

ПРИКАЗ от 06.10.2015 года №573

**«Об утверждении клинических стандартов и алгоритмов
по антенатальному уходу для специалистов сестринского дела ЦСМ,
ГСВ и ФАПов»**

В целях улучшения качества сестринской помощи населению в соответствии с принципами доказательной медицины,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить «Клинические стандарты и алгоритмы по антенатальному уходу для специалистов сестринского дела ЦСМ, ГСВ и ФАПов» (приложение);
2. Начальнику УОМПиЛП (Тойматов С.Ш.), ректорам КГМА им И.К. Ахунбаева и КГМИПиПК (Зурдинов А.З., Чубаков Т.Ч.), директору Бишкекского медицинского колледжа (Усубалиева Ч.С.), исполнительным директорам АГСВиМС и АБ (Мукеева С.Т., Джемуратов К.А.) (по согласованию), председателю Ассоциации специалистов сестринского дела Кыргызской Республики (Кыдыралиева Г.Э.), председателю ОО «Кыргызский альянс акушеров» (Орозалиева А.) обеспечить внедрение и распространение клинических стандартов и алгоритмов.
3. Директору Фонда ОМС при Правительстве КР (Калиев М.Т. – по согласованию) при проведении экспертизы качества сестринской помощи населению принять к сведению рекомендации данного клинического руководства.
4. Начальнику УОМПиЛП (Тойматов С.Ш.) обеспечить тиражирование клинического руководства за счет средств SWAP-2 пакет № ИОС-1.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра А.Дж. Мурзалиева.

Министр

Т.А. Батыралиев

Приложение
к приказу МЗ КР
от «___» _____ 2015г.
№ _____

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
ОО «КЫРГЫЗСКИЙ АЛЬЯНС АКУШЕРОВ»

Клинические стандарты и алгоритмы
по антенатальному уходу
для специалистов сестринского дела ЦСМ, ГСВ и ФАПов

БИШКЕК-2015

Рабочая группа по разработке клинических стандартов и руководства:

Бообекова А.А. – главный специалист УОМПиЛП МЗ КР

Юсупова Б.А. – ведущий специалист по сестринскому делу УОМПиЛП МЗ КР

Акматова Б.А. – и.о.доцента КГМИПиПК, к.м.н.

Болоцких И.В. – ассистент кафедры семейной медицины КГМИПиПК

Бозова С.Д. – преподаватель кафедры сестринского дела в акушерстве КГМИПиПК

Казакбаева Ч.М. – ОО «Кыргызский Альянс Акушеров»

Орозалиева А.А. – ОО «Кыргызский Альянс Акушеров»

Барыктабасова Б.К. – ответственный эксперт-методолог разработки и внедрения КР/КП и секретарь Экспертного совета МЗ КР по оценке качества, консультант Министерства здравоохранения по вопросам доказательной медицины и методологии разработки клинических руководств и протоколов, к.м.н.

Клинические стандарты и алгоритмы для специалистов сестринского дела ЦСМ, ГСВ, ФАП по антенатальному уходу «Физиологическая беременность», для первичного уровня организаций здравоохранения утверждены Приказом МЗ КР № от 2015 г.

Клиническая проблема

Предоставление услуг по антенатальному уходу

Этапы оказания помощи

Первичный уровень организаций здравоохранения Кыргызской Республики

Целевая группа

Клинические стандарты и алгоритмы разработаны для медицинских сестер и фельдшеров ЦСМ/ГСВ/ФАПов, служб родовспоможения и других организаций здравоохранения

Целевая группа пользователей

Женщины, нуждающиеся в антенатальном наблюдении, и члены их семей

Дата создания

2015 год

Планируемая дата обновления

Проведение следующего пересмотра планируется в январе 2018 г., либо при появлении новых ключевых доказательств. Все поправки к клиническим стандартам и алгоритмам будут опубликованы в периодической печати.

Любые комментарии и пожелания по содержанию клинических стандартов и алгоритмов приветствуются.

Содержание:

Введение	4
Список сокращений	5
Аntenатальная помощь и уход.	6
Приложения	
1. Домашняя карта беременной	7
2. Подход к оценке факторов риска во время беременности	8-20
3. Подсчет индекса массы тела	20
4. Правила измерения артериального давления	21
5. Гравидограмма	22
6. Содержание бесед с беременной и членами ее семьи	23
7. План родов	27
8. Памятка для беременной женщины	29

ВВЕДЕНИЕ

Одним из приоритетных направлений Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден соолук» на 2012-2016 годы и Национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики является охрана материнства и детства. Цели и задачи выше перечисленных программных документов совпадают с Целями развития тысячелетия (ЦРТ 5).

Ключевую и все более важную роль в усилиях общества по решению актуальных проблем репродуктивного и материнского здоровья, в обеспечении непрерывности помощи и в соблюдении прав и удовлетворении меняющихся потребностей людей играют акушерки. Эта категория медицинского персонала составляет большинство трудовых ресурсов в охране здоровья матери и ребенка (ОЗМиР). В 2013 году медицинские услуги оказывались 12718 врачами и 31599 специалисты сестринского дела, из которых 2277 – акушерки. Акушерки не только оказывают помощь в родах и способствуют рождению младенцев. Они также предоставляют информацию и услуги по репродуктивному здоровью, в том числе дородовой, послеродовой уход и планирование семьи. В течение нескольких последних лет были предприняты больше усилий по усилению потенциала акушерок. Внедрение мультидисциплинарных подходов во многих программах (как АНУ, ЭПУ, НАП) позволили усилить роль акушерок, сформировать их потенциал за счет улучшения, как знаний, так и навыков.

Аntenатальный уход является частью перинатальных программ, разработанных с целью найти пути для снижения материнской и перинатальной смертности и заболеваемости. Одной из основных задач дородового и послеродового периода является помощь в обеспечении сохранения, как здоровья женщины, так и здоровье ребенка. Antenатальный уход означает также информирование, оказание поддержки и помощи женщине и членам ее семьи в период беременности, родов и послеродового периода. Специалисты сестринского дела должны обеспечивать женщину важной информацией, касающейся ее здоровья (питание, профилактика ВИЧ, планирование семьи, прекращение курения и др.). Они должны уметь выявлять признаки акушерских осложнений и оказывать квалифицированную помощь. В задачи антенатального ухода входит также предоставление женщине больше возможностей для самоконтроля за течением беременности, которые отвечают ее желаниям и возможностям. Но наиболее важным является информирование женщины об опасных признаках во время беременности и о своевременном обращении за медицинской помощью.

В последние годы в Кыргызстане проделаны мероприятия, направленные на улучшение репродуктивного здоровья населения. 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.

