлекторных движений. За счет подкожной жировой клетчатки кожа малыша бледно-розовая. Головка покрыта волосиками до 3 см.

Развитие плода по неделям фото: неделя 40



Малыш отлично усвоил движения мамы, знает когда она спокойна, взволнована, расстроена и реагирует на это своими движениями. Плод за внутриутробный период привыкает к перемещениям в пространстве, поэтому малыши так любят когда их носят на руках или катают в коляске. Для младенца это совершенно естественное состояние, поэтому он успокоится и заснет, когда его покачают.

Ногти выступают за кончики пальчиков, хрящики ушек и носика упругие. Вес достигает 3200-3600 г, а длина — 480-520 мм.



После появления на свет малыш тоскует по прикосновениям к своему тельцу, ведь первое время он не может сам себя ощупывать — ручки и ножки не так уверенно слушаются ребенка как это было в околоплодных водах. Поэтому, чтобы ваш малыш не чувствовал себя одиноко, его желательно носить на руках, прижимать к себе поглаживая его тельце.



И еще, младенец очень хорошо помнит ритм и звук вашего сердца. Поэтому утешить малыша можно так — возьмите его на руки, положите на левую сторону и ваше чудо утихомирится, перестанет плакать и заснет. А для вас, наконец, наступит время блаженства

О полезном влиянии беременности на организм женщины

Женский организм уникален, ведь только женщины способны к деторождению. Мужчины — сильный пол, обладающий многими достоинствами: крепкой мускулатурой, аналитическим умом, выносливостью. Но они не способны зачать, выносить и родить маленькое существо, частичку себя. Природой такая возможность дана только женщинам, причем сравнить ее можно разве что с чудом. Только вдумайтесь: в один прекрасный день внутри женского организма начинает развиваться

будущая жизнь, она растет, питается, отдыхает, шевелится. Этот период своей жизни женщина всегда будет вспоминать с нежностью, забудутся неприятные ощущения по утрам, тянущие боли в пояснице и болезненные схватки. А вот забыть, как внутри шевелится малыш, щекоча ваше тело нежными ручками и ножками, просто невозможно!

Организм женщины предназначен для вынашивания, рождения и вскармливания ребенка. Если женщина старается в течение жизни обмануть естественные процессы, предохраняясь от беременности, природа наказывает гормональными сбоями, заболеваниями в молочной железе и детородных органах. В этот период у женщины исчезают гинекологические заболевания, связанные с гормональными нарушениями.

Большинство девушек, страдающих болезненными месячными, после беременности и родов смогут вздохнуть спокойно. Чаще всего болезненные спазмы уходят в забвение. Это связано с изменением гормонального фона у молодой мамы.

Заботясь о будущем малыше, женщина старается питаться полезными продуктами, что положительно сказывается на общем состоянии организма беременной. Как правило, будущая мама избавляется от вредных привычек, если таковые имелись до беременности. Такой отказ тоже положительно влияет на весь организм.

С наступлением беременности будущая мама больше обращает внимание на свое здоровье, заботясь о малыше. Она старается больше отдыхать, гулять на свежем воздухе, соблюдать режим дня. Все это позитивно отражается на состоянии ее здоровья и внешнем виде.

Можно посетить курсы для будущих родителей, где есть возможность завести новые знакомства, которые разделяют общие интересы. Что впоследствии может стать крепкой дружбой или возможно перерасти в деловые отношения.

Налаживаются замечательные отношения с близкими людьми, в особенности с мужем. Сами отношения становятся намного теплее и нежнее.

Беременность омолаживает организм женщины, особенно это касается мамочек после 35-40 лет. «Поздние мамы» после рождения ребенка вновь ощущают себя молодыми. Это и неудивительно, за время беременности изменился гормональный фон, что положительно влияет на месячный цикл и внешний вид. Беременность и роды в зрелом возрасте восстанавливают регулярность менструаций, если с этим были проблемы.

Информация о родах

О понятии нормальных родов

Нормальные роды – своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых роженица и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно по всему миру происходит почти 140 млн. родов, и большинство из них имеет низкий риск осложнений для матери и ребенка.

Объективными признаками родов являются: сокращения матки с определенной регулярностью и структурные изменения шейки матки.

