

## Условные сокращения:

АД артериальное давление  
АТ-ТПО антитела к тиреопероксидазе  
ВДМ высота дна матки  
ВИЧ вирус иммунодефицита человека  
ВПГ вирус простого герпеса  
ВРТ вспомогательные репродуктивные технологии  
ГСД гестационный сахарный диабет  
ДНК дезоксирибонуклеиновая кислота  
ИМТ индекс массы тела  
ИФА иммуноферментный анализ  
ИХЛА иммунохемилюминесцентный анализ  
ИЦН истмико-цервикальная недостаточность  
ЗРП задержка роста плода  
КТГ кардиотокография  
КТР копчико-теменной размер  
НИПТ неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)  
НМГ низкомолекулярные гепарины  
ОЖ окружность живота  
ПГТТ пероральный глюкозотолерантный тест  
ПОНРП преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты  
ПР преждевременные роды  
ПЭ преэклампсия  
ТТГ тиреотропный гормон  
ТЭО тромбоэмболические осложнения  
УЗИ ультразвуковое исследование ХА хромосомные аномалии  
ХГ хорионический гонадотропин  
ЦМВ цитомегаловирус  
ЧСС частота сердечных сокращений  
НСV вирус гепатита  
С RAPP-A плазменный протеин А, ассоциированный с беременностью.

## **Информации о важности прегравидарной подготовки (необходимые обследования, лечение хронических заболеваний на этапе планирования беременности, принципы следования ЗОЖ)**

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.

Рекомендован сбор анамнеза у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе) при 1-м визите с целью своевременной оценки факторов риска и патологических состояний для своевременной профилактики и лечения.

Сбор анамнеза должен включать следующие данные пациентки: возраст, наличие профессиональных вредностей, наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты), семейный анамнез (указание на наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний как, сахарный диабет, тромбоэмболические осложнения (ТЭО), гипертоническая болезнь, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения), характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения,

болезненность), акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или аборт, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности – самопроизвольная беременность или беременность в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)), перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза, перенесенные и имеющиеся соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, ТЭО и др.), с целью индивидуальной стратификации риска и выбора метода профилактики в планируемой, данной беременности, родах и в послеродовом периоде может быть использована шкала оценки риска ТЭО, наличие травм, оперативных вмешательств и переливаний компонентов крови в анамнезе, аллергические реакции, принимаемые лекарственные препараты, возраст и состояние здоровья мужа/партнера, его группа крови и резус-фактор, наличие у него профессиональных вредностей и вредных привычек.

Рекомендована оценка жалоб у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе) при 1-м и каждом последующем визите с целью своевременного выявления патологических состояний для их лечения.

Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), о необходимости нормализации массы тела в зависимости от исходного ИМТ с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Рекомендован общий осмотр пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе).

Рекомендовано измерение массы тела и измерение роста пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе).

Рекомендовано измерение артериального давления (АД) на периферических артериях и исследование пульса у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе).

Рекомендована пальпация молочных желез у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе) для выявления или исключения гинекологических заболеваний у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе).

Рекомендован гинекологический осмотр пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе).

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, на исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agrp24) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования новорожденного.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, на 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.

При выявлении инфекции женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза.

Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, на определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования плода.

При выявлении инфекции женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-дерматовенерологу для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к вирусу краснухи (*Rubella virus*) в крови с целью выявления серонегативных пациенток.

При серонегативном статусе пациентке должна быть предоставлена информация о минимизации риска инфицирования краснухой.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, на 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.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (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-конflikта.

При выявлении антител к антигенам системы Резус женщина должна быть направлена на консультацию в медицинскую организацию 3-й группы для дальнейшего наблюдения. У резус-отрицательных женщин следует определить резус-фактор партнера. При резус-отрицательной принадлежности крови партнера определение антител к антигенам системы Резус не проводится.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, на общий (клинический) анализ крови с целью своевременного выявления и лечения анемии и других патологических состояний. Раннее обследование и выявление анемии способствует своевременной терапии и снижению риска негативных перинатальных исходов.

Для подтверждения латентного дефицита железа может быть рекомендовано исследование уровня ферритина в крови, как наиболее точного показателя определения уровня железа.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), 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.

При уровне ТТГ у женщины  $>2,5$  МЕ/мл и АТ-ТПО+ или при уровне ТТГ  $>4,0$  МЕ/мл вне зависимости от наличия АТ-ТПО женщину следует направить на консультацию к врачу-эндокринологу для назначения терапии гипотиреоза.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, на общий (клинический) анализ мочи с целью выявления и своевременного лечения заболеваний мочевыводящей системы для профилактики акушерских и перинатальных осложнений. При подозрении на инфекцию

мочевых путей рекомендовано определение белка в моче во время каждого визита с целью своевременного выявления протеинурии для выбора тактики ведения беременности.

Белок в моче может быть измерен в лабораторных условиях или с помощью специальных индикаторных полосок.

Рекомендовано направить пациентку, планиующую беременность (на прегравидарном этапе), на цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) с целью скрининга рака шейки матки.

Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и из цервикального канала следует рекомендовать в зависимости от даты предыдущего исследования, его результатов, наличия инфекции, вызванной вирусом папилломы человека, возраста пациентки

Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планиующую беременность (на прегравидарном этапе), на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме (*Toxoplasma gondii*) в крови.

Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии токсоплазмоза. Доказательная база эффективности антенатальной терапии токсоплазмоза в плане снижения негативных перинатальных исходов отсутствует.

Пациентка должна быть информирована о методах профилактики токсоплазмоза: гигиенической обработке рук перед едой, мытье свежих фруктов и овощей, термической обработке мяса, использовании перчаток при контакте с землей и мытье рук после контакта с землей, исключении контакта с кошками.

Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планиующую беременность (на прегравидарном этапе), на определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (*Cytomegalovirus*) в крови.

Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ЦМВ инфекции. Этиотропная терапия и профилактика внутриутробной передачи ЦМВ-инфекции отсутствует.

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

Рекомендовано направить пациентку, планиующую беременность (на прегравидарном этапе), на УЗИ матки и придатков (трансвагинальное или при невозможности - трансабдоминальное или трансректальное) в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла.

УЗИ матки и придатков рекомендовано для определения размеров матки и яичников, диагностики новообразований матки и ее придатков, аномалий их развития, патологических процессов в эндометрии (полипы, гиперплазия, хронический эндометрит), толщины эндометрия, оценки послеоперационного рубца на матке при наличии, а также определения количества антральных фолликулов. Антральные фолликулы определяют, как фолликулы со средним диаметром 2-10 мм в наибольшей двумерной плоскости.

На прегравидарном этапе рекомендована регистрация электрокардиограммы (данное исследование включено в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения и проводится с 18 лет при первом посещении, далее в 35+ лет - 1 раз в год).

Рекомендовано направить пациентку, планиующую беременность (на прегравидарном этапе), на консультацию врача-терапевта и консультацию врача-

стоматолога с целью своевременной диагностики и лечения соматических заболеваний и санации очагов инфекции.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), на консультацию врача-генетика при выявлении у нее и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией.

Факторами риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией являются: наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров хромосомных или генных аномалий; наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров детей с хромосомными или генными аномалиями, врожденными пороками развития, умственной отсталостью; кровнородственный брак.

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.

Рекомендовано 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 нейrogenеза у плода.

Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), о правилах здорового образа жизни, направленного на снижение воздействия на организм вредных факторов окружающей среды (поллютантов) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Выявлен повышенный риск невынашивания беременности, ПР, гестационной артериальной гипертензии и других осложнений беременности вследствие воздействия поллютантов, содержащихся в атмосферном воздухе, воде и продуктах питания (например, тяжелых металлов – мышьяка, свинца, и др. органических соединений – бисфенола А, и др.).

Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), о необходимости отказа от курения с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Курение во время беременности ассоциировано с такими осложнениями как ЗРП, ПР, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), гипотиреоз у матери, преждевременное излитие околоплодных вод, низкая масса тела при рождении, перинатальная смертность и эктопическая беременность. Примерно 5-8% ПР, 13-19% родов в срок ребенком с низкой массой тела, 23-34% случаев внезапной детской смерти и 5-7% смертей в детском возрасте по причинам, связанным с патологическим течением пренатального периода, могут быть ассоциированы с курением матери во время беременности. Дети, рожденные от курящих матерей, имеют повышенный риск заболеваемости бронхиальной астмой, кишечными коликами и ожирением.

Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), о необходимости отказа от приема алкоголя с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Несмотря на отсутствие высоко доказательных данных негативного влияния малых доз алкоголя на акушерские и перинатальные осложнения, накоплено достаточное количество наблюдений о негативном влиянии алкоголя на течение беременности вне зависимости от принимаемой дозы алкоголя, например алкогольный синдром плода и задержка психомоторного развития.

Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), о необходимости правильного питания, в частности отказа от вегетарианства и снижения потребления кофеина с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений. Вегетарианство во время беременности увеличивает риск

ЗРП. Большое количество кофеина (более 300 мг/сутки) увеличивает риск прерывания беременности и рождения маловесных детей.

Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), 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. Большое потребление рыбы, богатой метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель) может вызвать нарушение развития плода. Здоровое питание во время беременности характеризуется достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, получаемых в результате употребления в пищу разнообразных продуктов, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, фрукты и продукты из цельного зерна.

Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), 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. Самыми частыми инфекциями, передающимися с пищей, являются листериоз и сальмонеллез.

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  $\leq 35$  лет (женщинам некоторых профессий в возрасте  $\leq 55$  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.

Рекомендована в сезон гриппа вакцинация вакцинами для профилактики гриппа пациенткам, планирующим беременность (на прегравидарном этапе за 1 месяц до планируемой беременности)

### **Информация о понятии нормальной беременности, и жалобах, характерных для нормальной беременности в каждом триместре беременности**

Нормальная беременность – одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37-41 недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений. Беременность клиническая - беременность, диагностированная путем визуализации при ультразвуковом исследовании (УЗИ) одного или более плодных яиц/плодов, или наличия достоверных клинических признаков

беременности. Термин применяется в отношении как маточной, так и эктопической 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 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).

Рекомендован сбор анамнеза у беременной пациентки при 1-м визите с целью своевременной оценки факторов риска и патологических состояний для своевременной профилактики и лечения.

Рекомендована оценка жалоб у беременной пациентки при 1-м и каждом последующем визите с целью своевременного выявления патологических состояний для их лечения.

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.

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 (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.

## **Информация о правильном питании и поведении во время беременности**

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

Рекомендовано предложить: избегать положений тела, способствующих возникновению изжоги, соблюдение диеты, ношение свободной одежды, не давящей на область желудка, при жалобах на изжогу.

Рекомендовано предложить увеличить двигательную активность и добавить пищевые волокна (продукты растительного происхождения) в рацион питания при жалобах на запоры и геморрой.

Рекомендована эластическая компрессия нижних конечностей при жалобах на варикозное расширение вен нижних конечностей .

Ношение компрессионного трикотажа способствует сдавлению подкожных вен, уменьшению застойных явлений и увеличению скорости кровотока по глубоким венам нижних конечностей. Помимо компрессионного трикотажа беременной пациентке может быть назначен комплекс упражнений (лечебная физкультура) и контрастный душ в сочетании с правильным режимом труда и отдыха. При выраженном расширении вен нижних конечностей рекомендована консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга.