Данные клинические стандарты и алгоритмы — это современный взгляд на антенатальный уход, с целью пересмотра отношения специалистов сестринского дела ко многим рутинным процедурам, не имеющим доказательства своей эффективности, и планирование наблюдения и обучения с учетом интересов потребителя, то есть беременной женщины и ее семьи.

Список сокращений

АД – Артериальное давление
АНУ - Антенатальный уход
АФС – Антифосфолипидный синдром
ВДМ - Высота стояния дна матки
ВИЧ\СПИД - Вирус иммунодефицита человека/Синдром приобретенного иммунодефицита
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ГБН – Гемолитическая болезнь новорожденных
ГНБ - Гипертензивные нарушения беременности
ГСВ – Группы семейных врачей
ДВС - Диссеминированное внутрисосудистое свёртывание
ЗВРП - Задержка внутриутробного развития плода
ИМТ-Индекс массы тела
КГМИиПК – Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
КСиА – клинические стандарты и алгоритмы
МЗ – Министерство здравоохранения
МС – Материнская смертность
НЦОМид - Национальный центр охраны материнства и детства
ОЗ – Организация здравоохранения
ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь
ПОНРП - Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
САД – Систолическое артериальное давление
СВДС – Синдром внезапной детской смерти
ТБ - Территориальная больница
УЗИ – Ультразвуковое исследование
УОМПиЛП – Управление медицинской помощи и лекарственной политики
ФАП – Фельдшерско-акушерский пункт
ЦРТ – Цели развития тысячелетия
ЦСМ – Центр семейной медицины
ЧД – Частота дыхания
ЧСС – частота сердечных сокращений

Аntenатальная помощь и уход.

Модель антенатального ухода, предусматривающая 6 посещения/визита.

Действия/вмешательства	Первый визит до 12 недель	Второй визит 18-20 недель	Третий визит 24-25 недель	Четвертый визит 30-32 недели	Пятый визит 36 недель	Шестой визит 38 недель
Анамнез и опрос (спрашивай, проверяй, записывай)						
Опасные признаки	+	+	+	+	+	+
Опрос жалоб	+	+	+	+	+	+
Анамнез болезни	+	+	+	+	+	+
Анамнез жизни	+					
Акушерско-гинекологический анамнез	+					
Осмотр (смотри, слушай, почувствуй)						
Физикальный осмотр	+					
ИМТ	+					
Измерение АД, ЧСС, ЧД	+	+	+	+	+	+
Осмотр нижних конечностей	+					
Измерение высоты стояния дна матки (гравидограмма)			+	+	+	+
Предлежание плода					+	
Скрининг (обследование) и анализы						
Гемоглобин	+		28-неделя			
Группа крови/резус. При резус (-) крови - титр антител	+					
Сифилис	+			+		
ВИЧ	+					
ВИЧ партнера	+					
Информированное согласие женщины и партнера в индивидуальной карте беременной	+					
Hbs ag по возможности	+					
Бактериурия	+					
Протеинурия	+	+	+	+	+	+
УЗИ плода	+	+				
Оценка факторов риска	+	+	+	+	+	+
Профилактические мероприятия						
Фолиевая кислота 400мкг по 1 таблетке в день (за 2 месяца до зачатия и до 12 недель беременности Рутинное применение фолиевой кислоты в дозе 400 мкг ежедневно в период до зачатия и в первые 12 недель беременности достоверно снижает риск развития у плода дефектов невральнoй трубки (анэнцефалия, спинно-мозговая грыжа), необходимо рекомендовать всем женщинам прием фолиевой кислоты.	+					
Калий иодид по 200 мкг в день в течение всей беременности и периода лактации	+	+	+	+	+	+
Аспирин 75 мг 1 раз в день (по показаниям) После консультации семейного врача	+	+	+	+	+	
Карбонат кальция 1,0 грамм 1 раз в день (по показаниям) После консультации семейного врача	+	+	+	+	+	+

Беседы						
Проверить путем опроса, соблюдает ли беременная женщина данные ранее рекомендации (какой препарат принимает, сколько раз в день и др.).						
Изменения во время беременности	+	+	+	+	+	+
Режим и питание беременных	+	+	+	+	+	+
Тревожные признаки во время беременности	+	+	+	+	+	+
О вреде алкоголя и курения						
Физические упражнения	+	+	+	+	+	+
Безопасный секс	+	+	+	+	+	+
Ведение домашней карты беременной;	+	+	+	+	+	+
Рекомендовать пройти занятия в школе подготовки к родам						
При наличии отклонений в результатах анализов пригласить на прием для проведения дополнительных обследований и лечения.	+	+	+	+	+	+
Заполнение плана родов					+	+
Грудное вскармливание					+	+
при сроке 41 неделя направить женщину к акушер-гинекологу с целью решения вопроса о методе родоразрешения						+
Заполнить и выдать обменную карту на руки	+					
Контроль за выполнением назначений		+	+	+	+	+
Дата следующего посещения.	+	+	+	+	+	+

Приложение № 1

Домашняя карта беременной

<i>Дата</i>	<i>Мои ощущения</i>	<i>Вопросы, которые я хочу обсудить с медицинским работником</i>
.....
.....

Оценка перинатальных факторов риска

При выявлении перинатальных факторов риска необходимо провести информирование беременной и членов ее семьи о возможных рисках и осложнениях во время беременности, родах и в послеродовом периоде, а так же о возможных исходах для матери, плода и новорожденного.

Фактор риска	Влияние на беременность/плод	Необходимые мероприятия
I. Социально-биологические		
Возраст матери моложе 18 лет	Повышенный риск преждевременных родов, задержки роста плода, аномалий родовой деятельности, послеродовых кровотечений.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 1. При постановке учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 2. Направить на роды на II уровень.
Возраст матери 35 лет и старше	Повышенный риск преэклампсии, предлежания плаценты, развития синдрома Дауна, задержки роста плода.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 3. Если возраст женщины 40 лет и старше, и она имеет другие факторы риска на развитие преэклампсии, проводить профилактику преэклампсии (аспирин 75 мг и карбонат кальция 1,0 грамм ежедневно до конца беременности) после консультации врача. 4. Направить на роды на II уровень.
Профессиональные вредности у матери и прием лекарственных средств	Повышенный риск задержки роста плода, токсическое влияние на плод.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. Провести дополнительную беседу о влиянии профессиональных вредных факторов и приема лекарственных средств на здоровье.
Курение матери	Повышенный риск самопроизвольного выкидыша,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа.

