

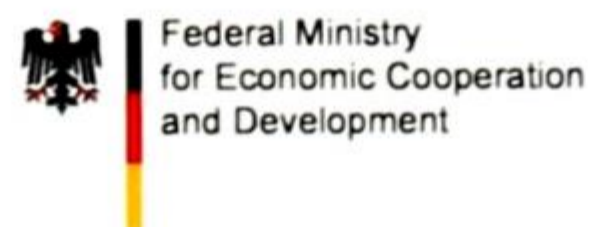


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

# ОСНОВЫ ЭФФЕКТИВНОГО АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА



*Учебное пособие для специалистов  
первичного уровня здравоохранения*



Бишкек 2010





МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

ОСНОВЫ ЭФФЕКТИВНОГО АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА

Учебное пособие для специалистов  
первичного уровня здравоохранения

Издание 2-ое, дополненное

На  
дальнюю память  
наших дорогих  
взаимоотношений и пожеланий  
с уважением  
вашим  
от  
Абдулмалык  
Тулубаров  
Самгунуович.  
2013г. апрель.  
JK

Бишкек 2010



**УДК 618**  
**ББК 57.1**  
**А 40**

Печатается по решению редакционно-издательского совета:

Председатель: д-р мед.наук Бокчубаев Э.Т.  
Секретарь: канд.мед.наук Окишева Э.М.  
Члены комиссии: канд. мед.наук Евсюков В.Н.  
канд. мед.наук Карлы Э.Е.

Рекомендовано к изданию Ученым советом КГМИПиПК.

Авторы:

Акматова Б.А. – ассистент кафедры семейной медицины КГМИПиПК;  
Болоцких И.В. – ассистент кафедры семейной медицины КГМИПиПК;  
Бозова С.Д. – заведующая кафедрой сестринского дела в акушерстве,  
гинекологии и педиатрии КГМИПиПК

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор Керимова Н.Р.  
Доктор медицинских наук, профессор Мусуралиев М.С.

**Акматова Б.А. и др.**

**40 ОСНОВЫ ЭФФЕКТИВНОГО АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА:** Учеб. пособие для семейных врачей, фельдшеров и акушерок/ А.Б.Акматова, И.В.Болоцких, С.Д. Бозова - Изд. 2-ое, доп.- Б.: 2010 –258 с.

**ISBN 978-9967-434-85-1**

Учебное пособие предназначено для специалистов первичного уровня здравоохранения и включает в себя эффективные методы ведения беременности, подготовки к родам, послеродового периода и ухода за новорожденным, основанные на материалах международного опыта и доказательной медицины. Данное пособие может быть использовано акушерами - гинекологами и врачами других специальностей, а также лицами, занимающимися проблемами родовспоможения, студентами медицинских факультетов и медицинских училищ. Учебное пособие пересмотрено и дополнено при поддержке Технического Сотрудничества Германии в рамках реализации проекта «Развитие систем здравоохранения в Центральной Азии».

А 4108160000 – 10  
ISBN 978-9967-434-85-1

УДК 618  
ББК 57.1  
© Акматова Б.А., 2010



## Содержание

---

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	7
ТЕКУЩИЕ ПРОГРАММЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОГО .....	9
СТРАТЕГИИ БЕЗОПАСНОГО МАТЕРИНСТВА.....	18
РОДОВСПОМОЖЕНИЕ, ОРИЕНТИРОВАННОЕ НА УЧАСТИЕ СЕМЬИ.....	24
НЕОБХОДИМОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРАКТИКЕ ОКАЗАНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ (ДОРОДОВОЙ) ПОМОЩИ .....	25
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА .....	27
НАВЫКИ КОММУНИКАЦИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ (ДОРОДОВОЙ) ПОМОЩИ.....	43
ПОДГОТОВКА К БЕРЕМЕННОСТИ.....	47
ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СВЯЗАННЫЕ С НИМИ ДИСКОМФОРТНЫЕ СОСТОЯНИЯ .....	50
НОВЫЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ РИСКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ .....	64
ВЕДЕНИЕ ГРАВИДОГРАММЫ.....	65
ОСМОТР И СКРИНИНГ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....	68
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСЕЩЕНИЙ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ .....	72
ДОМАШНИЕ ЗАПИСИ МАТЕРИ.....	74
СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА РОДОВ.....	74
ПОДГОТОВКА К РОДАМ.....	79
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ .	87
НЕПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ: ПРОФИЛАКТИКА И СКРИНИНГ .....	105
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ: ПРОФИЛАКТИКА И СКРИНИНГ .....	112
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА.....	143
КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	149
ПРОФИЛАКТИКА И ВЕДЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ .....	159



ГИГИЕНА РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА .....	176
ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	180
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ РОДОВ.....	187
УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОДОВ И В ПЕРВЫЕ 7 ДНЕЙ ПОСЛЕ РОДОВ.....	196
ПРИНЦИПЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО.....	202
СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТИ.....	211
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД.....	215
ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ.....	218
ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ.....	222
ОСОБЫЕ СЛУЧАИ: БОЛЕЗНЬ ИЛИ СМЕРТЬ РЕБЕНКА .....	225
МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА ОБУЧЕНИЯ .....	228
БИБЛИОГРАФИЯ.....	257



## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРТ	Антиретровирусная терапия
АКТГ	Адренокортикотропный гормон
ВДМ	Высота дна матки
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВМС	Внутриматочное средство
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГНБ	Гипертензивные нарушения беременности
ГСВ	Группа семейных врачей
ДКБ	Домашняя карта беременной
ЕРБ ВОЗ	Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
ЗВУР	Задержка внутриутробного развития плода
ИВЛ	Искусственная вентиляция легких
ИМТ	Индекс массы тела
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ИФА	Иммуно-ферментный анализ
КГМИПиПК	Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
КТГ	Кардиотокограмма
КУЗ	Качество услуг здравоохранения
МЛА	Метод лактационной аменореи
МСГП	Малый к сроку гестации плод
ОЦК	Объем циркулирующей крови
ПРД	Послеродовая депрессия
ПРК	Послеродовое кровотечение
ПЦР	Полимеразно-цепная реакция
РОУС	Родовспоможение, ориентированное на участие семьи
СДР	Синдром дыхательных расстройств
СЗ	Система здравоохранения
СО	Семья и община
СОЭ	Скорость оседания эритроцитов
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ФМТ	Фето-материнская трансфузия
ФПН	Фето-плацентарная недостаточность
ЦМВ	Цитомегаловирус
ЦРТ	Цели развития тысячелетия



ЦСМ	Центр семейной медицины
WHO	World Health Organization (Всемирная организация здравоохранения)



## ВВЕДЕНИЕ

Одним из приоритетных направлений Национальной программы реформирования системы здравоохранения «Манас таалими» и Национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики является охрана материнства и детства и совпадает с Целями развития тысячелетия (ЦРТ).

Согласно ЦРТ, «к 2015 году страны должны добиться значительного сокращения материнской смертности: к 2000 году в два раза сократить уровень материнской смертности 1990 года, а к 2015 году – еще в два раза. Достижения этой цели будут иметь различные результаты по странам с различными уровнями материнской смертности, зарегистрированными в 1990 году. К 2005 году страны со средним уровнем смертности должны нацелиться на достижение менее 100 смертей на 100000. К 2005 году страны с самыми высокими показателями материнской смертности должны нацелиться на достижение менее 125 смертей на 100000 живорожденных, а к 2015 году – менее 75 на 100000. В целом все страны должны сократить материнскую смертность до такого уровня, чтобы это перестало быть национальной проблемой здравоохранения. Должны быть сужены разницы материнской смертности внутри стран и между географическими регионами, социально-экономическими и этническими группами» (абзац 8.21).

Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 годы (далее Программа) разработана в соответствии с государственной политикой в области здравоохранения, определенной Национальной программой реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы и Национальной стратегией по охране репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года, и направлена на выполнение обязательств по достижению Целей развития тысячелетия по здравоохранению.

Согласно обязательствам по выполнению целей международного здравоохранения (ЦРТ), к 2015 году Кыргызская Республика планирует:

- снижение на две четверти материнской смертности (ЦРТ 4);
- снижение на две трети младенческой и смертности детей до 5 лет (ЦРТ 5);
- улучшение качества антенатальной, перинатальной и неонатальной помощи и дальнейшего качества жизни младенцев и детей.

Представленные приоритеты предполагают реализацию Программы на первом этапе (2008 – 2012 г.г.) по направлениям, на которые предусмотрено финансирование в рамках государственного бюджета и приоритетного компонента Национальной программы реформирования здравоохранения «Манас-таалими» на 2006 – 2010 г.г.

Реализация Программы на втором этапе (2012 – 2017 г.г.) предполагает изыскание дополнительных источников финансирования. Но, несмотря на это,



отдельные мероприятия будут реализовываться уже на первом этапе в условиях привлечения параллельного финансирования.

Основными причинами материнской смертности в Кыргызской Республике являются осложнения тяжелых форм гипертензивных нарушений во время беременности, акушерские кровотечения и другие. Частота осложнений при гипертензивных нарушениях беременности вызвана отсутствием качественного дородового ухода, особенно среди социально уязвимых слоев населения. Эти факторы усугубляются слабой системой оказания экстренной акушерской помощи («Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года»).

Младенческая смертность, в основном, обусловлена тем, что многие осложнения беременности не диагностируются, отмечается низкое качество ведения родов и ухода за новорожденными.

В последние годы в Кыргызстане проделаны мероприятия, направленные на улучшение репродуктивного здоровья населения. Несмотря на это, предоставляемые медицинские услуги по дородовому наблюдению беременных находятся еще ниже уровня возможностей и требований. Для качественного предоставления медицинских услуг женщинам и членам их семей, до и во время беременности, в послеродовом периоде, по вопросам ухода за новорожденными и подготовки беременных к родам необходимо внедрение эффективных методов родовспоможения, основанных на доказательной медицине.

Данное учебное пособие освещает комплекс мероприятий по снижению материнской и младенческой смертности, основанных на широком клиническом внедрении данных контролируемых научных исследований и международном опыте за последние столетия. Эти данные обосновывают необходимость внедрения эффективных методов помощи и поддержки пациенток и членов их семей на всем протяжении беременности и родов и отказа от тех методов, которые являются бесполезными и вредными.



## **ТЕКУЩИЕ ПРОГРАММЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОГО**

Национальная программа реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы основана на преемственности программы «Манас» и направлена на обеспечение предоставления качественных услуг здравоохранения, отвечающих потребностям общества.

В рамках Программы «Манас таалими» дальнейшее развитие получит:

- Укрепление потенциала первичного уровня сектора здравоохранения, повышение роли семейной медицины в интегрированном решении медико-санитарных проблем отдельных пациентов, семьи и общества в целом;
- Проведение дальнейшей оптимизации деятельности в больничном секторе, которая позволит предоставлять медицинские услуги высокого качества на основе вертикальной и горизонтальной интеграции, преемственности оказания услуг;
- Интеграция приоритетных программ в создаваемую систему предоставления индивидуальных и общественных услуг, с повышением роли центров и институтов в координации деятельности организации здравоохранения, мониторингу индикаторов здоровья населения, разработке методических материалов, основанных на научных данных;
- Развитие кадрового потенциала системы здравоохранения, отвечающего требованиям современного здравоохранения;
- Усиление роли Министерства здравоохранения КР в проведении государственной политики в области охраны и укрепления здоровья, усиления межсекторального взаимодействия, в координации деятельности донорских организации;
- Децентрализация управления в системе здравоохранения, повышение управленческой, финансовой автономии и ответственности поставщиков за результаты деятельности.

Основной целью Национальной программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы является улучшение состояния здоровья населения путем создания отзывчивой, эффективной, комплексной, интегрированной системы предоставления индивидуальных и общественных услуг здравоохранения, повышения ответственности каждого человека и общества в целом.

### **Цели политики реформы здравоохранения:**

- Достижение справедливости и доступности услуг здравоохранения;
- Снижение финансового бремени для населения;
- Повышение эффективности предоставления услуг здравоохранения;
- Улучшение качества медицинских услуг;



- Повышение отзывчивости и прозрачности системы здравоохранения.

### **Задачи политики реформы здравоохранения:**

1. Повышение эффективности и отзывчивости системы здравоохранения путём формирования комплексной интегрированной системы предоставления услуг здравоохранения отвечающей потребностям населения и общества.
2. Сокращение финансового бремени для населения на основе устойчивого финансирования здравоохранения, справедливого распределения ресурсов, направленного на улучшение доступности для населения, особенно бедных и социально уязвимых его слоёв, к качественным услугам здравоохранения, сбалансированности государственных обязательств в рамках Программы государственных гарантий и других приоритетных программ.
3. Улучшение качества услуг здравоохранения на основе дальнейшего развития потенциала сектора здравоохранения, эффективного управления человеческими ресурсами, улучшения материально-технической базы сектора здравоохранения, дальнейшего совершенствования информационно-коммуникационных технологий, повышения эффективности использования ресурсов и оптимизации деятельности организаций здравоохранения.
4. Улучшение состояния здоровья населения и достижение Целей развития тысячелетия на основе решения приоритетных вопросов охраны и укрепления здоровья, усиления межсекторального взаимодействия при активном участии населения, неправительственных и общинных организаций, местных сообществ, средств массовой информации, органов государственного управления и местного самоуправления.

### **Приоритетные направления**

- Повышение эффективности услуг первичного звена здравоохранения с особым акцентом на усиление потенциала ФАПов и скорой неотложной помощи.
- Оптимизация предоставления специализированной помощи и регулирование доступа медицинских услуг, включая высокотехнологичные виды медицинской помощи.
- Улучшение качества услуг здравоохранения путём внедрения механизмов эффективного внутриучрежденческого менеджмента, продвижения принципов доказательной медицины, рационального фармацевтического менеджмента, усиления лабораторной службы, управления внутрибольничными инфекциями и медицинскими отходами.
- Ориентация здравоохранения на достижение Целей развития тысячелетия, усиление роли общественного здравоохранения, формирование культуры здоровья с активным вовлечением общин, неправительственных организаций, средств массовой информации, органов местного самоуправления.
- Улучшение качества до- и последипломного образования и непрерывной подготовки путём повышения аккредитационных требований к учебным



заведениям и программам и внедрение механизмов закрепления медицинских кадров, особенно в сельской местности.

В рамках Национальной программы реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас» (1996-2006) был определён ряд приоритетов, по которым были приняты национальные и государственные программы, направленные на охрану здоровья матери и ребёнка, улучшение репродуктивного здоровья, борьбу с туберкулёзом и другими инфекционными заболеваниями, которые были поддержаны международными донорскими организациями.

Анализ сложившейся эпидемиологической ситуации и медико-демографических показателей, а также принятые обязательства по достижению ЦРТ, определили для Кыргызстана на ближайшее пятилетие следующие приоритетные направления Программы «Манас таалими»:

- охрана материнства и детства;
- контроль туберкулёза и профилактика респираторных заболеваний;
- профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений;
- ограничение распространения ВИЧ/СПИДа.

### **Пути достижения приоритетных программ**

Повышение эффективности оказания индивидуальных медицинских услуг и услуг общественного здравоохранения в рамках приоритетных программ, направленных на снижение заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности населения и достижение Целей развития тысячелетия в области охраны здоровья, достигается путем реализации следующих задач:

1. Снижение показателей материнской и детской смертности за счёт увеличения охвата медицинскими услугами, имеющими доказательную основу.
2. Снижение заболеваемости и смертности от туберкулёза и респираторных заболеваний путём эффективного внедрения стратегий DOTS и PAL.
3. Профилактика наиболее распространённых и социально-значимых заболеваний сердечнососудистой системы, определяющих основные причины смертности и инвалидизации населения.
4. Ограничение распространения ВИЧ-инфекции/СПИДа, ИППП и наркомании.

### **Снижение показателей материнской и детской смертности**

Для существенного улучшения состояния здоровья матери и ребёнка, и, соответственно, достижения 4 и 5 Целей развития тысячелетия, необходимы срочные и эффективные вмешательства со стороны государства. В противном случае при имеющихся тенденциях и социально-экономических условиях Кыргызстан не сможет выполнить взятые на себя обязательства в области здравоохранения.

Существует перечень эффективных вмешательств, имеющих доказательную базу, внедрение которых может предотвратить две трети смертей детей первых 5



лет жизни, позволив тем самым достигнуть поставленных ЦРТ. 90% этих вмешательств может быть выполнено за счёт услуг ПМСП и общественного здравоохранения. Эти вмешательства основаны на профилактических подходах, способных эффективно снизить подверженность заболеваниям, которые являются ведущими в структуре смертности детей, и на медицинских вмешательствах, которые являются доказанными и выполнимыми в условиях Кыргызской Республики.

В 2000-2004 годах в Республике при помощи доноров внедрялись программы «Содействие повышению эффективности перинатальной помощи» (ЮНИСЕФ/ВОЗ), «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (ЮНИСЕФ/ВОЗ), «Программа по поддержке и поощрению грудного вскармливания» (ЮНИСЕФ), «Профилактика железодефицитной анемии у беременных» (ЮНИСЕФ), «Охрана материнства и детства» (KfW), «Безопасное материнство» (ЮНИСЕФ/ВОЗ), «Внедрение новых критериев живорождения» (ВОЗ/CDC), неотложная акушерская помощь новорожденным, безопасный аборт, социальный патронаж и др., содержащие элементы этих вмешательств. Однако результаты качественных выборочных исследований показывают, что эти вмешательства не охватывают 20-30% населения, за исключением иммунопрофилактики, саплементации витамином А и использования оральных регидратационных средств.

Институционализация вмешательств планируется через включение их в стандартные ante-, intra- и постнатальные пакеты услуг беременным, роженицам, новорожденным и детям первого года жизни, финансирование которых на первоначальных этапах предполагается за счёт донорской помощи, с постепенным включением в программу государственной гарантии (ПГГ).

В условиях переходного периода становления института семейной медицины необходимо провести дальнейшую интеграцию вертикальных специализированных программ в общую систему предоставления медицинских услуг с совершенствованием системы мониторинга, позволяющей своевременно реагировать на эффективность программ в области охраны материнства и детства.

Для повышения эффективности внедрения определённых доказательных вмешательств планируется параллельное обучение и повышение информированности населения по привитию здорового образа жизни, рациональному уходу за здоровым и больным ребёнком, вопросам планирования семьи, репродуктивного выбора и безопасного материнства, распознаванию опасных признаков, первой помощи при них и своевременному обращению к медицинскому работнику.



## **Основные мероприятия приоритетного направления охраны материнства и детства**

- Поэтапное расширение видов медицинских услуг беременным, роженицам, родильницам и детям до 5 лет в рамках ППГ.
- Обеспечение увеличения охвата эффективными вмешательствами для улучшения состояния здоровья матери и ребёнка.
- Совершенствование законодательной и нормативно-правовой базы, разработка целевых программ.
- Поддержка на адекватном уровне качественного охвата иммунопрофилактикой и программами по ликвидации микронутриентной недостаточности.
- Дальнейшая интеграция специализированной помощи в общую систему предоставления индивидуальных медицинских услуг на основе улучшения преемственности, обеспечения методической и консультативной помощи организациями здравоохранения третичного уровня.
- Исследования и мониторинг внедрения программ.
- Оптимизация систем регистрации рождения и смерти ребёнка с обеспечением доступности, доверенности и оперативности.
- Повышение информированности медицинских работников и населения по вопросам ухода за ребёнком и беременной женщиной (грудное вскармливание, питание, опасные признаки, уход и воспитание как здоровых, так и больных детей раннего возраста).
- Обеспечение лекарственными препаратами беременных, рожениц и детей раннего возраста на всех уровнях оказания медицинской помощи.

## **Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года**

Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики представляет собой комплексное решение проблем в области охраны репродуктивного здоровья и отражает основные направления, стратегические цели и задачи государственной политики в данной области. Ее реализация будет строиться на основе национального законодательства, приоритетах прав человека, принципов гендерного равенства и развития партнёрства в соответствии с международными обязательствами Кыргызской Республики, путём выполнения плана мероприятий, совершенствования нормативно-правовой базы, механизмов управления.

В рамках реализации Национальной стратегии необходимо скоординировать усилия и деятельность государственных структур, органов местного самоуправления, гражданского общества, международных организаций по улучшению состояния репродуктивного здоровья населения. Соответственно, все партнёры и заинтересованные стороны должны согласовывать планы мероприятий, мониторинга и оценки своих программ/проектов с планом



мероприятий, мониторинга и оценки Национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья Кыргызской Республики до 2015 года, утверждённой Указом Президента Кыргызской Республики.

Национальная стратегия по охране репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики разработана в контексте положений международных документов по правам человека, в которых сформулированы руководящие принципы применительно к улучшению сексуального и репродуктивного здоровья. К ним относятся: Международная конференция по народонаселению и развитию (Каир, 1994г.); Декларация и программа действий четвёртой Всемирной конференции по положению женщин (Пекин, 1995 г.); Конвенция ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW, 1997г.); Всеобщая декларация прав человека (1948 г.); Декларация целей развития тысячелетия (2000 г.); Глобальная стратегия в области репродуктивного здоровья (2004 г.); Региональная стратегия ЕРБ ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья (2001 г.); Стратегический план действий по вопросам здоровья женщин в Европе (2001 г.); Стратегия репродуктивного здоровья, направленная на ускорение прогресса в достижении международных целей и задач развития ВОЗ (2004 г.) и др.

Законодательство Кыргызской Республики признаёт эти международные нормы и определяет репродуктивное здоровье как состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы. Репродуктивные и другие права граждан, способствующие репродуктивному здоровью, гарантированы Конституцией Кыргызской Республики (ст.34) и закреплены в Законах Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 г. №6, «О репродуктивных правах граждан Кыргызской Республики» от 13 января 2000 г. №5, «Об основах государственных гарантий обеспечения гендерного равенства» от 12 марта 2003 г. №60, «О социально-правовой помощи пострадавшим от насилия в семье» от 25 марта 2003 г. №62, «О предупреждении и борьбе с торговлей людьми» от 17 марта 2005 г. №55, «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» от 13 августа 2005 г. №149, «О государственном пособии в Кыргызской Республике» от 5 марта 1998 г. №15.



## **Руководящие принципы Национальной стратегии по охране репродуктивного здоровья населения КР**

1. Принцип ориентированности на практическую реализацию.
2. Принцип соблюдения прав человека.
3. Принцип справедливости предоставления медицинских услуг.
4. Принцип ориентированности на социально уязвимые слои населения.
5. Принцип гендерного равенства и основанных на нём подходов.

### **Этапы реализации Национальной стратегии по охране репродуктивного здоровья населения КР**

Последовательный и поэтапный выбор приоритетов с концентрацией усилий, имеющихся ресурсов на предстоящий десятилетний период реализации стратегии обусловлен экономическими условиями страны, не позволяющими обеспечить финансирование всех интервенций, направленных на решение проблем РЗ населения.

Представленный выбор приоритетов предполагает реализацию Национальной стратегии на первом этапе по 4 направлениям, на которые предусмотрено целевое финансирование в рамках Национальной программы реформирования здравоохранения «Манас-таалими» на 2006-2010 гг.

План мероприятий на второй этап реализации будет разработан к 2011 году, источники финансирования будут изысканы. Но, несмотря на это отдельные мероприятия по указанным направлениям будут реализовываться уже на 1 этапе в условиях привлечения внебюджетных средств согласно действующему законодательству Кыргызской Республики.

#### **I этап -2006-2010 годы**

- Государственная политика в области охраны РЗ населения КР;
- Безопасное материнство;
- Репродуктивный выбор;
- Борьба с ВИЧ/СПИД, ИППП.

#### **II этап -2010-2015 годы**

- Репродуктивное здоровье подростков;
- Рак репродуктивной системы;
- Предупреждение и борьба с насилием.



## **Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008 – 2017 годы**

Настоящая Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 годы (далее Программа) разработана в соответствии с государственной политикой в области здравоохранения, определенной Национальной программой реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы и Национальной стратегией по охране репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года, и направлена на выполнение обязательств по достижению Целей развития тысячелетия по здравоохранению.

При содействии международных организаций внедряется ряд ключевых программ, в основе которых лежат стратегии ВОЗ – обеспечение безопасной беременности/содействие эффективной перинатальной помощи, грудное вскармливание, первичная реанимация новорожденных, методология BABIES, критерии живо - и мертворождения, регистр новорожденных. Программы, в основном, финансируются донорами на уровне пилотных регионов; из-за недостаточного поступления бюджетных средств дальнейшая их институционализация затруднена. Недостаточная координация и интеграция программ в существующую систему здравоохранения, трудности с мониторингом после окончания проекта снижают их эффективность.

Таким образом, несмотря на проводимые мероприятия и значительные капиталовложения, за последние годы не было достигнуто значительного улучшения качества медицинских услуг беременной, роженице, родильнице и новорожденному ребенку. Оценка основных показателей смертности показывает, что в последние годы отсутствуют положительные сдвиги в материнской и младенческой смертности.

Принимая во внимание вышеизложенное и с целью совершенствования службы родовспоможения и неонатальной помощи в Кыргызской Республике, улучшения организации и качества работы родильных отделений (домов), разработана Государственная программа по улучшению перинатального ухода.

**Цель программы** - снижение материнской, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности, улучшение качества медицинской помощи матерям и новорожденным, предоставление равных возможностей во всех регионах страны.

### **Приоритетные направления программы:**

1. Организация ступенчатой системы перинатальной/неонатальной помощи с разработкой основных положений по оказанию антенатальной, перинатальной и неонатальной помощи, основанных на эффективных технологиях ВОЗ (регионализация) и принципах доказательной медицины.
2. Создание транспортно–консультативной системы с целью оказания квалифицированной консультативной помощи на местах роженице и



новорожденному и/или транспортировка в медицинскую организацию, уровень которой соответствует степени риска или тяжести состояния больного.

3. Улучшение качества перинатальной помощи путем повышения профессиональных знаний и практических навыков медработников, оказывающих медицинскую помощь беременным женщинам и новорожденным детям, совершенствование системы до- и последипломого непрерывного образования, основанных на доказательной медицине.

4. Создание системы мониторинга и оценки (аудита) качества оказываемой перинатальной/неонатальной помощи.

5. Создание дифференцированной системы финансирования перинатальной помощи, основанной на предоставлении пакета медицинских услуг на различных уровнях и в зависимости от тяжести состояния больных.

#### **Ожидаемые результаты.**

Согласно обязательствам по выполнению целей международного здравоохранения (ЦРТ), к 2015 году Кыргызская Республика планирует:

- Снижение на две четверти материнской смертности (ЦРТ 4).
- Снижение на две трети младенческой и смертности детей до 5 лет (ЦРТ 5).
- Улучшение качества антенатальной, перинатальной и неонатальной помощи и дальнейшего качества жизни младенцев и детей.

#### **Этапы реализации.**

Последовательный и поэтапный выбор приоритетов с концентрацией усилий, имеющихся ресурсов на предстоящий 10-летний период реализации Программы обусловлен экономическими условиями страны, не позволяющими обеспечить финансирование всех интервенций, направленных на решение проблем в области охраны здоровья беременной, роженицы/родильницы и новорожденного ребенка.

Представленные приоритеты предполагают реализацию Программы на первом этапе (2008 – 2012 годы) по направлениям, на которые предусмотрено финансирование в рамках государственного бюджета и приоритетного компонента Национальной программы реформирования здравоохранения «Манас-таалими» на 2006 – 2010 гг.

Реализация Программы на втором этапе (2012 – 2017 годы) предполагает изыскание дополнительных источников финансирования. Но, несмотря на это, отдельные мероприятия будут реализовываться уже на первом этапе в условиях привлечения параллельного финансирования.



## СТРАТЕГИИ БЕЗОПАСНОГО МАТЕРИНСТВА

Безопасное материнство нацелено на обеспечение оптимального здоровья матери и новорожденного. Оно означает снижение материнской смертности и улучшение здоровья новорожденных посредством обеспечения равноправного доступа к первичной медико-санитарной помощи, включая планирование семьи, антенатальный, родовой и постнатальный уход за матерью и ребенком, а также доступа к необходимой акушерской помощи и неонатальному уходу (ВОЗ 1994).

Всемирная организация здравоохранения сформулировала понятие безопасного материнства как совокупность социально-экономических, правовых и медицинских мероприятий, способствующих рождению желанных детей в оптимальные возрастные периоды без отрицательного влияния на здоровье женщин, сохраняющих их жизнь, предупреждающих инвалидность, обеспечивающих воспитание рожденных детей, сочетание материнства, домашних обязанностей и трудовой деятельности.

Данное определение имеет ряд ключевых моментов, выполнение которых обязательно для обеспечения нормального течения беременности, родов, послеродового периода и воспитания здоровых детей.

Понятие «материнство» включает в себя сочетание самых положительных эмоций женщины (любовь, ласка, нежность) с ответственностью за свою жизнь и жизнь ребенка.

Международная программа безопасного материнства, начатая в 1987 году, выделяет 4 основных аспекта успешного выполнения этой стратегии, а именно:

1. Планирование семьи.
2. Дородовый уход.
3. Безопасные роды.
4. Интенсивная акушерская помощь по адекватному наблюдению и обследованию до родов и реабилитация после родов.

В области безопасного материнства планируется выполнение следующих задач:

1: Снизить уровни материнской смертности и заболеваемости. «...К 2015 году страны должны добиться значительного сокращения материнской смертности: к 2000 году в два раза сократить уровень материнской смертности 1990 года, а к 2015 году – еще в два раза...»(абзац 8.12, ЦРТ).

2. Снизить уровни младенческой и детской смертности. «...К 2015 году все страны должны нацелиться на достижение менее 35 смертей на 1000 младенцев и на 1000 детей до 5 лет...»(абзац 8.16, ЦРТ).

3. Снизить уровни перинатальной и неонатальной смертности и заболеваемости.

4. Значительно повысить уровень знаний населения по вопросам, относящимся к беременности и родам.



Программа безопасного материнства уделяет особое внимание целому ряду стратегий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка до, во время и после беременности. Они включают:

- доступ к чистой воде;
- иммунизацию против столбняка после родов (в регионах, где столбняк все еще представляет проблему);
- обеспечение соответствующего уровня охраны материнства;
- наличие обученного медперсонала для оказания помощи во время родов;
- обеспечение чистой среды для приема родов;
- доступность специализированной помощи;
- скрининг с целью выявления беременных высокого риска (хотя это и не может спасти всех женщин), наблюдение за возможным появлением осложнений у всех женщин;
- обеспечение доступности неотложной акушерской помощи;
- обучение и информированность женщин о беременности и родах, о симптомах возможных осложнений с тем, чтобы они знали, чего ожидать, и могли бы участвовать в принятии решений;
- доступность служб планирования семьи;
- наличие протоколов (руководств, которые необходимо соблюдать) для лечения неотложной акушерской патологии (например, кровотечение, эклампсия и др.).

ВОЗ считает, что качественное наблюдение за матерями должно включать следующее:

- Создание эффективно действующих государственных служб для удовлетворения потребностей женщины и ее партнера и/или семьи;
- Наличие квалифицированной акушерки для оказания первичной помощи в родах. Эта акушерка должна иметь соответствующий опыт для оценки состояния женщины и направления ее в стационар при появлении симптомов возможных осложнений в период беременности, родов или после родов;
- Инфраструктура во всех частях страны, обеспечивающая, при необходимости, срочную госпитализацию;
- Соответствующая система поддержки, направленная на удовлетворение социально-экономических и психологических потребностей женщин и их семей;
- Обеспечение базовой программы обучения акушерок и врачей, направленной на повышение уровня знаний с основным упором на клинический опыт;
- Проведение непрерывной образовательной программы для всех профессиональных медработников, сочетающей теоретические знания и клинические навыки;
- Истинную заинтересованность в стратегии безопасного материнства со стороны медицинских работников системы здравоохранения. Это



предполагает качественные медицинские услуги, необходимость исследования новых направлений в практике и критический анализ традиционных подходов.

Основополагающие принципы и ценности намеченных целей были разработаны Целевой группой ЕРБ ВОЗ по перинатальной помощи на встрече в Венеции в 1988 году. В последующем эти принципы получили широкую поддержку, распространение и осуществление во всех странах.

### **Ценности и принципы перинатальной помощи**

(Первое совещание региональной Целевой группы ЕРБ ВОЗ по перинатальному уходу, Венеция, 1988)

- Уход во время нормальной беременности и родов должен быть демедиализован.
- Уход должен быть основан на использовании адекватной технологии.
- Уход должен основываться на регионализации.
- Уход должен быть основан на клинически подтвержденных данных.
- Уход должен быть мультидисциплинарным.
- Уход должен быть целостным.
- Уход должен быть ориентирован на семью.
- Уход должен быть приемлемым с культурной точки зрения.
- Уход должен вовлекать женщин в процесс принятия решений.

**Демедиализация** должна основываться на том принципе, что беременность рассматривается как физиологическое явление, а не как заболевание – другими словами, роды не следует рассматривать заранее как проблему, а новорожденных как пациентов. Однако критический подход к демедиализации предполагает оказание адекватной помощи во время беременности, в родах и после родов на всех уровнях.

**Адекватная технология** определяется как методы, процедуры, методика и оборудование, приемлемые с научной точки зрения, адаптированные к местным потребностям и приемлемые для тех, кто их применяет и тех, в отношении кого они применяются, которые могут поддерживаться и использоваться населением за счет имеющихся у него ресурсов.

**«Регионализация»** – это рациональное распределение медицинских услуг на всей территории, при котором услуги и учреждения на всех трех уровнях (первичном, втором и третьем) сосредоточены в легкодоступных для населения местах и обеспечивают экономичную помощь. Такая система на практике оказалась особенно эффективной в области перинатологии. Регионализированная система предполагает наличие большого числа простых медицинских учреждений, обеспечивающих уход матерям и новорожденным на периферийном уровне (включая роддома и сельские больницы), несколько



районных больниц второго уровня и совсем немного больниц третьего уровня таких, как университетские госпитали с палатами интенсивной терапии.

Необходима **интегрированная сеть** или взаимодействие между первичным, вторым и третьим уровнями оказания медицинской помощи для того, чтобы обеспечить эффективную и безопасную помощь на каждом уровне, а также в пути, когда необходима госпитализация или перевод с одного уровня на другой. Для этого необходима структура медицинских услуг с соответствующей системой коммуникации, четким руководством в отношении госпитализации, наличие автотранспорта и общая система сбора данных. Кроме того, необходимо осуществлять курирование и проводить последипломное обучение, обеспечить наличие протоколов для обеспечения постоянной, слаженной работы и постоянного, двухстороннего обмена важной клинической и управленческой информацией для планирования и оказания услуг.

Практика, профессиональные навыки, протоколы и политика оказания помощи должны **основываться на научных доказательствах** и регулярно обновляться.

Всех медицинских работников, участвующих в оказании перинатальной помощи, необходимо обучать тому, как работать в духе тесного и прозрачного **междисциплинарного сотрудничества**.

Материнский и перинатальный уход должны удовлетворять физические, эмоциональные и психологические потребности матерей, новорожденных, отцов и семей в целом и должны иметь **целостный подход**.

Беременность и роды – нормальные физиологические процессы, и для того, чтобы они протекали нормально, перинатальная помощь должна основываться на информированности, заинтересованности и участии **всей семьи и местного населения**.

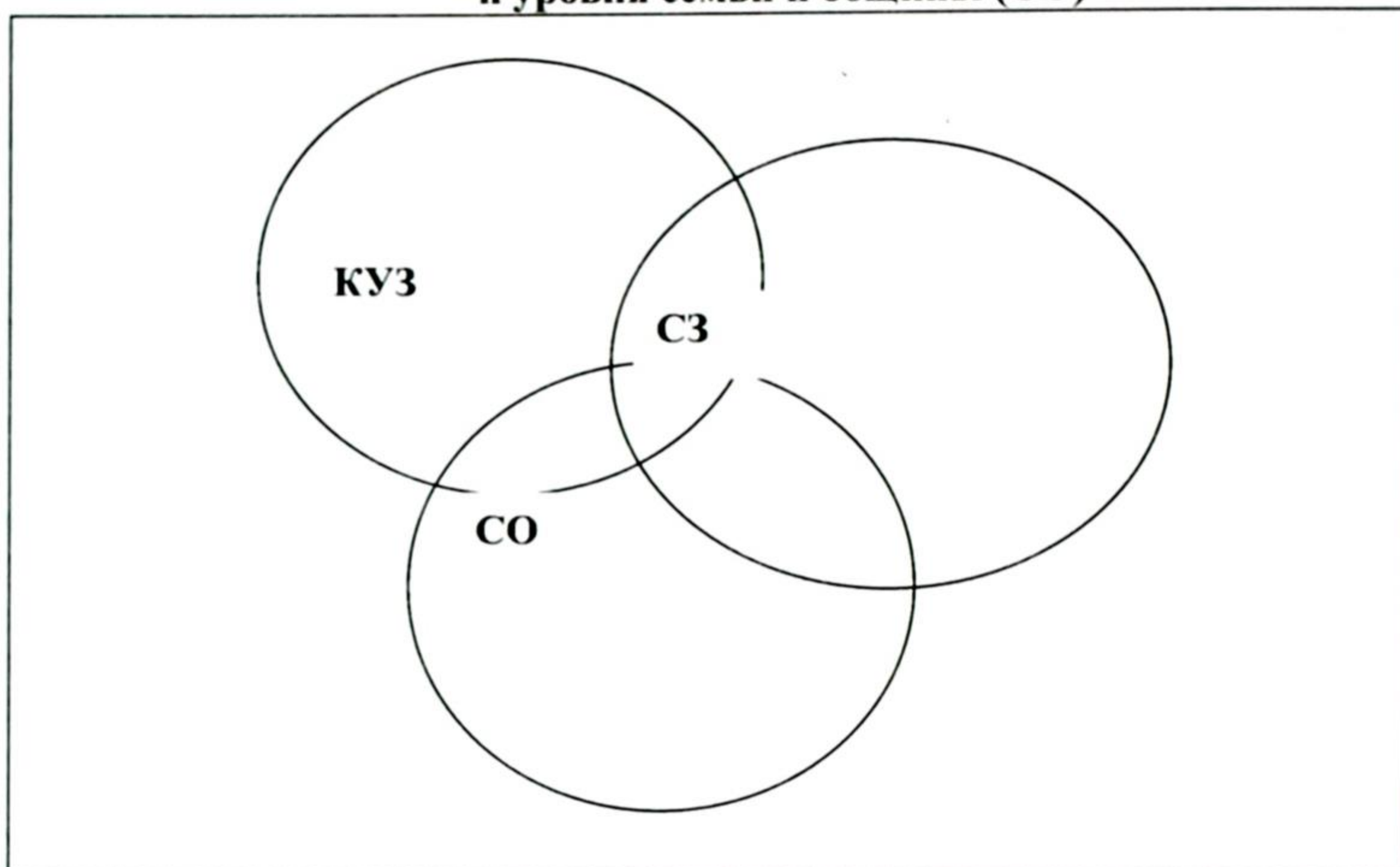
Там, где это возможно, к приемлемой традиционной практике оказания помощи следует относиться с уважением после того, как такая практика апробирована на предмет безопасности и эффективности. Каждая мера должна оцениваться в национальном контексте с точки зрения ее **влияния на культурные отношения**. Необходимо приложить усилия к тому, чтобы ускорить ее принятие посредством распространения соответствующей информации и проведения обсуждений.

**Участие женщин** в принятии решений, осуществлении инициативы и в пропаганде следует поощрять посредством общих усилий по привлечению внимания во всем мире к вопросам здоровья и медико-санитарного просвещения.

Принципы, обсужденные выше, можно использовать для разработки стратегий и деятельности по трем взаимоперекрывающим областям – **качество услуг здравоохранения (КУЗ), развитие системы здравоохранения (СЗ) и вовлечение семьи и общины (СО)**.



**Взаимоперекрывающиеся области качества  
услуг здравоохранения (КУЗ), системы здравоохранения (СЗ)  
и уровня семьи и общины (СО)**



**Качество услуг здравоохранения**

Подход к осуществлению в данной области должен обеспечивать стандарты качества медицинских услуг через обеспечение необходимых пакетов обучения, мониторинга и оценки влияния. Стратегия также должна обеспечивать регулярное совершенствование профессиональных навыков, должна обеспечивать наличие лекарственных средств, расходных материалов и оборудования, исходя из концепции соответствующей технологии, экономических вмешательств и целостного подхода.

**Развитие системы здравоохранения**

Осуществление целей в этой области должно гарантировать адекватное совершенствование и организованность на каждом уровне оказания помощи. Существующие законы необходимо исполнять, а реформы следует проводить там, где это необходимо, чтобы система здравоохранения удовлетворяла потребности женщин и их новорожденных детей.

Принципы перинатальной помощи подчеркивают роль первичного уровня здравоохранения, предлагая модель регионализированной медицинской помощи, в которой специфические задачи и полномочия спланированы для каждого уровня. Эта модель обеспечивает преемственность оказания помощи, основываясь на стандартах ухода для каждого уровня и стандартных критериях госпитализации осложненных случаев.



## **Вовлечение уровня семья/община**

Осуществление принципов перинатальной помощи должно привести к активному вовлечению семьи и общины. Общины следует укреплять, а семью поддерживать для того, чтобы они обеспечивали необходимый уход матерям и новорожденным.

Обеспечение ухода за женщиной во время беременности – первостепенная обязанность семьи, в которой она живет. Женщине необходима поддержка ее семьи и общины в период беременности, родов или после родов, а также в период лактации, в особенности, если у нее возникают какие-то осложнения. Для оказания такого ухода, семья нуждается в информации, навыках и мотивации с тем, чтобы она могла вносить свой вклад в поддержание новой практики. Это потребует социальной и материальной поддержки со стороны общины. Кроме того, ей потребуются поддержка со стороны здравоохранения в виде приемлемых, чутких и дружелюбных услуг, обеспечивающих целостный подход к материнскому и перинатальному уходу, принимая во внимание физические, эмоциональные и психо-социальные потребности женщин и новорожденных.

Защита материнства закреплена в Конституции Кыргызской республики, является одной из приоритетных задач Национальных программ реформирования системы здравоохранения «Манас», «Манас таалими», а также Национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики. Особую значимость эта проблема приобрела в последние годы при переходе к рыночной экономике и появившимися вследствие этого социально-экономическими трудностями в вопросах охраны семьи, материнства и детства.



## **РОДОВСПОМОЖЕНИЕ, ОРИЕНТИРОВАННОЕ НА УЧАСТИЕ СЕМЬИ**

Родовспоможение, ориентированное на участие семьи (РОУС), представляет собой подход, учитывающий потребности и желания женщин, подобные приведенным в исследованиях, которые мы только что обсуждали.

РОУС предполагает оказание помощи с учетом информационных, социальных и эмоциональных потребностей обычных беременных женщин и их семей в период беременности и родов, их потребности в комфорте и поддержке. Эта модель оказания помощи основана на убеждении, что рождение ребенка – нормальное и радостное событие в жизни.

При оказании помощи, ориентированной на участие семьи, в дородовом периоде подчеркивается важность обучения, которое позволяет женщине, будучи информированной, взять на себя активную роль во время беременности с целью поддержания собственного здоровья и здоровья плода. Обучению отводится первостепенная роль, начиная с первого антенатального посещения, когда женщине разъясняется процесс оказания дородовой помощи, и вплоть до последнего посещения, когда закрепляются знания о признаках и симптомах родовой деятельности. Приветствуется и поощряется вовлечение членов семьи женщины или других близких людей по ее выбору.

Женщина должна принимать участие в процессе принятия решений, имеющих отношение к оказанию ей помощи. Например, она может участвовать в дородовой помощи путем самостоятельного определения своего веса и ознакомления с данными измерения высоты стояния дна матки.

В процессе оказания дородовой помощи важной целью является соблюдение непрерывности оказания помощи одним и тем же медицинским работником. Постоянные отношения, формирующиеся между женщиной и акушеркой либо врачом, способствуют развитию взаимного доверия и уважения. Предоставление подобной помощи характеризуют: выслушивание вопросов, беспокоящих женщину, предоставление достоверной информации и поддержка сделанного ею выбора, основанного на ее индивидуальных потребностях.

Например, положительный опыт во время родов может создать предпосылки для успешного грудного вскармливания, формирования привязанности (бондингу) между матерью и ребенком, повышения самооценки и создания уверенности в своей роли на начальном этапе привыкания к роли родителя.

Хотя некоторые практики РОУС могут идти в разрез с руководствами по оказанию помощи, принятыми во многих странах, эти практики основаны на доказанных результатах клинических исследований.



## **НЕОБХОДИМОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРАКТИКЕ ОКАЗАНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ (ДОРОДОВОЙ) ПОМОЩИ**

Для достижения цели развития тысячелетия, улучшения качества оказания медицинских услуг и повышения удовлетворенности населения репродуктивного возраста по оказанию антенатальной и перинатальной помощи назрела необходимость изменений подходов к проблемам родовспоможений.

Женщины являются ведущими потребителями медицинских услуг системы здравоохранения. Однако в существующей практике не учитываются их желания и потребности как основных клиентов.

В исследовании Oakley и др. (1992 г.) был выполнен обзор литературных источников, в которых приводились мнения и опыт женщин Великобритании, обращавшихся по поводу родового наблюдения. Женщины в изученных исследованиях высказывали следующие мнения относительно беременности:

- Беременность не является болезнью.
- Женщины – живые люди.
- Акушерская помощь должна иметь под собой научную основу.
- Удовлетворенность – хороший показатель качественной акушерской помощи.

В исследовании Taylor и Dower (1997 г.) были проведены фокусные групповые дискуссии с различными группами женщин в Соединенных Штатах Америки по вопросам, касающимся их потребностей в области здравоохранения и существующей системы оказания помощи. Женщинами, участвующими в исследовании, были отмечены следующие негативные моменты:

- отсутствие комплексного внимания к организму в целом;
- чрезмерное использование медикаментов;
- отсутствие рассмотрения физического здоровья в контексте психического здоровья, окружающей среды и жизненных обстоятельств;
- отношение превосходства со стороны медицинских работников, недостаточное выражение вежливости, уважения, сочувствия и заботы.

Женщины Молдовы также выражали аналогичные пожелания в отношении организации оказания медицинской помощи. Молдавская исследовательская группа, провела опрос в фокус-группах в больницах Республики Молдова относительно восприятия до- и послеродовой помощи самими женщинами. Большинство из женщин выразили следующие мнения:

- неудовлетворенность качеством оказания антенатальной помощи, поскольку медицинские работники проявляют слишком формальное отношение;
- ограниченность предоставляемой информации относительно родов, грудного вскармливания и планирования семьи.

В исследовании были выражены следующие рекомендации относительно реорганизации системы оказания до- и послеродовой помощи:

- поддержка непрерывности оказания ухода;



- содействие распространению информации по контрацепции, ИППП, оказанию помощи во время беременности, правилам личной гигиены, грудному вскармливанию, уходу за новорожденными, развитию и обучению детей.



## ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Доказательная медицина представляет собой подход к медицинской практике, объединяющий наилучшие имеющиеся доказательства научных исследований с клиническим опытом и ценностями (убеждениями), значимыми для пациентов. (Sackett и др., 2000 г., цитата из Chalmers и др.).

- **Под наилучшими имеющимися доказательствами научных исследований** понимаются доказательства, полученные в ходе ориентированных на пациента клинических исследований, в которых учитываются аккуратность и точность диагностических анализов (тестов), достоверность прогностических критериев, а также эффективность и безопасность методов лечения.
- **Клинический опыт** представляет собой умение использовать клинические навыки и опыт с целью определения состояния здоровья каждого пациента; диагностировать индивидуальную степень риска и пользы для любого потенциального вмешательства, проводимого данному пациенту, а также определить ценности (убеждения) и ожидания пациента.
- **Ценности (убеждения) пациента** – это индивидуальные предпочтения, ожидания и вопросы, беспокоящие каждого пациента при взаимодействии с клиническим работником.

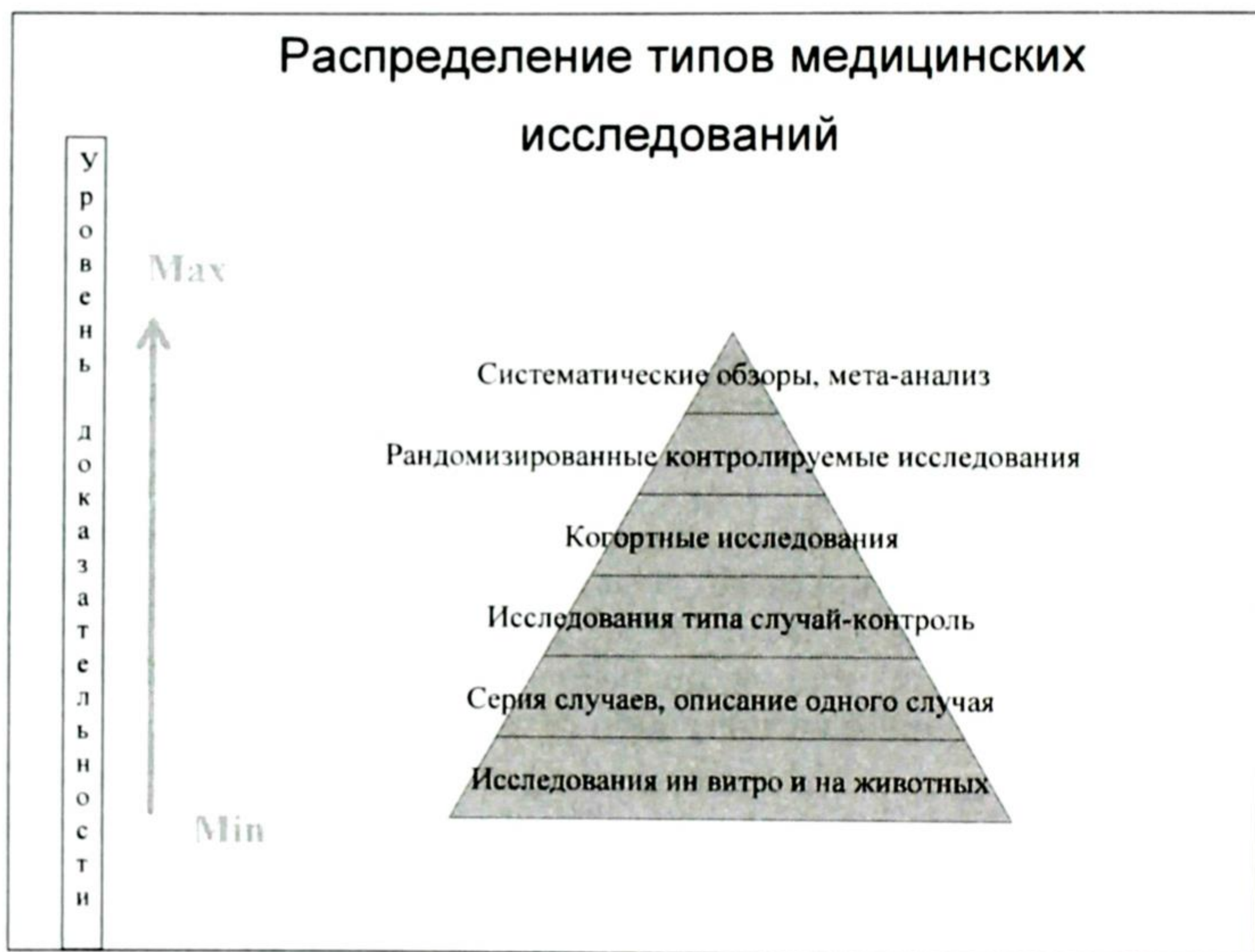
Доказательная медицина - это добросовестное, точное и осмысленное **использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного**. Очевидно, что доказательная медицина - это не новая наука. Скорее, ее можно рассматривать как **новый подход, направление или технологию сбора, анализа, обобщения и интерпретации научной информации**. Это означает:

- добросовестное, точное и осмысленное использование результатов наиболее доказательных из существующих клинических исследований для выбора методов лечения конкретных больных;
- гарантирование наиболее эффективного, безопасного и экономичного лечения, основанного на самых надежных из доступных доказательствах;
- сбор, интерпретация и интеграция надежных клинических данных, полученных в результате сообщений пациентов, наблюдений специалистов и при проведении испытаний;
- технологию поиска, анализа, обобщения и применения медицинской информации, позволяющую принимать оптимальные клинические решения;
- процесс непрерывного самоуправляемого обучения, позволяющий интегрировать наиболее надежные из существующих доказательств с индивидуальным опытом;
- набор эволюционирующих принципов, стратегий и тактик в лечении;



- новую парадигму клинической медицины, отличающуюся от прежней меньшим воздействием субъективного фактора на выбор критериев диагностики и терапии; требующую от врача критической оценки мнений различных экспертов и результатов клинических исследований (парадигма от греч. «Paradeigma» - пример, образец).

Таким образом, доказательная медицина требует не просто чтения статей, а чтения нужных статей в нужное время, и затем предполагает изменение поведения в свете полученной информации.



Найти достоверную и качественную информацию можно несколькими способами:

**А. Овладение достоверными и качественными материалами самостоятельно на следующих сайтах:**

- **Кохрейновская база данных** – [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), [www.acponline.org](http://www.acponline.org), [www.obgyn.net](http://www.obgyn.net)
- **Оксфордский центр доказательной медицины.** Веб-сайт, содержащий множество ресурсов и отсылок на другие сайты, посвященные доказательной медицине. <http://www.cebm.net>



- **РОЕМ** (от англ. Patient Oriented Evidence that Matters-пациент ориентированные важные сведения). Краткие аннотации доказательных сведений, прямо влияющих на медицинскую помощь больным; составляются Американским журналом семейной медицины. <http://www.inforoems.com>

- **SCHARR Auracle**- Шеффилдский центр здоровья (Великобритании). Поиск информации, хорошо представлены отсылки на другие сайты, посвященные доказательному здравоохранению.

<http://www.shef.ac.uk/uni/academic/R-Z/scharr/ir/abookmrk> - Html.

**Б. Использование резюме по доказательной медицине**, которые были составлены другими (Книга М.Энкина, Библиотека по репродуктивному здоровью ВОЗ (WHO RHL), журналы по доказательной медицине – исключение до 98% имеющейся литературы по клиническим вопросам).

**В.Использование протоколов доказательной медицины**, разработанных другими (WHO RHL, [www.obgyn.net](http://www.obgyn.net)).

Самые последние и достоверные данные по эффективной антенатальной помощи содержатся в **руководстве по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка** под редакцией Энкина и др., выпущенном в 2000 г.

Работа Энкина основана на следующих принципах:

- Любой метод, ограничивающий независимость матери, ее свободу выбора и ее доступ к своему ребенку, требует безусловных доказательств того, что такая практика приносит больше пользы, чем вреда.
- Любое вмешательство в естественный процесс беременности и родов должно быть также обосновано тем, что оно приносит больше пользы, чем вреда.

В руководстве Энкина рекомендации классифицируются на основании достоверности доказательств в имеющихся результатах исследований. В книге представлены обобщающие таблицы с перечислением следующих групп форм оказания помощи:

1. методы, являющиеся эффективными (основанные на четких доказательствах, полученных в ходе рандомизированных контролируемых исследований);
2. методы, являющиеся, по всей вероятности, эффективными (на основании данных контролируемых исследования или достоверных результатов обсервационных исследований);
3. методы, обладающие как благоприятным, так и неблагоприятным воздействием;
4. методы, эффективность которых неизвестна (данные отсутствуют или недостаточно достоверны);



5. методы, эффективность которых маловероятна (на основании данных контролируемых исследования или достоверных результатов обсервационных исследований);
6. методы, являющиеся, по всей вероятности, неэффективными или вредными (на основании четких доказательств, полученных в ходе рандомизированных контролируемых исследований).

Выдержки из «Руководства по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка» (Энкин и др., 2000 г.)

### **Таблица 1: Эффективные методы оказания помощи**

#### **Эффективность достоверно доказана на основании данных контролируемых клинических исследований**

---

##### **Основы родовспоможения**

- Женщины сами ведут записи своего состояния при беременности, что способствует повышению у них ощущения надежности
- Назначение добавок фолиевой кислоты для женщин, планирующих беременность, и в период зачатия с целью предупреждения дефектов нервной трубки плода
- Добавки фолиевой кислоты (или диета с высоким содержанием фолатов) для всех женщин, планирующих беременность
- Программы помощи в прекращении курения во время беременности (особенно в отношении изменений в поведении)
- Сбалансированные энергетические и белковые добавки в диете при необходимости дополнительного питания
- Введение в пищевой рацион женщин витамина D при недостаточном солнечном освещении
- Пищевые добавки йода в популяциях с высоким уровнем распространенности эндемического кретинизма

##### **Скрининг и диагностика**

- Доплеровское ультразвуковое обследование при беременности высокого риска по возникновению нарушения развития плода

##### **Проблемы при беременности**

- Антигистаминные препараты для уменьшения тошноты и рвоты в ситуациях, когда применение более простых средств неэффективно
- Местное применение имидазола для лечения вагинального кандидоза (молочницы)



- Эффективность местного применения имидазола по сравнению с нистатином для лечения вагинального кандидоза (молочницы)
- Эффективность сульфата магния по сравнению с другими противосудорожными препаратами при эклампсии
- Введение анти D-иммуноглобулина после родов резус-отрицательным женщинам при положительной резус-принадлежности ребенка
- Введение анти D- иммуноглобулина резус-отрицательным женщинам на 28-й неделе беременности
- Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфицированных женщин в целях профилактики инфицирования плода
- Антибиотикотерапия при бессимптомной бактериурии
- Назначение антибиотиков в процессе родов женщинам с носительством стрептококка группы В
- Преимущества тщательной компенсации уровня глюкозы в крови при сахарном диабете в сравнении с умеренной или жесткой компенсацией
- Наружный поворот на головку при доношенном сроке беременности в целях предотвращения тазового предлежания плода
- Назначение кортикостероидов в целях ускорения созревания легких плода при угрожающих преждевременных родах
- Предложение родовозбуждения после 41-й недели беременности

#### **Уход за новорожденным**

- Применение местных анестетиков в виде спрея для уменьшения болевых ощущений в области промежности
- Назначение каберголина вместо бромкриптина в целях подавления лактации у некармливающих матерей
- Неограниченное грудное вскармливание

### **Таблица 2: Методы оказания помощи, которые, по всей вероятности, являются эффективными**

#### **Методы, эффективность которых доказана, но не подтверждена в рандомизированных клинических исследованиях**

---

#### **Основы родовспоможения**

- Доступность акушерской помощи для всех рожениц
- Социальная поддержка всех рожениц
- Материальная поддержка всех нуждающихся рожениц
- Законодательства по оплачиваемому отпуску и материальной поддержке матери или отца на период ухода за ребенком
- Помощь акушерки женщинам при физиологическом течении беременности и родов и при отсутствии серьезных факторов риска



- Послеродовой патронаж
- Курсы подготовки к родам для желающих женщин и их партнеров
- Консультирование по нецелесообразности злоупотребления алкоголем во время беременности
- Исключение тяжелой физической работы при беременности

### **Скрининг и диагностика**

- Применение ультразвукового обследования для определения размеров, строения и расположения плода
- Селективное использование ультразвукового исследования для определения объема околоплодных вод
- Селективное использование ультразвукового исследования в первом и начале второго триместра для определения срока беременности
- УЗИ для определения сердцебиения эмбриона при угрожающем самопроизвольном прерывании беременности
- УЗИ при подозрении на многоплодную беременность
- УЗИ для определения расположения плаценты при подозрении на ее предлежание
- Амниоцентез в начале второго триместра беременности в целях исключения хромосомной патологии плода у женщин группы высокого риска
- Трансабдоминальная биопсия хориона вместо трансцервикальной
- Генетическое консультирование перед проведением пренатальной диагностики
- Тщательное выяснение анамнеза для оценки степени риска развития преэклампсии
- Регулярное наблюдение за уровнем артериального давления в период беременности
- Анализ мочи на протеинурию при беременности
- Определение уровня мочевой кислоты при преэклампсии
- Измерение высоты стояния дна матки при беременности

### **Проблемы при беременности**

- Ультразвуковое исследование для облегчения проведения внутриматочных вмешательств
- Назначение антацидов при изжоге в ситуациях, когда более простые меры неэффективны
- Слабительные, увеличивающие объем содержимого кишечника, в ситуациях, когда более простые меры неэффективны
- Местное применение метронидазола при симптомах трихомониаза влагалища после первого триместра беременности
- Назначение антибиотиков при симптомах бактериального вагиноза



- Назначение антитромботических и тромбоцитопенических препаратов для профилактики преэклампсии
- Антигипертензивные препараты для коррекции умеренной или тяжелой гипертензии при беременности
- Препараты кальция для предупреждения преэклампсии у женщин группы высокого риска или при низком содержании кальция в обычной диете
- Сбалансированные белково-энергетические пищевые добавки при задержке роста плода
- Оценка темпа роста плодов при многоплодной беременности при ультразвуковом исследовании
- Обязательный скрининг в целях выявления повышенного риска изоиммунизации
- Назначение анти-D иммуноглобулина всем резус-отрицательным женщинам при любом кровотечении, после любой внутриматочной процедуры и после любой абдоминальной травмы при беременности
- Внутриматочная гемотрансфузия при тяжелой форме изоиммунизации плода
- Рекомендации по отказу от грудного вскармливания ВИЧ-инфицированным женщинам для предупреждения инфицирования ребенка
- Обязательный скрининг беременных и лечение выявленного сифилиса
- Вакцинация против краснухи всех серонегативных женщин
- Скрининговое обследование на хламидиоз беременных в популяциях высокого риска и лечение выявленного хламидиоза
- Кесарево сечение при активной герпетической инфекции *Herpes simplex* (видимые глазом поражения) при целом плодном пузыре
- Консультирование больных диабетом женщин до начала беременности
- Специализированная помощь беременным женщинам при диабете
- Мониторинг уровня глюкозы у беременных женщин при диабете в домашних условиях вместо больничных
- УЗИ для оценки темпов роста плода у беременных женщин при диабете
- Пролонгация беременности до доношенного срока у женщин, больных диабетом, при отсутствии других осложнений
- Тщательное внимание к назначению инсулина в послеродовом периоде
- Поддержка женщин, больных диабетом, в их стремлении к грудному вскармливанию
- Оценка состояния свертывающей системы крови при отслойке плаценты
- Вагинальное родоразрешение вместо операции кесарева сечения при отслойке плаценты при антенатальной гибели плода
- Повторное УЗИ на 32-й неделе беременности при низком расположении плаценты
- Выполнение планового кесарева сечения при доношенном сроке беременности при предлежании плаценты



- Кесарево сечение при предлежании плаценты, закрывающей любую часть внутреннего зева шейки матки
- УЗИ при кровотечении из половых путей неясной этиологии
- Наружный поворот на головку при поперечном положении плода при доношенном сроке беременности
- Применение токолитиков при наружном повороте на головку при поперечном положении плода, особенно при неэффективности других методов
- Наружный поворот на головку при тазовом предлежании плода в начале родов при целом плодном пузыре
- Назначение кортикостероидов при излитии околоплодных вод до начала преждевременных родов
- Посев на культуру влагалища после излития околоплодных вод до начала преждевременных родов
- Назначение антибиотиков после излития околоплодных вод до начала родов в случае подозрения на внутриматочную инфекцию
- Способствование прогрессу преждевременных родов после их спонтанного начала при преждевременном излитии околоплодных вод
- Плановое родоразрешение при преждевременном излитии околоплодных вод при преждевременных родах при наличии симптомов инфекции
- Токолитические препараты для обеспечения эффективной подготовки при преждевременных родах
- Короткий курс индометацина для лечения угрожающих преждевременных родов
- Предложение родовозбуждения при антенатальной гибели плода
- Интравагинальное введение простагландина в целях родовозбуждения при антенатальной гибели плода
- Назначение простагландина или аналогов простагландинов в целях родовозбуждения при антенатальной гибели плода

### **Уход за новорожденным**

- Поощрение раннего контакта матери и новорожденного
- Постоянное консультирование молодых матерей
- Предоставление женщинам возможности самим определять продолжительность их пребывания в больнице после родов
- Организация службы консультирования родильниц по больничному телефону после их выписки из стационара
- Психологическая поддержка женщин, находящихся в состоянии депрессии после родов
- Поощрение раннего прикладывания к груди при готовности к этому матери и ребенка
- Помощь специалиста при первом кормлении ребенка грудью



- Свободное грудное вскармливание
- Назначение антибиотиков при инфекционных маститах у женщин, кормящих грудью
- Тугое бинтование и ограничение поступления жидкости для подавления лактации.

