



**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҚТИМО
И АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**АССОТСИАТСИЯИ АКУШЕР-
ГИНЕКОЛОГҲОИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**ЁРИИ ТО ВАЛОДАТӢ
ҲАНГОМИ ҲОМИЛАГИИ ФИЗИОЛОГӢ
(стандартҳои миллӣ)**

ДУШАНБЕ – 2018

РОЙГОН

МУАЛЛИФОН:

Узакова У.Д.

дотсенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, н.и.т., д.и.т., профессор

Абдурахманов Ф.М.

Абдурахманова Ф.М.

мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, д.и.т., профессор.

Додхоева М.Ф.

профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино, д.и.т., узви вобастаи АИ ҚТ,

Мухамадиева С.М.

профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологии ДТБДКСТТ д.и.т.,

Камилова М.Ё.

роҳбари шӯъбаи акушерии ПАГ ваП ВТ ҲИА ҚТ, д.и.т., профессор

Юнусова Д.З.

мудири баҳши модаршавии беҳавф ва танзими оилаи ВТ ҲИА ҚТ

Х.О. Саидова

директори Маркази солимии репродуктивии ш. Душанбе

Ганизода М.Х.

директори Маркази миллии репродуктивии ВТҲИА ҚТ

ТАҚРИЗГАРОН:

З.М.РАФИЕВА

мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии ДМТ д.и.т

ДАЛИА ЕЦКАЙТЕ

машваратчии муваққатии

бюрои Аврупоии ТУТ, PhD

Мундариҷа	Саҳ.
Рӯйхати ихтисорот	6
Сарсухан	7
Принсипҳои ташкили ёрии то валодатӣ: стандартҳои 1 – 14	12
Мундариҷаи ёрии то валодати: стандартҳои 15 – 26	30
Матриси оиди мундариҷаи ёрии то валодатӣ	57
Замимаи №1. Гузаронидани пурсиш ва муоинаи зани ҳомила	62
Замимаи №2. Муайян кардани индекси вазни бадан	66
Замимаи №3. Чен кардани ФШ	68
Замимаи №4. Муоинаи берунаи акушерӣ	72
Замимаи №5. Гӯш кардани таппиши дили тифл	75
Замимаи №6. Муоинаи маҳбал ва гарданаки бачадон бо оинаҳо ва муоинаи бимануалии маҳбалию девораи пеши шикам	76
Замимаи №7. муайян кардани мӯҳлати тахминии ҳомилагӣ ва валодат	79

Замимаи №8. Муайян кардани вазни эҳтимолии тифл	80
Замимаи №9. Гравидограмма	81
Замимаи №10. Гирифтани мавод барои тадқиқи бактериоскопӣ аз уретра, маҳбал, канали сервикалӣ	84
Замимаи №11. Муайян кардани сафедаи пешоб	85
Замимаи №12. Бактериурияи беаломат	86
Замимаи №13. Машварат оиди «Тарзи ҳаёти солим»	88
Замимаи №14. Машварат оиди «Ғизои солим»	89
Замимаи №15. Машварат оиди «Омодаги ба валодат»	95
Замимаи №16. Машварат оиди «Бедардкунии ғайридоругии валодат»	99
Замимаи №17. Машварат оиди «Аломатҳои хатарнок»	102
Адабиёти истифодашуда	105

Руйхати ихтисорот

ФА	фишори артериявӣ
ББ	бактериурии беаломат
ВНМО	вируси норасоии масунияти
БПНМ	одам/бемории пайдоиши норасоии масуният
д\в	дохиливаридӣ
д\м	дохилимушакӣ
НАН	нигоҳубини антенаталӣ
ЁТВ	ёрии то валодатӣ
ТУТ	ташкilotи умумичаҳони тандурустӣ
НМИ	нуқсони модарзодии инкишофёбӣ
БҚБ	баландии қаъри бачадон
ФАД	фишори артериявии диастолӣ
ИВБ	индекси вазни бадан
ВТ\ва ҲИА	вазирати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолӣ
ЁФА	ёрии фаврии акушерӣ
ММСР	маркази миллии солимии репродуктивӣ
КАТС	кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ
ФАС	фишори артериявии систоликӣ
МУС	муоинаи ултрасадоӣ
ЗЗД/МТД	зуддии задани дил/миқдори таппиши дил
Нб	гемоглобин
ПМЧМДЧ	пеш аз мӯҳлат ҷудошавии машинаи дуруст ҷойгиршуда

САРСУХАН

Ҳифзи солимии модар ва кӯдак самти афзалиятноки сиёсати Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад. Дар моддаи 45 «Ҳукуки модар барои ҳифзи солимӣ»-и Кодекси ниғаҳдории солимӣ қайд карда шудааст, ки модарӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зери муҳофизати махсуси давлат ҷой дорад. [1]

Ҷумҳурии Тоҷикистон дар кӯшиши бунёди ояндае, ки дар он ҳар як зани ҳомила ва навзод дар ҷаҳон дар раванди ҳомилагӣ, валодат ва давраи баъди валодатӣ ёрии самаранок бояд гиранд, ТУТ ро дастгири мекунад. Барои ба даст овардани мақсади зерин, нақши асосиро ёрии товалодатӣ мебозад.

Аввалин барориши стандартҳои миллӣ оиди НАН, ки баҳодиҳии экспертии машваратчиёни ТУТ-ро гузаштаанд, соли 2008 амалӣ шуда буд. Татбиқи стандартҳо зиёдшавии ҷалби занон ба ёрии антенаталиро то 92% таъмин намуд, аз се ду ҳиссаи ҳомиладорон 4 ва зиёда аз он ташрифотро ба амал оварданд (64%). Сатҳи полипрогмазия паст шуда, муносибат нисбати машварати ҳомиладорон тағйир ёфт, адади он тарафдорони фаъоли ақидае, ки ҳомилагӣ ва валодат - ҳолатҳои табиӣ буда, оқибати босамари онҳо дар бисёр мавридҳо аз маълумотнокӣ, ҳавасмандӣ ва иштироки тамоми оила ва ҷамъият вобаста аст, зиёд шуданд. Нигоҳубини зан ва кӯдак ба талаботи ҷисмонӣ,

рӯҳи ва психологии волидайн, тифлон ва умуман оиларо қаноатманд гардонид. Кормандони тиб иштироки занонро дар қабул кардани қарор, шавқмандии онҳо дар модарӣ ва тарғиботи волидайнӣ масъул ҳавасманд ва тарғиб намуданд. Аз ҳама дастоварди муҳим ин ҳақиқатро фаҳмидани кормандони тиб, ки қаноатманд кунонидани талаботҳои оила нишондоди боэътимоди сифати хизматрасонии тиббӣ ва фаъолияти системаи ниғаҳдории тандурустӣ мебошад.

Бо вучуди ин натиҷаи баҳодиҳии сифати ёри амбулаторӣ ба занон ва навзодон дар давоми ҳомилагӣ ва давраи баъдивалодатӣ, ки якҷоя бо экспертҳои ТУТ соли 2013 гузаронида шуда буд, нишон дод, ки дар баробари комёбиҳои дар боло зикршуда, камбудии низ ҷой доранд. Инчунин, ба нигоҳубини прегравидарӣ, ки ҷузъи асосии принципи ёрирасони дар ҳамаи марҳилаҳои ҳаёт мебошад, аҳамияти хоса дода нашудааст. Як зумра бемориҳои музмин, ки раванди ҳомилагиро ба таври ҷидди аворизнок месозанд - диабет, фишорбаландӣ, бемориҳои худмасъунӣ ва дилурағӣ ва ғ. танҳо дар вақти ҳомилагӣташхис карда мешаванд. Қисман ин, бо он вобаста аст, ки аксаран муоинаҳои пурра дар давраи ҳомилагӣ гузаронида мешаванд. Дар натиҷа ғайри модарӣ аз бемориҳои ғайрисироятӣҷои якум-дуюмро дар мамлакат ишғол менамояд.

Аз гуфтаҳои дар боло зикр шуда, ҳоло моро лозим аст, ки дар вақти ҳомилагӣ машваратдиҳиро бештару беҳтар ба роҳ монем ва ҳаҷми муоинаро дар ҳомиладорон аз тарафи табибони терапевт, эндокринолог ва дигар тахассусҳо васеъ гардонем. Ёри то валодатӣ нигоҳубини то таваллудро дар назар дорад ва дар бар мегирад: омӯзиш, машварат, скрининг, ташхис, табобат ва пешгирии бемориҳоро.

Мақсади ёри то валодатӣ ба амал овардани таҷрибаи мусбӣ ҳомилагӣ аст, ки ин ҳам танҳо ҳангоми неқӯаҳволии модар ва кӯдак имкон дорад. (ТУТ, 2016).

Вазифаҳои ёри то валодатӣ:

- 1) дастрасии баробархуқ ва умумӣ ба хизмати самараноки тиббӣ, ки ба нигоҳдории солимӣ ва ҳаёти модарон ва тифлон равона карда шудааст;
- 2) даст кардани бемори ва ғавти модарӣ ва перинаталӣ;
- 3) нигоҳдоштан, беҳтар намудани солимӣ ва расонидани дастгири ба зани ҳомила барои таваллуди насли солим;
- 4) инкишофи дониш, малакаҳо ва имконияти занон, оилаҳо ва ҷамъият.

Ҷалб кардани ҳукуматҳои маҳаллӣ ба ёри товалодатӣ, пайдо намудани имкониятҳои гузаронидани ташхис ва таъмин кардан бо дорувориҳо барои ба даст овардани мақсади асосии назорати то валодатӣ- нигоҳ доштану

беҳтар намудани солимӣ ва дастгирии зани ҳомила барои таваллуди насли солим мусоидат мекунад.

Инчунин баланд намудани маълумотнокии оила ва ҷамъият, оиди он, ки тайёри ба валодат муайян кардани муассисаи тиббии мувофиқ, ҷамъ кардани маблағ барои хароҷоти нақлиёт, ғизо, таваллудкунӣ ва ғайраро дарбар мегирад, нақши асосиро мебозад.

Вазифаҳои кормандони тиббие, ки ёрии товалодатиро таъмин менамоянд:

- омӯзонидан, додани маълумот ва дастгирӣ намудани волидони оянда;
- ба маълумоти зани ҳомила расонидани зарурияти гузаронидани чораҳои пешгирикунанда дар вақти ҳомилагӣ;
- назорати пурраи ҳамаи давраҳои ҳомилагӣ барои саривақт ошкор намудани аворизҳо;
- расонидани кӯмаки фаврии акушерӣ ва интиқол намудан ба сатҳи мувофиқ барои расонидани ёри дар мавриди пайдоиши аворизҳо ба монанди, хунравӣ, пре/эклампсия, садма, сепсис;
- ҳал карда тавонистани масъалаҳои, ки дар давраи ҳомилагӣ ба вучуд меоянд.

Экспертҳои ТУТ тавсия медиҳанд, ки калимаи «ташриф» бо «иртибот» иваз карда шавад, ки он маънои машварати дақиқ ва пешниҳод намудани маълумоти зарур, мулоқоти зичро дорад. Барои паст намудани беморӣ ва фавтияти перинаталӣ ва модарӣ, ба вучуд омадани таҷрибаи мусбии

ҳомилагӣ дар занон, хубтар мебошад, ки иртиботи якум бо корманди тиб **то 12 ҳафтаи** ҳомилаги ба амал ояд, дигар иртиботҳо – дар **18-20; 26; 30; 34; 36; 38; 40** ҳафтаи ҳомилагӣ ба амал оварда шаванд.

Ҳангоми сохтан ва инчунин тағиру илова ворид кардан ба стандартҳои милли, гурӯҳи корӣ аз тавсияҳои ТУТ оиди нигоҳубини антенаталӣ, ки бо татқиқотҳои, ки сатҳҳои далелҳои исботнокиашон баланд асоснок карда шудааст, истифода бурдаанд.

Сатҳи эътимоднокии далелҳо

Муътамад будани тавсияҳо	А	Сатҳи эътимоднокӣ		Асос барои тавсияҳо
			1a	Мета анализ ва ё таҳлили систематикии РКИ
			1b	Тадқиқоти гурӯҳи алоҳидаи РКИ
	В		2a	Таҳлили систематикии тадқиқотҳои когортӣ
			2b	Тадқиқотҳои когортии алоҳида
			3a	Таҳлили систематикии «ҳодиса-назорат»
			3b	Тадқиқоти алоҳидаи «ҳодиса-назорат»
	С		4	Тадқиқотҳои силсилаи ҳодисаҳо
	D		5	Ақидаҳои таҷрибаи муайяни экспертҳо, ки мавриди танқид набуданд ва ё бо физиология ё дигар методологияҳои бемамар асоснок мебошанд.

Истифодабарии чунин стандартҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳатмӣ мебошанд. Дар асоси онҳо бояд протоколҳои клиникаи таҳия ва ҷори карда шаванд.

ПРИНЦИПҲОИ ТАШКИЛИ ЁРИИ ТО ВАЛОДАТӢ
Стандарти 1. Ҳамаи ҳомиладорон дар
Ҷумҳурии Тоҷикистон бояд бо ёри то
валодатӣ (ЁТВ) таъмин карда шаванд.

- 1.1. ЁТВ-ро муассисаҳои зерини КАТС таъмин менамоянд: бунгоҳҳои тиббӣ, марказҳои саломатию деҳотӣ, ноҳиявӣ ва шаҳрӣ.
- 1.2. Занҳои ҳомила дар муассисаҳои КАТС – мақоми зисти доими зерини назорат мебошанд
- 1.3. Агар зан ҳомила мақоми зисташро иваз намояд, қоранди тиббе, ки ЁТВ-ро ба ӯҳда дошт, бояд:
 - а) маълумотро оиди ҳомиладор ба ҷойи нави истиқоматиаш пешниҳод кунад, ба дастии зан ҳомилаи гуруҳи хатари баланд ба ғайр аз варақои мубодилавӣ (шакли 087) иқтибос бо қайди нишондодҳои ташхису табобатро диҳад
 - б) дар давоми 3 рӯз телефонограмма ба муассисаи КАТС ҷои зисти наврава карда шавад. Ҳангоми набудани имконияти зерин, маълумот ба МСР-и мувофиқ интиқол карда мешавад. Ҳангоми рафтани ба ноҳияҳои вилояти Хатлон маълумот ба МСР вилоятӣ (ш.Бохтар), ноҳияҳои вилояти Суғд – МСР вилоятӣ (ш.Хуҷанд), ноҳияҳои ВМКБ – МСР вилоятӣ(ш.Хоруғ), ш.Душанбе ва НТҶба ММСР (ш.Душанбе) дода мешавад.

с) дар телефонограмма ном, насаб, ҷойи истиқоматие, ки зани ҳомила меравад, ташхиси акушерӣ ва соматикӣ қайд карда мешавад

1.4. Дар ҷойи зисти нави заниҳомила кормандони тиб ӯҳдадоранд, ки дар рӯзи аввали омадани зани ҳомила ё рӯзи дигараш тариқи телефон ўро ба қабул даъват намояд ё ин ки патронажи фаъол гузаронад.

1.5. Ҷавобгариро оиди назорати чунин гурӯҳи занони ҳомиларо муассисаҳои ҷойи истиқомати пешина ва ҳозира баробар ба ўҳда мегиранд.

Стандарти 2. Корманди тибби муассисаи КАТС бояд дар мўҳлати барвақт зани ҳомиларо бо қайди диспансери таъмин намояд.

2.1. Бармаҳал ба қайд гирифтани занҳои ҳомила - ин ба қайд гирифтани то 12 ҳафтаи ҳомиладорӣ, ки он ҳангоми муроҷиати аввалини зани ҳомила ба корманди тиб ё ошкор намудани ҳомиладор ҳангоми гардиши ҳавлигӣ мебошад.

2.2. Барои беҳтар намудани сифати ЁТВ ва баланд бардоштани нишондоди бармаҳал ба қайдгирии занҳои ҳомила, ба кормандони тибби КАТС (табиби/ҳамшираи оилавӣ, момодоя, акушер-гинеколог) зарур мебошад:

а) дар шиносномаи оилавӣ мунтазам занҳоеро, ки нақшаи ҳомила шуданро доранд, сабт намояд ва бо онҳо машварат оиди омодагӣ ба

ҳомиладорӣ ва мурочиати бармаҳал ҳангоми ҳомилагӣ гузаронад;

b) табиби оилавӣ ба ҳамаи занҳое, ки ба гурӯҳи хавфи баланди оризаҳои ҳомилагӣ дохил мешаванд: бисёртаваллудкарда, валодати зуд (фосилаи байни таваллуд камтар аз 2 сол), дар собиқа ҷарроҳии буриши қайсарӣ, пре/эклампсия, хунравӣ ва дигар аворизҳо доранд, гирифтори бемориҳои музмини системавӣ мебошанд, муоинаи пурраи ҳолати солимии соматикӣ то ҳомиладорӣ гузаронида шавад.

c) фаъолона дарёфт намудан ва назорати занҳои ҳомиларо бо дигар самтҳои фаъолияти кормандони тибби КАТС ҳамчун намудан: гузаронидани пурсиш оиди муайян намудани ҳомиладорон, масалан, ҳангоми гузаронидани гардиши ҳавлигӣ оиди чорабиниҳои пешгирикунандаи эмкунии кӯдакон ва ғ.

d) дар муассисаҳои КАТС коркард ва иҷро намудани чадвали гузаронидани патронажи фаъол

e) корманди тиббӣ ҳамагуна ихтисосоте, ки бори аввал ҳомилагиро ошкор намуд, аз он ҷумла кормандони тиббии муассисаҳои давлатӣ ва хусусӣ, марказҳои тиббӣ, омӯзгорони муассисаҳои тиббии олий ва миёна, табиб-функционалист ҳангоми гузаронидани МУС, ва ғ. вазифадоранд:

- гузаронидани машварат оиди ҳатман муроҷиат намудани зани ҳомила ба муассисаҳои КАТС ва додани роҳхат;
- ба тариқи хаттӣ пешниҳод намудани маълумот оиди зани ҳомила ба МТП аз рӯи ҷойи зист барои ба қайд гирифтани. Дар сурати мавҷуд набудани имконияти пешниҳоди маълумоти хатти ба ҷои зист дар муҳлати се рӯз маълумот ба МСР вилоятӣ/ММСР пешниҳод карда шавад (стандартҳои 1.3.;b)
- ба дасти зани ҳомила додани маълумоти хаттӣ оиди натиҷаҳои таҳлилҳо ва ё тавсияҳо, қайд кардани вазифа, гузоштани имзо
- ҳангоми ҷой доштани нишондодҳои таъҷилӣ барои бистаришавӣ, додани роҳхат ва таъмини бистарикунонӣ дар сатҳи лозимӣ бо нақлиёти санитарӣ (ст.13). Ҳангоми зарурат расонидани ёрии фаврии акушерӣ.

Стандарти 3. Назорати занҳои ҳомилаи хатари паст бо раванди физиологии ҳомилагиро табиби оилавӣ ё момодоя вобаста ба сатҳи муассиса амалӣ мегардонад:

3.1. Бунгоҳи тиббӣ:

- момодоя ба қайд мегирад, собиқа ҷамъ менамояд, ҳомиладоронро муоина мекунад, барои усулҳои муоинаи иловагии роҳхат медиҳад, худи ҳамон рӯз ба машваратчи ё ин ки сарпараст акушер-гинеколог маълумот медиҳад.

- зани ҳомила бояд аз ҷониби машваратчи ё ин ки сарпараст акушер-гинеколог ҳар чи зудтар муоина карда шавад, аммо на дертар аз мӯҳлати ташрифи 2-юм ҳангоми набудани нишондодҳо барои муоинаи таъҷилӣ

- дар мавриди мавҷудияти ҳолатҳои дар стандарти №4 қайд кардашуда, момодоя ё ин ки табиби оилавӣ ўҳдадор аст, ки муоинаи машваратчи акушер-гинекологро дар давоми 3 рӯз ташкил намояд.

3.2. Маркази саломатии деҳот:

- табиби оилавӣ ба қайд мегирад, муоинаи пурра мегузаронад ва муоинаи машваратчи ё ин ки сарпараст акушер-гинекологро ҳар чи зудтар, аммо на дертар аз мӯҳлати ташрифи 2-юм ташкил менамояд

- дар мавриди мавҷудияти ҳолатҳои дар стандарти №4 қайд кардашуда, табиби оилавӣ муоинаи машваратчи акушер-гинекологро дар давоми 3 рӯз ташкил менамояд.

