**Информация о беременности**

**Прегравидарная подготовка**

**Беременность – это физиологический процесс, происходящий в организме женщины и заканчивающийся рождением ребенка.**

Первым и самым важным пунктом в начале беременности является консультация врача акушера-гинеколога, во время которой подтверждается факт беременности и определяется ее срок, проводится общий и гинекологический осмотр, также составляется план дальнейших обследований, осмотров, и даются рекомендации по образу жизни, питанию, назначаются необходимые витамины и лекарственные препараты (при необходимости).

Оптимальным является **планирование беременности,** когда на **прегравидарном этапе (до беременности)** есть возможность провести полное обследование и лечение выявленных заболеваний при необходимости, плановую вакцинацию, начать соблюдать здоровый образ жизни и принимать фолиевую кислоту с целью максимального повышения вероятности рождения здорового ребенка.

В среднем, кратность посещения врача акушера-гинеколога во время беременности при отсутствии патологии беременности составляет от 5 до 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель).

Вы должны четко соблюдать все рекомендации врача, своевременно проходить плановое обследование, соблюдать **рекомендации по правильному образу жизни во время беременности,** а именно:

* избегать работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость,
* избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу: занятий контактными видами спорта, различных видов борьбы, видов спорта с ракеткой и мячом, подводного погружения,
* быть достаточно физически активной, ходить, делать физическую зарядку для беременных в течение 20-30 минут в день (при отсутствии жалоб и противопоказаний),
* при путешествии в самолете, особенно на дальние расстояния, одевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье, исключить алкоголь и кофеин,
* при путешествии в автомобиле использовать специальный трехточечный ремень безопасности,
* сообщить врачу о планируемой поездке в тропические страны для проведения своевременной вакцинации,
* **правильно и регулярно питаться**: потреблять пищу достаточной калорийности с оптимальным содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, с обязательным включением в рацион овощей, мяса, рыбы, бобовых, орехов, фруктов и продуктов из цельного зерна,
* избегать использования пластиковых бутылок и посуды, особенно при термической обработке в ней пищи и жидкости, из-за содержащегося в ней токсиканта бисфенола А,
* ограничить потребление рыбы, богатой метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель),
* снизить потребление пищи, богатой витамином А (говяжей, куриной утиной печени и продуктов из нее),
* ограничить потребление кофеина менее 300 мг/сутки (1,5 чашки эспрессо по 200 мл или 2 чашки капучино/лате/американо по 250 мл, или 3 чашки растворимого кофе по 250 мл),
* избегать употребления в пищу непастеризованное молоко, созревшие мягкие сыры, паштеты, плохо термически обработанную пищу,
* если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых
* в день сигарет,
* избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 месяца.

Немаловажным для беременной женщины является ее эмоциональный фон.

На всем протяжении беременности Вам нужно избегать стрессовых ситуаций

и эмоциональных переживаний.

Половые контакты во время беременности не запрещены при Вашем нормальном самочувствии**.**В случае болей, дискомфорта, появлении кровяных выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалище и белей необходимо прекратить половые контакты и обратиться к врачу.

**Алгоритм ведения пациенток на прегравидарном этапе**

**( планирующих беременность)**

| **Наименование исследования** | **Кратность** |
| --- | --- |
| **Физикальное обследование** | |
| Сбор анамнеза | Однократно |
| Оценка риска ТЭО | Однократно |
| Оценка жалоб | Однократно |
| Общий осмотр | Однократно |
| Измерение роста, массы тела, ИМТ | Однократно |
| Измерение АД и пульса | Однократно |
| Пальпация молочных желез | Однократно |
| Гинекологический осмотр | Однократно |
| **Лабораторные диагностические исследования** | |
| Направление на исследование уровня антител классов M, G к ВИЧ-1/2 и антигена p24 в крови | Однократно (+обследование партнера пациентки) |
| Направление на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови | Однократно (+обследование партнера пациентки) |
| Направление на определение суммарных антител классов М и G к вирусу гепатита С в крови | Однократно (+обследование партнера пациентки) |
| Направление на определение антител к бледной трепонеме в крови | Однократно (+обследование партнера пациентки) |
| Направление на определение антител классов М и G к вирусу краснухи в крови | Однократно |
| Направление на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы | Однократно |
| Направление на определение основных групп по системе AB0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) | Однократно (+определение резус-фактора партнера пациентки у резус-отрицательных пациенток) |
| Направление на проведение общего (клинического) анализа крови | Однократно |
| Направление на определение уровня глюкозы в крови | Однократно |
| Направление на исследование уровня ТТГ и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови | Однократно |
| Направление на проведение общего (клинического) анализа мочи | Однократно |
| Направление на проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) | Однократно. Проводится в зависимости от даты предыдущего исследования, его результатов, наличия инфекции, вызванной вирусом папилломы человека, возраста пациентки согласно клиническим рекомендациям «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» 2020 г. |
| **Инструментальные диагностические исследования** | |
| Направление на УЗИ матки и придатков | Однократно |
| Направление на регистрацию электрокардиограммы | Однократно |
| **Консультации смежных специалистов** | |
| Направление на консультацию врача-терапевта | Однократно |
| Направление на консультацию врача-стоматолога | Однократно |
| Направление на консультацию врача-генетика | Однократно при выявлении у пациентки и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией |
| **Назначение лекарственных препаратов** | |
| Назначение приема фолиевой кислоты\*\* | 400-800 мкг в день перорально за 2-3 месяца до наступления беременности |
| Назначение приема калия йодида\*\* | 200 мкг в день перорально за 2-3 месяца до наступления беременности |

**Нормальная беременность**

одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 370-416 недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.

Нормальная беременность диагностируется при визуализации в полости матки одного эмбриона/плода с наличием сердцебиения без пороков развития при ультразвуковом исследовании

**Жалобы, характерные для нормальной беременности:**

* Тошнота и рвота наблюдаются у каждой 3-й беременной женщины. В 90% случаев тошнота и рвота беременных являются физиологическим признаком, в 10% – осложнением беременности. При нормальной беременности рвота бывает не чаще 2-3-х раз в сутки, чаще натощак, и не нарушает общего состояния пациентки. В большинстве случаев тошнота и рвота купируются самостоятельно к 16-20 неделям беременности и не ухудшают ее исход .
* Масталгия является нормальным симптомом во время беременности, наблюдается у большинства женщин в 1-м триместре беременности и связана с отечностью и нагрубанием молочных желез вследствие гормональных изменений.
* Боль внизу живота во время беременности может быть нормальным явлением как, например, при натяжении связочного аппарата матки во время ее роста (ноющие боли или внезапная колющая боль внизу живота) или при тренировочных схватках Брекстона-Хиггса после 20-й недели беременности (тянущие боли внизу живота, сопровождающиеся тонусом матки, длящиеся до минуты, не имеющие регулярного характера).
* Изжога (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) во время беременности наблюдается в 20-80% случаев. Чаще она развивается в 3-м триместре беременности. Изжога возникает вследствие релаксации нижнего пищеводного сфинктера, снижения внутрипищеводного давления, и одновременном повышении внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, что приводит к повторяющемуся забросу желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод.
* Запоры – наиболее распространенная патология кишечника при беременности, возникает в 30-40% наблюдений . Запоры связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула менее 3-х раз в неделю.
* Примерно 8-10% женщин заболевают геморроем во время каждой беременности . Причинами развития геморроя во время беременности могут быть: давление на стенки кишки со стороны матки, застой в системе воротной вены, повышение внутрибрюшного давления, врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани, изменения в иннервации прямой кишки.
* Варикозная болезнь развивается у 30% беременных женщин . Причиной развития варикозной болезни во время беременности является повышение венозного давления в нижних конечностях и расслабляющее влияние на сосудистую стенку вен прогестерона, релаксина и других биологически активных веществ
* Влагалищные выделения без зуда, болезненности, неприятного запаха или дизурических явлений являются нормальным симптомом во время беременности и наблюдаются у большинства женщин.
* Боль в спине во время беременности встречается с частотой от 36 до 61%. Среди женщин с болью в спине у 47-60% боль впервые возникает на 5-7-м месяце беременности . Самой частой причиной возникновения боли в спине во время беременности является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести, и снижение тонуса мышц под влиянием релаксина.
* Распространенность боли в лобке во время беременности составляет 0,03-3%, и возникает, как правило, на поздних сроках беременности
* Синдром запястного канала (карпальный туннельный синдром) во время беременности возникает в 21-62% случаев в результате сдавления срединного нерва в запястном канале, и характеризуется ощущением покалывания, жгучей болью, онемением руки, а также снижением чувствительности и моторной функции кисти.

