1. **Информация о беременности**
   1. **Информация о важности прегравидарной подготовки:**

Что такое прегравидарная подготовка?

К беременности нужно готовиться! Правильно выполненная прегравидарная подготовка существенно снижает акушерские и перинатальные риски, облегчает течение беременности и даже влияет на здоровье и когнитивные способности будущего ребёнка.

**Прегравидарная подготовка** — это комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на подготовку пары к успешному зачатию, нормальному течению беременности и рождению здорового ребёнка. Она также включает оценку всех имеющихся факторов риска (медицинских, социально-экономических, культурных и т.д.) и устранение/уменьшение их влияния.

**Перечень мероприятий** достаточно широк, тем не менее его желательно выполнить, чтобы максимально предупредить возможные осложнения беременности. Длительность прегравидарной подготовки не регламентирована, сроки (как и сами этапы) устанавливают **индивидуально**. Несмотря на персонализированный подход, часть мероприятий необходимы всем парам, готовящимся к беременности:

* модификация образа жизни,
* нормализация режима сон–бодрствование;
* отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя, наркотических веществ);
* сбалансированное питание (достаточное, но не избыточное количество белков, жиров и углеводов;
* ежедневное включение в рацион овощей и фруктов в умеренном количестве);
* устранение или снижение влияния стрессовых факторов;
* регулярная физическая активность;
* консультация акушера-гинеколога и других специалистов на этапе планирования беременности с выполнением рекомендаций по обследованию и лечению.

Какие обследования необходимы женщине перед беременностью?

Прегравидарная подготовка начинается с **беседы с акушером-гинекологом**. Доктор подробно расспросит вас о жалобах, перенесённых заболеваниях (ваших и ваших близких родственников). В ходе консультации врач выполнит клинический и гинекологический осмотр и назначит необходимые лабораторные и инструментальные исследования.

Лайфхак! Перед посещением специалиста уточните информацию о наличии в семье каких-либо заболеваний, причинах смерти старших родственников. Если возможно, расспросите маму о течении беременности. Для того чтобы ничего не забыть, можно составить **генеалогическое древо**. Кстати, можно узнать много интересного о своей семье. Будет что рассказать детям!

Как правило, в ходе прегравидарной подготовки доктор назначает:

* клинический анализ крови;
* определение группы крови и резус-фактора;
* определение уровня глюкозы в плазме венозной крови или в капиллярной крови натощак;
* определение антител к бледной трепонеме (возбудителю сифилиса), антигенов и антител к ВИЧ-1 и -2, выявление HBsAg (маркёр заражения вирусным гепатитом В), антител к вирусному гепатиту C (anti-HCV) и вирусу краснухи;
* определение концентрации тиреотропного гормона (ТТГ);
* общий анализ мочи;
* исследование вагинального отделяемого (оценка микробиоценоза влагалища) и забор материала для диагностики инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), ВПЧ-тест, цитологическое исследование мазков с области экзо- и эндоцервикса;
* УЗИ органов малого таза;
* консультацию терапевта и стоматолога.

Список необходимых обследований определяет врач, и в зависимости от вашего состояния здоровья, наличия сопутствующих заболеваний перечень может существенно отличаться от приведённого примера.

1. Нужны ли обследования мужчине?

В обществе сложилось мнение о приоритете женских причин неблагоприятных исходов беременности. Однако для зачатия нужны двое, и **«мужской фактор»** тоже может оказать **отрицательное влияние.**

Когда же необходимо побеспокоиться об обследовании мужчины и с чего нужно начинать? Назначить комплекс диагностических мероприятий поможет уролог. Консультация этого специалиста показана, если возраст партнёра старше 40 лет, ранее он перенёс ИППП (а тем более болеет сейчас!), занят на работах с вредными и/или опасными условиями труда (например, различные виды промышленности, контакт с токсическими веществами), а также в случае бесплодия пары.

1. Каким должен быть период между рождением ребёнка и последующей беременностью?

Период между рождением ребёнка и наступлением последующей беременности называют интергенетическим интервалом. Желательно, чтобы он составлял не менее 2 лет (у женщин старше 35 лет допускают 12 мес). Более короткий временной промежуток ассоциирован с повышенными рисками неблагоприятных исходов беременности из-за увеличения нагрузки на организм матери и неполного восстановления после рождения предыдущего ребёнка. Следствием короткого интергенетического интервала могут быть преждевременные роды, рождение маловесного ребёнка, анемия (низкое содержание гемоглобина), кровотечения, отслойка плаценты, повышенная заболеваемость новорождённого.

1. Необходимо ли вакцинироваться до беременности?

Если вы не были привиты и не болели краснухой и корью, то следует провести вакцинацию от этих инфекционных заболеваний. Необходимо также наличие прививок от вирусного гепатита В, дифтерии и столбняка (давностью не более 10 лет назад).

1. Достаточно ли только рационально питаться или необходимо принимать витаминно-минеральные комплексы?

Следует всегда питаться сбалансированно. Однако важно понимать, что современный рацион не всегда может полностью удовлетворить потребность в некоторых микронутриентах. К сожалению, вследствие химического воздействия на аграрные культуры, токсичности некоторых соединений окружающей среды, многократной тепловой обработки продуктов в них снизилось количество витаминов и минералов за последние несколько лет. Именно поэтому часть из них необходимо вводить дополнительно: в виде отдельных препаратов или в составе витаминно-минеральных комплексов.

1. Какие витамины и минералы важны для рождения здорового ребёнка?

**Йод.** Практически для всех жителей России характерна нехватка йода. Не устранённый до беременности **йододефицит** чреват нарушением развития головного мозга и нервной системы плода, высокими рисками младенческой смертности и кретинизма (умственная отсталость). Чтобы уменьшить эти неблагоприятные последствия, необходим дополнительный приём препаратов йода: женщинам в дозе 150 мкг/сут, мужчинам — 100 мкг/сут на протяжении 3 мес до зачатия.

**Фолаты.** Дефицит фолатов также **распространён**. Низкая концентрация фолиевой кислоты в организме матери может быть причиной тяжёлых пороков развития у плода. У детей, рождённых от женщин с нехваткой фолатов, могут быть дефекты нервной трубки (spina bifida — незаращение позвоночного столба), различные аномалии головного мозга, сердечно-сосудистой системы и мочеполовых органов.

Для предупреждения этих осложнений женщине следует принимать фолиевую кислоту в дозе 400 мкг/сут на протяжении 3 мес до зачатия. Важно понимать, развитие нервной системы и формирование пороков происходит **на самых ранних сроках** беременности — когда женщина даже не знает о случившемся зачатии (ещё не было задержки очередной менструации). Вот почему приём препаратов фолиевой кислоты после осознания факта гестации может быть уже поздней профилактической мерой.

**Железо.** Каждая женщина регулярно «теряет» железо — вместе с менструациями. Если у вас нет обильной ежемесячной кровопотери, то регулярное потребление мяса (говядина, печень) компенсирует недостаток микроэлемента и поддерживает его баланс. Однако вследствие нерационального питания это наблюдается достаточно редко — у большинства представительниц прекрасного пола всё-таки есть дефицит железа, который также увеличивает риски неблагоприятного течения беременности.

В витаминно-минеральных комплексах железо содержится в профилактических дозах — около 30–60 мг, что предназначено для профилактики его нехватки. Однако для лечения выраженной недостаточности требуются лечебные препараты с бóльшими дозами действующего вещества. Какие необходимы вам — решает доктор.

**Витамин D.** Условно здоровым женщинам не показано определение уровня 25(ОН)D — активного метаболита витамина D в сыворотке крови. Тем не менее рутинный приём витамина D в профилактической дозе 800–2000 МЕ/сут можно рекомендовать практически всем: воздействие солнечного света недостаточно для его выработки в коже, а с продуктами питания большинство людей его также недополучают.

Если же концентрация 25(ОН)D была определена (по разным причинам) и она ниже нормальных значений (30 нг/мл), то профилактической дозы витамина D будет недостаточно для восполнения дефицита. В таких случаях терапию назначает врач. Полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК). Достаточное потребление ω-3-ПНЖК помогает увеличить вероятность зачатия, положительно влияет на формирование головного мозга плода, развитие иммунной системы и когнитивные функции ребёнка в будущем. Достаточным считают потребление 200–300 мг ПНЖК в сутки. Это можно обеспечить при помощи биологически активных добавок (согласно их инструкции по применению) или если дважды в неделю включать в рацион рыбу (например, лосось, форель, сельдь). В то же время не рекомендуется использовать в питании тунца, марлина, акулу из-за высокого содержания в них ртути.

**1.3. Нормальная беременность, жалобы, характерные для нормальной беременности в каждом триместре**

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

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 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
  1. **Информация о питании и поведении во время беременности**

Ещё во времена Гиппократа учёные знали — пища не только утоляет голод, но и влияет на здоровье человека и развитие некоторых болезней. Особенно важно получать **полноценный и сбалансированный рацион** во время беременности. Это позволит предупредить многие осложнения гестации.