3.3. Маркази саломатии ноҳия, шаҳр:

- табиби оилавӣ ба қайд мегирад ва муоинаи машваратчи акушер-гинекологро ҳуди ҳамон рӯз ё ин ки ҳар чи зудтар, аммо на дертар аз мӯҳлати ташрифи 2-юм ташкил менамояд

3.4. Дар мавриди ошкор кардани зани ҳомилаҳангоми гардиши ҳавлигикорманди тиббӣ КАТС бояд гузаронад:

3.4.1. пурсишва муоина ниг. ба Замимаи №1. (ба ғайр аз муоинаи маҳбали);

3.4.2. ҳангоми набудани оризаҳо додани роҳхат барои муоинаҳои лозимӣ ва даъват намудан ба қабули якҷояи табиби оилавӣ ва машваратчи акушер-гинеколог;

3.4.3. ҳангоми будани оризаҳо ё омилҳои хатар, бояд ҳарчи зудтар ба қабул барои машварати табиб акушер-гинеколог ва дигар мутахассисон даъват карда шавад ё ин ки онҳоро ба хона даъват намоянд ё ин ки ҳангоми зарурат бистарикунонӣ ташкил карда шавад;

3.4.4. табибони дигар тахассусҳо аз рӯи зарурият ҳангоми гирифтӣ шудан ё ошкор кардани бемориҳои соҳавӣ аз ҷониби акушер-гинеколог/момодоя ё табиби оилавӣ/ҳамшира, барои назорат ҷалб карда мешаванд.

3.5. Дар натиҷаи муоинаи якҷояи табиби оилавӣ ва машваратчи акушер-гинеколог муайян мекунанд, ки кадоме аз онҳо назорати ояндаро мувофиқи мундариҷаи пешиноҳод кардашуда амалӣ мекунанд (стандарт 4). Қарори якҷоя дар формаи 029 қайд карда мешавад.

Стандарт 4. Ҳангоми ҳолатҳои бемориҳои зерин назорат аз ҷониби машваратчи акушер-гинеколог бурда мешавад:

- 4.1. Синну сол: 18 сола ва ҷавонтар, 35 сола ва боло аз он;
- 4.2. индекси вазни бадан камтар аз $18,5 \text{ кг/м}^2$ ва зиёдтар аз 25 кг/м^2 ҳангоми ташрифи аввал;
- 4.3. Собиқаи аворизнокӣ акушерӣ, аз он ҷумла:
 - 4.3.1. занҳои бисёртаваллудгарда (дар собиқа 4 ва зиёда аз он валодат);
 - 4.3.2. аз даст додани тифл: ҳомилагии инкишофнаёфта, исқотиҳамли худсарона, исқотиҳамли одатӣ (2 ва зиёда аз он исқотиҳамли худсарона) дар мӯҳлати ҳомилагии зиёда аз 12 ҳафта;
 - 4.3.3. мурдатаваллуд;
 - 4.3.4. валодати пеш аз мӯҳлат;
 - 4.3.5. мавҷудияти хадшаи бачадон баъд аз буриши қайсарӣ ё ин, ки миомэктомия, дӯхтани сӯрохиҳои перфоратсионӣ ва ғ;
 - 4.3.6. изоиммунизатсия аз рӯи системаи АВО ё резус;
 - 4.3.7. хунравихои акушерӣ, пре/эклампсия дар собиқа.
- 4.4. Аворизҳо ё ҳолатҳои патологие, ки дар ҷараёни ҳомилагии ҳозира ба амал омадаанд:
 - 4.4.1. ҳомилагии бисёртифла;
 - 4.4.2. ҳомилагии индуксияшуда;
 - 4.4.3. пешомади машина;

- 4.4.4. аворизҳои гипертензивӣ;
- 4.4.5. бисёробӣ ё камобӣ;
- 4.4.6. хунравӣ;
- 4.4.7. нодуруст ҷойгиршавии тифл дар 36 ҳафта ва зиёда аз он;
- 4.5. патологияи тифл:
 - 4.5.1. тифли калон (вазни зиёд аз 90 персинтил бо гравидограмма);
 - 4.5.2. боздошти инкишофи тифл (вазни кам аз 10 персинтил бо гравидограмма);
 - 4.5.3. нуқсони модарзодии тифл;
 - 4.5.4. изоиммунизатсия аз рӯи системаи АВО ё резус (обварами тифл);
 - 4.5.5. аритмияи дили тифл;
- 4.6. Бемориҳои гинекологӣ: миомаи бачадон, эндометриоз, ки сабабгори бенасли мебошадомосҳои хушсифат ва бадсифати узвҳои кӯси хурд, бенаслӣ.
- 4.7. Бемориҳои шадид ва музмини ғайригениталӣ назорат дар якҷоягӣ бо мутахассисони соҳавӣ: кардиолог, эндокринолог, гематолог ва ғ. б. бурда мешавад:
 - 4.7.1. бемориҳои дил ва рағҳо, аз ҷумла ревматикӣ;
 - 4.7.2. гипертензияи музмин;
 - 4.7.3. бемориҳои эндокринӣ (диабети қанд, норасоии ғадуди болои гурда ва ғ.);

4.7.4. бемориҳои гурда ва роҳҳои пешоброн (гломерулонефрит, пиелонефрити аворизнок, нуқсонҳои инкишоф);

4.7.5. бемориҳои системавии хун (камхунии дараҷаи вазнин- Hb – 70 г/л ва камтар, тромбоситопатияҳо, лейкоз);

4.7.6. бемориҳои роҳҳои нафас ва шуш дар марҳилаи субкомпенсатсия;

4.7.7. ҳолати баъди трансплантатсияи узвҳо;

4.7.8. бемориҳои шадид ва музмини чигар, аз ҷумла гепатитҳои В ва С;

4.7.9. ВНМО/АНМО;

4.7.10. бемориҳои саратонӣ;

4.7.11. бемориҳои рӯҳӣ ва вайроншавии системаи марказии асаб.

Ҳаҷми муоина ва таъбаат мувофиқи тавсияҳо ва стандартҳои миллӣ гузаронида мешавад.

Стандарти 5. Бурдани ҳомиладороне, ки гирифтори бемориҳои шадид ва музмини соматикӣ мебошанд.

Ҳангоми шубҳа намудан дар ҳомиладор мавҷудияти бемориҳои шадид ва музмин, машваратчи тахассуси мувофиқ (невропатолог, окулист, кардиолог, сироятшинос, стоматолог ва ғайра), вазифадоранд:

5.1. бо роҳати табиби оилавӣ ё ин ки акушер-гинекологи вобаста кардашуда муоина мегузаронад;

5.2. баъд аз муайян намудани ташхис табобат таъин мекунад;

5.3. масъалаи давом додани ҳомилагиرو ҳал менамояд, баъд аз 22 ҳафтаи ҳомилағи масъалаи усули валодаткунониро ҳал мекунад ва хулоса медиҳад. Дар мавриди зарурат менечери КАТС метавонад консилиуми мутахассисони соҳавиро ташкил намояд;

5.4. ҳангоми гузаронидани чораҳои пешгирикунанда ва табобаттаъсири маводҳои доругиро ба модар ва тифл ба инобат мегирад.

Стандарти 6. Принципҳои маълумотдиҳӣ ва сӯҳбат ҳангоми расонидани ЁТВ. Корманди тиб ҳангоми гузаронидани машварат, муоина ва чораҳои табобатию пешгирикунанда вазифадор аст:

6.1. муносибати эҳтиромона ба зан, фарҳанг ва дини ӯ;

6.2. ҳамаи чорабиниҳо ва амалиётҳо дар вазъияти ба назар гирифтани ҳуқуқи зан ба махфиятӣ (дар утоқи алоҳида), дар шароити бароҳатӣ гузаронида шавад. Қабули якбораи ду зани ҳомила дар як ҳучра қатъиян манъ аст!

6.3. ҳангоми истифода аз хизматрасонии муассиса, зан бояд худро дар иҳотаи наздикони худ бароҳат ҳис намояд;

6.4. муҳокимаи саволҳои маҳрамона бе иштироки шахсони бегона гузаронида шавад;

6.5. ҳамаи ҳуҷҷатҳои вобаста бо зан махфӣ ва дар ҷое, барои дигарон дастнорас аст нигоҳ дошта мешаванд.

6.6. маълумоти махфӣ дар бораи мизоч бо дигар кормандони тиб ва берун аз муассиса муҳокима карда намешавад.

6.7. таъмин намудани интиҳоби иттилоотнок: маълумотро дастрас пешниҳод намояд, мақсад ва натиҷаҳои муоинаҳо, ҷорабиниҳои табобатӣ-пешгириро фаҳмонад;

6.8. таъмин намудани ҳимоя аз зарар ва табобати нодуруст: чигуна истифода бурдани маводҳои дорувори, манфиати онҳо, таъсир ба модар ва тифл, самараҳои ноҳолам, оризаҳои онро бояд фаҳмонад. Хавотири занро оиди қабули маводи доругӣ пайдо намояд ва бо ӯ муҳокима кунад, муҳимии қабули дорувориҳо тавсия диҳад. Ҳангоми пайдоиши онҳо, кай ва ба ки муроҷиат карданро фаҳмонад.

Стандарти 7. Кормандони тиб ҳуқуқи зани ҳомиларо бояд риоя намоянд. Ҳангоми ЁТВ зани ҳомила ҳуқуқдоранд, ба:

7.1. гирифтани маълумот дар бораи саломатии худ;

7.2. пешниҳоди ақидаи худ оиди хизматрасоние, ки ба ӯ расонида мешавад;

7.3. муҳокимаи ҳамаи масъалаҳои, ки занро ба ташвиш меоваранд дар ҳузури наздикон ва дар муҳите, ки зан худро хотирҷамъ ҳис мекунад.

Стандарти 8. Ҷӯдадорӣ зани ҳомила ва оилаи ӯ.

8.1. Зани ҳомила ҷӯдадор аст, ки дар муассисаҳои тиббӣ муоина шавад;

8.2. Зани ҳомилае, ки ҷои зисташро дигар мекунад, ҷӯдадор аст, ки дар муҳлати 3 рӯз дар муассисаи тиббии ҷои истиқоматии муваққатиаш ба қайд гузорад.

8.3. Занони ҳомила ва намоёндогони қонунии онҳо ҳуқуқи рад намудани муоинаҳои тиббӣ ва табобати пешниҳодшавандаро надоранд. (Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Моддаи 43.1.)

Стандарти 9. Ҳангоми равиши эътидолии ҳомилагӣ 8 ташрифоти антенаталӣ ба амал оварда мешавад:

9.1. Иртиботи яқум – то 12; II дар 18-20; III – 26; IV – 30; V – 34; VI – 36; VII – 38; VIII – 40 ҳафтаи ҳомилагӣ. Агар валодат дар 40 ҳафтаи ҳомилагӣ ба амал наояд, патронажи фаъол лозим аст, зан бояд ба таваллудхона (стационар) равона карда шавад.

9.2. Ҳангоми набудани шароит дар зани ҳомила барои ташрифи муассисаи КАТС, ташрифҳои 3, 5, 7-ро дар хона ба амал овардан мумкин аст

(патронажи фаъол), бо ичрои ҳатмии ҳамаи чорабиниҳое, ки дар поён оварда шудаанд ва бо қайди маълумот дар корти инфиродии ҳомиладорон.

9.3. Ҳангоми аворизнок будани ҳомилагӣ ё/ва мавҷудияти бемории ғайригениталӣ (дар боло зикршуда) адади ташрифҳо на камтар аз **8** бо ташрифҳои иловагӣ ё патронаж ҳангоми зарурат.

Стандарти 10. Машваратдиҳӣ

Ба ҳамаи ҳомилагон ва вобаста ба хоҳиши онҳо бо шариконашон машваратдиҳии инфиродӣ ва/ё гурӯҳӣ гузаронида мешавад.

10.1. Машварати инфиродиро корманди тиббие, ки назорати бефосиларо дар давраи ташрифи антенаталӣ таъмин мекунад (табибӣ оилавӣ, акушер-гинеколог, момодоя), мегузаронад (машварати оила ба машварати инфироди дохил мешавад).

10.2. Машварати гурӯҳиро момодояи омӯзонидашуда, табиби оилавӣ ё машваратчӣ акушер-гинеколог мегузаронад. Гузаронидани машварати гурӯҳӣ аз ҷониби **момодояи омӯзонидашуда** оиди мавзӯҳои дар поён овардашуда беҳтар мебошад:

- Аломатҳои хатарнок дар вақти ҳомилагӣ (Замима 17);
- Ғизои ҳомилагон (Замима 14)
- Беҳдошти ҳомилагон

- Ҳаёти ҷинсӣ дар вақти ҳомилагӣ.
- Омодаги ба валодат ва омӯзиши шарик (ниг. Замимаи 15);
- Синамакконӣ;
- Контрасепсия дар давраи баъди валодатӣ.

10.3. Ҳангоми ҳар як ташриф/алоқа гузаронидани машварати инфиродӣ дар мавзӯи аломатҳои хатарноки ҳомилагӣ, ғизои ҳомилагон, беҳдошти ҳомилагон, алоқаи ҷинсӣ ҳангоми ҳомилагӣ ҳатмӣ аст.

Дигар мавзӯҳо мувофиқи мӯҳлатҳое, ки дар қолиби назорат сабт шудааст гузаронида мешавад. Маълумот додан оиди аломатҳои хатар, таъкид намудан, ки мавриди пайдо шудани онҳо фавран ба таваллудхона бояд мурочиат кард ва ба дасти зан нақшаи ҷӣ тавр ба онҳо рафтанро додан.

Стандарти 11. Ташкили машваратдиҳӣ:

11.1. Менеҷери КАТС бо фармон корманди тиббӣ омӯзонидашударо ё момодояро оиди машваратдиҳӣ масъул таъин мекунад;

11.2. Менеҷери КАТС ташкили ҳуҷраи алоҳидаро, ки дорои маводҳои лозима барои маълумотнокии зани ҳомила лозим мебошад, таъмин менамояд. Дар ин ҷо ҳамаи намудҳои машварати умумӣ: оиди технологияи контрасептивӣ, омодаги ба валодат, ғизои солим, синамакконӣ гузаронида мешавад.

11.3. Давомнокии як машғулият на зиёда аз 30 дақиқа мебошад ва аз рӯи он нақшае, ки дар тамоми соати корӣ дар намуди зерин амалӣ карда мешавад:

№	Номи мавзӯ	Шахси масъул, ННН	Сана	Вақт
1	Ғизои ҳомилагон	Момодоя	Душанбе - - Чумъа	8.00-8.30; 10.40-11.20
2	Тайёри ба валодат	Момодоя	Душанбе - - Чумъа	8.40-9.10 11.30-12.00
3	Технологияи контрацепти вӣ	Момодоя	Душанбе - - Чумъа	9.20-9.50 12.10-12.40
4	Синамакко нӣ	Момодоя	Душанбе- Чумъа	10.00-10.30 12.50-13.20

Нақшаи машваратӣ бояд дар девор овезон бошад ва ҳатман риоя карда шавад. Рӯзи ташрифоти зани ҳомиларо бо нақшаи кории утоқи машваратӣ мувофиқа намудан лозим аст.

Стандарти 12. Омодаги ба бистарикунони барои валодат.

Корманди тиб вазифадор аст:

12.1. Ба зани ҳомила зарурати валодатро дар таваллудхона фаҳмонида диҳад. Ҳатман ба далелҳои зерин ишора намояд:

- Дар вақти валодат метавонад аворизҳое пайдо шавад, ки онҳоро пешгӯӣ кардан на ҳама вақт мумкин мебошад, аммо ҳангоми пайдоиши

ин аворизҳо ёри тиббии ихтисоснок талаб карда мешавад.

- Дар таваллудхона барои нигоҳубин кормандони тиб, асбобу ашёҳо, дорувориҳо ва шароит мавҷуд мебошад ва имконият барои ба муассисаи сатҳи баланд интиқол додан ҳаст.

12.2. Бо зани ҳомила масъалаҳои зеринро бояд муҳокима намояд:

- Чи гуна зан то таваллудхона мерасад;
- Ҳангоми таваллуд ки вайро дастгирӣ мекунад;
- Ҳангоми набудани ӯ дар хона ки ёри мерасонад ва кӯдаконро парасторӣ мекунад.

Маслиҳат диҳад, ки агар дар наздикии таваллудхона зиндагӣ намояд, бо пайдошавии нишонаҳои аввалини валодат ба онҳо равона шавад. Агар барои сари вақт муроҷиат кардани зани ҳомила ягон мушкилот бошад (дар ҷои дурдаст зиндагӣ мекунад), 2 ҳафта пеш аз таваллуд бистарӣ шуданро маслиҳат диҳад.

Рӯйхати ҳуҷҷат ва лавозимоте, ки зан бояд барои рафтан ба таваллудхона тайёр кунад ва ҳамавақт ҳамроҳи худ гирад, нависад:

- шиноснома;
- варақаи мубодилавӣ (формаи 087);

- сару либос барои навзод: парпечҳои шуста ва дарзмол карда шуда, куртача (2), кулоҳча (2), чуробчаҳо (4 ҷуфт), рӯйпӯши гарм (1), уребчаҳо;
- либос барои модар, латтаҳои зер ва пакетҳои гигиенӣ;
- ғизои тез ҳазмшаванда (ордоб, шавла, атола, шоколад, яхмос ва ғ);
- маводҳои беҳдошти шахсӣ (собун, ҷутка ва паста барои дандон ва ғ).

Дар бораи нишонаҳои саршавии фаъолияти валодат маълумот диҳад:

- Кашишхӯриҳои давравии бачадон бо фосилаи 20 – 30 дақиқа, ки охира аз рӯи қувва, тақрорёбӣ ва давомноки то ду дарди кашисхӯри дар 10 дақиқа зиёд мешаванд.

Стандарти 13. Бистарикунони зани ҳомила барои валодат ба шӯъбаи таваллуд/таваллудхона вобаста аз паритет, ҳолати солимӣ, мӯҳлати ҳомилагӣ, аворизҳои акушерӣ ва солимии соматикӣ ба амал оварда мешавад.

13.1. Ҳангоми набудани шароити бистарикунони ба сатҳи 2-3, ба статсионари сатҳи якум дар мавриди равиши физиологии ҳомилагӣ ва валодати қаблии эътидолӣ, валодати эътидолии 2-3, мӯҳлати расида бистари кардан мумкин аст.

13.2. Дар мавриди зарурияти ёрии тахассусноки акушерӣ ва неонатологӣ: валодати аворизнок, буриши қайсари, гузаронидани ҷузъҳои хун, мӯҳлати ҳомилаги 37 ҳафта ва аз он кам, вазни тахминии тифл камтар аз 2500,0 грамм, нахустзояндаҳо ва бисёрзояндаҳо (валодати 4-м ва зиёда аз он), ҳомиладороне, ки дар стандарти №4 қайд карда шудаанд, ба статсионарҳои сатҳи дуюм бистари карда мешаванд.

13.3. Дар мавриди зарурияти ёрии тахассусноки акушерӣ ва неонатологӣ ба навзодоне, ки дар мӯҳлати ҳомилагии камтар аз 35 ҳафта таваллуд шудаанд, бистарикунони ба статсионарҳои сатҳи сеюм ба амал оварда мешавад.

13.4. Ҳангоми пайдошавии аломатҳои хатарнок корманди тиб ёрии фаврии акушериро мерасонад ва ҳатман ба статсионари 2-3-ми наздиктарин бо транспорти санитарӣ бистари мекунад. Аломатҳои хатарнок ниг.ба замимаи №17.

Стандарти 14. Талабот ба ҳуҷҷатҳо. Дар мавриди ба зери назорати диспансерӣ гирифтани зани ҳомила омода намудани ҳуҷҷатҳои зерин зарур аст:

14.1. Картаи инфиродии зани ҳомила ва таваллудкарда (шакли 029), ки дар он натиҷаҳои муоинаҳои асосӣ ва иловагӣ қайд карда мешаванд, варақаҳои ҳақиқӣ бо нишондодҳои лабораторӣ ва усулҳои муоинаи функционалӣ

гравидограмма ва матриси нозорати антенаталӣ часпонида мешаванд.