**Таблица 3: Методы, которые имеют как благоприятное, так и неблагоприятное воздействие**

**Женщины и медицинские работники должны взвесить все «за и против» и применять эти способы в соответствии с обстоятельствами, индивидуальными предпочтениями и приоритетами**

- Постоянный медицинский работник для женщины в течение всего периода беременности и родов
- Формализованная система подсчета степени риска
- Рутинное использование УЗИ на ранних стадиях беременности
- Хорионбиопсия в сравнении с амниоцентезом для исключения хромосомных заболеваний плода
- Назначение кортикостероидов для ускорения созревания легких плода при преждевременных родах у женщин, больных диабетом
- Рутинное плановое кесарево сечение при тазовом предлежании плода
- Родовозбуждение при преждевременном излитии вод до достижения доношенного срока беременности
- Назначение бета-миметиков для отсрочки времени начала преждевременных родов в целях выигрыша во времени для использования эффективных мер
- Назначение бета-миметиков перорально при угрожающих преждевременных родах
- Родовозбуждение вместо выжидательной тактики при сроках беременности более 41 недели
- Выжидательная тактика вместо родовозбуждения при антенатальной гибели плода

**Проблемы во время беременности**

- Наркотические анальгетики для уменьшения болевых ощущений в родах
- Ингаляционная анальгезия для уменьшения болевых ощущений в родах
- Эпидуральная анальгезия для уменьшения болевых ощущений в родах
- Эпидуральное введение опиатов для уменьшения болевых ощущений в родах
- Ранняя амниотомия при самопроизвольных родах



## **Уход за новорожденным**

- Профилактическое закапывание антибиотиков в глаза новорожденного для предупреждения инфекции
- Профилактическое назначение сурфактанта в сравнении с его назначением как средства «неотложной помощи»

## **Таблица 4: Методы, эффективность которых не установлена**

**Данные для составления практических рекомендаций являются недостаточными или недостоверными**

- 
- Организация помощи всем женщинам до зачатия
  - Дополнительное введение в пищевой рацион рыбьего жира для улучшения исходов беременности
  - Назначение предшественников простагландинов для улучшения исходов беременности
  - Дополнительное введение в пищевой рацион кальция для улучшения исходов беременности
  - Дополнительное введение в пищевой рацион магния для улучшения исходов беременности
  - Дополнительное введение в пищевой рацион цинка для улучшения исходов беременности
  - Диета с исключением антигенов для уменьшения риска рождения ребенка с атопией

## **Скрининг и диагностика**

- Классификация степени зрелости плаценты при УЗИ для улучшения перинатальных показателей
- Измерение концентрации плацентарных протеинов при преэклампсии
- Допплерометрия маточной артерии при преэклампсии
- Определение гематокрита и тромбоцитов как показателей степени тяжести преэклампсии
- Биофизический профиль плода как метод оценки его развития

## **Проблемы при беременности**

- Акупрессура при тошноте и рвоте беременных при неэффективности более простых способов лечения
- Витамин В<sub>6</sub> при тошноте и рвоте беременных при неэффективности более простых способов лечения
- Имбирь при тошноте и рвоте беременных
- Подавление кислотности при изжоге беременных
- Рутозиды при геморрое



- Рутозиды при варикозах
- Упражнения и обучающие программы при болях в спине
- Повышение потребления соли при судорогах в ногах
- Пероральное применение сульфата магния при судорогах в ногах
- Назначение прогестагенов при угрозе прерывания беременности при наличии сердцебиения плода
- Назначение хорионического гонадотропина при угрозе прерывания беременности при наличии сердцебиения плода
- Применение стероидов у женщин с аутоантителами при привычном невынашивании
- Выскабливание по сравнению с выжидательной тактикой после самопроизвольного прерывания беременности
- Медикаментозное удаление по сравнению с выскабливанием полости матки после самопроизвольного прерывания беременности
- Госпитализация женщин с гипертензией, вызванной беременностью
- Постельный режим для женщин с преэклампсией
- Антигипертензивные препараты при гипертензии легкой и средней степени
- Витамины-антиоксиданты С и Е для профилактики преэклампсии
- Магния сульфат для профилактики преэклампсии
- Тактика активного вмешательства по сравнению с выжидательной тактикой при тяжелой ранней преэклампсии
- Госпитализация и постельный режим при задержке внутриутробного развития плода
- Абдоминальная декомпрессия при задержке внутриутробного развития плода
- Бета-миметики при задержке внутриутробного развития плода
- Оксигенотерапия при задержке внутриутробного развития плода
- Гормональная терапия при задержке внутриутробного развития плода
- Блокаторы кальциевых каналов при задержке внутриутробного развития плода
- Препараты, увеличивающие объем плазмы при задержке внутриутробного развития плода и беременности, и способствующие достижению доношенного срока беременности
- Госпитализация и постельный режим при многоплодной беременности с тремя или более плодами
- Назначение противовирусных препаратов при генитальном герпесе в анамнезе
- Профилактическое назначение антибиотиков при преждевременном излитии околоплодных вод
- Профилактическое назначение антибиотиков после родов при преждевременном излитии околоплодных вод
- Постельный режим как метод профилактики преждевременных родов
- Назначение прогестагенов для предупреждения преждевременных родов



- Назначение антагонистов кальция для лечения преждевременных родов
- Назначение антибиотиков при преждевременных родах
- Назначение антагонистов окситоцина для лечения преждевременных родов
- Вскрытие плодного пузыря для предупреждения перенашивания беременности
- Стимуляция сосков для предупреждения перенашивания беременности

#### **Уход за новорожденным**

- Рутинное использование антисептиков для обработки культи пуповины
- Назначение пероральных протеолитических ферментов при нагрубании молочных желез у кормящих матерей
- Прикладывание капустных листьев при нагрубании молочных желез у кормящих матерей
- Назначение антагонистов допамина для улучшения продукции молока у кормящих матерей
- Назначение окситоцина в виде интраназального спрея для улучшения отделения молока у кормящих матерей

#### **Таблица 5: Методы, эффективность которых маловероятна**

**Доказательства неэффективности этих способов оказания помощи установлены менее четко, чем у способов, перечисленных в Таблице 6**

- Вовлечение врачей в процесс ведения беременности и родов у всех женщин
- Отказ от вовлечения акушеров-гинекологов в процесс ведения беременности и родов у женщин при наличии серьезных факторов риска
- Дородовой уход за сосками у женщин, которые решили кормить грудью
- Совет ограничить половую жизнь при беременности
- Ограничения в диете во время беременности
- Полный запрет употребления любого количества алкоголя в период беременности
- Ограничение в диете в период беременности
- Рутинное назначение витаминов в поздние сроки беременности в популяциях с хорошим питанием
- Рутинное назначение гематогена при беременности в популяциях с хорошим питанием
- Диеты с высоким содержанием белков
- Ограничение соли для профилактики преэклампсии

#### **Скрининг и оценка**

- Рутинное использование УЗИ для определения размеров плода при доношенном сроке беременности



- Оценка степени отечности тканей как скрининг-тест на преэклампсию
- Тест на чувствительность к ангиотензину для скрининга преэклампсии
- Изометрический нагрузочный тест для скрининга преэклампсии
- Определение уровня мочевой кислоты для диагностики преэклампсии
- Скрининг диабета беременных
- Нагрузочный инсулиновый тест при беременности
- Обязательное определение уровня глюкозы в крови при беременности
- Инсулин в сочетании с диетотерапией при диабете беременных
- Диетотерапия при диабете беременных
- Рутинный подсчет количества движений плода с целью улучшения исходов беременности
- Рутинное использование ультразвуковой доплерометрии у всех беременных
- Определение плацентарных протеинов или гормонов (включая эстриол и человеческий плацентарный лактоген)
- Рутинное определение степени зрелости шейки матки в целях профилактики преждевременных родов

### **Проблемы при беременности**

- Назначение препаратов кальция при судорогах в ногах
- Скрининг и лечение при бессимптомной молочнице
- Скрининг и лечение бессимптомного трихомоноза
- Скрининг и лечение бессимптомного бактериального вагиноза
- Постельный режим при угрозе самопроизвольного прерывания беременности
- Антитромботические препараты для профилактики преэклампсии
- Уменьшение потребления соли для профилактики преэклампсии
- Диазоксид при преэклампсии или гипертензии беременных
- Кетансерин при тяжелой гипертензии при беременности
- Диуретики при гипертензии беременных
- Пищевые добавки с высоким содержанием белков при задержке развития плода
- Госпитализация и постельный режим при двухплодной беременности
- Наложение кругового шва на шейку матки при многоплодной беременности
- Профилактическое назначение бета-миметиков при многоплодной беременности
- Рутинное кесарево сечение при многоплодной беременности
- Рутинный скрининг для выявления микоплазмы при беременности
- Скрининг на токсоплазмоз при беременности
- Лечение носительства стрептококка группы В при беременности
- Кесарево сечение в связи с неактивной герпетической инфекцией, диагностированной при доношенном сроке беременности или в начале родов



- Амниотомия у ВИЧ-инфицированных женщин
- Плановое преждевременное родоразрешение у женщин с неосложненным течением диабета
- Плановое кесарево сечение у беременных при диабете
- Препятствие грудному вскармливанию у женщин при диабете
- Вагинальное или ректальное исследование при подозрении на предлежание плаценты
- Постуральная техника для изменения тазового предлежания плода на головное
- Наружный поворот на головку до достижения доношенного срока беременности для устранения тазового предлежания
- Рентгенопельвиометрия как метод диагностики несоответствия размеров головки плода тазу матери
- Компьютерная рентгенотомография как метод диагностики несоответствия размеров головки плода тазу матери
- Широкое применение планового кесарева сечения при крупном плоде для предупреждения дистоции плечиков
- Амниоцентез для вскрытия плодного пузыря до начала преждевременных родов
- Профилактическое назначение токолитиков при преждевременном излитии околоплодных вод до начала преждевременных родов
- Регулярное определение числа лейкоцитов в периферической крови для наблюдения за беременной при преждевременном излитии околоплодных вод
- Домашний мониторинг маточной активности в целях профилактики преждевременных родов
- Магния сульфат для лечения преждевременных родов
- Назначение бета-миметиков при преждевременных родах у женщин при заболевании сердца или диабете
- Гидратация как метод лечения преждевременных родов
- Диазоксид как метод лечения преждевременных родов
- Добавление тиреотропин-рилизинг гормона к кортикостероидам для улучшения созревания легких плода

### **Уход за новорожденным**

- Закапывание в глаза нитрата серебра для предупреждения развития инфекции у новорожденных
- Рутинное отсасывание содержимого полости рта и носа у новорожденных
- Купание новорожденных в воде с лекарственными добавками как метод профилактики инфекции
- Использование больничных халатов в детских отделениях
- Ограничение посещений близкими родственниками детей в родильном доме



- Стандартное измерение температуры, пульса, артериального давления и высоты стояния дна матки у рожениц
- Рутинное применение лекарственных препаратов без специальных показаний в послеродовом периоде
- Запрет гормональной контрацепции у женщин с диабетом
- Прокладки для сосков у кормящих грудью матерей
- Смена груди до спонтанного прекращения ребенком сосания
- Назначение окситоцина при нагрубании молочных желез у кормящих матерей
- Назначение антибиотиков при локальном уплотнении молочной железы (лактостазе)
- Временное прекращение грудного вскармливания при локальном уплотнении молочной железы (лактостазе)
- Сочетанное местное использование анестетиков и кортикостероидов с целью уменьшения болезненных ощущений в области промежности

**Таблица 6: Методы, которые, вероятно, являются неэффективными или вредными**

**Отсутствие эффективности или наличие вреда достоверно доказано**

- Ограничения в диете для предупреждения преэклампсии

**Скрининг и диагностика**

- Проведение стрессового теста в целях улучшения перинатальных исходов
- Кардиотокография при стимуляции сосков в целях улучшения перинатальных исходов
- Проведение нестрессового теста в целях улучшения перинатальных исходов
- Назначение АКТГ при неукротимой рвоте беременных
- Солевые слабительные при беременности
- Любриканты как слабительные при беременности
- Плановое родоразрешение при преждевременном излитии околоплодных вод при преждевременных родах
- Назначение диэтилстильбестрола при беременности
- Назначение этанола в целях прекращения схваток при начавшихся преждевременных родах
- Назначение прогестагенов в целях прекращения схваток при начавшихся преждевременных родах

**Роды**

- Рутинное применение клизмы во время родов
- Рутинное выбривание лобка для подготовки к родам
- Рутинное использование литотомической позиции во втором периоде родов



- Рутинное или слишком широко используемое выполнение перинеотомии во втором периоде родов

#### **Уход за новорожденным**

- Рутинное ограничение контакта матери и новорожденного
- Помещение новорожденных в отдельные детские палаты
- Дородовые упражнения по системе Хофмана при втянутых или плоских сосках
- Дородовое использование прокладок при втянутых или плоских сосках
- Ограничение времени сосания при грудном вскармливании
- Использование кремов или мазей для сосков у кормящих матерей
- Рутинное добавление воды или питательных смесей детям, находящимся на грудном вскармливании
- Поощрение избыточного потребления жидкости кормящими матерями
- Комбинированные эстроген-прогестиновые оральные контрацептивы для кормящих матерей.



## **НАВЫКИ КОММУНИКАЦИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ (ДОРОДОВОЙ) ПОМОЩИ**

Для оказания эффективной медицинской помощи беременным женщинам, медицинским работникам необходимо хорошо владеть навыками общения (коммуникации) и консультирования.

Консультирование – это форма работы с людьми, направленная на понимание их чувств (ощущений) и оказание им помощи в принятии решений относительно дальнейших действий. Консультирование при оказании дородовой помощи – это конфиденциальная беседа женщины и лица, предоставляющего антенатальную помощь, в ходе которой женщина получит полную информацию по интересующим ее темам, поделится своими ожиданиями, рассеет страхи и опасения относительно беременности и предстоящих родов.

Существуют следующие виды консультирования:

- Индивидуальное консультирование
  - Групповое консультирование (для группы людей со схожими потребностями)
- Семейное консультирование является разновидностью индивидуального консультирования.

Эффективность консультирования зависит от доверия между консультантом и клиентом. Доверительные отношения строятся:

- на понимании человеческих отношений: доброта, вежливость и сочувствие;
- на профессионализме (знаниях) – наличие правильной и детальной информации, ответы на сложные вопросы;
- на использовании эффективных навыков консультирования.

Хорошее консультирование требует благожелательного отношения (конфиденциальность, сочувствие, забота, принятие точки зрения собеседника), знаний (факты, информация), навыков (выслушать, задать вопрос, ответить на вопросы).

Одним из ключевых показателей высокого качества медицинской помощи матерям и детям является умение медицинских работников общаться с пациентами, выслушать их, понять их потребности и использовать эту информацию для организации эффективной помощи.

Консультирование должно быть направлено на потребности женщины и семьи; конфиденциальность является основным компонентом. Это диалог, а не лекция, медицинский работник не осуждает клиента и позволяет клиенту говорить свободно.

Медицинский работник должен предложить различные варианты, но не должен подталкивать пациентку к выбору конкретного ухода или лечения. Приоритеты определяет пациент, а не диктует медицинский работник.



**Отношение**  
конфиденциальность,  
сочувствие, забота, принятие  
точки зрения собеседника

**Знания**  
факты и информация

**Навыки**  
выслушивание, проверка  
правильности понимания,  
постановка и ответы на  
вопросы

### **Навыки эффективного общения.**

Основные претензии, высказываемые пациентками относительно качества медицинской помощи, заключались в том, что медицинские работники не хотят общаться с ними, выслушать их, понять их потребности. Медицинские работники не всегда хорошо владеют навыками общения, а именно от них ожидают понимающего отношения. Поэтому, избегайте задавать вопросы, которые могут подсказывать правильный ответ. Избегайте закрытых вопросов, на которые можно ответить однозначно (WHO, UNICEF, 1993).

• **Вербальные навыки** (как мы говорим с женщиной и задаем ей вопросы). Они строятся на следующих положениях:

- Активно слушать/быть внимательным;
- Проявлять заинтересованность;
- Поддерживать чувства клиента и сохранять атмосферу общения;
- Задавать вопросы.

• **Невербальные навыки** (как мы ведем себя по отношению к женщине).

Важно создать неформальное пространство во время консультирования и соблюдать надлежащую дистанцию между людьми. Расстояния могут быть следующими:

- Интимная дистанция – до 45 см - вполне подходит для личных разговоров между - близкими друзьями, родителями, детьми;
- Профессиональная дистанция – от 45 см до 1,20 м – пространство, которое подходит для консультирования;



- Социальная дистанция – от 1,2 м до 3,5 м - соблюдается при деловых встречах;
- Публичная дистанция – 5 м и больше.

Основой хорошего невербального поведения является уважительное и предельно внимательное отношение к пациентам.

- **Обеспечьте женщине уединение.** Уединение и соблюдение конфиденциальности очень важно, позаботьтесь, чтобы вам никто не мешал.
- **Установите контакт «глаза-в-глаза»**, при этом Вы сможете наблюдать за чувствами и переживаниями женщины и адекватно на них реагировать. Однако прямой, пристальный взгляд может быть расценен как агрессивный.
- **Наклонитесь вперед** в сторону женщины, этим Вы покажите, что слушаете женщину.
- **Время от времени кивайте головой** или **вставляйте поощрительные замечания.**
- **Избегайте физических барьеров** (например, когда между Вами стоит стол).
- **Сидите, когда женщина сидит, и встаньте, когда она встает.**
- **Используйте прикосновения** там, где это уместно.
- **Избегайте оборонительных поз**, например, скрещенных рук.
- **Соблюдайте подходящее расстояние** между женщиной и консультантом.

Чтобы во время консультирования получить большой объем информации в короткое время, необходимо следовать некоторым полезным советам:

- как бы вы не спешили и не были заняты, всегда **задавайте вопрос в вежливой и уважительной форме;**
- **используйте понятные пациенту слова**, избегая применять медицинские термины;
- **задавайте конкретные вопросы**, чтобы женщина точно знала, как отвечать;
- **каждый раз задавайте только один вопрос**, чтобы не запутать женщину;
- **ваши вопросы не должны содержать моральных оценок;**
- **избегайте «наводящих» вопросов**, которые требуют от женщины согласия;
- **старайтесь, чтобы тембр Вашего голоса был похож на тембр голоса женщины;**
- **говорите не слишком быстро и не слишком медленно;**
- **при необходимости, используйте юмор;**
- **уважайте мнение и взгляды женщины;**
- **применяйте закрытые и открытые вопросы, перефразирование, поощрение, обобщение.**

**Закрытые вопросы** требуют от женщины четкого, конкретного ответа «да» или «нет», а также ответа короткой фразой. Такие вопросы применяют для уточнения какой-либо информации, для прояснения конкретных деталей. Но с



их помощью трудно наладить контакт с женщиной, не всегда возможно обсудить эмоционально значимые, личные темы.

Примеры закрытых вопросов: «Вы рожали?», «Бывает ли у Вас тошнота?», «Вы принимаете лекарства?».

**Открытые вопросы** - это хороший способ начать беседу с женщиной. Они позволяют получить большое количество информации, наладить и поддержать эмоциональный контакт. Открытые вопросы позволяют женщинам отвечать своими словами и выражать собственные мысли.

Примеры открытых вопросов: «Что Вас беспокоит?», «Расскажите мне о своих месячных», «Как протекала у Вас предыдущая беременность?».

Умелое консультирование начинается с открытых вопросов и заканчивается закрытыми вопросами.

Полезно **перефразирование** сказанного Вам женщиной несколькими другими словами, поскольку:

- это показывает женщине, что Вы ее услышали;
- это позволяет Вам проверить, правильно ли Вы ее поняли;
- это ободряет ее и поощряет продолжение рассказа.

Пример перефразирования.

Женщина: «У меня очень сильные боли в спине».

Консультант: «Вас беспокоят сильные боли в спине?»

Для того, чтобы показать свою заинтересованность и поддержать стремление женщины к дальнейшей беседе, важно **поощрение** словами «Я слушаю», «Это интересно», «Угу...» и др.

Подведение итогов и контроль в форме **обобщения** позволяют Вам убедиться в том, что Вы правильно поняли женщину, собрать в целое полученные факты, а также получить подтверждение.

Примеры обобщения. «Итак, вас беспокоят...», «Если я Вас правильно понял...»

Навыки и принципы эффективного общения и консультирования помогут установить хорошие взаимоотношения с будущей матерью, что является залогом для благоприятного протекания беременности и родов.

**Слова, содержащие в себе оценку**, подразумевают, что Вы оцениваете поведение женщины. Использование этих слов может привести к тому, что женщина будет чувствовать себя недостаточно хорошей, что она недостаточно хорошо заботится о своем ребенке, или что с ее ребенком что-то не в порядке.

Примеры слов, содержащих в себе оценку: «правильно», «неправильно», «как надо», «хорошо», «плохо», «достаточно», «должным образом», «слишком много», «слишком мало», «проблема», «нормально».

Пользуясь этими советами, Вы научитесь проводить хорошее и качественное консультирование.



## ПОДГОТОВКА К БЕРЕМЕННОСТИ

Всем женщинам детородного возраста в период планирования беременности крайне важно принять ряд мер, которые повысят их шансы родить здорового ребенка. Так как многие важные этапы развития плода происходят до того момента, как женщина может понять, что она беременна, целесообразно минимизировать вред, приносимый плоду, а в последующем и ребенку, некоторыми инфекциями, заболеваниями, недостатками питания и опасными факторами окружающей среды. Необходимо уделять максимум внимания организации консультирования семьи с использованием правильных навыков общения и хорошего контакта с семьей.

Рекомендуется тщательный сбор анамнеза у обоих будущих родителей. Такие факторы, например, как работа отца с опасными химикатами, курение и употребление алкоголя, могут сыграть роль в нежелательном исходе беременности. Так как влияние подобных факторов недостаточно изучены, мужчинам следует отказаться от вредных привычек еще до зачатия ребенка и проконсультироваться с врачом по поводу влияния вредных веществ на работе.

Во время консультирования по подготовке к беременности важно помнить о следующих общих принципах:

- Установите хороший контакт; поощряйте пару к рассказу о том, как она себя чувствует, и сообщению о том, что ее тревожит.
- Обращайте внимание на общий внешний вид женщины, на наличие признаков стресса, тревожности, беспокойства, каких-либо нарушений.
- Целями консультирования семейной пары до беременности являются:
- Помощь в формировании чувства желанной и здоровой беременности
- Предоставление информации об изменениях, которые принесет материнство и отцовство
- Информирование об изменениях в организме женщины, которые происходят во время беременности
- Помощь паре в формировании большей уверенности в себе, устойчивости к возможным стрессовым ситуациям
- Убеждение будущих родителей в необходимости вести здоровый образ жизни.

Для качественного и эффективного консультирования важна хорошая подготовка консультанта. В некоторых случаях возможны нежелательные побочные эффекты консультирования до беременности, что может проявиться в снижении чувства уверенности в себе и самодостаточности женщины и повышении ощущения беспокойства и тревоги. Такие побочные эффекты могут объясняться недостаточным знанием консультантами социальных условий и исходных поведенческих и индивидуальных особенностей женщины, связанных с возможным неблагоприятным исходом беременности, что и ведет к порочному консультированию, хотя консультанты искренне верят, что дают правильные рекомендации.



ВОЗ рекомендует проводить обследования пары до беременности, включающее:

- Определение Rh – принадлежности партнеров
- Обследование на наличие инфекций:
  - ВИЧ
  - Сифилис
  - Токсоплазмоз
  - Гепатиты В и С
  - Краснуха
  - Туберкулез
- При выявлении экстрагенитальной патологии – направление к профильным специалистам
- При наличии факторов риска генетической патологии – направление на генетическое консультирование и обследование родительской пары.

Направление родительской пары на генетическое консультирование и обследование должно осуществляться только при наличии факторов риска генетической патологии. Скрининг на генетические заболевания и консультации до беременности могут убедить семейную пару в том, что их дети не имеют риска унаследовать какое-либо специфическое заболевание. Также, он дает возможность родителям обсудить варианты и предпринять необходимые меры, например, пренатальное тестирование. Хромосомные отклонения, такие как синдром Дауна, обязательно должны обсуждаться с женщинами старше 35 лет.

Право принять решение пройти пренатальный скрининг и связанные с ним последующие вмешательства принадлежат только самим родителям.

Процедуры скрининга должны быть удобными и безопасными. Скрининг должен быть достаточным и экономичным, положительные результаты должны быть проверены диагностическими исследованиями, в случаях подтверждения – назначено лечение. Программа скрининга должна сопровождаться большим количеством выявленных случаев и малым количеством ложноположительных результатов.

К эффективным профилактическим мероприятиям, которые необходимо проводить до наступления беременности, относятся:

- Назначение фолиевой кислоты для профилактики дефектов нервной трубки плода;
- Обеспечение вакцинации женщины против краснухи;
- Прекращение табакокурения;
- Прекращение употребления алкоголя;
- Пропаганда физических упражнений;
- Снижение употребления лекарственных средств до минимума и/или злоупотребления ими;
- Борьба с наркоманией.



Профилактическое назначение фолиевой кислоты до беременности особенно важно женщинам, у которых во время предыдущей беременности уже были дефекты нервной трубки у плода, а также страдающим сахарным диабетом и эпилепсией (особенно принимающим противосудорожный препарат – вальпроат натрия (конвулекс)), в этих случаях, возможно, потребуется назначение более высокой дозы фолиевой кислоты. Фолиевая кислота содержится в следующих продуктах питания: почках, шпинате, спаргагусе, капусте, брокколи, цветной капусте, салате, орехах, обогащенном хлебе и крупах, овощах, яйцах, апельсинах, бананах и дрожжах.

Лечение до наступления беременности или решение вопроса о целесообразности беременности требуется только при выявлении состояний, которые могут повлиять на течение беременности, развитие плода, привести к негативным материнским и перинатальным исходам. Адекватная оценка состояния здоровья и правильное консультирование перед наступлением беременности могут оказаться жизненно важными для пациенток, с экстрагенитальной патологией, имеющих в семейном анамнезе врожденные пороки развития плода, или для решения вопроса о целесообразности самой беременности.



## **ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СВЯЗАННЫЕ С НИМИ ДИСКОМФОРТНЫЕ СОСТОЯНИЯ**

В течение всей беременности организм женщины претерпевает физиологические изменения практически во всех органах и системах.

### **Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы**

Сердечно-сосудистая система беременной приспособляется к дополнительной нагрузке.

Объем циркулирующей крови повышается на 35-45% (за счет увеличения плазмы крови), достигая максимума к 32 неделе, а объем эритроцитов возрастает на 20-30%. Это приводит к гемодилуции, вызывая физиологическую анемию. За исключением истинной анемии (ниже 70 г/л), лучшие перинатальные исходы соответствуют более низким уровням гемоглобина, традиционно считавшимся патологически низкими.

Уровень лейкоцитов варьирует во время гестации, но обычно остается в верхних пределах нормы. Происходит увеличение количества тромбоцитов, но не до верхних пределов нормы, повышается СОЭ. Снижается количество альбуминов. Увеличивается проницаемость сосудистых стенок.

Существенно увеличивается фибриноген и факторы свертываемости VII, X и XII. Эти изменения ведут к профилактике чрезмерного кровотечения в родах, но в это же время предрасполагают к возникновению тромбозов.

Происходит физиологическая гипертрофия левого желудочка. Увеличивается число сердечных сокращений во втором триместре.

Появляется систолический шум у 30% беременных. Считается, что это происходит из-за функциональной трикуспидальной регургитации. Первый тон сердца становится громче в первой половине беременности и может раздваиваться. Может возрасти интенсивность второго сердечного тона. Иногда возникают аритмии и экстрасистолы.

Артериальное давление во втором триместре беременности понижается (ложное улучшение), а в третьем триместре повышается (повышается сосудистый тонус). Изменения артериального давления происходят из-за уменьшения периферического сопротивления (больше всего влияет на диастолическое давление): вазодилатация + повышенный метаболизм + плацентарный артериовенозный шунт.

Артериальное давление зависит от изменения позы: самое высокое - когда женщина сидит, самое низкое - лежа на боку, средние значения - в положении лежа на спине.

Увеличение накопления носовой слизи вызывает затруднение носового дыхания и носовые кровотечения.



Увеличение венозного давления в нижних конечностях и давление увеличенной матки на вены способствует развитию варикозного расширения вен, отеков, геморроя.

### **Изменения со стороны пищеварительного тракта**

В начале беременности у многих женщин отмечаются различные физиологические состояния.

Происходит изменение вкусовых ощущений за счет снижения чувствительности вкусовых сосочков в виде появлений прихотей (тяга к кислым и соленым продуктам), отвращения к некоторым видам пищи (к мясным и жирным продуктам); повышению аппетита (изменение функции нервной системы).

Понижается секреция соляной кислоты и пепсина в желудке, что приводит к тошноте и рвоте. За счет влияния прогестерона снижается моторика гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта. Замедление опорожнения содержимого желудка, расслабление нижнего пищеводного сфинктера и давление растущей маткой на желудок приводят к появлению изжоги и отрыжки.

Увеличение обратного всасывания воды из толстой кишки (эффект альдостерона), а также давление увеличенной матки на нижнюю часть кишечника и снижение перистальтики кишечника, которое вызвано гиперпрогестеронемией, вызывают запоры.

Во время беременности возрастает нагрузка на печень, которая испытывает состояние высокого напряжения. Это связано с обезвреживанием продуктов жизнедеятельности не только матери, но и плода, инактивацией гормонов плаценты и фето-плацентарной системы, концентрация которых во время беременности значительно возрастает.

Изменения функции желчного пузыря обусловлены как механическими причинами (повышение внутрибрюшного давления, уменьшение экскурсии диафрагмы), так и нейроэндокринными (снижение тонуса и моторики желчного пузыря и желчевыводящих путей и т.д.). Все это способствует холестазу и холелитиазу.

### **Изменения со стороны эндокринной системы**

Возникновение и развитие беременности сопровождается эндокринными изменениями материнского организма. На деятельность желез внутренней секреции матери очень большое влияние оказывают гормоны плаценты, а также плода.

Повышается активность щитовидной железы, отмечается ее незначительное увеличение, повышается концентрация в крови Т3 и Т4. На 20% увеличивается скорость основного обмена. Из-за увеличения потребности в



кальции происходит гипертрофия паращитовидной железы. Под влиянием плацентарного лактогена увеличивается выработка инсулина.

Наблюдается гиперплазия коры надпочечников и усиление ее кровотока. Это находит свое выражение в усиленной продукции глюкокортикоидов и минералокортикоидов.

Гипофиз увеличивается на 135%. Уровень пролактина материнской плазмы увеличивается десятикратно.

Возникновение и развитие беременности связано с функцией новой железы внутренней секреции – желтого тела беременности. В желтом теле продуцируются половые гормоны (прогестерон и эстроген), которым принадлежит огромная роль в имплантации и дальнейшем развитии беременности. С 3-4-го месяца беременности желтое тело подвергается инволюции, и его функцию целиком берет на себя плацента.

В период беременности наиболее активны следующие гормоны:

- человеческий хориальный гонадотропин (может быть причиной тошноты);
- эстроген (способствует росту молочных желез и матки);
- прогестерон (способствует росту молочных желез и матки);
- тиреотропный гормон, стимулирующий щитовидную железу;
- гормон, стимулирующий меланоциты (потемнение пигментных пятен на коже, появление вторичной ореолы вокруг соска).

### **Изменения со стороны кожи**

Своеобразным изменениям подвергается кожа. У многих беременных отмечается гиперпигментация кожи лица, околососковых кружков и сосков, что обусловлено изменением функции надпочечников.

По мере увеличения срока беременности происходит постепенное растяжение передней брюшной стенки (рубцы беременности). В ряде случаев отмечается рост волос, обусловленный гиперандрогемией надпочечников и частично плацентой. Гипертрихоз носит временный характер и проходит после родов.

Возможно появление сосудистых звездочек, обычно выше уровня талии, а также расширение тонкостенных капилляров, особенно на нижних конечностях.

### **Изменения со стороны опорно-двигательного аппарата**

Отмечается серозное пропитывание и разрыхление связок, хрящей и синовиальных оболочек лобкового и крестцово-подвздошных сочленений. В результате появляются боли в спине.

Наблюдается некоторое расхождение лонных сочленений на 0,5-0,6 см. Грудная клетка расширяется, реберные дуги располагаются горизонтально, нижний конец грудины несколько отходит от позвоночника, появляется «гордая походка беременной».



Возможны судороги в нижних конечностях. Причины и механизм судорог все еще не ясны.

### **Изменения со стороны дыхательной системы**

Деятельность легких возрастает на 30-40% в связи с увеличением потребности в кислороде и смещением диафрагмы в среднем на 4 см увеличенной маткой. Дыхание становится глубже, усиливается газообмен. Частота дыхательных движений не увеличивается во время беременности, а остается нормальной (14 - 15 в минуту).

Появляются застойные явления в гортани и слизистой бронхов, что повышает чувствительность к острым респираторным инфекциям, затруднению дыхания, блокаде слуховых труб, изменению тона и тембра голоса.

### **Изменения со стороны мочевыделительной системы**

Взаимодействие мочевых и половых органов у человека определяется формированием их в процессе эмбриогенеза.

Гормональные колебания сопровождаются изменением (понижением) тонуса мочевых путей во второй половине беременности. Ослабляется связочный аппарат почек, что приводит к патологии их подвижности. Нередко опущение почек, особенно правой, во время беременности вызывает стаз мочи, венозную застой, что способствует развитию пиелонефрита и частого пузырно-мочеточникового рефлюкса (в связи с укорочением интрамурального отдела мочеточника).

В связи со снижением уродинамики и повышением прогестерона расширяется чашечно-лоханочная система, особенно во второй половине беременности.

Изменяется функция почек. Увеличивается выделение белка (через клубочки) за счет клубочковой фильтрации до 30-50 %, достигает максимума к 16-24 неделям. В конце беременности отмечается некоторое снижение почечного кровотока за счет сдавления нижней полой вены. Возникает физиологическая гликозурия, протеинурия (до 6-8 лейкоцитов в поле зрения). Активация почек вызывает уменьшение азота мочевины в крови, снижение креатинина.

Функция почек вне беременности усиливается в положении стоя, а во время беременности - в положении на боку и в колено - локтевом положении.

### **Изменения со стороны половой системы**

Вес матки к концу беременности увеличивается в 500 раз, ее объем - в 1000 раз. Существенные изменения происходят в слизистой оболочке матки, которая превращается в децидуальную оболочку. Шейка матки разрыхляется, размягчается, цервикальный канал заполняется густой слизью. Наружный зев у первобеременных закрыт, у повторнорожавших пропускает 1 палец.



Стенки влагалища, разрыхляясь, становятся легко растяжимыми. Слизистая оболочка влагалища вследствие застойного венозного полнокровия приобретает характерную синюшную окраску.

Уже с первого триместра беременности матка нерегулярно безболезненно сокращается (схватки Брекстона - Хикса). В ранних сроках беременности их регистрация при ультразвуковом исследовании может стать причиной гипердиагностики угрожаемого прерывания беременности; на позднем сроке они могут причинять определенный дискомфорт.

Нормальные вагинальные выделения увеличиваются во время беременности из-за чрезмерного количества эстрогена, что может стать причиной жалоб женщины.

### **Изменения молочных желез**

Молочные железы подвергаются существенным изменениям, происходит подготовка к лактации. Железистые дольки увеличиваются в объеме, число их возрастает. Подкожные вены расширяются в объеме и становятся напряженными, ощущается покалывание, появляется молозиво. Соски увеличиваются и пигментируются вместе с ареолами.

### **Изменения массы тела беременной женщины**

За время беременности масса тела женщины возрастает на 10-12 кг. Из них масса плода составляет 2800-3400 г, плаценты с плодными оболочками - 680 г, амниотической жидкости - 900 г. На матку приходится 1130 г, объем крови составляет 1600 г, вес молочных желез - 900 г, жировой ткани 4000 г, жидкости в нижних конечностях - 900-1300 г, внеклеточной жидкости-1000-1500 г.

### **Изменения со стороны иммунной системы**

Большого внимания заслуживает изменение состояния иммунной системы во время беременности, т.к. плод всегда является генетически «полусовместимым трансплантантом» для организма матери. В процессе развития беременности между ними возникают и формируются очень сложные иммунологические взаимоотношения.

### **Изменения со стороны обмена веществ**

Существенные изменения наблюдаются в белковом, углеводном и липидном обмене. По мере прогрессирования беременности в организме женщины происходит накопление белковых веществ, что необходимо для удовлетворения потребности растущего организма плода в аминокислотах. Углеводный обмен изменяется накоплением гликогена в клетках печени, мышечной ткани, матки и плаценты. При физиологическом течении беременности в крови матери отмечается некоторое повышение концентрации нейтрального жира, холестерина и липидов.



Изменения претерпевают минеральный и водный обмены. В организме женщины задерживаются соли Са, Р (для построения костей плода). Через плаценту переходит железо для синтеза фетального гемоглобина. В регуляции водного обмена при беременности роль принадлежит альдостерону надпочечников, прогестерону желтого тела, плаценты, антидиуретическому гормону гипофиза и др. Для физиологической беременности характерна задержка жидкости в организме.

Таким образом, изменения организма беременной женщины носят физиологический характер и направлены на создание условий для благоприятного течения беременности.

### **Психологические и эмоциональные изменения во время беременности**

Психологические и эмоциональные изменения во время беременности может испытывать не только будущая мать, но и ее супруг и окружающие ее люди (таблица 1). Причем, в зависимости от срока беременности эти ощущения могут быть различными. Однако все эти чувства и ощущения являются нормальными и лечения не требуют.



	<b>Возможные чувства/ощущения матери</b>	<b>Возможные чувства/ощущения отца/партнера</b>
<b>1-ый триместр (адаптация)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• раздражительность</li> <li>• депрессия</li> <li>• возбуждение</li> <li>• опасение</li> <li>• резкая смена настроения</li> <li>• слезы при гневе и радости</li> <li>• повышенная чувствительность</li> <li>• нерешительность</li> <li>• гордость</li> <li>• неоднозначное восприятие беременности</li> <li>• будущий ребенок кажется нереальным</li> <li>• беспокойство в связи с изменениями, происходящими в организме</li> <li>• боязнь, что ребенок родится с отклонениями в развитии</li> <li>• боязнь выкидыша</li> <li>• размышления об отношениях с собственной матерью</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• новое чувство ответственности</li> <li>• беспокойство в связи с резкой сменой настроения у женщины</li> <li>• гордость</li> <li>• двойственное отношение к беременности в период адаптации к новой ситуации</li> <li>• беспокойство об изменениях в организме женщины</li> </ul>



**2-ой триместр (привыкание)**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• меньше колебания настроения</li><li>• ощущение хорошего здоровья и благополучия, радости, покоя</li><li>• однако в некоторых случаях могут по-прежнему отмечаться:<ul style="list-style-type: none"><li>• раздражительность</li><li>• депрессия</li><li>• опасение</li><li>• повышенная чувствительность</li><li>• нерешительность</li><li>• изменение внешнего облика</li><li>• тревожность относительно реакции мужа на изменяющееся тело</li><li>• страх перед возможным нанесением вреда ребенку</li><li>• беспокойство о партнере</li><li>• постепенное понимание процесса формирования личности будущего ребенка</li><li>• растущее чувство любви и близости к ребенку</li><li>• особое внимание со стороны окружающих, которым теперь заметна беременность</li><li>• волнение в связи с отношением членов семьи к ребенку</li></ul></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• большее эмоциональное участие</li><li>• желание защитить будущую мать</li><li>• страх перед возможным нанесением вреда ребенку</li><li>• беспокойство о партнере</li></ul> |
|--|--|



<b>3-ий триместр (Участие)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● резкая смена настроения</li> <li>● раздражительность</li> <li>● тревожность, опасение</li> <li>● повышенная чувствительность</li> <li>● нерешительность</li> <li>● депрессия</li> <li>● ощущение «внутреннего света» и/или собственной непривлекательности</li> <li>● обеспокоенность в связи с большой прибавкой в весе</li> <li>● обеспокоенность в связи с сомнениями в собственной способности справиться с обязанностями матери</li> <li>● ночные кошмары</li> <li>● бессонница</li> <li>● обеспокоенность в связи с приближающимися родами в сочетании с опасениями относительно собственного благополучия и благополучия ребенка</li> <li>● опасения, связанные с процессом родов</li> <li>● обеспокоенность в связи с предстоящим материнством и потерей свободы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● чувствует себя «лишним»</li> <li>● беспокойство о финансовой стороне вопроса</li> <li>● беспокойство о сексуальных отношениях</li> <li>● возбужденное ожидание приближающихся родов в сочетании с опасениями относительно благополучия матери и ребенка</li> <li>● опасения, связанные с процессом родов</li> <li>● обеспокоенность в связи с предстоящим отцовством и потерей свободы</li> </ul>
--------------------------------	--	--

Неосложненная беременность рассматривается как состояние здоровья, а не болезнь. Тем не менее, она часто сопровождается симптомами, которые в другое время или при других обстоятельствах могли бы расцениваться как симптомы заболевания. Это так называемые «малые симптомы» беременности – тошнота и рвота, утомляемость, изжога, запоры, геморрой, судороги в ногах, отеки, варикозы и вагиниты. Эти симптомы могут вести к значительному дискомфорту, неприятным ощущениям и к существенному изменению обычного для пациентки стиля жизни.



## Советы беременным женщинам

### При утомляемости:

- Чаще отдыхайте. Рекомендуется отдыхать при любой возможности.
- Соблюдайте принципы здорового питания.
- Выполняйте легкие физические упражнения.

### При изменении эмоционального состояния:

- Постарайтесь больше отдыхать.
- Если есть возможность, ложитесь спать рано, отдыхайте днем.
- Стремитесь помогать себе — регулярно слушайте приятную музыку, пойте, читайте детские книги, общайтесь с малышом.
- Чаще бывайте на свежем воздухе. Насыщение организма кислородом, состояние внутреннего покоя оказывают благотворное влияние на общее самочувствие и позволяют предупредить возможное появление изматывающих приступов тошноты.
- Хорошо помогают водные процедуры, например, комфортный душ. Можно принимать теплую (не выше 37<sup>0</sup>С) ванну с настоем из трав или с добавленными эфирными маслами. Чай из мяты, мелиссы, лаванды, шиповника, боярышника или спорыша способны уменьшать возбудимость и раздражительность.

### При изжоге:

- Избегайте приема жирной и острой пищи.
- Ешьте чаще и небольшими порциями.
- Избегайте употребления кофе и газированных напитков, содержащих кофеин.
- Не ложитесь в постель сразу после приема пищи и уменьшите наклоны после еды.
- Во время сна голова должна находиться на высокой подушке.
- Молоко или кефир помогает при изжоге.
- Если изжога продолжает беспокоить, несмотря на изменение образа жизни и диеты, применяется лечение антацидными препаратами.

### При запорах:

- Измените диету, увеличьте в рационе клетчатку (например, зеленые овощи и каши с отрубями), количество потребляемой жидкости (не менее 8 стаканов воды и других жидкостей в сутки). Увеличьте физическую активность.
- При неэффективности, используйте слабительные, увеличивающие объем жидкости в кишечнике (полисахариды и/или дериваты глюкозы) и размягчающие стул (диоктилсульфосукцинаты). Если эти препараты не облегчают симптомы, тогда могут использоваться раздражающие слабительные, такие как сенна и бисакодил. Солевые слабительные и lubricants не должны применяться при беременности вообще.



**При геморрое:**

- Отдыхайте с приподнятыми ногами.
- Проводите профилактику и лечение запоров.
- Увеличьте объем грубой, волокнистой пищи.
- Применяйте противогеморроидальные кремы.

**При судорогах в ногах:**

- Массаж и упражнения на растяжение мышц.

**При варикозном расширении вен и отеки ног:**

- Приподнимайте ноги несколько раз в день.
- Спите на боку.

**При тошноте и рвоте:**

- Рано утром съешьте несколько сухих крекеров или кусочек хлеба.
- Избегайте острой и жирной пищи.
- Ешьте чаще и небольшими порциями.

**При неэффективности:**

- Назначить корень имбиря в порошке.
- Акупрессинг на точку Найгуан (Р6) (точка нажатия на расстоянии трехкратной ширины пальца от запястья).
- Назначить антигистаминные препараты.

**При боли в спине:**

- Носите обувь без каблуков.
- Избегайте поднятия тяжестей. Если приходится поднимать тяжести, сгибайте колени, а не спину.
- Проводите упражнения в воде
- Проводите массажную терапию.

**При головной боли и головокружении:**

- Меняйте положение тела медленно, чтобы сосуды имели возможность приспособиться. Вставайте не резко, а медленно, перевернувшись на живот и спокойно поставив ноги на пол.
- Носите с собой изюм, сухофрукты или фрукты, хлебцы с отрубями — прием этих продуктов быстро увеличивает содержание сахара в крови.
- Избегайте пребывания в душных помещениях.

**При учащенном мочеиспускании:**

- Попробуйте ограничить прием жидкости после 16 часов. Меньше пейте на ночь и перед прогулкой. В день количество потребляемой жидкости должно быть примерно 2 литра.
- Наклон вперед, когда происходит мочеиспускание, поможет освободить полностью мочевой пузырь.
- Пейте витаминные напитки из фруктов и ягод, таких как черная или красная смородина, облепиха, рябина красная, черника, крыжовник, шиповник, яблоки, вишня.



- Следите за анализами мочи. При обнаружении белка в моче следуйте указаниям врача.

#### **При непроизвольном мочеиспускании:**

- Чаще опорожняйте мочевой пузырь. Если необходимо, обратитесь к врачу.
- Делайте упражнения, направленные на укрепление мышц тазового дна и промежности.

#### **При молочнице:**

- Обратитесь к врачу. Закаливайте организм. Из рациона питания необходимо исключить сладкое и мучное.
- Для повышения защитных сил организма регулярно проводите водные процедуры: принимайте контрастный душ, если разрешает врач – принимайте комфортные ванны с добавлением сбора из трав (мяты, лаванды, пихты, сосны, хвои). Больше бывайте на свежем воздухе.

#### **При нарушении сна:**

- Ложитесь спать в строго определенные часы. Выполняйте упражнения на расслабление перед сном, послушайте приятную музыку, порисуйте.
- Могут помочь водные процедуры — комфортный душ, расслабляющая ванна из трав (если разрешает врач).
- Избегайте суеты и споров, особенно перед сном. Лучше прогуляться, подышать свежим воздухом. Рекомендуются занятия вязанием, шитьем.
- Пейте поменьше перед сном, чтобы не приходилось часто вставать ночью.
- Подберите удобное положение для сна. Используйте маленькие подушечки, чтобы занять удобное положение.

#### **При появлении стрий (растяжки на коже):**

- Следите за тем, чтобы прибавление в весе происходило не слишком быстро.
- Выполняйте упражнения, готовящие мышцы к родам, регулярно проводите суставную гимнастику. Посещайте бассейн
- Со временем растяжки истончаются, но совсем исчезают редко, особенно пойдет на пользу холодное обливание. Под влиянием холодной воды чрезмерно растянутые участки кожи становятся более упругими и эластичными, кроме того, нормализуется работа гормональной системы.
- Рекомендуются также регулярно делать массаж махровой рукавицей или растительной мочалкой. Движения во время массажа должны быть мягкими и плавными. Делайте круговые движения в сторону сердца. Мягко и нежно делайте массаж живота, груди, бедер.
- Спокойный массаж улучшает отток крови и лимфы, восстанавливает обменные процессы в коже. После массажа нанесите на кожу масло или крем от растяжек, разработанный специально для беременных, который не содержит вредные компоненты. Примите контрастный душ. Если такого крема нет, тогда его можно заменить масляными экстрактами из трав. Масляный экстракт можно приготовить самостоятельно или воспользоваться готовым экстрактом. Например, можно использовать масло шиповника или облепихи.



- Для того, чтобы сохранить упругость и эластичность кожи, принимайте витамины, микроэлементы. Употребляйте продукты, богатые кремниевой кислотой, медью, цинком и другими микроэлементами.

#### **При одышке:**

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

#### **При пониженном артериальном давлении:**

- Принимайте по утрам контрастный душ. Хорошо помогают обливания холодной водой. Холодная вода повышает упругость сосудов, укрепляет и восстанавливает их. Если врач разрешает, принимайте комфортные общие ванны. Общие ванны с добавлением аира обыкновенного или розмарина лекарственного улучшают кровоснабжение.
- Чаще бывайте на свежем воздухе, больше двигайтесь, регулярно выполняйте суставную гимнастику и мягкие тренировки-разминки.

### **Развитие плода**

В первом триместре беременности происходит формирование органов и систем плода. Вторым триместром – это период роста плода, третий триместр является «финишной прямой» для плода.

#### **Первый месяц беременности:**

- День 1: оплодотворение
- День 6: имплантация
- День 14: размеры плода 0,6 – 1,2 см
- День 18: появляется сердцебиение
- Один месяц: начинается формирование конечностей

#### **К концу 2-го месяца:**

- Формируются черты лица
- Все основные системы организма сформированы
- Особенная чувствительность к воздействию химических препаратов
- Некоторые врачи выслушивают сердцебиение
- Появляется способность двигаться
- Сформированы руки, ноги, пальцы
- Хрящи начинают заменяться настоящими костями
- Формируются зачатки молочных зубов



К концу 3-го месяца:

- Можно различить пол плода
- Меньше восприимчивость к воздействию внешних факторов
- Движения ног
- Мимические движения
- Глотательные движения
- Дыхательные движения

К концу 4-го месяца:

- Узнаваем как человеческий зародыш
- Размер 20-25 см, вес около 170 г

К концу 5-го месяца:

- Движения становятся более быстрыми, мать чувствует шевеление плода
- Размер 25-30 см, вес около 450 г.
- Появляется волосяной покров на голове
- Тело покрыто пушком
- Ногти на пальцах рук и ног
- Четко прослушивается сердцебиение плода

К концу 6-го месяца:

- Теперь у ребенка есть вероятность выжить при преждевременном рождении
- Размер 35 см, вес 650 г.
- Появляется первородная смазка
- Формируются зачатки постоянных зубов
- Сильные хватательные движения

К концу 7-го месяца:

- Вес 1300-1400 г.
- Приобретение иммунитета от матери
- Исчезает пушок на теле

К концу 8-го месяца:

- Вес 2200-2300 г.
- Как правило, ребенок располагается головкой вниз
- Приобретение иммунитета от матери

К концу 9-го месяца:

- Рост около 50 см, вес около 3200-3400 г.
- Облегчение состояния: ребенок «опускается»
- Приобретение иммунитета от матери



## НОВЫЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ РИСКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В 1978 году ВОЗ разработала концепцию «подхода с точки зрения риска» в качестве управленческого инструмента в рамках проблемы охраны здоровья матери и ребенка, в частности для стран, с ограниченной доступностью медицинской помощи. Эта концепция была направлена на выявление пациенток с повышенным риском осложнений и определение у них количественного уровня риска – «количество баллов».

Традиционный метод классификации беременных по группам низкого, среднего и высокого риска не является эффективным средством предопределения возможных осложнений во время беременности и родов. Применение традиционных признаков риска зачастую приводит к необоснованному оказанию специализированной помощи. Как показывает практика прошлых лет, данная количественная оценка зачастую не отражала реального уровня риска у конкретной женщины и ее плода, имела большую погрешность. Например, женщины, имевшие осложнения во время предыдущей беременности, могут иметь нормальную беременность и роды при следующих беременностях, в то время как у женщин, относящихся к группе низкого риска, могут неожиданно развиться тяжелые осложнения.

Исходя из изложенного, ВОЗ не рекомендует применение традиционного метода оценки риска, т.е. проведение количественного (балльного) подсчета. Вместо них рекомендуется бдительный подход для всех беременных женщин. Это означает, что все женщины должны относиться к группе с нормально протекающей беременностью до тех пор, пока не появятся явные признаки осложнений. Даже в тех случаях, когда выявлен фактор риска, он должен быть тщательно рассмотрен и проанализирован с целью определения тяжести возможного риска для женщины и плода, который повлечет за собой адекватную диагностику и лечение. Например, некоторые осложнения могут привести к временному риску, а позже эти осложнения проходят сами по себе. Иные осложнения могут быть опасны для плода или матери в один период беременности, а в другой перестать быть опасными.

В листе отметки факторов риска индивидуальной карты беременной выделяются письменно имеющиеся факторы риска для каждого триместра, отдельно и в соответствии с ними в данном сроке проводится адекватная диагностика, лечение и профилактика. Т.е., если фактор риска в конкретном триместре был устранен, то его не следует вносить в следующий триместр. И наоборот, если фактора риска не было в предыдущем триместре, но он появился в следующем, его необходимо отметить только в протекающем триместре.



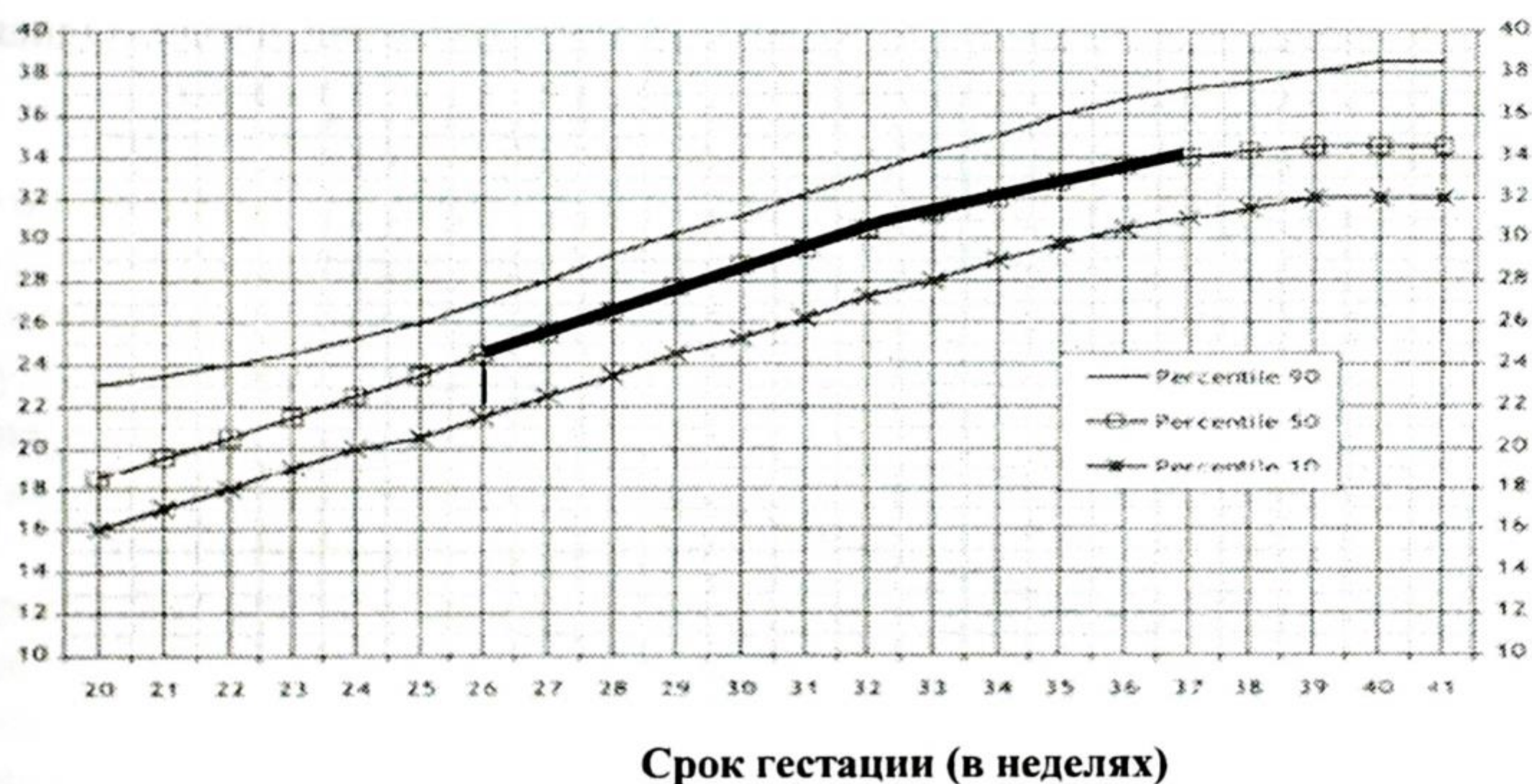
## ВЕДЕНИЕ ГРАВИДОГРАММЫ

Ведение гравидограммы является одним из рекомендуемых методов обследования беременной женщины в условиях ГСВ. На гравидограмме отмечается высота стояния дна матки (ВДМ) в сантиметрах (на вертикальной оси) соответственно сроку беременности (на горизонтальной оси). На основании полученных данных строится график изменения ВДМ при беременности (рис.1).

### Техника проведения скрининга.

- Измерение высоты стояния дна матки проводят при каждом дородовом посещении, начиная с 25-26 недель беременности, но не чаще каждых двух недель.
- Измерение проводят сантиметровой лентой от дна матки, определенного при помощи пальпации, до верхнего края симфиза. Измерение не обязательно проводить по средней линии живота; если дно матки отклонено в сторону, начало сантиметровой ленты прикладывают к наиболее отдаленной части дна матки.
- Измерение ВДМ желательно проводить одним и тем же лицом.

Рис.1

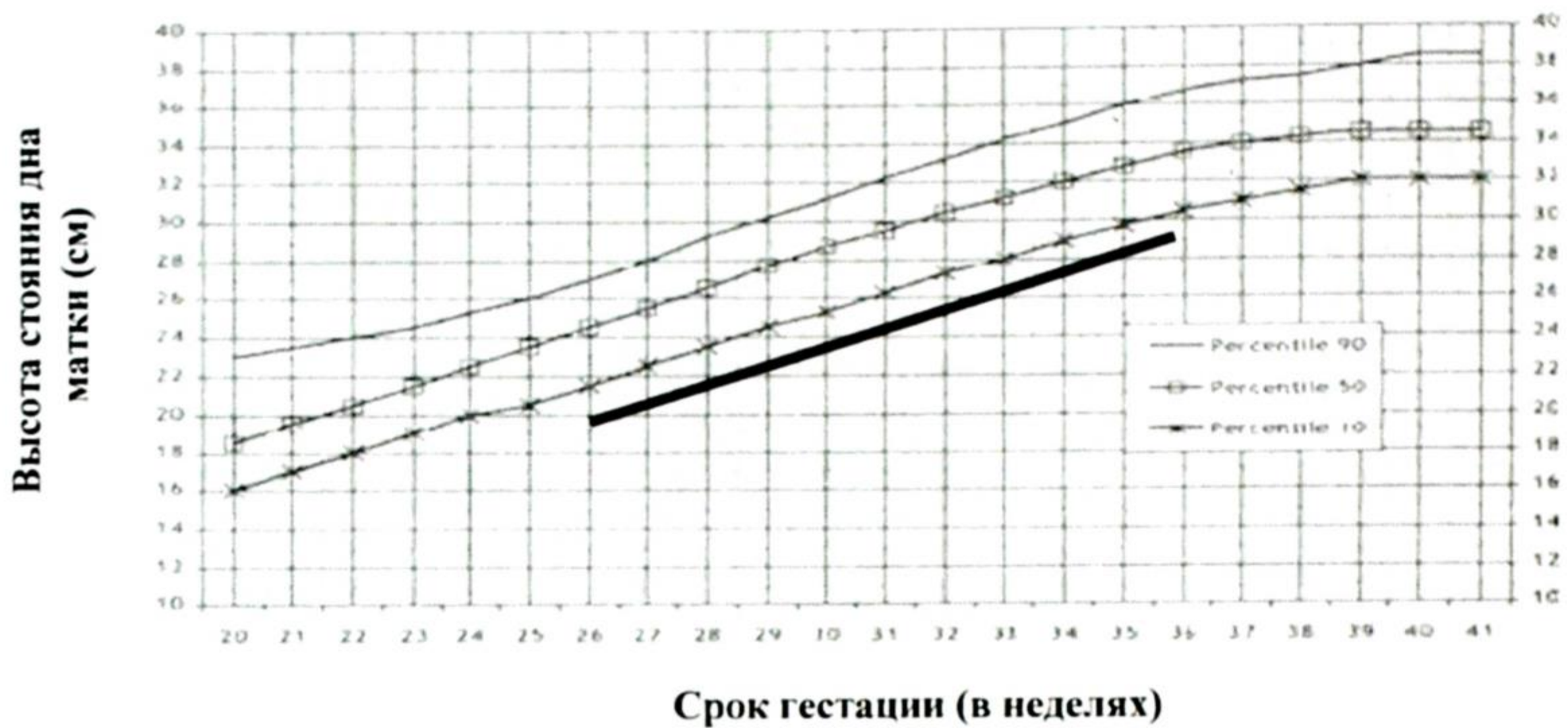


Важно, чтобы измеренная и отмеченная на графике линия ВДМ находилась параллельно линиям перцентилей.



## Интерпретация результатов

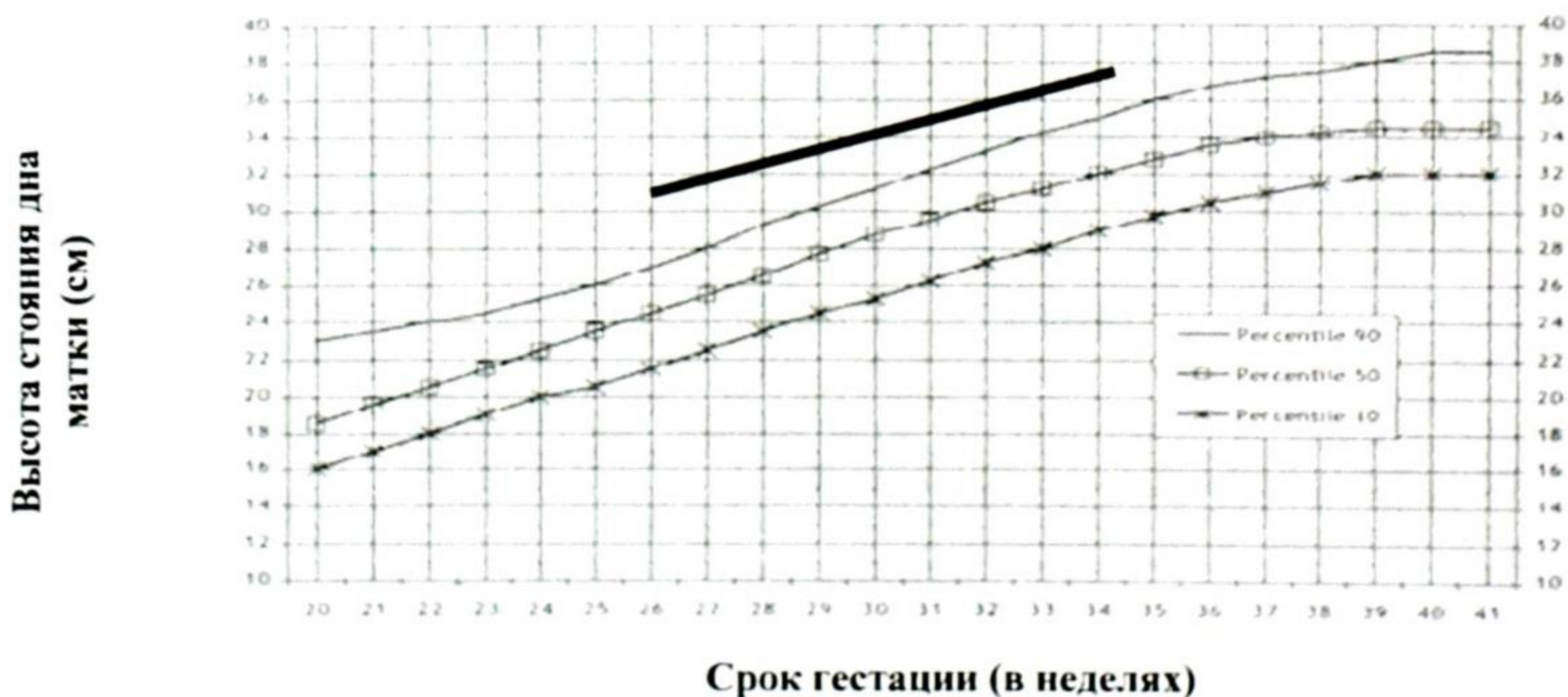
Рис.2



На рис.2, где все показатели ВДМ находятся ниже линий, динамика увеличения ВДМ позволяет сказать, что данная беременность протекает нормально, возможно рождение маловесного для данного срока гестации ребенка, но без признаков задержки внутриутробного развития плода. Однако вначале необходимо уточнить срок беременности и/или назначить УЗИ.

В ряде исследований показана вполне удовлетворительная чувствительность и специфичность метода определения ВДМ для диагностики массы плода как низкой для данного гестационного срока (Энкин, 2003).

Рис.3



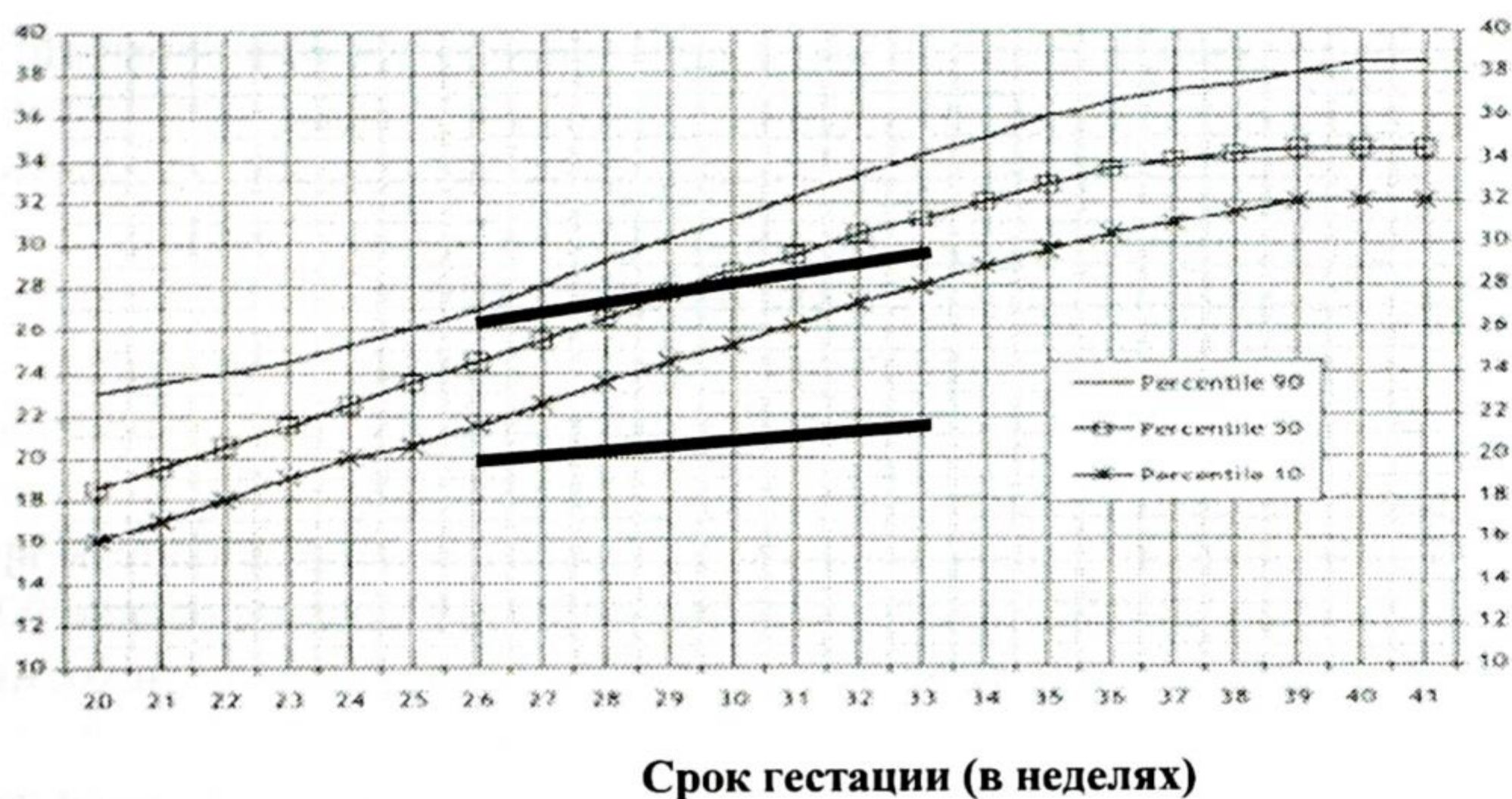
На рис.3 кривая показателей ВДМ находится выше 90 перцентиле; возможно у данной беременной или неправильно определен срок беременности,



или имеется многоплодие, многоводие, крупный плод. Такой беременной рекомендовано дополнительное обследование.

Если показатель ВДМ находится под нижней линией графика, или отсутствует его увеличение при динамическом наблюдении в течение 2-3 недель, следует заподозрить малый для гестационного возраста плод или замедление развития плода.

Рис.4



Этот график (рис.4) указывает на высокую вероятность задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР). Видно, что график роста ВДМ пересекает линию гравидограммы, т.е. идет замедление роста плода. Такую беременную необходимо отправить на биометрию плода (на хорошем ультразвуковом аппарате у хорошего специалиста). Если биометрия указывает на ЗВУР, то рекомендовано дополнительное обследование методом доплеромерии.

Динамическое определение ВДМ позволяет заподозрить замедление развития плода почти в 80% беременностей,отягощенных задержкой внутриутробного развития плода, однако специфичность этого метода недопустимо низка для диагностики. Поэтому при низкой динамике роста ВДМ рекомендуется консультация специалиста (УЗИ, фетометрия).



## ОСМОТР И СКРИНИНГ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Традиционно с целью скрининга нарушений развития плода предлагается определенный набор постоянно выполняемых всем женщинам с нормальным течением беременности тестов и исследований, однако:

- не все они эффективны с точки зрения прогнозирования или выявления проблем,
- даже если они позволяют прогнозировать дальнейшее развитие событий, они могут не привести к более успешным перинатальным исходам.

