

Приложение 2  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И  
РЕБЁНКА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«ВЕДЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО ПОСЛЕРОДОВОГО  
ПЕРИОДА»**

**ТАШКЕНТ 2025**

«СОГЛАСОВАНО»  
Директор РСНММ/ЗММР  
Н.С. Наджафорова

*Наз* ✓



## **НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «ВЕДЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА»**

**ТАШКЕНТ 2025**

## **Оглавление**

Вводная часть.....	5
Основная часть.....	8
Список литературы.....	19
Приложения .....	20

## 1. Вводная часть

### Коды по МКБ-10:

Z39.0	Помощь и обследование непосредственно после родов (помощь и наблюдение при неосложненных случаях, исключена: помощь при послеродовых осложнениях)
Z39.1	Помощь и обследование кормящей матери (наблюдение за лактацией, исключено: нарушение лактации)
Z39.2	Рутинное послеродовое наблюдение
O92.0	Втянутый сосок
O92.1	Трещина соска, связанная с деторождением
O92.2	Другие и неуточненные изменения молочной железы, связанные с деторождением
O92.3	Агалактия (первичная агалактия)
O92.4	Гипоагалактия
O92.5	Слабая [подавленная] лактация (агалактия факультативная, вторичная, по медицинским показаниям)
O92.6	Галакторея (исключена галакторея, не связанная с деторождением)
O92.7	Другие и неуточненные нарушения лактации (галактоцеле в послеродовом периоде)
Ссылка: <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=14494">https://mkb-10.com/index.php?pid=14494</a>	

### Коды по МКБ-11:

QA48.0	Уход или осмотр сразу после родов
QA48.1	Уход или осмотр кормящей матери
QA48.2	Плановое послеродовое обследование
QA48.Y	Другой уточнённый послеродовый уход и осмотр
QA48.Z	Послеродовый уход и осмотр, неуточнённый
JВ46.0	Втяжение соска, связанное с родами
JВ46.1	Трещина соска, связанное с родами
JВ46.2	Другие или неуточнённые заболевания молочной железы, связанные с родами
JВ46.3	Агалактия
JВ46.4	Гипоагалактия
JВ46.5	Подавленная лактация
JВ46.6	Галакторея
JВ46.7	Другие или неуточнённые нарушения лактации
JВ4Z	Осложнения, преимущественно связанные с послеродовым периодом, неуточнённые
Ссылка: <a href="https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release">https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release</a>	

**Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год, дата пересмотра 2030 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

**Ответственное учреждение по разработке клинического протокола:** Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка.

### Руководители рабочей группы:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Надырханова Н.С.	Директор РСНПМЦЗМиР, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения	ТМА

		Республики Узбекистан, д.м.н., профессор	
--	--	---	--

**Список составителей:**

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупбаев Р.Б.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
2	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
3	Микиртичев К.Д.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
4	Ильясов А.Б.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
5	Магзумова Н.М.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	ТМА
6	Атаходжаева Ф.А.	акушер-гинеколог, к.м.н., доцент	ТМА
7	Бабажанова Н.У.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
8	Зейтулаева Э.Р.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
9	Мансурова Х.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
10	Абдураимов Т.Ф.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
11	Нурова А.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
12	Шерматова С.Э.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
13	Шукурова М.Р.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
14	Давронова Ю.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР

**Рецензенты:**

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупов У.Ю.	Научный руководитель гинекологического отдела, д.м.н.	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка
2	Бабаджанова Ш.Д.	Заведующая 1-м акушерским отделением, д.м.н.	Республиканский перинатальный центр

*РСНПМЦЗМиР – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка*

*ТМА – Ташкентская медицинская академия*

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместителей), врачей региональных учреждений системы родовспоможения в онлайн-формате «\_7\_»\_ февраля\_ 2025 г., протокол №1. Руководитель рабочей группы – д.м.н. Надырханова Н.С., директор ГУ «РСНПМЦЗМиР».

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра здоровья матери и ребенка» «\_11\_»\_ февраля\_ 2025 г., протокол №\_2\_

Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

**Внешняя экспертная оценка:**

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
---	--------	-----------	--------------

1	Мухамадиева С.М.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	Государственное образовательное Учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» Республики Таджикистан, кафедра акушерства и гинекологии №1
---	------------------	--	---

#### Список сокращений:

<b>NICE</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>RCOG</b>	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
<b>АД</b>	Артериальное давление
<b>ВАШ</b>	визуально-аналоговая шкала
<b>ВДМ</b>	высота дна матки
<b>ИМТ</b>	Индекс массы тела
<b>МКБ</b>	Международный классификатор болезней
<b>УЗИ</b>	Ультразвуковое исследование
<b>ЧСС</b>	Частота сердечных сокращений
<b>ЭКГ</b>	Электрокардиограмма

**Цель протокола:** предоставить медицинским работникам научно-обоснованные данные и рекомендации по ведению нормального послеродового периода для повышения качества основного планового послеродового ухода за женщинами и новорожденными в рамках конечной цели улучшения здоровья и благополучия матерей и новорожденных.

**Категории пациентов:** беременные, роженицы и родильницы, у которых беременность протекала без проблем и которые родили в период 37 и 42 недели беременности.

**Пользователи клинического протокола:** специалисты здравоохранения; врачи акушеры-гинекологи; семейные врачи; терапевты; неонатологи; организаторы здравоохранения; акушерки; студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских ВУЗов; беременные, роженицы и родильницы, пациенты, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

#### Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- использование услуг переводчика в случае необходимости;
- консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;

- обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств):**

УУР	Расшифровка
<b>А</b>	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>В</b>	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
<b>С</b>	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

## 2. Основная часть

### 2.1. Определения.

**Послеродовой период** – период в течение 42 дней после родов, в течение которого у родильницы происходит инволюция органов и систем, которые подверглись изменениям в связи с беременностью и родами.

**Нормальный послеродовой период** – послеродовой период, при котором не возникло осложнений, приведших: к назначению антибактериальной терапии, и/или к назначению дополнительной утеротонической терапии, и/или к хирургическим вмешательствам, и/или к несвоевременной выписки из учреждения родовспоможения, и/или дополнительной госпитализации пациентки в связи с акушерскими осложнениями.

**Агалактия** – неспособность к лактации вследствие отсутствия железистых элементов молочной железы, **гипоагалактия** – сниженная секреторная функция молочной железы.

**Лактостаз** – дисфункциональное состояние лактирующей молочной железы, в основе которого лежит несоответствие процессов молокообразования и молокоотдачи.

**Лохии** (греч. *Lochia* – послеродовые очищения) – послеродовые выделения (кровь, слизь, продукты распада мышечных клеток и децидуальная ткань).