Рекомендовано предложить соблюдать режим физической активности при жалобах на боль в спине.

Соблюдение режима физической активности включает плавание и физические упражнения. Рекомендовано предложить ношение специального ортопедического бандажа и использование локтевых костылей при движении при жалобах на боль в лобке. Медикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности. Рекомендации данного раздела относятся только к пациенткам с нормальной беременностью. Рекомендовано назначить препараты с антацидным действием (АТХ антациды) при жалобах на изжогу и отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни.

## **Информация о клинических симптомах, требующих незамедлительного обращения к врачу-акушеру-гинекологу**

При нормально протекающей беременности госпитализация требуется только для родоразрешения и для проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации, 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.
- 4) Признаки угрожающих ПР.
- 5) Признаки ПОНРП.
- 6) Признаки ИЦН.
- 7) Рвота беременных > 10 раз в сутки и потеря массы тела > 3 кг за 1-1,5 недели при отсутствии эффекта от проводимой терапии.
- 8) Однократное повышение диастолического АД  $\geq 110$  мм рт. ст. или двукратное повышение диастолического АД  $\geq 90$  мм рт. ст. с интервалом не менее 4 часов.
- 9) Повышение систолического АД  $\geq 160$  мм рт. ст.
- 10) Протеинурия (1+).
- 11) Симптомы полиорганной недостаточности (головная боль, нарушения зрения, боли в эпигастрии, рвота, симптомы поражения печени, олиго\анурия, нарушения сознания, судороги в анамнезе, гиперрефлексия).
- 12) Признаки хориоамнионита.
- 13) ЗРП 2-3 степени.
- 14) Нарушение функционального состояния плода по данным доплерометрии и КТГ.
- 15) Внутриутробная гибель плода.
- 16) Острый живот.
- 17) Острые инфекционные и воспалительные заболевания.

## **Информация о необходимых исследованиях во время беременности**

Рекомендован общий осмотр беременной пациентки при 1-м визите с целью диагностики нарушения развития.

Общий осмотр включает оценку типа телосложения, типа распределения подкожной жировой клетчатки, состояния кожных покровов и видимых слизистых, степени и типа оволосения. Рекомендовано измерение массы тела и измерение роста беременной пациентки при 1-м и каждом последующем визите с целью определения индекса массы тела (ИМТ) (масса тела в кг / рост в м<sup>2</sup>) и контроля динамики прибавки массы тела во время беременности. Влияние на акушерские и перинатальные исходы оказывает исходный ИМТ до беременности, но особенно прибавка массы тела во время беременности. Рекомендуемая прибавка массы тела в 1-м триместре составляет не более 0,5 - 2 кг [24]. Прибавка масса тела происходит в том числе в связи с накоплением жидкости (отеками), характерными для периода гестации.

Рекомендовано измерение артериального давления (АД) на периферических артериях и исследование пульса у беременной пациентки при 1-м и каждом последующем визите с целью ранней диагностики гипертензивных состояний.

Рекомендована пальпация молочных желез у беременной пациентки при 1-м визите с целью диагностики узловых образований молочных желез.

При обнаружении узловых образований молочных желез рекомендовано направить пациентку на консультацию к врачу онкологу. Регулярная пальпация молочных желез во время беременности не целесообразна.

Рекомендован гинекологический осмотр беременной пациентки при 1-м визите с целью выявления или исключения гинекологических заболеваний.

дифференциальной диагностики с внематочной беременностью, определения размеров матки и ее соответствия сроку беременности, состояния и болезненности придатков, сводов влагалища у беременной пациентки.

Гинекологический осмотр включает визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование с определением размеров, консистенции, подвижности и болезненности матки, и придатков матки. Повторные гинекологические осмотры беременной пациентки

проводятся по показаниям: при наличии жалоб, связанных с репродуктивной системой, признаков выкидыша, истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) и преждевременных родов (ПР) с учетом соответствующих клинических рекомендаций. Без наличия показаний повторные гинекологические осмотры беременной пациентки не рекомендованы.

Рекомендовано определение срока беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования у беременной пациентки при 1-м визите. При расчете срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 недель) к первому дню последней менструации (при 28-дневном менструальном цикле).

При иной длительности менструального цикла необходимо вносить поправки в расчет срока родов с сторону увеличения срока при более длинном цикле и в сторону уменьшения срока при более коротком цикле. При наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов (дата переноса «плюс» 266 дней (38 недель) «минус» число дней, равное сроку культивирования эмбриона). 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 11-13 недель, срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ, так как это метод является наиболее точным. Рекомендовано определение окружности живота (ОЖ), измерение размеров матки (высоты дна матки - ВДМ) и заполнение гравидограммы у беременной пациентки при каждом визите после 20 недель беременности. Если ВДМ согласно гравидограмме ниже 10-й или выше 90-й перцентили распределения ВДМ, то рекомендовано УЗИ плода для оценки развития плода и определения количества околоплодных вод. Рекомендовано определение положения и предлежания плода у беременной пациентки при каждом визите после 34-36 недель беременности с целью определения тактики ведения родов.

Рекомендовано 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. Нет доказательных данных по эффективности профилактики неблагоприятных перинатальных исходов на основании подсчета числа движений плода. Пациентке должны быть даны рекомендации, что при субъективном снижении активности и/или частоты шевелений плода, ей следует незамедлительно обратиться в специализированный стационар или женскую консультацию для проведения дополнительного обследования.

Рекомендовано направить беременную пациентку при явке в 1-м триместре беременности на исследование уровня хорионического гонадотропина (ХГ) (свободная  $\beta$ -субъединица) в сыворотке крови, или исследование мочи на ХГ (при невозможности исследования крови) при невозможности ультразвукового исследования с целью диагностики беременности.

Данная рекомендация актуальна независимо от указания пациентки на наличие контрацепции, стерилизации, или отсутствие половой жизни. Рекомендовано направить 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 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. Согласно пункту 4.3. санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ инфекции»,

стандартным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции служит одновременное определение антител к ВИЧ 1,2 и антигена р24/25 ВИЧ с помощью диагностических тестов ИФА и ИХЛА. Повторное обследование в 3-м триместре лучше проводить до 36 недель беременности. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки. Рекомендовано направить 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 определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования новорожденного.

При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки. Вакцинация от гепатита В проводится по правилам, указанным в главе 5.3. Рекомендовано направить 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 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.

При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки. Рекомендовано направить 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 определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования плода.

Обследование и своевременно проведенное лечение сифилиса способствует лучшим исходам беременности. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-дерматовенерологу для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки. Рекомендовано направить беременную пациентку однократно при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) на определение антител класса G (IgG) и класса М (IgM) к вирусу краснухи (*Rubella virus*) в крови с целью выявления серонегативных пациенток.

При серонегативном статусе во время беременности пациентке должна быть предоставлена информация о минимизации риска инфицирования краснухой.

Рекомендовано направить 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 микроскопическое исследование влагиалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), микроскопическое исследование влагиалищного отделяемого на дрожжевые грибы с целью своевременного выявления и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний генитального тракта для профилактики восходящей инфекции.

Нецелесообразно рутинно направлять беременную пациентку на молекулярнобиологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских

половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), и на определение ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus* spp. и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом ПЦР, количественное исследование, и молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы (*Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*).

Данные исследования должны быть рекомендованы при появлении жалоб на вагинальный дискомфорт, изменение характера выделений из половых путей, зуд, жжение, выделения с неприятным запахом, воспалительном характере микроскопического исследования влагалищных мазков.

Рекомендовано направить 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.

Рекомендовано 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 18-20 недель беременности, затем при отсутствии антител - в 28 недель беременности с целью определения риска резус-конфликта.

При выявлении антител к антигенам системы Резус беременная женщина должна быть направлена на консультацию в медицинскую организацию 3-й группы для дальнейшего наблюдения. У резус-отрицательных женщин следует определить резус-фактор партнера. При резус-отрицательной принадлежности крови партнера определение антител к антигенам системы Резус не проводится. При неизвестной или резус-положительной принадлежности крови партнера беременной женщине можно предложить неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) в части определения антигена D системы Резус (резус-фактор) плода. При определении резус-отрицательной принадлежности крови у плода определение антител к антигенам системы Резус в крови матери не проводится.

Рекомендовано направить 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. Раннее обследование и выявление анемии способствует своевременной терапии и снижению риска негативных перинатальных исходов. Нормальный уровень гемоглобина в 1-м и 3-м триместре составляет  $\geq 110$  г/л, во 2-м триместре –  $\geq 105$  г/л. Для подтверждения латентного дефицита железа может быть рекомендовано исследование уровня ферритина в крови, как наиболее точного показателя определения уровня железа.

Рекомендовано 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.

Биохимический общетерапевтический анализ крови включает: исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, определение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови, исследование уровня глюкозы в крови.

Диагноз гестационного сахарного диабета (ГСД) может быть поставлен на

основании однократного определения уровня глюкозы. Критерий диагноза ГСД - значение глюкозы венозной плазмы натощак  $\geq 5,1$  ммоль/л, но не более 7,0 ммоль/л. На прегравидарном этапе рекомендовано исследование уровня глюкозы в крови (данное исследование включено в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения и проводится ежегодно). Рекомендовано 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.

Диагноз манифестного сахарного диабета может быть поставлен при повторном исследовании уровня глюкозы в крови или исследовании уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) в крови. Критерий диагноза манифестного сахарного диабета - значение глюкозы натощак выше 7,0 ммоль/л или уровня HbA1c –  $>6,5\%$ . Подробные правила забора крови на исследование уровня глюкозы, критерии диагноза манифестного сахарного диабета, ГСД – см. проект клинических рекомендаций «Гестационный сахарный диабет» 2023 г. Рекомендовано направить беременную пациентку на проведение глюкозотолерантного теста (пероральный глюкозотолерантный тест - ПГТТ) с 75 г декстрозы в 24-28 недель беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности для выявления.

Правила проведения ПГТТ - см. проект клинических рекомендаций «Гестационный сахарный диабет» 2023 г. Рекомендовано направить 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.

При уровне ТТГ у беременной женщины  $>2,5$  МЕ/мл и АТ-ТПО+ или при уровне ТТГ  $>4,0$  МЕ/мл вне зависимости от наличия АТ-ТПО беременную женщину следует направить на консультацию к врачу-эндокринологу для назначения терапии гипотиреоза.

Рекомендовано направить 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. При подозрении на инфекцию мочевых путей рекомендовано 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.

Белок в моче может быть измерен в лабораторных условиях или с помощью специальных индикаторных полосок.

Рекомендовано направить 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.

Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и из цервикального канала следует рекомендовать в зависимости от даты предыдущего исследования, его результатов, наличия инфекции, вызванной вирусом папилломы человека, возраста пациентки согласно клиническим рекомендациям «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» 2020 г.

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

Рекомендовано направить беременную пациентку в 35-37 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.

При положительном результате исследования пациенткам назначается антибиотикопрофилактика в родах. Рекомендовано направить беременную пациентку в 11-13 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.

Для дополнительной оценки риска ХА плода пациентке может быть дополнительно предложено проведение неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) (НИПТ) после 10 недель беременности.

Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на биохимический скрининг 2-го триместра, который включает исследование уровня ХГ (свободная  $\beta$ -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).

Биохимический скрининг 2-го триместра может быть назначен при отсутствии результатов скрининга 1-го триместра. Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение содержания антител к антигенам групп крови (анти-А, анти-В).

Доказательная база предикции гемолитической болезни плода по системе АВО отсутствует. Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме (*Toxoplasma gondii*) в крови.

Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии токсоплазмоза. Доказательная база эффективности антенатальной терапии токсоплазмоза в плане снижения негативных перинатальных исходов отсутствует. Беременная женщина должна быть информирована о методах профилактики токсоплазмоза: гигиенической обработке рук перед едой, мытье свежих фруктов и овощей, термической обработке мяса, использовании перчаток при контакте с землей и мытье рук после контакта с землей, исключении контакта с кошками.

Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (*Cytomegalovirus*) в крови.

Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ЦМВ инфекции. Этиотропная терапия и профилактика внутриутробной передачи ЦМВ-инфекции отсутствует.

Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение антител к вирусу простого герпеса (*Herpes simplex virus*) в крови вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ инфекции в анамнезе

Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ВПГ инфекции. 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.

Биопсия хориона проводится при сроке 10-14 недель беременности. Амниоцентез проводится при сроке беременности >15 недель. Индивидуальный высокий риск ХА у плода по данным скрининга составляет  $\geq 1/100$ . Противопоказаниями к инвазивной пренатальной диагностике являются: инфекционные и воспалительные заболевания любой локализации, угрожающий выкидыш или ПР. В случаях сенсибилизации по системе Rh(D) необходимо взвесить потенциальную пользу/риск от проведения инвазивной диагностики.

Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите в 1-м триместре беременности и сроке задержки менструации  $\geq 7$  дней на УЗИ матки и придатков или УЗИ плода (после 10 недель беременности) с целью диагностики беременности, ее локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия СБ эмбриона/плода.

Методом выбора является трансвагинальное УЗИ. Если трансвагинальное УЗИ недоступно, может использоваться трансабдоминальное УЗИ, однако этот метод не так точен, как трансвагинальное УЗИ, для диагностики осложнений ранних сроков беременности.

Рекомендовано направить беременную пациентку в на УЗИ плода в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, с целью определения срока беременности, проведения скрининга 1-го триместра, диагностики многоплодной беременности.

При УЗИ в 10-36 недель рекомендовано измерить пульсационный индекс (PI) в маточных артериях для предикции ранней ПЭ. Рекомендовано 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.

Рекомендована аускультация плода (определение частоты сердцебиения (ЧСС) плода) с помощью фетального доплера (анализатора доплеровского сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритного) или с помощью стетоскопа акушерского у беременной пациентки при каждом визите с 20 недель беременности с целью подтверждения жизнедеятельности плода.

При отсутствии ЧСС или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) рекомендовано направить беременную пациентку на УЗИ плода, ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока, или кардиотокографию (КТГ) плода.

Рекомендовано направить беременную пациентку в 18-20 недель беременности на ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления ХА, пороков развития, рисков ЗРП, ПР, ПЭ (скрининг II), 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.

Дополнительные УЗИ во 2-м триместре беременности должны быть назначены при отсутствии ЧСС или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода, или при подозрении на ЗРП согласно гравидограмме. Сроки и кратность выполнения УЗ-цервикометрии у пациенток группы высокого риска позднего выкидыша и ПР.

Рекомендовано 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.

Повторное УЗИ плода проводится в медицинской организации акушерского профиля третьей группы (уровня) или медико-генетический центр (консультацию), имеющий лицензии по профилям "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)", "ультразвуковая диагностика" и "клиническая лабораторная диагностика", с целью программного перерасчета риска рождения ребенка с ХА.

Рекомендовано в 34-35 недели беременности направить пациентку на УЗИ плода с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода.

Дополнительные УЗИ в 3-м триместре беременности (после 34-36 недель) могут быть назначены при подозрении на неправильное положение или предлежание плода, при отсутствии ЧСС или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности.

Рекомендовано дважды: в 18-20 недель и в 30-33 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.

У беременных пациенток группы низкого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока не приводит к улучшению материнских или перинатальных исходов.

Рекомендовано направлять беременную пациентку с 32 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели на КТГ плода. Рекомендовано измерение размеров таза (пельвиметрия) беременной пациентке в 3-м триместре беременности. Измерение размеров таза проводится с помощью акушерского тазомера для определения акушерской тактики при родоразрешении.

Рекомендовано направить 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 консультацию врача-терапевта и консультацию врача-стоматолога с целью своевременной диагностики и лечения соматических заболеваний и санации очагов инфекции.

Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите на консультацию врача офтальмолога с целью диагностики и лечения заболеваний глаз и выявления противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути.

Рекомендовано направить беременную пациентку на консультацию врача-генетика при выявлении у нее и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией.

Факторами риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией являются: наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров хромосомных или генных аномалий; наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров детей с хромосомными или генными аномалиями, врожденными пороками развития, умственной отсталостью; кровнородственный брак.

Рекомендовано направить беременную пациентку с патологическими изменениями электрокардиограммы на консультацию врача-кардиолога.

Рекомендовано направить 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 консультацию медицинского психолога с целью снижения риска акушерских и перинатальных осложнений, и формирования положительных установок на вынашивание и рождение ребенка.



## **Информация о приеме витаминов и лекарственных препаратов во время беременности**

Рекомендовано назначить лекарственные средства, разрешенные к применению во время беременности при жалобах на геморрой при отсутствии эффекта от соблюдения режима профилактики запоров.

Назначение фолиевой кислоты беременным младше 18 лет рекомендовано в виде биологически активной добавки при указании детского возраста в качестве противопоказания в инструкции к лекарственному препарату. Доза фолиевой кислоты зависит от риска возникновения дефектов нервной трубки. Высокий риск - при наличии дефекта нервной трубки в анамнезе или семейном анамнезе, наличии синдрома мальабсорбции у женщины. Фолиевая кислота может быть назначена как монопрепарат или в составе поливитаминов и поливитаминов в комбинации с минеральными веществами.

Препараты йода могут быть назначены как монопрепарат или в составе поливитаминов и поливитаминов в комбинации с минеральными веществами.

Рекомендовано назначить беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза пероральный прием колекальциферола на протяжении всей беременности в дозе 500-1000 МЕ в день с целью профилактики дефицита витамина D для снижения риска акушерских осложнений. К группе высокого риска гиповитаминоза витамина D относятся женщины: с темной кожей, витилиго, имеющие ограничения пребывания на солнце, с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, с недостаточным питанием, ожирением, анемией, диабетом. Согласно инструкции к лекарственному препарату доза 500 МЕ рекомендована в 1-2 триместре беременности, с 28 недель беременности возможно назначение 1000 МЕ колекальциферола с целью профилактики дефицита и недостаточности витамина D. Колекальциферол может быть назначен как монопрепарат или в составе поливитаминов и поливитаминов в комбинации с минеральными веществами.

При наличии лабораторно подтвержденного дефицита витамина D необходима консультация врача-эндокринолога и коррекция дозы колекальциферола. В группе низкого риска гиповитаминоза витамина D его назначение не снижает риск таких акушерских осложнений, как ПЭ, ЗРП и ГСД.

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

Доказано положительное влияние отдельных витаминов и микроэлементов (фолиевая кислота, колекальциферол, препараты железа) на перинатальные исходы. Пероральный прием поливитаминов или поливитаминов в комбинации с минеральными веществами на протяжении всей беременности (с учетом рекомендованных выше дозировок витаминов и микроэлементов) рекомендован беременным пациенткам группы высокого риска гиповитаминоза. К группе высокого риска гиповитаминоза относятся женщины: с наличием заболеваний, нарушающих обмен витаминов, с особенностью диеты (вегетарианская/веганская диета, редуцированная по калорийности диета), с ожирением, с избыточными физическими перегрузками.

Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (АТХ - Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислоты).

Назначение Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислоты, не снижает риск ГСД, ПР, нарушения нейрокогнитивного развития детей, послеродовой депрессии, ПЭ, ЗРП. Беременной пациентке группы риска ПР и ЗРП, например, курящей беременной пациентке, может быть рекомендован прием Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислоты, так как это снижает риск спонтанных ПР и рождения маловесных детей.

Не рекомендовано рутинно назначать препараты железа беременной пациентке при нормальном уровне гемоглобина.

Нет доказательств пользы рутинного назначения препаратов железа для здоровья матери или ребенка. При этом пациенткам группы риска развития латентного железодефицита и железодефицитной анемии (у которых невозможно устранить причину развития железодефицитного состояния, соблюдающим вегетарианскую или веганскую диету) рекомендовано назначать профилактические дозы лекарственных препаратов железа, пациенткам с железодефицитной анемией – лечебные дозы препаратов. Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке ретинол (витамин А). Нет доказательств пользы рутинного назначения витамина А.

Прием витамина А не снижает риск материнской, перинатальной и неонатальной смертности, мертворождений, рождения детей с низкой массой тела. Прием больших доз витамина А (>10 000 МЕ) может оказывать тератогенный эффект. Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке витамин Е. Прием витамина Е не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.

Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке аскорбиновую кислоту (витамин С). Рутинный прием аскорбиновой кислоты не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.

### **Информация об избегании факторов риска для профилактики осложнений во время беременности**

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).

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, одевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье, исключить алкоголь и кофеин, при путешествии в автомобиле использовать специальный трехточечный ремень безопасности, сообщить врачу о планируемой поездке в тропические страны для проведения своевременной вакцинации, 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. 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. Также 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). 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. Начиная со второй половины беременности, Вам рекомендуется посещать курсы для будущих родителей, где Вам будут даны ответы на возникающие во время беременности вопросы.

Рекомендовано информировать беременную пациентку о необходимости нормализации массы тела и правильной прибавке массы тела во время беременности в зависимости от исходного ИМТ с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Как избыточная, так и недостаточная прибавка массы тела во время беременности ассоциирована с акушерскими и перинатальными осложнениями. Беременные пациентки с ожирением ( $\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$ ) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: выкидыша, ГСД, гипертензивных расстройств, ПР, оперативного родоразрешения, антенатальной и интранатальной гибели плода, ТЭО.

Беременные с  $\text{ИМТ} \leq 18,5 \text{ кг/м}^2$  составляют группу высокого риска ЗРП. Рекомендовано 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.

Данные виды работ ассоциированы с повышенным риском ПР, гипертензии, ПЭ и ЗРП. Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости отказа от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения, с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Рекомендовано информировать беременную пациентку о пользе регулярной умеренной физической нагрузки (20-30 минут в день) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений. Физические упражнения, не сопряженные с избыточной физической нагрузкой или возможной травматизацией женщины, не увеличивают риск ПР и нарушения развития детей.

Рекомендовано информировать беременную пациентку 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.

Рекомендовано информировать беременную пациентку, 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. Авиаперелеты увеличивают риск ТЭО, который составляет 1/400 – 1/10000 случаев, вне зависимости от наличия беременности. Так как часто имеют место бессимптомные ТЭО, этот риск может быть еще выше (примерно в 10 раз).

