

ЗАЩИТА ДЕТЕЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И ОКАЗАНИЕ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.Н. Русанов, докт. мед. наук

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

E-mail: rusanovsergej@yandex.ru

Рассмотрены особенности оказания медицинской помощи, организации и проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в отношении детей, пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

Ключевые слова: чрезвычайные ситуации, защита, санитарные потери, лечебно-эвакуационные мероприятия, война, терроризм, дети.



В чрезвычайных ситуациях (ЧС) только мирного времени санитарные потери среди детей достигают 25% санитарных потерь населения, пострадавшего от воздействия поражающих факторов. Защита здоровья и жизни детей в любых ЧС – одна из самых важных задач гуманитарного характера. Во время ЧС дети особенно подвержены травматизму, болезням, опасности потерять родственников и остаться одинокими, беспомощными в большой массе людей и потому нуждаются в особом внимании и заботе.

Актуальность данной проблемы определена провозглашенной в 1990 г. ООН «Всемирной декларацией об обеспечении выживания, защиты и развития детей», в которой подчеркнуто, что дети должны быть в первую очередь защищены от воздействия стихийных бедствий и техногенных катастроф, вызванных деятельностью человека, а также в период войн.

Становление и развитие государственной системы экстренной медицинской помощи детям в ЧС

В соответствии с Постановлением Совета Министров РСФСР №192 от 14.06.90 «О создании службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях» и Приказом Министерства здравоохранения РСФСР №115 от 11.07.90 «О создании службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях» на Московский НИИ педиатрии и детской хирургии были возложены функции головного учреждения РСФСР по проблеме экстренной медицинской помощи детям в ЧС.

В 1990–1993 гг. такую помощь оказывали специализированные медицинские бригады постоянной готовности Всесоюзного научно-практического центра экстренной медицинской помощи. Впоследствии специалисты педиатрического профиля работали в тесном контакте с Всероссийским центром медицины катастроф (ВЦМК) «Защита» Минздрава России. Сотрудники хирургической клиники Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России и Детской городской клинической больницы №9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения Москвы принимали участие в разработке организационно-штатной структуры и табеля оборудования полевого многопрофильного госпиталя (ПМГ) ВЦМК «Защита», предназначенного, в частности, для оказания специализированной помощи детскому населению в условиях ЧС. В настоящее время в составе ПМГ функционирует педиатрическое отделение, в штат которого входят детские анестезиологи-реаниматологи, педиатры, детские хирурги.

Актуальное направление совершенствования и развития системы оказания педиатрической помощи в условиях ЧС – анализ и обобщение опыта медицинской помощи детскому населению в условиях вооруженных конфликтов, террористических актов, а также опыта медико-санитарного обеспечения детей из состава беженцев (вынужденных переселенцев).

Санитарные потери при захвате заложников боевиками в Беслане

Обратились за медицинской помощью		Оказана амбулаторная помощь		Госпитализированы		Умерли в медицинских организациях	
всего	в том числе дети	всего	в том числе детям	всего	в том числе дети	всего	в том числе дети
710	365	163	35	547	330	25	11

К настоящему времени педиатрами Национальной службы медицины катастроф накоплен уникальный опыт реального участия в ликвидации медицинских последствий ЧС и медико-санитарного обеспечения детского населения пострадавших регионов как в нашей стране, так и за рубежом.

Война и дети

Война – самый примитивный и самый жестокий способ решения конфликтных отношений между людьми, имеющими власть и вооружение. В нее втягиваются огромные массы населения, и самые большие потери несет гражданское население, прежде всего – женщины и дети. Если в Первой мировой войне пострадало не более 20% мирного населения, то во Второй – уже до 50%, а в конфликтах, развязанных в последние десятилетия, – более 80%. Со времен Второй мировой войны в мире произошло около 130 вооруженных конфликтов.

Как показывает статистика, в районах вооруженных конфликтов проживали более 1 млрд детей, причем 300 млн из них – в возрасте до 5 лет. За 10 минувших лет в ходе вооруженных конфликтов 2 млн детей погибли, 6 млн остались бездомными, 12 млн получили ранения или остались инвалидами; кроме того, по меньшей мере 300 тыс. детей-солдат участвуют в 30 конфликтах в разных точках земного шара.

