



## O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING BUYRUG'I

20 24 yil "14-" iyun \_\_\_\_\_

№ -195

Toshkent sh.

### **Davolash profilaktika muassasalari uchun milliy klinik protokollarni tasdiqlash va tibbiyot amaliyotiga joriy etish to'g'risida**

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Sh.M.Mirziyoyev rahbarligida 2024-yil 5-fevral kuni kengaytirilgan tarzda o'tkazilgan videoselektor yig'ilishining 9-son bayonida berilgan topshiriqlar hamda O'zbekiston Respublikasi Prezidenti yordamchisining 2024-yil 11-martdagi Sog'liqni saqlash sohasida 2024-yilda amalga oshiriladigan islohotlarni amalga oshirish yuzasidan berilgan topshiriqlar ijrosini ta'minlash maqsadida, **buyuraman:**

#### 1. Quyidagilar:

Antenatal parvarish, "xavf guruhi"ga kirgan homilador va tug'ruq yoshidagi ayollarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 1-ilovaga muvofiq;

Oilani rejalashtirish, kontratsepsiya vositalarini qo'llash bo'yicha milliy klinik qo'llanmasi 2-ilovaga muvofiq;

Arterial gipertenziya bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 3-ilovaga muvofiq;

Surunkali yurak ishemik kasalligi bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 4-ilovaga muvofiq;

Bronxial astma bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 5-ilovaga muvofiq;

O'pka surunkali obstruktiv kasalligi bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 6-ilovaga muvofiq;

Qandli diabet (1 va 2-turlari) bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 7-ilovaga muvofiq;

Virus etiologiyali jigar sirrozi bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 8-ilovaga muvofiq;

Delta agentisiz virusli gepatit B bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 9-ilovaga muvofiq;

Delta agentli virusli gepatit B bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 10-ilovaga muvofiq;

Virusli gepatit C bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 11-ilovaga muvofiq;

O'quv dasturlarini ishlab chiqishga jalb etiladigan tibbiyot va ta'lim muassasalari ro'yxati 12-ilovaga muvofiq **tasdiqlansin**.

2. Tibbiy yordamni tashkillashtirish departamenti (U.Gaziyeva), Onalik va bolalikni muhofaza qilish boshqarmasi (F.Fozilova), Xususiy tibbiyot va tibbiy turizmni rivojlantirish bo'limi (Sh.Gulyamov), Tibbiy sug'urta boshqarmasi (Sh.Almardanov), Klinik protokollar va tibbiy standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva) va Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov) Loyiha ofisi (E.Adilov) bilan hamkorlikda:

ishlab chiqilgan milliy klinik protokollarni barcha davlat va nodavlat tibbiyot tashkilotlariga yetkazilishini ta'minlasin;

**yil yakuniga qadar** ilovadagi nozologiyalar bo'yicha ishlab chiqilgan milliy klinik protokollarni davolash profilaktika muassasalarining amaliyotiga joriy qilsin, **bunda:**

milliy klinik protokollar asosida namunaviy o'quv dasturiga muvofiq onlayn platforma orqali tibbiyot mutaxassislarini bosqichma-bosqich o'qitish jarayoni tashkillashtirilsin;

milliy klinik protokollardan tashxislash va davolash jarayonida to'liq foydalanishni yo'lga qo'yish maqsadida joylarda baholash va monitoring o'tkazish orqali amaliy yordam ko'rsatish ishlari amalga oshirilsin;

milliy klinik protokollar bo'yicha tibbiyot xodimlarini o'qitish va amaliyotga joriy etishda milliy klinik protokollarni qayta o'rganish orqali takomillashtirib borish choralari ko'rilsin.

3. Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari (12-ilova bo'yicha), Tibbiyot xodimlarini kasbiy malakasini rivojlantirish markazi, respublika o'rta tibbiyot va farmatsevtika xodimlari malakasini oshirish va ularni ixtisoslashtirish markazi rahbarlari, respublika tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rektorlari:

**joriy yilning 1 iyuliga qadar** malaka oshirish o'quv dasturining tarkibi, o'qitish usuli va uslubiyoti, imtihon o'tkazish va baholash mezonlari, shuningdek sertifikatlash tartibini ishlab chiqsin va tasdiqlash uchun kiritsin;

**joriy yilning 10 iyuliga qadar** onlayn platforma orqali hamshiralar, oilaviy shifokorlar va tor soha mutaxassilarini tibbiy yordam ko'rsatish algoritmlari bo'yicha bosqichma-bosqich o'qitish uchun milliy klinik protokollar asosida o'zbek va rus tillarida malaka oshirish o'quv dasturlari ishlab chiqilishini hamda Loyiha ofisiga taqdim etilishini ta'minlasin. Bunda, o'quv dasturining tarkibi – taqdimot (prezentatsiyalar, audio va video darslar), amaliy mashg'ulotlar va imtihondan iborat bo'lishi ta'minlansin.

4. Klinik protokollar va tibbiy standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva) Qoraqalpog'iston tibbiyot instituti bilan birgalikda **joriy yilning 10 iyuliga qadar** ishlab chiqilgan milliy klinik protokollarni qoraqalpoq tiliga tarjima qilinishini ta'minlansin.

5. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tasarrufidagi barcha davolash-profilaktika muassasalari hamda respublika tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari mazkur jarayonlarga jalb etilgan mutaxassislariga yetarli shart-sharoit yaratish, qonunchilikda belgilangan tartibda rag'batlantirib borish choralari ko'rsin.

6. Qoraqalpog'iston Respublikasi sog'liqni saqlash vaziri, Toshkent shahar va viloyatlar sog'liqni saqlash boshqarmalari boshliqlari:

tasdiqlangan milliy klinik protokollarni davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida amaliyotga joriy etilishini;

**joriy yilning 10 iyuliga qadar** OneID identifikatsiya tizimi yordamida o'qitish platformasidan avtorizatsiyasi uchun Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi davolash-profilaktika muassasalari tibbiyot xodimlarining shaxsiy ma'lumotlari "hrm.argos.uz" tizimiga to'liq kiritilishini ta'minlasin.

7. Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov), tasdiqlangan nozologiyalar bo'yicha milliy klinik protokollarni 2024/2025 o'quv yilidan boshlab Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiyot oliy ta'lim muassasalarining bakalavriat, magistratura, klinik ordinatura bosqichlari, shuningdek, shifokorlarni qayta tayyorlash va malakasini oshirish bo'yicha o'quv dasturlariga kiritgan holda ta'lim jarayonini tashkil qilinishini ta'minlasin.

8. Tashkiliy kadrlar va inson resurslarini rivojlantirish boshqarmasi (M.Mirtalipov) OneID identifikatsiya tizimi yordamida o'qitish platformasidan avtorizatsiyasi uchun Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi davolash-profilaktika muassasalari tibbiyot xodimlarining shaxsiy ma'lumotlarini **joriy yilning 10 iyuliga qadar** "hrm.argos.uz" tizimiga to'liq kiritilishini nazorat qilsin.