**Недержание мочи** – состояние, характеризующееся любым произвольным выделением мочи из уретры.

**Послеродовой эмоциональный дистресс** – послеродовая «хандра» (бэби-блюз), проявляющийся сниженным настроением и легкими астенодепрессивными симптомами, к которым относятся грусть, плаксивость, истощение, раздражительность, беспокойство, нарушение сна, снижение концентрации внимания и лабильное настроение. Эти симптомы обычно развиваются в течение двух-трех дней после родов, достигают максимума в течение

следующих нескольких дней и проходят самостоятельно в течение двух недель с момента появления.

**Послеродовая задержка мочи** – невозможность самостоятельного мочеиспускания через 6 часов после родов.

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

## 2.2. Изменения в послеродовом периоде.

В послеродовом периоде происходят изменения во всех системах организма, но в большей степени - в половых органах и в молочных железах.

**Матка.** Сразу после родов размер матки соответствует 20 неделям беременности, дно её пальпируется на 1–2 поперечных пальца ниже пупка. К концу 1-х суток дно матки пальпируется на уровне пупка, к 10-м суткам – на уровне лона. Темп инволюции матки зависит от многих факторов: паритета, степени растяжения во время беременности (массы тела плода, многоводия, многоплодия), времени начала и регулярности грудного вскармливания.

**Лохии** – выделения из влагалища, состоящие из распадающихся частиц децидуальной оболочки, сгустков крови и других тканей: первые 2-3 дня после родов лохии кровавые, в их составе преобладают эритроциты (lochia rubra); на 3-4-е сутки после родов лохии кровянисто-серозные, в их составе преобладают лейкоциты (lochia serosa); через неделю после родов лохии слизистые, в их составе преобладает слизь, децидуальные клетки и клетки плоского эпителия, а эритроциты почти исчезают (lochia alba).

**Мочевой пузырь** во время родов испытывает сдавление головкой плода, поэтому в первые часы после родов слизистая оболочка мочевого пузыря отёчна. У большинства рожениц в первые 6 недель после родов имеется расширение мочеточников и почечных лоханок, что служит фактором риска развития инфекции мочевыводящих путей.

**Пищеварительная система.** В ближайшие недели после родов сохраняется сниженная моторика ЖКТ, что может приводить к развитию запоров.

**Лактация** определяется двумя основными процессами: секрецией молока в железе под влиянием пролактина и опорожнением железы под влиянием окситоцина. В 1-е сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво (colostrum) – густую желтоватую жидкость, имеющую щелочную реакцию, в отличие от молока более богатую белками (9%) и минералами (0,5%), менее богатую углеводами (4,5%), одинаково богатую жирами (3,5-4%). Молоко приобретает постоянный состав ко 2-3-й неделе послеродового периода («зрелое» молоко).

Наиболее частыми дисфункциональными состояниями лактационной функции являются: лактостаз, гипогалактия и агалактия.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354615/9789240048539-rus.pdf>

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240045989>

## 2.3. Классификация.

<b>Ранний послеродовой период</b>	длится 24 часа после окончания родов. В это время за родившей женщиной необходимо вести тщательное наблюдение, так как именно в первые часы после родов наиболее вероятно проявление самых серьезных послеродовых осложнений.
<b>Поздний послеродовой период</b>	начинается через 24 часа после родов и длится 42 дня. Заканчивается полным восстановлением половых органов, нервной, сердечно-сосудистой и других систем женского организма, а также изменениями в эндокринной системе и молочных железах, обеспечивающих функцию лактации

## Принцип формулирования диагноза.

Формулирование диагноза послеродового периода основывается на международных классификациях, таких как МКБ-10/11 и ВОЗ:

1. Основное состояние: физиологический (нормальный) или осложненный послеродовый период.
2. Указывается срок (ранний – до 24 часов, поздний – с 24 дней до 42 дней).
3. Исход родов: спонтанные (самопроизвольные) или оперативные роды (кесарево сечение, вакуум-экстракция и др.).
4. Гестационный возраст ребенка, масса, состояние новорожденного (по шкале Апгар).
5. Осложнения (атоническое послеродовое кровотечение, послеродовой эндометрит, субинволюция матки, лактостаз, мастит, тромбофлебит, анемия), если есть.

## Примеры формулировки диагноза:

«Нормальный (физиологический) ранний послеродовый период. Роды срочные, самопроизвольные. Живой доношенный плод, 3400 г, Аpgar 8/9 баллов»

«Поздний послеродовый период. Кесарево сечение. Субинволюция матки»

«Поздний послеродовый период, 10 дней. Послеродовой эндометрит. Антибактериальная терапия»

## 2.4. Диагностика

### Анамнез

Сбор анамнеза проводится согласно рекомендациям национального клинического протокола «Аntenатальный уход, ведение беременных групп риска», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №195 от 14.06.2024 г.

### Жалобы

Нормальный послеродовый период характеризуется удовлетворительным общим состоянием женщины и нормальными физиологическими параметрами: температуры тела, частоты пульса, уровня артериального давления (АД), темпа инволюции матки, количества и состава лохий, лактации.

### **С** Рекомендована оценка жалоб при осмотре пациентки

В первые 1-5 сутки после родов могут наблюдаться следующие жалобы и клинические проявления:

- ощущение слабости и усталости;
- умеренная головная боль;
- болевые ощущения в области промежности после растяжения вульвы и влагалища во время родов;
- периодические болевые ощущения внизу живота при сокращении матки;
- боль в пояснице после эпидуральной аналгезии;
- нарушение функции мочевого пузыря в виде отсутствия позывов к мочеиспусканию при полном мочевом пузыре, которые чаще возникают при крупном плоде и длительной продолжительности родов;
- запоры и обострение геморроя;
- равномерное нагрубание молочных желез и выделение молозива, а затем – молока (проблемы с лактацией более выражены у первородящих женщин);

- боли и повышение температуры тела в области молочных желез (в подмышечной ямке) вследствие лактостаза;
- послеродовой эмоциональный дистресс.

Лактостаз (нагрубание молочных желез) – дисфункциональное состояние лактирующей молочной железы, в основе которого лежит несоответствие процессов молокообразования и молокоотдачи. В отличие от мастита при лактостазе:

- не нарушается общее самочувствие женщины;
- температура тела чаще остается нормальной или субфебрильной;
- уплотнение в молочной железе при пальпации соответствует долькам молочной железы с четкими границами и бугристой поверхностью;
- при надавливании на уплотнение в молочной железе молоко выделяется свободно, после сцеживания женщина ощущает облегчение;
- параметры общего (клинического) анализа крови остаются в пределах референсных значений.

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

<https://akusherstvo.uz/protocols>

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240045989>

### **Физикальное обследование.**

Необходимо соблюдать общие пропедевтические принципы обследования пациенток и проводить те же физикальные методы обследования как при беременности низкого риска (см. национальные клинические протоколы «Аntenатальный уход, ведение беременных групп риска», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №195 от 14.06.2024 г. и «Нормальные роды», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №273 от 30.11.2021 г.).