Роды состоят из 3-х периодов.

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

Второй период родов – время от полного раскрытия маточного зева до рождения плода. Продолжительность второго периода при первых родах обычно не более 3 часов, при повторных – не более 2 часов. Продолжительность второго периода может увеличиться еще на 1 час при эпидуральной анальгезии и составлять 4 часа у первородящих и 3 часа у повторнородящих пациенток.

Третий период родов – время от рождения плода до рождения последа. В 90% третий период родов завершается в течение 15 минут, еще в 7% – в течение 30 минут после рождения плода.

С увеличением продолжительности третьего периода родов более 10 минут повышается риск послеродового кровотечения. Срок беременности является основным фактором, влияющим на продолжительность третьего периода родов, преждевременные роды связаны с более длительным третьим периодом, чем роды в доношенном сроке. ВОЗ рекомендует придерживаться интервала в 30 минут при отсутствии рождения последа перед началом ручного отделения плаценты и выделения последа при отсутствии кровотечения.

О показаниях к кесареву сечению.

Показания и клинические рекомендации: роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения

Кесарево сечение (лат. caesarea «королевский» и sectio «разрез») – один из способов родовспоможения, применяющийся в современной акушерской практике.

При кесаревом сечении рождение ребенка происходит посредством хирургического вмешательства с рассечением матки, извлечением плода, последа и последующим восстановлением целостности матки и тканей передней брюшной стенки.

Виды кесарева сечения, показания и противопоказания

Плановое — операция проводится по медицинским показаниям, которые возникли еще до беременности или в период вынашивания плода.

Экстренное — проводится в тех случаях, когда во время родов возникли серьезные осложнения, угрожающие жизни женщины или ребенка.

Среди показаний для кесарева сечения выделяют абсолютные и относительные. Как бы там ни было, следует помнить, что только врач решает, каким способом будет рожать женщина. Он же полностью отвечает за исход родов и последствия кесарева сечения для ребенка.

Родоразрешение путем КС рекомендовано

В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано

- при полном вращении плаценты;
- при предлежании сосудов плаценты;
- при следующих предшествующих операциях на матке: два и более КС;
- миомэктомия (2-5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение миоматозного узла);
- при наличии одного рубца на матке и категорическом отказе пациентки от родоразрешения через естественные родовые пути возможно родоразрешение путем КС;
- при предполагаемых крупных размерах плода (≥ 4500 г);
- при тазовом предлежании плода: при сроке беременности менее 32 недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода <2500 г или >3600 г;
- при устойчивом поперечном положении плода;
- при дистоции плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным исходом (мертворождение, тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и матери (лонного сочленения));
- при ВИЧ инфекции при вирусной нагрузке перед родами >1000 копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке перед родами или неприменении противовирусной терапии во время беременности и/или непроведении антиретровирусной профилактики в родах;
- при некоторых аномалиях развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров);
- при соматических заболеваниях, требующих исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка).

В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано:

- преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС;
- при преэклампсии тяжелой степени, HELLP синдроме при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути);
- при некорректируемых нарушениях сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, дистоция шейки матки), не сопровождающихся дистрессом плода;
- при отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином;
- при хориоамнионите и неготовности естественных родовых путей к родам;
- при дистресс-синдроме плода, сопровождающегося сомнительным типом КТГ, прогрессирующим, несмотря на проведенную терапию (может быть использован увлажненный кислород и/или быстрое введение растворов, влияющих на водно-электролитный баланс, и/или смена положения тела и/или острый токолиз (гексопреналин) или нарушением кровотока в артерии пуповины по данным доплерографии).

В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано:

- при любом варианте предлежания плаценты с кровотечением.
- при прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
- при угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки
- при дистресс-синдроме плода, сопровождающемся признаками
- прогрессирующего метаболического ацидоза по данным КТГ или уровня лактата
- при клинически узком тазе [39].
- при выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании.
- при приступе эклампсии в родах.
- при агонии или внезапной смерти женщины при наличии живого
- плода (при наличии возможности).