9. Raqamli texnologiyalarni joriy etish va muvofiqlashtirish bo'limi (N.Eshnazarov) tasdiqlangan milliy klinik protokollarini vazirlikning rasmiy veb-saytiga joylashtirsin.

10. Jamoatchilik bilan aloqalar bo'limi (F.Sanayev) tasdiqlangan milliy klinik protokollarni mazmun mohiyatini yoritish bo'yicha tashviqot va targ'ibot ishlari o'tkazilishini ta'minlasin.

11. Klinik protokollar va tibbiy standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari bilan birgalikda 2024 yil 1 avgustga qadar tasdiqlangan milliy klinik protokollar asosida davolash va diagnostika standartlari qayta ko'rib chiqilishini ta'minlasin.

12. Mazkur buyruq qabul qilinishi munosabati bilan Klinik protokollar va tibbiy standartlarni ishlab chiqish bo‘limi (S.Ubaydullayeva):

**joriy yilning 10 iyuliga qadar** O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash vazirining 2024-yil 24-fevraldagi “Milliy/mahalliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish, tasdiqlash va tibbiyot amaliyotiga joriy etish metodologiyasini tasdiqlash to‘g‘risida”gi 52-son buyrug‘iga tegishli o‘zgartirish va qo‘shimchalar kiritish bo‘yicha;

**joriy yilning 20 sentyabriga qadar** O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash vazirining 2021-yil 30-noyabrdagi “Davolash-profilaktika muassasalari uchun klinik bayonnomalar hamda kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini tasdiqlash to‘g‘risida”gi 273-son buyrug‘ining ilovalaridagi tegishli nozologiyalar bo‘yicha klinik protokollar va standartlari o‘z kuchini yoqotgan deb topish bo‘yicha asoslantirilgan taklif kiritilsin.

13. Mazkur buyruq ijrosining nazorati vazir o‘rinbosari F.Sharipov zimmasiga yuklansin.

**Vazir v.b.**



**A. Xudayarov**

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
**Директор РСНПМЦЗМир**  
**Н.С.Надырханова**

**«14» июня 2024 года**



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

**ТАШКЕНТ 2024**

Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2024-йил 14-июндаги  
195-сон буйруғига  
1-илова

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

**ТАШКЕНТ 2024**



**Дата разработки национального клинического протокола по антенатальному уходу, ведению беременных групп риска:**

<b>Дата создания</b>	<b>14.06.2024</b>
<b>Планируемая дата обновления</b>	проведение следующего пересмотра планируется в 2029 году, или по мере появления новых ключевых доказательств

**Состав рабочей группы по разработке национального клинического протокола по антенатальному уходу, ведению беременных групп риска:**

<b>1.</b>	Надырханова Н.С.	директор РСНПМЦЗМиР, д.м.н.
<b>2.</b>	Нажмутдинова Д.К.	ТМА, кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине, д.м.н., профессор
<b>3.</b>	Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н., профессор
<b>4.</b>	Гафурова Ф.А.	ЦРПКМР, кафедра акушерства, гинекологии и перинатальной медицины, д.м.н., профессор
<b>5.</b>	Каримова Ф.Д.	ЦРПКМР, кафедра акушерства и гинекологии №2, д.м.н., профессор
<b>6.</b>	Курбанов Б.Б.	ТашПМИ, кафедра акушерства и гинекологии, детской и подростковой гинекологии, д.м.н.
<b>7.</b>	Абдураимов Т.Ф.	РСНПМЦЗМиР, зам. директора по подготовке кадров
<b>8.</b>	Джураева Г.Т.	ТМА, кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине, к.м.н.
<b>9.</b>	Ильясов А.Б.	РСНПМЦЗМиР, к.м.н.
<b>10.</b>	Атаходжаева Ф.А.	ТМА, кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине, к.м.н., доцент
<b>11.</b>	Шодиева Х.Т.	ТМА, кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине, к.м.н.
<b>12.</b>	Камилова И.А.	ТМА, кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине, д.м.н., доцент
<b>13.</b>	Сидикходжаева М.А.	ТМА, кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине, к.м.н., доцент
<b>14.</b>	Усмонов С.К.	Главный специалист проектного офиса «Центр Проектов Здравоохранения», акушер-гинеколог

**Рецензенты:**

1.	Юсупбаев Р.Б.	РСНПМЦЗМиР, д.м.н., старший научный сотрудник, руководитель отдела фетальной медицины
2.	Магзумова Н.М.	ЦРПКМР, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии в семейной медицине

**Внешняя экспертная оценка:**

1.	Стелиан Ходороджа	Эксперт ВОЗ, акушер-гинеколог, доктор медицинских наук, профессор, Государственный университет медицины и фармации (Кишинев, Молдова)
----	-------------------	---



**Клиническая проблема:** антенатальный уход, ведение беременных групп риска.

**Этапы оказания помощи:** первичная и специализированная медицинская помощь.

**Цель национального клинического 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.

**Категория пациентов:** беременные женщины, члены их семей и лица, осуществляющие уход, акушеры-гинекологи, акушерки, семейные врачи.

**Целевая группа протокола:** семейные врачи, врачи-акушеры-гинекологи, врачи-терапевты, организаторы здравоохранения, клинические фармакологи, студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских ВУЗов.

**Приверженность рекомендациям протокола:**

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

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного стандарта, то врачи-клиницисты должны задокументировать в медицинской карте 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.

## **Требования к разработке протокола**

Основным требованием при разработке протокола, включившего данные, основанные на лучшем мировом опыте, было использование материалов лучших руководств по данной теме, а также методологии строгого отбора научных данных при формировании 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.

**Основу при разработке данного протокола составили следующие документы:**

- **Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017.**

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2017.

**Ссылка:** <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

- **Аntenatalный уход. Клинические рекомендации NICE. 2021 г.**

Antenatal care. NICE guideline. Published: 19 August 2021.

**Ссылка:** <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>

**ШКАЛА ОЦЕНКИ КЛАССОВ УРОВНЯ УБЕДИТЕЛЬНОСТИ РЕКОМЕНДАЦИЙ (УУР)  
И УРОВНЕЙ ДОСТОВЕРНОСТИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ (УДД)**

УДД	Критерии определения УУР	Итоговый УУР
Наиболее достоверные доказательства: систематические обзоры исследований с контролем референсным методом	Одновременное выполнение двух условий: 1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество. 2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными.	<b>A</b>
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество. 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.	<b>B</b>
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество. 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.	<b>C</b>
Отдельные исследования с контролем референсным методом	Одновременное выполнение двух условий: 1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество. 2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными.	<b>A</b>
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество. 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.	<b>B</b>

	<p>Выполнение хотя бы одного из условий:</p> <p>1. Все исследования имеют низкое методологическое качество.</p> <p>2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.</p>	<b>С</b>
Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода	<p>Выполнение хотя бы одного из условий:</p> <p>1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество.</p> <p>2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.</p>	<b>В</b>
	<p>Выполнение хотя бы одного из условий:</p> <p>1. Все исследования имеют низкое методологическое качество.</p> <p>2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.</p>	<b>С</b>