1 сентября 2004 г. весь мир потрясло известие о захвате отрядом террористов численностью более 30 человек здания средней общеобразовательной школы в Северной Осетии (Беслан). Хотя большинство заложников были освобождены в ходе штурма, в результате теракта 334 человека, в том числе 186 детей, были убиты и свыше 800 ранены. 62% детей, нуждавшихся в стационарной медицинской помощи после захвата школы в Беслане, имели огнестрельные ранения. Значительную частоту огнестрельных ранений у детей, пострадавших при актах терроризма, отмечают и зарубежные авторы. Санитарные потери при захвате заложников боевиками в Беслане представлены в таблице.

Как показала статистика, люди в подобных ситуациях, особенно дети, переживают тяжелый психический стресс с последующим развитием депрессии, неврозов, психических заболеваний. Они видят гибель родных, раненых, разрушенные дома. Во время военных действий в Хорватии психопатологические реакции наблюдались более чем

у 60% детей. Война несет с собой голод, нищету, инфекции и как следствие – повышение младенческой и детской смертности.

Эпидемии инфекционных заболеваний – обязательные спутники войны. Это связано не только с ухудшением санитарно-эпидемиологической ситуации, но и с нарушением режимов плановой и экстренной вакцинопрофилактики. Благодаря самоотверженной работе медицинских работников очаги инфекций во время Великой Отечественной войны быстро ликвидировались, крупных эпидемий детских инфекций не было. Однако в Чеченской республике, где профилактическая вакцинация детей была прекращена еще до начала вооруженного конфликта (1994 г.), не удалось избежать крупной вспышки полиомиелита. Это заболевание ВОЗ относит к категории инфекций, которые в ближайшие годы должны быть полностью ликвидированы.

Особенности защиты детей от опасных и вредных факторов при ЧС

Защита здоровья и жизни детей в любых ЧС – одна из самых важных государственных задач. На случай ЧС на всей территории страны и на всех предприятиях создаются системы оповещения и информирования населения. Информация об угрозе ЧС (аварии) или о ее наступлении передается в первую очередь в детские, учебные и медицинские организации, которые находятся в зоне возможного поражения. Взрослые, прежде всего – родители, учителя, учебно-воспитательный состав, медицинские работники, персонал детских дошкольных организаций, обязаны знать и уметь применять основные приемы и способы защиты детей при авариях, катастрофах, стихийных бедствиях и других ЧС.

С возникновением угрозы дети должны постоянно находиться под наблюдением взрослых. При получении сигнала оповещения и информации о ЧС родители, родственники детей, воспитатели, учителя, медицинские работники или взрослые, находящиеся рядом с детьми, обязаны принять все доступные им меры по обеспечению безопасности детей. Такими мерами в зависимости от обстановки могут быть:

- эвакуация детей вместе с родителями (взрослыми) из опасных мест;
- оказание первой помощи и различных видов медицинской помощи;

- создание нормальных санитарно-гигиенических условий;
- обеспечение полноценным питанием;
- принятие мер к розыску родителей (родственников) потерявшихся детей.

Мировой опыт и знания о поведении детей в условиях ЧС позволяет сделать вывод о некоторых характерных для каждой конкретной возрастной группы поведенческих реакциях и возможном образе действий при ЧС. При выявлении заметных отклонений от стандартного поведения следует обратиться за советом и помощью к профессиональным психологам.

Поведенческие реакции детей в условиях ЧС в зависимости от возраста

Возраст от 0 до 1 года. Младенцы еще не могут говорить и выражать свои чувства. Очень часто они становятся чересчур возбудимыми, чаще плачут, нуждаются в любви и ласке.

Детям младшего возраста (2–3 года) свойственно неконтролируемое поведение, что затрудняет организацию их защиты и оказание им помощи.

Возраст 4–5 лет. В большинстве случаев дети этой возрастной группы чувствуют себя беспомощными и ощущают отсутствие безопасности. У них еще не развита способность к логическому мышлению, они не могут справиться с ситуацией должным образом. В этом возрасте дети наиболее чувствительны к родительской реакции.

Типичные виды поведения: возврат к моделям поведения, соответствующим более ранним стадиям развития: недержание мочи; боязнь темноты; страшные сны; демонстрация зависимости и возросшая привязанность к кому-то из родителей; заикание; потеря аппетита; «замешательство»; боязнь остаться в одиночестве. **Действия родителей, психолога:** предоставление детям сведений и объяснений, соответствующих их возрасту; поощрение их в выражении чувств через игру или рисунки; обеспечение их физической и словесной поддержкой; уделение им максимального внимания; организация распорядка дня; снижение требований к обязательному выполнению каких-либо действий; организация игр и бесед с родителями и друзьями.

