



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**ДОРОДОВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ  
ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ  
(национальные стандарты)**

**ДУШАНБЕ – 2018**

**Тиражирование осуществлено при технической  
поддержке GIZ**



---

**РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО**

---

## **СОСТАВИТЕЛИ:**

**Узакова У.Д.** доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, главный акушер-гинеколог МЗиСЗН, к.м.н.

**Абдурахманов Ф.М.** д.м.н., профессор

**Абдурахманова Ф.М.** заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор

**Додхоева М.Ф.** профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ, д.м.н., чл.-корр. АН РТ

**Мухамадиева С.М.** профессор кафедры акушерства и гинекологии ТИППМК, д.м.н.

**Камилова М.Ё.** руководитель акушерского отдела ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ, д.м.н.

**Х.О. Саидова** директор центра репродуктивного здоровья г.Душанбе, врач акушер-гинеколог

**Ганизода М.Х.** директор НЦРЗ МЗиСЗН РТ

**Юнусова Д.З.**

## **РЕЦЕНЗЕНТЫ:**

**РАФИЕВА З.М.** заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ТГНУ, д.м.н.

**ДАЛИА ЕЦКАЙТЕ** временный советник Европейского бюро ВОЗ, PhD

## Содержание

	<b>Стр.</b>
Список сокращений	6
Введение	8
Принципы организации дородовой помощи: стандарты 1 - 14	13
Содержание дородовой помощи: стандарты 15 - 26	31
Матрица по содержанию дородовой помощи	57
Приложение №1. Проведение опроса и осмотра беременной	63
Приложение №2. Определение индекса массы тела	67
Приложение №3. Измерение АД	69
Приложение №4. Наружный акушерский осмотр	72
Приложение №5. Выслушивание сердцебие- ния плода	75
Приложение №6. Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах и биманульное влагалищно- брюшностеночное исследование	76
Приложение №7. Определение предполагае- мого срока беременности и родов	79
Приложение №8. Определение предполагае- мой массы плода	79
Приложение №9. Гравидограмма	80
Приложение №10. Забор материала для бакте- риоскопического исследования содержимого	83

уретры, влагалища, цервикального канала	
Приложение №11. Определение белка в моче	84
Приложение №12. Бессимптомная бактериурия	86
Приложение №13. Консультирование «Здоровый образ жизни»	87
Приложение №14. Консультирование «Здоровое питание»	88
Приложение №15 Консультирование «Подготовка к родам»	94
Приложение №16. Консультирование «Немедикаментозное обезболивание родов»	99
Приложение №17 Консультирование «Опасные симптомы»	101
Использованная литература	104

## Список сокращений

<b>АД</b>	артериальное давление
<b>АНУ</b>	антенатальный уход
<b>ББ</b>	бессимптомная бактериурия
<b>ДРП</b>	дородовая помощь
<b>ДМ</b>	доказательная медицина
<b>в\в</b>	внутривенно
<b>ВИЧ/СПИД</b>	вирус иммунодефицита человека/ синдром приобретенного иммунодефицита
<b>в\м</b>	внутримышечно
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ВПР</b>	врождённый порок развития
<b>ВСДМ</b>	высота стояния дна матки
<b>ДАД</b>	диастолическое артериальное давление
<b>ИМТ</b>	индекс массы тела
<b>ЛС</b>	лекарственные средства
<b>МВС</b>	мочевыделительная система
<b>МЗиСЗН РТ</b>	министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
<b>НАП</b>	неотложная акушерская помощь
<b>НЦРЗ</b>	национальный центр репродуктивного здоровья
<b>ПМСП</b>	первичная медико-санитарная помощь

<b>РРП</b>	районы республиканского подчинения
<b>САД</b>	систолическое артериальное давление
<b>СД</b>	сахарный диабет
<b>УЗИ</b>	ультразвуковое исследование
<b>ЧСС</b>	частота сердечных сокращений
<b>ЭГЗ</b>	экстрагенитальные заболевания
<b>Нб</b>	гемоглобин

## **ВВЕДЕНИЕ**

Охрана здоровья матери и ребёнка является приоритетным направлением политики Правительства Республики Таджикистан. В статье 45 Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан «Право матери на охрану здоровья» указано, что материнство в Республике Таджикистан находится под особой охраной государства.

Республика Таджикистан поддерживает ВОЗ в стремлении к построению будущего, в котором каждая беременная женщина и каждый новорожденный в мире будут получать качественную помощь на всём протяжении беременности, родов и послеродового периода. Важная роль в достижении данной цели принадлежит дородовой помощи.

Первое издание национальных стандартов по АНУ, которые прошли экспертную оценку консультантов ВОЗ, было осуществлено в 2008 г. Их внедрение обеспечило увеличение охвата антенатальной помощью до 92%, а две трети беременных сделали 4 и более посещений (64%). Снизилась полипрагмазия, изменились подходы к консультированию беременных и др. Увеличилось число активных сторонников, разделяющих мнение, что беременность и роды – это естественный процесс, благополучный исход которых во многом зависит от информированности, заинтересованности и участия всей семьи и общества. Уход за женщиной и ребёнком стал больше удовлетворять физическим, эмоциональным и психологическим по-



требностям родителей, новорожденных, и семьи в целом. Медицинские работники стали поощрять участие женщин в принятии решений, проводить пропаганду ответственного родительства. Самым важным достижением явилось понимание медицинскими работниками факта, что удовлетворение потребностей семьи является надёжным показателем качества медицинских услуг и работы системы здравоохранения в целом.

В то же время, результаты оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорождённым, проведенные совместно с экспертами ВОЗ в 2013г, продемонстрировали, что наряду с вышеуказанными достижениями, имеют место недостатки (3). В частности, недостаточное внимание было уделено прегравидарному уходу, который является важным компонентом принципа оказания помощи на всех этапах жизни. Ряд хронических заболеваний, которые серьёзно осложняют течение гестационного процесса - диабет, гипертензия, аутоиммунные и сердечно-сосудистые заболевания и т.д. диагностируют лишь во время беременности. Отчасти это связано с тем, что чаще всего полное обследование проводится во время беременности. В результате МС от неинфекционных заболеваний стала занимать первое – второе место в стране.

В связи с выше изложенным, есть необходимость улучшить качество консультирования и другие аспекты ДРП.

ДРП означает уход до родов и включает: обучение, консультирование, скрининг, диагностику, лечение и профилактику акушерских осложнений и заболеваний.

**Целью ДРП** является формирование положительного опыта беременности, которое возможно лишь при благополучном исходе для матери и плода (ВОЗ, 2016).

**Задачи дородовой помощи при беременности:**

- 1) равноправный и всеобщий доступ к качественным медицинским услугам, направленных на сохранение здоровья и выживание матерей и детей;
- 2) снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- 3) сохранить, улучшить здоровье и оказать поддержку беременной для рождения здорового потомства;
- 4) развитие знаний, навыков и потенциала женщин, семей и сообществ

Достижению основной цели дородового наблюдения будет способствовать вовлечение местных органов власти в ДРП, поиск возможности для обследования и обеспечения лекарственными средствами.

Важную роль играет также повышение информированности семей и общин, о том, что подготовка к родам включает определение ближайшего подходящего

медицинского учреждения, резервирование средств на расходы, связанные с транспортом, питанием и др.

### **Задачи медицинского персонала, осуществляющего дородовую помощь:**

- обучить, информировать и поддержать будущих родителей;
- информировать о необходимости проведения профилактических мероприятий во время беременности;
- наблюдать на протяжении всей беременности для своевременного выявления отклонений;
- оказать НАП и направить на соответствующий уровень оказания помощи при возникновении осложнений, таких как кровотечение, пре/эклампсия, шок, сепсис;
- уметь решать проблемы, возникающие во время беременности

Эксперты ВОЗ рекомендуют заменить слово «визиты» на «контакты», что означает подробное консультирование и предоставление необходимой информации, более тесное общение. Для снижения перинатальной и материнской заболеваемости и смертности, формирования у женщин положительного опыта беременности оптимально, чтобы первый контакт с медицинским работником был осуществлён **до 12 недель**, а последующие - в **18-20; 26; 30; 34; 36; 38; 40** недель беременности.

Как при разработке, так и при пересмотре национальных стандартов рабочей группой использованы реко-

мендации ВОЗ по ДРП, основанные на результатах исследований с высоким уровнем достоверности.

### Уровни убедительности доказательств

Достоверность рекомендаций	Уровень достоверности	Основание для рекомендаций	
		A	<b>1a</b>
B		<b>1b</b>	Отдельное РКИ
		<b>2a</b>	Систематический обзор когортных исследований
	<b>2b</b>	Отдельное когортное исследование	
	<b>3a</b>	Систематический обзор «случай контроль»	
C		<b>3b</b>	Отдельное исследование «случай-контроль»
		<b>4</b>	Исследование серии случаев
D		<b>5</b>	Мнение эксперта, которое не подверглось критике, или основано на физиологии или других неэффективных методологиях

Использование данных стандартов является обязательным при ДРП в Республике Таджикистан. На их основании в учреждениях ПМСП необходимо разработать и внедрить местные клинические протоколы.

## **ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДОРОДОВОЙ ПОМОЩИ**

### **Стандарт 1. Дородовая помощь в Республике Таджикистан должна быть обеспечена всем беременным**

1.1. ДРП обеспечивают учреждения ПМСП: дом здоровья, сельские, районные и городские центры здоровья.

1.2. Беременные наблюдаются в учреждениях ПМСП по месту их постоянного проживания

1.3. При изменении беременной места жительства, медицинский работник, который осуществлял ДРП, обязан:

а) передать информацию о беременной по месту её временного проживания, выдать на руки обменную карту (форма 087, беременным высокого риска предоставить подробную выписку с указанием данных обследования и лечения;

б) В течение 3-х дней отправить телефонограмму в учреждение ПМСП по новому месту жительства. При отсутствии подобной возможности, передать информацию в соответствующие региональные ЦРЗ. При выезде беременной в районы Хатлонской области передать в областной ЦРЗ (г.Бохтар), в районы Согдийской области – областной ЦРЗ (г.Худжанд), районы ГБАО – об-

ластной ЦРЗ (г.Хорог), г.Душанбе и РРП в Национальный ЦРЗ (г.Душанбе).

с) В телефонограмме указать фамилию, имя, отчество, предполагаемый адрес, куда убывает женщина, акушерский и соматический диагноз.

1.4. Медицинский работник по новому месту жительства в день прибытия или на следующий день обязан позвонить беременной и пригласить на приём или осуществить активный патронаж.

1.5. Ответственность за обследование и лечебно-профилактические мероприятия несут медицинские работники, откуда убыла и куда прибыла беременная в период проживания женщины по их подведомственному участку

## **Стандарт 2. Медицинский работник учреждений ПМСП обязан обеспечить раннее взятие беременной на диспансерный учёт.**

2.1. Раннее взятие на учёт – это первый контакт с беременной, осуществлённый до 12 недель беременности, который происходит при самообращении или при выявлении беременной во время подворного обхода.

2.2. Для улучшения качества ДРП и повышения раннего охвата беременных, медицинским работникам ПМСП (семейному врачу/медицинской сестре, акушерке, акушеру-гинекологу) необходимо:

- а) всех женщин, планирующих беременность, регистрировать в паспорте участка, проводить с ними консультирование по прегравидарной подготовке и раннему обращению при беременности;
- б) семейный врач проводит полное обследование состояния соматического и гинекологического здоровья до планируемой беременности всех женщин, которые входят в группу высокого риска осложнений беременности и родов: многорожавшие, частые роды (интервал между родами менее 2-х лет), имеющие в анамнезе кесарево сечение, пре/эклампсию, кровотечение, страдающих хроническими системными заболеваниями,
- с) интегрировать выявление беременных в другую деятельность медицинских работников ПМСП: например, при проведении подворных обходов по вакцинации детей и т.д.
- д) в учреждениях ПМСП составить и выполнять график активного патронажа;
- е) медицинские работники любой специальности, которые впервые диагностировали беременность, в т.ч. сотрудники государственных и частных лечебных учреждений, медицинских центров, преподаватели высших и средних медицинских учреждений, врачи – функционалисты при проведении УЗИ и др.обязаны:

- провести консультирование беременной об обязательном обращении в учреждение ПМСП, написать и выдать на руки направление;
- предоставить в письменном виде информацию о беременной в ЛПУ по месту её проживания для взятия на учёт. При отсутствии возможности предоставления информации по месту жительства в трёхдневный срок передать информацию в областной/национальный ЦРЗ (стандарт 1.3.b);
- выдать на руки письменную информацию о результатах обследования и рекомендации, указать свою должность, поставить собственную печать и подпись.
- при наличии экстренных показаний к госпитализации выдать направление и обеспечить госпитализацию на соответствующий уровень госпитальной службы на санитарном транспорте. При необходимости оказать НАП.