По данным научных исследований (материалы ВОЗ, Королевского колледжа акушеров и гинекологов Великобритании (RCOG), М. Энкина и др.) **рекомендуются следующие рутинные обследования:**\*

- **Измерение артериального давления** при каждом посещении для определения признаков гипертензии. Гипертензия является только признаком и может как свидетельствовать, так и не свидетельствовать о наличии преэклампсии. Наблюдение за состоянием женщины и направление к врачу могут быть показаны при повышении диастолического давления свыше 90 мм рт. ст. или более, чем на 10 мм рт. ст. по сравнению с исходными показателями, полученными до 20-й недели беременности.
- **Анализ мочи** следует выполнять при первой явке в медицинское учреждение для определения наличия бактерий на предмет выявления бессимптомной бактериурии. Если уровень бактерий превышает 100000 колоний на 1 мл, необходимо лечение антибиотиками. При последующих посещениях необходимо выполнять анализ мочи на наличие белка. При отсутствии лаборатории, нужно провести качественную реакцию на наличие белка путем кипячения.
- **Измерение высоты стояния дна матки с ведением гравидограммы.** По данным нескольких исследований была отмечена хорошая чувствительность и специфичность метода измерения ВДМ для прогнозирования низкой массы при рождении развивающегося плода. Техника измерения ВДМ описана в разделе «Ведение гравидограммы».
- **Пальпация живота.** Как правило, положение плода определяется при каждом посещении беременной женщины медицинского учреждения. Однако определение точного положения предлежащей части тела плода до 36 недель не всегда является точным и может причинить женщине дискомфорт.
- **Осмотр состояния ног.** Во время каждого визита надо осматривать ноги на предмет выявления варикозного расширения вен. Женщинам, проводящим длительное время на ногах или занимающихся тяжелым физическим трудом, следует давать советы по физическим упражнениям для ног. Однако наличие отеков (за исключением сильных или быстро возникающих отеков лица или поясницы) не следует рассматривать как признаки патологического состояния,



поскольку отеки нижних конечностей возникают у беременных женщин в 50-80% случаев.

- **Определение группы крови и резус-фактора.** В самом начале беременности надо сделать анализ крови, чтобы установить группу и резус крови (если они не были известны ранее). При резус-отрицательном факторе крови нужно проверить наличие антител, а также подготовиться к введению анти-D гамма-глобулина несенсибилизированным женщинам:
  - 1) после любой процедуры или события, которые могут привести к фетоматеринской трансфузии;
  - 2) на 28-й неделе беременности;
  - 3) в первые трое суток после родов.
- **Определение уровня гемоглобина.** Уровень гемоглобина должен быть измерен как минимум один раз во время беременности, желательно при сроке около 32 недель, когда гемодинамика самая высокая. При низком уровне гемоглобина назначается повторный анализ крови при сроке беременности около 36 недель.
- **Ведение записей в обменной карте.** Результаты всех осмотров должны быть занесены в дородовые карточки женщин. Записи должны быть аккуратными, с подписью лица, который обследовал беременную женщину, так чтобы медицинский работник, который может быть приглашен для обследования женщины в поздние сроки беременности, знал бы, с кем он может поговорить и получить более подробную информацию в случае необходимости.

Исследования, чья эффективность в качестве рутинных мер при нормальном течении беременности **не поддерживается доказательствами** \*:

- **Вес женщины.** Полученные в последнее время данные указывают на то, что измерение прибавки в весе при каждом посещении необоснованно. Нет необходимости также рекомендовать женщинам вносить изменения в режим питания, чтобы ограничить прибавку в весе.
- **Пельвиометрия (измерение размеров таза).** Было доказано, что данная процедура не представляет ценности для рутинной антенатальной помощи. Несоответствие размеров плода и таза матери лучше всего выявляется при тщательном наблюдении за течением родов (Энкин и др., 2000 г.).
- **Ультразвуковое исследование сердцебиения плода.** Использование доплеровского ультразвукового исследования для оценки сердцебиения плода, по всей видимости, не имеет сколько-либо значительного влияния на исход беременности, если оно используется в качестве скринингового исследования для всех женщин (Энкин и др., 2000 г.). Однако проведение ультразвукового скрининга в случаях беременности высокого риска (осложненной в основном замедлением роста плода или высоким артериальным давлением матери) показывает, что мертворождения встречаются реже, как и случаи смерти новорожденных.



- **Аускультация сердцебиения плода** при каждом посещении не имеет, по-видимому, никакой прогностической ценности.
- **Подсчет шевелений плода.** Проведенные исследования **не** свидетельствуют о том, что рутинный подсчет числа шевелений плода способствует снижению вероятности внутриутробной гибели плода на поздних сроках беременности. Однако он приводит к более частому выявлению снижения активности плода, более частому применению дополнительных методов оценки состояния плода, к более частым госпитализациям беременных женщин и к увеличению числа индуцированных родов вследствие снижения активности. Но на ранних стадиях беременности женщине следует задавать вопрос о шевелениях плода при каждом посещении, хотя некоторые женщины не чувствуют шевелений плода вплоть до 16 -18 недель беременности.
- **Рутинное применение пищевых добавок железа.** Исследования показывают, что добавки железа во всех случаях не нужны там, где население хорошо питается, но могут быть необходимыми в странах с высоким уровнем анемии. Нормальные процессы гематологической адаптации в период беременности часто неправильно интерпретируются как доказательства недостатка железа, нуждающегося в коррекции. Ни добавки железа, ни добавки фолатов после первого триместра беременности не оказывают никакого положительного влияния на последующее течение беременности и родов или состояние плода, включая гипертензию с протеинурией, кровотечение до или после родов, инфицирование матери, преждевременные роды, низкий вес плода при рождении, мертворождение и неонатальную смертность. Кроме того, женщины не чувствуют субъективной пользы от повышения концентрации гемоглобина. Более того, женщины с низким уровнем гемоглобина могут находиться в более выигрышном положении при возможном кровотечении вследствие большего объема циркулирующей крови. Есть доказательства, что, кроме случаев истинной (тяжелой степени) анемии (ниже 70г/л), лучший исход ассоциируется с уровнем гемоглобина, который традиционно считается патологически низким (Чалмерс и др. 1996). При отсутствии других доказательств дефицита железа низкий уровень гемоглобина не следует рассматривать как обязательное показание к назначению дополнительных препаратов железа. В настоящее время ВОЗ рекомендует назначать такие добавки по 1 таблетке 60 мг железа с 0,5 мг фолиевой кислоты два раза в день не менее 90 дней подряд.
- **Рутинное ультразвуковое исследование.** Целесообразность рутинных ультразвуковых исследований у всех женщин в период беременности на настоящий момент **не** доказана (Энкин и др., 2000 г.). Изучение клинической значимости рутинных ультразвуковых исследований на поздних сроках беременности выявило увеличение количества случаев дородовой госпитализации и индуцированных родов без какого-либо улучшения



перинатальных исходов. Однако была доказана целесообразность ультразвукового исследования в отдельных клинических ситуациях, например, при определении точных признаков жизнедеятельности или гибели плода, при оценке гестационного возраста (до 22 недель беременности), при оценке развития плода, локализации плаценты. Это хороший метод для подтверждения предполагаемой многоплодной беременности, при оценке объема амниотической жидкости, при подозрении на много- или маловодие, уточнении положения плода, а также для помощи при таких процедурах, как наложение кругового шва на шейку матки или наружный поворот плода на головку. Ультразвуковое исследование с целью определения нарушений анатомического развития плода обычно не рекомендуется раньше 18 недель беременности, а при исследовании сердца плода - около 22 недель беременности.

- **Стрессовая и нестрессовая кардиотокография.** По имеющимся на настоящий момент данным отсутствуют доказательства целесообразности применения кардиотокографического исследования в дородовый период в качестве дополнительной проверки благополучия плода при беременностях, связанных с высоким риском. Клиническое применение этого метода, по-видимому, лучше ограничить теми ситуациями, когда может иметь место острая гипоксия плода, например, при внезапном уменьшении шевелений плода или при дородовом кровотечении (Энкин и др., 2000 г.).

**Примечание.** Данные рекомендации могут отличаться от действующих национальных клинических протоколов по ведению физиологической беременности.



## ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСЕЩЕНИЙ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Дородовое наблюдение необходимо для наблюдения за здоровьем матери и благополучием плода. Время дородовых посещений и их число зависит от самой женщины. Исследования показали, что большое число посещений, назначаемых, как правило, женщинам при нормальном течении беременности, не является необходимым. Оптимальным количеством считается от 4 до 10 дородовых посещений.

**«Ключевым вопросом является не большее или меньшее число дородовых посещений, а проведение процедур, эффективность которых доказана и которые могут способствовать повышению удовлетворенности женщин оказываемой помощью»** (Национальный центр сотрудничества в области охраны здоровья женщин и детей, 2003 г., стр. 32).

Число посещений и их график должны соответствовать потребностям женщин, и не следует накладывать какие-либо ограничения в свободе обращения женщины к акушерке и врачу.

Важна дата первого посещения женщины. Многие женщины впервые обращаются к медицинскому работнику по поводу беременности тогда, когда они уже испытали на себе воздействие таких неблагоприятных факторов, как курение, неправильное питание, инфекции мочеполовой системы, анемия или нездоровые зубы. Первые 12 недель жизни эмбриона/плода – это период огромной организации и развития клеток (органогенез), который на текущий момент не вполне изучен. К концу этого периода основные аномалии, которые могут повлиять на плод, чаще всего уже присутствуют. Чем раньше они начинаются, тем больший вред они наносят.

Беременным женщинам рекомендуется принимать фолиевую кислоту в первом триместре для снижения риска возникновения серьезных дефектов нервной системы. Было доказано, что при дополнительном приеме фолиевой кислоты (0,4 – 1,0 мг в сутки) женщинами до беременности и в течение первых шести недель беременности вероятность этих проблем снижается на 50%.

Во время каждого посещения необходимо обращать внимание на такие признаки и симптомы, как угнетенное состояние, страх, беспокойство, болезнь, неспособность уснуть или недостаток сна. Важную информацию может дать наблюдение за общим состоянием женщины, ее внешним видом, ее манерой говорить. Но не надо забывать, что беременность – это физиологическое состояние.

Роль медицинского работника при дородовом наблюдении состоит в следующем:

- поддерживать и поощрять психологическую адаптацию к беременности, родам, грудному вскармливанию и к роли в качестве родителей;



- способствовать повышению социально-психологических составляющих элементов грудного вскармливания и их влияния на семью;
- вести наблюдение за развитием беременности с целью обеспечения поддержания здоровья и благополучия матери и плода;
- вести мониторинг всех женщин на предмет выявления признаков акушерских осложнений в ходе внимательного личного наблюдения и диагностических обследований, когда это необходимо и назначено (отдавая себе отчет в том, что женщины, у которых развиваются тревожные признаки, могут вернуться к норме после лечения);
- построить отношения, основанные на доверии, между женщиной и медицинскими работниками, ведущими за ней наблюдение;
- обеспечивать предоставление женщине информации, которую она может использовать для принятия информированных решений;
- активно вовлекать членов семьи или друзей женщины в проблемы беременности, способствуя развитию поддерживающей роли, которую они могут выполнять, и при необходимости оказывая им самим помощь в получении поддержки.



## ДОМАШНИЕ ЗАПИСИ МАТЕРИ СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА РОДОВ

Домашние записи матери (home-based records) – в дальнейшем - домашние карты беременной (ДКБ), как простые и эффективные способы снижения материнской, перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности, рекомендованы Всемирной Организацией Здравоохранения и успешно используются во многих странах мира свыше 30 лет.

Ведение домашних карт беременной:

- способствует раннему установлению факторов риска
- поощряет своевременное обращение беременных с высоким риском в медицинское учреждение;
- улучшает наблюдение за состоянием своего здоровья во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также в периодах между беременностями;
- повышает участие женщины, ее семьи и общества в уходе за своим здоровьем.

Домашняя карта беременной во многих странах напечатана на обеих сторонах листа А4 формата и заменяет обменную карту беременной. С целью большего удобства для матери ее можно согнуть. Домашняя карта беременной содержит необходимую информацию:

- персональные детали о матери, имя, адрес, семейное положение, наличие ближайших родственников;
- настоящее состояние здоровья;
- настоящая беременность;
- период после беременности;
- методы контрацепции, употребляемые между беременностями;
- информация о месячных перед первой беременностью и в период между беременностями;
- общие замечания, место для других заметок.

С целью уменьшения объема ручного заполнения там, где возможно, употребляются клетки для отметок. Первый лист ДКБ должен быть ярким, красочным.

В домашней карте беременной необходимо перечислить **тревожные признаки во время беременности.**

**При появлении следующих признаков женщине надо немедленно обратиться к врачу:**

- Кровянистые выделения из половых путей
- Отхождение околоплодных вод
- Постоянная головная боль, головокружение, нарушение зрения (нечеткость, мелькание «мушек» перед глазами)
- Внезапный или быстро нарастающий отек лица, живота или крестца
- Судороги



- Высокая температура тела
- Сильная боль в животе, в подложечной области

**При появлении следующих признаков необходима консультация врача (при первой возможности женщина должна обратиться к врачу):**

- Сильный зуд или жжение во влагалище или усиливающиеся влагалищные выделения
- Жжение или боль при мочеиспускании
- Снижение или прекращение шевелений плода
- Быстрая утомляемость или одышка
- Бледность лица, ладоней

В карте также должны быть отмечены **опасные признаки послеродового периода.**

**При появлении этих признаков женщина должна немедленно обратиться в ближайший родильный дом:**

- Влагалищное кровотечение (более 2-3 прокладок в течение 30 минут)
- Судороги
- Учащенное или затрудненное дыхание
- Высокая температура тела, слабость, неспособность встать с постели
- Сильная боль в животе

**При появлении следующих признаков необходима консультация врача (при первой возможности женщина должна обратиться в медицинское учреждение):**

- Повышение температуры тела
- Набухание груди, покраснение и болезненность груди
- Подтекание мочи или боль при мочеиспускании
- Боль в области промежности
- Гноевидные или неприятно пахнущие выделения из влагалища

Женщина и члены ее семьи должны знать тревожные признаки в период новорожденности.

**При появлении этих признаков необходимо немедленно доставить ребенка в ближайшее медицинское учреждение:**

- Судороги
- Рвота
- Затрудненное или учащенное дыхание
- Повышение температуры тела более 38 °С
- Отказ от груди или вялое сосание
- Уменьшение движений рук и ног

Очень важна информация о том, в какое лечебное учреждение надо обращаться при появлении тех или иных признаков, с указанием адреса, телефона, фамилии медицинского работника.



Повсеместно принято заполнение ДКБ врачом, фельдшером или акушеркой, однако и сама женщина может в специально отведенной для нее страничке вносить записи о своем самочувствии, записывать вопросы, которые необходимо обсудить с медицинским работником во время очередного приема. Ниже приведен пример страницы «Домашние записи беременной», которую можно внести в домашнюю карту беременной.

### Домашние записи беременной (пример)

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

Дата	Мои ощущения	Вопросы, которые я хочу обсудить с медицинским работником

Опыт применения ДКБ показывает, что беременные резко увеличили посещение лечебно-профилактических учреждений. Женщины отмечают, что записи, напоминающие об уходе за их здоровьем и здоровьем их детей для них более привлекательны. ДКБ помогают беременным рано определить свои проблемы и своевременно обратиться в лечебно-профилактические учреждения. Уменьшилась загруженность лечебно-профилактических учреждений, стало легче собрать и систематизировать информацию.

План родов заполняется во время беременности либо самой женщиной, либо при помощи медицинского работника, оказывающего услуги по антенатальному уходу. Хорошее консультирование во время беременности является залогом информированного согласия и осознанного выбора плана ведения родов, а значит, повысит удовлетворенность женщины оказанием услуг.



## ПЛАН РОДОВ

Мое имя \_\_\_\_\_

Ожидаемый срок родов \_\_\_\_\_

Вести мои роды будут:

Врач \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

Акушерка \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

Доктором моего ребенка будет \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

• **Я бы хотела:**

чтобы следующие люди поддерживали меня во время родов \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

чтобы только медицинские работники поддерживали и успокаивали меня

чтобы мне проводилось медикаментозное обезболивание помимо поддержки

другое \_\_\_\_\_

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

### Первый период родов

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

свободно двигаться во время схваток

принять душ

горячий/холодный компресс

родовый шар (мяч)

массаж

послушать любимую музыку

принимать жидкость и легкую пищу  
без ограничений

другое

### Рождение ребенка

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

сидя

стоя

не хочу использовать акушерское  
кресло

на коленях

на корточках

лежа на боку

другие положения

• **Я бы хотела, чтобы врач или акушерка объясняли мне все манипуляции, которые будут мне проводить**

• **После рождения моего ребёнка мне бы хотелось:**



- чтобы \_\_\_\_\_ перерезал пуповину
- чтобы ребёнка сразу положили мне на живот
- чтобы ребенка завернули в одеяло прежде, чем передать его мне
- чтобы ребенку надели собственную шапочку и носочки
- чтобы \_\_\_\_\_ в первый раз запеленали моего ребенка
- чтобы \_\_\_\_\_ сняли видео или сделали фотографии во время родов
- другое \_\_\_\_\_

• **Я собираюсь:**

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

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

- все время находиться с ребёнком вместе
- присутствовать во время осмотра моего ребёнка
- присутствовать во время проведения обследования моего ребенка
- чтобы медсестра показала, как ухаживать за моим ребенком
- другое \_\_\_\_\_

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

---

• *Дополнительные пожелания или комментарии:*

---



---

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

Дата

Подпись матери

Подпись отца

Подпись поддерживающих лиц



## ПОДГОТОВКА К РОДАМ

Очень важным моментом при антенатальном уходе является обучение будущих матерей и членов их семей, с тем, чтобы они могли быть здоровыми, уверенными в себе и в своих силах в период беременности, во время родов и в послеродовом периоде. Обучение дает возможность обсудить страхи и опасения беременной женщины, получить объективную информацию относительно родов, сформировать позитивное отношение к родам и родоразрешению и научиться конкретным приемам и способам, которые окажут помощь во время родов.

«Дородовое обучение является новой профессией, которая требует новых и разнообразных подходов. Она подразумевает не просто предоставление женщинам информации о схватках или методах релаксации, а является обучением по вопросам родов и принятия на себя роли родителя. Данный более широкий, подход делает роль людей, наблюдающих женщин в этот период, более сложной и комплексной, но и одновременно более интересной, благодаря высокому удовлетворению...» (Шейла Китцингер. «Обучение и консультирование по вопросам родов»).

Задачи медицинского работника при обучении родителей:

- помочь паре в формировании большей уверенности в себе;
- помочь женщине в ощущении формирования чувства счастливой и здоровой беременности, родов и материнства;
- подготовить пару к реальности рождения ребенка, дать женщине советы, которые помогут справиться со стрессовой ситуацией во время родов;
- убедить родителей в необходимости вести здоровый образ жизни для того, чтобы женщина могла быстро восстановиться после родов;
- помочь женщине начать кормление грудью, сообщив ей о методе грудного вскармливания и ухода за грудью;
- помочь ей в уходе за новорожденным, несмотря на способ кормления;
- помочь паре в адаптации к родительским функциям;
- оказывать им постоянную помощь, продолжающуюся и в периоде выполнения родительских функций;
- предлагать соответствующие знания и информацию для родителей о беременности, родах и материнстве.

Но для подготовки родителей к новым родительским функциям от медицинского работника, проводящего обучение, требуется, по крайней мере, следующее:

- хорошее знание течения беременности, родов и послеродового периода и умение увязывать это с переменами, которые происходят с женщиной и ее партнером, а также с уходом, который они получают;
- знания о росте и развитии плода и младенца;



- чуткость и знание психологической адаптации, которую многие родители будут проходить в период перехода к выполнению родительских функций;
- понимание методики обучения, включающей лекции и дискуссии, а также использование наглядных пособий (они могут быть домашнего производства или импровизированные);
- эффективные навыки общения, необходимые для того, чтобы женщина и ее семья могли бы понять предлагаемую им информацию; умение правдиво отвечать на вопросы; навыки консультирования и умение слушать и быть чутким к проблемам супружеской пары;
- умение приспособить, адаптировать, или пересмотреть содержание и форму занятия, с тем, чтобы оно удовлетворило потребности супружеских пар.
- понимание того, что самыми главными в системе охраны материнства являются женщина и ее семья.

Существует несколько путей обучения родителей: **индивидуальное и семейное консультирование, и занятия в группах.** Индивидуальное консультирование можно проводить в любое время, в кабинете или в домашней обстановке. Для занятий в группе необходима предварительная подготовка помещения:

- комната для занятий должна быть светлой, теплой, уютной;
- необходимо наличие источника питьевой воды, туалетной комнаты и места для мытья рук;
- отведите место на полу для физических упражнений;
- расположите стулья так, чтобы создать более дружественную обстановку, благоприятствующую общению, между медицинским работником и родителями (например, поставьте их в круг);
- развесьте на стенах комнаты рисунки и плакаты по соответствующим темам;
- включите спокойную, расслабляющую музыку.

Очень важно правильно определить время проведения занятий. Информацию следует предлагать родителям тогда, когда они в ней заинтересованы и когда они могут ею воспользоваться (Таблица 2). Например, вопросы, связанные с образом жизни (диета, курение, употребление алкоголя) важно обсуждать на более ранней стадии беременности, когда они могут оказать влияние на развитие плода.

При приближении срока родов большое значение должно уделяться вопросам грудного вскармливания, обучения родителей процессу родов, методам обезболивания и психологической поддержки во время родов. Желательно, чтобы занятия продолжались и в первый год материнства и отцовства. Главными вопросами для обсуждения здесь могут быть адаптация к семейной жизни и роли партнеров в семье после рождения ребенка.



## Предлагаемые темы и время для занятий по обучению родителей

Темы занятий	Время
<p>Уход во время беременности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• здоровый образ жизни</li> <li>• правильное питание</li> </ul>	Желательно перед зачатием, либо на ранних сроках беременности
<ul style="list-style-type: none"> <li>• физиологические и психологические изменения в течение трех триместров беременности</li> <li>• распространенные неудобства, связанные с беременностью</li> <li>• подготовка к грудному вскармливанию</li> <li>• психологическая адаптация во время беременности</li> <li>• сексуальность во время беременности</li> <li>• методы релаксации</li> <li>• правовые вопросы, пособия и декретный отпуск, предоставляемый матерям</li> <li>• тревожные сигналы во время беременности</li> <li>• контрацепция</li> </ul>	На протяжении всей беременности
<p>Роды и рождение ребенка</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• физиология родов и рождение ребенка</li> <li>• партнерские роды и роль партнера</li> <li>• свободный выбор позиции</li> <li>• облегчение боли</li> <li>• общение во время родов</li> <li>• традиционные вмешательства в процессе родов</li> <li>• кесарево сечение</li> <li>• психологическая подготовка к родам и рождению ребенка</li> <li>• контакт с новорожденным «кожа к коже» / «цепочка тепла»</li> <li>• активное и физиологическое ведение</li> <li>• раннее прикладывание к груди</li> </ul>	В последние 12 недель беременности
<p>Оказание помощи матери после родов</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• уход за матерью (отдых, уход за промежностью)</li> <li>• грудное вскармливание</li> <li>• питание в период лактации</li> <li>• физические упражнения после родов</li> <li>• планирование семьи</li> </ul>	Основы – во время беременности, возможны занятия после родов



<ul style="list-style-type: none"> <li>• психологическая адаптация для матери и членов ее семьи к жизни с новорожденным (падение настроения на третий день после родов, признаки, предупреждающие о послеродовой депрессии)</li> <li>• сексуальность после родов</li> <li>• трудовая активность после родов</li> <li>• тревожные признаки в послеродовом периоде</li> <li>• контрацепция</li> </ul>	
<p>Уход за ребенком в период после родов</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• уход за ребенком, необходимые принадлежности (мытьё рук, уход за пуповиной)</li> <li>• как избежать внезапной смерти ребенка</li> <li>• общение с ребенком</li> <li>• что делать, если ребенок плачет</li> <li>• развитие ребенка</li> <li>• основные этапы развития ребенка</li> <li>• иммунизация детей первого года жизни</li> </ul>	<p>Основы – во время беременности, возможны занятия после родов, вплоть до достижения ребенком возраста 1 года</p>
<p>Роль отца и других членов семьи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• роль отца во время беременности и после родов</li> <li>• вопросы, волнующие отца</li> <li>• как члены семьи могут помочь матери и новорожденному</li> <li>• поддержка грудного вскармливания</li> <li>• взаимоотношения со старшими братьями и сестрами</li> <li>• варианты планирования семьи</li> <li>• тревожные сигналы, свидетельствующие о возникновении у женщины послеродовой депрессии</li> </ul>	<p>Основы – во время беременности, возможны занятия после родов, вплоть до достижения ребенком возраста 1 года</p>

Мужей и партнеров следует поощрять к тому, чтобы они приходили на дородовые консультации с их женами. Однако очень важно, чтобы в том случае, если причиной ее проблем является член ее семьи, женщина хотя бы один раз пришла без сопровождающих (возможность выговориться). Возможно, что она не может обсудить эти проблемы в присутствии ее партнера или друзей.

Занятия для будущих родителей дают возможность женщинам изучить те упражнения, которые помогут им во время беременности и родов. Физические упражнения во время беременности:

- улучшают циркуляцию крови;
- помогают контролировать прибавку в весе;
- снимают боль в пояснице;
- предотвращают запоры и варикозное расширение вен;
- помогают хорошо себя чувствовать;



- впоследствии облегчают роды;
- способствуют быстрому восстановлению фигуры после родов.

Однако существуют некоторые состояния, при которых физические упражнения не рекомендованы:

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

Во всех других случаях беременные женщины могут посещать занятия по подготовке к родам. Целью такого обучения является достижение расслабления во время родов, проводимое в комфортной, располагающей атмосфере. Упражнения должны быть ритмичными и не должны вызывать дискомфорт. Сначала женщинам демонстрируют упражнения, а затем наблюдают за ними, предлагая самим выполнить то или иное упражнение.

После периода упражнений должен быть период расслабления. Это необходимо для уменьшения напряжения мышц тела. Знание о том, как напрягать отдельные мышцы, а затем расслаблять их, помогает матери узнать разницу между напряжением и расслаблением тела. Для увеличения релаксации можно использовать дыхательные упражнения – например замедленное дыхание, что часто используется для снятия дискомфорта во время родов. Акцент следует делать с упором на ритмичное дыхание, избегая при этом учащенного дыхания (гипервентиляция), неглубоких выдохов или длительных периодов задержки дыхания.

### **Техника дыхания**

Будущим мамам необходимо знать, что они сами способны корректировать многие возникающие в родах проблемы с помощью несложных дыхательных методик.

Цель освоения и применения дыхательных упражнений во время беременности и родов – обеспечить достаточный приток кислорода и высокое его содержание в крови матери и ребенка.

Устойчивое, ритмичное дыхание повышает эффективность схваток и делает их менее болезненными. Основными понятиями дыхательной методики, предложенной Фердинандом Ламазом, на которой основаны рекомендации, являются следующие:

- ритмичное дыхание;
- нормальная скорость дыхания каждой женщины

Наряду с расслаблением и другими методами правильно организованное дыхание во время родов уменьшает болевые ощущения. В этом вопросе очень



важно слушать свою природу. Правильно организованное дыхание — всего лишь дыхание с определенной частотой и глубиной. В обычной жизни любое трудное упражнение всегда заставляет нас изменять ритм дыхания. А роды некоторые специалисты называют одним из наиболее трудных упражнений, которые приходится выполнять женщине. Прислушайтесь к себе, и ваше тело само потребует от вас изменить частоту, глубину и ритм дыхания. Самое главное здесь, наверное, не то, какие мышцы активнее участвуют в дыхании, а расслабление и успокоение, которое вы должны ощущать при данном типе дыхания.

### Первый период

Начнем со схваток. У разных женщин они протекают по-разному, поэтому некоторые приемы дыхания хороши для одних и совершенно неприемлемы для других рожениц. Например, при вяло текущих схватках в качестве стимулирующего средства можно использовать глубокое и частое дыхание (на рис. 5 голубой плавной линией обозначена длительность схватки, красной — частота вдохов и выдохов), еще более эффективно сочетать его с ходьбой.

Рис. 5



При стремительных родах эту технику лучше не использовать, так как возникает риск наступления потуг при неполном раскрытии шейки матки. Некоторым женщинам больше подходит медленное дыхание в течение родов. Другие отдают предпочтение двум типам дыхания: медленному и ускоренному или же медленному и переменному.

При частых болезненных схватках поможет снять напряжение дыхание с глубоким вдохом и медленным выдохом «в голос» (на рис. 6 поверх голубой линии схватки идет красная — «поведение» голоса). Звук можно пропевать или даже простанывать, а его громкость усиливать по мере того, как будут нарастать болевые ощущения.

Рис. 6



Хороший обезболивающий эффект дает техника поверхностного сильно учащенного дыхания, так называемого дыханием «по-собачьи» (на рис. 7 голубая, плавная линия обозначает течение схватки, зигзаг красной — амплитуду вдохов и выдохов).

Рис. 7



В случае слишком медленного раскрытия шейки матки, можно попытаться подтолкнуть весь процесс с помощью небольших подтуживаний на схватках (на рис. 8 красная линия, совпадая с голубой на пике схватки, изменяет очертания верхних зубцов в момент подтуживаний).

Рис. 8



Если же схватки протекают без осложнений и не мешают глубокому полному расслаблению (особенно важно не напрягать нижнюю область таза,



бедра, а также лицо), дыхание может быть произвольным. Можно попробовать, например, придумать свой «танец» дыхания, что нередко и делают рожаящие женщины, удивляя даже опытных акушеров красотой и целесообразностью собственной «хореографии». У всех дыхательных методик есть общая особенность - они не дают желаемого эффекта на ранней стадии родов, поэтому, чем дольше женщина может обходиться без специальных приемов, тем лучше.

### Второй период

Теперь о потугах. В отличие от схваток, где возможна импровизация, дыхание на потугах должно быть строго определенным. Поскольку этой стадией родов сложно управлять самостоятельно, роженице лучше согласовывать свои действия с опытным, знающим человеком.

Техника потуг претерпела изменения. На данный момент рекомендуется, чтобы женщина тужилась при открытом надгортаннике, как будто задувая свечу. Таким образом, не уменьшается венозный отток от сердца и не страдает кровообращение плода.

Иногда возникают ситуации, когда без сознательных активных усилий матери ребенку трудно самому продвигаться по родовым путям. Тогда женщине следует использовать технику усиленной потуги (на рис. 9).



Техника непростая, поэтому ее можно разложить на несколько этапов. Перед потугой дыхание становится глубоким и частым. С началом потуги — сильный вдох и задержка дыхания, дно таза абсолютно расслаблено, напрягаются лишь мышцы брюшного пресса, осуществляется сильное давление вниз, лицо спокойное. Это очень важно, так как при напряженном лице усилие потуги «идет в голову», что вызывает повышение внутричерепного и внутриглазного давления у матери и практически не помогает продвижению малыша.

В некоторых случаях требуется, наоборот, сдерживать естественно возникающие потуги. Такое бывает, если ребенок двинулся вниз раньше, чем успела раскрыться шейка матки, или при стремительном течении потуг (рис.10). Иногда просто непонятно, как возможно не тужиться, если очень хочется?



На самом деле надо избегать глубоких вдохов и задержек дыхания. Помогает этому дыхание «по-собачьи» (рис.7), или техника, которую характеризует медленный неглубокий вдох, а затем резкий выдох. Эти же способы сдерживания потуг на рис. 7 и рис.10 могут применяться и во время прорезывания головки ребенка, дабы не травмировать малыша и промежность роженицы.

Может показаться, что в специальных способах дыхания нет большой необходимости, но это не так! Дело в том, что дыхание у женщины в родах обязательно меняется, хочет она этого или не хочет. И если эти изменения пойдут в неправильном направлении, то последствия могут быть весьма неприятными. Например, такие, как потеря самоконтроля, неадекватное эмоциональное



поведение, неспособность реагировать на просьбы акушеров, разрушение основы материнской привязанности и многое другое.

Правильное применение дыхательных методик требует некоторой тренировки, поэтому в последние месяцы перед родами полезно 5-10 минут в день учиться дышать, используя понемногу все вышеуказанные способы.



## **ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Беременная женщина представляет собой объект для всевозможных предписаний и запретов с целью изменить обычный или принятый для нее образ жизни под видом «совета». Эффективность таких советов должна быть подвергнута сомнению и рассматриваться со строго доказуемых позиций, как и всякое другое вмешательство, проводимое в период беременности.

### **Питание беременной**

Долгие годы, говоря о питании беременных или кормящих грудью женщин, мы делали упор на запреты и ограничения, и совсем не говорили о том, что полезно употреблять во время беременности и кормления ребенка грудью. А ведь во время беременности женщина очень мотивирована на рациональное здоровое питание, чтобы родить здорового ребенка, и она как никогда прислушивается к советам и рекомендациям. Научившись правильно питаться во время беременности, женщина, как хранительница семейного очага, которая распоряжается семейным бюджетом, закупает продукты, готовит пищу, будет правильно и рационально питать всю свою семью, прививать членам своей семьи правильные пищевые привычки.

- Через беременную женщину мы сможем, как считает ВОЗ, научить все общество питаться рационально, с целью сохранения здоровья и профилактики многих заболеваний.
- Питание матери во время беременности чрезвычайно важно, поскольку оно необходимо как для здоровья матери, так и для правильного развития ребенка.
- Низкая масса ребенка при рождении вследствие плохого питания связана с повышенным риском заболеваний у ребенка впоследствии.
- Беременные женщины более восприимчивы к советам, касающихся их здоровья, и могут сформировать привычки здорового питания для себя и для своих семей.
- Правила питания во время беременности основаны на принципах здорового питания для взрослого населения в целом.
- Здоровое питание во время беременности столь же важно, как здоровое питание в любой другой период жизни женщины.

**Здоровое питание - это питание, обеспечивающее рост, оптимальное развитие и жизнедеятельность человека, способствующее укреплению его здоровья и профилактике заболеваний. (ВОЗ, SINDI, 1992г.)**

Не существует «магических» продуктов, которые особо необходимы для нормального течения беременности. Очень мало и «запрещенных» продуктов. Беременной женщине следует избегать продуктов, на которые у нее имеется



аллергия; и стараться также употреблять как можно меньше сладостей, жиров и масла.

Как и всем взрослым, беременным женщинам следует выполнять «Двенадцать шагов на пути к здоровому питанию».

### **Двенадцать шагов на пути к здоровому питанию**

(Источник: ВОЗ, Здоровое питание: план действий по разработке региональных программ в Российской Федерации).

1. Употребляйте в пищу разнообразные продукты, преимущественно овощи, а не продукты животного происхождения.
2. Хлеб, выпечные изделия, каши, картофель следует употреблять несколько раз в день.
3. Ешьте разнообразные фрукты и овощи, желательно свежие и выращенные в данной области, несколько раз в день (не менее 400 г в день).
4. Умеренная физическая активность необходима для того, чтобы поддерживать массу тела в пределах рекомендованной (индекс массы тела 20-25).
5. Контролируйте количество употребляемых с пищей жиров (жиры должны составлять не более 30% от общего объема энергии, получаемой из пищи) и заменяйте животные жиры растительными.
6. Заменяйте жирные сорта мяса и мясных продуктов бобовыми, кашами, рыбой, птицей или нежирными сортами мяса.
7. Употребляйте нежирные сорта молока и молочных продуктов с низким содержанием жиров и соли, например, кефир, простокваша, йогурт и сыр.
8. Выбирайте продукты с низким содержанием сахаров и употребляйте умеренное количество сахара, ограничивая количество конфет и подслащенных напитков.
9. Употребляйте меньше соли. Общее содержание соли в пище, включая соль, содержащуюся в хлебе, в готовых, вареных или консервированных продуктах, не должно превышать одной чайной ложки или 6 г в день. Следует употреблять йодированную соль.
10. Если Вы употребляете алкогольные напитки, общий объем чистого алкоголя в них не должно превышать 20 г в сутки.\*
11. Кулинарная обработка пищи должна обеспечивать безопасность употребляемых продуктов. Паровая обработка, приготовление в микроволновой печи, запекание или отваривание пищи способствует снижению объема жира, масла, соли и сахара, используемых в процессе готовки.
12. Поддерживайте исключительно грудное вскармливание в течение 6 месяцев. Прикорм следует вводить постепенно, не прекращая кормление грудным молоком.



\*Беременным женщинам следует ограничить употребление алкоголя – менее двух стандартных порций в день (Энкин и др., 2000 г.).

### «Пирамида здорового питания»

Наглядно принципы рационального питания представлены в «пирамиде здорового питания» (рис.11). Пирамида является самым лучшим руководством по питанию будущей мамы.

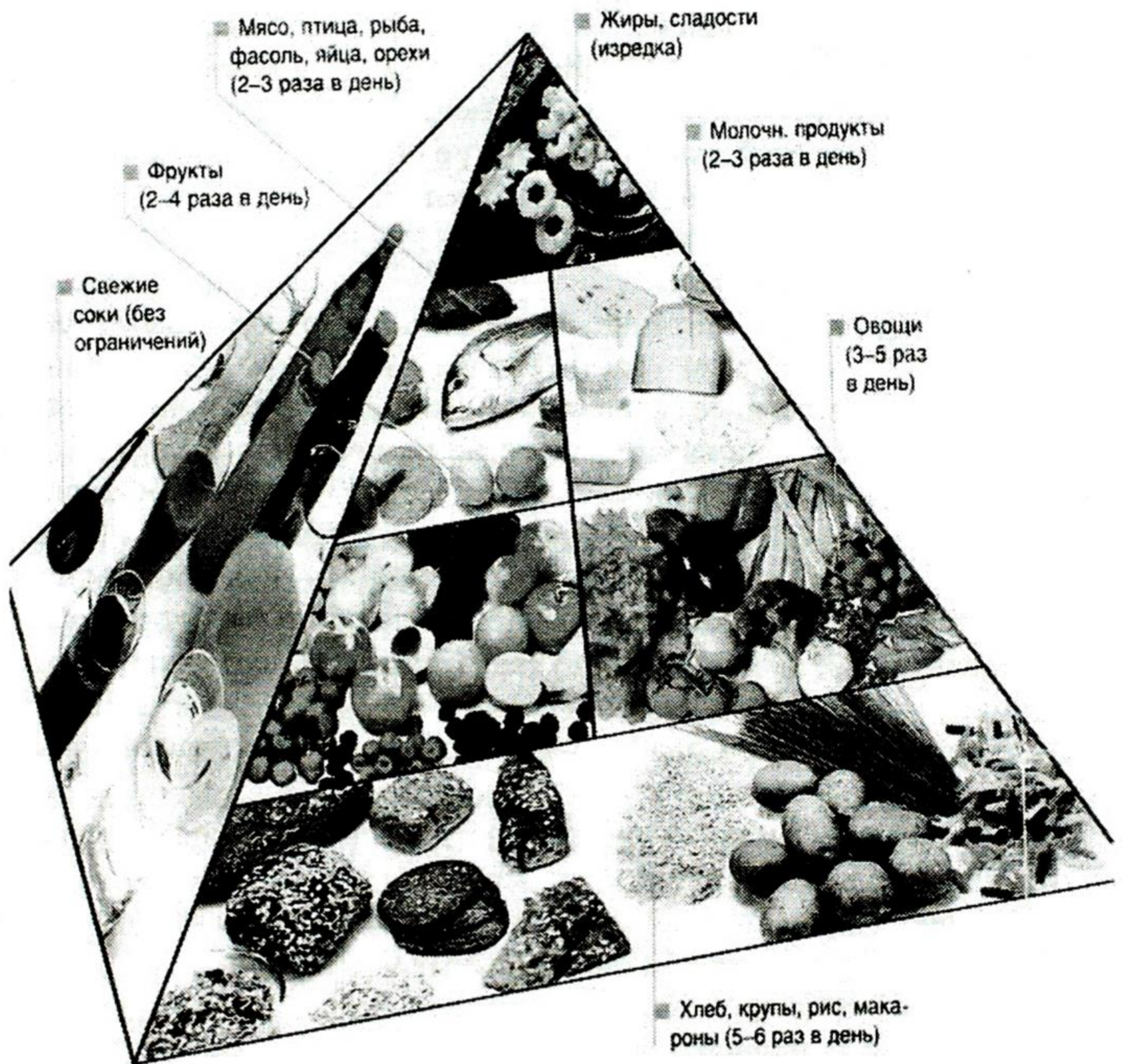


Рис.11. Пирамида здорового питания (ВОЗ, SINDI, 1992г.).

В основании пирамиды располагаются продукты, которые должны чаще встречаться в рационе беременной женщины и составлять большую его часть. Акцент при составлении здорового рациона делается на основании пирамиды. Продукты расположены на разных уровнях пирамиды не случайно. Чем ближе к вершине — тем меньше значимость доли продуктов в диете беременной женщины.



Пирамида здорового питания содержит 5 пищевых групп:

- Группа 1: хлеб, злаковые, макаронные изделия, рис и картофель.
- Группа 2: овощи и фрукты.
- Группа 3: молоко и молочные продукты.
- Группа 4: рыба, птица, мясо и бобовые продукты.
- Группа 5: сало, масло, маргарин, растительное масло, сладости и соль.

**Группа 1.** Хлеб, злаковые, макаронные изделия, рис и картофель (употребляйте 6-11 порций в день).

Что считать одной порцией:

- 1 большой кусок хлеба (30-40 г)
- 3 сушки или небольших крекера (печенья)
- 1/2 чашки варёной каши (рис или гречиха)
- 1/2 чашки варёных макаронных изделий
- 3/4 (30 г) готового сухого завтрака
- 1 средняя картофелина

По структуре питание беременной должно быть разнообразным и содержать в основном растительные продукты, так как они содержат биологически активные вещества и пищевые волокна (клетчатку), которые предотвращают хронические заболевания, особенно сердечно-сосудистые и рак (прямой кишки, молочной железы, простаты). Необходимо употреблять разнообразные растительные продукты, обеспечивающие полный спектр таких защитных веществ, что позволяет исключить дополнительное употребление витаминов или минеральных веществ. Более 50% необходимой энергии должно поступать за счет группы продуктов, составляющих наиболее широкую часть пирамиды, «базис», которая включает хлеб, зерновые культуры, каши и макаронные изделия. Следует употреблять этих продуктов больше, чем каких-либо других.

**Группа 2.** Овощи и фрукты (употребляйте не менее 5 порций в день)

Что считать одной порцией:

- 1/2 чашки (100 г) овощей (морковь, репчатый лук, свёкла, зелёный лук)
- 1 чашка зелёных овощей (капуста, салат и т.д.)
- 1 средний помидор
- 1/2 чашки стручковой фасоли
- 1 средний фрукт (1 яблоко, 1 груша)
- 1/2 чашки (100 г) свежих, консервированных или варёных ягод
- 160 мл фруктового или овощного сока

Необходимо ежедневно употреблять не менее 400 граммов фруктов и овощей, образующих вторую по величине группу необходимых продуктов питания. Эти рекомендации разработаны на основании эпидемиологических исследований, которые показали, что среди населения, употребляющего ежедневно 400 граммов и более овощей и фруктов, распространённость



сердечно-сосудистых заболеваний, определенных типов рака, дефицит микронутриентов гораздо ниже. Фрукты и овощи содержат большое количество витаминов, клетчатки, микроэлементов, антиоксидантов.

Суточную норму витамина С содержат:

- 1 большой болгарский перец
- 3 средних картофелины
- 160 г капусты,
- 70 г стручковой фасоли

**Группа 3.** Молоко и молочные продукты (употребляйте 3 порции в день)

Что считать одной порцией:

- 1 стакан (200 мл) айрана или кефира
- 45 г твёрдого сыра (размер коробочка)
- 1,5 чашки (250 г) творога
- 1 стакан молока (200г)

**Группа 4.** Рыба, птица, мясо и бобовые (употребляйте 2 порции в день)

Что считать одной порцией:

- 1-1,5 чашки (150-200 г) варёных бобов
- 2/3 -1 чашка (100- 200 г) орехов
- 2 средних яйца
- 80 г приготовленной нежирной рыбы, птицы или мяса.

Мясные и молочные продукты являются важным источником белка и железа. Мясные продукты содержат достаточно большое количество жира, и это в основном насыщенные жирные кислоты, что повышает риск развития гиперхолестеринемии и сердечно-сосудистых заболеваний. Необходимо заменять мясные продукты с повышенным содержанием жира на постное мясо, мясо птицы, рыбу, бобовые, которые содержат меньшее количество насыщенных жиров. Молочные продукты являются важным источником кальция, белка. Кальций необходим женщинам, подросткам, детям, пожилым. Однако большое количество насыщенных жиров в молочных продуктах отрицательно влияет на здоровье. Следует употреблять молоко с низким содержанием жира (не более 2,5 %), а молочные продукты - с низким содержанием жира и соли.

Необходимо контролировать количество и качество потребляемых с продуктами жиров, причем нужно стараться получать жиры растительного происхождения. Жиры необходимы для организма, особенно полезны моно- или ненасыщенные жирные кислоты.

**Группа 5.** Жир, сливочное масло, каймак, маргарин, растительное масло, сладости и соль (употребляйте в небольших количествах).

В эту группу относятся: конфеты, сладкие десерты, сладкие газированные напитки, торты, пирожные, выпечка, которые рекомендуются в минимальных количествах. Сахар и продукты с большим содержанием сахара способствуют развитию кариеса, ожирения.



Потребности в питательных веществах могут различаться среди беременных женщин. В начале беременности необходимо определить показатель пищевого статуса при помощи индекса массы тела.

$$\text{Индекс массы тела (ИМТ)} = \text{Вес (кг)} / \text{Рост (м}^2\text{)}$$

Благоприятными для здоровья показателями являются значения индекса в интервале 20-25.

Женщинам, имеющим бóльший индекс массы тела до беременности, может потребоваться меньшая прибавка массы тела, чем другим (таб.3). Ожирение связано с повышением риска преэклампсии и другими проблемами со здоровьем.

### Рекомендованная прибавка в весе для беременных

Таблица 3.

Вес	ИМТ	Прибавка в весе за всю беременность
Низкий	< 19,8	12,5 - 18,0
Нормальный	19,9 -26,0	11,5 - 16,0
Избыточный	26,1 –29,0	7,0 -11,5
Ожирение	> 29,0	> 7,0

Необходимо помнить о важных питательных веществах.

#### Фолиевая кислота

- Фолиевая кислота необходима для роста и деления клеток (синтез ДНК, РНК)
- Недостаточность фолиевой кислоты во время беременности может привести к развитию мегалобластной анемии
- Статус фолиевого обмена до зачатия и на ранних сроках беременности связан с частотой развития дефекта нервной трубки плода.
- Фолиевая кислота в пищевых продуктах разрушается при кипячении.
- Источники, богатые фолиевой кислотой: почки, некоторые овощи (шпинат, капуста, цветная капуста, салат), орехи, бобы, яйца, бананы, апельсины, дрожжи, обогащенный хлеб, крупы.
- Всем женщинам, планирующим беременность, рекомендован прием препаратов фолиевой кислоты в дозе 0.4 мг в день до 12-й недели беременности.
- Женщинам, ранее рожавшим детей с дефектами нервной трубки, рекомендован прием препарата фолиевой кислоты в дозе 4 мг в день вплоть до 12-й недели беременности.



- Фолиевой кислоте отдаётся предпочтение перед поливитаминными препаратами.

### **Железо**

Абсорбция железа не постоянна и составляет 5-20%.

- Железо, связанное с гемом (в красных животных пигментах), адсорбируется хорошо (на 20-30%).
- Железо из растительных источников, молочных продуктов и яиц, не связанных с гемом, адсорбируется на 2-7%.
- Витамин С, животный белок и некоторые органические кислоты улучшают усвояемость «негемового» железа.

### **Вещества, ухудшающие усвояемость «негемового» железа:**

- оксалаты (в шпинате, ревене, бобах и т.д.),
- фитаты (в злаковых, бобовых),
- полифенолы (в орехах, бобовых),
- высокие концентрации солей кальция и магния,
- чай, кофе,
- соевый белок.

### **Потери железа у женщин**

- За одну менструацию женщина теряет 15- 25мг железа.
- При обильных и длительных менструациях – 50 – 250 мг.
- При каждой беременности, родах и лактации - 700-900 мг (до 1г).
- Ежедневно с мочой, калом, потом, эпителием и волосами – 1мг.

Организм может восстановить запасы железа в течение 4-5 лет.

Остаются противоречия относительно повсеместного назначения препаратов железа (30 мг в день) беременным женщинам. Женщины с достаточными запасами железа в организме и достаточным потреблением его с пищей не нуждаются в дополнительном приеме препаратов железа. Потребности в железе во время лактации обычно не превышают потребностей небеременных женщин. Содержание железа в грудном молоке не зависит от содержания железа в рационе матери

### **Цинк**

- Цинк необходим для нормального развития плода и плаценты (таб.4)
- Недостаточность цинка может вызывать ЗВУР.
- Концентрация цинка в плазме матери уменьшается во время беременности (эффект разбавления).
- Не существует надежных методов диагностики недостаточности цинка.
- Только беременным с высокой степенью риска может быть показано назначение препаратов цинка.
- Источники цинка - мясо, рыба, яйца и морские продукты.
- Препараты железа снижают усвоение цинка.



## Рекомендуемое потребление цинка, мг\день

Таблица 4.

	Небеременные	Беременные	Лактация
ВОЗ	6,5	7,3 – 13,3	11,7

## Кальций

- 30 г кальция покрывает потребности плода и во время кормления грудью ребенка (таб.5).
- Усвояемость кальция увеличивается вдвое во время второй половины беременности.
- Продукты с высоким содержанием пищевой клетчатки ухудшают усвоение кальция.
- Содержание кальция в грудном молоке не зависит от содержания кальция в рационе матери.
- Молоко и молочные продукты являются хорошими источниками кальция (1 чашка молока содержит 250 мг кальция).
- Женщины с очень низким потреблением молочных продуктов нуждаются в назначении препаратов кальция (обычно в дозе 60 мг в день).

## Рекомендуемое потребление кальция, мг\день

Таблица 5.

	Небеременные	Беременные	Кормящие женщины
ВОЗ	400 -500	1000-1200	1000-1200

## Йод

- Достаточное потребление йода во время беременности и лактации предотвращает гипотиреозидизм у матери и новорожденного
- Содержание йода в грудном молоке зависит от потребления йода кормящей матерью

### Отрицательные последствия йодной недостаточности:

- Гипотиреозидизм плода, кретинизм
- Выкидыш, мертворождение
- Низкая масса тела при рождении
- Высокая перинатальная и детская смертность
- Зоб и гипотиреозидизм матери



## Рекомендуемое потребление йода, мкг\ день

Таблица 6.

	Небеременные	Беременные	Кормящие женщины
ВОЗ	150	200	200

- Содержание йода во фруктах, овощах, злаковых и мясе зависит от содержания йода в почве, воде и корме для скота (таб.6).
- Морская рыба и другие продукты моря являются хорошим источником йода
- Лучшая профилактика гипотиреозидизма - потребление йодированной соли и использование обогащенного йодом корма для скота.

## Витамин С

- Витамин С не может синтезироваться и запасаться в человеческом организме.
- Необходимо ежедневное поступление витамина С (таб.7).
- Курение снижает усвоение и повышает потребности в витамине С.
- Витамин С разрушается при нагревании.
- Он повышает усвоение «негемового» железа.
- Витамин С необходим для синтеза коллагена.
- Он обладает антиоксидантными свойствами.

Концентрация витамина С в плазме матери уменьшается во время беременности. Плод может концентрировать витамин С за счет матери (при рождении уровень витамина С в 2-4 раза выше у плода, чем у матери). Содержание витамина С в грудном молоке зависит от его концентрации в рационе матери.

## Рекомендуемое потребление витамина С, мг/ день

Таблица 7.

	Небеременные	Беременные	Лактирующие
ВОЗ	30	50	50

Продукты, содержащие 50 мг витамина С:

- 1 большой апельсин,
- 100 мл свежего апельсинового сока,
- 90 г клубники,
- 1 грейпфрут,
- 1 большой зеленый перец,
- 2 средние картофелины.







Обмывать необходимо также грудные железы и соски; после обмывания их нужно тщательно обсушивать грубым полотенцем. Обтирание грубым полотенцем сосков во время беременности подготавливает их к кормлению и, в известной мере, предупреждает образование трещин. Париться в горячей бане не следует.

Особенно тщательно следует соблюдать чистоту наружных половых органов, ежедневно утром и вечером подмывая их теплой водой с мылом. Подмываться нужно проточной водой, например, из кружки без наконечника. Спринцевание влагалища во время беременности запрещается. Очень важно следить за чистотой полости рта, поэтому необходимо чистить зубы утром и вечером мягкой зубной щеткой, а также полоскать рот после приема пищи.

### **Уход за молочными железами**

В первый триместр беременности эта часть тела подвергается наибольшей трансформации. За несколько недель размер бюстгалтера может увеличиться чуть ли не вдвое! Не следует забывать, что пышность форм подвергает серьезному испытанию упругость кожи.

Если будущая мать хочет избежать трещин сосков и продлить период кормления грудью, ей следует подготовить грудь заранее. Начиная со второго триместра, можно проводить подготовку груди к кормлению. Для этого необходимо регулярно делать мягкий массаж всей груди растительной мочалкой или махровой рукавицей, обходя родинки. Движения должны быть легкими, плавными, по часовой стрелке.

Рекомендуются водные процедуры — комфортный или контрастный душ, воздушные ванны.

Если женщина хочет сохранить форму груди, обязательно надо носить бюстгалтер.

Иногда на четвертом месяце начинает выделяться молозиво — светло-желтая жидкость. Пугаться не следует — надо чаще обмывать грудь прохладной водой, вложить в бюстгалтер стерильные марлевые салфетки и менять их по мере необходимости.

Для сохранения упругости кожи каждый день надо массировать грудь направленной струей прохладного душа. Движения при этом должны быть круговыми и направлены к сердцу.

### **Одежда для беременных**

Главное требование к одежде будущей мамы — она не должна нигде жать, давить, перетягивать. Одежда должна быть из натуральных тканей, особенно нижнее белье. Натуральные ткани — лен, хлопок, шелк, шерсть — легкие, свободно пропускают воздух и не нарушают естественную работу кожи, не препятствуют кожному дыханию и потоотделению. Особенно это важно для женщин, у которых наблюдаются зуд кожи, шелушение, экземы, дерматиты или они страдают бронхиальной астмой. При любой возможности их кожа должна быть доступна воздуху.



Кожа — это очень большой орган, который, как правило, отражает общее состояние организма! Кожа защищает от вредных внешних воздействий и помогает организму выводить вредные вещества (через сальные и потовые железы), участвует в дыхании, влагообмене, регулирует теплообмен и прочее. Эти свойства важны не только для организма матери, но и для развивающегося организма ребенка, которого она все девять месяцев носит в животе. Поэтому обязательно следует обращать внимание на одежду, которую носит беременная женщина.

Одежду для беременной женщины следует подбирать практичную и удобную. Не надо перетягивать живот, а перетягивание талии может привести к тошноте, головокружению, может нарушить естественный ритм дыхания. Одежда должна иметь регулируемую по размеру талию для того, чтобы не было никаких неудобств по мере изменения тела. Не рекомендуется носить гольфы на резинках, которые сильно давят на кровеносные сосуды ног.

### **Обувь**

Беременной женщине рекомендуется, как можно больше двигаться. Обувь должна быть на низком каблуке, удобной, легкой, желательно на натуральной кожаной подошве. Нога в такой обуви должна быть устойчивой. Подобрать удобную, легкую обувь можно помочь беременной женщине избавиться от некоторых неприятностей, связанных с беременностью. Например, от боли в пояснице, от судорог в ногах, просто от усталости. Причине все та же. Матка увеличивается, малыш набирает вес, растет, активно развивается и возрастает нагрузка на позвоночник. Особенно нагрузка возрастает, когда увеличивается прогиб в области пояснице при неправильной осанке, что бывает при использовании обуви на высоком каблуке.

### **Бюстгальтер**

Особое внимание следует обратить на нижнее белье. Оно обязательно должно быть из натуральных тканей, лучше из хлопка или льна. Бюстгальтеры из синтетических тканей могут приводить к возникновению трещин сосков, появлению зуда на коже груди и раздражению.

Второй триместр беременности (14-24 недели) — это как раз то время, когда нужно позаботиться о коже, и особенно о коже грудных желез. В этот период рекомендуется начать готовить грудь к кормлению. К 20-ой недели, а возможно, и раньше, груди становятся чувствительными, тяжелыми и приобретают более округлые формы. Это связано с увеличением количества таких гормонов, как эстроген и прогестерон. Изменения направлены на подготовку груди к кормлению ребенка. Ободок вокруг соска становится заметно темнее, больше и может иметь пятна на темной поверхности.

Очень важно к этому времени подобрать наиболее удобный бюстгальтер. Следует обратить внимание, что бюстгальтеры бывают разные по конструкции и по «применению». Одни бюстгальтеры обеспечивают максимальные удобства и поддержку на протяжении всей беременности — поддерживающие



бюстгальтеры. Другие обеспечивают легкую поддержку для удобства в ночное время как до, так и после рождения ребенка. Такие бюстгальтеры очень пригодятся после рождения малыша, особенно, если соски слабые и чувствительные. Третьи предоставляют надежную поддержку и делают кормление грудью простым и не привлекающим внимания занятием. Не нужно тесных бюстгальтеров, нужна правильно сконструированная модель.

Поддерживающий бюстгальтер должен быть достаточно плотным, с широкими бретельками. Он должен быть достаточно глубоким, чтобы не сплющивать грудь и не сжимать ее посередине. Если молочные железы слабые и молозиво легко вытекает, особое внимание надо обратить на гигиену молочных желез: подкладывать в бюстгальтер чистые проглаженные утюгом салфетки или использовать специальные подкладки-сборники.

### **Нижнее белье**

Обязательно надо подобрать удобные, практичные трусики. Они должны предоставлять максимальное удобство (резинка не должна давить на живот), обеспечивать свободу передвижения.

Трусики для беременных женщин имеют специальный крой. Это могут быть мини-трусики. Мини-трусики, разработаны для носки под выступающий живот. Может быть и другой фасон: трусики, у которых передняя часть заметно выше задней, с учетом живота. Обе модели достаточно удобны. Они не скатываются с живота, не смещаются при ходьбе, эластичны, удобны, в них комфортно.

Трусики должны быть обязательно из натуральных тканей. Никакой синтетики! От синтетики может появиться кожный зуд, раздражение, и к тому же, синтетический материал нарушает дыхание кожи, она плохо «дышит». Это обязательно нужно принять во внимание, если женщина страдает молочницей, дисбактериозом, аллергией или другими кожными проблемами. Рекомендуется носить летом, особенно в очень жаркие дни, трусики из тонкого хлопка. Хлопок поплотней — в холодные дни. Трусики со «штанишками» — зимой. Если найдутся таковые, обязательно надо заготовить одноразовые трусики - «сеточка». Они пригодятся в первые дни после родов, еще в роддоме.

### **Бандажи и пояса**

На более поздних сроках беременности, когда есть в том необходимость, следует носить бандаж. Бандаж пригодится, например, если ощущаются сильные боли в пояснице, если большой живот, он сильно «отвисает», кожа неприятно растягивается и напрягается, если есть угроза невынашивания, если повышен тонус матки. Женщинам, родившим несколько детей, также рекомендуется носить бандаж или пояс (при повторной беременности брюшная стенка может еще сильнее растягиваться). Ну, и конечно, если женщина носит двойню, тройню...

Бандажи разработаны для носки поверх выступающей части живота. Обычно они изготавливаются из мягких растягивающихся тканей и обеспечивают



максимальное удобство и поддержку в течение беременности. Бандаж нужен для того, чтобы поддерживать тяжелую матку. Во время беременности увеличивается нагрузка на позвоночник, и так как в это время значительно смещается центр тяжести, эти нагрузки могут быть очень чувствительны. С помощью бандажа или пояса можно уменьшить неприятные ощущения.

При нормально протекающей беременности начинать носить пояс или бандаж рекомендуется с 24 — 28 недель. Если нет необходимости в бандаже и женщине комфортно без него, носить бандаж не нужно. Выбирать следует бандаж или пояс, которые дают возможность мышцам матки продолжать подготовку к родам, т.е. те, которые не сильно стягивают живот и дают мышцам работать («не лениться»).

Если принято решение воспользоваться бандажом, то надевать и снимать его нужно лежа на спине. Если бандаж правильно надет, он будет хорошо поддерживать матку. Он должен быть утолщенным в середине и с боков, чтобы не закручивался. Бандаж не должен стеснять живот, не должен быть тугим и высоким. Бандаж выполняет только поддерживающую функцию! Надевать его следует на нательное белье.

### **Курение**

Вредное воздействие курения на состояние плода доказано с абсолютной несомненностью. Совершенно очевидно, что курение матери ведет к снижению массы тела новорожденного (в среднем на 250 граммов), развитию преждевременных родов и увеличению уровня перинатальной смертности. Курение также связывают со снижением уровня и продолжительности грудного вскармливания.

Необходимо рекомендовать беременной полностью бросить курить во время беременности.

### **Алкоголь**

Вредное воздействие интенсивного употребления алкоголя в период беременности хорошо известно, оно выражается в задержке развития плода, задержке умственного развития, проявлении синдрома дисморфии (при высоком уровне употреблении алкоголя) и изменении поведенческих реакций новорожденного. Наличие пороков развития связывают только с регулярным приемом алкоголя, по крайней мере, 28,5 мл чистого алкоголя в день, хотя есть сообщения о развитии пороков после однократного приема алкоголя в больших объемах в первые недели беременности.

Алкоголь нарушает рост плода, приводит к развитию аномалий головного мозга и скелета, врожденным порокам сердца. Женщины, страдающие хроническим алкоголизмом, имеют угрозу рождения ребенка с комплексом врожденных пороков, известным как алкогольный синдром плода.



## **Поездки**

Не описано вредных воздействий путешествий, герметичный салон в самолете не представляет опасности. Беременная должна двигаться каждые 2 часа, чтобы предотвратить венозную застой в нижних конечностях и развитие тромбоза.

## **Половая жизнь**

Половые сношения не приносят вреда в течение всей беременности, если нет осложнений, таких как разрыв плодных оболочек, угрозы преждевременных родов и несостоятельности шейки матки.

## **Комплекс упражнений для беременной**

Беременной нет необходимости ограничивать себя в гигиенической гимнастике при условии, что она не вызывает чрезмерной усталости. Строгие ограничения показаны при подозрении или подтвержденной истмико-цервикальной недостаточности (несостоятельность шейки матки), обусловленной беременностью гипертензии, угрозе преждевременных родов и многоплодной беременностью.

Занятие аэробикой в период беременности способствует сохранению физической формы женщины. Возможные преимущества или негативные воздействия аэробики на исходы беременности еще не оценены соответствующим образом.

Физические упражнения помогут беременной женщине чувствовать себя лучше и подготовить мышцы своего тела к рождению ребенка.

Несколько общих советов для беременной женщины:

- Не тренируйте мышцу, которая болит
- Делайте упражнение медленно, без напряжения
- Занимайтесь 1-2 раза в день
- При появлении каких-либо проблем сообщите об этом медицинскому работнику, который Вас наблюдает.

### **1 упражнение - поза портного**

Сесть на пол, скрестив ноги, или в положении портного, выпрямить спину. Сидеть в такой позе 30 минут в день (при неудобстве время можно сократить). Это упражнение расслабляет мышцы внутренней поверхности бедра.

### **2 упражнение - для укрепления мышц тазового дна**

Сконцентрировать свое внимание на мышцу вокруг влагалища. Сжать ее как можно сильнее (вы как бы прерываете струю мочи), 5-10 секунд подержать в напряжении, затем медленно расслабить. Делать такое упражнение **много** раз в день, в любом положении, лежа и стоя, занимаясь домашними делами и отдыхая. Натренированная мышца будет поддерживать головку ребенка и все органы малого таза. Это упражнение является хорошей профилактикой недержания мочи, опущения матки, увеличивает сексуальное удовольствие. Важно напрягать и расслаблять эту мышцу во время родов, помогая тем самым продвижению



головки ребенка. Делать упражнение необходимо и после родов, потому что оно способствует улучшению кровообращения и заживлению промежности.

### **3 упражнение - раскачивание тазом**

**а.** Лечь на спину, колени согнуты. Под голову и плечи подложить подушку. Вдохнуть, сжать брюшные мышцы и ягодицы. Медленно выдохнуть, прижимая поясницу к полу. Во время выдоха полностью расслаблять мышцы.

**б.** Опереться о пол руками и коленями, руки и бедра под прямым углом к телу. Вес тела равномерно распределяется между руками и коленями, при этом спина прямая. Локти выпрямлены, ноги чуть разведены в стороны. Поднять голову и посмотреть прямо перед собой, вдохнуть, втянуть мышцы живота и поджать мышцы ягодиц. Выдохнуть, выгибая спину вверх (как разъяренная кошка), опустить голову вниз. Полностью выдохнуть, расслабиться. Спина снова прямая.

### **4 упражнение - бабочка**

Руки вдоль тела, локти расслаблены, ладони открыты. Вдыхая, широким движением поднять руки над головой. Сжать руки вместе, немного потянуться. Спина прямая. Таз подтянут. Выдохнуть, медленно опуская руки, локти сзади, затем руки вперед, сжать ладони перед собой, немного вытянуться и расслабиться. Это упражнение сначала растягивает мышцы, а затем позволяет им расслабиться.

### **5 упражнение - вращение лодыжками**

Лежа или сидя осторожно растянуть мышцы нижней части ноги, выталкивая пятки вперед и подтягивая пальцы ног к себе. Прodelать широкие круговые движения ногами по часовой стрелке и против часовой стрелки. Ступни должны быть согнуты. Это упражнение позволяет уменьшить отечность лодыжек и стимулирует кровообращение.

### **Методы релаксации (расслабления) для беременной женщины**

1. Принять удобную позу (каждая часть тела должна иметь опору). Можно обложиться подушками.

2. Наблюдение за своим дыханием. Положить руку внизу живота. Вдохнуть носом, надувая живот и поднимая при этом руку. Выдохнуть воздух через рот тремя медленными дующими выдохами, дышать расслабленно в произвольном ритме. Сконцентрироваться на своем дыхании, не пытаясь его изменить. Повторить вдох носом, выдыхая тремя выдохами. Снова дышать расслабленно. Еще раз вдохнуть, наполняя живот воздухом, и выдохнуть, выдувая воздух через рот мягко и медленно. Представить, что воздух проходит через прямую кишку или влагалище.

3. Сосредоточить внимание на ступнях и лодыжках. Немного напрячь ступни и лодыжки, затем сжать их сильнее, постепенно расслабить.

Напрячь икры ног, голени и колени, сначала слабо, затем сильнее, расслабить.

Перевести внимание на бедра, ягодицы и область половых губ. Немного напрячь их, затем сильнее, очень сильно, расслабить. Спокойно подышать.



Направить свое внимание на живот, проделав вначале напряжение, затем расслабление, на позвоночник, мышцы спины, грудь, молочные железы. То же самое проделайте с шеей, плечами, руками.

Закончить упражнение расслаблением мышц головы и лица, стискивая и расслабляя зубы, сморщив и расслабив лицо, почувствовав тяжесть в веках. Оставаться сидеть с закрытыми глазами.

4. Снова сосредоточиться на своем дыхании. Дышать спокойно и медленно.

