

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  
«АНТЕНАТАЛЬНЫЙ УХОД.  
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ГРУПП РИСКА»**

**ТАШКЕНТ 2025**



«СОГЛАСОВАНО»  
Директор РСНПМЦЗМиР  
Н.С. Надырханова

\_\_\_\_\_ 2025 г.

## **НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «АНТЕНАТАЛЬНЫЙ УХОД. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ГРУПП РИСКА»**

**ТАШКЕНТ 2025**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«АНТЕНАТАЛЬНЫЙ УХОД.  
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ГРУПП РИСКА»**

**ТАШКЕНТ 2025**

## Оглавление

Вводная часть.....	5
Коды по МКБ-10 и МКБ 11 .....	5
Состав рабочей группы.....	5
Список сокращений.....	8
Приверженность рекомендациям протокола.....	9
Основная часть.....	11
Введение.....	11
Определения.....	11
Эпидемиология.....	12
Принципы антенатального ухода.....	12
Информирование и консультирование беременных на этапе дородового ухода, антенатальные занятия.....	12
Кратность антенатальных визитов.....	13
Сбор анамнеза.....	14
Оценка жалоб и общего состояния.....	15
Физикальное обследование.....	16
Лабораторные диагностические исследования.....	19
Инструментальные диагностические исследования.....	22
Иные диагностические исследования.....	23
Помощь при распространенных физиологических симптомах.....	24
Профилактические мероприятия.....	26
Немедикаментозная профилактика осложнений беременности.....	26
Медикаментозная профилактика осложнений беременности.....	27
Тревожные признаки во время беременности.....	30
Вмешательства в группах риска.....	30
Гестационный сахарный диабет.....	30
Преэклампсия.....	33
Венозные тромбозмболические осложнения.....	37
Послеродовые акушерские кровотечения.....	38
Малый для гестационного возраста плод.....	39
Вакцинация во время беременности.....	41
Организация медицинской помощи.....	42
Критерии качества медицинской помощи.....	42
Список литературы.....	45
Методология разработки протокола.....	47
Суммарная таблица по ведению антенатального периода.....	50
Вопросы на определение домашнего насилия беременных женщин.....	52
Обобщённый алгоритм диагностики СД во время беременности.....	53
Алгоритм скрининга преэклампсии.....	54
Алгоритм скрининга МГВП во время беременности.....	55
Алгоритм ведения беременных с резус-отрицательной принадлежностью крови.....	56
Скрининг дородовой и послеродовой депрессии.....	57
Информация для пациента.....	59
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.....	61

## 1. Вводная часть

### Коды по МКБ-10:

Z32	Обследования и тесты для установления беременности
Z33	Состояние, свойственное беременности
Z34	Наблюдение за течением нормальной беременности
Z35	Наблюдение за течением беременности, подверженной высокому риску
Z36	Дородовое обследование с целью выявления патологии у плода [антенатальный скрининг]
Ссылка: <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=14494">https://mkb-10.com/index.php?pid=14494</a>	

### Коды по МКБ-11:

QA20	Обращение в медицинские организации по поводу опасений, связанных с беременностью
QA41	Состояние беременности
QA42	Наблюдение за течением нормальной беременности
QA43	Наблюдение за течением беременности высокого риска
QA44	Визит будущих родителей до родов
QA45	Аntenатальный скрининг
Ссылка: <a href="https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2024-01">https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2024-01</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. Протокол является обновленной версией национального клинического протокола «Нормальная беременность» 2021 г. (приказ МЗ РУз №273 30.11.2021 г.)

**Порядок обновления клинического протокола:** механизм обновления клинических рекомендаций протокола предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в 5 лет, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым протоколам, но не чаще 1 раза в 6 месяцев

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

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

**Состав рабочей группы.****Руководители рабочей группы:**

<b>Ф.И.О.</b>	<b>Должность</b>	<b>Место работы</b>
Надырханова Н.С.	Директор, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
Нажмутдинова Д.К.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	Ташкентская медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине
Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н., профессор	ТМА
Гафурова Ф.А.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства, гинекологии и перинатальной медицины,
Каримова Ф.Д.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства и гинекологии №2

**Ответственные исполнители:**

<b>Ф.И.О.</b>	<b>Должность</b>	<b>Место работы</b>
Юсупов У.Ю.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
Алиева Д.А.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
Микиртчиев К.Д.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
Ильясов А.Б.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
Нажметдинова Д.Ф.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
Шамсиева З.И.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РСНПМЦЗМиР
Мансурова Х.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
Абдураимов Т.Ф.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
Камилова И.А.	акушер-гинеколог, д.м.н., доцент	ТМА, кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине
Атаходжаева Ф.А.	акушер-гинеколог, к.м.н., доцент	ТМА, кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине
Джураева Г.Т.	акушер-гинеколог, к.м.н., докторант	ТМА, кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине
Сидикходжаева М.А.	акушер-гинеколог, к.м.н., доцент	ТМА, кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине
Шодиева Х.Т.	акушер-гинеколог, к.м.н., старший преподаватель	ТМА, кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине
Курбанов Б.Б.	заведующий кафедрой, д.м.н.	ТашПМИ, кафедра акушерства и гинекологии
Бабажанова Ш.Д.	акушер-гинеколог, д.м.н.	РПЦ
Матякубова С.А.	директор, д.м.н.	Хорезмский филиал

		РСНПМЦЗМиР
Насретдинова Д.Б.	директор, к.м.н.	Андижанский филиал РСНПМЦЗМиР
Суяркулова М.Э.	директор, к.м.н.	Ферганский филиал РСНПМЦЗМиР
Шодмонов Н.М.	директор, к.м.н.	Джиззакский филиал РСНПМЦЗМиР
Джумаев Б.А.	директор, д.м.н.	Ташкенский областной филиал РСНПМЦЗМиР
Даминова Р.А.	директор	Наманганский филиал РСНПМЦЗМиР
Дустмуродов Б.М.	директор	Сурхандарьинский филиал №2 РСНПМЦЗМиР
Аширбекова Г.У.	директор	Филиал РСНПМЦЗМиР РК
Хамроева Л.К.	директор	Самаркандский филиал РСНПМЦЗМиР
Садыкова Х.З.	директор	Самаркандский РСНПМЦЗМиР
Эшонкулов А.Г.	директор	Навоийский филиал РСНПМЦЗМиР
Зиёев А.М.	директор	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦЗМиР
Жураев Н.Б.	директор	Бухарский филиал РСНПМЦЗМиР
Ачилова С.И.	директор	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦЗМиР

#### **Рецензенты:**

<b>Ф.И.О.</b>	<b>Должность</b>	<b>Место работы</b>
Юсупбаев Р.Б.	д.м.н., старший научный сотрудник, руководитель отдела фетальной медицины	РСНПМЦЗМиР
Магзумова Н.М.	д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии в семейной медицине	ТМА

#### **Внешняя экспертная оценка:**

<b>Ф.И.О.</b>	<b>Должность</b>	<b>Место работы</b>
Стелиан Ходороджа	Эксперт ВОЗ, акушер-гинеколог, доктор медицинских наук, ассоциированный профессор	Государственный университет медицины и фармации (Кишинев, Молдова)

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

*ТМА – Ташкентская медицинская академия*

*ЦРПКМР – Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников*

**Поддержка в переводе протокола:** Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА/UNFPA) в Узбекистане

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Советании 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 «\_16\_»\_апреля\_2024 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 «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_2025 г., протокол №\_\_\_\_\_  
 Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

#### Список сокращений

<b>АГ</b>	артериальная гипертензия
<b>АД</b>	артериальное давление
<b>БПР</b>	бипариетальный размер
<b>ВДМ</b>	высота дна матки
<b>ВИЧ</b>	вирус иммунодефицита человека
<b>ВПГ</b>	вирус простого герпеса
<b>ВПР</b>	врожденные пороки развития
<b>ВПЧ</b>	вирус папилломы человека
<b>ВРТ</b>	вспомогательные репродуктивные технологии
<b>ГСД</b>	гестационный сахарный диабет
<b>ДБ</b>	длина бедра
<b>ДИ</b>	доверительный интервал
<b>ДНК</b>	дезоксирибонуклеиновая кислота
<b>ЗРП</b>	задержка роста плода
<b>ИМТ</b>	индекс массы тела
<b>ИЦН</b>	истмико-цервикальная недостаточность
<b>КТГ</b>	кардиотокография
<b>КТР</b>	копчико-теменной размер
<b>МГВП</b>	малый для гестационного возраста плод
<b>НИПС</b>	неинвазивный пренатальный скрининг
<b>НМГ</b>	низкомолекулярные гепарины
<b>ОГ</b>	окружность головы
<b>ОЖ</b>	окружность живота
<b>ОПВ</b>	околоплодные воды
<b>ПГТТ</b>	пероральный глюкозотолерантный тест
<b>ПИ</b>	пульсационный индекс
<b>ПОНРП</b>	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
<b>ПР</b>	преждевременные роды
<b>ПФР</b>	плацентарный фактор роста
<b>ПЭ</b>	преэклампсия
<b>СД</b>	сахарный диабет
<b>СПИД</b>	синдром приобретённого иммунного дефицита
<b>ТВП</b>	толщина воротникового пространства

<b>ТТГ</b>	тиреотропный гормон
<b>ТЭО</b>	тромбоэмболические осложнения
<b>УЗИ</b>	ультразвуковое исследование
<b>ХАГ</b>	хроническая артериальная гипертензия
<b>ХГ</b>	хорионический гонадотропин
<b>ЦМВ</b>	цитомегаловирус
<b>ЦНС</b>	центральная нервная система
<b>ЧСС</b>	частота сердечных сокращений
<b>НbA1c</b>	гликированный гемоглобин
<b>НСV</b>	вирус гепатита С
<b>РАРР-А</b>	плазменный протеин А, ассоциированный с беременностью

### **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.

### **Цель протокола:**

Предоставить медицинским работникам современные научно обоснованные данные и рекомендации, основанные на доказательствах, организовать и внедрить систему единого подхода к антенатальному (дородовому) уходу, идентификации беременных групп риска и их ведению.

**Категории пациентов:** беременные с нормальным (физиологическим, неосложненным) течением периода гестации, беременные с факторами риска акушерских и перинатальных осложнений.

**Пользователи клинического протокола:** семейные врачи; врачи-акушеры-гинекологи; врачи-терапевты; организаторы здравоохранения; клинические фармакологи; студенты,

клинические ординаторы, магистранты, аспиранты; преподаватели медицинских вузов; беременные женщины, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

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

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<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

### Введение.

**Дородовая помощь**, известная также как **антенатальная, помощь**, – это медицинская помощь, оказываемая квалифицированными работниками здравоохранения беременным женщинам и подросткам и гарантирующая наилучшее состояние здоровья матери и ребенка во время беременности.

### Цели дородовой помощи:

- предупредить и своевременно выявить состояния, которые могут угрожать здоровью плода, новорожденного и/или матери
- помочь женщине сформировать позитивную установку по отношению к беременности и родам.

### Задачи дородовой помощи:

- Раннее выявление факторов перинатального риска
- Профилактические мероприятия: универсальные и в группах риска
- Осуществление вмешательств с целью улучшения исхода беременности;
- Обучение и просвещение всех беременных и лиц, предоставляющих им помощь;
- Содействие в превращении беременности и родов в позитивное событие жизни.

Исследования-наблюдения убедительно показали, что дородовая помощь позволяет предупредить проблем со здоровьем как у матери, так и у ребенка. До относительно недавнего времени очень мало было известно о том, какие элементы дородовой помощи являются особенно ценными. Многие дородовые услуги или вмешательства либо не являются необходимыми, либо их польза все еще не доказана. Чрезмерные, ненужные и непроверенные процедуры часто назначаются женщинам с нормальным ходом беременности. Новые элементы дородовой помощи и новые схемы посещения женских консультаций или врача-гинеколога продолжают внедряться в практику без предварительной научной оценки.

ВОЗ указывает на то, что модель антенатального ухода должна быть ориентирована на женщин групп низкого риска, а объем и интенсивность оказания антенатальной помощи могут быть сокращены в отношении женщин из группы низкого риска без каких-либо неблагоприятных последствий для здоровья.

Цель модели ВОЗ дородового ухода 2016 г. – предоставить беременным женщинам уважительный, индивидуализированный, последовательный уход при каждом визите с внедрением эффективных клинических практик (вмешательства и обследования) и предоставлением актуальной и своевременной информации, психосоциальной и эмоциональной поддержки медицинским персоналом с хорошими клиническими навыками и навыками межличностного общения.

### Определения.

**Нормальная беременность** – одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, без отягощенного акушерского анамнеза (кесарево сечение, мертворождения, неонатальная смертность, выкидыши, внутриутробная смерть, преждевременные роды в сроке <32 недель, изоиммунизация, гестационный сахарный диабет), без сопутствующей патологии (сердечно-сосудистые заболевания, гипертония, сахарный диабет, эпилепсия, бронхиальная астма, употребление психоактивных веществ, серьезные психические расстройства, ИМТ >35 или <17), которая длится 37-41<sup>6</sup> недель и протекает без акушерских и перинатальных осложнений.

**Беременность высокого риска** – беременность, которая с большой вероятностью потребует в дальнейшем или потребовала уже вмешательства специалистов.

В группу высокого риска следует относить всех беременных, не отвечающим критериям низкого риска, и все беременности, не относящиеся к группе высокого риска, следует относить к **беременностям низкого риска или нормальным, неосложненным беременностям.**

### **Эпидемиология.**

По данным различных источников доля женщин с нормальным (физиологическим, неосложненным) течением беременности составляет в среднем 80-85%.

### **Принципы антенатального ухода.**

- Все беременные женщины должны иметь доступ к антенатальной помощи, право выбора учреждения и медицинского специалиста, оказывающего помощь.
- Все беременные женщины должны получить полную информацию доступным для них языком о целях и возможных результатах любых скрининговых исследований и любых видах лечения, и препаратах, назначаемых во время беременности, в том числе и с профилактической целью.
- Все беременные имеют право отказаться вообще от каких-либо исследований или отложить их на время. Показания для их назначения должны быть абсолютно понятны пациентам.
- Женщину может поддержать партнер во время беременности, поэтому медицинские работники должны привлекать к дородовому уходу партнеров по желанию женщины.
- Ведение беременности может осуществлять врач общей практики, врач акушер-гинеколог, обученная навыкам дородового ухода акушерка.

### **Информирование и консультирование беременных на этапе дородового ухода, антенатальные занятия.**

- При проведении консультирования беременной:
  - слушайте ее и чутко реагируйте на ее потребности и предпочтения;
  - обсуждайте преимущества, риски и последствия любых вмешательств и процедур, при этом женщина имеет право отказаться от них;
  - уважайте решение женщин даже если они противоречат мнению медицинского работника;
  - убедитесь, что женщина (и ее партнер) понимают предоставленную информацию и то, какое отношение она имеет к ним;
  - предоставляйте возможность задавать вопросы и выделяйте достаточно времени для их обсуждения любых вопросов.