Рекомендовано информировать беременную пациентку о правильном использовании ремня безопасности в автомобиле, так как правильное использование ремня безопасности снижает риск потери плода в случае аварий в 2-3 раза.

Правильное использование ремня безопасности у беременной женщины заключается в использовании трехточечного ремня, где первый ремень протягивается под животом по бедрам, второй ремень – через плечи, третий ремень – над животом между молочными железами.

Рекомендовано информировать беременную пациентку о правилах здорового образа жизни, направленного на снижение воздействия на организм вредных факторов окружающей среды (поллютантов) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Выявлен повышенный риск невынашивания беременности, ПР, гестационной артериальной гипертензии и других осложнений беременности вследствие воздействия поллютантов, содержащихся в атмосферном воздухе, воде и продуктах питания (например, тяжелых металлов – мышьяка, свинца, и др. органических соединений – бисфенола А, и др.).

Рекомендовано информировать беременную пациентку о необходимости отказа от курения с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Курение во время беременности ассоциировано с такими осложнениями как ЗРП, ПР, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), гипотиреоз у матери, преждевременное излитие околоплодных вод, низкая масса тела при рождении, перинатальная смертность и эктопическая беременность. Примерно 5-8% ПР, 13-19% родов в срок ребенком с низкой массой тела, 23-34% случаев внезапной детской смерти и 5-7% смертей в детском возрасте по причинам, связанным с патологическим течением пренатального периода, могут быть ассоциированы с курением матери во время беременности.

Дети, рожденные от курящих матерей, имеют повышенный риск заболеваемости бронхиальной астмой, кишечными коликами и ожирением.

Рекомендовано информировать беременную пациентку о необходимости отказа от приема алкоголя с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Несмотря на отсутствие высоко доказательных данных негативного влияния малых доз алкоголя на акушерские и перинатальные осложнения, накоплено достаточное количество наблюдений о негативном влиянии алкоголя на течение беременности вне зависимости от принимаемой дозы алкоголя, например алкогольный синдром плода и задержка психомоторного развития.

Рекомендовано информировать беременную пациентку о необходимости правильного питания, в частности отказа от вегетарианства и снижения потребления кофеина с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений. Вегетарианство во время беременности увеличивает риск ЗРП. Большое количество кофеина (более 300 мг/сутки) увеличивает риск прерывания беременности и рождения маловесных детей.

Рекомендовано информировать беременную пациентку 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. Большое потребление рыбы, богатой метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель) может вызвать нарушение развития плода. Здоровое питание во время беременности характеризуется достаточной

калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, получаемых в результате употребления в пищу разнообразных продуктов, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, фрукты и продукты из цельного зерна.

Рекомендовано информировать беременную пациентку 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. Самыми частыми инфекциями, передающимися с пищей, являются листериоз и сальмонеллез. Заболеваемость листериозом беременных женщин выше (12/100 000), чем в целом по популяции (0,7/100 000).

Рекомендовано проводить оценку факторов риска осложнений беременности с целью выявления групп риска и своевременной профилактики акушерских и перинатальных осложнений. Учет факторов риска акушерских и перинатальных осложнений необходимо проводить в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по соответствующим заболеваниям (состояниям) (возможно с использованием автоматизированных информационных систем).

Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител в 28 недель рекомендовано назначать введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в 28-30 недель беременности в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера или резусотрицательной принадлежности крови у плода при неинвазивном тестировании, введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в 28-30 недель не проводится. Если профилактика не была проведена в 28 недель, она показана после 28 недель беременности при условии отсутствия анти-Rh-антител.

Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител после проведения амниоцентеза, кордоцентеза, биопсии хориона, плаценты рекомендовано назначить дополнительное введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно.

### **Информация о вакцинации во время 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 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 (трёхчетырёхвалентные 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, генноинженерными 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.

### **Информация о внутриутробном развитии ребенка по неделям беременности с описанием его способностей (начало сердцебиения, начало двигательной активности, открывания глаз, сосательных движений и др.)**

Первый триместр 1-ая - 12-ая неделя.

В это время закладываются основные органы будущего малыша, а сам он очень чувствителен к внешним факторам. Начало развития эмбриона.

На старте первой недели: сперматозоид соединяется с яйцеклеткой, в результате чего формируется зигота. После этого зигота направляется в матку через фаллопиевы трубы, где проходит стадии деления и роста. К концу недели зигота внедряется в слизистую оболочку матки.

Вторая неделя развития

На протяжении следующих семи дней эмбрион продолжает активно развиваться, достигая размеров сравнимых с маковым зерном и состоя из нескольких клеток. В этот период для поддержания жизнедеятельности зародыша необходимы питательные вещества и кислород, которые он получает благодаря желточному мешку.

На третьей неделе после зачатия начинают формироваться важнейшие органы будущего ребенка. Изначально будущий младенец представляет собой лишь скопление клеток размером с головку булавки.

К четвертой неделе интенсивно происходит развитие пуповины и органов дыхания, а также закладывается основа будущего мозга. Сердцебиение зародыша еще медленное, но со временем его частота возрастает, достигая к девятой неделе около 180 ударов в минуту и стабилизируясь на уровне 120–160 ударов во втором триместре. Что касается самочувствия беременной, то оно может сильно различаться. Некоторые женщины вовсе не замечают изменений, в то время как другие сталкиваются с эмоциональными колебаниями и вздутием живота. Часто с четвертой недели начинают проявляться первые симптомы токсикоза, которые

обычно уменьшаются к двенадцатой неделе беременности.

#### Пятая неделя беременности

На этом этапе начинается формирование важного органа — плаценты, которая становится своеобразным мостом между матерью и растущим младенцем. Плацента обеспечивает питательными веществами и кислородом, а также выполняет защитную функцию. В этот период запускается развитие рук, ног, а также зарождаются основы органов зрения и слуха.

#### Шестая неделя беременности

На ультразвуковом исследовании уже можно увидеть эмбрион. Несмотря на отсутствие внешних изменений, у беременной могут начаться изменения, такие как учащение позывов к мочеиспусканию и появление пигментации. Эти пятна возникают вследствие изменений в процессе производства меланина, который отвечает за оттенок кожи.

#### Развитие плода: 7 и 8 недели

К концу седьмой недели беременности заметно прогрессирует развитие внутренних органов будущего ребенка. Формируются основные системы тела, включая дыхательную и пищеварительную, а также начинается образование коры головного мозга. Беременные могут ощущать повышенную утомляемость и болезненность груди. На следующей, восьмой неделе, у эмбриона уже можно определить индивидуальную группу крови, его вес достигает приблизительно одного грамма. Продолжается развитие важных анатомических структур: формируются конечности, развиваются желудочные отсеки, начинается формирование языка и органов вкуса. При помощи ультразвукового исследования уже возможно увидеть голову плода.

На девятой неделе беременности происходит формирование внешних половых органов у будущего ребенка. Хотя эмбрион уже способен к движениям, мать пока не может их ощутить.

С десятой недели процесс развития достигает важной вехи: эмбрион преобразуется в плод. Это время, когда у малыша формируются все ключевые органы и системы, а также исчезает эмбриональный хвост.

Одиннадцатая неделя ознаменуется началом работы костного мозга в полную силу, что важно для иммунной системы плода. В этот период зарождается процесс синтеза иммуноглобулинов, что является первым шагом в формировании собственного иммунитета ребенка.

#### Второй триместр беременности: 13–28 недели

Когда наступает 13-я неделя, начинается интенсивное развитие костей и хрящей у плода. Его лицо обретает определенные контуры, а благодаря сердечной деятельности кровь активно циркулирует по телу ребенка. Малыш уже способен к движениям, а на пальцах рук и ног формируются первые ногтевые пластины. С наступлением второго триместра большинство дискомфортных ощущений, свойственных первым неделям, уходят. Тело матери приспособливается к новым условиям, чтобы обеспечить все необходимое для развития ее растущего ребенка. К концу первого триместра и на протяжении 13-й недели, происходит формирование важных органов у ребенка: глаза и уши уже определены, ногтевые пластины и зубные зачатки начинают развиваться. В это время у беременных женщин наблюдается повышение кровотока в почках, что ведет к сохранению воды и солей в организме, иногда вызывая отечность, которая обычно уходит после рождения ребенка. Пуповина, состоящая из трех сосудов, приобретает прочную структуру.

На следующей, 14-й неделе, малыш начинает испытывать икоту и тренироваться в дыхательных движениях. Внешние пропорции тела становятся более сбалансированными, идет активный рост. Реснички, брови и волосы на голове становятся заметными. Развивается слуховая система, позволяющая ребенку улавливать различные звуки, включая музыку и голоса.

#### 15-я неделя

На данном этапе происходит укрепление скелета у будущего ребенка. У мальшей мужского пола начинает производиться гормон тестостерон. Активизация кровообращения и усиленная работа сердечной мышцы могут привести к повышению кровяного давления, что, в свою очередь, вызывает головные боли и ощущение головокружения.

#### 16-я неделя

На этой стадии уже возможно узнать пол ребенка благодаря ультразвуковому исследованию. Кожные покровы плода очень тонкие, имеют красноватый цвет и покрыты тонкими волосиками. Ребенок продолжает активно расти и на данный момент его размер составляет приблизительно 14 см в длину, вес достигает около 125 г.

На пороге 17-й недели женщина начинает ощущать первые толчки малыша,

напоминающие нежное покалывание, словно бабочки порхают внутри. Малышка в это время уже достигает приблизительно 13 см в длину и весит около 140 г.

С наступлением 18-й недели, активность младенца усиливается — он вольготно переворачивается в расширившейся матке. Эти изменения могут сопровождаться некоторым дискомфортом у матери в виде натяжения мышц и связок в области живота, что иногда приводит к ощущению боли.

19-я неделя

На данном этапе рост ребенка продолжается, однако его кожные покровы еще сохраняют морщинистость, связанную с малым количеством подкожного жира. Начинает происходить формирование ногтей и ресниц у плода. 20-я неделя Ребенок начинает проявлять больше активности, что заметно для матери по учащенным движениям. Малыш с этого периода способен на изменение мимики, а его половые органы уже полностью сформированы.

21-я неделя

В это время женщина отмечает увеличение своего веса, хотя живот все еще остается относительно маленьким. Происходит уменьшение или полное исчезновение симптомов токсикоза и усталости.

22-я неделя.

На этом сроке ребенок в утробе начинает учиться координировать движения своих век, то есть может их открывать и закрывать.

Неделя 23

Активность младенца в материнской утробе повышается, хотя большую часть времени он все еще спит. Черты лица уже четко прорисованы.

Неделя 24

К концу этой недели легкие плода практически полностью сформированы. Размеры малыша достигают 30 сантиметров в длину, а его вес приближается к 600 граммам.

Неделя 25

Плод усиливает свою двигательную активность, ощущая больше свободы в утробе.

Неделя 26

В это время происходит ускорение в наборе веса ребенком, который опережает его рост. Вес малыша составляет примерно 760 граммов, при росте в 35 сантиметров.

Развитие плода на 27-й неделе

На данном этапе беременности малыш уже способен различать свои конечности и имеет возможность сосать палец. Происходит интенсивное формирование мозга и нервных путей.

Третий триместр беременности:

С 28 по 40 неделю

Важные изменения на 30-й неделе. С этого периода начинается усиленное созревание легких, процесс которого продлится еще несколько недель. Также происходит укрепление скелета ребенка. 32–34 недели В этот период большинство времени эмбрион спит. Обычно он занимает позицию головой вниз, подготавливаясь к родам.