## Содержание

Введение .....	12
Определения .....	12
Кодирование по МКБ-10/11 .....	13
Принципы антенатального ухода .....	13
Информирование и консультирование беременных на этапе дородового ухода, антенатальные занятия .....	14
Кратность антенатальных визитов .....	15
Сбор анамнеза .....	16
Скрининг дородовой и послеродовой депрессии .....	18
Оценка жалоб и общего состояния .....	20
Физикальное обследование .....	21
Гравидограмма .....	23
Лабораторные диагностические исследования .....	24
Инструментальные диагностические исследования .....	27
Иные диагностические исследования .....	28
Помощь при распространенных физиологических симптомах .....	30
Профилактические мероприятия .....	33
Немедикаментозная профилактика осложнений беременности .....	33
Медикаментозная профилактика осложнений беременности .....	34
Тревожные признаки во время беременности .....	36
Вмешательства в группах риска .....	39
Гестационный сахарный диабет .....	39
Преэклампсия .....	44
Венозные тромбоэмболические осложнения .....	50
Послеродовые акушерские кровотечения .....	52
Малый для гестационного возраста плод .....	53
Вакцинация во время беременности .....	57
Показания для госпитализации в родильные учреждения .....	58
Приложения .....	59
Суммарная таблица по ведению антенатального периода .....	59
Компетенции знаний для менеджмента антенатального ухода .....	62

## 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>HbA1c</b>	–	гликированный гемоглобин
<b>HCV</b>	–	вирус гепатита С
<b>PAPP-A</b>	–	плазменный протеин А, ассоциированный с беременностью



## Введение

*Каждая беременная женщина и каждый новорожденный в мире должны получать качественную медицинскую помощь на всем протяжении беременности, родов и послеродового периода*

**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.

## Определения

- **Нормальная беременность** – одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, без отягощенного акушерского анамнеза (кесарево сечение, мертворождение, 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, серьёзные 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.

**Положительный опыт беременности определяется как:**

- сохранение обычного физического и социокультурного состояния;
- поддержание нормального течения беременности для матери и ребенка (включая предупреждение и устранение рисков, профилактику и лечение болезней, снижение риска смерти);
- обеспечение эффективного перехода к родам;
- обеспечение положительного настроения на материнство (включая формирование высокой самооценки матери, материнских навыков и независимости).

## **Кодирование по МКБ-10/11**

<b>МКБ-10</b>	<b>МКБ-11</b>
Z32 – Обследования и тесты для установления беременности	QA40 – Обследование или тест на беременность
Z33 – Состояние, свойственное беременности	QA41 – Состояние беременности
Z34 – Наблюдение за течением нормальной беременности	QA42 – Наблюдение за течением нормальной беременности
Z35 – Наблюдение за течением беременности, подверженной высокому риску	QA43 – Наблюдение за течением беременности высокого риска
Z36 – Дородовое обследование с целью выявления патологии у плода [антенатальный скрининг]	QA45 – Антенатальный скрининг

## **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 поддерживать партнер во время беременности, поэтому медицинские работники должны привлекать к дородовому уходу партнеров по желанию женщины.
- Ведение беременности может осуществлять семейный врач, 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 решения 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:**

- ✓ 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)
- ✓ 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 том 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:**

- ✓ 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 26-й неделях) и пять визитов – в III триместре (на 30, 34, 36, 38 и 40-й неделях).
- Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 12 недель).

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	24 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.

### **Сбор анамнеза**

- 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.

#### **Вопросы на определение домашнего насилия беременных женщин**

<b>Физическое насилие</b>	<b>Психологическое насилие</b>
Получали ли Вы когда-либо пощечины?	Оскорблял ли Вас муж/партнер с использованием оскорбительных выражений?
Были ли побои во время предыдущей и последней беременности?	Игнорировал или проявлял безразличие Ваш муж/партнер?
Били ли Вас кулаком или ногами в живот во время беременности?	

Физическое насилие	Психологическое насилие
Били ли Вас чем-то еще, что могло причинить боль?	Испытывал ли подозрение или обвинял Вас в неверности муж/партнер?
Душили или обжигали ли Вас намеренно?	
Угрожали ли Вам ножом или другим оружием?	
Хотя бы 1 положительный ответ из 6-ти пунктов, <b>говорит о физическом насилии</b>	За последние 12 месяцев 1 ответ «да», <b>потенциально возможно психологическое насилие</b>
<b>Необходимо сообщить о случаях физического / психологического насилия специалистам женских советов или, если есть следы побоев, в органы правопорядка</b>	

### Скрининг дородовой и послеродовой депрессии

**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.*»

1	Я была готова смеяться и видеть светлую сторону происходящего	
	<input type="radio"/> так же, как всегда <input type="radio"/> теперь несколько меньше, чем всегда <input type="radio"/> определенно меньше <input type="radio"/> совсем не вижу	0 1 2 3
2	Я могла чему-то радоваться	
	<input type="radio"/> так же, как всегда <input type="radio"/> меньше, чем обычно <input type="radio"/> определенно меньше, чем обычно <input type="radio"/> вряд ли	0 1 2 3
3	Я чувствовала себя беспричинно виноватой, если что-то шло не так	
	<input type="radio"/> да, в большинстве случаев <input type="radio"/> да, иногда <input type="radio"/> нет, не часто <input type="radio"/> нет, никогда	3 2 1 0



<b>4</b>	<b>Мне было тревожно и беспокоило без видимой причины</b>	
	○ нет, нисколько	0
	○ едва ли когда-нибудь	1
	○ да, иногда	2
	○ да, очень часто	3
<b>5</b>	<b>Я чувствовала испуг или панику без значительного повода</b>	
	○ да, довольно много	3
	○ да, иногда	2
	○ нет, не много	1
	○ нет, нисколько	0
<b>6</b>	<b>Обстоятельства были сильнее меня</b>	
	○ да, большинство времени я не была готова справиться с ними вообще	3
	○ да, иногда я не справлялась так же, как обычно	2
	○ нет, большинство времени я справлялась достаточно хорошо	1
	○ нет, я справлялась так же, как всегда	0
<b>7</b>	<b>Я чувствовала себя такой несчастной, что не могла спать</b>	
	○ да, большинство времени	3
	○ да, иногда	2
	○ 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 разъяснения и оценки.**

### **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

Вмешательство	Рекомендация	Тип рекомендации (УУР)
Определение срока беременности и родов	Рекомендуется определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным УЗИ органов малого таза и плода при 1-м визите беременной пациентки <sup>1</sup> .	Рекомендовано [A]