### **На первом и последующих дородовых приемах (если необходимо) обсудите и предоставьте беременной/паре информацию по следующим вопросам [2, 19]:**

- ✓ Что включает в себя дородовая помощь и почему это важно
- ✓ Запланированное количество дородовых посещений
- ✓ Где будут проходить дородовые приемы
- ✓ Какие медицинские работники будут участвовать в дородовом уходе
- ✓ Как связаться с медицинскими работниками для несрочной консультации и неотложных проблем (боль и кровотечение)
- ✓ Программы скрининга: какие анализы крови и УЗИ предлагаются и почему.
- ✓ Как развивается ребенок во время беременности
- ✓ Физические и эмоциональные изменения во время беременности
- ✓ Психическое здоровье во время беременности

- ✓ Как женщина и ее партнер могут поддерживать друг друга
- ✓ Иммунизация против гриппа и других инфекций во время беременности
- ✓ Инфекции, которые могут повлиять на ребенка во время беременности или во время родов
- ✓ Снижение риска инфекций, например, поощрение мытья рук
- ✓ Безопасное использование лекарств и пищевых добавок во время беременности
- ✓ Особенности питания, диеты, физической активности во время беременности
- ✓ Важность отказа от курения и употребления алкоголя
- ✓ Каждой беременной рекомендуется вести и хранить собственную медицинскую документацию, так как это способствует обеспечению непрерывности и повышению качества дородовой помощи, а также формированию положительного опыта беременности
- ✓ До 28 недель начните обсуждать с женщиной о ее предпочтениях относительно родов, последствия, преимущества и риски различных вариантов родоразрешения
- ✓ После 28-й недели беременности начните обсуждать:
  - подготовку к родам и составление плана родов
  - как распознать активную родовую деятельность
  - особенности послеродового периода, в то числе:
    - уход за новорожденным
    - кормление новорожденного, грудное вскармливание
    - профилактика витамином К
    - скрининг новорожденного
    - послеродовой уход за собой, включая упражнения для тазового дна
    - особенности изменения настроения и психического здоровья после родов
- ✓ Начиная с 38 недели обсудите возможное перенашивание беременности и план действий

**Предложите беременным, особенно нерожавшим, и их партнерам дородовые занятия, которые включать такие темы, как [2]:**

- ✓ подготовка к родам
- ✓ поддержка партнера на протяжении всей беременности, в родах и после родов
- ✓ особенности течения родов
- ✓ уход за новорожденным
- ✓ грудное вскармливание
- ✓ планирование семьи

**Кратность антенатальных визитов.**

- Для снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности и формирования у женщин положительного опыта беременности рекомендуются 8 дородовых визитов: первый в I триместре беременности (до 12-й недели), два визита – во II триместре (на 18-20 и 24-й неделях) и пять визитов – в III триместре (на 30, 34, 36, 38 и 40-й неделях) [19].
- Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 12 недель).
- Во время визитов в III триместре беременности целью работников здравоохранения, оказывающих услуги дородового ухода, являются снижение предотвратимой материнской заболеваемости и смертности посредством систематического

мониторинга состояния беременной и плода, а также консультирование по рискам переносимости беременности и направление на индукцию родов.

Кратность посещений	Срок беременности в неделях
<b>Первый триместр</b>	
1-й визит	До 12 недель
<b>Второй триместр</b>	
2-й визит	18-20 недель
3-й визит	26 недель
<b>Третий триместр</b>	
4-й визит	30 недель
5-й визит	34 недель
6-й визит	36 недель
7-й визит	38 недель
8-й визит	40 недель
<b>Послеродовый период</b>	
9-й визит	После родов

- Беременным групп высокого риска, дополнительно к стандартному набору мероприятий антенатального ухода, рекомендуются:
  - специфические профилактические мероприятия
  - дополнительное количество дородовых посещений
  - дополнительные обследования
  - мультидисциплинарное ведение (с привлечением смежных специалистов)
  - наблюдение и / или родоразрешение на более высоком уровне / помощи (2-й или 3-й).
- К группе высокого риска относятся беременные с осложнениями предыдущих беременностей (отягощенным акушерским анамнезом), с сопутствующей соматической патологией и с факторами риска развития при данной беременности:
  - Преэклампсии
  - Гестационного сахарного диабета
  - Задержки роста плода
  - Преждевременных родов
  - Венозных тромбоэмболических осложнений
  - Послеродовых акушерских кровотечений

См. «Вмешательства в группах риска».

### **Сбор анамнеза.**

Проводится однократно при первом визите и включает следующие данные пациентки:

- возраст;
- условия проживания и характер питания, наличие профессиональных вредностей, аллергические реакции;
- наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты);
- семейный анамнез (указание на наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний как, сахарный диабет, ТЭО, гипертоническая болезнь, акушерские и перинатальные осложнения);
- скрининг на домашнее насилие: спросите женщину о домашнем насилии в деликатной манере во время первого дородового приёма или при первой же возможности, когда она останется одна, убедитесь, что есть возможность провести личное обсуждение;

- предыдущие или текущие проблемы психического здоровья, такие как депрессия, беспокойство, тяжелое психическое заболевание, психологическая травма или психиатрическое лечение, для выявления возможных проблем психического здоровья;
- характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения, болезненность);
- акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или аборт, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности – самопроизвольная беременность или беременность в результате ВРТ);
- перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза, перенесенные и имеющиеся соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, ТЭО и др.);
- наличие травм, оперативных вмешательств и переливаний крови в анамнезе;
- принимаемые лекарственные препараты;
- возраст и состояние здоровья мужа/партнера, его группа крови и резус-фактор, наличие у него профессиональных вредностей и вредных привычек.

### **Оценка жалоб и общего состояния.**

Проводятся при каждом визите.

Жалобы, характерные для нормальной беременности:

- **Тошнота и рвота** наблюдаются в каждой 3-й беременности. В 90% случаев тошнота и рвота беременных являются физиологическим признаком беременности, в 10% – осложнением беременности. При нормальной беременности рвота бывает не чаще 2-3-х раз в сутки, чаще натощак, и не нарушает общего состояния пациентки. В большинстве случаев тошнота и рвота купируются самостоятельно к 16-20 неделям беременности и не ухудшают ее исход.
- **Масталгия** является нормальным симптомом во время беременности, наблюдается у большинства женщин в 1-м триместре беременности и связана с отечностью и нагрубанием молочных желез вследствие гормональных изменений.
- **Боль внизу живота** во время беременности может быть нормальным явлением как, например, при натяжении связочного аппарата матки во время ее роста (ноющие боли или внезапная колющая боль внизу живота) или при тренировочных схватках Брекстона-Хиггса после 20-й недели беременности (тянущие боли внизу живота, сопровождающиеся тонусом матки, длящиеся до минуты, не имеющие регулярного характера).
- **Изжога** (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) во время беременности наблюдается в 20-80% случаев. Чаще она развивается в 3-м триместре беременности. Изжога возникает вследствие релаксации нижнего пищеводного сфинктера, снижения внутрипищеводного давления, и одновременном повышении внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, что приводит к повторяющемуся забросу желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод.
- **Запоры** – наиболее распространенная патология кишечника при беременности, возникает в 30-40% наблюдений. Запоры связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула менее 3-х раз в неделю. Причинами развития запоров при беременности являются повышение концентрации прогестерона, снижение концентрации мотилина и изменение кровоснабжения и нейрогуморальной регуляции работы кишечника.
- Примерно 8-10% женщин заболевают **геморроем** во время каждой беременности. Причинами развития геморроя во время беременности могут быть: давление на стенки

кишки со стороны матки, застой в системе воротной вены, повышение внутрибрюшного давления, врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани, изменения в иннервации прямой кишки.

- **Варикозная болезнь** развивается у 20-40% беременных женщин. Причиной развития варикозной болезни во время беременности является повышение венозного давления в нижних конечностях и расслабляющее влияние на сосудистую стенку вен прогестерона, релаксина и других биологически активных веществ.
- **Влагалищные выделения** без зуда, болезненности, неприятного запаха или дизурических явлений являются нормальным симптомом во время беременности и наблюдаются у большинства женщин.
- **Боль в спине** во время беременности встречается с частотой от 36 до 61%. Среди женщин с болью в спине у 47-60% боль впервые возникает на 5-7-м месяце беременности. Самой частой причиной возникновения боли в спине во время беременности является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести, и снижение тонуса мышц под влиянием релаксина.
- Распространенность **боли в лобке** во время беременности составляет 0,03-3%, и возникает, как правило, на поздних сроках беременности.
- **Синдром запястного канала (карпальный туннельный синдром)** во время беременности возникает в 21-62% случаев в результате сдавления срединного нерва в запястном канале, и характеризуется ощущением покалывания, жгучей болью, онемением руки, а также снижением чувствительности и моторной функции кисти.

#### Физикальное обследование.

**А** Рекомендуется определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным УЗИ органов малого таза и плода при 1-м визите беременной пациентки [12]

При расчете срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 недель) к первому дню последней менструации (при 28-дневном менструальном цикле).

При наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан с учетом возраста эмбриона (срок культивирования эмбриона) и дате переноса эмбрионов в полость матки.

УЗИ в первом триместре (до 13<sup>6/7</sup> недель беременности включительно) является наиболее точным методом установления и/или подтверждения гестационного возраста: точность по данным копчико-теменного размера составляет  $\pm 5-7$  дней. При этом измерения КТР тем точнее, чем раньше в первом триместре проводится УЗИ.

– При расхождении срока по дате последней менструации и УЗИ проведенным до 8<sup>6/7</sup> недель более чем на 5 дней, срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ.

– При расхождении срока по дате последней менструации и УЗИ проведенным от 9<sup>0/7</sup> недель до 13<sup>6/7</sup> недель более чем на 7 дней, срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ

При отсутствии УЗИ в 1-м триместре беременности и отсутствии информации о дате последней менструации, срок беременности и родов может быть установлен по данным других УЗИ, однако точность определения срока беременности снижается. Так, оценка гестационного возраста по данным УЗИ в первой половине второго триместра (от 14<sup>0/7</sup> недель до 21<sup>6/7</sup> недель беременности включительно) имеет точность  $\pm 7-10$  дней.

#### Определение срока беременности по УЗИ [12].

Срок беременности по дате последней менструации	Изменяемые параметры при УЗИ	Расхождение между УЗИ и датой последней менструации
$\leq 13^{6/7}$ недель <ul style="list-style-type: none"> <li><math>\leq 8^{6/7}</math> недель</li> <li>от <math>9^{0/7}</math> недель до <math>13^{6/7}</math> недель</li> </ul>	КТР	Более 5 дней Более 7 дней
от $14^{0/7}$ недель до $15^{6/7}$ недель	БПР, ОЖ, ОГ, ДБ	Более 7 дней
от $16^{0/7}$ недель до $21^{6/7}$ недель	БПР, ОЖ, ОГ, ДБ	Более 10 дней
от $22^{0/7}$ недель по $27^{6/7}$ недель	БПР, ОЖ, ОГ, ДБ	Более 14 дней
от $28^{0/7}$ недель и далее	БПР, ОЖ, ОГ, ДБ	Более 21 дня

**С** Рекомендуется измерить массу тела, рост и рассчитать ИМТ (масса тела в кг / рост в м<sup>2</sup>) при 1-м визите [2, 19]

Интерпретируйте показатели ИМТ:

- низкий ИМТ –  $<18,5$
- нормальный –  $18,5-24,9$
- избыточный –  $25,0-29,9$
- ожирение –  $\geq 30,0$

Как избыточная, так и недостаточная прибавка массы тела во время беременности ассоциирована с акушерскими и перинатальными осложнениями. Беременные пациентки с ожирением (ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: выкидыша, ГСД, гипертензивных расстройств, ПР, оперативного родоразрешения, антенатальной и интранатальной гибели плода, венозных ТЭО. Беременные с ИМТ  $\leq 18,5$  кг/м<sup>2</sup> составляют группу высокого риска ПР и ЗРП.

**С** Рекомендуется измерять артериальное давление (АД) и пульс при каждом визите беременной [2, 19]

Регулярное измерение АД проводится с целью ранней диагностики гипертензивных осложнений беременности.

**С** Рекомендуется провести пальпацию молочных желез при 1-м визите беременной. При обнаружении узловых образований молочных желез рекомендуется направить пациентку на консультацию к врачу-онкологу [2, 19]

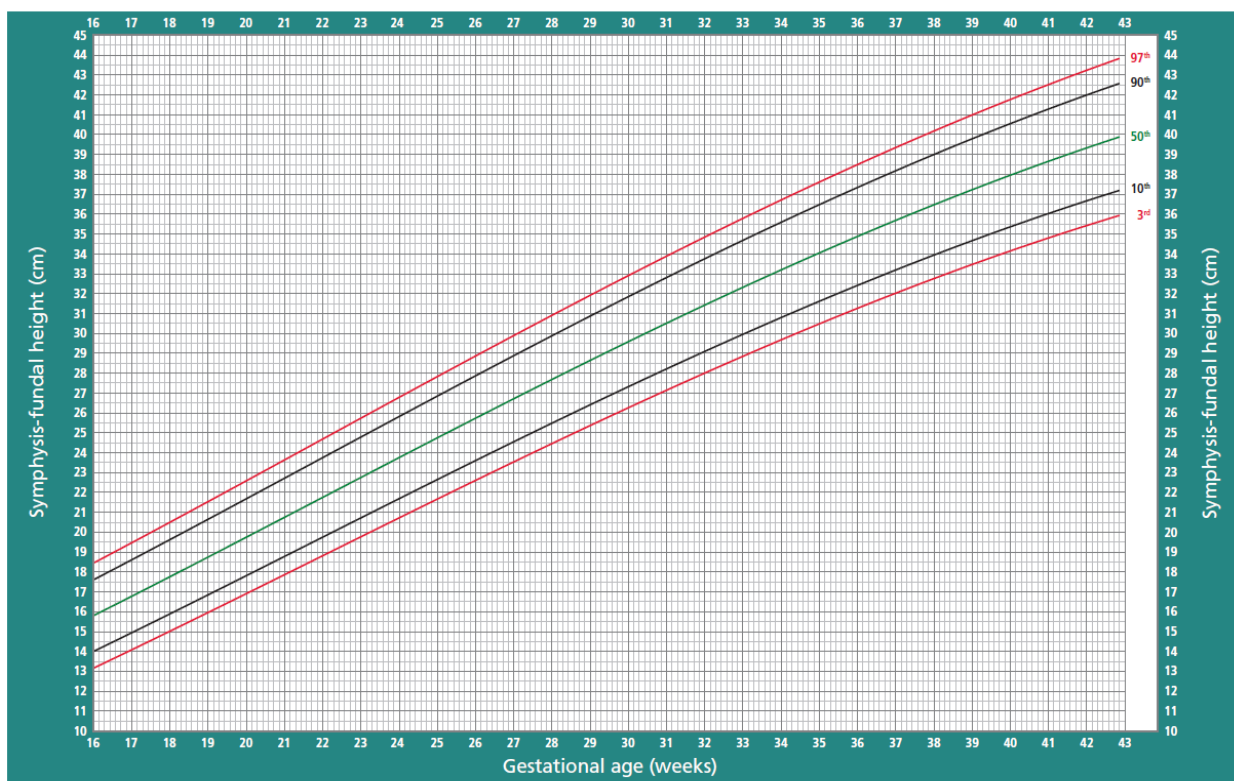
Пальпация молочных желез проводится с целью скрининга рака молочной железы.

**С** Рекомендуется провести гинекологический осмотр при 1-м визите беременной

Гинекологический осмотр во время беременности включает визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах.

