Памятка для пациенток, планирующих беременность

Важность прегравидарной подготовки

К беременности нужно готовиться! Правильно выполненная прегравидарная подготовка существенно снижает акушерские и перинатальные риски, облегчает течение беременности и даже влияет на здоровье и когнитивные способности будущего ребёнка.

1. Что такое прегравидарная подготовка?

Прегравидарная подготовка — это комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на подготовку пары к успешному зачатию, нормальному течению беременности и рождению здорового ребёнка. Она также включает оценку всех имеющихся факторов риска (медицинских, социально-экономических, культурных и т.д.) и устранение/уменьшение их влияния.

Перечень мероприятий достаточно широк, тем не менее его желательно выполнить, чтобы максимально предупредить возможные осложнения беременности. Длительность прегравидарной подготовки не регламентирована, сроки (как и сами этапы) устанавливают индивидуально.

Несмотря на персонализированный подход, часть мероприятий необходимы всем парам, готовящимся к беременности:

- модификация образа жизни, нормализация режима сон–бодрствование;
- отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя, наркотических веществ);
- сбалансированное питание (достаточное, но не избыточное количество белков, жиров и углеводов; ежедневное включение в рацион овощей и фруктов в умеренном количестве);
- устранение или снижение влияния стрессовых факторов;
- регулярная физическая активность;

Для людей с нормальным индексом массы тела (18,5–24,9 кг/м^2) общая продолжительность аэробных упражнений умеренной интенсивности должна быть не менее 150 мин/нед, высокой — не менее 75 мин/нед.

2. Какие обследования необходимы женщине перед беременностью?

Прегравидарная подготовка начинается с беседы с акушером-гинекологом. Доктор подробно расспросит вас о жалобах, перенесённых заболеваниях (ваших и ваших близких родственников). В ходе консультации врач выполнит клинический и гинекологический осмотр и назначит необходимые лабораторные и инструментальные исследования.

Совет! Перед посещением специалиста уточните информацию о наличии в семье каких-либо заболеваний, причинах смерти старших родственников. Если возможно, расспросите маму о течении беременности. Для того чтобы ничего не забыть, можно составить генеалогическое древо. Кстати, можно узнать много интересного о своей семье. Будет что рассказать детям!

Как правило, в ходе прегравидарной подготовки доктор назначает:

- клинический анализ крови;
- определение группы крови и резус-фактора;
- определение уровня глюкозы в плазме венозной крови или в капиллярной крови натощак;
- определение антител к бледной трепонеме (возбудителю сифилиса), антигенов и анти-тел к ВИЧ-1 и -2, выявление HBsAg (маркёр заражения вирусным гепатитом В), антител к вирусному гепатиту С (anti-HCV) и вирусу краснухи;
- определение концентрации тиреотропного гормона (ТТГ);
- общий анализ мочи;
- исследование вагинального отделяемого (оценка микробиоценоза влагалища) и забор материала для диагностики инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), ВПЧ-тест, цитологическое исследование мазков с области экзо- и эндоцервикса;
- УЗИ органов малого таза;
- консультацию терапевта, стоматолога и окулиста.

Список необходимых обследований определяет врач, и в зависимости от вашего состояния здоровья, наличия сопутствующих заболеваний перечень может существенно отличаться от приведённого примера.

Если у женщины резус-отрицательная кровь, необходимо определить резус-принадлежность партнёра.

3. Нужны ли обследования мужчине?

В обществе сложилось мнение о приоритете женских причин неблагоприятных исходов беременности. Однако для зачатия нужны двое, и «мужской фактор» тоже может оказать отрицательное влияние.

Когда же необходимо побеспокоиться об обследовании мужчины и с чего нужно начинать? Назначить комплекс диагностических мероприятий поможет уролог. Данный специалист принимает мужчин в нашей женской консультации. Консультация этого специалиста показана, если возраст партнёра старше 40 лет, ранее он перенёс ИППП (а тем более болеет сейчас!), занят на работах с вредными и/или опасными условиями труда (например,

различные виды промышленности, контакт с токсическими веществами), а также в случае бесплодия пары.

Бесплодие — заболевание, при котором беременность не наступает в течение 12 мес регулярной половой жизни без контрацепции.