**Неполноценное питание** беременной — фактор риска таких состояний, как анемия, преэклампсия и плацентарная недостаточность. Оно может даже стать причиной заболеваний у будущего ребёнка.

Эксперты считают, что у **рационального питания беременных** есть три основные задачи:

* удовлетворение физиологических потребностей плода в основных пищевых веществах и энергии, необходимых для его адекватного роста и развития;
* сохранение здоровья и работоспособности беременной;
* обеспечение комфортного самочувствия, хорошего настроения и высокой активности женщины на всех этапах гестации.

**Макронутриенты** — белки, жиры, углеводы — нужны человеку в количествах, измеряемых несколькими десятками граммов в день. Их называют основными пищевыми веществами, потому что в процессе окисления они поставляют необходимую энергию для выполнения всех функций организма.

**1. Основные компоненты питания**

Наш организм использует пищу в качестве источника **строительного материала** и **энергии**. Продукты питания могут быть натуральными или подвергнутыми кулинарной обработке. В их состав входят пищевые вещества, или **нутриенты**, которые подразделяют на две группы: макро- (от греческого «макрос» — «большой») и микронутриенты (от греческого «микрос» — «малый»).

**2. Белки**

Белки — основной **строительный материал** организма, обеспечивающий создание клеток и тканей. При их недостаточном потреблении организм подвержен инфекционным заболеваниям, а выраженный дефицит белка в рационе матери может привести к **задержке роста** плода и рождению **маловесного ребёнка**.

Белки пищи — главный источник **аминокислот**, которые подразделяются на **заменимые** (синтезируются в организме человека, их недостаток в пище может быть возмещён за счёт других аминокислот) и **незаменимые** (не синтезируются в организме человека, поэтому должны поступать с пищей). **Биологическая ценность** белков обусловлена наличием в них незаменимых аминокислот, их соотношением с заменимыми и усвояемостью в желудочно-кишечном тракте.

Рацион питания беременной обязательно должен включать в себя такие **богатые белком продукты**, как нежирное мясо, рыба, яйца, творог. Не менее 50–60% белков должно быть животного происхождения, половина этого количества — из мяса и рыбы, более трети — из молока и десятая часть — из яиц. Полноценным белком также богаты творог и нежирные сорта сыра (менее 50% жирности). Источники **растительного белка** — бобовые, зерновые, овощи. В них, как правило, содержится меньшее количество незаменимых аминокислот, и они хуже усваиваются.

**Микронутриенты** — витамины и минеральные вещества — необходимы человеку и содержатся в пище в очень малых количествах, в миллиграммах и микрограммах. Они не выступают источником энергии, но участвуют в её усвоении, а также в регуляции процессов роста и развития организма.

**3. Углеводы**

Большую часть энергии, которая необходима для нормальной жизнедеятельности организма, человек получает с **углеводами**. Именно от них зависит чувство насыщения. Кроме того, входящие в состав углеводов сахара — это основное «топливо», обеспечивающее энергией все обменные процессы и работу органов и систем.

Углеводы можно разделить на простые и сложные. К продуктам, содержащим **простые углеводы**, относятся мёд, сахар, кукурузный сироп. **Сложными углеводами** особенно богаты овощи, картофель, бобовые, цельнозерновые продукты.

Следует с осторожностью относиться к так называемому «добавленному сахару», который вносят в пищу повара или производители (в кондитерские изделия, напитки, молочные продукты, мороженое) с целью обеспечения сладкого вкуса. Это же относится к простым углеводам (глюкоза, фруктоза), которые содержатся в мёде, сиропах и фруктовых соках.

«Естественные сахара» содержатся в овощах, фруктах, молоке и молочных продуктах. Эти углеводы поступают в организм вместе с **полезными** питательными веществами, витаминами и минералами, а также с **клетчаткой**, необходимой для нормального пищеварения.

В рационе беременной должны постоянно присутствовать продукты, содержащие пищевые волокна: хлеб из муки грубого помола, овощи, фрукты, ягоды, крупы.

Избыточное потребление **«добавленного сахара»** (более 10% от всех потребляемых продуктов) приводит к ожирению, нарушению обмена веществ, сахарному диабету и кариесу.

**4. Жиры**

Жиры также служат важным **источником энергии** для организма. Они участвуют в образовании многих **гормонов**. Жиры различают как по происхождению (животные и растительные), так и по содержанию жирных кислот (насыщенные, ненасыщенные, в том числе моно- и полиненасыщенные).

Беременной полезно употреблять **сливочное масло** в количестве 25–30 г/сут, а также примерно 30 г растительного масла (подсолнечного, соевого, кукурузного, оливкового), богатого полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК) и витамином Е.

Чрезмерное потребление **животных жиров** приводит к нарушению обмена веществ, а также способствует развитию атеросклероза (образованию «холестериновых бляшек» на стенках сосудов, что затрудняет кровоток и поступление необходимых веществ к органам и тканям).

**Длинноцепочечные ПНЖК** (ω-3 ПНЖК) — участвуют в построении биологических мембран, способствуют их подвижности и регулируют активность мембранных ферментов. Эти кислоты содержатся в рыбе, частично синтезируются в организме изα-линоленовой кислоты, присутствующей в льняном масле. Употребление 200 мг таких ПНЖК в день (как вариант — рыба 1–2 раза в неделю) достоверно снижает вероятность преждевременных родов за счёт уменьшения концентрации простагландинов E2 и F2. Кроме того, они ингибируют агрегацию тромбоцитов, препятствуют развитию атеросклероза и тромбоза, улучшают кровообращение, уменьшают выраженность воспалительных процессов в организме, снижают АД у беременной. Дефицит длинноцепочечных ПНЖК может привести к нарушениям формирования головного мозга и сетчатки у плода.

**Холестерин** играет очень важную роль в метаболизме клеток. Он принимает участие в выработке всех стероидных гормонов, включая гормоны коры надпочечников и половых желёз. Он также необходим для головного мозга, снабжает ткани антиоксидантами. Основную его часть вырабатывает сам организм — около 80%, остальная доля поступает с продуктами питания (молоко, мясо, яйца).

Полный отказ от холестерина приносит больше вреда, чем пользы! Однако и при избыточном его потреблении (например, более чем с тремя яйцами [желтками] в день) возможны нарушения холестеринового обмена, влекущие повышенный риск атеросклероза.

**Витамин D** частично поступает с пищей (жирная рыба, печень, яичный желток, грибы), а другая его часть синтезируется из холестерина при прямом действии ультрафиолетовых волн солнечного света на кожу.

Доказано, что **гиповитаминоз D** во время беременности ассоциирован с риском преэклампсии, гестационного сахарного диабета, преждевременных родов, рождения маловесных детей, а также с развитием у них рахита.

**5. Вода**

Благодаря **воде** организм способен правильно выполнять свою работу. Она обеспечивает поступление питательных веществ и кислорода ко всем клеткам матери и плода, поддержание в пределах нормы температуры тела, необходима для переваривания пищи, крово­обращения, поддержания иммунной системы. Кроме того, во время беременности жидкость нужна для образования околоплодных вод.

Во время беременности необходимо выпивать в среднем от 8 до 12 чашек в день (в одной чашке около 150–200 мл). Чистая питьевая вода — оптимальный источник жидкости для организма беременной, однако не единственный. Вода содержится в овощах и фруктах, супах, напитках.

Так, в качестве дополнительных источников жидкости (воды) допустимы фруктовые и овощные **соки**, компоты и смузи, однако в ограниченном объёме, поскольку они содержат кислоты и сахара, излишек которых не полезен.

Крепкий кофе, горячий шоколад, чай лучше ограничить или вообще **исключить** из рациона беременных из-за содержания в них кофеина. Также стоит избегать сладких, спортивных и энергетических напитков, поскольку в них повышено количество «добавленного сахара» и практически нет полезных веществ. Кофеин и другие стимулирующие средства, которые могут содержаться в такой продукции, неблагоприятно воздействуют на организм матери и развитие плода.

Важно помнить, что на возникновение **отёков** в большей степени влияет не объём поступающей жидкости, а соль, задерживающая воду в организме.

При возникновении отёков необходимо **обратиться к врачу**, чтобы он выявил истинную причину этой проблемы и дал рекомендации. Не нужно самостоятельно ограничивать употребление жидкости! Лучше сократить количество солёных продуктов и по возможности не досаливать пищу.

**6. Микроэлементы**

Для нормального течения гестации необходимо достаточное поступление витаминов и микроэлементов. Доказана роль **фолиевой кислоты** в профилактике пороков развития плода. Источниками её поступления служат свежие овощи, фрукты, зелень. Необходимо дополнительное назначение фолиевой кислоты за 3 мес до предполагаемой беременности. Дозировку определяет врач.