**В** Рекомендуется измерять высоту дна матки (ВДМ) при каждом визите беременной после 20 недель беременности, но не чаще, чем каждые 2 недели и вносить данные в гравидограмму [9, 10]

### Гравидограмма.



Если ВДМ согласно гравидограмме ниже 10-й или выше 90-й перцентили распределения ВДМ, то необходимо проведение УЗИ для оценки размеров плода, количества околоплодных вод и доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока для оценки состояния плода. Медицинский работник должен помнить о том, что ЗРП может быть и при гравидограмме выше 10-й перцентили в случае замедленной динамики роста ВДМ.

**В** Рекомендуется определять положение и предлежание плода наружными методами при каждом визите беременной после 34-36 недель беременности [2, 19]

Определение положения и предлежания плода проводится с целью определения тактики ведения родов.

**С** Рекомендуется определять ЧСС плода при каждом визите беременной пациентки после 20 недель беременности при помощи акушерского стетоскопа [2, 19]

При отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) рекомендуется направить беременную на УЗИ.

**С** Рекомендуется проводить опрос беременной по поводу характера шевелений (уменьшение или увеличение) плода при каждом визите после начала ощущения шевелений плода [2, 19]

Беременной должны быть даны рекомендации, что при отсутствии или субъективном снижении активности и/или частоты шевелений плода, особенно в III триместре беременности, ей следует незамедлительно обратиться в специализированный стационар или женскую консультацию для проведения дополнительного обследования.

## Не рекомендуется:

С	Регулярно пальпировать молочные железы во время беременности
С	Без показаний проводить повторные гинекологические осмотры беременной
С	Проводить бимануальное влагалищное исследование во время беременности при отсутствии акушерских показаний
С	Проводить ежедневный подсчет шевелений плода, например такими методами, как «счет до десяти», с целью улучшения перинатальных исходов

## Лабораторные диагностические исследования.

В	Рекомендуется направлять беременную на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите [2, 19]
В	Рекомендуется направлять резус-отрицательную беременную на определение антирезусных антител при 1-м визите, затем, при отсутствии антител, повторно в 26-28 недель беременности перед введением антирезус Rho[D] иммуноглобулина [2, 19]

При выявлении антирезусных антител беременная женщина должна быть направлена на консультацию в медицинскую учреждение 3-го уровня для дальнейшего наблюдения. У резус-отрицательных женщин следует определить резус-фактор мужа/партнера. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера определение антирезусных антител не проводится. При неизвестной или резус-положительной принадлежности крови мужа/партнера беременной женщине можно предложить неинвазивное определение резус-фактора плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК. При определении резус-отрицательной принадлежности крови у плода определение антирезусных антител в крови матери не проводится.

А	Рекомендуется направлять беременную на исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к ВИЧ в крови при 1-м визите и в 30 недель беременности [2, 19]
---	--

Раннее обследование и выявление инфекции способствует своевременной терапии и снижению риска инфицирования плода. Повторное обследование в 3-м триместре лучше проводить до 36 недель беременности. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для подтверждения/исключения диагноза.

В	Рекомендуется направлять беременную на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови при 1-м визите и в 30 недель беременности [2, 19]
С	Рекомендуется направлять беременную на определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови при 1-м визите и в 30 недель беременности [2, 19]

При выявлении гепатита В или С показано:

- дальнейшее обследование беременной смежными специалистами (инфекционист, гепатолог, терапевт) для подтверждения/исключения диагноза, оценки степени поражения печени, необходимости лечения после родов;

- избегать процедуры и ситуации, которые повышают риск внутриутробной передачи инфекции (эпизиотомия, взятие крови из подлежащей части плода, длительный безводный период);
- обследование ребенка на предмет внутриутробного инфицирования.

**В** Рекомендуется направлять беременную на определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови при 1-м визите и в 30 недель беременности [2, 19]

Обследование и своевременно проведенное лечение сифилиса способствует лучшим исходам беременности. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-дерматовенерологу для подтверждения/ исключения диагноза.

**А** Рекомендуется направлять беременную на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно для выявления бессимптомной бактериурии при 1-м визите [2, 19]

Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий  $\geq 10^5$  в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. Раннее выявление бактериурии и проведение терапии снижает риск развития пиелонефрита, преждевременных родов (ПР) и задержки роста плода (ЗРП).

В условиях, где посев мочи недоступен, для диагностики бессимптомной бактериурии рекомендуется на местах выполнять окраску препарата средней порции мочи по Граму. Если окраска по Граму положительна, то ставится диагноз бессимптомной бактериурии и рекомендуется проведение терапии. Недостатком окраски по Граму является низкая чувствительность – тест пропустит часть бактериурий, которые выявил бы посев. Но когда окраска по Граму положительна то вероятность того, что у беременной действительно бессимптомная бактериурия приближается к 100%.

**В** Рекомендуется направлять беременную на проведение общего анализа крови при 1-м визите и в 26 недель беременности [1, 2]

Рекомендуемый метод диагностики анемии во время беременности – общий анализ крови. Раннее обследование и выявление анемии способствует своевременной терапии и снижению риска негативных перинатальных исходов. Нормальный уровень гемоглобина в 1-м триместре составляет  $\geq 110$  г/л, в 3-м триместре –  $\geq 105$  г/л.

**В** Рекомендуется направлять всех беременных на определение глюкозы венозной плазмы натощак при 1-м визите [2, 3, 15]

Определение нарушения углеводного обмена включает определение уровня глюкозы или гликированного гемоглобина (HbA1c) в венозной крови натощак. Для беременной женщины нормальное значение глюкозы натощак составляет  $< 5,6$  ммоль/л, уровня HbA1c –  $< 6,5\%$ . При значениях глюкозы  $\geq 5,6$  ммоль/л или HbA1c  $\geq 6,5\%$  беременную женщину следует направить на консультацию к эндокринологу для исключения ГСД.

**В** Рекомендуется направлять беременную с факторами риска ГСД на проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) при 1-м визите. Если у женщин с факторами риска не определяется диабет при первой явке – ПГТТ проводят повторно в 26-28 недель беременности [2, 3, 15]

**В** Рекомендуется направлять всех беременных на проведение ПГТТ с 75 г глюкозы в

26-28 недель беременности, даже если у нее не было выявлено гипергликемии венозной крови натощак [2, 3, 15]

Рутинный скрининг ГСД включает ПГТТ всем беременным в 26-28 недель и дополнительно в первом триместре при первом визите – беременным с факторами риска. К группе высокого риска развития ГСД относятся пациентки с:

- избыточной массой тела или ожирением (ИМТ выше 30 кг/м<sup>2</sup>)
- ГСД в анамнезе
- В возрасте 40 лет и старше
- семейным анамнезом СД любого типа у родственников 1 и 2 степени родства
- макросомией плода (4500 г) во время настоящей беременности или в анамнезе
- многоводием во время настоящей беременности или в анамнезе
- мертворождением в анамнезе
- рождением детей с врожденными пороками развития в анамнезе
- необъяснимой смертью новорожденного в анамнезе.

**С** Рекомендуется направлять беременную на проведение общего анализа мочи при 1-м визите и в 26 недель беременности [1, 2]

**А** Рекомендуется направлять беременную на проведение однократного цитологического исследования микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) при 1-м визите во время беременности [2, 19]

Данное исследование проводится с целью скрининга рака шейки матки. Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и из цервикального канала следует рекомендовать, если с момента последнего исследования прошло более 3-х лет.

**Не рекомендуется:**

**С** Рутинно направлять пациентку на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме (*Toxoplasma gondii*) в крови во время беременности [2, 19]

Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии токсоплазмоза. Доказательная база эффективности антенатальной терапии токсоплазмоза в плане снижения негативных перинатальных исходов отсутствует. Беременная женщина должна быть информирована о методах профилактики токсоплазмоза: гигиенической обработке рук перед едой, мытье свежих фруктов и овощей, термической обработке мяса, использовании перчаток при контакте с землей и мытье рук после контакта с землей, исключить контакт с кошками.

**С** Рутинно направлять беременную на определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (*Cytomegalovirus*) в крови во время беременности [2, 19]

Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ЦМВ-инфекции. Этиотропная терапия и профилактика внутриутробной передачи ЦМВ-инфекции отсутствует.

**С** Не рекомендуется рутинно направлять беременную на определение антител к вирусу простого герпеса (*Herpes simplex virus*) в крови во время беременности вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ-инфекции

в анамнезе [2, 19]

Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ВПГ-инфекции.

**В** Направлять беременную без симптомов на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), дрожжевые грибы [2, 19]

Данное исследование может быть рекомендовано при появлении жалоб на вагинальный дискомфорт, изменение характера выделений из половых путей, зуд, жжение, выделения с неприятным запахом.

**С** Направлять беременную на определение антител к группе крови I (O) [2, 19]

Доказательная база предикции гемолитической болезни плода по системе АВО отсутствует.

**С** Рутинное проведение биохимического анализа крови и коагулограммы во время беременности [2, 19]

Надежная доказательная база необходимости данного исследования отсутствует, анализ не имеет клинической ценности и является основой дополнительной беспочвенной медикации, должен выполняться при наличии показаний.

### **Инструментальные диагностические исследования.**

**А** Рекомендуется направлять беременную на проведение УЗИ плода при сроке беременности 11-13<sup>6</sup> недель для:

- определения срока беременности,
- проведения скрининга 1-го триместра,
- диагностики многоплодной беременности,
- снижения частоты индукции родов при переносенной беременности [2, 19]

УЗИ в 1-м триместре беременности также может быть назначено при раннем 1-м визите и сроке задержки менструации  $\geq 7$  дней для исключения внематочной беременности. Во время проведения УЗИ 1-го триместра также рекомендуется по возможности измерить пульсационный индекс в маточных артериях для предикции ранней преэклампсии.

**А** Рекомендуется направлять беременную в 18-20<sup>6</sup> неделю беременности на проведение УЗИ плода (УЗ скрининга 2-го триместра) для оценки роста плода, диагностики ранних форм ЗРП, исключения врожденных аномалий развития, оценки экстра эмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и длины шейки матки (УЗ-цервикометрию) в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику [2, 19]

Скрининг длины шейки матки проводится:

- у женщин без преждевременных родов в анамнезе: между 18 и 21 неделями однократно как часть УЗ скрининга 2-го триместра;

- у женщин с преждевременными родами в анамнезе с 14-16 до 24 недели беременности каждые две недели при длине шейки матки 30 мм и более или еженедельно, если длина шейки составляет 25-29 мм.

**С** Рекомендуется направить беременную на УЗИ плода 3-м триместре беременности при подозрении на неправильное положение и/или предлежание плода, ЗРП, крупный плод [2, 19]

Дополнительные УЗИ в 3-м триместре беременности (36 недель) могут быть назначены для уточнения при подозрении на неправильное положение или предлежание плода, при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности.

#### Не рекомендуется:

<b>С</b>	Проводить беременной измерение размеров таза [2, 19]
<b>А</b>	Направлять беременную группы низкого риска акушерских и перинатальных осложнений на проведение ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока [2, 19]
<b>А</b>	Направлять беременную группы низкого риска на проведение кардиотокографии (КТГ) [2, 19]

Проведение данных исследований не сопровождается улучшением материнских или перинатальных исходов.

#### Иные диагностические исследования.

**С** Рекомендуется направлять беременную на консультацию к врачу-терапевту и врачу-стоматологу при 1-м визите [2]

При наличии опасений соматических заболеваний, основанных на личном или семейном анамнезе беременных, показано целенаправленное клиническое обследование на их выявление. Консультации других специалистов проводятся по показаниям (определяется врачом терапевтом).

**С** Рекомендуется направлять беременную на медико-генетическое консультирование при выявлении у женщины и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией [2]

Факторами риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией являются:

- наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров хромосомных или генных нарушений;
- наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров детей с хромосомными или генными нарушениями, врожденными пороками развития, умственной отсталостью;
- кровнородственный брак.

**А** Рекомендуется направлять беременную в 11–13<sup>6</sup> недель беременности на проведение скрининга 1-го триместра, который включает комбинацию УЗИ толщины воротникового пространства (ТВП), исследования уровня хорионического гонадотропина в крови (ХГ) и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А) с последующим программным расчетом

## индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией [2]

Для исключения анеуплоидии плода беременной может быть дополнительно предложено проведение НИПС после 10 недель беременности.

**А** Рекомендуется направлять беременную с высоким риском анеуплоидии плода по данным скрининга 1-го триместра или НИПС, и/или выявленными пороками развития плода по данным УЗИ 1-го триместра, и/или высоким риском хромосомной или генной патологии, или выявленных пороков развития плода по данным УЗИ 2-го триместра, на проведение медико-генетического консультирования, в ходе которого врач-генетик рекомендует или не рекомендует проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия ворсин хориона, амниоцентез) с исследованием полученного материала методами цитогенетического или молекулярного кариотипирования [2]

Биопсия ворсин хориона проводится при сроке 10-14 недель беременности. Амниоцентез проводится при сроке беременности > 15 недель. Индивидуальный высокий риск хромосомной патологии у плода по данным скрининга 1-го триместра составляет  $\geq 1/100$ . Противопоказаниями к инвазивной пренатальной диагностике являются: инфекционные и воспалительные заболевания любой локализации, угрожающий выкидыш или ПР. В случаях сенсибилизации по системе Rh(D) необходимо взвесить потенциальную пользу/риск от проведения инвазивной диагностики.

### Не рекомендуется:

**С** Направлять беременную на рутинное проведение биохимического скрининга 2-го триместра, который включает исследование уровня ХГ в крови, исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, исследование уровня неконъюгированного эстрадиола в крови (тройной скрининг) и исследование уровня ингибина А в крови (четверной скрининг) [2]

Биохимический скрининг 2-го триместра может быть назначен при отсутствии результатов скрининга 1-го триместра.

## Помощь при распространенных физиологических симптомах.

**В** Для уменьшения **тошноты и рвоты** на ранних сроках беременности рекомендуются диета, имбирь, ромашка, препараты витамина В6 и/или акупунктура [2, 19]

Женщины должны быть проинформированы, что тошнота и рвота обычно исчезают во второй половине беременности. Диета включает дробное питание, малыми порциями, исключение из рациона жирных, жареных блюд, шоколада, острых блюд, газированных напитков, кофе, крепкого чая. Если рвота не поддается лечению, показана госпитализация в стационар.

**С** Для профилактики и уменьшения **изжоги** во время беременности рекомендуется консультирование по вопросам питания и образа жизни. Если, несмотря на изменение образа жизни, сохраняются выраженные симптомы, могут быть назначены антациды [2, 19]

Рекомендации по изменению образа жизни для профилактики и уменьшения изжоги включают отказ от больших порций еды, жирной пищи, спиртных напитков, курения, а

также сон с приподнятым головным концом кровати. Применение антацидных средств, например карбоната магния и гидроксида алюминия, в рекомендуемых дозах не имеет неблагоприятных последствий. Антацидные средства могут ухудшать всасывание других препаратов и, следовательно, не должны приниматься в течение двух часов до и после приема препаратов железа и фолиевой кислоты.