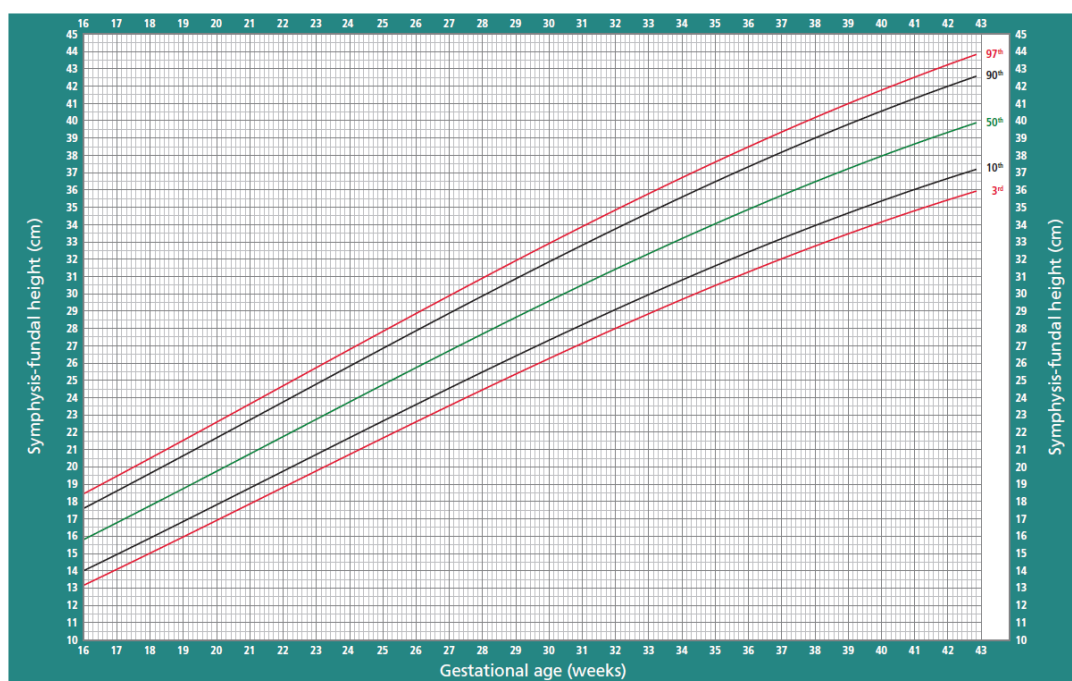
<sup>1</sup> При расчете срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 недель) (при 28-дневном менструальном цикле). При ВРТ расчет срока родов должен быть сделан с учетом возраста эмбриона (срок культивирования эмбриона) и дате переноса эмбрионов в полость матки. УЗИ в первом триместре (до 13<sup>6/7</sup> недель беременности включительно) является наиболее точным методом установления и/или подтверждения гестационного возраста: точность по данным КТР размера составляет  $\pm 5-7$  дней. При этом измерения КТР тем точнее, чем раньше в первом триместре проводится УЗИ.

<b>Измерение ИМТ</b>	Рекомендуется измерить массу тела, рост и рассчитать ИМТ (масса тела в кг/рост в м <sup>2</sup> ) при 1-м визите <sup>2</sup> .	<b>Рекомендовано [C]</b>
<b>Измерение АД</b>	С целью ранней диагностики рекомендуется измерять АД и пульс при каждом визите беременной.	<b>Рекомендовано [C]</b>
<b>Пальпация молочных желез</b>	С целью скрининга рака молочных желез рекомендуется провести пальпацию молочных желез при 1-м визите беременной. При обнаружении узловых образований молочных желез рекомендуется направить пациентку на консультацию к врачу-онкологу.	<b>Рекомендовано [C]</b>
<b>Гинекологический осмотр</b>	Рекомендуется провести гинекологический осмотр (визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки) в зеркалах при 1-м визите беременной.	<b>Рекомендовано [C]</b>
<b>Измерение ВДМ и ведение гравидограммы</b>	Рекомендуется измерять ВДМ при каждом визите беременной после 20 недель беременности, но не чаще, чем каждые 2 недели и вносить данные в гравидограмму. Если ВДМ согласно гравидограмме ниже 10-й или выше 90-й перцентили, то необходимо проведение УЗИ и доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока.	<b>Рекомендовано [B]</b>
<b>Определение положения и предлежания плода</b>	Рекомендуется определять положение и предлежание плода наружными методами при каждом визите беременной после 34-36 недель беременности.	<b>Рекомендовано [B]</b>
<b>Оценка ЧСС плода</b>	Рекомендуется определять ЧСС плода при каждом визите беременной пациентки после 20 недель беременности при помощи акушерского стетоскопа.	<b>Рекомендовано [C]</b>

<sup>2</sup> Интерпретируйте показатели ИМТ: низкий ИМТ – <18,5, нормальный – 18,5-24,9, избыточный – 25,0-29,9, ожирение – ≥30,0. Беременные пациентки с ожирением (ИМТ≥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 ≤18,5 кг/м<sup>2</sup> составляют группу высокого риска ПР и ЗРП.

<b>Оценка характера шевеления плода</b>	Рекомендуется проводить опрос беременной по поводу характера шевелений (уменьшение или увеличение) плода при каждом визите после начала ощущения шевелений плода <sup>3</sup> .	<b>Рекомендовано [C]</b>
<b>Повторная пальпация молочных желез</b>	Регулярно пальпировать молочные железы во время беременности не рекомендуется.	<b>Не рекомендовано [C]</b>
<b>Повторные гинекологические осмотры</b>	Без показаний проводить повторные гинекологические осмотры беременной не рекомендуется.	<b>Не рекомендовано [C]</b>
<b>Бимануальное исследование</b>	Проводить бимануальное влагалищное исследование во время беременности при отсутствии акушерских показаний не рекомендуется.	<b>Не рекомендовано [C]</b>
<b>Подсчет шевелений плода</b>	Проводить ежедневный подсчет шевелений плода, например такими методами, как «счет до десяти», с целью улучшения перинатальных исходов не рекомендуется.	<b>Не рекомендовано [C]</b>

### Гравидограмма



<sup>3</sup> 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.

## Лабораторные диагностические исследования

Вмешательство	Рекомендация	Тип рекомендации (УУР)
<b>Группа крови и резус фактор</b>	Рекомендуется направлять беременную на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите.	<b>Рекомендовано [B]</b>
<b>Антирезус-антитела</b>	Рекомендуется направлять резус-отрицательную беременную на определение антирезусных антител при 1-м визите, затем при отсутствии антител в 26 недель беременности перед введением иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] <sup>4</sup> .	<b>Рекомендовано [B]</b>
<b>ВИЧ</b>	Рекомендуется направлять беременную на исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к ВИЧ в крови при 1-м визите и в 30 недель беременности <sup>5</sup> .	<b>Рекомендовано [A]</b>
<b>Гепатит В</b>	Рекомендуется направлять беременную на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В в крови при 1-м визите и в 30 недель беременности.	<b>Рекомендовано [B]</b>
<b>Гепатит С</b>	Рекомендуется направлять беременную на определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С в крови при 1-м визите и в 30 недель беременности.	<b>Рекомендовано [C]</b>
<b>Сифилис</b>	Рекомендуется направлять беременную на определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) в крови при 1-м визите и в 30 недель беременности.	<b>Рекомендовано [B]</b>

<sup>4</sup> При выявлении антирезусных антител беременная женщина должна быть направлена на консультацию в медицинское учреждение 3-го уровня для дальнейшего наблюдения.