**Стандарт 3. Наблюдение за беременными низкого риска с физиологическим течением беременности осуществляет семейный врач или акушерка в зависимости от статуса учреждения.**

3.1. Дом здоровья:

- акушерка берёт на учёт, проводит распрос и осмотр беременных, выдаёт направле-



ние для дополнительных методов исследования, в тот же день информирует консультанта или куратора акушера-гинеколога.

- беременная должна быть осмотрена консультантом или куратором акушером-гинекологом как можно скорее, но не позже срока 2-го визита при отсутствии показаний для срочного осмотра.

- При наличии состояний, указанных в стандарте №4, акушерка обязана организовать осмотр консультанта акушера-гинеколога в течение первых 3-х дней после взятия на учёт.

3.2. Сельский центр здоровья:

- семейный врач берёт на учёт, проводит полное обследование и организывает осмотр консультанта или куратора акушера-гинеколога как можно скорее, но не позже срока 2-го визита.

- При наличии состояний, указанных в стандарте №4 семейный врач организывает осмотр акушера-гинеколога в течение 3-х дней.

3.3. Городской/районный центр здоровья:

- семейный врач берёт на учёт, организывает осмотр консультанта или куратора акушера-гинеколога как можно скорее, но не позже срока 2-го визита.

- При наличии состояний, указанных в стандарте №4 – организывает осмотр акушера-гинеколога в течении 3-х дней.

3.4. При выявлении беременной при подворном обходе медицинский работник ПМСП обязан провести:

3.4.1. расспрос и осмотр см. Приложение №1 (кроме вагинального исследования);

3.4.2. при отсутствии осложнений выдать направление для необходимого обследования и пригласить на приём для совместного осмотра семейного врача и консультанта врача акушера – гинеколога;

3.4.3. при наличии осложнений или факторов риска пригласить на приём как можно раньше для консультации врача акушера – гинеколога и других специалистов или вызвать их на дом или организовать, при необходимости, госпитализацию;

3.4.4. врачи других специальностей вовлекаются в уход по необходимости, если акушер-гинеколог/акушерка или семейный врач/медсестра предполагают признаки или симптомы профильных заболеваний.

3.5. семейный врач и консультант акушер-гинеколог совместно определяют, кем будет осуществляться дальнейшее наблюдение (стандарт №4). Совместное решение документируется в индивидуальной карте беременной и родильницы (форма 029).

**Стандарт 4. При нижеследующих состояниях/заболеваниях наблюдение осуществляется консультантом акушером-гинекологом:**

- 4.1. Возраст: 18 лет и моложе, 35 лет и старше;
- 4.2. индекс массы тела менее  $18,5 \text{ кг/м}^2$  или более  $25 \text{ кг/м}^2$  при первом визите;
- 4.3. Отягощенный акушерский анамнез, т.е. наличие *в анамнезе*:
  - 4.3.1. Многорожавшие (в анамнезе 4 и более родов);
  - 4.3.2. Потери плода: неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш, привычный аборт (2 и более самопроизвольных выкидыша при сроке беременности более 12 недель);
  - 4.3.3. мертворождение;
  - 4.3.4. преждевременные роды;
  - 4.3.5. наличие рубца на матке после перенесенного кесарева сечения или гинекологических операций: миомэктомия, зашивание перфорационного отверстия и др;
  - 4.3.6.изоиммунизация по системе АВО или резус;
  - 4.3.7.акушерские кровотечения, пре/эклампсия и другие осложнения.
- 4.4. Осложнения или патологические состояния, возникшие при данной беременности:
  - 4.4.1.многоплодная беременность;
  - 4.4.2.индуцированная беременность;
  - 4.4.3.предлежание плаценты;

- 4.4.4. гипертензивные нарушения;
- 4.4.5. многоводие или маловодие;
- 4.4.6. кровотечение;
- 4.4.7. неправильное положение плода в 36 недель и более;
- 4.5. Патология плода:
  - 4.5.1. крупный плод (масса выше 90 перцентили по гравидограмме);
  - 4.5.2. задержка роста плода (масса ниже 10 перцентили по гравидограмме);
  - 4.5.3. врождённый порок развития;
  - 4.5.4. изоиммунизация по системе АВО или резус (водянка плода);
  - 4.5.5. сердечная аритмия плода.
- 4.6. Гинекологические заболевания: миома матки, эндометриоз, который явился причиной бесплодия, доброкачественные и злокачественные образования органов малого таза, бесплодие.
- 4.7. Острые и хронические экстрагенитальные заболевания: наблюдение осуществляется совместно с профильными специалистами: кардиолог, эндокринолог, гематолог и др.:
  - 4.7.1. заболевания сердца и крупных сосудов, в т.ч. ревматические;
  - 4.7.2. хроническая гипертензия;
  - 4.7.3. эндокринная патология (сахарный диабет, надпочечниковая недостаточность и пр.)

- 4.7.4. поражения почек и мочевыводящих путей (гломерулонефрит, осложненный пиелонефрит, пороки развития);
  - 4.7.5. системные заболевания крови (тяжелая анемия - Hb – 70 г/л и меньше, тромбоцитопатии, лейкоз);
  - 4.7.6. бронхолегочная патология в стадии субкомпенсации;
  - 4.7.7. состояние после трансплантации органов;
  - 4.7.8. острые и хронические поражения печени, в том числе гепатит В, С;
  - 4.7.9. ВИЧ/СПИД;
  - 4.7.10. онкологические заболевания;
  - 4.7.11. психические заболевания и патология центральной нервной системы
- Обследование и лечение проводится согласно соответствующим профильным национальным рекомендациям и стандартам.

**Стандарт 5. Ведение беременных, страдающих острыми и хроническими соматическими заболеваниями.**

При подозрении у беременной наличия острого и/или хронического соматического заболевания консультант соответствующей специальности (невропатолог, окулист, кардиолог, инфекционист, стоматолог и др) обязан:

- 5.1. по направлению прикрепленного семейного врача или акушера-гинеколога провести обследование;
- 5.2. после уточнения диагноза назначить лечение, основанное на принципах ДМ;
- 5.3. решить вопрос о пролонгировании беременности. При сроке беременности 22 недели и более решить вопрос о методе родоразрешения и выдать заключение. При необходимости может созвать консилиум профильных специалистов;
- 5.5. при проведении профилактических мероприятий и лечения принимать во внимание влияние медикаментов на мать и плод.

**Стандарт 6. Принципы информирования и общения при оказании ДРП. Медицинский работник при проведении консультирования, осмотре и проведении лечебно-профилактических мероприятий обязан:**

- 6.1. уважительно относиться к женщине, её культуре и религиозной вере;
- 6.2. проводить расспрос и осмотр в приватной обстановке (отдельном кабинете) в комфортных для неё условиях с обеспечением конфиденциальности. Категорически запрещается вести приём одновременно двух и более пациенток в одном кабинете!

6.3. при оказании услуг женщина должна чувствовать себя комфортно, насколько это возможно, в окружении близких ей людей.

6.4. обсуждать деликатные вопросы без присутствия посторонних;

6.5. всю документацию, касающуюся женщины, хранить в недоступном для посторонних месте.

6.6. конфиденциальную информацию о пациентке не обсуждать с другими медицинскими работниками и лицами, которые не вовлечены в уход.

6.7. обеспечить беременной возможность информированного выбора: доступно предоставлять информацию, объяснять цель и результаты исследований; профилактических и лечебных мероприятий.

6.8. обеспечить защиту от причинения вреда и неправильного лечения: при назначении лекарственных средств (ЛС) информировать о пользе, побочных эффектах, осложнениях, влиянии на плод. Подробно обсуждать опасения беременной по поводу приёма ЛС, убеждать в необходимости их приобретения и приёма. Предоставить рекомендации, как вести себя при возникновении побочных эффектов, когда и к кому обратиться за помощью.

**Стандарт 7. Медицинские работники обязаны соблюдать права беременной. При оказании ДРП беременная имеет право:**

- 7.1. на информацию о своем здоровье;
- 7.2. выражать свое мнение относительно тех услуг, которые ей предоставляются;
- 7.3. обсуждать все, что ее волнует в присутствии близких ей людей, с которыми она чувствует себя наиболее уверенно.

**Стандарт 8. Обязанности беременной и её семьи.**

- 8.1. Беременные обязаны наблюдаться в медицинском учреждении;
- 8.2. Беременные, которые меняют место жительства, обязаны в трёхдневный срок встать на учёт по месту временного проживания.
- 8.3. Беременная и её родственники не имеют права отказываться от медицинского обследования («Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан, статья 43.1».)

**Стандарт 9.** При физиологическом течении беременности осуществляется **8** дородовых контактов/визитов:

- 9.1. **Первый** контакт - до 12; **II** - 18-20; **III** - 26; **IV** - 30; **V** - 34; **VI**- 36; **VII** - 38; **VIII** - 40 недель беременности. Если роды не происходят на 40 неделе беременности, осуществить активный патронаж и направить беременную в стационар.
- 9.2. При отсутствии возможности у беременной посещать учреждение ПМСП **3, 5, 7** контакты



можно осуществлять на дому (активный патронаж) с обязательным выполнением всех мероприятий, указанных ниже, и соответствующей записью в индивидуальной карте беременных.

9.3. При осложненной беременности и/или наличии хронических заболеваний (стандарт 4) число визитов не менее **8** плюс дополнительные визиты или активный патронаж при необходимости.

## **Стандарт 10. Консультирование**

Всем беременным, по их желанию совместно с партнёрами, проводить консультирование индивидуальное и/или групповое.

**10.1. Индивидуальное консультирование** проводит медицинский работник, осуществляющий наблюдение (семейный врач, акушер-гинеколог, акушерка) во время визита (консультирование семьи относится к индивидуальному консультированию)

**10.2. Групповое консультирование** проводит обученная акушерка или семейный врач или консультант акушер-гинеколог (Приложение). Оптимальным является проведение группового консультирования **обученной акушеркой** по нижеуказанным темам:

- Опасные симптомы во время беременности (Приложение 17);
- Питание беременной (Приложение 14).
- Гигиена беременной;

- Сексуальная жизнь во время беременности;
- Подготовка к родам и обучение партнёра (Приложение 15);
- Грудное вскармливание;
- Контрацепция в послеродовом периоде.

**10.3. При каждом визите/контакте обязательно проводить индивидуальное консультирование по опасным симптомам, питанию, гигиене, здоровому образу жизни.** Другие темы – соответственно срокам, указанным в матрице наблюдения. Информировать об опасных симптомах, разъяснить, что при их возникновении необходимо немедленно обратиться в родильный стационар и выдать на руки указания, как туда добраться:

### **Стандарт 11. Организация консультирования:**

11.1. Менеджер КАТС приказом назначает обученных медработников, оптимально акушерку, ответственными по консультированию;

11.2. Менеджер КАТС обеспечивает организацию отдельной, оснащённой соответствующими буклетами, стендами и другим информационным материалом, комнату, где проводятся все виды группового консультирования: по контрацептивным технологиям, подготовке к родам, здоровому питанию, грудному вскармливанию.

11.3. Продолжительность одного занятия не более 30 минут, расписание должно быть состав-

лено на весь рабочий день и вывешено на стене по прилагаемому образцу. График консультирования должен быть вывешен на стене и неукоснительно выполняться. Дату посещения беременной необходимо приурочить к графику работы комнаты консультирования.

№	Название темы	Кто проводит, ФИО	Дата	Время
1	<b>Питание беременных</b>	Акушерка:	Пн-пт	8.00-8.30; 10.40-11.20
2.	<b>Подготовка к родам</b>	Акушерка	Пн-пт	8.40-9.10 11.30-12.00
3	<b>Контрацептивные технологии</b>	Акушерка	Пн-пт	9.20-9.50 12.10-12.40
4	<b>Грудное вскармливание</b>	Акушерка	Пн-пт	10.00-10.30; 12.50-13.20

## **Стандарт 12. Подготовка к госпитализации на роды. Медицинский работник обязан:**

**12.1. Информировать беременную о необходимости проведения родов в стационаре. Обязательно указать следующие аргументы:**

- Во время родов могут возникнуть осложнения, которые не всегда можно предугадать, а при их возникновении требуется квалифицированная медицинская помощь.

- В родильном доме для ухода имеется медицинский персонал, оборудование, медикаменты и возможность направления в учреждение более высокого уровня.

**12.2. Обсудить с беременной следующие вопросы:**

- как она доберется до родильного дома;
- кто окажет ей поддержку в родах;
- кто в её отсутствие будет помогать по дому и ухаживать за детьми.

**Посоветовать направиться в родильный дом при первых признаках начала родов, если она живёт недалеко от родильного дома.** Если у беременной могут возникнуть проблемы для своевременной госпитализации в родильное учреждение (проживает в труднодоступной местности), посоветовать госпитализацию за 1 - 2 недели до родов.