**А** Беременной с жалобами на **запоры и геморрой** во время беременности должны быть даны рекомендации по увеличению двигательной активности и модификация рациона питания [2, 19]

Рацион питания при запорах должен включать достаточное потребление воды и пищевых волокон (присутствующих в овощах, орехах, фруктах и цельном зерне). • Для женщин с тяжелыми запорами, которые не устраняют диета и дополнительный прием пищевых волокон, можно рассмотреть периодический прием плохо всасывающихся слабительных.

**В** Беременной с жалобами на геморрой при отсутствии эффекта от соблюдения режима профилактики запоров рекомендуется назначить антигеморроидальные средства в виде ректальных свечей или кремов, разрешенных к применению во время беременности, а также пероральный прием лекарственных препаратов, содержащих биофлавоноиды (диосмин) [2, 19]

Назначение препаратов, содержащих биофлавоноиды (диосмин) улучшает клиническую симптоматику при геморрое во время беременности в 7 раз. Рекомендуемая доза диосмина 600 мг в сутки.

**В** При **варикозном расширении вен и отеках** во время беременности могут использоваться немедикаментозные средства, такие, как ношение компрессионного трикотажа, приподнятое положение ног и ножные ванны [2, 19]

Помимо компрессионного трикотажа беременной пациентке могут быть назначены сеансы лечебной физкультуры и контрастный душ в сочетании с правильным режимом труда и отдыха. При выраженном расширении вен нижних конечностей рекомендуется консультация врача-сосудистого хирурга. Женщины должны быть информированы, что проявления варикозного расширения вен могут усугубляться по мере увеличения срока беременности, однако у большинства женщин в течение нескольких месяцев после родов наступает некоторое улучшение.

**А** Для предупреждения **боли в пояснице и тазовой боли** рекомендуются регулярные физические упражнения на протяжении всей беременности. Могут применяться различные методы физиотерапии, плавание, ношение бандажа и акупунктура [2, 19]

Физические упражнения для профилактики боли в пояснице и тазовой боли во время беременности можно выполнять на земле или в воде. Беременных, предъявляющих жалобы на боль в пояснице/тазовой боли, следует предупредить, что симптомы обычно уменьшаются спустя месяцы после родов.

**С** Беременной с жалобами на **боль в лобке** вследствие развития симфизита должны быть даны рекомендации по ношению бандажа и использованию локтевых костылей при движении [2, 19]

В тоже время, физические упражнения могут усилить боль, обусловленную дисфункцией лобкового симфиза, и не рекомендуются при этом состоянии.

**С** Для уменьшения **судорог в ногах** во время беременности могут применяться препараты магния, кальция или немедикаментозные методы (растяжение мышц, релаксация, прогревание, тыльное сгибание стопы и массаж) [2, 19]

**С** Сообщите беременным женщинам, у которых наблюдаются **выделения из влагалища**, что это частое явление во время беременности, но если они сопровождаются такими симптомами, как зуд, болезненность, неприятный запах или боль при мочеиспускании, возможно, это инфекция, которую необходимо обследовать и лечить [2, 19]

Рассмотрите возможность проведения мазка из влагалища беременным женщинам с симптоматическими выделениями из влагалища. При подозрении на инфекцию, передающуюся половым путем, рассмотрите возможность проведения соответствующих исследований. Предложите вагинальный имидазол (например, клотримазол или эконазол) для лечения вагинального кандидоза у беременных.

## **Профилактические мероприятия.**

### **Немедикаментозная профилактика осложнений беременности.**

**А** Беременной должны быть даны рекомендации по прибавке массы тела в зависимости от исходного ИМТ [2, 19]

Большая часть прибавки в весе происходит, как правило, после 20-й недели беременности, при этом следует учитывать ИМТ до беременности. При недостаточном весе в начале беременности (ИМТ <18,5 кг/м<sup>2</sup>) женщина должна набрать 12,5-18 кг, при нормальном весе (ИМТ 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>) – 11,5-16 кг, при избыточном весе (ИМТ 25-29,9 кг/м<sup>2</sup>) – 7-11,5 кг и при ожирении (ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>) – 5-9 кг.

**С** Беременным с недостаточным питанием рекомендуется дополнительный прием сбалансированных пищевых белково-энергетических добавок для снижения риска мертворождения и рождения маленьких для гестационного возраста детей [2, 19]

Недостаточность питания обычно определяется при наличии низкого ИМТ (т.е. недостаточного веса).

**В** Беременной должны быть даны рекомендации по правильному питанию, такие как отказ от вегетарианства и снижение потребления кофеина [2, 19]

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

**В** Беременной, совершающей длительные авиаперелеты, должны быть даны рекомендации по профилактике ТЭО, такие как ходьба по салону самолета, обильное питье, исключение алкоголя и кофеина и ношение компрессионного трикотажа на время полета [2, 19]

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

**В** Беременной должны быть даны рекомендации по отказу от курения [2, 19]

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

**С** Беременной должны быть даны рекомендации по отказу от приема алкоголя во время беременности, особенно в 1-м триместре [2, 19]

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

**С** Беременной с нормальным течением беременности должна быть рекомендована умеренная физическая нагрузка (20-30 минут в день) [2, 4, 13, 19]

Умеренные физические упражнения являются эффективной стратегией улучшения материнских исходов и снижают риск преэклампсии, ГСД, послеродовой депрессии. Физические упражнения, не сопряженные с избыточной физической нагрузкой или возможной травматизацией женщины, не увеличивают риск ПР и нарушение развития детей.

**С** Посоветуйте женщинам избегать сна на спине после 28 недель беременности и рассмотреть возможность использования, например, подушек [2]

Объясните женщине, что сон на спине может быть связан с некоторым риском мертворождения на поздних сроках беременности (после 28 недель).

**С** Беременной должны быть даны рекомендации по избеганию физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу (например, контактные виды спорта, такие как борьба, виды спорта с ракеткой и мячом, подводные погружения) [2, 19]

**Медикаментозная профилактика осложнений беременности.**

**А** Беременной рекомендуется назначить пероральный прием фолиевой кислоты на протяжении 12 недель до планируемой беременности и в течение первых 12 недель наступившей беременности в дозе 400 мкг в день [2, 6, 19]

Периконцепционное назначение фолиевой кислоты на протяжении 12 недель до беременности и 12 недель наступившей беременности снижает риск рождения ребенка с дефектом нервной трубки (например, анэнцефалией или расщеплением позвоночника).

Профилактическая доза фолиевой кислоты при СД и эпилепсии составляет 5 мг, при наличии в анамнезе рождения детей с ВПР ЦНС – 4 мг.

**С** Беременной рекомендуется назначить пероральный прием препаратов йода (калия йодида) на протяжении всей беременности в дозе 200 мкг в день [2]

**В** Для профилактики анемии, послеродового сепсиса, рождения маловесных детей и преждевременных родов беременным 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) [19]

В I и III триместрах беременности анемию диагностируют, если уровень Hb <110 г/л, во II триместре - если уровень Hb <105 г/л. Если у беременной диагностирована анемия, ежедневная доза препаратов железа должна быть увеличена до 120 мг в пересчете на железо, пока уровень Hb не станет нормальным (Hb 110 г/л или выше). Затем может быть возобновлен прием препаратов железа в стандартной для беременных дозе для профилактики рецидива анемии. Препараты железа могут быть назначены в виде капсул или таблеток (в том числе в виде растворимых таблеток и растворимых таблеток с модифицированным высвобождением).

*См. национальный клинический протокол «Ведение беременных с железodefицитной анемией».*

**А** Резус-отрицательной беременной с не выявленным в 26-28 недель уровнем антирезусных антител, рекомендуется назначить введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в 28-30 недель беременности в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно [2]

При проведении дородовой профилактики однократно вводят 1250-1500 МЕ (250-300 мкг) иммуноглобулина человека антирезус Rho[D]. Если профилактика не была проведена в 28 недель, она показана после 28 недель беременности до 34 недели при условии отсутствия анти-Rh-антител. Более раннее введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] – более эффективно.

При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера, введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в 28-34 недель не проводится.

При выявлении антирезусных антител введение антирезус-иммуноглобулина не проводится. Беременную пациентку с титром антирезусных антител рекомендуется направить УЗИ, доплерометрию с измерением максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии и консультацию специалиста стационарного или консультативно-амбулаторного учреждения 2 или 3-го уровня.

*См. национальный клинический протокол «Диагностика и лечение изосерологической несовместимости крови матери и плода».*

**А** Беременной при выявлении бессимптомной бактериурии в первом триместре беременности рекомендуется назначить пероральный курс антибактериальной терапии [2, 19]

Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий  $\geq 10^5$  в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. Антибактериальная терапия статистически значимо снижает число симптоматических инфекций мочевых путей, частоту преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела. Для лечения бессимптомной бактериурии при беременности рекомендуется короткий курс антибактериальной терапии. Посев мочи по завершении терапии не является обязательным.

**Антибактериальная терапия бессимптомной бактериурии у беременных (препараты принимаются перорально).**

Препарат	Ежедневная доза	Продолжительность терапии	Комментарии
Фосфомицина трометамол	3 г однократно	1 день	
Нитрофурантоин	50 мг каждые 6 часов или 100 мг каждые 12 часов	3-5 дней	Не применять в III триместре
Ко-амоксиклав	500/125 каждые 12 часов	3-5 дней	За исключением случаев неминуемых родов
Амоксициллин	500 мг каждые 8 часов	3-5 дней	Повышается распространение резистентных штаммов
Цефалексин	500 мг каждые 12 часов	3-5 дней	
Цефуроксим	500 мг каждые 12 часов	3-5 дней	
Пивмециллинам (при доступности)	200 мг 3 раза в день	3–5 дней	

**А** Беременным с бессимптомным укорочением шейки матки по данным цервикометрии (длина шейки менее 25 мм) рекомендуется назначить препараты влагалищного прогестерона по 200 мг с 22 до 34 недель беременности как при одноплодной, так и многоплодной беременности [2]

Влагалищное введение прогестерона эффективно только у женщин с короткой шейкой матки (менее 25 мм), выявленной при УЗИ в сроках между 14-16 и 24 неделями беременности, независимо от наличия или отсутствия преждевременных родов в анамнезе).

**Не рекомендуется:**

<b>В</b>	Рутинно назначать добавки с витамином D [2, 19]
<b>С</b>	Рутинно назначать прием поливитаминов [2, 19]
<b>В</b>	Рутинно назначать прием Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот [2, 19]
<b>А</b>	Рутинно назначать прием витамина E [2, 19]
<b>С</b>	Рутинно назначать прием витамина A [2, 19]

Существующие исследования не указывают на то, что прием указанных витаминов и добавок существенно снижает риск ПЭ, ПР, ЗРП, ГСД, антенатальную гибель плода и неонатальную смертность, улучшает акушерские и перинатальные исходы.

### **Тревожные признаки во время беременности.**

Информируйте беременных о тревожных признаках, при которых необходимо немедленно обратиться в медицинское учреждение.

**При появлении хотя бы одного из перечисленных тревожных признаков, следует немедленно обратиться за медицинской помощью:**

- ✓ Чрезмерная рвота (более 5 раз)
- ✓ Кровянистые выделения из половых путей
- ✓ Обильные жидкие выделения из влагалища
- ✓ Постоянная головная боль, нарушение зрения с появлением в глазах пятен или вспышек
- ✓ Внезапный и быстро нарастающий отек рук или лица
- ✓ Повышение температуры до 38°C и более
- ✓ Сильный зуд и жжение во влагалище или усилившиеся влагалищные выделения
- ✓ Жжение и боль при мочеиспускании
- ✓ Сильная не стихающая боль в животе, даже в покое
- ✓ Более 4-5 схваток в течение часа
- ✓ Ушиб живота во время падения, автомобильной аварии или удара кого-либо
- ✓ Слишком бурное или слабое шевеление плода после 24 недели беременности
- ✓ Излитие или подтекание околоплодных вод

### **Вмешательства в группах риска.**

#### **Гестационный сахарный диабет.**

Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 20%, составляя в среднем 7%. В связи с тем, что у большинства беременных заболевание протекает без выраженной гипергликемии и явных клинических симптомов, одной из особенностей ГСД являются трудности его диагностики и поздняя выявляемость.

При первом дородовом визите оцените риск ГСД у каждой беременной с использованием факторов риска [2, 3, 15]:

- избыточная масса тела или ожирение (ИМТ выше 30 кг/м<sup>2</sup>)
- ГСД в анамнезе
- семейный анамнез СД любого типа у родственников 1 и 2 степени родства
- макросомия плода (4500 г) во время настоящей беременности или в анамнезе
- многоводие во время настоящей беременности или в анамнезе
- мертворождение в анамнезе
- рождение детей с врожденными пороками развития в анамнезе
- необъяснимая смерть новорожденного в анамнезе.

Используйте 75-граммовый 2-часовой пероральный тест на толерантность к глюкозе (ПГТТ) для выявления ГСД у женщин с факторами риска при первом визите и в 26-28 недель беременности [2, 3, 15]

При отсутствии факторов риска ГСД беременным показано определение глюкозы венозной плазмы натощак при 1-м визите и проведение ПГТТ в 26-28 недель беременности [2, 3, 15]

Согласно критериям ВОЗ, гипергликемию, впервые выявленную во время беременности, следует квалифицировать как гестационный сахарный диабет (ГСД) либо как сахарный диабет во время беременности

### Диагностические критерии ГСД и СД во время беременности [3, 15].

	ГСД	Манифестный СД 1 или 2 типа (возникший во время беременности или до нее).
Венозная гликемия натощак	5,1-6,9 ммоль/л	$\geq 7,0$ ммоль/л
Венозная гликемия через 1 час после ПГТТ с 75 г глюкозы	$\geq 10,0$ ммоль/л	
Венозная гликемия через 2 часа после ПГТТ с 75 г глюкозы	8,5-11,0 ммоль/л	$\geq 11,1$ ммоль/л (или при случайном определении в плазме)

### Ключевые принципы амбулаторного ведения беременных с СД любого типа.

- Всем беременным с любой формой СД показаны консультации диетолога и эндокринолога в течение первой недели после выявления
- Беременным с СД показан прием 5 мг фолиевой кислоты до 12 недель беременности
- Для улучшения гликемического статуса показано сочетание диеты с физическими упражнениями
- Рекомендуются программы умеренных физических нагрузок и упражнений, например, ходьба в течение 30 минут после приёма пищи
- Если целевые показатели уровня глюкозы в крови не достигаются при изменении диеты и физических нагрузок в течение 1-2 недель, показаны гипогликемические препараты
- Целевыми показателями глюкозы плазмы при любой форме СД во время беременности являются:

Натощак	Через 1 час после приема пищи	Через 2 часа после приема пищи
$< 5,3$ ммоль/л	$< 7,8$ ммоль/л	$< 6,4$ ммоль/л