4. Каким должен быть период между рождением ребёнка и последующей беременностью?

Период между рождением ребёнка и наступлением последующей беременности называют интергенетическим интервалом. Желательно, чтобы он составлял не менее 2 лет (у женщин старше 35 лет допускают 12 мес). Более короткий временной промежуток ассоциирован с повышенными рисками неблагоприятных исходов беременности из-за увеличения нагрузки на организм матери и неполного восстановления после рождения предыдущего ребёнка.

Следствием короткого интергенетического интервала могут быть преждевременные роды, рождение маловесного ребёнка, анемия (низкое содержание гемоглобина), кровотечения, отслойка плаценты, повышенная заболеваемость новорождённого.

5. Необходимо ли вакцинироваться до беременности?

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.

NB! После прививки необходимо предохраняться в течение 3 мес.

Рекомендовано пациентке, планирующей беременность, оценить вакцинальный статус, риск заражения и последствия перенесенной инфекции с целью определения необходимости и вида 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 ее 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 ее 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.
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.
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:
Беременным пациенткам не рекомендована вакцинация вирусными вакцинами,
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 противококлюшных 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.

6. Достаточно ли только рационально питаться или необходимо принимать витаминно-минеральные комплексы?

Следует всегда питаться сбалансированно. Однако важно понимать, что современный рацион не всегда может полностью удовлетворить потребность в некоторых микронутриентах. К сожалению, вследствие химического воздействия на аграрные культуры, токсичности некоторых соединений окружающей среды, многократной тепловой обработки продуктов в них снизилось количество витаминов и минералов за последние несколько лет. Именно поэтому часть из них необходимо вводить дополнительно: в виде отдельных препаратов или в составе витаминно-минеральных комплексов.

7. Какие витамины и минералы важны для рождения здорового ребёнка?

Йод. Практически для всех жителей России характерна нехватка йода. Не устранённый до беременности йододефицит чреват нарушением развитияголовного мозга и нервной системы плода, высокими рисками младенческой смертности и кретинизма (умственная отсталость). Чтобы уменьшить эти неблагоприятные последствия, необходим дополнительный приём препаратов йода: женщинам в дозе 150 мкг/сут, мужчинам — 100 мкг/сут на протяжении 3 мес до зачатия.

Фолаты. Дефицит фолатов также распространён. Низкая концентрация фолиевой кислоты в организме матери может быть причиной тяжёлых пороков развития у плода. У детей, рождённых от женщин с нехваткой фолатов, могут быть дефекты нервной трубки (*spina bifida* — незаращение по звоночного столба), различные аномалии головного мозга, сердечно-сосудистой системы и мочеполовых органов.

Для предупреждения этих осложнений женщине следует принимать фолиевую кислоту в дозе 400 мкг/сут на протяжении 3 мес до зачатия. Важно понимать, развитие нервной системы и формирование пороков происходит на самых ранних сроках беременности — когда женщина даже не знает о случившемся зачатии (ещё не было задержки очередной менструации). Вот почему приём препаратов фолиевой кислоты после осознания факта гестации может быть ужепоздней профилактической мерой.

Железо. Каждая женщина регулярно «теряет» железо — вместе с менструациями. Если у вас нет обильной ежемесячной кровопотери, то регулярное потребление мяса (говядина, печень) компенсирует недостаток

микроэлемента и поддерживает его баланс. Однако вследствие нерационального питания это наблюдается достаточно редко — у большинства представительниц прекрасного пола всё-таки есть дефицит железа, который также увеличивает риски неблагоприятного течения беременности.

На этапе прегравидарной подготовки и во время беременности избегайте приёма любых препаратов и БАДов без консультации врача, особенно «за компанию» с кем-то. Даже, казалось бы, безобидные витамины могут быть вредны — их избыток так же опасен, как и недостаток!

В витаминно-минеральных комплексах железо содержитсяв профилактических дозах — около 30–60 мг, что предназначено для профилактики его нехватки. Однако для лечения выраженной недостаточности требуются лечебные препараты с бóльшими дозами действующего вещества. Какие необходимы вам — решает доктор.