Возраст 6–11 лет. Дети этой возрастной группы в состоянии понять смысл таких заметных изменений в жизни, как утрата родителей, братьев, сестер. В этом возрасте очень заметно проявляются страхи и тревоги. Часть детей придумывают себе страхи, которые внешне вроде бы никак не связаны с ЧС, другие могут высказывать желание быть в курсе мельчайших деталей происходящего.

Типичные виды поведения: отстранение от действительности; недержание мочи; сосание пальца; раздражительность; зависимость; агрессивность; боязнь темноты; нежелание спать одному; отказ от действий, требующих выхода на улицу или встреч с друзьями; головные боли и т.д. **Действия родителей, психолога:** большое терпение и беседы с пострадавшим, родителями и его друзьями; организация четкого распорядка дня; снижение требований к обязательному выполнению каких-либо действий.

Возраст 12–14 лет. В этом возрасте дети обращают внимание на реакции своих друзей. Ребенок должен знать, что такие же страхи преодолевают и их. Следует принять меры к уменьшению стресса, тревоги и чувства вины.

Типичные виды поведения: нарушение сна; отсутствие аппетита; непослушание; сложности с выполнением ежедневных обязанностей; нежелание быть с друзьями; соперничество в борьбе за внимание; трудности концентрации внимания. **Действия родителей, психолога:** следует поощрять совместные со сверстниками действия, беседы с друзьями о ЧС; организация распорядка дня; снижение требований к обязательному выполнению каких-либо действий; возложение на детей ответственности и определенных обязанностей (но не слишком сложных) в рамках борьбы с ЧС.

Возраст 15–18 лет. Некоторые факторы ЧС могут вызвать страх за семью и себя самого. Необходимость в сплочении семьи может затронуть естественное стремление к все большей независимости. Реакция обычно аналогична реакции взрослого человека. Иногда молодой человек этого возраста испытывает затруднения и не желает рассказывать родителям о своих ощущениях.

В этом возрасте общение с группой равных (сверстников) – самое важное в жизни, и оно может стать чрезвычайно эффективным фактором в умении справляться с ЧС и состоянием стресса.

Типичные виды поведения: резкие колебания настроения; отчуждение от дружеской компании; столкновения с авторитарными личностями; головные боли; трудности с концентрацией внимания; безразличие; попадание в рискованные ситуации; агрессивность. **Действия родителей, психолога:** поощрение совместных действий со сверстниками; бесед со сверстниками и друзьями о ЧС; снижение уровня тревожности, страха ожидания; поощрение позитивных бесед в кругу семьи о сложившейся ситуации.

Особенности течения травматической болезни у детей определяют необходимость дифференцированного подхода к вопросам диагностики и лечебной тактики.

Относительная функциональная незрелость центральной нервной системы приводит к генерализованным реакциям (гипертермия, судороги, диспепсические расстройства и т.д.), которые зачастую не зависят от локализации и характера травмы. Расстройства моторики желудочно-кишечного тракта, аллергические реакции, проявления надпочечниковой недостаточности обусловлены несовершенством вегетативной и эндокринной регуляции.

В связи с относительно небольшим объемом циркулирующей крови дети тяжело переносят даже незначительную кровопотерю. Для детского организма характерна способность длительно поддерживать нормальный уровень артериального давления даже в условиях выраженной гиповолемии, достигающей 35–40% должного объема циркулирующей крови. Срыв компенсаторных механизмов манифестируется резким (подчас необратимым) нарушением сердечно-сосудистой деятельности.

Вследствие ограниченных буферных резервов крови у детей младшей возрастной группы быстро развиваются нарушения кислотно-щелочного и электролитного баланса.

Особенности морфологического строения тканей и анатомо-топографических соотношений также играют немаловажную роль в своеобразии клинических проявлений травмы у детей.

Временная (возрастная) диспропорция в развитии головного мозга, костей и соединений черепа определяет наличие относительно больших резервных пространств полости черепа, что маскирует клинические проявления нарастающей внутричерепной гипертензии. Высокая гидрофильность мозговой ткани обуславливает быстрое развитие отека – набухания мозга в ответ на травму и другие повреждающие воздействия – гипоксию, интоксикацию и т.д.