35 неделя

К этому моменту малыш уже плотно уместается в утробе, занимая стабильное положение.

36 неделя

На этом этапе кожа младенца становится ровной и приобретает розовый оттенок. Также завершается развитие легких и системы пищеварения.

37 неделя

На тридцать седьмой неделе беременности младенец достигает полной зрелости. Мать может ощущать давление в нижней части живота из-за того, что ребенок опускается ниже в преддверии рождения. Роды и сроки беременности

В период между 38 и 40 неделями беременности вероятность начала родов очень высока. Это время, когда они могут произойти внезапно.

В интервале 41–42 недель беременность все еще считается в рамках нормы, хотя и приближается к своему максимальному сроку. Продолжительность беременности свыше этих недель классифицируется как переношенная, что требует дополнительного внимания медицинских специалистов.



## **Информация о полезном влиянии беременности на организм женщины**

Беременность омолаживает организм женщины, особенно это касается мамочек после 35-40 лет. Многодетные матери реже сталкиваются с инсультом и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями, а у женщины, родившей более трех детей, также уменьшается риск развития рака матки, яичников и молочной железы.

## **Информация о понятии нормальных родов**

Нормальные роды - это своевременные (в 37 - 41 неделю беременности) роды одним плодом, начавшиеся самостоятельно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых пациентка и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

## **Информация о показаниях к кесареву сечению**

Кесарево сечение (лат. caesarea «королевский» и sectio «разрез») — один из способов родовспоможения, применяющийся в современной акушерской практике. По легенде, мать будущего известного монарха Гая Юлия Цезаря умерла во время родов, поэтому повитухи сделали надрез на ее животе для того, чтобы дать жизнь хотя бы ребенку. Так родился великий император Рима, а способ его появления на свет называли «кесаревым сечением».

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.

Операция кесарева сечения проводится только при наличии определенных показаний со стороны матери и/или плода. Провести операцию кесарева сечения просто потому что так хочет женщина мы не имеем права, поскольку действуем в рамках клинических протоколов.

Операции кесарева сечения (КС) можно разделить на плановые и экстренные.

В плановом порядке (до начала родовой деятельности, оптимальным сроком является 39-40 недель) родоразрешение путем КС рекомендовано:

- при патологии плацентации (полный вариант предлежания плаценты, вращение, предлежание сосудов плаценты);
- при предшествующих операциях на матке (два и более кесаревых сечения, удаление миоматозного узла со вскрытием полости матки и другие). Выбор метода родоразрешения решается врачебным консилиумом;
- при наличии препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка (деформация костей таза или выраженное сужение таза, рубцовые деформации влагалища после предшествующих операций, в том числе после разрыва промежности III-IV степени, рак шейки матки и некоторые другие);
- при предполагаемых крупных размерах плода (> 4500 г);
- при тазовом предлежании плода в сочетании с рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, сроке беременности менее 32 недель;
- при устойчивом поперечном положении плода;
- для профилактики герпеса новорожденного родоразрешение путем КС планируется всем беременным, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или были выявлены клинические проявления генитального герпеса накануне родов, т.к. в этом случае существует значительный риск вирусывыделения во время родов;
- с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку при высокой вирусной нагрузке и отсутствии антиретровирусной терапии;
- при тяжелых соматических заболеваниях беременной, по коллегиальному решению врачей акушеров-гинекологов и профильных специалистов в рамках врачебного консилиума.

В экстренном порядке кесарево сечение проводится, когда при беременности или в ходе естественных родов возникли осложнения, угрожающие здоровью матери или ребёнка:

- при преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС;
- при преэклампсии тяжелой степени, нарастании степени тяжести преэклампсии при невозможности родов через естественные родовые пути;
- при некорректируемых нарушениях сократительной деятельности матки;
- при признаках гипоксии (нехватки кислорода) у плода;
- при кровотечении (отслойка плаценты, предлежание плаценты);
- при выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании;
- при неправильном вставлении (расположении) плода в родах;
- при угрозе разрыва матки в родах.

Перед операцией женщину консультирует врач акушер-гинеколог и врач анестезиолог-реаниматолог. Последний выбирает наиболее подходящий для пациентки вид обезболивания при операции.

Перед операцией женщине необходимо надеть на ноги компрессионный трикотаж для профилактики тромбозов и тромбоэмболических осложнений. Перед операцией женщине проводят антибиотикопрофилактику для снижения риска гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений.

Кесарево сечение, в подавляющем большинстве случаев, проводится под местной (спинальной-эпидуральной комбинированной) анестезией. Во время операции пациентка находится в сознании.

Время прикладывания ребенка к груди будет зависеть от состояния женщины и новорожденного. При отсутствии противопоказаний прикладывание к груди проводится в операционной.

После операции пациентку переводят в палату интенсивной терапии, в которой она будет находиться столько, сколько посчитает нужным врач анестезиолог-реаниматолог.

В послеоперационном периоде женщине продолжают обезболивание, ей рекомендована ранняя активизация для снижения риска послеоперационных осложнений: раннее присаживание в кровати и вставание через 4-6 часов после операции.

В то время, как мать восстанавливается после операции, ее ребенок находится под круглосуточным наблюдением врача-неонатолога в отделении новорожденных детей перинатального центра или других неонатальных отделениях, если в этом есть необходимость.

После того, как женщина готова к переводу из отделения анестезиологии-реанимации, их с малышом, при отсутствии необходимости оказания ребенку интенсивной помощи, размещают в палате совместного пребывания.

## **Информация о подготовке к родам**

Период беременности — прекрасное время не только для начала знакомства с малышом, но и для того, чтобы лучше узнать собственное тело. В рамках подготовки к родам женщине предстоит избавиться от страхов и заблуждений, научиться лучше управлять своими мышцами, освоить самомассаж, визуализировать позитивные образы. Все это поможет снизить болевые ощущения во время схваток и облегчит прохождение ребенка по родовым путям. Еще один важный момент — выбор места для появления на свет новорожденного. О том, как это правильно сделать, и о подготовке к родам в целом — читайте ниже.

### **Почему важна подготовка к родам?**

Несмотря на всю естественность процесса, положительное влияние предварительной психофизической подготовки женщины на течение родов активно обсуждается среди акушеров-гинекологов. В одном из швейцарских исследований показано, что психопрофилактика во время беременности достоверно **снижает** частоту экстренных **кесаревых сечений**.

Не менее важный аспект подготовки к родам — обеспечение благополучного психологического и физического состояния новоиспеченной мамы сразу после родов. От того, насколько тесно она сможет контактировать с ребенком, насколько положительные будут у нее эмоции, зависит первый опыт общения с внешним миром у новорожденного.

По **данным** научных исследований, уже со второго месяца жизни младенцы, которые сталкиваются с дефицитом проявлений материнской любви, начинают отводить взгляд, хмуриться, сжимать губы, редко улыбаться. У таких малышей нередко запускаются психосоматические реакции, что приводит к более тяжелому течению привычных патологий, таких как:

- **младенческие колики**;
- аллергические проявления;
- **заболевания простудного характера**.

Также считается, что глубокие эмоциональные переживания младенцев могут выступать самостоятельной причиной развития подобных заболеваний.

Максимальная осведомленность женщины о процессе родов, особенностях ухода за новорожденным, приобретение практических навыков и разрешение конфликтов в семье помогают уменьшить вероятность таких проблем. Женщины, ответственно относящиеся к состоянию своей нервной системы и микроклимата в семье, обычно заботятся и о физическом здоровье, а значит, роды и процесс восстановления после них с большей вероятностью будут проходить благополучно.

### **Какие есть методики подготовки к родам?**

Сейчас практически у каждой женщины есть доступ к разнообразным курсам для беременных, чтобы подготовиться к родам. В мегаполисах занятия проводятся в бизнес-центрах, фитнес-клубах, роддомах и многопрофильных медицинских учреждениях. Даже если беременная живет в небольшом городке, она может получить нужные знания с помощью онлайн-тренингов или при посещении курсов женской консультации поликлиники.

Общая концепция каждой современной методики примерно одинакова:

- правильное питание;
- умеренная физическая нагрузка (плавание, гимнастика, аэробика);
- массаж;
- **дыхательные упражнения**;
- психологическая подготовка — может проводиться как по канонам классической психологической школы, так и с применением альтернативных учений (духовные практики, гипноз, **медитации, йога**).

По показаниям назначаются физиопроцедуры: лекарственный электрофорез, иглотерапия, электротерапия, аэроионотерапия, лечение кислородом (барокамера, кислородные коктейли).

Если говорить о медицинских учреждениях, программы всегда основаны на общих принципах психопрофилактической подготовки беременных к родам и специальных комплексах ЛФК (лечебной физкультуры). В частных структурах могут применяться новаторские методики, которые обычно имеют авторские названия. Например, широкое распространение получила техника «гипнороды». Инструкторы направления обещают глубокое расслабление и значительное снижение болевых ощущений во время родов. Но прежде чем довериться таким специалистам, следует убедиться в их образовании и квалификации.

### **Когда нужно начинать готовиться к родам?**

Рожденными в срок считаются малыши, появившиеся на свет с 37-й по 42-ю неделю беременности. Но быть готовой поехать в роддом женщине без дополнительных рисков стоит уже с 32-34-й недели. По **статистике**, 60-70% **преждевременных родов** приходится на 34-37-ю неделю беременности. Если брать всех деток, раньше срока рождается от 5 до 10% — процент **колеблется** в зависимости от региона и страны.

До выхода в декретный отпуск не каждая работающая женщина успевает основательно заняться непосредственной подготовкой к родам, поэтому у большинства беременных многие покупки приходится именно на время после 30-й недели. Хотя, как показывает анализ обсуждений на тематических форумах, задумываться над выбором

коляски, кровати, укачивающего центра и прочих девайсов будущие мамы начинают, как только проходит токсикоз первой половины беременности.

Если же говорить о подготовке тела и сознания к предстоящему событию, то в ответ на вопрос о сроках ответим так: чем раньше, тем лучше. В идеале — когда позволяет самочувствие, обычно состояние стабилизируется к 12-й неделе. Дело в том, что дыхательные упражнения и практические психологические приемы требуют времени для закрепления в подсознании и мышечной памяти. То же касается и **тренировки мышц тазового дна**, разработки тканей промежности — первые результаты могут появиться не раньше 20-30 дней при условии выполнения упражнений не реже трех раз в неделю.

### **Организация жизни перед родами**

Женщине, находящейся в ожидании малыша, стоит придерживаться ряда несложных правил:

- иметь **собранный сумку в роддом** со всем необходимым для себя и новорожденного;
- стараться не гулять одной далеко от дома, особенно в безлюдных местах;
- всегда иметь под рукой обменную карту, страховой полис, паспорт, родовой сертификат, при наличии — договор на платные роды;
- минимизировать рабочую и бытовую нагрузку;
- избегать **стрессовых ситуаций** и по максимуму высыпаться;
- отслеживать и прорабатывать возникающие **тревоги**;
- настраиваться на то, что роды пройдут гладко;
- почаще разговаривать с малышом, рассказывая, как вы будете рады вашей встрече.