<sup>5</sup> Раннее обследование и выявление инфекции способствует своевременной терапии и снижению риска инфицирования плода.

<b>Бессимптомная бактериурия</b>	Рекомендуется направлять беременную на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно для выявления бессимптомной бактериурии при 1-м визите <sup>6</sup> .	<b>Рекомендовано [A]</b>
<b>Общий анализ крови</b>	Рекомендуется направлять беременную на проведение общего анализа крови при 1-м визите и в 26 недель беременности. 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.	<b>Рекомендовано [B]</b>
<b>Глюкоза крови</b>	Рекомендуется направлять всех беременных на определение глюкозы венозной плазмы натощак при 1-м визите.	<b>Рекомендовано [B]</b>
<b>ПГТТ</b>	Рекомендуется направлять беременную с факторами риска ГСД на проведение 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 <sup>7</sup> .	<b>Рекомендовано [B]</b>

<sup>6</sup> Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий  $\geq 10^5$  в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. В условиях, где посев мочи недоступен, для диагностики бессимптомной бактериурии рекомендуется на местах выполнять окраску препарата средней порции мочи по Граму.

<sup>7</sup> 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.



	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.	
<b>Общий анализ мочи</b>	Рекомендуется направлять беременную на проведение общего анализа мочи при 1-м визите и в 26 недель беременности.	<b>Рекомендовано [C]</b>
<b>Цитологический мазок шейки матки</b>	С целью скрининга рака шейки матки 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.	<b>Рекомендовано [A]</b>
<b>Токсоплазма</b>	Рутинно направлять пациентку на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме ( <i>Toxoplasma gondii</i> ) в крови во время беременности не рекомендуется	<b>Не рекомендовано [C]</b>
<b>Цитомегаловирус</b>	Рутинно направлять беременную на определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови во время беременности не рекомендуется.	<b>Не рекомендовано [C]</b>
<b>Простой герпес</b>	Не рекомендуется рутинно направлять беременную на определение антител к вирусу простого герпеса ( <i>Herpes simplex virus</i> ) в крови во время беременности вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ-инфекции в анамнезе не рекомендуется.	<b>Не рекомендовано [C]</b>
<b>Мазок из влагалища</b>	Направлять беременную без симптомов на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ), трихомонады ( <i>Trichomonas vaginalis</i> ), дрожжевые грибы не рекомендуется.	<b>Не рекомендовано [B]</b>

<b>Антитела к группе крови</b>	Направлять беременную на определение антител к группе крови не рекомендуется.	<b>Не рекомендовано [C]</b>
<b>Биохимия крови и коагулограмма</b>	Рутинное проведение биохимического анализа крови и коагулограммы во время беременности не рекомендуется.	<b>Не рекомендовано [C]</b>

### Инструментальные диагностические исследования

<b>Вмешательство</b>	<b>Рекомендация</b>	<b>Тип рекомендации (УУР)</b>
<b>УЗИ – скрининг первого триместра</b>	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.	<b>Рекомендовано [A]</b>
<b>УЗИ – скрининг второго триместра</b>	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 экстраэмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и длины шейки матки (УЗ-цервикометрию) в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику <sup>8</sup> .	<b>Рекомендовано [A]</b>
<b>УЗИ в третьем триместре беременности</b>	Рекомендуется направить беременную на УЗИ плода в доношенном сроке при подозрении на неправильное положение и/или предлежание плода, ЗРП, крупный плод.	<b>Рекомендовано [C]</b>

<sup>8</sup> 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.

<b>Пельвиометрия</b>	Проводить беременной измерение размеров таза не рекомендуется.	<b>Не рекомендовано [C]</b>
<b>Допплерография</b>	Направлять беременную группы низкого риска акушерских и перинатальных осложнений на проведение ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока не рекомендуется.	<b>Не рекомендовано [A]</b>
<b>КТГ</b>	Направлять беременную группы низкого риска на проведение КТГ не рекомендуется.	<b>Не рекомендовано [A]</b>

### Иные диагностические исследования

<b>Вмешательство</b>	<b>Рекомендация</b>	<b>Тип рекомендации (УУР)</b>
<b>Терапевт</b>	Рекомендуется направлять беременную на консультацию к врачу-терапевту и врачу-стоматологу при 1-м визите.	<b>Рекомендовано [C]</b>
<b>Медико-генетическое консультирование</b>	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 <sup>9</sup> .	<b>Рекомендовано [C]</b>
<b>Скрининг первого триместра</b>	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.	<b>Рекомендовано [A]</b>

<sup>9</sup> 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.

<p><b>Инвазивная пренатальная диагностика</b></p>	<p>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.</p>	<p><b>Рекомендовано [А]</b></p>
<p><b>Биохимический скрининг 2-го триместра</b></p>	<p>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) не рекомендуется<sup>10</sup>.</p>	<p><b>Не рекомендовано [С]</b></p>

<sup>10</sup> Биохимический скрининг 2-го триместра может быть назначен при отсутствии результатов скрининга 1-го триместра.

## Помощь при распространенных физиологических симптомах

Симптом	Рекомендация	Тип рекомендации (УУР)
<b>Тошнота и рвота</b>	<p>Для уменьшения тошноты и рвоты на ранних сроках беременности рекомендуются диета, имбирь, ромашка, препараты витамина В6 и/или акупунктура.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	<b>Рекомендовано [В]</b>
<b>Изжога</b>	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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 неблагоприятные последствия.</li> </ul>	<b>Рекомендовано [С]</b>

<p><b>Запоры, геморрой</b></p>	<p>Беременной с жалобами на запоры и геморрой во время беременности должны быть даны рекомендации по увеличению двигательной активности и модификация рациона питания. 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).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>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. Назначение препаратов, содержащих биофлавоноиды (диосмин, гесперидин) улучшает клиническую симптоматику при геморрое во время беременности в 7 раз. Рекомендуемая доза диосмина 600 мг в сутки.</i></li> </ul>	<p><b>Рекомендовано [B]</b></p>
<p><b>Варикозное расширение вен</b></p>	<p>При варикозном расширении вен и отеках во время беременности могут использоваться немедикаментозные средства, такие, как ношение компрессионного трикотажа, приподнятое положение ног и ножные ванны.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>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.</i></li> </ul>	<p><b>Рекомендовано [B]</b></p>

<p><b>Боли в пояснице, тазовая боль</b></p>	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>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.</i></li> </ul>	<p><b>Рекомендовано [A]</b></p>
<p><b>Боль в лобке</b></p>	<p>Беременной с жалобами на боль в лобке вследствие развития симфизита должны быть даны рекомендации по ношению бандажа и использованию локтевых костылей при движении.</p>	<p><b>Рекомендовано [C]</b></p>
<p><b>Судороги в ногах</b></p>	<p>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).</p>	<p><b>Рекомендовано [C]</b></p>
<p><b>Выделения из влагалища</b></p>	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>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.</i></li> </ul>	<p><b>Рекомендовано [C]</b></p>



## Профилактические мероприятия

### Немедикаментозная профилактика осложнений беременности

Вмешательство	Рекомендация	Тип рекомендации
Прибавка массы тела	Беременной должны быть даны рекомендации по прибавке массы тела в зависимости от исходного ИМТ <sup>11</sup> .	Рекомендовано [A]
Прием пищевых белково-энергетических добавок	Беременным с недостаточным питанием рекомендуется дополнительный прием сбалансированных пищевых белково-энергетических добавок для снижения риска мертворождения и рождения маленьких для гестационного возраста детей <sup>12</sup> .	Рекомендовано [C]
Правильное питание	Беременной должны быть даны рекомендации по правильному питанию, такие как отказ от вегетарианства и снижение потребления кофеина <sup>13</sup> .	Рекомендовано [B]
Профилактика венозных ТЭО	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.	Рекомендовано [B]
Отказ от курения	Беременной должны быть даны рекомендации по отказу от курения. 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.	Рекомендовано [B]

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> Недостаточность питания обычно определяется при наличии низкого ИМТ (т.е. недостаточного веса).