Родоразрешение путем КС не рекомендовано

- при аномалии плода, не совместимых с жизнью (за исключением тех аномалий, которые могут привести к клинически узкому тазу, и ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС).
- при внутриутробной смерти плода (за исключением ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС)
- при сроке беременности меньше чем 24,0 недель при наличии показаний со стороны плода (за исключением ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС)

Важно ! Ни один врач-акушер не станет рисковать жизнью пациентки и ее будущего ребенка. В результате тщательного обследования будет принято адекватное решение о способе безопасного родоразрешения.

Источник: [Клинические рекомендации «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения»](#) – Утверждены Минздравом РФ

О подготовке к родам

Подготовка к родам — один из самых ответственных этапов беременности. Многие решают настрой будущей мамы, ее психологическое спокойствие и физическая форма

Физическая подготовка к родам: поддерживаем форму

Времена, когда доктора запрещали женщинам любую активность, давно ушли в прошлое. Решая вопрос, как готовиться к родам, будущие мамы продолжают заниматься привычными видами спорта — плаванием, фитнесом, йогой. В умеренных объемах и в отсутствии противопоказаний физические нагрузки не повредят, а, наоборот, помогут сохранить мышцы в тонусе до конца беременности.

При подготовке к родам можно:

- делать легкие растяжки;
- заниматься йогой, исключив асаны на скручивание и убрав нагрузку с мышц живота;
- делать упражнения на укрепление мышц таза и спины;
- совершать длительные прогулки;
- плавать в бассейне.

От экстремальных развлечений придется отказаться. Не рекомендуется во время беременности кататься на велосипеде, делать упражнения на пресс и для похудения, поднимать тяжести.

Главное правило для будущей мамы: заниматься можно только привычным видом спорта! Например, если вы бегали до беременности — продолжайте, несколько снизив нагрузку. С увеличением срока беременности — переходите на пешие прогулки. А вот если вы никогда не бегали раньше и такая нагрузка для вас непривычна — не стоит начинать. Подождите, пока малыша родится, дайте себе время на восстановление — и только тогда выходите на первую пробежку.

Привычная зарядка полезна для мамы и малыша, ведь физические упражнения способствуют кислородному насыщению тканей. К тому же тренированная женщина легче перенесет роды, а регулярные тренировки помогут ей сохранить форму.

Психологическая подготовка к родам: записываемся на курсы для будущих родителей
Получить консультации специалистов и выстроить план подготовки к родам теперь очень просто — нужно лишь записаться на специальные занятия для беременных, которые начинаются со второго триместра. Это могут быть курсы, организованные при женской консультации, или частные уроки. На некоторые из них можно ходить вместе с партнером.



Когда женщина готовится к родам, ей важно найти преподавателя, которому она доверяет, и тогда на занятиях она будет чувствовать себя расслабленно и комфортно.< Занятия для беременных помогут узнать:

- Как ухаживать за малышом?
- Как строить режим дня младенца?
- В какие часы и как его кормить?
- Сколько времени он должен проводить на свежем воздухе?
- Как купать ребенка?

Занятия очень информативны, и на них можно получить ответы на все свои вопросы. Кроме правил ухода за малышом, на занятиях обязательно расскажут, как женщине готовиться к родам:

- Как ухаживать за телом, чтобы после беременности и родов на коже не появилось растяжек?
- В какой позе лучше находиться во время схваток и родов?
- Как научиться правильному дыханию, которое поможет сберечь силы?
- Как массировать поясницу и плечи рожавшей женщине? На занятиях обучат навыкам самомассажа. А если вы планируете партнерские роды – расскажут, чем может помочь супруг или другой родственник.
- Как снизить болевые ощущения в родах? Какие существуют немедикаментозные методы? Как облегчить состояние до приезда скорой помощи и непосредственно в родильном зале?
- Следует ли применять обезболивающие препараты, и какие существуют противопоказания?
- Каким будет первое кормление малыша?

Обо всем этом молодым родителям расскажет специалист на занятиях.

Учимся дышать при подготовке к родам

Обучение правильному дыханию – один из самых важных этапов подготовки к рождению ребенка. Лучше делать это под присмотром специалиста – он расскажет, как делать вдох и выдох, когда задерживать дыхание, и сразу укажет на ошибки. Можно найти и обучающие уроки в интернете, но пользы от них будет меньше.