После наступления 37-й недели будущая мама перестает беспокоиться о риске преждевременных родов и может начинать аккуратно подталкивать организм к долгожданному событию. Это особенно актуально, когда беременной становится тяжело вынашивать ребенка или малыш активно набирает вес: если он будет слишком крупным для родовых путей женщины, может потребоваться кесарево сечение. В таких пограничных ситуациях врач может назначить мягкие немедикаментозные методы родовозбуждения: физиотерапию, посещение специальных занятий ЛФК, фитотерапию.

Кое-что для ускорения наступления родов женщина может сделать и в домашних условиях. Массаж промежности с использованием специальных назначенных врачом масел, длительные прогулки, подъемы по ступенькам, мытье полов на четвереньках, стимуляция сосков и интимная близость с мужем, вероятно, сыграют свою роль в наступлении родовой деятельности, если сам организм женщины уже будет готов на психологическом и гормональном уровне. Не забывайте, что даже такие безобидные, на первый взгляд, мероприятия требуют предварительной консультации с вашим гинекологом.

### **Физическая подготовка к родам**

Умеренные физнагрузки улучшают функциональные возможности сердца, легких, укрепляют нервную систему, мышцы, стимулируют деятельность желудочно-кишечного тракта и кровообращение, в том числе в сосудах плаценты. Интенсивность и характер физической активности беременной женщины зависят от того, какой образ жизни она вела до зачатия. Не стоит резко бросать занятия, если организм привык к постоянному движению. Но как только вы узнали про беременность, необходимо перед очередной тренировкой обсудить с гинекологом план постепенного уменьшения нагрузки. То же касается и обратной ситуации. Если вы вели сидячий образ жизни и в новом статусе решили подготовить тело к родам, начинать занятия можно только с разрешения врача и под руководством компетентного в вопросе инструктора.

### **Правильное дыхание при родах**

Во время схваток наиболее важен следующий алгоритм при дыхании:

1. Держите расслабленными мышцы лица и тазового дна, концентрируя напряжение в руках и ногах.

2. Непосредственно перед очередной схваткой сделайте спокойный глубокий вдох носом.
3. Направьте дыхание в живот. Вы должны чувствовать, что в процессе участвует не столько грудная клетка, сколько брюшная стенка. При этом сильно надувать живот не следует.
4. Далее медленно (еще медленнее, чем вдох) выдыхайте через рот, не стремясь выпустить весь воздух из легких.

Именно таким образом реализуется диафрагмальное дыхание, к которому сводятся все системы дыхательных практик для беременных.

Между потугами можно использовать быстрые вдохи-выдохи, а когда акушерка разрешает тужиться, набирайте ртом как можно больше воздуха и задерживайте дыхание на уровне голосовых связок. При этом для снижения давления в области головы и предотвращения повреждения мелких сосудов на лице важно не закрывать рот. Как только потуга закончится, постарайтесь, медленно выдыхая, максимально расслабиться.

Очень важно хотя бы за месяц-два до родов начать регулярно выполнять дыхательные упражнения. Конкретный комплекс с курсом занятий вы можете получить у своего акушера-гинеколога или инструктора по ЛФК.

#### **Какие упражнения можно делать?**

В качестве регулярной физической нагрузки беременная может выбрать одну или несколько активностей из рекомендуемого списка:

- аэробика;
- гимнастика;
- **аквааэробика**;
- зарядка по утрам;
- ходьба на свежем воздухе.

Также очень желательны тренировки мышц тазового дна. Здесь важно отметить, что упражнения Кегеля до 16-18-й недели можно выполнять в любом положении, далее — сидя, ближе к концу беременности — стоя. Это связано с изменением положения внутренних органов женщины и необходимостью со второй половины беременности исключить давление в положении лежа на нижнюю полую вену.

Все это касается нормально протекающей беременности. При угрозе прерывания, преждевременных родов, предлежании плаценты, серьезных заболеваниях внутренних органов, тяжелой **анемии**, многоводии, склонности к кровотечениям или тромбозам спорт будет противопоказан.

#### **Стоит ли делать массажи?**

Во время беременности массаж назначают только по показаниям и не ранее 9-10-й недели гестации. При необходимости для мануального воздействия доступны все основные зоны:

- голова;
- плечи;
- спина;
- руки;
- ноги.

В крупных роддомах в штате предусмотрена должность массажиста. Он должен иметь дополнительное образование и опыт работы с беременными.

Легкий массаж висков, стоп, воротниковой зоны возможен и в домашних условиях после предварительной консультации с гинекологом. Легкие поглаживания со стороны близкого человека отлично снимают нервное напряжение и способствуют выбросу эндорфинов — гормонов счастья.

Также для беременных актуален массаж интимной зоны. Конечно, решающим фактором в устойчивости родовых путей к разрывам считается генетика, но массаж промежности со специально для этого предназначенными маслами (главное условие —

стерильность!) действительно улучшает эластичность тканей. Это было подтверждено крупным **обзором** имеющихся исследований по данной теме, опубликованным в 2020 году. Не следует начинать курс процедур ранее 36-й недели беременности, и здесь также нужна консультация с вашим акушером-гинекологом. Массаж будет противопоказан при **молочнице**, предлежании плаценты и в случае, если подобные манипуляции вызывают болезненные ощущения.

### **Психологическая подготовка к родам**

Мысли и эмоции, которые испытывает женщина, непосредственно влияют на состояние малыша, начало родовой деятельности и сам процесс родов. Это связано с поступающими сигналами из головного мозга, стимуляцией или блокированием выработки тех или иных гормонов. Например, паника может подавлять синтез окситоцина, активизирующего родовую деятельность. А усиленно вырабатываемый в этот момент гормон стресса адреналин дополнительно **уменьшит** способность матки к сокращению. Более того, женщина в таком состоянии хуже идет на контакт с медицинским персоналом, что повышает риски неправильных действий роженицы во время прохождения малыша через родовые пути.

Грамотная психологическая подготовка должна включать:

- изучение достоверных материалов о процессе родов, **основах грудного вскармливания**;
- разумный режим труда и отдыха, полноценный сон;
- концентрация на историях успешных родов;
- посещение психолога при наличии выраженного страха боли и негативных последствий родов, тревоги за здоровье малыша, а также других психологических проблем.

Чтобы правильно настроиться на роды, женщине очень важно в этот период быть довольной жизнью. В идеале беременная должна получать удовольствие от любого занятия, будь то спорт или готовка на кухне. Не следует доводить себя до переутомления и выраженного раздражения — лучше вернуться к занятию позже.

Если же стресс все же случился, постарайтесь эмоционально переключиться и расслабиться. В этом хорошо помогает масляная ароматерапия, дыхательная гимнастика или приятная прогулка на свежем воздухе.

### **Как выбрать роддом?**

Многие женщины уже в первом или втором триместре знают, где будут рожать. В таком случае остается лишь в районе 36-й недели подойти к интересующему врачу для составления контракта. Если же вы планируете рожать бесплатно и остановили выбор на ближайшем профильном учреждении, достаточно вызвать скорую помощь, когда отойдут воды или начнутся схватки, и вас должны будут отвезти именно туда.

Единственное — стоит заранее уточнить, не переполнен ли этот роддом и не закрыт ли он на мойку.

Если же выбор вызвал затруднения, попробуйте мысленно или на бумаге «прогнать» кандидатов по ряду параметров:

1. Стоимость услуг. В разных местах она может сильно и неожиданно варьироваться. Это актуально и в ситуации, если вы планируете рожать по ОМС, но, допустим, хотите занять одноместную платную палату или воспользоваться **эпидуральной анестезией** без показаний.
2. Местоположение. Близость роддома к месту вашего проживания особенно важный фактор, если у вас не первые роды. Женщинам, ожидающим первенца, вряд ли грозит встреча с новорожденным прямо в машине скорой помощи, но вот об удобстве расположения медучреждения для родственников, которые вас будут встречать на выписке, вполне можно подумать. Но это, конечно, не приоритет, а вот желание как можно быстрее добраться с новоиспеченным комочком счастья домой может оказаться весьма весомым аргументом.

3. Возможность присутствия мужа (родственников, **доулы**) на родах и в послеродовой палате. Общие действующие правила зависят от текущей эпидобстановки, но в каждом медицинском учреждении есть свои нюансы. Допустим, в одних местах представлены ВИП-палаты с отдельным входом, а в других путь к родильницам лежит чуть ли не через родзалы, и посещения в таких условиях весьма затруднительны. **Партнерские роды** сейчас практикуются практически повсеместно, но, например, в пик пандемии коронавирусной инфекции они были в большинстве учреждений запрещены.
4. Уровень общего комфорта. Достаточно ли одноместных палат и родильных боксов или как обустроены палаты (родзалы) для нескольких мам. Уточните, где расположены душевые комнаты, туалет, есть ли родзал с отдельным санузлом.
5. Особенности ведения родов: доступна ли эпидуральная анестезия, придерживаются ли принципов естественных родов (кладут ли ребенка сразу маме на живот, дают ли после рождения некоторое время отпulsировать пуповине, прикладывают ли малыша сразу к материнской груди), можно ли создать свою атмосферу (использовать аромалампу, музыкальное сопровождение, приглушенный свет).
6. Есть ли необходимая аппаратура и специалисты для конкретно вашего случая. Допустим, не во всех роддомах у сотрудников достаточно опыта для приема женщин с **многоплодной беременностью**.
7. Как отзываются рожавшие в этом роддоме мамы об акушерском и детском отделении, профессионализме и отношении к ним персонала, организации уборки и питания.

Еще один совет: заранее определитесь с поликлиникой, куда будете ставить на учет малыша, и педиатром. Это мероприятие необходимо организовать уже в первую неделю после выписки из роддома.

#### **Что нужно взять с собой в роддом?**

С подробным перечнем самых необходимых вещей для роддома вы можете ознакомиться в нашей **статье**. Здесь же добавим лишь несколько дополнительных нюансов.

Если вы **перехаживаете** и вас кладут в медицинское учреждение для наблюдения, уточните, можно ли взять с собой продукты, помогающие шейке матки быстрее созреть. К ним относят финики, петрушку, ананасы (свежие, консервированные, сушеные), листья малины для заваривания, оливковое (**льняное**, кунжутное) масло.

В качестве дополнительного обезболивающего средства возьмите на роды ручной массажер с четырьмя шарами. В зависимости от ситуации, с его помощью партнер, вы или кто-то из медперсонала сможет более эффективно массировать вашу поясничную область для облегчения схваток. Также можно подумать о музыкальном сопровождении — небольшая колонка, смартфон с заранее подобранным плейлистом или плеер с атмосферными, любимыми вами мелодиями действительно могут помочь. И всему этому есть научное обоснование: **массаж** снижает болезненные ощущения и уменьшает длительность I и II этапа родов, а **музыка** хорошо расслабляет и придает женщине больше чувства контроля над процессом родов.

#### **Совместное или раздельное пребывание в родильном доме?**

После естественных неосложненных родов в большинстве случаев предусмотрено совместное пребывание мамы и ребенка в палате. Но если женщина слишком вымотана, чувствует необходимость восстановиться и морально подготовиться, ребенка по ее просьбе вполне могут взять на ночь в детское отделение без прямых медицинских показаний со стороны мамы или малыша.