Учитывая, что вся территория России расположена в зоне йододефицита, всем пациенткам на прегравидарном этапе, во время беременности и лактации целесообразна **дотация йода**. При подготовке к беременности обсудите с врачом необходимость приёма витамина D, ω-3-ПНЖК, препаратов железа.

По назначению специалиста возможен **дополнительный приём** витаминно-минеральных препаратов, БАД или специализированных пищевых продуктов для беременных, обогащённых белком, эссенциальными жирными кислотами, витаминами, минеральными солями.

**7. Надо ли менять рацион питания во время беременности?**

**Беременность — не болезнь**, поэтому если вы питались правильно, соблюдали рекомендации диетолога, то никакие изменения не нужны. Однако если вы **сомневаетесь**, можно ли есть какое-либо блюдо, лучше от него отказаться и **проконсультироваться** со специалистом. Однозначно нужно полностью **исключить** алкоголь и табакокурение, включая пассивное, и курение кальянов.

Не стóит **экспериментировать** с продуктами во время беременности, пробовать экзотические блюда. Это может привести к аллергической реакции.

Для рационального питания очень важен **режим приёма** пищи. Принимать пищу лучше 4–5 раз в день, причём мясо, рыбу, крупы следует употреблять утром или днём, а за ужином желательно ограничиться молочно-растительной пищей.

**8. Когда и почему рацион питания требует изменений?**

При возникновении любых жалоб во время беременности необходимо **обращаться к врачу**, чтобы вовремя выявить причину недомогания и устранить её. Если ваш рацион не удовлетворяет потребности организма, возможно снижение физической и умственной работоспособности, эмоциональная подавленность. Заболевания органов пищеварения, особенно с **диарейным синдромом**, снижают всасывание и повышают выведение питательных веществ, что ведёт к **гиповитаминозам**.

На начальных этапах беременности частой проблемой бывают изменения аппетита и **нестандартное пищевое поведение** — острая потребность в солёном и кислом, желание есть мел или яичную скорлупу. Об этом необходимо сообщить врачу для индивидуального подбора продуктов и блюд.

Нередко во время беременности возникают **запоры игеморрой**, именно поэтому важно соблюдать рекомендации по употреблению воды и клетчатки (овощей и фруктов), которые способствуют процессам пищеварения и снижают вероятность обострений неприятных симптомов. Выпадение волос, ломкость ногтей, проблемы с зубами и опорно-двигательным аппаратом, заеды, проблемы со сном и мышечные спазмы — возможные проявления **дефицита микронутриентов**.

При возникновении **аллергических реакций** (высыпаний, зуда, заложенности носа) необходимо вспомнить, включали ли вы в рацион какие-либо новые продукты питания. Если удалось выявить причину, постарайтесь в дальнейшем избегать этих продуктов, и не забудьте сообщить об этом эпизоде врачу.

Увлечение разнообразными диетами и любые **ограничения питания** (вегетарианство, соблюдения поста и др.) могут привести к нарушению пищевого статуса и дефициту важнейших микронутриентов, что негативным образом влияет на здоровье не только самой женщины, но и плода (табл. 1).

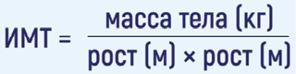
**Таблица 1. Влияние некоторых нарушений пищевого статуса беременных женщин на развитие плода и ребёнка**

|  |  |
| --- | --- |
| **Нарушение пищевого статуса** | **Нарушение развития плода** |
| Дефицит белка и энергии | Низкая масса тела плода, задержка развития головного мозга |
| Дефицит ПНЖК, нарушение соотношения w-6- и w-3-ПНЖК | Нарушения развития нейросетчатки и головного мозга |
| Дефицит фолиевой кислоты (особенно в сочетании с дефицитом витаминов С, В6, В12) | Дефекты развития нервной трубки (анэнцефалия, мозговая грыжа, *spina bifida*) |
| Дефицит и избыток витамина А | Врождённые уродства |
| Дефицит цинка | Врождённые уродства, в том числе дефекты нервной трубки |
| Дефицит йода | Нарушения нервно-психического развития |
| Дефицит витамина D | Снижение функции врождённого иммунитета, рахит |

**9. Прибавка массы тела во время беременности**

В первой половине беременности энергозатраты меняются незначительно, поэтому рекомендуемая прибавка массы тела в I триместре (до 12 нед) составляет не более 0,5–2 кг. Во II и III триместрах потребность в энергии и пищевых веществах возрастает. Это обусловлено увеличением размеров плода и ростом плаценты.

Для расчёта ИМТ измерьте сначала свой рост и вес. Затем показатель роста, выраженный в метрах (например, 165 см = 1,65 м), умножьте сам на себя. После этого массу тела (в кг) нужно разделить на полученный показатель.



Нормальной массу тела считают при ИМТ от 18,5 до 25 кг/м2. При ИМТ от 25 до 30 кг/м2 применяют термин «избыточная масса тела», про «ожирение» говорят при ИМТ 30 кг/м2 и более.

**Оптимальная прибавка** массы тела во время беременности зависит от исходного индекса массы тела (ИМТ).

* Для женщин с ИМТ 18,5–24,9 кг/м2 — 11,5–16 кг.
* Для пациенток с дефицитом массы тела (ИМТ менее 18,5 кг/м2) — 12,5–18 кг.
* При прегравидарном избытке массы тела (ИМТ 25,0–29,9 кг/м2) — 7–11,5 кг.
* При ожирении (ИМТ 30,0 кг/м2 и более) — 5–9 кг.

Оценка еженедельной прибавки массы тела во время беременности, особенно во II и III триместрах, позволяет косвенно судить о течении гестации (табл. 2).

**Таблица 2. Рекомендуемая еженедельная прибавка массы тела во II и III триместрах в зависимости от ИМТ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Категория** | **ИМТ (кг/м2)** | **Прибавка массы тела (г/нед)** |
| Недостаток массы тела | Менее 18,5 | 440–580 |
| Нормальная масса тела | 18,5–24,9 | 350–500 |
| Избыток массы тела | 25–29,9 | 230–330 |
| Ожирение | 30 и более | 170–270 |

**10. Калорийность рациона**

Калорийность рациона зависит от группы физической активности человека, а в период беременности **увеличивается на 350 ккал** за счёт дополнительного потребления белка, жира и углеводов, начиная со II триместра.

**11. От каких продуктов и напитков стоит отказаться?**

С осторожностью добавляйте в пищу поваренную соль, лучше использовать йодированную. Рекомендуемая норма — не более 5 г в день, однако помните, что соль уже содержится во многих продуктах питания, поэтому старайтесь **не досаливать** пищу.

Какие продукты лучше **исключить из рациона** питания на протяжении всей беременности? **Аллергией** грозят клубника, помидоры, какао, шоколад, цитрусовые и креветки, употребляемые в больших количествах. Повышенную **нагрузку на пищеварение** беременной оказывают мясные и рыбные бульоны, лук и чеснок. **Нежелательны** продукты, богатые специями и пряностями, а также содержащие много консервантов, красителей и  ароматизаторов. Следует ограничивать также продукты с большим содержанием животных жиров (жирные сорта мяса, сало, колбасные изделия, сосиски).

Исключите все продукты и лекарства, которые могут содержать вещества, опасные для плода при приёме в существенных количествах, например пищу и добавки с большими **концентрациями витамина А** (в частности, печень трески или минтая).

Лучше отказаться от продуктов, которые могут быть **микробиологически небезопаснымии** служить источником инфекций и паразитов (незрелые мягкие сыры, непастеризованное молоко, термически недообработанные рыба, мясо, курица, плохо промытые овощи, сырые или недоваренные яйца).

При необходимости приёма каких-либо лекарственных препаратов сначала посоветуйтесь с врачом!

Из-за возможного **загрязнения ртутью** и другими токсикантами жирную морскую рыбу рекомендуют потреблять не чаще 2 раз в неделю. Речную рыбу с низким содержанием жира (но не сырую!) можно есть без опасений. Одна порция — кусок размером с ладонь взрослого человека.

Старайтесь не употреблять продукты, которые могут содержать **трансизомеры жирных кислот** (так называемые «трансжиры»), образующиеся в результате отвердения растительных масел при производстве кулинарных жиров, заменителей молочного жира и маргаринов, а также при пригорании жира при жарке. Мясо, рыбу и овощи желательно отваривать или тушить, а не жарить.

Если молочный продукт в своём составе содержит кроме молочного жира другие, это по закону должно быть отображено в названии:

* творожный продукт;
* маргарины, спреды;
* сметанный продукт;
* кефирный продукт.

Рекомендуемая норма **трансжиров — не более 2–3 г в сутки** (1% по калорийности).

Основные источники трансжиров:

* длительная жарка/запекание;
* использование маргаринов, кулинарных жиров, заменителей молочного жира и масла какао, произведённых путём промышленного отверждения.