**С** В раннем послеродовом периоде рекомендован осмотр врачом акушером-гинекологом и/или акушеркой в родильном отделении 1 раз в 15 минут в течение 2-х часов после родов, затем 1 раз в 30 минут в течение 2-х часов, затем каждый час в течении 4-х часов, далее каждые 4 часа в течении 16 часов

**С** В раннем послеродовом периоде все женщины должны регулярно осматриваться на предмет вагинального кровотечения, тонуса матки, высоты стояния дна матки, температуры тела и частоты пульса. Артериальное давление должно быть измерено вскоре после родов. Если артериальное давление находится в пределах нормы, повторное измерение проводится до истечения следующих шести часов. Мочеиспускание фиксируется в течение шести часов

**С** В позднем послеродовом периоде следует продолжать мониторинг общего самочувствия, фиксируя мочеиспускание и недержание, функцию кишечника, заживление любых ран в паховой области, головные боли, усталость, боли в спине, боли в паховой области, гигиену промежности, боли в груди, болезненности матки, а также послеродовые выделения

Осмотры в позднем послеродовом периоде должны проводиться врачом акушером-гинекологом 1 раз в сутки и акушеркой 2 раза в сутки с целью выявления или исключения осложнений послеродового периода.

**С** Рекомендовано при осмотре в условиях послеродового отделения активно расспрашивать пациентку об общем и эмоциональном самочувствии с целью диагностики психо-эмоционального дистресса

## **С** Не рекомендовано рутинное бимануальное влагалищное исследование

Показаниями для бимануального влагалищного исследования являются: гипертермия, боль в животе; боль во влагалище или промежности с оценкой по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) >5 баллов, чувство инородного тела во влагалище, анемия тяжелой степени неясного генеза.

<https://akusherstvo.uz/protocols>

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240045989>

## **Лабораторные диагностические исследования**

### **С** Не рекомендовано рутинный общий (клинический) анализ крови и мочи

Исследования показателей общего (клинического) анализа крови и мочи проводится при осложненном течении послеродового периода по общим показаниям.

<https://akusherstvo.uz/protocols>

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)<https://akusherstvo.uz/protocols>

## **Инструментальные диагностические исследования**

### **С** Не рекомендовано рутинное УЗИ органов малого таза в послеродовом периоде

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза показано при:

- субинволюции матки
- при подозрении на задержку частей плаценты или плодных оболочек
- при подозрении на эндометрит

Исследование проводится при умеренно наполненном мочевом пузыре: определяется ширина полости матки, оценивается содержимое полости матки на предмет задержки остатков плаценты или плодных оболочек (образования на стенках полости матки повышенной эхогенности, округлой формы, губчатой структуры, с наличием зон васкуляризации, которые следует дифференцировать с субмукозной миомой матки), состояние миометрия, наличие узловых образований, тромбов в мелких венах миометрия и степень выраженности варикоza маточных вен, проводится осмотр области придатков матки и шейки матки, всех отделов брюшной полости для выявления свободной жидкости и оценки ее характера.

При ширине полости матки >2,0 см диагностика остатков плацентарной ткани затруднена, поэтому следует повторить УЗИ после утеротонической терапии. Ширина полости матки не является основанием для хирургических методов лечения.

**В** Рекомендовано УЗИ органов малого таза комплексное после утеротонической терапии при подозрении на задержку частей плаценты или плодных оболочек с целью мониторинга эффективности терапии

**В** Рекомендована ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока при подозрении на задержку частей плаценты или плодных оболочек по данным УЗИ органов малого таза с целью исключения остатков плацентарной ткани

**С** Рекомендовано УЗИ молочных желез при лактостазе и других патологических изменениях молочных желез (патологические выделения из сосков, очаговые образования молочных желез, признаки мастита и др.)

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354615/9789240048539-rus.pdf>  
[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

### **Иные диагностические исследования**

**С** Рекомендовано консультирование по правилам грудного вскармливания с целью профилактики гипогалактии, лактостаза и мастита

Рекомендовано кормить ребенка по его требованию. Следует не пропускать кормления и не допускать длительных перерывов (более 3-х часов). Эффективное опорожнение груди при кормлении и/или сцеживании рекомендовано для всех кормящих женщин как основная профилактическая мера развития мастита.

**А** Всем родильницам рекомендован скрининг на послеродовую депрессию и тревожность с использованием Эдинбургской шкалы и прием (тестирование, консультирование) медицинского психолога при признаках послеродового эмоционального дистресса

**С** Для осуществления послеродового ухода за здоровыми женщинами и новорожденными в течение первой недели после родов рекомендуются посещения на дому квалифицированным медицинским персоналом или квалифицированным медико-санитарным работником

В случаях, когда посещения на дому невозможны или нежелательны, рекомендуется проведение осмотров в рамках послеродового ухода в амбулаторных условиях.

**С** Рекомендован повторный прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога и семейного врача или терапевта через 30-45 дней после родов с целью профилактики послеродовых осложнений и соматических заболеваний

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354615/9789240048539-rus.pdf>  
[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

## **2.5. Лечение.**

### **Немедикаментозные методы лечения**

**А** Рекомендовано при травме промежности прикладывание холода к промежности в течение 10 мин в первые 1-2 суток после родов с целью уменьшения боли и отека

Женщинам в период непосредственно после родов для облегчения острой боли от травмы паховой области, полученной во время родов, исходя из предпочтений женщины и доступных вариантов может быть предложено местное охлаждение, например с помощью хладоэлементов или холодных компрессов.

**А** Рекомендованы при недержании мочи после родов методы когнитивно-поведенческой терапии

Когнитивно-поведенческая терапия включает: ведение дневника мочеиспускания, обучение методике запланированных мочеиспусканий и отсрочки мочеиспускания, упражнения для мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи, лечебная физкультура с биологической обратной связью при заболеваниях женских половых органов.

**А** Не рекомендована рутинная гипоаллергенная диета при грудном вскармливании с целью снижения риска аллергических заболеваний у детей

Диета матери во время лактации не предотвращает аллергические заболевания у ребенка, не снижает вероятность атопического дерматита, аллергического ринита или бронхиальной астмы. С детьми, у которых есть признаки пищевой аллергии вскоре после рождения, вопрос решается индивидуально с учетом предпочтений и опасений женщины, оценки генетический факторов и других рисков.

**В** Не рекомендовано при грудном вскармливании ограничивать или увеличивать объем потребляемой жидкости с целью повышения лактации

При грудном вскармливании объем жидкости и питания не должен изменяться. Рекомендовано употреблять столько жидкости, сколько хочется женщине.