**Написать список документов и вещей, которые необходимо приготовить и всегда брать с собой в родильный дом:**

- паспорт;
- обменную карту (форма 087);
- одежду для новорожденного: выстиранные и выглаженные пеленки, распашонки (2), шапочки (2 штуки), носочки (4 пары), тёплое одеяльце (1), памперсы;

- одежду для матери, подкладные пеленки и гигиенические пакеты;
- легкоусвояемую пищу (ордуб, каша, отала, шоколад, мороженное и т.д.);
- предметы личной гигиены (мыло, зубная щётка, зубная паста и т.д.)

**Рассказать о признаках начала родовой деятельности:**

- Периодические сокращения матки вначале с интервалом 20-30 минут, которые постепенно усиливаются по силе, частоте и продолжительности до двух схваток за 10 минут.

**Стандарт 13. Госпитализация беременной на роды осуществляется в родильное отделение/дом в зависимости от паритета, состояния здоровья, срока беременности, акушерских осложнений и соматического здоровья:**

13.1. При отсутствии возможности госпитализации на 2-3 уровень, в родильные стационары первого уровня можно госпитализировать при паритете 2-3, доношенном сроке и физиологическом течении предыдущей и данной беременности и родов.

13.2. При необходимости квалифицированной акушерской и неонатальной помощи: осложненные роды, кесарево сечение, переливание компонентов крови, срок беременности 37 недель и меньше, предполагаемой массе плода менее

2500,0 грамм, первородящих и многорожавших и других беременных и рожениц, указанных в стандарте №4, госпитализация осуществляется в родильные стационары второго уровня.

13.3. При необходимости специализированной акушерской и неонатальной помощи новорожденным, родившимся при сроке гестации менее 35 недель, госпитализация осуществляется в родильные стационары третьего уровня

13.4. При возникновении опасных симптомов медицинский работник оказывает НАП и осуществляет немедленную госпитализацию в ближайший стационар 2-3- уровня на санитарном транспорте. Опасные симптомы см. приложение №17

**Стандарт 14. Требования к документации. При взятии на диспансерный учет беременной необходимо оформить следующие документы:**

14.1. Индивидуальная карта беременной женщины и родильницы (форма 029) в которой документируются результаты основных и дополнительных методов обследования, вклеиваются оригиналы и копии результатов лабораторных и функциональных методов исследования, гравидограмма и матрица по дородовой помощи

14.2. При **первом** контакте оформить и выдать на руки обменную карту (форма 087), в которую необходимо включить следующую информацию:

результаты клинических исследований, данные лабораторных и функциональных тестов, измерения ВСДМ и **оценку** гравидограммы, признаки и симптомы осложнений, адрес и номер телефона учреждений, оказывающих НАП.

14.3. Журнал учёта беременных женщин.

## **СОДЕРЖАНИЕ ДОРОДОВОЙ ПОМОЩИ**

Дородовая помощь включает мероприятия, преимущественно основанные на рекомендациях ВОЗ:

- Обследование беременной и плода;
- Мероприятия, связанные с питанием;
- Профилактические мероприятия;
- Помощь при распространённых физиологических симптомах.

### **Стандарт 15. Объём необходимого обследования беременной и плода**

15.1. Основные методы обследования: расспрос, общий и акушерский осмотр (Приложение 1)

**15.2. Взвешивание:** проводить при первой явке для вычисления ИМТ. При ИМТ 18,5 кг/м<sup>2</sup> и меньше или 24,9 кг/м<sup>2</sup> и больше проводить взвешивание при каждом посещении (Приложение №2)

**15.3. Измерение АД:** проводить при каждой явке (правила измерения АД см. Приложение № 3).

**15.4. Осмотр консультантов.** Все беременные , до 12 недель беременности или при отсутствии возможности не позже 18-20 недель - подлежат осмотру врача акушера-гинеколога. Консультация других специалистов – при наличии показаний. Объем обследования и лечения ЭГЗ проводится согласно соответствующим национальным рекомендациям и стандартам.

**15.5. Лабораторные и функциональные методы обследования**

15.5.1. Анализ крови на групповую принадлежность – провести при первом визите.

15.5.2. Определение резус фактора – провести при первом визите.

При резус-отрицательной принадлежности крови:

- определить резус принадлежность крови отца ребёнка;

- определить наличие антител: при первой явке и в 27-28 недель, при их отсутствии ввести антирезусиммуноглобулин в 28 - 30 недели беременности и первые 72 часа после родов (по возможности). При наличии антител антирезусный иммуноглобулин не вводить

15.5.3. Развёрнутый общий анализ крови (определение количества эритроцитов, Hb, цветового показателя, лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, скорости оседания эритроцитов, тромбоци-



тов). Проводится 2 раза за беременность: до 12 или первой явке в любом сроке и в 36 недель

Уровень Hb определить 4 раза: 18-20, 26, 30, 34 недель беременности. В 1-ом и 3-ем триместрах беременности анемию диагностируют при уровне Hb менее 110 г/л; во 2-ом триместре – при уровне Hb менее 105 г/л. При наличии симптомов тяжелой анемии и/или уровне Hb 70 г/л и меньше – необходима консультация гематолога.

При уровне гемоглобина 90г/л и менее провести анализ на гельминты, при положительном результате - консультация инфекциониста и противогельминтная терапия после первого триместра.

#### **15.5.4. Анализ крови на гепатит В**

Определить у невакцинированных женщин. При наличии гепатита В у матери, новорождённый нуждается в введении вакцины, которая позволит в 95% случаев предотвратить гепатит В у новорождённого (4).

#### **15.5.5. Анализ мочи:**

- Общий анализ мочи провести при первой явке до 12 недель, в 30 и 36 недель для диагностики заболеваний МВС, в другие визиты - проводить определение протеинурии для своевременной диагностики преэклампсии и заболеваний МВС
- Всем беременным при первом обращении в любом сроке беременности проводить бактериологический посев средней порции мочи и посчи-

тать число колониобразующих элементов для диагностики бессимптомной бактериурии.

- При отсутствии возможности бакпосева – выполнить окраску препарата средней порции мочи по Грамму или использовать тест-полоску, что является менее предпочтительным

**15.5.6. Ультразвуковое обследование.** При УЗИ беременной с 10 недель беременности функционалист обязан указать, что нет признаков ВПР. **Рекомендуется выполнять одно УЗИ в 18-20 недель при физиологической беременности,** которое проводит функционалист, имеющий сертификат по проведению УЗИ у беременных

Цель:

- уточнить срок беременности, что снижает необходимость родовозбуждения при перенесенной беременности;
- диагностика ВПР;
- диагностика многоплодной беременности;
- формирование более позитивного опыта беременности.

Минимальный стандарт показателей скрининга ВПР (NHS Fetal Anomaly Screening Programme 18+0 to 20+6 Weeks Fetal Anomaly Scan National Standards and Guidance for England).

- Форма и размер головки, внутренние структуры;

- Спинальный мозг – продольно-поперечный размер;
- Размер живота и уровень желудка на уровне почек и пуповины;
- Почки – передне-задний размер;
- Продольный срез живота и грудной клетки – диафрагма и мочевого пузыря;
- Грудная клетка – 4-камерный срез сердца;
- Верхние конечности – 3 кости и кисти рук;
- Нижние конечности – 3 кости;
- Лицо.

При наличии пренатального риска проводится 3 УЗИ, согласно протокола о выявлении ВПР.

Факторы риска для консультирования и направления для пренатальной диагностики включают:

- родственный брак;
- возраст моложе 18 лет и старше 35 лет;
- рождение в анамнезе детей с ВПР или наследственными заболеваниями;
- перенесенная краснуха или токсоплазмоз в первом триместре беременности;
- приём лекарственных препаратов с тератогенным действием или рентгенологическое облучение в первом триместре беременности;
- наличие у беременной сахарного диабета 1 типа, эпилепсии или мышечной дистрофии;
- отягощенный акушерский анамнез: 2 и более самопроизвольных выкидыша;

- многоводие, маловодие;
- При выявлении ВПР не совместимых с жизнью (анэнцефалия и др.) прерывание беременности проводится по информированному письменному согласию беременной. Необходимо провести консультирование, оказать поддержку.
- При наличии показаний для прерывания беременности и согласия женщины выдать заключение врачебно-контрольной комиссии с указанием диагноза, подписью руководителя учреждения, лечащего врача, консультанта акушера-гинеколога. Поставить печать учреждения и направить в стационар.

#### **15.5.7. Выявление ВИЧ/СПИД и сифилиса.**

Всем беременным при первой явке проводится дотестовое консультирование и обследование крови на ВИЧ/СПИД.

Повторное исследование на ВИЧ/СПИД проводить в 28-36 недель беременным группы риска (Клинический протокол по элиминации передачи ВИЧ от матери к ребёнку в Республике Таджикистан, Приказ МЗиСЗН РТ от 09.05.2017г. №152):

- имеющих ЗППП (сифилис, хламидиоз, трихомониаз, гонорея);
- перенесших хирургические манипуляции или переливание крови и компонентов крови во время данной беременности;

- имеющих незащищённый (без использования презерватива) половой акт при данной беременности;
- употребление инъекционных наркотических средств самой беременной;
- половой партнёр имеет опыт или потребитель инъекционных наркотиков,
- трудовой мигрант

15.5.7.1. Всех беременных обследовать на сифилис с использованием реакции Вассермана: при первой явке и в 30 недель беременности

**15.5.8. Выявление насилия со стороны супруга или интимного партнёра.** При оценке патологических состояний, которые могут быть следствием насилия со стороны интимного партнёра проводить опрос на предмет выявления фактов насилия со стороны интимного партнёра

15.5.9. Беременным группы риска по сахарному диабету (СД) определять натощак уровень глюкозы крови.

Группа риска включает беременных:

- в возрасте 35 лет и старше;
- с глюкозурией;
- с ожирением (ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup>);
- имеющих сахарный диабет в анамнезе;
- с многоводием;
- гестационный диабет при предыдущей беременности;

- рождение крупных детей в анамнезе или при данной беременности: 4 000,0 г. и более;

- рождение детей с пороками развития или смертью в перинатальном периоде;

При выявлении у беременной повышения содержания сахара крови расценивать как **гестационный СД** на любом сроке беременности при выявлении одного или нескольких из нижеперечисленных признаков (Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva: WHO; 2013. Hyperglycaemia\_In\_Pregnancy/en/ (29.09.2016)

<http://www.int/diabetes/publications/>:

- ✓ Уровень глюкозы в плазме крови натощак 5,1 ммоль/л и более;

- ✓ Уровень глюкозы в плазме 10 ммоль/л и больше через 1 час после приёма 75 грамм глюкозы;

- ✓ Уровень глюкозы в плазме 8,5 ммоль/л через 2 часа после приёма 75 грамм глюкозы  
Диагноз **СД** на любом сроке беременности можно установить при выявлении одного или нескольких из нижеперечисленных признаков (ВОЗ, 2016):

- ✓ Уровень глюкозы в плазме натощак 7,0 ммоль/л и больше;

- ✓ Уровень глюкозы в плазме 11,1 ммоль/л и больше через 1 час после приёма 75 грамм глюкозы;

✓ Случайный уровень глюкозы в плазме 11,1 ммоль/л и больше при наличии симптомов СД  
15.5.10. Кольпоскопию и мазок на онкоцитологию проводить при наличии патологических изменений в шейке матки;

15.5.11. Консультация смежных специалистов (кардиолог, ЛОР-врач, окулист и др.) проводится по показаниям.

Не рекомендуется плановая кардиотокография и регулярное доплеровское исследование для улучшения материнских и перинатальных исходов при физиологическом течении беременности. При каждом посещении расспрашивать всех беременных об употреблении табака (в настоящем и прошлом), пассивном курении, приеме алкоголя и других психоактивных веществ (в настоящем и прошлом).

## **Стандарт 16. Мероприятия, связанные с питанием**

16.1. При первом контакте всем беременным проводить консультирование по вопросам здорового питания и физической активности.

Цель: поддержать хорошее самочувствие и избежать избыточной прибавки веса во время беременности

16.1.1. При ИМТ равном или менее 18,5 кг/м<sup>2</sup> проводить консультирование по повышению энергетической ценности ежедневного рациона.

Не рекомендуется приём пищевых добавок с высоким содержанием белка для беременных, которые имеют недостаточное питание.

**Цель:** снижение риска рождения маловесных детей.

16.2. Всем беременным на протяжении всей беременности рекомендовать приём 60 мг железа и 400 мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты, орально, ежедневно.

**Цель:** профилактика анемии.

16.2.1. При наличии побочных эффектов при приёме препаратов железа их следует принимать 1 раз в неделю в дозе 120 мг и фолиевой кислоты в дозе 2 800 мкг (2,8 мг).