<sup>13</sup> Вегетарианство во время беременности увеличивает риск ЗРП. Большое количество кофеина (более 300 мг/сут) увеличивает риск прерывания беременности и рождения маловесных детей.

<b>Отказ от алкоголя</b>	Беременной должны быть даны рекомендации по отказу от приема алкоголя во время беременности, особенно в 1-м триместре.	<b>Рекомендовано [C]</b>
<b>Физические упражнения</b>	Беременной с нормальным течением беременности должна быть рекомендована умеренная физическая нагрузка (20-30 минут в день) <sup>14</sup> .	<b>Рекомендовано [C]</b>
<b>Сон на спине</b>	Посоветуйте женщинам избегать сна на спине после 28 недель беременности и рассмотреть возможность использования, например, подушек. Объясните женщине, что сон на спине может быть связан с некоторым риском мертворождения на поздних сроках беременности (после 28 недель).	<b>Рекомендовано [C]</b>

### Медикаментозная профилактика осложнений беременности

<b>Вмешательство</b>	<b>Рекомендация</b>	<b>Тип рекомендации</b>
<b>Фолиевая кислота</b>	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. Профилактическая доза фолиевой кислоты при СД и эпилепсии составляет 5 мг, при наличии в анамнезе рождения детей с ВПР ЦНС – 4 мг.	<b>Рекомендовано [A]</b>
<b>Препараты йода</b>	Беременной рекомендуется назначить пероральный прием препаратов йода (калия йодида) на протяжении всей беременности в дозе 200 мкг в день.	<b>Рекомендовано [C]</b>
<b>Препараты железа</b>	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) <sup>15</sup> .	<b>Рекомендовано [B]</b>

<sup>14</sup> Умеренные физические упражнения являются эффективной стратегией улучшения материнских исходов и снижают риск преэклампсии, ГСД, послеродовой депрессии.

<sup>15</sup> 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.

<b>Антирезус Rho[D] иммуноглобулин</b>	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 <sup>16</sup> .	<b>Рекомендовано [A]</b>
<b>Терапия бессимптомной бактериурии</b>	Беременной при выявлении бессимптомной бактериурии в первом триместре беременности рекомендуется назначить пероральный курс антибактериальной терапии.	<b>Рекомендовано [A]</b>
<b>Влагалищный прогестерон</b>	Беременной 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.	<b>Рекомендовано [A]</b>
<b>Витамин D</b>	Рутинно назначать добавки с витамином D	<b>Не рекомендовано [B]</b>
<b>Поливитамины</b>	Рутинно назначать прием поливитаминов	<b>Не рекомендовано [C]</b>
<b>Полиненасыщенные жирные кислоты</b>	Рутинно назначать прием омега-3 полиненасыщенных жирных кислот	<b>Не рекомендовано [B]</b>
<b>Витамин E</b>	Рутинно назначать прием витамина E	<b>Не рекомендовано [A]</b>
<b>Витамин A</b>	Рутинно назначать прием витамина A	<b>Не рекомендовано [C]</b>
<b>Витамин C</b>	Рутинно назначать прием аскорбиновой кислоты <sup>17</sup>	<b>Не рекомендовано [A]</b>

<sup>16</sup> 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. 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 на консультацию специалиста учреждения 2 или 3-го уровня.

<sup>17</sup> 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.

**Антибактериальная терапия бессимптомной бактериурии<sup>18</sup> 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 мг 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	
Пивмециллинaм (при доступности)	200 мг 3 раза в день	3–5 дней	

## **Тревожные признаки во время беременности**

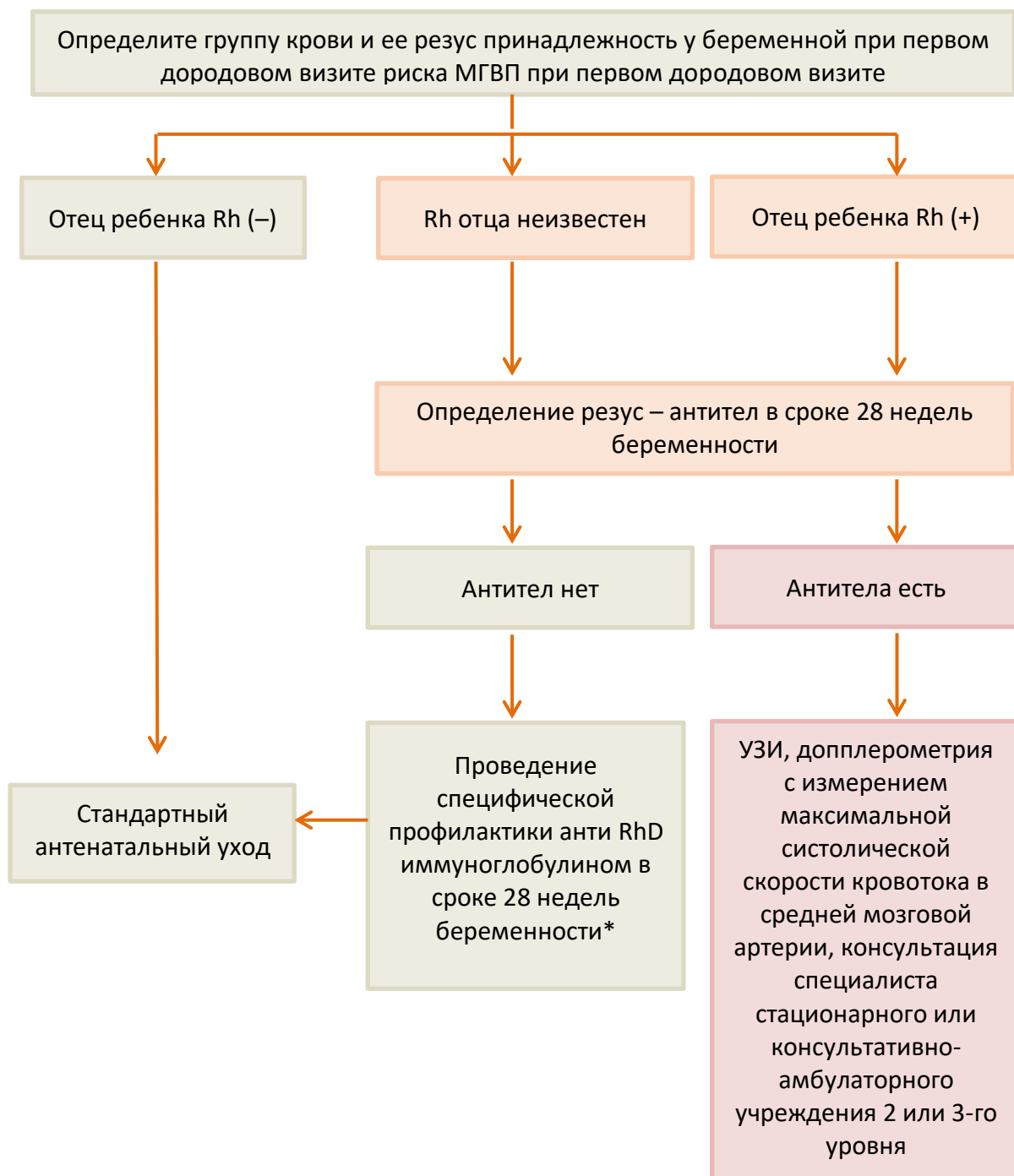
Информируйте беременных о тревожных признаках, при которых необходимо немедленно обратиться в медицинское учреждение.