**С** Рекомендована сбалансированная диета и частота приемов пищи, обеспечивающая физиологические потребности в пищевых веществах, при кормлении грудью с целью достаточной выработки грудного молока и оптимизации его состава

**С** Не рекомендовано при грудном вскармливании назначение лактогонных трав с целью повышения лактации

**В** Для лечения и профилактики лактостаза следует консультировать женщин и поддерживать их в практике кормления «по требованию», правильного положения и прикладывания ребенка к груди, сцеживания грудного молока и использования теплых или холодных компрессов, исходя из предпочтений женщины

Койломастия (втянутые соски) (2-4% случаев) в большинстве случаев не является препятствием для грудного вскармливания. При трудностях с кормлением рекомендовано использование специальных накладок и молокоотсоса.

Применение фармакологических вмешательств, таких как подкожное введение окситоцина и протеолитическая ферментная терапия, для лечения нагрубания молочных желез в послеродовой период не рекомендуется.

**С** Не рекомендовано подавление лактации при таких состояниях, как: плоские соски, трещины сосков, боли при прикладывании ребёнка к груди, недостаток молозива или молока, перенесённые ранее операции на молочной железе (односторонняя мастэктомия, установка имплантатов, частичная резекция молочной железы, удаление доброкачественных новообразований) с целью профилактики осложнений у матери или ребенка

При наличии данных состояний необходимо дать рекомендации по снижению риска мастита при грудном вскармливании.

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240045989>

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

### **Медикаментозные методы лечения**

**С** При необходимости пероральной анальгезии для облегчения послеродовой боли рекомендуется назначение в качестве препарата первой линии парацетамола перорально в дозах согласно инструкции к препарату

При отсутствии эффекта от парацетамола для облегчения боли, вызванной спазмами матки после родов, могут назначаться пероральные нестероидные противовоспалительные препараты.

**С** Не рекомендована рутинная утеротоническая терапия в послеродовом периоде

Утеротоническая терапия назначается в группе высокого риска по послеродовым кровотечениям. Препаратом выбора является окситоцин (см. национальный клинический протокол «Профилактика и тактика ведения послеродовых акушерских кровотечений», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №273 от 30.11.2021 г.).

**С** Рекомендована утеротоническая терапия при подозрении на задержку частей плаценты или плодных оболочек по данным УЗИ органов малого таза

Тактику ведения задержки частей плаценты при наличии кровотечения в раннем послеродовом периоде см. в национальном клиническом протоколе «Профилактика и тактика ведения послеродовых акушерских кровотечений», утвержденном приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №273 от 30.11.2021 г.

При дефекте плацентарной ткани, выявленном в позднем послеродовом периоде, показана утеротоническая терапия и проведение хирургического кюретажа полости матки на фоне адекватного обезболивания и инфузии кристаллоидов.

**С** Рекомендована утеротоническая терапия при субинволюции матки

Препаратом выбора является окситоцин в дозе 2,5-5 МЕ (0,5-1 мл) в/м 1-2 раза в сутки.

**С** Для профилактики послеродовых запоров женщинам следует давать рекомендации по рациону и предоставлять информацию о факторах, провоцирующих запоры. Регулярное применение слабительных средств для профилактики послеродовых запоров не рекомендуется

**С** Рекомендовано подавление лактации при наличии заболеваний, при которых лактация и/или кормление грудью противопоказаны, и при перинатальной смерти ребенка с использованием каберголина или бромокриптина в дозах согласно инструкции к препаратам

К противопоказаниям к лактации и/или кормлению грудью относятся заболевания ребёнка, при которых он не может получать грудное молоко (например, галактоземия). Немедикаментозные методы подавления лактации, такие как тугое перевязывание груди, не рекомендованы, так как они повышают риск лактостаза и мастита.

Подавление лактации в виде постепенного завершения лактации (обычно длится до 2-3-х недель) заключается в регулирующем сцеживании молока.

<https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240045989>

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

### **Хирургические методы лечения**

**В** Рекомендована гистероскопия и/или вакуум-аспирация и/или хирургический кюретаж полости матки эндометрия под контролем УЗИ при задержке частей плаценты или плодных оболочек по данным УЗИ органов малого таза при неэффективности утеротонической терапии

При наличии условий вначале выполняется гистероскопия для подтверждения задержки частей плаценты или плодных оболочек, а затем при их наличии – их удаление (вакуум-аспирация эндометрия или хирургический кюретаж полости матки). Ширина полости матки не является основанием для хирургических методов лечения.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354615/9789240048539-rus.pdf>

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

## 2.6. Уход за новорожденным.

При каждом осмотре в рамках послеродового ухода необходимо обращать внимание на наличие следующих проявлений и при их обнаружении проводить дальнейшее обследование новорожденного:

- В** плохое питание, судороги, учащенное дыхание (> 60 вдохов в минуту), серьезное западение грудной клетки, отсутствие спонтанного движения, повышенная температура тела (> 37,5 °С)
- пониженная температура тела (< 35,5 °С)
- любые проявления желтухи в первые 24 часа после рождения или пожелтение ладоней и ступней в любом возрасте

Необходимо рекомендовать родителям и родственникам при обнаружении любых из вышеуказанных опасных проявлений между осмотрами в рамках послеродового ухода незамедлительно обращаться за медицинской помощью.

**С** Первое купание доношенного здорового новорожденного должно проводиться не ранее чем через 24 часа после рождения

**С** Регулярное местное применение увлажняющих средств для доношенного здорового новорожденным в целях профилактики кожных заболеваний не рекомендуется

**А** Культю пуповины рекомендуется поддерживать в чистоте и сухости

**В** В качестве меры профилактики синдрома внезапной детской смерти (СВДС) и синдрома внезапной неожиданной смерти в младенчестве (ВНСМ) младенцев рекомендуется укладывать спать в положении горизонтально на спине

**В** Рутинное назначение добавок витамина D и А доношенным младенцам на грудном вскармливании в целях улучшения состояния здоровья не рекомендуется

**С** Доношенным здоровым новорожденным может назначаться легкий массаж всего тела ввиду его потенциальной пользы для роста и развития

**А** Все младенцы в возрасте до шести месяцев должны находиться исключительно на грудном вскармливании

При каждом осмотре в послеродовой период матери должны получать рекомендации и поддержку для обеспечения исключительно грудного вскармливания.

**А** Учреждения, предоставляющие услуги по охране здоровья матерей и новорожденных, должны иметь четкое положение по грудному вскармливанию, с которым необходимо регулярно знакомить персонал и родителей

**А** Медицинский персонал, предоставляющий услуги по кормлению младенцев, включая поддержку грудного вскармливания, должен обладать достаточными знаниями,

компетенцией и навыками для оказания женщинам поддержки в грудном вскармливании

**В** Всем младенцам и детям в возрасте от 0 до 3 лет должен быть обеспечен внимательный уход; родителям и другим лицам, осуществляющим такой уход, должна быть оказана соответствующая поддержка

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354615/9789240048539-rus.pdf>

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

## 2.7. Профилактика и диспансерное наблюдение.

**С** Регулярная пероральная или местная антибиотикопрофилактика в послеродовом периоде после неосложненных вагинальных родов с целью профилактики материнской послеродовой инфекции и матсита не рекомендуется

**А** Рекомендована антибиотикопрофилактика при гистероскопии, вакуум-аспирации эндометрия или хирургическом кюретаже при задержке частей плаценты или плодных оболочек без кровотечения

Препараты, применяемые для антибиотикопрофилактики: Цефазолин или Цефутоксим или Амоксициллин+Клавулановая кислота или моксисициллин+сульбактам однократно в/в в стандартных лечебных дозах согласно инструкции к применению лекарственного препарата. При аллергических реакциях на бета-лактамы антибиотики и/или цефалоспорины рекомендован эритромицин согласно инструкции к применению лекарственного препарата.