16.2.2. Если у беременной диагностирована анемия – ежедневную дозу препарата железа увеличить до 120 мг. в перерасчёте на железо с 400 мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты до достижения уровня Hb до 110 г/л (в I и III триместрах) или 105 г/л (во II триместре беременности). Затем продолжать приём препаратов железа и фолиевой кислоты в стандартной профилактической дозе, указанной в пункте 16.2.

*60 мг элементарного железа содержатся в 600 мг гептагидрата сульфата железа или 180 мг фумарата железа или 500 мг глюконата железа*

16.3. При недостаточном потреблении с пищей кальция, т.е. менее 900 мг в сутки, рекомендуется ежедневный приём элементарного кальция 1,5



– 2,0 грамма в сутки орально. Суточную дозу разделить на три приёма, предпочтительно во время приёма пищи. Приём препаратов кальция начинать с начала беременности.

**Цель:** профилактика пре/эклампсии:

Оптимально использовать малат/цитрат кальция, который обладает большей биодоступностью по сравнению с другими формами, его можно принимать на голодный желудок и при этом он эффективно всасывается. Не рекомендуется приём препаратов кальция одновременно с приёмом препаратов железа, так как кальций снижает всасывание железа. При приёме препарата кальция в один день с препаратами железа, необходимо делать между ними перерыв во времени (например, утром препараты кальция, вечером - железа).

16.4. **Рекомендуется** ограничить приём напитков, содержащих кофеин

Цель: снижение риска прерывания беременности и рождения маловесных детей

16.5. **Не рекомендуется** дополнительный приём витаминов А, В<sub>6</sub>, С, D, Е, комплекса микроэлементов для улучшения материнских и перинатальных исходов. Однократный приём витамина А в дозе более 25 000 МЕ с 15 по 60-й день зачатия может оказать тератогенное действие

## **Стандарт 17. Профилактические мероприятия при ДРП**

17.1. Всем беременным до планируемой беременности и в первые 12 недель беременности назначать фолиевую кислоту (1а).

Цель: профилактика рождения детей с пороками развития ЦНС: анэнцефалия, spina bifida и пр. (1а)

Схема назначения:

- 400 мкг (0,4 мг) ежедневно орально в пре-гравидарном периоде и в первые 12 недель. Начало приёма фолиевой кислоты **до планируемой** беременности имеет важное значение;
- При наличии в анамнезе рождения детей с пороками нервной трубки орально 5 000 мкг (5 мг) ежедневно в прегравидарном периоде и в первые 12 недель беременности;

17.2. при выявлении ББ всем беременным проводить антибактериальную терапию не менее 7 дней (Приложение № 12).

**Цель:** Лечение ББ снижает риск преждевременных родов, рождения маловесных детей, острого пиелонефрита (уровень А).

### **17.3. Назначение аспирина беременным группы риска**

**Цель:** Профилактика пре/эклампсии в группе высокого риска по пре/эклампсии, которая включает (ВОЗ):

- *Пре/эклампсия в анамнезе;*

- *Хроническая гипертензия;*
- *Избыточный вес тела и ожирение;*
- *Поздний репродуктивный возраст;*

*Кроме того, факторы риска включают диабет, аутоиммунные заболевания, многоплодие;*  
 Схема назначения аспирина: орально по 100 мг с 12 до 34 недель беременности (доказательства среднего качества, сильная рекомендация).

#### **17.4. Назначение препаратов йода.**

**Цель:** профилактика кретинизма. Профилактические мероприятия: использовать исключительно йодированную соль, а также рекомендуется приём йодсодержащих медикаментов: йодобаланс 200 мкг по 1 таблетке на протяжении всей беременности или йодид калия 200 мкг.

(Дастурҳои клиникӣ оид ба ташхис ва муолиҷаи бемориҳои эндокринологӣ). При заболеваниях щитовидной железы лечение проводит эндокринолог.

#### **17.5. Не рекомендуется:**

- строгий постельный режим у женщин с гипертензией в качестве меры, которая повышает благоприятный исход.
- ограничение соли для профилактики пре/эклампсии.
- приём витамина D, а также витамина С и Е отдельно или в сочетании во время беременности в качестве меры профилактики пре/эклампсии и её осложнений.

- приём диуретиков, особенно тиазидного ряда, для профилактики пре/эклампсии и её осложнений.

## **Стандарт 18. ПОМОЩЬ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМАХ**

### **18.1. Тошнота и рвота в начале беременности (кроме чрезмерной рвоты):**

- Информировать, что в большинстве случаев тошнота и рвота проходят самостоятельно в течение 16-20 недель беременности и обычно не связаны с неблагоприятным исходом (1b). Тошнота имеет место у 85%, рвота у 52% беременных
- Для облегчения тошноты на ранних сроках рекомендуется имбирь (сироп, капсулы или порошок в составе печенья), настой ромашки, витамин B<sub>6</sub> (по 10-25 мг каждые 8 часов орально) и/или акупунктура в зависимости от их наличия и личных предпочтений беременной
- Советы по питанию: съесть рано утром кусочек хлеба, избегать острую и жирную пищу, есть часто и малыми порциями.

### **18.2. Рекомендации при изжоге:**

- изменение образа жизни и питания: есть часто и малыми порциями, избегать острую и жирную пищу, избегать кофе и газированные напитки;
- во время изжоги можно выпить молоко или кефир;

- во время сна голова должна находиться на высокой подушке;
- при отсутствии эффекта назначить антациды. Учитывать, что антациды снижают всасывание других препаратов, поэтому их не следует принимать в течение 2-х часов до и после приёма препаратов железа и фолиевой кислоты

### **18.3. Рекомендации при запоре:**

- Предоставить информацию о питании (добавить в рацион отруби, зелёные овощи), увеличить приём жидкости – (не менее 8 стаканов в сутки);
- При отсутствии эффекта – слабительные, которые увеличивают объём жидкости в кишечнике (морская капуста), стимулируют перистальтику (лактолоза), смягчающие консистенцию стула (докузат натрия);

### **18.4. Рекомендации беременным с геморроем:**

- Изменение рациона питания;
- При наличии жалоб после изменения рациона питания – геморроидальные кремы и свечи

### **18.5. Рекомендации беременным с варикозным расширением вен:**

- Информировать, что варикозное расширение вен является распространённым симптомом беременности, который не причиняет вреда;
- могут использоваться нефармакологические средства: компрессионные колготки, подъём

ног, погружение ног в воду в зависимости от возможности и предпочтений беременной

- Компрессионные чулки могут уменьшить отёки, но не являются профилактикой варикоза.

#### **18.6.Рекомендации беременным с судорогами в ногах:**

- страдают около половины беременных, чаще по ночам в конце беременности;
- проводить массаж ног во время судорог;
- для облегчения судорог ног можно назначать препараты кальция и магния (300-360 мг в сутки, разделенных на 3 приёма)

**18.7.Рекомендации при наличии выделений из влагалища:** информировать, что увеличение выделений – обычное физиологическое изменение. Выделения с неприятным запахом, сопровождающиеся зудом, болью при мочеиспускании чаще являются причиной инфекции, поэтому необходимо исследование (мазок на флору).

#### **18.8.Рекомендации при боли в пояснице и в области таза:**

- Срочно обратиться к врачу;
- информировать, что могут помочь упражнения в воде, массаж и физические упражнения, избегать поднимать тяжести, не носить обувь на каблуке, носить ортопедический бандаж;

## **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЁМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Стандарт 19. Первый визит или контакт. Осуществляется до 12 недель беременности.**

**Объём обязательного обследования:**

1. расспрос, общий и акушерский осмотр (Приложение 1).
2. выявление беременных, которые подвергаются жестокому обращению. Обсудить необходимую поддержку;
3. провести опрос по употреблению курения, алкоголя, психоактивных средств. Объяснить негативные последствия приёма на состояние ребенка, если беременная/супруг их употребляет;
4. Измерить АД;
5. Взвешивание;
6. Лабораторные методы исследования:
  - группа и резус принадлежность крови.
  - развёрнутый общий анализ крови, включая содержание тромбоцитов;
  - тестирование на сифилис (Реакция Вассермана - RW).
  - дотестовое консультирование и тестирование на ВИЧ/СПИД;
  - общий анализ мочи.
  - **анализ на ББ:** при наличии бактериологической лаборатории бактериологический посев

средней порции мочи, при отсутствии – микроскопия мочи с окраской по Грамму, при отсутствии - определение ББ по тест-полоске;

- **при наличии клинических проявлений** (зуд, патологические выделения, изменения слизистой и кожи половых органов) бактериоскопическое исследование содержимого влагалища, уретры, цервикального канала (мазок на флору) (См. Приложение 10).

- кал на яйца глист при Hb < 90 г/л;

**7. Консультация акушера-гинеколога, если беременная наблюдается семейным врачом или акушеркой;**

8. Консультация терапевта, других специалистов при необходимости;

9. Консультирование и направление на пренатальную диагностику беременных группы риска (стандарт 15.5.6.)

10. Консультирование по питанию, гигиене, половому поведению, опасным симптомам.

11. Профилактические мероприятия: консультирование по продолжению приёма фолиевой кислоты, препаратов железа, йода, препаратов кальция, после 12 недель – приём аспирина

12. Оформление документации: оформление и выдача обменной карты (форма 087);

13. информировать и обсудить кратность визитов, выдать письменную информацию о дате и времени следующего визита.



14. Объяснить цель проведения УЗИ перед вторым контактом в 18-20 недель беременности, выдать направление в соответствующее учреждение.

15. Выдать направление для лабораторных исследований, необходимых консультаций;

16. Определить каналы связи с беременной и/или родственниками (номера телефонов, адреса родителей и пр.);

17. Предоставить **письменную** информацию с указанием телефона медицинского работника, который осуществляет ДРП, адрес и телефон, куда следует обратиться при возникновении опасных симптомов (См. Приложение 17);

## **Стандарт 20. Второй визит осуществляется в 18 – 20 недель беременности**

### **Объём обязательного обследования:**

1. расспрос и оценка жалоб, осмотр: приложение №1;

2. Взвешивание для определения прибавки при исходном ИМТ 18,5 кг/м<sup>2</sup> и ниже или 24,9 кг/м<sup>2</sup> и более;

3. Измерение АД и пульса;

4. Определение уровня гемоглобина;

5. УЗИ (основная цель: скрининг врожденных пороков развития);

6. Рекомендации по здоровому питанию и физической активности, гигиене, половому поведению (см. Приложение 13,14);
7. Рекомендации по продолжению приема сульфата железа
8. Информирование об опасных симптомах и предоставление информации, куда следует обратиться при их возникновении;
9. Оформление документации, в т.ч. обменной карты (форма 087), выдача письменной информации о дате и времени следующего визита, направление на лабораторное исследование.

**Стандарт 21. Третий визит осуществляется в 26 недель беременности.**

**Объём обязательного обследования:**

1. Опрос и оценка жалоб, общий осмотр: стандарт 17;
2. Взвешивание для определения прибавки при недостаточной или избыточной массе тела;
3. Измерение АД и пульса;
4. Измерение высоты стояния дна матки, заполнение и оценка гравидограммы при наличии двух отметок и более (Приложение 9);
5. Выслушивание ЧСС плода (Приложение 5);
6. Определение уровня гемоглобина;
7. Анализ мочи на протеинурию;
8. Рекомендации по питанию, гигиене, половому поведению (См. Приложение 13,14);

9. Рекомендации по профилактическому приему сульфата железа;
10. Информирование об опасных симптомах и предоставление информации, куда следует обратиться при их возникновении (Приложение 17);
11. Оформление документации, в т.ч. обменной карты, выдача письменной информации о дате и времени следующего визита.

## **Стандарт 22. Четвёртый визит: 30 недель беременности.**

### **Объём обязательного обследования:**

1. Опрос и оценка жалоб, осмотр: приложение 1;
2. Измерение массы тела для определения её прибавки при исходном ИМТ 18,5 кг/м<sup>2</sup> и ниже или 24,9 кг/м<sup>2</sup> и более;
3. Измерение АД и пульса;
4. Измерение ВСДМ, заполнение и оценка графидограммы (Приложение 9);
5. Выслушивание ЧСС плода (Приложение 5);
6. Общий анализ мочи;
7. Тестирование на сифилис (RW);
8. Консультирование и тестирование на ВИЧ в группе риска;
9. Консультация врача акушера-гинеколога, если беременная наблюдается акушеркой;
10. Рекомендации по питанию, гигиене, половому поведению (Приложение 13,14);

11. Рекомендации по профилактическому приему сульфата железа;
12. Информирование об опасных симптомах и предоставление информации, куда следует обратиться при их возникновении (Приложение 17);
13. Оформление документации, в т.ч. обменной карты (форма 087);
14. Оформление декретного отпуска (в 30 недель беременности).