Органы дыхания у детей отличаются ранимостью тканей, относительной узостью воздухоносных путей, слизистая оболочка которых богата лимфатическими и кровеносными сосудами. В связи с этим быстро возникающий отек слизистой приводит к нарушению проходимости дыхательных путей. В механизме внешнего дыхания у детей существенную роль играет экскурсия диафрагмы, поэтому при ее повреждениях или метеоризме резко уменьшается вентиляция легких. Обильно васкуляризованная легочная ткань создает условия для развития ателектазов и пневмоний. Грудная стенка тонкая, эластичная из-за преобладания хрящевых и соединительнотканых структур. Поэтому при закрытой травме груди возможно возникновение ушибов и разрывов внутренних органов без повреждения костного каркаса.

Высокая эластичность брюшной стенки и слабость мышечного «корсета» в сочетании с относительно большой массой и размерами внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства формируют условия для их повреждения при закрытой травме живота. Низкие пластические свойства брюшины, короткий сальник и тенденция к деструктивному характеру воспалительного процесса определяют неблагоприятное течение травм внутренних органов и высокую частоту развития внутрибрюшинных осложнений.

Особенности повреждения опорно-двигательного аппарата у детей связаны с меньшей, чем у взрослых, массой тела, высокой эластичностью костей и связочного аппарата скелета, что в совокупности уменьшает опасность возникновения переломов в сравнении с таковой у взрослых. С наличием эпифизарных зон и механически прочной и эластичной надкостницы связан ряд типичных для детского возраста повреждений костей – поднадкостничные переломы, эпифизеолизы, остеоэпифизеолизы, апофизеолизы. Гибкостью позвоночного столба, эластичностью межпозвоночных дисков и связок объясняется относительная редкость осложненных переломов позвоночника, его нестабильных повреждений. В то же время у детей из-за смещения на уровне межпозвоночных дисков возможны значительные повреждения спинного мозга (вплоть до анатомического разрыва) без разрушения костных структур.

Эластичность соединительной ткани в детском возрасте предопределяет относительную редкость подкожных разрывов связочного аппарата и в то же время – частоту «отрывных» переломов апофизов и костных кортикальных фрагментов, соответствующих местам прикрепления связок и мышц.

Высокая интенсивность тканевых обменных процессов в сочетании с относительно низкими прочностными (на сжатие) характеристиками мягких тканей и их гидрофильностью определяют предрасположенность к быстрому развитию при сдавлении субфасциального отека и нейроваскулярных расстройств.

Особенности организации и проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в отношении детей, пострадавших в ЧС

Экстренная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе предусматривает проведение ряда лечебно-профилактических мероприятий. В период отсутствия на территории Службы медицины катастроф (фаза изоляции) непораженное взрослое население и спасатели обеспечивают ком-

плекс простейших медицинских мероприятий, используя подручные и (или) табельные медицинские средства (первая помощь).

При организации первой помощи необходимо учитывать, что у детей исключается элемент самопомощи, поэтому особое внимание следует обратить на своевременность высвобождения пораженных детей из-под обломков, разрушенных убежищ (укрытий), на тушение горячей одежды и устранение других поражающих факторов. При одинаковой тяжести поражения дети имеют преимущество перед взрослыми при получении медицинской помощи как в очагах поражения, так и за его пределами.

В местах погрузки пострадавших на транспорт используют все возможности для предохранения детей от действия неблагоприятных климатических и погодных факторов, организуют уход за ними и оказание им медицинской помощи, проводят медицинскую сортировку. Медицинскую помощь детям оказывают с учетом анатомо-физиологических особенностей организма.

Своевременное оказание первой помощи пострадавшим детям может быть достигнуто путем быстрого направления в очаг катастрофы бригад скорой медицинской помощи, специальных спасательных формирований и не пострадавшего взрослого населения.

С прибытием в очаг катастрофы врачебно-сестринских бригад скорой медицинской помощи и развертыванием медицинскими отрядами медицинских пунктов с соответствующими подразделениями медицинская помощь пораженным детям расширяется до объема первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи.

Эвакуацию детей с 1-го этапа медицинской эвакуации в профильные лечебные организации (отделения) необходимо осуществлять санитарным транспортом в первую очередь. Их сопровождают медицинские работники после устранения последствий поражения, непосредственно угрожающих жизни, стабилизации показателей гемодинамики, профилактики раневой инфекции.