	ПОНРП, преждевременных родов, задержки роста плода, СВДС	<ol style="list-style-type: none"> 2. Провести дополнительную беседу о влиянии курения на здоровье матери и плода. 3. Предоставить помощь в прекращении курения.
Злоупотребление матери алкоголем	Повышенный риск токсического влияния на плод, ПОНРП, задержки роста плода	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. Провести дополнительную беседу о влиянии алкоголя на здоровье матери и плода. 3. Направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 4. Направить на роды на II уровень.
Употребление матерью наркотиков	Повышенный риск ПОНРП, наркотической интоксикации и абстинентного синдрома у новорождённого, СВДС, задержки роста плода и нарушений умственного развития ребёнка.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ совместно с наркологом.
Вредные привычки у отца (злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков)	Повышенный риск эмоциональных нагрузок у матери.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. Провести с отцом дополнительную беседу о влиянии вредных привычек на здоровье. 3. Предложить отцу пройти консультацию нарколога.
Эмоциональные нагрузки у матери	Повышенный риск самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов (в сочетании с другими факторами).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. Провести дополнительную беседу о влиянии эмоциональных нагрузок на здоровье матери и плода.
Рост матери 150 см и менее	Повышенный риск осложнений в родах, родового травматизма.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке на учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 3. Направить на роды на I-II уровень.
ИМТ<18.5	Повышенный риск задержки роста плода.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке на учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 3. Проводить взвешивание женщины при каждом посещении и постоянно

		<p>беседовать с ней о рациональном питании.</p> <p>4. Направить на роды на I-II уровень.</p>
ИМТ\geq30	Повышенный риск преэклампсии, гестационного сахарного диабета, осложнений в родах и в послеродовом периоде.	<p>1. Вести беременность и проводить профилактику преэклампсии согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа.</p> <p>2. В сроке 28 недель предложить тест на толерантность к глюкозе.</p> <p>3. При постановке на учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ.</p> <p>4. Направить на роды на I-II уровень.</p>
Аномалии таза	Повышенный риск родового травматизма..	<p>1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа.</p> <p>2. Направить на роды на II уровень.</p>
II. Акушерско-гинекологический анамнез		
Число предшествующих родов >4	Повышенный риск предлежания плаценты, осложнений в родах, послеродовых кровотечений.	<p>1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа.</p> <p>2. Направить на роды на II уровень.</p>
Выкидыш в промежутках между родами: 3 и более (в ранних сроках) в анамнезе	Повышенный риск невынашивания.	<p>1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа.</p> <p>2. При постановке на учет <u>в ранние сроки</u> направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ.</p>
Преждевременные роды в анамнезе	Повышенный риск преждевременных родов.	<p>1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ.</p>
Смерть детей в неонатальном периоде в анамнезе	Повышенный риск неонатальной и перинатальной смертности.	<p>1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа.</p> <p>2. При постановке на учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ.</p>
Аномалии развития у детей в анамнезе	Повышенный риск задержки роста и аномалий развития плода.	<p>1. При аномалиях развития <u>нервной трубки</u> рекомендовать профилактический прием фолиевой кислоты в дозе <u>4 мг</u> за 2-3 месяца до зачатия и в первые 12 недель беременности.</p> <p>2. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа.</p> <p>3. При постановке на учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-</p>

		гинекологу ЦСМ.
Масса тела у доношенных детей в анамнезе менее 2500 гр.	Повышенный риск развития задержки роста плода антенатальных и перинатальных потерь.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке на учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ.
Масса тела у доношенных детей в анамнезе 4000 гр. и более	Повышенный риск развития крупного плода, сахарного диабета.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке на учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 3. В сроке 28 недель предложить тест на толерантность к глюкозе.
Два и более рубца на матке	Повышенный риск предлежания плаценты, разрыва матки по рубцу.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа.ду 2. Провести дополнительно беседу о возможных рисках и преимуществах возможных методов родоразрешения. 3. При постановке на учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 4. Направить на роды на II-III уровни.
Опухоли матки	Повышенный риск преждевременных родов, предлежания плаценты, задержки роста плода, осложнений в родах.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке на учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 3. Направить на роды на II уровень.
Истмико-цервикальная недостаточность	Повышенный риск самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ.
Преэклампсия/ эклампсия в анамнезе	Повышенный риск гипертензивных нарушений беременности, задержки роста плода.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ.
Послеродовое кровотечение в анамнезе	Повышенный риск послеродового кровотечения.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. Направить на роды на II уровень.
ГБН у новорожденного в анамнезе и наличие антител в крови	Повышенный риск ГБН, перинатальной смертности.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ.
III. Экстрагенитальные заболевания		
Заболевания	Повышенный риск ПОНРП,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно

сердечно-сосудистой системы без нарушения кровообращения	задержки роста плода.	КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке на учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ.
Заболевания сердечно-сосудистой системы с нарушением кровообращения	Повышенный риск ПОНРП, преэклампсии, преждевременных родов, задержки роста плода осложнений во время родов.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ совместно с кардиологом.
Гипертоническая болезнь II-III ст.	Повышенный риск ПОНРП, преэклампсии, преждевременных родов, острой почечной недостаточности, инсульта, задержки роста плода, мертворождения.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ совместно с кардиологом.
Аутоиммунные состояния (АФС, СКВ)	Повышенный риск ПОНРП, задержки роста плода.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ.
Заболевания почек до беременности без нарушения функции, бессимптомная бактериурия и цистит	Повышенный риск преждевременных родов и острого пиелонефрита (при бессимптомной бактериурии и цистите). Повышенный риск преэклампсии, ПОНРП (при гломерулонефритах).	1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа 2. Направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 3. Направить на роды на I- II уровни.
Заболевания почек до беременности с нарушением функции	Повышенный риск преэклампсии, ПОНРП (при гломерулонефритах), задержки роста плода.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ совместно с урологом/ нефрологом.
Заболевания почек с обострениями во время беременности	Повышенный риск преэклампсии, ПОНРП (при гломерулонефритах), задержки роста плода.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ совместно с урологом/ нефрологом.
Сахарный диабет (компенсированный и декомпенсированный)	Повышенный риск преэклампсии, ПОНРП, самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов, многоводия, задержки роста плода, макросомии и пороков развития плода, родового травматизма матери и плода, высокой перинатальной смертности.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ совместно с эндокринологом.
Анемия тяжелой степени	Повышенный риск преждевременных родов, задержки роста плода, послеродового кровотечения, гнойно-септических состояний, гипогалактии.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке диагноза направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 3. Провести дополнительную беседу о регулярном и