Витамин D. Условно здоровым женщинам не показано определение уровня 25(OH)D — активного метаболита витамина D в сыворотке крови. Тем не менее рутинный приём витамина Dв профилактической дозе 800–2000 МЕ/сут можно рекомендовать практически всем: воздействие солнечного света недостаточно для его выработки в коже, а с продуктами питания большинство людей его также недополучают.

Если же концентрация 25(OH)D была определена (по разным причинам) и она ниже нормальных значений (30 нг/мл), то профилактической дозы витамина D будет недостаточно для восполнения дефицита. В таких случаях терапию назначает врач.

Полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК). Достаточное потребление ω-3-ПНЖК помогает увеличить вероятность зачатия, положительно влияет на формирование головного мозга плода, развитие иммунной системы и когнитивные функции ребёнка в будущем.

Достаточным считают потребление 200–300 мг ПНЖК в сутки. Это можно обеспечить при помощи биологически активных добавок (согласно их инструкции по применению) или если дважды в неделю включать в рацион рыбу (например, лосось, форель, сельдь). В то же время не рекомендуется использовать в питании тунца, марлина, акулу из-за высокого содержания в них ртути.

Нормальная беременность
Нормальная беременность – одноплодная беременность плодом без генетической патологииили пороков развития, длящаяся 37,0-41,6 недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.
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 (болезненность молочных желез) 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 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.
- 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.
- 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 (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.

Питание и поведение во время беременности:

Вы должны четко соблюдать все рекомендации врача, своевременно проходить плановое обследование, соблюдать рекомендации по правильному образу жизни во время беременности, а именно:
- избегать работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость,
- избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу: занятий контактными видами спорта, различных видов борьбы, видов спорта с ракеткой и мячом, подводного погружения,
- быть достаточно физически активной, ходить, делать физическую зарядку для беременных в течение 20-30 минут в день (при отсутствии жалоб и противопоказаний),
- при путешествии в самолете, особенно на дальние расстояния, надевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье, исключить алкоголь и кофеин,
- при путешествии в автомобиле использовать специальный трехточечный ремень
безопасности,
- сообщить врачу о планируемой поездке в тропические страны для проведения
своевременной вакцинации,
- если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых в день сигарет,
- избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 месяца.

- 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 токсикантабисфенола А,
- ограничить потребление рыбы, богатой метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель),

- снизить потребление пищи, богатой витамином А (говяжей, 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/латте/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.
- Немаловажным для беременной женщины является ее эмоциональный фон. На всем протяжении беременности Вам нужно избегать стрессовых ситуаций и эмоциональных переживаний.
- Половые контакты во время беременности не запрещены при Вашем нормальном
самочувствии. В случае болей, дискомфорта, появлении кровяных выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалище и белей необходимо прекратить половые контакты и обратиться к врачу.

Клинические симптомы, требующие незамедлительного обращения к врачу-акушеру-гинекологу:
- 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).

Госпитализация:
При нормально протекающей беременности госпитализация требуется только
для родоразрешения и для проведения лечебно-профилактических мероприятий
при резус-отрицательной крови женщины и резус-положительной крови мужчины, проводимых до 36-й недели беременности в условиях дневного стационара.
Основные показания для госпитализации в акушерско-гинекологический стационар:
1) Развитие родовой деятельности.
2) Излитие или подтекание околоплодных вод.

3) Кровяные выделения из половых путей, свидетельствующие об угрозе выкидыша или в более поздних сроках о преждевременной отслойке плаценты.
4) Признаки угрожающих преждевременных родов.
5) Рвота беременных > 10 раз в сутки и потеря массы тела > 3 кг за 1-1,5 недели при
отсутствии эффекта от проводимой терапии.
6) Однократное повышение диастолического АД >= 110 мм рт. ст. или двукратное
повышение диастолического АД >= 90 мм рт. ст. с интервалом не менее 4 часов.
7) Повышение систолического АД >= 160 мм рт. ст.
8) Протеинурия (наличие белка в моче) (1+).
9) Симптомы полиорганной недостаточности (головная боль, нарушения зрения, боли в эпигастрии, рвота, симптомы поражения печени, олиго\ анурия, нарушения сознания, судороги в анамнезе, гиперрефлексия).
10) задержка развития плода 2-3 степени или нарушение функционального состояния плода по данным допплерометрии и КТГ.
11) Внутриутробная гибель плода.
12) Острый живот.
13) Острые инфекционные и воспалительные заболевания.