Делать эти упражнения 1-2 раза в день.

### **Рекомендации во время беременности**

- Надо есть здоровую пищу. В норме прибавка в весе примерно на 8-16 кг в зависимости от первоначального веса до беременности. Беременность – не время для похудения.
- Если аппетит не очень хороший, принимать пищу небольшими порциями по 5-6 раз в день вместо 3 больших приемов пищи.
- Выпивать восемь стаканов жидкости, желательна вода, ежедневно. Не употреблять более трех стаканов в день напитков, содержащих кофеин (чай, кофе, кола) или напитков с большим содержанием сахара. Особенно не рекомендуется употреблять чай и кофе вместе с пищей, ведь кофеин препятствует усвоению железа.
- Спать или отдыхать, когда в этом есть потребность. Не изнурять себя, но и не расслабляться полностью. Потребность во сне у каждого человека индивидуальна, но большинству достаточно восьми часов в сутки.
- Не курить и избегать пребывания рядом с курящими людьми. Если беременная курит, поощрять ее при попытке бросить курить.
- Не употреблять никаких алкогольных напитков (пиво, вино, крепкие спиртные напитки и т.п.). Разумеется, о наркотиках не может быть и речи!
- Не принимать никаких таблеток или других медикаментов, кроме тех, которые прописал врач. Помнить, что травы и травяные настойки/чай также являются лекарствами. «Таблетка - кусочек яда»
- Во время беременности следует избегать сильных и едких запахов (таких, как запах краски или лака). Необходимы также меры предосторожности при обращении с хозяйственными чистящими и моющими средствами: внимательно читайте инструкции на этикетках и следуйте им, пользуйтесь перчатками и не работайте в плохо проветриваемом помещении.
- Если есть кошка, попросить кого-нибудь из участников семьи убирать ее туалет, либо обязательно пользуйтесь резиновыми перчатками (существует заболевание – токсоплазмоз, передаваемое через кошачьи испражнения и опасное для беременных женщин). Во всем остальном домашние любимцы не представляют опасности для беременной и для плода.
- Физические упражнения полезны как беременной, так и плоду. Если не возникает проблем, Вы можете продолжать выполнять те же упражнения, что и до беременности. Пешие прогулки и плавание – особенно хорошие и



удобные способы сохранить активность, стимулировать кровообращение и контролировать прибавку в весе.

- Сексуальные отношения во время беременности нормальны и безопасны для здоровья. Они не причинят вреда плоду. Из-за гормональных изменений иногда имеет место, повышение или снижение сексуального влечения – это также нормально и для каждой женщины индивидуально. Есть несколько мер предосторожности, которые должны беременные соблюдать. Поскольку беременность сопровождается постепенным увеличением живота, возможно, Вам придется попробовать различные позы для выбора наиболее удобной. Не рекомендуется лежать на спине. Если ранее у беременной был выкидыш или преждевременные роды, то следует воздержаться от сексуальных контактов. А в случае, если у беременной открылось вагинальное кровотечение, появились боли или начали истекать околоплодные воды, необходимо исключить сексуальные контакты и как можно скорее обратиться к врачу.



# НЕПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ: ПРОФИЛАКТИКА И СКРИНИНГ

Во время беременности возможны некоторые состояния, которые не являются заболеванием, однако могут оказать влияние на плод — непатологические состояния. К ним относятся:

- переносимая беременность;
- тазовое предлежание плода;
- многоплодная беременность;
- преждевременные роды.

## Переносимая беременность

Переносимой называется беременность, срок которой составляет более 294 дней (42 недели) от первого дня последнего менструального цикла.

### Классификация

Различают истинное перенашивание плода (сопровождается перезреванием плода и изменениями со стороны плаценты) и пролонгированную беременность (физиологическое удлинение срока беременности, при котором отсутствуют признаки патологического состояния, неблагоприятно влияющие на плод).

При переносимой беременности возможны проблемы как для матери, так и для плода:

- переносимая беременность нередко осложняется преэклампсией;
- чаще возникают осложнения во время родов (преждевременное и раннее излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, кровотечения в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде, разрывы мягких тканей родовых путей);
- более высок риск оперативного родоразрешения;
- выше перинатальная смертность, чаще гипоксия и асфиксия плода, возможны судороги у новорожденных.

### Симптомы

Увеличение календарного срока беременности (по совокупности объективных данных, дат первого дня последней менструации, первого шевеления плода, данных ультразвукового исследования, особенно на ранних сроках беременности).

Менее достоверными симптомами являются уменьшение окружности живота, плотность костей головки плода и изменение его двигательной активности.

### Исследования

Установление точного срока беременности. Ультразвуковое исследование на ранних сроках беременности.



### **Клиническая тактика**

Не доказана целесообразность и не может быть рекомендована индукция родовой деятельности при сроке беременности 40-41 неделя.

При сроке беременности 41 неделя рекомендована госпитализация беременной женщины в стационар, где будет решаться вопрос о стимулировании родовой деятельности. Стимулирование родовой деятельности после 41 недели беременности способствует снижению риска перинатальной смертности (в тех случаях, когда гестационный срок не может быть установлен при помощи точных методов). До стимулирования родовой деятельности во время влагалищного исследования целесообразно произвести отслаивание плодных оболочек.

Предоставление женщине полной информации о различных методах стимулирования родовой деятельности, о преимуществах и осложнениях, связанных с каждым из них, является неотъемлемой частью ведения переносимой беременности.

### **Многоплодная беременность**

Многоплодная беременность - это беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток или при развитии двух и более эмбрионов из одной оплодотворенной яйцеклетки у практически здоровой женщины.

#### **Симптомы**

- Отчетливое определение в матке трех и более крупных частей плода;
- Два пункта отчетливого сердцебиения в разных местах, особенно при наличии «немого» участка между ними;
- Величина матки не соответствует сроку беременности;
- Небольшие размеры предлежащей головки при значительном объеме беременной матки и высоком стоянии ее дна;
- Ощущение движения плода в разных местах и прощупывание мелких частей плода в различных отделах живота.

При многоплодной беременности увеличивается потребность матери в препаратах железа и фолатах, при этом чаще наблюдается анемия по сравнению с одноплодной беременностью. Гораздо чаще у этих беременных возникают осложнения, такие как повышение артериального давления, преэклампсия, преждевременные роды и чаще оперативное родоразрешение.

#### **Исследования**

В большинстве случаев распознавание многоплодной беременности не представляет трудностей, однако ультразвуковое исследование поможет ранней диагностике многоплодной беременности, выявлению отклонений в развитии плодов, а также числа амниотических полостей и количества плацент.

Обследование и инструментально-лабораторные методы исследования проводятся согласно клиническому протоколу ведения многоплодной беременности.



Во время родов возможны **осложнения**:

- Преждевременные роды
- Дородовое и раннее излитие околоплодных вод первого плода
- Слабость родовой деятельности за счет перерастяжения стенок матки
- Преждевременная отслойка плаценты
- Послеродовое кровотечение
- Гипоксия и асфиксия плодов
- Замедление инволюции матки

#### **Клиническая тактика.**

Женщины при многоплодной беременности в большей степени по сравнению с одноплодной беременностью испытывают общие неприятные симптомы беременности.

Они могут нуждаться в дополнительной поддержке при решении эмоциональных, практических и финансовых проблем, связанных с многоплодной беременностью и ожиданием более чем одного ребенка.

Госпитализация беременных женщин с многоплодной беременностью осуществляется по показаниям, а также в сроке 38-39 недель для подготовки к родоразрешению (по показаниям) на II или III уровень оказания перинатальной помощи.

#### **Тазовое предлежание плода**

Тазовое предлежание плода – это состояние, при котором при исследовании беременной женщины над входом в малый таз определяется тазовый конец плода.

#### **Классификация тазовых предлежаний.**

##### **А. Ягодичные предлежания:**

- Чисто ягодичные (во вход в таз выступают ягодицы, ножки вытянуты вдоль туловища, тазобедренные суставы согнуты, коленные – разогнуты)
- Смешанные ягодичные (ягодицы обращены к просвету таза матери вместе с ножками, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах)

##### **Б. Ножные предлежания:**

- Полные (предлежат обе ножки, слегка разогнутые в тазобедренных и коленных суставах)
- Неполные (предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах, другая – согнута в тазобедренном суставе и лежит выше).

Тазовым предлежаниям способствуют **факторы**:

- Повышенная подвижность плода при многоводии, недоношенной беременности, многоплодной беременности.
- Препятствия к установлению головки плода во входе таза (узкий таз, предлежание плаценты, опухоли в нижнем сегменте матки, аномалии развития плода).
- Понижение тонуса и возбудимости матки.



## **Симптомы**

- Высокое стояние дна матки при наружном акушерском исследовании.
- Более крупная, неправильной формы, мягковатой консистенции предлежащая небалотирующая часть.
- Сердцебиение плода наиболее четко прослушивается выше или на уровне пупка.

## **Исследования**

Уточнить предлежание плода помогает ультразвуковое исследование, а также влагалищное исследование во время родов (при достаточном раскрытии маточного зева).

## **Клиническая тактика**

Беременность при тазовом предлежании протекает так же, как и при головном. В сроке 37 недель ВОЗ рекомендует провести наружный акушерский поворот на головку (обученным персоналом, в условиях стационара). Противопоказаниями для проведения данной манипуляции служат:

- кровотечения из матки во время беременности,
- узкий таз,
- рубец на матке,
- маловодие,
- неправильная форма матки,
- многоплодная беременность,
- некоторые экстрагенитальные заболевания.

Выполнение наружного акушерского поворота на головку (надавливание на живот женщины с целью переворачивания ребенка вперед или назад в нужное вертикальное положение) при доношенной беременности значительно снижает частоту случаев тазового предлежания плода во время родов и частоту случаев хирургического родоразрешения путем кесарева сечения.

При неэффективности наружного акушерского поворота, учитывая серьезные осложнения во время родов, рекомендовано обсудить с женщиной метод родоразрешения.

Вагинальные роды возможны:

- при смешанном или чистом ягодичном предлежании;
- при адекватных данных клинической пельвиометрии;
- при наличии не очень крупного плода (не более 3500 г);
- при отсутствии предыдущего кесарева сечения;
- при согнутом положении головки.

Кесарево сечение при тазовом предлежании показано беременным::

- при полном ножном предлежании;
- при узком или неправильной формы тазе;
- при наличии плода массой тела более 3500 и менее 2500;



- при кесаревом сечении в анамнезе;
- при запрокинутой или чрезмерно разогнутой головке плода

### Преждевременные роды

**Преждевременные роды** - это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки (плода, околоплодных вод, плодных оболочек и плаценты) через естественные родовые пути в сроке гестации 22 – 36 недель.

Преждевременный процесс изгнания в сроке 22-27 недели беременности считается очень ранними родами, в сроке 28-33 недели – ранними родами, и в сроке 34-36 преждевременными родами.

При отсутствии врожденных пороков развития плода преждевременные роды являются основной причиной 65% неонатальных смертей и 50% неврологических нарушений в детском возрасте.

К преждевременным родам предрасполагают следующие **факторы риска**:

- Возраст 16 лет и ниже
- Низкий социальный уровень
- Курение
- Преждевременные роды в анамнезе
- Многоплодная беременность
- Истмико-цервикальная недостаточность
- Патология матки
- Инфекция (бактериальный вагиноз, бессимптомная бактериурия и др.)

К сожалению, большинство из перечисленных факторов не могут очень точно предсказать развитие ПР, так как имеют низкую чувствительность (35-60%) и прогностическую ценность (15-30%) (**Edwin Chandraharan, Sabaratnam Arulkumaran. Recent advances in management of preterm labor. J.Obstet Gynecol India Vol. 55, No. 2: March/April 2005 Pg 118- 124**).

Эффективных способов профилактики преждевременных родов не существует:

- Исследования, посвященные изучению антенатального выявления и профилактики риска преждевременных родов (оценка факторов риска, профилактическое использование пероральных бета-миметиков, соблюдение постельного режима, госпитализация в «критические сроки», баротерапия, плазмоферез и т.д.) по большей части не дали определенных результатов.
- Хотя преждевременные роды связаны с определенными социальными и экономическими факторами, не была доказана эффективность вмешательств социального характера в профилактике преждевременных родов (**Collaborative Group on Preterm Birth Prevention. Multicenter randomized, controlled trial of a preterm birth prevention program. Am J Obstet Gynecol 1993;169:352-366**)



## **Симптомы**

Клинически документированные сокращения матки (4 за 20 минут или 8 за 60 минут) и:

- разрыв околоплодного пузыря;
- целый околоплодный пузырь и раскрытие шейки более 2 см;
- целый околоплодный пузырь и сглаживание шейки более чем на 80%;
- целый околоплодный пузырь и динамические структурные изменения шейки матки.

## **Клиническая тактика**

Беременная госпитализируется в родильный дом вторичного или третичного уровня, где решается вопрос о дальнейшем ведении беременности. Беременная информируется о возможном исходе беременности и риске лечения.

Существует две категории стратегий снижения частоты неблагоприятных исходов, связанных с преждевременными родами: первая направлена на предотвращение или задержку преждевременного рождения, а вторая - на снижение заболеваемости и смертности, связанных с недоношенностью. Среди них, однако, наиболее удачной является регионализация перинатального ухода, которая обеспечивает рождение большинства недоношенных младенцев в отделении интенсивной терапии для новорожденных с необходимым оборудованием и обученным персоналом.

К эффективным неонатальным манипуляциям относятся улучшенные методы искусственной вентиляции, экзогенно-сурфактантная терапия, лечение с помощью антибиотиков и надлежащий контроль баланса жидкости и электролитов.

Эффективные акушерские манипуляции включают пренатальное использование кортикостероидов для созревания плода и интранатальное назначение антибиотиков для снижения риска неонатального сепсиса.

Основным лечебным мероприятием при угрозе преждевременных родов является назначение токолитических средств для продления беременности и снижения заболеваемости и смертности.

Острый токолиз - временное медикаментозное расслабление мускулатуры матки с целью уменьшения частоты и силы родовой деятельности. Цель токолиза при преждевременных родах - это отсрочить роды до наступления действия кортикостероидов и перевода на более высокий уровень оказания помощи.

Токолиз следует использовать, если:

- срок беременности от 22 недель до 34 недель;
- латентная или ранняя активная фаза ранних родов (раскрытие меньше, чем на 5 см);
- у женщины нет амнионита или активного кровотечения;
- отсутствует дистресс плода.



### Условия проведения токолиза:

- При назначении токолитических средств необходимо наблюдать за состоянием матери и плода (пульс, АД, признаки дыхательной недостаточности, сокращения матки, потерю амниотической жидкости или крови, ЧСС плода, баланс жидкости).
- Не назначать токолитические препараты более чем на 48 часов.

### Противопоказания для токолиза:

- гибель плода,
- явные пороки развития плода,
- явное отставание в росте плода,
- гипоксия плода (не включая гипоксию, вызванную гипердинамией матки),
- тяжёлая преэклампсия и эклампсия,
- тяжёлые заболевания матери (болезни сердца, почек, сахарный диабет),
- обильное кровотечение при отслойке или предлежании плаценты,
- хориоамнионит.

Препаратами первого выбора являются блокаторы каналов кальция (Nifedipin) в течение первого часа 10 мг каждые 15 минут под язык до прекращения сокращений матки. Последующая доза – по 10 мг внутрь каждые 6-8 часов в течение не более 48 часов от начала терапии. При появлении возможных побочных эффектов (гипотензия, тахикардия, головные боли, головокружение, тошнота) необходима внутривенная инфузия физраствора в количестве 800-1000 мл.

Другими токолитическими препаратами являются ингибиторы простагландинов (Indometacin). Индометацин назначают в начальной дозе 100 мг перорально или ректально, затем по 25 мг каждые 6 часов в течение 48 часов. Требуется осторожности назначение индометацина при сроке беременности свыше 32 недель, т.к. возможно преждевременное закрытие артериального протока плода.

Результаты исследования не подтвердили рекомендации по применению поддерживающей токолитической терапии после первого успешного лечения преждевременной родовой деятельности. При лечении задача заключается не в предотвращении родов, а в обеспечении соответствующих условий для рождения и оказания помощи новорожденному ребенку после родов.

Профилактика респираторного дистресс-синдрома <sup>у 4/2</sup> проводится назначением дексаметазона (по **6** мг в/м каждые 12 часов, <sup>у 4/2</sup> всего 24 мг) женщинам, у которых предполагаются преждевременные роды. По данным РКИ прием глюкокортикоидов при преждевременных родах до 34 недель беременности приводил к значительному снижению неонатальной смертности, внутрижелудочковых кровоизлияний, некротизирующего энтероколита и системных инфекций в первые 48 часов жизни новорожденного (Roberts D, 2006).



## **ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ: ПРОФИЛАКТИКА И СКРИНИНГ**

К патологическим состояниям относятся заболевания, возникающие во время беременности и оказывающие неблагоприятное влияние на беременную и плод. К таким заболеваниям относятся:

- Гипертензивные нарушения, связанные с беременностью;
- Отрицательная резус-принадлежность;
- Анемия при беременности;
- Сахарный диабет при беременности.

### **Гипертензивные нарушения во время беременности**

Гипертензивные нарушения во время беременности (ГНБ) – наиболее часто встречающиеся осложнения в мировой акушерской практике. До настоящего времени не достигнуто единого мнения по вопросам определений и классификации этих расстройств. При разработке данного учебного пособия использована Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ -10) (таб.8).

ГНБ подразделяются на связанную с беременностью гипертензию и ранее существующую артериальную гипертензию (подъем артериального давления до 20 недель беременности). Головная боль, нарушения зрения, судороги и потеря сознания часто сочетаются с гипертензией во время беременности, однако не являются специфичными ее признаками (таб.9). Другие состояния, которые могут привести к судорогам или коме - это эпилепсия, осложненная малярия, травмы головы, менингит, энцефалит и т.п.

### **Критерии артериальной гипертензии:**

#### **Артериальная гипертензия:**

- Диастолическое артериальное давление определяется на уровне 90 мм рт.ст. и выше при двух последовательных измерениях с интервалом 4 часа
- Систолическое артериальное давление на уровне 140 мм рт. ст. или выше при двух последовательных измерениях с интервалом 4 часа

#### **Тяжелая артериальная гипертензия**

- Диастолическое артериальное давление на уровне или выше 110 мм рт.ст. при двукратном измерении
- Систолическое артериальное давление на уровне или выше 160 мм рт. ст. при двукратном измерении

Диастолическое давление является хорошим индикатором в прогнозировании выбора тактики в случае артериальной гипертензии во время беременности.

За диастолическое давление принимают точку, при которой исчезают артериальные шумы (5 тон).



Диастолическое давление показывает периферическое сопротивление и не меняется в зависимости от эмоционального состояния женщины по сравнению с систолическим давлением.

Диастолическое артериальное давление является точным показателем гипертензии во время беременности. Подъем артериального давления в сочетании с протеинурией свидетельствует о развитии преэклампсии.

Для постановки диагноза большое значение имеет правильность измерения АД и грамотная интерпретация. Соблюдение правила измерения АД позволит избежать диагностических ошибок (протокол №625 от 3 декабря 2008 г.).

### **Протеинурия**

Наличие протеинурии меняет диагноз гипертензивные нарушения, связанные с беременностью на преэклампсию. Другие состояния также могут вызвать протеинурию и дать ложно положительный результат. Инфекция мочевыводящих путей, тяжелая анемия, сердечная недостаточность и трудные роды могут привести к протеинурии. Кровь в моче, появляющаяся при травмировании катетером мочеиспускательного канала, шистосомозе, загрязнении мочи кровью из влагалища также может дать ложно положительный результат.

Протеинурией считается, если белок в моче равняется или превышает 300 мг за 24 часа или в 2-х пробах, взятых с интервалом в 4 часа.

Показатели доступных методов могут соответствовать следующим признакам:

1+ равно 0,3 г/л, 2+ равно 1г/л, 3+ равно 3 г/л.

Забор средней порции мочи в чистую емкость после традиционной гигиены (обработка водой) наружных половых органов и проверка их тест-полоской на белок является инструментом для скрининга. Изменение теста с отрицательного на положительный в течение беременности является предостерегающим симптомом. Если такой тест недоступен, необходимо подогреть до кипения верхнюю часть мочи, набранную в пробирку. Сравнить подогреваемую часть с неподогреваемой нижней частью. Подогреваемая часть мочи может стать мутной. В нее надо добавить 2-3 капли 2% уксусной кислоты для проверки появления устойчивого осадка, который может быть качественно определен как процентное содержание белка ко всему объему пробы мочи. Влагалищные выделения или амниотическая жидкость могут загрязнить пробы мочи. Катетеризация мочевого пузыря для этого не оправдана в виду риска инфицирования мочевыводящих путей.

### **Отеки во время беременности**

Отеки рук и голеней в 50-80% случаев являются нормальной физиологической реакцией на увеличение объема циркулирующей крови и массы тела за время беременности. В диагностике преэклампсии имеют значение только внезапно появившиеся или/ и генерализованные отеки.



**Классификация гипертонических расстройств, вызванных беременностью, согласно МКБ–10**

Таблица 8.

Шифр	
O10	Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период (диагностированная до 20 недель беременности или сохраняющаяся через 6 недель после родов).
O11	Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией.
O12	Протеинурия, вызванная беременностью (гестационная протеинурия).
O10	Гипертензия, вызванная беременностью без значительной протеинурии (гестационная гипертензия).
O13	Вызванная беременностью гипертензия и незначительная протеинурии (Легкая преэклампсия)
O14	Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией (Тяжелая преэклампсия)
O15.0	Эклампсия

**Диагностика головной боли, нарушений зрения, судорог или потери сознания, повышенного артериального давления**

Таблица 9.

Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие	• Иногда присутствующие симптомы и признаки	• Вероятный диагноз
• ДАД 90 мм рт. ст. или более в течение первых 20 недель беременности		• Хроническая гипертензия.
• ДАД 90-110 мм рт. ст. в течение первых 20 недель беременности • Протеинурия до 1 г/л		• Хроническая гипертензия с присоединившейся легкой преэклампсией
• Дважды отмеченный подъем ДАД 90-110 мм рт. ст. с интервалом 4 часа после 20-ой недели беременности		• Гипертензия, вызванная беременностью



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Протеинурия отсутствует</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дважды отмеченный подъем ДАД 90-110 мм рт. ст. с интервалом 4 часа или 110 мм.рт.ст при однократном измерении АД после 20-ой недели беременности</li> <li>• Протеинурия 0,3 - 1 г/л в разовой порции мочи.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкая преэклампсия</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дважды отмеченный подъем ДАД 110 мм рт. ст. и более с интервалом 4 часа или 120 мм.рт.ст при однократном измерении АД после 20 недели беременности</li> <li>• Протеинурия более 1 г/л в разовой порции мочи.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиперрефлексия</li> <li>• Прогрессирующая протеинурия и гипопропротеинемия</li> <li>• Уменьшение выделения мочи (&lt; 400 мл/сутки) или содержание креатинина сыворотки &gt; 110 мкмоль/л</li> <li>• Гемолиз, желтушность</li> <li>• Увеличение АЛТ, АСТ (<u>в 2 раза выше нормы</u>)</li> <li>• Количество тромбоцитов &lt; <math>100 \times 10^9/\text{л}</math></li> <li>• Отек легких</li> <li>• Упорная головная боль или головная боль, не облегчающаяся приемом анальгетиков</li> <li>• Расстройства зрения</li> <li>• Упорная или впервые появившаяся боль в эпигастральной области или в правом подреберье</li> <li>• Тошнота или рвота</li> <li>• Внезапный или обширный отек (в области лица или крестца/нижней части спины)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелая преэклампсия</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Судороги</li> <li>• Диастолическое</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кома (отсутствие сознания)</li> <li>• Другие симптомы и</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эклампсия</li> </ul>



давление 90 мм рт. ст. или более после 20 недели беременности • Протеинурия 2 г/л или более	признаки тяжелой преэклампсии	
• Тризм (затруднение открывания рта и жевания)	• Спазмы лица, шеи, туловища • Выгнутая спина • Доскообразный живот • Непроизвольные сильные спазмы	• Столбняк
• Судороги • Судороги в анамнезе • Нормальное артериальное давление		• Эпилепсия
• Высокая температура • Озноб • Головная боль • Боли в мышцах	• Увеличенная селезенка	Не осложненная малярия
• Симптомы и признаки не осложненной малярии • Кома • Анемия	• Судороги • Желтуха	Тяжелая/осложненная малярия
• Головная боль • Ригидность шейных мышц • Светобоязнь • Лихорадка	• Судороги • Спутанность сознания • Сонливость • Кома	Менингит или Энцефалит <sup>c</sup>
• Головная боль • Нарушение зрения	• Рвота	Мигрень

### Тактика ведения женщин с гипертензией, вызванной беременностью

Профилактика гипертензии вызванной беременностью.

1. Ограничение каллоража принимаемой пищи, жидкости или соли не предупреждает развитие гипертензии вызванной беременностью, и даже может быть вредным для плода.
2. Раннее выявление и оказание помощи женщинам является решающим для терапии гипертензии вызванной беременностью и предупреждения судорог. Таких женщин необходимо регулярно наблюдать и давать им четкие



инструкции, когда снова обращаться к своим лечащим врачам. Обучение членов семьи имеет важное значение не только, для того чтобы они понимали важность выявления признаков прогрессирования гипертензии вызванной беременностью, но также для повышения социальной поддержки женщины при необходимости ее госпитализации и изменения режима работы.

#### **При наличии опасных признаков**

1. Беременная женщина или родильница жалуется на сильные головные боли или нарушение зрения.
2. У беременной или родильницы отсутствует сознание или имеет место судороги.
3. Наличие тяжелого артериального давления у беременной женщины.

#### **Если женщина без сознания или у нее развились судороги:**

- Позовите на помощь.
- Срочно мобилизуйте весь свободный персонал.
- Подготовьте оборудование (воздуховоды, отсос, маску и мешок, кислород).
- Не оставляйте женщину одну без присмотра.
- Проведите быструю оценку общего состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание), одновременно выясняя у нее или ее родственников анамнез настоящих и прошлых заболеваний.

#### **Если она не дышит или дыхание поверхностное:**

- Проверьте проходимость дыхательных путей и, при необходимости, интубируйте;
- Если она не дышит, проведите вентиляцию мешком Амбу через маску или дайте кислород 4-6 литров в минуту через эндотрахеальную трубку;
- Если она дышит, дайте кислород 6-4 литров в минуту через маску или носовую канюлю.

#### **Если она без сознания:**

- Проверьте проходимость дыхательных путей и измерьте температуру;
- Поверните ее на левый бок;
- Оцените ригидность шейных мышц.

#### **Если у нее развились судороги:**

- Положите ее на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного секрета, рвотных масс и крови;
- Защитите ее от травм (падений), но не пытайтесь насильно сдерживать ее;
- Постоянно наблюдайте за ней;
- Если диагностируется эклампсия, используйте сульфат магния;
- Если причина судорог не определена, ведите женщину как в случае эклампсии и продолжайте поиск действительной причины.



## Основное лечение ГНБ

### Гипотензивное лечение

- Если диастолическое артериальное давление остается выше 110 мм рт.ст., назначьте антигипертензивные препараты. Целью является удержание диастолического давления между 90 и 100 мм рт. ст. для предупреждения мозгового кровоизлияния и из-за опасности ухудшения маточно-плацентарного кровообращения (рекомендации ВОЗ).
- Гипотензивное лечение начать с уровня ДАД 100 мм.рт.ст. и более (По клиническому протоколу утвержденной Приказом МЗ КР №625 от 3 декабря 2008 года).
- метилдопа (антигипертензивный препарат центрального действия) 250-500 мг, максимальная суточная доза 3,0 г или лабетолол (бета-блокаторы) 25-50 мг или нифедипин ретард (блокатор Са каналцев) 10-20 мг.
- При гипертензивных кризах и высоком давлении, когда прием таблеток не дает должного эффекта, назначают – клонидин 0,5-1,5 мл 0,01% раствора в 50 мл физиологического раствора внутривенно капельно очень медленно 5-6 капель в минуту под контролем АД.
- Поддерживать уровень умеренной гипертензии (140-150/100 мм.рт.ст.).
- При гипертензивных кризах и высоком давлении, когда прием таблеток не дает должного эффекта, назначают – клонидин 0,5-1,5 мл 0,01% раствора в 50 мл физиологического раствора внутривенно капельно очень медленно 5-6 капель в минуту под контролем АД.

### Противосудорожные препараты

- Ключевым моментом противосудорожной терапии является адекватное использование противосудорожных лекарств. Судороги у госпитализированных женщин достаточно часто происходят вследствие недостаточного лечения. Сульфат магния является лекарством выбора для предупреждения и лечения судорог при тяжелой преэклампсии и эклампсии.
- При отсутствии сульфата магния может быть использован диазепам, хотя существует большой риск развития неонатального угнетения дыхания, т.к. диазепам свободно проходит через плаценту. Однократное введение диазепама для снятия судорог редко вызывает угнетение дыхания у новорожденного. Длительное и продолжительное внутривенное применение диазепама повышает риск развития угнетения дыхания у новорожденных, которые уже подверглись патологическому воздействию маточно-плацентарной ишемии и преждевременных родов. Остаточные явления последствий применения диазепама могут сохраняться несколько дней.



## **Схема применения сульфата магния при тяжелой преэклампсии и эклампсии.**

**Нагрузочная доза:** сульфат магния 25 % - 20,0 развести в 20 мл изотонического раствора (нагрузочная доза) в двух шприцах: по 10 мл магнезии и 10 мл изотонического раствора в/в струйно очень медленно. Или 20 мл 25% магнезии сульфат 5 мл 0,25% новокаина в/м.

**Поддерживающая доза:** приготовление раствора: 20 мл 25% сульфата магния (5г сухого вещества) развести в 200 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида. Вводить со скоростью 1-2 г/ч (40-80 мл/ч или 15-20 кап/мин при использовании иглы диаметром 0,8 стандартной системы для внутривенных инфузий без фильтра).

Если судороги повторились через 15 минут, введите 2 г сульфата магния (20% раствора) в/в в течение 5-10 минут.

Продолжите лечение сульфатом магния в течение 24 часов после родов или последней судороги, в зависимости от того, что произойдет последним.

Перед повторным введением убедитесь, что:

1. частота дыханий не меньше 16 в минуту,
2. присутствуют коленные рефлексы,
3. мочеотделение не меньше 30 мл в час на протяжении последних 4-х часов.

Отмените или отложите использование лекарства, если:

1. частота дыханий падает ниже 16 в минуту,
2. коленные рефлексы отсутствуют,
3. мочеотделение ниже 30 мл в час на протяжении последних 4 часов.

Имейте наготове антидот.

В случае остановки (замедления) дыхания проведите ИВЛ (маской и мешком, наркозным аппаратом, произведите интубацию, введите антидот-глюконат кальция 1 г (10 мл 10% раствора) в/в медленно до восстановления дыхания для снятия побочных эффектов сульфата магния.

## **Схема использования диазепама при тяжелой преэклампсии и эклампсии.**

**Примечание:** Используйте диазепам только в случае отсутствия сульфата магния.

### **Внутривенное применение**

**Нагрузочная доза:** 10 мг диазепама в/в медленно в течение 2 минут.

Если судороги возобновились, повторите нагрузочную дозу.

**Поддерживающая доза:** 40 мг диазепама в 500 мл раствора (физиологический раствор или лактат Рингера) в/в капельно для поддержания женщины в состоянии седации, но оставляя ее в сознании.

Угнетение дыхания матери может произойти, если доза превысит 30 мг за один час. Проведите ИВЛ (маской и мешком, наркозным аппаратом, проведите интубацию). Не используйте более 100 мг диазепама в течение 24 часов.



**Ректальное введение:** Примените диазепам ректально, когда в/в введение невозможно. Начальной дозой является 20 мг в 10 мл шприце. Отсоедините иглу, смажьте кончик цилиндра и введите шприц в прямую кишку на половину его длины. Впрысните содержимое и оставьте шприц, сожмите ягодицы вместе и держите их в таком положении в течение 10 минут, чтобы лекарство не вылилось наружу. В другом варианте лекарство может быть введено в прямую кишку через катетер.

Если судороги не удалось остановить в течение 10 минут, используйте дополнительно 10 мг в час или более, в зависимости от массы женщины и ее ответной реакции на вводимый препарат.

### **Коррекция водного баланса**

- Начните в/в инфузию и перелейте жидкости в/в.
- Строго контролируйте баланс жидкости, нанося данные в карту наблюдения. Контролируйте количество введенной жидкости и выделенной мочи, чтобы убедиться в отсутствии перегрузки жидкостью.
- Катетеризируйте мочевой пузырь для контроля количества отделяемой мочи и протеинурии.
- Если мочи выделяется меньше 30 мл в час, прекратите введение сульфата магния и перелейте растворы в/в (физиологический раствор или раствор Рингера) до 80 мл/час или 1 мл/кг/час; следите за возможным развитием отека легких.
- Никогда не оставляйте женщину одну. Судороги, сопровождающиеся аспирацией рвотных масс, могут привести к смерти женщины и плода.
- Каждый час оценивайте жизненно важные функции, рефлексы и сердцебиение плода.
- Каждый час прослушивайте нижние доли легких для обнаружения хрипов, свидетельствующих о развитии отека легких. Если хрипы выслушиваются, прекратите введение жидкостей и введите фуросемид 40 мг в/в однократно.
- Оцените свертываемость крови, используя прикроватный тест на свертываемость. Если спустя 7 минут сгусток не образовался или образовался мягкий, легко разрушающийся сгусток, нужно думать о коагулопатии.

### **Гипертензия вызванная беременностью**

- Гипертензия, возникшая после 20-й недели беременности без каких-либо признаков полиорганных нарушений и которая проходит в течении 3-х месяцев после родов.
- При легкой или умеренной гипертензии, вызванной беременностью до настоящего времени нет подтверждений в необходимости постельного режима.
- Не следует соблюдать специальную диету (ограничить жидкость и соль)
- Если присоединяется протеинурия, риск осложнений для матери и плода значительно увеличивается, в таких случаях потребуется госпитализация.



- Нет четких доказательств, что антигипертензивная терапия может влиять на возникновение протеинурии, а также влиять на задержку развития плода и на снижение показателя перинатальной смертности.
- Если есть необходимость, назначение антигипертензивного препарата метилдопа – это наиболее изученный препарат.
- Обучить беременную женщину и членов ее семьи опасным признакам.

#### **Легкая преэклампсия, беременность меньше 37 недель**

- Если амбулаторное наблюдение за женщиной невозможно, направьте ее в стационар.
- Если признаки остаются неизменными или состояние нормализуется, наблюдайте женщину дважды в неделю, как амбулаторную больную,
- Проверяйте артериальное давление, мочу (на протеинурию), рефлексы и внутриутробное состояние плода.
- Проконсультируйте женщину и ее семью относительно опасных признаков тяжелой преэклампсии и эклампсии, поощряйте дополнительный отдых беременной женщины, не назначайте противосудорожные, антигипертензивные, седативные препараты и транквилизаторы, диуретики. Назначение диуретиков опасно. Они показаны к применению только при преэклампсии с отеком легких или в случае застойной сердечной недостаточности (сердечные отеки). Обеспечьте женщине рациональное, здоровое питание;
- Контролируйте артериальное давление и проверяйте мочу на протеинурию;
- Рекомендуйте соблюдать покой и обращать внимание на значительные, генерализованные, внезапно возникшие отеки, или признаки тяжелой преэклампсии;
- Осматривайте ее дважды в неделю для измерения артериального давления, определения белка в моче, оценки состояния плода и на предмет наличия симптомов и признаков тяжелой преэклампсии.
- Если диастолическое давление повысилось снова, направьте женщину в стационар. Если признаки остаются неизменными, не выписывайте женщину из стационара. Продолжите ведение женщины, как описано выше, и контролируйте рост плода измерением высоты дна матки (расстояние от лона до дна матки).
- Если есть признаки задержки роста плода, решите вопрос досрочного родоразрешения. Если нет, наблюдайте женщину в стационаре до срока родов.
- Если уровень белка в моче повысился, ведите женщину, как в случае тяжелой преэклампсии.

**Примечание:** Симптомы и признаки преэклампсии не исчезают полностью до тех пор, пока беременность не будет завершена.



### **Легкая преэклампсия, беременность после 37 полных недель**

- Если есть данные об ухудшении состояния плода, оцените шейку матки и ускорьте родоразрешение.
- Если шейка матки зрелая (мягкая, тонкая, частично раскрыта), вскройте плодный пузырь амниотическим крючком или зажимом Кохера и индуцируйте роды окситоцином или простагландинами
- Если шейка матки незрелая (твердая, толстая, закрытая), подготовьте ее, используя простагландины, или проведите кесарево сечение.

### **Тяжелая преэклампсия и эклампсия**

- Тяжелая преэклампсия и эклампсия ведутся одинаково, за исключением того, что роды должны произойти в пределах 12 часов от начала судорог в случае эклампсии.
- Все случаи тяжелой преэклампсии нуждаются в активном ведении.

### **Роды**

Роды должны произойти сразу после того, как состояние женщины стабилизируется. Откладывание родоразрешения для повышения степени зрелости плода создает риск для жизни, как для матери, так и для плода.

Родоразрешение должно быть проведено независимо от срока гестации.

При тяжелой преэклампсии роды должны произойти в пределах 24 часов после появления симптомов. При эклампсии роды должны произойти в пределах 12 часов после появления судорог.

### **Помощь после родоразрешения**

- Противосудорожное лечение должно продолжаться в течение 24 часов после родов или последней судороги в зависимости от того, что произошло последним.
- Продолжайте антигипертензивную терапию, пока диастолическое давление сохраняется на уровне 110 мм рт. ст. или выше.
- Продолжайте следить за мочеотделением.
- Перетранспортировка в госпиталь третьего уровня.
- Переправьте в госпиталь третьего уровня женщин, у которых наблюдается:
  1. Олигурия, которая продолжается 48 часов после родов;
  2. Нарушение свертываемости (например, коагулопатия или гемолиз+увеличенная активность ферментов печени+низкое содержание тромбоцитов – HELLP - синдром);
  3. Стойкая кома, продолжающаяся более 24 часов после судорог.

### **Хроническая гипертензия**

- Поощряйте дополнительный отдых.
- При хронической гипертензии высокий уровень артериального давления поддерживает почечную и плацентарную перфузию; снижение артериального давления приведет к сокращению перфузии. Артериальное давление не



должно быть уменьшено ниже уровня, имевшегося у женщины до беременности. Нет доказательств того, что активное лечение, направленное на снижение артериального давления до нормального уровня, улучшает прогноз для матери или плода:

- Если женщина получала антигипертензивные препараты до беременности, и болезнь находится под контролем, продолжите применение тех же медикаментов во время беременности, при отсутствии противопоказаний;
- Если диастолическое давление 110 мм рт. ст. или выше или систолическое давление 160 мм рт.ст. или выше, назначьте антигипертензивные препараты;
- Если обнаруживается протеинурия или другие симптомы и признаки, предположите диагноз присоединившейся преэклампсии и ведите женщину, как в случае легкой преэклампсии.
- Наблюдайте за ростом и состоянием плода.
- Если осложнения отсутствуют, проводите родоразрешение в срок.
- Если развилась преэклампсия, ведите женщину как в случае легкой преэклампсии или тяжелой преэклампсии.
- Если частота сердечных сокращений плода патологическая (меньше 100 или более 180 ударов в минуту), предположите дистресс плода.
- Если есть тяжелая задержка внутриутробного развития плода и срок беременности определен точно, оцените состояние шейки матки и рассмотрите возможность родоразрешения.
- Обследуйте женщину на осложнения, включая преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты и присоединившуюся преэклампсию

**Примечание:** Определение гестационного возраста в позднем сроке беременности с помощью УЗИ не является точным.

## **Дифференциальная диагностика**

### **Столбняк**

*Clostridium tetani* (возбудитель столбняка) может быть занесен в полость матки посредством загрязненных инструментов или рук, особенно в ходе непрофессиональных аборт или родов вне специализированных учреждений. Новорожденные обычно заражаются через грязные инструменты, используемые во время отсечения пуповины или через загрязненный перевязочный материал.

Лечение должно быть начато настолько быстро, насколько это возможно.

- Снимите спазмы в/в медленным введением 10 мг диазепама в течение 2 минут. Если спазмы сильные, женщине нужно ввести миорелаксанты и перевести ее на искусственную вентиляцию легких. Это может быть произведено только в медицинских учреждениях третьего уровня.
- Обеспечьте общий уход
- Ухаживайте за женщиной в спокойной обстановке и тщательно наблюдайте за ней;



- Избегайте ненужных раздражителей;
- Обеспечьте адекватную гидратацию и полноценное питание;
- Лечите вторичные инфекции.
- Введите столбнячный антитоксин 3 000 ЕД в/м для нейтрализации абсорбированного токсина.
- Предотвратите дальнейшую выработку токсина:
- Устраните причину сепсиса (например, удалите инфицированные ткани из полости матки при септическом аборте);
- Назначьте 2 млн. ЕД бензил пенициллина в/в каждые 4 часа в течение 48 часов, затем 500 мг ампициллина перорально три раза в день в течение 10 дней.

### **Иммунизация против столбняка**

Если мать активно иммунизирована, антитела проходят через плаценту, защищая новорожденного. Женщина считается защищенной, если она получила две дозы вакцины с интервалом, по меньшей мере, 4 недели и срок между последней вакцинацией и окончанием беременности был, по крайней мере, не меньше 4 недель. Женщины, которые получили серию вакцинаций (пять инъекций) более чем за 10 лет до настоящей беременности, должны получить дополнительную вакцинацию. Для большинства женщин дополнительная вакцинация должна быть рекомендована во всех случаях беременности.

Если у иммунизированной женщины был произведен криминальный аборт или роды были проведены в негигиенических условиях, назначьте ей дополнительную инъекцию столбнячного анатоксина 0,5 мл в/м. Если она не была иммунизирована ранее, назначьте ей противостолбнячную сыворотку 1 500 ЕД в/м в сочетании с дополнительной инъекцией столбнячного анатоксина 0,5 мл в/м через 4 недели.

### **Эпилепсия**

Эпилепсия у беременной женщины может проявиться судорогами. Как и множество хронических болезней, эпилепсия обостряется у некоторых женщин во время беременности, хотя может и затихать в некоторых случаях. Однако в большинстве случаев беременность не влияет на течение эпилепсии.

- Внимательно обследуйте женщину. Как правило, у беременных женщин с эпилепсией повышен риск развития индуцированной беременностью гипертензии; преждевременных родов; рождения новорожденных с низким весом; рождения ребенка с врожденными пороками развития; перинатальной смертности.
- Стремитесь лечить эпилепсию малыми дозами одного препарата.
- Остерегайтесь использовать в ранние сроки беременности лекарства, способные вызвать развитие врожденных пороков (например, вальпроевая кислота).



- Если у женщины развились судороги, введите ей 10 мг диазепама в/в медленно, в течение двух минут. Повторите введение, если судороги повторились через 10 минут.
- Если судороги продолжаются (эпилептический статус), введите фенитоин 1 г (приблизительно 18 мг на килограмм веса) в 50-100 мл физиологического раствора в течение не менее 30 минут (максимальная концентрация не должна превышать 10 мг в мл).

### Отрицательная резус-принадлежность

Резус-антитела - это соединения белковой структуры, которые вырабатываются в материнском организме в ответ на попадание в него резус-положительных эритроцитов плода (иммунная система беременной женщины воспринимает эти эритроциты как чужеродные).

При обнаружении в кровотоке матери резус-антител врач ставит диагноз: **резус-сенсibilизация**. В норме в кровоток матери попадает не более 0,1 мл крови плода. Объем фето-материнской трансфузии возрастает при кровотечениях во время беременности, артериальной гипертензии беременных, при ручном отделении и выделении плаценты, кесаревом сечении и наружном повороте плода на головку, при амниоцентезе, самопроизвольном и искусственном аборте. Сенсibilизация матери резус-положительными эритроцитами происходит постепенно. Вследствие физиологического иммунодефицита у беременных иммунный ответ развивается очень медленно. Резус-иммунизация зависит от количества резус-положительных эритроцитов, попавших в кровь матери. В 50% случаев для развития первичного иммунного ответа достаточно попадания 50-75 мл эритроцитов, а для вторичного - 0,1 мл. Сенсibilизация организма резус-отрицательной женщины возможна также при переливаниях резус-несовместимой крови (даже если такие переливания проводились в раннем детстве).

Процесс иммунизации беременной женщины начинается с момента образования резус-антигенов в эритроцитах плода. Поскольку антигены системы резус содержатся в крови плода с 7-8 недели беременности, то в некоторых случаях возможна ранняя сенсibilизация организма матери. Однако в подавляющем большинстве случаев первая беременность у резус-отрицательной женщины (при отсутствии в прошлом сенсibilизации организма) протекает без осложнений.

Риск развития резус-сенсibilизации возрастает при последующих беременностях, особенно в случае прерывания первой беременности, кровотечений во время первой беременности, при ручном отделении плаценты, а также если роды проводятся путем кесарева сечения или сопровождаются значительной кровопотерей. Это объясняется тем, что при перечисленных осложнениях велика вероятность попадания большого количества резус-положительных эритроцитов в материнский кровоток и как следствие -



образования большого количества резус-антител. Кроме того, при первой беременности иммунная система беременной женщины встречается с резус-положительными эритроцитами плода впервые. Поэтому антител вырабатывается не так много: примерно столько, сколько нужно для уничтожения поступающих в кровь матери эритроцитов плода. Кроме того, эти антитела относятся к иммуноглобулинам класса М, имеющим большие размеры и плохо проникающим через плаценту к плоду. Зато после родов в организме женщины остаются «клетки памяти», которые при последующих беременностях сумеют «организовать» быструю и мощную выработку антител против резус-фактора. Это будут уже антитела иного типа - иммуноглобулины класса G, которые имеют меньшие размеры, чем иммуноглобулины М, а следовательно, легче проникают через плаценту и являются более агрессивными. Поэтому реакция женской иммунной системы на резус-антиген плода при второй и третьей беременности гораздо оперативнее и жестче, чем при первой. Соответственно, выше и риск поражения плода. По данным медицинской литературы, после первой беременности иммунизация возникает у 10% женщин.

Если женщина с резус-отрицательной кровью избежала резус-иммунизации после первой беременности, то при следующей беременности резус-положительным плодом вероятность иммунизации вновь составляет 10%.

Здоровью беременной женщины резус-сенсibilизация не вредит, но она может представлять опасность для ребенка. Попадая в кровотоки плода, резус-антитела разрушают его эритроциты, вызывая анемию (снижение гемоглобина), интоксикацию, нарушение функций жизненно важных органов и систем. Такое состояние называется **гемолитической болезнью** (гемолиз - разрушение эритроцитов).

Распад эритроцитов приводит к повреждению почек и головного мозга плода. Поскольку эритроциты непрерывно уничтожаются, его печень и селезенка стараются ускорить выработку новых эритроцитов, при этом увеличиваясь в размерах. Но через некоторое время в печени и в селезенке происходит декомпенсация. Наступает сильное кислородное голодание, и запускается новый виток тяжелых нарушений в организме ребенка. В самых тяжелых случаях это заканчивается его внутриутробной гибелью на различных сроках беременности, в более легких случаях резус-конфликт проявляется после рождения желтухой или анемией новорожденного.

Чаще всего гемолитическая болезнь быстро развивается у ребенка именно после рождения, чему способствует поступление большого количества антител в кровь младенца при нарушении целостности сосудов плаценты.

### **Распространенность**

Среди белого населения Земли резус-отрицательная кровь имеется примерно у 10-16 %.



## **Диагностика**

- Всем женщинам необходимо пройти рутинное обследование на выявление резус-принадлежности на ранней стадии беременности.
- Женщинам с отрицательной резус-принадлежностью (D) необходимо затем пройти обследование на наличие резус-антител в крови.
- Партнерам женщин с отрицательной резус-принадлежностью (D) можно также предложить пройти обследование с целью определения необходимости проведения профилактики анти-D иммуноглобулином.

## **Профилактика**

Существуют эффективные методы профилактики изоиммунизации:

- Послеродовую профилактику анти-D иммуноглобулином следует проводить в течение 72 часов после родов всем женщинам с отрицательной резус-принадлежностью (D), родившим ребенка с положительной резус-принадлежностью (D), либо ребенка, чью резус-принадлежность (D) определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе ABO.
- Анти-D иммуноглобулин следует вводить всем женщинам с отрицательной резус-принадлежностью (D) в период беременности при повышенной опасности фетоматеринского кровотечения.
- Рутинное использование анти-D иммуноглобулина в дозе 100 мкг (500 ME) для всех резус-отрицательных женщин на 28-й неделе беременности также представляется полезным.
- В случаях прерывания беременности или самопроизвольного аборта до 13 недели беременности доза анти-D иммуноглобулина в 50-75 мкг. Во втором триместре беременности рекомендуется применять стандартную послеродовую дозировку анти-D иммуноглобулина.

## **Лечение показано**

- **При преждевременных родах**, не дожидаясь тяжелого поражения, чтобы последующая постнатальная терапия была эффективной.
- **При развитии тяжелых форм гемолитической болезни плода**, когда продолжение беременности до периода достаточной зрелости плода является небезопасным. В этом случае методом выбора является внутриматочное переливание плоду резус (D) отрицательных эритроцитов донора.

## **Анемия при беременности**

Железодефицитная анемия (ЖДА) – это клинико-гематологический симптомокомплекс, в основе которого лежит нарушение синтеза гемоглобина вследствие дефицита железа, развивающегося при различных патологических (физиологических) процессах. ЖДА страдают 70 - 80 % всех пациентов с анемиями. Женщины болеют значительно чаще, чем мужчины (7-11 % и 0,5 – 1,5 %). По данным ВОЗ 1 788 600 000 жителей земли страдает ЖДА. По данным



ВОЗ, во всем мире ЖДА страдают 43 % грудных детей и детей раннего возраста до 4 лет.

По последним данным, в Кыргызстане анемией страдают от 60 до 80 % населения, в отдельных районах до 90 %, а у беременных почти поголовно.

### **Классификация**

По этиологическому фактору:

- хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия (меноррагии, геморрой, язвенная болезнь, язвенный колит, легочные - рак, бронхоэктазы и т.д.)
- железодефицитная анемия, связанная с недостаточным исходным уровнем железа (у новорожденных и детей младшего возраста)
- железодефицитная анемия, связанная с повышенной потребностью в железе (беременность, лактация, период интенсивного роста у девушек; хронические инфекционные заболевания, воспалительные процессы и новообразования)
- железодефицитная анемия, связанная с нарушением всасывания железа и поступлением его с пищей (болезнь Крона, резекция желудка, хронические энтериты, неполноценное питание, прием некоторых лекарств)
- железодефицитная анемия, связанная с нарушением транспорта железа
- латентный железо дефицит (уровень железа ферритина и насыщение трансферрина уменьшены, уровень гемоглобина снижен, клинические признаки дефицита железа отсутствуют - Hb меньше 116 г/л, сывороточное железо меньше 14 мкмоль/л, но больше 10 мкмоль/л)

По степени тяжести:

- легкая (Hb 110-90 г/л)
- средняя (Hb 90-70 г/л)
- тяжелая (Hb < 70 г/л)
- анемическая прекома (Hb < 30 г/л)

По течению:

- острое
- хроническое
- рецидивирующее

### **Этиопатогенез**

К дефициту железа могут привести следующие причины:

1. Снижение поступления железа в организм вследствие:

- 1) общего голодания или значительного уменьшения в рационе продуктов питания, содержащих железо;
- 2) нарушения всасывания железа в желудочно-кишечном тракте (в основном в двенадцатиперстной кишке и начальном отделе тощей). Из всех разновидностей соединений железа (двух-, трехвалентного) в желудочно-кишечном тракте всасывается главным образом двухвалентное железо, входящее в состав гема. Нарушение этого процесса развивается при



хронических гастритах, энтеритах, резекциях желудка и особенно тонкой кишки.

II. Увеличение потери и (или) расходования железа организмом:

1) при хронических, повторных кровопотерях (желудочных, кишечных, носовых, маточных и других), а также кровоизлияниях, когда в сутки теряется более 2-2,5 мг железа.

2) при беременности и последующем вскармливании ребенка, особенно на фоне еще не проявляющегося клинического дефицита железа. Указанные причины обуславливают значительное уменьшение содержания железа в крови, макрофагах, селезенке, печени, легких и в конечном итоге - в костном мозге.

Основной причиной развития железодефицитных анемий являются кровопотери различной природы (в 80 – 90 % случаев). Они нарушают существующее в организме равновесие между поступлением и выведением железа. Примерно у 77,3% были кровотечения вследствие нарушений в женской половой сфере, у 17,1% - хроническая кровопотеря на фоне патологии ЖКТ (мелена при потере крови 100-120 мл, Реакция Грегерсена положительная при потере более 30 мл) и лишь 5,6% - другие причины. За время менструаций здоровые женщины теряют 20-30 мг железа, при обильных – до 250 мг (менструации считаются обильными, если более 5 дней, продолжительность менее 26 дней и больше 1 дня идет сгустками). Потребность в железе у этих женщин возрастает в 2,5-3 раза. Нарушение всасывания железа – 10-15%.

Значительно увеличивается потребление железа при беременности в 2 раза и кормлении ребенка в 10 раз, что практически не может компенсироваться с помощью диеты (требуется дополнительно 2,5 мг железа). Потери железа при каждой беременности, в родах и за время лактации составляют 700-900 мг (до 1 г) железа. Организм в состоянии восстановить запасы железа в течение 4-5 лет. Если женщина рождает раньше этого срока, у нее неизбежно развивается анемия. Не исключается «семейная» предрасположенность в развитии ЖДА. У матери страдающей ЖДА и у ее дочери необходимо проверить гемоглобин. При этом уменьшается содержание железа в плазме крови, костном мозге и в тканевых депо. Принимая во внимание, что суточное поступление железа с пищей составляет только 1-3 мг, в указанные физиологические периоды женщины имеют отрицательный баланс железа. В результате к возрасту 42-45 лет женщина подходит с выраженным дефицитом железа.

#### Суточная потребность в железе

Таблица 10.

Норма суточной потребности в железе	
Мужчины	10 мг
Женщины	15-18 мг
беременные	30-36 мг
Дети 11-18 лет	12 мг



Суточная потребность в железе у женщин составляет 1,5-1,7 мг (1,2-2 мг) и у мужчин 1-1,65 мг (таб.10). За сутки из пищи способно всосаться не более 1,8-2 мг. В стандартном рационе содержится 15-20 мг железа, всасывается не более 10-15% этого количества. С пищей (мясом, яблоками, гранатами, гречневой крупой и другим) в организм поступает около 2 - 2,5 мг железа в сутки.

Различают два вида железа: гемовое и негемовое. Гемовое железо входит в состав гемоглобина. Оно содержится лишь в небольшой части пищевого рациона (мясные продукты), хорошо всасывается (на 20-30%), на его всасывание практически не влияют другие компоненты пищи. Негемовое железо находится в свободной ионной форме — двухвалентного (Fe II) или трехвалентного железа (Fe III). Большая часть пищевого железа — негемовое (содержится преимущественно в овощах). Степень его усвоения ниже, чем гемового, и зависит от целого ряда факторов. Из продуктов питания усваивается только двухвалентное негемовое железо. Чтобы «превратить» трехвалентное железо в двухвалентное, необходим восстановитель, роль которого в большинстве случаев играет аскорбиновая кислота (витамин С).

В организме взрослого человека массой 70 кг содержится 4-4,5 г железа, входящего главным образом в состав различных белков, у новорожденного — 300-400 мг. Основная часть железа (около 58%) содержится в гемоглобине (60-65), примерно 28% - в мышцах (21,9% в составе миоглобина и 68,1% - в виде ферритина), 2,5-4% - в костном мозге, около 8% - в печени в виде ферритина и гемосидерина (24-26% -депо железа). Остальная часть железа входит в состав молекул ферментов: цитохромов, каталазы, глутатионпероксидаз и других. Способность организма выводить железо ограничена. Большая часть железа из разрушающихся эритроцитов (более 20 мг ежедневно) вновь поступает в гемоглобин. Физиологические потери железа с мочой, потом, калом, волосами и ногтями, не зависящие от пола, составляют 1 мг/сутки (около 0,4 мг выделяется с калом, 0,25 мг — с желчью, менее 0,1 мг — с мочой).

При потерях крови с выведением из организма более 2 мг железа в сутки развивается дефицит железа. Кровь — жизненно важная среда организма. В 100 мл крови содержится 50 мг железа. Она выполняет многочисленные и разнообразные функции: дыхания, питания, экскреции, терморегуляции, поддержания водно-электролитного баланса. Общеизвестны защитная и регуляторная функции крови в связи с наличием в ней фагоцитов, антител, биологически активных веществ, гормонов.

Все железо, поступающее с пищей, в желудке претерпевает изменения: трехвалентные молекулы преобразуются в легко усваиваемые двухвалентные (в клетках слизистой оболочки кишечника закисное железо Fe<sup>2+</sup> превращается в окисное Fe<sup>3+</sup> и связывается с трансферрином), которые затем всасываются в верхних отделах тонкой кишки. Этот процесс регулируется содержанием железа в крови - при его дефиците всасывание усиливается, при избытке, наоборот, уменьшается. Важно отметить, что чем больше дефицит железа в организме, тем



больше зона его всасывания в кишечнике, при анемиях в процессе всасывания участвуют все отделы тонкого кишечника. Из слизистой оболочки кишечника в кровь железо транспортируется с помощью активных транспортных механизмов клеток. Этот процесс осуществляется только при нормальной структуре клеток слизистой, которую поддерживает фолиевая кислота. Транспорт через клетки слизистой кишечника (в основном в двенадцатиперстной и тощей кишке) осуществляется как путем простой диффузии, так и при участии специального белка-носителя. Этот белок наиболее интенсивно синтезируется при анемии, что обеспечивает лучшее всасывание железа. Белок переносит железо только один раз, следующие молекулы железа несут новые молекулы белка-переносчика. На их синтез нужно 4-6 часов, поэтому более частый прием препаратов железа не увеличивает его всасывания, а увеличивает количество невсосавшегося железа в кишечнике и опасность возникновения побочных эффектов.

После всасывания в кишечнике железо попадает в плазму крови, где связывается с белком носителем - трансферрином. Трансферрин синтезируется печенью. В физиологических условиях используется только около 30% железосвязывающей способности трансферрина плазмы крови. Трансферрин доставляет железо эритрокариоцитам костного мозга. Этот же белок транспортирует в костный мозг железо от клеток паренхиматозных органов и макрофагов. Железо доставляется к митохондриям, где оно соединяется с протопорфирином и участвует в образовании гема.

В организме имеется также депонированное железо. Оно находится в виде:

- 1) ферритина (водорастворимого комплекса гидроокиси трехвалентного железа, соединённого с остатком фосфорной кислоты, и белка апоферритина). Ферритин в норме имеется в плазме крови и почти во всех клетках организма. Он накапливается в макрофагах печени, селезенке, и как показали исследования последних лет – в головном мозге. Наиболее богаты ферритином клетки — предшественники эритроцитов в костном мозге, макрофаги и ретикулоэндотелиальные клетки печени;

- 2) гемосидерина (железосодержащего белка, представляющего собой частично депротенинизированный и денатурированный ферритин), содержащегося в макрофагах костного мозга, селезенки и купферовских клетках печени. Его рассматривают как уменьшенную форму ферритина, в которой молекулы потеряли часть белковой оболочки и сгруппировались вместе. Скорость мобилизации железа из гемосидерина более медленная, чем из ферритина. При избытке железа в организме возрастает его доля, депонируемая в печени в виде гемосидерина.

Дефицит железа в плазме крови, в клетках организма обуславливает снижение его содержания в митохондриях эритрокариоцитов костного мозга. Это тормозит синтез гема, соединение его с глобином и, следовательно, образование гемоглобина. Одновременно с этим нарушается синтез и других



железосодержащих соединений как в эритроците (каталазы, глутатионпероксидазы), так и в клетках паренхиматозных органов (цитохромы, миоглобин, пероксидазы, каталазы, глутатионпероксидазы). Недостаток указанных ферментов в эритроците обуславливает снижение резистентности к повреждающему действию перекисных соединений, повышенный их гемолиз и укорочение продолжительности жизни.

В первую очередь роль железа определяется его активным участием в тканевом дыхании, являющемся неперемным условием существования всякой живой клетки. Железо входит в состав белков-хромопротеидов, обеспечивающих перенос электронов в цепи биологического окисления. К числу таких белков-хромопротеидов относятся цитохромоксидаза — фермент дыхательной цепи, непосредственно взаимодействующий с кислородом, а также цитохромные компоненты, локализованные в мембранах митохондрий и эндоплазматического ретикулума. В составе гема железо является одним из компонентов гемоглобина — универсальной молекулы, обеспечивающей связывание, транспорт и передачу кислорода клеткам различных органов и тканей, а также миоглобина — гемсодержащего белка мышечной ткани. Кроме того, железо участвует в ряде других биологически важных процессов, протекающих на клеточном и молекулярном уровне, в частности, в процессах деления клеток, биосинтезе ДНК, коллагена, функциональной активности различных звеньев иммунной системы.

В костном мозге сохраняется нормобластический тип кроветворения, часто (но не всегда) наблюдаются умеренная гиперплазия клеток красного ростка гемопоэза, увеличение числа базо- и полихроматофильных эритроцитов при уменьшении количества оксифильных (признак торможения процесса созревания клеток). Снижено содержание сидеробластов - эритрокариоцитов с гранулами железа (в норме их около 20-40%).

В периферической крови снижено количество эритроцитов. Значительно уменьшено содержание гемоглобина. Цветовой показатель снижается до 0,6 и более. ЖДА всегда гипохромная, однако гипохромная анемия не всегда железодефицитная. Количество ретикулоцитов различно: от нормального до сниженного (при хроническом течении анемии) или повышенного (на начальных этапах анемии). Характерны пойкилоцитоз (разная форма), анизоцитоз (разная величина), много микроцитов, наличие «теней» эритроцитов (в связи со сниженным содержанием в них гемоглобина). Уровень железа в плазме крови понижен (сидеропения) до 1,8-7,2 мкмоль/л (при норме 12-30 мкмоль/л). Содержание лейкоцитов имеет тенденцию к снижению (за счет нейтрофилов), число тромбоцитов обычно в пределах нормы.

#### **Физиологическая анемия**

Объем циркулирующей крови при беременности увеличивается в среднем на 30%, при этом скорость и величина прироста объема плазмы выше, чем форменных элементов: объем плазмы увеличивается не меньше, чем на 40%, а



масса красных клеток увеличивается на 18-25% (при условии достаточного исходного уровня железа). Поэтому к 32-й недели происходит физиологическое снижение уровня гемоглобина, вследствие так называемой физиологической гемодилюции. В результате увеличения ОЦК развивается гемодилюционная анемия.

### **Клиника анемии**

Больные железодефицитной анемией жалуются на общую слабость, быструю утомляемость, рассеянность, иногда сонливость. Развивается мышечная слабость (для других видов анемий не характерна). Ее относят к проявлениям тканевой сидеропении за счет снижения в мышцах количества железосодержащих дыхательных ферментов миоглобина и цитохромов. В скелетной мускулатуре концентрация миоглобина может быть уменьшена наполовину. Головная боль и головокружение чаще отмечаются при переутомлении, в вечернее время, пребывании в душном помещении. При тяжелой степени возможны обмороки. Могут быть явления психоневроза. Все эти симптомы можно отнести к проявлениям астено-вегетативного синдрома.

Для железодефицитной анемии весьма характерны изменения со стороны эпителиальных тканей (кожа и ее придатки, слизистые оболочки) в результате снижения активности некоторых железосодержащих тканевых энзимов, в частности цитохромов. Кожные покровы обычно бледные, иногда с зеленоватым оттенком и легко возникающим румянцем щек. Кожа становится сухой, вялой, шелушится, легко образуются трещины. Волосы теряют естественный блеск, истончаются и легко ломаются. Наблюдается поредение волос и раннее поседение.

Специфичны изменения ногтей. Они становятся тонкими, матовыми, уплощаются, появляется поперечная исчерченность, ногти легко расслаиваются и ломаются. При выраженных изменениях они приобретают воткнутую, ложкообразную форму (койлонихия).

Аналогичные трофические изменения отмечаются со стороны слизистых оболочек пищевого канала, органов дыхания, половых органов. У больных отмечаются снижение вкусовых ощущений, покалывание, жжение и чувство распирания в языке, особенно его кончике. При осмотре видны атрофические изменения слизистой оболочки языка, атрофия сосочков, ангулярный стоматит, иногда трещины на кончике и по краям, в более тяжелых случаях возникают участки покраснения неправильной формы («географический язык») и афтозные изменения. Появляются трещины губ и заеды в углах рта (хейлоз). Слизистая рта сухая. Наблюдаются изменения со стороны зубов: эмаль становится тусклой, на ней появляются шероховатости и бороздки. Такие зубы легко поражаются кариесом. Отмечается жжение и зуд вульвы.

Весьма характерным является синдром сидеропенической дисфагии (с-м Пламмера-Вильсона), проявляющийся затруднением при глотании сухой и плотной пищи и, чувством першения и ощущения наличия инородного тела в



глотке, «застревания пищи» при глотании. Рентгенологическая картина при этом синдроме характеризуется появлением перепончатого образования на границе глотки и пищевода, спастического втяжения на передней и боковой стенках глотки с некоторым ее расширением над местом сужения. Морфологическим субстратом этих нарушений глотания являются дистрофические изменения слизистой оболочки и мышечного слоя пищевода. Это может быть и при скрытом дефиците железа. Установлено, что атрофические явления при дефиците железа возникают и в желудке, и в тонкой кишке. Это сопровождается снижением аппетита, отрыжкой, ощущением тяжести в животе после еды, тошнота.

У девочек, реже у взрослых женщин возможны дизурические расстройства, иногда недержание мочи при кашле, смехе. У детей могут наблюдаться симптомы ночного энуреза.

В механизме компенсации анемической гипоксемии при железодефицитной анемии ведущая роль принадлежит сердечно-сосудистой системе. При этом возникает компенсаторное напряжение кровообращения, благодаря чему увеличивается скорость кровотока, возрастает минутный объем крови и падает периферическое сопротивление. Больные железодефицитной анемией жалуются на одышку, сердцебиение, боль в груди, отеки.

При объективном исследовании определяются расширение границ сердечной тупости влево, систолический шум на верхушке и легочной артерии (при гемоглобине ниже 70,0г/л), «шум волчка» на яремной вене, тахикардия и гипотензия.

Бледность кожных покровов встречается и при скрытом дефиците железа. Она зависит от состояния капиллярно-сосудистого ложа и обусловлена феноменом шунтирования – сбросом крови в более крупные сосуды кожи.

Патологическое влечение к поеданию различных часто несъедобных веществ («извращенный вкус») вызвано не самой анемией, а тканевым дефицитом железа, недостатком железодефицитных ферментов в различных тканях, в том числе и в центральной нервной системе.

### **Лабораторные и инструментальные исследования**

Обязательные исследования:

- Анализ крови с определением цветового показателя, количества эритроцитов, ретикулоцитов, гематокрита. Микроскопия крови: микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз.
- Определение железа сыворотки крови.
- Проведение исследований для выявления причины ЖДА.

Перед назначением лечения необходимо выяснить этиологию заболевания (таб. 11.)