Правильное дыхание может существенно облегчить процесс родов. Схватки станут менее болезненными, а малыш во время раскрытия матки получит необходимое количество кислорода.

Тренировать дыхание при подготовке к родам лучше начинать заранее — за несколько месяцев до назначенной даты. Ровные глубокие вдохи и выдохи, полностью выводящие воздух из легких, помогают во время интенсивных схваток, а в периоды между ними дышать нужно спокойно, как во сне. Правильное дыхание облегчит и состояние малыша, ведь ему тоже придется испытать весьма неприятные ощущения. Но главное — не терять оптимизма и самообладания: скоро маленький человечек появится на свет, и все неприятные ощущения останутся позади.

О лактации

Лактация — процесс образования молока в молочных железах с возможностью регулярного его выведения. Начинается он под действием определенных гормонов после рождения ребёнка.

Длительность процесса нормальной лактации у женщины находится во временном диапазоне от 5 до 24 месяцев. Количество молока, выделяемого за сутки, может колебаться, в среднем, от 0,6 до 1,3 литров. Пик его выработки наблюдается на первой и второй неделе после родов, затем идет период стабильного выделения, в соответствии с потребностью в нем конкретного ребёнка. Если женщина, в силу каких-либо причин, не прикладывает малыша к груди после родов, то лактация может прекратиться самостоятельно в течение нескольких недель.

Доказано многочисленными научными исследованиями, что материнское молоко самым положительным способом сказывается на развитии ребенка.

Основные преимущества естественного вскармливания:

- Выступает полноценным источником питания. Грудное молоко является кладезем белков, жиров, витаминов и других, необходимых растущему организму, полезных макро- и микроэлементов. Содержание полезных в нем веществ может колебаться в зависимости от питания, времени года и общего самочувствия матери. Поэтому крайне важно соблюдать сбалансированное питание, которое будет удовлетворять потребности обоих организмов.

- Служит дополнительной естественной защитой от заболеваний. Следует отметить, что все вирусы и бактерии, поражающие материнский организм, ведут к выработке иммуноглобулинов, в полной мере присутствующих в молоке. Таким образом ребёнок получает сильную иммунную защиту. Более того, грудное вскармливание способствует развитию собственной системы иммунитета, защищающей организм от различных инфекций.
- Является профилактикой аллергических заболеваний. Научно доказано, что продолжительное (более года) грудное вскармливание, в сочетании со сбалансированным питанием матери, является действенной профилактикой пищевой аллергии у детей.
- Способствует правильному формированию прикуса и развитию речевого аппарата. Правильное развитие мышц мягкого неба, которые задействованы в процессе сосания молока, способствуют более легкому воспроизведению звуков, что облегчает становление речи у ребёнка.
- Способствует нормальному физическому развитию ребёнка. Грудное вскармливание помогает обеспечить правильное соотношение жира и мышц в детском организме. Также оно отвечает за соответствие нормам длины и массы тела ребёнка. Дети на полноценном естественном вскармливании обычно не выходят за допустимые границы показателей, определенных для их возраста.
- Обеспечивает эмоциональный комфорт ребёнку. Тесная психологическая связь между матерью и ребёнком, сформированная во время грудного кормления, сохраняется на протяжении всей жизни. Отмечено, что такие дети обычно более спокойны, а впоследствии лучше адаптируются в коллективе и во взрослой жизни.

Информация об аборте

Негативное влияние искусственного аборта на организм женщины

Аборт является небезопасной процедурой и сопряжен с риском различных осложнений!

Медицинский аборт может выполняться медикаментозным или хирургическим методом. При хирургическом вмешательстве непосредственно во время операции возможны следующие осложнения: осложнения анестезиологического пособия, травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов, кровотечение, что может потребовать расширения объёма операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др. К осложнениям в послеоперационном периоде относятся: скопление крови и остатки плодного яйца в полости матки, острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не

исключающего удаление матки и др. При выполнении аборта медикаментозным методом также наблюдаются осложнения, такие как остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение, при развитии которых необходимо завершить аборт хирургическим путём.