Перечень мероприятий для наблюдения нормальной беременности:
Беременность – это физиологический процесс, происходящий в организме женщины и заканчивающийся рождением ребенка.
Первым и самым важным пунктом в начале беременности является консультация врача акушера-гинеколога, во время которой подтверждается факт беременности и определяется ее срок, проводится и общий и гинекологический осмотр, также составляется план дальнейших обследований, осмотров, и даются рекомендации по образу жизни, питанию, назначаются необходимые витамины и лекарственные препараты (при необходимости).
Оптимальным является планирование беременности, когда на прегравидарном этапе (до беременности) есть возможность провести полное обследование и лечение
Выявленных заболеваний при необходимости, **плановую вакцинацию**, начать соблюдать здоровый образ жизни и принимать фолиевую кислоту с целью максимального повышения вероятности рождения здорового ребенка.
В среднем, кратность посещения врача акушера-гинеколога во время беременности при отсутствии патологии беременности составляет от 5 до 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности **(до 10 недель).**
При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:
врачом - акушером-гинекологом - не менее пяти раз;
врачом-терапевтом - не менее двух раз (первый осмотр не позднее 7 - 10 дней от первичного обращения в женскую консультацию);

врачом-стоматологом - не менее одного раза;
врачом-офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 14 дней после первичного обращения в женскую консультацию);
другими врачами-специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.
При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом - акушером-гинекологом до 11 - 12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом - акушером-гинекологом до 20 недель беременности.
- Скрининговое обследование: при сроках беременности 11 - 14 и 19 - 21 неделя беременным женщинам проводится оценка антенатального развития плода с целью выявления таких нарушений, как задержка роста плода, риск преждевременных родов, риск преэклампсии, хромосомные аномалии и пороки развития плода.
- Если у Вас резус-отрицательная кровь, то Вашему мужу желательно сдать анализ на определение резус-фактора. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа Ваши дальнейшие исследования на выявления антирезусных антител и введение антирезусного иммуноглобулина не потребуются.
Если у Вас резус-отрицательная кровь, а у мужа резус-положительная (и наоборот), тогда в 28-30 недель беременности рекомендовано введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно.

Своевременные роды – роды в 37.0-41.6 недель беременности. 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 родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

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

начала родов до полного раскрытия маточного зева. Первый период родов состоит из латентной и активной фазы. Максимальная продолжительность латентной фазы у первородящих не более 20 часов, у повторнородящих – 14 часов [4]. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах. 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. 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.

Методы немедикаментозного обезболивания родов

1. Фитбол. Способствует расслаблению тазового дна, а также обеспечивает свободу движения. При использовании в положении сидя мяч оказывает безболезненное давление на промежность, что может блокировать часть ноцицептивной рецепции на уровне спинного мозга и тем самым уменьшить ощущение боли.
2. Массаж. Может уменьшить дискомфорт во время родов, облегчить боль и повысить удовлетворенность женщины родами. Он является простым, недорогим и безопасным вариантом для облегчения боли.
3. Акупрессура. Ограниченные данные свидетельствуют о пользе акупрессуры. Нет никаких известных рисков использования акупунктуры, если она проводится обученным персоналом, использующим одноразовые иглы.
4. Аппликация теплых пакетов. Тепло обычно прикладывается к спине женщины, нижней части живота, паху, промежности. Возможными источниками тепла могут быть: бутылки с теплой водой, носок с нагретым рисом, теплый компресс (полотенце, смоченные в теплой воде и отжатое), электрогрелка или теплое одеяло. Следует соблюдать осторожность, чтобы избежать ожогов. Лицо, осуществляющее уход, должно проверить источник тепла на своей коже и поместить один или два слоя ткани между кожей женщины и горячей упаковкой. В дополнение к тому, что тепло используется для облегчения боли, оно также применяется для облегчения озноба или дрожи, уменьшения жесткости суставов, уменьшения мышечного спазма и увеличения растяжимости соединительной ткани.
5. Холод. Холодные пакеты могут быть приложены к нижней части спины, когда женщина испытывает боль в спине. Возможные источники холода: мешок или хирургическая перчатка, заполненные льдом, замороженный пакет геля, пластиковая бутылка, наполненная льдом, банки с газированной водой, охлажденные во льду. Необходимо поместить один или два слоя ткани между кожей женщины и холодной упаковкой. Холодные компрессы на промежность могут использоваться периодически в течение нескольких дней после родов.
6. Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление и дыхательные методики. Техники йоги для расслабления, дыхания и положения, используемые на антенатальном этапе уменьшают чувство