<sup>18</sup> 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.

**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

## Алгоритм ведения беременных с резус-отрицательной принадлежностью крови



- 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)

## 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:

- 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

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

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

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

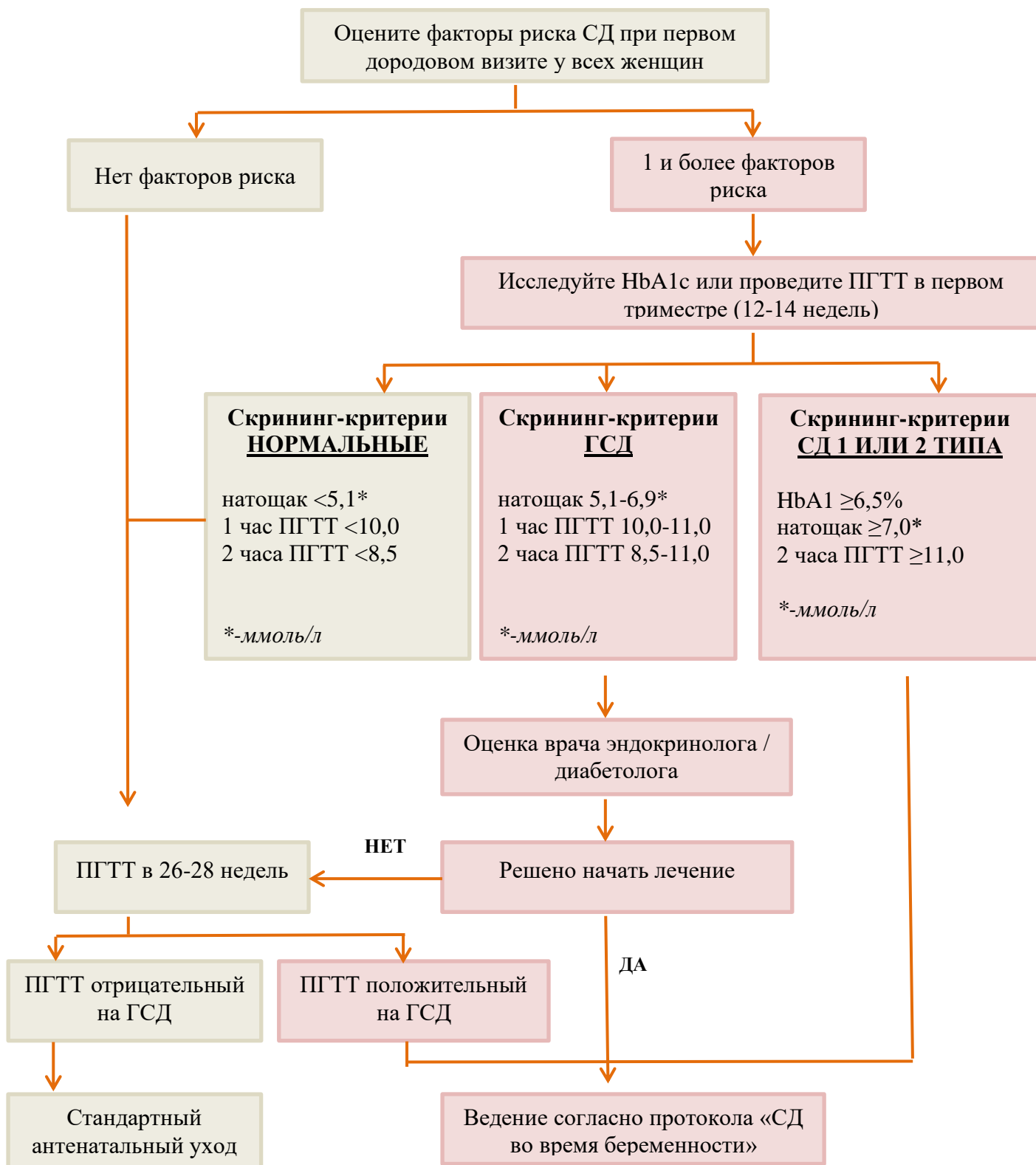
Натощак	Через 1 час после приема пищи	Через 2 часа после приема пищи
<5,3 ммоль/л	<7,8 ммоль/л	<6,4 ммоль/л

### График антенатальных посещений женщин с СД любой формы

Срок беременности	Уход для женщин с любой формой СД во время беременности (семейный врач, акушер-гинеколог, диетолог, эндокринолог)
<b>В идеале до 12 недель</b>	<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, гипербилирубинемия, перевод в отделение интенсивной терапии новорожденных, более высокие показатели материнской заболеваемости и смертности);</li> <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 объема 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 объема 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 объема 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 – 38<sup>+6</sup> недель</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Предложите индукцию родов или кесарево сечение женщинам (при наличии показаний к нему) всем женщинам с СД 1 или 2 типа.</li> <li>▪ При ГСД пролонгировать беременность до спонтанного начала родовой деятельности.</li> </ul>
<b>38 недель</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Оценка состояния плода.</li> </ul>
<b>39 недель</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>

## Обобщённый алгоритм диагностики СД во время беременности



### 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 в анамнезе или необъяснимая смерть новорожденного в анамнезе

## Преэклампсия

На первом дородовом приеме оцените у каждой женщины риск преэклампсии

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 (ПИ) в маточной артерии и плацентарный фактор роста (ПФР)<sup>19</sup>

Если не представляется возможным измерить ПФР или ПИ в первом триместре беременности, рекомендуется провести **комбинированный скрининг ПЭ**, включающий определение материнских факторов риска и измерение СрАД)

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)

### Факторы риска преэклампсии

Высокий риск	Умеренный риск
▪ 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

<sup>19</sup> Скрининг ПЭ, включающий материнские факторы риска, среднее артериальное давление (СрАД), плацентарный фактор роста (ПФР/PLGF) в крови матери и пульсационный индекс (ПИ/UTPI) в маточной артерии (UTPI) 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.