		длительном приеме антианемических средств. 4. При неэффективности назначенного лечения (в адекватной дозе и при регулярном приеме) в течение 2 недель направить на консультацию к гематологу. 5. Направить на роды на II уровень.
Заболевания свертывающей системы крови	Повышенный риск кровотечения, ДВС-синдрома.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ совместно с гематологом.
Хронические инфекции (туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция и др.)	Повышенный риск преждевременных родов, задержки роста плода.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ совместно с профильным специалистом.
Бронхиальная астма персистирующая	Повышенный риск задержки роста плода, преэклампсии, преждевременных родов, гипоксии и асфиксии плода. При интермиттирующем течении БА риск минимальный	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ совместно с пульмонологом.
Варикоз наружных половых органов	Повышенный риск кровотечения при разрыве варикозно измененного сосуда.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке на учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 3. Направить на роды на I-II уровень.
Тромбофлебит	Повышенный риск тромбозомболических состояний.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ совместно с хирургом.
Психические заболевания	Повышенный риск ухудшения психического состояния, суицида, преждевременных родов, задержки роста плода, влияния лекарственных средств, послеродового психоза.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке на учет направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 3. Направить на роды на I-II уровень.
Эпилепсия	Повышенный риск задержки роста плода, влияния лекарственных средств, преждевременных родов.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ совместно с невропатологом.
IV. Осложнения данной беременности		
Чрезмерная рвота беременных	Повышенный риск обезвоживания и электролитных нарушений, самопроизвольного выкидыша.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке диагноза направить на консультацию к

		семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ.
Гестационные отеки без протеинурии	Повышенный риск тяжелой преэклампсии и эклампсии при обширных, быстро возникающих отеках.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. Обучить «опасным» признакам при беременности. 3. При появлении протеинурии см. ниже.
Гестационные отеки с протеинурией	Повышенный риск гипертензивных нарушений беременности.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке диагноза направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ. 3. Постоянно (1 раз в неделю) проводить контроль АД и анализа мочи на наличие протеинурии. 4. Обучить «опасным» признакам при беременности.
Гестационная гипертензия	Повышенный риск тяжелой преэклампсии и эклампсии, задержки роста плода.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ.
Преэклампсия легкой степени	Повышенный риск тяжелой преэклампсии и эклампсии, ПОНРП, задержки роста плода	<ol style="list-style-type: none"> 1. При постановке диагноза направить на госпитализацию в сопровождении медицинского персонала на I-II уровень. 2. Если беременность пролонгирует, после выписки из стационара беременность вести на уровне ЦСМ/ТБ.
Преэклампсия тяжелой степени	Повышенный риск ПОНРП, задержки роста плода, материнской смертности, антенатальных потерь.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Срочно направить на госпитализацию в сопровождении медицинского персонала на II-III уровень. 2. Перед госпитализацией провести профилактику судорог: <ul style="list-style-type: none"> - нагрузочная доза: 20,0 мл 25 % раствора магния сульфата (5 г сухого вещества) развести в 20,0 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида в двух шприцах: по 10 мл магния сульфата и 10 мл изотонического раствора; вводить в/в струйно очень медленно; - поддерживающая доза: 20,0 мл 25% раствора магния сульфата (5 г 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

		<p>иглы диаметром 0,8 и стандартной системы для внутривенных инфузий без фильтра).</p> <p>3. Проводить контроль частоты дыхания, сухожильных рефлексов, диуреза. При появлении признаков передозировки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - частота дыхания ниже 12 в минуту, -снижение или отсутствие коленных рефлексов, - уменьшение мочеотделения меньше 30 мл/ч за последние 4 часа, отменить или отложить использование магния сульфата и ввести антидот – 10,0 мл 10% раствора кальция глюконата в/в в течение 10 мин..
<p>Эклампсия</p>	<p>Повышенный риск ПОНРП, задержки роста плода, материнской смертности, антенатальных потерь.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Срочно направить на госпитализацию в сопровождении медицинского персонала на II-III уровень. 2. Перед госпитализацией провести следующие мероприятия: <ul style="list-style-type: none"> - защитить пациентку от повреждений, но не удерживать ее активно; -подготовить оборудование (воздуховоды, отсос, маску и мешок, кислород) и дать кислород со скоростью 4—6 л в минуту; -уложить женщину на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови; -после судорог при необходимости очистить отсосом ротовую полость и гортань; -после окончания приступа немедленно начать магнезиальную терапию: <ul style="list-style-type: none"> ✓ - нагрузочная доза: 20,0 мл 25 % раствора магния сульфата (5 г сухого вещества) развести в 20,0 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида в двух шприцах: по 10 мл магния сульфата и 10 мл изотонического раствора; вводить в/в струйно очень

		<p>медленно;</p> <p>✓ - поддерживающая доза: 20,0 мл 25% раствора магния сульфата (5 г 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 и стандартной системы для внутривенных инфузий без фильтра).</p> <p>3. Проводить контроль частоты дыхания, сухожильных рефлексов, диуреза. При появлении признаков передозировки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - частота дыхания ниже 12 в минуту, - снижение или отсутствие коленных рефлексов, - уменьшение мочеотделения меньше 30 мл/ч за последние 4 часа, отменить или отложить использование магния сульфата и ввести антидот – 10,0 мл 10% раствора кальция глюконата в/в в течение 10 мин..
Кровотечение в первой половине беременности	Повышенный риск самопроизвольного выкидыша, предлежания плаценты, ПОНРП, задержки роста плода.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа. 2. При постановке диагноза направить на консультацию к семейному врачу/ акушер-гинекологу ЦСМ.. 3. Обучить «опасным» признакам при беременности. 4. Направить на роды на I-II уровни.
Кровотечение во второй половине беременности	Повышенный риск задержки роста плода, ДВС-синдрома, оперативного родоразрешения, материнской и перинатальной смертности.	<ol style="list-style-type: none"> 1. При постановке диагноза <u>срочно</u> провести следующие мероприятия: <ul style="list-style-type: none"> - позвать на помощь медицинский персонал; - оценить состояние матери (пульс, АД, ЧД, температура) и плода ; - оценить величину кровопотери ; - катетеризировать две периферические вены вазоканнами (№16-14) ; - начать инфузию физиологического раствора в