тревоги по поводу родов. Применение йоги во время родов может уменьшить боль, повысить удовлетворенность родами.
7. Душ или погружение в воду в первом периоде родов. Чтобы избежать повышения температуры тела женщины и потенциального увеличения риска для плода, температура воды должна быть как температура тела человека или немного выше (не больше 37 °C) [137]. Длительное погружение (более двух часов) продлевает роды и замедляет сокращения матки, подавляя выработку окситоцина.

Противопоказания для погружения в воду: лихорадка, подозрение на инфекцию, патологический характер ЧСС плода, кровянистые выделения из половых путей и любые состояния, требующие постоянного мониторинга состояния плода. Доказательства пользы от погружения в воду во втором периоде родов ограничены. При этом нет никаких свидетельств увеличения побочных эффектов для новорожденного или женщины от родов в воду. Женщина, которая настаивает на родах в воду, должна быть проинформирована о том, что преимущества и риски этого выбора не были изучены в достаточной степени.
8. Аудиоаналгезия (музыка, белый шум или окружающие звуки). Способствует увеличению удовлетворенностью родами и снижению риска послеродовой депрессии.
9. Ароматерапия. Эфирные масла являются сильнодействующими веществами и могут быть потенциально вредными при неправильном использовании. Беременным женщинам следует избегать смешивания собственных эфирных масел. Процесс использования аромотерапии должен контролироваться специально обученным персоналом. Персонал больницы должен быть информирован об использовании аромотерапии для защиты от аллергической реакции у людей, чувствительных к эфирным маслам.
10. Гипноз. Может уменьшить использование фармакологических методов обезболивания во время родов. Не было выявлено влияния на удовлетворение от снижения боли. Гипноз – это сфокусированная форма концентрации. Самогипноз – одна из форм гипноза, в которой сертифицированный специалист учит человека вызывать состояние измененного сознания. Основная цель при использовании самогипноза в родах – помочь женщине сохранить контроль, управляя тревогой и дискомфортом, вызывая целенаправленное состояние расслабления [145]. Следует отметить, что гипноз противопоказан людям с серьезными психологическими нарушениями или психозом в анамнезе. Других очевидных рисков или недостатков для использования гипноза в родах нет.
11. Внутрикожные или подкожные инъекции стерильной воды для инъекций при болях в пояснице или любой другой родовой боли. Водные инъекции обычно состоят из четырех внутрикожных или подкожных инъекций от 0,1 до 0,5 мл стерильной воды. Первые две точки локализуются над задними верхними подвздошными остями (там, где находятся правая и левая ямочки ромба Михаэлиса). Две другие точки расположены на 3 см ниже и на 1 см медиальнее первых двух. Протерев место инъекции спиртовым шариком,

вводится стерильная вода, и образуются четыре маленькие папулы. Инъекции должны делаться быстро, чтобы уменьшить длительность боли от самих инъекций. Пациентку следует предупредить о том, что в течение 30-60 секунд она будет испытывать жжение от инъекций. Через 2 минуты наступает облегчение боли, которое длится 1-2 часа. Не было зарегистрировано никаких побочных эффектов, кроме временной боли при инъекции.