**Клинические симптомы, требующие незамедлительного обращения**

**к врачу- акушеру гинекологу**

* рвота> 5 раз в сутки,
* потеря массы тела> 3 кг за 1-1,5 недели,
* повышение артериального давления> 120/80 мм рт. ст.,
* проблемы со зрением, такие как размытие или мигание перед глазами,
* сильная головная боль,
* боль внизу живота любого характера (ноющая, схваткообразная, колющая и др.),
* эпигастральная боль (в области желудка),
* отек лица, рук или ног,
* появление кровянистых или обильных жидких выделений из половых путей,
* лихорадка более 37,5
* отсутствие или изменение шевелений плода на протяжении более 12 часов (после 20 недель беременности).

Если у Вас резус-отрицательная кровь, то Вашему мужу желательно сдать анализ на определение резус-фактора. При резус отрицательной принадлежности крови мужа Ваши дальнейшие исследования на выявления антирезусных антител и введение антирезусного иммуноглобулина не потребуются.

Начиная со второй половины беременности, Вам **рекомендуется посещать курсы для будущих родителей,** где Вам будут даны ответы на возникающие во время беременности вопросы.

**Необходимые исследования во время беременности**

| **Наименование исследования** | **1-й триместр** | **2-й триместр** | **3-й триместр** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Физикальное обследование** | | |  |
| Сбор анамнеза | При 1-м визите | |  |
| Оценка риска ТЭО | При 1-м визите, далее – по показаниям | |  |
| Оценка жалоб | При каждом визите | |  |
| Общий осмотр | При 1-м визите | |  |
| Измерение роста, массы тела, ИМТ | При каждом визите | |  |
| Измерение АД и пульса | При каждом визите | |  |
| Пальпация молочных желез | При 1-м визите | |  |
| Гинекологический осмотр | При 1-м визите, далее - по показаниям | |  |
| Определение срока беременности и родов | При 1-м визите | |  |
| Измерение ОЖ, ВДМ и заполнение гравидограммы | - | При каждом визите после 20 недель | При каждом визите |
| Опрос на предмет характера шевелений плода | - | При каждом визите после 16-20 недель (после начала ощущения шевелений плода) | При каждом визите |
| Определение положения и предлежащей части плода | - | - | При каждом визите после 34-36 недель |
| **Лабораторные диагностические исследования** | | |  |
| Направление на исследование уровня ХГ в сыворотке крови или в моче | При 1-й явке в 1-м триместре и отсутствии УЗИ для диагностики беременности | - | - |
| Направление на исследование уровня антител классов M, G к ВИЧ-1/2 и антигена p24 в крови | Однократно при 1-м визите (+обследование партнера пациентки) | | Однократно в 3-м триместре |
| Направление на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови | Однократно при 1-м визите (+обследование партнера пациентки) | | Однократно в 3-м триместре |
| Направление на определение суммарных антител классов М и G к вирусу гепатита С в крови | Однократно при 1-м визите (+обследование партнера пациентки) | | Однократно в 3-м триместре |
| Направление на определение антител к бледной трепонеме в крови | Однократно при 1-м визите (+обследование партнера пациентки) | | Однократно в 3-м триместре |
| Направление на определение антител классов М и G к вирусу краснухи в крови | Однократно при 1-м визите | | - |
| Направление на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы | Однократно при 1-м визите | | Однократно в 3-м триместре |
| Направление на определение основных групп по системе AB0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) | Однократно при 1-м визите (+определение резус-фактора партнера пациентки у резус-отрицательных пациенток) | |  |
| Направление на определение антирезусных антител у резус-отрицательных женщин (при резус-отрицательной принадлежности крови партнера определение антител к антигенам системы Резус не проводится) | При 1-м визите | В 180-200 недель | В 280 недель |
| Направление на проведение общего (клинического) анализа крови | Однократно при 1-м визите | Однократно во 2-м триместре | Однократно в 3-м триместре |
| Направление на проведение биохимического общетерапевтического анализа крови | Однократно при 1-м визите | |  |
| Направление на определение уровня глюкозы в крови | При выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак ≥7,0 ммоль/л | |  |
| Направление на проведение ПГТТ | - | В 240-280 недель, если не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности | - |
| Направление на исследование уровня ТТГ и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови | Однократно при 1-м визите | |  |
| Направление на проведение общего (клинического) анализа мочи | Однократно при 1-м визите | Однократно во 2-м триместре | Однократно в 3-м триместре |
| Проведение определение белка в моче с помощью специальных индикаторных полосок или в лабораторных условиях | - | При каждом визите после 22 недель | При каждом визите |
| Направление на проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) | При 1-м визите. Проводится в зависимости от даты предыдущего исследования, его результатов, наличия инфекции, вызванной вирусом папилломы человека, возраста пациентки согласно клиническим рекомендациям «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» 2020 г. | |  |
| Направление на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева | Однократно при 1-м визите | |  |
| Направление на бактериологическое исследование вагинального отделяемого и ректального отделяемого на стрептококк группы В (*S. agalactiae*) или определение ДНК стрептококка группы В (*S.agalactiae*) во влагалищном мазке и ректальном мазке методом ПЦР | - | - | Однократно в 350-370 недель |
| Скрининг 1-го триместра (исследования уровня ХГ в сыворотке крови, уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А)) | В 110-136 недель | - | - |
| **Инструментальные диагностические исследования** | | |  |
| Направление на УЗИ матки и придатков (до 96 недель беременности) или УЗИ плода (после 100 недель беременности) | При 1-м визите в 1-м триместре беременности и сроке задержки менструации ≥7 дней | - | - |
| Направление на УЗИ плода | В 11-136 недель (в составе скрининга 1-го триместра) + измерение пульсационного индекса (PI) | В 18-206 недель (УЗ-скрининг 2-го триместра) + УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрия) | В 340-356 недель |
| Направление на повторное УЗИ плода | При высоком риске ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА по данным скринингового УЗИ | При высоком риске ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА по данным скринингового УЗИ | При подозрении на неправильное положение или предлежание плода, при отсутствии ЧСС или нарушении ЧСС плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности |
| Направление на ультразвуковую допплерографию маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока | - | В 180-206 недель в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений | В 300-336 недель в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений |
| Направление на регистрацию электрокардиограммы | Однократно при 1-м визите | | Однократно в 3-м триместре |
| Аускультация плода с помощью фетального допплера или стетоскопа акушерского | - | При каждом визите с 220 недель | При каждом визите |
| Направление на КТГ плода | - | - | С 320 недель с кратностью 1 раз в 2 недели |
| Проведение пельвиометрии | - | - | Однократно |
| **Консультации смежных специалистов** | | |  |
| Направление на консультацию врача-терапевта | Однократно при 1-м визите | | Однократно в 3-м триместре |
| Направление на консультацию врача-стоматолога | Однократно при 1-м визите | | Однократно в 3-м триместре |
| Направление на консультацию врача-офтальмолога | Однократно при 1-м визите | |  |
| Направление на консультацию врача-генетика | Однократно при выявлении у пациентки и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией | |  |
| Направление на консультацию врача-кардиолога | При патологических изменениях электрокардиограммы | |  |
| Направление на консультацию медицинского психолога | Однократно при 1-м визите | | Однократно в 3-м триместре |
| **Назначение лекарственных препаратов** | | |  |
| Назначение приема фолиевой кислоты\*\* | 400-800 мкг в день перорально | - | - |
| Назначение приема калия йодида\*\* | 200 мкг в день перорально | 200 мкг в день перорально | 200 мкг в день перорально |
| Назначение приема колекальциферола\*\* в группе высокого риска гиповитаминоза витамина D | 500-1000 МЕ в день перорально | 500-1000 МЕ в день перорально | 500-1000 МЕ в день перорально |
| Назначение введения иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител | - | - | В дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно в 28-30 недель |

**Рекомендации по исключению факторов риска для профилактики осложнений беременности на прегравидарном этапе и во время беременности**

* Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости нормализации массы тела на прегравидарном этапе и правильной прибавке массы тела во время беременности в зависимости от исходного ИМТ с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений

**Комментарии:** Как избыточная, так и недостаточная прибавка массы тела во время беременности ассоциирована с акушерскими и перинатальными осложнениями. Беременные пациентки с ожирением (ИМТ≥30 кг/м2) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: выкидыша, ГСД, гипертензивных расстройств, ПР, оперативного родоразрешения, антенатальной и интранатальной гибели плода, ТЭО . Беременные с ИМТ≤18,5 кг/м2составляют группу высокого риска ЗРП

* Рекомендовано информировать беременную пациентку о необходимости отказа от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость, с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений

**Комментарий:**Данные виды работ ассоциированы с повышенным риском ПР, гипертензии, ПЭ и ЗРП.

* Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости отказа от работы, связанной с  воздействием рентгеновского излучения, с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений
* Рекомендовано информировать беременную пациентку о пользе регулярной умеренной физической нагрузки (20-30 минут в день) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений

**Комментарий:** Физические упражнения, не сопряженные с избыточной физической нагрузкой или возможной травматизацией женщины, не увеличивают риск ПР и нарушения развития детей

* Рекомендовано информировать беременную пациентку о необходимости избегания физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу (например, контактные виды спорта, такие как борьба, виды спорта с ракеткой и мячом, подводные погружения) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений .
* Рекомендовано информировать беременную пациентку, планирующую длительный авиаперелет, о необходимости мер профилактики ТЭО, таких как ходьба по салону самолета, обильное питье, исключение алкоголя и кофеина и ношение компрессионного трикотажа на время полета

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку  о необходимости правильного питания, в частности отказа от вегетарианства и снижения потребления кофеина с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

**Комментарии:** Вегетарианство во время беременности увеличивает риск ЗРП. Большое количество кофеина (более 300 мг/сутки) увеличивает риск прерывания беременности и рождения маловесных детей .

* Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку  о необходимости правильного питания, в частности отказа от потребления рыбы, богатой метилртутью , снижения потребления пищи, богатой витамином А (например, говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее) и потребления пищи с достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений .

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

* Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку  о необходимости избегать потребление непастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза .

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

* Рекомендовано проводить оценку факторов риска осложнений беременности с целью выявления групп риска и своевременной профилактики акушерских и перинатальных осложнений .

**Комментарий:** Учет факторов риска акушерских и перинатальных осложнений необходимо проводить в соответствие с действующими клиническими рекомендациями по соответствующим заболеваниям (состояниям) (возможно с использованием автоматизированных информационных систем).

**Вакцинация на прегравидарном этапе и во время беременности** Рекомендовано пациентке, планирующей беременность, оценить вакцинальный статус, риск заражения и последствия перенесённой инфекции с целью определения необходимости и вида вакцинации

**Комментарий:**Для небеременных пациенток на прегравидарном этапе действуют следующие правила вакцинации:

Ревакцинация от дифтерии и столбняка проводится каждые 10 лет. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от дифтерии и столбняка следует проводить не менее, чем за 1 месяц до её наступления.

Вакцинация от гепатита В проводится трехкратно по схеме 0-1-6 месяцев. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от гепатита В следует начинать не позднее, чем за 7 месяцев до её наступления.

Вакцинация от краснухи проводится женщинам, ранее не привитым или привитым однократно и не болевшим. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от краснухи следует провести не позднее, чем за 2 месяца до планируемой беременности.

Вакцинация от кори проводится женщинам ≤35 лет (женщинам некоторых профессий в возрасте ≤55 лет), ранее не привитым, привитым однократно и не болевшим.

Применение комбинированной вакцины для профилактики кори, краснухи и паротита\*\* у женщин требует предохранения от беременности в течение 1 месяца после введения вакцины.

Вакцинация от ветряной оспы проводится женщинам ранее не привитым и не болевшим. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от ветряной оспы следует провести не позднее, чем за 3 месяца до планируемой беременности.

Вакцинация от COVID-19 проводится пациенткам, планирующим беременность (на прегравидарном этапе), и беременным пациенткам вакцинами для профилактики COVID-19\*\* с актуальным антигенным составом согласно инструкциям к лекарственным препаратам . Кратность вакцинации определяется нормативными документами Минздрава России.

* Рекомендована в сезон гриппа вакцинация вакцинами для профилактики гриппа пациенткам, планирующим беременность (на прегравидарном этапе за 1 месяц до планируемой беременности), и беременным пациенткам во 2-м-3-м триместре беременности (в группе повышенного риска – начиная с 1-го триместра беременности).

**Комментарий:**Во время беременности используются вакцины для профилактики гриппа (трёх-четырехвалентные инактивированные вакцины, не содержащими консервантов).

* Беременным пациенткам не рекомендована вакцинация вирусными вакцинами, содержащими аттенуированные штаммы (против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы и др.)

**Комментарий:** Беременным пациенткам противопоказана вакцинация вакцинами для профилактики вирусных инфекций, содержащими аттенуированные штаммы (против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы и др.) Вакцинировать не привитую и не болевшую ранее беременную пациентку от желтой лихорадки допускается только при предстоящем переезде в эндемичную зону или по эпидемическим показаниям . Беременным пациенткам допустима вакцинация инактивированными вакцинами, генно-инженерными вакцинами, или анатоксинами (вакцинами для профилактики бактериальных инфекций) в случае высокого риска инфицирования.

Вакцинировать беременную пациентку от полиомиелита, гепатита А и В, менингококковой и пневмококковой инфекции следует при предстоящем переезде в эндемичную зону, в качестве постконтактной специфической профилактики и при высоком риске заражения при условии отсутствия вакцинации в период прегравидарной подготовки. При проведении вакцинации против вирусного гепатита В используются вакцины, не содержащие консерванты.

Лечебно-профилактическая иммунизация вакциной для профилактики бешенства может проводиться беременной женщине при угрозе заражения бешенством в результате контакта и укуса больными бешенством животными, животными с подозрением на заболевание бешенством, дикими или неизвестными животными.

Вакцинировать беременную пациентку от столбняка следует при высоком риске инфицирования и при отсутствии вакцинации на прегравидарном этапе.

Вакцинировать беременную пациентку от дифтерии и коклюша следует при высоком риске инфицирования и при отсутствии вакцинации на прегравидарном этапе. Используют вакцины для профилактики дифтерии (с уменьшенным содержанием антигена), коклюша (с уменьшенным содержанием антигена, бесклеточной) и столбняка, адсорбированная, что дополнительно способствует выработке сывороточных противококлюшных антител у женщины с последующей трансплацентарной передачей и профилактике коклюша у младенцев. Возможно проводить вакцинацию беременных против коклюша во 2-м или 3-м триместрах, но не позднее 15 дней до даты родов с целью профилактики коклюшной инфекции

* Не рекомендовано искусственное прерывание беременности при непреднамеренном введении вирусных вакцин, содержащими аттенуированные штаммы (вакцины против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы, гриппа и др.) в связи с тем, что риск последствий прерывания беременности значительно выше вероятности развития неблагоприятных явлений после вакцинации .

Клинические рекомендации "Нормальная беременность " https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/288

**Внутриутробное развитие ребенка**

Длится беременность в среднем 40 акушерских недель. Эмбриональные недели – время, которое малыш фактически существует (с момента зачатия), а акушерскими считают время от первого дня последней в цикле зачатия менструации. Все исчисления, которые ведутся во время ожидания малыша, указываются именно в акушерских неделях. По ним составлены таблицы у специалистов УЗИ, по таким срокам будут ориентироваться на правильность формирования плода, оценивать, как он растет и развивается

Принято выделять **несколько периодов внутриутробного развития:**

1. Проэмбриональный период. В этот период развиваются и формируются женские и мужские половые клетки — гаметы, которые при слиянии образуют оплодотворенное яйцо (зиготу).

2. Герминальный, или собственно зародышевый период. Он начинается от момента оплодотворения яйцеклетки (образование зиготы) и заканчивается имплантацией образовавшегося бластоцита в слизистую оболочку матки. Его продолжительность — 1 нед.

3. Период имплантации. Продолжается 40 ч, т. е. около двух суток.

4. Эмбриональный период. Длится по 60-й день внутриутробного развития. Важнейшими особенностями периода являются закладка и органогенез почти всех внутренних органов будущего ребенка.