При выполнении медикаментозного аборта до 12 недель Вам будут назначены лекарственные средства, которые надо будет принимать с точностью, указанной Вам лечащим врачом. Данные лекарственные средства вызывают гибель плода, а затем его изгнание из полости матки. После приема препаратов Вы останетесь под наблюдением в течение 1,5-4 часов.

Перед выполнением хирургического аборта (вакуум-аспирация плодного яйца) до 12 недель Вам будет выполнено обезболивание. Продолжительность Вашего наблюдения в условиях стационара будет определена лечащим врачом с учетом Вашего состояния и составит не менее 3-4 часов.

В случае изменения решения о проведении аборта при приеме первых таблеток в случае медикаментозного аборта Вы должны немедленно обратиться к врачу, который выполнит УЗИ, и в случае наличия сердцебиения у плода назначит лечение, направленное на сохранение беременности. При этом Вы должны знать, что таблетки могут оказать негативное воздействие на здоровье будущего ребенка, поэтому перед принятием решения об искусственном прерывании беременности Вы должны быть твердо уверены в правильности и окончательности этого решения.

Еще до выполнения медицинского аборта Вам будут даны рекомендации по контрацепции, которая назначается сразу после выполнения аборта (гормональная контрацепция или введение внутриматочного контрацептива). Вы должны использовать контрацепцию с целью профилактики абортов до планирования деторождения.

Информация о высокой вероятности бесплодия после аборта

Отдалёнными последствиями и осложнениями аборта являются: бесплодие, хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки, аденомиоз, нарушение функции яичников, внематочная беременность, невынашивание беременности, различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременные роды, нарушение родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде. Доказана связь аборта с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, рака молочной железы нервно-психических расстройств.

Половым партнерам важно знать: аборт является серьезным ударом по здоровью женщины, а также способствует развитию серьезных последствий, вплоть до появления злокачественных новообразований, неизлечимого бесплодия и даже нарушений в психике. Поэтому для профилактики абортов рекомендуется использование надежной контрацепции в паре, благо сегодня выбор подобных средств достаточно обширен.

Контрацепция – это способ сохранения репродуктивного здоровья женщины и возможность осознанного планирования беременности.

Осложнения искусственного аборта

Аборт является небезопасной процедурой и сопряжен с риском различных осложнений!

Медицинский аборт может выполняться медикаментозным или хирургическим методом.

При хирургическом вмешательстве непосредственно во время операции возможны следующие осложнения:

- осложнения анестезиологического пособия;
- травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;
- кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др.

К осложнениям в послеоперационном периоде относятся:

- скопление крови и остатки плодного яйца в полости матки;
- острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаление матки и др.

При выполнении аборта медикаментозным методом также наблюдаются осложнения, такие как:

- остатки плодного яйца;
- прогрессирующая беременность;
- кровотечение.

При развитии данных осложнений необходимо будет завершить аборт хирургическим путем.

Отдаленными последствиями и осложнениями аборта являются:

- бесплодие;
- хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки;
- аденомиоз;
- нарушение функции яичников;
- внематочная беременность;
- невынашивание беременности;
- различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременные роды, нарушение родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде;
- доказана связь аборта с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, рака молочной железы, нервно-психических расстройств.

Источник: Клинические рекомендации «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)» – Утверждены Минздравом РФ

Ультразвуковое исследование органов малого таза, проведение доабортного консультирования и соблюдение «недели тишины»

На основании приказа [Минздрава России от 07.04.2016г №216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины»](#) проводится обязательное ультразвуковое исследование органов малого таза с демонстрацией изображения и сердцебиения эмбриона плода (при наличии сердцебиения) при сроке беременности 6 недель. Отсутствие сердцебиения эмбриона плода считается признаком смерти, однако необходимо помнить, что у очень малого по размерам эмбриона (< 4мм) сокращения сердца могут не выявляться, поэтому УЗИ необходимо будет повторно провести спустя несколько (2-3) дней, чтобы подтвердить первое впечатление. Значение длины эмбриона 5мм является пороговой величиной, выявленной при УЗИ, при которой сердечная активность должна визуализироваться во всех случаях.