		<p>объеме 3:1 к объему предположительной кровопотери, при признаках шока в объеме не менее 2 литров ;</p> <p>2. Направить срочно на госпитализацию в сопровождении медицинского работника (от себя) или организовать вызов транспортно-консультативной помощи на себя в ближайший стационар, желательно II-III уровни.</p> <p>3. Проводить документирование данных оценки состояния, наблюдения и медицинских вмешательств до прибытия на следующий уровень.</p> <p>5. Если беременность пролонгирует, после выписки из стационара вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ.</p> <p>6. Обучить «опасным» признакам при беременности.</p>
Резус-изосенсибилизация	Повышенный риск ГБН.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ.
Тазовое предлежание плода, неправильное положение плода (поперечное/косое)	Повышенный риск ПОНРП, осложнений в родах, оперативного родоразрешения, родовых травм, перинатальной смертности.	<p>1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа.</p> <p>2. Направить в сроке 37 недель на консультацию к акушеру-гинекологу для решения вопроса о методе родоразрешения.</p> <p>3. Направить на роды на II уровень.</p>
Многоплодие	Повышенный риск преждевременных родов, преэклампсии, анемии, ПОНРП, предлежания плаценты, задержки роста одного или всех плодов, мертворождаемости, врожденных аномалий, СФФГ (у монозиготной двойни с монохориальным типом плацентации), обратной артериальной перфузии.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ЦСМ/ТБ.
Переношенная беременность	Повышенный риск осложнений при родах, родового травматизма матери, синдрома аспирации мекония, поражений ЦНС новорожденных, крупных плодов, антенатальных потерь.	<p>1. Направить на консультацию к акушеру-гинекологу после 41 недели для решения вопроса о госпитализации и индукции родов.</p> <p>2. Направить на роды на I-II уровень.</p>
Угрожающий выкидыш	Повышенный риск кровотечения, задержки роста плода.	1. Вести беременность согласно КП на уровне ГСВ/ФАПа.

		<p>2. Обеспечить эмоциональную поддержку с возможностью предоставления листка нетрудоспособности.</p> <p>3. Провести консультацию о тактике ведения угрожающего выкидыша, внимательно ответить на вопросы.</p> <p>4. Обучить «опасным» признакам при беременности.</p>
Преждевременные роды	Повышенный риск перинатальных потерь.	<p>1. Срочно направить на госпитализацию на II уровень (после 34 недель беременности) или III уровень (с 22 недель до 34 недель) в сопровождении медицинского персонала. При невозможности транспортировки - госпитализация в ближайший стационар и вызов бригады на себя.</p> <p>2. Профилактика материнской и неонатальной инфекции при излитии околоплодных вод: - дать первую дозу эритромицина в дозе 500 мг перорально или ампициллин 1,0 г в/м, или цефазолин 2,0 г в/в.</p> <p>3. Профилактика респираторного дистресс-синдрома: - дексаметазон по 6 мг в/м в 4 приема через каждые 12 часов, всего 24 мг. Лечение должно быть ограничено одним курсом.</p> <p>4. Назначение токолитических средств для пролонгирования беременности с целью достижения терапевтического эффекта кортикостероидов и/или для перевода на более высокий уровень оказания медицинской помощи: - нифедипин по 10 мг под язык каждые 20 минут в течение первого часа, затем по 10 мг внутрь каждые 6-8 часов в течение не более 48 часов от начала терапии или - индометацин 100 мг перорально или ректально, затем по 25 мг каждые 6 часов в течение не более 48 часов (не применять после 32 недель беременности).</p>
Предлежание	Повышенный риск приращения	<p>1. При постановке диагноза и</p>

<p>плаценты центральное</p>	<p>плаценты, кровотечения, оперативного родоразрешения,</p>	<p>отсутствии вагинального кровотечения: - направить на консультацию на II – III уровни; - в дальнейшем провести консультирование беременной о дальнейшем плане наблюдения и выполнять рекомендации стационарного уровня. - направить в 34 недели в плановом порядке на родоразрешение в стационар II – III уровней. 2. При наличии вагинального кровотечения: - позвать на помощь медицинский персонал; - оценить состояние матери (пульс, АД, ЧД, температура) и плода; - оценить величину кровопотери; - катетеризировать две периферические вены вазоканнами (№16-14) ; - начать инфузию физиологического раствора в объеме 3:1 к объему предположительной кровопотери, при признаках шока в объеме не менее 2 литров; - организовать транспортировку в ближайший стационарный уровень в сопровождении медицинского работника (от себя) или вызов транспортно-консультативной помощи на себя; - проводить документирование данных оценки состояния, наблюдения и медицинских вмешательств до прибытия на следующий уровень.</p>
<p>Предлежание плаценты неполное</p>	<p>Повышенный риск кровотечения, оперативного родоразрешения.</p>	<p>1. При постановке диагноза - консультация акушера-гинеколога. 2. Обучить «опасным» признакам при беременности. 3. Направить на роды на I-II- III уровни.</p>
<p>Частичная преждевременная отслойка плаценты</p>	<p>Повышенный риск преждевременных родов, ДВС-синдрома, оперативного родоразрешения.</p>	<p>1. При постановке диагноза: - позвать на помощь медицинский персонал; - оценить состояние матери (пульс, АД, ЧД, температура) и плода;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - оценить величину кровопотери; - катетеризировать две периферические вены вазоканнами (№16-14); - начать инфузию физиологического раствора в объеме 3:1 к объему предположительной кровопотери, при признаках шока в объеме не менее 2 литров; - организовать транспортировку в ближайший стационарный уровень в сопровождении медицинского работника (от себя) или вызов транспортно-консультативной помощи на себя; - проводить документирование данных оценки состояния, наблюдения и медицинских вмешательств до прибытия на следующий уровень. <p>2. При пролонгировании беременности после выписки беременность вести на уровне ЦСМ/ТБ.</p>
V. Патологическое состояние пая смелода и некоторые показатели нарушения его жизнедеятельности		
Задержка роста плода	Повышенная перинатальная смертность	<ol style="list-style-type: none"> 1. При отставании роста плода по данным гравидограммы на 2 и более недели направить на консультацию к акушер-гинекологу ЦСМ. 2. Направить на роды на II-III уровни.
Аномалии развития плода (по данным УЗИ)	Повышенная перинатальная смертность	<ol style="list-style-type: none"> 1. При постановке диагноза с помощью УЗИ направить на консультацию к акушер-гинекологу ЦСМ. 2. Направить на роды на I-II уровни.
Антенатальная гибель плода		<ol style="list-style-type: none"> 1. Направить на роды на II-III уровни.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Подсчет индекса массы тела (ИМТ) = Вес (кг) / Рост (м²)

Благоприятными для здоровья показателями являются значения индекса в интервале 20-25. Если ИМТ <18.5 или >30, требуется консультирование или перевод на более высокий уровень, согласно ПРИЛОЖЕНИЮ 2.