### График антенатальных посещений женщин с СД любой формы [2].

Срок беременности	Уход для женщин с любой формой СД во время беременности (семейный врач, акушер-гинеколог, диетолог, эндокринолог)
В идеале до 12 недель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставьте женщине информацию о влиянии СД на течение беременности, родов и послеродового периода ( макросомия, неонатальная гипогликемия, повышенный риск кесарева сечения, плечевые дистонии, преэклампсия, преждевременные роды, гипербилирубинурия, перевод в отделение интенсивной терапии новорожденных, более высокие показатели материнской заболеваемости и смертности);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте рекомендации по диете и целевых показателях капиллярной гликемии до и после еды;</li> <li>• Обследовать женщину на предмет наличия осложнений (нейропатия, сосудистые осложнения);</li> <li>• Рассмотреть необходимость гипогликемических препаратов, рассказать о них и их осложнениях женщине;</li> <li>• Женщинам с ранее существовавшим СД необходимо оценить состояние сетчатки (консультация офтальмолога) и функции почек, если таковые не оценивались в последние 3 месяца;</li> <li>• Все женщины с СД должны поддерживать контакт с дородовой клиникой и эндокринологом каждые 1-2 недели на протяжении всей беременности;</li> <li>• Измерьте уровень HbA1c для женщин с ранее существовавшим диабетом, чтобы определить уровень риска во время беременности;</li> <li>• Женщинам с факторами риска ГСД, которые обратились в антенатальную клинику в 1-ом триместре беременности, необходимо предложить самоконтроль глюкозы в крови и 75 г 2-часовой ГТТ как можно скорее;</li> <li>• Подтвердить жизнеспособность плода и гестационный возраст в 7-9 недель.</li> </ul>
<b>16 недель</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Женщинам с ранее существовавшим СД, у которых при первом посещении была выявлена диабетическая ретинопатия, необходимо повторно оценить состояние сетчатки глаз в 16-20 недель;</li> <li>• Женщинам с факторами риска ГСД, которые обратились в антенатальную клинику в 2-ом триместре беременности, необходим предложить самоконтроль глюкозы в крови или 75 г 2-часовой ГТТ как можно скорее.</li> </ul>
<b>20 недель</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведите ультразвуковое сканирование для выявления структурных аномалий плода, включая осмотр сердца плода.</li> </ul>
<b>28 недель</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведите УЗИ для определения объёма ОПВ и мониторинга роста плода;</li> <li>• Всем женщинам с ранее существовавшим СД проведите оценку состояния сетчатки;</li> <li>• Если у женщин в 26-28 недель выявлен ГСД – ведение совместно с эндокринологом и диетологом.</li> </ul>
<b>32 недели</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведите УЗИ для определения объёма ОПВ и мониторинга роста плода;</li> <li>• Обследуйте анализы, рекомендованные как и при обычном дородовом уходе.</li> </ul>
<b>34 недели</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как при обычном дородовом уходе без каких-либо дополнений.</li> </ul>
<b>36 недель</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведите УЗИ для определения объёма ОПВ и мониторинга роста плода;</li> <li>• Проконсультируйте о методе и сроке родоразрешения, методах обезболивания родов, изменении терапии в зависимости от показателей гликемии в родах и после них, грудном вскармливании, уходе за новорожденным, методах послеродовой контрацепции.</li> </ul>
<b>37<sup>0</sup> недель -</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предложите индукцию родов или кесарево сечение женщинам</li> </ul>

<b>38<sup>6</sup> неделя</b>	(при наличии показаний к нему) всем женщинам с СД 1 или 2 типа. <ul style="list-style-type: none"> <li>• При ГСД пролонгировать беременность до спонтанного начала родовой деятельности.</li> </ul>
<b>38 неделя</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценка состояния плода.</li> </ul>
<b>39 неделя</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценка состояния плода;</li> <li>• Родоразрешить беременных с неосложнённым ГСД до 40<sup>6</sup> недель беременности.</li> </ul>

*См национальный клинический протокол «Сахарный диабет во время беременности».*

## **Преэклампсия.**

На первом дородовом приеме оцените у каждой женщины риск преэклампсии [2, 7, 8]

Все беременным на ранних сроках беременности рекомендуется пройти **скрининг ПЭ**, используя комбинированный тест в первом триместре, включающий материнские факторы риска, среднее артериальное давление, пульсационный индекс в маточной артерии и фактор роста плаценты [2, 8]

Скрининг ПЭ, включающий материнские факторы риска, среднее артериальное давление (СрАД), плацентарный фактор роста (ПФР/PLGF) в крови матери и пульсационный индекс (ПИ/УТPI) в маточной артерии (УТPI) может наиболее точно выявить беременных с повышенным риском ПЭ.

Плацентарный фактор роста (ПФР) представляет собой гликозилированный димер гликопротеина, секретируемый трофобластическими клетками, он относится к семейству сосудисто-эндотелиальных факторов роста.

Пульсационный индекс (ПИ) измеряется при трансабдоминальном УЗИ в сроке от 11 до 13<sup>6</sup> недель.

Если не представляется возможным измерить ПФР (PLGF) и/или ПИ (УТPI) в первом триместре беременности, рекомендуется провести **комбинированный скрининг ПЭ**, включающий определение материнских факторов риска и измерение СрАД) [2, 8]

Среднее АД рассчитывается по формуле: Среднее АД = (Сист. АД – Диаст. АД)/3 + Диаст АД.

Калькулятор риска ПЭ (материнские факторы риска + СрАД ± ПФР ± ПИ) доступен по ссылке: <https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia>

В случае отсутствия возможности проведения комбинированного скрининга ПЭ рекомендуется провести оценку риска ПЭ на основании анамнеза и клинико-демографических факторов (материнских факторов риска) [2, 8]

### **Факторы риска преэклампсии [7].**

<b>Высокий риск</b>	<b>Умеренный риск</b>
АГ при предыдущей беременности	Первородящая
ХАГ	Возраст ≥40 лет
Хроническая болезнь почек	ИМТ ≥35 кг/м <sup>2</sup>

СД	ПЭ в семейном анамнезе
Аутоиммунное заболевание	Интервал между беременностями >10 лет
	Многоплодная беременность
<b>Высокий риск ПЭ – наличие одного фактора высокого риска или двух и более факторов умеренного риска</b>	

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ рекомендуется назначить пероральный прием аспирина по 150 мг/день в вечернее время с 11-14<sup>6</sup> до 36 недели беременности [2, 7, 8, 19]

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ рекомендуется ежедневный самоконтроль АД на протяжении всей беременности

Всем беременным группы высокого риска ПЭ рекомендуется определение протеинурии при каждом дородовом визите. Не используйте анализ первой утренней мочи для количественного определения протеинурии у беременных женщин

#### **Ключевые принципы амбулаторного ведения беременных с АГ.**

- Всем женщинам с впервые выявленной АГ рекомендуется госпитализация в стационар для комплексной оценки состояния матери и плода, рисков и преимуществ лечения, установления причины гипертензии
- Артериальная гипертензия – состояние, при котором отмечается повышение систолического АД  $\geq 140$  мм рт.ст. и/или диастолического АД  $\geq 90$  мм рт.ст., определенное как среднее в результате, как минимум, 2-х измерений, проведенных на одной руке с интервалом в 4 часа
- Всем женщинам с АГ рекомендуется определить:
  - А) вид гипертензивного нарушения:**
    - Хроническая артериальная гипертензия
    - Гестационная артериальная гипертензия
    - Преэклампсия (умеренная или тяжелая)
    - Преэклампсия на фоне ХАГ
  - Б) степень артериальной гипертензии:**
    - Нетяжелая (систолическое АД 140-159 мм рт.ст. и/или диастолическое АД 90-109 мм рт.ст.)
    - Тяжелая (систолическое АД  $\geq 160$  мм рт.ст. и/или диастолическое АД  $\geq 110$  мм рт.ст.)
- Всем беременным женщинам с любым видом гипертензивного синдрома рекомендуется начать антигипертензивное лечение, если у них **устойчивое систолическое артериальное давление 140 мм рт.ст. или выше или устойчивое диастолическое артериальное давление составляет 90 мм рт.ст. или выше**
- Во время беременности рекомендуются к применению антигипертензивные препараты: **метилдопа, лабеталол, нифедипин.**
- Препаратами выбора при нетяжелой АГ являются метилдопа и лабеталол, при тяжелой АГ – нифедипин.
- Для поддержания целевого АД допускается комбинация 3-х антигипертензивных препаратов.

**Антигипертензивные препараты при беременности [8].**

Препарат	Метилдопа	Лабеталол	Нифедипин
Доза	250-750 мг каждые 8 часов внутрь	100-400 мг каждые 8 часов внутрь	10 мг 2-3-4 раза в сутки (короткого действия), 20-60 мг каждые 12 часов (с медленным высвобождением)
Максимальная суточная доза	3000 мг	1200 мг	120 мг
Механизм действия	Центральное: стимулирует альфа <sub>2</sub> -адренорецепторы	Бета-блокатор с мягким альфа-сосудорасширяющим эффектом	Блокатор кальциевых каналов
Противопоказания	Депрессия	Бронхиальная астма, хронические обструктивные болезни легких, сердечная недостаточность	Аортальный стеноз
Практические моменты	Медленное начало действия в течение 24 часов, сухость во рту, седативный эффект, усиление депрессии, затуманенное зрение, возвратная гипертония	Брадикардия, бронхоспазм, головная боль, тошнота, покалывание кожи головы, которое обычно проходит в течение 24 часов	Сильная головная боль в первые 24 часа, покраснение кожи, тахикардия, периферические отеки, запор

- При использовании лекарств для лечения любого вида АГ во время беременности следите за целевым артериальным давлением 135/85 мм рт. ст.
- Рассмотрите возможность снижения дозы или отмены антигипертензивного лечения, если артериальное давление у пациентки падает ниже 130/80 мм рт. ст.
- Женщинам с любым видом АГ показаны дополнительные дородовые визиты в зависимости от индивидуальных потребностей женщины и ее ребенка:
  - как минимум 2 раза в неделю, если артериальная гипертензия плохо контролируется
  - 1 раз в неделю, если артериальная гипертензия хорошо контролируется
- Всем беременным с любым видом АГ рекомендуется ультразвуковое исследование роста плода и объема околоплодных вод, а также доплерометрия артерий пуповины каждые 2-4 недели
- Помните, что амбулаторное ведение пациентки с любой формой АГ возможно при:
  - систолическом АД < 150 и/или диастолическом АД < 100 мм рт.ст.
  - количестве тромбоцитов более 150 000/мкл
  - нормальном уровне печеночных ферментов
  - нормальных показателях функций почек
  - удовлетворительном состоянии плода
  - отсутствии субъективных симптомов
  - высоком уровне сознательности и дисциплинированности

- Информировать беременных с АГ о необходимости плановой госпитализации в стационар для родоразрешения в:
  - 38-39 недель – при ХАГ, когда гипертензия контролируется без приема медикаментов
  - 37 недель – при ХАГ с приемом медикаментов и при гестационной гипертензии
  - 36-37 недель – при умеренной преэклампсии
  - в любом сроке – при тяжелой АГ, тяжелой преэклампсии, эклампсии
- Срочная госпитализация требуется в следующих ситуациях:
  - тяжелая гипертензия (систолическое АД  $\geq 160$  мм рт. ст. и/или диастолическое  $\geq 110$  мм рт. ст. в течение короткого интервала – 15 минут)
  - появление новых симптомов и тяжелых признаков ПЭ,
  - неудовлетворительный результат амбулаторного лечения
  - отклонения при обследовании плода.

### Тяжелые признаки ПЭ [2, 7, 8].

<b>Тяжелая АГ</b>	– Повторные эпизоды тяжелой АГ (систолическое АД $\geq 160$ мм рт. ст. и/или диастолическое АД $\geq 110$ мм рт. ст.), несмотря на лечение тремя классами антигипертензивных средств
<b>Дисфункция гемостаза</b>	– Тромбоциты менее 150 000/мл – Гемолиз: шистоциты или фрагменты эритроцитов в мазке крови – Повышенный уровень билирубина, повышенный уровень лактатдегидрогеназы более 600 МЕ/л – Диссеминированное внутрисосудистое свертывание
<b>Дисфункция печени</b>	– Повышение ферментов печени ( $> 40$ МЕ/л) или прогрессирующее ухудшение функций печени – Интенсивная постоянная боли в верхнем правом квадранте живота или в эпигастрии, не отвечающей на лекарственную терапию – Тошнота, рвота
<b>Дисфункция почек</b>	– Креатинин сыворотки более 90 мкмоль/л – Олигурия (менее 80 мл за 4 часа)
<b>Дисфункция ЦНС</b>	– Головная боль (часто усиливающаяся, не купирующаяся обычными анальгетиками) – Нарушение зрения (мелькание мушек, эпизод скотомы)
<b>Дисфункция дыхания</b>	– Отек легких

**Тяжелая преэклампсия** – это тяжелая АГ, которая не реагирует на лечение, в сочетании с протеинурией (0,3 г/л) **или** любая АГ с продолжающимися или повторяющимися сильными головными болями, скотомами, тошнотой или рвотой, болью в эпигастрии, олигурией, а также с прогрессирующим ухудшением лабораторных анализов крови, например, с повышением креатинина. или трансаминаз печени, падением количества тромбоцитов

**На этапе госпитализации всем беременным с тяжелой АГ, тяжелой преэклампсией проведите:**

- **Антигипертензивную терапию:** нифедипин короткого действия 10 мг перорально (разжевать и проглотить), повторять каждые 30 минут при необходимости. Максимальная разовая доза 50 мг. Сублингвальный прием не рекомендован.
- **Противосудорожную терапию:** 4-5 г сульфата магния в/в (16-20 мл 25% раствора сульфата магния) медленно в течение 10-15 минут, затем – 1 г в час в/капельно (100 мл 25% раствора сульфата магния + физиологический раствор натрия хлорида 400 мл со скоростью 7 капель в минуту).

См. национальный клинический протокол «Артериальные гипертензии во время беременности».

## **Венозные тромбозмболические осложнения.**

Основное направление предупреждения венозных ТЭО – это:

- Выделение беременных с риском венозных ТЭО
- Определение степени риска венозных ТЭО

При первом дородовом визите оцените риск венозных ТЭО у каждой беременной с использованием факторов риска [2, 14, 18]

<b>ФАКТОРЫ РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТЭО ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b>	<b>Баллы</b>
<b>Анамнестические данные</b>	
Предшествующие рецидивирующие ТЭО	3
Предшествующие ТЭО, ничем не спровоцированные или связанные с приемом эстрогенов	3
Предшествующие спровоцированные ТЭО	2
Семейный тромботический анамнез	1
Тромбофилии (гомозиготная мутация фактора V Leiden, протромбина G20210A, дефицит АТIII, протеина S и C, антифосфолипидный синдром)	3
<b>Соматические факторы</b>	
Возраст > 35 лет	1
Курение	1
Ожирение ИМТ > 30	1
Варикозное расширение вен ног	1
Соматические заболевания (артериальная гипертензия, нефротический синдром, злокачественные заболевания, сахарный диабет I типа, инфекционно-воспалительные заболевания в активной фазе, СКВ, заболевания легких и сердца, серповидно-клеточная анемия)	2
<b>Акушерско-гинекологические факторы</b>	
Роды в анамнезе $\geq 3$	1
Многоплодная беременность	1
Преэклампсия умеренная	1
Преэклампсия ранняя или тяжелой степени	2
Внутриутробная гибель плода во время данной беременности	2
Хирургические вмешательства во время беременности	2
<b>Другие факторы</b>	
Дегидратация	1

Длительная иммобилизация (> 4 суток)	1
<b>ИТОГО:</b>	

Помните, что каждый дополнительный фактор риска увеличивает суммарную угрозу развития тромбоза

Традиционные параметры коагулограммы (тромбоциты, фибриноген, МНО, АПТВ, продукты паракоагуляции) не имеют информационной ценности в отношении прогнозирования развития тромбоза и не должны применяться

Переоценивайте риск венозных ТЭО при каждом последующем дородовом визите, если у беременной развиваются осложнения беременности (например, преэклампсия) или возникают любые другие факторы риска повышающие риск ТЭО (инфекции, длительная иммобилизация и др.) [2, 14, 18]

Определите результаты оценки риска венозных ТЭО при каждом визите по шкале:

- умеренный риск (1-2 балла)
- высокий риск ( $\geq 3$  баллов).