Рекомендовано УЗИ матки и придатков (до 96 недель беременности) или УЗИ плода (после 100 недель беременности) перед медицинским абортom с целью диагностики беременности, ее локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия сердцебиения эмбриона/плода с демонстрацией пациентке его изображения и сердцебиения (при наличии), наличия и состояния (при его наличии) рубца на матке, расположения хориона/плаценты (предлежания плаценты, прикрепления в области рубца при его наличии).

Рекомендована регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) перед хирургическим абортom на любом сроке беременности и медикаментозным абортom на сроке ≥ 120 недель беременности с целью исключения сердечно-сосудистых заболеваний.

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

Обычно оценка жалоб производится при повторном визите пациентки через 10-15 дней после медицинского аборта. Диагноз продолжающейся беременности устанавливается на основании наличия плодного яйца и/или сердцебиения эмбриона/плода. Оценка эндометрия (М-эхо более 15 мм, наличие эхо-позитивных и эхо-негативных включений) при отсутствии клинических признаков неполного аборта (кровотечения, требующего хирургического вмешательства, и/или признаков инфекции) имеет ограниченное значение и не является основанием для выбора хирургической тактики.

Если аборт проводится до 12 недель без наличия медицинских или социальных показаний (по Вашему настоянию), то его можно выполнить не ранее соблюдения «недели тишины»: 48 часов с момента обращения в медицинскую организацию для

искусственного аборта при сроке беременности 4-6 недель или при сроке беременности 10-11 недель, но не позднее окончания 12-й недели беременности, и не ранее 7 дней с момента обращения в медицинскую организацию для искусственного аборта при сроке беременности 7 – 9 недель беременности.

Перед принятием окончательного решения о проведении аборта Вы должны обязательно быть проконсультированы психологом/психотерапевтом или другим специалистом, к которому Вас направит лечащий врач для доабортного консультирования. Также Вам будет выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ), в ходе которого Вы услышите сердцебиение плода. Вы не должны прибегать к аборту, если точно не уверены, что хотите прервать беременность, или у Вас нет медицинских показаний для этого.

Источник: Клинические рекомендации «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)» – Утверждены Минздравом РФ

Прием медицинского психолога

На базе Женской консультации №2 ежедневно проводятся консультации специалистов:

Медицинского психолога с 08:00 до 17:00 (в будние дни)

Юриста с 12:00 до 14:00 (по предварительной записи в будние дни)

Специалиста по социальной работе с 08:00 до 12:00 (в будние дни)

Запись на прием к специалистам через регистратуру.

Для записи на прием могут обращаться будущие мамы, наблюдающиеся в Женской консультации №2 (пр-т Ленина, 42) и Городском Центре планирования семьи и репродукции

[О социальных гарантиях и пособиях федерального и регионального уровня для беременных женщин и семей с детьми](#)

<https://ppms22.ru/upload/medialibrary/5ec/1uu92ggo3k6hw0tku5va9wqzclvmkdim/%D0%9C%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%B5%20%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%202024.pdf>

Номера телефонов и адресов государственных и профильных СОНКО, оказывающих поддержку беременным, многодетным и малоимущим женщинам

Телефон «горячей линии» поддержки беременных женщин

«СТОП-аборт» 8-800-4000-492 работает ежедневно с 8.00 до 22.00 по московскому времени бесплатно и анонимно.

Бесплатный социальный телефон общероссийской круглосуточной кризисной линии помощи 8-800-100-48-77 позвонив по которому, можно получить профессиональную психологическую и юридическую помощь, консультацию врача, а также предоставляется информация о региональных приютах, организациях и центрах защиты материнства (более 700 пунктов помощи по РФ), оказывающих продовольственную и гуманитарную помощь кризисным беременным женщинам и семьям, находящимся в тяжелой жизненной ситуации.

Телефон «горячей линии» поддержки беременных женщин: **8-800-4000-492**

Краевой центр Медико-психологической и социальной помощи беременным»

г. Барнаул, ул. Фомина,154; телефон 8 (3852) 56-93-37

Краевой кризисный центр для женщин

г. Барнаул, ул. Смирнова, 79г;

телефоны 8 (3852) 34-22-55; 34-28-26, 34-26-94, (3852) 33-37-78

Краевой кризисный центр для мужчин

г. Барнаул, ул. Г. Исакова, 113е; 8 (3852) 55-12-88, (3852) 55-74-93