Правила измерения артериального давления

1. Положение пациентки:

- в покое после 5-10 минутного отдыха;
- сидя в комфортных условиях (теплое помещение);
- рука на столе фиксирована;
- манжета на уровне сердца, на 2 см выше локтевого сгиба;
- соответствие ширины манжеты ширине окружности плеча (для женщин с окружностью средней трети плеча больше 29 см требуется манжета больших размеров).

Если женщина лежит, предпочтительно положение лежа на левом боку, так как плод не давит на крупные кровеносные абдоминальные сосуды матери в этом положении. Беременным женщинам в большом сроке следует избегать положения лежа на спине.

Обстоятельства:

- исключается употребление кофе и напитков, содержащих кофеин в течение часа перед исследованием;
- исключается применение симпатомиметиков;
- женщина перед измерением должна помочиться.

Кратность измерения:

- следует выполнить не менее 3-х измерений с интервалом не менее 1 минуты; за конечное значение принимается среднее из 2-х последних измерений.

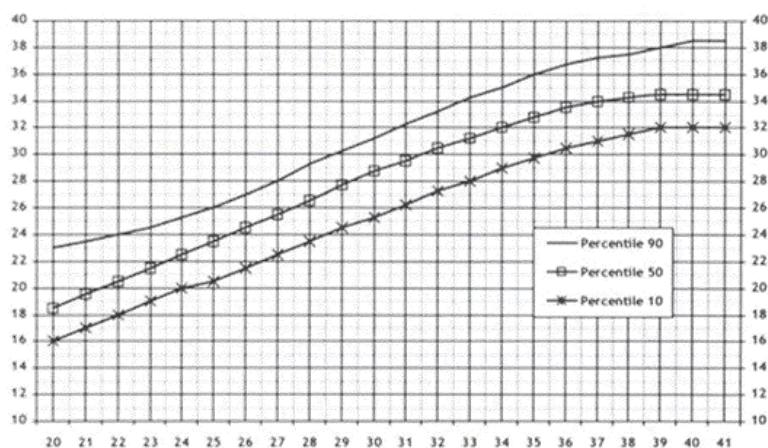
Выполнение измерения АД:

- наушники стетоскопа удобно расположить в слуховых проходах с небольшим наклоном вперед в сагиттальном направлении, а не кзади;
- прощупать пульс на плечевой и лучевой артериях;
- прижать полый конец стетоскопа к области плечевой артерии;
- закрыть контрольный клапан, накачать воздух в манжету до уровня давления, превышающего систолическое на 20 мм. рт.ст. (судить по исчезновению пульса);
- снижать давление в манжете со скоростью 2-3 мм рт.ст. в 1 сек;
- уровень давления, при котором появляется I тон Короткова, принимают за систолическое давление;
- уровень давления, при котором происходит исчезновение тонов (5-я фаза тонов Короткова), принимают за диастолическое давление;
- если тоны очень слабы, то следует поднять руку и несколько раз согнуть и разогнуть, затем измерение повторить. Не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа.

Поскольку уровень АД на правой и левой руке может отличаться (в пределах 20/10мм.рт.ст.), то при первом осмотре рекомендовано сначала измерить его на обеих руках и в будущем измерять АД на той руке, на которой оно выше.

ГРАВИДОГРАММА

Высота стояния дна матки, см



Срок беременности, в неделях

- Это графическое изображение динамики роста высоты стояния дна матки в зависимости от срока гестации.
- 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.
- 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 верхнего края симфиза до самой отдаленной точки дна матки, определенной при помощи пальпации. 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. Динамическое определение ВДМ позволяет заподозрить замедление развития плода почти в 80% беременностей, отягощенных ЗВРП.
- Если кривая ВДМ на гравидограмме имеет тенденцию к снижению, пересекает одну из линий процентиля или находится под нижней линией (перцентиль 10), рекомендовано пригласить беременную на прием через 2 недели для измерения ВДМ. Если при повторном измерении роста кривой нет, беременную необходимо направить на дополнительное обследование (УЗИ, Допплер) и консультацию акушера-гинеколога.

СОДЕРЖАНИЕ БЕСЕД С БЕРЕМЕННОЙ И ЧЛЕНАМИ ЕЕ СЕМЬИ

Образ жизни

Работа во время беременности

- Рекомендуется исключить тяжелые физические нагрузки, например, перенос тяжестей, контакт с химическими веществами, в том числе бытовыми;
- Вопрос выдачи больничного листа, сроки, условия обсудить с семейным врачом;

Занятия физической культурой и спортом

- не ограничивать занятия физкультурой и спортом во время неосложненной беременности;
- необходимо предупредить беременную женщину о потенциальной опасности некоторых видов спорта, например: все виды единоборств, горнолыжный, парашютный, автомобильный спорт, дайвинг и т.д., так как они представляют большой риск абдоминальной травмы и могут вызвать повреждение плода.

Сексуальная жизнь

- нет никаких оснований для ограничений сексуальной жизни при физиологическом течении беременности.

Курение

- необходимо предоставить информацию о связи между курением во время беременности и риском рождения маловесного ребенка и преждевременных родов, а также о влиянии пассивного курения;
- организовать работу по прекращению, или, по крайней мере, снижению количества потребляемых сигарет, путем проведения индивидуального консультирования или групповых занятий, раздачи специальной литературы или показа фильмов, видеороликов.

Алкоголь

- доказано негативное влияние алкоголя (невынашивание беременности, синдром алкогольной зависимости у плода, умственная отсталость ребенка, задержка внутриутробного развития плода)
- необходимо убедить пациентку о полном прекращении приема алкоголя в антенатальный период.

Наркотики

- доказано негативное влияние любых наркотиков на плод (невынашивание беременности, синдром наркотической зависимости у плода, умственная отсталость ребенка, задержка внутриутробного развития плода)
- необходимо убедить пациентку о полном прекращении приема наркотиков;
- при необходимости предложить специализированную медицинскую помощь.

Воздушные путешествия

- необходимо предоставить информацию, что длительные перелеты опасны развитием венозного тромбоза, для профилактики которого рекомендуется использование компрессионных чулок или бинтов во время полета;
- многие авиакомпании запрещают воздушные перелеты в 36 и более недель;
- никаких других влияний на беременность не отмечено.

Поездки на автомобиле

- необходимо напомнить об обязательном использовании ремней безопасности, причем сам ремень должен располагаться ниже или выше живота (в идеале должны использоваться специальные устройства с 2-мя ремнями).

Различные поездки

- необходимо напомнить беременным женщинам о важности приобретения соответствующей страховки при выезде за рубеж или наличия полиса обязательного медицинского страхования при всех поездках внутри страны;
- предложить консультацию перед планированием поездки у своего специалиста, акушерки или врача, наблюдающих за беременностью.
- Взять с собой обменную карту в обязательном порядке

Питание беременной женщины

- беременность не требует изменений в рационе питания.