Что такое нормальные роды? Нормальные роды – это своевременные (в 37.0-41.6 недель беременности) роды одним плодом, начавшиеся самостоятельно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов (при отсутствии преэклампсии, задержки роста плода, нарушения состояния плода, предлежания плаценты и других осложнений), прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых пациентка и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии. Могут ли быть нормальные роды при наличии акушерских осложнений до родов? В редких случаях роды могут быть нормальными при наличии некоторых акушерских осложнений до родов, например, преэклампсии, задержки роста плода без нарушения его состояния и др. Как протекают роды? Роды состоят их 3-х периодов. Первый период родов – время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Этот период родов состоит из латентной и активной фазы. Латентная фаза характеризуется слабыми сокращениями матки (иногда болезненными) и медленным раскрытием шейки матки до 5 см. Эта фаза может длиться до 20 часов у первородящих женщин и до 14 часов у повторнородящих женщин. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки (схватками) и раскрытием шейки матки до полного раскрытия. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах. Схватки во время активной фазы происходят 1 раз в 2-3 минуты. Второй период родов – время от полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка. Во время этого периода пациентка ощущает сильное желание тужиться (потуги), которые возникают каждые 2-5 минут. Продолжительность второго периода родов при первых родах обычно составляет не более 3 часов, приповторных – не более 2 часов, но при использовании эпидуральной аналгезии продолжительность может быть на час больше. Третий период родов – время от рождения ребенка до рождения последа. Обычно третий период родов завершается в течение 15-30 минут. Как я должна вести себя во время родов? При отсутствии противопоказаний во время родов, особенно в первом периоде, рекомендована активность и принятие удобной для Вас позы. Во время потуг также поощряется свободное удобное для Вас положение, если это не мешает контролю состояния плода и оказанию пособия в родах. Может ли мой партнер присутствовать при родах? Присутствие партнера при родах поощряется в случае его (ее) подготовки к помощи и присутствии при родах. Буду ли я испытывать боль во время родов? Обычно роды сопровождаются болезненными ощущениями во время схваток (примерно 60 секунд) с последующим расслаблением. Необходимо правильно дышать и быть

спокойной для минимизации болезненных ощущений. Будут ли мне обезболены роды? Первоначально рекомендуется применить немедикаментозные методы обезболивания родов, такие как правильная техника дыхания, использование мяча, массаж, теплые компрессы, холод на спину в случае болей в пояснице и другие, которые оказываются эффективными в большинстве случаев. При неэффективности немедикаментозных методов при Вашем желании, отсутствии противопоказаний и возможности медицинской организации может быть проведена эпидуральная анальгезия. Следует знать, что эпидуральная анальгезия ассоциирована с повышенным риском удлинения продолжительности родов. Надо ли мне брить волосы на промежности до родов? Нет, бритье волос на промежности не обязательно, и делается только по Вашему желанию. Будет ли мне проведена очистительная клизма до родов? Нет, очистительная клизма не обязательна, и может быть сделана только по Вашему желанию. Какие вмешательства будут мне проводиться во время родов со стороны медицинского персонала? Вам будет установлен венозный катетер (обычно в локтевую вену) с целью возможности быстрой помощи при кровотечении в случае его начала. Также Вам будут проводиться влагалищные исследования – при поступлении в стационар, затем каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов и каждый час во время потуг, а также в случае наличия показаний, например, перед эпидуральной анальгезией или при излитии околоплодных вод, и после родов для оценки целостности родовых путей и зашивания разрывов в случае их выявления. Еще Вам будет проводиться пальпация плода (определение его положения через брюшную стенку) и аускультация плода (выслушивание сердцебиения плода) при помощи акушерского стетоскопа, а в случае выявления каких-либо нарушений – кардиотокография (КТГ) плода. Возможно, потребуется проведение УЗИ плода при нарушении его состояния или для уточнения его положения. Сразу после рождения ребенка через венозный катетер Вам будут введены утеротоники для профилактики кровотечения. Могу ли я есть и пить во время родов? Во время родов рекомендован прием жидкости и при отсутствии противопоказаний – легкой пищи. При этом прием твердой пищи не рекомендован. Смогу ли я пользоваться туалетом во время родов? Во время родов Вам необходимо регулярно мочиться, и Вы можете пользоваться туалетом и душем при наличии данной возможности в медицинской организации. В противном случае Вам будет предоставлено индивидуальное судно. Как провести профилактику разрывов родовых путей? Для профилактики разрывов промежности и влагалища можно использовать пальцевой массаж промежности с гелем и теплый компресс на промежность, намоченной теплой водой (43 °C), во втором периоде родов, который может быть проведен акушеркой при наличии возможности.