**Высокий риск ПЭ – наличие одного фактора высокого риска или двух и более факторов умеренного риска**

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ рекомендуется назначить пероральный прием аспирина по 150 мг/день в вечернее время с 11-14<sup>ч</sup> до 36 недели беременности

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.
- 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.



### Антигипертензивные препараты при беременности

Препарат	Метилдопа	Лабеталол	Нифедипин
<b>Доза</b>	250-750 мг каждые 8 часов внутри	100-400 мг каждые 8 часов внутри	10 мг 2-3-4 раза в сутки (короткого действия), 20-60 мг каждые 12 часов (с медленным высвобождением)
<b>Максимальная суточная доза</b>	3000 мг	1200 мг	120 мг
<b>Механизм действия</b>	Центральное: стимулирует альфа2- адренорецепторы	Бета-блокатор с мягким альфа- сосудорасширяю- щим эффектом	Блокатор кальциевых каналов
<b>Противопоказа- ния</b>	Депрессия	Бронхиальная астма, хронические обструктивные болезни легких, сердечная недостаточность	Аортальный стеноз
<b>Практические моменты</b>	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

**Тяжелая преэклампсия** – это тяжелая АГ, которая не реагирует на лечение, в сочетании с протеинурией (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

### Тяжелые признаки ПЭ

Тяжелая АГ	— 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
Дисфункция гемостаза	— 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
Дисфункция печени	— 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
Дисфункция почек	— Креатинин сыворотки более 90 мкмоль/л — Олигурия (менее 80 мл за 4 часа)
Дисфункция ЦНС	— Головная боль (часто усиливающаяся, не купирующаяся обычными анальгетиками) — Нарушение зрения (мелькание мушек, эпизод скотомы)
Дисфункция дыхания	— Отек легких

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/в капельно (100 мл 25% раствора сульфата магния + физиологический раствор натрия хлорида 400 мл со скоростью 7 капель в минуту).

## Алгоритм скрининга преэклампсии



## Венозные тромбоэмболические 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

<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.)

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

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

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.

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

- 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

#### **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



### Факторы риска ЗРП

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

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

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:

- 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

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

## Скрининг МГВП во время беременности.

Оцените факторы риска МГВП при первом дородовом визите

### Большие факторы риска

- Возраст матери >40 лет
- Выкуривание >11 сигарет в день
- МГВП в анамнезе
- Ежедневная интенсивная физическая нагрузка
- МГВП у матери или отца
- Мертворождение в анамнезе
- ХАГ
- Сахарный диабет и сосудистые заболевания
- Почечная недостаточность
- Антифосфолипидный синдром
- Обильное кровотечение, аналогичное по интенсивности менструации

### Малые факторы риска

- Возраст матери >35 лет
- Выкуривание 1-10 сигарет в день
- Нерожавшие
- ИМТ <20 или 25-35
- Низкое потребление фруктов до беременности
- Преэклампсия в анамнезе
- Интергравидарный интервал <6 месяцев или >60 месяцев

Назначьте аспирин до 14<sup>+6</sup> недель при наличии факторов риска ПЭ

1 большой фактор риска и более

3 малых фактора риска и более

Переоцените риски в 20 недель

1 большой фактор риска и более  
или экзогенный кишечник плода

3 малых фактора риска и более

патологические показатели

В 20-24 недель:

- УЗ-фетометрия, оценка ОПВ
- доплерометрия маточной и пупочной артерии

норма

В 26-28 недель и далее серийно каждые 3 недели до доношенного срока:

- УЗ-фетометрия, оценка ОПВ
- доплерометрия маточной и пупочной артерии

Ведение гравидограммы  
В 3-ем триместре беременности (30-34 недели):

- УЗ-фетометрия, оценка ОПВ
- доплерометрия маточной и пупочной артерии

Патологическая доплерометрия

Направить в стационар или консультативно-амбулаторное учреждение 3-го уровня для комплексной оценки плода, включая КТГ, выбора оптимального срока и метода родоразрешения

## Вакцинация во время беременности

Вмешательство	Рекомендация	Тип рекомендации (УУР)
Вакцинация	При путешествии в тропические страны, а также в случае эпидемий, беременной рекомендуется проведение вакцинации с применением инаktivированных и генно-инженерных вакцин, анатоксинов, оральной полиовакцины	Рекомендовано [С]
Сезон гриппа	Трёхвалентные инаktivированные вакцины рекомендуются женщинам, у которых беременность совпадает с сезоном гриппа	Рекомендовано [С]

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

## 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 полиомиелита	Да, в случае необходимости	

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.

## Показания для госпитализации в родильные учреждения

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

## Приложения

### Суммарная таблица по ведению антенатального периода

Вмешательство	До 12 недель	18-20 недель	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 $\leq 18,5$	У женщин с ИМТ $\leq 18,5$	У женщин с ИМТ $\leq 18,5$	У женщин с ИМТ $\leq 18,5$	У женщин с ИМТ $\leq 18,5$	У женщин с ИМТ $\leq 18,5$	У женщин с ИМТ $\leq 18,5$
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 отрицательном резус-факторе			В 26-28 недель					
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	+							
Инструментальные исследования								
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		
Скрининг 1-го триместра								
УЗИ + уровни ХГ и РАРР-А в крови	В 11-13 <sup>+6</sup> недель							
Оценка факторов риска								
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	+	+	+	+	+	+	+	+

## Компетенции знаний и навыков для менеджмента антенатального ухода

	Медицинская сестра, акушерка	Семейный врач	Акушер гинеколог	Врач УЗИ
<b>Физикальное обследование</b>				
Оценка жалоб и общего состояния	+	+	+	
Сбор анамнеза		+	+	
Оценка характера шевелений плода	+	+	+	
Определение срока беременности и родов	+	+	+	
Измерение ИМТ	+	+	+	
Измерение АД	+	+		
Обследование молочных желез		+	+	
Гинекологический осмотр (наружный, в зеркалах)		+	+	
Измерение ВДМ и ведение гравидограммы	+	+	+	
Определение положения и предлежащей части плода		+	+	
Определение ЧСС плода	+	+	+	
<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 титр антител при отрицательном резус-факторе		+	+	
Глюкоза в крови	+	+	+	
Посев мочи на бактериурию	+	+	+	
Цитологическое исследование мазка шейки матки			+	
<b>Инструментальные исследования</b>				
УЗИ				+
<b>Скрининг 1-го триместра</b>				
УЗИ + уровни ХГ и РАРР-А в крови				+
<b>Оценка факторов риска</b>				
Гестационного сахарного диабета	+	+	+	+
Преэклампсии	+	+	+	+
Венозных ТЭО	+	+	+	+
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	+	+	+	
Фолиевая кислота 400 мкг/сутки	+	+	+	