Принципы здорового питания

Принципы рационального питания представлены в «пирамиде здорового питания». «Пирамида» является самым лучшим руководством по питанию будущей мамы.

Группа 1. Углеводы: служат основным источником энергии и составляют основу питания. Снабжение организма углеводами должно быть регулярным.

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

Группа 2. Витамины: поддерживают определенный уровень обмена веществ в организме. Выполняют защитную функцию, необходимы для роста и обновления тканей. Эти вещества являются незаменимыми, так как практически не синтезируются клетками нашего организма. Поступление в организм должно быть регулярным.

Овощи и фрукты (употребляйте не менее 5 порций /400 граммов в день доступных, местных продуктов)

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

Группа 3. Белки: являются важнейшим компонентом питания, потому что используется организмом в качестве строительного материала. Белок необходим для роста матки и формирования плаценты, участвует в формировании мягких и твердых тканей плода и в образовании клеток мозга.

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 спичечного коробка)
- 1,5 чашки (250 г) творога
- 1 стакан молока (200г)

Группа 4. Белки

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.

Группа 5. Жиры: важный энергетический резерв организма. Оказывает влияние на функции центральной нервной системы, эндокринных желез.

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.
- Рекомендовать исключить употребление чая и кофе во время приема пищи, с целью профилактики анемии.
- Рекомендовать ежедневное употребление до 8-10 стаканов чистой воды.
- Потребности в питательных веществах могут различаться среди беременных женщин. В начале беременности необходимо определить показатель пищевого статуса при помощи индекса массы тела для выявления факторов риска

Лекарственные препараты

- желательно исключить применение любых препаратов во время беременности, кроме назначенных семейным врачом в случаях, опасных для жизни и здоровья пациентки;
- травы, травяные настойки и настои так же являются лекарствами, поэтому не должны приниматься без назначения врача. Безопасность подобных препаратов как для будущего ребенка, так и для здоровья самой беременной женщины неизвестна;
- при наличии хронических экстрагенитальных заболеваний у беременной лечение должно назначаться совместно с соответствующим специалистом;

Дискомфортные состояния во время беременности

Беременность – не болезнь. Однако, существует достаточно много симптомов, которые в другой ситуации, у небеременной женщины, могли бы быть приняты за проявление болезни. Сами по себе эти состояния не опасны для нормального развития плода и не приводят к каким-либо осложнениям, но дискомфорт, который испытывает беременная, сказывается, иногда значительно, на ее работоспособности, настроении, общем восприятии беременности.

Изжога

- не оказывает никакого влияния на исходы беременности, развитие плода, но может повлиять на качество жизни пациентки.

Советы женщинам:

- ешьте чаще и небольшими порциями;
- избегайте острой и жирной пищи;
- избегайте употребления кофе и газированных напитков, содержащих кофеин;
- не принимайте горизонтальное положение и не наклоняйтесь после еды;

- во время сна Ваша голова должна находиться на высокой подушке;
- при изжоге выпейте молоко или кефир (айран) либо съешьте йогурт.

При неэффективности проконсультироваться с семейным врачом

Запоры

- могут быть связаны с уменьшением потребления пищи, богатой клетчаткой, а также с влиянием прогестерона на активность кишечника и, как следствие, увеличением продолжительности эвакуации из него пищи.

Советы женщинам:

- выпивайте не менее 8-10 стаканов воды и других жидкостей в сутки;
- употребляйте продукты, богатые пищевыми волокнами, например, зеленые овощи и каши с отрубями (пшеница и отруби в 5 раз снижают частоту запоров).

При неэффективности проконсультироваться с семейным врачом.

Боли в спине

- боли связаны с изменением осанки беременных, массой беременной матки и расслаблением поддерживающих мышц, как результат действия гормона релаксина;
- не являются признаком болезненного состояния, например, симптомом угрозы прерывания беременности, но значительно влияют на активность беременной в дневное время и невозможность полноценного ночного отдыха.

Советы женщинам:

- носите обувь без каблуков;
- избегайте поднятия тяжестей; если Вам приходится поднимать тяжести, сгибайте колени, а не спину;
- могут быть полезны упражнения в воде, массаж, индивидуальные или групповые занятия в специальных группах.

Судороги в ногах

- не являются признаками какого-либо заболевания, но вызывают значительное беспокойство у женщин;
- во время приступов целесообразны массаж и упражнения на растяжение мышц.

Влагалищные выделения

- количество и качество влагалищных выделений во время беременности меняется, чаще женщины обращают внимание на увеличение количества выделений, что в большинстве случаев не является признаком заболевания;
- жалобы на неприятный запах, зуд, болезненность могут быть симптомами бактериального вагиноза, трихомонадного вагинита или молочницы (кандидозного кольпита);
- иногда эти признаки связаны с физиологическими или патологическими состояниями, такими как дерматоз вульвы или аллергические реакции;
- вагинальный кандидоз не оказывает влияния на беременность, нет связи с заболеваниями плода, поэтому скрининг и активное выявление женщин с кандидозом не имеет никакого смысла;

Советы женщинам:

- некоторое увеличение и изменение влагалищных выделений обычно характерно для нормальной беременности;
- в случаях появления неприятного запаха, зуда, болезненности необходимо обратиться к медицинскому специалисту для дополнительного обследования.

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

массаж

принять душ

послушать любимую музыку

горячий/холодный компресс

принимать жидкость и легкую пищу без ограничений

родовый шар (мяч)

другое

Рождение ребенка

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

сидя

другие положения

стоя

не хочу использовать акушерское кресло

на коленях

я бы хотела иметь возможность

- лежа на боку решить это в процессе родов
- на корточках
- ***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 ребёнка завернули в одеяло прежде, чем передать его мне
 - чтобы ребёнку надели собственную шапочку и носочки
 - чтобы _____ в первый раз запеленали моего ребёнка
 - чтобы _____ сняли видео или сделали фотографии во время родов
 - другое _____
 - ***Я собираюсь:***
 - кормить ребёнка грудью давать дополнительное питание моему ребёнку
 - не кормить ребёнка грудью
 - ***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 ребёнка
 - чтобы медсестра показала, как ухаживать за моим ребёнком
 - 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

Памятка для беременной женщины

Ожидая ребенка, вы испытываете самые разнообразные эмоции, почувствуете и увидите, как меняется ваше тело. У вас возникнет множество вопросов. Эта памятка даст ответы на некоторые наиболее важные из них, касающиеся ухода за собой и своим будущим ребенком во время беременности.