14.2. Варақаи мубодилавӣ (шакли 087) ба дасти зан дар вақти **ташрифи аввалин** дода мешавад. Ба варақаи мубодилавӣ маълумотҳои зеринро қайд кардан зарур аст: нишондодҳои анамнези акушерӣ ва соматикӣ, натиҷаҳои муоинаҳои клиникӣ, нишондодҳои тестҳои лабораторӣ ва функционалӣ, ченкунии БҚБ ва **баҳои** гравидограмма, нишонаҳо ва аломатҳои аворизҳо, суроға ва рақами телефони муассисае, ки ёри фаврии акушериро (ЁФА) мерасонад.

14.3. Дафтари бақайдгирии занони ҳомила.

МУНДАРИЦАИ ЁРИИ ТО ВАЛОДАТӢ

Ёрии то валодатӣ он чорабиниҳоеро дар бар мегирад, ки бештар дар асоси тавсияҳои ТУТ ба роҳ монда шудаанд:

- Муоинаи ҳомила ва тифл;
- Чорабиниҳо вобаста бо ғизо;
- Чорабиниҳои пешгирикунанда;
- Ёрӣ ҳангоми аломатҳои физиологии паҳншуда.

Стандарти 15. Ҳаҷми муоинаи зарурии зани ҳомила ва тифл дар бар мегирад:

15.1. Усулҳои асосии муоина: пурсиш, муоинаи умумӣ ва акушерӣ (Замимаи 1)

15.2. Чен кардани вазро дар ташрифи аввалин, барои муайян кардани ИВБ бояд гузаронд. Агар ИВБ $18,5 \text{ кг/м}^2$ ва камтар ё $24,9 \text{ кг/м}^2$ ва зиёд бошад, ҳангоми ҳар як ташрифи навбати баркашии вазн гузаронида мешавад (Замимаи №2).

15.3. Чен кардани ФШ дар ҳар ташриф гузаронда шавад (қоидаи чен кардани ФШ ниг. дар замимаи №3).

15.4. Муоинаи машваратчиён. Ҳамаи ҳомиладорон то 12 ҳафтаи ҳомилагӣ ё ин ки дар мавриди набудани шароит на дертар аз 18-20 ҳафтаи ҳомилагӣ бояд аз муоина табибони акушер-гинеколог ва терапевт гузаранд. Ҳаҷми муоина ва табобати патология ғайригениталӣ мувофиқи стандартҳои миллӣ ва тавсияҳо гузаронида мешавад.

15.5. Усулҳои ташхиси лабораторӣ ва функционалӣ

15.5.1. Таҳлили хун барои муайн кардани мансубияти гурӯҳӣ - ҳангоми ташрифи аввалин.

Муайн кардани резус мансубият - ҳангоми ташрифи аввалин бояд гузаронида шавад.

Дар мавриди резус манфӣ будани мансубияти хун:

- резус мансубияти падари кӯдакро бояд муайян кард;
- муайн кардани мавҷудияти антителаҳо: дар ташриф яқум ва дар 27-28 ҳафтаи ҳомилагӣ,

ҳангоми набудани онҳо ворид намудани антирезус иммуноглобулин дар 28-30 ҳафтаи ҳомилагӣ ва 72 соати баъди таваллуд (аз рӯи имконият). Ҳангоми будани антителаҳо антирезус иммуноглобулин ворид карда намешавад.

15.5.2. Таҳлили умумии хун (муайянкунии миқдори эритроцитҳо, Hb, нишондоди ранга, лейкоцитҳо, формулаи лейкоцитарӣ, суръати таҳшиншавии эритроцитҳо, тромбоцитҳо). 2 маротиба гузаронида мешавад: то 12 ҳафта (ё ин ки ҳангоми ташрифи аввалин) ва 36 ҳафтаи ҳомилагӣ.

Муайянкунии Hb-и хун барои ташҳиси камхунӣ. Дар семоҳаи якум ва сеюми ҳомилагӣ камхуни дар мавриди сатҳи Hb камтар аз 110 г/л ташҳис гузошта мешавад; триместри дуюм – дар сатҳи Hb камтар аз 105 г/л. Дар мавриди ҷой доштани камхунии вазнин ва/ё нишондоди Hb 70 г/л ва аз он кам – бояд ба машварати гематолог равон карда мешавад.

Ҳангоми камхунӣ таҳлил барои гелминтҳо гузаронида мешавад. Баъди семоҳаи якум ҳангоми ҷой доштани гелминтҳо, машварати сироятшинос ва табобати заддигелминтӣ гузаронида мешавад.

Таҳлили хун барои гепатити В

Дар занҳои ваксинатсия нашуда муайян карда мешавад. Ҳангоми ҷой доштани гепатити В дар

модар тифли навзод ба гузаронидани эмкуни ниёз дорад, ки ин дар 95% ҳодисаҳо пешгири кардани гепатити В-ро дар навзод таъмин менамояд (4).

Таҳлили пешоб:

Таҳлили умумии пешоб ҳангоми ташрифи аввал дар мӯҳлатҳои гуногун, дар 30 ва 36 ҳафтаи ҳомилагӣ барои ошкор кардани бемориҳои системаи пешоббарор имконият медиҳад. Дар ташрифоти минбаъда сатҳи протеинурия барои саривақт ташхис намудани презеклампися гузаронида мешавад.

Ба ҳамаи ҳомилагон, ҳангоми ташрифи аввалин, новобаста ба мӯҳлати ҳомилагӣ бояд кишти бактериологии миқдори миёнаи пешоб ва шуморидани миқдори элементҳои колониякунанда барои ташхиси бактериурияи беаломат гузаронида шавад. Дар мавриди набудани шароит - рангкунии порсияи миёнаи пешоб бо усули Грамм ё тест-хатча истифода бурда мешавад. (ниг. ба Замимаи № 11).

Муоинаи ултрасадои. Ҳангоми МУС ҳомиладор аз 10 ҳафтаи ҳомилагӣ функционалист бояд набудани аломатҳои нуқсонӣ модарзодиро қайд намояд. Гузаронидани МУС дар 18-20 ҳафтаи ҳомилагӣ, аз ҷониби функционалисти сертификат дошта тавсия дода мешавад.

Мақсад:

- аниқ намудани мӯҳлати ҳомилагӣ, ки он зарурияти барангезиши валодатро ҳангоми ҳомилагии аз мӯҳлатгузашта кам менамояд;
- ташхиси нуқсонҳои модарзодии инкишофёбӣ,
- ташхиси ҳомилагии бисёртифла,
- пайдо кардани таҷрибаи мусбии ҳомилагӣ.

Стандарти минималӣ барои скрининги нуқсони модарзодии инкишофёбӣ (NHS Fetal Anomaly Screening Programme 18+0 to 20+6 Weeks Fetal Anomaly Scan National Standards and Guidance for England).

- Шакл ва андозаи сарак, сохторҳои даруни;
- Ҳароммағз – андозаи дарозрӯяю-кӯндаланг;
- Андозаи шикам ва сатҳи меъда дар сатҳи гурда ва ноф;
- Гурдаҳо - андозаи пешу - қафо;
- Буриши тӯлии шикам ва қафаси сина - диафрагма ва шошадон;
- Қафаси сина - буриши 4 даҳлезии дил;
- Андомҳои боло – 3 устухон ва панҷаи даст;
- Андомҳои поён -3 устухон;
- Рӯй.

Машваратдиҳӣ ва роҳат барои ташхиси перинаталӣ, барои ҳомилагони гурӯҳи хатар (мувофиқи протоколи миллӣ)

- никоҳи хешу таборӣ;
- синну соли ҷавонтар аз 18 ё боло аз 35 сола;

- дар собиқа таваллуди навзод бо НМИ ё бемориҳои ирсӣ;
- гузаронидани сурхакон ё токсоплазмоз дар семоҳаи аввали ҳомилагӣ;
- қабули маводи дорувории таъсири тератогенӣ дошта ё нурафкании рентгенӣ дар семоҳаи аввали ҳомилагӣ;
- дар зани ҳомила мавҷуд будани диабети намуди 1, саър (эпилепсия) ё дистрофияи мушақӣ;
- анамнези аворизноки акушерӣ: 2 ва зиёда аз он исқоти ҳамли худсарона;
- бисёрбӣ, камобӣ;
- ҳангоми муайян намудани нуқсонҳои инкишофи ба ҳаёт номувофиқ (анэнсефалия ва ғ.), қатъкунии ҳомилагӣ бо розигии хаттии маълумотноки зани ҳомила гузаронида мешавад. Машварат ва дастгирии рӯҳӣ расонидан лозим аст.
- дар мавриди ҷой доштани нишондодҳо барои қатъкунии ҳомилагӣ ва розигии зан, ба ӯ иқтибос бо нишон додани ташхис, имзои сардори муассиса, духтури табобатӣ, машваратчи акушер-гинеколог додан лозим аст. Мӯҳри муассиса гузошта ва ба статсионар интиқол карда мешавад.

Муайянкунии ВНО ва сифилис.

Ба ҳамаи ҳомиладорон ҳангоми ташрифи аввал машварати тотестӣ ва таҳлили хун ба ВНМО/БПНМ гузаронида мешавад.

Тестгузаронии такрорӣ дар мӯҳлати 28-36 ҳафтаи ҳомилагӣ дар гурӯҳи хатар гузаронида мешавад (Протоколи клиникӣ оиди бартаарафкунии гузариши ВНМО аз модар ба кӯдак дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, Фармони ВТваҲИА ҚТ аз 09.05.2017 № 152):

- мавҷудияти БАҶГ (оташак, хламидиоз, трихомониаз, сӯзок);
- амалиётҳои ҷарроҳӣ ё гузаронидани хун ва ҷузъҳои он дар вақти ҳомилагии ҳозира;
- алоқаи ҷинсии ҳифзношуда дар вақти ҳомилагии ҳозира (алоқаи ҷинсии тасодуфӣ бе истифодаи рифола);
- истифодабарии маводи муҳаддири тазриқӣ аз ҷониби худи зани ҳомила;
- шарикӣ ҷинсӣ таҷрибадор аст ё истифодабарандаи маводи муҳаддири тазриқӣ, муҳочирӣ меҳнатӣ.

Ҳамаи ҳомиладорон барои сифилис бо роҳи гирифтани хун ба аксуламали Вассерман дар мӯҳлати: ташрифи якум то 12 ҳафтаи ҳомилагӣ, ва дар 30 ҳафтаи ҳомилагӣ муоина карда шаванд.

Муайянкунии зӯроварӣ аз тарафи шавҳар ё шарикӣ ҷинсӣ. Ҳангоми баҳодихии ҳолати патологие, ки метавонанд оқибати зӯроварии

шарики ҷинсӣ ё ин ки метавонанд бо он аворизнок шавад, ба онҳо қатъиян тавсия дода мешавад, ки дар чорчӯбаи ЁТВ оиди дарёфти омилҳои зӯровари аз тарафи шарики ҷинсӣ пурсиши клиникӣ гузаронанд.

Ба ҳомиладорони гурӯҳи хатар таҳлили қанди хун дар гуруснагӣ гузаронида шавад.

Ба гурӯҳи хатар чунон занони ҳомила ворид мешаванд:

- синну соли 35 сола ва аз он боло;
- бо глюкозурия;
- фарбеҳӣ (ИВБ зиёда аз 30 кг/м²);
- диабети қанд дар собиқа;
- бисёрбӣ;
- диабети гестатсионӣ ҳангоми ҳомилагии пешина;
- тавлиди тифлони калон дар собиқа: 4000,0 грамм ва зиёд;
- тавлиди тифл бо нуқсонҳои инкишофӣ ё ин ки фавт дар давраи перинаталӣ;

Дар мавриди муайн намудани баландшавии қанди хун дар зани ҳомила новобаста аз мӯҳлати ҳомилагӣ, ҳангоми муайян намудани як ё ин ки якчанд аломатҳои дар поён зикр шуда, он ҳамчун **диабети ҳомилагӣ** ба ҳогузори карда мешавад (Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva: WHO; 2013. <http://www.int/diabetes/publications/>

Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/, 29.09 соли 2016):

✓ Сатҳи глюкоза дар плазма зиёда аз 5,1 ммоль/л ҳангоми гуруснагӣ;

✓ Сатҳи глюкоза дар плазма 10 ммоль/л ва зиёда аз он баъди 1 соати истеъмоли 75 грамм глюкоза;

✓ Сатҳи глюкоза дар плазма зиёда аз 8,5 ммоль/л баъди 2 соати қабули 75 грамм глюкоза. Ташхиси диабети қандро дар ҳамаи мӯҳлати ҳомилагӣ, ҳангоми муайян намудани як ё якчанд нишонаҳои дар поён овардашуда гузоштан мумкин аст ():

✓ Сатҳи глюкоза дар плазма 7,0 ммоль/л ва зиёд ҳангоми гуруснагӣ;

✓ Сатҳи глюкоза дар плазма 11,1 ммоль/л ва зиёд баъди 1 соати истеъмоли 75 грамм глюкоза;

✓ Сатҳи тасодуфии глюкоза дар плазма 11,1 ммоль/л ва зиёд ҳангоми ҷой доштани аломатҳои диабет.

Колпоскопия ва молишак барои онкоситология ҳангоми мавҷудияти тағиротҳои патологӣ дар гарданаки бачадон гузаронида мешавад;

Машварати мутахассисони соҳавӣ (ЛОП, окулист ва ғ.) ҳангоми ҷой доштани нишондодҳои гузаронида мешаванд.

Гузаронидани кардиотокографияи нақшавӣ ва ташхиси доплерии мунтазам дар вақти

ҳомиладорӣ, ба хотири беҳтар гардонидани оқибати модарӣ ва перинаталӣ тавсия дода намешавад.

Аз мӯҳлатҳои барвақти ҳомилагӣ сар карда дар ҳар ташифоти минбаъда кормандони тиб вазифадоранд, ки оиди истифодаи тамоку (дар гузашта ва ҳозира) ва оиди сигоркашии нофаъол, истеъмоли машрубот ва маводҳои психофаъол (дар гузашта ва ҳозира) пурсиш гузаронанд.

Стандарти 16. Чорабиниҳои вобаста бо ғизо

16.1. Ҳангоми вохӯрии аввал ба занҳои ҳомила оиди ғизои солим ва фаъолияти ҷисмонӣ машварат гузаронида шавад.

Мақсад: дастгирии хуби ҷисмонӣ ва роҳ надодан ба изофаи зиёди вазн дар вақти ҳомилагӣ.

16.1.1. Ҳангоми ИВБ баробар ё камтар аз 18,5 кг/м² будан, машварат оиди баланд бардоштани қурби энергетикӣ ва истифодаи ҳаррӯзаии сафеда гузаронида мешавад. Ба занҳои ҳомилае, ки норасогии ғизои доранд, истеъмоли иловаҳои ғизои бо миқдори зиёди сафеда, маслиҳат дода намешавад.

Мақсад: паст намудани хатари таваллуди тифлони камвазн.

16.2. Ба ҳамаи занҳои ҳомила, ҳамарӯза қабули 60 мг оҳан ва 400 мкг (0,4 мг) туршии фолат ба тариқи даҳонӣ маслиҳат дода мешавад.

Мақсад: пешгирии камхунӣ.

16.2.1. Дар мавриди ҷой доштани таъсироти манфӣ ҳангоми қабули оҳан - дар як ҳафта як маротиба маводи оҳан бо вояи 120 мг ва туршии фолат 2800 мкг (2,8 мг) қабул карда шавад.

16.2.2. Агар зани ҳомила камхунӣ дошта бошад - вояи ҳаррӯзаи оҳанро то 120 мг ва туршии фолатро то 400 мкг (0,4 мг) то даме зиёд кунанд, ки то сатҳи Нb ба 110 г/л (дар триместри I ва III) ё 105 г/л (дар II триместри ҳомилагӣ) расад. Баъдан қабули оҳан ва туршии фолатро аз рӯи вояи муқарраршудаи пешгирикунанда, ки дар пункти 16.4 нишон дода шудааст, давом диҳад.

60 мг оҳани элементарӣ дар 600 мг сулфати гептагидрат ё 180 мг фумарати оҳан ё 500 мг глюканати оҳан вуҷуд дорад.

16.3. Ҳангоми нокифоя қабул кардани калтсий бо ғизо, яъне камтар аз 900 мг дар шабонарӯзӣ, қабули ҳамарӯзаи калтсии оддӣ ба миқдори 1-2 гр дар шабонарӯзи тариқи даҳонӣ тавсия дода мешавад, ки он ба се маротиба тақсим карда мешавад ва беҳтар дар вақти қабули ғизо истеъмол карда мешавад. Қабули маводи калсий аз рӯзи аввали ташриф оғоз карда шавад.

Мақсад: пешгирии пре/эклампсия:

Бисёр хуб аст агар маводҳои малат/ситрати калсий қабул карда шавад, чунки он нисбат ба дигар намудҳои биодастрасии хуб дорад ва ҳам

дар меъдаи гурусна хуб ҷаббида мешавад. Қабули якҷояи маводҳои калсий бо маводҳои оҳан **тавсия карда намешавад**, чунки калсий ҷаббиши оҳанро кам мекунад. Ҳангоми қабули маводи калтсий бо маводи оҳан дар як рӯз, бояд байни онҳо танаффус бошад (масалан, сахар маводи калсий, шаб-оҳан).

16.4. Маҳдуд намудани қабули нӯшоқиҳоеро, ки кофеин доранд, **тавсия карда мешавад**.

Мақсад: паст кардани хатари қатъшавии ҳомилагӣ ва таваллуди тифл бо вазни кам.

16.5. Қабули иловагии витаминҳои А, В6, С, D, Е, маҷмӯи микронутриентҳо барои беҳтар гардонидани оқибатҳои модарӣ ва перинаталӣ **тавсия карда намешавад**. Қабули якҷаратаи витамини А бо вояи зиёда аз 25 000 МЕ аз 15 то 60-умин рӯзи бордоршави метавонад таъсири тератогенӣ дошта бошад.

Стандарти 17. Чораҳои пешгирикунанда ҳангоми ЁТВ

17.1. Ба ҳамаи ҳомиладорон то ба нақша гирифтани ҳомилагӣ ва дар 12 ҳафтаи аввали ҳомилагӣ туршии фолат таъин карда мешавад (1а).

Мақсад: пешгирии таваллуди кӯдакон бо нуқсони модарзодии системаи марказии асаб (СМА): анэнсефалия, spinabifida ва ғ. (1а)

Нақшаи таъинот:

- Ба ҳамаи занон даҳонӣ 400 мкг (0,4 мг) ҳар рӯз дар давраи прегравидарӣ ва 12 ҳафтаи аввали ҳомилагӣ. Қабули туршии фолат **пеш аз фарорасии ҳомилагӣ** аҳамияти калон дорад;
- Агар дар собиқа таваллуди навзод бо нуқсони найи асаб бошад, даҳонӣ 5 000 мкг (5 мг) ҳар рӯз дар давраи прегравидарӣ ва 12 ҳафтаи аввали ҳомилагӣ.

17.2. Ба ҳамаи ҳомиладорон ҳангоми дарёфти ББ, табобати антибактериалӣ дар муддати 7 рӯз тавсия дода мешавад. (Замимаи № 12)

Мақсад: табобати ББ хатари валодати пеш аз мӯҳлат, таваллуди тифл бо вазни ками бадан, пиелонефрити шадидро кам мекунад (сатҳи А).

17.3. Таъиноти аспири.

Мақсад: пешгирии пре/эклампсия дар гурӯҳи хавфи баланди оиди пре/эклампсия, ки он дар бар мегирад (ТУТ):

- *Пре/эклампсия дар собиқа;*
- *Диабет;*
- *Бемориҳои худмасунӣ (аутоиммунӣ);*
- *Бисёртифлӣ;*
- *Гипертензияи музмин.*

Нақшаи таъиноти аспирин: даҳонӣ 100 мг аз ҳафтаи 12-ум то 34 ҳафтаи ҳомилагӣ (исботнокии дараҷаи миёна, тавсияи қавӣ).

17.4. Таъиноти маводҳои йод.

Мақсад: пешгирии ноқисулақлӣ (кретинизм). Чораҳои пешгирикунанда: истифодаи танҳо намаки йоднок, инчунин истеъмоли маводҳои йоддор: Йодобаланс 200 мкг 1 ҳаб дар муддати тамоми ҳомилагӣ, ё ин, ки йодиди калий 200 мкг. (Дастурҳои клиникӣ оид ба ташхис ва муолиҷаи бемориҳои эндокринологӣ). Дар мавриди бемориҳои ғадуди сипаршакл табобатро табиб эндокринолог мегузаронад.