Синонимы трансжиров: - кулинарный жир;

* маргарин;
* заменитель какао-масла;
* эквивалент масла какао;
* кондитерский жир;
* заменитель молочного жира;
* растительные сливки;
* гидрогенизированное масло.

Рекомендовано ограничить потребление **кофеина** до 150 мг/сут (одна-две чашки натурального некрепкого кофе с молоком). При выявленном дефиците лактазы можно включать в рацион **безлактозные** молоко и молочные продукты.

**12. Какие продукты обязательно включать в рацион?**

Примерный рацион питания для беременных должен включать следующие продукты.

* **Хлеб и хлебобулочные изделия**: хлеб чёрный, отрубной, из цельного зерна.
* **Супы**, преимущественно вегетарианские.
* **Блюда из мяса и птицы**, преимущественно в отварном, запечённом виде.
* **Блюда из рыбы**, преимущественно в отварном виде. Рыбу можно заменить морепродуктами (кальмары, креветки, мидии, морская капуста и др.) не чаще одного раза в неделю при хорошей переносимости.
* **Блюда и гарниры из овощей и лиственной зелени** в сыром, отварном и запечённом виде. Блюда из картофеля, свёклы на гарнир.
* При метаболическом синдроме **блюда и гарниры из круп, бобовых и макаронных изделий** употреблять за счёт уменьшения количества хлеба.
* **Блюда из яиц**: 1 яйцо в 2–3 дня.

Яичный белок усваивается на 50% в сыром виде и на **90% и более** — в приготовленном.

* **Сладкие блюда, кондитерские изделия**: варенье, мармелад (в ограниченных количествах), мёд при хорошей переносимости.
* **Фрукты** в сыром и запечённом виде, компоты без сахара (для женщин с метаболическим синдромом и ожирением), натуральные соки.

Напоминаем: увлекаться фруктами нельзя из-за большого содержания в них сахаров! Не стóит съедать больше двух-трёх крупных плодов (яблоко, груша и др.) или порций ягод в день.

* **Молоко, молочные продукты и блюда из них**. Молоко, кефир, йогурт, без фруктовых добавок, сметана (1–2 столовые ложки в блюдо), творог, неострые и нежирные сорта сыра.
* **Закуски** — салаты из сырых овощей и зелени, винегрет, заливная нежирная рыба, нежирная ветчина.
* **Жиры** — сливочное и растительное масло для приготовления пищи.

Постарайтесь использовать только **йодированную** соль, ежедневно включать в рацион продукты, содержащие **железо**: мясо, рыбу и яйца. Последние имеют полноценный аминокислотный профиль, богаты витаминами группы В, содержат антиоксиданты, фосфор, витамин А (в безопасной концентрации), витамин К2 (обеспечивающий защиту кровеносных сосудов от кальцификации), оптимальное соотношение жирных кислот, большое количество холина (влияет на окисление жиров). Кроме того, они обладают высокой степенью усвояемости в приготовленном виде.

Для обеспечения нормального пищеварения не забывайте пить воду и включать в рацион **овощи** и **фрукты**, богатые клетчаткой.

Несмотря на распространённое мнение о вреде **глютена** и молочных продуктов, содержащих **лактозу**, не стоит отказываться от них без консультации врача. Только доктор после обследования может рекомендовать вам безглютеновую или безлактозную диету, если выявит соответствующие показания, в противном случае вы рискуете недополучить необходимые вам питательные вещества.

Безглютеновая и безмолочная диета при отсутствии медицинских показаний, а также увлечение обезжиренными продуктами — вредная мода, негативно влияющая на здоровье.

Избегайте обезжиренных продуктов, предназначенных лишь для специального диетического питания больных с ожирением. При недостатке жиров здоровый организм начинает «откладывать про запас» все липиды, поступающие с пищей. А это прямой путь к лишнему весу. Присутствие обезжиренных продуктов в ежедневном рационе нарушает **обмен веществ**. Удаляя жир из кисломолочных продуктов, его необходимо чем-то заменять. В противном случае пострадают их консистенция и вкус. Обычно производители заменяют его либо рафинированным сахаром, который даёт дополнительную **калорийность**, либо сахарозаменителем — веществом, «обманывающим» нашу эндокринную систему и увеличивающим тягу к «вредным» углеводам. Именно поэтому лучше обходить полки с обезжиренными продуктами в магазинах стороной.

**13. Особенности питания беременных с ограничениями рациона**

Любые **ограничения рациона** (в том числе соблюдение поста, вегетарианство и другие) требуют тщательного контроля. Важно помнить, что такой тип питания может приводить к  дефицитным состояниям из-за отсутствия некоторых незаменимых нутриентов в продуктах растительного происхождения и снижения их биодоступности.

Даже при сбалансированности рациона по макронутриентам существует необходимость дополнительного приёма определённых веществ для **компенсации** возможных дефицитов витаминов и минералов. Именно поэтому на консультации важно сообщить врачу об особенностях вашего питания, чтобы он дал вам персональные рекомендации.

Кроме того, продукты, часто присутствующие в рационе питания вегетарианок, содержат **антинутриенты**, которые затрудняют всасывание полезных веществ. Об этом следует помнить и составлять рацион с поправкой на это неблагоприятное свойство (табл. 3). В частности, сыроедам следует повысить потребление белка до 3 г/кг массы тела.

**Таблица 3. Антинутриенты, входящие в состав продуктов питания, и оказываемые ими эффекты**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Антинутриент** | **Продукты** | **Действие** |
| Фитаты (соли фитиновой кислоты) | Отруби (пшеничные, ржаные, овсяные), бобовые | Препятствует всасыванию минеральных веществ, таких как цинк, магний |
| Лектины | Бобовые, пшеница | Снижают усвоение питательных веществ |
| Ингибиторы протеазы | Зерновые, бобовые, семена растений (кулинарно не обработанные) | Нарушают усвоение белка, снижая активность пищеварительных ферментов |
| Оксалат кальция | Овощи (например, брокколи, шпинат, щавель) | Уменьшают всасывание кальция, провоцируют мочекаменную болезнь |
| Танины | Вино, чай, какао, фрукты, орехи, зерновые | Снижают усвоение многих минеральных веществ |

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.

**1.5 информация о клинических симптомах, требующих незамедлительного обращения к врачу акушеру-гинекологу**

**Также Вы должны обратиться к врачу при появлении следующих жалоб:**

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

Как правило, доктор назначает:

* исследование уровня ХГ в сыворотке крови или в моче: При 1-й явке в 1- м триместре и отсутствии УЗИ для диагностики беременности;
* определение антител к бледной трепонеме (возбудителю сифилиса), антигенов и антител к ВИЧ-1 и -2, выявление HBsAg (маркёр заражения вирусным гепатитом В), антител к вирусному гепатиту C (anti-HCV) и вирусу краснухи, дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности;
* исследование вагинального отделяемого (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: дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности;
* определение группы крови и резус-фактора: однократно при 1-м визите (+определение резус-фактора партнера пациентки у резус-отрицательных пациенток);
* определение антирезусных антител у резус-отрицательных женщин (при резусотрицательной принадлежности крови партнера определение антител к антигенам системы Резус не проводится): При 1-м визите, в 18 -20 недель, в 28 недель;
* клинический анализ крови: при 1-м визите, во 2- м триместре, в 3-м триместре беременности;
* проведение биохимического общетерапевтического анализа крови: Однократно при 1-м визите;
* определение уровня глюкозы в плазме венозной крови или в капиллярной крови натощак: при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак ≥7,0 ммоль/л;
* направление на проведение ПГТТ: В 24-28 недель, если не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности;
* определение концентрации тиреотропного гормона (ТТГ) и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови: однократно при 1-м визите ;
* общий анализ мочи: при 1-м визите, во 2- м триместре, в 3-м триместре беременности;
* Проведение определение белка в моче с помощью специальных индикаторных полосок или в лабораторных условиях: при каждом визите после 22 недель;
* цитологическое исследование мазков с области экзо- и эндоцервикса: 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 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 35 - 37 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;
* Направление на УЗИ матки и придатков (до 9 недель беременности) или УЗИ плода (после 10 недель беременности): при 1-м визите в 1-м триместре беременности и сроке задержки менструации ≥7 дней;
* Направление на УЗИ плода: В 11-13 недель (в составе скрининга 1-го триместра) + измерение пульсационного индекса (PI), в 18-20 недель (УЗ-скрининг 2- го триместра) + УЗИ шейки матки (УЗцервикометрия), в 340 -356 недель.
* 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: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности;
* Аускультация плода с помощью фетального допплера или стетоскопа акушерского: при каждом визите с 22 недель;
* Направление на КТГ плода: С 320 недель с кратностью 1 раз в 2 недели;
* Проведение пельвиометрии: однократно в 3-ем триместре;
* консультацию терапевта, стоматолога, медицинского психолога: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности;
* Консультация офтальмолога: однократно при 1-м визите.
  1. **Информация о приеме витаминов (указано в пункте 1.2, 1.4) и лекарственных препаратах**

Назначение лекарственных препаратов во время беременности:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Назначение лекарственных препаратов | 1-ый триместр | 2-ый триместр | 3-ый триместр |
| 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 |

* 1. **Информация об избегании факторов риска для профилактики осложнений беременности (указана в пункте 1.4)**
  2. **Информация о вакцинации во время беременности:**

Вакцинация на прегравидарном этапе и во время беременности:

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).