5. Фетальный период продолжается с 61-го дня внутриутробного развития и до рождения. Выделяются ранний фетальный подпериод (с 61-го дня внутриутробного развития до конца 28-й недели) и поздний фетальный подпериод (после 28-й недели и до рождения).

**Описание развития ребенка в утробе матери по неделям**

1 НЕДЕЛЯ Эндометрий в матке, готовящейся к имплантации оплодотворенной яйцеклетки.

2 НЕДЕЛЯ Выделение из фолликула яйцеклетки. Именно в эти сутки ей предстоит встретиться со сперматозоидом.

3 НЕДЕЛЯ Процесс оплодотворения, положивший начало развитию эмбриона. Через 3-6 дней после овуляции зигота перестает быть таковой и становится бластоцистой. Бластоциста имеет два слоя: внутренний позднее станет внутренними органами ребенка, а внешний отвечает за процесс имплантации. После того как бластоциста «прилипла», начинается ее постепенное погружение в эндометрий, ворсинки внешнего слоя бластоцисты соединяются с кровеносными сосудами женщины, зародыш начинает питаться– получать все, что ему нужно для развития из материнской крови.

4 НЕДЕЛЯ Бластоциста уже стала эмбрионом и он приобрел первые характеристики: его вес – около 0.5 грамма, рост – менее 1 миллиметра. Формируется три зародышевых лепестка. Наружный станет кожными покровами ребенка, средний ляжет в основу поэтапного образования сердца и сосудов, половых органов, костей и мышечной ткани, а внутренний будет органами пищеварения, дыхания и мочеполовой системы.Появляется зачаток спинного мозга. Сам малыш выглядит как шарик. На этом сроке он научился добывать кислород из материнской крови с помощью хориона.

5 НЕДЕЛЯ Рост эмбриона на этой неделе – уже около 1.5 миллиметров, вес – в пределах 1 грамма. Начинают закладываться половые клетки. Начало формирования головного мозга ребенка. Эта неделя считается одной из самых важных, поскольку сейчас у ребенка закладывается прообраз нервной системы – трубка, которой предстоит стать головным и спинным мозгом.

6 НЕДЕЛЯ Рост эмбриона– около 3.5-4 мм, вес – около 1.5 граммов. На этом сроке у ребенка начинается формирование иммунной системы – закладывается вилочковая железа. Сердце уже стучит, но пока неравномерно. Начинается формирование рук, закладывается формирование глаз и ушей. Появляется первичная плацента не более 1 сантиметра толщиной. Стартует образование маточно-плацентарного кровотока.

7 НЕДЕЛЯ Рост эмбриона около 5-7 миллиметров. Вес – 1.5 грамма, малыш достигает размера зернышка белой фасоли. На текущем сроке формируются нервные волокна, концу 7 недели малыш начинает двигаться, но пока рефлекторно. Начинается формирование органов зрения, поэтому на 7 неделе женщине важно употреблять достаточное количество витамина А и фолиевой кислоты, определяются зачатки глаз, живот и грудь, а на ручках проявляются пальцы. Единственная кишка разделяется на отделы, им предстоит позднее стать пищеводом, желудком, глоткой, поджелудочная железа на этой неделе начинает вырабатывать первый инсулин. Появляется трахея, сердце становится четырехкамерным. Пол пока неочевиден

. 8 НЕДЕЛЯ Рост малютки превышает 2.5 сантиметра. По размерам он похож на некрупную виноградину. Продолжают формироваться лицевые структуры. Головной мозг отделился от спинного, начинает появляться мозжечок. Малыш получает возможность двигать головкой. Возникновение нервных импульсов в головном мозге

9 НЕДЕЛЯ Размером малютка напоминает крупную виноградину – рост до 5.5 сантиметров, а вес – около 5 граммов. Диаметр плодного яйца – около 35 мм. Начинается формирование будущих зубов внутри челюстей. Наряду с мозжечком, в головном мозге появляется гипофиз. Закладываются черепные и спинномозговые нервы. Развитие эмбриона получает новый толчок — начинается формирование полушарий в мозге

10 НЕДЕЛЯ Завершился эмбриональный период развития и начался фетальный. Малыш именуется плодом и так будет до самых родов. Внешне он уже похож на человека – хвостика больше нет, есть четыре конечности, копчик, голова. Вес малютки – около 10 граммов, рост – от 6 до 7 мм. По размерам он напоминает небольшую сливу. Продолжается развитие и разветвление нервной системы. Головной мозг имеет два полушария, начинается формирование первых нейронных связей. К концу недели малыш начинает подносить ручки ко рту, трогать свое лицо. Почки активно производят мочу, малыш заглатывает воды и писает, воды обновляются каждые 3.5-4 часа. Головка округляется, появились губы и веки, заложены носик и ушные раковины. Теперь у малыша есть шея, и он начинает поворачивать головку. Начинают расти первые волосы, тонкая кожа начинает чувствовать первые тактильные ощущения. Руки длиннее ног, на кончиках пальцев есть маленькие ноготки, работают суставы (локти и колени). С этой недели стартует процесс минерализации костей, пока они больше напоминают хрящи. Также на этом сроке появляется диафрагма. Малышу свободно в матке, он плавает и постоянно переворачивается. В конце 10 недели малыш начинает различать (пока лишь очень условно) вкус – на языке формируются вкусовые рецепторы.

11 НЕДЕЛЯ Весит ребенок более 15 граммов, его рост – около 8 сантиметров. По размерам он напоминает среднюю грушу.У малыша развивается новая способность — он различает запахи, идет формирование сетчатки глаз, радужной оболочки, хрусталика и роговицы. Кости начинают накапливать кальций, питание беременной должно быть составлено с учетом повышенной потребности в нем.

12 НЕДЕЛЯ Рост достигает 9-10 сантиметров, а вес – примерно 20 граммов. Эти параметры сопоставимы с лимоном среднего размера. Пленка между пальцами исчезает, они приобретают завершенный вид.Периоды сна сменяются периодами активности, растут мышцы, а потому малыш активно двигается (даже во сне), он уже умеет сосать свой пальчик

13 НЕДЕЛЯ его рост – около 11 сантиметров, вес – около 30 граммов. Время для закладки зачатков зубов. Завершилось формирование среднего уха В головном мозге активно растет мозговое вещество, каждый день в нем становится на 250 тысяч новых клеток больше. Минерализация костей идет полным ходом: первыми твердеют череп и позвоночник и только потом – конечности. На этой неделе малыш обзаводится ребрами. Сформированы все органы дыхательной системы, и грудная клетка начинает расширяться. Формируются голосовые связки. Развитие во втором триместре

14 НЕДЕЛЯ Рост малыша сейчас – 12-14 сантиметров, а вес достигает 50 граммов. По размерам он напоминает небольшой гранат. у него появляются отпечатки пальцев. Головной мозг достаточно созрел, чтобы взять контроль над органами и системами на себя. Сердце малютки перекачивает до 25 литров крови в сутки.

15 НЕДЕЛЯ Малыш становится больше. Его размеры сопоставимы с яблоком – рост составляет 16 сантиметров, а вес – около 100 граммов. В головном мозге появляются первые извилины. Мозжечок уже лучше координирует движения конечностей. Происходит важный момент во внутриутробном развитии – плод различает темноту и свет. У мальчиков начинает вырабатываться собственный тестостерон, девочки пока собственных половых гормонов не производят. Объем околоплодных вод нарастает и это норма

16 НЕДЕЛЯ Весит уже до 130 граммов. Рост малыша – 17 сантиметров, по размерам он напоминает крупный плод авокадо и без труда смог бы поместиться на ладони взрослого. Начали работать мышцы, отвечающие за движения глаз Появились ресницы. Завершилось формирование мышечного каркаса, теперь все мышцы лишь растут. На этой неделе начинают полноценно трудиться железы внутренней секреции. Длина пуповины достигает полуметра. Теперь уже точно определяется пол малыша на УЗИ. Полным ходом идет формирование и запуск иммунных процессов

17 НЕДЕЛЯ Весит малыш около 160 граммов, а его рост достигает 19-20 сантиметров. По размерам он похож на новорожденного щенка. Считается, что на этой неделе малыш начинает видеть сны. Нервная система развита настолько, что малыш получил возможность координировать движения простые и комбинированные: сосать кулачок он может уже не потому, что так получилось, а потому, что ему этого хочется. Появляется инстинкт самосохранения – при громком звуке кроха группируется, сжимается. Теперь малыш меньше спит.