17.5. Тавсия дода намешавад:

- реҷаи бистарии қатъӣ барои занон бо гипертензия, ҳамчун чорае, ки оқибати мусоидро баланд менамояд;
- кам кардани истеъмоли намак ҳамчун чораи пешгирии преэклампсия;
- истеъмоли витамини D, инчунин қабули витамини C ва E дар алоҳидагӣ ё дар якҷоягӣ дар давраи ҳомиладорӣ ҳамчун чораи пешгирии преэклампсия ва аворизҳои он;
- қабули диуретикҳо, хусусан аз қатори тиазидӣ, ҳамчун чораи пешгирии преэклампсия ва аворизҳои он.

Стандарти 18. ЁРИ ҲАНГОМИ АЛОМАТҲОИ ПАҲНШУДАИ ФИЗИОЛОГӢ

18.1. Дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ дар аввали ҳомилагӣ (ба ғайр аз қайкунии аз ҳад зиёд):

- Бояд маълумот дод, ки дар бисёр мавридҳо дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ дар давоми 16-20 ҳафтаи

ҳомилагӣ мустақилона мегузаранд ва бо оқибатҳои нохуш вобаста нестанд (1b). Дилбеҳузурӣ дар 85%, қайқунӣ дар 52% ҳомилагон дида мешавад.

- Барои сабук кардани ҳолати дилбеҳузурӣ дар мӯҳлати аввали ҳомилагӣ, имбир (нӯшоба, капсула ё хока дар таркиби кулчақанд), чойи бобуна (ромашка), витамини B6 (10-25 мг ҳар як 8 соат даҳонӣ) ва/ё сӯзанхалонӣ (акупунктура) вобаста ба мавҷудият ва хоҳиши зани ҳомила, тавсия дода мешавад.

- Маслиҳатҳо оиди ғизо: сахари барвақт бояд як бурда нонро ҳӯрад, аз таоми тунд ва рағфани даст кашад, тез-тез ва бо миқдори кам таомро бояд истеъмол кунад.

18.2. Тавсияҳо ҳангоми зардачӯшӣ:

- тағйир додани шакли ҳаёт ва ғизо: тез-тез ва бо миқдори кам таомро бояд истеъмол кард, аз таоми тунд ва рағфани даст кашад, даст кашидан аз қаҳва ва нӯшоқиҳои газдор;

- ҳангоми зардачӯшӣ бояд шир ё ҷурғот ё йогурт истеъмол намудан мумкин аст;

- дар вақти хоб сар бояд дар болои болишти баланд бошад;

- дар мавриди набудани самара таъин намудани антасидҳо. Дар назар бояд дошт, ки антасидҳоқаббиши дигар маводҳоро суст

мекунад, барои ҳамин онҳо бояд дар муддати 2 соат пеш ё пас аз маводҳои оҳан ва туршии фолат истеъмоли карда нашаванд.

18.3. Тавсияҳо ҳангоми қабзият:

- Оиди физиогирӣ бояд маълумот дод (ба таом озуқаҳои сабӯсӣ, сабзавот, кабудӣ бояд ҳамроҳ кард), қабули нӯшокиро зиёд намуд - на кам аз 8 стакан дар як шабонарӯз;
- Дар мавриди набудани самара - маводҳои даруновар, ки миқдори обро дар рӯдаҳо меафзоянд (карами баҳрӣ), перисталтикаи рӯдаҳоро пурзӯр менамоянд (лактолоза), консистенсияи ахлотро мулоим мекунанд (докузати натрий) таъин карда мешаванд;

18.4. Тавсияҳо ҳангоми ҷой доштани бавосир (геморрой):

- Тағйир додани ратсиони таом;
- Дар мавриди шикоят баъди тағйир додани ратсиони таом – крем ва шамчаҳои гемморoidalӣ

18.5. Тавсияҳо ба ҳомиладорон бо васеъшавии варикозии варидҳо:

- бояд маълумот дод, ки васеъшавии варикозии варидҳо аломати паҳншудаи ҳомилагӣ буда, ягон зиён намерасонад;
- метавонанд истифода баранд аз маводҳои ғайрифармакологӣ, ба монанди ҷӯробҳои компрессионӣ, бардоштани пойҳо ва гузоштани

онҳо ба об вобаста бо имконият ва хоҳиши зани ҳомила;

- Чӯробҳои компрессионӣ метавонанд варами пойро кам кунанд, аммо варикозро пешгирӣ намеkunанд.

18.6. Тавсияҳо ҳангоми ташаннуҷ (рагкашӣ) дар пойҳо:

- Қариб нисфи ҳомилагон гирифтормешаванд, бисёртар шабона дар охири ҳомилагӣ;
- Ҳангоми рагкашӣ гузарондани маҳси пой;
- Барои сабук гардонидан ихтилоҷ маводҳои калсий ва магний (300-600 мг дар шабонарӯз ба 3 қабул тақсим намуда) таъин кардан мумкин аст.

18.7. Тавсияҳо ҳангоми будани хориҷот аз маҳбал: бояд маълумот дод, ки зиёд шудани хориҷот аз маҳбал ин тағйирёбии физиологӣ мебошад. Агар хориҷот бӯйнок бошад, хориш безобита кунад, дард дар вақти пешобронӣ дида шавад - сабабаш сироят буда метавонад, барои ҳамин муоина зарур аст (молишак барои муайян кардани флора).

18.8. Тавсияҳо ҳангоми дард дар камар ва дар мавқеъи кос:

- Дарҳол ба табиб муроҷиат намояд;
- Бояд маълумот дод, ки машқҳо дар об, масҳ ва машқҳои ҷисмонӣ метавонанд ёри расонанд, набояд бори вазнин бардорад, пойафзоли баландпошна пӯшидан лозим нест.

ҲАҚМИ МУОИНАИ ҲАТМӢ ҲАНГОМИ РАВИШИ ФИЗИОЛОГИИ ҲОМИЛАГӢ

Стандарти 19. Ташрифот ё ин ки мулоқоти якум: то 12 ҳафтаи ҳомилагӢ ба амал оварда мешавад.

Ҳачми муоинаи зарурӣ:

1. пурсиш, муоинаи умумӣ ва акушерӣ (Замима1);
2. муайян намудани ҳомиладороне, ки гирифтори муомилаи дағал мебошанд ва муҳокимаи дастгирии зарурӣ;
3. гузаронидани пурсиш оиди истеъмоли тамоку, машрубот, маводҳои психофаъол. Фаҳмонидани таъсири манфии инҳо ба ҳолати тифл, агар зани ҳомила/шавҳараш истеъмомол намоянд;
4. **Чен кардани вазн ва кади зани хомила ва муайян кардани ИВБ (замимаи № 2)**
5. **Чен кардани ФШ ва набз;**
6. усулҳои муоинаи лабораторӣ:
 1. гурӯҳ ва резус мансубияти хун;
 2. таҳлили умумии хун, бо ҳисоби тромбоситҳо;
 3. санчиш барои сифилис (Реаксияи Вассерман - RW).
 4. машварати тотестӣ ва санчиши ихтиёрӣ барои ВНМО/БПНМ ҳангоми ташрифи якум ва гепатит В (Барнома);
 5. **Муайян кардани Hbs антиген дар занҳои вакцинасия нашуда.**

6. таҳлили умумии пешоб.
7. **таҳлил барои ББ:** ҳангоми мавҷуд будани лабораторияи бактериологӣ кишти бактериологии ҳиссаи миёнаи пешоб, ҳангоми набудан - микроскопияи пешоб бо рангкунӣ бо усули Грамм, ҳангоми набудан - муайянкунии ББ бо воситаи тест-рахча;
8. **ҳангоми мавҷудияти нишонаҳои клиникӣ** (хориш, хориҷоти фасоднок, тағйирёбии луобпарда ва пӯсти узвҳои ҷинсӣ) муоинаи бактериоскопии хориҷоти маҳбал, уретра, канали сервикалӣ (молишак аз маҳбал) (ниг.Замимаи 10).
9. начосат ба тухми кирми рӯда барои ҳомилагони камхунӣ дошта;
7. **Машварати духтур акушер-гинеколог, агар зани ҳомила дар таҳти назорати духтури оилавӣ ё момодоя бошад;**
8. **Машварати мутахассисон дар мавриди зарурат** (терапевт, эндокринолог ва ғ.);
9. **Машваратдиҳӣ ва роҳат ба ташхиси пренаталӣ барои ҳомилагони гурӯҳи хатар (стандарт):**
10. **Машваратдиҳӣ оид ба** ғизо, беҳдошт, рафтори ҷинсӣ, аломатҳои хатарнок.
11. **Чораҳои пешгирикунанда:** гузаронидани машварат оиди давом додани қабули туршии

фолат, маводҳои йод, аспирин ва маводҳои калтсий

12. Тартиб додани ҳуҷҷатҳо: тартиб сохтан ва додани варақаи мубодилавӣ (формаи 087);

13. додани маълумот ба зани ҳомила ва маслиҳат намудани миқдори ташрифот, додани маълумоти хаттӣириди мӯҳлат ва вақти ташрифи оянда.

14. Фаҳмонидани мақсади гузаронидани МУС пеш аз ташрифи дуввум дар 18-20 ҳафтаи ҳомилагӣ, додани роҳатба муассисаи мувофиқ;

15. Додани роҳат барои муоинаи лабораторӣ ва машваратҳои зарурӣ;

16. Муайян кардани роҳҳои алоқа бо зани ҳомила ё ҳешовандонаш (рақами телефон, суроғаи волидон ва ғ);

17. Пешниҳод намудани маълумоти хаттӣ бо ишораи телефонии корманди тиббе, ки ЁТВ-ро мегузаронад, суроға ва телефоне, ки ҳангоми пайдоиши аломатҳои хатарнок бояд муроҷиат намуд (ниг. ба Замимаи № 17).

Стандарти 20. Мулоқоти (иртиботи) дуюм дар 18-20 ҳафтаи ҳомилагӣ ба амал оварда мешавад

Ҳаҷми муоинаи зарурӣ:

1. Пурсиш ва баҳодиҳӣ ба шикоятҳо, азназаргузаронӣ: замимаи 1;

2. Чен кардани вазн барои муайян кардани иловаи вазн дар мавриди ИВБ $18,5 \text{ кг/м}^2$ ва аз он поён ё ин ки $24,9 \text{ кг/м}^2$ ва зиёд;
3. Чен кардани ФШ ва набз;
4. Муайян кардани сатҳи гемоглобин;
5. МУС (мақсади асосӣ: скрининги нуқсонҳои модарзодии инкишофёбӣ);
6. Тавсияҳо оид ба ғизо ва фаъолияти ҷисмонӣ, беҳдошт, рафтори ҷинсӣ (ниг. ба Замима 13,14);
7. Тавсияҳо оиди қабули пешгирикунандаи сульфати оҳан
8. Маълумотдиҳӣ оид ба аломатҳои хатарнок ва пешкаш намудани маълумот оиди суроғае, ки ҳангоми пайдошавии онҳо бояд муроҷиат кард;
9. Тартиб додани ҳуҷҷатҳо, аз он ҷумла варақаи мубодилавӣ (формаи 087), додани маълумоти хаттӣ оид ба сана ва вақти ташрифи оянда, роҳхат барои муоинаи лабораторӣ.

Стандарти 21. Мулоқоти сеюм дар мӯҳлати 26 ҳафтаи ҳомилагӣ ба амал оварда мешавад.

Ҳаҷми муоинаи зарурӣ:

1. Пурсиш ва баҳодиҳӣ ба шикоятҳо, азназаргузаронӣ: стандарти 17;
2. Чен кардани вазн барои муайян кардани иловаи вазн дар мавриди ИВБ $18,5 \text{ кг/м}^2$ ва аз он поён ё ин ки $24,5 \text{ кг/м}^2$ ва зиёд;
3. Чен кардани ФШ ва набз;

4. Чен кардани баландии қаъри бачадон, қайди гравидограмма ва баҳои он дар мавриди зиёда аз ду нишондод (Замимаи 9);
5. Гӯш кардани таппиши дили тифл (Замимаи 5);
6. Муайянкунии сатҳи гемоглобин;
7. Таҳлили пешоб барои протеинурия;
8. Тавсияҳо оид ба ғизо, беҳдошт, рафтори ҷинсӣ (Замимаи 13,14);
9. Тавсияҳо оид ба қабули пешгирикунандаи сулфати оҳан;
10. Машваратдиҳӣ оид ба аломатҳои хатарнок ва пешкаш намудани маълумот оиди суроғае, ки дар вақти пайдошавии онҳо бояд мурочиат кард (Замимаи 17);
11. Тартиб додани ҳуҷҷатҳо, аз он ҷумла варақаи мубодилавӣ, супоридани маълумоти хаттӣ оид ба сана ва вақти ташрифи оянда.

Стандарти 22. Мулоқоти чорум: дар 30 ҳафтаи ҳомилагӣ.

Ҳаҷми муоинаи зарурӣ:

1. Пурсиш ва баҳодиҳӣ ба шикоятҳо, азназаргузаронӣ; замимаи 1
2. Чен кардани вазн барои муайян кардани иловаи вазн дар мавриди ИВБ $18,5 \text{ кг/м}^2$ ва аз он поён ё ин ки $24,9 \text{ кг/м}^2$ ва зиёд;
3. Чен кардани ФШ ва набз;
4. Чен кардани БҚБ, қайди гравидограмма ва баҳои он (Замимаи 9);
5. Гӯш кардани таппиши дили тифл (Замимаи 5);

6. Таҳлили умумии хун;
7. Таҳлили умумии пешоб;
8. Санҷиш ба сифилис (RW);
9. Пешгирии резус мухолифат дар ҳомиладорони резус манфӣ;
10. Маслиҳатдиҳӣ ва санҷиш барои ВНМО дар гурӯҳи хатар;
11. Машварати акушер-гинеколог ва табиби оилавӣ, агар назоратро момодоя иҷро намояд;
12. Тавсияҳо оид ба ғизо, беҳдошт, рафтори ҷинсӣ (Замимаи 13,14);
13. Тавсияҳо оид ба қабули пешгирикунандаи маводи сулфати оҳан;
14. Маълумотдиҳӣ оиди аломатҳои хатарнок ва пешкаши маълумот оиди суроғае, ки дар мавриди пайдошавии онҳо бояд муроҷиат кард (Замимаи 17);
15. Тартиб додани ҳуҷҷатҳо, аз ҷумла варақаи мубодилавӣ (формаи 087);
16. Ба расмият даровардани рухсатии оиди ҳомилагӣ (дар 30 ҳафтаи ҳомилагӣ).

Стандарти 23. Мулоқоти панҷум дар мӯҳлати 34 ҳафтаи ҳомилагӣ ба амал оварда мешавад.

Ҳаҷми муоинаи зарурӣ:

1. Пурсиш ва баҳодиҳӣ ба шикоятҳо: стандарти 17;
2. Чен кардани вазн барои муайян кардани иловаи вазн дар мавриди ИВБ $18,5 \text{ кг/м}^2$ ва аз он поён ё ин ки $24,9 \text{ кг/м}^2$ ва зиёд;

3. Чен кардани ФШ ва набз;
4. Чен кардани БҚБ, қайди гравидограмма ва баҳои он (Замимаи 9);
5. Гӯш кардани таппиши дили тифл (Замимаи 5);
6. Муайян намудани сатҳи гемоглобини хун
7. Таҳлили пешоб барои протеинурия;
8. Тавсияҳо оид ба ғизо, беҳдошт, рафтори ҷинсӣ;
9. Тавсияҳо оид ба қабули пешгирикунандаи маводи сулфати оҳан;
10. Маълумотдиҳӣ оид ба аломатҳои хатарнок ва пешкаши маълумот оиди суроғае, ки дар мавриди пайдошавии онҳо бояд мурочиат кард (Замимаи 17);
11. Қайди маълумотҳо дар варақаи мубодилавӣ (формаи 087);

Стандарти 24. Мулоқоти шашӯм дар 36 ҳафтаи ҳомилагӣ ба амал оварда мешавад.

Ҳаҷми муоинаи зарурӣ:

1. Пурсиш ва баҳодиҳӣ ба шикоятҳо, азназаргузаронӣ: стандарти 17;
2. Чен кардани вазн барои муайян кардани иловаи вазн дар мавриди ИВБ $18,5 \text{ кг/м}^2$ ва аз он поён ё ин ки $24,9 \text{ кг/м}^2$ ва зиёд;
3. Чен кардани ФШ ва набз;
4. Чен кардани БҚБ, қайди гравидограмма ва баҳои он (аз рӯи стандарт);
5. Чен кардани давраи шикам, муайян намудани ҳолат ва мавқеи тифл;

6. Гӯш кардани таппиши дили тифл (Замимаи 5);
7. Таҳлили умумии хун, пешоб;
8. Тавсияҳо оид ба ғизо, беҳдошт, рафтори чинсӣ;
9. Тавсияҳо оид ба қабули пешгирикунандаи маводи сулфати оҳан;
10. Тавсияҳо оиди синамаконӣ ва контрацепсияи баъди валодатӣ;
11. Маълумотдиҳи оид ба аломатҳои хатарнок ва пешкаши маълумот оиди суроғае, ки дар мавриди пайдошавии онҳо бояд муроҷиат кард;
12. Машварати гурӯҳӣ: тайёр кардани шарик барои валодат аз 37 ҳафтаи ҳомилагӣ (Замимаи 15);
13. Қайди маълумот дар варақаи мубодилавӣ (формаи 087).

Стандарти 25. Мулоқоти ҳафтум дар 38 ҳафтаи ҳомилагӣ анҷом дода мешавад.

Ҳаҷми муоинаи зарурӣ:

1. Пурсиши шикоят ва азназаргузаронӣ: стандарти 17;
2. Чен кардани вазн барои муайян кардани иловаи вазн дар мавриди ИВБ $18,5 \text{ кг/м}^2$ ва аз он поён ё ин ки $24,9 \text{ кг/м}^2$ ва зиёд;
3. Чен кардани ФШ ва набз;

4. Чен кардани БҚБ, қайди гравидограмма ва баҳои он, муайян намудани ҳолат ва мавқеъи тифл;
5. Гӯш кардани таппиши дили тифл (Замимаи 5);
6. Таҳлили пешоб ба протеинурия;
7. Тавсияҳо оид ба ғизо, беҳдошт, рафтори чинсӣ;
8. Тавсияҳо оид ба қабули пешгирикунандаи сулфати оҳан;
9. Маслиҳатдиҳӣ оид ба синамаконӣ ва контрацепсияи баъдивалодатӣ, нигоҳубини навзод;
10. Машваратдиҳӣ оид ба валодати шарикӣ;
11. Маълумотдиҳӣ оид ба аломатҳои хатарнок ва пешкаши маълумот оиди суроғае, ки дар мавриди пайдошавии онҳо бояд муроҷиат кард (Замимаи 17);
12. Қайди маълумот дар варақаи мубодилавӣ (формаи 087).

Стандарти 26. Мулоқоти ҳаштум дар 40 ҳафтаи ҳомилагӣ анҷом дода мешавад.

Ҳаҷми муоинаи зарурӣ:

1. Пурсиши шикоят ва азназаргузаронӣ: стандарти 17;
2. Ҳангоми ИВБ аввалияи 18,5 кг/м² ва поён чен кардани вазн барои муайян кардани вазни иловагӣ;
3. Ченкунии ФШ ва набз;

4. Ченкунии давраи шикам, БҚБ, қайди гравидограмма ва баҳои он;
5. Муайян кардани вазни тахминии тифл;
6. Гӯш кардани таппиши дили тифл (Замимаи 5);
7. Таҳлили пешоб барои протеинурия;
8. Тавсияҳо оид ба ғизо, контрацепсияи баъди валодатӣ, беҳдошт, синамакконӣ, нигоҳубини навзод, валодати шарикӣ;
9. Тавсияҳо оид ба қабули пешгирикунандаи сулфати оҳан;
10. Маълумотдиҳӣ оид ба аломатҳои хатарнок ва пешкаши маълумот оиди суроғае, ки дар мавриди пайдошавии онҳо бояд муроҷиат кард (Замимаи 17);
11. Додани роҳат барои бистарикунони дар мӯҳлати 40 ҳафтаи ҳомилагӣ;
12. Қайди маълумот дар картаи инфиродии ҳомиладор ва таваллудкунанда (формаи 029) ва варақаи мубодилавӣ (формаи 087).