**В** Для профилактики анемии, послеродового сепсиса, всем родильницам рекомендуется ежедневный прием внутрь препаратов железа в дозе 30-60 мг в пересчете на железо и фолиевой кислоты в дозе 400 мкг (0,4 мг)

**С** Женщинам непосредственно в послеродовой период не рекомендуется начинать регулярные тренировки мышц тазового дна в целях профилактики послеродового недержания мочи и кала

**С** Женщины в послеродовой период должны ограничивать продолжительность малоподвижного времяпрепровождения

Замена малоподвижного времяпрепровождения физической активностью любой интенсивности (в том числе невысокой) положительно сказывается на здоровье.

**А** Все не имеющие противопоказаний женщины в послеродовой период должны:

- в течение всего послеродового периода регулярно заниматься физической активностью;
- заниматься равномерно распределенной в течение недели приносящей существенную пользу здоровью физической активностью продолжительностью не менее 150 минут

**В** При родах, произошедших вне медицинского учреждения (например, в дороге), рекомендована экстренная специфическая профилактика столбняка

**С** Перед выпиской из медицинского учреждения на дом после родов женщин и новорожденных медицинские работники должны провести оценку состояния по следующим критериям для улучшения исхода оказания услуг матерям и

новорожденным:

- физическое благополучие женщины и ребенка и эмоциональное благополучие женщины;
- навыки и уверенность женщины в уходе за собой и навыки и уверенность родителей и лиц, осуществляющих уход, в способности позаботиться о новорожденном;
- условия на дому и другие факторы, определяющие возможность обеспечения ухода за женщиной и новорожденным на дому, а также возможность обращения за помощью.

**С** Рекомендовано консультирование по вопросам контрацепции с целью планирования последующих беременностей

Рекомендуемый интергенетический интервал составляет 2 года. После родов при отсутствии грудного вскармливания возможно использовать: барьерные методы контрацепции, гормональную контрацепцию (гормональные контрацептивы системного действия, которые могут назначаться перорально, в виде инъекций, в виде подкожных имплантатов влагалищных колец, пластырей), и внутриматочную контрацепцию. При грудном вскармливании возможно использовать: барьерные методы контрацепции, гормональные контрацептивы системного действия, содержащие гестагены, и внутриматочную контрацепцию.

Барьерная контрацепция и гормональная контрацепция могут быть назначены через 6 недель после родов. Внутриматочная контрацепция может быть назначена сразу после родов, внутриматочный контрацептив, содержащий левоноргестрел – через 6 недель после родов.

Метод лактационной аменореи не является надежным методом контрацепции, но при этом женщины, которые кормят ребенка исключительно грудью, с послеродовой аменореей, в течение первых 6 месяцев после родов могут использовать метод лактационной аменореи для контрацепции.

См. национальный клинический протокол «Планирование семьи», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №195 от 24.06.2024 г.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354615/9789240048539-rus.pdf>

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

## 2.8. Организация оказания медицинской помощи.

**С** Уход за здоровыми женщинами и новорожденными в медицинском учреждении рекомендован в течение не менее чем 24 часа после вагинальных родов

Показаниями для выписки пациентки из послеродового отделения являются:

- отсутствие послеродовых осложнений (гнойно-воспалительных,
- тромбоэмболических, послеродового кровотечения и др.);
- отсутствие задержки частей плаценты или плодных оболочек;
- отсутствие лактостаза;
- отсутствие послеродового эмоционального дистресса или послеродовой депрессии.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354615/9789240048539-rus.pdf>

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

## 2.9. Критерии оценки качества медицинской помощи.

№	Критерий качества	Да/нет
---	-------------------	--------

1.	Выполнен осмотр врачом акушером-гинекологом или акушеркой в родильном отделении 1 раз в 15 минут в течение 2-х часов	Да / нет
2.	Выполнен осмотр в послеродовом отделении врачом акушером-гинекологом 1 раз в сутки и акушеркой 2 раза в сутки	Да / нет
3.	Проведено консультирование по правилам грудного вскармливания	Да / нет
4.	Назначена тренировка мышц тазового дна (лечебная физкультура при заболеваниях женских половых органов)	Да / нет
5.	Проведено консультирование по вопросам контрацепции	Да / нет
6.	Назначен повторный прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога через 30-45 дней после родов	Да / нет

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354615/9789240048539-rus.pdf>

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

### 3. Список литературы.

1. Antenatal care. NICE guideline. Published: 19 August 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>
2. Artymuk N.V., Khapacheva S.Y. Device-assisted pelvic floor muscle postpartum exercise programme for the management of pelvic floor dysfunction after delivery // J. Matern. Neonatal Med. 2022. Vol. 35, № 3. P. 481–485.
3. Banasiewicz J. et al. Perinatal Predictors of Postpartum Depression: Results of a Retrospective Comparative Study // J. Clin. Med. 2020. Vol. 9, № 9. P. 2952.
4. Brito A.P.A., Caldeira C.F., Salvetti M. de G. Prevalence, characteristics, and impact of pain during the postpartum period // Rev. da Esc. Enferm. da USP. 2021. Vol. 55.
5. Critchley C.J.C. Physical Therapy Is an Important Component of Postpartum Care in the Fourth Trimester // Phys. Ther. 2022. Vol. 102, № 5.
6. Hadizadeh-Talasaz Z., Sadeghi R., Khadivzadeh T. Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials // Taiwan. J. Obstet. Gynecol. 2019. Vol. 58, № 6. P. 737–747.
7. Kazeminia M., Rajati F., Rajati M. The effect of pelvic floor muscle-strengthening exercises on low back pain: a systematic review and meta-analysis on randomized clinical trials // Neurol. Sci. 2023. Vol. 44, № 3. P. 859–872.
8. Khanlari S. et al. Re-examination of perinatal mental health policy frameworks for women signalling distress on the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) completed during their antenatal booking-in consultation: a call for population health intervention // BMC Pregnancy Childbirth. 2019. Vol. 19, № 1. P. 221.
9. Levis B. et al. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data // BMJ. 2020. P. m4022.
10. Mevorach Zussman N. et al. Protracted postpartum urinary retention—a long-term problem or a transient condition? // Int. Urogynecol. J. 2020. Vol. 31, № 3. P. 513–519.
11. Rezaie-Keikhaie K. et al. Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. // J. Obstet. Gynecol. neonatal Nurs. JOGNN. 2020. Vol. 49, № 2. P. 127–136.
12. Starzec-Proserpio M. et al. Prevalence and factors associated with postpartum pelvic girdle pain among women in Poland: a prospective, observational study // BMC Musculoskelet. Disord. 2022. Vol. 23, № 1. P. 928.
13. Turawa E.B., Musekiwa A., Rohwer A.C. Interventions for preventing postpartum constipation. // Cochrane database Syst. Rev. 2015. № 9. P. CD011625.
14. Ucci M.A. et al. Ultrasound evaluation of the uterus in the uncomplicated postpartum period: a systematic review // Am. J. Obstet. Gynecol. MFM. 2021. Vol. 3, № 3. P. 100318.