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

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

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

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

Вакцинировать беременную пациентку от дифтерии и коклюша следует при высоком риске инфицирования и при отсутствии вакцинации на прегравидарном этапе. Используют вакцины для профилактики дифтерии (с уменьшенным содержанием антигена), коклюша (с уменьшенным содержанием антигена, бесклеточной) и столбняка, адсорбированная, что дополнительно способствует выработке сывороточных 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.

* 1. **Информация о внутриутробном развитии ребенка по неделям беременности с описанием его способностей (начало сердцебиения,двигательной активности, открывания глаз )**



6 НЕДЕЛЯ

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.

II-ой триместр

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 клеток-нейронов. 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 гормоны роста. 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

III-ий триместр

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, всё, 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.

Женщине на протяжении всей беременности важно сохранять спокойствие и не нервничать, поскольку мышечные зажимы, к которым приводят стресс и страх, являются основной причиной родовой боли, разрывов.

О негативном влиянии искусственного аборта на организм женщины, высокая вероятность бесплодия и осложнения искусственного прерывания беременности.

* 1. **Информация о полезном влиянии беременности на организм женщины**

Гормоны, выделяемые плацентой во время беременности, вызывают в организме матери многочисленные физиологические изменения, которые обеспечивают правильное развитие плода, подготавливают организм к предстоящим родам и кормлению.

Нервная система беременной перестраивается так, что подчиняет весь организм одной цели — вынашиванию плода. В соответствии с этим происходят физиологические изменения в основных его системах.

Сердечно-сосудистая система во время беременности выполняет более напряженную работу, так как в организме фактически появляется «второе» сердце — это плацентарный круг кровообращения. Здесь кровоток так велик, что каждую минуту через плаценту проходит 500 мл крови. Сердце здоровой женщины во время беременности легко приспосабливается к дополнительным нагрузкам: увеличиваются масса сердечной мышцы и сердечный выброс крови. Для обеспечения возрастающих потребностей плода в питательных веществах, кислороде и строительных материалах в организме матери начинает увеличиваться объем крови, достигая максимума в 7 мес. беременности. Вместо 4000 мл крови теперь в организме циркулирует 5300-5500 мл. Если сердце здоровой женщины легко справляется с такой работой, то у беременных с заболеваниями сердца эта нагрузка вызывает осложнения; вот почему им в сроке 27-28 нед. Рекомендуется госпитализация в стационары, где проводимое лечение подготовит сердце к усиленной работе.

Артериальное давление при беременности практически не изменяется. Наоборот, у женщин, имеющих его повышение до или в ранние сроки беременности, оно обычно снижается в середине беременности, что обусловлено снижением тонуса периферических кровяных сосудов под действием гормона прогестерона. Однако за 2-3 мес. до родов артериальное давление у таких беременных, как правило, вновь повышается. У молодых здоровых женщин оно находится в пределах 100/70-120/80 мм рт. ст. Верхние цифры показывают давление во время сокращения сердца — это систолическое давление; нижние — в момент паузы — это диастолическое давление. Показатель диастолического давления наиболее важен, поскольку отражает кровяное давление во время «отдыха»

сердца. Артериальное давление у беременной считается повышенным, если оно более 130/80 мм рт. ст. или систолическое давление повышается на 30, а диастолическое на 15 мм рт. ст. по сравнению с исходным.

В связи с увеличением потребности организма женщины в кислороде во время беременности усиливается деятельность легких. Несмотря на то, что по мере развития беременности диафрагма поднимается кверху и ограничивает дыхательное движение легких, тем не менее, их емкость возрастает. Это происходит за счет расширения грудной клетки и увеличения проходимости воздуха через бронхи, которые расширяются под действием гормонов плаценты. Повышение объема вдыхаемого воздуха во время беременности облегчает выведение использованного кислорода плодом через плаценту.

Частота дыхания во время беременности не изменяется, остается 16-18 раз в минуту, слегка увеличиваясь к концу беременности. Поэтому при появлении одышки или других нарушений дыхания беременная обязательно должна обратиться к врачу.

Почки во время беременности функционируют с большим напряжением, так как они выводят из организма продукты обмена самой беременной и ее растущего плода.

Количество выделяемой мочи колеблется в зависимости от объема выпитой жидкости. Здоровая беременная женщина выделяет в сутки в среднем 1200— 1600 мл мочи, при этом 950-1200 мл мочи выделяется в дневное время и остальная порция — ночью. Под влиянием гормона прогестерона тонус мочевого пузыря снижается, он становится более вытянутым и вялым, что часто приводит к застою мочи, чему способствует также придавливание мочевого пузыря головкой плода. Эти условия облегчают занос инфекции в мочевые пути, что нередко отмечается у беременных. Помимо этого, матка во время беременности, слегка поворачиваясь вправо, затрудняет отток мочи из правой почки, и здесь чаще всего повышается гидронефроз, т. е. скопление жидкости в лоханке почки в большем объеме, чем нужно. При появлении в анализах мочи лейкоцитов более 10— 12 в поле зрения можно думать об инфекции в мочевыводящих путях, тогда рекомендуется произвести посев мочи на микробиологическую флору. В этих случаях требуется дополнительно медицинское обследование мочевых путей и при необходимости — лечение.

У многих женщин в первые 3 мес. беременности наблюдаются изменения в органах пищеварения: появляется тошнота и нередко рвота по утрам, изменяются вкусовые ощущения, появляется тяготение к необычным веществам (глина, мел). Как правило, эти явления проходят к 3-4 месяцу беременности, иногда в более поздние сроки. Под влиянием гормонов плаценты снижается тонус кишечника, что часто приводит к запорам.

Кишечник отодвигается беременной маткой вверх, желудок также смещается кверху и сдавливается, при этом часть его содержимого может забрасываться в пищевод и вызывать изжогу. В таких случаях рекомендуется прием небольших порций щелочных растворов (питьевая сода, боржоми), прием пищи за 2 ч до сна и положение в кровати с приподнятым головным концом. Печень во время беременности работает также с большей нагрузкой, так как обезвреживает продукты обмена беременной и ее плода. Может наблюдаться сгущение желчи, что нередко вызывает зуд кожи. Появление сильного кожного зуда, а тем более рвоты и болей в животе требует немедленной врачебной помощи.

Во время беременности у женщин расслабляются связки в суставах, особенно подвижными становятся сочленения таза, что облегчает прохождение плода через таз во время родов. Иногда размягчение тазовых сочленений настолько выраженное, что наблюдается небольшое расхождение лонных костей. Тогда у беременной появляются боли в области лона, «утиная» походка. Об этом необходимо сообщить врачу и получить соответствующие рекомендации. Во время беременности молочные железы подготавливаются к предстоящему кормлению. В них увеличивается число молочных железок, жировой ткани, возрастает кровоснабжение. Сами молочные железы увеличиваются в размерах, нагрубают, и уже в начале беременности можно выдавить из них капельки молозива.

Наибольшие изменения во время беременности происходят в половых органах и касаются главным образом матки. Беременная матка постоянно увеличивается в размерах, к концу беременности ее высота достигает 35 см вместо 7-8 см вне беременности, масса возрастает до 1000-1200 г (без плода) вместо 50— 100 г. Объем полости матки к концу беременности увеличивается примерно в 500 раз. Изменение размеров матки происходит за счет увеличения размеров мышечных волокон под влиянием гормонов плаценты. Кровеносные сосуды расширяются, число их возрастает, они как бы оплетают матку. Наблюдаются сокращения матки, которые к концу беременности становятся более активными и ощущаются как «сжатие». Такие нормальные сокращения матки можно рассматривать как тренировочные упражнения ее перед предстоящей работой в родах.

Положение матки меняется в соответствии с ее ростом. К концу 3 мес. беременности она выходит за пределы таза и ближе к родам достигает подреберья. Матка удерживается в правильном положении связками, которые утолщаются и растягиваются во время беременности. Боли, возникающие по сторонам живота, особенно во время изменения положения тела, зачастую вызваны натягиванием связок. Кровоснабжение наружных половых органов усиливается, и здесь могут появиться варикизно расширенные вены. За счет затруднения оттока крови на ногах также могут появляться варикозные вены, что требует проведения определенных мероприятий.