Когда мне следует посетить ГСВ, ФАП?

Полноценная забота о себе в период беременности помогает вам сохранить и укрепить не только свое здоровье, но и здоровье вашего ребенка. При первых признаках беременности (Задержка месячных, тошнота, рвота по утрам, изменение аппетита, тяготение к кислым и соленым продуктам) посетите медицинского работника ФАПа/ГСВ/ЦСМ.

Если беременность подтверждается, регулярно приходите на прием к своему медработнику в соответствии установленным планом.

Если вы на каком-то этапе почувствовали себя плохо, обязательно обратитесь в медицинское учреждение.

Как должна измениться моя обычная жизнь в связи с беременностью?

Беременность – это не болезнь, а нормальный и очень важный период в жизни женщины. Нет никакой необходимости кардинально менять ваш привычный ежедневный распорядок, если вы ведете здоровый образ жизни.

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

Прислушайтесь к тому, что подсказывает вам ваш организм: если устали, подольше отдохните. Доверьтесь своему организму в этот период жизни.

Ваш медицинский специалист обучит Вас, как правильно питаться, какие упражнения Вам полезны.

Сколько я должна спать?

Каждая женщина индивидуальна, и каждая беременность протекает по-разному. Большинству женщин нужно восемь часов сна в сутки, но вам может потребоваться больше.

Могу ли я продолжать заниматься сексом во время беременности?

Если нет осложнений течения беременности, половая жизнь, как правило, является нормальной и безопасной. Она не приносит вреда ни вам, ни вашему ребенку. Считается естественным, если во время беременности половое влечение усиливается или ослабевает. В случае, если у вас началось кровотечение из половых путей, боли или отошли околоплодные воды, исключите половые контакты и как можно скорее обратитесь к медицинскому работнику.

Вредят ли курение и употребление алкоголя ребенку?

Да. Курение и алкоголь вредны для вашего ребенка. Выявлено, что даже в малых дозах алкоголь отрицательно влияет на здоровье будущего ребенка.

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

Могу ли я продолжать выполнять физические упражнения?

Физические упражнения полезны как вам, так и вашему ребенку. Ходьба и плавание – особенно хорошие и удобные способы сохранить активность и стимулировать кровообращение. Однако, есть состояния, при которых нужно воздержаться от выполнения физических упражнений:

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

Чего еще мне следует избегать в период беременности?

Не принимайте никаких таблеток или других медикаментов, кроме тех, которые прописывает Вам медработник. И не забудьте предупреждать других специалистов, к которым обращаетесь за медицинской помощью, о том, что вы беременны. Помните, что травы и травяные настойки также являются лекарствами, поэтому прописывать их должен тоже врач.

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

Каковы «естественные» неудобства, которые я могу испытывать во время беременности?

- Учащение мочеиспускание, особенно в первые три и последние три месяца беременности.
- Повышенная утомляемость, особенно в первые три месяца. Чаще отдыхайте, ешьте здоровую пищу и выполняйте легкие физические упражнения.
- Тошнота по утрам или в другое время суток зачастую проходит после первых трех месяцев. Старайтесь рано утром съесть сухое печенье или кусочек хлеба. Избегайте острой и жирной пищи. Ешьте понемногу, но часто.
- На пятом месяце беременности может появиться изжога. Чтобы ее избежать, принимайте пищу часто, маленькими порциями, не перегружая желудок. Старайтесь избегать жирной и острой пищи, кофе и газированных напитков, содержащих кофеин. Не ложитесь и не наклоняйтесь сразу после еды. Старайтесь спать, подложив под голову подушку. Если изжога Вас все же беспокоит, выпейте немного молока, кефира или йогурта. Если изжога не проходит, обратитесь к врачу.

-В течение беременности вас могут беспокоить запоры. Выпивайте 8-10 стаканов жидкости, преимущественно воды, в день и ешьте пищу, богатую клетчаткой, например, зеленые овощи и хлеб с отрубями.

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

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

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

- Кровотечение из половых путей
- Отхождение околоплодных вод
- Постоянная головная боль, нарушение зрения с появлением в глазах пятнышек или вспышек
- Внезапный отек лица и рук
- Озноб с повышением температуры тела до 38, 5°C и больше
- Жжение и боль при мочеиспускании
- Боль в животе, которая не стихает даже в положении лежа
- Более четырех-пяти схваток (болезненных ритмических сокращений мышц живота) в течение часа
- Ушиб живота во время падения, автомобильной аварии или удара
- Уменьшение количества шевелений плода в течение 12 часов после шести месяцев беременности.

Как мне подготовиться к родам?

Подготовка к родам даст Вам возможность развеять страхи и Ваши опасения, получить информацию относительно родов, сформировать положительное отношение к родам и родоразрешению и научиться конкретным приемам и способам, которые окажут помощь во время родов.

Эти и другие вопросы, касающиеся здоровья во время беременности, будут освещены во время обучения беременных женщин в школе подготовки к родам. Доказано, что поощрение женщины к родам с партнером (или двумя), которого она выбрала сама, имеет большое положительное влияние на исход родов. Присутствие близкого человека рядом с Вами во время родов поможет получить помощь и поддержку, полностью расслабиться, принимать удобную позу, проводить массаж, а это значит, что роды произойдут легче и благоприятнее.

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

Помните - роды представляют собой естественный процесс.

Введение карты домашнего хранения беременной

Карта домашнего хранения беременных поможет Вам принимать активное участие в сохранении и укреплении своего здоровья и здоровье будущего ребенка.

Вы можете вести записи в дневнике относительно своих физических и эмоциональных ощущений на протяжении всей беременности. Записывайте любые ощущения: как

приятные и радостные, так и вызывающие у Вас тревогу или волнения. При очередном визите Вы можете обсудить все вопросы с врачом или акушеркой.

Начало родов

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

Уход за новорожденным в родильном доме

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

Ребенка надо одевать в ползунки и кофточки, чтобы он мог свободно двигаться; это даст ему возможность лучше расти и развиваться. Следите за чистотой кожи и слизистых оболочек. Если увидите высыпания или изъязвления, обратитесь к своему доктору. Пока ребенок еще совсем маленький, для купания можно использовать специальную детскую ванночку. Вы можете купать его ежедневно. По несколько раз в день умывайте ребенка, обмывайте ребенка после каждого испражнения теплой водой.

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

Исключительно грудное вскармливание

Идеальное питание для ребенка в первые 6 месяцев жизни, оно полностью отвечает всем его потребностям. Кормите ребенка грудью по первому его требованию, днем и ночью, не давая ему никакой дополнительной жидкости и пищи.