**Стандарт 23. Пятый визит осуществляется в 34 недель беременности**

**Объем обязательного обследования:**

1. Опрос и оценка жалоб, осмотр: стандарт 17;
2. Взвешивание для определения прибавки при исходном ИМТ  $18,5 \text{ кг/м}^2$  и ниже или  $24,9 \text{ кг/м}^2$  и более;
3. Измерение АД и пульса;
4. Измерение высоты стояния дна матки, заполнение и оценка гравидограммы (см. Приложение 9);
5. Выслушивание ЧСС плода (Приложение 5);
6. Определение уровня гемоглобина;
7. Анализ мочи на протеинурию;
8. Рекомендации по питанию, гигиене, половому поведению;
9. Рекомендации по профилактическому приему сульфата железа;

10. Информирование об опасных симптомах и предоставление информации, куда следует обратиться при их возникновении (Приложение 17);
11. Запись информации в обменную карту.

**Стандарт 24. Шестой визит осуществляется в 36 недель беременности**

**Объём обязательного обследования:**

1. Опрос и оценка жалоб, осмотр: стандарт 17;
2. Взвешивание для определения прибавки при исходном индексе массы тела  $18,5 \text{ кг/м}^2$  и ниже или  $24,9 \text{ кг/м}^2$  и более;
3. Измерение АД и пульса;
4. Измерение высоты стояния дна матки, заполнение и оценка гравидограммы (по стандарту);
5. Измерение окружности живота, определение положения и предлежания плода. Определение предполагаемой массы плода;
6. Выслушивание ЧСС (см. Приложение 5);
7. Общий анализ крови, мочи;
8. Рекомендации по питанию, гигиене, половому поведению;
9. Рекомендации по профилактическому приему сульфата железа;
10. Консультирование по грудному вскармливанию и послеродовой контрацепции;

11. Информирование об опасных симптомах и предоставление информации, куда следует обратиться при их возникновении;
12. Групповое консультирование: Подготовка к родам с 37 недель беременности (Прил. 15;)
13. Запись информации в обменную карту.

**Стандарт 25. Седьмой визит осуществляется в 38 недель беременности.**

**Объём обязательного обследования:**

1. Опрос жалоб и осмотр: стандарт 17;
2. Взвешивание для определения прибавки при исходном ИМТ 18,5 кг/м<sup>2</sup> и ниже или 24,9 кг/м<sup>2</sup> и выше;
3. Измерение АД и пульса;
4. Измерение ВСДМ, заполнение и оценка гравидограммы, определение положения и предлежания плода. Определение предполагаемой массы плода;
5. Выслушивание ЧСС плода (Приложение 5);
6. Анализ крови на Hb;
7. Анализ мочи на протеинурию;
8. Рекомендации по питанию, гигиене, половому поведению;
9. Рекомендации по профилактическому приему сульфата железа;
10. Консультирование по грудному вскармливанию и послеродовой контрацепции, уходу за новорожденным;

11. Консультирование по партнёрским родам;
12. Информирование об опасных симптомах и предоставление информации, куда следует обратиться при их возникновении (Приложение 17);
13. Запись информации в обменную карту (форма 087).

**Стандарт 26. Восьмой осуществляется в 40 недель беременности.**

**Объём обязательного обследования:**

1. Опрос жалоб и осмотр: стандарт 17;
2. При ДМТ или избыточной массе тела взвешивание для определения прибавки;
3. Измерение АД и пульса;
4. Измерение ОЖ, ВСДМ, заполнение и оценка гравидограммы. Определение предполагаемой массы плода
5. Выслушивание ЧСС плода;
6. Анализ мочи на протеинурию;
7. Консультирование по питанию, послеродовой контрацепции, гигиене, по ГВ, уходу за новорожденным, по партнёрским родам;
14. Рекомендации по профилактическому приему сульфата железа;
15. Информирование об опасных симптомах и предоставление информации, куда следует обратиться при их возникновении (Приложение 17);
16. Выдать направление на госпитализацию;

17. Запись информации в индивидуальную карту беременной и родильницы (форма 029) и обменную карту (форма 087).



### Матрица по содержанию дородовой помощи

Мероприятия	Аntenатальный контакт							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Срок гестации (в нед.)							
	до 12	18-20	26	30	34	36	38	40
Дата:								
1. Знакомство	+							
2. Жалобы и их оценка	+	+	+	+	+	+	+	+
3. Сбор анамнеза: соматического и акушерского	+							
4. Осмотр общий, по органам и системам	+	+	+	+	+	+	+	+
5. Осмотр шейки матки в зеркалах*	+							
6. Вагинальное исследование*	+							
7. Определение предполагаемого срока беременности и родов	+							
8. Определение предполагаемой массы плода						+	+	+
9. Опрос каче-		+	+	+	+	+	+	+

ства шевеления плода								
10. Измерение АД и PS	+	+	+	+	+	+	+	+
11. Измерение ВСДМ и оценка гравидограммы			+	+	+	+	+	+
12. Выслушива- ние сердцебие- ния плода				+	+	+	+	+
13. Общий ана- лиз крови, в т.ч. тромбоциты	+					+		
14. Определение Hb крови		+	+	+			+	
15. Определение группы и Rh фак- тора крови**	+							
16. Реакция Вас- сермана	+			+				
17. Дотестовое консультирова- ние и тестирова- ние на ВИЧ***	+							
18. Определение HbS антигена у невакцинирован- ных женщин	+							

19. Общий анализ мочи	+			+			+	
20. Анализ мочи на протеинурию		+	+		+	+		+
21. Бак. посев мочи для определения ББ*	+							
22. УЗИ. Скрининг ВПР		+						
23. Кал на яйца глист при Hb $\leq$ 90г/л и антигельминтная терапия								
24. Осмотр специалистов по показаниям	+							
25. Консультация акушера - гинеколога*	+							+
26. Консультирование по здоровому питанию и физической активности	+	+	+	+	+	+	+	+
27. Консультирование по опасным симптомам	+	+	+	+	+	+	+	+
28. Консультиро-						+	+	+

вание по подготовке к родам беременной и партнера								
29. Консультирование по грудному вскармливанию						+	+	+
30. Консультирование по контрацепции						+	+	+
31. Профилактика анемии (приём препаратов железа и фолиевой кислоты)	+	+	+	+	+	+	+	+
32. Приём фолиевой кислоты для профилактики дефектов нервной трубки	+							
33. Дата оформления индивидуальной карты (ф. 029)	+							
34. Дата оформления и выдачи обменной	+							

карты на руки (форма 087)****								
35. Дата оформления де- кретного отпуска				+				
36. Выдача письменной ин- формации: кон- тактный телефон, маршрут направ- ления и адрес	+	+	+	+	+	+	+	+
37. Дата направления на госпитализацию								+
Подпись:								

\*можно отложить до второго визита;

\*\*определение резус фактора крови отца ребенка при резус отрицательной крови матери;

\*\*\* в 28-36 недель беременности проводится по-  
вторное исследование на ВИЧ/СПИД беремен-  
ным группы риска

\*\*\*\* обменная карта выдаётся на руки на первом  
визите

Матрица используется для мониторинга и само-  
контроля медицинских работников. Необходимо  
регистрировать каждое выполненное мероприя-

тие. На матрице следует записать дату проведения. Например, общий анализ мочи проведен 01.05.18 и 01.03.2018г:

<b>Общий анализ мочи</b>	<b>+</b>					<b>+</b>	
	01.05.18					01.03.18	

## Приложение №1

### ПРОВЕДЕНИЕ ОПРОСА И ОСМОТРА БЕРЕМЕННОЙ

1. Подготовить место для беседы и осмотра;
2. Вежливо и доброжелательно приветствовать беременную;
3. Провести быструю оценку состояния беременной (гипертензивные нарушения, кровотечение, лихорадка, плохое шевеление плода). При необходимости оказать НАП. При отсутствии неотложных проблем:
4. Представиться и предложить женщине сесть;
5. Попросить женщину назвать своё имя, отчество, фамилию, возраст, домашний адрес, образование, профессию и место работы её и мужа, домашний и мобильный телефон беременной и мужа (или другого близкого человека).
6. какие немедицинские проблемы она имеет (условия проживания, питание, насилие в семье и др.);
7. Спросить, как она себя чувствует, выслушать и оценить жалобы.
8. **Сбор анамнеза.** Спросить и записать:
  - употребляет ли она или супруг алкоголь, психоактивные средства, курит сигареты или является пассивным курильщиком.

- перенесенные соматические заболевания (когда впервые диагностированы, обследование, лечение);
- соматические заболевания в настоящее время;
- непереносимость (аллергия) на лекарства и/или пищу или другие вещества;
- перенесенные операции, включая гинекологические, переливание компонентов крови, показания;
- наследственность (гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.)

### **9. Особенности репродуктивной функции. Спросить и оценить:**

- **характер менструальной функции:** возраст менархе, когда установился цикл, продолжительность цикла, характер менструации: длительность, количество теряемой крови, дату последней менструации;
- **характер половой функции:** возраст начала половой жизни, какой по счёту брак. Возраст, состояние здоровья и степень родства мужа, употребление им алкоголя и психоактивных веществ;
- **анализ репродуктивной функции:** подробно расспросить о течении и исходе предыдущих беременностей, родов, послеродового периода. Особое внимание обратить на кровотечение, ли-



хорадку, травму, симптомы гипертензивных нарушений и др.;

- **число детей:** спросить о состоянии их здоровья, продолжительности исключительного грудного вскармливания, болезнях, связанных с родоразрешением, сколько живых детей, причина смерти детей или мертворождение, если есть;

**10. Анамнез данной беременности. Спросить и оценить:**

- желанная/нежеланная беременность, методы контрацепции, которыми пользовалась женщина, в т.ч. перед данной беременностью;
- течение данной беременности по триместрам;
- приём лекарственных средств во время беременности и по какому поводу;

**11. Полный осмотр по органам и системам:**

- тип телосложения, рост, вес, расчёт ИМТ (Приложение №2);
- измерить температуру;
- кожные покровы и слизистые: цвет, патологические высыпания, расширение сосудов, отёки. При каждом посещении проводить осмотр для диагностики варикозного расширения и/или воспаления вен. Наличие преходящих отёков не считают патологическими, так как они имеют место у 80% беременных. Патологическими счита-

ют массивные отёки или, которые появились внезапно;

- осмотр и пальпация периферических лимфатических узлов;
  - осмотр глаз: цвет конъюнктивы и склер, диаметр зрачков, их реакция на свет;
  - осмотр полости рта, горла, зубов (иметь в виду, что кариес является источником хронической инфекции, в послеродовом периоде может быть причиной одонтогенного сепсиса);
  - молочные железы: обратить внимание на соски, патологическое отделяемое;
  - щитовидная железа;
  - дыхательная система (характер дыхания, ЧДД, перкуссия, аускультация лёгких);
  - сердечно-сосудистая система: подсчёт пульса в течение 1 минуты, измерение АД на двух руках (Приложение 2.), перкуссия и аускультация сердца;
  - перкуссия и пальпация печени;
  - пищеварительная система, функция кишечника;
  - неврологическая симптоматика;
  - мочевыделительная система: жалобы, примерное количество мочи за сутки, цвет мочи, симптом поколачивания, пальпация почек;
12. Наружное акушерское исследование (см. Приложение №3)

13. Аускультация сердцебиения плода
14. Осмотр в зеркалах и влагалищно - брюшно-стеночное исследование (Приложение 4);
15. Подсчитать и информировать: срок беременности, предполагаемую дату родов, предполагаемую массу плода с 36 недель);
16. Оценить результаты дополнительных методов исследования и записать в форму 029.
17. Установить диагноз, записать полученную информацию в форму 029, оформить и выдать обменную карту (форма 087).

## **Приложение №2**

### **Определение ИМТ**

ИМТ позволяет определить дефицит или избыточный вес, определить примерную прибавку веса за беременность, возможные риски. Например, при ДМТ, прибавка веса должна быть больше, чем при высоком ИМТ. ИМТ следует рассчитывать до планируемой беременности или в начале первого триместра.

Расчёт ИМТ: вес женщины в кг разделить на квадрат роста в метрах

Пример: вес женщины – 60 кг; рост – 164 см

Необходимо: перевести 164 см в метры, это будет 1,64 м. Квадрат роста в метрах составит  $(1,64\text{м})^2 = 2,69\text{м}^2$ ;

ИМТ =  $60 \text{ кг} : 2,69 \text{ м}^2 = 22,3 \text{ кг/м}^2$  (ИМТ свидетельствует о нормальной массе тела и низкой степени риска заболеваний, см. таблицу ниже).