## Показания направлению к специалисту и к госпитализации

- Тяжелая анемия при Hb ниже 70 г/л.
- Анемическая кома и прекома.
- В случае если невозможно установить и/или устранить причину ЖДА.

## Лечение

Перед началом лечения следует подтвердить этиологию.

Таблица 11.

Усиливают всасывание железа	Тормозят всасывание железа
1. Аскорбиновая кислота (черная смородина, крыжовник, персики, киви, курага, изюм).	1. Фитаты растительных продуктов, образующие с железом нерастворимые комплексы (5-10 г фитатов в 2 раза уменьшают усвоение железа)
2. Органические кислоты (лимонная, яблочная, винная, янтарная, пировиноградная) Усвоение железа из хлеба, овощей усиливается при добавлении цитрусовых (Полезно пить за едой апельсиновый сок)	2. Растительные волокна, отруби медикаменты: тетрациклин
3. Животные белки (мясо и рыба)	3. Танины: не следует употреблять много крепкого чая; кофе комплексирование танинов с ионами железа уменьшает их всасывание на 50 %
4. Сорбит	4. Жиры (следует ограничить их до 70-80 грамм в сутки)
5. Алкоголь (темное пиво, белое сухое вино). Кумыс, бозо	5. Оксалаты и фосфаты
6. Мед темного цвета	6. Соли кальция, молоко, яйца

Характеристика особенностей гемового и негемового железа Таблица 12.

	Гемовое железо (соединено с белком)	Негемовое железо (ионизированное)
1. Доля в обычном пищевом рационе	10-15 %	85-90 %
2. Содержание в мясных продуктах	40 %	60 %



3. Содержание в растительных продуктах	Отсутствует	100 %
4. Всасываемость в ЖКТ	До 20-30 %	3-5 %
5. Зависимость усвоения от контролирующего влияния слизистой кишечника	Меньше	Больше
6. Взаимное влияние на усвоение железа	Усиливает всасывание негемового железа	Не влияет на всасывание гемового железа.

- Устранение причин, вызывающих анемию.
- Разнообразное питание: говяжье мясо, телятина, куры, печень, рыба (таб. 12).

Лучше всего всасывается железо из телятины и из рыбы. Для нормального кроветворения необходимо получать с пищей, кроме железа, также другие микроэлементы (медь, марганец, цинк, кобальт). Целесообразен прием кумыса до 1,5 л/сут. за 1 час до еды. В норме каждый человек должен получать по крайней мере 70-80 гр мяса или 100 гр рыбы ежедневно, особенно беременные, кормящие и дети. Иногда мясо и рыба недоступны. В этом случае необходимо есть как можно больше бобовых (фасоль, горох, маш), риса, овощей, фруктов, зелени, кислого молока и квашеной капусты. Зимой необходимо консервировать фрукты и овощи. При консервировании добавлять как можно меньше сахара, соли и растительного масла. Термическая обработка снижает количество витамина С, поэтому лучше есть фрукты и овощи в сыром виде.

Для того, чтобы повысить всасываемость железа, необходимо употреблять основное блюдо вместе с овощами, салатами или зеленью. Фрукты едят на десерт после основного блюда, а не в качестве перекуса между приемами пищи. Нужно добавлять айран, катык, сузьмо в пищу. Катык, сузьмо, квашеная капуста помогают нашему организму лучше всасывать железо из бобовых, джугоры, хлеба, макаронных изделий, круп и яиц. Обычное неферментированное молоко не ускоряет всасывание железа, наоборот, замедляет. Чай снижает количество усваиваемого организмом железа. Чистая кипяченая вода, компоты, соки являются хорошими заменителями чая.

#### **Медикаментозное лечение длительно в достаточной дозе**

1. Купирование анемии: назначение препаратов железа в максимальной дозе (150-200 мг элементарного железа в сутки) до нормализации уровня гемоглобина в течение 6-8 недель.
2. Восполнение запасов железа (терапия насыщения): лечебную дозу снижают в 2-3 раза и продолжают прием в течение 3 месяцев, а в тяжелых случаях - до 4-6 месяцев.



3. Противорецидивная терапия: назначение короткими курсами по 7-10 дней – ежемесячно (после менструаций и небольших кровотечений из желудочно-кишечного тракта).

Ежедневная доза перорально принимаемого препарата составляет 180 мг двухвалентного железа или не менее 100 мг чистого железа. Так как в норме из желудочно-кишечного тракта всасывается только 10%, а при анемиях — до 25% железа, то следует назначать около 2 мг/кг массы тела, что составляет у взрослых 100-200 мг Fe (II) в сутки. Более высокие дозы бессмысленны (так как всасывание железа ограничено физиологическими механизмами) и только усиливают побочные эффекты. Различные препараты содержат разное количество железа, способность которого к усвоению неодинакова: 12-16% — у железа сульфата, 7-9% — у железа лактата, 5-6% — у железа хлорида, 14-16% — у железа фумарата, 20-22% — у железа глюконата.

Тормозят всасывание железа: ципрофлоксацин, эноксацин, грепафлоксацин, леводопа, левофлоксацин, ломефлоксацин, метилдопа, норфлоксацин, пеницилламин, спарфлоксацин, тетрациклин, тровафлоксацин.

### **Главные рекомендации в лечении ЖДА**

- возместить дефицит железа только с помощью диетотерапии без препаратов железа невозможно;
- терапия ЖДА должна проводиться преимущественно пероральными препаратами железа (Железа из лекарственных препаратов может всосаться в 15-20 раз больше, чем из пищи);
- терапия ЖДА не должна прекращаться после нормализации уровня гемоглобина;
- гемотрансфузии при ЖДА должны проводиться только по жизненным показаниям.

### **При эффективности лечения**

- к 6-7 дню уменьшается мышечная слабость в результате активации дыхательных ферментов (обусловлено тем, что железо входит в состав ферментов, участвующих в сокращении миофибрилл);
- на 7-12 день должно повыситься количество ретикулоцитов в результате усиления костномозговой продукции (на 30-40%);
- нарастание уровня ретикулоцитов в среднем через 1,5–2 месяца;
- прирост гемоглобина (2-3неделя); нормализация на 5-6 неделе (Повышение гемоглобина может быть постепенным, либо скачкообразным);
- нормализация запасов железа (ферритина) в органах депо через 3-6 месяцев.

Клиническое улучшение наступает через 1-2-3 месяца. В течение двух часов после приема препаратов железа не рекомендуется пить кофе, чай или молоко; не есть хлеб из цельных зерен или хлопьев, яйца или молочные



продукты. Не использовать антациды, содержащие карбонат кальция или препараты кальция. Контроль лечения необходимо проводить не реже 1 раза в 10 дней: общий осмотр, определение эритроцитов, гемоглобина.

### **Признаки передозировки**

Первые признаки передозировки препаратов железа: диарея, тошнота или рвота, острая боль в желудке или спазмы. Более поздние признаки передозировки: посиневшие губы, ногти и ладони, сонливость, бледная, липкая кожа, необычная усталость, слабый пульс, тахикардия. Острые отравления пероральными препаратами железа у взрослых наблюдаются крайне редко. Однако, так как многие препараты железа имеют привлекательную форму, возможно развитие тяжелых отравлений у детей при случайном приеме большого количества препарата. Прием более чем 2 г смертелен, при приеме меньше 1 г (сульфат железа) в течение от одного до нескольких часов развивается геморрагический гастроэнтерит, некроз с тошнотой, кровавой рвотой, кровавым поносом и сосудистым шоком. Смерть может наступить через 8-12 часов после приема. После отравления часто остаются острые рубцы в области желудка (пилоростеноз) и значительные повреждения печени.

Лечение включает вызывание рвоты, прием молока и яиц для образования железобелкового комплекса, промывание желудка 1% раствором  $\text{NaHCO}_3$  для образования труднорастворимого карбоната железа. В дальнейшем дают дефероксамин 5-10 г в 100 мл физиологического раствора через желудочный зонд, а также 0,5-1 г внутримышечно или, если пациент в шоке, 15 мг/кг/ч в виде длительной инфузии в течение 3 дней.

Дефероксамин — слабое основание, обладающее высокой избирательностью к железу и образующее с ним хелатные соединения, которые не всасываются в кишечнике и легко удаляются из крови через почки.

### **Сахарный диабет и беременность**

Сахарный диабет — это хроническое прогрессирующее аутоиммунное заболевание, предрасположенность к которому обусловлена частично генетически. Явная клиническая форма сахарного диабета встречается приблизительно в 10% всех случаев диабета при беременности. Остальные 90% случаев диабета при беременности или 4% по отношению ко всем беременным приходятся на долю гестационного сахарного диабета (Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3<sup>rd</sup> edition, 2000).

Изменения углеводного обмена при беременности (понижение толерантности к глюкозе, снижение чувствительности к инсулину, усиленный распад инсулина и увеличение свободных жирных кислот) расцениваются как сходные с изменениями при сахарном диабете, поэтому беременность рассматривается как диабетогенный фактор.



Диабетогенные свойства беременности способствуют развитию у женщин преходящего нарушения толерантности к глюкозе – гестационного диабета («диабета беременных»). Диагноз «диабета беременных» основывается на отклонении от нормы теста на толерантность к глюкозе. Он развивается у 12% беременных женщин. У 25-50% женщин с гестационным диабетом со временем развивается истинный сахарный диабет II типа.

### **Клиника гестационного диабета**

Гестационный диабет часто протекает бессимптомно или симптомы выражены слабо и не вызывают тревоги у беременной. Иногда могут быть жалобы на полиурию, жажду, повышенный аппетит, но это чаще бывает при нелеченном клинически явном диабете, предшествующем беременности.

Данные общего осмотра при компенсированном гестационном диабете не отличаются от нормы. Исключением могут быть беременные с ожирением, с гипертензией, у которых может выявляться глюкозурия, бактериурия.

При УЗИ при некомпенсированном гестационном сахарном диабете могут быть выявлены макросомия плода, многоводие и "толстая плацента" (толщина плаценты более 4 см).

Наилучшим диагностическим тестом в настоящее время, вероятно, является тест с сахарной нагрузкой, оптимально – в комбинации с определением глюкозы в плазме крови натощак. Польза от скрининга на содержание глюкозы в крови в процессе беременности не установлена, поэтому тестирование на толерантность к глюкозе всех беременных представляется нецелесообразным и ограничивается проведение этого теста в группах риска (Walkinshaw SA. Very tight versus tight control for diabetes in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 1999. Oxford: Update Software. What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005).

Существуют следующие показания к проведению **теста на толерантность к глюкозе**:

- Ожирение (ИМТ>25);
- Крупный плод или многоводие;
- Мертворождение в анамнезе;
- Врожденные уродства плода в анамнезе;
- Отягощенная наследственность (сахарный диабет у близких родственников);
- Положительный тест на толерантность к глюкозе в анамнезе;
- Рецидивирующий грибковый вагинит;
- Возраст более 35 лет.

Нормальным уровнем глюкозы в сыворотке крови считается показатель менее чем 8 ммоль/л в случайном анализе и менее чем 6 ммоль/л натощак. При



исследовании с нагрузкой глюкозы (75 г сахара утром), уровень глюкозы свыше 11 ммоль/л через 2 часа после глюкозной нагрузки принято считать признаком диабета, а уровни между 8 и 11 ммоль/л относят к понятию толерантности к глюкозе. При беременности уровень глюкозы в крови: 3,3-5,5 ммоль/л, через 1 час после еды 6,7-7,8 ммоль/л.

Женщина должна получить информацию о том, что развитие беременности в позднем возрасте может сопровождаться ухудшением прогноза в отношении исходов беременности. Возможен риск многоводия, который снижается при тщательной компенсации уровня сахара в крови.

Даже при тщательной компенсации уровня глюкозы с использованием современных методик макросомия плода - рождение крупных детей (более 4000 г) - остается частым осложнением при сахарном диабете у матери. Другим осложнением является задержка развития плода. При наличии гипертензии, нефропатии или сосудистых нарушениях частота задержки развития плода существенно повышается. Высок риск в отношении антенатальной гибели плода. Часть детей от матерей с гестационным диабетом имеет органомегалию, характеризующуюся увеличением почек и поджелудочной железы, множественные пороки развития (в 7-8 раз чаще), синдром дыхательных расстройств у новорожденного. С целью снижения вероятности аномалий развития (дефекты невральнoй трубки) рекомендуется назначение фолиевой кислоты в дозе не менее 0,8 мг/сутки (при анамнезе порока развития плода - 4 мг/сутки) в первом триместре (Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd edition, 2000). Когортные исследования позволяют считать, что жесткая компенсация уровня глюкозы при диабете непосредственно перед зачатием может существенно уменьшить число возможных осложнений беременности.

Также следует запомнить: не существует никаких доказательств отрицательного влияния заболевания матери на отдаленные последствия физического или интеллектуального развития потомства. Риск юношеского диабета у детей от матерей с диабетом не превышает 2%.

Ранее считалось, что беременность ухудшает течение сахарного диабета и ускоряет развитие его осложнений. Позднее было установлено, что риск осложнений зависит в первую очередь от длительности, тяжести и степени компенсации сахарного диабета. Благодаря интенсивной инсулинотерапии частота осложнений этого заболевания у беременных снизилась и практически не отличаются от таковой у небеременных.

Однако, при наличии коронарной болезни сердца и других сосудистых осложнений сахарного диабета советуют воздержаться от беременности. Относительным противопоказанием считают лабильное течение сахарного диабета.



## **Ведение беременности у пациенток с сахарным диабетом**

До достижения стойкой компенсации сахарного диабета рекомендуют воздержаться от беременности. Сахарный диабет считают компенсированным, если уровень глюкозы натощак составляет 3,3 -5,5 ммоль/л, через 1 час после приема пищи – не выше 7,8 ммоль/л, а через 2 часа после приема пищи – не выше 6,7 ммоль/л.

Беременную женщину наблюдают совместно с профильными специалистами.

При сборе анамнеза и физикальном исследовании обращают внимание на признаки артериальной гипертензии, диабетической нейро- и ретинопатии. Определяют точный срок беременности при помощи УЗИ. Ведение беременности такое же, как и у беременных женщин без сахарного диабета. Однако несколько раз в день беременная должна проводить контроль уровня сахара. Необходим контроль кетоацидоза, контроль функции почек и обследование состояния глазного дна 1 раз в триместр. В 18-20 недель проводится детальное УЗИ, предпочтительно с экспертной эхокардиографией плода. По показаниям проводят медико-генетическое консультирование.

Пациентке советуют придерживаться диеты и соблюдать определенный режим физической активности. Предупреждают о возможности гибели плода, недоношенности и макросомии. Последняя нередко служит показанием к кесареву сечению, поскольку может сопровождаться родовой травмой и затрудненным рождением плечевого пояса плода. Отмечают, что у новорожденных, матери которых страдают сахарным диабетом, чаще наблюдаются болезнь гиалиновых мембран, гипогликемия, гипербилирубинемия, гипокальциемия, эритроцитоз. Также предупреждают о высокой вероятности многоводия.

Пероральные сахаропонижающие средства могут оказывать тератогенное действие, во время беременности их заменяют инсулином.

Очень важно обучение беременной самостоятельному контролю уровня глюкозы в крови и подбору дозы инсулина, соблюдение диеты, определение уровня физической активности, а также профилактика физических и эмоциональных нагрузок. На случай возникновения заболеваний и осложнений беременной даются специальные инструкции.

**Диета.** Калорийность суточного рациона определяют из расчета 30-35 ккал/кг идеального веса. В среднем она составляет 1800-2400 ккал. 40-45% калорийности рациона должно приходиться на углеводы, 20-30% - на белки и 30% - на жиры. Исключают легкоусвояемые углеводы. Пищу принимают 5-6 раз в день с интервалами в 2-3 часа. Калорийность диеты и содержание в ней углеводов устанавливают в зависимости от содержания кетоновых тел в моче, полученной натощак. Состав диеты и внесенные изменения рекомендуют ежедневно записывать в специальный дневник.



**Физическая нагрузка** может отражаться по-разному на течение заболевания. Умеренная ежедневная нагрузка способствует снижению уровня глюкозы плазмы и потребности в инсулине. Любые резкие физические нагрузки могут привести к декомпенсации сахарного диабета.

**Инсулинотерапия.** Цель инсулинотерапии - максимально приблизить обмен глюкозы к нормальному, не допуская гипергликемии.

На протяжении беременности потребность в инсулине меняется. В первой половине беременности повышается чувствительность к инсулину. Клинически это проявляется уменьшением потребности в инсулине приблизительно на 50% по сравнению с таковой вне беременности. Во второй половине беременности под влиянием гормонов плаценты, напротив, развивается инсулинорезистентность, что клинически проявляется увеличением потребности в инсулине, примерно до 50% по сравнению с таковой до беременности. В связи с этим при лечении беременных, необходимо постоянно подбирать дозу инсулина. Кроме того, заметные изменения уровня глюкозы плазмы обычно появляются лишь после 24-30 недель беременности.

Расчет дозы инсулина:

1. С целью профилактики аллергических реакций больных, получавших свиной или бычий инсулин переводят на человеческий инсулин.
2. Начальную дозу рассчитывают с учетом веса и срока беременности.  
В I триместре - 0,6 ед /кг веса, во втором триместре 0,7 ед /кг и в III триместре - 0,8 ед /кг. Женщинам с низким весом доза должна быть равна 0,4 0,5 и 0,6 ед /кг.
3. Обычно 2/3 общей суточной дозы инсулина вводят перед завтраком, 1/3 перед ужином. Примерно 1/3 утренней дозы приходится на инсулин короткого действия, 2/3 - на инсулин средней длительности действия. В состав второй инъекции инсулина, перед ужином, препараты обеих групп входят в равном количестве. Во избежание ночной гипогликемии вечернюю дозу инсулина средней длительности действия рекомендуют вводить за 30 минут до легкой закусочки перед сном.

Плановые преждевременные роды (до 37 недель беременности) не приводят к улучшению показателей перинатальной смертности. Плановое кесарево сечение должно проводиться только по строгим акушерским показаниям (как и в популяции). При вагинальных родах особое внимание должно уделяться ведению второго периода родов (высока вероятность дистоции плечиков и повреждения плечевого сплетения у плода вследствие его макросомии).



## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА

Цель антенатального ухода, частью которого является оценка состояния плода, помочь женщине сохранить свое здоровье и здоровье плода. В течение последних 30 лет предложено множество различных тестов для определения оценки состояния плода. В основе клинической значимости антенатального мониторинга лежат два главных утверждения. Первое, с помощью этих методов можно выявлять или прогнозировать угрожающие состояния у плода. И второе, при правильной интерпретации получаемых данных и адекватных последующих действиях можно снизить частоту или тяжесть осложнений в перинатальном периоде или предотвратить ненужные вмешательства. Оценка развития плода необходима для своевременного вмешательства относительно оптимального времени родоразрешения, т.к. рост плода отражает нормальное развитие плода

При подозрении на нарушение задержки развития плода надо определить, имеет ли место:

- Малый к сроку гестации плод (МСГП), так называемый «маловесный ребенок»
- Истинная задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР)

Понятие «маловесный ребенок» появилось в медицинской литературе в 1919 году, когда было высказано предположение, что все новорожденные дети с весом при рождении менее 2500 граммов, должны классифицироваться как «недоношенные». Тем не менее, только в 1961 году ВОЗ признала, что многие дети, которые классифицировались как недоношенные, просто имели низкий вес при рождении, а не родились ранее положенного срока. Согласно современным критериям ВОЗ, низкий вес при рождении – вес менее 2,500 г или ниже 10 перцентили для гестационного возраста.

Малый к сроку гестации плод не имеет положенного для данного срока беременности веса или размера. Приблизительно одна четверть младенцев с показателями ниже 10 перцентили, имеет нормальный вес при рождении относительно материнского веса, отцовского фенотипа, места жительства, расовой принадлежности и др. Из всех плодов с показателями ниже 10 перцентили:

- 40% имеют высокий риск перинатальной смертности;
- в 40% случаев являются конституционально маленькими;
- 20% маленьких к сроку гестации плодов имеют хромосомную или экологическую патологию.

Понятие «низкий вес при рождении» объединяет два патологических и одно нормальное состояние. Нормальное состояние - здоровый, но маленький по конституции плод. Патологическими состояниями считаются рождение недоношенного плода и задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР).



**Задержка внутриутробного развития плода** - это патологическое состояние, обусловленное многочисленными факторами и характеризуемое комплексом симптомов нарушения роста и развития плода в зависимости от сроков беременности, в которых эти факторы проявили свое действие.

Термин «задержка внутриутробного развития плода» должен применяться только к тому плоду, у которого имеются определенные доказательства нарушения динамики его развития. Плод, относительная масса которого за определенный промежуток времени в динамике беременности, отраженной на гравидограмме, отклоняется от 90 до 30 перцентили, находится в большой опасности.

ЗВУР плода почти всегда обусловлена маточно-плацентарной (фето-плацентарной) недостаточностью. Надо помнить, что клинически нарушение кровотока плода проявляется только после поражения 60% сосудов плацентарной площадки. Также следует помнить, что термин «ЗВУР» не является синонимом термина «дистресс плода». То есть, бывает ЗВУР без дистресса плода, а также дистресс плода может протекать без ЗВУР.

#### **Причины ЗВУР со стороны плода:**

- Неправильное определение срока беременности;
- Конституционально маленький размер (80-85%);
- Генетические\хромосомные дефекты плода (менее 5 %);
- Внутриутробные инфекции (токсоплазма, вирус краснухи, ЦМВ, ВПГ и др.) (менее 5 %);
- Неадекватное снабжение плода питательными веществами и\или кислородом через маточно-плацентарную систему.

#### **Причины ЗВУР со стороны матери:**

- Экстрагенитальные заболевания (гипертоническая болезнь, заболевания легких, сердца, почек, сахарный диабет и др.);
- Преэклампсия, эклампсия;
- Воздействие экологических факторов;
- Хронические и внутриутробные инфекции;
- Воздействие профессиональных и производственных факторов;
- Многоплодие;
- Патология матки (например, миома);
- Состояние питания матери;
- Кровотечение в течении беременности;
- Предыдущие роды с малым весом.

#### **Плацентарные причины:**

- Дефекты, связанные с плацентой и пуповиной, которые ограничивают кровоснабжение плода;
- Структурные аномалии и пороки развития плаценты.



### **К внешним факторам относятся:**

- Курение, прием алкоголя, наркотиков, лекарственных препаратов - «каждая таблетка - кусочек яда»;
- Проживание в высотной области (выше 3000 м над уровнем моря).

### **Наследственные факторы:**

- Генные и хромосомные нарушения.

**Клинически ЗВУР** проявляется задержкой роста и нарушениями сердечной деятельности.

Различают **раннее начало** ЗВУР (до 30 недель) – обычно «симметричный» тип (малые размеры окружности головы и живота\печени), который возникает чаще при генетических или инфекционных причинах.

**Позднее начало** (после 30 недель) характеризуется обычно «асимметричным» типом (относительно большее отставание окружности живота по сравнению с окружностью головы), который встречается чаще при нарушении маточно-плацентарной функции.

### **Диагностика**

В антенатальном уходе используется простой и недорогой метод, который предполагает **измерение высоты стояния дна матки и регистрация изменений** на гравидограмме. Этот метод позволяет диагностировать маленький или большой размер плода для соответствующего гестационного возраста, и может использоваться в качестве скринингового теста для проведения дальнейших исследований. Первый результат измерения ВДМ значительно ниже 10-го перцентиля обозначает необходимость дополнительного посещения через 2 недели для оценки темпа роста плода. Если имеет место задержка роста (отклонение от кривой линии), или ВДМ значительно ниже 10-го перцентиля, необходимо провести УЗИ плода. Результативность лучше при определении показателей в динамике и использовании адаптированных кривых роста (при помощи компьютерной программы в некоторых странах кривые роста плода составляют индивидуально для каждой беременной женщины).

### **Ультразвуковая биометрия плода**

УЗИ плода как метод диагностики неэффективен в качестве рутинного скринингового метода, но полезен как дополнительный скрининг. Ультразвуковое исследование – это один из методов диагностики ЗВУР. Во время этого исследования оценивается ряд показателей. Эти показатели включают: предполагаемую массу плода, окружность головы, окружности живота. Наиболее ценный показатель – это предполагаемая масса плода. Она базируется на измерении окружности головы, окружности живота и длины бедра.

Измерение окружности живота и предполагаемая масса плода – наиболее достоверные диагностические показатели для определения ЗВУР. Чувствительность – 72,9-94,5 и специфичность – 50,6 -83,8% в группах высокого риска.



**Биофизические тесты**, включая измерение объема амниотической жидкости, доплерометрия, кардиотокография и биофизический профиль, мало эффективны для диагностики МГВП/ЗВУР. Определение **индекса амниотической жидкости** (измерение общей высоты жидкости в 4-х квадрантах) имеется большая связь между маловодием (индекс амниотической жидкости менее 5 см) и явно повышенным риском перинатальной смертности.

#### **Кардиотокограмма плода (КТГ).**

Рутинное проведение дородовой кардиотокографии (КТГ) для оценки состояния плода не улучшает перинатальные исходы. Нужно использовать только в случае подозрений на ухудшение состояния плода, чтобы успокоить мать и дать медицинским работникам возможность объективно оценить состояние плода.

#### **Допплерометрия плода.**

Допплерометрию скорости кровотока в пупочной артерии не следует использовать как скрининговый метод для всех беременных женщин. В настоящее время доплерометрия кровотока пупочной артерии является эффективной при беременностях, осложненных задержкой внутриутробного развития плода или сопровождающихся гипертензией/преэклампсией.

**Биофизический профиль плода (БПП)** - оцениваемый в баллах тест, проводимый в течении 30 минут. Он оценивает поведение плода, путем мониторинга движений тела, дыхательных движений, тонуса матки и объема амниотической жидкости, а также наличия акселерации на КТГ. Приемлем в случаях высокого риска.

При обнаружении ЗВУР дальнейшие действия семейного врача заключаются в перенаправлении беременной женщины на более высокий уровень родовспоможения.

#### **Тактика:**

- Эффективного и безопасного лечения не существует!
- При угрожающих признаках, выявленных на КТГ или при доплерометрии, показано срочное родоразрешение.
- Тщательное наблюдение.
- Задержка развития плода на 2 недели является показанием к родоразрешению.

#### **Существует ли профилактика ЗВУР.**

Предлагалось много методов для предотвращения ЗВУР, фетоплацентарной недостаточности.

#### **Постельный режим.**

К настоящему времени нет достоверных доказательств того, что постельный режим или госпитализация способствуют повышению темпа развития плода, но число исследований пока слишком мало, чтобы исключить



такую возможность с достаточной степенью уверенности. Постельный режим может увеличить опасность тромбозов.

### **Абдоминальная компрессия.**

Периодическая кратковременная декомпрессия абдоминальной области может привести к повышению интенсивности маточно-плацентарного кровотока. Абдоминальная декомпрессия достигается при наложении на живот большого надувного матерчатого или пластикового пояса, из которого может отсасываться воздух, создавая при этом парциальный вакуум, степень которого контролировалась пациенткой. Метод заключается в создании вокруг области живота раздражения до значений 50-100 мм ртутного столба длительностью 15-30 секунд в течение каждой минуты на протяжении 30 минут от одного до трех раз в день или постоянно в течении родов. Предполагалось, что это способствует току крови через межворсинчатое пространство. Физиологические данные предполагают, что этот способ может уменьшить внутриматочное давление, повысить маточно-плацентарный кровоток и двигательную активность плода, а также увеличить частоту сердечных сокращений плода и их вариабельность.

Абдоминальная декомпрессия приводила к существенному уменьшению случаев низкой массы тела новорожденного и к повышению средней массы тела (2800г против 2296г) в двух из трех проведенных клинических исследований.

### **Бета-миметики.**

В небольших клинических исследованиях, предпринятых для выявления действия бета-миметиков при подозрении на нарушение развития плода, не получено убедительных данных, определяющих их клинических эффект.

### **Оксигенотерапия матери.**

Доступные к настоящему времени биохимические исследования дают основание считать, что оксигенотерапия матери при подозрении на нарушение развития плода может иметь как положительное, так и отрицательное влияние. Эффективность оксигенотерапии требует проверки в надежно контролируемых клинических исследованиях, прежде чем могут быть выработаны дальнейшие рекомендации.

### **Гормональная терапия.**

Нет доказательств в поддержку использования гормональных средств при подозрении на нарушения плода.

### **Блокаторы кальциевых каналов.**

Единственное контролируемое клиническое испытание по изучению воздействие блокаторов кальциевых каналов при подозрении на нарушение развития плода показало, что средняя масса тела новорожденных выше у матерей, получавших лечение этими препаратами, по сравнению с теми, кто получал плацебо. Отмечалось также статистически незначимая тенденция к снижению перинатальной смертности.



Данные этого исследования не позволяют пока рекомендовать использование блокаторов кальциевых каналов во время беременности при повышенном риске нарушений развития плода.

**Белково-энергетические пищевые добавки.**

На основании доступных данных в настоящее время нет доказательств для назначения беременным женщинам диеты с высоким содержанием белков и белково-энергетически сбалансированных пищевых добавок. Такие добавки не только не приносят пользы, но и могут принести вред.

Таким образом, эффективного метода профилактики и лечения данной патологии в настоящее время не существует.



## **КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Это одна из наиболее частых причин госпитализации. Кровотечение во время беременности может возникать вследствие многих причин, некоторые представляют серьезную опасность. Причинами дородового кровотечения могут быть:

- кровотечение неясной этиологии в ранних сроках беременности,
- самопроизвольный аборт/выкидыш (угрожающий или начавшийся) (обычно до 12 недель беременности);
- кровотечение после медицинского аборта,
- попытка криминального прерывания беременности (возможна в любом сроке беременности, но чаще всего в раннем),
- предлежание или низкое прикрепление плаценты (чаще всего в третьем триместре беременности),
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (чаще всего в третьем триместре беременности),
- кровотечение после травмы или ушиба,
- не акушерские причины, такие как эрозия шейки матки, полипы, рак шейки матки и др.

Наибольшую опасность представляют кровотечения в поздних сроках беременности (при предлежании плаценты или преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты).

### **Самопроизвольный аборт**

Самопроизвольный аборт – самопроизвольное прерывание беременности, которое заканчивается рождением незрелого, нежизнеспособного плода в сроках до 22 недель беременности, либо рождением плода весом до 500 г. Частота самопроизвольного аборта составляет 15-20% среди всех диагностированных беременностей.

### **Классификация.**

1 По стадии различают:

- Угрожающий аборт
- Начавшийся аборт
- Аборт в ходу
- Неполный аборт –
- Полный аборт –
- Несостоявшийся аборт («замершая беременность») – задержка в полости матки нежизнеспособного плодного яйца на срок 3 недели и более;
- Инфицированный аборт – сопровождается признаками инфицирования;
- Привычный аборт – эпизоды самопроизвольного аборта 2 и более раз.

2. По времени различают:



- Ранний самопроизвольный аборт – в сроке до 12 недель беременности;
- Поздний самопроизвольный аборт – в сроке 13-22 недели беременности.

**К факторам риска** на самопроизвольный аборт относятся:

Нарушение функции и патологии яичников, коры надпочечников, воспалительные заболевания половых органов, опухоли половых органов, предшествующие искусственные аборты, резус-конфликт, хромосомные аномалии, аномалии развития и опухоли женских половых органов, экстрагенитальные заболевания, социальные факторы (тяжелый физический труд, профессиональные вредности и др.).

### **Клиника**

#### **Угрожающий аборт:**

- появление болевого синдрома различной интенсивности, возможны умеренные кровянистые выделения из половых путей - легкое кровотечение (> 5 мин уходит на то, чтобы пропиталась чистая подкладная или белье);
- структурных изменений шейки матки нет (шейка матки закрыта);
- размер матки соответствует сроку беременности;
- матка мягче нормы.

#### **Начавшийся аборт:**

- болевой синдром;
- возможны умеренные кровянистые выделения из половых путей;
- сопровождается структурными изменениями шейки матки.

#### **Аборт в ходу:**

- схваткообразные боли внизу живота;
- выраженные кровянистые выделения из половых путей (< 5 мин уходит на то, чтобы пропиталась чистая подкладная или белье);
- шейка матки раскрыта;
- матка соответствует сроку беременности, болезненна;
- нет выделений фрагментов зародыша.

#### **Неполный аборт:**

- частичный выход элементов плодного яйца из полости матки.

#### **Полный аборт:**

- полный выход плодного яйца из полости матки;
- легкое кровотечение;
- шейка матки закрыта;
- матка меньше нормы, соответствующей предполагаемому сроку;
- матка мягче нормы.

#### **Тактика.**



### **Угрожающий аборт:**

- В медикаментозном лечении обычно необходимости нет.
- Посоветуйте женщине воздержаться от требующей усилий активности и половых сношений, но в постельном режиме нет необходимости.
- Если кровотечение остановилось, продолжайте наблюдение амбулаторно. Если кровотечение повторилось, переоцените состояние женщины.
- Если кровотечение продолжается, оцените жизнеспособность плода или возможность внематочной беременности.

### **Аборт в ходу, неполный/полный аборт:**

- Госпитализация в стационар
- Эвакуация содержимого матки
- Возмещение кровопотери (при необходимости).

### **Кровотечение при предлежании плаценты или низком ее расположении.**

Предлежание плаценты – состояние, при котором плацента, расположенная в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывает маточный зев. Такое положение приводит к ее непрочному прикреплению к матке и разрыву плацентарных сосудов.

### **Классификация.**

- Частичное предлежание плаценты (плацента прикрывает лишь часть внутреннего зева, и рядом с плацентарной тканью определяют плодные оболочки).
- Полное предлежание (при влагалищном исследовании во внутреннем зеве определяют только плацентарную ткань).
- Шеечное предлежание плаценты (плацента развивается в перешейке и шейке матки), встречается редко.

### **Клиника.**

- Кровотечение, спонтанное, внезапно появившееся, обычно не связанное с травмой (хотя половой акт может иногда спровоцировать кровотечение). Возникает во второй половине беременности, часто повторяется. Кровотечение может быть обильным, но чаще незначительным, обычно безболезненным, в особенности в последние несколько недель беременности.
- Высокое стояние предлежащей части плода, косые или поперечные положения, тазовое предлежание плода.
- Быстро возникающая анемия.

### **Исследование.**

По возможности провести ультразвуковое исследование матки для уточнения расположения плаценты. Осторожно осмотреть шейку матки с помощью зеркал (не проводить исследование пальцем или инструментом) для исключения не акушерской причины кровотечения.

**Ни в коем случае не производить влагалищное исследование без развернутой операционной.**



### **Клиническая тактика.**

Немедленная госпитализация в родильный дом.

### **Кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты**

Преждевременной называют отслойку нормально расположенной плаценты в тех случаях, когда это происходит до рождения плода – во время беременности или родов (в первом периоде). В этом случае плацента частично или полностью отслаивается от стенки матки в месте ее прикрепления в результате травмы или повреждения, например, в результате падения или транспортной аварии. В некоторых случаях отслойка может быть обусловлена повышенным артериальным давлением у матери, некоторыми экстрагенитальными заболеваниями (нефрит, тиреотоксикоз и др.).

### **Классификация и клиника.**

- Легкая форма не дает никакой симптоматики и распознается только после родов. При осмотре материнской поверхности плаценты обнаруживают кратерообразное вдавление, заполненное темным сгустком крови.
- При отслойке плаценты средней тяжести появляются незначительные боли в животе, преимущественно с той стороны, где отслоилась плацента. Наружного кровотечения может не быть, это зависит от размеров ретроплацентарной гематомы и места отслоения плаценты. При отслойке значительной части плаценты резко страдает плод: наступает асфиксия, иногда внутриутробная гибель.
- При тяжелой форме возникает ряд тревожных симптомов: резкие боли внизу живота, слабость, головокружение, беспокойство, резкая бледность кожных покровов, учащение дыхания до 30 в минуту, тахикардия, гипотония. Матка напряжена, болезненна, ассиметричной формы, с выпячиванием одной стороны. Мелкие части плода и сердцебиение не определяются. Кровянистые выделения в умеренном количестве.

Отслойка плаценты может дополнительно вызвать серьезные нарушения в работе печени и почек и системе коагуляции.

### **Клиническая тактика.**

- Госпитализация и оказание неотложной помощи в лечебном учреждении соответствующего уровня.
- Если кровотечение значительное или у матери наблюдаются признаки шока (частый пульс, бледность, низкое артериальное давление), то ей незамедлительно, еще до транспортировки в ближайший родильный дом, необходимо начать внутривенное вливание солевых растворов.
- Все запачканное кровью белье или подкладные пеленки должны быть отправлены вместе с женщиной для точной оценки потери крови, так как действительная потеря крови часто недооценивается.



- Все женщины, у которых во время беременности возникает кровотечение, должны сопровождаться в стационар акушеркой, так как в дороге состояние женщины может ухудшиться.
- Чрезвычайно важно, чтобы все женщины и их семьи были бы проинформированы об опасности кровотечения во время беременности, и о том, как важно незамедлительно обратиться за квалифицированной помощью. В семьях должны быть обсуждены мероприятия по доставке женщины к медицинскому работнику в случае кровотечения во время беременности.
- В каждом регионе должна быть определена местная система (или протокол) для быстрой транспортировки беременной женщины в ближайшее медицинское учреждение более высокого уровня, где женщине будет предоставлена помощь. Эта система должна подвергаться периодическому пересмотру. Весь служебный персонал должен знать, на основании протокола, что ему следует делать и к кому обращаться в случае возникновения такой ситуации.

### **Выделения**

Иногда в позднем сроке беременности начавшиеся выделения (сгусток слизи с примесью крови) пугают женщину и ошибочно принимаются за кровотечение. Обычно такого рода выделения с примесью крови (слизистая пробка) - незначительные и часто вскоре после этого начинаются роды.

### **Послеродовые кровотечения (ПРК)**

Послеродовое кровотечение – чрезмерное кровотечение после родов, приводящее к развитию симптомов и признаков гиповолемии. Послеродовые кровотечения являются одной из трех наиболее часто встречающихся причин материнской смертности в Кыргызстане за последние 10 лет. Летальный исход, как правило, можно предотвратить посредством скорейшего обнаружения послеродового кровотечения и адекватного лечения.

Кровопотеря считается **патологической**, если она превышает 10 % от объема циркулирующей крови (ОЦК) или более 500 мл при родах через естественные родовые пути и более 1000 мл при операции кесарева сечения и сопровождается риском возникновения гемодинамических нарушений.

Послеродовые кровотечения встречаются приблизительно в 4-5% всех родов. К факторам риска относятся преэклампсия, послеродовое кровотечение в анамнезе, многоплодие, кесарево сечение в анамнезе, первые роды, затяжные роды, эпизиотомия и разрывы мягких тканей, индуцированные роды и др. В 20% случаев факторы риска не обнаруживаются.

Различают:

- раннее послеродовое кровотечение – все случаи кровотечений в течение 24 часов после родов;
- позднее послеродовое кровотечение – все случаи кровотечений, которые наблюдаются в интервале от 24 часов до 6 недель после родов.

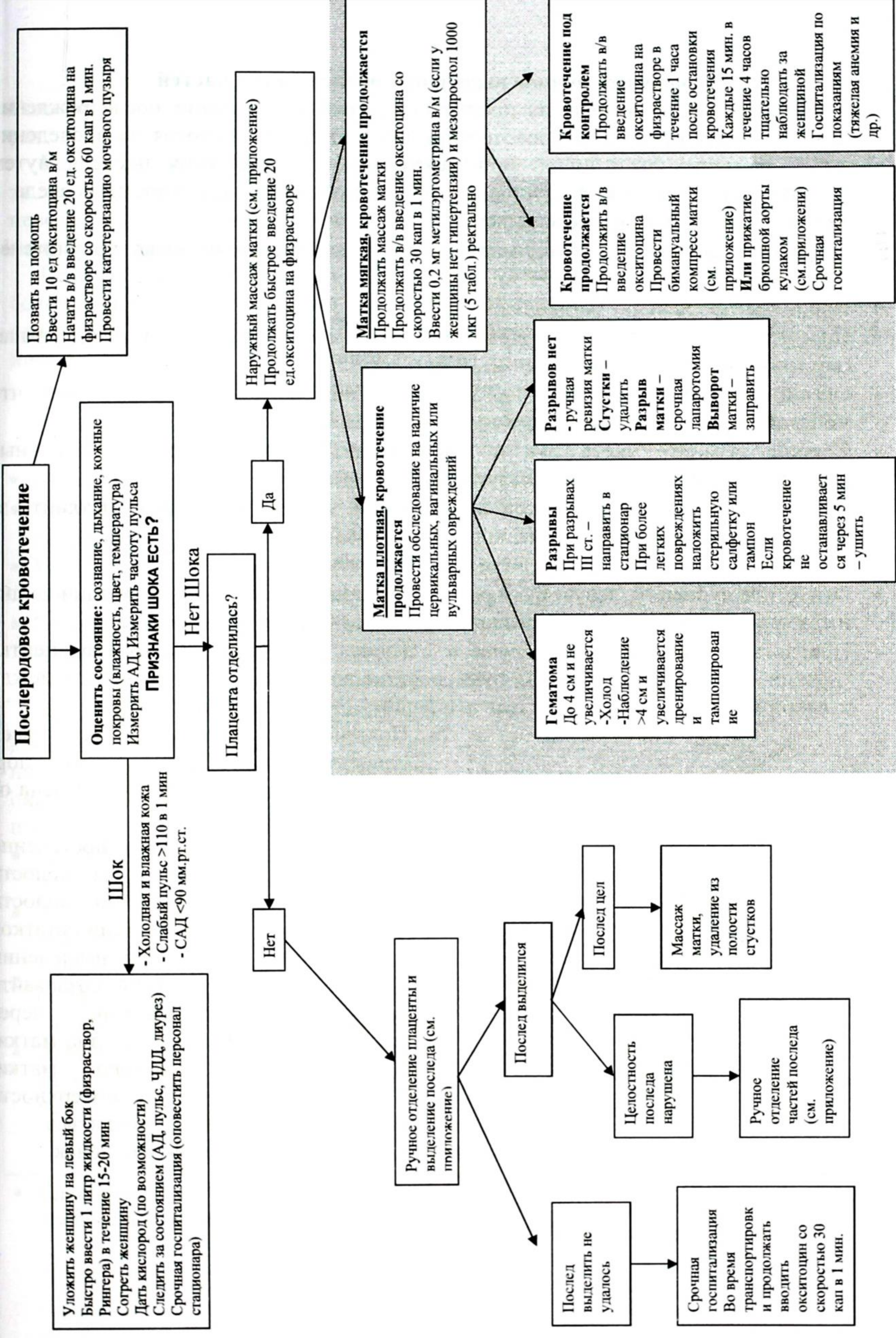


При наличии факторов риска необходимо решить вопрос о родоразрешении в учреждении, оснащённом для оказания помощи при ПРК. По данным рандомизированных контролируемых исследований, риск возникновения послеродового кровотечения снижается при использовании тактики активного ведения 3-го периода родов, особенно тяжелых кровотечений объемом более 1000 мл. Медицинские работники должны быть всегда готовы оказать помощь роженице при послеродовом кровотечении (см. алгоритм «Послеродовые кровотечения»).

Тактика при послеродовых кровотечениях:

- Вызов помощи;
- Оценка состояния пациентки;
- Стабилизация состояния или реанимирование женщины;
- Определение причины кровотечения;
- Остановка кровотечения;
- Предупреждение дальнейшего кровотечения.



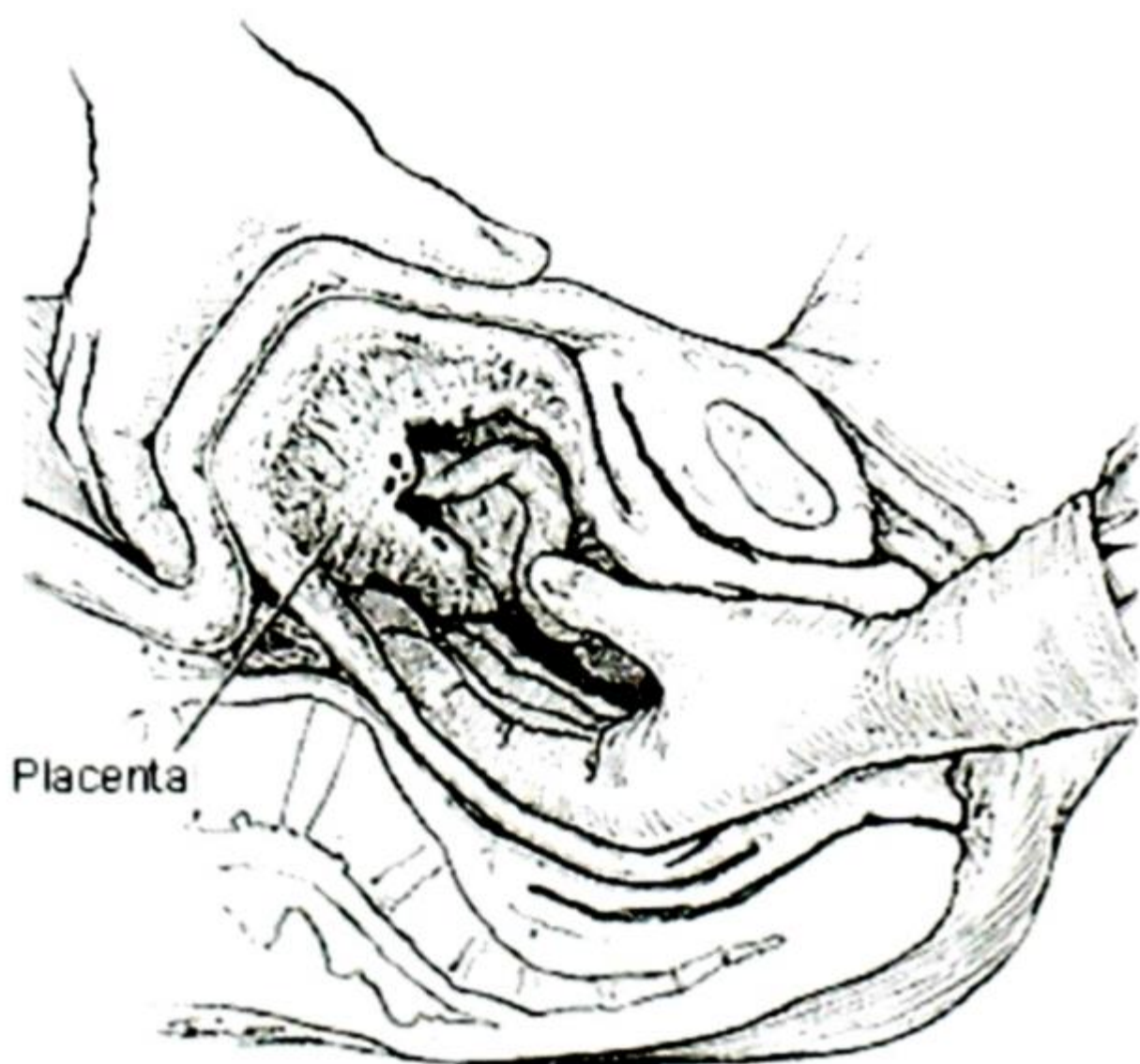




### Проведите ручное выделение последа и его частей

Если рождение последа не произошло в течение 30 минут после рождения ребенка или если профузное кровотечение продолжается, несмотря на проведение массажа, введение окситоцина, при невозможности выделения последа путем контролируемых тракций за пуповину, при нарушенной целостности последа в сочетании с профузным кровотечением:

- Объясните женщине необходимость ручного выделения последа, получите ее согласие.
- Продолжайте вливание жидкости.
- Переведите женщину в положение лежа на спине. Введите диазепам (внутривенно или внутримышечно 10 мг).
- Обмойте наружные половые органы и промежность. Убедитесь в том, что мочевого пузыря опорожнен. При необходимости катетеризируйте его.
- Хорошо вымойте кисти рук и предплечья, наденьте длинные стерильные перчатки (а также фартук или халат при их наличии).
- Держите пуповину левой рукой при помощи зажима. Осторожно потяните за пуповину, пока она не будет располагаться параллельно полу.
- Правую руку введите во влагалище и далее в матку.
- Отпустите пуповину, левую руку расположите на дне матки для фиксации ее дна и создания противоположного давления в момент извлечения последа.
- Продвигайте пальцы правой руки в сторону до достижения края плаценты. Сложив пальцы вместе, краем руки постепенно создайте пространство между стенкой матки и плацентой, отделите плаценту от места прикрепления.



- Постепенно пройдите по всей плацентарной площадке, до тех пор, пока вся плацента не будет отделена от стенки матки.
- Вместе с последом постепенно извлеките правую руку из полости матки. Проведите ревизию полости матки, убедитесь в отсутствии остатков плацентарной ткани. При извлечении правой руки, левой рукой создавайте противоположное давление через брюшную стенку в сторону дна матки. Это предотвратит выворот матки. Проверьте материнскую поверхность плаценты, чтобы убедиться в целостности всех долек и облочек.

Рис.12. Ручное выделение последа и его частей



Если отсутствует долька или фрагмент ткани, проведите ревизию полости матки еще раз.

Если роды произошли несколько часов или дней назад, или послед не родился из-за наличия кольца сокращения или закрытия шейки матки, вероятно, станет невозможно проникнуть рукой в полость матки. **НЕ УПОРСТВУЙТЕ. Срочно направьте женщину в стационар.**

Если плацента не отделяется от стенки матки при осторожном отделении ее боковой поверхностью ладони по линии прикрепления, подозревайте приращение плаценты. **НЕ УПОРСТВУЙТЕ** в попытках отделения плаценты. **Срочно направьте женщину в стационар.**

#### **Проведите массаж матки, удалите сгустки**

Если профузное послеродовое кровотечение продолжается после отделения плаценты, или матка плохо сократилась (мягкая):

- Расположите ладонь у дна матки, ощутите начало схватки.
- Круговыми движениями массируйте матку до тех пор, пока она хорошо не сократится.
- Расположите пальцы на сократившейся матке у дна, одним движением выдавите скопившиеся в полости сгустки.
- Соберите кровь в контейнер, расположенный у промежности. Измерьте или оцените кровопотерю, запишите.

#### **Проведите бимануальная компрессия матки**

Если профузное послеродовое кровотечение продолжается, несмотря на проведенный массаж матки, введение окситоцина/эргометрина и выделение последа:

- Наденьте стерильные или чистые перчатки.
- Введите правую руку во влагалище, сожмите ее в кулак, и расположите так, чтобы тыльная поверхность руки была обращена кзади, а фаланги пальцев находились в переднем своде.
- Левую руку расположите на животе за маткой, произведите сдавливание матки между двумя руками.

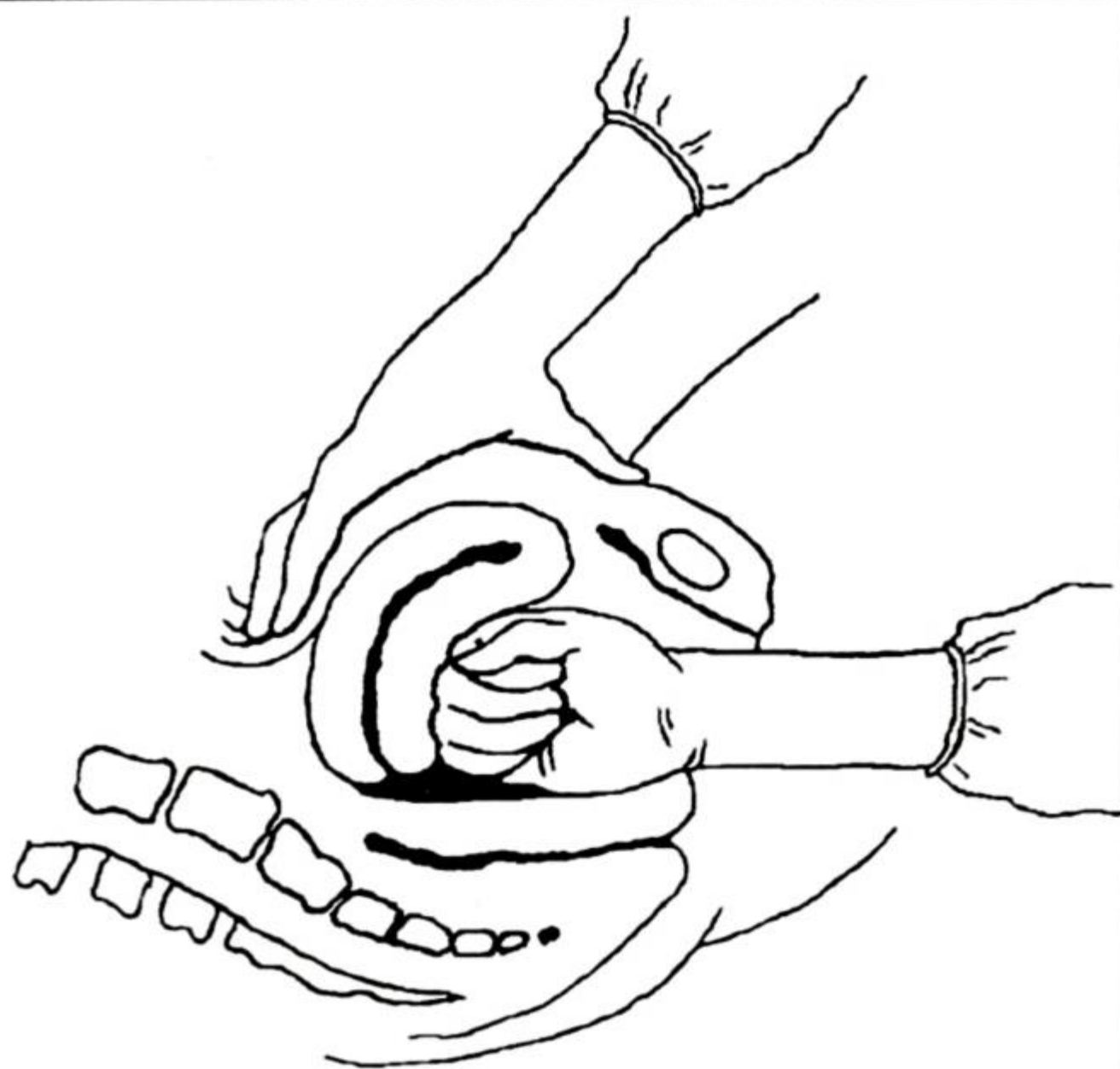


Рис.13. Бимануальная компрессия матки

- Сдавливайте матку до полной остановки кровотечения (при ослаблении давления кровотечения нет).



- При продолжающемся кровотечении, произведите наружное прижатие брюшной аорты, транспортируйте женщину в стационар.

### Проведите прижатие брюшной аорты

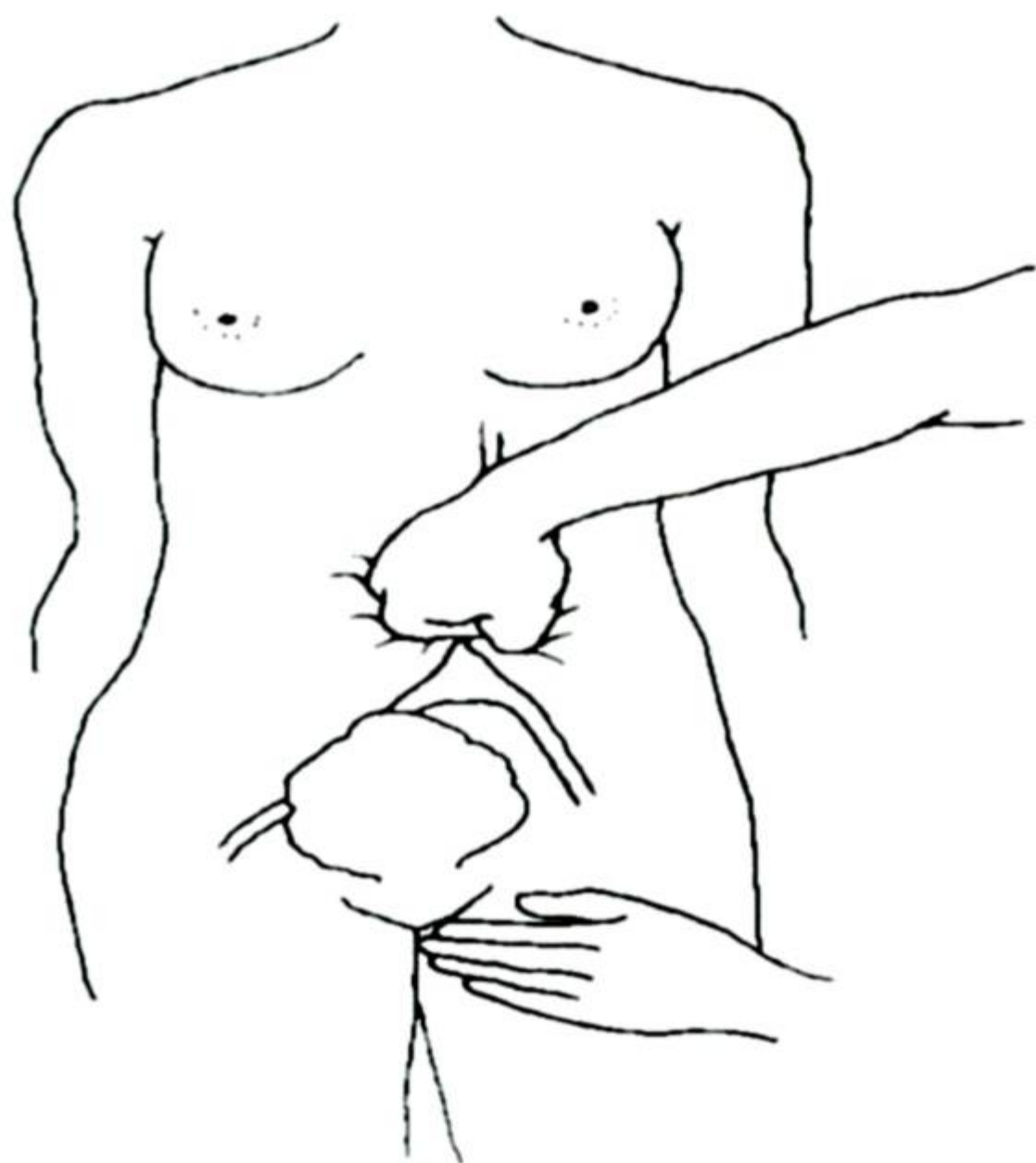


Рис.14.Прижатие брюшной аорты

Если профузное кровотечение продолжается, несмотря на проведенный массаж матки, введение окситоцина/эргометрина, выделение последа:

- Пальпируйте пульс на бедренной артерии.
- Проведите прижатие брюшной аорты выше пупка. Прилагайте достаточные усилия до исчезновения пульсации бедренных артерий.
- После обнаружения точки прижатия, укажите ассистенту или сопровождающему как при необходимости правильно прижать брюшную аорту.
- Продолжайте прижатие до остановки кровотечения. При продолжающемся кровотечении, проводите прижатие при транспортировке женщины в стационар.



## **ПРОФИЛАКТИКА И ВЕДЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Большинство инфекций, возникающих во время беременности, не заслуживают особого беспокойства, и тем, кто ведет беременную женщину, важно не применять по отношению к беременности ненужных ограничений или не тратить необдуманно имеющиеся ресурсы. Но, безусловно, некоторые инфекции могут быть опасны для матери, ее ребенка или для обоих, однако таких инфекций подавляющее меньшинство.

Инфекции во время беременности можно разделить на те, которые оказывают влияние на беременность, и те, которые не оказывают на нее влияния. Такое разделение важно еще и потому, что подход к ведению инфекций, относящихся ко второй категории, не должен отличаться от подхода к инфекциям, возникающим у женщин вне беременности.

Основные пути инфицирования для взрослых:

- при половом контакте (инфекции, передающиеся половым путем);
- при контакте с инфицированной кровью;
- при укусе москита;
- при употреблении инфицированной пищи;
- инфекции, передающиеся воздушно-капельным путем;
- при контакте с фекалиями животных;
- при контакте с инфицированными поверхностями/руками медицинского персонала (перекрестное заражение).

Иногда путь инфицирования может быть смешанным.

### **Общие принципы**

- Проводите обследование всех беременных женщин на инфекцию лишь в том случае, если полезность такого скрининга доказана.
- Никогда не проводите скрининга на инфекцию, если результат такого скрининга не имеет практического смысла в местных условиях - то есть если лечение женщины с положительным результатом исследования невозможно осуществить из-за ограниченных местных ресурсов.
- При постановке диагноза следует использовать принятые в международной практике определения: например, наличие бактерий не обязательно означает наличие инфекции.
- Никогда не лечите женщину, если не ожидается положительный результат лечения.
- Никогда не лечите женщину методами, полезность применения которых в период беременности не доказана.



- Госпитализируйте женщину для лечения только в том случае, если такое лечение может проводиться только в больнице: само пребывание в больнице может иметь риск для матери, ребенка и других.
- Никогда не изолируйте беременную женщину от ее ребенка или от других женщин, если нет серьезного риска в результате такого контакта для нее или для других.
- Никогда не используйте наличие материнской инфекции в качестве предлога для отмены грудного вскармливания. Это можно делать только в том случае, если существует вполне конкретная, определяемая опасность для ребенка в результате подобного контакта.
- Высокий уровень распространенности инфекций, передающихся половым путем, подчеркивает необходимость использования медицинскими работниками универсальных мер предосторожности и защиты при контакте с жидкими средами организма женщин.

### **Инфекции, оказывающие воздействие на беременность**

#### **Инфекции мочевыделительного тракта**

Инфекции мочевыделительного тракта часто встречаются при беременности имеют три основных проявления: бессимптомная бактериурия, острый цистит и пиелонефрит.

Наиболее частыми возбудителями являются **Escherichia coli** (самый частый возбудитель), **Klebsiella pneumoniae**, коагулаза-негативные стафилококки, энтерококки (*Enterococcus species*), стрептококки группы В и гарднереллы.

**Бессимптомная бактериурия** встречается довольно часто; ее распространенность во время беременности составляет около 10%. При бессимптомной бактериурии достоверный диагноз можно поставить лишь на основании проведения бактериологического посева с количественным определением колоний микроорганизмов (более  $10^5$  КОЕ/мл). Однако проведение такого анализа дорого в финансовом отношении, и не везде возможно. Поэтому, в наших условиях желательно подтвердить наличие бактериурии путем бактериологического исследования средней порции мочи на ранних стадиях беременности. Это состояние повышает риск пиелонефрита, преждевременных родов и рождения детей с малым весом.

Бессимптомная бактериурия легко и эффективно лечится в течение 5-7 дневного курса недорогими антибиотиками (ампициллин, цефалоспорины или нитрофурантоин в обычных терапевтических дозах).

**Острый цистит** диагностируется при наличии таких симптомов, как дизурия, недержание мочи, частые мочеиспускания у пациентов с повышенной температурой тела и отсутствием признаков систематического заболевания.

При отсутствии лечения бессимптомной бактериурии существует значительный риск (45%) развития восходящей материнской инфекции (**пиелонефрит**), а пиелонефрит может явиться причиной начала преждевременной



родовой деятельности, задержки внутриутробного развития плода или смерти плода. Пиелонефрит в период беременности представляет также серьезную проблему для матери в виде нарушения функции почек.

Диагноз пиелонефрита ставится тогда, когда бактериурия сопровождается общими симптомами, такими как лихорадка, тошнота, рвота, боль в боку; довольно часто присутствуют симптомы инфекции нижнего мочепускающего тракта.

Пиелонефрит следует лечить в условиях стационара путем внутривенного введения антибиотиков до исчезновения болезненных ощущений в области поясницы и затем еще 1-2 дня.

Инфекции мочевыделительного тракта не являются заразными, и изоляция женщины и/или проведение родов в условиях, аналогичных проведению родов у женщин с «патологией», нелогично и нецелесообразно.

### **Сифилис**

Возбудителем сифилиса является **Treponema pallidum**. Чаще всего инфекция передается плоду от нелеченых матерей, которые были инфицированы в ранние сроки беременности, и редко – при инфицировании в более поздние сроки. Инфекция у беременной женщины зачастую ведет к самопроизвольному прерыванию беременности или мертворождению, может быть причиной смерти низковесного новорожденного при преждевременных родах, а также из-за генерализованного системного заболевания.

Существует эффективный надежный и недорогой метод диагностики сифилиса, рекомендованный на ранних стадиях беременности. Для диагностики используют тест на реакцию Вассермана. Рекомендован 100% скрининг при взятии на учет по поводу беременности, а также повторно в третьем триместре беременности (если возможно).

Для проведения лечения женщина госпитализируется. Лечение проводится пенициллином или эритромицином. Если у матери был выявлен положительный результат теста на сифилис, она получила адекватное лечение (2,4 миллиона единиц пенициллина) и лечение было начато как минимум за 30 дней до родов, **нет** необходимости в дополнительном лечении (WHO, 2003; CDC, 2006). Однако, некоторые специалисты предпочитают в таких случаях проводить курс лечения бензатин пенициллином G 50 000 единиц/кг однократно в/м, особенно, если контроль лечения не был проведен (CDC, 2006).

Если мать не получала лечения, получила неадекватное лечение или ее состояние после лечения неизвестно или сомнительно, **и** у ребенка нет признаков сифилиса, назначьте ребенку:

- Бензатин пенициллин G 50 000 единиц/кг/доза в/м однократно (CDC, 2006; WHO, 2007) **или**
- Прокаин бензилпенициллин 50 000 единиц/кг/доза в/м в течение 10 дней (CDC, 2006) **или**
- Водный раствор кристаллического пенициллина G, 100000-150 000 единиц/кг/доза, назначаемый следующим образом: 50 000 единиц/кг/доза в/в



каждые 12 часов во время первых 7 дней жизни, и затем, каждые 8 часов до общей продолжительности курса лечения 10 дней (CDC, 2006).

Повторный осмотр ребенка проводится через четыре недели, для оценки роста и развития, и для выявления признаков врожденного сифилиса.

Клинические проявления раннего врожденного сифилиса схожи с проявлениями вторичного сифилиса у взрослых. Сыпь чаще всего будет атипичной, может быть везикулярной или буллезной, вместо характерных красновато-коричневых пятен. Для лечения раннего врожденного сифилиса используется:

- Водный раствор кристаллического пенициллина G 50 000 единиц/кг/доза, в/м или в/в каждые 12 часов в течение первых 7 дней жизни, и каждые 8 часов начиная с восьмого дня до общей продолжительности курса лечения 10 дней **или**
- Прокаин пенициллин G 50 000 единиц/кг/доза в/м один раз в день в течение 10 дней (CDC, 2006; WHO, 2007).

При позднем врожденном сифилисе, если анализ спинномозговой жидкости в пределах нормы и у ребенка не вовлечена в процесс нервная система, для лечения может быть использована та же схема, которая используется при лечении раннего врожденного сифилиса. Если анализ спинномозговой жидкости не нормальный, требуется лечения нейросифилиса: водный раствор кристаллического пенициллина G 200 000-300 000 единиц/кг/день назначаемый в/в следующим образом: 50 000 единиц/кг каждые 4-6 часов в течение 10 дней (CDC, 2006).

Женщины с сифилисом характеризуются высоким риском наличия других инфекций, передающихся половым путем, и поэтому следует проводить исследование на наличие у них других ИППП.