Для обеспечения преемственности лечебно-профилактических мероприятий на 1-м этапе медицинской эвакуации на детей, которым оказана экстренная помощь, заполняют соответствующую медицинскую документацию (первичная медицинская карточка, история болезни или аналогичный документ), которую направляют вместе с пострадавшими на 2-й этап медицинской эвакуации.

В профильных (для пораженных детей) медицинских организациях (отделениях), расположенных или развернутых за пределами очагов катастроф (2-й этап медицинской эвакуации), детям оказывают специализированную, в том числе вы-

сокотехнологичную, медицинскую помощь до окончательного выздоровления.

При необходимости в этот период планируется расширение коечной сети путем выписки части детей из стационаров на амбулаторно-поликлиническое лечение (возможности в этом отношении детских больниц составляют около 30–35% их коечной мощности) и дополнительного развертывания детских коек в помещениях, выделенных для этого административно-хозяйственных зданий или в перепрофилированных отделениях стационаров для взрослых.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предусматривает максимальное использование последних достижений медицинской науки, т.е. медицинская помощь носит исчерпывающий характер. Ведущая роль в организации специализированной медицинской помощи детям при массовых поражениях отводится детским хирургическим бригадам экстренной специализированной медицинской помощи и специализированным медицинским бригадам (детского хирургического профиля) постоянной готовности.

При дефиците на 2-м этапе медицинской эвакуации детских специалистов узкого профиля, а также медицинского оснащения используют ресурсы других медицинских организаций. Часть детей может быть переведена в специализированные НИИ, центры и медицинские организации других городов страны. Медицинская эвакуация этих детей должна проводиться санитарным авиационным транспортом обязательно в сопровождении медицинских работников.

Для своевременной диагностики и обоснованного выбора лечебной тактики у пораженных детей необходимо привлекать к этой работе врачей разных специальностей (детский хирург, анестезиолог-реаниматолог, педиатр, офтальмолог, невропатолог, рентгенолог, эндоскопист и т.д.), что возможно только в условиях многопрофильного детского стационара с соответствующим уровнем материально-технического оснащения. Этим условиям должно отвечать базовое многопрофильное педиатрическое учреждение территориальной (региональной) службы медицины катастроф.

В случаях крупных и средних по масштабам катастроф при организации лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших детей возникает потребность в привлечении дополнительных сил и средств региональных и Всероссийского центров экстренной медицинской помощи с широким использованием возможностей территориального здравоохранения. Тогда используются бригады экстренной медицинской помощи, создаваемые в детских лечебных медицинских организациях для усиления

возможностей скорой медицинской помощи, детские специализированные медицинские бригады, в том числе – постоянной готовности, подвижные госпитали и др. Для осуществления медицинской эвакуации привлекаются наиболее щадящие и скоростные транспортные средства как системы здравоохранения, так и других министерств и ведомств.

Итак, развитие цивилизации на земном шаре пока не избавило детей от страданий, лишений и гибели. Вооруженные локальные конфликты превращаются в войны против мирного населения и детей. Техногенные аварии и катастрофы, происходящие по вине человека, угрожают жизни и здоровью детей, так же как и стихийные бедствия и природные катастрофы, которые не всегда можно предвидеть. Поэтому сохраняется потребность в дальнейшем развитии медицины катастроф, укреплении службы гражданской обороны, совершенствовании знаний врачей и медсестер в области оказания первичной и специализированной медико-санитарной помощи детям, оказавшимся в условиях ЧС.

Организация защиты и помощи детям в районах ЧС – сложная задача. Защита детей от поражающих факторов ЧС в принципе не отличается от защиты взрослых, если исключить особенности поведения детей в условиях ЧС.

Литература

1. Вельтищев Ю.Е., Фокеева В.В. Экология и здоровье детей. Приложение к журналу «Рос. вестн. перинатол. и педиатрии». – М., 1996. – Ч. I. – С. 277–279.
2. Катастрофы и дети. Под ред. О.Ф. Исакова. 2-е изд. – М.: Полтекс, 1997. – 280 с.
3. Ковригина М.Д. Война и дети. – М.: Дом, 1995. – 44 с.
4. Розинов В.М., Петлах В.И., Яндиев С.И. и др. Характеристика санитарных потерь среди детей при террористическом акте в г. Беслан // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии. Материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России. Саратов, 14–15 сентября 2005 г. – СПб., 2005. – С. 9–10.
5. Полякова С.В., Григорьев К.И., Егоренков А.М. Современные требования к оценке синдрома жестокого обращения с ребенком // Медицинская сестра. – 2009; 5:17–22.
6. UNICEF Machelstudy 10-year strategic review. Children and conflict in a changing world. – UNICEF, New York, USA, 2009.
7. United Nations. Children and armed conflict. Report of the Secretary-General. UN Document A/62/609-S/2007/757. – New York, 21 December 2007. – P. 86.
8. Peleg K., Rozenfeld M., Dolev E. Children and terror casualties receive preference in ICU admissions // Disaster Med. Public Health Prep. – 2012; 6 (1): 14–19.
9. Singer A.J., Singer A.H., Halperin P. et al. Medical lessons from terror attacks in Israel // J. Emerg. Med. – 2007; 32 (1): 87–92.