При умеренном риске рекомендуйте ношение компрессионного трикотажа на протяжении всей беременности [2, 14, 18]

При высоком риске показаны ношение компрессионного трикотажа и фармакологическая тромбопрофилактика низкомолекулярными гепаринами. Для решения вопроса о назначении низкомолекулярных гепаринов длительности фармакологической тромбопрофилактики направьте беременную на консультацию к гематологу [2, 14, 18]

Для профилактики венозных ТЭО в группе высокого риска используются стандартные профилактические дозы низкомолекулярных гепаринов, адаптированные к весу пациентки:

- Вес <50 кг: 20 мг п/к ежедневно;
- Вес 50-90 кг: 40 мг п/к ежедневно;
- Вес 90-130 кг: 60 мг п/к ежедневно\*;
- Вес 130-170 кг: 80 мг п/к ежедневно\*;
- Вес >170 кг: 0,6 мг/кг п/к ежедневно.

*\*Суточная доза может быть разделена на две*

В амбулаторной карте беременных обязательно фиксируйте риск венозных ТЭО (умеренный и высокий) и соответствующие профилактические мероприятия

## Послеродовые акушерские кровотечения.

При первом и каждом последующем дородовых визитах оценивайте риск послеродовых акушерских кровотечений у каждой беременной с использованием факторов риска [2]

**В группу риска на послеродовые акушерские кровотечения относится любая беременная с одним и более из следующих факторов риска [2]:**

- Многоплодная беременность
- 4 родов в анамнезе
- Анемия с гемоглобином менее 90 г/л
- Послеродовое кровотечение анамнезе
- Преэклампсия
- Крупный плод
- Предлежание и приращение плаценты
- Отслойка плаценты в анамнезе
- Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (аборты, выкидыши)
- Рубец на матке (после кесарева сечения, миомэктомии)
- Лечение антикоагулянтами во время беременности
- Сопутствующие коагулопатии
- Тяжелые сердечно-сосудистые и гематологические заболевания

**В группе риска послеродовых акушерских кровотечений показаны:**

- Проведение антенатальной диагностики и лечения анемии
- Планирование родоразрешения беременных с участием мультидисциплинарной бригады в учреждениях 2-го и/или 3-го уровня
- Своевременная коррекция осложнений беременности
- Плановая госпитализация беременных с предлежанием плаценты без кровотечения в учреждения 3-го уровня (при полном предлежании – в 34 недели, при неполном – в 36-37 недель)

**При кровотечении из половых путей:**

- Уточните, беременна женщина или нет, срок беременности
- Пропальпируйте матку (если это возможно)
- УЗИ малого таза
- При необильном кровотечении в первой половине беременности допускается амбулаторное ведение
- Кровянистые выделения во второй половине беременности и обильные кровянистые выделения в любом сроке – показание для экстренной госпитализации в стационар.
- Мероприятия на догоспитальном этапе:
  - согревание пациентки
  - катетеризация 2-х пар вен
  - вливание теплых кристаллоидов (1 литр в течение 15-20 минут)
  - транексамовая кислота 1,0 г в/в
  - при кровотечении после родов или после аборта – окситоцин 10 Ед в/в болюсно

*См. национальный клинический протокол «Профилактика и тактика ведения послеродовых акушерских кровотечений».*

### **Малый для гестационного возраста плод.**

Малый для гестационного возраста плод (МГВ, англ. – small for gestational age, SGA) – гетерогенная группа плодов с размерами ниже predetermined порогового значения для соответствующего гестационного возраста и чаще < 10-го перцентиля.

Задержка роста плода (ЗРП) – термин, характеризующий патологически маленького плода, который не достиг своего потенциала роста и имеет высокий риск перинатальных осложнений (отмечается замедление показателей прироста предполагаемой массы плода)

и/или окружности живота < 10-го перцентиля в сочетании с патологическим кровотоком по данным УЗ-доплерографии).

Задержка роста плода (ЗРП) не является синонимом малого для гестационного возраста плода. 50-70% МГВ плодов являются конституционально маленькими, т.е. малыми по весу и росту, но с нормальными показателями кровотока по данным УЗ-доплерографии и низкими рисками перинатальных осложнений.

Рекомендована оценка факторов риска ЗРП при 1-м и 2-ом дородовом визите беременной пациентки [5, 11, 16]

### Факторы риска ЗРП [16].

Большие факторы риска	Малые факторы риска
Возраст матери >40 лет	Возраст матери >35 лет
Выкуривание >11 сигарет в день	Выкуривание 1-10 сигарет в день
МГВП в анамнезе	Нерожавшие
Ежедневная интенсивная физическая нагрузка	ИМТ <20 или 25-35
МГВП у матери или отца	Низкое потребление фруктов до беременности
Мертворождение в анамнезе	Преэклампсия в анамнезе
ХАГ	Интергравидарный интервал <6 месяцев или >60 месяцев
Сахарный диабет и сосудистые заболевания	
Почечная недостаточность	
Антифосфолипидный синдром	
Обильное кровотечение, аналогичное по интенсивности менструации	
<b>1 фактор = высокий риск ЗРП</b>	<b>3 фактора и более = высокий риск ЗРП</b>

В группах высокого риска использование УЗ-фетометрии плода и доплерографии пупочной и маточных артерий снижает перинатальную заболеваемость и смертность. Допплерометрия является основным инструментом наблюдения за плодом у беременных высокого риска ЗРП [16]

Беременных с 1-м и более высоким фактором риска ЗРП следует направить на серийное проведение УЗ-фетометрии и доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока (маточные артерии и артерия пуповины) каждые 3 недели с 26-28 недели беременности [16]

В группах высокого риска ЗРП доплерография маточной артерии на 20-24 неделе беременности имеет умеренную прогностическую ценность прогнозирования ЗРП и не рекомендуется.

Беременных, у которых есть 3 и более малых факторов риска ЗРП, следует направлять на проведение УЗ-фетометрии и доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока (маточные артерии и артерия пуповины) в 20-24 недель беременности [16]:

- если доплерометрические показатели нормальные, следует предложить следующее УЗИ и доплерометрию в третьем триместре (30-34 недель)
- при аномальных показателях доплерометрии показано серийное проведение УЗ-

фетометрии и доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока (маточные артерии и артерия пуповины) в 26-28 недель беременности и далее каждые 3 недели

В случаях выявления эхогенности кишечника плода по данным УЗ-фетометрии в 20-24 недель следует направить беременную на серийное проведение УЗ-фетометрии и доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока (маточные артерии и артерия пуповины) в 26-28 недель беременности и далее каждые 3 недели [16]

Эхогенность кишечника плода является независимым фактором риска ЗРП.

При подтверждении ЗРП по данным доплерометрии беременную следует направить в стационарное или консультативно-амбулаторное учреждение 3-го уровня для комплексной оценки состояния плода, включая КТГ, выбора оптимального срока и метода родоразрешения

### Вакцинация во время беременности.

**С** При путешествии в тропические страны, а также в случае эпидемий, беременной рекомендуется проведение вакцинации с применением инактивированных и генно-инженерных вакцин, анатоксинов, оральной полиовакцины

Беременной противопоказано назначение живых вакцин. Беременная подписывает информированное добровольное согласие на проведение вакцинации.

**С** Трёхвалентные инактивированные вакцины рекомендуются женщинам, у которых беременность совпадает с сезоном гриппа

Данные основаны на значительном уменьшении распространённости, тяжести течения и последствий гриппа у беременных женщин с потенциальной пользой для рождённых ими младенцев.

### Вакцинация во время беременности.

Вакцина	Применение во время беременности	Комментарий
БЦЖ*	Нет	
Холера	Нет	Безопасность не доказана
Гепатит А	Да, в случае необходимости	Безопасность не доказана
Гепатит В	Да, в случае необходимости	
Грипп	Да, в случае необходимости (в сезон гриппа)	
Японский энцефалит	Нет	Безопасность не доказана
Корь*	Нет	
Менингококковая инфекция	Да, в случае необходимости	Только в случае высокого риска инфицирования
Эпидемический паротит*	Нет	
Оральная вакцина против	Да, в случае необходимости	

полиомиелита		
Инактивированная вакцина против полиомиелита	Да, в случае необходимости	Обычно не назначается
Бешенство	Да, в случае необходимости	
Краснуха*	Нет	
Столбняк/дифтерия/коклюш	Да, в случае необходимости	
Тиф Ty21a*	Нет	Безопасность не доказана
Оспа	Нет	
Ветряная оспа*	Нет	
Желтая лихорадка*	Только в случае высокого риска инфицирования	
КОВИД-19	Да, в случае необходимости	

\*- живая вакцина, противопоказана во время беременности.

### Организация медицинской помощи.

#### Показания для госпитализации в родильные учреждения:

1. Развитие родовой деятельности.
2. Излитие или подтекание околоплодных вод.
3. Кровянистые выделения из половых путей, свидетельствующие об угрозе выкидыша.
4. Признаки угрожающих ПР.
5. Кровянистые выделения во 2-й половине беременности (ПОНРП, предлежание плаценты).
6. Признаки ИЦН.
7. Рвота беременных >5 раз в сутки и потеря массы тела > 3 кг за 1-1,5 недели при отсутствии эффекта от проводимой терапии.
8. Впервые выявленная нетяжелая артериальная гипертензия.
9. Тяжелая артериальная гипертензия, тяжелая преэклампсия.
10. Умеренная преэклампсия.
11. Симптомы полиорганной недостаточности (головная боль, нарушения зрения, боли в эпигастрии, рвота, симптомы поражения печени, олигоанурия, нарушения сознания, судороги, гиперрефлексия).
12. Признаки хориоамнионита.
13. ЗРП.
14. Признаки страдания плода: высота дна матки ниже 10-й перцентили, снижение динамики роста высоты дна матки, нарушения двигательной активности плода.
15. Внутриутробная гибель плода.
16. Острый живот.
17. Острые инфекционные и воспалительные заболевания с клиническими признаками синдрома системной воспалительной реакции.

### Критерии качества медицинской помощи.

№	Критерии качества	Оценка
1.	Проведено определение срока беременности и родов при 1-м визите беременной	Да / Нет
2.	Проведено измерение артериального давления при каждом визите беременной	Да / Нет
3.	Проведено измерение высоты дна матки при каждом визите беременной и ведение гравидограммы после 20 недель	Да / Нет

№	Критерии качества	Оценка
	беременности	
4.	Проведено определение частоты сердцебиения плода при помощи акушерского стетоскопа после 20 недель беременности или при помощи фетального доплера после 12 недель беременности при каждом визите беременной	Да / Нет
5.	Проведена оценка риска ПЭ, акушерских кровотечений, венозных ТЭО, ГСД, ЗРП	Да / Нет
6.	Выполнено направление беременной на исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (далее – ВИЧ) и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови при 1-м визите и в 30 недель беременности	Да / Нет
7.	Выполнено направление беременной на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови при 1-м визите и в 30 недель беременности	Да / Нет
8.	Выполнено направление беременной на определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови при 1-м визите и в 30 недель беременности	Да / Нет
9.	Выполнено направление беременной на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1-м визите	Да / Нет
10.	Выполнено направление беременной на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите	Да / Нет
11.	Выполнено направление резус-отрицательной беременной на определение антирезусных антител при 1-м визите и затем при отсутствии антител в 26-28 недель беременности	Да / Нет
12.	Выполнено направление беременной на проведение общего (клинического) анализа крови при 1-м визите и в 26 недель беременности	Да / Нет
13.	Выполнено направление беременной на определение нарушения углеводного обмена при 1-м визите (венозная гликемия) и в 26-28 недель беременности на проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г глюкозы	Да / Нет
14.	Выполнено направление беременной на проведение общего (клинического) анализа мочи при 1-м визите и в 26 недель беременности	Да / Нет
15.	Выполнено направление беременной на проведение скринингового ультразвукового исследования плода и биохимического скрининга при сроке беременности 11-13 <sup>6</sup> недель	Да / Нет
16.	Проведено назначение перорального приема фолиевой кислоты беременной на протяжении 12 недель до и в течение первых 12 недель беременности в дозе 400 мкг в день	Да / Нет
17.	Проведено назначение введения иммуноглобулина человека	Да / Нет

№	Критерии качества	Оценка
	антирезус Rho[D] в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно в 28-30 недель беременности резус-отрицательной беременной при отсутствии антирезусных антител	
18.	Назначены препараты железа на протяжении всей беременности ежедневно в дозе 30-60 мг в пересчете на железо	Да / Нет

### 3. Список литературы:

1. Antenatal care policy in high-income countries with a universal health system: A scoping review. *Sexual & Reproductive Healthcare*. Volume 32, June 2022, 100717. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575622000234?via%3Dihub>
2. Antenatal care. NICE guideline. Published: 19 August 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>
3. Diabetes Mellitus and Gestational Diabetes. South Australian Perinatal Practice Guideline, 2019. [Diabetes+Mellitus+and+GDM +PPG v5 0.pdf \(sahealth.sa.gov.au\)](https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/home/Diabetes+Mellitus+and+GDM+PPG+v5+0.pdf)
4. Exercise during pregnancy for preventing gestational diabetes mellitus and hypertensive disorders: An umbrella review of randomised controlled trials and an updated meta-analysis. 2023 Feb;130(3):264-275. doi: 10.1111/1471-0528.17304. Epub 2022 Oct 17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36156844/>
5. FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) initiative on fetal growth: Best practice advice for screening, diagnosis, and management of fetal growth restriction. *Int J Gynecol Obstet*. 2021;152(Suppl. 1):3–57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8252743/pdf/IJGO-152-3.pdf>
6. Folic Acid Supplementation to Prevent Neural Tube Defects: Preventive Medication. August 01, 2023. Recommendations made by the USPSTF are independent of the U.S. government. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/folic-acid-for-the-prevention-of-neural-tube-defects-preventive-medication>
7. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE guideline [NG133]Published: 25 June 2019, Last updated: 17 April 2023 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>
8. Hypertensive Disorders in Pregnancy. South Australian Perinatal Practice Guideline, 2020. <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/home>
9. International standards for symphysis-fundal height based on serial measurements from the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project: prospective cohort study in eight countries *BMJ* 2016; 355 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i5662> (Published 07 November 2016) Cite this as: *BMJ* 2016;355:i5662 <https://www.bmj.com/content/355/bmj.i5662>
10. International Symphysis-Fundal Height Standards, 2019. [https://media.tghn.org/medialibrary/2019/08/GROW\\_SFH\\_ext\\_ct\\_en\\_-\\_New.pdf](https://media.tghn.org/medialibrary/2019/08/GROW_SFH_ext_ct_en_-_New.pdf)
11. ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020; 56: 298–312. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.22134. <https://www.isuog.org/static/b2aa3fb4-031e-4d84-b7246d613a466884/ISUOG-Practice-Guidelines-diagnosis-and-management-of-small-for-gestational-age-fetus-and-fetal-growth-restriction.pdf>
12. Methods for Estimating the Due Date. Committee opinionmerican College of Obstetricians and Gynecologists Number 700, May 2017. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2017/05/methods-for-estimating-the-due-date.pdf>
13. Prenatal exercise for the prevention of gestational diabetes mellitus and hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2018 Nov; 52(21):1367-1375. doi: 10.1136/bjsports-2018-099355. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30337463/>
14. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium RCOG Green-top Guideline No. 37a, April 2015. [https://www.rcog.org.uk/media/m4mbpjwi/gtg-no37a-2015\\_amended-2023.pdf](https://www.rcog.org.uk/media/m4mbpjwi/gtg-no37a-2015_amended-2023.pdf)
15. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: Apragmatic guide for diagnosis, management, and care. M. Hod et al. / *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131 S3 (2015) S173–S211. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/S0020-7292%2815%2930033-3>