После полноценного лечения сифилиса нет необходимости в изоляции этих женщин от других женщин, равно как нет риска заболевания сифилисом и для ребенка. Грудное вскармливание не противопоказано. Ребёнок должен быть на совместном пребывании с матерью.

Обследование и лечение полового партнера обязательно. Лучший метод профилактики сифилиса – избегать заражения. Первичными методами профилактики заражения сифилисом должно быть снижение количества половых партнеров, а также правильное и постоянное использование презервативов.

## **Гонорея**

Гонорея во время беременности встречается в 1-2% случаев и ассоциируется с такими неблагоприятными исходами, как хориоамнионит, преждевременный разрыв плодных оболочек и преждевременные роды. Вертикальная трансмиссия происходит во время родов через влагалищные выделения матери. Передача инфекции плоду в перинатальном периоде может приводить к выраженному конъюнктивиту, грозящему слепотой.

80% женщин с гонореей не имеют никаких симптомов. Поэтому необходимо обследование на наличие этой инфекции. «Золотым стандартом» диагностики гонореи является посев, его специфичность составляет 100%; но ввиду того, что это



сложный и дорогостоящий метод, он не может применяться широко. Поэтому для диагностики рекомендуют взятие мазков из цервикального канала шейки матки с окраской препарата по Граму.

Для лечения назначают цефтриаксон 250 мг однократно в/м с лидокаином 2,0 мл или эритромицин 500 мг внутрь 4 раза в день 7 дней.

Поскольку достаточно часто гонорея сопровождается хламидиозом, рекомендуется в случае диагностирования гонореи проводить также лечение хламидиоза.

Нет необходимости госпитализировать женщин для проведения лечения, однако важно подтвердить успешность лечения с помощью проведения последующих бактериологических анализов.

После излечения женщины нет необходимости изолировать ее от других женщин. Грудное вскармливание не противопоказано. Ребёнок должен быть на совместном пребывании с матерью. Весьма важно провести обследование ее партнера на наличие инфекции и пролечить его, если это необходимо.

### **Хламидиоз**

Хламидиоз во время беременности встречается в 15% случаев. Вертикальная трансмиссия происходит через околоплодные воды и во время родов через влагалищные выделения матери.

Хламидиоз вызывает повышение частоты преждевременных родов и задержки внутриутробного развития плода, и в 30-40% случаев может приводить к развитию конъюнктивита и пневмонии у новорожденного. Хламидиоз может сопровождаться другими генитальными инфекциями и способствовать передаче ВИЧ инфекции.

Однако в наших условиях диагностика этого заболевания затруднена, на сегодняшний день не существует простого и недорогого лабораторного анализа для диагностики хламидиоза. Проведение посева клеток на культуру является не простым методом (поскольку микроорганизм располагается внутриклеточно). Не везде имеются лаборатории, проводящие выявление антигена в эндоцервикальном мазке (ПЦР). Беременным женщинам не нужно предлагать рутинный скрининг на бессимптомный хламидиоз, поскольку его эффективность и экономическая целесообразность не доказана.

Лечение хламидиоза проводится эритромицином (по 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней) или азитромицином. В случае непереносимости женщиной эритромицина для лечения можно использовать ампициллин, хотя он является менее эффективным средством.

Нет необходимости госпитализировать женщин для лечения. После излечения беременной нет необходимости изолировать ее от других женщин, она также не представляет риска для своего ребенка - в том случае, если не происходит повторного ее заражения от сексуального партнера. Поэтому очень важно проводить обследование партнера и осуществлять его лечение в случае наличия инфекции. Грудное вскармливание не противопоказано. Ребёнок должен быть на совместном пребывании с матерью.



## **Бактериальный вагиноз**

Бактериальный вагиноз является достаточно часто встречающимся заболеванием влагалища. Это инфекционный невоспалительный синдром, характеризующийся резким снижением или отсутствием лактофлоры и ее заменой на полимикробные ассоциации анаэробов и гарднереллы (***Gardnerella vaginalis***, ***Bacteroides***, ***Mobiluncus***, and ***Mycoplasma hominis***).

Данная инфекция является причиной преждевременного начала родовой деятельности и хориоамнионита. Поэтому важно выявлять и лечить эту инфекцию, однако пока не существует научных доказательств, подтверждающих эффективность обследования всех беременных женщин (скрининга) и лечения в отношении снижения уровней неблагоприятных исходов беременности.

Проявляется обильными жидкими, белыми выделениями из половых путей, прилипающими к стенкам влагалища, со специфическим «рыбным» запахом, не сопровождается зудом и явлениями вульвовагинита. У многих женщин заболевание проходит бессимптомно.

Диагностировать бактериальный вагиноз можно при помощи нативного (влажного) мазка с проведением аминного теста или окрашиванием вагинального секрета по Граму.

Лекарственным средством при лечении заболевания является метронидазол по 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней, но целесообразно начать лечение после 13 недели беременности (поскольку не ясно, является ли антибиотик безопасным для плода на ранних стадиях его развития).

Эта инфекция не передается половым путем, и поэтому партнер не нуждается в лечении. Нет необходимости в изоляции женщины, равно как нет необходимости относиться к роженице как к женщине с «патологией». Грудное вскармливание не противопоказано. Ребёнок должен быть на совместном пребывании с матерью.

## **Стрептококки группы В**

Стрептококки группы В (СГВ) являются бактериями, которые в норме живут в кишечнике, влагалище и прямой кишке. Колонизация СГВ не является заболеванием, передающимся половым путем. Около 10-30% беременных женщин колонизированы СГВ. Вертикальная трансмиссия происходит через плаценту (редко) и при прохождении по родовым путям.

В нашей стране обследование беременных женщин на стрептококки группы В не проводится.

СГВ может быть причиной инфекции мочевыводящих путей (бессимптомная бактериурия), хориоамнионита, послеродового эндометрита. Однако лечить СГВ с помощью антибиотиков во время беременности не эффективно, поскольку в очень многих случаях этот микроорганизм снова появляется в организме женщины до начала родов.

Данный микроорганизм является очень частой причиной неонатального сепсиса с возможным последующим летальным исходом. Но инфицирование новорожденного можно предотвратить, если во время родов женщина принимала



антибиотики. Назначение антибиотиков в родах проводится при наличии факторов риска:

- преждевременные роды,
- лихорадка в родах,
- длительный безводный период > 18 часов,
- бактериурия (СГВ),
- инфекция, вызванная СГВ, у предыдущего ребёнка.

В родах рекомендовано в/в назначение бензилпенициллина 2,4 г с началом родовой деятельности, затем 1,2 каждые 4 часа до окончания родов (WHO EURO, 2001) или 3 г как можно раньше с началом родовой деятельности, затем 1,5 г каждые 4 часа до окончания родов (RCOG, 2003) или 5 млн. ЕД с началом родовой деятельности, затем 2,5 г каждые 4 часа до окончания родов.

Женщина не нуждается в госпитализации и изоляции. Грудное вскармливание не противопоказано. Ребёнок должен быть на совместном пребывании с матерью, если его состояние удовлетворительное.

### Листериоз

Это тяжелая инфекция, которая передается с пищей, зараженной *Listeria monocytogenes*. Чаще всего инфекция поражает беременных женщин, детей и взрослых с угнетенной иммунной системой. Инфекция редкая, источником заражённая является пища. Риск листериоза при беременности увеличивается в 20 раз. Вертикальная трансмиссия происходит через плаценту и околоплодные воды, а также во время родов через материнскую кровь и/или влагалищные выделения.

Листериоз может быть причиной:

- самопроизвольного аборта;
- преждевременных родов;
- гибели плода (1 из 5 инфицированных плодов рождаются мёртвыми);
- неонатального менингита (на третьем месте в структуре причин);
- неонатальной смерти.

Течение листериоза чаще бессимптомное или проявляется гриппоподобным синдромом с лихорадкой, мышечными болями. Возможно развитие гастроинтестинальных симптомов: тошнота, рвота.

Не существует рутинного скрининг-теста на заражение листериозом во время беременности. Наиболее надежный способ узнать, является ли листериоз причиной имеющихся во время беременности симптомов - это посев крови.

При возникновении инфекции во время беременности, вовремя начатая антибиотикотерапия беременной часто может предотвратить инфицирование плода или новорожденного. Лечение проводят в течение 14 дней:

- Умеренная инфекция: амоксициллин/ампициллин 2-3 г в день per os;
- Тяжелая инфекция: амоксициллин/ампициллин 4-5 г в день в/в **плюс** гентамицин;
- Если есть аллергия на пенициллин - котримоксазол.



Госпитализация показана в тяжёлых случаях, однако нет необходимости в изоляции от других женщин. Грудное вскармливание не противопоказано. При удовлетворительном состоянии ребёнка необходимо обеспечить совместное пребывание с матерью.

Женщина должна соблюдать общие рекомендации по профилактике листериоза:

- Подвергайте животную пищу, например, говядину, свинину или птицу, тщательной термообработке.
- Тщательно мойте сырые овощи перед едой.
- Храните сырое мясо отдельно от овощей и мяса, прошедшего термообработку, а также от продуктов, готовых к употреблению.
- Избегайте употребления непастеризованного (сырого) молока или продуктов, приготовленных из непастеризованного молока.
- Мойте руки, ножи и разделочные доски после работы с сырыми продуктами.
- Употребляйте в пищу скоропортящиеся продукты и готовые продукты как можно скорее.

### **Гепатит В**

Возбудитель гепатита - Hepatitis B Virus. Он передаётся через инфицированную кровь и/или половым путём. Во всем мире инфицировано около 1/3 населения.

Вертикальная трансмиссия происходит через плаценту и во время родов через материнскую кровь и/или влагалищные выделения. Гепатит В может быть причиной низкой массы тела при рождении

Внутриутробное заражение плода может произойти, только если мать заразилась инфекцией во время беременности. У женщин с острой формой гепатита В вертикальная передача инфекции происходит в  $\leq 10\%$  случаев, если заражение матери произошло в первом триместре и в 80 - 90% случаев, если заражение матери произошло в третьем триместре.

Очень важно выявить хроническое вирусоносительство у беременных женщин, поскольку дети, рожденные от таких матерей, имеют серьезный риск заражения во время родов. Врожденные инфекции приводят к хроническому вирусоносительству чаще, чем приобретение инфекции во взрослом возрасте, поэтому все дети от таких матерей должны получить иммуноглобулин гепатита В и вакцину.

Острый гепатит В у матери не лечится. Возможны лишь поддерживающие меры, и только с этой целью (восстановление водного баланса) следует госпитализировать беременную женщину.

Женщины, которые имели гепатит во время беременности (а также хронические носители) могут представлять риск для всех, кто контактирует с жидкими средами их организма, поэтому все медицинские работники должны пользоваться всеми полагающимися методами предосторожности. Партнеров и членов семьи следует консультировать и обследовать в тех случаях, когда это необходимо. Специфического лечения гепатита В нет. Необходимость госпитализации женщины зависит от тяжести состояния. Нет необходимости в изоляции.



## **Простой герпес (Herpes simplex virus)**

Это хроническая вирусная инфекция кожи и слизистых оболочек. Распространённость может достигать 60%.

Заражение происходит, в основном, половым путем, при непосредственном контакте с больным или вирусоносителем, воздушно-капельным путем, во время родов. Способствуют заражению стресс, переохлаждение или перегревание организма, снижение иммунитета.

Передача инфекции от матери к плоду приводит к развитию тяжелых заболеваний, сопровождающихся высокой смертностью новорожденных, низкой массы тела при рождении, неонатальному герпесу (смертность 60%), ведущего к инвалидизации у выживших, а также к преждевременным родам.

Клинически простой герпес проявляется сгруппированными везикулезными высыпаниями на слегка отечном и гиперемизированном фоне, заполненными прозрачным содержимым. Затем содержимое везикул становится геморрагическим, после их вскрытия образуются резко болезненные эрозии с фестончатыми краями. Поверхность эрозий влажная, дно красного цвета, гладкое. Через несколько дней образуются корочки, после отторжения которых остается пигментация. При присоединении вторичной инфекции формируются язвы с гнойным отделяемым, незначительным уплотнением у основания с формированием рубцов.

Риск заражения плода простым герпесом невелик, и он относится почти только к тем женщинам, у которых первичное активное повреждение (первый эпизод инфекции) возникает непосредственно за несколько дней до родов. Поэтому **нецелесообразно** проводить посевы на культуру во время беременности.

Необходимо выяснить, нет ли у женщины в настоящий момент и не было ли за несколько дней до родов каких-либо высыпаний или язв на половых органах. При наличии у нее таковых по типу герпеса рекомендуется проведение операции кесарева сечения. Однако, если при этом безводный период превышает 4 часа, то эта мера, возможно, уже не сможет предотвратить восходящей инфекции вируса к матке.

Вирусная инфекция герпеса в период беременности не является показанием для госпитализации.

Женщине с активной формой инфекции во время родов следует соблюдать правила личной гигиены при обращении с ребенком и не контактировать с другими маленькими детьми. Грудное вскармливание не противопоказано. Ребёнок может находиться вместе с мамой, но должен быть изолирован от других детей. При уходе за ребенком мать должна четко следовать правилам личной гигиены

## **Цитомегаловирус (ЦМВ)**

Распространенность этой вирусной инфекции довольно высока в общей популяции (у женщин и мужчин), и последствия ее воздействия на плод могут оказаться очень серьезными. Возбудитель – Cytomegalovirus - передается через инфицированные биологические жидкости (слюна, моча, кровь, сперма). Около 40% взрослого населения развитых и 100% развивающихся стран являются



серопозитивными. Первичная материнская инфекция возникает в 0,7- 4% беременностей

Неблагоприятное воздействие на мать и течение самой беременности, не считая инфицирования плода, минимально. Риск для плода наиболее значителен, если мать инфицируется во время беременности (первичное инфицирование). Тем не менее, считается, что эта инфекция является наиболее часто встречающейся врожденной инфекцией, и заражение плода может произойти как через плаценту во время беременности, так и во время родов.

Наличие антител к ЦМВ не является достоверным свидетельством инфицирования. «Золотым стандартом» в диагностике ЦМВ является посев мочи или слюны. Большинство посевов мочи новорожденных с врожденной ЦМВ инфекцией будут положительными в течение 48-72 часов жизни. Слюна может быть собрана легко и без затрат, поэтому, скорее всего, анализ слюны вскоре заменит используемый сейчас анализ мочи. Рутинный скрининг на ЦМВ во время беременности не рекомендуется.

Важно помнить, что в настоящее время **не** существует доказанного эффективного способа лечения установленной инфекции. В связи с этим проведение обследования всех женщин (скрининг) во время беременности на наличие антител к ЦМВ представляется **нерационально**. Следует рассмотреть необходимость прерывания беременности до 22 недель в следующих случаях:

- подтвержденная первичная инфекция у матери;
- положительный результат амниоцентеза;
- неспецифические УЗ-признаки (врожденные аномалии, задержка роста).

Изоляция от других женщин необоснованна. Новорожденных детей с внутриутробным инфицированием следует изолировать от других новорожденных, поскольку вирус выделяется в моче. Однако, они должны находиться на совместном пребывании со своими матерями.

Решение относительно грудного вскармливания новорожденных с очень низкой массой тела при рождении, необходимо принимать только после тщательной оценки потенциальной пользы материнского молока относительно риска, связанного с инфицированием ЦМВ (AAP, 2005). Преимущества грудного вскармливания для недоношенного новорожденного относительно риска передачи ЦМВ через грудное молоко остается спорным. «...преимущества грудного вскармливания сильно перевешивают минимальный риск, если таковой вообще существует, инфицирования доношенных новорожденных. Однако, этот вопрос требует особого внимания, если речь идет о недоношенных младенцах с низкой массой тела при рождении, которые подвержены высокому риску инфицирования ЦМВ. Обследование грудного молока или попытки сделать грудное молоко не инфицированным, путем его замораживания, может быть использована для группы недоношенных детей, имеющей высокий риск инфицирования» Schleiss, MR (2006).



## **Ветряная оспа**

Потенциально данная инфекция представляет опасность для новорожденного, но она также небезразлична и опасна для взрослого человека.

Наибольшую опасность для новорожденного представляет тот случай, когда роды происходят в течение 7 дней с момента появления сыпи у матери, поскольку в этой ситуации существует реальная вероятность того, что ребенок не получил антител от матери внутриутробно до родов. В данных ситуациях настоятельно рекомендуется использование иммуноглобулина, но если иммуноглобулин недоступен, то ребенку при первых признаках инфекции можно назначить ацикловир.

При инфицировании во время беременности женщину не следует госпитализировать, если только она не нуждается в поддерживающей терапии по поводу серьезных осложнений.

Женщины с наличием вирусов в крови представляют серьезный риск для других матерей и новорожденных, и поэтому должны быть изолированы. Данное состояние не препятствует грудному вскармливанию.

## **Краснуха**

Краснуха – это инфекция, поражающая детей и взрослых, и зачастую протекающая бессимптомно. У переболевших краснухой вырабатывается стойкий иммунитет.

Эта инфекция является классическим примером инфекции с тератогенным действием, при этом она представляет значительный риск серьезных повреждений плода в том случае, если симптомы инфекции выявляются в первые 16 недель беременности. Для матери же данное заболевание не представляет риска.

Инфицирование матери на ранних сроках беременности (до 16 недель) может привести к гибели плода, рождению ребенка с низкой массой тела, глухоте, катаракте, желтухе, пурпуре, врожденным порокам сердца, гепатоспленомегалии и задержке психического развития.

Трансплацентарная передача вируса краснухи от матери к плоду происходит более чем в 65% случаев первичного инфицирования матери в первом триместре беременности. Риск передачи материнской инфекции плоду снижается на более поздних сроках беременности. Проспективное исследование наблюдало детей, инфицированных краснухой в разных сроках беременности, на протяжении двух лет. У детей, инфицированных после 16 недели беременности, не было выявлено патологий, связанных с краснухой, в то время как многие дети, инфицированные до 11 недели беременности, страдали кардиологическими заболеваниями и глухотой.

Тяжело с достаточной степенью достоверности диагностировать краснуху у беременных женщин, которые контактировали с заболевшими или имеют проявления краснухоподобной инфекции. Диагностируется краснуха на основании определения уровней IgG и IgM, при этом показателем является кратковременное повышение уровня IgM, за которым следует ответная реакция IgG, - проводится



анализ парных образцов крови женщины, у которой появилась сыпь, характерная для краснухи.

Лечения данного заболевания не существует. Женщинам, у которых выявляется краснуха в период наибольшего риска для плода (в первые 16 недель беременности), можно посоветовать прервать беременность, однако, опыт показывает, что при этом далеко не все абортированные плоды оказываются поврежденными.

Женщинам с подозрением развития инфекции краснухи не следует контактировать с другими беременными (или потенциально беременными) женщинами. Беременные женщины в случае острой инфекции (когда они могут инфицировать других женщин), если это возможно, не должны госпитализироваться (за исключением принятия в роддом на роды), но после исчезновения клинических признаков инфекции такие женщины перестают представлять опасность заражения для других.

Высокоэффективной мерой профилактики краснухи является всеобщая иммунизация.

Цель программ вакцинации против краснухи заключается в том, чтобы предотвратить инфицирование плода и его последствия: синдром врожденной краснухи.

Существуют два подхода к вакцинации против краснухи: обязательная вакцинация и селективная вакцинация. Обязательная вакцинация детей приводит к значительному снижению выявленных случаев краснухи и врожденных пороков развития, вызванных краснухой.

Беременным женщинам с неизвестной историей вакцинации при первом посещении (до 12 недели беременности) нужно предложить скрининг на антитела к краснухе, а также вакцинацию после родов, выкидыша или аборта, когда вероятность зачатия в ближайшие 30 дней низкая. Антитела вырабатываются почти у всех вакцинированных женщин, а побочные эффекты незначительны. Беременную женщину не нужно вакцинировать против краснухи, однако необходимо особое внимание уделять тем беременным женщинам, которые все же были вакцинированы или забеременели в течение трех месяцев после иммунизации. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что вакцинация от краснухи не несет в себе риска тератогенности (Murray W. Enkin et al. 2000).

### **Корь**

Данная вирусная инфекция может приводить к преждевременным родам и повышать уровень перинатальной смертности.

Тем не менее, никакого конкретного лечения данного заболевания не существует, и не следует госпитализировать женщину, поскольку она может представлять риск инфицирования для других матерей и детей. Но, безусловно, женщина с тяжелой степенью заболевания (например, с пневмонией) должна быть госпитализирована для проведения поддерживающей терапии.

Помещение женщины в изолятор в больнице необходимо, однако корь не является противопоказанием для грудного вскармливания.



## Токсоплазмоз

Возбудителем данного заболевания является простейший паразит *Toxoplasma gondii*. Это сравнительно частая инфекция. Распространённость среди женщин детородного возраста разная в разных странах. Передаётся при контакте с фекалиями кошек и/или инфицированное молоко и/или мясо. Вертикальная трансмиссия происходит через плаценту. Риск врожденной инфекции плода самый низкий (10-25%), когда мать инфицируется в первом триместре, и самый высокий (60-90%), когда мать инфицируется в третьем триместре. Несмотря на это, поражение плода гораздо тяжелее, когда инфицирование происходит в первом триместре. Общий риск врожденной инфекции, вызванной острой (первичной) инфекцией *T. gondii* во время беременности, варьирует от 20 до 50%.

Токсоплазмоз может быть причиной:

- гидроцефалии;
- хориоретинита;
- внутричерепных кальцификатов.

Токсоплазмоз обычно диагностируется на основании выявления антител. Повышенное содержание специфических антител к IgM не позволяет отличить текущую инфекцию от инфекции, приобретенной в прошлом. Выявление специфических антител к IgG используется для определения давности инфицирования: отрицательный результат исследования на IgG в сочетании с положительным результатом исследования на IgM указывает на заражение не менее 6 месяцев назад. Несмотря на это, интерпретация положительных результатов на IgM усложняется наличием антител к IgM до 18 месяцев после заражения и большим количеством ложноположительных результатов. Поэтому положительные результаты тестов должны быть подтверждены в специализированной лаборатории. Проведение серологического анализа у беременных женщин является дорогостоящим методом и для нашей страны **нецелесообразно**. Кроме того, для уточнения положительных результатов серологического исследования требуется проведение дальнейших инвазивных, дорогостоящих и потенциально опасных (для плода) методов исследования.

К сожалению, нет достаточных доказательств того, что лечение токсоплазмоза улучшает перинатальные исходы. В качестве специфической терапии применяют спирамицин или пириметамин (высоко токсичен (антагонист фолиевой кислоты), не рекомендуется применение до 18 недель беременности).

Нет доказательств того, что лечение предотвращает врожденную инфекцию или поражение плода.

Женщина не нуждается в госпитализации и изоляции от других женщин. Грудное вскармливание не противопоказано. Ребёнок может находиться на совместном пребывании с мамой.

Соблюдение профилактических мер во время беременности ведет к снижению частоты случаев первичного токсоплазмоза во время беременности. Беременные должны быть информированы, что:



- Пища должна быть тщательно приготовлена.
- Фрукты и овощи должны быть очищены или тщательно вымыты.
- Женщина должна надевать перчатки при работе с землёй или песком.
- Следует избегать контакта с испражнениями кошек.
- Необходимо тщательно мыть руки.

### **Туберкулез**

Туберкулез – это микобактериальное заболевание, которое является основной причиной смертности во многих странах мира. Недавний рост числа случаев туберкулеза в Европейском регионе указывает на то, что туберкулез представляет значительную проблему для общественного здравоохранения данного региона, в том числе и в нашей стране.

Поэтому, основной задачей должно быть выявление и быстрое лечение всех инфицированных беременных женщин. Все беременные женщины с риском заражения туберкулезом должны пройти тест на реакцию Манту с очищенным белковым дериватом (PPD) при первом визите по поводу дородового наблюдения.

Основные противотуберкулезные препараты (изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол) безопасны для беременных женщин и для плода, однако стрептомицин представляет опасность.

Мать может находиться вместе с ребенком. Следует продолжать грудное вскармливание ребенка.

Применение всех противотуберкулезных препаратов в период грудного вскармливания не представляет опасности, и в это время необходимо продолжать полный курс лечения матери. Ребенку, однако, следует получать профилактическое лечение.

К общим рекомендациям по профилактике туберкулеза относятся вакцинация БЦЖ всех новорожденных и ограничение контактов с потенциально инфицированными людьми.

### **Малярия.**

В настоящее время малярия встречается повсеместно не только в южных регионах, но и на севере страны.

Возбудители малярии (*Plasmodium vivax*, *P. malariae*, *P. falciparum*, и *P. Ovale*) в эпидемически неблагополучных регионах передаются, в основном, через укусы комаров рода *Anopheles*.

Возможно внутриутробное заражение плода малярией (дети рождаются ослабленными, анемичными, с увеличением селезенки и печени).

Малярия может быть причиной:

- материнской смерти;
- самопроизвольного аборта и преждевременных родов;
- низкой массы тела при рождении;
- мертворождения и неонатальной смерти.



В районах с высокой распространенностью заболевания, несмотря на негативное влияние на рост плода, малярия во время беременности чаще всего протекает бессимптомно.

Типичные клинические симптомы: лихорадка с ознобом, профузный пот, головная боль.

Для установления окончательного диагноза используются два метода: микроскопия и диагностические экспресс-тесты. Микроскопия имеет преимущества из-за своей низкой стоимости, а также высокой чувствительности и специфичности, когда она проводится хорошо подготовленным специалистом. Диагностические экспресс-тесты для определения антигенов малярии, в общем, более дорогостоящие, однако, цены на некоторые из них недавно снизились, что делает их использование экономически обоснованными во многих странах.

На сегодняшний момент, недостаточно информации по безопасности и эффективности большинства антималярийных препаратов при беременности, особенно у тех женщин, которые были инфицированы в первом триместре беременности и, поэтому, рекомендации по лечению будут отличаться от таковых для небеременных взрослых. Органогенез происходит, в основном, в первом триместре беременности и, именно поэтому, этот период беременности вызывает наибольшую обеспокоенность относительно потенциального тератогенного эффекта, а развитие нервной системы происходит постоянно в течение всей беременности.

Антималярийные препараты, которые считаются безопасными для применения в первом триместре беременности, это хинин, хлорохин, прогуанил, пириметамин и сульфадоксин-пириметамин. Исходя из этого, хинин считается наиболее эффективным и может быть использован во всех триместрах беременности, включая первый триместр. В реальной жизни, женщины часто не знают о беременности в первом триместре, и это может быть причиной того, что в ранние сроки беременности не будет получено доступное базовое лечение. Если женщина не получила лечение антималярийными препаратами, это не является показанием к прерыванию беременности. Имеется большой опыт применения дериватов артемизинина во втором и третьем триместрах беременности (более 1000 подтвержденных беременностей). Не было отмечено побочных эффектов ни со стороны матери, ни со стороны плода. Существующая оценка преимуществ в сравнении возможными рисками, свидетельствует о том, что дериваты артемизинина должны использоваться при лечении не осложненной малярии, вызванной *P. falciparum*, во втором и третьем триместрах беременности, однако не должны использоваться в первом триместре беременности до тех пор, пока не будет получено больше дополнительной информации.

Терапия должна быть начата немедленно после установления диагноза и основываться на: виде плазмодия, возможной лекарственной резистентности, тяжести заболевания. Применяют хлорохин per os один раз в день в течение 3 дней, или сульфодоксин 500 мг + пириметамин 25 мг per os однократная доза (3 таблетки) в условиях лечебного учреждения.



Женщину следует госпитализировать только в тяжёлых случаях. Нет необходимости в изоляции женщины.

Женщины, кормящие грудью, должны получать стандартное антималярийное лечение, за исключением тетрациклинов и дапсона, применение которых должно быть прекращено во время лактации.

Врожденная малярия – это редкое заболевание. Чаще всего малярия проявляется в первые 7 дней жизни. Клинические симптомы похожи на симптомы неонатального сепсиса: повышение температуры, анемия и спленомегалия характерны для большинства новорожденных, гипербилирубинемия и гепатомегалия – будут наблюдаться у половины инфицированных детей.

Не существует доказательств передачи малярии с грудным молоком. Наибольшему риску инфицирования ребенок подвергается при укусах moskitov. Ребёнок может находиться на совместном пребывании с матерью.

### **Трихомоиаз**

До сих пор не было свидетельств того, что трихомоноз во время беременности приводит к ухудшению ее исходов.

Возбудитель трихомоиаза *Trichomonas vaginalis* относится к простейшим, передается половым путём и может способствовать передаче ВИЧ и гонореи. Ежегодно в мире инфицируется около 120 миллионов женщин.

Трихомоиаз может быть причиной преждевременного разрыва плодных оболочек и преждевременных родов.

Клинически трихомоиаз проявляется «пенистыми» выделениями из половых путей, зудом и гиперемией вульвы и влагалища.

Не существует единого мнения по вопросу об экономической и клинической целесообразности проведения обследования всех беременных женщин на трихомоноз (у 50% инфицированных женщин симптомы отсутствуют). Диагностика осуществляется путем микроскопии влагалищных мазков (нативных или окрашенных) или при микробиологическом исследовании (более чувствительный метод).

Женщина с наличием симптомов, а также ее партнер должны пройти лечение метронидазолом (2 грамма однократно или по 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней).

С целью профилактики следует избегать незащищённых половых актов путём правильного и постоянного использования презервативов.

Так как данная инфекция передается только половым путем, инфицированную женщину нет необходимости изолировать от других женщин, или относиться к ней как к женщине с «патологией». Она не представляет риска для своего ребенка.

## **Инфекции, не оказывающие воздействия на течение беременности**

### **Вагинальный кандидоз.**

Хотя эта инфекция все чаще встречается во время беременности, она не является очень серьезной, поскольку весьма незначительно влияет на ход беременности (в противоположность влиянию на мать) или на плод.



Клинически проявляется белыми творожистыми выделениями из влагалища, сопровождающимися зудом, явлениями вульвовагинита. Скрининг на вагинальный кандидоз не рекомендован.

Лечить кандидоз, если только женщину не беспокоят симптомы, **нецелесообразно**, потому что часто возникают рецидивы инфекции.

Женщине назначается стандартное лечение (клотримазол 200 мг вагинальные свечи, по 1 свече на ночь 3 дня).

Женщина не нуждается в госпитализации или изоляции от других женщин. Грудное вскармливание не противопоказано. Ребёнок может находиться на совместном пребывании с матерью.

### **Инфекция вируса кондиломы остроконечной.**

Только в очень редких случаях кондиломы могут представлять проблему для плода. В некоторых случаях, когда наблюдается очень большое количество кондилом, и они закрывают вход во влагалище, можно рассмотреть вопрос о целесообразности проведения операции кесарева сечения. Обычно же количество кондилом бывает незначительно, и они не являются причиной для вмешательства в нормальный процесс.

Нет необходимости помещать женщину с кондиломами гениталий в изолятор. Противопоказаний к грудному вскармливанию нет.



## ГИГИЕНА РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Патогенные микроорганизмы, которые были обсуждены в предыдущей главе, не являются единственным типом возбудителей, которые могут привести к инфицированию матери или новорожденного. Причиной развития инфекционного процесса может быть любая бактериальная (стафилококки, энтерококки, кишечная палочка и т.д.) и вирусная флора. Эти возбудители могут быть занесены при осмотре пациенток.

В 1938 году бактерии, обнаруженные на руках, были разделены на две категории: транзиторные (переходящие) и резидентные (постоянные).

Резидентная флора, которая населяет более глубокие слои кожи, труднее поддается удалению. Помимо этого, существует меньшая вероятность того, что резидентная флора (например, стафилококковые инфекции и дифтериеподобные бактерии) приведет к таким инфекциям.

Переходящая флора, которая населяет верхние слои кожи, легче удаляется посредством рутинного мытья рук. Медицинские работники часто приобретают ее во время непосредственного контакта с пациентами или зараженными поверхностями, находящимися в непосредственной близости от пациента. Руки медицинских работников могут быть постоянно колонизированы патогенной флорой (например, *S. aureus*, Грам-отрицательные бактерии или дрожжи).

Передача внутрибольничных инфекций может быть сведена к минимуму посредством соблюдения надлежащей гигиены рук.

Качество мытья рук, однако, зачастую является неудовлетворительным. Это вызвано рядом причин, а именно: нехваткой необходимого оборудования, высокими соотношением персонал - пациенты, аллергическими реакциями на моющие средства, недостаточными знаниями персонала о рисках и процедурах, слишком большой продолжительностью рекомендованной процедуры мытья рук и временем, которое она требует (WHO, 2002).

Вопрос «Почему медицинские работники не моют руки?» стал предметом исследования Wharton KN, Karlowicz MG в 1998 году. Медицинские работники объяснили недостаточное соблюдение ими правил гигиены рук следующими причинами:

Мытье рук моющими средствами вызывает раздражение и сухость; раковины расположены в неудобном месте или не хватает раковин, мыла и бумажных полотенец; мытье рук занимает много времени; нехватка персонала или переполненные больницы; потребности пациентов являются приоритетом; гигиена рук мешает взаимоотношениям между пациентами и медицинскими работниками; риск получения инфекции от пациентов низкий; мнение, что использование перчаток может заменить мытье рук; недостаточное знание рекомендаций/протоколов; забывчивость; коллеги/начальники не подают такой пример; скептическое отношение к ценности гигиены рук; несогласие с рекомендациями; недостаток



научной информации о прямом воздействии улучшения гигиены рук на уровень внутрибольничного инфицирования.

Дополнительными воображаемыми препятствиями соблюдению надлежащей гигиены рук являются: недостаточная пропаганда гигиены рук на индивидуальном и институциональном уровне, отсутствие образца для подражания в плане гигиены рук, отсутствие административных санкций за несоблюдение или вознаграждений за соблюдение правил гигиены рук; отсутствие политики безопасности.

При организации мест для мытья рук необходимо иметь проточную воду, емкость с дозатором, которая заполняется жидким мылом, одноразовые салфетки или полотенца и контейнеры для сбора использованных полотенец. Альтернативой мытью может служить гигиеническая обработка (антисептика) рук с использованием антисептических препаратов, т.е. препаратов, обладающих антимикробной активностью и предназначенных для использования на коже или других поверхностных тканях. Антисептика более эффективна, занимает меньше времени, удобна в применении, обеспечивает большее начальное сокращение микробной флоры на руках, обладает меньшим раздражающим действием на кожу рук. Антисептический препарат следует нанести на руки и втирать до высыхания (вытирать руки не следует). Важно соблюдать время воздействия: руки должны быть влажными от антисептика не менее 15 сек. В качестве антисептика используют 70% этиловый спирт, 4% хлоргексидин, моющие средства и гели на спиртовой основе и др.

Для обучения и мотивирования персонала применяют практические семинары, тренинги по техникам мытья рук и т.д. На рабочих местах помещают предупреждающие знаки и напоминания о необходимости мытья рук, информации о технике мытья рук размещают возле умывальников, проводят периодический мониторинг мытья рук персоналом с представлением его результатов и обсуждением ситуации (есть улучшения или нет).

Руки необходимо дезинфицировать перед непосредственным контактом с пациентом и после любого действия или контакта, которое может инфицировать руки, в том числе после снятия перчаток.

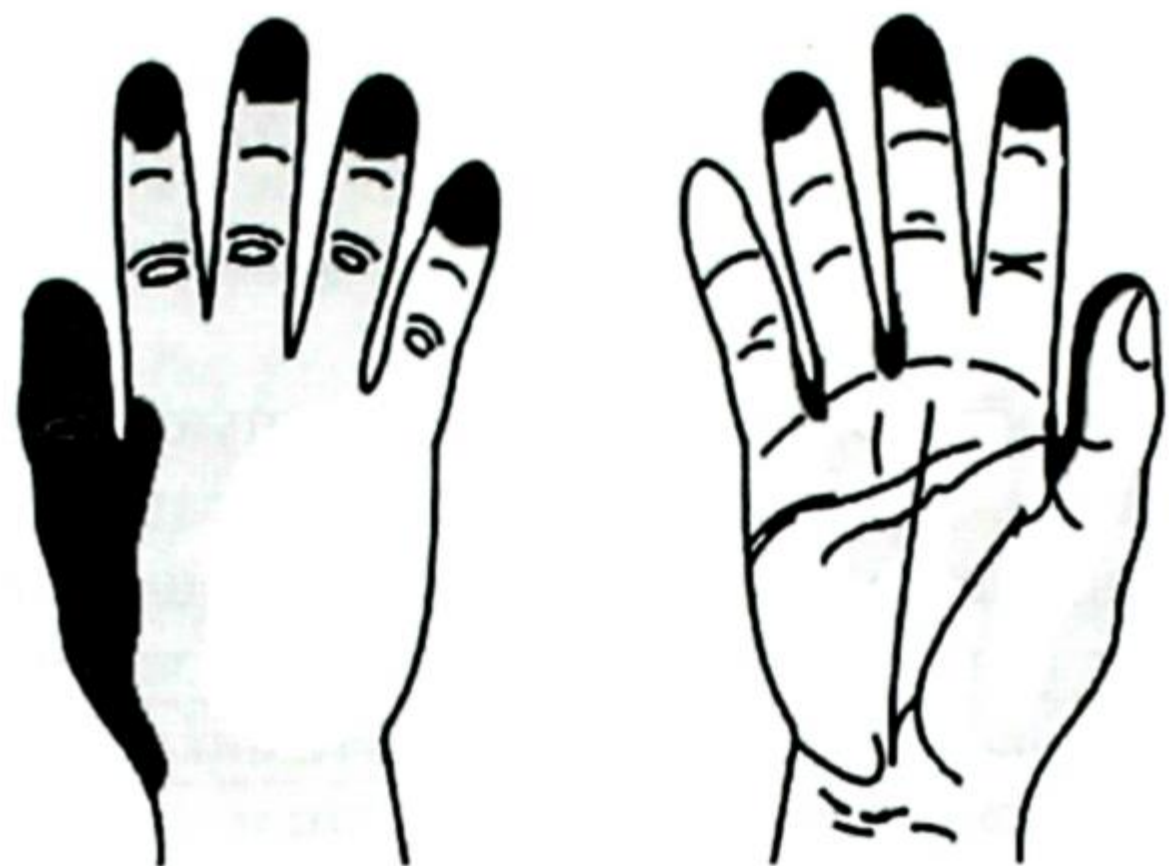
### **Техника мытья рук**

- Снимите кольца, украшения, снимите лак с ногтей, поскольку все это усложняет удаление микроорганизмов с рук.
- Нанесите мыло на руки, предварительно намочив их под струей теплой воды и потрите их одна об другую не менее, чем 30-60 секунд.
- Вытрите руки бумажным полотенцем и используйте его же для закручивания крана.

Недостаточное высушивание может привести к повторному инфицированию рук, которые только что были вымыты. Влажные поверхности более эффективно способствуют переносу микроорганизмов, чем сухие; кроме того, если не вытереть руки насухо, кожа более подвержена повреждениям. Для вытирания рук нужно



использовать одноразовые бумажные полотенца высокого качества. Полотенца должны находиться возле умывальников в настенных контейнерах.



Участки, которые моются хуже всего, на рисунке выделены желтым и красным цветом: межпальцевые промежутки, ногтевые фаланги, ладонные складки и тыльная область большого пальца.

На рисунке представлены этапы мытья рук.



1. Одну ладонь трите о другую.



2. Правой ладонью трите тыльную сторону левой руки, а затем наоборот.

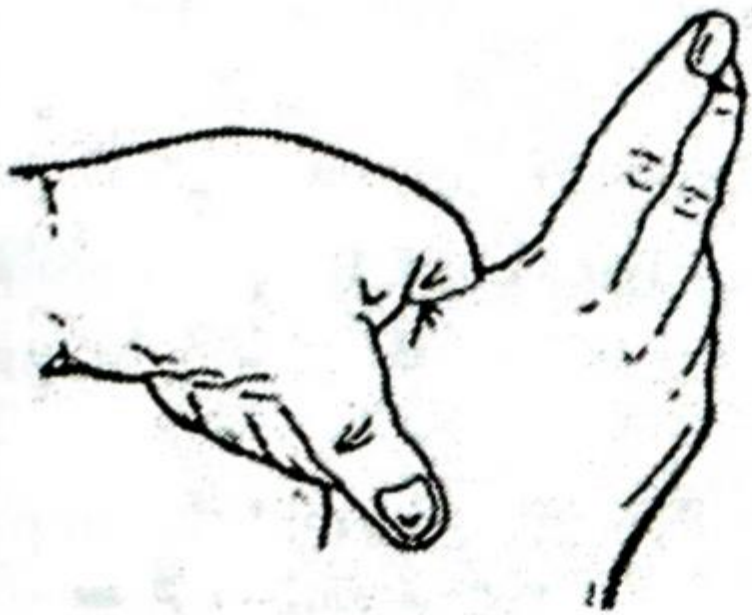


3. Переплетите пальцы и одну ладонь о другую.

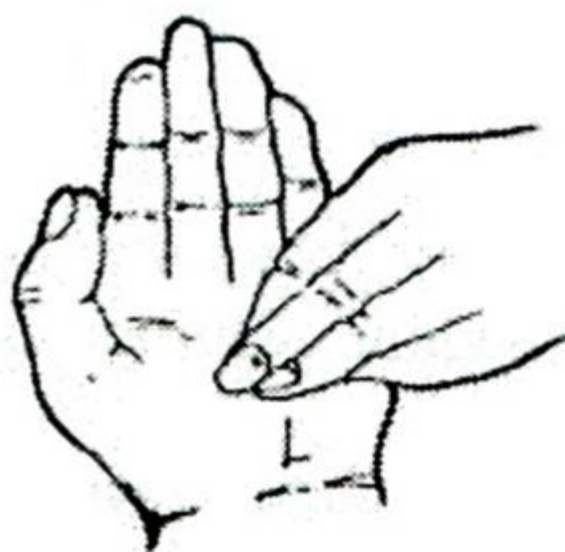


4. Сложите руки «в замок» и трите трите задние поверхности пальцев друг о друга.





5. Потирайте большой палец правой руки ладонью левой руки, вращательным движением, и наоборот.



6. Потирайте левую ладонь вперед назад вращательным движением сложенных вместе пальцев правой руки и наоборот.

Медицинским работникам рекомендуется использовать перчатки, чтобы снизить риск инфицирования персонала от пациентов, предотвратить передачу флоры медицинского работника пациенту и снизить перекрестное инфицирование рук персонала флорой, которая может передаваться от одного пациента к другому.

Стерильные перчатки используют для хирургических операций, для малых хирургических операций на коже, для манипуляций, связанных с нарушением целостности кожи и слизистых оболочек. Их необходимо применять также для постановки стерильных катетеров, зондов и т.д. в стерильные ткани или жидкости организма (кровь, спинно-мозговая жидкость).

Для манипуляций, при которых осуществляется прямой контакт с биологическими жидкостями организма (кровь, моча, влагалищные выделения и т.д.), для манипуляций у пациентов – носителей антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов используют чистые перчатки. Они необходимы во время всех контактов с пациентами, когда руки могут быть инфицированы, или во время любого контакта со слизистой оболочкой.

После снятия или замены перчаток руки нужно мыть или обрабатывать антисептиком. Перчатки нельзя мыть или использовать повторно.

**Использование перчаток не заменяет соблюдение правил гигиены рук!**



## ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Передача от матери ребенку (ПМР) означает передачу ВИЧ-инфекции ребенку от ВИЧ-инфицированной женщины во время беременности, родов или в период вскармливания.

Профилактика передачи от матери к ребенку (ППМР) – это комплекс мер по профилактике передачи ВИЧ от инфицированной женщины плоду или ребенку во время беременности и родов, или при вскармливании.

Основные методы ППМР:

- Дотестовое консультирование женщины и ее партнера по профилактике заражения;
- Тестирование женщины и ее партнера на ВИЧ после получения письменного информированного согласия;
- Послетестовое консультирование с целью сохранения ВИЧ-отрицательного статуса при отрицательном результате теста;
- Послетестовое консультирование, оказание помощи и поддержки при положительном результате теста;
- Назначение антиретровирусных препаратов с целью профилактики (АРВП) вертикальной передачи в перинатальном периоде для матери и новорожденного;
- Назначение АРТ во время беременности, родов и после родов, а также для детей до года;
- Выбор безопасного метода родоразрешения с информированного согласия беременной;
- Консультирование женщин по безопасным методам вскармливания новорожденного (при необходимости, с согласия женщины, предоставление консультации партнеру и/или другим членам ее семьи).

### Эпидемиология ВИЧ

ВИЧ-инфекция передается через следующие жидкие среды организма:

- кровь;
- семенную жидкость (а также жидкость, выделяемую перед семяизвержением);
- влагалищные выделения;
- грудное молоко.

ВИЧ **не может** передаваться через кашель или чихание, рукопожатие, использование общей чашки или тарелки, объятия или поцелуи, укусы насекомых, слюну, а также при совместном проживании или работе с человеком, инфицированным ВИЧ или больным СПИДом.

ВИЧ-инфекция может передаваться от матери к ребенку в период беременности, во время родов, при грудном вскармливании. В развитых странах при отсутствии каких-либо вмешательств показатели передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку оцениваются в **15-25%**.



Различают вирусные и материнские факторы, влияющие на передачу инфекции:

**Вирусные факторы:**

1. Вирусная нагрузка
2. Вирусный генотип и фенотип
3. Вирусная устойчивость

**Материнские факторы:**

1. Иммунологический статус матери
2. Статус питания матери
3. Клиническое состояние матери
4. Поведенческие факторы,
5. Антиретровирусная терапия (АРТ)

**Влияние ВИЧ-инфекции на беременность**

Если в развитых странах ВИЧ-инфекция не оказывает значительного влияния на исход беременности или какие-либо осложнения, то в развивающихся странах чаще возникают:

1. самопроизвольные аборты;
2. мертворождения;
3. заболевания, передающиеся половым путем;
4. Herpes Zoster;
5. преждевременная отслойка плаценты;
6. рождение маловесных детей;
7. инфекционные осложнения в послеродовом периоде.

Согласно рекомендациям ВОЗ, беременные женщины должны проходить тестирование на ВИЧ-инфекцию при первой консультации, затем повторно при сроке беременности 34-36 недель, если результат первого тестирования был отрицательным. Если женщина с неопределенным серологическим статусом госпитализируется с родовой деятельностью, ей необходимо сделать экспресс-тест, затем получить подтверждение при помощи стандартного теста ИФА.

Проведение тестирования без возможности консультирования неприемлемо. Оно может повлечь за собой серьезные последствия, например, нежелание пользоваться услугами, направленными на охрану материнского здоровья, вследствие страха дискриминации; отрицание положительного диагноза; а также стигматизацию. В каждом лечебном учреждении необходима эффективная система направления в региональный Центр борьбы со СПИДом, либо другой доступ к высококачественным услугам консультирования по вопросам ВИЧ.

В отношении результатов теста необходимо соблюдение конфиденциальности. Только те медицинские работники, которым необходимо знать ВИЧ-статус женщины, должны иметь доступ к этой информации.



### **Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции.**

Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции требует большой деликатности, и необходимо, чтобы им занимались специально подготовленные сотрудники. По возможности женщин следует направлять к специалистам, обученным консультированию по вопросам ВИЧ-инфекции, а медицинским работникам, сообщающим результаты тестов, необходимо пройти специальную подготовку.

#### **Темы для консультирования**

- Риск передачи ВИЧ ребенку в период беременности, родов и при грудном вскармливании;
- Возможность проведения профилактики передачи ВИЧ ребенку;
- Возможные исходы беременности;
- Необходимость последующего наблюдения матери и ребенка;
- Возможность информирования о результатах теста полового партнера (партнеров), родственников.

Для беременной женщины с **отрицательным** результатом тестирования является возможностью проконсультировать ее относительно методов профилактики на будущее, в особенности во время беременности.

Для беременной женщины с положительным результатом нужна поддержка, помощь в адаптации к кризисной ситуации, информация относительно имеющихся возможностей выбора для защиты своего не рожденного ребенка, информация относительно имеющейся для нее медицинской помощи, а также помощь в принятии других необходимых решений, например, в сообщении результатов партнерам.

Медицинский работник должен обсудить с женщиной имеющиеся возможности выбора с целью предотвращения передачи инфекции ребенку (кесарево сечение как альтернатива естественным родам, опасность передачи инфекции при грудном вскармливании, антиретровирусное лечение, предоставляемое до, во время и после рождения для матери и ребенка). Необходима подготовка женщины к началу медикаментозного лечения заболевания, которое будет необходимо ей всю жизнь, а также направление женщины в существующие службы поддержки, включая консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции.

### **Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.**

Усилия, направленные на профилактику, необходимо начинать до наступления беременности. К ним относятся:

1. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции среди молодежи и женщин детородного возраста:
  - предоставление информации о передаче ВИЧ-инфекции и ИППП,
  - широкая доступность презервативов.
2. Выявление и лечение ИППП на ранней стадии.



3. Профилактика нежелательной беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин.

4. Соблюдение общих мер предосторожности во всех медицинских учреждениях.

Если беременная женщина имеет ВИЧ-позитивный статус, риск вертикальной передачи инфекции может быть существенно снижен при выполнении следующих условий:

**Во время беременности** необходимо проводить пропаганду более безопасного секса; соблюдение правил здорового питания, употребление пищи, богатой витамином А. Необходима помощь женщинам в избавлении от алкоголизма и наркомании, обеспечение качественной антенатальной помощью, предоставление антиретровирусной терапии.

Профилактические вмешательства для беременной женщины выбирают на основании:

- Показания к АРТ;
- Срока гестации АРВ препаратов в анамнезе;
- Наличия сопутствующих заболеваний или состояний.

Беременных женщин, инфицированных ВИЧ, можно отнести к одной из следующих категорий:

- 1) Те, кто в настоящее время не нуждаются в АРТ по состоянию здоровья;
- 2) Те, кто нуждаются или могут нуждаться в АРТ по состоянию здоровья;
- 3) Те, кто начал АРТ до беременности;
- 4) Те, кто не обращался в соответствующие службы до момента родов.

**Во время родов**, как и все женщины, ВИЧ-инфицированные матери нуждаются в поддерживающей атмосфере во время родов. Они особенно уязвимы вследствие опасений передачи вируса ребенку, страха за собственное будущее и стигматизации.

Плановое кесарево сечения является одним из возможных вариантов родоразрешения для женщины. После предоставления нужной информации и консультирования, женщина самостоятельно должна принять решение.

Для выбора оптимального метода родоразрешения необходимо определить уровень вирусной нагрузки у женщины в сроке 36-38 недель беременности. Если количество РНК ВИЧ менее 1000 копий/мл, то проводить самопроизвольные роды. Результаты нескольких крупных исследований показали, что плановое кесарево сечение, проведенное до начала родовой деятельности и разрыва плодных оболочек в 2 раза снижает риск передачи ВИЧ от матери ребенку. Как и во всех случаях потенциальных кандидатов на проведение кесарева сечения, необходимо проконсультировать относительно риска, связанного с хирургическим вмешательством.

Показания для проведения планового кесарева сечения на 38 неделе до начала родовой деятельности:

- Нет возможности определить вирусную нагрузку;
- Уровень вирусной нагрузки более 1000 копий/мл;



- Женщина не соблюдала режим приема АРВ –препаратов (приверженность ВААРТ менее 95%, т.е. женщина приняла меньше 95 % назначенных таблеток);
- Продолжительность АРВП во время беременности менее 4-недель.

### **Особенности родоразрешения при ВИЧ-инфекции**

Не рекомендуются родовозбуждение, родоусиление, перинео(эпизио)томия, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, и т.д. При безводном периоде более 4-х часов риск трансмиссии увеличивается на 50%, а также увеличивается риск передачи при отсутствии АРВ профилактики.

Если выбирается естественный способ родоразрешения: надо свести к минимуму контакт ребенка с материнской кровью и выделениями путем избежания длительного разрыва околоплодного пузыря. (Безводный период свыше 4 часов ассоциируется с повышением риска передачи инфекции). По возможности свести к минимуму инвазивные процедуры (амниоцентез, взятие фрагмента плаценты на анализ, искусственный разрыв плодных оболочек, переливание крови, инвазивный мониторинг через кожу головы плода). Необходимо уменьшить количество процедур, связанных с контактом с материнской кровью (эпизиотомия, вакуум-экстракция при родах, наложение щипцов, отсасывание содержимого полости рта и носа новорожденного). Недопустимо использование общих ножниц для матери и ребенка. Соблюдая общие меры предосторожности, нет необходимости изолировать ВИЧ-положительных женщин или обращаться с ними иначе, чем с другими.

### **Уход за новорожденным сразу после рождения.**

- После родов свести к минимуму контакт между жидкими средами организма матери и ребенком.
- Строго соблюдать тепловую цепочку.
- Перерезать пуповину, предварительно наложив на нее небольшой марлевый тампон во избежание разбрызгивания крови.
- Все манипуляции с новорожденными, независимо от статуса матери по ВИЧ-инфекции, должны проводиться в перчатках до тех пор, пока не будет смыта материнская кровь и влагалищные выделения.
- После родов бережно обтереть и одеть ребенка.
- Обязательно продезинфицировать любые места введения инъекций на теле ребенка и использовать стерильные одноразовые шприцы (как и для всех детей).
- Хотя мать не кормит ребенка грудью, ребенка следует положить на тело матери для обеспечения контакта «кожа-к-коже».
- Соблюдать температурный режим при проведении всех процедур

**В послеродовом периоде,** согласно рекомендациям ВОЗ, грудное вскармливание ВИЧ-положительным женщинам запрещено. Женщину необходимо проконсультировать, почему важно защитить здоровье ее ребенка, как обеспечить заменители грудного молока для ее ребенка, а также дать ей практические советы, как объяснить членам семьи или другим людям, почему она не кормит ребенка грудью.



Для того, чтобы проинформировать женщину о риске, связанном с грудным вскармливанием или смешанным вскармливанием, а также чтобы помочь убедить ее в опасности передачи ВИЧ-инфекции при грудном вскармливании, может быть целесообразно дать ей следующую информацию об опасности передачи инфекции:

- Для матерей, кормящих своих детей грудным молоком в течение шести месяцев, опасность передачи инфекции в течение первых двух месяцев составляет 5-10% (DeCock и др., 2000 г.).
- Чем дольше мать кормит грудью своего ребенка, тем выше риск передачи инфекции. (Miotti, 1999 г.).
- Смешанное вскармливание не является безопасным вариантом. В одном исследовании было установлено, что у новорожденных детей, получавших смесь грудного молока и других продуктов и жидкостей, опасность передачи инфекции выше, чем у детей, получающих исключительно грудное вскармливание: суммарный риск составляет 26,1% в возрасте 6 месяцев и 35,9% в возрасте 15 месяцев (Coutsoudis и др. 2001).
- Замена на искусственные молочные смеси, допустимо если это приемлемо, осуществимо, доступно, непрерывно и безопасно.

В послеродовом периоде необходимо проведение антиретровирусной терапии для матери и ребенка.

Применение антиретровирусных препаратов у новорожденных проводится в зависимости, какой категории женщина относилась в время беременности. Тщательное наблюдение за женщиной поможет избежать признаки послеродовой инфекции, возникающей более часто у ВИЧ-положительных матерей. Мать нуждается в предоставлении информации о том, как ей следует ухаживать за ребенком, снижая риск контакта с ВИЧ-инфекцией. Важно проконсультировать женщину об имеющихся для нее возможностях планирования семьи. У нее не будет преимуществ грудного вскармливания как метода контрацепции в течение первых месяцев после родов. Ей также понадобится думать о методах избежания передачи ВИЧ-инфекции возможным половым партнерам. Регулярное наблюдение за развитием ребенка включает наблюдение за ростом и развитием ребенка, диагностику при помощи теста на антитела к ВИЧ через 15 месяцев после рождения (до этого возраста у ребенка будут выявляться материнские антитела к ВИЧ, поэтому результаты теста будут положительными независимо от того, инфицирован ли ребенок или нет).

### **Защита медицинских работников от ВИЧ-инфекции.**

Медицинские работники чаще заражаются теми же путями, как и остальные люди (т.е. при употреблении инъекционных наркотиков и половым путем), чем в медицинских учреждениях. Их необходимо проинформировать о том, как избежать заражения в своей личной жизни, так же как и всех других людей.

Риск передачи ВИЧ-инфекции медицинскому работнику от ВИЧ-положительного пациента составляет менее 1 случая из 300. Риск заражения ВИЧ от укола иглой шприца с ВИЧ-инфицированной кровью составляет 0,3%. При контакте



слизистых оболочек или поврежденной кожи с инфицированной кровью риск составляет 0,1%. Контакт небольших объемов крови с неповрежденной кожей не представляет риска. (Исследование методом «случай-контроль»: изучение сероконверсии ВИЧ среди медицинских работников после подкожного контакта с ВИЧ-инфицированной кровью: Франция, Великобритания и Соединенные Штаты Америки, январь 1988 г. август 1994 г. MMWR Morb Mortal Wkly Rep (1995 г.;44:929-933)).

Хотя соответствующие меры предосторожности против контакта с инфекцией должны быть приняты в медицинском учреждении, забота медицинских работников о предотвращении контактов с инфекцией не должна влиять на решение женщины рожать методом кесарева сечения или естественным путем (Технический бюллетень по вопросам кесарева сечения и ВИЧ-инфекции, Американский колледж акушеров и гинекологов). В случае нечаянного контакта проинформируйте пациента, порекомендуйте ему/ей, а также медицинскому работнику пройти тестирование на ВИЧ (и соответствующее консультирование), чтобы выяснить, является ли кто-либо из них уже инфицированным ВИЧ.

Если при оценке состояния имеется подозрение на ВИЧ-инфекцию, медицинскому работнику следует порекомендовать безопасный секс (как и всегда) и предложить **профилактику после контакта**. Одна из рекомендованных схем выглядит следующим образом:

- Начало в пределах 24 часов после контакта;
- 4-недельный курс двух лекарственных препаратов:
  - Зидовудин 200 мг трижды в день или 300 мг дважды в день,
  - Ламивудин 150 мг дважды в день.



## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ РОДОВ

Важно, чтобы весь медицинский персонал, присутствующий при родах, имел необходимые знания, навыки и оснащение для проведения чистых и безопасных родов. Они должны быстро распознавать возможные осложнения, и при необходимости, обращаться за акушерской помощью соответствующего уровня. Хотя беременность и роды представляют собой естественный процесс, не следует думать, что он свободен от риска. Женщины и дети страдают и умирают в результате того, что им не оказываются необходимый минимальный уход, на получение которого они имеют право.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет безопасные роды как чистые роды, которые ведет лицо, обладающее необходимыми навыками, и имеется доступ к экстренной медицинской помощи, если она необходима.

По мнению ВОЗ, для того, чтобы роды считались безопасными, они не обязательно должны происходить в условиях стационара. Роды на дому являются приемлемыми и поощряются во многих регионах планеты, как в развитых, так и в развивающихся странах. Однако, роды на дому могут быть безопасны для женщины только в том случае, если ее беременность и роды ведет лицо с необходимыми навыками и если имеется доступ к экстренной медицинской помощи при потребности. В последние годы появилось много альтернатив родам на дому и в больнице – это независимые родильные центры, родильные клиники или комнаты, похожие на домашние, в родильных стационарах. Целью всех подобных медучреждений является создание «домашнего» окружения для рождения ребенка, с одновременным обеспечением доступа к безопасному уходу. Их общая черта – предоставление женщине места с учетом ее пожеланий для рождения ребенка.

Чистыми считаются роды, проводимые медицинским персоналом в медицинском учреждении с соблюдением принципов чистоты: чистые руки персонала, чистая рабочая поверхность, чистое пересечение пуповины, чистая одежда для новорожденного.

В последнее время отношение к родам претерпело сильные изменения в пользу охраны и уважения достоинства и интимности для женщины во время всего процесса родов. Отмечено, что во время родов женщина становится более чувствительной, и поведение окружающих ее людей оказывает значительное воздействие. Даже такие простые примеры, как чье-то резкое слово или неумение объяснить женщине происходящее, может отрицательно сказаться на впечатлениях женщины. Отрицательные переживания во время родов могут самым негативным образом повлиять на выздоровление матери. В тяжелых случаях это может привести к отвращению к родам вообще. В свою очередь, это может повлиять на взаимоотношение матери и ребенка, а также на брачные отношения женщины, уже не говоря об осознании ею себя как женщины и матери. Поэтому необходимо понимать последствия нечуткого ухода за женщинами во время родов и по



возможности помочь формированию положительных эмоций у роженицы и у ее близких.

Отрицательные впечатления от применения родильного кресла, которое находилось к тому же перед открытой дверью, имелись у 71% женщин. Многие женщины запомнили болезненное вагинальное исследование при осмотре в родильном доме. Большинство женщин отметили унижение достоинства и неуважительное отношение со стороны медицинского персонала, принимающего роды. Почти треть женщин были обвинены в том, что осложнения в родах произошли по их причине. Эти и другие отрицательные факторы явились причиной того, что около 43 % женщин предпочитают рожать дома.

Большинство родов могут быть оценены как нормальные (возможно, около 85%), и только остающиеся 15% требуют специальной акушерской помощи.

Рутинное внутреннее обследование должно быть сведено до минимума, необходимого для обеспечения безопасных родов с медицинской точки зрения, и эти осмотры всегда должны проводиться при согласии и участии женщины. Кроме того, следует продумать создание соответствующих и достойных санитарных условий. Загрязнение постельного белья должно приниматься как ожидаемое явление, и женщины не должны чувствовать себя неловко, если это случится. Во многих случаях женщин поощряют к тому, чтобы они принесли собой халаты или другие гигиенические принадлежности, которые они желают иметь и использовать их до начала, во время или после родов. Надо позаботиться о том, чтобы женщинам не приходилось выходить в общие помещения во время или после родов. Кровати в родильном помещении должны быть отодвинуты от дверей и окон, чтобы оградить рожениц от взглядов прохожих.

Материнский и перинатальный уход должны удовлетворять физические, эмоциональные и психологические потребности матерей, новорожденных, отцов и семей в целом и должны иметь целостный подход.

Некоторые вмешательства во время родов, практикуемые в настоящее время в мире, следует считать эффективными. Однако там, где это возможно, многие медицинские вмешательства не должны применяться без веских доказательств того, что такое вмешательство будет эффективным, особенно в случае (но не исключительно) родов с низким риском.

**Информирование женщин.** Медицинские работники должны уважать информированный выбор пациентов касательно места рождения ребенка. Желательно заранее организовать посещение беременными родильного дома, в котором женщина планирует рожать. Женщине должна быть предоставлена информация о преимуществах и недостатках специфических процедур, которые ей планируется провести, она должна знать, на какой уход она может рассчитывать. Она имеет право сделать осознанный выбор, безопасный для нее и ребенка, имеет право отказа от лечения.

Медицинский работник, проводящий наблюдение за беременной, должен поощрять использование плана родов, составленного матерью. Женщинам следует



разрешать контролировать ход родов в той мере, в какой это возможно и безопасно. Информированное согласие и осознанный выбор женщиной плана родов вселяет в нее уверенность в благоприятном течении родов и послеродового периода, повышает ее удовлетворенность.

Необходимо уважать право матери на приватность и конфиденциальность там, где проходят роды.

**Присутствие партнера в родах.** Женщины, которых постоянно поддерживал партнер или кто-либо из персонала (один на один) (15 исследований, 12791 женщина), чаще имели спонтанное начало вагинальных родов. Им реже требовалось медикаментозное обезболивание, реже отмечалось недовольство опытом рождения. Было отмечено небольшое уменьшение частоты проведения электронного мониторинга плода (данные Hodnett ED, 2004). По результатам исследования, поддержка партнера в родах имеет ярко выраженное положительное влияние на прогресс родов, их исход, адаптацию матери в послеродовом периоде, отношения между матерью и ребенком и грудное вскармливание, а также на адаптацию супругов. Значительно сокращалась продолжительность родов, уменьшалось число кесаревых сечений и потребность в экстренной помощи новорожденному. Постоянная поддержка в родах оказывала больший эффект, если она проводилась не медицинским персоналом и с самого начала родов.

Одной из наиболее эффективных технологий в родах является постоянная поддержка «одна женщина – одна акушерка». Это вмешательство не имеет побочных эффектов или рисков. Роль акушерки заключается в физической и эмоциональной поддержке в течение всего процесса родов, а не только в простой регистрации всех важных клинических симптомов. Принимая во внимание положительный эффект данного вмешательства, многие медицинские ассоциации пропагандируют партнерские роды как основной элемент улучшения здоровья матери и ребенка. Таким образом, присутствие партнера на родах должно быть не только разрешено, но и активно поощряться.

Иногда идеальным сопровождающим лицом на родах будет муж / партнер женщины; в других ситуациях лучше, если это будет другая женщина. Это может быть мать (или свекровь) роженицы, ее сестра или подруга, а иногда просто женщина, которую предлагает роддом, но с которой роженица до родов не была знакома. В любом случае, выбор партнера должен стоять за роженицей.

Доказано, что поощрение женщины к родам с партнером (или двумя), которого она выбрала сама, имеет больший положительный эффект на исход родов, чем большинство часто используемых вмешательств, которые часто в ходе качественных исследований оказываются бесполезными. ВОЗ пропагандирует партнерские роды как важнейший элемент ухода, направленного на улучшение здоровья матерей и детей (2004).

Рождение ребенка является уникальным событием, которое приносит длительное удовлетворение женщине и тем лицам, которые вместе с ней разделили это событие.



**Отказ от бритья волос на лобке и промежности.** Бритье лобка перед родами назначалось по причине убежденности в том, что эта процедура снижает риск возникновения инфекций у матерей и детей, а также облегчает и делает более безопасным наложение швов на промежность. Эти взгляды изменились под влиянием двух небольших рандомизированных исследований, одно из которых было проведено в 1922 году!!! В этих исследованиях не удалось выявить какого-либо влияния бритья лобка на возникновение послеродовых инфекций. Эти исследования показали более высокую бактериальную колонизацию кожи у женщин, которые подвергались бритью. Рандомизированные исследования, изучавшие предоперационное бритье у хирургических пациентов, также не выявили пользы от этой процедуры (2000). Бритье нарушает целостность кожи, вызывает зуд и раздражение по мере отрастания волос, это довольно унижительная процедура. Рутинное бритье женщин даже увеличивает возможность инфицирования ВИЧ или гепатитом В или С.

**Отказ от очистительной клизмы.** Результаты двух рандомизированных клинических исследований, проведенных среди 665 женщин, не показывают четкой разницы в уровнях инфекций у послеродовых женщин или новорожденных детей. Нет достаточных доказательств эффективности рутинного использования клизмы в первом периоде родов. Проведение клизмы имеет свои риски (возможны, хотя и редко такие осложнения, как раздражение прямой кишки, колит, гангрена, анафилактический шок). К тому же женщины находят эту процедуру не очень приятной и комфортной. Почти половина женщин испытывала смущение, дискомфорт или нежелание подвергаться данной процедуре (1999).

Другой эффективной технологией является **отказ от запрещения приема пищи и воды во время родов.** Подобное запрещение приводит к таким негативным последствиям как ослабление родовой деятельности, дистоция шейки матки, увеличение кетоновых тел в моче (Enkin M et al 2000). Во многих странах опасность аспирации желудочного содержимого (синдром Мендельсона) заставляла ограничивать применение пищи и жидкости в родах при возникновении необходимости эндотрахеального наркоза. Доказано, что ограничение питания в родах вовсе не гарантирует защиты от возникновения вышеописанного синдрома. Роды требуют энергетических затрат. Так как продолжительность родов не может быть предсказана, источник энергии должен постоянно восполняться. Резкое ограничение питания в родах ведет к дегидратации и ацидозу, которые могут быть предотвращены путем приема жидкости внутрь и приемом легкой пищи во время родов. По сути, женщины во время родов сами интуитивно ограничивают в себя в чрезмерном приеме пищи, ограничиваясь обычно питьем, печеньем или шоколадом.