**Соотношение ИМТ, риска возникновения заболеваний, прибавка веса\***

Диагноз	ИМТ в кг/м <sup>2</sup>	Риск возникновения заболеваний	Рекомендуемая прибавка веса в кг
Дефицит массы тела	18,5 и <	увеличен	12,5-18
Нормальная масса тела	18,5-24,9	отсутствует	11,5-16
Избыточная масса тела	25,0-29,9	увеличен	7-11,5
Ожирение I степени	30,0 - 34,9	высокий	5-9
Ожирение II степени	35,0 - 39,9	очень высокий	5-9
Ожирение III степени	40,0 и >	чрезмерно высокий	5-9

\*классификация, предложенная National Health Institute США, одобрена ВОЗ

Если ИМТ  $18,5 \text{ кг/м}^2$  и меньше или  $25 \text{ кг/м}^2$  и больше при повторных визитах проводить взвешивание для определения прибавки массы тела. При ИМТ  $30 \text{ кг/м}^2$  и выше – родоразрешение проводится в стационаре 2 - 3 уровня (особого внимания требует беременная при ИМТ  $35 \text{ кг/м}^2$  - очень высокий риск развития осложнений).

## Приложение 3.

### ИЗМЕРЕНИЕ АД

#### Подготовить оборудование:

- Аппарат: ртутный/анероидный сфигмоманометр или автоматизированный тонометр. *При использовании автоматизированных аппаратов регулярно проводить их калибровку.*
- Манжета. Важно использовать манжету соответствующего размера. Ширина резиновой камеры манжеты должна быть не менее 40% окружности плеча, длина – в 2 раза больше окружности плеча. По крайней мере, манжета должна охватить  $\frac{3}{4}$  окружности плеча. Размер манжеты подбирается индивидуально. При слишком узкой манжете АД - завышается, при слишком широкой - занижается. Стандартная манжета для взрослых имеет внутреннюю пневматическую камеру шириной 13-15 см, длиной 30-35 см.
- Фонендоскоп;
- Перед каждым измерением проверять стрелку на манометре, которая должна располагаться на нулевом значении, проводить полностью сброс воздуха из манжеты (показания на манометре 0).

#### Условия измерения АД

- Обстановка: спокойная, после отдыха в течение 5 – 10 минут при комфортной температуре воздуха в помещении.

- В течение 1 ч до измерения АД не рекомендуется прием кофе, употребление пищи, запрещается курение, не разрешаются физические нагрузки. После физической нагрузки или болезненной процедуры – перерыв 30 минут
- Информировать о целях измерения АД.
- Вымыть и высушить руки, или обработать антисептическим раствором.

**Положение пациентки:** Уровень АД зависит от положения тела: самое высокое в положении сидя, низкое – лёжа на боку, среднее – на спине.

- Руку, на которой измеряют АД, освободить от стягивающего рукава, она должна иметь поддержку, полностью располагаться на столе или кровати (не висеть!).
- Измерение АД в положении сидя: беременная сидит, вся рука удобно располагается на столе, спина опирается на спинку стула, обе ступни ног с упором на пол, ноги немного разогнуты в коленном суставе, не должны быть скрещены.
- Измерение АД в положении лежа: повернуть на левый бок, под углом в 45 градусов (манометр на уровне сердца).
- Не рекомендуется измерять АД в положении на спине, т.к. беременная матка сдавливает сосуды и АД будет недостоверно
- АД измеряют на обеих руках по 3 раза.

- Глаза измеряющего АД должны находиться на одном уровне с мениском ртутного столба (чтобы избежать эффекта смещения).

### **Измерение**

- Помочь правильно сесть (лечь). Закрепить манжету так, чтобы она плотно обхватывала руку, нижний край манжеты был выше локтевого сгиба на 2,5 см.
- Положение манометра: на уровне сердца. Если располагается ниже - АД завышается, если выше – АД занижается. Нижний край манжеты находится на 2,5 см. выше локтевого сгиба. Манжету накладывать на обнажённую руку. При измерении АД через одежду – АД завышается.
- Пальпацией определить место максимальной пульсации плечевой артерии в локтевой ямке, расположить над ней головку фонендоскопа.
- Быстро накачать манжету воздухом и одновременно слушать удары пульса, нагнетать воздух в манжету до полного его прекращения.
- Когда удары пульса не слышны, накачать манжету дополнительно на 30 мм рт ст.
- Медленно против часовой стрелки открыть воздушный колпачок так, чтобы давление в манжете уменьшалось на 2 – 3 мм рт ст в секунду или каждый удар сердца.

- Как только выслушивается первый удар пульса – регистрируется систолическое **АД** (I-ый тон Короткова).
- Продолжать снижать давление до прекращения ударов – последний звук - это **диастолическое АД** (V тон Короткова).
- Освободить руку беременной от манжеты.
- Оценить АД, информировать женщину о результате и записать данные.

#### **Приложение №4.**

#### **Наружный акушерский осмотр**

1. Подготовить оборудование для акушерского осмотра (сантиметровая лента, стетоскоп, часы с секундной стрелкой).
2. Информировать беременную о целях акушерского осмотра.
3. Попросить женщину опорожнить мочевой пузырь
4. Вымыть руки, или обработать антисептиком
5. Постелить чистую пеленку на кушетку
6. Помочь женщине лечь на кушетку с выпрямленными ногами
7. Встать справа от женщины, лицом к ней
8. Теплыми руками, используя приёмы Leopolda (см. ниже), определить высоту стояния дна матки, положение, позицию плода, уровень стояния предлежащей части относительно входа в малый таз



9. Сантиметровой лентой измерить расстояние между серединой верхнего края симфиза и наиболее выдающейся точкой дна матки (см.ниже «Гравидограмма»)

10. Выслушать сердцебиение плода (стандарт)

11. Информировать беременную о результатах осмотра

12. Вымыть руки, или обработать антисептиком

13. Документировать результаты

### **Приёмы Леопольда (с 36 недель беременности)**

**Пальпация живота** - определяют положение, позицию, предлежание, отношение предлежащей части плода к тазу матери,

**Первый прием** - определение ВСДМ дна матки:

1. Встать лицом к лицу беременной;
2. Ладони обеих рук расположить на дне матки;
2. Пальцы рук сблизить.
3. Осторожным надавливанием вниз определяют уровень стояния дна матки

**Второй прием** – определение позиции, вида позиции (определяются спинка и мелкие части плода):

1. Встать лицом к лицу беременной;
2. Обе руки со дна матки перемещают книзу, до уровня пупка, и располагают на боковых поверхностях матки. Пальпацию частей плода производят постепенно правой и левой рукой.

3. Левая рука лежит спокойно (неподвижно) на одном месте, пальцы правой руки скользят по левой боковой поверхности матки и ощупывают обращенную часть плода.

4. Правая рука лежит спокойно (неподвижно) на стенке матки, пальцы левой руки скользят по правой боковой поверхности матки и ощупывают обращенную часть плода.

5. При продольном положении плода с одной стороны прощупывается спинка, с противоположной – мелкие части плода. I позиция – спинка слева; II позиция – спинка справа

**Третий прием** – служит для определения предлежащей части плода

Врач (акушерка) стоит справа, лицом к лицу к беременной.

1. Одну руку (обычно правую) кладут немного выше лона, так, чтобы отведённый большой палец находился на одной стороне, а четыре – на другой стороне нижнего сегмента матки.

2. Медленным и осторожным движением пальцы погружают вглубь и обхватывают предлежащую часть. Головка: баллотирует, прощупывается в виде плотной, округлой части, имеющей четкие контуры. Таз плода: прощупывается как объемистая мягковатая часть, не имеющая округлой формы, не баллотирует. При поперечном и косом положении предлежащая часть не прощупывается.

**Четвертый прием** – позволяет определить уровень стояния предлежащей части (над входом в таз, малым или большим сегментом в плоскости таза, в полости таза).

Врач (акушерка) встает справа, лицом к ногам беременной.

1. Ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, концы пальцев доходят до симфиза.

2. Вытянутыми пальцами осторожно проникают вглубь по направлению к полости таза и концами пальцев определяют предлежащую часть (головка, тазовый конец) и высоту ее стояния. Если головка значительно опустилась в полость таза, то прощупывается только ее основание.

#### **Приложение №5**

#### **Выслушивание сердцебиения плода**

1. Определить позицию плода (второй приём Леопольда);

2. Приложить широкую воронку акушерского стетоскопа к той стороне живота, куда обращена спинка плода, ближе к головке плода;

3. Определить место, где сердечные тоны плода прослушиваются наиболее четко;

4. Подсчитать ЧСС плода **в течении одной минуты.**

5. ЧСС в норме – 120-160 ударов в минуту

*Выслушивание сердечных тонов плода может быть затруднено при: многоводии; заднем виде*

затылочного предлежания; неправильном положении плода; выраженном подкожном жировом слое брюшной стенки матери.

При прекращении ранее ясно определяемых сердечных тонов и движений плода констатируется смерть плода. Для окончательного заключения о гибели плода использовать УЗИ.

### **Дифференциальная диагностика**

При выслушивании стетоскопом можно уловить другие звуки. Биение брюшной аорты или дующие маточные шумы, возникающие в крупных сосудах, проходящих в боковых стенках матки - совпадают с пульсом женщины; неритмичные кишечные шумы имеют характерный звук.

### **Приложение №6**

#### **Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах и биманульное влагалищно - брюшностеночное исследование**

1. Информировать беременную о целях проведения влагалищного исследования;
2. Подготовить инструменты;
3. Вымыть руки с мылом, высушить;
4. Надеть стерильные перчатки на обе руки;
5. Попросить беременную лечь на гинекологическое кресло
6. **Осмотр наружных половых органов и слизистой входа во влагалище:**
  - Большие и малые половые губы развести указательным и большим пальцами левой руки;

- Осмотреть вульву, слизистую входа во влагалище, наружное отверстие уретры, выводные протоки бартолиновых желез и промежность

### **Осмотр при помощи влагалищных зеркал**

(можно пользоваться створчатыми или ложкообразными зеркалами).

- Створчатое зеркало ввести до сводов влагалища в прямом размере таза в сомкнутом виде, далее повернуть их в поперечный размер, раскрыть и осмотреть шейку матки. При использовании ложкообразных зеркал вначале ввести заднее зеркало, расположить его на задней стенке влагалища и слегка надавить на промежность; затем параллельно ему ввести переднее зеркало (плоский подъемник), которым поднимают переднюю стенку влагалища.

- Осмотреть шейку матки: форму, цвет, наружный зев, патологические изменения, отделяемое из цервикального канала

- Стенки влагалища осмотреть при постепенном выведении зеркала из влагалища.

- Удалить зеркала и поместить их в дезинфицирующий раствор

### **Бимануальное влагалищно - брюшностеночное исследование**

- Указательным и большим пальцами левой руки раздвинуть большие и малые половые губы: осторожно ввести во влагалище средний палец, оттянуть влагалище к промежности и ввести ука-

зательный палец правой руки, большой палец отвести кверху, безымянный и мизинец прижать к ладони, а тыльную их сторону - в промежность.

- Введенными во влагалище пальцами исследовать состояние мышц тазового дна, стенок (складчатость, растяжимость, разрыхление) и сводов влагалища, шейки матки (форму, консистенцию, расположение по оси таза ) и наружного зева канала шейки матки (закрыт, открыт, форму: круглая или щелевидная и т.д.).
- Пальцы, введенные во влагалище, расположить в переднем своде, оттянуть шейку матки слегка кзади
- Пальцами левой руки бережно надавить на брюшную стенку по направлению к полости малого таза, навстречу пальцам правой руки.
- Сближая пальцы обеих исследующих рук, найти тело матки и определить положение, форму, величину, консистенцию.
- В конце исследования прощупать внутреннюю поверхность костей таза и измерить диагональную конъюгату
- снять перчатки и поместить их в контейнер для отходов. Вымыть руки с мылом и высушить.
- Помочь беременной спуститься с кресла
- Спросить о ее самочувствии и информировать о результатах осмотра.
- Документировать результаты в форме 029

## Приложение №7

### Определение предполагаемого срока беременности и родов

а) *по дате последней менструации:*

- к дню последней менструации прибавить 40 недель (280 дней);
- можно использовать упрощённую формулу: от дня последней менструации отнять 3 месяца прибавить 7 дней (например, последняя менструация 13.03.17г. Минус 3 месяца – это будет 13 декабря, плюс 7 дней – это будет 20 декабря, т.е. 20.12.17г. – 40 недель).

б) *По овуляции:* в зависимости от продолжительности цикла. К первому дню менструального цикла + половину дней менструального цикла + 280 дней. При 28 дневном цикле + 14 дней. Например, п.м. 13.03. 17г. Плюс 14 дней плюс 280 дней (при менструальном цикле – 28 дней): 13.03.17г. +14 дней (27.03.17г.) +280 дней - 01.01.18г-40 недель;

с) *По первому посещению в ПМСП:* к первой явке прибавить недели до 40 недель.