Если же родильница перенесла КС, в любом случае ее некоторое время будут наблюдать в отделении реанимации. О совместном пребывании можно говорить только на вторые сутки после родов.

#### **Мифы о подготовке к родам**

В завершение темы развенчаем три самых распространенных заблуждения о подготовке к родам, чтобы избавить будущих мам от лишних переживаний и мук выбора:

1. «До рождения нельзя ничего покупать малышу». Вариации этой фразы вы, вполне вероятно, услышите или уже слышали от бабушки, тети, соседки. Суеверие идет еще с древних времен. Оно гласит, что вещи для ребенка, которому только предстоит родиться, не наполнены его энергетикой и ими могут воспользоваться некие злые духи. Иногда утверждению ищут и более рациональные объяснения: допустим, что привлечение для покупок родственников укрепляет семейные связи. Но едва ли у работающих родных с современным ритмом жизни будет время хотя бы перестирать и перегладить все вещи малыша, которые пригодятся в самый тяжелый адаптационный период после роддома. Так что если вам удобнее совершить какие-то покупки или приготовления самостоятельно, смело действуйте — на процесс родов это может повлиять только положительно, ибо вы будете спокойны и уверены в завтрашнем дне.
2. «Секс во время беременности опасен, особенно на последних сроках». Во-первых, самые непредсказуемые результаты могут быть у интимной близости в первом триместре беременности, сопряженном с немалым количеством рисков. Ну а во-вторых, с 37-й недели «мужетерапия» без презерватива не только разрешена, но и показана. Простагландины, содержащиеся в сперме мужчины, будут **способствовать** подготовке шейки матки к родам, а если она уже готова и есть угроза перенашивания, интимная близость может помочь встрече с долгожданным малышом состояться быстрее. Конечно, это все при условии отсутствия противопоказаний к сексу и наличия взаимопонимания между супругами. Здесь также следует отметить, что, несмотря на прочное физиологическое обоснование, недавний научный обзор показал: половой акт на последних неделях беременности существенно **не увеличивает** частоту самопроизвольного начала родов.
3. «В качестве сигнала о начале родов нужно ждать отхождения околоплодных вод». В общественном сознании закреплен стереотип, что первый признак начала родов — это обильное излитие околоплодных вод. Но это лишь один из вариантов. На самом деле при первых родах довольно часто вначале происходят схватки, а сам плодный пузырь акушеру-гинекологу на определенном этапе нередко приходится искусственно прокалывать. Также иногда околоплодная жидкость сочится в небольшом количестве, что тоже служит сигналом о скором появлении малыша на свет. Все варианты начала родов в обязательном порядке изучаются в рамках дородовой подготовки.

Следует понимать, что каждая из нас индивидуальна: что поможет одной женщине уменьшить болезненные ощущения во время родов, для другой может быть неэффективно. Поэтому в течение беременности желательно попробовать несколько методик подготовки и найти ту, которая будет по душе именно вам.

То же касается и новорожденного. Нужно заранее быть готовыми, что ребенок может отказаться от укачивающего центра, а приучение к отдельному сну в кроватке, вполне вероятно, потребует от мамы и папы немало терпения и сил. Но поверьте: при правильном подходе вы очень скоро научитесь предугадывать желания малыша и сполна почувствуете, что же это такое — счастье родительства.

## **Информация об обезболивании родов**

При нормальных родах 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.



С целью уменьшения боли, связанной с родами, при неэффективности немедикаментозных методов обезболивания родов рекомендованы медикаментозные методы обезболивания родов с учетом состояния и предпочтений пациентки и возможностей медицинской организации, а также показаний и противопоказаний к проведению различных методов обезболивания.

Для обезболивания родов могут использоваться разные медикаментозные методы, включая нейроаксиальную анальгезию. Среди всех методов обезболивания в родах эпидуральная анальгезия обладает целым рядом преимуществ. При проведении нейроаксиальной анальгезии в акушерстве применяют современные местные анестетики.

Решение о возможности обезболивания родов методами нейроаксиальной анальгезии, а в дальнейшем и тактика ее проведения на всех этапах родов, определяется только совместно врачом-акушером-гинекологом и врачом-анестезиологом-реаниматологом с учетом всех факторов риска, особенностей течения родов и состояния плода. Проводит нейроаксиальную анальгезию врач-анестезиолог-реаниматолог.

Кроме эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной возможно применение паравerteбральной поясничной симпатической блокады.

К системным методам обезболивания относят применение опиоидов. Также возможно использование ингаляционных методов обезболивания, хотя они являются менее эффективными.

## **Информация о партнерских родах**

**Партнерские роды** - это роды с помощником, когда помимо акушерки, врача и других сотрудников роддома вместе с роженицей в родильном зале присутствует близкий ей человек. Чаще всего в роли такого "внештатного" помощника выступает отец ребенка: мужчина помогает женщине в процессе родов и морально, и физически. Таким образом, семья переживает это важнейшее событие вместе.

Для многих западных стран практика партнерских родов уже давно стала рядовым явлением. В нашей стране она была редкостью, пока новый Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" не утвердил право "отцу ребенка или иному члену семьи при наличии согласия женщины и с учетом ее состояния здоровья присутствовать при рождении ребенка".

### **Плюсы и минусы партнерских родов**

Вопрос о партнерских родах очень деликатный и решается каждой парой индивидуально. Однако есть общие аргументы "за" и "против" родов с помощником, которые надо обязательно проанализировать.

#### ***Доводы "за"***

**1.** Самое главное здесь - абсолютно логичное право отца участвовать в событии, которое является едва ли не самым важным в жизни молодой семьи. Если женщина здорова и роды идут нормально, то нет причин запрещать мужу присутствовать при появлении ребенка на свет. Партнерские роды - это не только вопрос гуманизации медицины, т.е. большего уважения к пациенту, открытости и человечности (курс медицины всего мира!), но и важный воспитательный фактор для молодых родителей. Известно, что у мужчин, присутствующих на родах, отцовский инстинкт просыпается намного быстрее.

**2.** Роды - это естественный финал беременности, которую современный мужчина переживает вместе со своей женщиной, самый трудный этап долгого пути, который они прошли вместе. Кому же, как не ему, и сейчас быть опорой и поддержкой любимой женщине? Семейные узы будут крепче, уважение мужа к своей жене - сильнее. Небезразлично это и для ребенка. Уже в первые минуты жизни у младенца начинают образовываться психологические связи. Счастливое "фото" обоих родителей, запечатленное в подсознании новорожденного, безусловно, сыграет положительную роль в формировании новой личности.

### **Доводы "против"**

1. Если в семье напряженная атмосфера, и совместными родами женщина хочет "наказать" супруга, продемонстрировав ему на таком личном примере, кому в семье живется труднее, нужно остановить себя, т.к. это тупик, который может привести лишь к еще большему разладу в супружеской паре.
2. Мужчина должен прежде всего сам выразить желание присутствовать на родах. Если он боится врачей, падает в обморок от вида крови - партнерские роды не для него, он, как слишком впечатлительный, будет плохим помощником в процессе родов. Однако упрекать его за это не следует. Во-первых, отказ не несет никакой отрицательной характеристики его как мужа и будущего отца. Во-вторых, есть много примеров, когда молодой отец, отказавшийся присутствовать на первых родах своей жены, был прекрасным помощником при рождении второго ребенка.
3. Если известна склонность мужчины в трудный момент - от сильных переживаний или растерянности - обвинять в происходящем всех и вся, его нужно отговорить от партнерских родов. Такой "помощник" будет мешать врачебной бригаде, особенно если во время родов возникнут те или иные отклонения. Он может начать давать советы, настаивать на них, спорить или ссориться с медперсоналом, что совершенно никому не нужно.
4. Нельзя воспринимать партнерские роды и как некую моду, которой нужно непременно соответствовать. Десятки причин могут заставить женщину усомниться в правильности такого нововведения: например, культурологические или религиозные соображения, твердое убеждение женщины, что перед мужчиной всегда следует предстать "одетой с иголкой". Какими бы ни были причины, они окончательны и обжалованию не подлежат. Если принимается решение рожать, как и было принято десятилетиями - только в окружении медперсонала, муж впервые увидит ребенка только при выписке из роддома. И это будет такой же прекрасный праздник для всей семьи.

### **Подготовка к партнерским родам**

Помимо полной открытости и доверия в семье, необходимых для партнерских родов, важно, чтобы мужчина прошел соответствующую подготовку. Кстати, папам обучение на курсах будущих родителей дается на удивление легко - обладающие системным мышлением мужчины едва ли не лучше женщин познают все премудрости этапов прохождения родов. Положительный настрой, полная осведомленность о том, что происходит в конкретный период родов, и практические умения помогать женщине перенести боль и страдания во время родовых схваток - это то, что требуется от мужчины в родовом зале.

Хорошие результаты дает следующий процесс: дополнительная встреча мужа с врачом, который будет принимать у женщины роды, чтобы тот еще раз объяснил, в чем конкретно будут заключаться функции "внештатного" помощника.

У администрации лечебного учреждения, в котором предстоят партнерские роды, необходимо узнать, какие медицинские обследования должен пройти мужчина, чтобы его допустили в родильный зал. Чаще всего это - флюорография, анализы на ВИЧ, гепатит, СПИД и сифилис. Перед тем как ехать в роддом, надо принять душ, одеть чистое нижнее белье и взять с собой новые пластиковые тапочки. Одноразовый костюм и шапочку выдают на месте. Нужно заранее спросить разрешения у администрации роддома вести фото- или видеосъемку.

### **Поведение в родильном зале**

1. Самое главное - это позитивный настрой молодого отца. Следует помнить, что женщине нужна прежде всего психологическая поддержка. Все болевые ощущения, которые в эту минуту кажутся ей невыносимыми, забудутся очень скоро. Нужно подбадривать жену, обнимать ее и не скупиться на ласковые слова. От неприятных ощущений можно отвлечь разговорами и шуткой.

2. Нужно внимательно слушать жену и делать то, что она просит, - поправлять подушку, вытирать ей лоб полотенцем, если врачи разрешат, помочь помыться под душем, делать ей массаж поясницы, как учили на курсах, помогать ровно дышать.
3. Нужно быть готовым к переменам настроения роженицы, никак не реагировать на них и ни в коем случае не спорить.
4. Нужно оказать женщине физическую поддержку. Если ей удобнее в какой-то момент повиснуть на руке мужа, следует дать ей эту возможность, стать для нее опорой в прямом смысле слова.
5. Необходимо наблюдать за работой врачей и за тем, чтобы женщина четко выполняла все их команды. Хорошая практика – повторять ей команды акушерки, а также по часам засекают время между схватками и сообщать об этом медперсоналу. Сидя у изголовья женщины можно самому нарочито дышать так, как требует дышать от женщины врач.

**Партнерские роды возможны только в индивидуальном родильном зале, поэтому о возможности рожать таким образом в конкретном роддоме необходимо узнавать у администраций лечебного учреждения.**

## **Информация о лактации**

Лактация – это естественный процесс, при котором происходит выработка, накопление и выделение грудного молока молочными железами женщины. К тому же это гормонально зависимый процесс, то есть процесс лактации регулируется многими гормонами.

Гормон пролактин выделяется гипофизом и стимулирует выработку молока железистой тканью молочных желез. Молоко накапливается в железах и млечных ходах.