Рост плода и физиологические изменения в организме беременной влияют на ее массу тела. У здоровой женщины к концу беременности масса тела увеличивается в среднем на 12 кг с колебаниями от 10 до 14 кг. Обычно в первую половину беременности она увеличивается на 4 кг, во вторую половину — в 2 раза больше. Еженедельная прибавка массы тела до 20 нед. равна примерно 300+30 г, с 21 до 30 нед. — 330 40 г и после 30 нед. до родов — 340+30 г. У женщин с дефицитом массы тела до беременности еженедельные прибавки массы могут быть еще больше. К беременности адаптируются не только физические функции организма, но и психология женщины. На отношение женщины к беременности и родам оказывают влияние различные факторы, в том числе социальные, морально-этические, экономические и др. Это отношение зависит и от особенностей личности самой беременной. Как правило, у женщин при беременности изменяется эмоциональное состояние. Если в первой половине беременности большинство женщин беспокоят забота и тревога о собственном здоровье, то во второй половине, особенно после шевеления плода, все мысли и заботы направлены на благополучие плода, который начинает восприниматься как отдельно существующее лицо. Будущая мать часто обращается к нему с ласковыми словами, она фантазирует, наделяя ребенка индивидуальными особенностями. Наряду с этим у женщины появляется чувство утраты своих прошлых привязанностей и привычек в угоду предстоящему материнству, возникают сомнения относительно потери привлекательности, изменений во взаимоотношениях с мужем.

Преодоление этих опасений и страхов зачастую осуществляется путем демонстрации регрессивного поведения (т. е. возвращение к детскому поведению). Цель такого поведения — бессознательное желание беременной найти в окружающих защиту и преодолеть боязнь. Прежде всего, близкие родственники должны предоставить надежную опору для психологического комфорта беременной. При чрезмерно тревожном отношении к беременности надо обратиться за советом к врачу.

Таким образом, физические и психические изменения в организме беременной являются приспособительными и необходимыми для удовлетворения потребностей растущего плода.

* 1. **информация о понятия нормальные роды:**

Своевременные роды - роды в 37° - 416 недель беременности. 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.

**1.13 Информация о показаниях к кесареву сечению**

Родоразрешение путем кесарева сечения (КС) - это способ родоразрешения, при котором рождение ребенка происходит посредством хирургического вмешательства с рассечением стенки беременной матки, извлечением плода, последа и последующим восстановлением целостности матки.

Показания:

* В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при полном и 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 РЮО 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, Тобразный или 1-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 ПНУ 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 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)
* 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, НЕLР 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)
  1. **Информация о подготовке к родам , о школе подготовке к родам:**
  2. **Информация о обезболивании родов:**

Для обезболивания родов могут использоваться разные медикаментозные методы, включая нейроаксиальную анальгезию. Среди всех методов обезболивания в родах эпидуральная анальгезия обладает целым рядом преимуществ. При проведении нейроаксиальной анальгезии в акушерстве применяют современные местные анестетики (ропивакаин\*\*, бупивакаин\*\*, лидокаин\*\*, левобупивакаин\*\*). Кроме эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной возможно применение паравертебральной поясничной симпатической блокады. К системным методам обезболивания относят применение опиоидов. Также возможно использование ингаляционных методов обезболивания, хотя они являются менее эффективными (Приложение 3). Необходимо учитывать, что эти препараты обладают свойством расслаблять мускулатуру матки, что повышает риск гипотонического кровотечения.

**1.17 Информация о партнерских родах**

Наличие партнера в родах приветствуется и может быть предложено пациенткам при наличии индивидуальных родовых боксов в родильном отделении

**1.18 Информация о лактации:**

Выкладывание новорожденного на живот и грудь матери, и обеспечение прямого телесного контакта «кожа-к-коже» в течение первого часа жизни 22 увеличивает частоту и продолжительность грудного вскармливания, снижает риск гипотермии.

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

1. **Информация об аборте.**

**2.2. Информация о внутриутробном развитии ребенка по неделям беременности с описанием его способностей (начало сердцебиения,двигательной активности, открывания глаз (указан в пункте 1.10)**

**2.3 Информация о негативном влиянии искусственного аборта на организм женщины:**

Каждая женщина вправе решать сама делать аборт или нет. Вред аборта для организма женщины неизбежен.

АБОРТ - это искусственное прерывание беременности. Данная операция, даже при идеальном выполнении, влечет за собой множество различных последствий.

Медицинский аборт по методу проведения:

1.Хирургический

* вакуум-аспирация
* дилатация и кюретаж - (выскабливание полости матки)

2.Медикаментозный

И это не просто удаление зародыша или эмбриона посредством медикаментозных средств и инструментов, но аборт - это воздействие на весь женский организм.

Аборты различают самопроизвольные (выкидыш) и искусственные (хирургическое и другое вмешательство). Искусственные аборты могут проводиться на раннем сроке (до двенадцати недель) и на позднем сроке (свыше двенадцати недель беременности - только по медицинским показаниям со стороны матери и плода).

Наиболее щадящим методом прерывания беременности является медикаментозное прерывание беременности и вакуум-аспирация плодного яйца.

Особо опасным для организма является инструментальный метод прерывания беременности, с механическим повреждением половых органов в процессе расширения шейки матки и выскабливания слизистой матки.

При беременности в организме начинается серьезная перестройка на всех уровнях. Искусственное прерывание данных физиологических процессов ведут к сбоям в организме, и, прежде всего гормонального характера. Нарушение согласованности в работе центральной нервной системы и эндокринных систем, ведет к сбою по всем направлениям, способствуя появлению различных нервных и эндокринных расстройств.

После проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:

* бесплодие достигает 15% даже при условии отсутствия осложнений при аборте
* хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки
* нарушение функции яичников
* тазовые боли
* внематочная беременность
* невынашивание беременности
* различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах – преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде
* психические расстройства
* опухолевые процессы матки
* скопление крови в полости матки
* остатки плодного яйца в полости матки
* острый и (или) подострый воспалительный процесс матки (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки
* в тканях матки образуются рубцы и спайки, что способствует возникновению непроходимости маточных труб. Истмико-цервикальная недостаточность.
* гормональное нарушение: гиперпластические изменения в яичниках и эндометрии, миома матки, эндометриоз, нарушение менструального цикла, заболевания молочных желез.

Во время искусственного прерывания беременности:

* травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов
* кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

**2.4. Информация о высокой вероятности бесплодия**

Внезапно наступившая беременность может нарушить ваши планы. Порой единственным выходом является искусственное прерывание. В такой ситуации остро встает вопрос о сохранности репродуктивной функции в будущем. Какова вероятность бесплодия после аборта, как сделать его более безопасным и как помочь организму восстановиться. На эти вопросы отвечает врач гинеколог высшей категории со стажем работы более 15 лет.

Приводит ли аборт к бесплодию?

Искусственное прерывание беременности нередко приводит к серьезным, иногда необратимым, последствиям. Бесплодие – это не единственное осложнение, также могут встречаться случаи невынашивания беременности, нарушения менструального цикла, хронические воспалительные процессы половых органов. Особенно велика вероятность неблагоприятных последствий после прерывания первой беременности в молодом возрасте. Риск осложнений у таких женщин составляет от 50 до 60%.

Поэтому гинекологи рекомендуют подобрать оптимальный способ контрацепции, который будет надежно защищать от нежелательной беременности. Если же вдруг незапланированное зачатие случилось, не затягивайте визит к врачу. Чем меньше срок гестации на момент искусственного прерывания, тем меньше риск потенциальных осложнений. Справедливо и обратное утверждение.

Почему же так происходит?

Бесплодие после аборта может развиваться вследствие различных патогенетических механизмов. В одних случаях, может иметь место повреждение базально слоя, который обеспечивает обновление эндометрия в каждом менструальном цикле. В такой ситуации гинекологам достаточно часто приходится иметь дело с тонким эндометрием, в который не может нормально имплантироваться оплодотворенная яйцеклетка. В итоге даже несмотря на произошедшее зачатие, беременность не наступает (очень ранние репродуктивные потери).

В других случаях, в полости матки может запуститься процесс разрастания соединительной ткани – образуются спайки. Такое состояние называется синдромом Ашермана. Эти соединительные тяжи деформируют полость матки и также нарушают имплантацию.

Третьей причиной бесплодия после аборта могут являться хронические воспалительные процессы, которые развиваются в половых органах. Хронический эндометрит не позволяет слизистой полноценно подготовиться к беременности. Это приводит либо к очень ранним потерям, которые еще даже биохимически нельзя уловить, либо к замершей беременности.

Причины бесплодия после аборта

Среди причин, вызывающих бесплодие после прерывания беременности, можно выделить следующие проблемы:

Воспалительные процессы (чаще всего они начинаются после выскабливания плода, когда в поврежденные ткани проникает инфекция – ее очень легко занести).

Спайки и рубцы (чаще всего они образуются в маточных трубах и других органах малого таза и впоследствии мешают нормальному прохождению сперматозоидов до яйцеклетки).