д) *По данным УЗИ:* при условии, что 1-ое УЗИе проведено в первой половине беременности.

## Приложение №8

### Определение предполагаемой массы плода

1. по формуле Джонсона: масса плода  $= (\text{ВСДМ}-11) \times 155$ ; при весе  $\geq 90$  кг  $= (\text{ВДМ}-12) \times 155$ . Например, ВСДМ составляет 36 см.

Предполагаемая масса плода  $= (36-11) \times 155 = 3875,0$  г

2. Окружность живота умножить на высоту стояния дна матки. Например, ОЖ = 86; ВСДМ = 36. Предполагаемая масса плода:  $86 \times 36 \approx 3200,0$  г

3. по формуле Ланковица:

Предполагаемая масса плода  $= (\text{ОЖ} + \text{ВСДМ} + \text{рост (в см)} + \text{вес (в кг)}) \times 10$ .

Например, ОЖ = 86; ВСДМ = 36; Рост – 160 см.; Вес – 67 кг.

Предполагаемая масса плода  $= (86 + 36 + 160 + 67) \times 10 = 3490,0$  г

4. Средняя предполагаемая масса плода, необходимо найти среднее арифметическое из 3-х исследований. Предполагаемая масса плода  $= (a+b+c):3 = (3875,0 + 3200,0 + 3490,0):3 = 3466,0$  или примерно 3500,0 грамм

5. По данным УЗИ

## Приложение №9

### Гравидограмма

**Определение:** Гравидограмма – график высоты стояния матки в динамике беременности для оценки соответствия массы тела плода гестационному возрасту. Измерение проводят, начиная с



20-24 недель гестации, оценку проводить при наличии не менее **двух** измерений.

**Цель ведения гравидограммы:** своевременно выявить или прогнозировать задержку роста плода и перенаправление беременной в учреждение 3 уровня (т.е. inutero) для уточнения диагноза или родоразрешения

**Достоинства использования гравидограммы:**

- Простая для заполнения и оценки;
- Позволяет заподозрить маленький или большой размер плода;
- Может быть использована в качестве скрининга для выявления ЗРП.

**Определение высоты стояния дна матки:**

Измерение высоты стояния дна матки:

**1. Требования:**

- Объяснить цель, методику и результаты измерения ВСДМ беременной.
- Для правильной оценки оптимально, если измерение проводит один и тот же человек (по возможности);
- Сантиметровая лента должна быть с чётко обозначенными цифрами;
- Измерение проводится с 20-24 недель беременности;
- Оценку проводить с 26 недель при наличии не менее 2-х измерений

**Оценка гравидограммы:**

- Область над верхней линией показывает «чрезмерный» рост плода. Детей, попадающих в область над верхней линией, называют «крупными для своего гестационного возраста», например, дети, рожденные матерями с диабетом.

- Детей, попадающих в область под нижней линией, называют «маленькими для своего гестационного возраста». Эта классификация обозначает внутриутробную задержку роста, которая может быть вызвана многими причинами: истинная задержка роста, генетические аномалии, истинные маленькие для гестационного срока.

### **Оценка данных измерения ВСДМ с использованием гравидограммы**

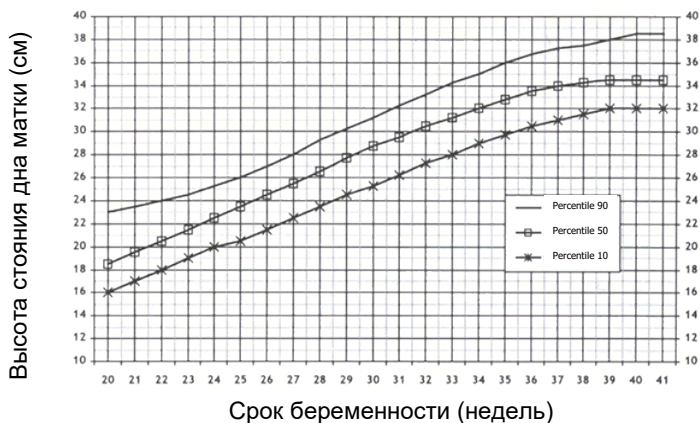
1. Область между двумя черными линиями показывает нормальный рост плода. Если результат измерения находится между 90 и 10 перцентильными кривыми – скорее всего рост плода нормальный

2. Если результат измерения находится выше 90 перцентильной кривой, необходимо:

- Уточнить срок беременности. Исключить:
  - Многоплодие
  - Многоводие
  - Макросомию (крупный плод)
  - Миому матки

3. Если результат находится под нижней линией:

- Подозрение на задержку роста плода (ЗРП) – Направить на УЗИ фетометрию. При подтверждении ЗРП – направить в стационар 3 уровня;
- Неправильное положение плода (косое, поперечное).



### Приложение №10

#### Забор материала для бактериоскопического исследования содержимого уретры, влагалища, цервикального канала (мазок на флору)

1. Информировать беременную о целях исследования влагалищного содержимого
2. Подготовить инструменты (влагалищные зеркала, инструмент для забора материала, чистые, обезжиренные предметные стекла, смотровые перчатки)

3. Заполнить бланк направления. Маркировать предметное стекло
4. Вымыть руки с мылом, высушить или обработать антисептиком
5. Надеть смотровые перчатки на обе руки
6. Осторожно, не касаясь стенок влагалища, последовательно произвести забор материала из цервикального канала, заднего свода влагалища, наружного отверстия мочеиспускательного канала
7. Нанести материал на предметное стекло и высушить на воздухе
8. Информировать беременную о сроках готовности результата
9. Зарегистрировать в медицинской документации дату взятия мазка

#### **Приложение №11**

##### **Определение белка в моче (протеинурии)**

1. Подготовить инструменты для определения белка в моче (чистый сухой лоток, пробирку, перчатки, тестовые полоски или спиртовка, спички, 2-3% раствор уксусной кислоты, пипетку)
2. Информировать беременную о целях определения белка в моче и заборе средней порции мочи в чистый лоток
3. Вымыть руки, высушить или обработать антисептическим раствором

4. Надеть смотровые нестерильные перчатки на обе руки

5. Попросить беременную или роженицу произвести туалет наружных половых органов теплой водой и ввести ватный тампон во влагалище во избежание попадания влагалищных выделений в мочу и помочиться в лоток

#### **Использование стандартной тест-полоски:**

- Опустить индикаторный конец в образец мочи, полностью погружая зону с реагентом, и сразу вынуть полоску
- Вынимая полоску из мочи, удалить лишнее количество мочи, постукивая полоской по краю посуды
- Держать полоску горизонтально и сравнить с таблицей цветов на упаковке, не прикасаясь к ней

#### **ПРИ ОТСУТСТВИИ ТЕСТ-ПОЛОСКИ**

1. *Собранную мочу из лотка поместить в стеклянную пробирку*

2. *Вскипятить мочу, нагревая верхнюю половину пробирки над спиртовкой*

3. *Дать пробирке остыть, чтобы можно было взять ее в руки*

4. *Мутная или «свернувшаяся» моча указывает на наличие белка в моче*

5. *После кипячения добавить 2-3 капли уксусной кислоты:*

- *если моча останется мутной – в ней есть белок*
- *если моча посветлеет, в ней нет белка*
- *если моча становится мутной – в ней есть белок*

## **Приложение №12**

### **Бессимптомная бактериурия**

Определение: Бессимптомная бактериурия – это инфекция мочевыделительного тракта, не имеющая клинических симптомов. Диагноз ББ правомочен наличии 100 000 ( $10^5$ ) колониобразующих элементов (КОЭ) и более в 1 мл мочи.

#### **Скрининг:**

- необходимо проводить при первой явке, вне зависимости от срока (уровень А);
- при отсутствии бактериологической лаборатории ББ можно выявить при помощи тест-полосок на обнаружение лейкоцитарной эстеразы и нитритов. Бактериологическое исследование является оптимальным по сравнению с тест-полосками (*Национальный сотрудничающий центр по охране здоровья матери и ребенка Великобритании*).

#### **Интерпретация анализа:**

- Патологический – количество колониобразующих элементов (КОЭ) 100 000 ( $10^5$ ) колоний в 1 мл мочи и более.

#### **При КОЭ 100 000 в 1 мл мочи и более:**

1. Госпитализация не требуется;

2. Назначить следующее лечение:
  - ампициллин внутрь по 0,5 г каждые 6 часов в течение 7 дней или
  - фурадонин внутрь 0,1 г каждые 6 часов в течение 7 дней
3. После окончания лечения через 2 недели – повторный анализ на КОЭ
4. При отсутствии эффекта от лечения (КОЭ  $10^5$  в 1 мл мочи и более) необходимо назначить следующее лечение:
  - Цефалоспорины I поколения;После окончания лечения – повторный анализ на КОЭ  
Если после 2-х курсов – наблюдается КОЭ 100 000 в 1 мл мочи и более фурадонин назначить на протяжении всей беременности

### **Приложение №13**

#### **Консультирование: здоровый образ жизни**

Во время беременности и лактации женщины наиболее восприимчивы к советам относительно здорового образа жизни и проявляют наибольшее желание изменить свои привычки в пользу ребенка

Курение во время беременности повышает риск

- Низкой массы тела новорожденного;
- Преждевременных родов;
- Самопроизвольного аборта;

- Перинатальной смертности
- Предлежания плаценты

Рекомендован полный отказ от курения во время беременности и грудного вскармливания. Любое снижение числа выкуриваемых сигарет имеет положительное влияние на массу ребенка при рождении. Прекращение курения в первом триместре беременности снижает риск задержки роста плода до уровня некурящих. Рекомендуют и партнёру бросить курить.

Беременным и кормящим матерям не следует употреблять алкоголь (особенно перед зачатием и в первый триместр беременности).

Употребление алкоголя во время беременности может привести к:

- Самопроизвольному аборту
- Преждевременным родам
- Отслойке плаценты
- Развитию алкогольного синдрома плода

*Отметьте в матрице дату консультирования*

## Приложение №14

### Консультирование по здоровому питанию беременных

#### Цель здорового питания:

- Сохранение здоровья беременной и родильницы;
- Профилактика акушерских осложнений;



- Создание благоприятных условий для плода и новорождённого

Консультирование проводится по:

- Кратности приёма пищи;
- Качеству компонентов питания;
- Количеству продуктов питания

1. Провести расспрос о питании беременной и ввести коррективы. Основное внимание уделить беременным с ДМТ или избыточной массой тела и подросткам.

2. Рассчитать калораж. Общий калораж питания небеременных составляет 2000 ккал. Питание беременных отличается от питания небеременных на 200 ккал или 1-3 куска хлеба.

3. Информировать, что рацион питания должен быть разнообразным

4. Кратность питания: 3 основных и 2 перекуса

5. При здоровом питании во время беременности и лактации организм получит необходимое количество питательных веществ и витаминов

При проведении консультирования используйте пирамиду питания.

Все употребляемые продукты питания в пирамиде схематично разделены на пять этажей. Деление на этажи отражает необходимость разных продуктов. В здоровом рационе преобладают зерновые, овощи и фрукты, доля молочных и

мясных продуктов снижена, а жиров и сладостей ограничена. Поэтому основой являются продукты, которых в рационе должно быть много, на выше меньше, на самом верху – очень мало или их можно исключить.

### Пирамида питания



**Основу питания (I этаж пирамиды)** составляют зерновые или продукты из них: хлеб, каши из муки грубого помола или цельнозерновые, рис, макаронные изделия, они располагаются на первом

этаже пирамиды. Удельный вес продуктов первого этажа должен составлять большую часть питания. Максимальное количество питательных веществ содержится в цельном зерне. Цельнозерновой хлеб лучше и питательнее (нони гандуми), чем белый. Коричневый рис лучше, чем белый очищенный

**Второй этаж пирамиды:** овощи и фрукты. Несколько раз в день нужно употреблять разнообразные овощи и фрукты (более 400- 500 г/день).

Приём фруктов и овощей настоятельно рекомендуется, т.к. организм человека практически не синтезирует витамины. Отношение овощей к фруктам составляет 2:1, т.е. овощей должно быть в 2 раза больше. Ежедневное потребление, по меньшей мере 400г или 5 порций овощей и фруктов снижает риск развития НИЗ и помогает обеспечить ежедневное поступление клетчатки.

Фрукты и овощи являются источником минералов, витаминов и клетчатки, поэтому необходимо увеличивать их употребление. Для этого необходимо:

- всегда включать в рацион овощи;
- употреблять свежие фрукты и овощи между основными приёмами пищи (перекусы) и в качестве закуски;
- употреблять разнообразные фрукты и овощи;

- стараться употреблять свежие овощи и фрукты по сезону, которые выращены в месте проживания. Экзотические продукты нежелательны, так как их собирают незрелыми, чтобы они выдержали длительную транспортировку. Кроме того, они чаще вызывают аллергическую реакцию. Овощи и фрукты составляют 35% пищи. В сутки необходимо использовать 2-4 раза.