18 НЕДЕЛЯ Весит малыш сейчас до 220 граммов, его рост – около 22 сантиметров. В сравнении с овощами и фруктами ребенок сопоставим со спелым манго. Кора головного мозга формируется очень интенсивно. Завершился процесс минерализации костей черепа и больших парных костей. Ножки ребенка впервые превысили по длине ручки. Ребенок заглатывает до 400 мл амниотической жидкости в сутки. Так он тренирует свою пищеварительную систему и органы выделения мочи. Закладываются постоянные зубы

19 НЕДЕЛЯ Сейчас его рост – около 24 сантиметров, а вес – около 300 граммов. Он напоминает большой томат. Сформированы брови и ресницы. Малыш шевелится давно, но именно сейчас он достиг размеров, при которых женщина может начать его ощущать. На этой неделе малыша можно поздравить с обретением полноценного слуха. Теперь он начинает воспринимать звуковые волны. Можно начинать читать крохе сказки и петь песни, которые после его появления на свет будут им восприниматься как уже знакомые, а потому – обладать успокаивающим эффектом.

20 НЕДЕЛЯ Сейчас его размеры сопоставимы с папайей: рост – около 26 сантиметров, вес – 350 граммов.На этой неделе формируется рефлекс моргания, в полную силу начинает работать иммунная система. Сейчас становится очевидно – правша ребенок или левша. Семь из десяти малышей сосут правый палец, именно правая сторона у них и будет преобладающей. На этой неделе слабое, еле уловимое толкание изнутри начинает чувствовать большинство женщин, беременных впервые.

21 НЕДЕЛЯ Вес составляет уже более 400 граммов, а рост может достигать 28 сантиметров. По размерам его можно сравнить с куклой.Нервная система развивается без перерывов и выходных, каждую секунду появляются тысячи новых клетокнейронов. В головном мозге активно образуются борозды и извилины. Развиваются и оттачиваются рефлексы. В головном мозге развивается центр, который потом будет отвечать за распознавание речи .

22 НЕДЕЛЯ Вес ребенка составляет более 500 граммов, рост – 30 сантиметров. Размеры сопоставимы с кукурузным початком.Малыш уже похож на новорожденного. Жировая клетчатка на этой неделе начинает распределяться по всему телу, завершается формирование позвоночника. Начинается созревание легких.Подходит к концу закладка и укрепление костей позвоночника

23 НЕДЕЛЯ Рост чуть более 30 сантиметров. Вес 560-580 граммов. Формируется дыхательный рефлекс – легкие совершают особые рефлекторные движения. Активно работают потовые и сальные железы. У ребенка уже есть любимые и нелюбимые звуки. Мама может почувствовать, что малыш икает.

24 НЕДЕЛЯ Рост – 31 сантиметр, вес – около 600 граммов. Появляются сухожильные рефлексы.

25 НЕДЕЛЯ Рост малыша – около 33-35 сантиметров, вес – около 700-800 граммов. Началась выработка меланина, за счет чего кожа становится розоватой. Стремительное развитие дыхательной системы. В легких начинает вырабатываться особое вещество – сурфактант. Оно поможет альвеолам не слипаться при самостоятельном дыхании.У ребенка происходит чередование быстрой и медленной фаз сна, преобладает быстрый сон.

26 НЕДЕЛЯ Вес малыша – от 800 до 850 граммов, рост – более 35 сантиметров. Мозг налаживает связь с корой надпочечников, у ребенка появляется свой собственный гормональный фон. Гипофиз начинает вырабатывать гормоныроста. У большинства мальчиков на этой неделе яички опускаются из брюшной полости в мошонку. Спит плод до 23 часов в сутки, то есть почти постоянно. Появляется способность открывать-закрывать глаза

27 НЕДЕЛЯ Рост малыша достигает 36-37 сантиметров, вес варьируется от 900 до 1100 граммов. Малютка перестает умещаться в матке в полный рост и начинает принимать так называемую сгибательную позу. Улучшается зрение, теперь малыш может различать не только свет и темноту, но и цветовые расфокусированные пятна разной интенсивности. Продолжается накопление сурфактанта в легочной ткани. Идет налаживание обменных процессов Развитие в третьем триместре

28 НЕДЕЛЯ Рост малыша – 37-38 сантиметров, вес варьируется от 1200 до 1400 граммов. Пока у всех глаза голубые, радужка поменяется чуть позже. Начинает работать зрительный нерв – малыш морщится, если свет на живот падает слишком яркий. В легких завершается формирование альвеол, продолжается накопление сурфактанта. Подкожного жира становится все больше

29 НЕДЕЛЯ Рост – 37-39 сантиметров вес может достигать 1.5 килограммов, Завершается формирование коры головного мозга. Почки производят до половины литра мочи в сутки. Плод начинает быстро набирать массу тела

30 НЕДЕЛЯ Рост ребенка – более 41 сантиметра, вес – более 1600 граммов. Параметры можно сравнить с дыней. Завершается дифференциация коры головного мозга. Регистрируются при желании электрические потенциалы мозга. На фото, сделанном по время УЗИ, можно увидеть, что какое полоожение занял ребенок: девять из десяти малышей уже занимают в матке правильное головное положение, если нет, то шансы на разворот крайне невысоки – в утробе стало очень тесно

31 НЕДЕЛЯ Рост малышей сейчас превышает 41-42 сантиметра, вес подбирается к 1800- 1900 граммов. Завершается формирование поджелудочной железы и печени

32 НЕДЕЛЯ Рост малыша – более 43 сантиметров, вес – от 1700 до 2000 граммов. Организм малыша начинает обратный отсчет: вырабатывается в малых количествах окситоцин, который должен помочь маме подготовиться к родам, сформировать так называемую гормональную родовую доминанту.

33 НЕДЕЛЯ Рост малыша достигает 44-45 сантиметров, вес составляет более 2 килограммов. Ребенок наращивает мышечную массу Двигательная активность плода снижается. Ему становится трудно и тесно активно двигаться в матке.

34 НЕДЕЛЯ Рост до 45 сантиметров и весит уже от 2200 до 2500 граммов. Плацента достигла пика своего развития, теперь в ней начинаются постепенные дегенеративные процессы – она стареет, но это не станет причиной ухудшения состояния малыша. Стареющая плацента начинает стимулировать выработку пролактина, который готовит женщину к грудному вскармливанию. У малыша, всѐ, кроме веса, без изменений. Происходит укрепление скелетного аппарата

35 НЕДЕЛЯ Рост малютки на текущей неделе составляет 45-47 сантиметров, его вес может быть как 2400, так и 2900, все зависит от индивидуальных особенностей. За неделю набирает по 200-300 граммов. Внешне малыш выглядит вполне готовым к рождению, но последний месяц беременности очень важен, ведь накопление сурфактанта в легочной ткани продолжается. Радужная оболочка глаз малютки становится такой, какой ей нужно быть по генетическому наследованию. Завершился процесс миелинизации нервных окончаний. Головной мозг заметно увеличился в массе, а извилины стали более глубокими. Малыш владеет уже 70 рефлексами. Накапливаются жировые отложения, кожа приобретает розоватый оттенок

36 НЕДЕЛЯ Вес малыша достиг 2700-3000 граммов, хотя есть и миниатюрные малютки, которые весят чуть больше 2.5 килограммов. Рост малышей в среднем – от 46 до 49 сантиметров. Кожа стала плотной, она надежно оберегает организм малыша. Ногти впервые выступили за пределы фаланг. Минерализовались все кости, только кости черепа остаются подвижными, чтобы облегчить процесс рождения. В головном мозге работают центры мышления и логики. Мозг контролирует работу всех органов и систем.Околоплодных вод становится меньше, ведь малышу нужно освободить хотя бы немного места в полости матки.