**Нефармакологические методы обезболивания** – еще одно эффективное вмешательство, рекомендуемое при родах. Для этого используются техника релаксации, поглаживания, массаж и контр-давление различных частей и точек тела роженицы, погружение в воду или принятие душа, холодный или горячий компресс. В некоторых случаях хороший эффект оказывает гипноз, музыкальная или аудио-



анальгезия. Эти технологии не так эффективны, как эпидуральная анестезия или другие фармакологические методы обезболивания. Однако, нефармакологические методы обезболивания могут помочь многим женщинам справиться с болью без побочных эффектов или осложнений. Очень важно эмоционально поддерживать и поощрять женщину, хвалить ее за то, как хорошо она справляется с болью в родах.

**Свободный выбор позиции женщины в первом и во втором периодах родов.** Результаты нескольких исследований указывают на то, что традиционная позиция в родах лежа на спине может негативно повлиять как на состояние плода, так и на прогресс родов, т.к. в такой позиции нарушается кровоснабжение матки и снижается эффективность схваток. Хождение во время схваток и вертикальное положение, принимаемое роженицей, способствует укорочению времени родов. Значительно уменьшается применение анальгетиков и других медикаментозных средств, в частности окситоцина. Снижается количество инструментальных родоразрешений и эпизиотомий. Одно исследование показало значительное снижение числа нарушений сердечного ритма плода и низких оценок плода по Апгар у женщин, находившихся в вертикальном положении (Enkin M et al, 2000). Частое изменение положения тела матери может быть одним из способов устранения таких негативных эффектов положения лежа на спине. Однако, если женщина во время первого периода родов предпочитает лежать на спине, ей надо посоветовать повернуться на левый бок во избежание синдрома нижней полой вены. Женщин нужно поощрять рожать в той позиции, в какой им наиболее удобно. Ниже приведены возможные положения рожениц во время родов.





Рис. 15. Свободный выбор позиции женщины в родах.

**Отказ от рутинной кардиотокографии КТГ** в первом периоде родов. Применение КТГ (при поступлении) не имеет преимуществ по сравнению с периодической аускультацией, но приводит к увеличению количества вмешательств (эпидуральная анестезия), родостимуляция, оперативное родоразрешение (Mires G et al, 2001). Поэтому в группе родов низкого риска он не рекомендован (**Lancet 2003**).

**Ведение партограммы.** Для наблюдения за общим состоянием матери и ребенка, регистрация жизненно важных признаков (температура, пульс, кровяное давление, анализ мочи, частота сердцебиения плода), должна проводиться через определенные интервалы времени. Необходимо также регулярно через равные промежутки времени фиксировать силу и частоту схваток. Графики для записи такой информации должны быть составлены таким образом, чтобы можно было при первом взгляде определить состояние матери и плода. Примером такой графической записи является партограмма, где в наглядной форме представлены все особенности течения и прогресса родов. Партограмма составлена таким образом, чтобы как можно раньше было возможным распознать возникающую проблему, поэтому для медицинского персонала – это очень ценное средство для раннего определения возникающих во время родов проблем.



**Отказ от рутинного управления потугами во втором периоде родов.** Выжидательное ведение второго периода родов в фазе опускания головки (от полного раскрытия шейки матки до того момента, пока женщина не почувствует непреодолимого желания тужиться) целесообразно в случае удовлетворительного состояния матери и плода, а также при нормальном продвижении/опускании плода. Чем дольше период активных потуг, тем выше риск послеродового кровотечения, внутриматочной инфекции и перинатальной заболеваемости. Активные потуги в начале второго периода родов приводят к увеличению частоты тяжелых или травматических инструментальных родов.

Задержка дыхания, раннее начало потуг, произвольное ограничение длительности второго периода родов, в сочетании с позицией на спине, являются факторами увеличения риска дистресса плода.

Управление потугами имеет только одно преимущество - укорачивает второй период родов. Гораздо больше у этой практики недостатков, имеющих большую клиническую значимость: изменения числа сердечных сокращений, снижение притока крови к матке, снижение насыщения плода кислородом, нарушения сердечного ритма плода и низкая оценка плода по шкале Апгар.

Рекомендуется не регулировать потуги, давая возможность женщине тужиться естественно, без глубокого вдоха и задержки дыхания. После врезывания головки плода мать просят часто дышать или глубоко выдыхать, обеспечивая медленное продвижение головки и сводя к минимуму риск повреждения головки и родовых путей.

**Отказ от защиты промежности.** Нет достоверно подтвержденных данных в необходимости проведения защиты промежности.

**Отказ от проведения рутинной эпизиотомии.** Рутинная эпизиотомия не снижает число травм плода, не препятствует последующему расслаблению таза. Однако ее проведение предрасполагает к повреждениям ректального сфинктера и слизистой прямой кишки (Thorp, J. & Bowes, W. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160).



# ПАРТОГРАММА

Фамилия

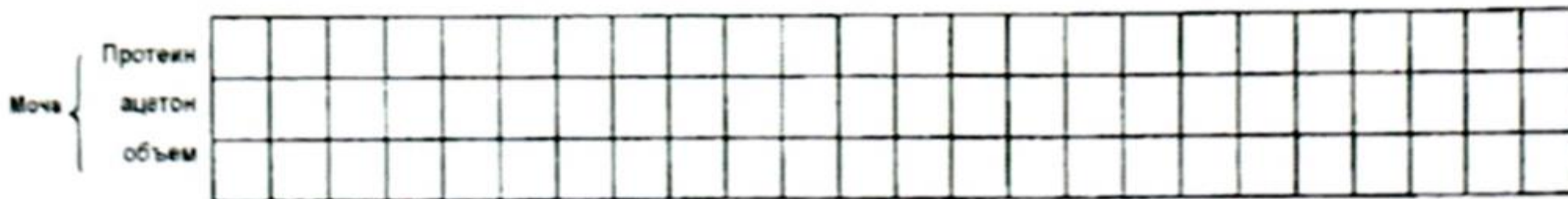
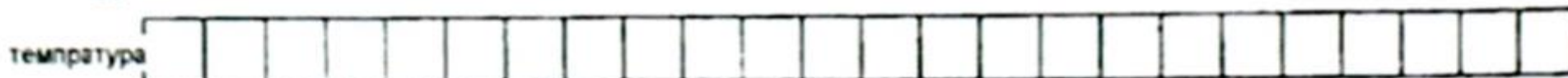
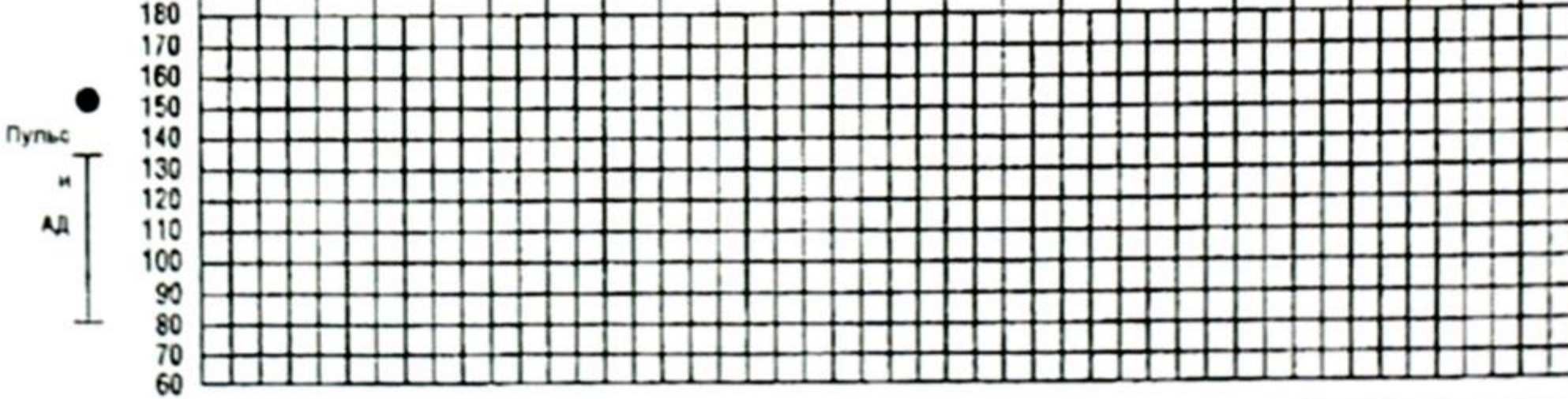
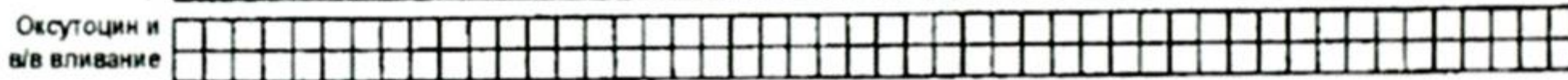
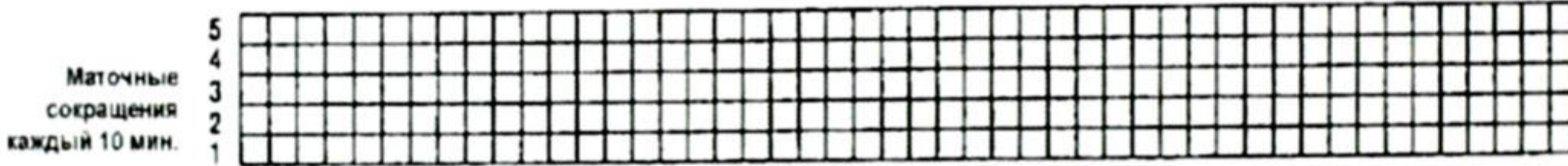
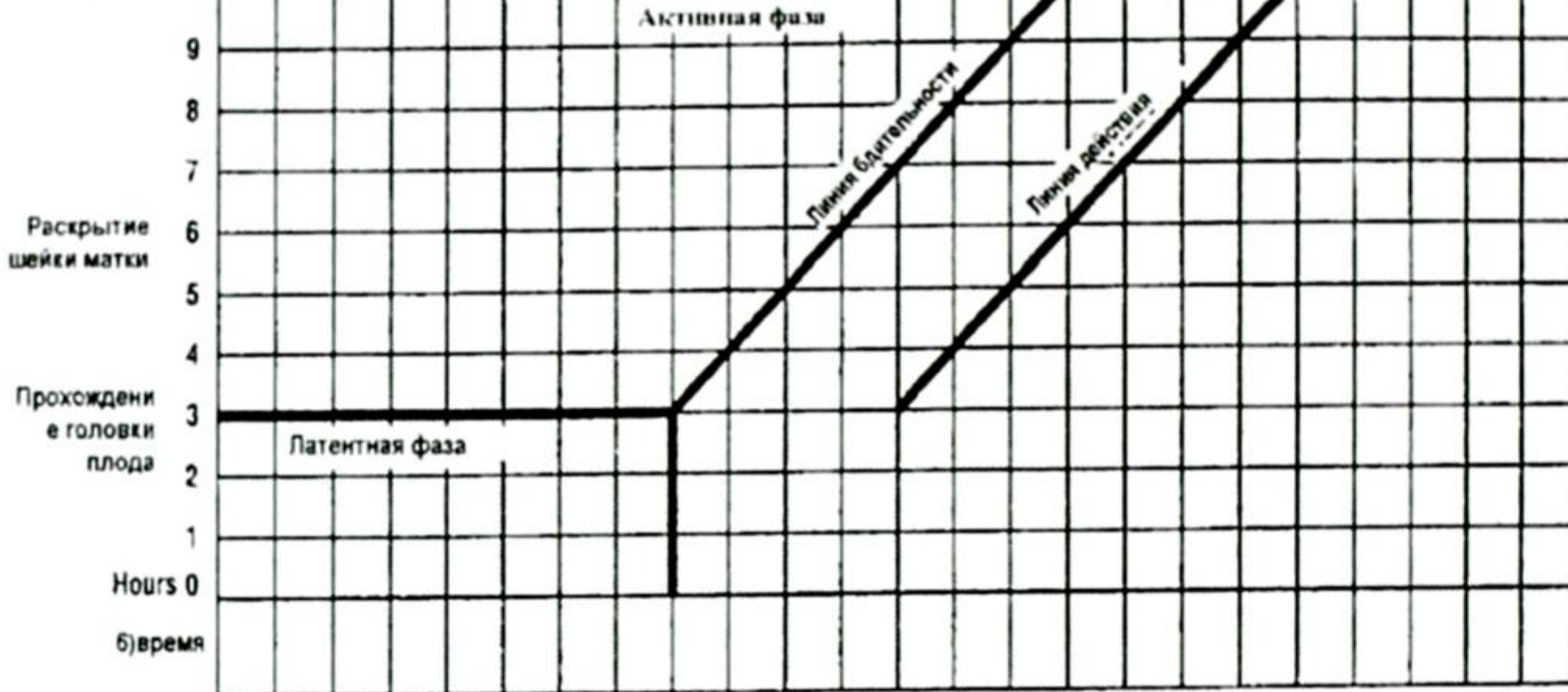
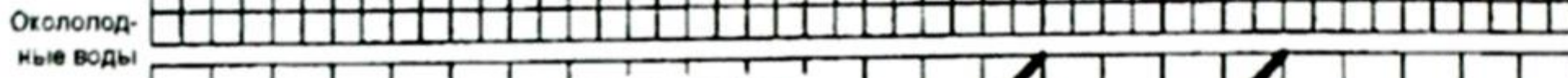
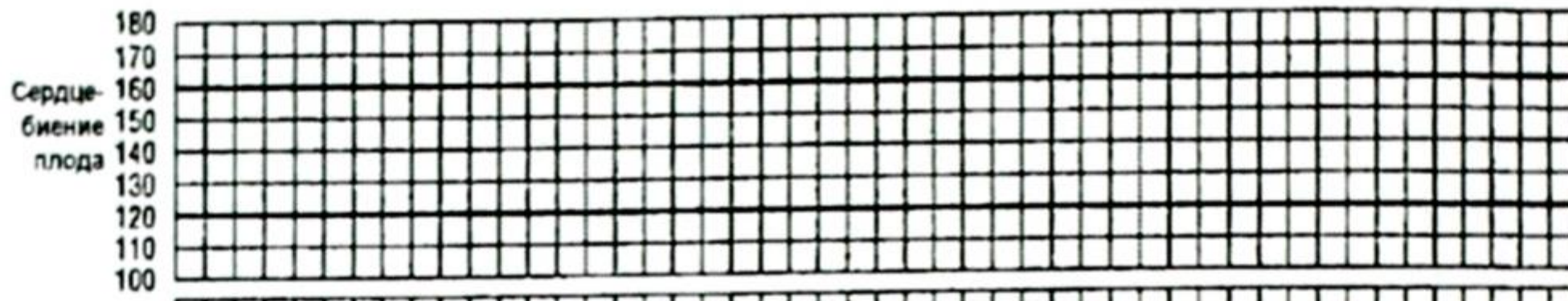
Беременность

Регистрационный номер

Дата поступления

время поступления

время отхождения вод



ИФО 44527



**Активное ведение третьего периода родов,** с профилактическим применением средств, вызывающих сокращение матки и контролируемой тракцией пуповины: уменьшает послеродовую потерю крови, сокращает продолжительность третьего периода родов, уменьшает потребность в терапевтическом применении сокращающих средств. Однако, эффект данного вмешательства будет иметь место при соблюдении всех этапов, а именно:

- профилактическое введение окситоцина (10 МЕ в/м) в течение первой минуты после рождения ребенка или после рождения переднего плечика;
- перевязка и пересечение пуповины к концу 1-ой минуты;
- контролируемые потягивания за пуповину;
- наружный массаж матки.

Важным моментом при ведении третьего периода родов является осмотр плаценты и плодных оболочек на предмет их целостности.

После обзора существующих доказательств, Международная Федерация Акушеров и Гинекологов (FIGO) и Международная Конфедерация Акушеров (ICM) пришли к соглашению, что активное ведение третьего периода родов - это технология с доказанной эффективностью в снижении частоты послеродовых кровотечений, объема кровопотери и использования переливания крови. Активное ведение третьего периода родов должно быть предложено женщинам, так как оно снижает частоту послеродовых кровотечений из-за атонии матки.

#### **Нет доказательств эффективности:**

- катетеризации мочевого пузыря;
- использования пакетов со льдом на низ живота;
- рутинного (без показаний) осмотра шейки матки после родов;
- обработки влагалища антисептиком после родов;
- раздражения сосков молочных желез для лучшей сократимости матки;
- ушивания всех мелких трещин и многих других процедур.

Для каждого вмешательства необходимо обоснование, особенно в случаях, когда вмешательства связаны с потенциальными рисками для пациента или являются неудобными, болезненными процедурами или вызывают серьезный дискомфорт. Вмешательство оправдано только в том случае, если состояние матери или ребенка внушает тревогу и налицо показания для такого вмешательства.

Всегда нужно помнить, что первые несколько минут и часов контакта между матерью и новорожденным (и партнером, если он присутствует) – это особенные моменты в их жизни. Возможно, они запомнятся женщине навсегда и оставят неизгладимое впечатление. Чувства, разбуженные в этот момент, могут еще долгие годы влиять на отношения матери и ребенка. Очень важно, чтобы медицинские работники с пониманием относились к этому впечатляющему периоду и предоставили семье поддержку, похвалу и одобрение.



## УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОДОВ И В ПЕРВЫЕ 7 ДНЕЙ ПОСЛЕ РОДОВ

При уходе за новорожденным необходимо соблюдение 12 основных принципов (шагов) ухода за новорожденным, которые направлены на то, чтобы помочь ребенку адаптироваться к внешнему миру:

1. Подготовить помещение для родов.
  2. Обсушить ребенка.
  3. Оценить состояние ребенка.
  4. Классифицировать, принять меры.
  5. Очистить дыхательные пути (при необходимости).
  6. Передать ребенка матери для контакта «кожа к коже».
  7. Пережаты/перерезать пуповину.
- Шаги 2-7 осуществляются в первую минуту после рождения.
8. Начать грудное вскармливание.
  9. Провести профилактические процедуры (обработка глаз).
  10. Не оставлять мать и ребенка одних.
  11. Провести осмотр, взвесить, измерить и обработать ребенка.
  12. Организовать круглосуточное совместное пребывание с матерью.

**Шаг 1.** Все роды должны проходить в помещении, которое должно быть индивидуальным, чистым, теплым (температура не должна быть ниже 25 °С), без сквозняков и хорошо освещенным. Обстановка должна быть как можно более приближенной к «домашней», ориентированной на семью.

Необходимо наличие оснащения для свободного выбора позиций в родах (родовые шары, стульчики, шведская лестница или перекладина и др.). ключевой фигурой в родильной комнате должна быть акушерка.

Для каждого новорожденного необходимо подготовить оборудование:

- Чистый стол с источником лучистого тепла.
- Теплые полотенца/пеленки для обсушивания ребенка.
- Теплая шапочка, носочки и одеяло для ребенка.
- Оборудование для санации верхних дыхательных путей.
- Набор для пережатия/перерезания пуповины.
- Оборудование для реанимации новорожденного (мешок Амбу, маски для новорожденного).
- Электронный или ртутный термометр с минимальным значением ниже 35°С.
- Основные препараты (препараты для реанимации, витамин К, мазь для профилактики офтальмии).
- Инкубатор или кроватка с подогревом (для внутренней транспортировки).

**Шаг 2.** Обсушите ребенка во избежание гипотермии. Испарения с поверхности кожи приводят к снижению температуры тела через несколько секунд после рождения. Это наиболее интенсивный сенсорный стимул, вызывающий



спонтанное дыхание после родов. Эта потеря тепла носит физиологический характер и ее невозможно избежать. Но если охлаждение продолжается минутами дальше, то температура тела снизится ниже 36 градусов и разовьется гипотермия. Потому сразу же после родов необходимо немедленно обтереть тело новорожденного, поменяв первое влажное полотенце на сухое. Обсушивание ребенка стимулирует дыхание, являясь одновременно профилактикой потери тепла и мерой тепловой защиты младенца. Ребенок, рожденный в родзале при температуре 23<sup>0</sup>С, испытывает такие же ощущения, как и раздетый взрослый человек при 0<sup>0</sup>С.

Акушерка принимает ребенка в сухую и теплую пеленку и тщательно его вытирает; мокрая пеленка выбрасывается. Необходимо сразу же положить ребенка на обнаженную грудь матери и продолжать тщательно обтирать ребенка сухой теплой пеленкой, в особенности живот и голову.

**Шаг 3.** Сразу же после рождения проведите **оценку состояния** ребенка для определения новорожденных, нуждающихся в специальном уходе (например, реанимация или немедленная помощь по причине тяжелого порока) и здоровых детей, которые могут оставаться с матерями. Проводить оценку состояния ребенка нужно во время обсушивания по параметрам, включающим дыхание, частоту сердечных сокращений, наличие родовых травм или дефектов.

**Шаг 4.** Классификация новорожденного. При рождении возможны 4 типа ситуаций:

1. Ребенок с весом более 2,500 г и гестационным возрастом более 37 недель. Ребенок кричит, хорошо дышит, ЧСС более 100 ударов в минуту. У ребенка нет серьезных пороков. Ребенка нужно положить на грудь матери, в идеале он должен находиться в контакте «кожа к коже» 2 часа. Начать грудное вскармливание (**уход за здоровым ребенком**).

2. Ребенок дышит неадекватно (отсутствует самостоятельное дыхание). Нужно как можно скорее начать реанимацию мешком и маской.

3. Ребенок родился с низким весом менее 2,500 г, или срок гестации менее 37 недель. Маловесные дети подвергаются большему риску возникновения дыхательных проблем, гипотермии и гипогликемии, поэтому они нуждаются в особом уходе. Тем не менее, многие из маловесных детей не «больны» и могут находиться с матерью в родзале под тщательным наблюдением персонала (кроме очень маловесных детей весом менее 1,500 г). Необходим **специальный уход за маловесным ребенком**.

4. Ребенок рождается с тяжелыми пороками, требующими немедленного вмешательства, например, расщелина позвоночника или гастрошизис. Необходим **надлежащий уход за ребенком с врожденным пороком/родовой травмой**.

**Шаг 5.** Санация верхних дыхательных путей не обязательна для всех детей. Ее следует проводить в случае, если околоплодные воды окрашены кровью или меконием или при проведении реанимации. Для этого используют грушу/катетер. Если нет мекония в околоплодных водах, очищение проводят не дольше 5 секунд,



заводя наконечник не глубже чем на 5 см от края губ (доношенный ребенок) и 3 см от края ноздри.

**Шаг 6.** Дайте ребенка матери для контакта «кожа-к-коже». Любой специалист, занимающийся приемом родов, должен помнить о том, что новорожденный - это личность со своим нейросенсорным поведением, способностью видеть, чувствовать боль, тепло, холод, ощущать запахи и вкус, плакать счастливо или несчастливо. Помня об этом, мы должны обращаться с новорожденным, как с человеком.

В нескольких исследованиях было показано, что первые несколько часов после родов являются для матери особенным и чувствительным периодом, и именно этот период важен для установления связи между матерью и ребенком. Разделение матери и ребенка даже в течение 1-2 дней нарушает эту чувствительность и может иметь неблагоприятные последствия на отношении матери к уходу за ребенком и грудному вскармливанию.

После того, как ребенка вытерли, его следует завернуть в теплую пеленку для согревания и положить к матери. Она может приложить ребенка к груди, что даст ей возможность наблюдать за ним и прикасаться к нему. В течение 15-30 минут большинство детей начинает искать сосок материнской груди.

Ребенок должен оставаться с матерью столько, сколько она хочет (ночью и днем), безо всякого расписания кормлений; мать должна принимать активное участие в уходе за новорожденным, а это возможно только в том случае, когда мать и ребенок находятся в одной комнате.

В некоторых случаях ранний контакт между матерью и ребенком невозможен, потому, что либо мать должна восстанавливаться после операции или осложнений, либо ребенку необходим особый уход. В таких случаях период отдельного пребывания должен быть сокращен до минимума. Как только мать почувствует себя лучше или ребенок выздоравливает, матери следует разрешить частые посещения детского отделения, чтобы она имела возможность как можно раньше начать заботиться о ребенке.

**Шаг 7.** Пережатие и пересечение пуповины. Наиболее оптимальное время для пережатия пуповины – конец первой минуты после рождения. Если новорожденный лежит на груди у матери, пуповину можно не пережимать до момента прекращения пульсации. Раннее пережатие пуповины показано только в экстренных случаях (потребность в реанимации). Для пересечения пуповины следует использовать стерильное лезвие или ножницы. Перед пересечением необходимо накрыть участок пуповины марлевой салфеткой во избежание разбрызгивания крови, рассечь пуповину между двумя зажимами (первый зажим накладывается на 2 пальца, второй зажим - на 4 пальца от живота ребенка). Наиболее надежным методом перевязки пуповины является использование резинового кольца. Пережав пуповину щипцами и перерезав ее, пуповину перетягивают резинкой с помощью щипцов. Культю пуповины следует держать сухой, чистой и не накладывать никаких повязок или перевязок.



**Шаг 8.** Раннее начало грудного вскармливания. Необходимо помочь матери и ребенку с первым кормлением. Сразу же после родов здоровый ребёнок начинает инстинктивный поиск пищи. Первые пару часов жизни новорожденный бодрствует, он активен и готов к кормлению. Ребёнок может быть менее активным, если матери были даны лекарственные препараты во время родов. Находясь на животе матери, здоровый доношенный новорождённый в состоянии подползти к материнской груди. Если ребёнку не мешать и не давать успокоительных средств, он сам найдёт грудь, как правило, в течение первого часа жизни. Возбуждение грудного соска стимулирует производство окситоцина в организме женщины, а это, в свою очередь, содействует рождению плаценты. Некоторые новорождённые бодрствуют у груди первые пару часов после кормления, другие сразу же засыпают, и готовы к кормлению, только проснувшись. Роды считаются завершёнными только после того, как ребёнок успешно перейдёт от плацентарного кормления к грудному.

Матери надо помочь приложить ребенка к груди: убедиться, что ей удобно, она расслаблена, показать, как правильно держать ребенка:

- Голова и туловище ребенка находятся на одном уровне;
- Рот напротив соска – не ниже, не выше, не слишком далеко;
- Туловище ребенка близко прижато к телу матери;
- Мать должна поддерживать тело ребенка снизу (если ребенок новорожденный).

Ей необходимо показать, как держать грудь: пальцами, прижатыми к стенке грудной клетки; поддерживая грудь указательным пальцем под грудью, большой палец находится сверху груди; соском прикасаться к губам ребенка. Подождав, пока ребенок широко откроет рот, быстро придвинуть ребенка к груди (нижняя губа ребенка должна быть вывернута, большая часть ареолы видна над верхней губой, а не под нижней). Если нужно, провести попытку еще раз.

**Шаг 9.** Проведение профилактических процедур (обработка глаз с целью профилактики гонореи, вакцинация БЦЖ).

В регионах с высокой частотой гонореи одинаково эффективно профилактическое лечение с помощью 1% нитрата серебра, 1% тетрациклиновой и 0,5% эритромициновой мазей. ВОЗ рекомендует использовать 1% тетрациклиновую мазь, которая безвредна, эффективна и недорога. Основным недостатком нитрата серебра является то, что этот препарат часто вызывает химический конъюнктивит. Обработку глаз следует провести не позднее конца первого часа после рождения.

Прививку БЦЖ следует сделать всем новорожденным внутрикожно до выписки из роддома.

**Шаг 10.** Наблюдение за ребенком в течение 2-х часов включает повторную оценку дыхания ребенка через 15 минут после рождения, затем – каждые 30 минут. Частота дыхания новорожденного в норме составляет 30-60 в минуту. Необходимо проверить цвет кожных покровов через 15 минут после рождения, потом – каждые 30 минут. Температуру ребенка в подмышечной впадине проверяют через 30 минут и через 2 часа после рождения (в норме от 36,5 °С до 37,5 °С).



**Шаг 11.** Проведение полного осмотра ребенка следует отложить до окончания первого кормления, но в пределах нескольких часов после рождения. Следует оценить общий внешний вид ребенка, измерить его вес и рост. В карточке ребенка отмечается время первого прикладывания к груди, первого стула и мочеиспускания.

**Шаг 12.** Круглосуточное совместное пребывание с матерью способствует тепловой защите, грудному вскармливанию, сопротивлению инфекциям и становлению родственных уз. Только мать должна ухаживать за ребенком и касаться его; это способствует профилактике перекрестного инфицирования. В случае кесарева сечения мать и ребенок должны быть переведены на совместное пребывание, как только мать очнется от наркоза, а в уходе за ребенком должны помогать члены семьи.

Купание новорожденного (если его кожа сильно загрязнена кровью и меконием) желательно отложить на 2-6 часов. Ребенок должен, по возможности, быть завернут и находиться в тепле. Перед купанием необходимо:

- согреть часть комнаты или угол,
- использовать теплую воду, находиться близко к источнику тепла, распеленать ребенка, держа его на руках,
- быстрыми, нежными движениями обмыть ребенка,
- сразу же завернуть ребенка в сухое теплое полотенце и тщательно протереть его с головы до пяток,
- быстро укутать ребенка, не забыв надеть ему на голову шапочку, положить ребенка рядом с матерью и приложить его к груди.

**При оказании ухода,** например, при смене пеленок, необходимо следить за тем, чтобы ребенок не охлаждался, выполнять все процедуры быстро, постоянно держать ребенка укрытым.

**Пеленание.** Иногда после купания ребенка туго пеленают. Считалось, что пеленание ребенка защищает его от инфекций. Однако нет научных данных, доказывающих это. Предпочтительно одевать ребенка свободно в хлопчатобумажную одежду, или пеленать нижнюю часть тела, оставляя руки и голову свободными для движений. Тугое пеленание следует прекратить по нескольким причинам:

- блокирование движений диафрагмы снижает вентиляцию легких,
- снижается и нарушается циркуляция крови в некоторых частях тела,
- маленькая воздушная прослойка между телом ребенка и пеленками не позволяет удерживать тепло,
- ограничение движений конечностями ограничивает развитие нервно-мышечной координации,
- тугое пеленание с головой затрудняет грудное вскармливание, так как ребенок не может двигать головой и открывать рот достаточно широко, чтобы правильно прикрепиться к груди,
- запеленатые дети больше спят и меньше просят грудь, что в ранние сроки лактации мешает ее успешному установлению.



## **Задачи медицинского работника при наблюдении за новорожденным**

- Помочь женщине во время родов, сведя необходимость медицинского вмешательства к минимуму.
- Убедить женщину использовать те методы обезболивания, которые не мешают грудному вскармливанию. Избегать, по возможности, использование лекарств, вызывающих сонливость у ребёнка, если он получит их через плаценту.
- После родов, оставить ребёнка в непосредственном телесном контакте с матерью («кожа-к-коже») до окончания первого кормления.
- Дать матери и ребёнку возможность «общаться» друг с другом, не мешая им. Помочь, только если в этом есть крайняя необходимость, или если мать сама просит об этом. Отложить на час или два все традиционные процедуры, которые следуют после родов (взвешивание, одевание ребёнка). Всё это может подождать до того, как мать и ребёнок будут готовы расстаться.
- Уносить ребёнка от матери только, если это крайне необходимо. Как правило, предварительные наблюдения могут быть произведены, когда ребёнок находится у матери. Даже короткое расставание перед первым кормлением может мешать этому процессу.
- Если мать ребёнка находится под влиянием успокоительных средств или очень устала, помочь малышу найти грудь без её содействия.
- Убедить и помочь матери вступать в непосредственный телесный контакт с ребёнком («кожа-к-коже») как можно чаще в первое время после родов. Если для этого не было возможности в первые часы после родов, то упущенное можно успешно «наверстать» в первые дни или даже недели после родов.
- Не поощрять использование сосок и бутылочек во время начала лактации, пока ребёнок ещё только учится сосать грудь. Некоторые дети привыкают к соскам на бутылочках и начинают предпочитать их груди. Это, как известно, уменьшает шансы успешного грудного вскармливания.



## ПРИНЦИПЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Кормление грудью необычайно важно для здоровья ребенка, его роста и развития в неонатальном периоде, младенчестве и детстве. Пользы от грудного вскармливания больше, если мать начнет кормить ребенка в течение первого часа после родов, если ребенку дают грудь, когда он хочет, и если между кормлениями грудью ему никакого другого питания не дают. Многие проблем неонатального периода можно избежать или уменьшить их тяжесть, если кормить грудью, следуя именно этим принципам. Такой подход поможет избежать такие проблемы как гипотермия, неонатальная гипогликемия, инфекции и неонатальная желтуха.

Грудное вскармливание защищает от смерти и болезней, как в постнатальный период, так и в течение всего периода младенчества и детства. Защитный эффект особенно сильный против инфекционных болезней, которые предотвращаются как через прямую передачу антител и других антиинфекционных факторов, так и через долговременную передачу иммунологической компетенции и памяти.

Риск болезней и госпитализации гораздо выше у детей, которые не получают грудного молока; такая ситуация сохраняется и в развитых странах, указывая на то, что у детей, находящихся на грудном вскармливании, гораздо меньше шансов заболеть каким-либо тяжелым заболеванием.

К числу подходов, позволяющих наладить грудное вскармливание, относятся:

- прикладывание ребенка к груди как можно раньше после родов;
- содействие грудному вскармливанию по требованию в течение 24 ч в сутки;
- совместное пребывание матери и ребенка в одной палате в течение всех 24 ч в сутки;
- обеспечение матери информацией о преимуществах грудного вскармливания и опасностях искусственного вскармливания;
- показ матери того, как правильно осуществлять кормление грудью, информирование матери о возможных проблемах;
- отказ от использования заменителей грудного молока и кормления из бутылочки;

Младенцы, вскармливаемые только грудным молоком, в 2,5 раза меньше подвержены заболеваниям. У них в 25 раз снижается вероятность смертности от диареи в течение первых шести месяцев жизни по сравнению с детьми, вскармливаемыми заменителями молока. Частые физические контакты, вызываемые грудным кормлением, рожают у младенца чувство постоянной защиты и тепла, а объединяющее взаимодействие между матерью и младенцем во время грудного кормления способствует развитию эмоций и социализации ребенка.

Грудное кормление также развивает материнское чувство и способствует успешному переходу матери от состояния беременности к послеродовому состоянию. Послеродовое кровотечение сводится к минимуму; грудное кормление сопровождается обратным сокращением матки под влиянием вырабатываемого окситоцина. Отсутствие месячных в период образования грудного молока позволяет



женщине сохранять протеин, железосодержащие и другие питательные вещества, необходимые для матери в послеродовой период.

В целом оценивается, что содействие и защита оптимального грудного вскармливания в развивающихся странах (кормление ребёнка исключительно грудным молоком в течение первых 4-6 месяцев жизни и далее в течение, по меньшей мере, первого года жизни с соответствующим прикормом) может ежегодно дополнительно спасти **два миллиона** детских жизней.

Грудное вскармливание имеет ряд преимуществ. Оно важно как для здоровья ребенка, так и для здоровья матери, для их взаимоотношений, так как способствует формированию между матерью и ребенком тесных, нежных взаимоотношений, от которых мать эмоционально получает глубокую удовлетворенность. Тесный контакт с ребенком сразу же после родов способствует налаживанию этих взаимоотношений. Этот процесс называется привязанностью или эмоциональной связью. Дети меньше плачут и быстрее развиваются, если они остаются со своими матерями и вскармливаются грудью сразу же после родов. Матери, кормящие грудью, ласково реагируют на своих детей. Они меньше жалуются, что ребенок требует к себе внимания и кормлений ночью. Матери значительно реже отказываются от своих детей или обижают их.

Грудное молоко обеспечивает ребенку лучшее питание и его рост, который продолжается, если в возрасте около 6 месяцев в рацион добавляются дополнительные продукты. Оно защищает ребенка от инфекций. В первый год жизни ребенка и старше его иммунная система еще неразвита и не может бороться с инфекцией так же эффективно, как иммунная система детей старшего возраста или взрослых. Таким образом, ребенок нуждается в материнской защите.

Дети, вскормленные грудью, реже страдают диареей, чем дети, вскормленные искусственно. Вещество, называемое *Bifidus factor*, помогает специальным бактериям расти в кишечнике ребенка, препятствуя росту других вредных бактерий. Молоко каждой матери имеет антитела, защищающие ребенка от болезней, действию которой она была подвержена. Таким образом, ребенка нельзя отлучать от матери при ее инфицировании, так как грудное молоко защищает его от инфекции.

Факторы роста обеспечивают развитие ребенка, созревание иммунной системы, центральной нервной системы и таких органов, как кожа.

Грудное вскармливание также предохраняет детей от респираторных инфекций. Так дети, находящиеся на искусственном вскармливании, в 3-4 раза чаще умирают от пневмонии, нежели дети, питающиеся исключительно грудным молоком. Имеются исследования, свидетельствующие о том, что грудное вскармливание также предохраняет детей и от других инфекций, например отита и менингита.

Желудочно-кишечный тракт ребенка лучше развивается при грудном вскармливании, охраняя его систему от проникновения чужеродных белков. Даже одна порция искусственного питания, данная ребенку в первые дни жизни,



увеличивает уровень опасности аллергических реакций и заболеваний. Все смеси, включая соевые, несут в себе риск аллергии.

Грудное молоко содержит наиболее подходящие белки в требуемых для младенца количествах, причем это молоко легко усваивается. Оно содержит также наиболее приемлемые жиры, содержащиеся в достаточном количестве основные жирные кислоты, необходимые для развития глаз и мозга младенца; кроме того, грудное молоко содержит липазу, помогающую переваривать жиры. Грудное молоко содержит надлежащее количество минералов, достаточное количество витаминов, если только мать не страдает их дефицитом. Эти и другие свойства делают грудное молоко очень ценным для питания детей.

Имеются доказательства снижения случаев синдрома внезапной смерти ребенка, снижение риска детского диабета, рака, ушных инфекций. У детей, находящихся на грудном вскармливании, лучшая реакция на вакцинацию и лучшая способность противостоять болезни. Отмечается уменьшение челюстных и стоматологических проблем (кариеса, связанного с употреблением сосок). У детей идет лучшее психомоторное и эмоциональное развитие, большая коммуникабельность.

Несомненна польза для здоровья матери. Окситоцин, который выделяется во время кормления грудью, способствует сокращению матки и остановке кровотечения после родов. Поэтому важно начинать кормление сразу после родов и продолжать его часто. Женщины, кормящие грудью, обладают запасом энергии, они вырабатывают молоко даже при ограниченном количестве потребляемых калорий. Понижается риск заболеваний раком яичников и груди. Частые кормления способствуют восстановлению менструаций и предохраняют от нежелательной беременности. На этом основан метод лактационной аменореи (МЛА), что сберегает запасы железа, а также позволяет увеличить разрыв между рождением детей. Однако, грудное вскармливание дает эффективный защитный эффект от возникновения новой беременности, если мать кормит грудью следующим образом:

- Исключительно грудным молоком, часто по требованию ребенка, днем и ночью.
- Кормит грудью, по крайней мере, 8-10 раз и более в течение 24 часов, с интервалом не более 5 часов между кормлениями.

Экономические преимущества грудного вскармливания включают снижение расходов и времени на медицинские консультации, лекарства, лабораторные исследования и госпитализацию, а также на приобретение искусственных смесей. Мать может использовать освободившиеся деньги на других членов семьи. Нет необходимости покупать смеси и оборудование для кормления, нет дополнительных затрат воды и топлива.

Существуют и экологические преимущества грудного вскармливания. Являющаяся результатом искусственного вскармливания «болезнь младенца, вскармливаемого из бутылочки», является болезнью, вызванной человеком, причиняющей ущерб здоровью и среде обитания путем напрасной траты уникального природного ресурса – грудного молока. Ключевыми словами экологии



являются: жизнь, чистота, природа. Все эти слова касаются грудного вскармливания. Грудное вскармливание способствует и благоприятствует росту и здоровому развитию человеческих особей; это – чистый природный ресурс, который «не взимает налога» со среды обитания.

В регуляции выработки молока принимают участие различные системы и органы женского организма.

Существуют разные формы и размеры груди, и выработка грудного молока не зависит от размера или формы.

В области ареолы расположено множество маленьких желез, так называемых желез Монтгомери, которые секретируют маслянистую жидкость для поддержания кожи в здоровом состоянии. Внутри молочной железы расположены альвеолы, в виде очень маленьких мешочков, образованных секретирующими молоко железами под действием гормона пролактина. Вокруг альвеол расположены мышечные волокна, которые сокращаются и выдавливают молоко под действием гормона окситоцина.

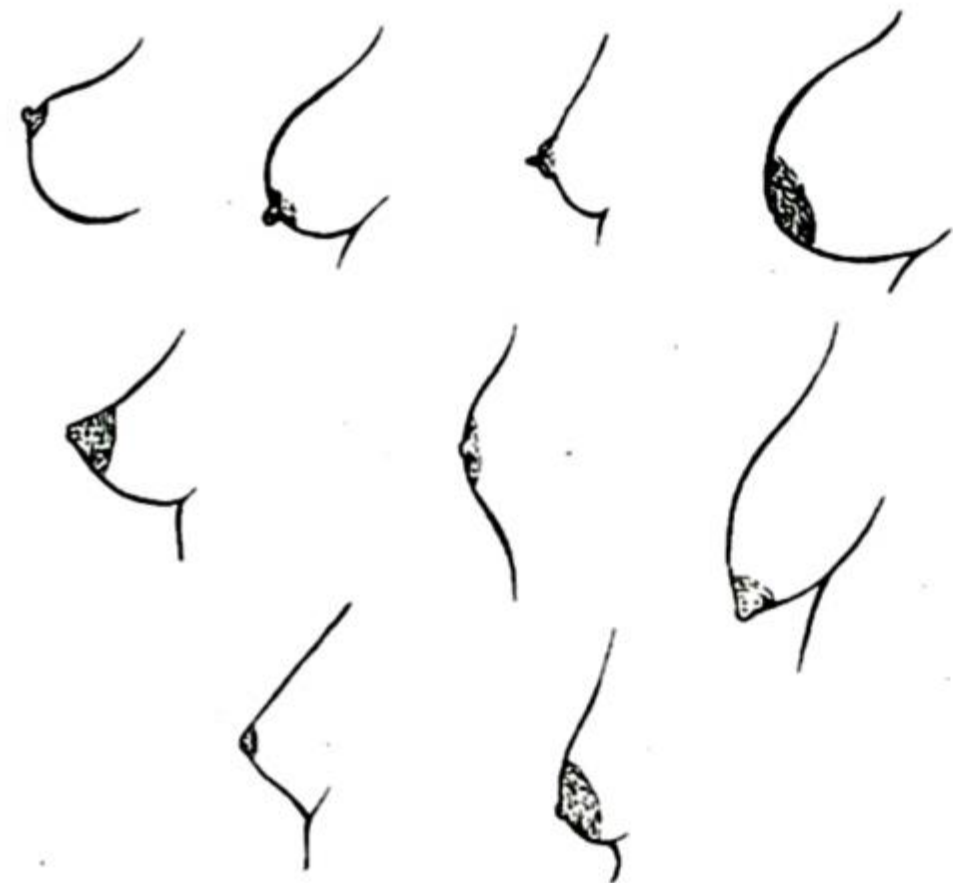
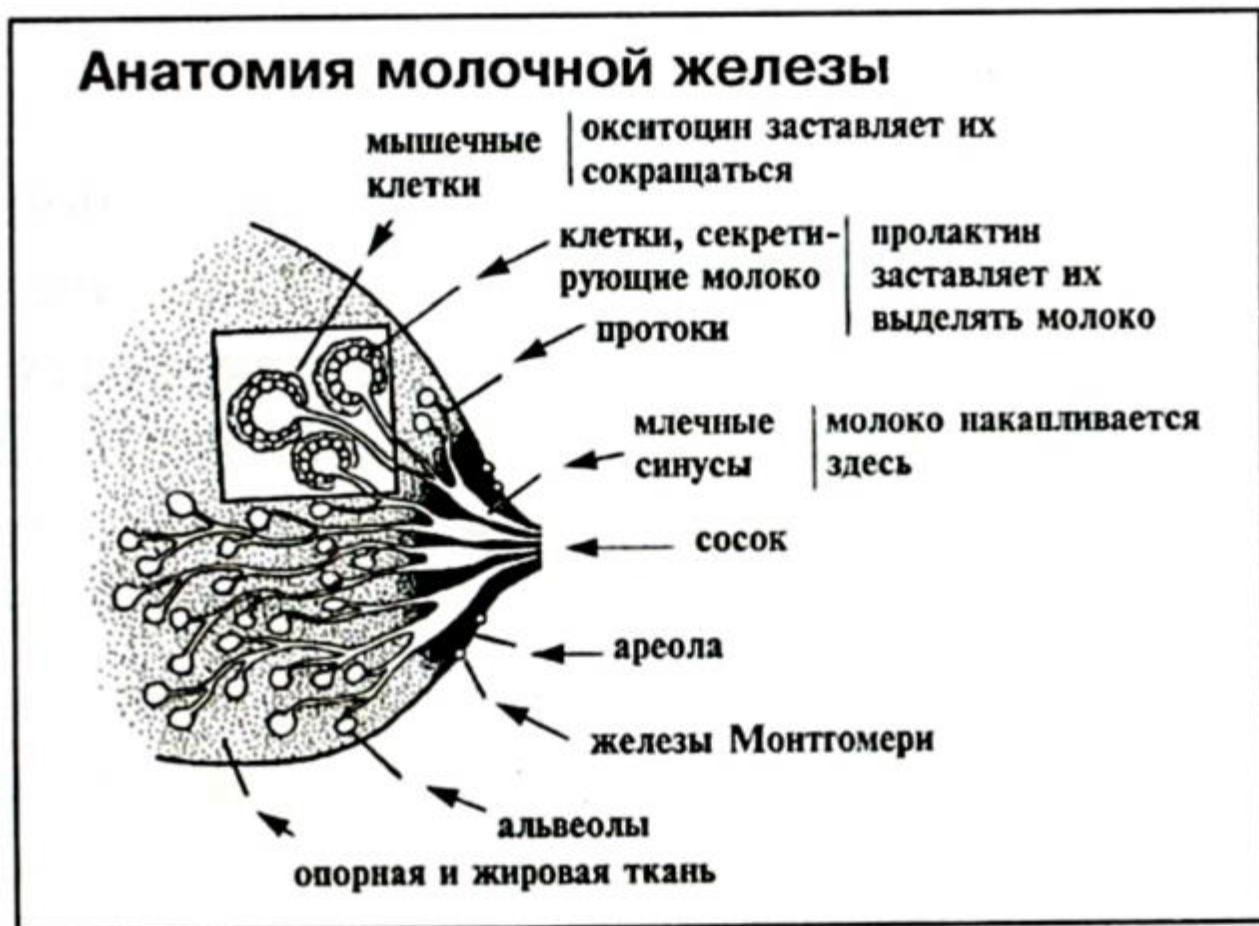


Рис.16. Анатомия молочной железы.

Через протоки молоко выходит из альвеол наружу. Перед выходом на сосок, протоки расширяются, образуя млечные синусы, в которых накапливается молоко для кормления. При входе в сосок протоки сужаются. Секреторные альвеолы и протоки окружены поддерживающей соединительной тканью и жиром. Именно эти ткани придают форму молочной железе и определяют ее размер. Как маленькие, так и большие груди содержат приблизительно одинаковое количество желез, которые способны вырабатывать много молока.

Во время сосания ребенком груди сенсорные импульсы поступают из сосков в молочные железы. В ответ на эти импульсы передняя доля гипофиза вырабатывает пролактин. Пролактин поступает в кровь молочных желез и стимулирует молочные секреторные железы вырабатывать молоко.





Рис.17. Механизм выработки грудного молока.

Большее количество пролактина в крови появляется через 30 минут после начала кормления, таким образом, это содействует продукции молока к следующему кормлению: в это кормление ребенок получает молоко, которое уже находится в груди. Это говорит о том, что чем больше ребенок сосет грудь, тем больше молока вырабатывается в молочных железах, Таким образом, чем больше ребенок сосет, тем больше вырабатывается молока. И наоборот, если ребенок сосет меньше, молочные железы вырабатывают меньше молока. Если ребенок прекращает сосать, молочные железы вскоре прекращают вырабатывать молоко. Ночью вырабатывается больше пролактина, следовательно, кормление грудью ночью особенно полезно для поддержания выработки молока.

Пролактин расслабляет мать и иногда вызывает сонливость; поэтому она обычно хорошо отдыхает, даже если кормит грудью ночью. Пролактин и связанные с ним гормоны, подавляют овуляцию. Таким образом, грудное вскармливание предупреждает наступление новой беременности. Кормление ночью особенно важно для этого эффекта.

Во время сосания ребенком груди сенсорные импульсы поступают от соска к головному мозгу. В ответ на это задняя доля гипофиза секретирует гормон окситоцин. Он поступает в кровеносные сосуды молочной железы и стимулирует сокращение мышечных клеток, расположенных вокруг альвеол. Молоко, собравшееся в альвеолах, поступает по протокам в млечный синус. Это и есть рефлекс окситоцина или рефлекс изгнания молока.



## Рефлекс окситоцина

*Вырабатывается ДО и ВО ВРЕМЯ кормления  
заставляет молоко  
ВЫДЕЛЯТЬСЯ*

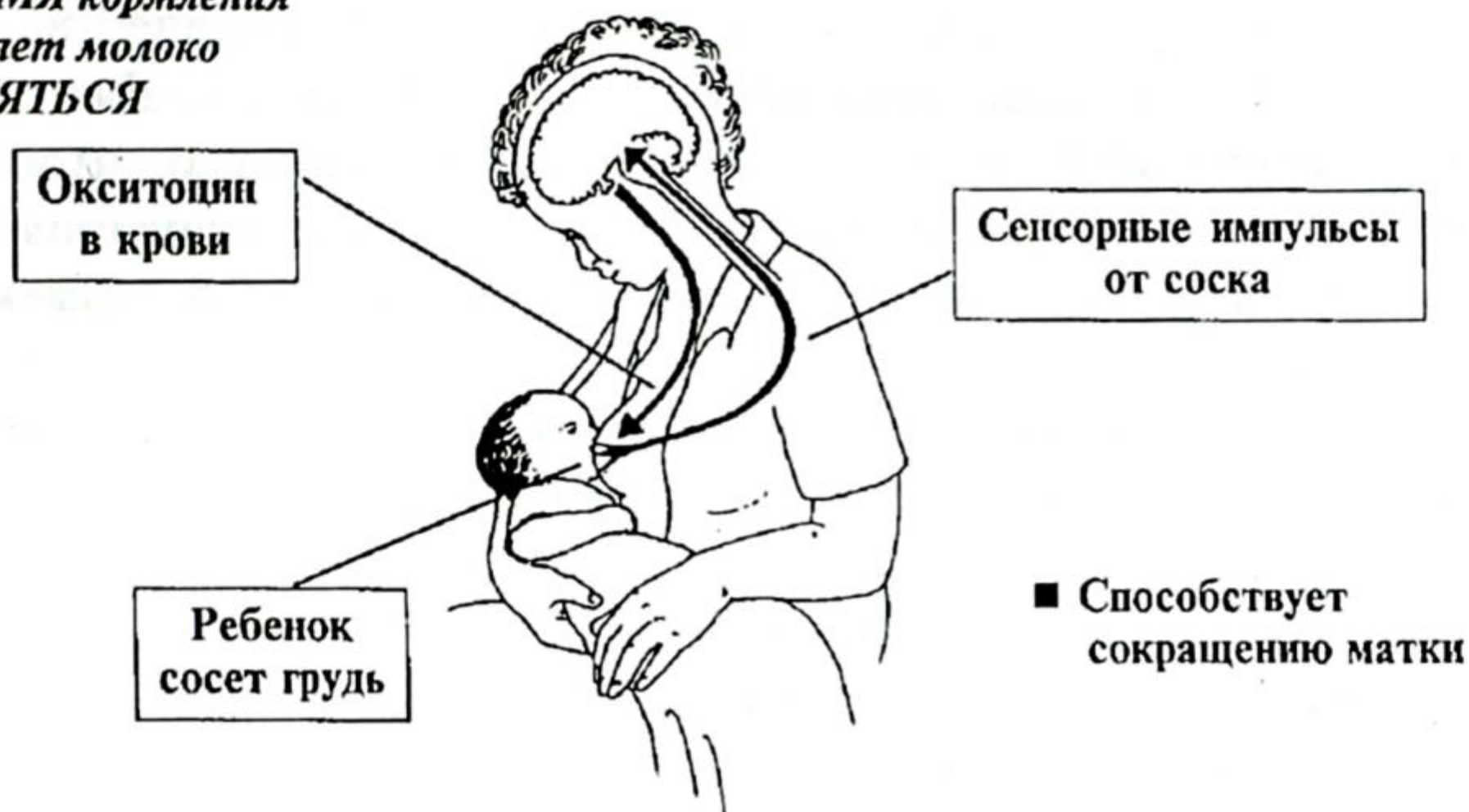


Рис.18. Рефлекс окситоцина.

Окситоцин вырабатывается значительно быстрее, чем пролактин. Он стимулирует поступление молока в молочные железы для **данного** кормления.

Следующей важной особенностью окситоцина является то, что он способствует сокращению матки после родов. Это, в свою очередь, останавливает кровотечение, но иногда вызывает маточные боли и прилив крови, и течение первых нескольких дней.

Приятные чувства, например, когда мать довольна ребенком, или с любовью относится к нему, или уверена, что ее молоко – это наилучшее для ее ребенка, – способствуют работе рефлекса окситоцина и оттоку материнского молока. Такие чувства, как прикосновение или созерцание ребенка или возможность слышать его плач – все это тоже способствует работе рефлекса. А неприятные чувства, такие как боль, или волнение, или сомнения относительно количества молока, могут сдерживать работу рефлекса и прекращать поступление молока. Признаками и ощущениями активного рефлекса окситоцина является:

- Сжатие или покалывание в молочных железах до начала кормления ребенка или во время кормления;
- Выделение молока из молочных желез, когда она думает о ребенке или слышит его плач;
- Выделение молока из одной груди в то время, когда ребенок сосет вторую грудь;
- Выделение молока из молочных желез тонкой струйкой, если ребенок отрывается от груди во время кормления;
- Боль при сокращении матки во время кормления в течение первой недели может быть достаточно сильной;



- Медленное глубокое сосание и глотание ребенком, что свидетельствует о поступлении молока в его рот.

Некоторые люди считают, что для того, чтобы у матери вырабатывалось больше молока, ей необходимо больше есть и пить, больше отдыхать или принимать медикаменты. Важно, чтобы мать ела и пила в достаточном количестве, но это не способствует производству молока, если ребенок не сосет грудь. Для того, чтобы молочные железы вырабатывали достаточно молока, необходимо, чтобы ребенок правильно и как можно чаще сосал грудь. Последние исследования выяснили технику сосания груди, так что теперь мы знаем разницу между эффективным и неэффективным сосанием.

Выработка окситоцина может быть временно понижена из-за резкой боли (трещина в соске), гормонального стресса, являющегося результатом сомнений, смущения, волнений, приема никотина и алкоголя.

Мать может справиться с этим следующим образом:

- Расслабиться и удобно устроиться для кормления.
- Избегать смущающих или стрессовых ситуаций.
- Сцедить немного молока и нежно стимулировать сосок.
- Попросить кого-нибудь помассировать ей верх спины, особенно вдоль позвоночника.
- Как помочь матери приложить ребенка к груди:
- Убедиться, что матери удобно, и она расслаблена.
- Сесть самому в удобное расслабленное положение.
- Показать, как держать ребенка
- Голова и туловище ребенка находятся на одной линии
- Рот напротив соска - не ниже, не выше, не слишком далеко
- Туловище ребенка близко прижато к телу матери
- Мать должна поддерживать тело ребенка снизу (если ребенок новорожденный).
- Показать матери, как поддерживать грудь: пальцами, прижатыми к стенке грудной клетки; поддерживая грудь указательным пальцем под грудью; большой палец находится сверху груди.
- Показать ей, как прикасаться соском к губам ребенка.
- Подождать, пока ребенок широко откроет рот.
- Быстро придвинуть ребенка к груди, направив его нижнюю губу достаточно дальше соска.
- Спросить мать об ее ощущениях и обратить внимание на реакцию матери.
- Проверить признаки хорошего прикладывания ребенка к груди.
- Попытаться еще раз, если нужно.

При плоских или втянутых сосках поможет «метод шприца» или вытягивание сосков перед кормлением.



Вследствие неправильного прикладывания к груди могут возникнуть некоторые проблемы.

1. Ребенок может причинить боль и повредить сосок. Стараясь получить молоко, ребенок усердно сосет, втягивая и выталкивая сосок, в результате чего, в этом месте кожа соска повреждается, и появляются трещины.

2. Ребенок неэффективно отсасывает грудное молоко. Это приводит к нагрубанию молочных желез. Ребенок становится неудовлетворенным, может много плакать и требовать частого кормления, что влияет на самочувствии матери.

3. Ребенку может не хватать молока, в результате он может вообще отказаться от кормления. Часто прекращается прибавка в весе.

4. Если молоко не отсасывается, молочные железы начнут вырабатывать меньше молока и молока действительно станет меньше.

Таким образом, неправильное прикладывание ребенка к груди может привести к кажущемуся и реальному уменьшению молока, что в свою очередь приведет к недостаточной прибавке в весе у ребенка и “неудаче” грудного вскармливания.

Явными (достоверными) признаками недостаточного количества молока являются плохая прибавка в весе (меньше 500 г. в месяц или через две недели вес стал меньше веса при рождении), редкие мочеиспускания. Если ребенок не удовлетворен после кормления грудью, часто плачет, часто и продолжительно кормится грудью, либо отказывается от груди, у него плотный, сухой или зеленый стул, а у матери не наблюдается увеличение молочных желез, молоко “не прибыло” (после родов), это может указывать на вероятные признаки недостаточной лактации.

На количество грудного молока не влияет возраст матери, половая жизнь, менструация, возраст ребенка, кесарево сечение, многодетность, возвращение на работу (если ребенок продолжает часто сосать) и др. В большей степени на выработку молока влияют следующее:

- Факторы, связанные с кормлением грудью
- Редкие кормления грудью
- Отсутствие кормления ночью
- Непродолжительные кормления грудью
- Плохое прикладывание к груди
- Плохое опустошение груди от молока
- Бутылочки, пустышки
- Введение прикорма
- Введение прикорма
- Психологические факторы, влияющие на мать
- Недостаток уверенности
- Беспокойство, стресс
- Неприятие ребенка
- Усталость



**Редкие кормления** являются распространенной причиной недостатка молока для ребенка. Если число кормлений меньше 5-6, это может быть причиной недостаточности молока. Причиной редких кормлений бывает то, что матери недостаточно отзывчивы на плач ребенка, иногда они пропускают кормления, бывают слишком заняты или на работе. Иногда ребенок бывает сонлив и не требует, чтобы его кормили чаще.

**Отсутствие ночных кормлений** может также привести к уменьшению количества молока у матери, особенно если она прекращает ночные кормления до того как ребенок проявит признаки насыщения.

**Короткие или торопливые кормления** приводят к тому, что ребенок не получает достаточного количества жирного “заднего” молока и, вместе с тем, не получает достаточно энергии.

**Неправильное прикладывание к груди** также является одной из причин недостаточного получения молока, т.к. ребенок, находясь в неправильном положении, сосет неэффективно. Это может вызвать у него желание сосать чаще и/или дольше.

**Плохое опустошение груди** приводит к тому, что в груди производится меньше молока. Это случается при нагрубании груди или молочном стазе.

**Применение бутылочек или сосок-пустышек** ведет к уменьшению сосания, в результате чего происходит уменьшение выработки молока.

**Введение докорма** раньше 4-6 месяцев также приводит к уменьшению количества грудного молока.

Для придания уверенности и оказания поддержки необходимо выслушать мать, помочь ей рассказать, что она чувствует, составить историю грудного кормления, оценить кормление грудью, осмотреть ребенка, осмотреть мать и ее молочные железы, постараться найти причину и помочь добиться эффективной лактации. Иногда бывает невозможно выяснить причину плохой выработки молока, или же, молока не прибавляется (ребенок не прибавляет в весе), несмотря на все старания. В таких случаях, нужно будет помочь матери подобрать подходящий заменитель грудного молока для ребенка. Однако, посоветуйте ей продолжать грудное вскармливание так долго, как это возможно; давать то количество заменителя грудного молока, которое необходимо ребенку для адекватного роста; давать заменитель из чашечки; давать заменитель один-два раза в день, чтобы ребенок продолжал часто сосать грудь.



## СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТИ

Первые упоминания о внезапной смерти младенцев можно найти еще в древних рукописях. Так, ассирийцы в 8-7 веках до н.э. использовали бронзовую голову Пацуцу, чтобы защититься от «Ламашту», которая нападала на плоды и новорожденных (Британский Музей, Сокровища Ассирии). Описание внезапной детской смерти имеется в Библии «...и умер младенец этой женщины ночью; ибо она легла на него....»

Синдром внезапной детской смерти (СВДС) - смерть ребенка в возрасте младше 1 года, которая остается необъяснимой после тщательного расследования, включая полное вскрытие, обследование места смерти и обзор истории болезни. Это определение было принято в 1991 году Национальным институтом здоровья детей и развития человека (США) в качестве «золотого стандарта» для постановки диагноза СВДС. При этом предполагается обязательное изучение медицинской истории, исследование места смерти и проведение аутопсии. Диагноз СВДС можно ставить только в том случае, если случай, о котором идет речь, удовлетворяет всем трем критериям.

Несмотря на значительное сокращение частоты возникновения СВДС в развитых странах в последнее десятилетие, он по-прежнему является наиболее распространенной причиной смерти среди детей первого года жизни.

Точные причины смерти от СВДС до сих пор неизвестны, хотя существует большое количество теорий. Несмотря на то, что СВДС редко случается в первые месяцы жизни, большинство смертей происходит между двумя и тремя месяцами жизни, после этого возраста отмечается уменьшение частоты случаев. Мальчики более подвержены СВДС, чем девочки (60% мальчиков и 40% девочек). В 60% случаев смертей от синдрома внезапной детской смерти были обнаружены следы легкой инфекции. Однако, после тщательного патологоанатомического исследования, серьезность этих инфекций была найдена недостаточной для того, чтобы быть причиной смерти.

К основным факторам риска СВДС относятся:

- Позиция сна на животе (на основании 19 ретроспективных исследований риск СВДС увеличивается с 1,2 до 14,1 раза).
- Слишком мягкая поверхность для сна.
- Курение родителей.
- Перегревание ребенка.

Риск СВДС особенно высок, если младенцев укладывали на бок и затем их находили лежащими на животе. Возможность того, что ребенок перевернется на живот с позиции на боку намного выше, чем с позиции на спине. Детей, которые спят на спине, намного проще разбудить, так как они спят менее глубоко. Глубокий сон в положении на животе более опасный.

У детей, спящих на спине, намного меньше возможностей перегреться. Перегревание ребенка может оказать влияние на ЦНС, в том числе на дыхательный



центр. Позиция лежа на спине оставляет лицо открытым, и это также предотвращает перегревание.

Дети, спящие на спине, получают больше кислорода. Когда ребенок спит лицом вниз, то он может своими движениями сдвинуть матрац на голову и лицо. Это создает воздушную прослойку вокруг лица, оставляя ребенка вдыхать его выдыхаемый воздух с меньшим содержанием кислорода.

Позиция сна на боку, в общем, считается более опасной, чем на спине, т.к. она менее устойчива, и некоторые дети, переворачиваясь с бока, в конце концов, могут оказаться на животе.

У детей, спящих на спине, меньше вероятности удушья. Традиционно считалось, что такая причина СВДС как удушье – крайне редка. Считалось что дети, так же как и взрослые, в состоянии поднять голову и поддерживать дыхание носом. Но это было не действительным научным исследованием; а больше наблюдением. Новое понимание данного вопроса подвергает сомнению редкость случаев удушья. Среди исследователей СВДС растет уверенность в том, что многие дети, предположительно диагностированные как умершие от СВДС, в реальности могли умереть от удушья на мягкой поверхности.

Курение во время беременности и во время 1-го года жизни ребенка увеличивает риск СВДС в 4 раза. В случае курения обоих родителей риск СВДС увеличивается в 8 раз.

Излишнее укутывание и перегрев ребенка также увеличивает риск СВДС. В исследовании, проведенном в Англии, было отмечено, что дети, которые умерли от СВДС, имели много одежды и были укрыты несколькими одеялами во время сна. Если ребенок потеет, или его волосы влажные, или на теле есть высыпания («потница»), возможно ребенок перегревается и у него может возникнуть гипертермия и учащенное дыхание. Температура в спальне должна поддерживаться на уровне, при котором чувствует себя комфортно легко укрытый взрослый человек. Ребенок не должен быть горячим на ощупь.

К другим возможным факторам риска относятся:

- Юный возраст матери.
- Преждевременные роды /или низкий вес при рождении.
- Мужской пол.
- Социальные и экономические факторы.
- Сон в одной кровати с матерью.

На риск возникновения СВДС влияет вес ребенка и гестационный возраст. Если для доношенных детей риск возникновения СВДС составлял менее 1 случая на 1.000, то частота возникновения СВДС резко возрастала с уменьшением массы тела недоношенных детей при рождении: 3,8 случая на 1000 детей с массой тела при рождении 2.000 - 2.500 г; 6,4 случая на 1000 детей с массой тела при рождении 1.500 - 2.000 г; и 7,5 случаев на 1000 детей с массой тела при рождении менее 1000 г.

Существуют основанные на доказательствах, эффективные и простые рекомендации, следование которым может сократить частоту СВДС.



Кладите ребенка спать на спинку, избегайте при этом тугого пеленания. Будьте уверены, что лицо ребенка не закрыто во время сна. Поверхность для сна должна быть твердой, жесткой, мягкие матрасы и подушки, мягкие игрушки, овчинки, стеганые одеяла необходимо убрать из кровати. Одеяла и простыни, которые используются в кровати ребенка, должны быть хорошо прикреплены под матрасиком ребенка, для избегания ситуации, когда ребенок может скинуть одеяло и накрыть свое лицо одеялом во время сна. Рекомендуется укладывать ребенка спать так, что бы он касался ножками края кроватки, закрепленное одеяло не должно быть выше уровня грудной клетки. Также рекомендуется использовать вместо одеяла теплую пижаму или спальный мешок.

Исследования физиологического сна у детей показывают, что дети, находящиеся на грудном вскармливании, легче возбудимы во время сна, чем дети, находящиеся на искусственном вскармливании. Этим может объясняться возможный эффект защиты грудного вскармливания от синдрома внезапной детской смерти. Исследование, проводившееся в Новой Зеландии, показывает, что синдром внезапной детской смерти у детей на грудном вскармливании встречается в три раза реже, чем у тех, кого не кормят грудью. Фактор риска синдрома внезапной детской смерти при отсутствии грудного вскармливания был даже выше, чем при курении матери. Другое крупное мультицентровое исследование Американского института детского здоровья и развития человека обнаружило, что детей, погибших от СВДС, кормили грудью значительно реже, и грудное вскармливание было закончено ранее.