15. Wagenaar L.P. et al. Reproductive and obstetrical outcomes after treatment of retained products of conception: hysteroscopic removal vs ultrasound-guided electric vacuum aspiration, a prospective follow-up study // Am. J. Obstet. Gynecol. 2024.
16. Акушерство : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1080 с. - ISBN 978-5-9704-6632-2. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/>.
17. Клинические рекомендации (протокол лечения) "Нормальный послеродовый период". Москва, 2023 г. [https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)
18. Рекомендации ВОЗ по оказанию помощи матерям и новорожденным для формирования позитивного послеродового опыта, 2022 г. <https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240045989>

## 4. Приложения

### 4.1. Информация для пациента.

В послеродовом периоде происходит адаптация женского организма к новым условиям: становление лактации, обратное развитие увеличившейся во время беременности матки.

**Размеры матки и лохии.** Уменьшение размеров матки происходит в течение 6 недель после родов. Сразу после родов внутренняя поверхность матки представляет раневую поверхность, поэтому после родов наблюдаются выделения – лохии. По мере ее заживления количество и характер лохий меняются: с 1-го по 3-4-й день послеродового периода лохии кровяные, с 5-го по 8-й - коричневые, с 9-го по 15-й - желтоватые, с 16-го по 20-ый – беловатые, с 3-ей недели выделения становятся скудными, содержат примесь слизи, на 5-ой - 6-ой неделе они прекращаются. Если кровяные выделения продолжаются после родов длительное время, это может указывать на осложнения послеродового периода (замедленное сокращение матки, задержка остатков плаценты, эндометрит и др.), в этом случае необходимо обратиться к врачу-акушеру-гинекологу.

**Лактация.** Со 2-ых - 3-их суток после родов начинается лактация. Сначала в молочной железе вырабатывается молозиво, а с 5-ых - 6-ых суток - молоко. Нередко начало лактации сопровождается выраженным нагрубанием молочных желез. Необходимо вовремя сцеживать молоко, научиться правильно прикладывать ребенка к груди, следить за состоянием сосков. В течение всего периода лактации перед кормлением ребенка надо обязательно вымыть водой руки и молочные железы. Длительность нахождения ребенка у груди не следует ограничивать.

**Швы на промежности.** При наличии швов на промежности нельзя находиться в положении сидя, вставать и ложиться на кровать необходимо из положения лежа на боку в течение 7- 14 дней после родов. Снятие хирургических швов проводится в стационаре или после выписки в случае необходимости, так как в ряде случаев практикуется применение рассасывающегося шовного материала.

**Питание.** Прием прозрачных жидкостей возможен сразу после родоразрешения, прием пищи – через несколько часов после родов. Необходимо правильно и регулярно питаться. Голодание или строгие диеты не рекомендованы, так как могут отрицательно сказаться на нутритивном статусе кормящих женщин. Рекомендуемая частота приемов пищи роженице в период кормления грудью – 5-6 раз/сутки: 3 основных приема пищи и 2-3 перекуса с использованием продуктов здорового питания. Не рекомендовано употреблять избыточное количество молочных продуктов. Молочные продукты не влияют на становление лактации, но могут приводить к функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта и аллергическим реакциям у ребенка. Кормящим женщинам не рекомендовано употреблять продукты и блюда из сырого или плохо прожаренного мяса (шашлык и др.), рыбы (суши), молоко без термической обработки, утиные и гусиные яйца. Не рекомендовано употребление алкоголя роженицами независимо от вида вскармливания. Употребление алкоголя может представлять угрозу в плане адекватного ухода за ребенком.

**Гигиена.** В послеродовом периоде необходимо проводить профилактику восходящей инфекции. Для этого женщинам рекомендуется соблюдать правила личной гигиены (ежедневное принятие душа, подмывание 2-3 раза в день, менять постельное белье следует не реже 1 раза в неделю, а нательное – ежедневно, при необходимости чаще).

**Физическая активность.** Необходимо ограничение подъема тяжестей (>5 кг). После родов женщина должна постепенно включаться в обычную домашнюю работу. Умеренная физическая активность в послеродовом периоде способствует поддержанию и улучшению состояния сердечно-сосудистой, легочной систем, опорно-двигательного аппарата, снижает риск сопутствующих заболеваний, в комплексе с правильным питанием и полноценным сном повышает иммунитет и сопротивляемость организма инфекционным заболеваниям, снижается риск развития послеродовой депрессии. Рекомендуется 150 минут аэробной нагрузки средней интенсивности в неделю, потребление не менее 1500 ккал в сутки сбалансированной пищи, 8 часовой сон.

**Менструальная функция.** У некормлящих и некоторых кормящих матерей на 6-8-й неделе после родов возобновляется менструальная функция. У большинства кормящих женщин (80%) менструации отсутствуют в течение всего периода кормления ребенка грудью (лактационная аменорея). Первые менструации после родов чаще всего имеют ановуляторный характер, т.е. происходят без созревания яйцеклетки. Однако иногда менструальные циклы являются овуляторными, вследствие чего беременность может наступить до возобновления менструаций. В связи с этим большое значение имеет контрацепция (предохранение от беременности), которая возможна с помощью барьерных, внутриматочных и гормональных средств. Гормональные и внутриматочные средства контрацепции назначаются врачом-акушером-гинекологом. Метод лактационной аменореи не является надежным методом контрацепции ввиду высокой частоты наступления беременности при его использовании. Но при этом этот метод может быть использован при наличии 3-х условий: (1) ребенок находится исключительно на грудном вскармливании; (2) менструации отсутствуют; (3) после родов прошло не более 6 месяцев.

**Половая жизнь.** Половую жизнь рекомендовано начинать только по истечении послеродового периода (через 6-8 недель после родов) или после прекращения выделений из половых путей. Наиболее физиологичным промежутком между беременностями считается промежуток в 2 года.