Эндометриоз (патологическое разрастание тканей эндометрия, возможное после выскабливания или нескольких абортов).

Дисбиоз влагалища (следствие медикаментозной терапии после хирургических абортов).

Гормональный сбой и нарушения менструального цикла (обязательны после любого способа прерывания беременности, но в отдельных случаях приводят к непоправимым последствиям).

Многие женщины, пережив даже однократный аборт, в последующем вынуждены с замиранием сердца вводить в интернет-поисковики запрос «аборт бесплодие» в поисках способов решения трудной проблемы.

Кроме того, следует помнить, что последствия аборта женщина может ощутить, даже повторно зачав ребенка. Из-за некогда сделанного аборта в течение следующей беременности возможно негативное влияние на плод. Среди потенциальных рисков могут быть выкидыши (организм запоминает механизм невынашивания плода и не знает, как вести себя в случае естественного 9-месячного процесса беременности), аномалии развития плаценты (также ее расположения), преждевременный разрыв околоплодных оболочек и т.д.

Печальная статистика

К сожалению, для тысяч наших женщин словосочетание «аборт и бесплодие» идет в одном запросе, а составляющие его слова часто связаны между собой.

Согласно статистическим данным, около 10-12% женщин получают диагноз бесплодие в результате проведения аборта. То есть, каждая десятая женщина в России бесплодна.

**2.5 Информация об осложнениях искуссвенного прерывания беременности.**

При хирургическом вмешательстве непосредственно во время операции возможны следующие осложнения: осложнения анестезиологического пособия, травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов, кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др.

К осложнениям в послеоперационном периоде относятся: скопление крови и остатки плодного яйца в полости матки, острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключающего удаление матки и др. При выполнении аборта медикаментозным методом также наблюдаются осложнения, такие как остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение, при развитии которых необходимо завершить аборт хирургическим путем.

Отдаленными последствиями и осложнениями аборта являются: бесплодие, хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки, аденомиоз, нарушение функции яичников, внематочная беременность, невынашивание беременности, различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременные роды, нарушение родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде. Доказана связь аборта с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, рака молочной железы, нервно-психических расстройств.

**2.6 Обязательное ультразвуковое исследование перед искусственным прерыванием беременности.**

На основании приказа Минздрава России от 07.04.2016г №216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины» проводится обязательное ультразвуковое исследование органов малого таза с демонстрацией изображения и сердцебиения эмбриона плода (при наличии сердцебиения) при сроке беременности 6 недель. Отсутствие сердцебиения эмбриона плода считается признаком смерти, однако необходимо помнить, что у очень малого по размерам эмбриона (˂ 4мм) сокращения сердца могут не выявляться, поэтому УЗИ необходимо будет повторно провести спустя несколько (2-3) дней, чтобы подтвердить первое впечатление.

Значение длины эмбриона 5мм является пороговой величиной, выявленной при УЗИ, при которой сердечная активность должна визуализироваться во всех случаях.

Консультация медицинского психолога проводится по рекомендации врача и становится обязательной при обращении женщины за направлением на аборт. Она должна производиться в начале срока (недели) "тишины", чтобы обеспечить женщине достаточный срок для рефлексии и принятия мотивированного решения. Важно осознание ее собственного отношения, которое сделает ее устойчивой по отношению к внешнему влиянию. Поэтому сразу после сообщения женщиной медицинского факта наличия "нежелательной" беременности для нее должна быть обеспечена возможность попасть в кабинет к психологу, где с ней спокойно разбирают все особенности ее жизненной ситуации, предлагают помощь, рассказывают про внутриутробное развитие и процедуру аборта. Женщина расписывается в специальном бланке, что она прошла данную беседу. После этого через несколько дней она идет снова к врачу с решением либо брать направление на аборт, либо вставать на учет по беременности. Очень важно выдержать временной промежуток (неделю "тишины"), так как это позволяет эмоциям успокоиться, за это время можно через центр помощи уже получить определенную поддержку, возможна семейная консультация, беседа с отцом ребенка - словом все, что необходимо в данной ситуации.

**2.8. Социальные  гарантии и пособия федерального и регионального уровня для беременных женщин и семей с детьми.**

Федеральные

С 2023 года социальные выплаты заменили единым пособием для семей с детьми.

Пособие включает 6 федеральных выплат:

* женщинам, которые встали на учет до 12 недель беременности,
* ежемесячные выплаты по уходу за детьми до 1,5 лет для неработающих мам,
* денежные выплаты на первенца до 3 лет,
* государственные пособия на третьего ребенка до 3 лет (предоставляется не во всех регионах),
* регулярная ежемесячная матпомощь на детей в возрасте от 3 до 8 лет (выплачивается за счет органов соцзащиты),
* пособия на детей в возрасте от 8 до 17 лет (выплачивает Социальный фонд России, СФР).

 Необходимое условие для получения пособия низкий доход (меньше прожиточного минимума на каждого человека в семье). При расчете учитываются только родители и дети.

Величина выплаты — 50, 75 или 100% от размера прожиточного минимума.

Решение о едином пособии принимается в течение 10 рабочих дней с момента подачи заявления в СФР. Выплачивается 3-го числа каждого месяца.

Так, с учетом индексации, будущие мамы могут получать 7 495,50, 11 243,25 и 14 991 рубль соответственно. Семьям с детьми в этом году будут выплачивать 6 987,50, 10 481,25 и 13 975 рублей.

Условия для получения пособия:

1. будущая мама имеет постоянную регистрацию на территории РФ,
2. доход членов ее семьи не превышает прожиточного минимума,
3. у каждого совершеннолетнего члена семьи доход официальный либо есть реальная причина для отсутствия дохода (к примеру, супруг получает пенсию по инвалидности или состоит на учете в службе занятости населения).
4. если на супругов зарегистрировано больше одной машины или больше одного объекта недвижимости, то в выплате откажут.

Среднедушевой семейный доход рассчитывается из сведения о доходах всех членов семьи за предыдущие 12 месяцев. В расчете участвуют не только родители, но и все несовершеннолетние дети. Если ребенку больше 18 лет, но он учится очно в вузе, то его тоже возьмут в расчет (главное, чтобы он был не старше 23 лет). Учитываются все официальные выплаты: зарплата, стипендия, пенсия. Средний доход за месяц делится на количество человек в семье.

Пособие по беременности будет одобрено при получении цифра меньше величины прожиточного минимума, действующего в пределах региона.

Супругов официально не зарегистрированных расчет пособия проводится по сведения только по беременной женщине и ее детям. Доход неофициального мужа не учитывается.

Для получения пособия в ранние сроки беременности женщина должна встать на учет в женской консультации, когда срок беременности составляет не меньше 6 недель и не больше 12.

Выплату можно оформить:

* удаленно, с помощью портала «Госуслуги». Заполняете заявление на «Госуслугах». Укажите информацию о составе семьи, добавьте данные об имуществе и доходе. Выберите медицинскую организацию, в которой встали на учет.
* обратиться непосредственно в отделение Социального фонда России.
* если в вашем регионе нет приема граждан в отделениях СФР, обратитесь в государственный центр «Мои документы».

Пособие по беременности и родам (декретные выплаты)

По факту это единовременное пособие, которое начисляют перед уходом в отпуск по беременности и родам. Обычная продолжительность отпуска — 140 дней: 70 дней до родов и столько же после них. Женщина сама выбирает — уходить ей в отпуск или трудиться до самых родов. Но декретные выплачивают только за дни, оформленные как отпуск. За то время, пока женщина работает, ей будут начислять зарплату в обычном режиме. Если женщина возвращается на работу до окончания отпуска, декретные за этот период тоже не платят.

Бывает, что во время беременности у будущей мамы возникают осложнения. Тогда срок отпуска увеличивают до 156 дней. Более длительный отпуск (194 дня) предполагается и в тех случаях, когда беременность многоплодная.

Декретные выплаты могут получить:

1. женщины, оформленные в компании по трудовому договору,
2. индивидуальные предпринимательницы, которые добровольно отчисляли взносы в Социальный фонд,
3. студентки, обучающиеся по очной форме,
4. служащие государственных и муниципальных органов,
5. военнослужащие, заключившие контракт,
6. усыновившие ребенка и относящиеся к вышеперечисленным категориям.

Безработные женщины имеют право получать пособия, только если их уволили меньше года назад из-за ликвидации компании, и все это время они состояли на учете в службе занятости.

Этапы для получения декретных выплат:

1. Оформите лист нетрудоспособности в женской консультации.
2. Передайте в бухгалтерию организации, в которой работаете.
3. Напишите заявление о выплате в свободной форме.

Пособие по беременности и родам назначают и выплачивают в течение 10 дней с момента подачи заявления и представления документов в СФР. Максимальная сумма пособия в 2024 году — 565 тыс. рублей.