16. The Investigation and Management of the Small-for-Gestational-Age Fetus. RCOG Green-top Guideline No. 31, 2014. [https://www.rcog.org.uk/media/t3lmjhn/gtg\\_31.pdf](https://www.rcog.org.uk/media/t3lmjhn/gtg_31.pdf)
17. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry. The Royal College of Psychiatrists 1987. Translated from Cox, JL, Holden JM & Sagovsky R. (1987). 150, 782-786. [https://med.stanford.edu/content/dam/sm/ppc/documents/DBP/EDPS\\_text\\_added.pdf](https://med.stanford.edu/content/dam/sm/ppc/documents/DBP/EDPS_text_added.pdf)
18. Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism NICE guideline [NG89] Published: 21 March 2018 Last updated: 13 August 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng89/resources/venous-thromboembolism-in-over-16s-reducing-the-risk-of-hospitalacquired-deep-vein-thrombosis-or-pulmonary-embolism-pdf-1837703092165>
19. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

## 4. Приложения

### 4.1. Методология разработки протокола.

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения республики Узбекистан №52 «О разработке, утверждении и внедрении в текущую медицинскую практику методологии локальных и национальных клинических протоколов и стандартов» от 23 февраля 2024 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты акушеры-гинекологи ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка» и его региональных филиалов, Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Республиканского перинатального центра, 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 профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2014-2024 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](mailto:Guidelines@health.qld.gov.au)
- 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 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:// www.onabolamarkazi](https://www.onabolamarkazi)) и телеграмм-канале. 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, эксперта ВОЗ и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса.

Финансовая поддержка при разработке данного протокола оказана Представительством ВОЗ в Узбекистане и Представительством Фонда ООН в области народонаселения в Узбекистане (ЮНФПА/UNFPA). Внешнее финансирование включало методологическую поддержку в виде обеспечения внешней оценки документа экспертами ВОЗ на всех этапах

его разработки и техническую поддержку в виде перевода протокола на узбекский язык и его тиражирования. Мнения и интересы финансирующих органов не повлияли на окончательные рекомендации протокола.

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

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

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<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)

#### 4.2. Суммарная таблица по ведению антенатального периода [1, 2, 19].

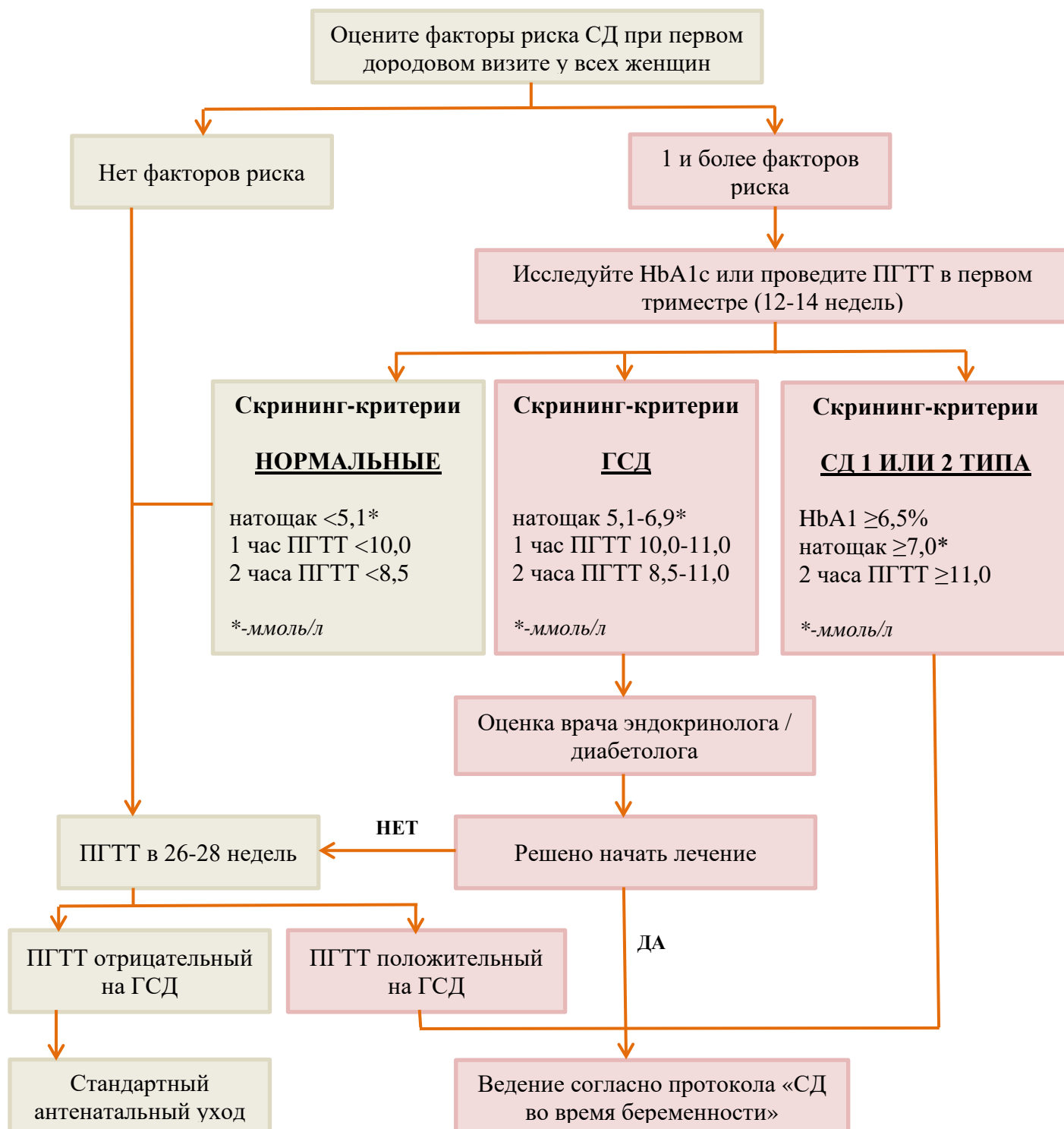
Вмешательство	До 12 неделя	18-20 неделя	26 недель	30 недель	34 недели	36 недель	38 недель	40 недель
<b>Физикальное обследование</b>								
Оценка жалоб и общего состояния	+	+	+	+	+	+	+	+
Сбор анамнеза	+							
Оценка характера шевелений плода		+	+	+	+	+	+	+
Определение срока беременности и родов	+							
Измерение ИМТ	+	У женщин с ИМТ ≤ 18,5	У женщин с ИМТ ≤ 18,5	У женщин с ИМТ ≤ 18,5	У женщин с ИМТ ≤ 18,5	У женщин с ИМТ ≤ 18,5	У женщин с ИМТ ≤ 18,5	У женщин с ИМТ ≤ 18,5
Измерение АД	+	+	+	+	+	+	+	+
Обследование молочных желез	+							
Гинекологический осмотр (наружный, в зеркалах)	+							
Измерение ВДМ и ведение гравидограммы		+	+	+	+	+	+	+
Определение положения и предлежащей части плода					+	+	+	+
Определение ЧСС плода			+	+	+	+	+	+
Консультация терапевта, стоматолога	+							
<b>Лабораторное обследование</b>								
Определение группы крови и резус-фактора	+							
Общий анализ крови, Hb	+		+					
Общий анализ мочи	+		+					
Анализ крови на сифилис	+			+				
Анализ крови на ВИЧ	+			+				
Анализ крови на гепатит В и С	+			+				
Определение титра антител при			В 26-28					

отрицательном резус-факторе			неделя					
Глюкоза в крови	Гликемия венозной крови, ПГТТ в группе риска ГСД		ПГТТ в 26-28 недель					
Посев мочи на бактериурию	В 12-16 недель							
Цитологическое исследование мазка шейки матки	+							
<b>Инструментальные исследования</b>								
УЗИ	В 11-13 <sup>6</sup> недель	18-21 недель беременности с определением длины шейки матки				При подозрении на неправильное положение или предлежание плода, крупный плод, ЗРП		
<b>Скрининг 1-го триместра</b>								
УЗИ + уровни ХГ и РАРР-А в крови	В 11-13 <sup>6</sup> недель							
<b>Оценка факторов риска</b>								
Гестационного сахарного диабета	+							
Преэклампсии	+							
Венозных ТЭО	+	+	+	+	+	+	+	+
Послеродовых акушерских кровотечений	+	+	+	+	+	+	+	+
Задержки роста плода	+	+						
<b>Стандартные профилактические мероприятия</b>								
Фолиевая кислота 400 мкг/сутки	+	+	+	+	+	+	+	+
Препараты железа 30-60 мг/сутки	+	+	+	+	+	+	+	+
Калия йодида 200 мкг/сутки	+	+	+	+	+	+	+	+
Аспирин 150 мг/сутки в группе риска ПЭ	+	+	+	+	+	+	+	+

### 4.3. Вопросы на определение домашнего насилия беременных женщин.

<b>Физическое насилие</b>	<b>Психологическое насилие</b>
1. Получали ли Вы когда-либо пощечины?	1. Оскорблял ли Вас муж/партнер с использованием оскорбительных выражений?
2. Были ли побои во время предыдущей и последней беременности?	2. Игнорировал или проявлял безразличие Ваш муж/партнер?
3. Били ли Вас кулаком или ногами в живот во время беременности?	3. Испытывал ли подозрение или обвинял Вас в неверности муж/партнер?
4. Били ли Вас чем-то еще, что могло причинить боль?	
5. Душили или обжигали ли Вас намеренно?	
6. Угрожали ли Вам ножом или другим оружием?	
Хотя бы 1 положительный ответ из 6-ти пунктов, говорит о физическом насилии.	За последние 12 месяцев 1 ответ «да», потенциально возможно психологическое насилие
<b>Необходимо сообщить о случаях физического / психологического насилия с специалистам махаллинского комитета или, если есть следы побоев, в органы правопорядка.</b>	

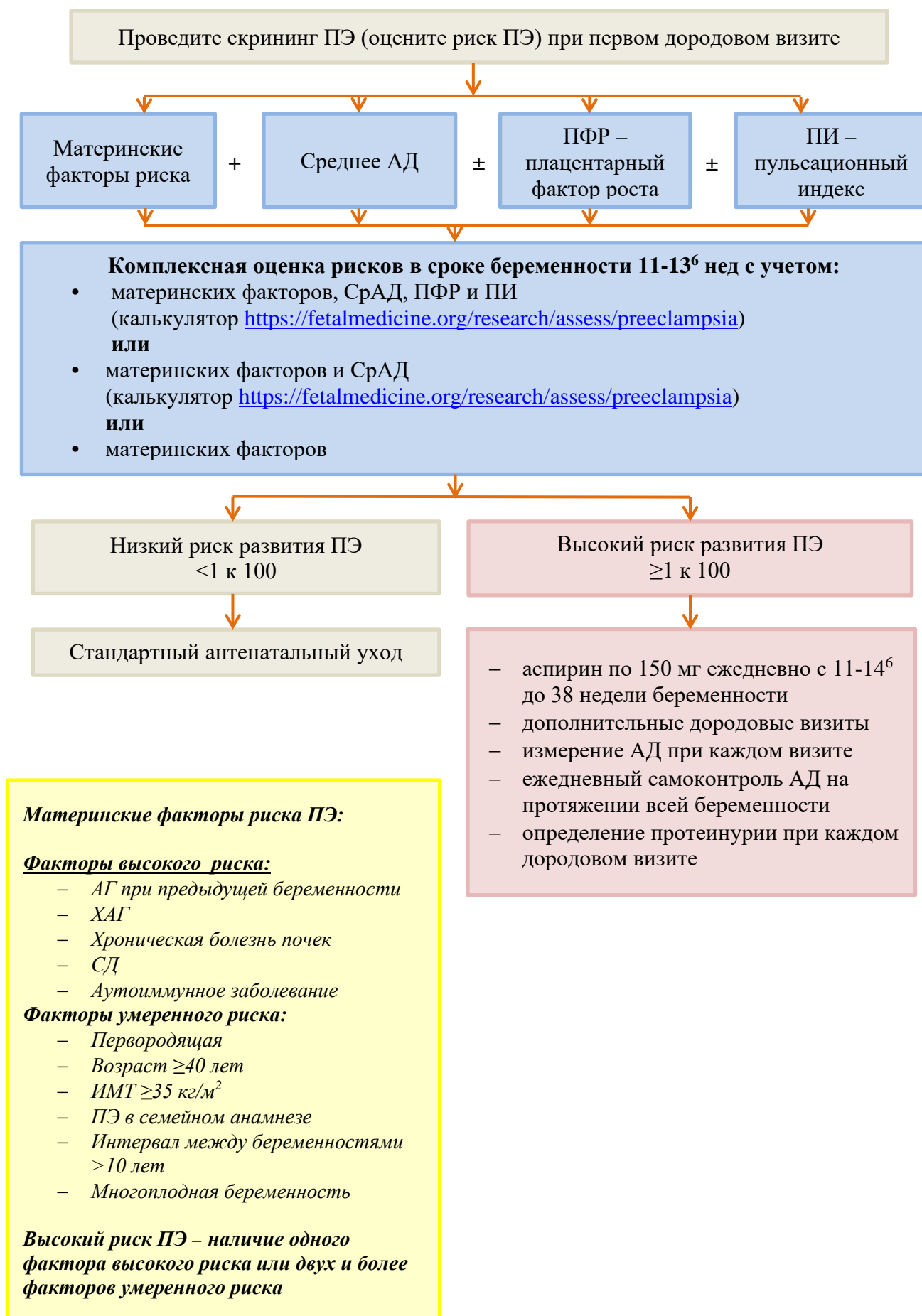
#### 4.4. Обобщённый алгоритм диагностики СД во время беременности [3].