Окситоцин выделяется при сосании ребенком груди и обеспечивает сокращения ряда мышц в млечных ходах, тем самым он отвечает за выделение молока. Также окситоцин стимулирует сокращение матки, что позволяет говорить о том, что кормление грудью позволяет ускорить инволюцию матки, что приводит к быстрому прекращению послеродового кровотечения.

Первые дни после родов у женщины выделяется молозиво, на протяжении этого время ребенок получает только его. У некоторых женщин молозиво начинает выделяться еще во время беременности. Это является индивидуальной особенностью таких женщин, но следует упомянуть, что не следует во время беременности выдавливать молозиво, тем самым стимулируется выработка окситоцина, а значит, сокращается матка и могут возникнуть преждевременные роды.

Молозиво чрезвычайно питательно и очень полезно, в нем содержится не только много питательных веществ, но и иммуноглобулины, которые так важны для новорожденного ребенка. Альбумины и глобулины (белки), содержащиеся в молозиве не требуют расщепления в желудочно-кишечном тракте ребенка, они сразу всасываются в кишечнике малыша.

На 3-5 сутки молозиво сменяется молоком. Малышу вполне хватает молозива в первые дни жизни, поэтому нет необходимости его докармливать.

### **Почему не хватает молока ребенку?**

Практически каждая женщина, кормящая грудью, хоть раз задумывается о том, что вдруг ребенку не хватает грудного молока. Это очень распространенная ошибка молодых мам. Вероятно, вы уже слышали это пугающее словосочетание – лактационные кризы у кормящей мамы. На самом деле, ничего страшного в этом нет.

Лактационный криз – это временное, естественное снижение количества выделяемого грудного молока. Этот процесс естественный и при соблюдении простых правил, не представляет никакой угрозы для будущей лактации. Обуславливается это явление изменением гормонального фона женщины. У всех кризы могут наступать в разное время.

## **Наиболее распространенные сроки возникновения лактационных кризов:**

7-14 дни после родов

30-35 дни после родов

3-3,5 месяца после родов

В эти периоды под влиянием гормонов может немного уменьшиться лактация, что является нормальным явлением. Эти сроки не являются догмой, у каждой женщины они могут быть разные, так как эндокринная система у всех разная. Длительность лактационного криза колеблется от 3 до 8 дней, в среднем это 4-5 дней. Не надо в этот период нервничать и переживать, думать, что ребенок голодает, не надо слушать бабушек с советами о том, как увеличить лактацию, молока ребенку хватает и будет хватать, если следовать простым рекомендациям, которые указаны ниже.

### **Первое кормление**

Первое прикладывание младенца к груди должно состояться в течение тридцати минут после рождения. Эти рекомендации ВОЗ по грудному вскармливанию сложно переоценить.

Природа заложила активизацию сосательного рефлекса у младенца именно в течение первого часа после родов. Если малыш не получит грудь сейчас, вероятно, потом он уснет, чтобы отдохнуть от сложной проделанной работы. И проспит не менее шести часов.

В это время женщина не получит стимуляции молочных желез, которая является сигналом для организма: пора! Начало выработки грудного молока и его количество напрямую зависят от времени первого контакта женщины с малышом. Чем дольше откладывается первое прикладывание, тем меньше молока прибудет у мамы и дольше его придется ждать — уже не два-три дня, а семь-девять...

Первое прикладывание снабжает малыша первой и самой ценной для него пищей — молозивом. И пусть его совсем немного, буквально капли, оно оказывает колоссальное воздействие на организм новорожденного:

- заселяет пищевой тракт дружественной микрофлорой;
- поставляет иммунную, противомикробную защиту;
- насыщает витамином А, облегчающим течение инфекционных заболеваний;
- очищает кишечник от мекония, содержащего билирубин.

Первое прикладывание, состоявшееся в течение получаса после рождения, формирует иммунную защиту организма от опасностей внешней среды. Продолжительность сосания каждой груди новорожденным должна составлять 20 минут.

### **Рекомендации для мам по ГВ**

От того, правильным ли будет начало грудного вскармливания, во многом зависят его успешность и продолжительность. Однако после выписки из роддома молодая мама сталкивается с множеством вопросов. Рекомендации ВОЗ по грудному вскармливанию помогают найти ответы на некоторые из них.

### **Отсутствие другой еды и пищи, кроме грудного молока**

Если иное не предусмотрено индивидуальными медицинскими показаниями, ВОЗ не рекомендует давать детям вообще никакую иную пищу и воду до достижения ими шестимесячного возраста.

В первые дни жизни ребенок получает богатое по своей питательной ценности молозиво. Того небольшого количества, которое вырабатывается, достаточно для удовлетворения всех его потребностей. Докормить малыша чем-либо не нужно! Более того, это чревато негативными последствиями.

Обилие воды перегружает почки. Докорм смесью создает неоправданную нагрузку на незрелые почки ребенка, которые пока не адаптировались к условиям жизни в окружающей среде. Аналогично действует допаивание водой. Малышу первых дней жизни дополнительная вода не нужна. Он рожден с ее запасом, достаточным до прихода

первого полноценного молока у матери. В молозиве воды очень мало, поэтому организму малыша оно подходит идеально.

Смесь нарушает кишечную микрофлору. Обычно на второй день после родов малыш начинает активно сосать грудь. Неопытные мамы тут же делают вывод — он голоден, его срочно нужно «подкормить» смесью. На самом деле, так ребенок побуждает материнский организм начать выработку первичного молока, которое приходит за молозивом. Никакая помощь ни крохе, ни вашему организму не нужна, все произойдет само собой! Если же дать младенцу смесь в этот момент, микрофлора его кишечника изменится. Разовьется дисбактериоз, являющийся основной причиной кишечных коликов и плача у младенцев до трехмесячного возраста. Нормализовать состояние ребенка, даже придерживаясь исключительно грудного вскармливания, получится не ранее, чем через две-четыре недели.

Безусловно, бывают ситуации, в которых докорм необходим. Но рекомендации по его введению должен давать только врач! Спонтанные решения мамы «один разок» подкормить смесью опасны для малыша.

### **Круглосуточное совместное пребывание**

На практике подтверждено, что малыши, постоянно находящиеся в одной палате с мамами, более спокойны, не кричат, не плачут. Женщины, успевшие познакомиться со своими детьми, более уверены в своих силах. И даже если малыш у них первый, по возвращению домой мама не столкнется с проблемой «я не знаю, что с ним делать». Кроме того, только совместное пребывание после родов обеспечивает возможность для нормального становления лактации.

### **Кормление «по требованию»**

Маме стоит смотреть на ребенка, а не на часы. Ваш малыш лучше знает, когда он проголодался, чем вы или медицинский персонал больницы. Грудное вскармливание «по требованию» обеспечивает несколько преимуществ: Малыш всегда сыт, хорошо набирает вес.

Ребенок спокоен, так как у него нет поводов для волнений и расстройства. Его мама всегда рядом, а грудь, взявшая на себя «роль» пуповины во время внутриутробного развития, согреет, поможет уснуть и справиться со страхом.

Молока становится больше. Количество молока у кормящих «по требованию» в два раза больше, чем у женщин, придерживающихся режима. Качество молока лучше. Кормление «по требованию» обогащает молоко ценными веществами. Установлено, что уровень белков и жиров в нем в 1,6-1,8 раза выше, чем в продукте для кормления «по режиму».

В ночные и ранние утренние часы уровень пролактина возрастает, такова особенность эндокринной системы человека, а значит, в этот период должно быть кормление, чтобы молока стало больше.

### **Профилактика лактостаза**

Риск застоя молока у кормящих «по требованию» мам ниже в три раза.

Практики кормления по желанию ребенка следует придерживаться и в домашних условиях. Постепенно у крохи сформируется индивидуальный режим кормлений, который будет удобен и маме.

### **Отказ от средств и устройств, имитирующих грудь**

Всемирная организация здоровья не рекомендует давать детям предметы, которые имитируют грудь матери. Они вызывают «сосковую дезориентацию», угрожающую естественному вскармливанию.

Использование сосок возможно у детей-искусственников, которым следует предлагать альтернативу материнской груди для удовлетворения сосательного рефлекса.

Для малышей-грудничков такая альтернатива недопустима, так как изменяет технику сосания, становится поводом для выбора — соска или грудь.

### **Средства, увеличивающие лактацию**

Есть женщины, которые изначально находятся в группе риска. Сюда относятся мамы, которые не смогли выкормить грудью предыдущего ребенка, а также те, у кого медленно прибывает молоко после родов. В первом случае специальное питание и лекарства могут быть назначены уже во второй половине беременности. Во втором – как только обнаруживается проблема. На самом деле многие средства не вызывают именно увеличение количества молока, а лишь обеспечивают его прилив. Необходимо посоветоваться со специалистом, для выбора необходимых препаратов.

### **Кормление до двух лет**

Советы ВОЗ по грудному вскармливанию включают рекомендации кормить до 2 лет. В этом возрасте мамино молоко играет первостепенную роль в вопросе формирования головного мозга малыша, становления его нервной системы, окончательного развития желудочно-кишечного тракта для возможности полноценного переваривания и усвоения «взрослой» пищи.

Поддерживать грудное вскармливание после 1 года, согласно рекомендациям ВОЗ, необходимо. Прикорм, который получает ребенок, не наделяется целью вытеснить или заменить материнское молоко. Он должен познакомить кроху с новыми вкусами, необычной для него консистенцией продуктов, научить жевать.

Но самые главные для развития его организма вещества ребенок все так же должен получать из маминой груди. Это «белое золото» — грудное молоко, вырабатываемое телом матери в идеальном количестве и составе для ее младенца.

Налаживание грудного вскармливания может стать одним из самых сложных этапов материнства. У кого-то всё проходит легко и гладко, но не у всех.

Грудное вскармливание – естественное продолжение питания в утробе, которое закладывает прочный фундамент здоровья на всю жизнь. Поэтому больше 90% женщин пытаются хотя бы начать грудное вскармливание после рождения ребенка.

Ни одна смесь не содержит иммуномодулирующего комплекса грудного молока. Ни одна смесь не профилактирует целого букета болезней. Ни одна смесь не даст такой связи матери и ребенка, которая формируется при грудном вскармливании.

Грудное молоко – это не идеальное, а биологически оптимальное видоспецифичное питание для человеческого ребенка.

И, если вы мама в процессе налаживания грудного вскармливания, мы хотим, чтобы вы знали – каждая капля вашего молока – это вклад в здоровье вашего ребенка! Каждый миллилитр заслуживает огромной благодарности от общества за вклад в здоровье нации!

Мы знаем, что здоровье недоношенных малышек очень уязвимо, и грудное молоко может быть жизненно важно для них. И хотя наладить грудное вскармливание в этом случае будет объективно сложнее – как минимум, если малыш попал в отделение интенсивной терапии, выработку молока придется какое-то время поддерживать сцеживанием, и потом, при воссоединении с мамой, переводить кроху на грудь. С учетом особенностей преждевременно родившихся малышек, это сложнее, чем обычный ход событий с прикладыванием к груди сразу после родов. Но при всех обстоятельствах – это того стоит!

**Грудное молоко, сколько бы малыш его ни получал по продолжительности, оказывает помимо текущих задач, еще и долговременный эффект на развитие.**