На размер выплат влияет средняя зарплата роженицы за последние 2 года. Если трудовой стаж заявительницы составляет меньше 6 месяцев или она до декрета работала нотариусом, адвокатом, ИП, то для расчета пособия используется показатель МРОТ (минимальный размер оплаты труда). В 2024 году величина МРОТ составляет *в Алтайском крае - 13 753 рубля* рубля в месяц.

При желании расчетный период можно заменить. К примеру, женщина уходит в декрет в 2024 году. Для расчета декретных берут 2022 и 2023 годы. Но в этот период заявительница часто была на больничном, и средняя зарплата оказалась ниже обычного. Закон разрешает взять не 2022 и 2023 годы, а 2020 и 2021 годы. Если заработок в этот период был выше, то и декретные окажутся больше. Для расчета можно брать не любые годы, а только те, которые предшествуют заменяемому периоду (в нашем примере это 2020 и 2021 годы). Из четырех лет можно выбрать те 2 года, в течение которых зарплата была самой высокой.

Выплаты, назначаемые при рождении ребенка

В 2024 году государство платит единовременное пособие при рождении ребенка. Если малыш родится в январе 2024 года, то новоиспеченные родители получат почти 23 тыс. рублей. 1 февраля 2024 года сумма вырастет до 24,6 тыс. рублей. Выплата предоставляется одному из родителей — или матери, или отцу. Если родилась двойня или тройня, то выплата положена на каждого ребенка. Для жителей и работников Крайнего Севера величина матпомощи увеличивается на районный коэффициент.

Пособие выплачивает Социальный фонд. Данные поступают в СФР из реестра ЗАГСа.

Есть и другой способ, чтобы получить дотацию, — обратиться к работодателю. К примеру, если отец новорожденного работает официально, то он вправе на работе подать заявление, представить справку из ЗАГСа о рождении малыша и документ о том, что супруга выплату не получала. Работодатель сам направит бумаги в СФР. Пособие должно быть назначено в течение 10 дней с момента поступления заявления в Социальный фонд. Если оба супруга не оформлены в организации официально или вообще не работают, то заявление подается через «Госуслуги», территориальное отделение Социального фонда или региональный центр «Мои документы».

Выплату получают все родители. Неважно, какое у них семейное положение, трудовой стаж, уровень дохода. На эти же деньги могут рассчитывать усыновители, а также приемные родители и опекуны при передаче ребенка в семью.

Материнский капитал: особенности предоставления в 2024 году

В 2024 году в РФ продолжает действовать программа по выплате материнского капитала. Безналичный сертификат — важная форма господдержки. Его разрешено потратить на конкретные цели: покупку жилья, учебу детей, пенсию мамы, лечение и реабилитацию детей-инвалидов. Также общую сумму можно дробить на части и получать ежемесячные выплаты. .

Материнский капитал назначают автоматически, как только в СФР поступает информация из ЗАГСа о рождении ребенка. Уведомление о назначении выплаты приходит в личный кабинет «Госуслуг». Как правило, в качестве получателя выступает мать новорожденного. Но на деньги от государства вправе претендовать и отец, если он является единственным усыновителем или если мать умерла либо ее лишили родительских прав.

Сертификат на маткапитал появляется в личном кабинете «Госуслуг» в течение 5 рабочих дней (отсчет начинается с даты регистрации младенца в ЗАГСе).

С 1 февраля 2024 года размер материнского капитала следующий:

 630 380,78 руб. - за первого ребенка;

 833 024,74 руб. - выплата при рождении второго ребенка.

Обратите внимание: если за первого малыша родители уже получили выплату, то за второго сумма составит 202,6 тыс. рублей. В семье появился третий ребенок? Назначение зависит от того, получали родители ранее выплату или нет. Если за сертификатом пока не обращались, то семья может претендовать на маткапитал. Деньги уже получены и освоены ранее? Тогда сертификат за третьего ребенка не полагается. Исключение — региональный материнский капитал. Условия различаются в зависимости от региона, их нужно уточнять в местных органах соцзащиты.

Ежемесячное пособие из материнского капитала

Если семья нуждается в деньгах, то она может оформить ежемесячное пособие за счет средств материальной поддержки. Государство будет ежемесячно вычитать из сертификата определенную сумму и зачислять на банковский счет заявителя 5-го числа каждого месяца.

Размер выплаты — 100% прожиточного минимума на ребенка. На выплату могут рассчитывать только семьи с низким доходом и только до того момента, пока малышу не исполнится 3 года. На каждого члена семьи должно приходиться не более двукратного прожиточного минимума.

Для подачи заявления на назначение пособия обратитесь лично в отделение СФР, в региональный центр «Мои документы» или заполните форму на «Госуслугах». Неважно, работают ли родители официально и какое имущество на них оформлено.

Выплаты по уходу за ребенком до 1,5 лет

Когда заканчивается отпуск по беременности и родам, у новоиспеченной мамы начинается новый отпуск — по уходу за ребенком. По закону он может длиться максимум до того момента, пока ребенку не исполнится 3 года. Но пособие выплачивается только до 1,5 лет. Выплата производится на счет до 8-го числа каждого месяца.

Пособие до 1,5 лет может получать не только мать малыша, но и другой близкий родственник: отец, бабушка, дедушка. Заявление пишут по месту работы.

Сумма выплаты зависит от величины зарплаты того человека, который уходит в декретный отпуск. Государство будет ежемесячно выплачивать 40% от средней зарплаты за предыдущие 2 года. Но есть ограничение: в 2024 году величина пособия не может превышать 49 тыс. рублей. Минимальный порог тоже установлен — 8,6 тыс. рублей (он остался таким же, что и в 2023 году).

С 1 января 2024 года у работающих мам появилась возможность получать пособие вместе с зарплатой. Теперь можно работать полный рабочий день и получать пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет.

Беременные женщины и молодые мамы могут рассчитывать на материальную помощь из бюджета государства.

Любую интересующую информацию Вы можете получить, перейдя по ссылкам на сайты минтруда и соцзащиты с мерами социальной поддержки:

<https://mintrud.gov.ru/>

**Размер пособия по беременности и родам в Алтайском крае в 2024 году**

Актуальный размер с 1 февраля 2024 года:

**Если роды протекали без осложнений за 140 дней (70+70):**

* Минимальный размер пособия - 88 565,40 руб.
* Максимальный размер - 565 562,20 руб.

**При осложненных родах за 156 дней (70+86):**

* Минимальный размер пособия - 98 867,16 руб.
* Максимальный размер - 630 197,88 руб.

**При многоплодной беременности за 194 дня (84+110):**

* Минимальный размер пособия - 122 726,34 руб.
* Максимальный размер - 783 707,62 руб.

Размер декретных выплат зависит от статуса получательницы:

Работающие женщины получают пособие в размере 100% среднего заработка

Уволенные в связи с ликвидацией организации в размере 300 рублей

Студентки - в размере стипендии

Военнослужащие-контрактницы - в размере денежного довольствия

Если рабочий стаж женщины составляет менее 6 месяцев, она может рассчитывать на пособие в размере не выше МРОТ (с 1 января 2024 года - 19 242 руб.).

Если женщина до выхода в декрет официально работала, то пособие считают так: Доходы за 2 календарных года / Количество дней в этом периоде \* Количество дней декрета

**2.9 Номер стоп-аборт**

Бесплатный социальный телефон общероссийской круглосуточной кризисной линии помощи

**8-800-100-48-77** позвонив по которому, можно получить профессиональную психологическую и юридическую помощь, консультацию врача, а также предоставляется информация о региональных приютах, организациях и центрах защиты материнства (более 700 пунктов помощи по РФ), оказывающих продовольственную и гуманитарную помощь кризисным беременным женщинам и семьям находящимся в тяжелой жизненной ситуации.

Если у Вас незапланированная беременность, и Вы не знаете, как поступить в непростой ситуации, Вы можете обратиться по телефону горячей линии «СТОП-аборт». Общероссийский телефон доверия **8-800-100-44-55** работает ежедневно с 8.00 до 22.00 по московскому времени бесплатно и анонимно.

**8-800-2000-492** - телефон «горячей линии» поддержки беременных женщин.

**2.10 Телефоны и адреса государственных и профильных СОНКО, оказывающих поддержку беременным, многодетным и малоимущим женщинам**

Всероссийские горячие линии поддержки:

АНО «Спаси жизнь» благотворительная программа помощи кризисным беременным и нуждающимся семьям с детьми: 8-800-100-30-70 (ежедневно, круглосуточно);

Благотворительный фонд «Семья и детство»: 8 (800) 100-44-55;

АНО помощи женщинам с осложненной беременностью «Жизни Луч»: 8-800-511-88-05

Узнать о государственных мерах социальной поддержки, положенных выплатах, материнском капитале, дополнительных выплатах и государственных пособиях можно:

на портале Госуслуг www.gosuslugi.ru в разделе «Родители и дети»

в Многофункциональном центре «Мои документы» (МФЦ)