Ребенок должен спать отдельно от родителей, но рядом. Если ребенок спит в одной комнате с родителями, это снижает риск СВДС. Хотя детские кроватки, которые придвигаются вплотную к кровати матери, облегчают матери доступ к ребенку, особенно для грудного вскармливания, стандарты безопасности для таких кроваток еще не разработаны. Поскольку сон с одной кровати более опасен, чем сон ребенка в отдельной кровати, рекомендуется, чтобы дети, которых мать берет в свою постель для кормления или чтобы успокоить, возвращались в свою кроватку или колыбель, когда родитель готов опять уснуть. Также не рекомендуется, чтобы ребенок делил постель с другими детьми, чтобы мать брала ребенка в родительскую постель тогда, когда она очень устала или пользуется медикаментами, и чтобы мать засыпала с ребенком на диване или в кресле.

Подумайте о том, чтобы давать ребенку пустышку на время сна, поскольку использование пустышек связано со снижением риска СВДС. Риск возникновения воспаления среднего уха при использовании пустышки возрастает приблизительно в 1,2 – 2 раза, но частота воспалений среднего уха обычно ниже в первый год жизни, особенно в первые 6 месяцев, в то время как риск СВДС в этом возрасте самый высокий. Многие наблюдательные исследования показали, что использование пустышки на любой стадии лактации приводит к снижению исключительности или продолжительности грудного вскармливания. Однако, РКИ показали, что использование пустышки по истечении месяца после рождения незначительно влияет на длительность грудного вскармливания (Collins ST al,2004). Американская



ассоциация педиатров рекомендует давать детям пустышку на время засыпания в течение первого года жизни, но если пустышка выпадет во время сна, не нужно ее опять предлагать младенцу. Если ребенок отказывается от пустышки, не нужно его заставлять. Что касается детей, находящихся на грудном вскармливании, следует отложить использование пустышки до достижения ребенком одного месяца. К тому же надо помнить, что у детей, сосущих пустышку, более распространены желудочно-кишечные инфекции и колонизация ротовой полости грибами рода *Candida*.

Не курите в помещении, где находится ребенок. Курение во время беременности является основным фактором риска почти во всех эпидемиологических исследованиях о СВДС. Курение в окружении новорожденного после рождения может быть также рискованным, но риск менее ясен. Тем не менее, многочисленные дополнительные причины риска СВДС дают основание такой рекомендации - избегать пассивного курения.

Проведенные кампании по уменьшению некоторых факторов риска СВДС, включающие воздействие табачного дыма, сопровождались уменьшением случаев СВДС.

С начала 90-х годов несколько стран (Новая Зеландия, Великобритания, Австрия, Австралия, Дания, США) провели национальные кампании по предотвращению СВДС. Результатом этих усилий стало уменьшение постнеонатальной смертности на 50%.

Таким образом, необходимо консультирование родителей и членов их семей по выполнению следующих шагов для предупреждения СВДС:

Шаг 1 – Сон на спине: позиция на спине во время сна.

Шаг 2 – Не курить во время беременности и после родов.

Шаг 3 – Грудное вскармливание.

Шаг 4 – Избегать перегревания.

Шаг 5 – Убедиться, что те, кто заботятся о ребенке (няня, родственники, друзья и т.д.) знают эти рекомендации.



## ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

Послеродовой период – период, начинающийся с момента изгнания последа и продолжающийся шесть недель. В этот период формируются важные эмоциональные связи между матерью и ребенком. Однако в этот период могут возникнуть проблемы, как со стороны матери, так и ребенка, которые при отсутствии своевременного и эффективного лечения могут привести к нарушениям здоровья и даже к смерти матери или ребенка. Большинство случаев материнской смертности и инвалидности происходит в послеродовом периоде. Тем не менее, послеродовому периоду часто не уделяется достаточное внимание при оказании помощи матерям.

Клинический уход в послеродовом периоде способствует:

- хорошему физическому и эмоциональному состоянию матери и ребенка;
- установлению здорового способа кормления ребенка;
- поддержанию уверенности в матери при оказании ухода за своим новорожденным ребенком;
- подбору метода планирования семьи, соответствующего индивидуальным потребностям женщины.

### Уход за матерью в послеродовом периоде

Уход за матерью в этот период должен включать:

1. Пребывание в больнице от нескольких часов до десяти дней, в зависимости от индивидуальных потребностей. В течение первых нескольких часов:
  - Пронаблюдайте за общим состоянием матери по прибытии в послеродовую палату и сделайте соответствующие записи (измерьте температуру и артериальное давление, пальпируйте матку, измерьте высоту стояния дна матки).
  - Внимательно наблюдайте за матерью на предмет наличия возможных инфекций.
  - Поощрите мать к опорожнению мочевого пузыря в пределах восьми часов после родов.
  - Поощрите мать к тому, чтобы она начала ходить через несколько часов после родов (с оказанием помощи при вставании с постели).
  - Выявляйте признаки серьезных осложнений у матери, в особенности кровотечения, эклампсии и инфекций, и при необходимости начните лечение.
  - При необходимости наложите швы в области промежности.
2. Регулярно наблюдайте за матерью и ребенком дома. Необходимо как минимум одно посещение в течение первой недели, затем более частое
3. В течение первых нескольких дней мать должна по возможности больше отдыхать.
4. Объясните матери необходимость регулярного мытья рук, в особенности перед тем, как прикасаться к ребенку.
5. Обучите мать, как держать в чистоте промежность, особенно после мочеиспускания или дефекации. Ей следует подмывать область промежности один



или два раза в день, сидя над тазиком, затем просушить промежность чистой тканью. Необходимо часто менять гигиенические прокладки.

6. Поощряйте мать к поддержанию того, чтобы ее соски всегда были чистыми и сухими – это способствует правильному прикладыванию ребенка к груди и позволяет избежать повреждений и трещин в сосках. Нет необходимости смазывать соски кремами или мазями, поскольку эти методы не являются эффективными. Женщина может, однако, нанести несколько капель молозива или грудного молока на соски после кормления.

7. Проконсультируйте мать о тревожных сигналах, свидетельствующих о проблемах после родов.

### **Упражнения в послеродовом периоде**

**Упражнение 1.** Лежа согните и разогните ноги, поднимая и опуская их, и выполняйте круговые движения в области щиколоток (это упражнение способствует уменьшению отеков).

**Упражнение 2.** Напрягите мышцы влагалища и промежности и «втяните» мышцы живота; поддерживайте сокращения на счет раз, два, три, четыре, а затем медленно расслабьте мышцы (это упражнение позволяет восстановить тонус мышц нижнего таза, растянутых во время беременности и родов).

**Упражнение 3.** Лягте на спину со слегка согнутыми коленями; втяните и напрягите мышцы передней стенки живота; вращайте таз, медленно опуская колени налево, затем направо; вернувшись в исходное положение, втяните и напрягите мышцы передней стенки живота, приподнимите голову и положите подбородок на грудь, распрямляя руку и скользя ладонью по направлению к колену (это упражнение для мышц живота следует начинать спустя несколько дней после родов и выполнять два раза в день в течение приблизительно пяти минут).

### **Поощряйте женщину грудному вскармливанию**

Грудное вскармливание важно, потому что оно:

- полезно для здоровья ребенка – способствует защите от инфекции и обеспечивает наибольшую питательную ценность;
- полезно для здоровья матери – способствует восстановлению после родов, снижает риск онкологических заболеваний молочной железы и яичников;
- способствует формированию тесной связи и любящих отношений между матерью и ребенком;
- позволяет отложить следующую беременность;
- представляет собой менее дорогостоящий способ, чем искусственное вскармливание.

Существуют различные способы поддержки грудного вскармливания.

- Проинформируйте мать о пользе и организации грудного вскармливания.
- Помогите матери начать грудное вскармливание в течение получаса после родов.
- Разрешите матерям и детям находиться вместе 24 часа в сутки (совместное пребывание).



- Избегайте рутинных больничных процедур, которые могут препятствовать грудному вскармливанию.
- Покажите матерям, как кормить ребенка грудью и как поддерживать лактацию, даже если они находятся отдельно от своих детей.
- Не давайте новорожденным детям никакой пищи и никаких напитков, кроме грудного молока, если к введению дополнительных препаратов нет медицинских показаний.
- Поощряйте грудное вскармливание по требованию ребенка, а не по фиксированному графику, и позволяйте ребенку сосать столько времени, сколько он хочет.
- Не давайте детям, получающим грудное вскармливание, искусственных сосок или пустышек.
- Предоставьте женщинам обучение и поддержку при грудном вскармливании.

При кормлении грудью могут возникнуть некоторые **проблемы**. Нагрубание молочных желез может происходить в первые 2-3 дня после родов, когда начинается выработка молока. Частое кормление и, при необходимости, сцеживание помогут справиться с этой проблемой. Потрескавшиеся и болезненные соски являются результатом неправильного прикладывания ребенка к груди при кормлении, а не продолжительности кормления. Не нужно в этом случае прекращать кормление. Необходимо промыть соски теплой водой и дать им высохнуть. Прикладывать ребенка к той груди, которая меньше раздражена. Попробовать различные позиции для кормления. Заживлению способствует также нанесение капельки грудного молока на сосок до и после кормления.

Нехватка или полное исчезновение молока связано, как правило, с неправильным кормлением (редкое и короткое прикладывание к груди, введение прикорма). Необходимо чаще прикладывать ребенка к груди, больше отдыхать. Лактация должна восстановиться через 4-7 дней.

Необходимо более широко вовлекать отца и других членов семьи в уход за женщиной после родов. Рождение ребенка – это наиболее напряженных периодов в жизни семьи. В это время очень пригодится поддержка окружающих, хорошие, доброжелательные взаимоотношения.



## ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Консультирование в послеродовом периоде представляет собой хорошую возможность для медицинских работников помочь семейным парам принять решение о правильном методе планирования семьи. Планирование семьи позволяет семейной паре сделать выбор относительно промежутков между рождением детей, а также снизить вероятность заболеваний и смертельного исхода вследствие повторных аборт.

Медицинскому работнику необходимо:

- проинформировать женщину о ее праве решать, когда она хочет забеременеть и хочет ли она этого вообще;
- объяснить риск, связанный с наступлением беременности, по сравнению с риском, связанным с использованием противозачаточных средств;
- проинформировать женщину и ее партнера обо всех имеющихся способах планирования, чтобы они могли принять информированное решение;
- по каждому методу: объяснить, как он работает, рассказать о его преимуществах и недостатках, проинструктировать относительно его применения и рассказать, когда необходимо снова обратиться к врачу;
- помочь женщине или (супружеской) паре обдумать факторы, которые повлияют на их выбор метода – индивидуальные предпочтения, частота и спонтанность половых контактов, возможность или невозможность сотрудничества между партнерами и достижения договоренности относительно использования противозачаточных средств, желательность или нежелательность постоянного метода предохранения;
- обсудить любые вопросы, вызывающие беспокойство у женщины и ее партнера относительно методов планирования семьи.

Задача медицинских работников – оказать поддержку женщине и ее партнеру, не вынося никаких суждений, не оказывая давления с целью уговорить их выбрать тот или иной метод.

Выбирая противозачаточные средства для послеродового периода, настоятельно рекомендуем исключительно грудное вскармливание для всех женщин. Если женщина планирует начать применение контрацептивов в послеродовом периоде, она не должна прекращать грудное вскармливание. Метод контрацепции, используемый кормящими матерями, не должен оказывать отрицательного влияния на грудное вскармливание или на здоровье ребенка.

### **Метод лактационной аменореи (МЛА)**

Грудное вскармливание - это эффективный метод контрацепции при соблюдении необходимых условий. Грудное вскармливание может быть рекомендовано в качестве эффективного метода контрацепции в течение первых 6 месяцев после родов при условии, что:

- ребенок получает исключительно грудное молоко;



- промежутки между кормлениями не превышают 4 часов днем и 6 часов в ночное время;
- не возобновились менструации;
- возраст ребенка менее 6 месяцев.

В случае, если какое-либо из этих условий не выполняется, данный метод более не является надежным, и необходимо использовать дополнительный метод контрацепции.

### **Преимущества МЛА**

- Чрезвычайно эффективный способ контрацепции (98% в течение первых шести месяцев после родов).
- Бесплатный, несложный, удобный.
- Позволяет защитить ребенка от инфекционных заболеваний благодаря антителам, содержащимся в материнском молоке.
- Дает ребенку ощущение близости к матери, теплоты и комфорта.
- Метод не связан с половыми контактами.
- Грудное молоко содержит все питательные вещества, необходимые ребенку (белки, жиры, углеводы, витамины, микроэлементы и воду).

### **Недостатки МЛА**

- Эффективность в качестве средства контрацепции снижается спустя 6 месяцев после родов.
- Метод более не является столь же эффективным после возобновления менструаций.
- Метод более не является столь же эффективным, после того как мать начинает регулярно заменять грудное молоко другими продуктами или напитками.
- Метод не дает защиты от приобретения или передачи ИППП, включая ВИЧ.

Если мать, кормящая грудью, решает использовать другой метод контрацепции, ее следует проинформировать о возможном влиянии некоторых методов на грудное вскармливание и на здоровье ребенка.

В таблицах 13-14 представлены рекомендуемые сроки начала применения различных методов контрацепции для кормящих и не кормящих грудью матерей.



**Рекомендуемые сроки начала применения различных методов контрацепции  
для КОРМЯЩИХ матерей**

<b>ПОСЛЕ РОДОВ</b>	<b>ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ</b>	<b>ЧЕРЕЗ 6 НЕДЕЛЬ</b>	<b>ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ</b>
<b>Метод лактационной аменореи (МЛА – при исключительно грудном вскармливании)</b>			
<b>Презервативы и спермициды</b>			
<b>Воздержание или прерванный половой акт</b>			
		<b>ВМС с содержанием меди (в течение 48 часов после родов или спустя 4 недели)</b>	
		<b>Женская стерилизация (в течение 7 дней после родов или спустя 6 недель)</b>	
		<b>Естественные методы предохранения (после возобновления менструаций)</b>	
		<b>Инъекции ДМПА</b>	
		<b>Диафрагма со спермицидной смазкой</b>	
		<b>Чисто прогестиновые контрацептивы</b>	
		<b>Комбинированные контрацептивы</b>	



**Рекомендуемые сроки начала применения различных методов контрацепции  
для НЕКОРМЯЩИХ матерей**

<b>ПОСЛЕ РОДОВ</b>	<b>ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ</b>	<b>ЧЕРЕЗ 6 НЕДЕЛЬ</b>	<b>ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ</b>
<b>Презервативы и спермициды</b>			
<b>Воздержание или прерванный половой акт</b>			
<b>Чисто прогестиновые контрацептивы</b>			
		<b>ВМС с содержанием меди (в течение 48 часов после родов или спустя 4 недели)</b>	
		<b>Женская стерилизация (в течение 7 дней * после родов или спустя 6 недель)</b>	
		<b>Естественные методы предохранения (после возобновления менструаций)</b>	
		<b>Комбинированные контрацептивы</b>	
		<b>Инъекции ДМПА</b>	
		<b>Диафрагма со спермицидной смазкой</b>	



## ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ

Послеродовая депрессия (ПРД) развивается приблизительно у 10% всех женщин. Это любое непсихотическое депрессивное расстройство легкой и средней степени тяжести, возникающее на протяжении первого года после родов. В некоторых случаях заболевание может начаться еще до родов.

Большинство женщин и членов их семей не понимают, что при этом состоянии женщина нуждается в лечении. Отсутствие понимания этого факта приводит к страданиям членов семьи и друзей молодой матери.

Послеродовой период сопряжен с переживанием противоречивых чувств: только что родившие женщины испытывают огромное эмоциональное возбуждение и при этом они должны справляться со стрессовыми ситуациями.

В послеродовом периоде возможны различные психологические состояния. До 80% родивших женщин испытывают плаксивость и дистресс («меланхолия на третий день», «детская» или «послеродовая» хандра). При наличии некоторых факторов риска в 14-20% случаев развивается послеродовая депрессия, а части женщин - послеродовой психоз (менее 1%).

Послеродовая депрессия входит в группу трудно описываемых симптомов вида депрессии, которые проявляются в первые послеродовые недели или месяцы и могут существовать более года.

К факторам риска на развитие послеродовой депрессии относятся:

- **психологические** (матери может казаться, что она не соответствует собственным ожиданиям или ожиданиям окружающих в отношении ухода и заботы о ребенке);
- **социальные** (недостаточная социальная поддержка);
- **семейные** (плохие взаимоотношения женщины с мужем и другими членами семьи);
- **биологические** (гормональные изменения после рождения ребенка).

Была выявлена незначительная связь с осложнениями при родах, плохим обращением с женщиной в прошлом, низким доходом семьи и низким профессиональным статусом. Определенную роль играют родительская модель воспитания, незапланированная беременность, безработица, отказ от грудного вскармливания, стресс, пережитый родителями до родов, антенатальная дисфункция щитовидной железы, длительное время, потребовавшееся для зачатия, депрессия у отца, наличие двух или более детей.

Некоторые из этих вопросов связаны с существовавшей ранее уязвимостью (факторы, присутствовавшие до беременности и определяющие предрасположенность к ПРД) и определяющими факторами (события, имевшие место во время беременности или вскоре после нее).

Послеродовая депрессия характеризуется рядом симптомов:

- Тревожность и беспокойство женщины за собственное здоровье и за здоровье ребенка
- Глубокая печаль
- Частые слезы



- Ощущение неспособности заботиться о ребенке и связанное с этим чувство вины
- Приступы паники
- Стресс и раздражительность
- Утомляемость и недостаток энергии
- Неспособность к сосредоточению внимания и к решению простых повседневных задач
- Нарушения сна
- Проблемы с аппетитом
- Потеря интереса к сексу
- Ощущение беспомощности и безнадежности
- Антипатия к ребенку

Кроме вегетативных симптомов, таких как потеря либидо, нарушения аппетита и сна, могут иметь место психосоматические симптомы (головная боли, симптомы астмы, боли в пояснице, влагалищные выделения и боли в животе). Наиболее трудно распознать психологические симптомы, которые могут включать навязчивые идеи, боязнь за ребенка или за себя, мысли о самоубийстве и деперсонализацию. Крайней реакцией может стать явное неприятие ребенка.

Медицинские работники должны уметь выявлять и оценить женщин с признаками послеродовой депрессии, провести качественное консультирование женщине и членам ее семьи, при необходимости направить к соответствующим специалистам.

Перечисленные ниже вопросы помогут выявить женщин, у которых может возникнуть послеродовая депрессия:

- Как вы себя чувствуете в последнее время?
- Как вы оцениваете свое общее самочувствие в настоящее время по сравнению с обычным? Ощущаете ли вы особую усталость?
- Как вы спите?
- Получаете ли вы удовольствие от занятий, которые обычно доставляют вам радость?
- Легко ли вам сконцентрировать свое внимание (например, на чтении газетной статьи или на просмотре вашей любимой телепередачи)?

Если у женщины отмечается 2 или более из перечисленных выше симптомов, существует вероятность ПРД.

Для успешного преодоления послеродовой депрессии женщина нуждается в помощи со стороны всех окружающих, включая родственников, друзей, медицинских и социальных работников.

Посоветуйте матери:

- позаботится о ребенке, отложив другие виды деятельности;
- рассказать членам своей семьи о том, что происходит с ней;
- создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания;
- чаще прикасаться к ребенку и думать о нем;



- чаще выходить на улицу и двигаться;
- хорошо питаться и заботиться о себе
- вести дневник;
- если эти меры не помогают, обратиться к врачу.

Послеродовая депрессия лечится так же, как и любая другая депрессия, но при этом дополнительно учитываются особенности, связанные с приемом антидепрессантов при кормлении грудью и во время беременности. Применяют как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, так и трициклические антидепрессанты. Имеются убедительные доказательства, подтверждающие роль упражнений в снижении уровня депрессии среди населения в целом, однако в отношении послеродовой депрессии роль физических упражнений недостаточно изучена.

### **Послеродовой психоз**

Приблизительно в 1 случае из каждых 500 родов у женщины развивается послеродовой психоз. Послеродовой психоз - расстройство настроения, сопровождаемое такими признаками, как потеря контакта с реальностью, галлюцинации, тяжелое расстройство мышления и патологическое поведение. В отдельных случаях это состояние может представлять угрозу для жизни ребенка. Это психологическое состояние может передаваться по наследству. В большинстве случаев психоз развивается в течение первых 2 недель после родов.

Как правило, требуется медикаментозное лечение, предоставляемое в больнице.



## ОСОБЫЕ СЛУЧАИ: БОЛЕЗНЬ ИЛИ СМЕРТЬ РЕБЕНКА

Реакция родителей на рождение тяжело больного ребенка с пороками развития состоит в формировании ощущения горя от потери здорового ребенка, которого они ожидали.

Первоначальная фаза проявляется в виде шока, паники, отрицания, горя, чувства вины и гнева. После этой начальной стадии обычно наступает стадия признания, а затем смирения, когда родители начинают принимать реальное положение вещей и справляться с ситуацией. В некоторых случаях родители не могут адаптироваться к ситуации и постоянно пребывают в своем горе. В этом случае медицинским работникам необходимо регулярно контактировать с матерью и семьей, чтобы обсуждать с ними план дальнейшего ухода за ребенком.

Возможно беспокойство в связи с уходом за больным ребенком, а также эмоциональное и физическое отстранение от ребенка, прежде чем медицинские работники оставляют надежду на выживание ребенка («упреждающее оплакивание»).

Помимо чувства горя и разочарования, родители, возможно, будут испытывать трудности при виде физического недостатка их ребенка. Это не означает, что следует разлучить мать с ребенком. Очень важно установить и поддерживать тесный контакт между матерью и семьей ребенка. Поддержка со стороны медицинских работников может помочь родителям укрепить их отношения с ребенком. Поощряйте общение родителей с ребенком. Будьте готовы отвечать на вопросы родителей. Будьте готовы повторять информацию или неоднократно отвечать на одни и те же вопросы. Будьте готовы к вспышкам гнева и отчаяния, направленным на медицинских работников.

Если родители потеряли ребенка, они могут испытывать состояние шока, чувствовать утрату, перестать доверять медицине, почувствовать сомнения в своей способности иметь здорового ребенка.

Зачастую родителями умершего ребенка овладевает нетерпимость и гнев, и они могут обвинять медицинских работников. Такая реакция может быть вызвана тем, что смерть произошла неожиданно, при этом положение усугубляется отсутствием «научных объяснений» произошедшего несчастья. Родители старательно ищут причину смерти.

«Пустые руки» – это следующий обычный и тяжелый симптом, который появляется при наступлении первого оцепенения. Матери может слышаться плач ребенка. У них могут возникнуть негативные чувства к другим детям, либо сильное желание подержать на руках других детей. Они могут испытывать удивление и огорчение при появлении молока.

У многих женщин появляются трудности в сексуальных и семейных отношениях.

Наблюдаются также трудности в отношении остальных детей в семье к потере этого ребенка. Дети могут ощущать смущение вследствие того, что случилось с



малышом, и даже испытывать ответственность за его исчезновение. При этом наблюдается изменение в поведении детей, которые становятся непослушными, капризными, гиперактивными, с другими признаками неуравновешенности.

Чтобы помочь родителям в адаптации и восстановлении, медицинские работники могут предоставить матери и отцу или партнеру возможность контакта с новорожденным (мертвым или живым) как можно скорее после родов, в присутствии лечащего врача и акушерки. Тесный контакт между родителями и ребенком, при поддержке медицинских работников, поможет родителям сформировать отношения с ребенком и лучше справиться с ситуацией. Надо быть готовым ответить на вопросы родителей и много раз повторять информацию, поскольку они могут вначале быть не готовы услышать и понять ее. Необходимо поощрять возможности для родителей поговорить с медицинскими работниками о том, что произошло и почему. Будьте готовы к реакции гнева и раздражения, направленные на медицинских работников. Это нормальная реакция. Выслушайте родителей и дайте им возможность выразить свое горе так, как они считают необходимым.

Шаги, которые могут предпринять медицинские работники, чтобы помочь родителям в адаптации и восстановлении, в дополнение к перечисленным выше способам поддержки при болезни ребенка:

- Если это возможно, дайте родителям подержать в самом конце своего ребенка без какого-либо медицинского оборудования, искусственно поддерживающего его жизнь.
- Сохраните на память о ребенке несколько предметов, например, фотографию ребенка, одетого в красивую одежду или завернутого в красивые пеленки, прядь волос, или идентификационную повязку с руки ребенка. Если родители откажутся взять эти предметы вначале, их следует сохранить в больнице на тот случай, что они передумают и захотят их получить позже.
- Обдумайте, где ухаживать за матерями, потерявшими ребенка, и, если это возможно, дайте им возможность самим участвовать в процессе принятия этого решения. Многие матери не захотят быть рядом с другими матерями со здоровыми детьми, однако полная изоляция может также не принести облегчения.
- Где бы ни находилась женщина, важно не дать ей почувствовать, что она кого-то обременяет.
- Матери все равно необходим полноценный медсестринский уход в послеродовом периоде.
- Не следует поощрять наступление другой беременности, пока родители не пережили полностью период оплакивания погибшего ребенка.
- Важно, чтобы все сотрудники, оказывающие уход, знали о происшедшей смерти ребенка и могли соответствующим образом общаться с родителями.
- Оказывайте поддержку родителям и вовлекайте их в организацию процесса похорон при желании, например, в отношении выбора специальной одежды или игрушек, которые предполагается положить в гроб вместе с ребенком. Это будет



способствовать прохождению процесса переживания скорби и примирения с реальностью смерти.

- Проведите вскрытие и сообщите о результатах родителям.

Поддержка является наиболее важной частью помощи семье в преодолении утраты в начале процесса возвращения к нормальной жизни.

Для предупреждения жалоб и гражданских исков медицинским работникам рекомендуется использовать правило «10 никогда». Это основные рекомендации, которых следует придерживаться медицинским работникам при взаимодействии с женщинами, страдающими послеродовой депрессией, а также с женщинами, дети которых родились с серьезным заболеванием или пороком развития либо умерли в родильном отделении.

Никогда:

- Не обвиняйте женщину или семью.
- Не пытайтесь доказать свою невиновность.
- Не старайтесь уклоняться от вопросов.
- Не давайте информацию, в которой вы не уверены.
- Не лгите женщине или семье.
- Не откладывайте помощь, которую вы можете предоставить безотлагательно.
- Не направляйте за ответами к кому-либо еще.
- Не избегайте родственников матери.
- Не предоставляйте несоответствующую действительности или противоречивую информацию.
- Не отказывайте женщине или семье в их просьбах.



## **МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА ОБУЧЕНИЯ**

Мониторинг обучения проводится через несколько месяцев после обучения и предполагает несколько целей.

1. Проверка выживаемости теоретических знаний участников, полученных в ходе обучения, выявляется путем тестирования.
2. Проверка практических навыков эффективного антенатального ухода за беременными женщинами проводится путем непосредственного наблюдения за навыками консультирования беременных женщин и членов их семей (табл.15-23), а также при помощи аудита индивидуальных карт беременных женщин (табл. 24).
3. Выявление необходимого минимального оборудования для оказания дородовой помощи беременным женщинам и членам их семей проводится при обходе лечебного учреждения (табл.25).
4. Опрос пациентов ЦСМ и жителей района предназначен для выявления степени их удовлетворенности оказанием медицинских услуг по вопросам антенатального ухода (табл. 26).



## ОБЩИЕ НАВЫКИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Этапы консультирования	Отметка о выполнении
1. Проявляйте терпение и уважение, общаясь с будущими родителями.	
2. Хорошо знайте цель обучения: подготовить будущих родителей к предстоящему рождению здорового ребёнка.	
3. Объясните будущим родителям, что информация, полученная ими на занятиях, помогает улучшить течение беременности и родов.	
4. Хорошо знайте течение беременности, родов и послеродового периода	
5. Умейте увязать течение и исход беременности с переменами, которые происходят с женщиной и её партнёром.	
6. Знайте хорошо о росте и развитии плода.	
7. Проявляйте чуткость и знание психологической адаптации, которую многие родители будут проходить в период перехода к выполнению родительских функций.	
8. Применяйте различные методы обучения: лекции, дискуссии, используйте различные учебные пособия.	
9. Внимательно слушайте пациентов, не отвлекаясь.	
10. Говорите коротко, сообщайте только наиболее важную информацию.	
11. Используйте методы речевого и не речевого общения, чтобы показать свою заинтересованность и участие.	
12. Внимательно выслушивайте вопросы и давайте исчерпывающие ответы.	
13. Задавайте уместные вопросы.	
14. Задавайте вопросы, требующие развёрнутого ответа, а не просто «да» или «нет».	
15. Побудите супружескую пару задавать вопросы.	
16. Говорите понятным для пациента языком.	
17. Давайте супружеской паре конкретные и точные инструкции.	
18. Объясните необходимую информацию различными способами, чтобы быть уверенными в том, что пациенты всё понимают.	
19. Используйте визуальные средства, такие как плакаты, рисунки, фильмы, муляжи и т.д.	
20. Попросите будущих родителей повторить то, что они поняли, чтобы убедиться в правильности усвоенной ими информации.	



## УХОД ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Этапы консультирования	Отметка о выполнении
1. Поприветствуйте пару уважительно и доброжелательно, попросите расположиться поудобнее.	
2. Представьтесь им.	
<p>3. Расскажите родителям об их будущем ребенке, начиная от зачатия и до рождения. Используя наглядные материалы, расскажите о физиологических изменениях, происходящих в организме женщины во время беременности и об её ощущениях при этом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в эндокринной системе;</li> <li>- в обмене веществ;</li> <li>- в дыхательной системе;</li> <li>- желудочно-кишечной системе;</li> <li>- в мочевыделительной системе;</li> <li>- в репродуктивной системе;</li> <li>- в молочных железах;</li> <li>- в костной системе.</li> </ul>	
4. Гигиена беременных.	
<p>5. Научите пациентку тому, как можно облегчить так называемые, «маленькие» жалобы при беременности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>тошноту:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нужно есть меньше, но чаще;</li> <li>2) по возможности завтракать в постели, а затем полежать 15 минут прежде, чем встать;</li> <li>3) есть на завтрак продукты, содержащие белки (мясо, яйца, молочные продукты: кефир, простоквашу, сыр, курт и др.);</li> <li>4) избегать приема трудно перевариваемых продуктов, таких как жиры, варенная цветная капуста;</li> <li>5) есть больше твердой пищи, чем жидкой;</li> <li>6) пить газированную воду, но в разумных пределах, она облегчает пищеварение, но увеличивает аппетит и содержит соли, что может привести к излишнему прибавлению массы тела.</li> </ol> </li> <li>- <b>изжогу, запоры:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) не надо есть много;</li> <li>2) есть часто и дробно;</li> <li>3) не употреблять высококалорийные и кислые продукты;</li> <li>4) избегать неблагоприятных поз;</li> <li>5) делать физические упражнения;</li> <li>6) включать в рацион питания продукты, богатые клетчаткой (овощи,</li> </ol> </li> </ul>	



<p>фрукты, хлеб грубого помола, зерна злаков и др.);</p> <p>7) утром натощак и в течение дня выпивать несколько стаканов жидкости.</p> <p>- <b>одышку:</b></p> <p>1) следует сократить до минимума физические усилия;</p> <p>2) если дышать становится трудно, необходимо обратиться к врачу.</p> <p>- <b>увеличение выделений из половых путей:</b></p> <p>1) успокоить, что если выделения светлые, не сопровождаются зудом, неприятным запахом, это нормальное состояние.</p> <p>- <b>видимые сосудистые изменения:</b></p> <p>1) сопровождаются ли ощущением тяжести, жара, «мурашек», боли в ногах, отеками и судорогами;</p> <p>2) состояние усугубляется при долгом стоянии, усталости, а также в жаркую погоду и, особенно, в конце дня.</p>	
<p>6. Расскажите о правильном питании женщины во время беременности и после неё.</p> <p>1) Рацион питания беременных должен быть разнообразным.</p> <p>2) В первом триместре важно обеспечить поступление в организм полноценного белка (нежирные сорта мяса, мясо курицы, яйца).</p> <p>3) Тугоплавкие жиры (бараний, свиной, говяжий) употреблять не стоит. Растительное масло содержит витамин Е, необходимый для развития беременности.</p> <p>4) Следует ограничить количество вводимых с пищей рафинированных сахаров, кондитерских изделий, конфет, варенья. Полезные для беременной углеводы содержатся в растительной клетчатке (хлеб из муки грубого помола, разнообразные фрукты и овощи).</p> <p>5) Уточните суточный рацион и калорийность пищи.</p> <p>- так называемая «пирамида» питания.</p> <p>- необходимое количество в суточном рационе микроэлементов.</p>	
<p>7. Разъясните о необходимости <b>подготовки к кормлению грудью, подготовке сосков.</b></p>	
<p>8. <b>Научите антенатальным упражнениям, позволяющим улучшить функцию внутренних органов.</b></p> <p>Дыхательные упражнения.</p> <p>1) Грудное дыхание.</p> <p>А. дыхание с задержкой.</p> <p>Б. поверхностное дыхание.</p> <p>В. прерывистое дыхание.</p> <p>2) Брюшное дыхание.</p> <p>А. полное дыхание.</p> <p>Мышечные упражнения.</p>	



<p>1) укрепление мышц живота.</p> <p>2) уменьшение болей в пояснице.</p> <p>3) повышение эластичности промежности.</p>	
<p><b>9. Осветите вопросы сексуальной жизни в период беременности.</b></p>	
<p><b>10. Убедите родителей в необходимости вести здоровый образ жизни для благополучного исхода беременности.</b></p> <p>Расскажите им:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- о вреде курения;</li> <li>- о вреде алкоголя;</li> <li>- о вреде наркотиков.</li> </ul>	
<p><b>11. Разъяснить супругу о необходимости создания благоприятного психологического климата в семье для беременной женщины.</b></p>	
<p><b>12. Научите беременную вести домашние записи матери.</b></p>	
<p><b>13. Обучите пару, как распознать ранние тревожные симптомы наиболее встречающихся осложнений во время беременности:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анемия;</li> <li>- гипертензивные нарушения беременности;</li> <li>- кровянистые выделения из половых путей;</li> <li>- замедление внутриутробного развития плода;</li> <li>- гипоксия плода.</li> </ul>	
<p><b>14. Внимательно выслушайте и исчерпывающе ответьте на все возникшие у пациентов вопросы, поощряйте задавать вопросы.</b></p>	
<p><b>15. Попросите коротко повторить инструкции, чтобы убедиться в правильности усвоенной информации.</b></p>	
<p><b>16. Назначьте дату следующего занятия.</b></p>	



### КЛИНИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ВЕДЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ПРИ ПЕРВОМ ПОСЕЩЕНИИ)

Этапы консультирования	Отметка о выполнении
1. Подготовьте к приему пациентки и сопровождающих ее лиц: - необходимые документы; - место осмотра; инструменты и перчатки.	
2. Приветствуйте пациентку, представьтесь ей.	
3. Заполните или ознакомьтесь с данными амбулаторной карты: • имя и фамилия пациентки; её возраст; • данные о её месте проживания и работы; • состоит ли в браке.	
4. Обратите внимание на внешний вид и поведение беременной (нет ли симптомов угнетенного состояния, страха, беспокойства и др.)	
5. Расспросите пациентку о её общем соматическом анамнезе и жалобах	
6. Расспросите пациентку и сделайте пометки в амбулаторной карте о перенесенных гинекологических заболеваниях и течении предыдущих беременностей.	
7. Расспросите и сделайте пометки в амбулаторной карте о характере и дате последней менструации.	
8. Объясните все процедуры, которые будут проведены.	
9. Проведите необходимые исследования: • измерение А/Д (если диастолическое А/Д превышает 90 мм. рт. ст. от начального уровня до 20 недели беременности, необходима оценка и консультация специалиста); • анализ мочи (исследование на бессимптомную бактериурию, наличие белка, глюкозы, кетоновых тел); • взвешивание (ИМТ); • УЗ исследование рекомендуется в ранних сроках при наличии каких-либо веских причин для такого рода исследований. (УЗ исследование с целью определения нарушений анатомического развития плода, обычно не рекомендуется раньше 18 недель, а при исследовании сердца - около 22 недель беременности); • анализ крови для установления группы и резус фактора; • Определение гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитов; • Сделайте лабораторный анализ влагалищных выделений.	
10. Осмотрите ноги беременной на предмет выявления отеков и	



варикозного расширения вен.	
11. Проведите наружное акушерское исследование, определите: <ul style="list-style-type: none"> <li>• высоту дна матки (отметить на гравидограмме);</li> <li>• положение и предлежащую часть плода;</li> <li>• сердцебиение плода.</li> </ul>	
12. Проведите исследование органов гениталий: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Осмотр наружных половых органов;</li> <li>• Осмотр при помощи зеркал;</li> <li>• Бимануальное исследование.</li> </ul>	
13. Проведите исследования молочных желез.	
14. На основании данных анамнеза и результатов объективных, лабораторных и инструментальных исследований определите срок беременности. При наличии патологических отклонений – сформулируйте диагноз.	
15. Подчитайте предполагаемую дату родов: к дате последней менструации (первому дню) добавьте 7 дней и вычтите 3 месяца.	
16. Результаты всех осмотров внесите в дородовую карточку женщины. Записи должны быть аккуратными, с подписью лица, проводившего обследование беременной.	
17. Научите заполнять домашнюю карту беременной.	
18. Профилактически назначьте 60 мг железа и 1 мг фолиевой кислоты.	
19. Назначьте время и дату следующего посещения.	
20. Следуя правилам профилактики инфекций, обработайте смотровой стол, инструменты и перчатки.	



## РОДЫ И РОЖДЕНИЕ РЕБЁНКА

Этапы консультирования	Отметка о выполнении
<p>1. Применяя фантомы, плакаты и слайды расскажите о процессе родов и рождении ребенка;</p> <p><b>Роды</b> – это долгожданный момент появления ребенка на свет. Признаки, предвещающие начало родов: схватки, отхождение слизистой пробки и околоплодных вод.</p> <p><b>Схватки</b> – это сокращения матки, постепенно они становятся более продолжительными и интенсивными, промежутки между ними сокращаются.</p> <p>Роды принято делить на <b>три</b> периода: период раскрытия шейки матки, период изгнания плода, последовый период.</p>	
2. Объясните механизм болевых ощущений в процессе родов.	
3. Дайте понятие и расскажите о преимуществах «партнерских родов».	
4. Разъясните значение «партнерских родов».	
5. Расскажите о различных позах при рождении ребенка, продемонстрируйте таблицы/рисунки	
6. Разъясните их преимущества и недостатки.	
7. Расскажите о правильном поведении роженицы, позволяющем значительно облегчить процесс родов (следить и фиксировать частоту и продолжительность схваток и потуг).	
8. Научите пациентку, как правильно дышать и облегчить боли во время родов.	
9. Расскажите о традиционных вмешательствах в процессе родов и продемонстрируйте их на муляже.	
10. Расскажите об операции кесарево сечение и показаниях к ней.	
11. Разъясните значение контакта после рождения ребенка «кожа-к-коже» и прикладывания к груди сразу же после рождения.	
12. Разъясните гигиену женщины в послеродовом периоде – туалет молочных желез и сосков.	
13. Внимательно выслушайте все вопросы, возникшие во время занятия, и подробно ответьте на них.	
14. Задайте вопросы пациентке, еще раз закрепите усвоенный материал.	



## УХОД ЗА МАТЕРЬЮ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Этапы консультирования	Отметка о выполнении
1. поприветствуйте пару, попросите расположиться поудобнее.	
2. Расскажите о процессах, происходящих в организме роженицы.	
3. Покажите на картинках и плакатах физические упражнения для укрепления мышц брюшного пресса и тазового дна после родов.	
4. Разъясните о правильном уходе за молочными железами и их гигиене.	
5. Разъясните режим питания после родов.	
6. Ответьте на вопросы о сексуальной жизни во время беременности и после родов.	
7. Проконсультируйте о методах послеродовой контрацепции: Метод лактационной аменореи, ВМС, ДХС, применение барьерных методов и применение препаратов гестагенового ряда; (механизм действия, преимущества, недостатки).	
8. Расскажите о значении грудного вскармливания, как для новорождённого, так и для его матери.	
9. Ответьте на вопросы.	
10. Закрепите пройденный материал.	



## УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ

Этапы консультирования	Отметка о выполнении
1. поприветствуйте пару, попросите расположиться поудобнее.	
2. Расскажите о периоде новорожденности и тех изменениях в организме ребенка, которые происходят в процессе адаптации к условиям внеутробной жизни.	
3. Продемонстрируйте на фантоме, как необходимо проводить пеленание, какую нужно подбирать одежду для новорожденного.	
4. Покажите необходимые принадлежности для ухода за новорожденным – мыло, присыпку, масло.	
5. Продемонстрируйте, как необходимо проводить купание и туалет младенца.	
6. На муляже покажите технику правильного кормления грудью.	
7. Расскажите о преимуществах исключительно грудного вскармливания.	
8. Объясните режим свободного кормления.	
9. Разъясните, в связи с чем может развиваться гипогалактия, и какие существуют методы стимуляции лактации.	
10. Расскажите о важности метода «кенгуру» или нахождения новорожденного в отношении к матери «кожа-к-коже».	
11. Расскажите о наиболее частых причинах беспокойства младенца и его плача.	
12. Разъясните, что делать, если ребенок плачет.	
13. Расскажите об этапах развития младенцев.	
14. Разъясните значение иммунизации младенцев.	
15. Используя примеры, расскажите о важности участия отца при уходе за младенцем.	
16. Задавая вопросы будущим родителям, убедитесь в том, что они хорошо усвоили те знания и навыки, которые вы предложили их вниманию на занятии.	
17. Скажите о своей готовности оказать содействие будущим родителям при возникновении у них вопросов или каких-либо проблем относительно ухода во время беременности, после родов.	



## КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО МЕТОДУ ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ (МЛА)

Этапы консультирования	Отметка о выполнении
1. Поприветствуйте пациентку/пару уважительно и доброжелательно, просит располагаться поудобнее.	
2. Представьтесь ей/им.	
3. Спросите пациентку о ее репродуктивных целях: <ul style="list-style-type: none"> <li>• сколько еще детей она хочет;</li> <li>• хочет ли она сделать перерыв между родами или вообще; больше не рожать;</li> <li>• когда она планирует следующие роды.</li> </ul>	
4. Соберите общий и репродуктивный анамнез пациентки: возраст и семейное положение; <ul style="list-style-type: none"> <li>• количество беременностей;</li> <li>• количество родов;</li> <li>• количество живых детей, их возраст и пол;</li> <li>• какие методы планирования семьи использовала в прошлом, как долго, почему прекратила, проблемы;</li> <li>• приемы грудного кормления (как часто и т.д.);</li> <li>• наличие медицинских состояний, которые могут явиться препятствием к назначению МЛА: <ul style="list-style-type: none"> <li>- после родов у женщины уже возобновились менструации - длительное отлучение ребенка от матери;</li> <li>- прикорм (пища или жидкость), который регулярно дается ребенку;</li> <li>- ребенок спит всю ночь;</li> <li>- мать кормит ребенка грудью менее 6-10 раз в сутки;</li> <li>- ребенку больше 6 месяцев.</li> </ul> </li> </ul>	
5. Спросите пациентку, что она уже знает о МЛА; исправьте любую неверную или неточную информацию.	
6. Очень коротко (только самую важную информацию) расскажите о методе лактационной аменореи: <p><b>* эффективность 98%</b> в первые 6 месяцев после родов при правильном использовании метода.</p>	



<p>* <b>механизм действия МЛА:</b> подавляет овуляцию: сосание ребенком груди препятствует выработке гормонов, необходимых для созревания в яичнике яйцеклеток.</p>	
<p>* <b>преимущества:</b> эффективен, защита начинается сразу после родов; не связан с половым актом; нет побочных эффектов; нет необходимости в медицинском наблюдении; бесплатен; легок в применении и всегда в наличии.</p>	
<p>* <b>недостатки:</b> зависит от поведения женщины (следования графику кормлений и т.п.); эффективен только в течение первых 6 месяцев после родов; не защищает от ЗППП и ВИЧ/СПИДа; может оказаться трудно выполнимым для женщин, работающих вне дома или отлучающихся надолго.</p>	
<p>* <b>тревожные сигналы,</b> требующие немедленного прихода к врачу для получения рекомендации по использованию другого контрацептива: ребенку исполнилось 6 месяцев; возобновление менструаций у матери; ребенок начал регулярно получать прикорм; ребенок спит всю ночь без кормления; отлучение ребенка от матери на длительное время; ребенок не сосет грудь, по крайней мере, 6-10 раз в сутки.</p>	
<p>7. Подчеркните, что пациентка может начать использовать другой подходящий метод контрацепции в любое время по своему желанию и по любой причине.</p>	
<p>8. Проинструктируйте пациентку по следующим вопросам:</p> <p>* <b>как часто кормить ребенка:</b> - кормить ребенка из обеих грудей по каждому требованию (6-10 раз в день) - кормить не менее одного раза ночью (между двумя кормлениями не должно быть более 6 часов) <b>Замечание:</b> Если ребенок не хочет есть 6-10 раз в день или спит всю ночь, это нормальное явление, но <b>эффективность метода при этом снижается.</b></p>	
<p>* <b>когда начинать давать прикорм:</b></p> <p>- В течение первых 6 месяцев, если ребёнок растёт и прибавляет в весе нормально и женщина придерживается сбалансированной диеты (принимает высококалорийную пищу, богатую витаминами и минеральными веществами) и достаточно отдыхает для поддержания нужного количества молока, никакой дополнительной пищи ребёнку не требуется. Если в диету ребёнка стали вносить дополнительную пищу или жидкость, ребёнок начинает сосать грудь меньше и кормление уже <b>не будет эффективным методом контрацепции.</b></p>	



<p><b>* менструации.</b></p> <p>– возобновление менструаций означает восстановление фертильности и женщина должна немедленно начать использовать другой контрацептивный метод.</p>	
<p><b>* изменение любого одного из этих трёх условий означает, что пациентка должна немедленно обратиться к врачу для получения рекомендаций по использованию другого метода контрацепции:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ребёнку больше 6 месяцев;</li> <li>- у матери возобновились менструации;</li> <li>- ребёнок начал регулярно получать прикорм.</li> </ul> <p><b>Замечание:</b> Если женщина или её партнёр подвержены риску заражения ИМП или ИППП, им следует использовать презервативы в дополнение к МЛА.</p>	
<p>10. Попросите пациентку повторить инструкции, чтобы убедиться в правильности усвоенной информации.</p>	
<p>11. Спросите пациентку, есть ли у неё какие-либо вопросы или сомнения, отвечает на них.</p>	
<p>12. Объясните пациентке, когда вернуться на приём, и посоветуйте ей приобрести страховочный метод (презервативы), который она сможет начать использовать немедленно в случае любых изменений в её организме.</p>	



**КОНСУЛЬТАТИВНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ НАВЫКИ  
ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ.**

Этапы консультирования	Отметка о выполнении
1. <b>Приветствует</b> пациентку уважительно и доброжелательно, просит располагаться поудобнее.	
2. Представляется.	
3. <b>Спрашивает</b> о том, как протекает настоящая беременность.  - имеют ли место слабость, головокружение, одышка при физической нагрузке.	
4. Спрашивает <b>репродуктивный анамнез</b> .  - сколько было всего беременностей.  - сколько из них закончились родами, сколько – абортами.  - какой интервал между родами и беременностями.  - были ли осложнения во время родов или аборт.  - масса плодов при рождении.  - операции и гемотрансфузии	
5. Собирает <b>общий анамнез</b> :  - менструальная функция (возраст менархе, продолжительность, кровопотеря).  - болела ли раньше заболеваниями желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, гепатит).  - какие инфекционные болезни перенесла  - выявлялись ли до беременности болезни крови.  - условия жизни, труда, режим питания.  - профессиональные вредности.  - вредные привычки.	
6. Проводит <b>общий осмотр</b> беременной:	



<ul style="list-style-type: none"> <li>- рост, вес;</li> <li>- цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек (розовые, бледно-розовые, явно бледные);</li> <li>- обращает внимание на форму ногтей («часовые стёкла»);</li> <li>- определяет состояние кожи (тургор, сухость);</li> <li>- проводит аускультацию лёгких (при анемиях часто присоединяется вторичная инфекция дыхательных путей);</li> <li>- проводит аускультацию сердца (при хронических анемиях на верхушке сердца выслушивается нежный систолический шум без иррадиации, может быть акцент II тона на a.pulmonalis или на аорте).</li> </ul>	
<p><b>7. Подсчитывает пульс.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- при анемии I степени пульс будет нормальным (в пределах 60-80 в 1 мин.).</li> <li>- при анемии II степени – незначительная тахикардия (до 100 уд. в мин.).</li> <li>- при анемии III степени – значительная тахикардия (более 100 уд. в мин.).</li> </ul>	
<p><b>8. Измеряет артериальное давление.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- при анемии I ст. оно будет нормальным.</li> <li>- при более тяжёлых формах иногда имеет место снижение А/Д, но это не обязательный феномен, т.к. включаются факторы адаптации.</li> </ul>	
<p><b>9. Проводит поверхностную и глубокую пальпацию живота, старается пропальпировать печень (её контуры и консистенцию) и селезёнку.</b></p>	
<p><b>10. Определяет уровень гемоглобина и количество эритроцитов в крови.</b></p>	
<p><b>11. Если гемоглобин периферической крови составляет ниже 110 г/л, это свидетельствует об анемии. При этом предпринимает следующие шаги:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* объясняет о необходимости правильного питания при беременности.</li> <li>* рекомендует ежедневный приём мяса не менее 100 г в</li> </ul>	



<p>сутки, яиц, а так же рыбы, отварного языка, свежеприготовленной печени.</p> <p>* объясняет необходимость включения в рацион большого количества зелени (листья салата, шпинат, зелёный лук, чёрная смородина, яблоки).</p> <p>* ограничивает потребление чая, кофе.</p> <p><b>Примерный дневной рацион:</b></p> <p>-80-100 гр. мяса или рыбы</p> <p>-1 яйцо</p> <p>-до 1 кг молочных продуктов (сыр, творог, кефир)</p> <p>-800 г овощей и фруктов (часть из них должна быть в сыром виде)</p> <p>Назначает препараты железа:</p> <p>4. Купирование анемии: назначение препаратов железа в максимальной дозе (150-200 мг элементарного железа в сутки) до нормализации уровня гемоглобина в течение 6 -8 недель.</p> <p>5. Восполнение запасов железа (терапия насыщения): лечебную дозу снижают в 2-3 раза и продолжают прием в течение 3 месяцев, а в тяжелых случаях - до 4-6 месяцев.</p> <p>6. Противорецидивная терапия: назначение короткими курсами по 7-10 дней – ежемесячно (после менструаций и небольших кровотечений из желудочно-кишечного тракта).</p>	
<p>12. Назначает контроль уровня гемоглобина на 14-й день после начала лечения и через 3 месяца.</p>	
<p>13. Отсутствие эффекта от предлагаемого лечения свидетельствует о:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*неправильном определении генеза анемии</li> <li>*неадекватной дозе препарата железа</li> <li>*гипорегенерации эритропоэза</li> <li>*наличию интеркуррентной инфекции.</li> </ul>	
<p>14. Объясняет о возможности появления побочных эффектов при приёме препаратов железа: чёрный стул, дискомфорт в эпигастральной области, запоры .</p>	



<p>15. Объясняет пациентке, что не следует ожидать быстрого повышения уровня гемоглобина. Нормализация показателей красной крови наступает только через 5-8 недель лечения. Общее состояние больной при этом улучшается гораздо раньше.</p>	
<p>16. При повышении гемоглобина до нормального уровня, назначает профилактически по 120 мг сульфата железа и 50 мкг фолиевой кислоты в неделю до родов и в первые 6 месяцев периода лактации.</p>	
<p>17. Если гемоглобин периферической крови составляет <b>70г/л и меньше</b> направляет беременную на лечение в стационар.</p>	



## КЛИНИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Этапы консультирования	Отметка о выполнении
1. <b>Приветствует пациентку</b> уважительно и доброжелательно, просит располагаться поудобнее.	
2. Представляется.	
3. Спрашивает о том, как протекает настоящая беременность: - беспокоят ли больную головные боли? - беспокоит ли «мелькание мушек» перед глазами? - беспокоят ли головокружения? - беспокоят ли связанные с вышеперечисленными симптомами тошнота, рвота? - беспокоит ли больную резкая слабость? - наблюдались ли когда-нибудь судороги, с чем они связаны?	
4. Спрашивает о том, как протекали предыдущие беременности, если они были, отмечала ли женщина подъем А/Д и вышеперечисленные симптомы, а также как заканчивались предыдущие роды?	
5. Спрашивает о том был ли подъем А/Д у беременной до замужества, до первой беременности? Принимала или принимает она какие-либо гипотензивные препараты?	
6. <b>Проводит объективный осмотр беременной:</b> - рост, вес. - телосложение. -соответствуют ли параметры плода сроку данной беременности. - кожные покровы и видимые слизистые:	



<p>а) обычной окраски  б) бледно-розовой  в) бледной.</p> <p><b>Пульс</b> – нормальный 60-80 уд. в 1 мин.,  тахикардия – 80-100 в 1 мин.,  брадикардия &lt;60 в 1 мин.</p> <p><b>Число дыханий</b> в мин.  16-18 - норма.  &gt;18 - одышка.</p>	
<p>7. Наблюдаются ли выраженные или быстро возникшие <b>отеки</b> или нет.</p>	
<p>8. Определяет наличие белка в моче.</p>	
<p>9. Измеряет А/Д на обеих руках.</p>	
<p>10. Если ДАД =90 мм.рт.ст и более наблюдается в первые 20 недель беременности – скорее всего имеет место <b>хроническая гипертензия</b>.  Направляет пациентку для обследования к специалисту.</p>	
<p>11. Если ДАД &gt;110 мм рт.ст. при однократном измерении или ДАД &gt;90 мм рт.ст. при 2-х кратном измерении с интервалом 4 часа, отсутствуют жалобы и белок в моче, в анамнезе отсутствует повышение уровня АД до беременности, имеет место гестационная гипертензия (ведение согласно клиническому протоколу)</p>	
<p>12. Если ДАД &gt;90 мм рт.ст. при 2-х кратном измерении с интервалом 4 часа (АД не более 160/90 мм рт.ст.), возникшая после 20 нед. беременности + протеинурия (0,033-1 г/л) – <b>лёгкая преэклампсия</b> (ведение согласно клиническому протоколу).</p>	
<p>13. если ДАД &gt;110 мм рт.ст при 2-х кратном измерении с интервалом 4 часа в сочетании с любым из ниже перечисленных симптомов:  - прогрессирующая протеинурия более 1 г/л в разовой</p>	



<p>порции мочи;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-головная боль;</li> <li>-головокружение;</li> <li>-мелькание мушек перед глазами;</li> <li>-тошнота;</li> <li>-рвота;</li> <li>-усиление сухожильных рефлексов;</li> <li>-боли в эпигастральной области;</li> <li>-боли в области сердца;</li> <li>-отеки;</li> <li>-повышение уровня АД в анамнезе, эклампсия во время предыдущих беременностей – <b>тяжелая преэклампсия</b> (ведение согласно клиническому протоколу).</li> </ul>	
<p><b>13. Неотложная помощь</b> при эклампсии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Уложить женщину на левый бок;</li> <li>• Очистить ротовую полость и гортань (если были судороги).</li> <li>• Начать противосудорожную терапию сульфатом магния.</li> </ul> <p><b>Нагрузочная доза:</b> сульфат магния 25 % - 20,0 развести в 20 мл изотонического раствора (нагрузочная доза) в двух шприцах: по 10 мл магнезии и 10 мл изотонического раствора в/в струйно очень медленно.</p> <p>Если судороги повторились, ввести 2 грамма сульфата магния в/в в течение 5 минут.</p> <p><b>Поддерживающая доза:</b> Сульфат магния 25% -20 мл (5 граммов сухого вещества) развести в 200 мл 0,9%изотонического раствора Натрия хлорида. Вводить со скоростью 1-2 грамма в час (40-80 мл час или 15-20 капель в минуту) при использовании иглы диаметром 0,8 и стандартной системы для в/в инфузий, под контролем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ЧД не мене 16 в минуту</li> <li>• Наличие коленных рефлексов</li> <li>• Мочеотделение не менее 30 мл в час на</li> </ul>	



<p>протяжении последних 4 часов, с целью оценки токсического действия сульфата магния.</p> <p>При признаках передозировки использовать глюконат Кальция 10% 10 мл в/в.</p> <p>При отсутствии сульфата магния используется диазепам.</p> <p><b>Нагрузочная доза:</b> 10 мг диазепама в/в медленно в течение 2 минут.</p> <p>Если судороги возобновились, повторите нагрузочную дозу.</p> <p><b>Поддерживающая доза:</b> 40 мг диазепама в 500 мл раствора (физиологический раствор или лактат Рингера) в/в капельно для поддержания женщины в состоянии седации, но оставляя ее в сознании.</p> <p>Транспортировка больной специальным транспортом в стационар 2 уровня (или ближайший стационар).</p>	
<p>14. Гипотензивная терапия назначается, если диастолическое артериальное давление остается выше 110 мм рт.ст.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Целью является удержание диастолического давления между 90 и 100 мм рт. ст. для предупреждения мозгового кровоизлияния и из-за опасности ухудшения маточно-плацентарного кровообращения (рекомендации ВОЗ).</li> <li>• Гипотензивное лечение начать с уровня ДАД 100 мм.рт.ст. и более.</li> <li>• Метилдопа (антигипертензивный препарат центрального действия) 250-500 мг, максимальная суточная доза 3,0 г или лабетолол (бета-блокаторы) 25-50 мг или нифедипин ретард (блокатор Са каналцев) 10-20 мг.</li> <li>• При гипертензивных кризах и высоком давлении, когда прием таблеток не дает должного эффекта, назначают – клонидин 0,5-1,5 мл 0,01% раствора в 50 мл физиологического раствора внутривенно капельно очень медленно 5-6 капель в минуту под контролем АД.</li> </ul>	



- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Поддерживать уровень умеренной гипертензии (140-150/100 мм.рт.ст.).</li><li>• При гипертензивных кризах и высоком давлении, когда прием таблеток не дает должного эффекта, назначают – клонидин 0,5-1,5 мл 0,01% раствора в 50 мл физиологического раствора внутривенно капельно очень медленно 5-6 капель в минуту под контролем АД.</li></ul> |  |
|---|--|



**Проверочный лист индивидуальной карты беременных и родильниц**

Название ЦСМ/ГСВ \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

Дата проверки \_\_\_\_\_

№	Мероприятия	Отметка о выполнении
1.	Рекомендации по питанию (не ограничивать потребление воды; увеличить потребление продуктов с повышенным содержанием клетчатки, белка, кальция, железа, уменьшить потребление жиров, сахара, лекарственных препаратов, исключить курение и употребление алкоголя):	
2.	Назначение фолиевой кислоты до 13 недель беременности	
3.	Назначение препаратов железа при показателях Hb <110 г/л	
4.	Измерение артериального давления проводится и фиксируется при каждом посещении	
5.	Гравидограмма заполняется при каждом посещении после 24 недель беременности (но не чаще 1 раза в 2 недели)	
6.	Определение белка в моче при каждом посещении	
7.	Исследование мазка вагинальной флоры проводится по показаниям	
8.	Назначение препаратов, недоказанных по эффективности, во время беременности (магния сульфат для лечения угрозы, витамин Е, глюкоза, но-шпа, свечи с папаверином, актовегин и др.)	
9.	Необоснованные госпитализации	
10.	Необоснованные направления на консультацию к специалистам	
11.	Назначение ультразвукового исследования плода без четких показаний	
12.	Консультирование по опасным признакам во время беременности (кровотечение, сильные головные боли, нарушение зрения, лихорадка, боль в животе, уменьшение движений плода, отхождение околоплодных вод)	
13.	Консультирование по опасным признакам в период новорожденности (судороги, рвота, затрудненное или учащенное дыхание, повышение температуры тела более 38 °С, отказ от груди или вялое сосание, уменьшение движений рук и ног)	



14.	Консультирование по опасным признакам в послеродовом периоде (вагалищное кровотечение -более 2-3 прокладок в течение 30 минут), судороги, учащенное или затрудненное дыхание, высокая температура тела, слабость, неспособность встать с постели, сильная боль в животе, покраснение и болезненность груди, подтекание мочи или боль при мочеиспускании, боль в области промежности, гнойные или неприятно пахнущие выделения из влагалища)	
15.	Консультирование по послеродовой контрацепции	
16.	Консультирование по грудному вскармливанию	
17.	Заполнение плана родов	
18.	Направление на занятия по подготовке беременных и их партнеров к родам	



**Проверочный лист обхода медицинского учреждения по оказанию дородовой помощи**

Наименование	Отметка о выполне нии	Наименование	Отметка о выполне нии
<b>1. Фетоскоп</b> (у каждого медработника, проводящего дородовое наблюдение)		<b>8. Раздаточный материал для пациентов: «Опасные признаки беременности»</b>	
<b>2. Тонометр</b> (один в кабинете доврачебного осмотра или у каждого медработника, проводящего дородовое наблюдение)		<b>9. Раздаточный материал для пациентов: «Физиологические изменения и часто встречающийся дискомфорт при беременности»</b>	
<b>3. Весы для взрослых</b> (одни на каждое медучреждение)		<b>10. Раздаточный материал для пациентов: «Питание и физические упражнения при беременности»</b>	
<b>4. Сантиметровая лента</b> для определения высоты стояния дна матки (у каждого медработника, проводящего дородовое наблюдение)		<b>11. Показания для госпитализации пациента</b> (преимущество с родильным домом)	
<b>5. Тестовые полоски для определения белка в моче</b> (или оборудование для определения белка в моче альтернативным		<b>12. Протокол лечения гипертензивных нарушений беременности</b>	



методом)			
<b>6. Гемоглобинометр</b> (один на каждое медучреждение)		<b>13. Протокол ведения кровоотечений в поздних сроках беременности (&gt;20 нед)</b>	
<b>7. Телефон</b> (возможность позвонить в родильный дом)		<b>14. Протокол ведения поздних послеродовых кровоотечений</b>	



### Анкета анонимного опроса пациентов

Для качественного предоставления медицинских услуг по вопросам антенатального ухода и улучшения работы медицинских работников просим Вас ответить на ниже перечисленные вопросы. Ваши ответы помогут существенно повысить уровень оказываемых Вам услуг. Опросник анонимный, поэтому, пожалуйста, не стесняйтесь говорить правду!

Возраст: \_\_\_\_\_ Пол: М / Ж Дата предполагаемых родов (при беременности): \_\_\_\_\_

**Если вы в данное время находитесь на дородовом наблюдении, ответьте, пожалуйста, на все вопросы. Если нет, перейдите сразу к вопросу 7.**

Укажите уровень своего согласия со следующими утверждениями по этой шкале:

1 - полностью несогласен      2 - несогласен      3 - неуверен  
4 - согласен      5 - полностью согласен

1.	После сегодняшнего посещения я хорошо понимаю, какие изменения/неприятные ощущения нормальны для этого периода беременности	1	2	3	4	5
2.	После сегодняшнего посещения я хорошо понимаю “тревожные признаки”, возможные в моем периоде беременности, и знаю, когда нужно позвонить или лично обратиться в ГСВ/ФАП или стационар	1	2	3	4	5
3.	Я понимаю, зачем и как нужно принимать каждое лекарство или витамин, которые мне назначили сегодня	1	2	3	4	5
4.	Я понимаю, зачем нужны обследования, которые мне сделали (или назначили) сегодня	1	2	3	4	5
5.	Я чувствую себя хорошо информированной о ходе моей	1	2	3	4	5



	беременности					
6.	Мой доктор поощряет мое активное участие в принятии решений по ведению моей беременности (обследование, медикаменты, план родов) Укажите лекарства, которые вам назначили или вы принимаете в данное время _____ _____	1	2	3	4	5
7.	Врач разъяснил мне все, что я хотел(а) знать о своем заболевании (или беременности)	1	2	3	4	5
8.	У меня создалось впечатление, что доктор хорошо знает, что предпринять по поводу моих жалоб	1	2	3	4	5
9.	Доктор отнесся ко мне тепло и доброжелательно	1	2	3	4	5
10.	Доктор серьезно отнесся к моим жалобам	1	2	3	4	5
11.	Я удовлетворен(а) медицинской помощью, которую я получил(а) в этой клинике сегодня	1	2	3	4	5
	Я не слишком долго ждал(а) приема у врача	1	2	3	4	5

Результаты анкетирования пациентов показывают уровень их удовлетворенности оказанием медицинских услуг по антенатальному уходу. Удовлетворенность пациентов оказанными услугами демонстрирует уровень качества медицинских услуг, ориентированных на пациента и основанных на доказательной медицине.

Беременная женщина должна быть хорошо информирована о течении своей беременности, включая информацию о нормальных физиологических изменениях в период беременности, необходимости скрининговых обследований и раннего выявления патологии. Следует избегать ненужных (не основанных на доказательной медицине) вмешательств; пациенты должны иметь четкое представление о показаниях, по которым им назначено то или иное обследование или лекарственное средство.

Пациенты отвечают на вопросы, включенные в «анкету анонимного опроса пациентов». Ответы на эти вопросы предполагают оценку по шкале от 1 до 5, где балл 5 означает наивысший уровень информированности пациента, обеспеченной



медицинским работником. Первые шесть вопросов касаются непосредственно антенатального наблюдения, ответы на вопросы 7-12 указывают на удовлетворенность оказанием общих медицинских услуг.

Ответы, данные пациентами на каждый вопрос, приводятся к среднему значению. Значение 3 и более баллов засчитывается как достаточный уровень удовлетворенности пациентов оказанными услугами.



## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка, М. Энкин и др., пер. с англ., издательство «Петрополис», С-Петербург, 2003.
2. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь, материалы ЕРБ ВОЗ, 2003.
3. Основы ухода за новорожденными и грудное вскармливание, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996.
4. Курс по оказанию антенатальной помощи, проект «Мать и дитя» Джоун Сноу, Интеркорпорейтед, 2004.
5. Эффективная антенатальная помощь и уход. Руководство для участника. 2008.
6. Эффективная антенатальная помощь и уход. Руководство для преподавателя. 2008.
7. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года, Бишкек, 2006.
8. Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской республики «Манас талими» на 2006-2010 годы, Бишкек, 2006.
9. Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008 – 2017 годы. Бишкек, 2008.



Германское общество технического сотрудничества  
Deutsche Gesellschaft für  
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH  
720040 Бишкек, ул. Панфилова, 150,  
Тел.: +996 (312) 90-90-70, Факс: +996 (312) 90-90-80,  
E-mail: [coordination@gtz.kg](mailto:coordination@gtz.kg), [www.gtz.de](http://www.gtz.de)

Изготовлено в типографии ОсОО "Триада Принт"  
Кыргызская Республика, 720021, г. Бишкек, ул. Гоголя, 28 а  
Тел.: +996 312/690 393, 690 394. Факс: +996 312/ 690 390  
E-mail: [pochta@triadaprint.kg](mailto:pochta@triadaprint.kg)

**T:RIADA xpress**  
ОПЕРАТИВНАЯ ПОЛИГРАФИЯ

Подписано в печать 15 марта 2012 г.  
Тираж: 150; Заказ № 65342