Матриса оиди мундариҷаи ёри то валодатӣ

Чорабиниҳо	Мулоқоти антенаталӣ							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	Мӯҳлати ҳомилагӣ(дар ҳафтаҳо)							

	то 12	18-20	26	30	34	36	38	40
Сана								
1. Шиносои	+							
2.Шикоят ва баҳои онҳо	+	+	+	+	+	+	+	+
3.Ҷамъи собиқа: соматикӣ ва акушерӣ	+							
4.муоинаи умумӣ ва бо системаҳо	+	+	+	+	+	+	+	+
5.Муоинаи гарда наки бачадон бо оинаҳо*	+							
6.Муоинаи маҳбалӣ*	+							
7.Муайян кардани мӯҳлати тахминии ҳомилагӣ ва валодат	+							
8. Муайян кардани вазни тахминии тифл						+	+	+
9.Пурсиш оиди сифати ҷунбиши тифл		+	+	+	+	+	+	+
10.Чен кардани ФШ ва PS	+	+	+	+	+	+	+	+
11.Ченкунии БҚБ ва			+	+	+	+	+	+

баҳодиҳии гравидограмма								
12.Гӯш кардани таппиши дили тифл				+	+	+	+	+
13.Таҳлили умумии хун бо тромбоцитҳо	+					+		
14.Муайянкунии Hb хун		+	+	+			+	
15.Муайян кар- дани гурӯҳ ва Rh мансубияти хун**	+							
16.Реаксияи Вассерман	+			+				
17. машварати то тестӣ ва муоина барои ВНО ***	+							
18.Муайян кар- дани HbS антиген дар занҳои вак- синатсия нашуда	+							
19.Таҳлили умумии пешоб	+			+			+	
20.Муайянкунии протеинурия		+	+		+	+		+
21.Муайянкунии ББ*	+							
22.МУС. Скрининги НМИ		+						
23.Наҷосат барои туҳми кирм дар мавриди Hb<90г/л+табобати								

зидди гелминтӣ								
24.Машварати мутахассисон бо нишондодҳо	+							
25.Машварати акушер-гинеколог*	+							+
26.Машварат оиди ғизои солим ва фаъолияти ҷисмонӣ	+	+	+	+	+	+	+	+
27.Машварат оиди аломатҳои хатарнок	+	+	+	+	+	+	+	+
28.Машварат оиди тайёри ба валодат ва тайёр кардани шарик						+	+	+
29.Машварат оиди синамаконӣ						+	+	+
30.Машварат оид ба контрацепсия						+	+	+
31.Қайди қабули маводи оҳан ва туршии фолат барои пешгирии камхунӣ	+	+	+	+	+	+	+	+
32.Қайди қабули туршии фолат барои пешгирии дефекти найчаи асаб	+							
33.Қайд кардани	+							

картаи инфиродӣ (формаи 029)								
34.Омода сохтани варақаи мубодилавӣ ва ба дасти зан додани он (формаи 087)****	+							
35.Қайди рухсатии декретӣ				+				
36.Додани маълумоти хаттӣ: телефон, самти роҳхат, суроға	+	+	+	+	+	+	+	+
37.Додани роҳхат барои бистарикунонӣ								+
Имзо:								

*то ташрифи дуввум мавқуф гузоштан мумкин аст;

**дар мавриди резус манфии мансубияти хун муайян кардани резус омили падар;

***дар 28-36 ҳафтаи ҳомилагӣ муоинаи тақрори барои ВНМО/АНМО дар ҳомиладорони гурӯҳи хатар гузаронида мешавад;

****варақаи мубодилавӣ ба даст ҳангоми ташрифи **якум** бояд дода шавад

Матриса барои мониторинг ва худназорати кормандони тиб истифода бурда мешавад. Ҳар

як амалиёти иҷрошуда ва вақти иҷроиши он бояд қайд карда шавад. Масалан:

Таҳлили умумии пешоб	+ 01.05.14						+ 01.03.15	
-----------------------------	----------------------	--	--	--	--	--	----------------------	--

Замимаи №1

ГУЗАРОНИДАНИ ПУРСИШ ВА МУОИНАИ ЗАНИ ҲОМИЛА

1. Омода намудани ҷой барои гузаронидани сӯҳбат;
2. Бо хушнудӣ ва хайрхоҳона занро хайрамақдам гӯед;
3. Гузаронидани баҳодиҳии зуди ҳолати зани ҳомила (вайроншавиҳои гипертензивӣ, хунравӣ, ҳароратбаландӣ, бадшавии ҷунбиши тифл). Ҳангоми зарурат расонидани ёри фаврӣ. Дар мавриди набудани масъалаҳои ҳатмӣ;
4. Худро муаррифӣ намоед ва занро ба нишастан таклиф намоед;

5. Аз зан хоџиш намоед, ки ном ва насаби худро, синну сол, Ҷои истиқомат, маълумот, касб ва Ҷойи кори шавҳараш, телефони хонагӣ ва мобилии зани ҳомила ва шавҳараш (ё ин ки нафари наздик)ро номбар намояд.

6. Чи гуна мушкилиҳои ғайритиббӣ дорад (махсусан шароити зиндагӣ, ғизогири, зӯрварӣ дар оила);

7. Пурсидани зан оиди аҳволи ӯ, гӯш кардан ва баҳо додан ба шикоятҳо.

8. **Ҷамъи собиқа.** Пурсидан ва қайд кардан:

- оё зан ё шавҳараш шароб менӯшанд, маводи психоактивӣ истеъмол мекунанд, сигор мекашад ё сигоркаши нофаъол мебошад;
- кадом бемориҳоро аз сар гузаронидааст (аввалин бор кай ташхис карда шудааст, табобат);
- кадом бемориҳо/мушкилиҳоро дар айни ҳол дорад;
- оё нисбати маводҳои доругӣ ва ё ғизо ва ё дигар маводҳо ҳассосият дорад;
- оё дар ҳаёташ ягон ҷарроҳӣ, аз он ҷумла гинекологӣ ва гузаронидани компонентҳои хунро аз сар гузаронидааст ва бо кадом сабаб;
- оё дар ҳешовандон ягон бемориҳои ирсӣ, бемории фишорбаландӣ, диабети қанд ва ғ. ҳаст.

9. Хусусияти фаъолияти репродуктивӣ. Пурсидан ва қайд кардан:

- **хусусияти фаъолияти ҳайзӣ:** синну соли менархе, кай ҳайз устувор гардид, давомнокии ҳайз, хусусияти ҳайз: давомнокӣ, миқдори хуни талафшуда, санаи ҳайзи охирин;

- **хусусияти фаъолияти ҷинсӣ:** синну соли оғози ҳаёти ҷинсӣ, никоҳи чандум. Додани савол оиди синну сол, ҳолати саломатӣ ва дараҷаи хешутабории шавҳар, истифодаи шароб ва маводҳои психонаркотикӣ аз ҷониби ӯ;

- **таҳлили фаъолияти репродуктивӣ:** ҳомилагихӯи пешина ва оқибатҳои онҳо, пурсидан оиди мушкилиҳо, аворизҳо ҳангоми ҳомилагихӯи гузашта, валодат, давраи баъди валодатӣ. Аҳамияти хоса ба валодати ҷарроҳӣ, хунравӣ, ҳароратбаландӣ, осебият, баландшавии ФШ ва дигар аломатҳои пре/эклампсия бояд дода шавад;

- **миқдори фарзандон:** пурсиш оиди ҳолати солимии онҳо, давомнокии синамакнонии мутлақ, бемориҳои алоқаманд бо валодат, миқдори фарзандони зинда, сабаби фавти кӯдакон, агар бошанд;

10. Анамнези ҳомилагии ҳозира. Пурсидан ва қайд кардан:

- ҳомилагии хоста\нохоста, истифодаи усулҳои контрасепсияе, ки зан истифода бурдааст, аз онҷумла пеш аз ин ҳомилагӣ;
- равиши ҳомилагии ҳозира дар ҳар семоҳагӣ, кадом саволҳоро оиди ҳомилагӣ дорад ва додани посух ба онҳо;
- оё ҳангоми ҳомилагӣ ягон маводҳои доругӣ истифода бурдааст ва бо чи сабаб;

11. Гузаронидани муоинаи умумӣ аз рӯи узвҳо ва системаҳо:

- намуди сохти бадан, қад, вазн, ҳисоби ИВБ (Замимаи №2);
- чен кардани ҳарорати бадан;
- пӯст ва луобпардаҳо: ранг, мавҷудияти ҳосилаҳои патологӣ, васеъшавии рағҳо, варамҳо. Ҳангоми ҳар ташрифот муҳим аст, ки муоина барои ташҳиси васеъшавии варидҳо ва/ё илтиҳоби варидҳо гузаронида шавад. Мавҷудияти варамҳои гузарандаро ҳолати патологӣ ҳисоб намеkunанд, барои он, ки дар 80% ҳомилагон дида мешавад. Варамҳои патологӣ—ин варамҳои зиёд ё ин ки якбора пайдошуда мебошанд;
- муоина ва палмосидани гиреҳҳои лимфатикии канорӣ;
- муоинаи чашм: ранги конъюктива ва склера, ҳолати гавҳарак, аксуламал ба рӯшноӣ;
- муоинаи ковокии даҳон, гулӯ, дандонҳо (дар назар бояд дошт, ки кариес манбаи сирояти

музмин мебошад, дар давраи баъдивалодати метавонад сабаби сепсиси одонтогенӣ шавад);

- ғадудҳои ширӣ: ба пистонҳо, хоричоти патологӣ аҳамият дода мешавад;

- ғадуди сипаршакл;

- системаи нафаскашӣ (хусусияти нафаскашӣ, миқдори нафаскаши, перкуссия, аускултатсияи шушҳо);

- системаи дилу рағҳо: шуморидани набз дар давоми 1 дақиқа, чен кардани ФШ дар ду даст (Замима №3), перкуссия ва аускултатсияи дил;

- перкуссия ва палмосидани ҷигар;

- системаи ҳозима; фаъолияти рӯдаҳо.

- аломатҳои неврологӣ;

- системаи пешоббарорӣ: шикоятҳо, миқдори эҳтимолии пешоб дар як шабонарӯзӣ, ранги пешоб, аломати зарбазанӣ, палмосидани гурдаҳо;

12. Муоинаи берунаи акушерӣ (Замима №3);

13. Гӯш кардани таппиши дили тифл

14. Муоинаи маҳбал ва гарданаки бачадон бо оинаҳо ва муоинаи дудасти маҳбалию-девори пешии шикам дар вақти ташрифи аввалин ва баъдан бо нишондодҳо (Замима №4)

15. Ҳисоб кардани: мӯҳлати ҳомилагӣ ва мӯҳлати тахминии таваллуд ва вазни тахминии тифл (аз 36 ҳафтаи ҳомилагӣ) ва

- хабардор намудани зани ҳомила (Замима 5).
16. Баҳодиҳии нишондодҳои муоинаҳои иловагӣ ва қайд кардан дар формаи 029.
 17. Гузоштани ташхис, маълумоти ба даст овардари ба формаи 029 қайд намудан, тартиб додани варақаи мубодилавӣ (форма 087).

Замимаи № 2

Муайян кардани ИВБ

ИВБ имконият медиҳад, барои муайян кардани норасогии вазни бадан ва ё бисёрвазнӣ, вазнгирии тахминии ҳомила, хатарҳои имконият дошта. Мисол: ҳангоми норасогии вазн, гирифтани вазн бояд зиёд бошад нисбати ИВБ-и зиёд. ИВБ бояд то банақшагирии ҳомилагӣ ё дар аввали триместери якум муайян карда шавад.

Ҳисоби ИВБ: вазни зан бо кг-ро тақсим мекунем ба квадрати қад бо метр.

Мисол: вазни зан – 60 кг; қад – 164 см

Лозим аст: гузаронидани 164 см ба метр, ин мешавад 1,64 м. Квадрати қад бо метр мешавад $(1,64\text{м})^2 = 2,69\text{м}^2$;

ИВБ = 60 кг: $2,69\text{м}^2 = 22,3 \text{ кг/м}^2$ (ИВБ гувоҳи медиҳад оиди дар меъёр будани вазн ва хатари ками беморӣ, ниг. қадвали поёнро).

Мутаносибии ИВБ ва хатари пайдоиши бемориҳо, авзоиши вазн*

Ташхис	ИВБ бо кг/м ²	Хатари пайдоиши беморӣ	Зиёдшавии тавсияшавандаи вазн дар кг
Норасоғии вазни бадан	18,5 ва кам	зиёд аст	12,5-18
Вазни эътидолии бадан	18,5-24,9	нест	11,5-16
Вазни зиёди бадан	25,0-29,9	зиёд аст	7-11,5
Фареҳии I дараҷа	30,0-34,9	баланд	5-9
Фарбеҳии II дараҷа	35,0-39,9	бисёр баланд	5-9
Фарбеҳии III дараҷа	40,0 ва зиёд	аз ҳад баланд	5-9

*таснифоти пешниҳод кардаи National Health Institute США, тасдиқи ТУТ

- агар ИВБ 18,5 кг/м² ва кам ё 25 кг/м² ва зиёд бошад, ҳангоми ташрифи навбати баркашии вазн бо мақсади муайян намудани иловашавии вазн, гузаронида мешавад.
- агар ИВБ 30 кг/м² ва зиёд – таваллудкунони дар таваллудхонаи 2-3 сатҳ гузаронида мешавад (ҳомила бо ИВБ 35 кг/м² ва зиёд назорати махсусро талаб мекунад, дар онҳо хатари баланди инкишофи оризаҳо вучуд дорад)

Замимаи №3.

ЧЕН КАРДАНИ ФШ

Омода намудани таҷҳизот:

- Асбоб: сфигмоманометри симобӣ/анероидӣ ё ин, ки тонометри автоматикунонида. *Дар мавриди истифодаи таҷҳизоти автоматикунонидашуда мунтазам калибровкаи он гузаронида шавад.*

- Дафтбанд. Истифодаи дафтбанди андозаи мувофиқ бисёр муҳим аст. Васеги камераи резинии дафтбанд на кам аз 40% давраи китф буда, дарозиаш- 2 маротиба аз ин андоза зиёд бояд бошад. Ҳадди ақал дафтбанд бояд $\frac{3}{4}$ давраи китфро ихота намояд. Андозаи дафтбанд инфироди ҷудо карда мешавад. Ҳангоми дафтбанди танг ФШ боло мешавад, аз ҳад васеъ бошад – паст мешавад. Дафтбанди стандарти барои калонсолон камераи дохилии пневматики дорад, ки васеъгаш 13-15 см, дарозиаш 30-35 см аст.

- Фонендоскоп

- Ҳар дафъа пеш аз чен кардани фишор тафтиш карда шавад, ки ақрабаки манометр дар нишондоди сифр ҷойгир бошад, аз дафтбанд бояд ҳаворо пурра бароварда шавад (нишондод дар манометр 0).

Қоидаҳои ченкунии ФА:

- Муҳит: ҳолати сусткунандаи ором, баъди истироҳати 5 – 10 дақиқаина дар шароити ҳарорати мӯътадили утоқ.

- Дар давоми 1 соати пеш аз ченкунии ФШ нӯшидани қаҳва, истеъмоли гизо тавсия дода намешавад, сигоркаши ва сарбории ҷисмонӣ иҷозат дода намешавад. Баъди сарбории ҷисмонӣ ё амалиёти дарднок - танаффус 30 дақиқа.

- Додани маълумот ба зани ҳомила оиди мақсади чен кардани ФШ.

- Шустан ва хушк намудани дастон ё ин ки коркард бо маҳлули антисептикӣ агар дастон дар вақти қабул шуста бошанд.

Ҳолати мизоч: Сатҳи ФШ аз ҳолати бадан вобаста аст: аз ҳама баланд дар ҳолатинишастан, паст - ҳоб рафтан ба паҳлӯ, миёна – ҳолати ба пушт хобидан

- Дасте, ки дар он ФШ чен карда мешавад, бояд такагоҳ дошта бошад, пурра дар рӯи миз ва ё кат ҷойгир буда (овезон набошад!), аз либоси танг озод бошад.

- ФШ дар ҳолати нишастан: зани ҳомиларо ба курсии назди миз мешинонанд, ки дар он даст бароҳат ҷойгир мебошад, тахтапушти зани ҳомила ба курси така мекунад, ҳар ду пойҳо дар фарш ва каме ростшуда дар буғуми зону, пойҳо набояд печида бошанд.

- Дар мавриди чен кардан дар ҳолати хобида – гардонидан ба паҳлӯи чап зери кунҷи 45 градус (манометр дар сатҳи дил).

- Дар ҳолати ба пушт хобидани мизоҷ ФШ-ро чен кардан мумкин нест, чунки бачадони ҳомила рағҳоро зер мекунад ва ФШ боваринок намешавад.
- ФШ дар ҳар ду даст 3 маротибаги чен карда мешавад.
- Чашмони шахси ФШ ченкунанда бо мениски сутунчаи симобӣ бояд дар як сатҳ бошанд (барои ба вучуд наомадани самараи ҷойивазкунӣ).

Ченкунӣ

- Барои дуруст ништастан (хобидан) ёрӣ расонед. Дастбандро тавре ҷойгир намоед, ки он дастро зич ихота кунад, канори поёни он ба 2,5 см аз мавқеи қатшавии оринҷ боло бошад.
- Ҷойгиршавии манометр: дар сатҳи дил. Дар ҳолати аз сатҳи дил паст ҷойгиршавии дастбанд ФШ баланд мешавад, агар боло бошад – паст мешавад. Канори поёнии дастбанд аз қати оринҷ 2,5 см боло ҷойгир аст. Дастбанд ба дасти луч гузошта машавад. Ҳангоми чен кардан аз болои либос – ФШ боло мешавад.
- Дар чуқурчаи оринҷ шараёни китфро палмосед ва ба болои он сараки фонендоскопро ҷойгир намоед.
- Якҷоя бо ҳаво пур кардани дастбанд садои набзро гӯш кунед. То пурра қатъшавии гардиши

хун дар шараён дастбанд бо ҳаво пур карда шавад.

- Аз он лаҳзае, ки шунидани зарбаи набз қатъ мегардад, боз ба 30 мм.сут.сим бо ҳаво пур кунед.
- Сарпӯшаки ҳаворо оҳиста муқобили ақрабаки соат кушоед, ки фишор дар дастбанд бо ҳар зарбаи дил ё ин ки ба 2- 3 мм.сут.симобӣ дар сония кам шавад.
- Ҳангоме, ки зарбаи аввали набз шунида мешавад - **ФШ систоликӣ** сабт карда мешавад (садои I-уми Коротков).
- Паст кардани фишор то қатъ гаштани зарбаҳо давом дода мешавад – садои охирон - ин **ФШ диастоликӣ** (садои V-уми Коротков).
- Дасти зани ҳомиларо аз дастбанд озод намоед.
- Баҳодиҳии ФШ, дар бораи натиҷа ба зан маълумот диҳед ва нишондоди ФШ дар ҳуҷҷати тиббӣ қайд намоед.

Замимаи №4

Муоинаи берунаи акушерӣ

1. Таҷҳизотро барои муоинаи акушерӣ омода намоед (лентаи сантиметрӣ, стетоскоп, соат бо ақрабаки сониявӣ)
2. Ба зан оиди мақсади гузаронидани муоинаи акушерӣ маълумот диҳед.
3. Аз зан хоҳиш кунед, ки пешоб кунад.

4. Дастатонро шӯед, хушк кунед ё ин ки бо маҳлули антисептикӣ коркард намоед.
5. Парпечи тозаро ба рӯи катча паҳн намоед.
6. Ба зан ёрӣ диҳед, ки бо пойҳои росткардашуда ба рӯи катча хобад
7. Аз тарафи рости зан рӯ ба рӯ истед.
8. Бо дастони гарм, бо истифодаи усули Леополд (ниг.ба поён) баландии қаъри бачадон, ҳолат, мавқеъ, сатҳи ҷойгиршавии қисми пешомад нисбати даромад ба коси хурдро муайян намоед (аз 36 ҳафтаи ҳомилагӣ).
9. Бо лентаи сантиметрӣ масоҳатро байни нуқтаи миёна ва болоии симфиз ва нуқтаи баландтарини қаъри бачадон чен кунед (ниг.ба «Гравидограмма»).
10. Бо стетоскопи акушерӣ таппиши дили тифлро гӯш кунед (стандарт)
11. Оиди натиҷаҳои муоина ба зан маълумот диҳед.
12. Дастатонро шӯед, хушк кунед ё ин ки бо маҳлули антисептикӣ коркард намоед.
13. Маълумотҳои гирифтаре ба картаи назоратӣ қайд намоед.