Что произойдет, когда ребенок родится? Когда Ваш ребенок родится при отсутствии осложнений он будет положен Вам на живот для установления контакта кожа-к-коже, укрыт, и максимально рано приложен к груди. Вся дальнейшая обработка ребенка (взвешивание, закапывание глаз, обтирание, осмотр врача-неонатолога) будут проведены позже в родильном зале.

Когда будет перерезана пуповина? При отсутствии противопоказаний показано отсроченное пересечение пуповины – не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения ребенка.
Как долго я пробуду в родильном отделении после родов? Обычно время наблюдения в родильном отделении не превышает 2-х часов, после чего Вы с ребенком будете переведены в послеродовое отделение.

Искусственный аборт (медицинский аборт) – Искусственный

аборт
(медицинский
аборт) искусственное прерывание беременностидо 21,6 недель включительно.

Искусственный аборт
проводится
по:
[1]
медицинским
показаниям со стороны матери (когда пролонгирование беременности ассоциировано с
высоким риском материнской смерти) или со стороны плода (при некорректируемых
заболеваниях плода, несовместимых с жизнью и/или с неблагоприятным прогнозом для
жизни и здоровья) (независимо от срока беременности), [2] по социальным показаниям (до
216 недель беременности включительно), [3] по настойчивому желанию женщины при
условии обязательного проведения профессионального психологического консультирования
в кабинете медико-социальной помощи женской консультации или в центре медико-
социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации
(до 116 недель беременности включительно). Перечень медицинских показаний для
искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения
Российской Федерации [1]. Социальные показания для искусственного аборта определяются
Правительством Российской Федерации [2].

При настойчивом желании пациентки прервать беременность вопросы контрацепции обсуждаются и назначаются до медицинского аборта [84], [85]. После беременности возможно использовать как гормональную контрацепцию (гормональные контрацептивы системного действия, которые могут назначаться перорально, в виде инъекций, в виде подкожных имплантатов влагалищных колец, пластырей), так и

внутриматочную контрацепцию. Гормональная контрацепция при медицинском аборте медикаментозным методом назначается после приема 1-й таблетки, при медицинском аборте хирургическим методом – сразу после прерывания беременности. Внутриматочная контрацепция при искусственном прерывании беременности любым методом назначается после успешного его завершения [9], [28], [84], [86].
- Рекомендована консультация психолога (медицинского психолога, специалиста по социальной работе) с целью проведения доабортного консультирования]. Во время консультирования проводится работа по профилактике аборта. При сохранении беременности сопровождение беременной пациентки психологом должнопроводиться во время беременности и в послеродовом периоде.

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
исключающего
удаление
матки
и
др.
При
выполнении
медикаментозным методом также наблюдаются осложнения, такие как остатки плодного
яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение, при развитии которых необходимо
завершить аборт хирургическим путем.
Отдаленными
последствиями
и
осложнениями
аборта
являются:
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.
Передпринятиемокончательногорешенияопроведенииаборта
Вы
обязательно
быть

проконсультированы
психологом/психотерапевтом
илиспециалистом, 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.
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 4-6,6 недель или при сроке беременности 10-11,4 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 7-9,6 недель беременности.
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 егоизгнание из полости матки. После приема препаратов Вы останетесь под наблюдением втечение 1,5-4 часов.
Перед выполнением хирургического аборта (вакуум-аспирация плодного яйца) до 12
недель Вам будет выполнено обезболивание. Продолжительность Вашего наблюдения вусловиях стационара будет определена лечащим врачом с учетом Вашего состояния исоставит не менее 3-4 часов.
В случае изменения решения о проведении аборта при приеме первых таблеток в случаемедикаментозного 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 решенияобискусственномпрерыванииберемености Выдолжныбытьтвердо
увереныправильности и окончательности этого решения.
Еще до выполнения медицинского аборта Вам будут даны рекомендации по контрацепции,котораяназначаетсясразупослевыполненияаборта(гормональная

контрацепция или введение внутриматочного контрацептива). Вы должны использоватьконтрацепцию с целью профилактики абортов до планирования деторождения.