37 НЕДЕЛЯ Средний вес плода на этом сроке – 3100 граммов. Рост – 49-52 сантиметра. Настраиваются органы чувств, малыш готовится к рождению, которое потребует от него огромных усилий и адаптационных способностей. В легких накопилось достаточно сурфактанта, необходимого для полноценного дыхания, и теперь выработка этого вещества несколько замедляется, но не прекращается совсем. В случае родов прогнозы положительные, поскольку недоношенность будет легкой степени, не требующая реанимации.Желудочно-кишечный тракт малыша сформирован и готов к грудному вскармливанию

38 НЕДЕЛЯ Средний вес на этом сроке – 3300-3600 граммов, рост – 50-52 сантиметра. Работа всех внутренних органов согласована между собой. Не работают пока только легкие, их час придет сразу после того, как малыш родится. Количество шевелений заметно уменьшилось, зато пинки и толчки стали болезненными, ведь вод стало мало.

39 НЕДЕЛЯ Рост – более 53 сантиметров. Вес 2900-3000 граммов, а есть богатыри – за 4 килограмма. Практически завершился процесс накопления сурфактанта в легочной ткани. Легкие готовы к самостоятельному дыханию. Все еще продолжается отладка нервной системы, но этот процесс будет протекать и после рождения, в течение всего первого года жизни. У ребенка есть свой режим дня, он спит и бодрствует в определенные промежутки времени. Головка малыша прижата к выходу из матки, ручки сложены на груди. Он готов к рождению.

40 НЕДЕЛЯ Все органы сформированы. Хрящевая ткань затвердела, кости скелета тоже. Свободными и подвижными остаются только кости черепа, это необходимо, чтобы без травм пройти по родовым путям. Из-за неудобств, которые ребенок испытывает из-за тесноты в утробе, у него начинает вырабатываться гормон стресса – адреналин. Он тоже помогает организму матери подготовиться к родовой деятельности. Под его воздействием усиливается выработка окситоцина, и быстрее раскрывается шейка матки. Плацента имеет последнюю, третью степень зрелости. В последние дни лучше сократить в рационе количество продуктов с содержанием кальция, чтобы не вызвать раннего отвердения костей черепа, особенно если беременность пролонгируется до 42 недели.С началом родовых схваток начнется раскрытие шейки матки, и когда она откроется полностью, малыш начнет продвижение вперед. Каждое его движение и поворот в процессе прохождения родовых путей будет рефлекторным (не зря нервная система так старательно и долго к этому готовилась). Малыш как будто знает, как и что сделать в ту или иную минуту. Этот процесс называется биомеханизмом родов.

**Влияние беременности на организм женщины**

Благотворное влияние беременности на организм можно объяснить тем, что в крови повышается уровень гормонов. И циркулируют они гораздо дольше, чем у женщин, не имеющих детей. Чтобы здоровье женщины не подвергалось опасности, рожать следует с периодичностью не менее двух- трех лет. Во время беременности необходимо сбалансированно питаться, следить за состоянием здоровья и наблюдаться у акушера-гинеколога. Организм женщины предназначен для вынашивания, рождения и вскармливания ребенка. Если женщина старается в течение жизни обмануть естественные процессы, предохраняясь от беременности, природа наказывает гормональными сбоями, заболеваниями в молочной железе и детородных органах. В период беременности у женщины исчезают гинекологические заболевания, связанные с гормональными нарушениями. Большинство девушек, страдающих болезненными месячными, после беременности и родов смогут вздохнуть спокойно. Чаще всего болезненные спазмы уходят в забвение. Это связано с изменением гормонального фона у молодой мамы. С наступлением беременности будущая мама больше обращает внимание на свое здоровье, заботясь о малыше. Она старается больше отдыхать, гулять на свежем воздухе, соблюдать режим дня. Как правило, будущая мама избавляется от вредных привычек, если таковые имелись до беременности. Все это позитивно отражается на состоянии ее здоровья и внешнем виде. После рождения ребенка восстанавливается гормональный фон женщины, нормализуется её менструальный цикл, если ранее с ним были проблемы. Кроме того, беременность активизирует все ресурсы женского организма, ведь после родов нужно постоянно держать себя в тонусе, сохранять физическую форму. Беременность омолаживает организм женщины, особенно это касается мамочек после 35-40 лет. Многодетные матери реже сталкиваются с инсультом и другими сердечнососудистыми заболеваниями, а у женщины, родившей более трех детей, также уменьшается риск развития рака матки, яичников и молочной железы

**Нормальные роды**

-своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

**«Школа мам» — это школа подготовки к родам**

Если вы беременны или малыш совсем недавно появился на свет специалисты— акушеры-гинекологи, анестезиологи, реабилитологи, психологи и педиатры — ответят на все ваши вопросы, связанные с беременностью, внутриутробным развитием ребенка, родами и заботой о новорожденном. «Школа мам» приглашает не только женщин, но и мужчин. Рождение ребенка — одно из самых значимых событий в жизни всей семьи! Тематические занятия в школе молодой мамы помогают справиться со страхами, скорректировать образ жизни и привычки с максимальной пользой для будущего ребенка. Курсы включают в себя не только лекции о правильном питании, физической активности и гимнастике для беременных, но и полезную информацию о том, как лучше проводить подготовку перед родами, о специальных приемах, уменьшающих болезненность схваток и многое другое. Кроме того, общение с психологом и квалифицированными врачами во время курсов подготовки к родам существенно снижает вероятность развития депрессий в перинатальном периоде. Вы можете посещать индивидуальные или групповые занятия.

**Показания к родоразрешению путем операции Кесарево сечение:**

-В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при полном и частичном врастании плаценты

* В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при предлежании сосудов плаценты
* В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при следующих предшествующих операциях на матке: два и более КС; миомэктомия (2-5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение миоматозного узла)
* В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при гистеротомии в анамнезе (перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное КС в анамнезе, Т-образный или J-образный разрез) или при наличии препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка (анатомически узкий таз II и более степени сужения; деформация костей таза; миома матки больших размеров, особенно в области нижнего сегмента, препятствующая деторождению через естественные родовые пути; рубцовые деформации шейки матки и влагалища после предшествующих операций, в том числе после разрыва промежности III-IV степени; рак шейки матки, кроме преинвазивных и микроинвазивных форм рака шейки матки)
* В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при предполагаемых крупных размерах плода (≥ 4500 г)
* В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при тазовом предлежании плода: при сроке беременности менее 32 недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода <2500 г или >3600 г
* В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при устойчивом поперечном положении плода
* В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при дистоции плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным исходом (мертворождение, тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и матери (лонного сочленения) .
* **Рекомендовано** для профилактики неонатального герпеса планировать родоразрешение путем кесарева сечения всем беременным, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или были выявлены клинические проявления генитального герпеса накануне родов, т.к. в этом случае существует значительный риск вирусовыделения во время родов .
* **Рекомендовано**для профилактики неонатального герпеса при излитии околоплодных вод у пациенток с клиническими проявлениями генитального герпеса рассмотреть вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения в неотложном порядке
* В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при ВИЧ инфекции при вирусной нагрузке перед родами >1000 копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке перед родами или неприменении противовирусной терапии во время беременности и/или непроведении антиретровирусной профилактики в родах
* В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при некоторых аномалиях развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров)
* В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при соматических заболеваниях, требующих исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка)
* В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС
* В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при преэклампсии тяжелой степени, HELLP синдроме при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути)
* В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при некорригируемых нарушениях сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, дистоция шейки матки), не сопровождающихся дистрессом плода
* В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином
* В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при хориоамнионите и неготовности естественных родовых путей к родам
* В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при дистресс-синдроме плода, сопровождающегося сомнительным типом КТГ, прогрессирующим, несмотря на проведенную терапию (может быть использован увлажненный #кислород и/или быстрое введение растворов, влияющих на водно-электролитный баланс, и/или смена положения тела и/или острый токолиз (гексопреналин) или нарушением кровотока в артерии пуповины по данным допплерографии
* В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при любом варианте предлежания плаценты с кровотечением .
* В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты .
* В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки .
* В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при дистресс-синдроме плода, сопровождающемся признаками прогрессирующего метаболического ацидоза по данным КТГ или уровня лактата .
* В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при клинически узком тазе
* В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании
* В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при приступе эклампсии в родах .
* В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС **рекомендовано** при агонии или внезапной смерти женщины при наличии живого плода (при наличии возможности)
* Плановое родоразрешение путем КС **рекомендовано** проводить в 39-40 недель беременности

**Обезболивание родов**

Первоначально рекомендуется применить немедикаментозные методы обезболивания родов, такие как правильная техника дыхания, использование мяча, массаж, теплые компрессы, холод на спину в случае болей в пояснице и другие, которые оказываются эффективными в большинстве случаев. При неэффективности немедикаментозных методов при желании женщины, отсутствии противопоказаний и возможности медицинской организации может быть проведена эпидуральная анальгезия. Следует знать, что эпидуральная анальгезия ассоциирована с повышенным риском удлинения продолжительности родов.