Усулҳои Леополд

Палмосидани шикам – усули асосии муоинаи берунаи акушерӣ мебошад. Ҳангоми палмосидан қисмҳои тифл, андозаи он, ҳолат, мавқеъ,

пешомад, ҷойгиршавии қисми пешомада ба коси модарро муайян мекунанд.

Усули якум - муайян кардани БҚБ:

1. Дар рӯ ба рӯи зани ҳомила бояд истод;
2. Кафи дастонро ба қаъри бачадон мегузоранд;
3. Ангуштони дастро ба ҳам наздик мекунанд.
4. Бо фишороварии оҳиста ба поён сатҳи қаъри бачадонро муайян мекунанд.

Усули дуюм – тахтапушт ва қисмҳои хурди тифл муайян карда мешавад (муайянкунии мавқеъ ва намуди мавқеъ):

1. Дар рӯ ба рӯи зани ҳомила бояд истод;
2. Ду дастро аз қаъри бачадон ба поён, то сатҳи ноф гузаронида дар ду паҳлӯи бачадон ҷойгир мекунанд. Палмосидани қисмҳои тифлро бо навбат бо дасти рости чап ба амал меоранд.
3. Дасти чап дар як ҷо ором (беҳаракат) меистад, панҷаҳои дасти рост бошад дар паҳлӯи чапи бачадон лағжида қисмҳои ба инҷо нигаронидашуда тифлро ҳис мекунанд.
4. Дасти рост дар як ҷо ором (беҳаракат) меистад, панҷаҳои дасти чап бошад дар паҳлӯи рости бачадон лағжида қисмҳои ба инҷо нигаронида шудаи тифлро ҳис мекунанд.
5. Дар мавриди тӯли ҷой гирифтани тифл аз як тараф тахтапушти тифл палмосида мешавад, дар тарафи муқобил қисмҳои хурди тифл.

Мавқеъи I- тахтапушт аз тарафи чап, мавқеъи II- тахтапушт аз тарафи рост.

Усули сеюм – барои муайян кардани қисми пешомада истифода бурда мешавад.

Табиб (момодоя) аз тарафи рост, дар рӯ ба рӯи зани ҳомила меистад.

1. Як дастро (одатан ростро) каме болотар аз қовуқ чунон мегузоранд, ки ангушти калон аз як тараф ва чор ангушт аз тарафи дигари сегменти поёнии бачадон ҷойгир мешавад.

2. Оҳиста ва бо эҳтиёт ангуштонро ба шикам зер карда қисми пешомадаро фаро мегиранд. Сараки тифл мисли қисми сахт, гирд, алвонҷхӯранда палмосида мешавад. Ҳангоми пешомади кос қисми нарми ҳаҷман калон, намуди гирд надошта, ноҷунбон палмосида мешавад. Ҳангоми ҳолати кӯндаланг ва қачи тифл қисми пешомада палмосида намешавад.

Усули чорум – сатҳи ҷойгиршавии қисми пешомадаро нисбати коси хурд (дар даромади кос, бо қисми хурд ё калон дар ҳамвории кос, дар ковокии кос) муайян мекунад.

Духтур (момодоя) аз тарафи рост меистад, рӯяш ба тарафи пойҳои зани ҳомила нигаронида мешавад.

1. Кафи ҳар ду дастро дар қисми поёнии бачадон аз тарафи рост ва чап мемонанд, нӯги ангуштон то симфиз мерасад.

2. Бо ангуштон оҳиста ба поён ба тарафи даромади коси хурд ҳаракат намуда қисми пешомада (сарак, қисми коси) ва баландии ҷойгиршавии онро муайян мекунанд. Агар сараки тифл ба дохили кос хело ворид шуда бошад, танҳо асоси он палмосида мешавад.

Замимаи №5

Гӯш кардани таппиши дили тифл

1. Мавқеи тифлро муайян намоед (усули дуюми Леополд);
2. Қисми васеъи стетоскопи акушериро ба он паҳлӯи шикам, ки пушти тифл ҷойгир аст, наздиктар ба сараки тифл гузored;
3. Ҷоеро, ки садои таппиши дили тифл дақиқ шунида мешавад муайян кунед;
4. Набзи модар ва таппиши дили тифлро дар муддати **як дақиқа** ҳисоб намоед (меъёр-120-160 зарба дар як дақиқа)

Гӯш кардани таппиши дили тифл ҳангоми ҳолатҳои зерин мушкил мебошад:

1. Бисёробӣ;
2. Намуди қафои пешомади пушти сар;
3. Ҳолатҳои нодурусти тифл;
4. Аз ҳад зиёд будани чарбуи зери пӯсти шиками модар
5. Ҳангоми қатъ гаштани садои таппиши дили тифл ва ҳаракати тифл, фавти тифл мушоҳида

карда мешавад. Барои ташхиси ниҳони марги тифл МУС истифода бурдан мумкин аст.

Ташхиси тафриқавӣ

Ҳангоми гӯш кардан бо стетоскоп садоҳои дигарро низ шундан мумкин аст: зарбаи аортаи шикам ё ин ки садоҳои дигар шараёнҳои девораи паҳлӯи бачадон - бо набзи зан ҳамсадо мешаванд, садоҳои рӯдаҳо хусусияти хосро доранд.

Замимаи №6

Муоинаи маҳбал ва гарданаки бачадон бо оинаҳо ва муоинаи дустаи маҳбалию девораи пеши шикам (ҳангоми ташрифи якум ё ин ки дуҷум гузаронида мешавад)

1. Оиди мақсади гузаронидани муоинаи маҳбалӣ ба зан маълумот диҳед;
2. Асбобҳои омода созед;
3. Дастҳоятонро бо собун шӯед, хушк кунед;
4. Дастпӯшакҳои таъмизшуда ё ин ки муоинавино ба ҳар ду даст пӯшед;
5. Аз зани ҳомила хоҳиш кунед, ки ба мизи гинекологӣ ё катча хоб кунад

6. Муоинаи узвҳои ҷинсии беруна ва луобпардаи даромади маҳбал:

- Лабҳои калон ва хурди таносулиро бо ангуштони ишоратӣ ва калони дасти чап аз ҳам бояд дур сохт;

- Вулва (фарч), луобпардаи даромади маҳбал, сӯрохии берунаи уретра, баромади роҳҳоиғадудӣ бартолинӣ ва чатан аз назар гузаронида мешавад.

Муоина бо ёрии оинаҳои маҳбалӣ (истифодаи оинаҳои ду табақа ё қошуқмонанд мумкин аст).

- Оинаи табақадорро дар андозаи рости кос то гунбази маҳбал дар ҳолати пӯшида ворид кард, баъд он ба андозаи кўндаланг гузаронида, кушода ва гарданаки бачадон аз назар гузаронида мешавад. Дар мавриди истифода кардани оинаҳои қошуқмонанд аввал оинаи ақибро ворид намуда, каме ба чатан бояд фишор овард; баъдан баробари он оинаи пешро ворид карда бо он девори пеши маҳбалро мебардоранд.
- Муоинаи гарданаки бачадон: намуд, ранг, қисми беруна, дигаргуниҳои патологӣ, хоричот аз канали сервикалӣ
- Девораҳои маҳбалро ҳангоми оҳиста баровардани оинаҳо муоина менамоянд.
- Оинаро бароварда ва ба дохили маҳлули безараркунанда андохтан лозим аст.

Муоинаи дудасти (бимануалӣ) маҳбалию девораи пеши шикам

- Бо ангуштони ишоратӣ ва калон дасти чап лабҳои калон ва хурди таносулиро аз ҳам бояд дур сохт: ангушти ишоратӣ ва миёнаи дасти

ростро оҳиста ба маҳбал дохил намуда, ангушти калонро ба боло, ду ангушти дигарро ба кафи даст қат карда, пушти дастро ба тарафи чатан бояд ҷавс кард.

- Бо ангуштони дар дохили маҳбал буда мушакҳои қабри қос, девораҳои маҳбал (чинҳо, қобилияти ёзандагӣ, мулоимии он), гунбазҳои маҳбал, гарданаки бачадон (шакл, консистенсия, ҷойгиршавӣ дар хати қос) ва қисми берунаи канали сервикалиро (кушода, пӯшида, намуд: гирдшакл ё ровмонанд ва ғ.) муоина карда мешавад.

- Ангуштони дар дохили маҳбал бударо ба гунбази пеш бурда, гарданаки бачадон каме ақиб кашида мешавад.

- Бо ангуштони дасти чап оҳиста ба девори шикам тарафи ковокии қоси хурд ва ангуштони дасти рост бояд фишор овард.

- Ангуштони ҳарду дастро наздик карда бачадонро пайдо карда ва ҳолат, шакл, андоза, консистенсияи ўро муайян менамоянд.

- Дар анҷоми муоина қисми дохилии устухонҳои қосро палмосида конюгатаи диагонали чен карда мешавад.

- Дастпӯшакҳоро кашида ва онҳоро ба дохили контейнер партофтан лозим аст. Дастҳоро бо собун мешӯянд ва хушк мекунанд.

- Ба зани ҳомила барои фаромадан аз миз ёрӣ мерасонанд.
- Занро аҳволпурсӣ намуда оиди натиҷаҳои муоина маълумот дода мешавад.
- Маълумотҳо дар ҳуҷҷати тиббӣ (формаи 029) қайд карда мешаванд.

Замимаи №7

Муайян кардани мӯҳлати тахминии ҳомилагӣ ва валодат

Муайян кардан аз рӯи ҳайзи охирин:

- ба рӯзи охирини ҳайз 40 ҳафта (280 рӯз) илова карда мешавад;
- бо формулаи Негеле: аз ҳайзи охирин – 3 моҳ + 7 рӯз (мисол, ҳайзи охирин 13.03.17. Тарҳи 3 моҳ – ин 13.12.17, + 7 рӯз – 20.12.17. – 40 ҳафта);
Бо овулятсия: вобаста аз давомнокии давра. Ба рӯзи якуми ҳайзи охирин + 14 + 280 рӯз. Дар мавриди давраи ҳайзии – 28 рӯза + 14 рӯз. Мисол, ҳайзи охирин 13.03.17. + 14 рӯз (27.03.17.) + 280 рӯз - 01.01.18 - 40 ҳафта;
Бо ташрифи аввалин ба КАТС: ба санаи ташрифи якум 40 ҳафта илова карда мешавад.
Бо нишондодҳои МУС: бо шарте, ки муоинаи аввалин дар нимаи якуми ҳомилагӣ гузаронида шудааст.

Замимаи №8

Муайян кардани вазни тахминии тифл

1. бо формулаи Джонсон
 $X = (БҚБ - 11) \times 155$; ҳангоми вазни ≥ 90 кг $= (БҚБ - 12) \times 155$. Мисол, БҚБ ба 36 см баробар мебошад.
Вазни тахминии тифл (X) $= (36 - 11) \times 155 = 3875,0$ г
2. Давраи шикам зарби баландии қаъри бачадон. Мисол, БҚБ = 36, давраи шикам = 86.
Вазни тахминии тифл: $86 \times 36 \approx 3200,0$ г
3. бо формулаи Ланковитс
(ДШ+БҚБ+қади зани ҳомила (дар см)+вазн (зани ҳомила дар кг) $\times 10$. Вазни тахминии тифл =
 $(86 + 36 + 160 + 67) \times 10 = 3490,0$ г
4. Вазни тахминии миёнаи тифл: $(1 + 2 + 3) : 3$
 $= (3875,0 + 3200,0 + 3490,0) : 3 = 3500,0$

Замимаи №9

Гравидограмма

Мафҳум: Гравидограмма – чадвали баландии қаъри бачадон дар рафти ҳомилагӣ барои баҳо додан ба мувофиқатии вазни бадани тифл ва мӯҳлати ҳомилагӣ мебошад. Ченкуниро аз 24 ҳафтаи ҳомилагӣ сар мекунанд, барои баҳо додан на кам аз **2 ченкунӣ** зарур аст.

Мақсади бурдани гравидограмма: саривақт муайян намудан ва ё пешгӯи кардани боздошти инкишофи тифл ва интиқол кардан ба муассисаи сатҳи 3 (яъне in utero) барои аниқ намудани ташхис ё ин ки валодаткунонӣ.

Бартарии истифодаи гравидограмма:

- Барои қайд кардан ва баҳододан оддӣ аст;
- Имконияти ташхиси андозаи хурд ё калони тиффро медиҳад;
- Ҳамчун скрининг барои муайян кардани боздошти инкишофи тифл истифода бурдан мумкин аст.

Муайян кардани баландии қаъри бачадон

Чен кардани баландии қаъри бачадон:

1. Талабот:

- Ба зани ҳомила додани маълумот оиди мақсад, усул ва натиҷаҳои ченкунии баландии қаъри бачадон.
- Барои баҳодиҳии дуруст хуб мешавад, агар ченкуниро ҳар дафъа як нафар гузаронад (аз рӯи имконият);
- Лентаи сантиметрӣ бояд бо рақамҳои намоён бошад;
- Ченкунӣ аз мӯҳлати 24 ҳафтаи ҳомилагӣ бояд сар шавад;
- Баҳодиҳӣ аз 26 ҳафтаи ҳомилагӣ ҳангоми мавҷуд будани на камтар аз 2 нишондоди ченкунӣ гузаронида мешавад.

Баҳодиҳии гравидограмма:

- Қисми аз хати боло буда, инкишофи «аз ҳад зиёд» -и тиффро нишон медиҳад. Тифлони дар қисми аз хат боло ҷойгиршударо «аз синни гестатсионӣ калон» ном мебаранд, масалан,

тифлони аз модари диабети қанд дошта таваллуд шуда.

- Тифлоне, ки дар қисми поён аз хат ҷойгир шудаанд, «барои синни гестатсионӣ хурд» ном бурда мешаванд. Ин тасниф маънои боздошти инкишофи дохилибатнии тифлро дорад, ки метавонад бо сабабҳои зиёди гуногун пеш ояд: боздошти инкишофи ҳақиқӣ, аномалияҳои ирсӣ, хурди ҳақиқӣ барои синни гестатсионӣ.

Баҳои нишондодҳои ченкунии баландии қаъри бачадон бо истифодаи гравидограмма

1. Қисми дар байни ду хати сиёҳ буда инкишофи мӯътадили тифлро нишон медиҳад. Агар натиҷаи ченкунӣ байни 90 ва 10 қачхати персентилӣ ҷойгир бошад - эҳтимол аст, ки инкишофи тифл мӯътадил аст.

2. Агар натиҷаи ченкунӣ аз 90 қачхати персентилӣ боло бошад зарур аст:

- аниқ кардани мӯҳлати ҳомиладорӣ. Инкор бояд намуд:

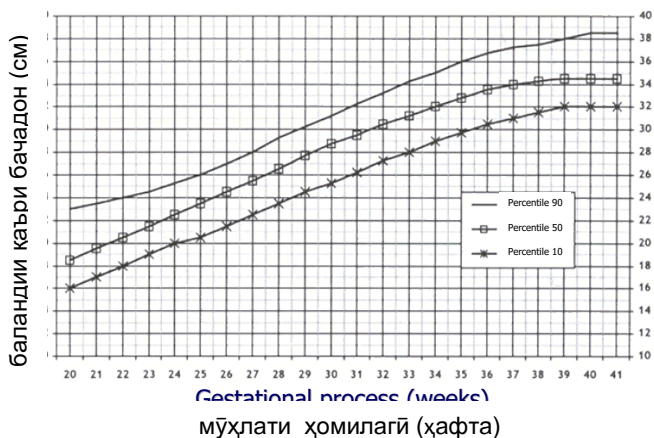
- бисёртифлӣ
- бисёробӣ
- макросомия (тифли калон)
- миомаи бачадонро

3. Агар натиҷаи ченкунӣ зери хати поён бошад:

- шубҳа ба боздошти инкишофи тифл – гузаронидани биометрияи ултрасадоии тифл.

Дар мавриди тасдиқи ташхис – роҳхат ба таваллудхонаи сатҳи 3-юм дода шавад;

- Ҳолати нодурусти тифл (кач, кӯндаланг).



Замимаи № 10

Гирифтани молишак аз уретра, маҳбал, канали сервикалӣ барои муоинаи бактериоскопӣ (молишак барои флора)

1. Аз мақсади гузаронидани муоинаи хоричоти маҳбал ба зан маълумот дода шавад.
2. Омода сохтани асбобҳо (оинаҳои маҳбалӣ, асбоб барои гирифтани мавод, шишаҳои тоза, дастпӯшакҳои муоинавӣ).
3. Пур кардани бланки роҳхат. Қайд намудани шиша.

4. Шустани дастон бо собун ва хушконидаи ё ин ки коркард бо маҳлули антисептик.
5. Пӯшидани дастпӯшакҳои муоинавӣ ба ҳар ду даст.
6. Бо эҳтиёт ба девораҳои маҳбал нарасида бо навбат аз канали сервикалӣ, гунбази қафои маҳбал, сӯрохии берунаи канали пешоббарор мавод гирифта мешавад.
7. Маводро ба рӯи шиша молида, дар ҳаво бояд хушконида.
8. Ба зан маълумот оиди мӯҳлати омода шудани натиҷа дода мешавад.
9. Дар ҳуҷҷати тиббӣ санаи гирифтани молишакро қайд мекунад.

Замимаи №11

Муайян кардани сафеда дар пешоб (протеинурия)

1. Асбобҳои лозимаро барои муайян кардани сафеда дар пешоб бояд омода сохт (зарфи тоза, пробирка, дастпӯшакҳо, тест-хатчаҳо ё зарфи махсуси спиртдор (спиртовка), гӯгирд, маҳлули 2-3% сирко, пипетка).
2. Оиди мақсади муайян кардани сафеда дар пешоб ва гирифтани миқдори мобайнии пешоб ба зан маълумот додан лозим.
3. Дастҳоро шустан ва хушконида, ё бо маҳлули антисептик коркард кардан.

4. Пӯшидани дастпушакҳои муоинавии таъмизнашуда ба ҳарду даст.

5. Аз зани ҳомила ё таваллудкунанда бояд хоҳиш кард, ки бо оби гарм таҳорат кунад ва барои пешгирии ворид шудани хориҷот ба пешоб дохили маҳбал лӯндаи пахтагин гузорад.

6. Ба зарфи тоза пешоб кунад

Истифодаи тест-хатчаи стандартӣ:

- Тарафи индикатордоштаро ба пешоб пурра ворид намуда ва онро дарҳол гирифтани лозим аст.

- Хатчаро аз пешоб бароварда, онро ба канори зарф зада, пешоби изофагиरो бояд бадар намуд.

- Хатчаро дар ҳолати горизонталӣ дошта онро бо ҷадвали рангҳои дар ҷилд буда бидуни расидан ба он муқоиса кардан лозим.

Дар мавриди набудани тест-хатча:

1. Пешоби ҷамъшударо аз зарф ба пробирка ҳолӣ мекунад.

2. Пешобро дар болои спиртовка дошта онро меҷӯшонанд.

3. Пробирка барои ба даст гирифтани хунук карда мешавад.

4. Қабати ғавси таҳшин оиди ҷой доштани сафеда гувоҳӣ медиҳад.

5. Баъди ҷӯшонидани пешоб ба он 2-3 қатра сирко чаконида мешавад:

- агар пешоб хира монад - дар он сафеда ҳаст;
- агар пешоб шаффоф шавад, дар он сафеда нест;
- агар пешоб баръакс хира шавад - дар он сафеда ҳаст.

Замимаи №12

Бактериурияи беаломат

Мафҳум: Бактериурияи беаломат – ин сирояти роҳҳои пешоббарор, ки нишонаҳои клиникӣ надорад. Ташхис ҳангоми мавҷуд будани 100 000 элементҳои колония ташкилкунанда (КОЭ) ва зиёдтар дар 1 мл пешоб гузошта мешавад.