## 4.2. Информация по коррекции и профилактике лактостаза.

1. Необходимо обучиться правильной технике прикладывания ребенка к груди, при возникновении сложностей необходимо обратиться за помощью к врачу-акушеру-гинекологу, педиатру или консультанту по грудному вскармливанию.
2. Кормить ребенка рекомендовано по требованию, не следует пропускать кормления и допускать длительных перерывов (более 3-х часов), даже ночью.
3. Необходимо использовать специальное белье для кормящих матерей, не допускать давления на грудь извне (например, автомобильным ремнем безопасности или лямкой слинга для ношения ребенка).
4. В случае чувства набухания или распираания молочных желез надо незамедлительно приложить ребенка к груди и/или сцеживать грудное молоко молокоотсосом, предварительно произведя очищение деталей молокоотсоса.
5. Кормления или сцеживания грудного молока следует участить (каждые полтора часа).
6. Кормление или сцеживание молока лучше начинать с больной стороны. Однако если боль мешает кормлению, то кормление можно начинать и с непораженной груди, а затем переходить на грудь с лактостазом.
7. Ребенка у груди необходимо поместить так, чтобы подбородок и нос ребенка были расположены напротив пораженного участка.

8. Легкий массаж груди полезен перед началом сцеживания или кормления. Массаж и сцеживание следует проводить очень аккуратно, т.к. травматизация воспаленных тканей может ухудшить состояние. Массаж болезненной области по направлению к соску помогает правильно дренировать грудь. Следует избегать болезненного массажа и всех форм сильного давления на молочные железы, поскольку они увеличивают риск повреждения тканей, что может привести к развитию мастита.
9. Сцеживание целесообразно выполнять до появления чувства «облегчения», пока грудь не станет достаточно мягкой, не следует добиваться полного опорожнения груди.
10. При выраженном нагрубании молочных желез, ощущении боли, покраснении, повышении температуры тела и других жалобах необходима срочная консультация врача акушера-гинеколога. Категорически запрещается заниматься самолечением.

[https://roag-portal.ru/recommendations\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics)

### 4.3. Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли.

Оригинальное название: Visual analogue pain intensity scale.

Источник: Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. Pain 1976; 2 (2): 175– 184.

Тип: шкала оценки.

Назначение: оценка интенсивности боли.



**Интерпретация.** Шкала длиной 10 см: 0-1 см – боль отсутствует, 1-3 см – боль можно игнорировать, 3-5 см – мешает деятельности, 5-7 см – мешает концентрироваться, 7-9 см – мешает основным потребностям, 9-10 см – необходим постельный режим.

### 4.4. Эдинбургская шкала послеродовой депрессии.

Назначение: клиническая методика в виде самоопросника, предназначенная для выявления депрессивных расстройств в предродовом и послеродовом периодах.

**Содержание:**

ФИО \_\_\_\_\_

Вы сейчас беременны или недавно родили. Нам важно знать, как вы себя чувствуете. Пожалуйста, **поставьте галочку (✓)** напротив утверждения, которое наиболее подходит к тому, как вы себя чувствовали в последние 7 дней. Ответьте на все 10 пунктов. Это скрининг-тест, он **не является диагнозом**.

<b>1. Я могла смеяться и замечать забавные стороны происходящего</b>	
А) Так же часто, как всегда	0
Б) Реже, чем обычно	1
В) Не так часто, как обычно	2
Г) Нет, не могла совсем	3
<b>2. Я с нетерпением ожидала различных событий в моей жизни</b>	
А) Так же, как я делала это всегда	0
Б) Скорее меньше, чем всегда	1
В) Определенно меньше, чем всегда	2
Г) Вообще-то едва ли	3
<b>3. Я необоснованно обвиняла себя</b>	
А) Да, чаще всего	3
Б) Да, иногда	2
В) Не очень часто	1
Г) Нет, никогда	0
<b>4. Я тревожилась без особой причины</b>	
А) Нет, нисколько	0
Б) Едва ли когда-либо	1
В) Да, иногда	2
Г) Да, очень часто	3
<b>5. Я была испугана, паниковала</b>	
А) Да, очень часто	3
Б) Да, иногда	2
В) Нет, не часто	1
Г) Нет, нисколько	0
<b>6. Происходящее давило на меня</b>	
А) Да, большую часть времени я была не в состоянии справиться с этим	3
Б) Да, иногда я не справлялась с происходящим, как это было обычно	2
В) Нет, большую часть времени я справлялась с этим	1
Г) Нет, я справлялась с происходящим так же хорошо, как обычно	0
<b>7. Я была настолько расстроена, что у меня появились проблемы со сном</b>	
А) Да, большую часть времени	3
Б) Да, иногда	2
В) Не очень часто	1
Г) Нет, никогда	0
<b>8. Я чувствовала себя несчастной</b>	
А) Да, большую часть времени	3
Б) Да, достаточно часто	2
В) Не очень часто	1
Г) Нет, нисколько	0
<b>9. Я была несчастной и часто плакала</b>	
А) Да, большую часть времени	3
Б) Да, достаточно часто	2
В) Только иногда	1
Г) Нет, никогда	0

<b>10. Мысли о нанесении себе телесного вреда посещали меня</b>	
А) Да, очень часто	3
Б) Иногда	2
В) Едва ли когда-либо	1
Г) Никогда	0

### **Интерпретация:**

В каждом пункте отмечается одно утверждение, наиболее соответствующее состоянию на протяжении **последней недели**, не только сегодня.

Пункты 1, 2 и 4 подсчитываются в прямых значениях (0, 1, 2, 3).

Остальные пункты подсчитываются в обратных значениях (3, 2, 1, 0).

Баллы по всем десяти пунктам суммируются.

Баллы 8–9 и выше свидетельствуют о высокой вероятности послеродовой депрессии (примерно в 86% случаев).

Баллы выше 13 свидетельствуют о 100% вероятности послеродовой депрессии (при максимуме в 30 баллов).

При получении  $\geq 10$  баллов по опроснику «Эдинбургская шкала послеродовой депрессии» необходимо направить пациентку на прием (тестирование, консультирование) медицинского психолога.

### **4.5. Методология разработки протокола.**

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями Указа Президента Республики Узбекистан №5590 «О комплексных мерах по совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7.12.2018 г. и приказа Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 52 «Об утверждении методологии разработки, утверждения, и внедрения в медицинскую практику национальных/ локальных клинических протоколов и стандартов» от 23.02.2024 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты акушеры-гинекологи ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка», Ташкентской медицинской академии.

Создание данного протокола продиктовано медицинской значимостью проблемы, различиями в подходах в медицинской практике, существованием большого количества современных источников доказательств эффективности вмешательств.

**Конфликт интересов:** перед началом работы по созданию данного протокола все члены рабочей группы заполнили письменное Уведомление о конфликте интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для применения в клинической практике по теме данного протокола.