**Третий этаж:** Рекомендуется употреблять тощие или нежирные сорта мяса и мясных продуктов, птицы, рыбу, яйца или бобовые. Они обеспечивают организм белком, кальцием, железом и цинком. Мясо рекомендуют в 2-3 приёма или 150-200 грамм ежедневно. Мясо нежирное, говядина, баранина, телятина. Можно использовать рыбу нежирную. Для уменьшения поступления жира с пищей, необходимо:

- заменить животный жир на растительный;
- заменить жирное мясо и мясные продукты на бобовые, зерновые, рыбу, птицу и нежирное (постное) мясо.
- помнить, что жир составляет менее 30% суточной калорийности.

Продукты 3 этажа богаты белком, витаминами, железом. В течение дня в меню должно быть от 2 до 3 порций продуктов мясной группы.

**Четвёртый этаж пирамиды:** молочные продукты - источники белка, кальция, витаминов А и В. Молочные продукты могут содержать много жи-

ра, поэтому необходимо обращать внимание на содержание жира на упаковке. Рекомендуется использовать молочные продукты 1,5 – 2,5% жирности. В сутки рекомендуется 2-3 порции молочных продуктов.

**Пятый этаж пирамиды.** Жиры, масло, сладости. Рекомендуется ограничить их употребление. Употребление жиров приводит к увеличению холестерина и является фактором риска сердечных заболеваний и инсульта. Любители сладостей имеют риск диабета, ожирения, мигрени и кариеса.

Информировать беременную об источниках:

- Фолиевой кислоты: капуста, темнолистовая зелень, фасоль
- Витамина С: лимон, редька, шиповник, ревень, сухофрукты (яблоки, слива и др.). Витамин С улучшает всасывание железа. Чай, кофе ухудшают всасывание железа.
- Кальция: молочные продукты, сыр, базилик
- Йод – йодированная соль.
- Железо: необходимо для образования гемоглобина. Дефицит железа приводит к анемии. Железо животных продуктов усваивается лучше.

**Не рекомендовать** приём поливитаминов и пищевых добавок. Анализ доказательств, проведенный в 2007г P.Lumbiganjn, показал, что при-

менение мультинабора микроэлементов и витаминов не является более эффективным, чем приём только препаратов железа и фолиевой кислоты. Поэтому, составители придерживаются рекомендаций ВОЗ, о рутинном приёме препаратов железа и фолиевой кислоты во время беременности.

Необходимо предоставить информацию о последствиях приёма поливитаминов: зависимость, расходы, плохая усвояемость, токсичность, дисбаланс питательных веществ, аллергияция.

Убедить беременную: Адекватное питание во время беременности и лактации обеспечивает поступление в организм достаточное количество витаминов и питательных веществ

*Отметьте в матрице дату консультирования*

### **Приложение №15**

#### **Консультирование «ПОДГОТОВКА К РОДАМ»**

**Цель:** информировать беременную и ее партнера о дородовой подготовке, течении родов и раннего послеродового периода

Сроки консультирования и проведения занятий: с 38 недели

**Условия, необходимые для проведения занятий:**

**Наличие обученного персонала:** акушерка, медсестра, врач акушер-гинеколог, семейный

врач, активист из группы поддержки. Оптимально, если занятия проводит акушерка.

Группа поддержки формируется на добровольных началах из числа прошедших обучение раньше, приверженных к современным методам перинатального ухода.

Обученный персонал должен владеть следующими качествами:

- иметь знания о беременности, родах, послеродовом периоде, развитии плода и новорожденного;
- владеть навыками консультирования и общения;
- владеть навыками интерактивного обучения

## **2. Приспособленное помещение, которое должно быть:**

- Светлое;
- Теплое в холодное время года и прохладное – в жаркое;
- Просторное: достаточно места для групповых занятий или 4-х пар

## **3. Оборудование помещения:**

- Стулья–достаточное количество;
- Шведская стенка (желательно);
- 4 напольных матраца;
- 4 мяча для аэробики;
- Фантом, макет таза и кукла;

- ВидеоТВ с фильмами на таджикском языке или языке, понятном беременным;
  - Буклеты;
  - Плакаты с изображением различных поз роженицы в родах;
  - Плакат с изображением мытья рук
  - Наличие места для мытья рук с жидким мылом и одноразовым полотенцем
  - Наличие источника питьевой воды
- 4. Оптимальная длительность одного занятия – 30 минут;**

**Основные вопросы темы:**

**Важная информация!**

- Роды происходят в индивидуальной родовой комнате;
- Физиологические роды ведет акушерка;
- Партнерские роды не только разрешаются, но и активно поощряются,

**Первый период родов:**

1. Физиология 1 периодародов
2. Прием пищи и жидкости.

Рассказать, что запрет приёма жидкости и пищи во время родов:

- Не снижает риск развития синдрома Мендельсона;
- способствует ослаблению родовой деятельности, дистонии шейки матки, повышению кетоновых тел в моче



3. Поощрение самостоятельного мочеиспускания;

4. Свобода выбора позиции

Объяснить важность вертикальной позиции и смены позиции. Информировать, что вертикальная позиция и свободное передвижение:

- укорачивает продолжительность родов,
- реже требуется медикаментозное обезболивание,
- реже возникает необходимость в стимуляции родовой деятельности.
- Основное преимущество - реже возникают нарушения сердечного ритма плода, несмотря на то, что вертикальная позиция во время родов может доставить некоторые неудобства медицинскому персоналу, женщины ею довольны.

#### **Второй период родов:**

- Физиология 2 периода родов;
- Позиция во втором периоде родов:

Использование вертикальной позиции или позиции на боку во втором периоде родов по сравнению с положением на спине:

- Сокращает продолжительность 2-го периода,
- снижает частоту эпизиотомий,
- снижает болевые ощущения у женщин.
  - Прием жидкости;
  - Отказ от управления потужной деятельностью

При управлении потугами наблюдается только одно преимущество - сокращение продолжительности 2-го периода родов, тогда как недостатки имеют большую клиническую значимость. Управление потугами, наряду с задержкой дыхания, может негативно влиять на состояние плода.

- Поощрение самостоятельного мочеиспускания

#### **Третий период родов:**

- Физиология 3 периода родов;
- Активное ведение третьего периода родов;
- Поощрение самостоятельного мочеиспускания;

#### **Ранний послеродовой период:**

- Физиология раннего послеродового периода родов;
- Поощрение самостоятельного мочеиспускания;
- Уход за новорожденным, тепловая цепочка, «контакт кожа к коже»;
- Консультирование по исключительно грудному вскармливанию, раннему прикладыванию к груди;
- Информирование об опасных симптомах;

## Приложение №16

### Консультирование «НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ»

Нижеперечисленные действия улучшают самочувствие женщины, уменьшают болевые ощущения, расслабляют организм и снимают родовой стресс:

- Прикосновение и поглаживание;
- Прикладывание руки на больное место;
- Успокаивающее похлопывание;
- Сочувственное поглаживание по волосам или по щеке;
- Тёплые объятия и нашептывание ласковых слов в ухо;
- Массаж рук, спины, поясницы, низа живота;
- Надавливание на различные точки и противодействие

#### **Противодавление**

Длительное надавливание в одной точке применяется при помощи кулака или опорной части ладони; уменьшить боль в спине можно снимая напряжение в крестцово-подвздошном сочленении. Роженица сама определяет то место, где ей больше всего нужно надавливание, и силу с которой нужно надавливать. Чтобы помочь ей удержать равновесие, вторая рука партнера помещается спереди над бедренной костью/передней верхней подвздошной остью/

чтобы компенсировать давление на спину. Партнер отдыхает между схватками.

### **Двустороннее надавливание на бедро или двойное сжатие бедра**

Женщина находится в положении, когда тазобедренные суставы согнуты (она стоит на руках и коленях, нагнувшись вперед), партнер располагает руки на ягодичные мышцы (самую “мясистую” часть ягодицы). Длительное надавливание всей ладонью (не опорной частью ладони) следует направлять по диагонали к центру таза женщины.

### **Коленное надавливание**

Роженица сидит ровно на стуле с хорошей опорой низа спины, колени расставлены врозь приблизительно на десять сантиметров, ступни плоско опираются на пол. Партнер стоит на коленях перед ней и охватывает своими ладонями каждое из колен. Опорная часть ладони находится поверх большеберцовой кости. Партнер длительно надавливает на колени прямо назад в сторону тазобедренных суставов женщины, наклоняясь в её сторону в течении всей схватки.

Коленное надавливание можно также проводить, когда женщина лежит на боку. Её верхнее бедро и колено согнуты под углом 90°. Один человек надавливает на её крестец. Другой обхватывает её колено своей ладонью и наклоня-

ется так, чтобы колено надавливалось прямо в сторону спины к тазобедренному суставу.

Эти меры не получили научной оценки. Проверкой того, стоит или не стоит выполнять данную методику, является реакция женщины. Если эта мера успокаивает, то её следует применять. Если же нет, то её стоит модифицировать (другая точка, различное надавливание) или отказаться совсем.

Другие виды немедикаментозного обезболивания: ванна или душ, холодный или тёплый компресс, концентрация на звуковые раздражители (музыка)

По желанию женщины - указанные действия всегда можно прекратить.

## **Приложение №17**

### **Консультирование: ОПАСНЫЕ СИМПТОМЫ**

#### **1. Кровотечение из половых путей:**

Обратить внимание, что кровотечение из половых путей может быть симптомом ПОНРП или предлежания плаценты, разрыва матки и т.д.;

#### **2. Гипертензивные нарушения:**

- сильная головная боль;
- нарушение зрения;
- тошнота, рвота во 2-ой половине беременности;
- желтуха;

- отеки лица, рук, ног, которые появились внезапно и быстро нарастают;
- судороги;
- боль в эпигастрии;
- боль в правой подвздошной области;
- одышка или затрудненное дыхание;

Обратить внимание, что вышеперечисленные признаки могут быть симптомом повышения АД. Указать, что перечисленные симптомы связаны с сужением сосудов, сгущением крови, могут быть причиной судорог; кровоизлияния в мозг, ухудшения состояния плода;

3. **Боль в животе:** признак начала родов, постоянная, которая не проходит, может быть причиной ПОНРП, разрыва матки.

4. **Лихорадка, озноб** являются причиной инфекции;

5. **Схватки** при недоношенной беременности;

6. **Дородовое излитие околоплодных вод.**

7. **Снижение или отсутствие шевеления плода.**

При консультировании убедиться, что беременная готова получать информацию, т.е.

- после осмотра одета и удобно сидит;
- по её желанию присутствует член семьи

Информировать о признаках возможных осложнений

- Перечислить опасные признаки

- Определить, в каком случае необходимо немедленное вмешательство;
- Убедиться, что женщина не напугана, правильно поняла информацию
- Поощрять задавать вопросы, чтобы убедиться в том, что информация правильно понята
- Информировать, куда обратиться за помощью при опасных симптомах, обсудить возможность для этого (финансы, транспорт, помощь друзей). Информировать, что при опасных симптомах следует:
  - вызвать 03
  - сообщить близким или родственникам или друзьям, соседям;
  - попросить членов семьи собрать необходимые вещи и документы
- Объяснить важность быстрого получения помощи при возникновении осложнений;
- Убедиться, что члены семьи также поняли важность информации и знают:
  - какие признаки опасны
  - что необходимо принять срочные меры
  - что может случиться, если не будут приняты меры

*Отметьте в матрице дату консультирования*

## ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Инструмент для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорождённым. ЕРБ ВОЗ, 2013.
2. Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан от 30.05.2017г, №1413.
3. Отчёт о проведении оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорождённым. Душанбе, 2013
4. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. ВОЗ, 2014. [www.who.int/reproductive health](http://www.who.int/reproductivehealth)
5. Руководство ВОЗ: Рекомендации по оказанию дородовой помощи как средству формирования позитивного опыта беременности; 2016
6. Энкин М. , Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребёнка. Пер. с англ. Санкт-Петербург; Изд-во «Петрополис», 2003
7. Holzman C et al. Perinatal brain injury in premature infants born to mothers using alcohol in pregnancy. *Pediatrics*, 1995, 95:66–73.
8. Lumley J et al. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing



neural tube defects. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, 3, article number CD001056.

9. Lumley J et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, 3, article number CD001055.

10. Manandhar DS et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomized controlled trial. *The Lancet*, 2004, 364:970–979.

11. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman*. Clinical guideline. London, RCOG Press, 2003. ([http://www.rcog.org.uk/resources/ Public/pdf/ Antenatal Care pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Antenatal_Care.pdf), accessed 29 September 2005).

12. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, 4, article number CD000145.

13. Young G, Jewell, D. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, 1, article number CD001139.