Скрининг:

- ҳангоми ташрифи аввалин, новобаста ба мӯҳлати ҳомилагӣ бояд гузаронд (сатҳи А);
- дар мавриди набудани лабораторияи бактериологӣ ББ-ро бо тест-хатча барои муайян кардани эстеразаи лейкоцитарӣ ва нитритҳо муайян кардан мумкин аст. Муоинаи бактериологӣ нисбат ба тест-хатча бартарӣ дорад. (*Маркази ҳамкориҳои миллии оид ба ҳифзи солимии модару кӯдаки Великобритания*).

Шарҳи таҳлил:

Патологӣ – миқдори элементҳои колония ташкилкунанда (КОЭ) 100000 ва аз ин зиёд дар 1 мл пешоб.

Ҳангоми муайян намудани КОЭ 100000 ва аз ин зиёд дар 1 мл пешоб:

1. Бистарӣ кунонидан зарурат надорад;
2. Табобати зеринро бояд таъин намуд:
 - ампициллин даҳонӣ 0,5 г ҳар 6 соат дар давоми 7 рӯз ё
 - фурадонин даҳонӣ 0,1 г ҳар 6 соат дар давоми 7 рӯз.
3. Баъди 2 ҳафта – таҳлили тақрорӣ пешоб барои муайн кардани КОЭ.
4. Дар мавриди бесамара будани табобат (КОЭ 10^5 ва аз ин зиёд дар 1 мл пешоб) табобати зерин зарур аст:
 - Сефалоспоринҳои насли I.
5. Баъди анҷоми табобат – таҳлили тақрорӣ пешоб барои муайян кардани КОЭ.
6. Агар баъд аз анҷоми 2 курси табобат самара дида нашавад (авзудани КОЭ) фурадонин дар давоми ҳомилаги таъин карда мешавад.

Замимаи № 13

Машварат: Тарзи ҳаёти солим

Дар вақти ҳомиладорӣ ва лактатсия занҳо ба маслиҳатҳо оиди тарзи ҳаёти солим майл дошта, барои иваз намудани одатҳои худ ба манфиати тифл таваҷҷуҳи зиёд доранд.

Тамокукашӣ дар вақти ҳомилагӣ хатарҳои зеринро зиёд мекунад:

- вазни ками навзод;
- таваллуди пеш аз мӯҳлат;
- исқоти ҳамли ғайриихтиёрӣ;
- фавти перинаталӣ;
- пешомади машина.

Пурра даст кашидан аз тамокукашӣ ҳангоми ҳомилагӣ ва синамаконӣ тавсия карда мешавад. Ҳама гуна кам кардани миқдори сигор ба вазни кӯдак ҳангоми таваллуд манфиати мусбӣ дорад. Қатъ намудани тамокукашӣ дар семоҳаи аввали ҳомилагӣ хатари боздошти инкишофи тифлро то сатҳи занҳои тамоку истифода набурда паст мекунад. Рад намудани тамокукашии шавҳар низ тавсия дода мешавад. Ба занҳои ҳомила ва кӯдаки ширмак дошта истеъмоли машрубот низ мумкин нест (хусусан пеш аз бордоршавӣ ва семоҳаи аввали ҳомилагӣ).

Истеъмоли машрубот дар вақти ҳомилагӣ метавонад ба чунин ҳолатҳо оварад:

- исқоти ҳамли ғайриихтиёрӣ;
- таваллуди пеш аз мӯҳлат;
- ҷудошавии машина;
- инкишофёбии нишонаи машруботӣ дар тифл.

Дар матрикса санаи машваратро қайл намоед

Замимаи № 14

Машварат оиди ғизои солим барои зани ҳомила

Мақсади ғизои солим:

- Ҳифзи саломатии зани ҳомила ва таваллудкарда;
- Пешгирии аворизҳои акушерӣ;
- Муҳаё сохтани муҳити беҳтарин барои нкишофи тифл.

Машварат гузаронида мешавад, оиди:

- Маротибаи қабули таом;
 - Хислати ҷузҳои ғизо;
 - Миқдори маводҳои ғизо;
1. Гузаронидани пурсиш оиди ғизои зани ҳомила ва даровардани дигаргуниҳо. Диққати асосиро ба занони ҳомила бо норасогии вазни бадан, фарбеҳи ва наврасон бояд дод.
 2. Муҳокима кардани калораж. Калоражи умумии ғизои занҳои ҳомила набуда 2000 ккалро ташкил медиҳад. Калорияи тавсияшудаи ҳаррӯзаи зани ҳомила аз дигарон ба 200 ккал дар як рӯз фарқ мекунад (200 ккал = 1-3 буридаи нон);
 3. Фаҳмонед, ки ғизои солим бояд мӯътадил ва гуногун бошад;
 4. Миқдори қабули ғизо – 3 маротиба асосӣ ва 2 – байнӣ;

5. Ба зан фаҳмонидан лозим аст, ки истемоли дурусти ғизо ҳангоми ҳомилағӣ ва лактатсия воридшавии маводҳо ва витаминҳоро ба организм бо миқдори даркорӣ таъмин менамояд.

Ҳангоми гузаронидани машварат пирамидаи ғизогириро истифода намудан лозим аст.

Тамоми маҳсулотҳои истеъмолшаванда дар пирамида ба панҷ қабат тақсим карда шудааст. Тақсим намудан ба қабатҳо зарурияти маҳсулотҳои гуногунро дар бар мегирад. Дар ғизои солим маҳсулотҳои донағӣ, сабзавот ва меваҳо бартари доранд, миқдори маҳсулотҳои ширӣ ва гӯшти паст карда шуда, равшанҳо ва шириниҳо маҳдуд карда шудааст. Бо ин сабаб асосро маҳсулотҳое, ки бояд зиёд бошанд ташкил медиҳанд, болотар камтар, аз ҳама боло – онҳо ниҳоят кам ё ин ки рад карда мешаванд.

Асоси пирамида– ғизои солим буда, онро донағӣҳо ва маҳсулотҳои он: нон, шавлаҳо аз донағӣҳо (лубиё, наск, мош ва ғ.), биринҷ, маҳсулотҳои макаронӣ ташкил медиҳанд, онҳо дар қабати якум ҷойгиранд. Вазни ҳолиси маҳсулотҳои қабати якум бояд қисми асосии ғизоро ташкил намояд. Нони аз орди дурушт тайёр кардашуда беҳтар аст аз ноне, ки аз орди навъи аъло омода шудааст. Биринҷи навъи хокистарӣ аз биринҷи навъи сафед бартарӣ дорад.

Пирамидаи ғизо



Қатори 5: шириниҳо, чарбуҳо, қанд дар миқдори маҳдуд истифода карда шавад

Қатори 4: масолеҳи ширӣ

Қатори 3: гӯшти камравған, моҳӣ, тухм, чормағз, соя, лӯбиё

Қатори 2: мевағиҳо, сабзавотҳо, картошка

Қатори 1: нони орди дурушт, биринч, макаронҳо, марҷумак, лӯбиё ва ғайра

Қабати дуюмро сабзавот ва меваҳо ташкил медиҳанд. Дар давоми рӯз як чанд маротиба меваю сабзавотҳои гуногунро истеъмол кардан лозим аст (зиёда аз 400-500 грамм дар рӯз).

Таносуби сабзавотҳо нисбати меваҳо 2:1, яъне сабзавотҳо бояд 2 маротиба зиёд бошад. Истеъмоли ҳамаҷузъи 400г ё ин ки 5 порсияи сабзавот ва меваҳо воридшавии нахҳои ғизоиро таъмин мекунад. Мева ва сабзавот - манбаи маъданҳо, витаминҳо ва нахҳои ғизоӣ мебошанд. Барои ин зарур мебошад:

- ҳамеша ворид кардани сабзавотҳо ба ратсион;
- истеъмоли сабзавот ва меваҳои тару тоза дар байни ғизо;
- кӯшиш бояд намуд, ки сабзавот ва меваҳои тару тоза дар ҷои зист парвариш карда шударо истеъмол намуд. Истеъмоли маҳсулотҳои экзотикӣ мувофиқи матлаб нест, аз баски ҷамъовариҳои онҳо нопухта ба амал оварда мешавад. Онҳо аксаран ҳассосиятро ба вучуд меоранд. Сабзавот ва меваҳо 35% ғизоро ташкил медиҳанд. Дар давоми рӯз 2-4 маротиба истеъмол бояд кард.

Қабати сеюм: Маҳсулотҳои гӯштии бе раған, ширӣ, парранда, лубиёғиҳо, тухм ва чормағзҳо. Истеъмоли ин гуна маҳсулотҳои организмро дар навбати аввал бо сафеда, калтсий, оҳан ва рӯхтаъмин месозад. Истеъмоли гӯшт 2-3 маротиба ё ин ки 150-200 грамм ҳамарӯза тавсия дода мешавад. Гӯшти бечарбуи гов, гусфанд, гӯсола ва моҳии беравғанро истифода бурдан лозим аст. Барои кам кардани воридшавии чарбу бо ғизо, бояд:

- рағани ҳайвонотро ба растани иваз намуд;
- маҳсулотҳои гӯштии рағаниро ба донағиҳо, лубиёғиҳо, моҳӣ, парранда ва гӯшти камраған иваз намуд.
- дар ёд дошт, ки чарбу камтар аз 30% калориянокӣ шабонарӯзиро ташкил медиҳад. Ин маводҳо ҳамчун манбаи сафеда, витаминҳо, оҳан ва маъданҳо истеъмол карда мешаванд. Дар

давоми рӯз истеъмоли ин маҳсулотҳо ба миқдори 2 -3 ҳисса тавсия дода мешавад.

Қабати чорум: маҳсулотҳои шири. Манбаи сафеда, калтсий, витаминҳои А ва D. Маҳсулотҳои шири метавонанд дар таркиби худ ба миқдори зиёд чарбу дошта бошанд, аз ин рӯ истеъмоли шири рағаннокиаш кам тавсия дода мешавад. Истеъмоли масолеҳҳои шири рағаннокиашон 1,5 – 2,5% тавсия карда мешавад. Дар давоми рӯз истеъмоли маҳсулотҳои шири аз 2 то 3 ҳисса тавсия дода мешавад.

Қабати панҷум: Чарбуҳо, рағанҳо ва шириниҳо. Онҳоро ба миқдори камтар истифода бояд кард. Истеъмоли барзиёди чарбуҳо хатари баландшавии миқдори холестерин ва ба амал омадани сактаи дил ва хунрезии майна (инсулт)-ро ба вуҷуд меорад. Дустдорони қанд ба вайроншавии мубодилаи моддаҳо, диабет, фарбеҳӣ, дарди нимсара (мигрен) ва кариеси дандонҳо мубтало мегарданд.

Ба зан дар бораи сарчашмаҳои маводҳои зерин маълумот диҳед:

- Туршии фолат: карам, кабудихо, лӯбиёгиҳо;
- Витамини «С» - лиму, турб, хуч, чукрӣ, меваҳои хушк (себ, олуболу, олуча ва дигар). Витамини С азхудкунии оҳанро беҳтар намуда,

истеъмоли чой ва қаҳва баръакс азхудкунии оҳанро суст мекунанд.

- Калтсий: шир, масолеҳи ширӣ (ҷурфот, қурут), панир, райҳон;
- Йод: намаки йоднок кардашуда;
- Оҳан: барои ҳосилшавии гемоглобин зарур аст. Норасоии оҳан ба камхунӣ оварда мерасонад. Оҳани маҳсулоти гӯштӣ беҳтар аз худ карда мешавад.

Қабули поливитаминҳо ва иловаҳои ғизои **тавсия дода намешавад**. Таҳлили далелҳо, ки дар соли 2007 аз ҷониби P.Lumbiganjn гузаронида шуда буд, нишон дод, ки истеъмоли ҷамъи микроэлементҳо ва витаминҳо аз истеъмоли танҳо маводҳои оҳан ва туршии фолат самараноктар нест. Аз ин рӯ, мураттибон тавсияҳои ТУТ оиди истеъмоли маводҳои оҳан ва туршии фолатро дастгирӣ менамоянд.

Ба зан ҳатман маълумотро оиди натиҷаҳои қабули поливитаминҳо пешниҳод кардан лозим аст: одат кардан, масраф, ҷаббиши бад, захрнокӣ, дисбаланси маводҳои ғизои.

Зани ҳомиларо бояд бовар кунонид, ки ғизогирии дуруст дар вақти ҳомилағӣ ва лактатсия воридшавии миқдори кофии витаминҳо ва маводҳои ғизогиро таъмин месозад.

Замимаи № 15

Машварат «ТАЙЁРӢ БА ВАЛОДАТ»

Мақсад: маълумот додан ба зани ҳомила ва шарики ӯ оиди тайёрии пеш аз валодат, равиши валодат ва давраи бармаҳали баъди валодат.

Мӯҳлати машварат ва гузаронидани машғулиятҳо: аз 38 ҳафтаи ҳомилагӣ.

Шароитҳои зарурӣ барои гузаронидани машғулиятҳо:

1. **Будани корманди омода кардашуда:** момодоя, ҳамшираи тиббӣ, табиб акушер-гинеколог, табиби оилавӣ, фаъолон аз гурӯҳи ҳамдастӣ. Гузаронидани машғулиятҳо аз тарафи момодоя беҳтарин мебошад.

Гурӯҳи ҳамдастӣ ба таври ихтиёрӣ аз ҷумлаи нафарони омӯзонида шуда, ки ба усулҳои муосири нигоҳубини периниталӣ алоқаманд ҳастанд, созмон дода мешавад.

Кормандони тайёр карда шуда бояд дорои чунин хислатҳо бошанд:

- доштани дониш оиди ҳомилагӣ, валодат, давраи баъди валодатӣ, инкишофи тифл ва навзод;

- доштани малакаи машварат ва мулоқот;

- доштани малакаи омӯзонидани интерактивӣ.

2. Утоқи мутобиқгардонидашуда, ки бояд:

- равшан бошад;

- дар мавсими хуноки сол гарм ва дар гарми – салқин;
- васеъ: кифоя будани ҷой барои машғулияти гурӯҳӣ ва ё 4 ҷуфт.

3. Таҷҳизоти утоқ:

- курсиҳо – ба миқдори кифоя;
- девори шведӣ (мувофиқи матлаб);
- 4 кӯрпа барои фарш;
- 4 тӯб барои аэробика;
- фантом, макети кос ва лӯхтак;
- видео - ТВ бо филмҳо бо забони тоҷикӣ ва ё забоне, ки ба зани ҳомила фаҳмо;
- буклетҳо, овезаҳо бо расми вазъҳои гуногуни зани ҳомила ҳангоми валодат; бо тасвири марҳилаҳои шустани даст;
- мавҷудияти ҷой барои шустани даст бо собуни моеъгӣ ва сачоқи як карата;
- будани сарчашмаи оби ошомиданӣ.

4. Давомнокии мусоиди як машғулият – 30 дақиқа;

Саволҳои асосии мавзӯ:

Маълумоти зарурӣ!

- Валодат дар утоқҳои алоҳидаи инфиродӣ мегузарад;
- Валодати эътидолиро момодоя мебарад;
- Валодатҳои шарикӣ на танҳо иҷозат дода мешавад, балки фаъолона ташвиқот карда мешавад.

Давраи якуми валодат:

1. Физиологияи давраи 1 валодат;

2. Қабулиғизо ва нӯшокӣ;

Бояд ҳаминро қайд намуд, ки манъ кардани қабули нӯшокӣ ва ғизо ҳангоми валодат:

- хавфи пайдошавии синдроми Менделсонро паст намекунад;

- ба сустшавии фаъолияти валодат, дистотсияи гарданаки бачадон, зиёдшавии қисмҳои кетонӣ дар пешоб мусоидат мекунад.

3. Ташвиқоти пешобронии мустақилона;

4. Озодӣ барои интихоби мавқеъ;

Муҳимияти мавқеъи вертикалӣ ва иваз кардани мавқеъро бояд фаҳмонд. Бояд маълумот дод, ки мавқеъи вертикалӣ ва гашти озод таъсирҳои зеринро дорад:

- давомнокии валодатро кӯтоҳ мекунад,

- зарурати бедардкунии доругӣ кам мешавад,

- зарурат ба пурзӯркунии қувваҳои валодат кам мешавад,

- бартарии аз ҳама муҳим – вайроншавии ритми таппиши дили тифл кам дида мешавад, гарчанд мавқеъи вертикалӣ ҳангоми валодат баъзе номусоидихоро барои кормандони тиб пайдо мекунад, занон аз ин мавқеъ қаноатманд мебошанд.

Давраи дуюми валодат:

- Физиологияи давраи 2-ми валодат.

- Мавқеъ дар давраи дуюми валодат;

Истифодаи мавқеи вертикалӣ ё ин ки паҳлӯӣ дар давраи дуюми валодат нисбатан ба мавқеи ба пушт хобидан (литотомикӣ) бартариҳои зеринро дорад:

- давомнокии давраи дуюми валодатро кӯтоҳ мекунад,
- адади эпизиотомия кам мешавад,
- ҳисси дардмандии занонро паст мекунад.
- Қабули нӯшокӣ.
- Даст кашидан аз идоракунии фаъолияти зӯрзанӣ.

Дар мавриди идоракунии зӯрзанӣ ҳамагӣ як бартарӣ дида мешавад – кӯтоҳ шудани давомнокии давраи дуюми валодат, дар он вақте, ки камбудихо аҳамияти калони клиникӣ доранд. Идора намудани зӯрзанӣ дар баробари суст шудани нафаскашӣ, метавонад ба ҳолати тифл таъсири манфӣ расонад.

- Ташвиқоти пешобронии мустақилона.

Давраи сеюми валодат:

- Физиологияи давраи 3 валодат;
- Бурдани фаъоли давраи сеюми валодат;
- Ташвиқоти пешобронии мустақилона;

Давраи бармаҳали баъдивалодатӣ:

- Физиологияи давраи бармаҳали баъди валодатӣ;
- Ташвиқоти пешобронии мустақилона;

- Нигоҳубини навзод ва занҷираи гармӣ; расиши «пӯст ба пӯст»;
- Машварат оиди синамакконӣ – синамаккони бармаҳал;
- Маълумот оиди нишонаҳои хатарнок;

Замимаи № 16

Машварат «УСУЛҲОИ БЕДАРДКУНИИ БЕ ДОРУВОРИИ ВАЛОДАТ»

Амалҳои дар поён овардашуда ҳолати занро хуб менамоянд, ҳиссиёти дардро кам мекунанд, организмро ором ва стресси валодатиро қатъ менамоянд:

- Расидан ва молиш додан;
- Гузоштани даст ба мавзёӣ дарднок;
- Заданҳои оромкунанда;
- Ҳамдардона сила намудани муйҳо ва ё рухсора;
- Оғуши гарм ва гуфтани суханони меҳрубона ба гӯш;
- Маҳси даст, пушт, камар, поёни шикам;
- Фишор овардан ба нуқтаҳои гуногун ва фишори муқобилӣ.

Фишори муқобилӣ

Фишори давомнок ба як нуқта бо ёрии мушт ё кафи даст истифода бурда мешавад; дарди камарро бо воситаи қатъ намудани фишор дар пайвастигии байни тиғигоҳу чорбанд кам кардан

мумкин аст. Зани зоянда худаш он мавзеъро, ки мехоҳад сахттар фишор оранд нишон медиҳад ва қувваи фишорро интиҳоб менамояд. Барои нигоҳ доштани мувозинати \bar{u} дасти дуҷуми шарик аз пеш дар мавқеи устухони рон/қираи пешу бологии тӯғигоҳ ҷойгир мешавад. Шарик дар байни кашишхӯриҳо дам мегирад.

Фишори дутарафа ба рон ё ин ки фишори дукаратаи ронҳо

Зан дар ҳолатиқат кардани буғуми рон мебошад (ҳолати бо даст ва зону, ҳамшавӣ ба пеш), шарик \bar{u} дастонашро ба мавқеи мушакҳои дунба (аз ҳама ҷои сермушаки дунба) мегузорад. Фишори давомдорро бо кафи дастон ба тарафи маркази коси зан равона кардан лозим аст.

Фишори зону

Зан дар курсии тақядор нишаста зонуҳояшро дар масофаи тақрибан даҳ сантиметр аз ҳамдигар мегузорад, пошноҳои пой ба фарш дар ҳолати тақя мебошад. Шарикаш дар муқобили \bar{u} бо зону нишаста бо дастон зонуҳои занро ба алоҳидаги мегирад. Қисми тақягоҳии дастон ба рӯи устухони рон рост меояд. Шарик дар давоми дарди кашишхурӣ ба зонуҳои зан давомнок фишор оварда, зануро ба ҷониби буғуми косу рон тела медиҳад.