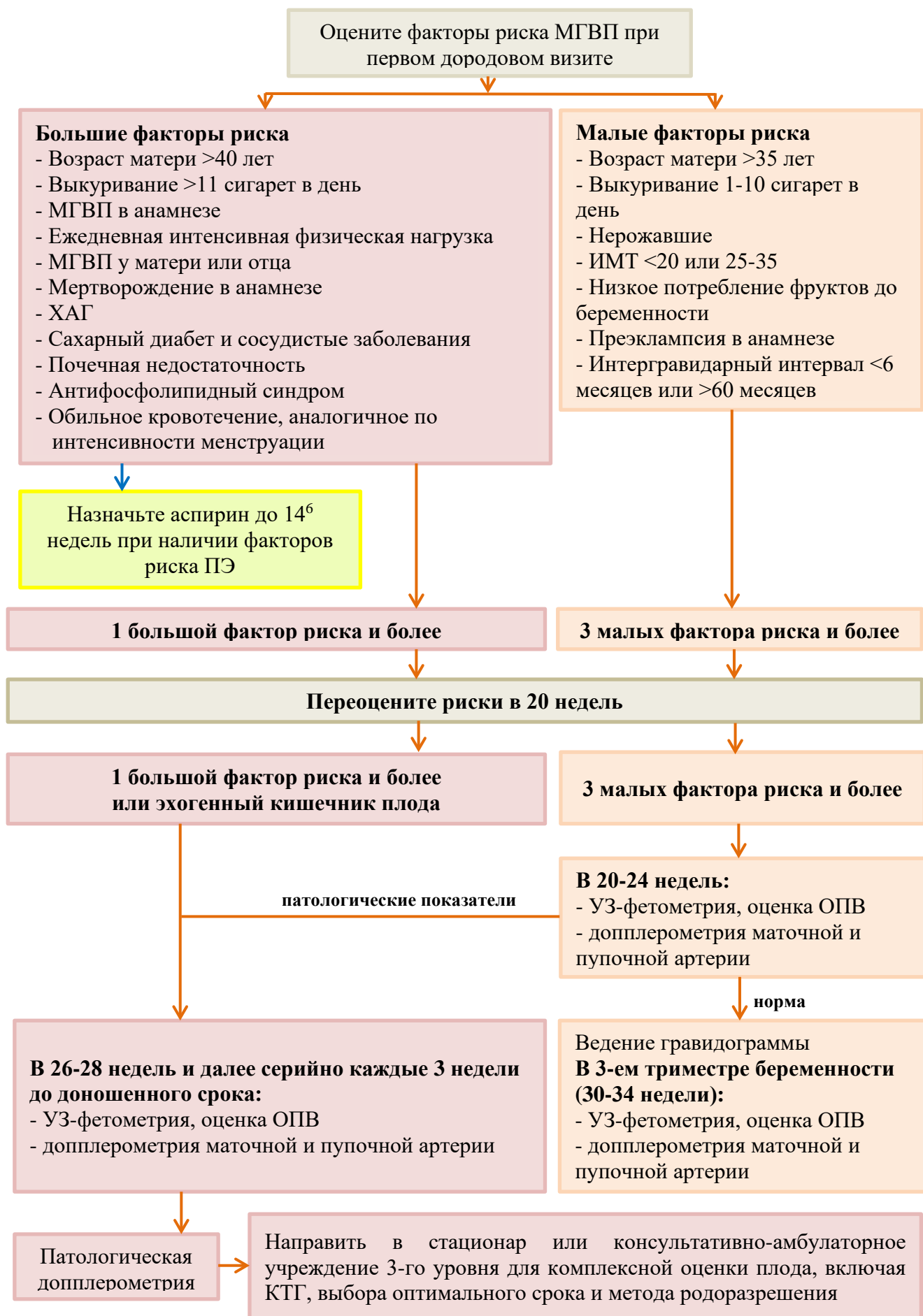
#### Факторы риска СД:

- Избыточная масса тела или ожирение (ИМТ выше 30 кг/м<sup>2</sup>)
- ГСД в анамнезе
- возраст 40 лет и старше
- семейный анамнез СД любого типа у родственников 1 и 2 степени родства
- макросомия плода (4500 г) во время настоящей беременности или в анамнезе
- многоводие во время настоящей беременности или в анамнезе
- мертворождение в анамнезе
- рождение детей с ВПР анамнезе или необъяснимая смерть новорожденного в анамнезе

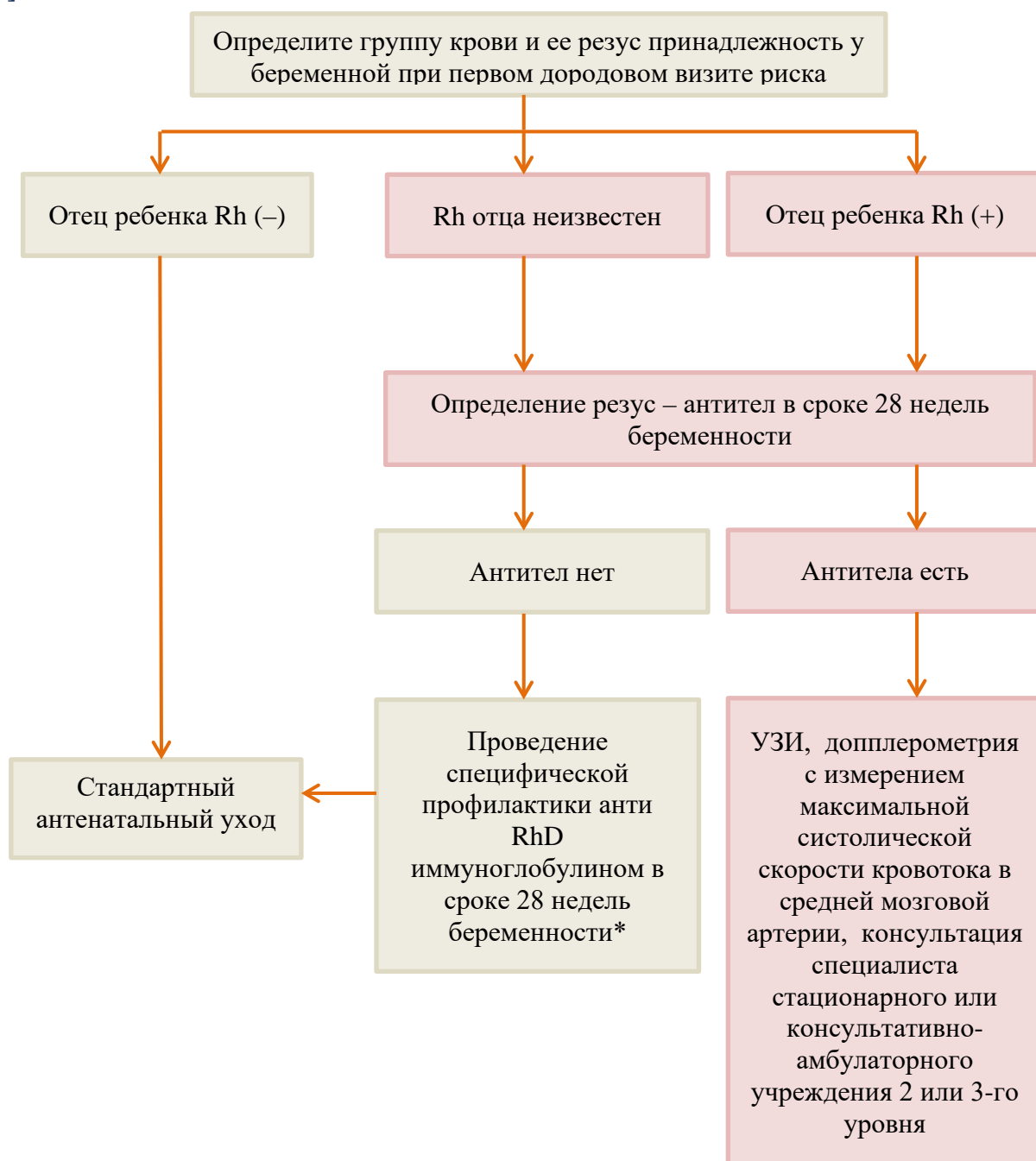
#### 4.5. Алгоритм скрининга преэклампсии [7, 8].



#### 4.6. Скрининг МГВП во время беременности [16].



#### 4.7. Алгоритм ведения беременных с резус-отрицательной принадлежностью крови [2].



- При проведении дородовой профилактики однократно в/м вводят антирезус-иммуноглобулин человека в дозе, согласно инструкции к препарату.
- Если профилактика не была проведена в 28 недель, она может быть проведена позже, до 34 недели, при условии отсутствия анти-Rh-антител.
- Более раннее введение антирезус-иммуноглобулина – более эффективно.
- После антенатального профилактического введения антирезус-иммуноглобулина в течение 12 недель возможно выявление следовых уровней титра анти-Rh-антител.
- Сразу после родов необходимо определить резус-принадлежность новорожденного. Если ребенок резус-положительный рекомендуется проведение специфической постнатальной профилактики резус-изоиммунизации матери: в/м антирезус-иммуноглобулин 1500 МЕ (300 мкг) не позже, чем через 72 часа после родоразрешения (предпочтительно в течение первых двух часов)

#### 4.8. Скрининг дородовой и послеродовой депрессии [17].

Эдинбургская шкала послеродовой (постнатальной) депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale) – клиническая скрининговая методика, представленная в виде опросника для самостоятельного прохождения. Шкала послеродовой депрессии предназначена для выявления депрессивных расстройств в предродовом и послеродовом периодах, в том числе в эпидемиологических масштабах.

**Инструкция:** «Вы сейчас беременны, или недавно родили, поэтому мы хотели бы узнать, как вы себя чувствуете. *Пожалуйста, отметьте в каждом пункте утверждение, наиболее соответствующее вашему состоянию на протяжении последней недели, не только сегодня*».

<b>1</b>	<b>Я была готова смеяться и видеть светлую сторону происходящего</b>	
	<input type="radio"/> так же, как всегда.....	0
	<input type="radio"/> теперь несколько меньше, чем всегда.....	1
	<input type="radio"/> определенно меньше.....	2
	<input type="radio"/> совсем не вижу.....	3
<b>2</b>	<b>Я могла чему-то радоваться</b>	
	<input type="radio"/> так же, как всегда.....	0
	<input type="radio"/> меньше, чем обычно.....	1
	<input type="radio"/> определенно меньше, чем обычно.....	2
	<input type="radio"/> вряд ли.....	3
<b>3</b>	<b>Я чувствовала себя беспричинно виноватой, если что-то шло не так</b>	
	<input type="radio"/> да, в большинстве случаев.....	3
	<input type="radio"/> да, иногда.....	2
	<input type="radio"/> нет, не часто.....	1
	<input type="radio"/> нет, никогда.....	0
<b>4</b>	<b>Мне было тревожно и беспокожно без видимой причины</b>	
	<input type="radio"/> нет, нисколько.....	0
	<input type="radio"/> едва ли когда-нибудь.....	1
	<input type="radio"/> да, иногда.....	2
	<input type="radio"/> да, очень часто.....	3
<b>5</b>	<b>Я чувствовала испуг или панику без значительного повода</b>	
	<input type="radio"/> да, довольно много.....	3
	<input type="radio"/> да, иногда.....	2
	<input type="radio"/> нет, не много.....	1
	<input type="radio"/> нет, нисколько.....	0
<b>6</b>	<b>Обстоятельства были сильнее меня</b>	
	<input type="radio"/> да, большинство времени я не была готова справиться с ними вообще.....	3
	<input type="radio"/> да, иногда я не справлялась так же, как обычно.....	2
	<input type="radio"/> нет, большинство времени я справлялась достаточно хорошо.....	1
	<input type="radio"/> нет, я справлялась так же, как всегда.....	0
<b>7</b>	<b>Я чувствовала себя такой несчастной, что не могла спать</b>	
	<input type="radio"/> да, большинство времени.....	3
	<input type="radio"/> да, иногда.....	2
	<input type="radio"/> нет, не очень часто.....	1

	○ нет, нисколько.....	0
<b>8</b>	<b>Я грустила или была подавлена</b>	
	○ да, большинство времени.....	3
	○ да, достаточно часто.....	2
	○ нет, не часто.....	1
	○ нет, нисколько.....	0
<b>9</b>	<b>Я была так несчастна, что даже плакала</b>	
	○ да, почти все время.....	3
	○ да, достаточно часто.....	2
	○ нет, только случайно.....	1
	○ нет, никогда.....	0
<b>10</b>	<b>Мысль о нанесении вреда себе возникала у меня...</b>	
	○ да, достаточно часто.....	3
	○ иногда.....	2
	○ едва ли.....	1
	○ никогда.....	0

Подсчитайте сумму баллов по каждому из 10 вопросов.

**Интерпретация данных анкетирования:**

0-4 балла – Низкая вероятность наличия послеродовой депрессии.

5-11 баллов – Средняя вероятность наличия послеродовой депрессии.

12 и более баллов – Высокая вероятность наличия послеродовой депрессии.

Результаты теста носят предположительный характер и не могут быть использованы для самостоятельной постановки диагноза.

**Если вы набрали 10 и более баллов, свяжитесь со специалистом стационарного или консультативно-амбулаторного родовспомогательного учреждения для дальнейшего разьяснения и оценки.**

#### 4.9. Информация для пациента

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

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

Кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью составляет 8 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 12 недель). Далее показаны визиты в 18-20, 26, 30, 34, 36, 38 и 40 недель.

Чтобы максимально повысить шансы благополучного течения беременности и родов очень важно соблюдать все рекомендации врача, своевременно проходить плановое обследование, соблюдать рекомендации по правильному образу жизни во время беременности, а именно:

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

- избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 месяца.

Немаловажным для беременной женщины является ее эмоциональный фон. На всем протяжении беременности Вам нужно избегать стрессовых ситуаций и эмоциональных переживаний.

Для женщины совершенно безопасно продолжать жить половой жизнью на протяжении всей беременности при нормальном самочувствии. По результатам проведенных исследований было обнаружено, что половая жизнь во время беременности не связана с повышенным риском преждевременных родов и других осложнений беременности. В случае болей, дискомфорта, появлении кровянистых выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалище и белей необходимо прекратить половые контакты и обратиться к врачу.

Также Вы должны обратиться к врачу при появлении следующих жалоб:

- чрезмерная рвота (более 5 раз)
- кровянистые выделения из половых путей
- обильные жидкие выделения из влагалища
- постоянная головная боль, нарушение зрения с появлением в глазах пятен или вспышек
- внезапный и быстро нарастающий отек рук или лица
- повышение температуры до 38°C и более
- сильный зуд и жжение во влагалище или усилившиеся влагалищные выделения
- жжение и боль при мочеиспускании
- сильная не стихающая боль в животе, даже в покое
- более 4-5 схваток в течение часа
- ушиб живота во время падения, автомобильной аварии или удара кого-либо
- слишком бурное или слабое шевеление плода после 24 недели беременности
- излитие или подтекание околоплодных вод.

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

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

#### 4.10. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

**Медицинское вмешательство** – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу

\_\_\_\_\_, даю  
(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.

3. Я проинформирован, что точно предсказать результат и исход медицинского вмешательства невозможно. Я понимаю, что любое лечение или операция сопряжены с риском для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности. Никакие гарантии относительно результатов медицинского вмешательства не предоставляются.

4. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций или процедур). В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

5. Я знаю, что в целях максимальной эффективности предстоящего медицинского вмешательства я обязан поставить врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических или токсических препаратов.

6. Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие. Я получил разъяснения от лечащего врача о цели переливания крови или ее компонентов, необходимости переливания, характере и особенностях процедуры, возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от переливания крови и ее компонентов.

7. Я согласен на запись моего лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на

взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.

9. Я разрешаю предоставлять информацию о моей болезни, прогнозе и лечении только:

---

---

---

---

(доверенные лица)

10. Я ознакомлена со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.