**Вовлечение заинтересованных сторон:** при разработке руководящих принципов протокола и рекомендаций запрошены и учтены мнения целевой группы населения (пациентов и членов их семей), включая медицинские (польза для здоровья, побочные эффекты и риски вмешательств), этические, культурные, религиозные аспекты. Запрос мнений осуществлялся путем неформального интервью женщин в профильных отделениях ГУ РСНПМЦЗМиР.

**Сбор, обобщение и критическая оценка доказательств.**

**Методы, использованные для сбора доказательств:** поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. В качестве основных источников информации использовались клинические руководства медицинских сообществ и других профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2013-2024 гг, приоритетными при разработке протокола явились данные последних 5 лет (с 2019 г.). В процессе разработки

протокола не использовались учебники и монографии как источники с низким качеством доказательств или отсутствием таковых. Систематический поиск основных источников данных включал следующие базы данных:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - [Guidelines@health.qld.gov.au](http://Guidelines@health.qld.gov.au)
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics - <https://www.figo.org/>
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - [https://roag-portal.ru/clinical\\_recommendations](https://roag-portal.ru/clinical_recommendations)

В качестве исходного документа для заимствования и адаптации рекомендаций использовались несколько клинических руководств из разных стран.

В случаях, когда в найденных и оцененных клинических руководствах отсутствовали требуемые рекомендации или они были описаны недостаточно/неполно, не подкреплялись доказательствами, противоречили друг другу, были неприменимы в местных условиях или устарели проводился дополнительный поиск рандомизированных контролируемых испытаний, систематических обзоров, мета-анализов, когортных исследований в базах данных:

<http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>,  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>,  
<http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> и др.

Проведена критическая оценка качества найденных источников с учетом современности клинических руководств, методологии их разработки, ранжирования рекомендаций по уровням достоверности доказательств и убедительности/силы, применимости к местным условиям оказания медицинской помощи.

**Описание методов для формулирования рекомендаций.** Окончательные рекомендации протокола формулировались путем заимствования части рекомендаций из нескольких клинических руководств в изначальной редакции без изменений, адаптации части рекомендаций клинических руководств к местным условиям, разработки рекомендаций на основе дополнительного поиска литературы. Рекомендации с низким качеством доказательств и не применимые в местных условиях исключались. Заимствованные из клинических руководств рекомендации принимались с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначально. В случае, если авторами зарубежных клинических руководств использовались другие шкалы уровней доказательности, то они (если это возможно) переводились в систему GRADE. В случаях, когда встречались одинаковые рекомендации в разных клинических руководствах, но с разным уровнем доказательности, рабочая группа включала в протокол ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных.

Протокол документально рецензирован внутренними и внешними экспертами. В случае, если доказательная база рекомендаций была более весома, чем мнение рецензента/эксперта, или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, оставляли за собой право отклонить предложения рецензентов.

При формировании окончательной редакции протокола проект протокола был представлен для обсуждения широкому кругу специалистов из числа профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директора региональных филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их

заместители), врачей региональных учреждений системы родовспоможения. Проект протокола для обсуждения был доступен на официальном сайте ГУ РСНПМЦЗМиР <https://akusherstvo.uz/> Отзывы принимались по электронной почте с заполнением стандартного Листа отзывов. Заключительное обсуждение проекта протокола и формирование окончательной его редакции проводилось в онлайн формате с участием рабочей группы, рецензентов, внешнего и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса.

В рекомендациях данного клинического протокола все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций (УУР) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

#### 4.6. Компетенции практических навыков для менеджмента ведения нормального послеродового периода (task shifting)

	Медсестра / акушерка	Семейный врач ПМСП (бакалавр)	Акушер-гинеколог/другие смежные специалисты
<b>Жалобы и анамнез</b>			
Продemonстрировать умения собрать жалобы у пациента	+	+	+
Применять знания о симптомах нормального послеродового периода при сборе анамнеза пациента	+	+	+
Сформулировать полный анамнез пациентов с нормальным послеродовым периодом послеродовом периоде.		+	+
Оценка факторов риска	+	+	+
<b>Физикальный осмотр</b>			
Продemonстрировать компетентность при измерении антропометрических данных	+	+	+
Продemonстрировать умение измерить жизненно важные показатели (пульс, АД, сознание, дыхание, температура)	+	+	+
Продemonстрировать компетентность в проведении комплексного физикального обследования пациента, согласно рекомендациям протокола		+	+
Продemonстрировать компетентность при обследовании пациентов с привычным невынашиванием		+	+
<b>Установление диагноза</b>			
Установить диагноз привычного невынашивания на основании МКБ 10/11	+	+	+
<b>Лабораторная диагностика</b>			
Назначить базовые лабораторные анализы:	+	+	+
Интерпретация результатов базовых лабораторных анализов		+	+
Назначить дополнительные лабораторные анализы:		+	+
Интерпретация результатов дополнительных		+	+

лабораторных анализов			
<b>Инструментальная диагностика</b>			
Назначить базовые инструментальные исследования	+	+	+
Интерпретация результатов базовых инструментальных исследований		+	+
Назначить дополнительные инструментальные исследования		+	+
Интерпретация результатов дополнительных инструментальных исследований		+	+
<b>Лечение</b>			
Определить объем немедикаментозного лечения	+	+	+
Назначить медикаментозное лечение согласно рекомендациям протокола		+	+
Определить объем хирургических вмешательств			+
Компетенции в проведении хирургических вмешательств согласно протоколу			+
<b>Профилактика</b>			
Компетенции по улучшению поведения и промоции здорового образа жизни	+	+	+
Компетенции по улучшению приверженности к медикаментозному лечению	+	+	+

#### 4.7. Компетенции знаний для менеджмента ведения нормального послеродового периода (task shifting)

	Медсестра / акушерка	Семейный врач ПМСП (бакалавр)	Акушер-гинеколог/другие смежные специалисты
Дать определение нормального послеродового периода	+	+	+
Описать жалобы, симптомы в нормальном послеродовом периоде	+	+	+
Описать терминологию, связанную с нормальным послеродовым периодом		+	+
Классифицировать нормальный послеродовый период согласно МКБ 10/11	+	+	+
Описать физиологические механизмы нормального послеродового периода		+	+
Описать факторы риска развития осложнений нормального послеродового периода		+	+
Описать схему сбора анамнеза в нормальном послеродовом периоде	+	+	+
Описать подходы к физикальному исследованию в нормальном	+	+	+

послеродовом периоде			
Построить подход к диагностике нормального послеродового периода на основе этиологии, симптомов и исследований	+	+	+
Интерпретация базовых анализов и инструментальных исследований		+	+
Построить подход к терапии		+	+
Описать немедикаментозную терапию	+	+	+
Описать медикаментозную терапию		+	+
Обсудить механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, применяемых в нормальном послеродовом периоде		+	+
Обсудить физиологические изменения в нормальном послеродовом периоде		+	+
Знать меры профилактики осложнений нормального послеродового периода	+	+	+