Фишори зануро ҳамчунин дар ҳолати ба паҳлу хобидани зан низ истофода бурдан мумкин аст.

Рони бологии ва зонуи \bar{y} ба 90 градус қат карда мебошад. Як нафар ба чорбанди \bar{y} фишор меорад. Дигаре ба зонуҳои зан тавре фишор меорад, ки он тарафи буғуми косу рон равона карда шавад.

Ин чораҳо баҳои самараноки илмиро нагирифтанд. Зарурати иҷроиши ин усул ба рафтори зан вобаста аст. Агар ин чора занро ором созад, онро истифода бурдан лозим мебошад. Агар бесамара бошад, онро дигаргун мекунанд (фишор ба дигар нуқта, фишори гуногун) ва ё аз он даст мекашанд.

Дигар намудҳои бедардкунии ғайри доругӣ: ванна ва ё душ, компресси хунук ё ин ки гарм, садои музиқии форум.

Бо хоҳиши зан – ҳамаи ин амалҳороқатъ кардан мумкин аст

Замимаи № 17

Машварат: «НИШОНАҲОИ ХАТАРНОК»

1. Хунрави аз роҳҳои валодат;

Аҳамият бояд дод, ки хунравӣ аз роҳҳои ҷинсӣ метавонад аломати пеш аз мӯҳлат кӯчидани машина ё ин ки пешомади машина ва ғайра бошад;

2. Вайроншавиҳои гипертензивӣ:

- дарди саҳти сар;
- вайроншавии биноиш;

- дилбеҳузурӣ, қайкунӣ дар нимаи 2-ми ҳомилагӣ;
- зардшавӣ;
- варами рӯй, дастон, пойҳо, ки якбора пайдо шуда ва тез зиёд мешаванд;
- ихтилоҷ;
- дард дар мавқеъи эпигастрӣ;
- дард дар қисмати тиҳогоҳи рост;
- нафастангӣ ё ин ки мушкилии нафаскашӣ;

Аҳамият бояд дод, ки аломатҳои дар боло зикршуда метавонанд аломатҳои баландшавии ФХ бошанд. Қайд кардан лозим аст, ки ин аломатҳо бо тангшавии рағҳо, ғавсшавии хун вобаста мебошанд, метавонанд сабабгори ихтилоҷ, хунрезии дар мағзи сар, бадшавии ҳолати тифл шаванд;

3. Дард дар шикам: аломати саршавии валодат, дарди мунтазама, ки паст намешавад, метавонад аломати пеш аз мӯҳлат кӯчидани машина, даридани бачадон бошад.

4. Ҳароратбаландӣ, табларза сабаби сироят аст;

5. Дарди кашишхӯрӣ ҳангоми ҳомилагии норасид;

6. Рехтани обҳои наздифлӣ.

7. Пастшавӣ ё ин ки набудани чунбиши тифл.

Зарур аст, ки зани ҳомила барои гирифтани маълумоти баъдина омода бошад, яъне:

- баъд аз муоина либосҳояшро пӯшида ва қулай нишастааст;
- бо хоҳиши зан аъзоёни оила иштирок доранд.

Ба зан дар бораи нишонаҳои аворизҳои эҳтимоли маълумот бояд дод:

- Нишонаҳои хатарнокро номбар кунед;
 - Муайян кунед, дар кадом ҳолат даҳолати фаври ҳатмист;
 - Бовари ҳосил намоед, ки зан натарсидааст ва маълумотро дуруст фаҳмидааст;
 - Барои ҳосил намудани бовари оиди он, ки маълумот дуруст фаҳмида шуд, зан ва аъзоёни оиларо барои додани савол ташвиқот намоед;
 - Ба зан маълумот оиди манзиле, ки метавонад ҳангоми пайдоиши ин нишонаҳои хатар муроҷиат намояд ва имкониятҳо барои ин (молиявӣ, транспорт, ёрии дӯстон) дода мешавад;
 - Мошини ёрии таъҷили 03-ро даъват намудан;
 - Хабар додан ба хешу табор ё дӯстон;
 - Аз аъзоёни оила бояд хоҳиш кард, ки чизҳои зарури ва ҳуҷҷатҳоро ҷамъ намоянд.
 - Зарурияти ба таври таъҷили гирифтани ёриро ҳангоми пайдошавии аворизҳо бояд фаҳмонида шавад.
 - Бовари ҳосил намоед, ки аъзоёни оила низ муҳимияти маълумотро фаҳмиданд ва медонанд:
 - кадом нишонаҳо хатарнок мебошанд;
 - чораҳои таъҷили дидан зарур аст;
- ҳангоми надидани чора кадом ҳолатҳо рух додана мумкин аст (*Дар матрица санаи машваратро қайд намоед*).

АДАБИЁТҲОИ ИСТИФОДАШУДА

1. Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30.05 соли 2017, таҳти №1413,)
2. Инструмент для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорождённым. ЕРБ ВОЗ, 2013.
3. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности: руководство для врачей и акушерок и врачей. 2000.
4. Отчёт о проведении оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорождённым. Душанбе, 2013
5. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. ВОЗ, 2014. www.who.int/reproductive health
- Руководство ВОЗ: Рекомендации по оказанию дородовой помощи как средству формирования позитивного опыта беременности; 2016
6. Энкин М, Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребёнка. Пер. с англ. Санкт-Петербург; Изд-во «Петрополис», 2003
7. Di Mario S et al. (2005). Какова эффективность дородовой помощи? (Дополнение). What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement)

Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report;

8. Holzman C et al. Perinatal brain injury in premature infants born to mothers using alcohol in pregnancy. *Pediatrics*, 1995, 95:66–73.

9. Lumley J et al. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, 3, article number CD001056.

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

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

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

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

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



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

**АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

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

ДУШАНБЕ – 2018

**Тиражирование осуществлено при технической
поддержке GIZ**



РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО

СОСТАВИТЕЛИ:

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

Абдурахманов Ф.М. д.м.н., профессор

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

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

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

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

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

Ганизода М.Х. директор НЦРЗ МЗиСЗН РТ

Юнусова Д.З.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

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

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

Содержание

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

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

Список сокращений

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

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

ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

Задачи дородовой помощи при беременности:

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

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

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

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

Задачи медицинского персонала, осуществляющего дородовую помощь:

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

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

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

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

Уровни убедительности доказательств

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

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

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДОРОДОВОЙ ПОМОЩИ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1. Дом здоровья:

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

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

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

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

3.2. Сельский центр здоровья:

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

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

3.3. Городской/районный центр здоровья:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.4. обсуждать деликатные вопросы без присутствия посторонних;

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

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

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

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

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

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

Стандарт 8. Обязанности беременной и её семьи.

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

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

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

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

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

Стандарт 10. Консультирование

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

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

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

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

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

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

Стандарт 11. Организация консультирования:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12.2. Обсудить с беременной следующие вопросы:

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

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

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

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

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

Рассказать о признаках начала родовой деятельности:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14.3. Журнал учёта беременных женщин.

СОДЕРЖАНИЕ ДОРОДОВОЙ ПОМОЩИ

Дородовая помощь включает мероприятия, преимущественно основанные на рекомендациях ВОЗ:

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

Стандарт 15. Объём необходимого обследования беременной и плода

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

15.2. Взвешивание: проводить при первой явке для вычисления ИМТ. При ИМТ 18,5 кг/м² и меньше или 24,9 кг/м² и больше проводить взвешивание при каждом посещении (Приложение №2)

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

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

15.5. Лабораторные и функциональные методы обследования

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

15.5.2. Определение резус фактора – провести при первом визите.

При резус-отрицательной принадлежности крови:

- определить резус принадлежность крови отца ребёнка;

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

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

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

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

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

15.5.4. Анализ крови на гепатит В

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

15.5.5. Анализ мочи:

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

тать число колониобразующих элементов для диагностики бессимптомной бактериурии.

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

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

Цель:

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

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

- Форма и размер головки, внутренние структуры;

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

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

Факторы риска для консультирования и направления для пренатальной диагностики включают:

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

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

15.5.7. Выявление ВИЧ/СПИД и сифилиса.

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

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

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

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

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

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

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

Группа риска включает беременных:

- в возрасте 35 лет и старше;
- с глюкозурией;
- с ожирением (ИМТ более 30 кг/м²);
- имеющих сахарный диабет в анамнезе;
- с многоводием;
- гестационный диабет при предыдущей беременности;

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

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

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

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

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

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

- ✓ Уровень глюкозы в плазме 8,5 ммоль/л через 2 часа после приёма 75 грамм глюкозы

Диагноз **СД** на любом сроке беременности можно установить при выявлении одного или нескольких из нижеперечисленных признаков (ВОЗ, 2016):

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

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

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

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

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

Стандарт 16. Мероприятия, связанные с питанием

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

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

16.1.1. При ИМТ равном или менее 18,5 кг/м² проводить консультирование по повышению энергетической ценности ежедневного рациона.

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

Цель: снижение риска рождения маловесных детей.

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

Цель: профилактика анемии.

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

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

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

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

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

Цель: профилактика пре/эклампсии:

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

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

Цель: снижение риска прерывания беременности и рождения маловесных детей

16.5. **Не рекомендуется** дополнительный приём витаминов А, В₆, С, D, Е, комплекса микроэлементов для улучшения материнских и перинатальных исходов. Однократный приём витамина А в дозе более 25 000 МЕ с 15 по 60-й день зачатия может оказать тератогенное действие

Стандарт 17. Профилактические мероприятия при ДРП

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

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

Схема назначения:

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

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

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

17.3. Назначение аспирина беременным группы риска

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

- *Пре/эклампсия в анамнезе;*

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

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

17.4. Назначение препаратов йода.

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

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

17.5. Не рекомендуется:

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

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

Стандарт 18. ПОМОЩЬ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМАХ

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

- Информировать, что в большинстве случаев тошнота и рвота проходят самостоятельно в течение 16-20 недель беременности и обычно не связаны с неблагоприятным исходом (1b). Тошнота имеет место у 85%, рвота у 52% беременных
- Для облегчения тошноты на ранних сроках рекомендуется имбирь (сироп, капсулы или порошок в составе печенья), настой ромашки, витамин В₆ (по 10-25 мг каждые 8 часов орально) и/или акупунктура в зависимости от их наличия и личных предпочтений беременной
- Советы по питанию: съесть рано утром кусочек хлеба, избегать острую и жирную пищу, есть часто и малыми порциями.

18.2. Рекомендации при изжоге:

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

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

18.3. Рекомендации при запоре:

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

18.4. Рекомендации беременным с геморроем:

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

18.5. Рекомендации беременным с варикозным расширением вен:

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

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

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

18.6.Рекомендации беременным с судорогами в ногах:

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

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

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

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

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЁМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Объём обязательного обследования:

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

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

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

- кал на яйца глист при Hb < 90 г/л;

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

8. Консультация терапевта, других специалистов при необходимости;

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

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

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

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

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

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

15. Выдать направление для лабораторных исследований, необходимых консультаций;

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

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

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

Объём обязательного обследования:

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

2. Взвешивание для определения прибавки при исходном ИМТ 18,5 кг/м² и ниже или 24,9 кг/м² и более;

3. Измерение АД и пульса;

4. Определение уровня гемоглобина;

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

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

Стандарт 21. Третий визит осуществляется в 26 недель беременности.

Объём обязательного обследования:

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

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

Стандарт 22. Четвёртый визит: 30 недель беременности.

Объём обязательного обследования:

1. Опрос и оценка жалоб, осмотр: приложение 1;
2. Измерение массы тела для определения её прибавки при исходном ИМТ 18,5 кг/м² и ниже или 24,9 кг/м² и более;
3. Измерение АД и пульса;
4. Измерение ВСДМ, заполнение и оценка гравидограммы (Приложение 9);
5. Выслушивание ЧСС плода (Приложение 5);
6. Общий анализ мочи;
7. Тестирование на сифилис (RW);
8. Консультирование и тестирование на ВИЧ в группе риска;
9. Консультация врача акушера-гинеколога, если беременная наблюдается акушеркой;
10. Рекомендации по питанию, гигиене, половому поведению (Приложение 13,14);

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

Стандарт 23. Пятый визит осуществляется в 34 недель беременности

Объем обязательного обследования:

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

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

Стандарт 24. Шестой визит осуществляется в 36 недель беременности

Объём обязательного обследования:

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

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

Стандарт 25. Седьмой визит осуществляется в 38 недель беременности.

Объём обязательного обследования:

1. Опрос жалоб и осмотр: стандарт 17;
2. Взвешивание для определения прибавки при исходном ИМТ 18,5 кг/м² и ниже или 24,9 кг/м² и выше;
3. Измерение АД и пульса;
4. Измерение ВСДМ, заполнение и оценка гравидограммы, определение положения и предлежания плода. Определение предполагаемой массы плода;
5. Выслушивание ЧСС плода (Приложение 5);
6. Анализ крови на Hb;
7. Анализ мочи на протеинурию;
8. Рекомендации по питанию, гигиене, половому поведению;
9. Рекомендации по профилактическому приему сульфата железа;
10. Консультирование по грудному вскармливанию и послеродовой контрацепции, уходу за новорожденным;

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

Стандарт 26. Восьмой осуществляется в 40 недель беременности.

Объём обязательного обследования:

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

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

Матрица по содержанию дородовой помощи

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

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

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

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

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

*можно отложить до второго визита;

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

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

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

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

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

Общий анализ мочи	+						+	
	01.05.18						01.03.18	

Приложение №1

ПРОВЕДЕНИЕ ОПРОСА И ОСМОТРА БЕРЕМЕННОЙ

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

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

9. Особенности репродуктивной функции. Спросить и оценить:

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

хорадку, травму, симптомы гипертензивных нарушений и др.;

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

10. Анамнез данной беременности. Спросить и оценить:

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

11. Полный осмотр по органам и системам:

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

ют массивные отёки или, которые появились внезапно;

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

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

Приложение №2

Определение ИМТ

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

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

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

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

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

Соотношение ИМТ, риска возникновения заболеваний, прибавка веса*

Диагноз	ИМТ в кг/м²	Риск возникновения заболеваний	Рекомендуемая прибавка веса в кг
Дефицит массы тела	18,5 и <	увеличен	12,5-18
Нормальная масса тела	18,5-24,9	отсутствует	11,5-16
Избыточная масса тела	25,0-29,9	увеличен	7-11,5
Ожирение I степени	30,0 - 34,9	высокий	5-9
Ожирение II степени	35,0 - 39,9	очень высокий	5-9
Ожирение III степени	40,0 и >	чрезмерно высокий	5-9

*классификация, предложенная National Health Institute США, одобрена ВОЗ

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

Приложение 3.

ИЗМЕРЕНИЕ АД

Подготовить оборудование:

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

Условия измерения АД

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

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

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

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

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

Измерение

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

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

Приложение №4.

Наружный акушерский осмотр

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

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

10. Выслушать сердцебиение плода (стандарт)

11. Информировать беременную о результатах осмотра

12. Вымыть руки, или обработать антисептиком

13. Документировать результаты

Приёмы Леопольда (с 36 недель беременности)

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

Первый прием - определение ВСДМ дна матки:

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

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

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

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

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

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

Третий прием – служит для определения предлежащей части плода

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

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

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

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

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

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

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

Приложение №5

Выслушивание сердцебиения плода

1. Определить позицию плода (второй приём Леопольда);

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

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

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

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

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

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

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

Дифференциальная диагностика

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

Приложение №6

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

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

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

Осмотр при помощи влагалищных зеркал

(можно пользоваться створчатыми или ложкообразными зеркалами).

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

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

- Стенки влагалища осмотреть при постепенном выведении зеркала из влагалища.

- Удалить зеркала и поместить их в дезинфицирующий раствор

Бимануальное влагалищно - брюшностеночное исследование

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

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

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

Приложение №7

Определение предполагаемого срока беременности и родов

а) *по дате последней менструации:*

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

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

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

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

Приложение №8

Определение предполагаемой массы плода

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

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

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

3. по формуле Ланковица:

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

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

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

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

5. По данным УЗИ

Приложение №9

Гравидограмма

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

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

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

Достоинства использования гравидограммы:

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

Определение высоты стояния дна матки:

Измерение высоты стояния дна матки:

1. Требования:

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

Оценка гравидограммы:

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

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

Оценка данных измерения ВСДМ с использованием гравидограммы

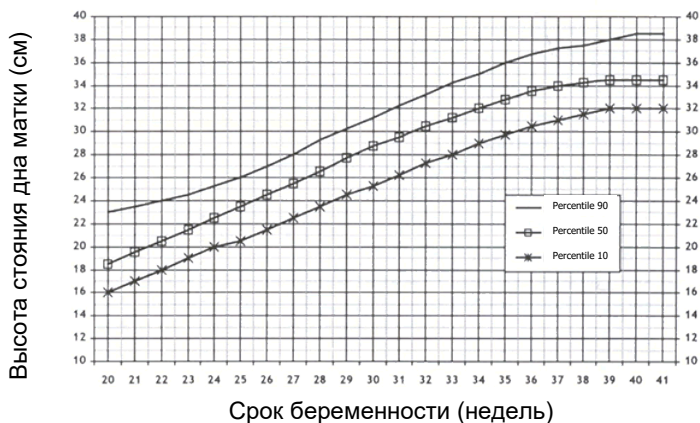
1. Область между двумя черными линиями показывает нормальный рост плода. Если результат измерения находится между 90 и 10 перцентильными кривыми – скорее всего рост плода нормальный

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

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

3. Если результат находится под нижней линией:

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



Приложение №10

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

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

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

Приложение №11

Определение белка в моче (протеинурии)

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

4. Надеть смотровые нестерильные перчатки на обе руки

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

Использование стандартной тест-полоски:

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

ПРИ ОТСУТСТВИИ ТЕСТ-ПОЛОСКИ

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

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

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

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

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

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

Приложение №12

Бессимптомная бактериурия

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

Скрининг:

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

Интерпретация анализа:

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

При КОЭ 100 000 в 1 мл мочи и более:

1. Госпитализация не требуется;

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

Приложение №13

Консультирование: здоровый образ жизни

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

Курение во время беременности повышает риск

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

- Перинатальной смертности
- Предлежания плаценты

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

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

Употребление алкоголя во время беременности может привести к:

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

Отметьте в матрице дату консультирования

Приложение №14

Консультирование по здоровому питанию беременных

Цель здорового питания:

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

- Создание благоприятных условий для плода и новорождённого

Консультирование проводится по:

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

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

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

3. Информировать, что рацион питания должен быть разнообразным

4. Кратность питания: 3 основных и 2 перекуса

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

При проведении консультирования используйте пирамиду питания.

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

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

Пирамида питания



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Информировать беременную об источниках:

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

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

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

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

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

Отметьте в матрице дату консультирования

Приложение №15

Консультирование «ПОДГОТОВКА К РОДАМ»

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

Сроки консультирования и проведения занятий: с 38 недели

Условия, необходимые для проведения занятий:

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

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

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

Обученный персонал должен владеть следующими качествами:

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

2. Приспособленное помещение, которое должно быть:

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

3. Оборудование помещения:

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

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

Основные вопросы темы:

Важная информация!

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

Первый период родов:

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

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

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

3. Поощрение самостоятельного мочеиспускания;

4. Свобода выбора позиции

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

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

Второй период родов:

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

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

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

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

- Поощрение самостоятельного мочеиспускания

Третий период родов:

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

Ранний послеродовой период:

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

Приложение №16

Консультирование «НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ»

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

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

Противодавление

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

чтобы компенсировать давление на спину. Партнер отдыхает между схватками.

Двустороннее надавливание на бедро или двойное сжатие бедра

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

Коленное надавливание

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

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

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

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

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

По желанию женщины - указанные действия всегда можно прекратить.

Приложение №17

Консультирование: ОПАСНЫЕ СИМПТОМЫ

1. Кровотечение из половых путей:

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

2. Гипертензивные нарушения:

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

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

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

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

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

5. **Схватки** при недоношенной беременности;

6. **Дородовое излитие околоплодных вод.**

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

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

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

Информировать о признаках возможных осложнений

- Перечислить опасные признаки

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

Отметьте в матрице дату консультирования

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

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

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

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

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

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

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

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