**Методы немедикаментозного обезболивания родов**

1. Фитбол. Способствует расслаблению тазового дна, а также обеспечивает свободу движения.При использовании в положении сидя мяч оказывает безболезненное давление на промежность, что может блокировать часть ноцицептивной рецепции на уровне спинного мозга и тем самым уменьшить ощущение боли.
2. Массаж Может уменьшить дискомфорт во время родов, облегчить боль и повысить удовлетворенность женщины родами . Он является простым, недорогим и безопасным вариантом для облегчения боли.
3. Акупрессура Ограниченные данные свидетельствуют о пользе акупрессуры . Нет никаких известных рисков использования акупунктуры, если она проводится обученным персоналом, использующим одноразовые иглы.
4. Аппликация теплых пакетов **.**Тепло обычно прикладывается к спине женщины, нижней части живота, паху, промежности. Возможными источниками тепла могут быть: бутылки с теплой водой, носок с нагретым рисом, теплый компресс (полотенце, смоченные в теплой воде и отжатое), электрогрелка или теплое одеяло. Следует соблюдать осторожность, чтобы избежать ожогов. Лицо, осуществляющее уход, должно проверить источник тепла на своей коже и поместить один или два слоя ткани между кожей женщины и горячей упаковкой. В дополнение к тому, что тепло используется для облегчения боли, оно также применяется для облегчения озноба или дрожи, уменьшения жесткости суставов, уменьшения мышечного спазма и увеличения растяжимости соединительной ткани .
5. Холод .Холодные пакеты могут быть приложены к нижней части спины, когда женщина испытывает боль в спине. Возможные источники холода: мешок или хирургическая перчатка, заполненные льдом, замороженный пакет геля, пластиковая бутылка, наполненная льдом, банки с газированной водой, охлажденные во льду. Необходимо поместить один или два слоя ткани между кожей женщины и холодной упаковкой. Холодные компрессы на промежность могут использоваться периодически в течение нескольких дней после родов .
6. Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление и дыхательные методики . Техники йоги для расслабления, дыхания и положения, используемые на антенатальном этапе уменьшают чувство тревоги по поводу родов Применение йоги во время родов может уменьшить боль, повысить удовлетворенность родами.
7. Душ или погружение в воду в первом периоде родов . Чтобы избежать повышения температуры тела женщины и потенциального увеличения риска для плода, температура воды должна быть как температура тела человека или немного выше (не больше 37ºС). Длительное погружение (более двух часов) продлевает роды и замедляет сокращения матки, подавляя выработку окситоцина. Медицинские противопоказания для погружения в воду: лихорадка, подозрение на инфекцию, патологический характер ЧСС плода, кровянистые выделения из половых путей и любые состояния, требующие постоянного мониторинга состояния плода. Доказательства пользы от погружения в воду во втором периоде родов ограничены. При этом нет никаких свидетельств увеличения побочных эффектов для новорожденного или женщины от родов в воду . Женщина, которая настаивает на родах в воду, должна быть проинформирована о том, что преимущества и риски этого выбора не были изучены в достаточной степени .
8. Аудиоаналгезия (музыка, белый шум или окружающие звуки) . Способствует увеличению удовлетворенностью родами и снижению риска послеродовой депрессии .
9. Ароматерапия. Эфирные масла являются сильнодействующими веществами и могут быть  потенциально вредными при неправильном использовании . Беременным женщинам следует избегать смешивания собственных эфирных масел. Процесс использования аромотерапии должен контролироваться специально обученным персоналом. Персонал больницы должен быть информирован об использовании аромотерапии для защиты от аллергической реакции у людей, чувствительных к эфирным маслам.
10. Гипноз. Может уменьшить использование фармакологических методов обезболивания во время родов. Не было выявлено влияния на удовлетворение от снижения боли . Гипноз - это сфокусированная форма концентрации. Самогипноз - одна из форм гипноза, в которой сертифицированный специалист учит человека вызывать состояние измененного сознания. Основная цель при использовании  самогипноза в  родах - помочь женщине сохранить контроль, управляя тревогой и дискомфортом, вызывая целенаправленное состояние расслабления . Следует отметить, что гипноз противопоказан людям с серьезными психологическими нарушениями или психозом в анамнезе. Других очевидных рисков или недостатков для использования гипноза в родах нет.
11. Внутрикожные или подкожные инъекции стерильной воды при болях в пояснице или любой другой родовой боли Водные инъекции обычно состоят из четырех внутрикожных или подкожных инъекций от 0,05 до 0,1 мл стерильной воды. Первые две точки локализуются над задними верхними подвздошными остями (там, где находятся правая и левая ямочки ромба Михаэлиса). Две другие точки расположены на 3 см ниже и на 1 см медиальнее первых двух.

**Нейроаксиальная анальгезия в родах**

Показания к нейроаксиальной анальгезии в родах

* Артериальная гипертензия любой этиологии (преэклампсия, гипертоническая болезнь, симптоматические артериальные гипертензии).
* Роды у женщин с некоторыми видами соматических заболеваний (например, гипертоническая болезнь, пороки сердца (не все), заболевания органов дыхания – бронхиальная астма, почек - гломерулонефрит, высокая степень миопии, повышение внутричерепного давления и др.).
* Роды у женщин с антенатальной гибелью плода (в данном случае главным аспектом является психологическое состояние женщины).
* Роды у женщин с текущим или перенесенным венозным или артериальным тромбозом.
* Юные роженицы (моложе 18 лет).
* Непереносимые болезненные ощущения роженицы во время схваток (при оценке данного показания можно использовать визуально-аналоговую шкалу интенсивности боли.
* Аномалии родовой деятельности (врач-акушер-гинеколог должен учитывать влияние эпидуральной анальгезии на течение второго периода родов).
* Преждевременные роды.

Эпидуральная анальгезия предпочтительнее применения наркотических анальгетиков для обезболивания преждевременных родов из-за большей эффективности и меньшей токсичности.

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

**Также используются системное медикаментозное обезболивание и ингаляционная анальгезия.**

**Партнерские роды**

Присутствие партнера при родах поощряется в случае его (ее) подготовки к помощи и присутствии при родах.

Партнёрские роды — роды с помощником, когда помимо акушерки, врача и других сотрудников роддома вместе с роженицей в родильном зале присутствует близкий ей человек. Чаще всего в роли такого помощника выступает отец ребёнка: мужчина помогает женщине в процессе родов и морально, и физически. Роды для каждой женщины особое событие в жизни, которое несёт особую психологическую нагрузку. В результате анализа специфики родов с психологической поддержкой, было выявлено снижение экстренных кесаревых сечений, снижение частоты аномалий сократительной деятельности матки, родового травматизма, кровотечений, и медикаментозного обезболивания родов.

**Лактация**

* **По рекомендациям ВОЗ рекомендовано** осуществлять ранее прикладывание к груди всех новорожденных, которые могут самостоятельно получать грудное молоко, если их состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению

**Комментарий:**Существуют убедительные доказательства того, что раннее начало грудного вскармливания (в течение первого часа после рождения) и исключительно грудное вскармливание в течение первого месяца жизни имеет существенные преимущества в снижении неонатальной смертности и заболеваемости

**Прикладывание к груди сразу после рождения, а также обеспечение контакта «кожа к коже» матери и новорождённого** Рекомендуется это делать в первый час после рождения. Роды являются большим стрессом как для роженицы, так и для младенца. Контакт «кожа к коже» заключается в том, чтобы раздетого малыша положить на голый торс матери. В этом положении их нужно накрыть одеялом, чтобы не замёрзли, так как у новорождённого ещё отсутствует терморегуляция. Такой контакт даёт возможность новорожденному получить бактерии матери и запустить работу иммунной системы. Кстати, этот метод широко используется для выхаживания недоношенных деток. Вместе с ранним прикладыванием это помогает стабилизировать психологическое и эмоциональное состояние обоих, и даёт возможность скорее наладить процесс грудного вскармливания. Так новорожденный адаптируется к окружающему миру, ведь он чувствует тепло мамы, её запах, слышит её сердцебиение. Если по каким-то причинам в первый час это сделать не удалось, то приложить младенца нужно как можно раньше. Если малыш сразу же после рождения не хочет брать грудь, это нормально. Поисковые движения у малыша начинаются спустя 15-20 минут после рождения.