PROTECTION OF AND MEDICAL CARE FOR CHILDREN IN EMERGENCY SITUATIONS

S.N. Rusanov, MD

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper considers the specific features of medical care, the organization and implementation of treatment and evacuation measures for pediatric victims in emergency situations.

Key words: emergency situations, protection, sanitary casualties, treatment and evacuation measures, war, terrorism, children.

ИНФОРМАЦИЯ

Что нужно знать будущей маме

1. Физическая подготовка

Роды – физиологический, естественный процесс, сопряженный с колоссальной физической нагрузкой на организм женщины. Эту нагрузку можно сравнить с марафоном, где необходимо максимально использовать имеющиеся возможности. Будущая мама должна готовить свой организм заранее.

Первое, на что необходимо обратить внимание, – дыхание. Благодаря регулярной дыхательной гимнастике можно улучшить доступ кислорода и питательных веществ к малышу, а также подготовить сердце и легкие к увеличенной нагрузке во время родов. Дыхательные упражнения улучшают кровообращение во всех органах беременной женщины, что нормализует деятельность организма. Учиться родовому дыханию нужно еще во время беременности, ежедневно уделяя этому несколько минут.

Существует множество техник, среди которых каждая будущая мама может подобрать для себя наиболее подходящие. Родовое дыхание помогает женщине расслабиться, естественным образом обезболить схватки и в самый ответственный момент помочь своему малышу легко появиться на свет. Этому же способствуют релаксация, массаж и правильно выбранная поза.

Опасаясь боли во время родов, женщины зачастую просят врачей о медикаментозной анестезии. Однако применять ее рекомендуется только при определенных медицинских показаниях, например, повышенной болезненности, дисфункции родовой деятельности, кесаревом сечении и др.

Второе, на что необходимо беременной женщине обратить внимание, – это состояние мышц промежности, брюшного пресса и диафрагмы. Допустимая физическая нагрузка (гимнастика для беременных), плавание и прогулки на свежем воздухе помогут привести все мышцы в здоровый тонус и впоследствии избежать неприятностей, связанных с разрывами во время родов, слабостью родовой деятельности и перерастяжением тканей.

Третий важный пункт подготовки к родам – это правильно выбранная поза, массаж и релаксация.

2. Психологическая подготовка

Помимо физической подготовки, не менее важным является правильный психологический настрой. Будущей маме полезно окружать себя красивыми вещами, слушать приятную музыку, правильно реагировать на стрессовые ситуации, которых невозможно избежать. Также полезным будет общение с женщинами, имеющими благополучный опыт родов.

Страхи и сомнения могут стать серьезными врагами во время родового процесса. Женщине следует заранее настроиться на то, что во время рождения ребенка нужно думать не о предстоящей схватке, а о долгожданной встрече с малышом.

3. Информационная подготовка

Не секрет, что беременным женщинам свойственна повышенная тревожность. Они хотят быть уверенными, что все идет правильно: правильно питаются, правильно развивают еще не родившегося малыша, правильно готовятся к родам. К сожалению, у будущей мамы нет возможности посещать врача каждый день, а субъективные мнения близких и противоречивая информация в Интернете часто вводят в заблуждение. Между тем, от того, насколько качественную информацию женщина получает во время беременности, зависит здоровье ребенка. Понимая беспокойство и потребности мам, бренд детского питания Nutrilion совместно с экспертами в области перинатальной психологии, акушерства и гинекологии подготовил новый уникальный контент для сайта Nutriclub.ru.

Здесь найдутся ответы на все вопросы, в частности:

- как правильно дышать до и во время родов;
- какие существуют методы естественного и медикаментозного обезболивания;
- что необходимо взять с собой в роддом;
- как правильно психологически подготовиться к рождению ребенка

Предоставлено агентством PR Consulta