**Кормление по требованию** Да, действительно, сейчас очень часто можно услышать рекомендации кормить по часам, что пришло к нам с советских времён и до сих пор матери не знают как правильно поступить. Находясь в утробе плод получал питание через плаценту в любое время, потому и ВОЗ рекомендует кормить по требованию: «грудное вскармливание по требованию – то есть так часто, как этого хочет ребенок, днем и ночью». Так же малышу нужна грудь не только для еды, поэтому прикладываться к ней может для других потребностей — почувствовать себя в безопасности, успокоиться или заснуть. Не стоит переживать, что грудничок постоянно её просит, частота прикладываний может достигать до 4 раз в час. Если кроха раскапризничался или у него что-то болит, дайте ему грудь и вы увидите как быстро успокоится! **Продолжительность кормления определяет ребёнок** Когда младенец правильно приложен, то дискомфорта не испытывает ни он, ни мать. При таком условии длительность кормления зависит от крохи. Когда он наелся или уснул, то сам её отпустит. Не нужно отнимать её самостоятельно. Есть мнение, что одно кормление должно занимать не более 30-40 минут, что является не физиологичным. Это тоже пришло к нам с советских времён, когда молодая мать не могла позволить себе находиться с грудничком постоянно. Единственный момент, когда грудь следует забрать у малыша — если не правильно её захватил и мать ощущает дискомфорт, но сразу же предложить её снова, правильно приложив. Ну или если вам очень нужно в туалет, то мучайтесь, оторвите малыша на минутку от груди, решите свой вопрос и возвращайтесь, если ребенок будет возмущаться — выслушайте его и снова предложите грудь.

**Ночные кормления обязательны** От старшего поколения можно услышать, что кормить ночью нельзя, так как желудок должен отдыхать. На самом деле ночные прикладывания очень важны и для мамы и для дитя. Материнское молоко всасывается в основном в кишечнике, а в желудке непосредственно створаживается. Так же в молоке есть вещества, которые помогают желудку переваривать его. Ночью малыш добирает все то, чего не хватило днём, а для новорождённого кормления ночью являются наиболее полноценными. Для того, чтобы молоко вырабатывалось, необходим гормон пролактин, для выработки которого необходима стимуляция молочных желез, то есть сосание младенца. И в основном это происходит с 3 часов ночи до 7 утра. Таким образом, если мать кормит грудничка хотя бы несколько раз за ночь, то это обеспечит достаточное количество молока на весь день. **Кормления должны быть полноценными** Материнское молоко делится на переднее и заднее. Заднее имеет большую жирность по сравнению с передним, поэтому чтобы грудничок насытился не нужно его прикладывать к другой груди, пока не опорожнил первую. Чаще всего деткам хватает одной молочной железы, чтобы насытиться. Недостаточная жирность грудного молока: мифы и реальность.

**Принципы грудного вскармливания от ВОЗ**

**Первый** — совместное пребывание после родов Первый из них рекомендует не разлучать мать и дитя после родов и обеспечить им круглосуточное совместное проживание. Это способствует спокойствию как мамы, так и малыша, а также облегчает адаптационный период для них.

**Второй** – раннее прикладывание к груди Первое кормление обязательно происходит в первый час после рождения ребенка. В это время вырабатывается только несколько капель молозива, но они содержат мощную дозу веществ, необходимых для иммунной защиты малыша, и полезных бактерий, заселяющих его стерильный кишечник.

**Третий** – правильное прикладывание Необходимо с первых часов научиться правильно прикладывать ребенка к груди, чтобы избежать проблем в дальнейшем. Неправильное прикладывание не только может спровоцировать появление трещин на сосках, но и стать причиной колик и недостаточного насыщения малыша, так как вместе с молоком он будет захватывать и воздух.

**Четверты**й – отказ от заменителей груди Полный отказ от бутылочек и пустышек. Молоко из бутылочки достается ребенку гораздо легче, чем грудное – там приходится постараться, чтобы добыть его. Познакомившись с бутылочкой, дети часто отказываются от груди, чтобы получать более легкое молоко. Пустышки, как замена кормления, также сбивает настройку лактации, ребенок не наедается, так как его реже прикладывают к груди.

**Пятый** – кормление по требованию Очень важно отказаться от привычного "режимного" кормления, когда допускался "шаг в сторону" не больше чем на 15 минут. Это снижало выработку молока и способствовало нервозности ребенка и мамы. Оптимальный режим кормления, согласно рекомендациям ВОЗ – исключительно по требованию ребенка. Это помогает наладить лактацию и в результате грудничок получает ровно столько молока, сколько ему необходимо, а вместе с ним жизненно важные материнское тепло и близость, необходимые для эмоционального формирования. Кроме того, кормление по требованию улучшает качество молока и снижает риск развития лактостаза.

**Шестой** – не отнимать грудь у крохи Кормление должно продолжаться до тех пор, пока малыш сам не выпустит грудь. Прерывание кормления негативно сказывается как на физическом, так и на эмоциональном состоянии ребенка. Кроме того, это приводит к тому, что ребенок не дополучает полезное "заднее" молоко, которое отличается повышенной калорийностью.

**Седьмой** – не допаивать Ребенок в первые полгода должен находиться исключительно на груди, без допаивания. Ведь материнское молоко на 88 процентов состоит из воды. Вода нарушает микрофлору желудка и кишечника. Кроме того, она создает иллюзию сытости, и кроха меньше ест. Допаивания разрешены исключительно в медицинских целях и в особых случаях. Например, если у ребенка риск обезвоживания из-за высокой температуры или рвота**.**

**Восьмой** – прикорм вводится только после 6 месяцев До полугода малыш получает 100% необходимых питательных веществ из материнского молока. От 6 месяцев до года – 75%, а с года до двух лет – 25%. Этот пункт – одна из важнейших рекомендаций ВОЗ о грудном вскармливании. Поэтому раннее введение прикорма совершенно лишено смысла – все нужное ребенку он уже получил. Ранний прикорм – до 6 месяцев – был очень популярен в советские времена. Тогда рекомендовалось вводить дополнительные продукты уже в возрасте 2-3 месяцев. Однако это негативно сказывается на пищеварении ребенка, так как его кишечник еще не приспособлен для переваривания такой сложной еды. Пищеварительная система грудничка еще не готова переваривать что-то менее адаптированное, чем мамино молоко. Девятый – моральная поддержка мамы Важна поддержка молодой матери, ее уверенности в своих силах, поощрение грудного вскармливания. Многие женщины не уверены в том, что смогут кормить ребенка грудью, что у них получится и хватит молока. Некомпетентность медицинских работников или родственников и знакомых, которые не оказывают им должной поддержки или даже предлагают докармливать ребенка смесью, вместо того, чтобы наладить ГВ, часто становятся причиной отказа от кормления грудью.

**Десятый** – отказ от мазей для сосков Рекомендуется отказаться от мазей и кремов для сосков. Они часто придают им неприятный вкус или запах, из-за чего ребенок может отказаться от груди. Кроме того, их безопасность нельзя назвать абсолютной. Также лучше отказаться от частого мытья груди, особенно, с мылом. Это смывает защитный жировой слой и приводит к трещинам и повреждениям соска. Для соблюдения гигиены достаточно ежедневного принятия душа или ванны. Если же на сосках появились трещины, причина – в неправильном прикладывании малыша. В этом случае нужно решить эту главную проблему.

**Одиннадцатый-**Сохранение ночных кормлений, необходимых для поддержания лактации. Именно в ночной период происходит наиболее интенсивная выработка гормона, отвечающего за лактацию. Если в это время поддержать его кормлением, то молоко не уйдет слишком рано.

**Двенадцатый** -рекомендуется поддерживать грудное вскармливание как можно дольше – до 2 лет или даже больше. Это помогает ребенку выстроить полноценный иммунитет, так как в материнском молоке содержатся иммунные тела, которые получить больше неоткуда. Кроме того, в нем по-прежнему присутствует большое количество витаминов и микроэлементов, необходимых для полноценного развития детского организма.

**Список сокращений**

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